

Per al desplegament de la salut comunitària al Pla d'Urgell: Marc conceptual i diagnòstic quantitatiu territorial

Marc Coca Moreno, Magdalena-Sofía Revuelta Ordorica

Catsalut. Institut Català De La Salut

RESUM: El model d'Actius i Salut, integrat dins el projecte de Salut Comunitària (COMSalut) i el Pla Interdepartamental de Salut Pública (PINSAP) de l'Agència de Salut Pública de Catalunya (ASPCAT), busca identificar i potenciar quins elements de l'entorn social o actius (equipaments, associacions, activitats, espais, etc.) poden contribuir a la generació de salut. El següent treball pretén realitzar una aportació inicial per al desplegament d'un projecte d'aquestes característiques a l'Àrea Bàsica de Salut (ABS) Pla d'Urgell impulsat pel seu Equip d'Atenció Primària (EAP). El treball s'estructura en tres grans parts: (1) definició del marc conceptual d'Actius i Salut, (2) diagnòstic quantitatiu inicial de l'estat de salut de l'ABS Pla d'Urgell i (3) conclusions. Els resultats demostren que el Pla d'Urgell presenta realitats complexes que poden repercutir en la salut de l'individu i escapen a l'àmbit d'actuació purament mèdic i que, per tant, podrien ser tractades des d'una perspectiva transversal i comunitària.

PARAULES CLAU: Atenció Primària, anàlisi territorial, salutogènesi, COMSalut, demografia, determinants de salut, salut comunitària.

ABSTRACT: Community Health Assets model aims to detect and enhance the social and community assets (facilities, associations, social activities, etc.). The model is integrated in the Community Health Project (COMSalut) and the Interdepartmental Public Health Plan (PINSAP) of the Public Health Agency of Catalonia (ASPCAT). The purpose of the following paper is to establish a starting point to deploy a Community Health project for the Basic Area of Health (ABS) Pla d'Urgell, driven by the Primary Care Team (EAP). The structure of the study is as follows: (1) definition of the conceptual framework of Community Health Assets, (2) an earlier quantitative analysis of the population of Pla d'Urgell based in open data and (3) the conclusions. The findings show there are complex and maybe risky-social scenarios that are not entirely medical. However,

through a transversal and community approach, these scenarios can be treated in a more efficient way.

KEYWORDS: Primary Health Care, Community Health, salutogenesis, territorial analysis, demography, health determinants.

INTRODUCCIÓ: QUÈ ÉS LA SALUT?

El concepte de salut s'havia associat tradicionalment a l'absència de malalties, però poc a poc, sobretot arran dels fenòmens de cronificació, diverses veus el van anar criticant per simplista, una crítica que pot resumir-se en dos punts.

En primer lloc, la definició tradicional subestima l'autopercepció en el procés salut-malaltia: la presència d'una malaltia com, per exemple, la diabetis o la hipertensió, no té perquè associar-se a malestar o sentir-se malalt; al revés, hom pot sentir-se malalt sense patir cap tipus de malaltia.

En segon lloc, la definició anterior implica que l'única causa d'una malaltia és la presència d'agents patògens que afecten l'estat biològic de la persona i, per tant, es deixa de banda tot l'àmbit psíquic i social de l'individu.

El 22 de juliol de 1946, 61 Estats van firmar la Constitució fundacional de l'Organització Mundial de la Salut (OMS) en el marc de la Conferència Sanitària Internacional celebrada a Nova York. En aquest document el concepte de salut deixava de ser sinònim d'absència de malaltia i s'ampliava de la següent manera: "La salud es un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades" (OMS, 2006: 1).

A aquesta nova i, potser, utòpica definició de salut, la van seguir noves aportacions. L'any 1976, a Perpinyà, es va celebrar el X Congrés de Metges i Biòlegs de

Llengua Catalana i es va proposar un nou concepte de salut centrat en el comportament: “aquella manera de viure que es autònoma, solidaria y profundamente gozosa” (Catalán i Talavera, 2012: 171).

Ambdues definicions, però, han estat titllades de massa utòpiques o abstractes. Tot i així, els seus punts coincidents deixen entreveure el canvi de paradigma: (1) la salut és quelcom més que l'absència d'elements patògens i (2) les circumstàncies individuals i de l'entorn tenen molt a veure amb la pròpia salut.

La figura 1 mostra un dels models més coneguts en relació amb els determinants del propi estat de salut, on el sistema sanitari ocupa solament una petita part i els altres són de caràcter eminentment social (socioeconòmics, culturals i ambientals), un caràcter que possiblement no tindria cabuda en la definició tradicional de salut.

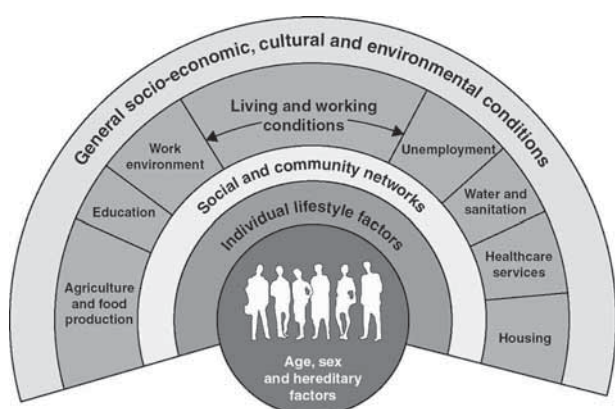


Figura 1. Model de determinants de la salut de Dahlgren i Whitehead. Font: Dahlgren i Whitehead (1991: 11).

Entendre l'estat de salut com un procés de doble sentit entre estar saludable i estar malalt, on els factors anteriors en poden determinar fortament la direcció, ha comportat la creació de nous projectes públics interdepartamentals i de caràcter transversal.

La Salut Comunitària en seria un exemple. Aquesta activitat, concretada institucionalment a través del projecte de Salut Comunitària (COMSalut) de l'Agència Catalana de Salut Pública (ASPCAT), la realitzen les i els professionals de l'Atenció Primària –i Comunitària– de Salut.

El següent treball pretén establir una primera aportació per al desplegament a l'Àrea Bàsica de Salut (ABS) Pla d'Urgell d'un projecte basat en el model d'Actius de Salut. L'aportació és, essencialment, el

marc conceptual i el diagnòstic quantitatiu territorial de la població del Pla d'Urgell.

Deixant de banda la introducció, l'article s'estructura en tres grans apartats: (1) definició del marc conceptual del model d'Actius de Salut basat en el concepte de salutogènesi, (2) diagnòstic quantitatiu inicial de la zona del Pla d'Urgell a través de dades de caràcter eminentment obert i, finalment, (3) les conclusions on es recapitularan els principals escenaris detectats i, també, la necessitat de desplegar, amb el temps, un projecte més ampli de salut comunitària.

MARC CONCEPTUAL: SALUTOGÈNESI I ACTIUS DE SALUT

“It is wise to see models, theories, constructs, hypotheses and even ideas as heuristic devices, not as holy truths. [...] My point of departure is to focus attention on a paradigmatic axiom shared by the proponents of curative medicine [...] and disease preventive [...] efforts alike. The axiom is one which is at the basis of the pathogenic orientation which suffuses all western medical thinking. [...]

A continuum model, which sees each of us, at a given point in time, somewhere along a 'healthy/dis-ease continuum' is, I believe, a more powerful and more accurate conception of reality [...]. We are all, always, in the dangerous river of life: [...] How dangerous is our river? How well can we swim? [...] What explains movement toward the health pole of the health/dis-ease continuum? [...]

Generalized Resistance Resources (GRRs) [...] referred to a property of a person, collective or a situation which [...] facilitated successful coping with the inherent stressors of human existence. What they can do is prevent damage, perhaps add a little strength and, in some cases, create and opening for the beginning of a major change in life circumstances.” (Antonovsky, 1996: 11-16).

L'any 1979 es publicava el llibre *Health, stress and coping* del sociòleg americà i israelita Aaron Antonovsky (1923-1994) on es proposava el següent neologisme: la salutogènesi. En aquesta obra, Antonovsky explorava la salut des d'una perspectiva més sociològica que clínica, preguntant-se com es mantenen les persones en un estat saludable tot i estar exposades a tantes i variades influències perjudicials (factors d'estrès).

Per respondre la pregunta, Antonovsky no es va centrar enterament en aquells qui presentaven un mal estat de salut sota condicions estressants, sinó en aquells qui mostraven resistència davant d'aquests factors.

Aquest enfocament va implicar grans canvis en el plantejament dels estudis i els diagnòstics de salut. Es destaquen dos punts: (1) treballar des d'una perspectiva d'actius de salut (el que es té), en lloc de fer-ho des del dèficit sanitari (el que falta); (2) elaborar i posar en funcionament programes sanitaris més centrats en la perspectiva i les necessitats de la població i no tant en la dels professionals.

Precisament, el model d'Actius de Salut busca detectar totes aquelles característiques, estructurals o conjunturals, de la comunitat que la pròpia població reconegui com a factors de benestar o, en cas contrari, com a deficients i millorables.

En qualsevol cas, en aquesta fase inicial del projecte, l'objectiu principal és detectar els factors de benestar per fer-ne un catàleg consultable tant per la pròpia població, com pel professional i que es trobi disponible al portal d'Actius i Salut de l'ASPCAT.¹ El professional sanitari, doncs, pot disposar de l'anomenada "prescripció social".

Un pas previ i necessari per tal d'iniciar aquest primer projecte és conèixer la comunitat amb què es treballarà que, en aquest cas, és la de l'ABS Pla d'Urgell. Tot plegat fa imprescindible l'elaboració d'allò que es coneix com un "Diagnòstic de Salut territorial", el qual s'hauria de compondre d'almenys dos grans blocs: un bloc quantitatiu i un altre de caràcter qualitatiu.

El primer dels blocs busca explorar estadísticament les necessitats i particularitats d'una comunitat, mentre que el segon busca traure a la llum les necessitats però a través de la pròpia opinió dels membres d'una comunitat.

En aquest article es desenvolupa, solament, el bloc quantitatiu, on s'exploren tres grans temes de la població del Pla d'Urgell: la demografia, l'entorn socioeconòmic i l'estat de salut.

El bloc qualitatiu no es desenvolupa en aquest estudi inicial i constituirà el segon pas a realitzar per tal de convertir aquest projecte en realitat. L'esmentat

bloc necessitarà disposar d'un equip de persones que dissenyi, organitzi i decideixi com es durà a terme aquest diagnòstic qualitatiu. En aquest equip, anomenat també Grup Motor, s'espera la participació tant de professionals sanitaris, com de treballadors de l'ASPCAT, Serveis socials, entitats culturals i, per descomptat, la ciutadania.

DIAGNÒSTIC DE SALUT TERRITORIAL: ANÀLISI QUANTITATIVA

Tanto por la información que se recoge como por el proceso propio, el estudio de necesidades tiene diferentes utilidades. Primero, revela la importancia de los problemas de salud y de los factores que éstos tienen asociados. Así es posible identificar a los individuos que presentan un problema particular o que son susceptibles de presentarlo. [...] El estudio de las necesidades ilumina también a los planificadores sobre los valores políticos y sociales de la comunidad en estudio, más concretamente sobre las barreras culturales, lingüísticas y otras, que pueden reducir el impacto de los programas puestos en marcha ulteriormente. Y como último elemento, pero no menos importante, el estudio de necesidades favorece el conocimiento de los recursos comunitarios y la identificación de las posibles intervenciones para solucionar los problemas existentes." (Pineault i Daveluy, 1990: 49).

En aquest apartat s'exposen els principals resultats de l'anàlisi quantitatiu inicial sobre l'estat de salut de la població del Pla d'Urgell. L'extensió limitada del document ha obligat a exposar, solament, aquells temes que han mostrat uns resultats més destacables i una vinculació més directa amb la Salut Comunitària; aquests són: (1) estructura demogràfica, (2) la maternitat, (3) la solitud en la vellesa, (4) el mercat de treball i l'atur i, finalment, (5) els problemes de salut mental.

L'anàlisi s'ha basat en dades de caràcter eminentment obert i, metodològicament, l'estratègia que s'ha seguit ha estat la de comparar els valors del Pla d'Urgell amb els de la població catalana, per tal de detectar quins resulten destacables.²

¹Pot consultar-se el portal web a: http://salutpublica.gencat.cat/ca/sobre_lagencia/Plans-estrategics/pinsap/Accions-eines-i-projectes-relacionats/actius-i-salut/

²Abans de continuar, es necessari destacar que existeixen disparitats entre les dades organitzades segons el territori administratiu (comarques) i el mapa sanitari (ABS). També, les dades obertes de l'IDESCAT tenen com a font principal el padró, mentre que les sanitàries utilitzen, habitualment, la població assegurada i l'assignada als equips. Sigui com sigui, es considera una distorsió mínima i en cada cas s'ha especificat de quin territori s'està parlant i quina font s'està utilitzant.

L'estructura demogràfica com a punt de partida

L'ABS Pla d'Urgell se situa al centre de la Regió Sanitària Lleida (figura 2) i es compon dels municipis integrats dins la comarca homònima més els municipis de Puiggròs i els Alamús.

Segons el Padró municipal, l'any 2017 l'ABS Pla d'Urgell comptava amb una població de 37.671 habitants, el 18,96% de la qual tenia 65 o més anys (taula 1). No obstant, el pes d'aquest últim grup d'edat varia força segons el municipi, anant d'un valor mínim de 13,89% (Mollerussa) fins a un màxim de 30,03% (Vilanova de Bellpuig). També, és probable que les xifres d'envelliment dels pobles de Sidamon, Golmés i Fondarella poden ser virtualment baixes per la proximitat a Mollerussa i l'efecte poble-dormitori.

Taula 1. Habitants dels municipis de l'ABS Pla d'Urgell i freqüències dels grans grups d'edat (2017).

Municipis	Habitants	0-14 anys	15-64 anys	≥65 anys (ordena)
Mollerussa	14.574	18,66%	67,46%	13,89%
Sidamon	732	17,21%	66,80%	15,98%
Golmés	1.852	17,39%	65,17%	17,44%
Fondarella	796	13,07%	68,97%	17,96%
P. D'Anglesola	2.183	16,31%	64,86%	18,83%
Vila-sana	721	15,53%	65,33%	19,14%
Bell-lloc	2.321	14,74%	64,15%	21,11%
Miralcamp	1.358	15,83%	63,03%	21,13%
Linyola	2.626	14,55%	64,13%	21,33%
Alamús	777	14,67%	63,45%	21,88%
Torregrossa	2.192	14,55%	62,32%	23,13%
Puiggròs	280	12,86%	63,21%	23,93%
Bellví	2.276	14,19%	61,69%	24,12%
Barbens	933	12,33%	63,13%	24,54%
Poal	637	11,46%	62,79%	25,75%
Castellnou	686	13,12%	59,91%	26,97%
Ivars d'Urgell	1.568	13,90%	58,74%	27,36%
V. De Bellpuig	1.159	15,10%	54,87%	30,03%
Total ABS	37.671	16,30%	64,74%	18,96%
Catalunya	7.596.131	15,47%	65,82%	18,71%

Font: Padró municipal d'habitants, 2017 (Idescat)

La figura 3 mostra la distribució de la població empadronada a Catalunya i a l'ABS Pla d'Urgell. Tot i les semblances, el Pla d'Urgell registra un major pes en les edats de 80 o més anys i, pel cas dels homes, en les franges d'entre 30 i 59 anys.

La figura 4 ofereix una comparativa amb la resta de Catalunya pel que fa al volum poblacional i el sobreenvelliment.³ La localització de l'ABS Pla d'Urgell en la gràfica adverteix del següent: (1) és una de les ABS de Catalunya més poblada i, amb diferència, és la més

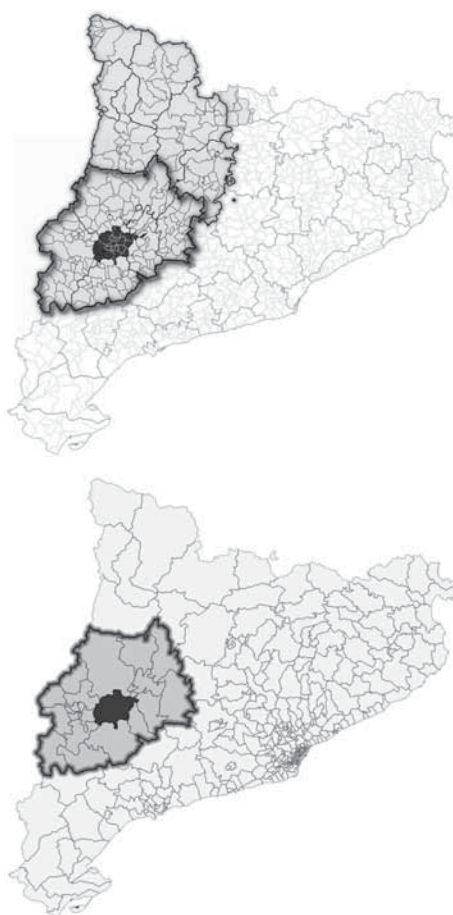


Figura 2. Mapa combinat administratiu i sanitari (superior) i mapa sanitari (inferior).

Nota: en el mapa superior, les línies fan referència als àmbits territorials (Ponent i Alt Pirineu i Aran) i als municipis, mentre que el color gris i negre es refereixen als municipis que s'integren en les Regions Sanitàries Lleida i Alt Pirineu i Aran.

Font: elaboració pròpia amb Shapefile Institut Cartogràfic de Catalunya i Departament de Salut

³ S'entén com a percentatge de sobreenvelliment el pes de la població de 85 o més anys sobre el total de població de 65 o més anys. Percentatge de sobreenvelliment = $\frac{Hab. \{ \geq 85 \text{ anys} \}}{Hab. \{ \geq 65 \text{ anys} \}} \cdot 100$

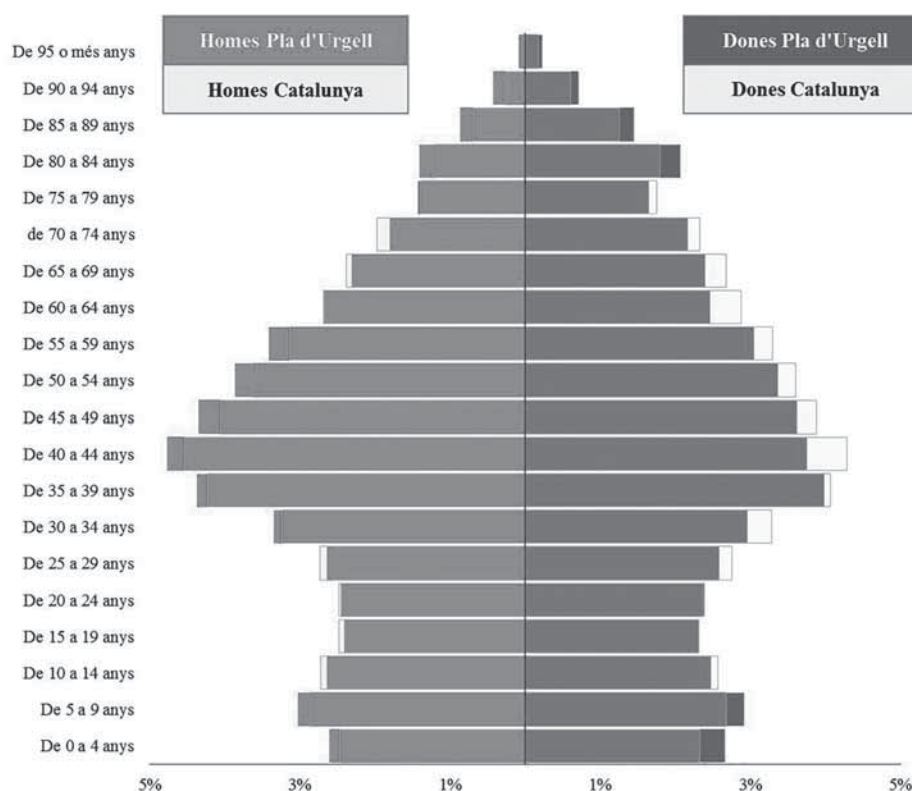


Figura 3. Piràmide de població de l'ABS Pla d'Urgell segons el padró municipal 2017.

Font: Padró municipal d'habitants, 2017 (Idescat).

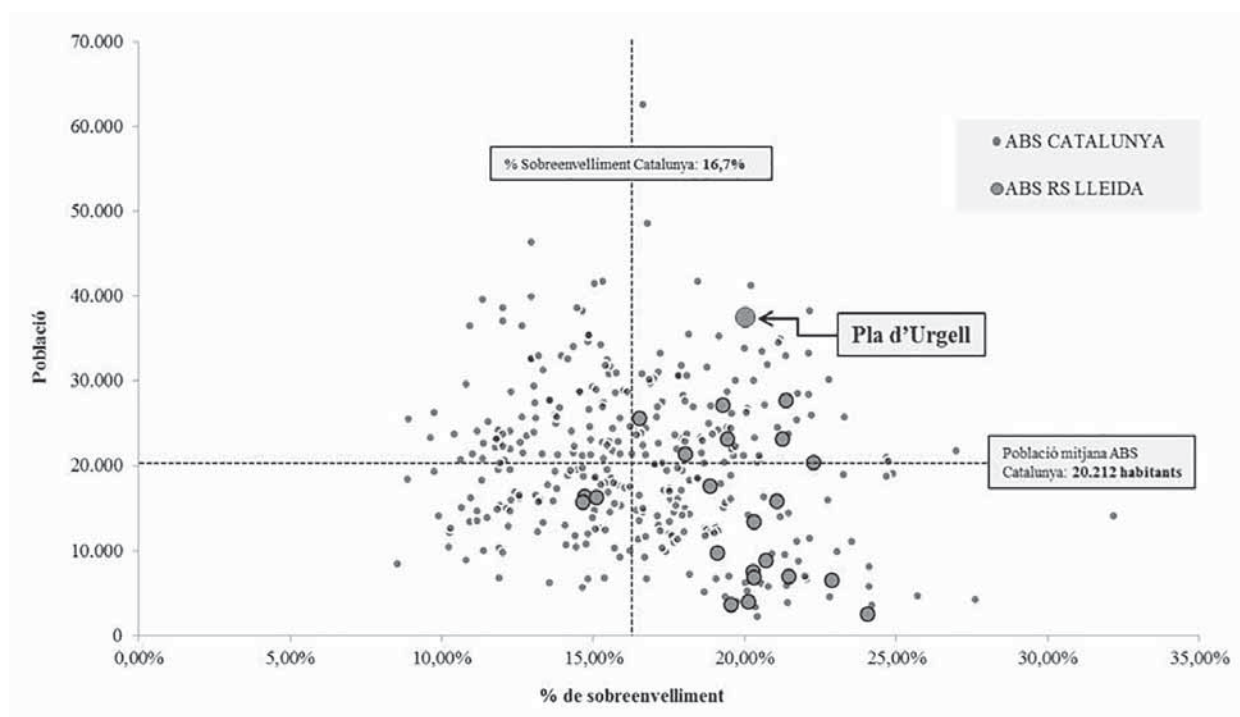


Figura 4. Les ABS de Catalunya segons volum de població assegurada i sobreenvelliment (2018).

Font: elaboració pròpia amb dades del Departament de Salut, Registre Central d'Assegurats (tall de referència 2018).

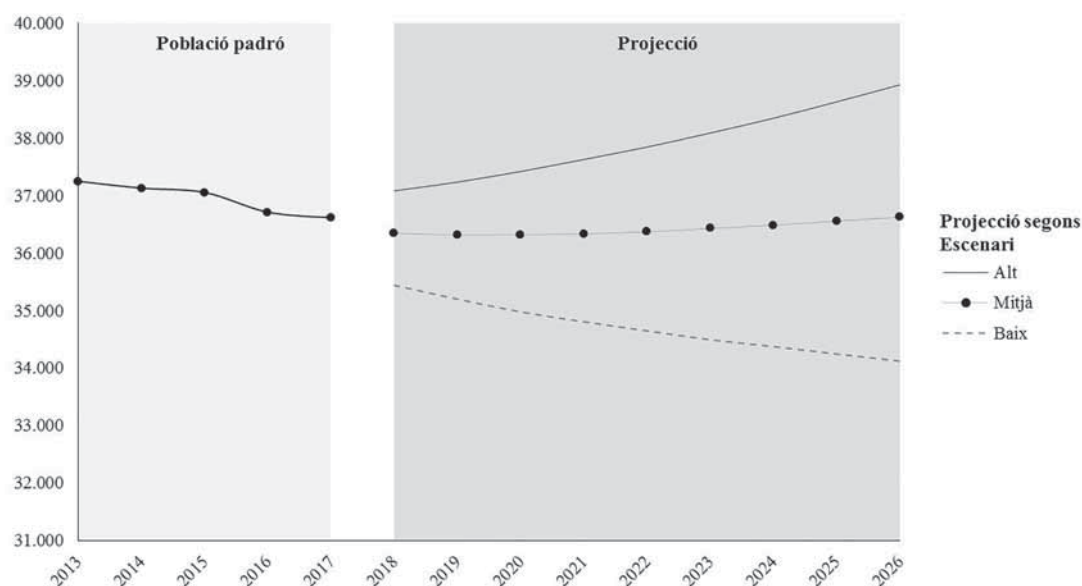


Figura 5. Projeccions demogràfiques de la comarca del Pla d'Urgell (2013-2026).

Font: elaboració pròpia amb dades de Projeccions de Població vigents, Idescat.

voluminosa d'entre les ABS de Lleida; (2) el percentatge de població sobreenvellida és, també, força superior.

Pel que fa a les previsions demogràfiques, la figura 5 mostra les projeccions segons escenaris per aquesta comarca. Tant l'escenari alt com el mitjà apunten a un increment en els propers anys.

La taula 2 mostra la procedència de la població del Pla d'Urgell i la figura 6 la seva distribució per edats. La diferència més destacable respecte als valors de Catalunya es troba en el percentatge d'habitants procedents de la resta d'Espanya que, ara com ara, és notablement inferior. Pel que fa a les edats, el gruix majoritari de població immigrant es concentra en els homes d'entre 30 i 49 anys, mentre que la població de la resta de l'estat comença a guanyar pes a partir dels 50 anys.

Finalment, convé preguntar-se com es distribueix pel territori aquesta població. La figura 7 mostra, de forma descendent, la densitat poblacional de les comarques de Catalunya per l'any 2016. Després del Segrià, el Pla d'Urgell és la comarca amb un valor més alt entre les de l'Àmbit Territorial de Ponent, però amb un valor mitjà pel que fa a les de Catalunya.

El volum poblacional i la densitat mitjana de l'ABS adverteixen que el Pla d'Urgell és un territori que va a cavall de la ruralitat i la urbanitat. Aquesta dualitat té grans implicacions pel que fa a la logística de l'oferta sanitària ja que, si bé en les zones urbanes, més concentrades i densament poblades, l'oferta sanitària pot concentrar-se, no passa el mateix en les zones rurals, més disperses i amb una densitat més baixa.

Taula 2. Distribució de la població per àmbit de procedència (2017)

Procedència	ABS Pla d'Urgell		Catalunya	
	Població	%	Població	%
Catalunya	28.018	74,38%	4.899.882	64,85%
Reste d'Espanya	2.933	7,79%	1.325.004	17,54%
Estrangers	6.720	17,84%	1.330.944	17,61%
Total	37.671	100,00%	7.555.830	100,0%

Font: Padró municipal d'habitants (2017), IDESCAT.

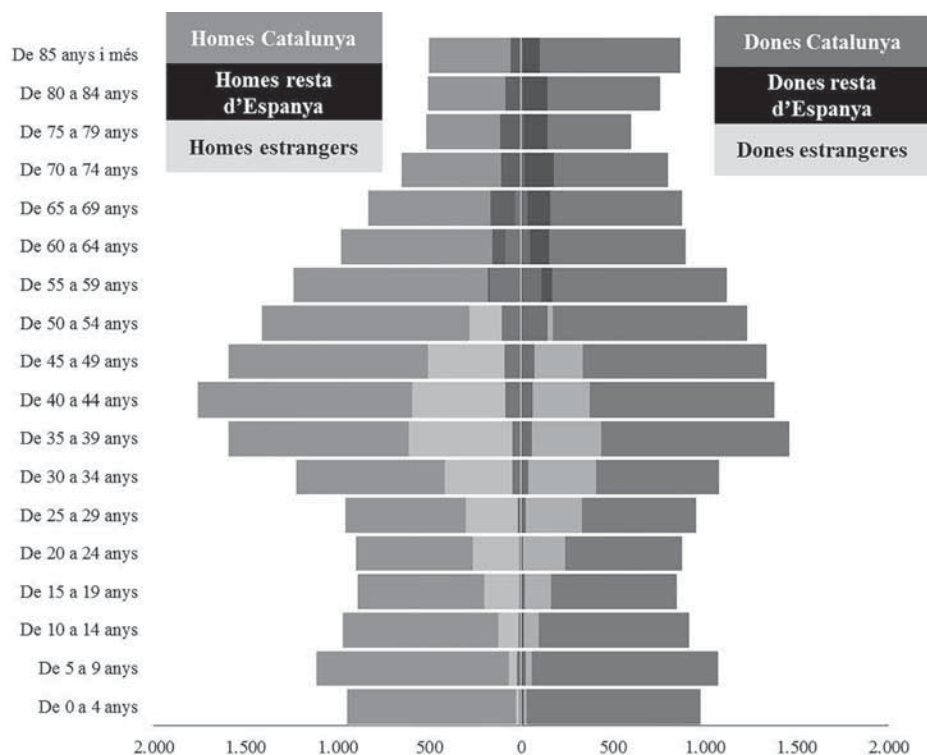


Figura 6. Piràmide d'edats segons procedència de la població de la comarca del Pla d'Urgell (2017).
Font: elaboració pròpia amb dades del Padró municipal d'habitants (2016), Idescat.

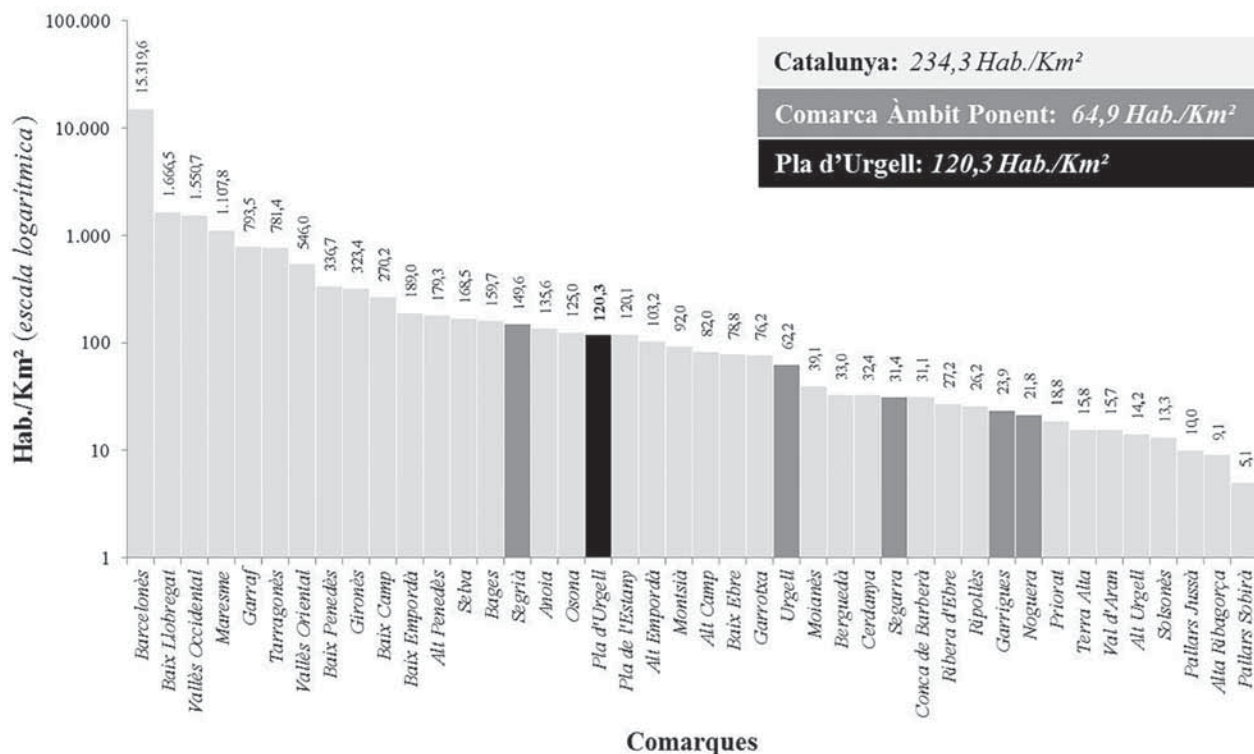


Figura 7. Densitat de població per comarca, 2016.
Font: elaboració pròpia amb dades del Padró municipal d'habitants (2016), Idescat.



Figura 8. Població georeferenciada per quadrícula (gird). Catalunya (esquerra) i ABS Pla d'Urgell (dreta), 2016. Font: elaboració pròpia amb les dades de Població de Catalunya georeferenciada a 1 de gener 2016, Idescat.

La figura 8 mostra la distribució aproximada pel territori de la població georeferenciada i es constata aquesta dualitat entre l'espai urbà i el rural, exemplificats amb els municipis de Mollerussa i els seus adjacents i la resta de poblacions, respectivament.

En resum, pot concloure's que l'estructura demogràfica del Pla d'Urgell presenta tres grans característiques que han de ser considerades pels serveis sanitaris: (1) de tot Catalunya, és una de les ABS amb un volum poblacional més alt, (2) el pes de la població envellida, però sobretot el de la sobreenvellida, és més alt que el del conjunt de Catalunya i, finalment, (3) la distribució territorial és dual i combina elements tant urbans com rurals.

La maternitat al Pla d'Urgell: edats i nivell formatiu

La figura 9 mostra la distribució de l'edat de la mare al part l'any 2016 pel Pla d'Urgell i Catalunya. Pels dos àmbits, la franja d'edat que registra més naixements és coincident, entre els 30 i els 34 anys; tanmateix, al Pla d'Urgell sobresurten els intervals d'edat més joves (entre 15 i 29), mentre que Catalunya guanya protagonisme dels 30 en endavant.

La maternitat implica noves necessitats i reptes per la mare que poden variar força segons l'edat. També, és el principi de les necessitats del nadó, on la situació socioeconòmica de la família pot arribar a constituir un factor de risc pel seu estat de salut. Per exemple,

Sonego et alii (2012: 203) van estudiar aquesta variable amb relació a la salut mental de la criatura:

A strong association between parental education and parent-reported child mental health was observed among 4- to 11-year-olds, with odds ratios (ORs) increasing as parental educational level decreased. Where both parents had a sub- university level, maternal education showed a stronger association than did paternal education. Following adjustment for covariates, parental education continued to be the strongest risk factor for parent-reported child mental Health problems.

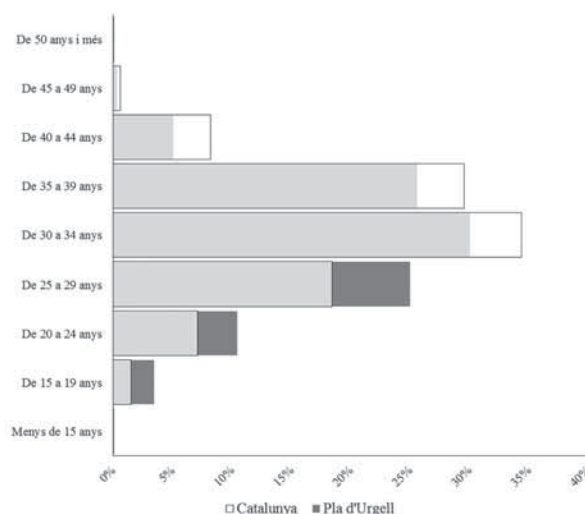


Figura 9. Distribució de l'edat de les mares al part, 2016. Font: elaboració pròpia amb les dades de Població, Estadístiques de naixements, Idescat.

Taula 3. Distribució dels naixements segons edat de la mare i nivell educatiu de la comarca del Pla d'Urgell i Catalunya (entre parèntesis), 2016

Edats	No sap llegir o escriure	Sense estudis	Educació primària	Educació secundària / FP	Estudis universitaris	No hi consta	Total
Menys de 15 anys	0% (0%)	0% (0%)	0% (0,01%)	0% (0%)	0% (0%)	0% (0,01%)	0% (0,02%)
De 15 a 19 anys	0% (0,02%)	1,58% (0,07%)	0,95% (0,54%)	0,95% (0,48%)	0% (0,01%)	0% (0,42%)	3,48% (1,53%)
De 20 a 24 anys	0% (0,11%)	0,32% (0,38%)	2,53% (1,73%)	6,96% (3,38%)	0% (0,15%)	0,63% (1,34%)	10,44% (7,09%)
De 25 a 29 anys	1,27% (0,26%)	1,27% (0,74%)	4,43% (2,63%)	14,24% (8,94%)	1,27% (3,01%)	2,53% (2,86%)	25% (18,43%)
De 30 a 34 anys	0,32% (0,39%)	0,95% (0,84%)	1,58% (2,13%)	13,92% (13,64%)	10,76% (12,32%)	2,53% (5,1%)	30,06% (34,42%)
De 35 a 39 anys	0,32% (0,33%)	0,95% (0,54%)	1,58% (1,2%)	10,76% (10,83%)	9,81% (12,25%)	2,22% (4,45%)	25,63% (29,6%)
De 40 a 44 anys	0% (0,16%)	0% (0,17%)	0,32% (0,33%)	2,85% (2,96%)	1,9% (3,22%)	0% (1,4%)	5,06% (8,23%)
De 45 a 49 anys	0% (0,01%)	0% (0,02%)	0% (0,03%)	0,32% (0,2%)	0% (0,24%)	0% (0,13%)	0,32% (0,63%)
De 50 anys i més	0% (0%)	0% (0%)	0% (0%)	0% (0,01%)	0% (0,01%)	0% (0,01%)	0% (0,04%)
Total	1,9% (1,28%)	5,06% (2,75%)	11,39% (8,59%)	50% (40,45%)	23,73% (31,2%)	7,91% (15,73%)	100% (100%)

Nota: s'ha ressaltat en negreta el valor més alt d'entre els dos territoris, excepte per la categoria No hi consta.

Font: Estadístiques de naixements, Idescat.

La taula 3 desagrega les dades de la figura 9 segons nivell educatiu i, principalment, s'aprecia que a la comarca del Pla d'Urgell hi ha un percentatge més elevat de dones entre 25 i 29 anys que, o bé no saben llegir o escriure, o bé no tenen estudis. A la inversa, existeix un major percentatge de dones de 15 fins a 34 anys amb formació professional.

Aquests resultats, però, són massa genèrics (no hi ha dades més detallades) com per traduir-se en una proposta concreta, però sí exposen l'existència d'un escenari on la Salut Comunitària pot jugar-hi un paper interessant. Posteriorment, mitjançant dades corporatives, s'haurà de definir un perfil més detallat d'aquests grups.

Envelliment saludable: la solitud com a factor de risc

L'envelliment saludable és un dels projectes més característics i distintius de la salut comunitària, on la solitud en la vellesa ha esdevingut un dels problemes més alarmants.

Tot i que viure sol no és sinònim de solitud, el percentatge de persones grans que viuen soles pot servir com a indicador aproximat per considerar la magnitud d'aquest fenomen i, per exemple, al Pla d'Urgell, del 2012 al 2016, el percentatge de població de 75 anys o més que viu sola es trobava per damunt de Catalunya i ha augmentat de forma més ràpida (figura 10).

Idescat no proporciona dades més desagregades per aprofundir en el tema, però es pot utilitzar l'*Encuesta Continua de Hogares* de l'Instituto Nacional de Estadística (a partir d'ara, INE), des d'on pot veure's la distribució per edat i sexe a nivell de província (figura 11) i permet inferir que, d'aquest 30,70%, més de la meitat serien dones. Tanmateix, proporcionalment, resulta també destacable el pes de la població masculina del Pla d'Urgell, sobretot pel que fa a les franges de 65 a 69 i de 80 a 84.

En definitiva, es conclou que els indicadors vistos pel Pla d'Urgell suggereixen que la solitud pot acabar

constituïnt un factor de risc força important per la seva població. Aquest escenari, “que no pot ser tractat mitjançant fàrmacs”, encaixa perfectament dins el model d'Actius i Salut.

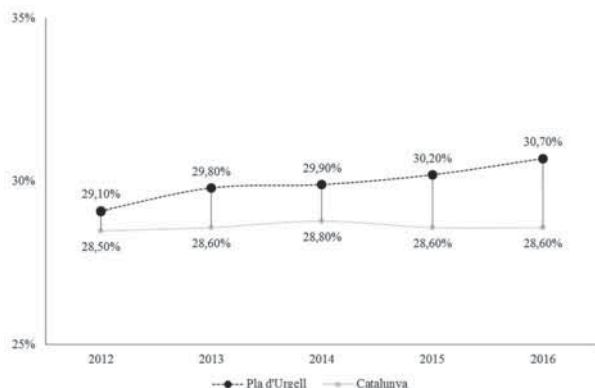


Figura 10. Percentatge de persones de 75 anys o més que viuen soles a Catalunya i la comarca del Pla d'Urgell, 2012-2016.

Font: elaboració pròpia amb les dades d'Indicadors territorials d'exclusió social, Idescat

El mercat de treball: sectors econòmics i estructura de l'atur

Les activitats agràries s'han identificat històricament amb el terme rural, però aquesta identificació es troba cada cop més en crisi. Les activitats agràries encara conformen la major part del territori que avui considerem rural i així continuarà sent a mitjà termini, però la població que habita a les àrees rurals ja no viu de les activitats agràries. Les petites indústries, el turisme i els serveis públics i privats, ja siguin els que s'han implantat en petits municipis o els que existeixen a les ciutats petites i mitjanes veïnes, garanteixen avui dia la part preponderant de la riquesa i l'ocupació present a les àrees rurals del país. (Aldomà, 2009: 129)

El paisatge de la comarca del Pla d'Urgell és eminentment rural; tanmateix, en la distribució dels seus sectors econòmics ja no queda tan marcada aquesta ruralitat: com argumenta la citació inicial, el sector agrari ja no és un tret tan distintiu del món rural com hauria estat dècades enrere.

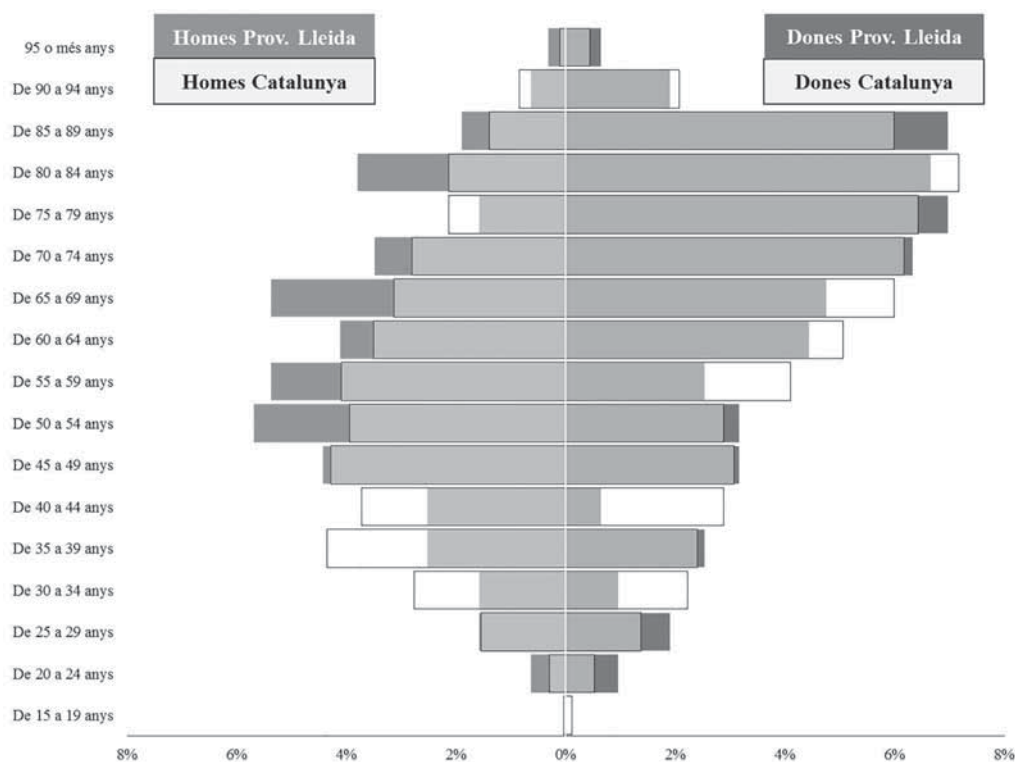


Figura 11. Distribució de les persones que viuen soles segons l'Encuesta Continua de Hogares a Catalunya i la província de Lleida, 2017.

Nota: s'ha escollit el valor 8 de la variable SITUHO com a identificador.

Font: elaboració pròpia amb *microdatos de l'Encuesta Continua de Hogares* (2017), INE.

La figura 12 mostra l'estructura del mercat de treball de Catalunya i el Pla d'Urgell, segons el nombre d'afiliacions a la seguretat social, i la distinció més destacable es troba al tercer lloc: mentre que a Catalunya aquesta posició és ocupada pel sector de la construcció, al Pla d'Urgell ho és per l'agricultura.

La figura 13 mostra la distribució comparada entre la comarca del Pla d'Urgell i Catalunya de l'atur registrat el 2017 segons sexe i edat. Destaca el major pes de la població femenina aturada entre les edats de 25 a 39 anys i, també, en el cas dels homes, la franja d'entre 45 i 49 anys.

La distribució de la població femenina resulta d'especial interès en tant que coincideixen les edats de més atur amb les de la maternitat que s'han vist anteriorment. Els resultats podrien estar suggerint que la maternitat esdevé una important barrera (més que a la resta de Catalunya) en el mercat de treball del Pla d'Urgell.

La utilització de serveis sanitaris: la importància de la salut mental

L'Atenció Primària de Salut és l'entrada al sistema salut i, des d'aquest àmbit, poden detectar-se nombroses necessitats i inquietuds de la població. La taula 4 mostra els percentatge de població assignada i atesa a l'Equip d'Atenció Primària (EAP) del Pla d'Urgell per problemes de salut mental.

En definitiva, les dades anteriors mostren una major detecció a l'Atenció Primària de problemes de salut mental, on el sexe femení és aquell que més diferència mostra respecte a Catalunya.

La taula 5 mostra les dades disponibles d'utilització dels centres ambulatoris de salut mental per part de la població de l'ABS Pla d'Urgell, separant segons siguin majors o menors de 18 anys.

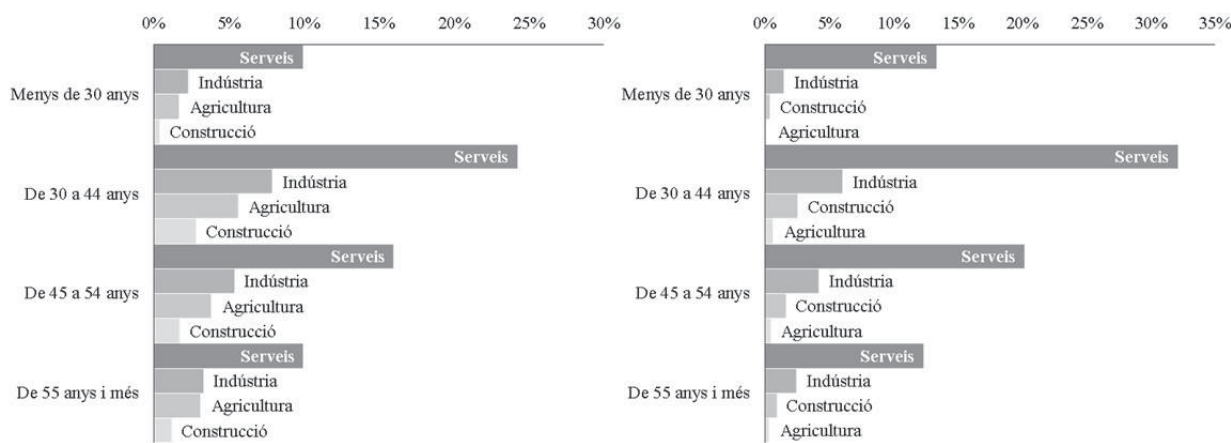


Figura 12. Percentatge d'afiliacions a la seguretat social per edat i sector de Catalunya (dreta) i la comarca del Pla d'Urgell (esquerra), tall de setembre 2017.

Font: elaboració pròpia amb les dades d'Afiliacions a la seguretat social segons residència padronal, Idescat.

Taula 4. Percentatge de població assignada i atesa a l'EAP Pla d'Urgell per problemes relacionats amb la salut mental (2016)

Indicador	ABS Pla d'Urgell			Catalunya		
	Homes	Dones	Total	Homes	Dones	Total
Població de 0-14 anys atesa a AP per trastorn d'ansietat/angoixa/estat ansiós (%)	0,68	0,33	0,51	1,03	1,12	1,08
Població de 15 anys i més atesa a AP per trastorn d'ansietat/angoixa/estat ansiós (%)	8,41	17,45	12,84	9,21	18,02	13,25
Població de 15 anys i més atesa a atenció primària per depressió (%)	5,77	16,12	10,85	5,70	15,02	10,08

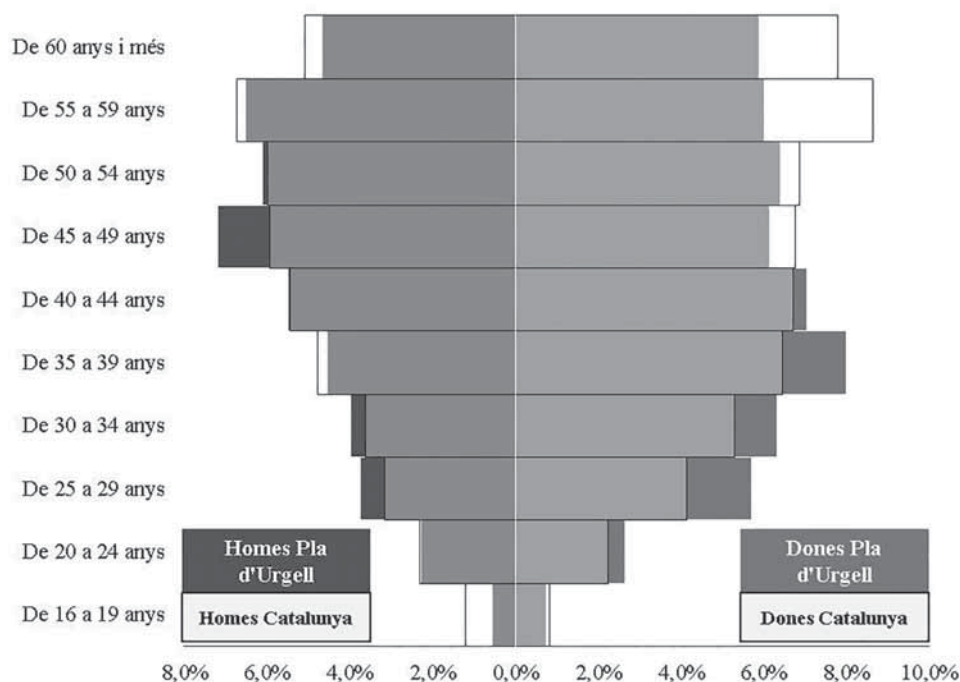


Figura 13. Distribució de les mitjanes anuals de l'atur registrat segons edat i sexe de Catalunya (transparent) i la comarca del Pla d'Urgell (fosc), 2017.

Font: elaboració pròpia amb les dades d'Atur registrat, Idescat.

Taula 5. Percentatge de població assignada i atesa a Centres Ambulatoris de Salut Mental (2016)

Indicador	ABS Pla d'Urgell			Catalunya		
	Homes	Dones	Total	Homes	Dones	Total
Població menor de 18 anys atesa a centres ambulatoris de salut mental (%)	5,10	2,92	4,03	5,57	3,31	4,47
Població menor de 18 anys atesa a centres ambulatoris de salut mental per trastorn de déficit d'atenció i/o hiperactivitat (%)	27,66	12,50	22,26	34,73	20,36	29,58
Població menor de 18 anys atesa a centres ambulatoris de salut mental per trastorn de conducta alimentària (%)	3,72	5,77	4,45	0,83	5,59	2,54
Població menor de 18 anys atesa a centres ambulatoris de salut mental per trastorn adaptatiu (%)	26,06	37,50	30,14	16,59	27,17	20,38
Població de 18 anys i més atesa a centres ambulatoris de salut mental (%)	2,69	4,79	3,73	2,44	3,39	2,93
Població de 18 anys i més atesa a centres ambulatoris de salut mental per ansietat (%)	10,78	11,13	11,00	12,25	15,59	14,24
Població de 18 anys i més atesa a centres ambulatoris de salut mental per demència (%)	0,49	0,85	0,72	1,25	1,14	1,19
Població de 18 anys i més atesa a centres ambulatoris de salut mental per depressió (%)	23,53	33,24	29,70	24,47	41,61	34,67

Nota: s'ha destacat en negreta aquells valors del Pla d'Urgell que es troben per damunt de les xifres de Catalunya. La intensitat de les escales de grisos marca quin dels sexes de l'ABS Pla d'Urgell mostra més diferència amb el seu sexe respectiu de Catalunya.

Font: Indicadors de salut comunitària, Observatori del Sistema de Salut, AQUAS, Departament de Salut.

La població adulta, en general, és la que més diferència mostra respecte al conjunt de Catalunya. Pel que fa a la població menor de 18 anys, si bé en conjunt no es troba per damunt de Catalunya, sí mostra diferències interessants en dos conceptes: (1) trastorns de la conducta alimentària (on el sexe masculí és el que mostra més diferència) i (2) trastorn adaptatiu (on, per poques dècimes, el sexe femení és el que més es diferencia).

Pel que fa als trastorns de la conducta alimentària, resulta interessant el sexe masculí que, tot estar per davall del femení (tal com passa a Catalunya), mostren una marcada diferència i s'aproxima al percentatge femení.

Respecte als centres de salut mental, s'ha destacat com la població major de 18 anys del Pla d'Urgell utilitza relativament més aquests serveis que la resta de Catalunya, essent, altre cop, la població femenina la que destaca.

L'anàlisi de les dades corporatives dels propis centres poden ajudar a la descripció més detallada del perfil dels seus usuaris i detectar i concretar accions compartides entre els centres, si s'escau.

CONCLUSIONS

El treball ha permès realitzar una primera i bàsica aportació per al desenvolupament d'un programa basat en Actius i Salut a l'ABS Pla d'Urgell, una aportació concretada en l'establiment d'un marc conceptual i en la realització d'un diagnòstic quantitatiu territorial.

En primer lloc, s'ha revisat el concepte de salut i els canvis que ha anat experimentant al llarg del temps, tot destacant com la pròpia salut és una realitat complexa on hi interactuen nombrosos determinants, molts d'ells fora dels serveis assistencials.

En segon lloc, s'ha destacat el marc conceptual del projecte d'Actius i Salut, un marc conceptual fortament basat en el concepte de salutogènesi. La perspectiva de la salutogènesi es centra en aquells factors de l'entorn que poden resultar generadors de salut.

La concreció d'aquests actius representa el segon gran pas a realitzar, un pas que necessitarà d'un grup motor dirigit per l'Atenció Primària de Salut i integrat tant per professionals d'altres departaments, com per la pròpia ciutadania.

En tercer lloc, s'ha exposat el diagnòstic quantitatiu territorial de l'estat de salut de la Població del Pla d'Urgell. El primer punt tractat ha estat l'estructura demografia, caracteritzada per: (1) una ABS amb un volum poblacional considerable, (2) un major pes de les edats per sobre dels 65 anys i, sobretot, dels 85 i, finalment, (3) una distribució dual que va a cavall entre la dispersió rural i la concentració urbana.

També, s'han identificat certs escenaris i característiques susceptibles de ser considerades per projectes de tipus comunitari. Tanmateix, s'ha advertit de la necessitat de complementar els resultats aquí exposats amb dades corporatives dels propis centres, no disponibles en obert. Sigui com sigui, s'enumeren els següents escenaris:

- L'edat de les mares al part al Pla d'Urgell és força més jove que la que es registra a Catalunya, amb les franges d'edat d'entre 15 i 29 anys com a protagonistes.
- El percentatge de població de 75 anys o més que viu sola és considerablement superior al Pla d'Urgell i la seva tendència albira un creixement més ràpid que el de la resta del territori català.
- El mercat de treball mostra una distribució per sectors força similar a la del conjunt de Catalunya, amb l'excepció que el sector agrari té un major pes.
- La distribució de l'atur segons edat i sexe ha constatat que, en comparació a Catalunya, les dones d'entre 25 a 39 anys mostren un atur força més accentuat, així com també el mostren els homes d'entre 45 a 49 anys.
- El percentatge de visites i atencions a l'EAP del Pla d'Urgell per depressió és lleugerament superior, on el sexe femení és el que mostra una major diferència respecte el conjunt de Catalunya.
- Les dades d'utilització dels serveis ambulatoris de salut mental mostren uns percentatges majors de trastorns de conducta alimentària en la població menor de 18 anys, on els homes són els més diferenciats respecte als valors respectius de Catalunya; també, independentment del sexe, una major població de 18 o més anys ha estat atesa en aquests centres, on les dones són el grup més diferenciats.

BIBLIOGRAFIA

Aldomà, I. (dir.) (2009). *Atles de la nova ruralitat*, Lleida: Fundació Món Rural.

Antonovsky, A. (1996). The salutogenic model as a theory to guide health promotion, *Health Promotion International*, 11 (1), 11-18.

Catalán, G. i Talavera, M. (2012). La construcción del concepto de salud, *Revista Didáctica de las Ciencias Experimentales y Sociales*, 26, 161-175.

Dahlgren, G. i Whitehead, M. (1991). *Policies and Strategies to Promote Social Equity in Health*. Stockholm, Sweden: Institute for Futures Studies.

Feinstein, L., Sabates, R., Anderson, T., Sorhaindo, A. i Hammond, C. (2006). What are the effects of education on health, *Proceedings of the Copenhagen Symposium: Measuring the Effects of Education on Health and Civic Engagement*, 171-177.

OMS (2006). Constitución de la Organización Mundial de la Salud, Documentos básicos, 48, 1-21, disponible a: <http://apps.who.int/gb/bd/pdf/bd48/basic-documents-48th-edition-sp.pdf> [consultat el 19/12/2018]

Pineault, R. i Daveluy, C. (1990). *La Planificación Sanitaria: conceptos, métodos, estrategias*, Barcelona: Masson S. A.

Sonego, M., Llácer, A., Galán, I. i Simón, F. (2012). The influence of parental education on child mental health in Spain, *Quality of Life Research*, 22 (1), 203-211.

RECURSOS EN LÍNIA

Institut d'Estadística de Catalunya: <https://www.idescat.cat/>

Agència de Qualitat i Avaluació Sanitàries de Catalunya:
<http://aquas.gencat.cat/ca/inici/index.html>

Estadístiques de mortalitat:
http://salutweb.gencat.cat/ca/el_departament/estadistiques_sanitaries/dades_de_salut_i_serveis_sanitaris/mortalitat/

Shapefile Mapa Sanitari:
http://salutweb.gencat.cat/ca/el_departament/estadistiques_sanitaries/cartografia