

2. SALUT

Una aproximació a l'estat i els hàbits de salut de la joventut i als factors que la determinen

Mireia Utzet Sadurní i Sergio Salas Nicás

2.1. Introducció

2.1.1. Salut i joves

La salut és un concepte difícil de definir. L'Organització Mundial de la Salut (OMS) defineix la salut com "l'estat de complet benestar físic, mental i social, i no solament l'absència de malaltia" (WHO, 1948). És a dir, la salut implica que totes les necessitats fonamentals de la persona estiguin cobertes. La salut és un estat dinàmic entre el benestar i la malaltia, fruit de comportaments i factors tant individuals com grupals, amb una influència determinant de les estructures socioeconòmiques, polítiques i culturals. Cada etapa de la vida té unes característiques pròpies pel que fa a la salut i la malaltia (Gofin i Gofin, 2012); per exemple, l'adolescència i la joventut es caracteritzen per uns millors indicadors de salut, un menor consum de medicaments i un menor ús dels serveis sanitaris. Ara bé, la joventut és l'etapa de la vida amb més canvis personals i socials, en la qual s'entra en contacte amb una sèrie de factors de risc i es desenvolupen hàbits i comportaments que poden condicionar la salut futura (Esplugas *et al.*, 2010). Molts d'aquests comportaments de risc i gran part de la mortalitat i la morbiditat juvenils són evitables amb actuacions públiques adients.

En aquest capítol es parteix dels models teòrics dels determinants socials de la salut proposats per Dahlgren i Whitehead (Dahlgren i Whitehead, 1991) i de les desigualtats socials en salut aplicades a la població jove. Aquests models proposen que l'estat de salut de la població (jove) és conseqüència de la combinació de processos i comportaments individuals i contextuals. Pel que fa als comportaments individuals es tindran en compte els estils de vida o els comportaments de risc com ara el consum d'alcohol o de tabac. Aspectes com la predisposició genètica i els factors constitucionals es deixaran al marge en aquest capítol. Pel que fa als factors contextuals, d'una banda es tindrà en compte l'estructura social on viu l'individu, que es caracteritza per uns eixos de desigualtat i dominació, com són la classe social, el gènere, l'edat i el territori (que determinen les desigualtats socials en salut). I, de l'altra, el context socioeconòmic i polític en què

es defineixen una sèrie de pautes i conductes “normalitzades”, basades en el model de producció i consum de la societat occidental contemporània (Espluga *et al.*, 2010). Les intervencions públiques de promoció de la salut i prevenció poden produir-se en qualsevol d'aquests àmbits.

2.1.2. Antecedents

Tradicionalment, els estudis de salut pública s'han centrat en els grups d'edat més vulnerables, els infants i la gent gran, sense mostrar gaire interès en les persones joves (Espluga i Boso, 2012). Tot i això, en els darrers anys, degut a la preocupació social i política que generen les conductes de risc per part dels joves, s'ha produït un augment dels estudis per caracteritzar aquests comportaments i l'estat de salut de la població jove (tot i que moltes vegades amb un caire moralista sobre aquests comportaments, oblidant que en les nostres societats formen part dels processos de transició de la infantesa a l'edat adulta) (Martínez, 2006). Malgrat tot, encara hi ha pocs estudis que abastin la població jove entre els 15 i els 35 anys, i per això pren rellevància l'Enquesta a la joventut de Catalunya (EJC), que s'ha reeditat aquest 2017.

A continuació es presenten els aspectes generals sobre la salut de la joventut catalana, que s'intentaran matisar i contrastar en aquest capítol, i que es basen principalment en les enquestes prèvies de l'Observatori Català de la Joventut i els estudis que se'n van derivar (Espluga i Boso, 2012; Espluga *et al.*, 2010; Martínez, 2006; Romaní, 2006), en els informes de l'Observatori de Nous Consums de Drogues i en els plans de salut de Catalunya.

La salut dels joves i dels adolescents ha millorat a Catalunya durant els últims deu anys, tant pel que fa a la mortalitat, gràcies a la disminució de les defuncions per accidents de trànsit, com a la reducció de les pràctiques de risc (per exemple, el consum de tabac ha disminuït lleugerament) (Serracant i Estivill, 2017). Les principals causes de mortalitat a Catalunya segueixen sent les causes externes, els suïcidis i accidents viaris, i els tumors. Els estudis de Romaní i Espluga (Espluga *et al.*, 2010; Romaní, 2006) apuntaven que hi ha una minoria significativa de joves afectada per diverses malalties i per comportaments de risc. L'estudi d'Espluga (Espluga i Boso, 2012) conclou que les situacions de risc no es distribueixen de manera homogènia entre els i les joves de Catalunya, sinó que hi ha eixos de desigualtat com el sexe (les noies presenten menys pràctiques de risc i pateixen menys accidents, però tenen més trastorns psicosocials i presenten pitjors indicadors de salut), l'edat, l'estatus socioeconòmic (els i les joves amb progenitors d'estatus socioeconòmic elevat tenen més comportaments de risc, però fan més ús d'anticonceptius en les relacions sexuals i de serveis d'assessorament) o la situació d'ocupació (l'eix inactiu/actiu es presenta com a fonamental). L'estudi destaca que hi ha un sector de joves, principalment masculí, que assumeix molts comportaments de risc en el seu model de transició cap a l'edat adulta.

2.1.3. Estructura del capítol

Aquest capítol té per objectiu descriure la salut de la joventut a Catalunya. Específicament, vol descriure l'estat de salut percebut (salut general, satisfacció amb la vida i benestar mental); la salut sexual; els comportaments de risc (consum de tabac, alcohol i drogues, i conducció sota els efectes de l'alcohol) que poden afectar-la; l'ús de programes d'assessorament en salut; la salut laboral (riscos psicosocials a la feina i accidents i malalties laborals), i la seva relació amb una sèrie de variables sociodemogràfiques i contextuals (taula 2.1).

Els resultats de cada subapartat, que es basen en l'explotació de la base de dades de l'EJC17, segueixen l'esquema següent: en primer lloc, una anàlisi descriptiva univariant de les variables d'interès a partir de taules de freqüències; en segon lloc, sempre que sigui possible, una anàlisi comparativa amb les dades de l'EJC12, per mostrar si s'han produït canvis durant aquests cinc anys; en tercer lloc, les variables de salut i de comportaments de risc s'han creuat amb les variables sociodemogràfiques i contextuals per analitzar les possibles diferències en la salut i en el comportament que aquests factors poden originar. Tot plegat es fa a través d'anàlisis bivariades de taules de contingència amb el test de Xiquadrat de Pearson (els percentatges i la significació estadística es presenten a les taules de l'annex), regressions logístiques per determinar l'efecte conjunt d'aquestes variables explicatives sobre cada una de les variables multivariades de salut, i, en alguns casos, s'ha calculat l'associació entre les variables de salut i la salut general autopercebuda i es presenta l'*odds ratio* i la seva significació estadística. Finalment, s'ha fet una anàlisi de correspondències múltiple i una anàlisi de clúster per definir una tipologia d'estat i hàbits de salut. El procediment es descriu a l'apartat 8.

TAULA 2.1. Principals variables considerades en l'anàlisi

Eixos	Variables analitzades
Variables sociodemogràfiques	Sexe
	Grup d'edat
	Nivell màxim d'estudis finalitzat
	Llengua d'origen
	Lloc de naixement
Variables contextuals	Nivell d'estudis més alt del pare o de la mare (*)
	Àmbit territorial
	Mida del municipi

Font: Elaboració pròpia

(*) Variable utilitzada com una aproximació a l'origen social de la persona enquestada

2.2. Salut general, benestar mental i satisfacció amb la vida

Aquest primer subapartat té com a objectiu donar una visió general de l'estat de salut autopercebut del conjunt de la joventut catalana. D'acord amb la definició de l'OMS, la bona salut transcendeix la mera absència de danys o de malaltia (World Health Organization, 1948). L'EJC17 ofereix tres variables clau per fer aquesta aproximació més general a l'estat de salut: la salut general autopercebuda, el benestar mental en el moment de l'entrevista (amb els respectius motius) i, finalment, la satisfacció amb la vida. La salut general autopercebuda és un indicador de naturalesa subjectiva però al mateix temps és un bon predictor de la mortalitat fins als 50 anys almenys (Gumà i Cámara, 2014). La salut o benestar mental i la satisfacció amb la vida, encara que aquesta última no és estrictament una variable de salut, complementen aquesta visió de conjunt del benestar que es vol donar en aquest primer apartat.

2.2.1 Salut general autopercebuda i benestar mental

Tal com es presenta a la taula 2.2, la meitat de la joventut a Catalunya té una salut general excel·lent o molt bona (67,8%). Només un 10,6% dels joves catalans consideren que la seva salut general és regular o dolenta, tal com es pot observar a la taula següent.

TAULA 2.2. Salut general autopercebuda. Joves de 15 a 34 anys. Catalunya, 2017. Percentatge i percentatge acumulat

Estat de salut general	%	% acumulat
Excel·lent	16,4	16,4
Molt bona	35,0	51,4
Bona	38,1	89,4
Regular	9,2	98,6
Dolenta	1,4	100
Total	100	—

Font: Enquesta a la joventut de Catalunya 2017 (Direcció General de Joventut)

De manera similar, quan els i les joves es refereixen al seu estat de salut en el moment de l'entrevista, el 84% declaren que no estan ansiosos ni deprimits (57,5%) o que ho estan només lleument (26,3%) (vegeu la taula 2.3).¹ Els motius causants d'aquesta sensació més prevalents van ser: la manca d'ingressos (25,5%), els estudis (21,9%), la manca de temps (21%) i de feina (15,4%) i els problemes a la feina (15,6%) (taula 2.4). Tot i que els més ansiosos són relativament pocs (3,4%), és interessant analitzar per separat els motius

¹ Aquí s'utilitza el concepte de depressió de manera quasi col·loquial per referir-se a una sensació de malestar psicològic. S'ha de diferenciar, llavors, la sensació de depressió de la depressió com a malaltia. Per mesurar el risc de depressió a les enquestes hi ha altres instruments psicomètrics més extensos quant al nombre d'ítems que fan servir, i ni tan sols aquests serveixen per diagnosticar el trastorn.

del grup que va respondre que estava “molt ansiós i/o deprimit”, ja que els problemes d’ingressos econòmics augmenten d’un 25,5% a un 36,1% i els problemes amb la família passen d’un 5,7% a un 13,4%, mentre que la resta dels motius mantenen el pes relatiu o en perden. Sembla, llavors, que els motius econòmics i familiars tenen molt impacte en la salut mental dels joves.

TAULA 2.3. Estat de salut mental al dia d’avui. Joves de 15 a 34 anys. Catalunya, 2017. Percentatge i percentatge acumulat

Estat de salut mental	%	% acumulat
Ni ansiós/osa ni deprimit/ida	57,5	57,5
Lleument ansiós/osa o deprimit/ida	26,3	83,9
Moderadament ansiós/osa o deprimit/ida	12,7	96,6
Molt ansiós/osa o deprimit/ida	3,4	100
Total	100	—

Font: Enquesta a la joventut de Catalunya 2017 (Direcció General de Joventut)

TAULA 2.4. Motius adduïts com a causa de la mala salut mental (2 com a màxim) pels joves que van contestar que se sentien ansiosos o deprimits en major o menor mesura. Joves de 15 a 34 anys. Catalunya, 2017. Percentatge. Multiresposta

Motiu	Total	Molt ansiós/osa i/o deprimit/ida
Manca d’ingressos	25,5	36,1
Estudis	21,9	9,8
Manca de temps	21,0	13,2
Una mica de tot	19,4	19,0
Manca de feina	15,4	14,3
Problemes a la feina	15,6	9,4
Salut pròpia o d’algun familiar	9,5	11,2
Altres	7,6	6,5
La relació de parella	7,0	8,7
Problemes amb la família (exclosa la parella)	5,7	13,4

Font: Enquesta a la joventut de Catalunya 2017 (Direcció General de Joventut)

Finalment, a la taula A2.13 de l’annex en línia es mostra com la salut general i la mental estan estretament associades entre si, de manera que a millor salut general més baix és el risc de patir ansietat i/o depressió (OR 4,2**).

Pel que fa a la relació de la salut general i mental amb les característiques socioeconòmiques i demogràfiques dels joves catalans, es poden destacar les següents associacions estadísticament significatives.² Les dones tenen pitjor salut general i mental (12,8% i 19,6% respectivament) que els homes (8,3% i 12,7%). L'activitat principal de l'enquestat també s'associa amb la seva salut: en el cas de la salut general, els inactius presenten els pitjors resultats (el 21,1% d'aquests declaren que tenen mala salut), mentre que en el cas del benestar mental són els aturats els que declaren en major mesura que estan deprimits i/o angoixats (27,3%). El lloc de naixement només es relaciona amb la salut general en el sentit que les persones nascudes a l'estranger tenen pitjor autopercepció de la seva salut general (14,3%, enfront del 9,3% de les persones nascudes a Catalunya o a la resta de l'Estat). La mala salut general s'associa també amb el nivell d'estudis primaris o obligatoris de l'enquestat (13,1%, enfront del 5,12% dels que tenen estudis superiors) i el dels seus pares (13,2%, enfront del 5,1% dels i les joves amb pares que tenen estudis superiors). Les llars on només es parla castellà tenen més mala salut mental (18,3%) que les llars on només es parla en català (13,9%). Cap de les dues mesures de salut s'associen amb l'edat, la grandària del municipi ni amb l'àmbit territorial a nivell bivariat. Les regressions múltiples confirmen en general aquests resultats, si bé en el cas de la salut general autopercebuda l'edat es torna estadísticament significativa (a més edat pitjor salut), mentre que l'activitat principal perd la seva significació (vegeu la taula A2.10 de l'annex), i en el cas de la salut mental només el sexe femení sembla estar associat a una baixa puntuació en aquesta variable (taula A2.11).

La comparativa amb els resultats obtinguts el 2012 no pot fer-se de manera directa, ja que en l'enquesta anterior no es va preguntar sobre la salut general autopercebuda i la pregunta sobre salut mental estava formulada de manera diferent. Tot i així, es pot fer una comparació aproximada. Aquell any un 38% dels joves van respondre que mai o gairebé mai s'havien sentit ni deprimits ni angoixats ni ansiosos durant els últims dotze mesos, i un altre 42,8%, que s'hi havien sentit alguna vegada. Això fa un total d'un 81,6%, que s'acostaria al 83,9% de joves que el 2017 van dir que es trobaven gens o lleument ansiosos i/o deprimits el mateix dia que van fer l'enquesta. A l'altre extrem de l'escala es trobarien els que l'any 2012 van respondre que durant l'últim any gairebé sempre se sentien deprimits, angoixats o ansiosos i els que al 2017 es trobaven molt ansiosos o deprimits, amb un 3,1% i un 3,4% respectivament. Des d'aquest punt de vista sembla que el benestar mental de les persones joves catalanes d'entre 15 i 35 anys no hauria canviat gaire en aquests últims cinc anys. No es pot afirmar el mateix dels motius d'aquest malestar mental, que sembla que sí que han canviat entre 2012 i 2017. Han augmentat, per exemple, els deprimits per manca d'ingressos (d'un 19,9% a un 25,5%), i han disminuït, per contra, els problemes amb la feina i amb la seva manca, que aquell any van ser dels més comuns, amb un 23,3% i un 25,5% respectivament, i ara representen un 15,6% i un 15,4%. Els motius que tenen a veure amb la salut pròpia o d'algun familiar també han disminuït prou, passant d'un 17,2% a un 9,5%.

2 Aquesta associació estadística bivariada s'ha establert amb una confiança del 95% i amb un contrast d'independència basat en la prova del khi-quadrat.

2.2.2. Satisfacció amb la vida

Les escales de satisfacció amb la vida tenen com a finalitat avaluar el judici global d'un individu respecte a la seva satisfacció vital. En alguns casos es correlacionen amb la salut mental i es mostren predictives de comportaments futurs, com ara els intents de suïcidi (Pavot i Diener, 2008).

El primer que s'observa d'aquesta variable és que la seva puntuació mitjana és de 7,72 en una escala que va de 0 a 10, on el 10 reflecteix la màxima satisfacció. Els nivells de satisfacció són, doncs, relativament elevats. Tot i així, un 10,4% va respondre amb una puntuació de 5 o menys (vegeu la taula 2.5).

La satisfacció amb la vida i la salut autopercebuda estan clarament associades entre si, de manera que quan augmenta l'una l'altra també ho fa. S'observa el mateix patró amb el benestar mental, de manera que les persones joves que gaudeixen d'una bona salut mental tendeixen en major mesura a contestar que estan satisfetes amb la vida. Les regressions (taules A2.14 i A2.15) confirmen aquests resultats (OR 6,6** i 5,3** respectivament).

TAULA 2.5. Satisfacció amb la vida. Joves de 15 a 34 anys. Catalunya, 2017. Percentatge i percentatge acumulat

Satisfacció amb la vida	%	% acumulat
0	0,6	0,6
1	0,3	0,9
2	0,5	1,4
3	1,2	2,6
4	1,9	4,5
5	5,8	10,4
6	8,7	19,1
7	18,6	37,7
8	28,7	66,5
9	18,1	84,5
10	15,5	100
Total	100	—

Font: Enquesta a la joventut de Catalunya 2017 (Direcció General de Joventut)

A nivell bivariat, la satisfacció amb la vida s'associa amb l'activitat principal, de manera que entre les persones en situació d'atur el percentatge d'insatisfacció (van contestar 7 o menys a l'escala original de 0 a 10) arriba al 35,9%. Les segueixen les persones en situació d'inactivitat, amb un 26,4%; les persones estudiants, amb un 19,2%, i, en darrer lloc, les

persones ocupades, amb un 15,3%. Entre els nascuts a Catalunya i a la resta de l'Estat hi ha menys insatisfacció (17,5%) que entre els nascuts a l'estranger (24,1%). De la mateixa manera, s'observa una gradació (evolució paral·lela) entre nivell d'estudis i satisfacció, de manera que a més nivell d'estudis més satisfacció amb la vida. Aquesta variable també s'associa a l'àmbit territorial: els més satisfets es troben a les Terres de l'Ebre (amb un 13,5% de joves insatisfets), i els més insatisfets, a les Comarques Centrals (20,7%). A diferència del que passa amb les variables de salut general i mental, la satisfacció no s'associa amb el sexe. La regressió múltiple confirma l'efecte de l'edat, el lloc de naixement i de l'àmbit territorial sobre la satisfacció, però no de la resta de factors.

Pel que fa a la comparació d'aquesta variable amb les dades de l'EJC12, crida l'atenció la similitud dels resultats trobats, ja que a l'edició anterior la mitjana va ser d'un 7,9, només una dècima per sobre del que s'observa el 2017 (Espluga i Boso, 2012). Així doncs, es pot concloure que cinc anys després el nivell de satisfacció es manté constant i prou elevat entre la joventut a Catalunya.

2.3. Salut sexual

La salut sexual és una part fonamental de la salut pública i inclou, entre d'altres, prevenir embarassos no desitjats i infeccions de transmissió sexual. A Europa durant les darreres dècades s'han produït grans transformacions culturals en les actituds i els comportaments relacionats amb la sexualitat i la moralitat sexual, que es fan més evidents entre la joventut. Entre altres canvis, destaca que l'edat de les primeres relacions sexuals s'ha avançat de manera significativa i s'ha igualat entre dones i homes (Kontula, 2004). Gràcies a les millores en educació sexual, a la facilitat i l'assequibilitat en l'accés a centres d'orientació i planificació sexual i a l'ús del preservatiu, la taxa d'embarassos adolescents ha disminuït durant els últims vint anys (European Commission Conference on Youth Health, 2009). Tot i això, determinants socials com l'estatus socioeconòmic familiar encara influeixen en la salut sexual dels joves (Laila, 2014). Pel que fa a les malalties de transmissió sexual, a Catalunya afecten sobretot els joves de menys de 25 anys (González *et al.*, 2017). Cal per tant, continuar conscienciant els i les joves perquè tinguin comportaments sexuals més segurs i garantir l'accés a la detecció i el tractament de les malalties de transmissió sexual.

Les dades de l'EJC17 mostren que el 83,9% de joves han mantingut relacions sexuals completes (amb penetració) (taula 2.6). El rang d'edat en què van tenir relacions sexuals completes per primera vegada oscil·la entre els 11 i els 33 anys, amb una mitjana de 17 anys (i una desviació de 2,3); un 24,7% s'havia iniciat abans dels 16 anys. Les dades de l'EJC12 mostraven que el 96% de joves havien mantingut relacions sexuals completes (amb penetració). Per tant, sembla que hi ha hagut una disminució important en aquest aspecte.

TAULA 2.6. Joves que han mantingut relacions sexuals completes. Joves de 15 a 34 anys. Catalunya, 2017. Percentatge

Ha mantingut relacions sexuals	%
Sí	83,9
No	16,1
Total	100,0

Font: Enquesta a la joventut de Catalunya 2017 (Direcció General de Joventut)

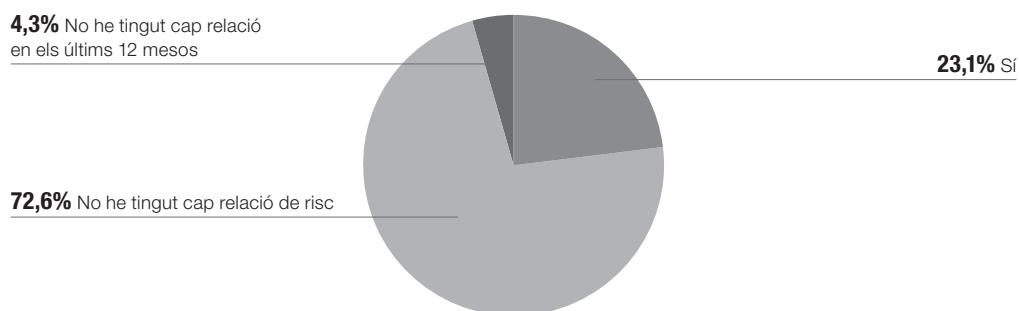
S'observa (taules des de A2.16 a A2.27 de l'annex en línia) que la proporció d'homes i de dones que han mantingut relacions sexuals completes és molt similar. En canvi, sí que hi ha diferències significatives per grups d'edat, de manera que el grup de 15 a 19 anys és el que presenta una freqüència menor (46,3%). Aquesta proporció es duplica en els grups següents (i arriba quasi al 100% en el grup de 30 a 34 anys). També hi ha diferències segons l'activitat principal de les persones enquestades. Els estudiants són els que n'han mantingut en menor proporció (62,8%), a molta distància de la resta de situacions, que se situen entorn del 95%. També hi ha diferències significatives segons el nivell d'estudis màxim finalitzat, de manera que un 68,4% dels que tenen estudis obligatoris o inferiors han mantingut relacions sexuals completes, davant d'un 97,7% dels que tenen estudis superiors. Aquest resultat pot ser degut a la correlació entre edat i nivell d'estudis finalitzat (pràcticament la meitat dels que han acabat només els estudis obligatoris tenen menys de 19 anys). La proporció de joves que han mantingut relacions sexuals completes també és més elevada entre les persones nascudes fora de l'Estat (88,3%) que entre les persones autòctones (82,6%). Finalment, hi ha diferències significatives segons l'origen social de la persona enquestada. D'una banda, la proporció és més elevada entre el jovent els pares del qual tenen un nivell d'estudis primaris o inferior (88,6%) que entre els que els seus pares tenen un nivell d'estudis superior (81,3%), i de l'altra entre els que tenen una família que parlava en castellà o altres llengües (no català) (85,6% davant d'un 80,9%). Pel que fa a la mida del municipi i als àmbits territorials de residència, pràcticament no hi ha diferències.

Al model plantejat a les taules A2.26 i A2.27, que utilitza com a variable dependent el fet d'haver mantingut relacions sexuals completes respecte a no haver-ne mantingut, s'observa que l'edat augmenta la probabilitat d'haver mantingut relacions sexuals completes. L'activitat principal de la persona enquestada també està associada amb el fet d'haver mantingut relacions sexuals completes, de manera que treballar o estar en situació d'atur n'augmenta la probabilitat. En canvi, ni el lloc de naixement de la persona ni la variable d'origen social (el nivell d'estudis dels progenitors), que a l'anàlisi descriptiva presentaven diferències significatives, no són rellevants a l'hora d'explicar si s'han mantingut relacions sexuals completes.

Pel que fa a les *pràctiques de risc* dels joves i les joves que han mantingut relacions sexuals (amb penetració), un 23,1% diu que ha tingut alguna relació de risc durant els últims dotze mesos, un 72,6% afirma que no n'ha mantingut, i un 4,3% afirma que no ha mantingut cap relació en aquest període (gràfic 2.1). És a dir, el 23,1% dels joves que han mantingut relacions sexuals durant l'últim any han mantingut alguna relació de risc. Aquests resul-

tats no són comparables amb els de l'EJC12, ja que la pregunta sobre pràctiques de risc estava formulada d'una manera molt diferent: enguany s'ha preguntat per les pràctiques de risc enteses com aquelles en què hi ha risc d'embaràs no desitjat o de contreure una malaltia de transmissió sexual; en canvi, el 2012 es va preguntar per l'ús d'algun mètode anticonceptiu o de protecció.

GRÀFIC 2.1. Joves que han tingut alguna relació sexual de risc en els darrers 12 mesos. Joves de 15 a 34 anys. Catalunya, 2017. Percentatge



Font: Enquesta a la joventut de Catalunya 2017 (Direcció General de Joventut)

Si s'analitza el grup que ha mantingut relacions sexuals durant l'últim any (taules A2.16 – A2.27) es veu com no hi ha diferències significatives entre homes i dones en les pràctiques de risc. Les relacions de risc tendeixen a disminuir amb l'edat, de manera que els menors de 20 anys presenten la proporció més gran (el 31,6% ha mantingut alguna relació de risc), amb tendència decreixent a mesura que augmenta l'edat (el percentatge se situa al 19,1% entre els més grans de 30 anys). Aquesta tendència es relaciona amb la situació de convivència de la persona enquestada, de manera que les persones que viuen en parella amb o sense fills han tingut menys relacions de risc (16,8% i 11,1% respectivament) i, en canvi, un 26,4% de les persones que viuen amb els seus progenitors o un 36,1% de les que viuen soles han mantingut alguna pràctica de risc (taula A2.25). Sembla, doncs, que les pràctiques de risc (enteses com aquelles que poden implicar un embaràs no desitjat o una malaltia de transmissió sexual) disminueixen amb l'estabilització de la parella. Els estudiants són els que han mantingut en major proporció relacions de risc respecte a la resta de situacions d'activitat (un 29,1% davant d'un 18,5% dels que estan en situació d'atur). També són més freqüents entre els i les joves amb progenitors amb un nivell d'estudis elevat (per exemple, el 29,2% dels joves amb uns progenitors que tenen un nivell d'estudis superior ha mantingut alguna relació de risc, davant d'un 20,9% dels joves amb uns pares que tenen estudis primaris o inferiors). Finalment, no hi ha diferències entre els joves d'origen autòcton o estranger, ni segons la dimensió del municipi ni l'àmbit territorial.

Els resultats de la regressió logística (taula A2.17) principalment confirmen que les pràctiques de risc es relacionen amb l'edat, de manera que com més gran és la persona enquestada menys probabilitat hi ha que hagi tingut una pràctica de risc.

2.4. Consum d'alcohol, tabac i drogues

Molts dels problemes de salut estan determinats pels estils de vida i els comportaments individuals, entre els quals hi ha el consum de drogues legals i il·legals. Durant els darrers anys, l'alcohol, el tabac i el cànnabis (i la seva barreja) són les substàncies més valorades i consumides pels joves catalans (Martínez *et al.*, 2010). La majoria de joves catalans utilitza les drogues en el temps d'oci, per sortir de festa i potenciar les relacions interpersonals (Martínez *et al.*, 2010). Per aquest motiu cal tenir present el possible augment del consum degut als canvis en els patrons d'oci que s'observen entre els joves i les joves, principalment l'augment del nombre de joves que surten de festa entre setmana i que allarguen les sortides (Martínez, 2006).

Al qüestionari d'enguany es demana amb quina freqüència es fan certes pràctiques considerades de risc (taula 2.7). Es tracta d'unes pràctiques que estan associades entre si (taules A2.28 – A2.32). Per exemple, les persones que fumen tabac tenen més tendència a consumir alcohol i conduir beguts, consumir haixix, cocaïna i altres drogues que les que no fumen, i les persones que consumeixen haixix (i cocaïna) beuen alcohol en excés i han conduït beguts més freqüentment que les que no en consumeixen. Aquest patró es repeteix amb totes les pràctiques de risc analitzades.

TAULA 2.7. Freqüència de realització de pràctiques de risc. Joves de 15 a 34 anys. Catalunya, 2017. Percentatge

Pràctica de risc	%
Fumar tabac	36,2
Fumar haixix	17,4
Consumir cocaïna	2,6
Consumir altres drogues	3,6
Consumir alcohol en excés	39,0
Conduir begut o anar en cotxe amb algú que ha begut	12,8

Font: Enquesta a la joventut de Catalunya 2017 (Direcció General de Joventut)

Tot i que aquestes dades no són estrictament comparables amb les de l'EJC12, ja que les categories de resposta no són les mateixes (i en el cas del consum d'alcohol la pregunta és diferent), sembla que hi ha hagut un cert augment en la realització de les pràctiques de risc (especialment el consum d'haixix i conduir begut). Aquesta tendència és difícil de corroborar amb altres informes de salut (com l'*Encuesta sobre alcohol y drogas en España* (EDADES), 2015-2017, de l'any 2017), ja que les preguntes s'han formulat de manera

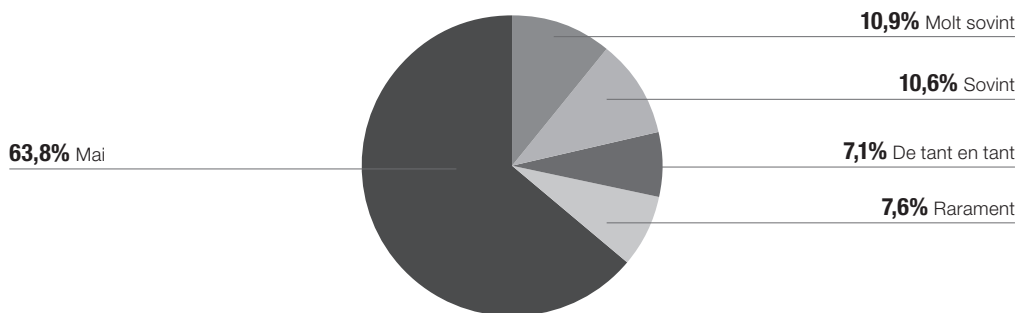
diferent. A més, les dades sobre el consum de drogues són difícils de recollir a partir d'un qüestionari i cal complementar-les amb altres fonts, com ara informes sobre les persones que pateixen problemes de salut derivats del consum.

2.4.1. Tabac

S'ha demostrat que, entre la gent jove, les conseqüències a curt termini de fumar inclouen problemes respiratoris i cardíacs, un augment del risc de patir càncer i del risc de consumir altres drogues (Centers for Disease Control and Prevention, 1994). A més, els joves que fumen tenen més probabilitat de seguir fumant quan són adults, i, per tant, empitjoren les conseqüències per a la seva salut. Des de fa anys, el consum de tabac és la pràctica de risc més freqüent entre els i les joves catalans (Espluga i Boso, 2012), amb una edat d'inici cada cop menor. En els darrers anys, el consum de tabac s'ha anat igualant entre homes i dones i, de fet, sembla que entre els homes joves el consum s'ha mantingut estable o fins i tot ha disminuït, mentre que entre les dones més joves ha augmentat (Martínez, 2006).

Segons les dades de l'EJC17, el 36,2% dels i les joves fumen (un 21,5% fuma sovint o molt sovint). Un 63,8% dels joves no fumen mai. Aquesta proporció de no fumadors sembla lleugerament inferior a la de 2012 (67,4%), tot i que les dades no són estrictament comparables, ja que les categories de resposta no coincideixen exactament. L'edat mitjana en què van començar a fumar és de 16,4 anys (amb una desviació típica de 2,75), molt similar a la de l'EJC12, amb un rang d'edats que oscil·la entre els 9 i els 33 anys.

GRÀFIC 2.2. Freqüència de consum de tabac. Joves de 15 a 34 anys. Catalunya, 2017.
Percentatge



Font: Enquesta a la joventut de Catalunya 2017 (Direcció General de Joventut)

A les taules A2.33 – A2.35 es pot observar que hi ha més fumadors entre els homes (38,8%) que entre les dones (33,7%). La proporció de fumadors és diferent segons el grup d'edat, de manera que els menors de 19 anys són els que menys fumen (28,9%). Aquesta proporció s'incrementa quasi 10 punts entre els que tenen 20 anys o més. És interessant analitzar de

manera conjunta l'edat i el sexe, i és que entre els menors de 24 anys no hi ha diferències significatives entre dones i homes, però a partir dels 25 anys hi ha menys proporció de dones que d'homes (taula A2.35). Significativament, hi ha més fumadors entre les persones que han nascut a Espanya (38,8%) que entre les d'origen immigrant (28,1%), fet que també es manifesta en la llengua familiar, de manera que els que parlen en català o castellà fumen més que les persones que parlen altres llengües. No hi ha diferències segons el nivell d'estudis acabat, però sí segons l'activitat principal de la persona enquestada, de manera que la proporció més elevada de fumadors es troba entre les persones que treballen (41,3%) i les que estan a l'atur (42,3%), davant d'un 30,2% dels estudiants. No hi ha diferències significatives segons l'estatus socioeconòmic ni el nivell d'estudis dels progenitors. Tampoc hi ha diferències per l'àmbit territorial ni per la dimensió del municipi.

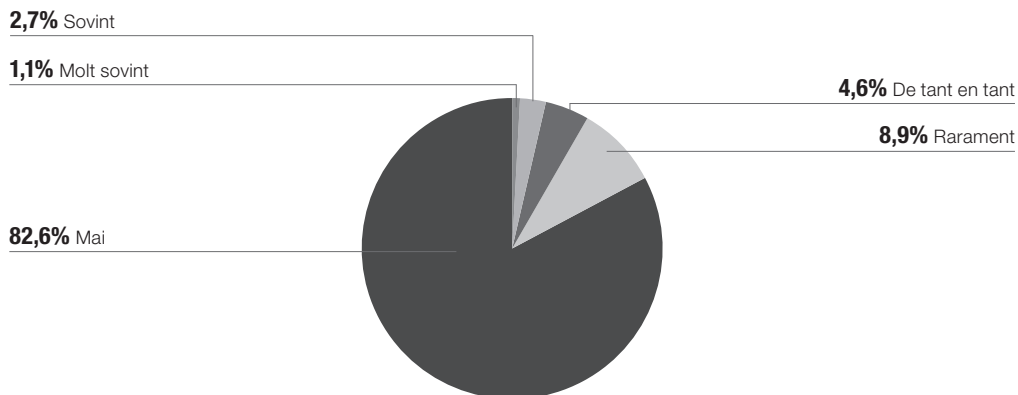
A partir d'un model de regressió logística (taula A2.43) s'ha pogut conèixer quin és l'efecte conjunt d'aquestes característiques analitzades de manera independent sobre la probabilitat de consumir tabac. Es confirma que el fet de ser home, d'origen autòcton, i treballar o estar a l'atur augmenta la probabilitat de ser fumador.

2.4.2. Haixix

Des dels anys noranta hi ha hagut un augment del consum de cànnabis i els seus derivats, com l'haixix, entre els i les joves catalans que sembla que s'ha frenat (*Encuesta sobre alcohol y drogas en España (EDADES) 2015-2017*, de l'any 2017). Tot i això, l'haixix continua sent la droga il·legal més consumida (especialment entre els homes de 15 a 30 anys). Al mateix temps, hi ha hagut un augment de les persones que demanen tractament especialitzat pel consum del cànnabis o haixix.

Un 17,4% de les persones enquestades fumen haixix, tot i que la gran majoria d'aquests consumidors ho fan de manera esporàdica (el 13,5% del total de joves, que suposa el 71,8% dels consumidors). Les dades són molt superiors a les de 2012, que mostraven que un 10% de joves consumien haixix (tot i que cal ser prudent amb la comparació, ja que les categories de resposta no són iguals).

GRÀFIC 2.3. Freqüència de consum d'haixix. Joves de 15 a 34 anys. Catalunya, 2017.
Percentatge



Font: Enquesta a la joventut de Catalunya 2017 (Direcció General de Joventut)

Tal com es veu a les taules A2.33 i A2.34, el consum d'haixix és molt superior (quasi el doble) entre els homes (22,4%) que entre les dones (12,8%), i entre els menors de 25 anys (un 18,4% dels joves entre 15 i 19 anys i un 25,7% dels joves entre 20 i 24 anys fuma haixix) comparats amb els més grans (entre els quals la proporció de fumadors d'haixix baixa fins al 13%). Si s'analitza conjuntament edat i sexe aquesta informació es perfila més, i s'evidencia que entre els menors de 19 anys no hi ha diferències entre homes i dones en el consum. Les persones d'origen espanyol fumen més que les d'origen immigrant (un 18,6% contra un 13,8%), i no hi ha diferències segons el nivell d'estudis finalitzat o segons l'activitat principal de la persona enquestada, però sí que n'hi ha segons el nivell d'estudis dels progenitors, de manera que la proporció de fumadors d'haixix augmenta amb el nivell d'estudis del pare o la mare (el percentatge més elevat, un 20,6%, el trobem, doncs, entre les persones que tenen pares amb estudis superiors). No hi ha diferències significatives pel que fa a l'àmbit territorial o a la mida del municipi de residència.

Al model de regressió logística (taula A2.44) es confirma que el fet de ser home, de menys edat i amb els progenitors amb un nivell d'estudis elevat augmenta la probabilitat de fumar haixix. La resta de variables perd la significació quan s'analitzen conjuntament.

2.4.3. Consum de cocaïna i altres drogues

Des de finals del segle XX hi ha hagut un augment del consum de cocaïna entre els joves, tot i que amb la crisi econòmica iniciada el 2008 sembla que podria haver-ne disminuït el consum (Espluga *et al.*, 2010). Aquest augment ha anat acompanyat d'un increment important dels tractaments especialitzats per l'abús i la dependència, així com d'efectes negatius en l'espai familiar, educatiu, etc. (Espluga i Boso, 2012).

A partir de les dades de l'EJC17, es constata que el consum tant de cocaïna com d'altres drogues il·legals és molt més minoritari i se situa en un 2,6% i un 3,6% respectivament. La majoria de joves hi recorre de tant en tant o rarament, i el consum habitual és gairebé residual (taula 2.8). Les dades semblen bastant similars a les de 2012 (si bé no són estrictament comparables perquè les categories de resposta són lleugerament diferents).

TAULA 2.8. Freqüència de consum de cocaïna i altres drogues il·legals. Joves de 15 a 34 anys. Catalunya, 2017. Percentatge

Freqüència	Cocaïna	Altres drogues
Molt sovint	0,05	0,05
Sovint	0,2	0,3
De tant en tant	0,6	0,7
Rarament	1,8	2,5
Mai	97,4	96,4

Font: Enquesta a la joventut de Catalunya 2017 (Direcció General de Joventut)

Si s'analitzen les característiques dels consumidors de cocaïna i els d'altres drogues (taules A2.28 – A2.33) es veu com la proporció d'homes que en consumeixen pràcticament duplica la de les dones (un 3,5% davant d'un 1,7% i un 4,7% davant d'un 2,5% respectivament). La proporció de consumidors de cocaïna és quasi nul·la entre els menors de 20 anys i bastant més elevada en les edats de 25 a 34 anys, mentre que entre els consumidors d'altres drogues destaquen els joves entres 20 i 29 anys. No hi ha diferències segons l'activitat principal ni segons l'origen de la persona enquestada. El jovent amb progenitors amb un nivell d'estudis superior dupliquen la proporció de consumidors, en el cas de la cocaïna, i la quintupliquen, en el cas de les altres drogues, respecte als altres joves. Finalment, hi ha diferències significatives segons la mida del municipi, de manera que es consumeix més cocaïna i altres drogues a Barcelona ciutat.

L'anàlisi de regressió logística (taules A2.45 i A2.46) confirma àmpliament aquests resultats. Destaca que l'origen de les persones enquestades passa a ser significatiu, de manera que les persones d'origen autòcton tenen més probabilitats de consumir cocaïna i altres drogues.

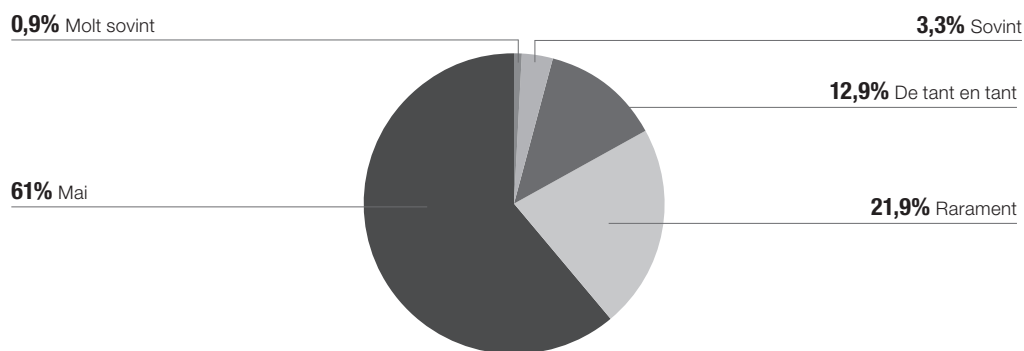
2.4.4. Consum d'alcohol

L'alcohol és una de les drogues legals més utilitzades i normalitzades a Europa, i el seu consum entre les persones joves ha augmentat durant els darrers anys (Steketee *et al.*, 2013), fins a convertir-se en aquest període en un problema de salut pública. S'ha demostrat que el consum d'alcohol entre la població jove té conseqüències per a la salut a curt i a llarg termini, i que un consum abusiu incrementa la probabilitat de beure en l'edat adulta (Windle *et al.*, 2008). A més, el seu consum s'associa a comportaments de risc, com el

consum d'altres drogues (legals o il·legals), la conducció temerària i la pràctica de sexe sense protecció (Espluga *et al.*, 2010). Si es té en compte que a Espanya, des de fa anys, els accidents viaris són una de les principals causes de mort dels joves i que hi ha hagut un increment en les intoxicacions per alcohol en els i les joves (Pulido *et al.*, 2014), es fa evident la necessitat d'adoptar mesures preventives entre el jovent.

De les pràctiques de risc analitzades a l'EJC17, la més habitual ha estat el consum excessiu d'alcohol. Un 39% ha fet aquest tipus de consum alguna vegada, i entorn d'un 4% el fa de manera més habitual (gràfic 2.4). Les dades no són comparables amb les de l'any 2012, ja que la pregunta és força diferent (en aquell cas es va utilitzar el terme "emborratxar-se"), però sembla que hi ha un cert augment en el consum excessiu d'alcohol, ja que aquell any un 67,1% dels enquestats va afirmar que mai s'havia emborratxat.

GRÀFIC 2.4. Freqüència amb què han pres cinc o més consumicions de begudes alcohòliques en una sola ocasió de consum. Joves de 15 a 34 anys. Catalunya, 2017. Percentatge



Font: Enquesta a la joventut de Catalunya 2017 (Direcció General de Joventut)

El consum excessiu d'alcohol (taules A2.28 – A2.33) és més habitual entre els homes (46,5%) que entre les dones (31,5%), i entre els joves de 20 a 24 anys (47,8%) que entre la resta de grups d'edat. També en aquest cas és interessant analitzar de manera conjunta l'edat i el sexe. No hi ha diferències en el consum excessiu d'alcohol entre els homes i les dones menors de 19 anys, però a mesura que augmenta l'edat la diferència també creix (en la resta de grups d'edat els homes sempre beuen en més proporció que les dones). Els joves d'origen espanyol consumeixen alcohol de manera excessiva en major proporció que els d'origen immigrant (40,9% davant d'un 33,2%), fet que també es reflecteix en la llengua familiar, de manera que els que parlen en català o castellà han begut alcohol de manera excessiva en més proporció que els que parlen altres llengües. És una pràctica més habitual entre els joves que estan estudiant (42,6%) i els que estan treballant (39,4%) que entre els que estan a l'atur (34,5%) o inactius (23,3%). Aquestes proporcions són diferents segons el gènere, de manera que es mantenen entre els nois, però entre les noies les que més freqüentment beuen alcohol de manera excessiva són només les que estan estudiant (41%),

proporció que disminueix molt en les altres activitats principals. També és més freqüent entre les persones enquestades que tenen progenitors amb un nivell d'estudis superior. Finalment, hi ha diferències segons la mida del municipi de residència, de manera que on més es beu alcohol de manera excessiva és a Barcelona (46,8%).

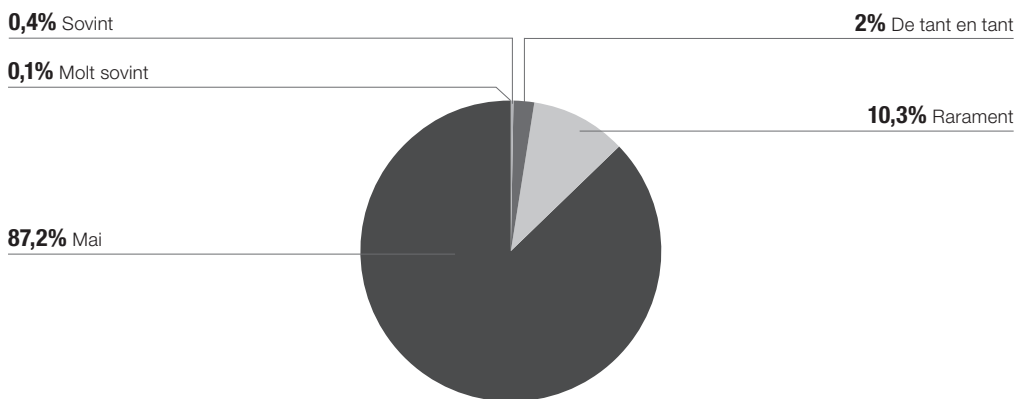
Al model de regressió logística (taula A2.47) es confirma que el fet de ser home i amb els progenitors amb un nivell d'estudis elevat augmenta la probabilitat d'haver consumit alcohol de manera excessiva. La resta de variables perd la significació quan s'analitzen conjuntament.

2.4.5. Alcohol i conducció de vehicles

Un dels comportaments de risc de la població jove més perillós per a la salut pública és conduir sota els efectes de l'alcohol o altres drogues. Tot i que a Catalunya l'augment dels controls d'alcoholèmia i les penalitzacions associades al consum han suposat una reducció dels accidents de trànsit entre els joves (Espluga *et al.*, 2010), aquests segueixen sent una de les principals causes de mort entre els joves de 15 a 30 anys (especialment entre els homes). Certs factors estructurals, com la variació en el grau d'accessibilitat a begudes alcohòliques o l'oferta de transport públic en els diferents territoris, poden ajudar a explicar la variació en els accidents de trànsit (Espluga i Boso, 2012).

Segons les dades de l'EJC17, aproximadament un 12,8% de les persones joves ha conduït un vehicle havent begut alcohol o ha anat en un cotxe conduït per una persona que n'ha begut (gràfic 2.5), proporció que duplica la de l'anterior edició de l'enquesta. Tot i això, els que ho fan de manera habitual suposen un 0,5% del total, percentatge que sembla que s'ha reduït respecte al 2012 (tot i que les dades no són estrictament comparables pels canvis en la formulació de les respostes).

GRÀFIC 2.5. Freqüència amb què condueix si ha begut o amb què va en cotxe si el conductor ha begut. Joves de 15 a 34 anys. Catalunya, 2017. Percentatge



Font: Enquesta a la joventut de Catalunya 2017 (Direcció General de Joventut)

Aquesta pràctica és més habitual entre els homes (15,4%) que entre les dones (10,3%) (taules A2.28 – A2.33). També és més freqüent entre les persones de 20 a 24 anys (17,1%) i entre les de 25 a 29 (17,9%), i molt poc habitual entre els menors de 19 anys (5,2%). La tendència per grups d'edat es reproduïx si estratifiquem per gènere, és a dir, és més freqüent entre els i les joves de 20 a 30 anys. Hi ha diferències significatives segons el lloc d'origen, de manera que és més habitual entre els autòctons (14,7%) que entre els immigrants (7,1%) (fet que també es manifesta en la llengua familiar, de manera que els que parlen en català o castellà han realitzat més aquesta pràctica que els joves que parlen altres llengües). També s'observen diferències segons l'activitat principal de la persona enquestada: és més habitual entre els ocupats (16,6%) i els aturats (13,6%) que entre els estudiants (9,5%) o els inactius (3,6%). No hi ha diferències segons el nivell d'estudis ni l'estatus socioeconòmic dels progenitors. Finalment, sí que hi ha diferències segons la mida del municipi de residència: entre els que viuen a Barcelona és una pràctica menys freqüent.

Al model de regressió logística (taula A2.48) es confirma que el fet de ser home, de més edat i amb un nivell d'estudis superior augmenta la probabilitat d'haver conduït havent consumit alcohol. La resta de variables perd la significació quan s'analitzen conjuntament.

2.5. Ús de programes d'assessorament en salut

Des de la Generalitat de Catalunya i des de l'àmbit local s'articulen un conjunt de polítiques públiques adreçades a prevenir i promocionar la salut entre la gent jove (la prevenció del consum i de les conductes de risc relacionades amb el consum de drogues i d'alcohol, el foment de l'alimentació saludable, i l'assessorament i informació en matèria de salut sexual, reproductiva i afectiva, entre d'altres). A l'EJC17 es pregunta concretament sobre l'ús de programes d'assessorament en sexualitat o afectivitat, consum de drogues i alimentació (incloses les xerrades o conferències a l'escola sobre algun d'aquests temes).

TAULA 2.9. Ús dels programes d'assessorament en temes de salut. Joves de 15 a 34 anys. Catalunya, 2017. Percentatge

Programa d'assessorament en temes de salut	%
Sexualitat/afectivitat	48,9
Drogues	43,9
Alimentació	41,5

Font: Enquesta a la joventut de Catalunya 2017 (Direcció General de Joventut)

Un 48,9% de les persones enquestades han fet ús de programes d'assessorament en sexualitat o afectivitat alguna vegada (taula 2.9), de les quals un 18% durant l'últim any, i en fan una valoració mitjana de 6,9 (en una escala del 0 al 10, on el 10 és la millor puntuació), amb una desviació de 2,3. Un 43,9% de les persones joves ha rebut algun tipus d'assessorament sobre el consum de drogues, un 16,4% de les quals durant el darrer any. La valoració que han fet dels serveis consultats ha estat de 6,8 (amb una desviació

de 2,4). I, finalment, un 41,5% de les persones joves ha rebut algun tipus d'assessorament en alimentació. La valoració que han fet dels serveis consultats ha estat de 6,8 (amb una desviació de 2,3).

Tal com es veu a les taules A2.49 – A2.57, el perfil d'usuari dels tres programes d'assessorament és similar. Les dones han fet més ús d'aquests programes que els homes, i sobretot els joves menors de 25 anys (i especialment els que tenen 19 anys o menys). Les persones d'origen espanyol en fan també més ús que les persones d'origen immigrant, i les persones que parlen en català o castellà, de la mateixa manera, han fet més ús d'aquests serveis que les que parlen altres llengües. A banda, els estudiants són els que hi recorren més. Hi ha diferències segons el nivell d'estudis de la persona, de manera que les persones que han acabat els estudis obligatoris o menys n'han fet més ús. No hi ha diferències segons l'estatus ni el nivell d'estudis dels progenitors. Segons la grandària del municipi, destaca que on se'n fa menys ús és a Barcelona, i segons l'àmbit territorial, destaquen per una major proporció d'ús d'aquests programes les persones que viuen a Ponent, les Comarques Centrals i el Penedès. Els models de regressió plantejats (taules A2.58 – A2.60) bàsicament confirmen els resultats de les anàlisis bivariades.

Si es comparen aquestes dades amb els resultats de l'EJC12 es constata un augment significatiu en l'ús d'aquests serveis. Tot i això, el perfil de les persones que hi recorren més és molt similar. Aquest augment pot ser degut a un lleuger canvi en la pregunta, i és que enguany s'especifica que l'assessorament inclou les xerrades o conferències a l'escola sobre algun d'aquests temes.

2.6. Salut i treball

La relació entre treball remunerat i salut és complexa. D'una banda, la feina remunerada proporciona accés a recursos imprescindibles per tenir i mantenir la salut: ingressos econòmics, xarxes socials, autoestima, motivació, identitat, etc. En canvi, tant l'absència de feina com la feina precària posen en perill la salut, ja que obstaculitzen l'accés a aquests recursos. A més, al lloc de treball hi ha una sèrie de factors de risc (contaminants, càrregues físiques, organitzatius, etc.) que sense una adequada tasca preventiva augmenten les malalties i els accidents dels treballadors que hi estan exposats (Espluga i Caballero, 2005).

Degut a una qüestió d'edat, els joves han estat menys temps exposats a agents patògens als seus llocs de treball que els treballadors més grans. En canvi, l'augment de la desocupació juvenil i la precarització de gran part de les feines que ocupen les persones joves actuen com a barreres que dificulten l'accés als recursos que provenen del treball. D'acord amb un informe recent de l'Organització Internacional del Treball (OIT), la participació laboral de la joventut ha experimentat un dràstic descens en els últims 20 anys a tot el món. La taxa de desocupació juvenil a Espanya i Catalunya és de les més altes d'Europa, i amb molta freqüència les úniques feines a les quals tenen accés els joves són de tipus informal o precàries, és a dir, mal pagades, insegures quant a la seva continuïtat i en les quals no poden exercir els seus drets laborals. Espanya està vuit punts per sobre dels països del

seu entorn quant a pobresa laboral entre els joves (ILO, 2017). Tot això té un impacte directe en la salut dels joves, també a Catalunya (Benach *et al.*, 2015).

Així doncs, aquest apartat fa referència als factors de risc psicosocial i als efectes negatius del treball en la salut. És per aquest motiu que a les anàlisis només es tindrà en compte als individus que estaven treballant en el moment de fer l'enquesta (ja sigui com a activitat principal o com a secundària combinada amb una altra, com ara els estudis). La mida mostral en aquest subapartat 6 es restringeix llavors a 1.968 individus.

2.6.1. Factors de risc psicosocial

Històricament, la prevenció dels riscos laborals s'ha ocupat dels factors de risc físics, químics o ergonòmics. Durant els últims decennis s'hi han afegit els factors de risc psicosocial, que tenen l'origen en l'organització de la feina i en certes circumstàncies d'intensitat, freqüència i durada, i davant la presència o absència d'altres factors amb els quals interaccionen poden provocar malalties (Empleo y Asuntos Sociales Comisión Europea, 1999). Els riscos psicosocials actuen a través de diversos mecanismes emocionals (ansietat, depressió, apatia), cognitius (capacitat de concentració, percepció alterada), conductuals (abús d'alcohol, tabac, drogues, menjar) o fisiològics (reaccions neuroendocrines) sobre la salut dels treballadors (Moncada i Llorens, 2014). Tot i que els seus efectes en la salut són més inespecífics que els que poden provocar altres factors de risc laboral, hi ha una abundant evidència científica que els relaciona amb malalties cardiovasculars (Landsbergis *et al.*, 2013; Schnall *et al.*, 2016; Virtanen *et al.*, 2013), trastorns mentals (Schutte *et al.*, 2014; Stansfeld i Candy, 2006), problemes musculoesquelètics (Bugajska *et al.*, 2013), absentisme laboral i presentisme (Miraglia i Johns, 2015), etc.

L'EJC17 incorpora una sèrie de preguntes relacionades amb el que hem descrit com a factors de risc psicosocials. Per exemple, l'estabilitat, la remuneració i les possibilitats de promoció són indicadors de les "recompenses" d'una feina que, perquè no perjudiquin la salut, han d'estar en equilibri amb els esforços; un horari de treball que no s'adequa a les necessitats del treballador impedeix conciliar la feina amb la vida personal i és causa de malestar i problemes de salut, de la mateixa manera que una baixa autonomia a la feina posa en risc el benestar dels treballadors, especialment quan es combina amb unes exigències massa grans o amb un mal ambient social de treball (Moncada i Llorens, 2014).

A la taula 2.10 s'aprecien els aspectes concrets relacionats amb aquests factors de risc pels quals es pregunta a l'enquesta. Entre els aspectes positius destaquen el bon ambient de treball del 88% dels joves, el fet que un 80% poden treballar amb autonomia a la feina i que un 74,6% tenen un bon horari de treball. Entre els negatius trobem que una mica menys de la meitat dels joves es consideren mal pagats i sense possibilitats de promoció (49,7% i 48,6% respectivament) i que n'hi ha un 60,4% amb feines estressants. Tal com es pot veure a la taula següent, la prevalença dels indicadors psicosocials gairebé no ha canviat en els últims cinc anys.

TAULA 2.10. Factors de risc psicosocials presents als llocs de treball. Joves ocupats de 15 a 34 anys. Catalunya, 2012 i 2017. Percentatge

Indicadors psicosocials	2012*	2017
Feina ben pagada	50,1	49,7
Estable	70,4	72,7
Creativa	52,2	53,9
Estressant	60,2	60,4
Interessant	73,6	72,8
Hi ha bon ambient laboral	88,7	87,9
Té una jornada que em va bé	76,9	74,6
Té possibilitats de promoció	44,3	48,6
El jove té autonomia en les seves tasques quotidianes	81,3	80,1

Font: Enquesta a la joventut de Catalunya 2012 i 2017 (Direcció General de Joventut)

*Font dades 2012: *Informe de resultats estadístics de l'EJC 2012*, Generalitat de Catalunya (2013)

Les variables demogràfiques i socioeconòmiques que surten més associades amb els factors psicosocials són l'edat, el sexe, l'activitat principal, la llengua i el nivell d'estudis propi i dels pares (taules A2.61 a A2.69). Les dones tenen accés a feines més mal pagades (55,6%) que els homes (45,1%), i també amb menys possibilitats de promoció (55,1%) i menys creatives (48,9%) que les feines dels homes (47,8% i 43,4%, respectivament). Amb l'edat empitjoren l'estrès, la manca d'autonomia, l'ambient de treball, les possibilitats de promocionar i el sentiment de treballar en una feina mal pagada i amb jornades dolentes. Segurament això és degut al fet que amb l'edat augmenten les necessitats i les expectatives laborals, i si les condicions de la feina no milloren al mateix ritme l'experiència psicosocial pot ser pitjor que al començament de la carrera professional. El nivell d'estudis primari o obligatori s'associa amb feines poc interessants i poc creatives (35,9% i 52,4% respectivament, enfront del 18% i el 43,2% dels estudis superiors); en canvi el nivell superior es relaciona amb un nivell d'estrès superior (un 70,1% enfront del 54,7% dels estudis primaris). Les possibilitats de promoció augmenten a mesura que creix el nivell educatiu dels progenitors: passa del 61,5% dels joves amb pares que tenen estudis primaris sense possibilitats de promoció al 48,9% dels joves sense possibilitats de promoció amb pares que tenen estudis superiors. Sorprenentment, sembla que els fills dels que tenen un nivell educatiu més alt tenen feines més inestables que els fills dels que només tenen estudis primaris (un 31% enfront del 21,1%). Les persones que parlen castellà i altres llengües diferents del castellà i el català estan exposades a un nombre superior d'indicadors associats als riscos psicosocials (concretament, aquest factor s'associa de manera bivariada amb 7 dels 11 indicadors). En relació amb l'activitat principal, els aturats són els que presenten els pitjors resultats, molt per sobre de la resta de grups. Aquests joves són a l'atur i no obstant això han respost que la seva activitat secundària és treballar, per la qual cosa les seves feines molt probablement són de tipus informal (sense contracte) i amb pitjors condicions laborals. Tanmateix, el grup d'aturats amb feines informals és molt més petit que el dels joves que treballen com a activitat principal (sigui o no informal) o combinen els estudis amb la feina.

Les anàlisis de regressió múltiple (vegeu les taules A2.70 – A2.78) confirmen que l'edat i el sexe són les variables sociodemogràfiques que s'associen amb més força i amb més freqüència amb aquests indicadors de risc psicosocial, seguides de l'activitat principal i el nivell d'estudis en el sentit descrit més amunt. En canvi, la llengua perd la rellevància estadística.

Finalment, s'observa una associació entre alguns d'aquests indicadors de risc psicosocial i la salut. Concretament, es detecta un augment del risc de tenir una salut general dolenta quan hi ha un horari de treball o una jornada dolenta (OR 1,6*), mal ambient laboral (OR 2,2**), una feina no creativa (1,7*) i, finalment, una manca de seguretat relativa a l'ocupació (OR 2,1**). Així mateix, el risc de tenir mala salut mental s'incrementa amb les feines estressants (OR 1,6*), el mal ambient (OR 2,2**), l'horari de treball dolent (OR 1,8**) i la manca d'autonomia per fer les tasques quotidianes de la feina (OR 2**).

2.6.2. Accidents laborals i malalties relacionades amb la feina

En termes de prevenció laboral, els factors de risc representen l'exposició, i les malalties i els accidents, els efectes. Tots dos desenllaços són evitables, però per a això és necessari, entre altres aspectes, disposar d'un bon sistema d'informació, una inspecció de treball rigorosa i una avaluació de riscos vàlida que compti amb la participació dels treballadors.

L'EJC17 conté dues preguntes que ens informen, d'una banda, de les malalties relacionades amb la feina, i de l'altra, dels accidents que tenen l'origen al lloc de treball (o durant el desplaçament des del domicili del treballador fins al seu lloc de treball, i viceversa). Els percentatges d'aquests dos indicadors autoinformats es mostren a la taula 2.11.

TAULA 2.11. Accidents i malalties relacionades amb la feina en els darrers 12 mesos. Joves de 15 a 34 anys. Catalunya, 2017. Percentatge

Incidència	%
Malaltia relacionada amb la feina	30,4
Accident de treball (inclosos els de trànsit)	7,2

Font: Enquesta a la joventut de Catalunya 2017 (Direcció General de Joventut)

Hi ha un 15,5% més de dones amb malalties relacionades amb la feina que d'homes, un 10,7% més entre els que parlen més castellà que català a casa llar i un 9,9% més entre els que tenen pares amb estudis obligatoris o primaris que entre els que tenen pares amb estudis superiors (taules A2.61, A2.65 i A2.66). La resta d'associacions bivariades entre les malalties relacionades amb la feina i les variables explicatives no són estadísticament significatives. Encara més difícils de trobar són les associacions entre aquestes variables i els accidents laborals. Segons l'anàlisi bivariada, semblaria que són un 5% més comuns entre els que parlen només castellà a la llar d'origen que, per exemple, entre els que parlen només català, però aquesta associació no es pot confirmar amb l'anàlisi multivariada.

L'anàlisi multivariada confirma la forta associació entre sexe femení i malaltia relacionada amb la feina (OR 2,4**), però no amb el nivell d'estudis (taula A2.79). A més, les malalties s'associen amb feines poc creatives (OR 1,4*), estressants (1,5**) i amb jornades de treball que els van malament als treballadors (1,4*) (taula A2.81). Els accidents de treball, en canvi, no s'associen a cap de les variables sociodemogràfiques ni als altres indicadors vinculats als riscos psicosocials.

La comparativa amb el 2012 presenta algunes diferències importants. Per començar, les malalties relacionades amb la feina han augmentat 7 punts percentuals, mentre que els accidents sembla que han disminuït 4 punts. Els darrers dos anys hi ha hagut gairebé el doble de dones amb malalties relacionades amb la feina que homes; això vol dir que les desigualtats per sexe es mantenen constants a mesura que avança l'abast del problema. Com ja s'advertia a l'informe del 2012, "les malalties relacionades amb la feina s'han preguntat de manera que són una mesura subjectiva [...] i han de ser enteses com a indicis d'una realitat sobre la qual caldria aprofundir" (Espluga i Boso, 2012). Pel que fa als accidents, el 2012 eren el doble de freqüents entre homes que entre dones i igualment s'associaven a altres factors, com l'edat, l'ocupació o les condicions laborals psicosocials. Probablement aquests canvis tenen més a veure amb la fórmula utilitzada per mesurar els accidents que amb canvis reals, tot i que amb la informació disponible no es pot descartar res.³

2.7. Salut i situació econòmica

La feina (o la seva absència) i les condicions de treball estan íntimament relacionades amb la situació econòmica de la persona. La manca de recursos econòmics comprometen la salut de les persones quan és significativa i/o es perllonga en el temps. Alhora, la mala salut també pot causar dificultats econòmiques (disminució de la capacitat per treballar, costos dels tractaments, etc.) tancant un cercle viciós entre pobresa i salut. Així mateix, la desigualtat en la distribució dels recursos econòmics és un dels principals causants de desigualtats en salut, és a dir, diferències de salut (i del risc d'emmalaltir) innecessàries, evitables i injustes entre grups poblacionals que ocupen posicions de poder distintes dins de la jerarquia econòmica i social. Actualment vivim en societats amb nivells de desigualtat econòmica sense precedents, i després de la crisi del 2008 fenòmens relacionats amb la pobresa que es consideraven superats a Europa (com el dels treballadors pobres) han tornat a reaparèixer sense que els estats del benestar, que també s'han vist afectats per la crisi, hagin pogut resoldre'ls.

Els mecanismes que converteixen desavantatges econòmiques en problemes de salut desigualment distribuïts entre aquests grups són diversos. En aquest sentit, l'EJC17 pregunta per quatre escenaris concrets en els quals les necessitats econòmiques no satisfetes posen en risc la salut dels joves enquestats. El percentatge de respostes afirmatives a cadascuna d'elles es pot veure a la taula següent. La més habitual amb molta diferència és sentir-se trist o angoixat en algun moment per haver patit dificultats econòmiques (40,7%). Quasi un

³ La manera de preguntar sobre els accidents canvia molt entre les enquestes de 2012 i 2017, ja que en aquest últim any no és possible distingir entre accidents *in itinere* i accidents de trànsit per altres motius no relacionats amb la feina.

14% de joves han reduït el consum d'aliments bàsics i un 10% han reduït les visites al metge o han reduït o endarrerit la compra de medicaments, cosa que no deixa de ser preocupant tenint en compte que a Catalunya l'atenció sanitària és universal i una part important de la despesa farmacèutica està subvencionada pel sistema públic.

TAULA 2.12. Conseqüències relacionades amb la salut de les dificultats econòmiques (darrers dos anys). Joves de 15 a 34 anys. Catalunya, 2017. Percentatge

Conseqüència sobre la salut	%
M'he sentit més trist o angoixat	40,7
He reduït el consum d'aliments bàsics	13,8
He tingut algun problema de salut	11,7
He reduït o endarrerit la compra de medicines o les visites al metge	10

Font: Enquesta a la joventut de Catalunya 2017 (Direcció General de Joventut)

Tal com es veu a la taula A2.84, totes quatre variables s'associen de manera estadísticament significativa amb l'edat (a més edat, més problemes econòmics relacionats amb la salut), el lloc de naixement (els nascuts a l'estranger tenen més problemes que els nascuts a Catalunya i la resta d'Espanya), l'activitat principal (les persones aturades i inactives estan molt pitjor que les ocupades, i els estudiants són els que estan més bé de tots quatre), el nivell d'estudis dels progenitors (com més alts els estudis menys problemes econòmics) i la llengua que es parla a la llar d'origen (els que només parlen català són els que estan més bé). A més a més, les dones se senten tristes o angoixades per raons econòmiques (48,7%) més freqüentment que els homes (40,2%). L'endarreriment de les visites al metge també s'associa al fet de ser dona, viure a municipis de més de 10.000 habitants i viure a les Comarques Gironines. Un 18,3% dels joves amb estudis primaris o obligatoris han hagut de reduir el consum d'aliments bàsics, enfront del 10,9% dels que tenen estudis superiors.

Quan s'estudien aquestes associacions amb models multivariats que tenen en compte els efectes de totes les variables explicatives alhora, la llengua, el nivell d'estudis dels pares, la grandària del municipi i l'àmbit territorial perden la significació estadística, i en canvi el sexe emergeix com una variable associada als problemes de salut per motius econòmics que perjudica les dones amb OR al voltant d'1,5**.

Totes quatre variables es troben intensament associades amb l'estat de salut general i la salut mental autopercebuda, fins i tot quan s'ajusta aquesta associació per la resta de variables explicatives descrites més amunt.

Com que és la primera vegada que es pregunta per aquestes qüestions a l'EJC, la comparació amb les dades d'anys anteriors no és possible.

2.8. L'estat i els hàbits de salut de les persones joves a Catalunya. Una anàlisi conjunta

Fins ara s'han analitzat les variables i els indicadors relacionats amb la salut i els comportaments relacionats amb aquesta per blocs. A continuació es presenta una anàlisi multivariant de les principals variables analitzades fins ara que permetrà definir grans grups de població jove. El procediment consisteix a fer una selecció de les variables; una anàlisi de correspondències múltiple que permeti reduir el nombre de variables incloses en l'anàlisi en dues dimensions o eixos factorials (en funció de les associacions entre les categories de les variables); una anàlisi de conglomerats a partir de les coordenades dels individus en aquest nou espai multivariat, que permeti fer grups el màxim d'homogenis internament i heterogenis entre si, i finalment una caracterització dels grups segons les categories de diferents variables sociodemogràfiques i contextuals (específicament si estan infra-representades o sobrerrepresentades). Es tracta d'una anàlisi descriptiva, que no vol ser reduccionista, però que pot ajudar a tenir una perspectiva global de l'estat de salut, els comportaments de risc i els eixos socials de desigualtat entre la població jove a Catalunya.

Les variables introduïdes a l'anàlisi multivariant són l'estat de salut autopercebuda, la satisfacció amb la vida, tenir relacions sexuals, fumar tabac, fumar haixix, consumir altres drogues, beure alcohol en excés, conduir sota els efectes de l'alcohol. Les característiques sociodemogràfiques i contextuals utilitzades en aquest apartat són les mateixes que durant tot l'informe: sexe, grup d'edat, nivell d'estudis de la persona enquestada i dels seus progenitors, lloc d'origen, llengua, activitat principal, grandària del municipi i àmbit territorial. S'afegeix també el tipus de contracte i els ingressos que aporten informació relativa al nivell econòmic de l'individu en termes quantitius i d'estabilitat.

El resultat d'aquest procediment és una tipologia formada pels quatre grups de joves que es descriuen a continuació (vegeu la taula 2.13).

TAULA 2.13. Tipologia d'estat de salut i hàbits de salut segons les variables que formen la tipologia. Joves de 15 a 34 anys. Catalunya, 2017. Percentatge

Dimensió	Variable	A	B	C	D	Total
Estat de salut	Estat de salut autopercebuda (bona)	100,0	0,0	99,5	91,0	89,6
	Nivell de satisfacció amb la vida (satisfet)	86,0	51,6	83,6	65,4	81,4
Hàbits de salut	Té relacions sexuals	78,0	88,3	94,3	100,0	83,8
	Fuma tabac	23,6	44,0	63,1	84,3	36,2
	Fuma haixix	0,2	8,2	65,0	73,5	17,6
	Consumeix cocaïna	0,0	0,0	0,0	100,0	2,6
	Consumeix altres drogues	0,4	1,4	7,2	64,5	3,7
	Beu alcohol en excés	28,0	31,8	70,2	82,4	39,3
	Condueix sota els efectes de l'alcohol	0,4	5,2	49,4	44,6	13,1

Font: Enquesta a la joventut de Catalunya 2017 (Direcció General de Joventut)

El **grup A** representa el 64,7% de la mostra, i es caracteritza pel fet de tenir un bon estat de salut (no hi ha ningú amb un mal estat de salut), un bon grau de satisfacció amb la vida i uns comportaments saludables. Els membres d'aquest grup pràcticament no fumen haixix, ni consumeixen cocaïna o altres drogues, ni condueixen sota els efectes de l'alcohol. Ara bé, tot i que el percentatge de joves que fumen i que beuen alcohol al grup A és significativament més baix que a tota la mostra, segueix situant-se entorn del 25%. És el grup on hi ha més joves d'entre 15 i 19 anys (la mitjana d'edat se situa entorn dels 24,5 anys) i amb més proporció d'estudiants (39,3%). Els que treballen tenen la proporció més alta de contractes indefinits (56%) i el nivell de salari més alt (en mitjana) dels quatre grups. Hi ha una proporció de joves d'origen immigrant lleugerament superior (i estadísticament significativa) que a tota la mostra.

El **grup B** representa el 10,1% de la mostra i es caracteritza pel fet de tenir una mala salut autopercibuda i una baixa satisfacció amb la vida, així com uns hàbits de vida saludables (excepte en el cas de fumar, ja que la proporció se situa entorn del 44%). La presència femenina és més elevada que la masculina (63,6% *versus* 34,4%), el grup d'edat més present és el de 30 a 34 anys i l'edat mitjana és de 26,5 anys. És el grup amb la proporció més elevada de joves d'origen immigrant (32,7%), amb un nivell d'estudis obligatori o inferior (tant de la persona enquestada, un 53,3%, com dels progenitors, un 28,2%), inactius (12,9%) i a l'atur (9,4%). A més, entre els i les joves que treballen són més habituals els contractes temporals i uns salaris relativament baixos.

El **grup C** representa el 22,6% de la mostra i es caracteritza pel fet de tenir un bon estat de salut (no hi ha ningú amb un mal estat de salut), una elevada satisfacció amb la vida i uns comportaments de risc significativament més freqüents que als grups A i B. Un 63,1% dels joves d'aquest grup fuma, un 65% fuma haixix, un 7,2% consumeix altres drogues, un 70,2% beu alcohol en excés i un 49,4% ha conduït sota els efectes de l'alcohol. Destaca també que el consum de cocaïna en aquest grup és inexistent. En aquest cas, la presència masculina és més elevada que la femenina (61% *versus* 39%), i el grup d'edat més freqüent és el dels joves entre 20 i 24 anys (l'edat mitjana és de 24,7 anys), i d'origen autòcton. Predominen els treballadors (52,6%), entre els quals el 51% té un contracte temporal, i les persones que estan a l'atur (9,4%). Finalment, en aquest grup hi ha sobrerrepresentats els i les joves els progenitors dels quals tenen un nivell d'estudis superior (49,7%).

El **grup D** representa només el 2,6% de la mostra i es caracteritza pel fet de tenir un estat de salut i un nivell de satisfacció amb la vida pitjors que els grups A i C (però millors que el grup B) i uns comportaments de risc molt més prevalents que a la resta de grups. El 80,4% de joves d'aquest grup fumen, el 73,5% fumen haixix, el 100% consumeixen cocaïna, el 64,5% consumeixen altres drogues, el 82,4% consumeixen alcohol en excés i el 44,6% han conduït sota els efectes de l'alcohol. La presència masculina és molt més freqüent que la femenina (68,4% *versus* 31,6%), és el grup de més edat i on la proporció de joves de 30 a 34 anys és més habitual (la mitjana d'edat és de 27,7 anys). En aquest grup és on hi ha menys estudiants (27,4%) i més treballadors (56,1%), que presenten la proporció de contractes indefinits més elevada (53,4%) però salaris relativament baixos. Finalment, en aquest grup hi ha sobrerrepresentats els i les joves els progenitors dels quals tenen un nivell d'estudis superior (66,2%).

Aquesta tipologia intenta reproduir la que es va fer l'any 2012, però les variables introduïdes no són exactament les mateixes (per exemple, en aquesta edició no s'han introduït les malalties relacionades amb la feina, ni s'ha preguntat si prenen medicaments, ni si han tingut accidents viaris), fet que implica que no són estrictament comparables. Tot i això, la tipologia és similar en alguns aspectes. D'una banda, el grup A del 2017 equivaldria als grups A i B del 2012, és a dir, joves amb un estat de salut bo i uns hàbits saludables; el grup B del 2017 es correspondria amb el grup C del 2012, és a dir, persones amb més mala salut, més presència femenina i d'immigrants i més situacions d'inactivitat i atur, i finalment el grup C del 2017 és similar al D del 2012, és a dir, homes joves d'entre 20 i 24 anys amb comportaments de risc. El grup D del 2017 no reproduceix cap grup de la tipologia de l'any 2012.

2.9. Conclusions

Els principals resultats d'aquest informe indiquen que la població jove de Catalunya té un bon estat de salut autopercebut, així com un nivell de satisfacció amb la vida elevat. Tot i així, hi ha una sèrie de causes que afecten la seva qualitat de vida i poden implicar un deteriorament de la seva salut. Aquestes causes s'associen amb comportaments de risc de la població jove, i amb factors estructurals de l'entorn social, cultural i econòmic d'aquesta població.

Els principals resultats a destacar de l'EJC17 relacionats amb la salut de les persones joves catalanes i alguns dels indicadors que la poden afectar són els següents:

- La meitat dels i les joves catalanes tenen una salut general (física i mental) autopercebuda excel·lent o molt bona, i fins a un 57,5% diuen que no se senten ansiosos ni deprimits en el moment de l'entrevista. Entre les persones que van respondre que se sentien ansioses, els motius més importants eren la manca d'ingressos, els estudis i la manca de temps.
- Pel que fa a la satisfacció amb la vida, la mitjana va ser d'un 7,7 en una escala que anava de 0 a 10 i on 10 era la màxima puntuació.
- En general, l'autopercepció que tenen els joves catalans de la seva salut i satisfacció vital és relativament bona i es manté en nivells similars als de 2012.
- Tot i així, hi ha un marge de millora important: un de cada deu joves té una salut general regular o dolenta, i un 16,1% se sentien moderadament o molt ansiosos. A més, un 10,4% va respondre donant una puntuació de 5 o menys a l'escala de satisfacció vital.
- Els indicadors relacionats amb els factors de risc laboral psicosocial es mantenen estables respecte al 2012. Els més prevalents són l'estrès (60,2%), l'absència de promoció (55,7%) i el fet d'estar mal pagat (49,9%).
- La majoria d'aquests indicadors s'associen amb una mala salut general i/o mental, i tres dels indicadors (feines poc creatives, estressants i amb jornades inadequades), amb haver patit una malaltia relacionada amb la feina durant els últims 12 mesos.

- Un 30,4% dels joves responen que han tingut malalties derivades de la feina en els últims 12 mesos, i un 7,2%, accidents laborals.
- A un 40,7% dels joves les dificultats econòmiques que afronten els fan sentir-se tristos o angoixats.

Pel que fa als comportaments de risc, els principals resultats a destacar de l'EJC17 són els següents:

- Vora el 80% de joves ha mantingut relacions sexuals completes (amb penetració). L'edat mitjana amb què en van tenir per primera vegada és de 17 anys, i un 24,7% es va iniciar abans dels 16 anys. Un 24,2% dels que han mantingut relacions sexuals durant l'últim any han tingut alguna relació de risc. Aquestes relacions de risc (enteses com aquelles que poden implicar un embaràs no desitjat o una malaltia de transmissió sexual) disminueixen amb l'edat i amb l'estabilització de la parella.
- El 36,2% dels i les joves fumen, dels quals la meitat fumen sovint o molt sovint. L'edat mitjana amb què van començar a fumar és més o menys els 16 anys. Fumen més els homes que les dones, tot i que la proporció d'homes i dones fumadors s'igualava entre els menors de 19 anys (que és el grup d'edat que menys fuma).
- Un 17,4% de les persones enquestades fumen haixix, tot i que la gran majoria d'aquests consumidors ho fan de manera esporàdica. Els que més consumeixen haixix són els homes i els menors de 24 anys. Tot i això, entre els menors de 19 anys no hi ha diferències entre homes i dones. El consum és més elevat, també, entre els joves que tenen progenitors amb estudis superiors.
- El consum de cocaïna i altres drogues és molt minoritari (entorn d'un 3%). Hi recorren principalment homes de més de 25 anys.
- De les pràctiques de risc analitzades a l'EJC17, la més habitual ha estat el consum excessiu d'alcohol. Un 39% dels i les joves ha consumit alcohol en excés alguna vegada, i entorn d'un 4% ho fan més sovint. Aquesta pràctica, tot i ser la més comuna de les pràctiques de risc analitzades, és més freqüent entre els homes de 20 a 25 anys, i entre els joves que tenen progenitors amb estudis superiors.
- Aproximadament un 12,8% de les persones joves ha conduït un vehicle havent begut alcohol o ha anat en un cotxe conduït per una persona que n'ha begut, tot i que la majoria ho ha fet rarament. Es tracta d'una pràctica que han realitzat més homes d'entre 20 i 29 anys i és menys habitual a Barcelona.
- Entre un 40% i un 50% de les persones joves han fet ús de programes d'assessorament en temes de salut, concretament en sexualitat o afectivitat, consum de drogues i alimentació (incloses les xerrades o conferències a l'escola sobre algun d'aquests temes). Es tracta principalment de dones autòctones de menys de 19 anys.

Aquestes situacions relatives a la salut no es distribueixen igual entre el jovent català, sinó que hi ha una sèrie de variables demogràfiques i socioeconòmiques que determinen que el risc de trobar-se en alguna d'aquestes situacions sigui més o menys elevat. Aquestes variables, com el sexe, el lloc de naixement o l'origen socioeconòmic, constitueixen eixos clàssics de desigualtat en salut. A continuació es descriuen les associacions estadísticament significatives entre aquests eixos i els indicadors de salut analitzats en el present capítol. És important recordar que, com que es tracta d'una enquesta amb un disseny transversal, cal ser prudents en la interpretació de les associacions entre indicadors laborals i comportaments de risc i la salut de les persones enquestades. I és que no es pot demostrar quin factor és la causa i quin la conseqüència en l'associació.

Les dones tenen més mala salut general i mental que els homes, ocupen feines més mal pagades, menys creatives i sense possibilitats de promoció. Hi ha gairebé el doble de dones que d'homes amb malalties relacionades amb la feina. A més, ser dona s'associa també amb sentir tristesa per motius econòmics i amb altres conductes de risc per a la salut com ara endarrerir les visites al metge i/o la compra de medicaments i aliments bàsics. Les noies presenten menys comportaments de risc com ara fumar, consumir drogues, beure i conduir begudes o anar en cotxe amb algú que ha begut. Aquesta tendència sembla que està canviant entre les persones més joves, de manera que entre els menors de 19 anys la proporció d'homes i dones que consumeixen drogues (legals o il·legals) és similar.

La salut i els comportaments de risc també són diferents segons l'edat. Com més gran és la persona enquestada, pitjor és el seu estat de salut general i més baixa la satisfacció amb la vida. A partir dels 20 anys, els i les joves estan més exposats a riscos psicosocials (entre d'altres, se senten més mal pagats a la feina, més estressats, tenen feines on l'ambient de treball és dolent, jornades que no els van bé i es troben amb poques possibilitats de promoció). A més, els i les joves de més edat se senten tristos i/o angoixats per motius econòmics en major proporció que els més joves. Els comportaments de risc per a la salut relacionats amb el consum de drogues (legals o il·legals) tendeixen a disminuir amb l'edat, sobretot a partir dels 25 anys, excepte en el cas del tabac i de la cocaïna.

L'activitat principal de la persona enquestada també implica diferències en termes de salut i comportaments de risc. D'una banda, la salut dels aturats i els inactius és pitjor que la dels ocupats i els estudiants, tot i que aquestes associacions es redueixen o fins i tot desapareixen quan s'observen de manera multivariable. A més, els aturats que declaren treballar com a activitat secundària presenten els pitjors resultats quant a exposicions laborals psicosocials. Els aturats i inactius són també els que tenen més problemes econòmics relacionats amb la salut. Pel que fa als comportaments de risc, les persones inactives són les que han mantingut menys relacions sexuals de risc, les que presenten nivells més baixos de consum de tabac i alcohol i de conducció sota els efectes de l'alcohol (o d'anar en cotxe amb algú que hagi begut). Els aturats, en canvi, presenten les proporcions més elevades de consum de tabac i de conducció sota els efectes de l'alcohol (o d'anar en cotxe amb algú que hagi begut). Aquests dos grups són els que han mantingut menys relacions sexuals de risc i també els que han fet menys ús de programes d'assessorament en sexualitat i drogues.

D'altra banda, les persones que estan estudiant són les que tenen més bona salut i més satisfacció amb la vida, les que presenten menys proporció de fumadors i de persones que condueixen sota els efectes de l'alcohol, però més proporció de beure alcohol en excés; són les que menys relacions sexuals completes han mantingut, però les que han tingut més relacions de risc. També són les que fan més ús dels programes d'assessorament en temes de salut. Finalment, les persones joves que estan treballant presenten una bona salut autopercebuda i una alta satisfacció amb la vida, malgrat que són les que tenen una proporció més elevada de membres que fumen tabac, beuen alcohol i condueixen sota els efectes de l'alcohol (o van en cotxe amb algú que hagi begut) i una proporció elevada de relacions sexuals de risc. A més, fan poc ús dels programes d'assessorament en salut.

El nivell d'estudis també implica diferències (cal tenir present que el nivell d'estudis finalitzat es correlaciona amb l'edat de la persona enquestada). Un nivell d'estudis alt influeix de forma positiva en la salut general i la satisfacció vital dels joves. A més, les feines dels i les joves amb nivells d'estudi més baixos són menys interessants i poc creatives, però també menys estressants que les dels joves amb estudis superiors. No sembla, en canvi, que aquesta variable tingui relació amb les malalties relacionades amb la feina ni amb els accidents. A un nivell d'estudis més baix, més probabilitat d'haver de restringir el consum d'aliments bàsics per motius econòmics. Els comportaments de risc relacionats amb el consum de drogues (legals o il·legals) també són diferents: les persones joves amb un nivell d'estudis finalitzat obligatori o inferior consumeixen menys alcohol, cocaïna o altres drogues i condueixen menys sota els efectes de l'alcohol.

Els i les joves que han nascut a l'estranger tenen pitjor salut mental i una satisfacció vital més baixa que els nascuts a Catalunya i a la resta d'Espanya. Els nascuts aquí tenen, en major proporció, feines més estressants, però també menys problemes de salut relacionats amb motius econòmics. Les persones d'origen immigrant presenten menys freqüència de consum de drogues (legals o il·legals) i d'haver conduït sota els efectes de l'alcohol (o d'anar amb algú que hagi begut). També fan menys ús dels programes d'assessorament en temes de salut.

El nivell d'estudis dels pares no sembla un factor tan decisiu a l'hora d'explicar la salut general o mental i la satisfacció amb la vida. Pel que fa a les condicions de treball que poden causar malaltia, el nivell d'estudis dels progenitors influeix més en les possibilitats de promoció, les quals augmenten a mesura que augmenta el nivell educatiu d'aquests. Sorprenentment, sembla que els fills dels que tenen un nivell educatiu més alt tenen feines més inestables. Tots quatre indicadors de mala salut per motius econòmics mostren una gradació amb el nivell d'estudis dels pares, de manera que a menor nivell d'estudis més freqüents són els problemes. Els joves i les joves amb progenitors amb un nivell d'estudis superior presenten unes proporcions superiors a la resta de consum d'haixix, cocaïna, altres drogues i alcohol en excés. A més, són els que han mantingut relacions sexuals completes en menor proporció, però han estat relacions de risc en una proporció més elevada.

Les variables grandària del municipi i àmbit territorial són les que presenten menys associacions amb els indicadors de salut. Això implica que l'eix territorial té un paper menys

destacat que d'altres en la configuració de les desigualtats en salut entre els joves de Catalunya. Pel que fa als comportaments de risc, sí que hi ha alguna diferència rellevant segons la grandària del municipi. D'una banda, a Barcelona és on més pràctiques sexuals de risc es produeixen (comparant-ho amb municipis petits). De l'altra, és on hi ha més consum de cocaïna, altres drogues i alcohol, però on menys es condueix sota els efectes de l'alcohol. Probablement aquest últim fet es pot explicar per l'oferta de transport públic a Barcelona (que també pot ajudar a explicar la variació d'accidents de trànsit entre municipis). Finalment, a Barcelona és on menys ús de programes de salut es fa.

L'anàlisi multivariant de clústers permet caracteritzar una tipologia d'estat i hàbits de salut formada pels quatre grups següents:

- El grup A es caracteritza pel fet de tenir un estat de salut bo i uns comportaments de risc quasi inexistent (excepte en el cas de l'alcohol i el tabac). Les persones d'aquest grup són, a grans trets, més joves i estudiants. Els joves que treballen tenen una proporció de contractes indefinits superior a la resta.
- El grup B es caracteritza per un estat de salut i satisfacció amb la vida dolents, i amb uns comportaments molt saludables (excepte en el cas de fumar). Es tracta d'un grup feminitzat, en què predominen els joves d'origen immigrant, en situació d'atur o inactivitat, i en el cas dels treballadors, amb contractes temporals i els salaris més baixos de la mostra.
- El grup C es caracteritza pel fet d'estar format per joves amb un bon estat de salut que posen en pràctica uns comportaments de risc importants. Es tracta d'un grup format per homes d'entre 20 i 24 anys, amb progenitors amb un nivell d'estudis superior. Són principalment persones treballadores (amb més predomini de contractes temporals) i a l'atur.
- El grup D és el més minoritari (un 2,7% de la mostra) i es caracteritza per un estat de salut i satisfacció amb la vida regulars i per uns comportaments de risc més extrems. Hi predominen els homes, d'entre 30 i 35 anys, que treballen o estan a l'atur.

Aquests resultats es corresponen bastant amb els de l'EJC12, tot i que hi ha algunes diferències (que en alguns casos es deuen a la formulació diferent de la pregunta o les categories de resposta). Hi ha una sèrie de factors estructurals que sembla que influeixen en la salut de la població jove a Catalunya. És a dir, sembla que una part dels i les joves de Catalunya estan sotmesos a unes situacions socials que deterioren la seva salut i que requeririen un canvi estructural. A grans trets, els eixos que ajuden a entendre la diferent distribució de la salut entre els i les joves a Catalunya són els següents. En primer lloc, el gènere, que es manté com a eix de desigualtat social en salut (de manera que les dones tenen més mala salut), en l'accés al mercat laboral (tenen accés a feines més precàries) i en comportaments de risc (en general presenten menys comportaments de risc, excepte entre els menors de 19 anys, en què no es presenten diferències). Aquest fet s'hauria d'incorporar al disseny dels programes d'assessorament i de promoció de la salut d'aquest col·lectiu.

En segon lloc, l'eix treballa o estudia/aturat o inactiu, que substituiria l'eix activitat/inactivitat detectat a l'enquesta del 2012. Enguany s'ha mostrat que les persones que treballen o estudien tenen més bona salut. Ara bé, entre les que treballen, les que estan més exposades a feines precàries, insegures, etc., tenen clarament més mala salut, tot i que es tracta d'un factor estructural modificable. Els estudiants són els que tenen més bona salut (també gràcies a l'edat), però també són els que més alcohol beuen i més relacions de risc mantenen (tot i que són els que més ús fan dels programes d'assessorament en drogues i sexualitat). Caldria tenir en compte aquest fet en les activitats de sensibilització i promoció de la salut que es fan a les escoles.

Finalment, el lloc d'origen de la persona també es manté com a eix de desigualtat en salut, de manera que les persones immigrants presenten pitjor estat de salut (i menys comportaments de risc). És molt possible que aquests fets estiguin relacionats amb circumstàncies estructurals, com ara ser fill d'una família amb un estatus socioeconòmic més baix, amb un accés al mercat laboral més restringit, cosa que aboca la persona jove a feines més precàries i a situacions d'atur o d'inactivitat forçoses.

D'altra banda, igual que en l'anàlisi de l'EJC12, s'ha mostrat que el grup que més comportaments de risc assumeix és el dels homes entre 20 i 24 anys amb progenitors que tenen estudis superiors. Els seus mals hàbits són principalment el consum de tabac, haixix, alcohol i anar en cotxe sota els efectes de l'alcohol. Sembla que es tracta d'un col·lectiu en què assumir certs riscos forma part del seu model de transició juvenil cap a l'edat adulta (Espluga i Boso, 2012). Caldrà esperar uns anys per veure si la tendència detectada entre les noies menors de 19 anys que iguala el seu consum de drogues (legals i il·legals) al dels nois es consolida, i per tant s'equiparen els models de transició juvenils. Enguany s'ha detectat un altre grup, molt minoritari, format principalment per homes de més de 30 anys que tenen uns comportaments de risc molt extremats. És molt alarmant l'hàbit de conduir sota els efectes de l'alcohol (o anar en cotxe amb algú que ha begut) en aquests dos col·lectius.

Tal com han mostrat els principals resultats d'aquest informe, moltes de les causes (i/o conseqüències) del nivell de salut i de les desigualtats socials en salut dels i les joves es troben en factors estructurals del seu entorn social, econòmic i cultural. Per tant, el plantejament de les polítiques de salut no es pot limitar a l'àmbit assistencial sanitari o a les accions de prevenció, educació i sensibilització per a la salut. Cal incidir en tots aquests factors estructurals que també repercuteixen en la salut de la població (jove), com són la precarització laboral o la manca de feina, a partir de polítiques públiques adients.

Bibliografia

BENACH, J., *et al.* (2015). "La precariedad laboral medida de forma multidimensional: distribución social y asociación con la salud en Cataluña", a *Gaceta Sanitaria / S.E.S.P.A.S*, 29(5), pp. 375-378.

BUGAJSKA, J., *et al.* (2013). "Psychological factors at work and musculoskeletal disorders: a one year prospective study", a *Rheumatology International*, 33(12), pp. 2975-2983.

CENTERS FOR DISEASE CONTROL AND PREVENTION (1994). "Preventing tobacco use among young people. A report of the Surgeon General", a *MMWR*, núm. 43.

COMISIÓ EUROPEA (1999). *Guía sobre el estrés relacionado con el trabajo. ¿La "sal de la vida" o el "beso de la muerte"?*, Bruselas, Dirección General de Empleo y Asuntos Sociales, Comisión Europea.

DAHLGREN, G.; WHITEHEAD, M. (1991). *Policies and strategies to promote social equity in health*, Stockholm, Institutet för Framtidsstudier.

ESPLUGA, J.; BOSÓ, À. (2013). "Salut. Entre la satisfacció vital i els impactes de la precarietat sobre la salut de la joventut de Catalunya", a P. Serracant (coord.). *Enquesta a la joventut de Catalunya 2012*, Barcelona, Direcció General de Joventut, Generalitat de Catalunya, col·lecció "Estudis", 2(34), pp. 83.

ESPLUGA, J., et al. (2010). *Salut i joves. Dels contextos i les pràctiques de risc a les polítiques de promoció de la salut*, Barcelona, Secretaria de Joventut, Generalitat de Catalunya, col·lecció "Estudis", núm. 29.

ESPLUGA, J.; CABALLERO, J. (2005). *Introducción a la prevención de riesgos laborales*, Barcelona, Editorial Ariel.

EUROPEAN COMMISSION CONFERENCE ON YOUTH HEALTH (2009). *A snapshot of the health of young people in Europe*, Copenhagen.

GOFIN, J.; GOFIN, R. (2012). *Fundamentos de salud comunitaria*, Barcelona, Elsevier España.

GONZÁLEZ, V.; VIVES, N.; CASABONA, J. (2017). *Vigilància epidemiològica de les infeccions de transmissió sexual a Catalunya*, Barcelona, Centre d'Estudis Epidemiològics sobre les ITS i Sida de Catalunya.

GUMÀ, J.; CÁMARA, A. D. (2014). "¿Informa la salud autopercebida sobre las condiciones objetivas de salud? Algunas conclusiones a partir del análisis demográfico de microdatos de la Encuesta Nacional de Salud", a *Estadística Española*, 56(183), pp. 61-76.

INTERNATIONAL LABOUR ORGANIZATION (2017). *Global Employment Trends for Youth 2017: Paths To a Better Working Future*, Geneva, International Labour Organization (ILO).

KONTULA, O. (2004). "Trends in teenage sexual behaviour: pregnancies, sexually transmitted infections and HIV infections in Europe", a *Yearbook of Population Research in Finland*, núm. 40, pp. 133-151.

LAILLA, J. M. (2014). "Embaràs en l'adolescent. Impacte mèdic i social", a *Pediatría Catalana: Butlletí de la Societat Catalana de Pediatría*, 74(3), pp. 136-138.

LANDSBERGIS, P. A., *et al.* (2013). "Job Strain and Ambulatory Blood Pressure: A Meta-Analysis and Systematic Review", a *American Journal of Public Health*, 103(3), pp. 61-71.

MARTÍNEZ, D. E. (2006). "Salut dels joves a Catalunya: diagnòstic i perspectives", a O. Bayon (ed.). *El futur de les polítiques de joventut*, Barcelona, Fundació Rafael Campalans.

MARTÍNEZ, D., *et al.* (2010). *Informe 2009. Observatori de nous consums de drogues en l'àmbit juvenil*, Barcelona, Fundació Igenus.

MIRAGLIA, M.; JOHNS, G. (2015). "Going to Work III: A Meta-Analysis of the Correlates of Presenteeism and a Dual-Path Model", a *Journal of Occupational Health Psychology*, 21(3), pp. 261-283.

MONCADA, S.; LLORENS, C. (2014). "Factores psicosociales", a F. Benavides *et al.* (eds.). *Salud laboral: conceptos y técnicas para la prevención de riesgos laborales*, Barcelona, Elsevier España, pp. 377-389.

OBSERVATORIO ESPAÑOL DE LAS DROGAS Y LAS ADICCIONES (2017). *Encuesta sobre alcohol y drogas en España (EDADES) 2015-2017*, Madrid, Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad.

PAVOT, W.; DIENER, E. (2008). "The Satisfaction With Life Scale and the emerging construct of life satisfaction", a *Journal of Positive Psychology*, 3(2), pp. 137-152.

PULIDO, J., *et al.* (2014). "Estudios poblacionales en España sobre daños relacionados con el consumo de alcohol", a *Revista Española de Salud Pública*, 88(4), pp. 493-513.

ROMANÍ, O. (2006). *La salut dels joves a Catalunya. Un estudi exploratori*, Barcelona, Secretaria General de Joventut, Generalitat de Catalunya, col·lecció "e-Quaderns", núm. 2.

SCHNALL, P. L.; DOBSON, M.; LANDSBERGIS, P. (2016). "Globalization, Work, and Cardiovascular Disease", a *International Journal of Health Services*, 46(4), pp. 656-692.

SCHUTTE, S., *et al.* (2014). "Psychosocial working conditions and psychological well-being among employees in 34 European countries", a *International Archives of Occupational and Environmental Health*, 87(8), pp. 897-907.

SERRACANT, P. (coord.) (2013). *Enquesta a la joventut de Catalunya 2012. Principals resultats estadístics*, Barcelona, Direcció General de Joventut, Generalitat de Catalunya, col·lecció "Estudis", 2(34).

SERRACANT, P.; ESTIVILL, J. (2017). *Estat de la joventut 2017*, Barcelona, Direcció General de Joventut, Generalitat de Catalunya.

STANSFELD, S.; CANDY, B. (2006). "Psychosocial work environment and mental Health —a meta-analytic review", a *Scandinavian Journal of Work, Environment & Health*, 32(6), pp. 443-462.

STEKETEE, M., ET AL. (2013). *Alcohol use Among Adolescents in Europe. Environmental Research and Preventive Actions*, Utrecht, Verwey-Jonker Instituut.

VIRTANEN, M., et al. (2013). "Perceived job insecurity as a risk factor for incident coronary heart disease: systematic review and meta-analysis", a *BMJ Clinical Research*, 347(6).

WINDLE, M., et al. (2008). "Transitions into underage and problem drinking: developmental processes and mechanisms between 10 and 15 years of age". A: *Pediatrics*, 121 (Suppl 4), pp. 273-289.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (1948). *Constitution of The World Health Organization*.