

Canvis socials i salut a Granollers i al Vallès Oriental durant el segle XX

Ponències
Anuari del
Centre d'Estudis
de Granollers
2001

105

Resum: *La nostra comarca ha sofert en el darrer segle els canvis socials derivats del pas d'una societat eminentment rural a una societat industrialitzada i de serveis, que han comportat una modificació en els problemes de salut més freqüents i en la manera d'afrontar-los. L'esperança de vida en néixer, que l'any 1900 era de 33,8 anys per als homes i 35,7 per a les dones, s'ha incrementat fins als 75 pels homes i 80 per les dones. Aquesta evolució ha estat deguda a diversos factors: la millora en les condicions de vida de la població, el canvi en el patró epidemiològic amb disminució de les malalties infeccioses i l'augment de la supervivència dels malalts crònics, les mesures de sanejament i els avenços tecnicomèdics. Els serveis sanitaris han augmentat la seva oferta al llarg del segle i l'any 1986 es va assolir la cobertura sanitària universal. Encara que està demostrat que l'augment de l'oferta sempre s'acompanya d'un augment de la demanda, a la nostra comarca l'increment de serveis mai ha estat proporcional a les necessitats derivades de l'increment demogràfic, que a la nostra comarca ha estat espectacular: de tenir 42 mil habitants al començament del segle ha passat a tenir-ne 300 mil.*

1. Introducció

Ara fa dos anys, el Centre d'Estudis de l'Associació Cultural de Granollers va fer l'encàrrec a la Filial del Vallès Oriental de l'Acadèmia de Ciències Mèdiques de buscar una persona, o persones, que poguessin redactar una ponència sobre la influència en la salut de la població dels canvis socials que s'han produït al Vallès Oriental durant el segle XX.

Tot i pensar que hi ha realment moltes persones expertes en història de la salut, economia, demografia, història,... que podien dur a terme aquest encàrrec, ens va semblar interessant que fóssim els mateixos membres de la Filial, professionals de la sanitat a la comarca, els qui el desenvolupéssim. El fet de portar molts anys d'exercici professional a la comarca fa que hàgim viscut alguns dels

canvis socials i sanitaris més rellevants del segle que serien el tema de l'estudi. Tot això, i la il·lusió de reflexionar sobre una part de la nostra història personal i professional, ens ha portat a l'atreviment de considerar-nos capaços de fer el treball nosaltres mateixos.

106

Un cop posats a la feina ens hem adonat de com era d'agorada la nostra pretensió, ja que ens hem trobat enfront de les nostres limitacions a l'hora d'obtenir i treballar amb dades històriques: manca de dades en alguns temes, excés en d'altres, dispersió en totes..... Aquesta situació que per a un historiador és quotidiana i que sap com manegar, per a nosaltres ha representat un veritable trencaclosques que finalment creiem haver resolt amb el treball que us presentem.*

Exposarem en una primera part els aspectes que fan referència als canvis socials, econòmics i demogràfics de forma no exhaustiva, ja que sobre aquests temes han publicat ja molt persones molt més autoritzades. En una segona part ens referirem més extensament als canvis en la salut i en el sistema sanitari. Finalment, en el darrer apartat, volem donar la nostra opinió sobre allò que hem trobat quan realitzàvem el treball i allò que hem viscut en la nostra experiència quotidiana de professionals de la salut d'aquesta comarca, durant una bona part d'aquest segle.

A l'hora de cercar informació sobre quina ha estat la història relacionada amb el món sanitari de Granollers i la comarca del Vallès Oriental hem volgut tractar de conèixer la història de la salut de la població.

Aquest objectiu és difícil d'aconseguir per diverses raons. En primer lloc perquè la majoria de dades estan relacionades amb la malaltia: mortalitat i morbiditat i amb tot i això aquestes només estan recollides de forma sistemàtica a partir dels anys setanta; fins aquesta data obtenim dades de diverses fonts, poc contrastables i poc uniformes en elles mateixes. Una altra raó està relacionada directament amb l'objectiu que ens plantejem: hem de transformar en dades de salut aquelles que sabem que la determinen, però que no estan recollides ni plantejades amb aquesta finalitat . Un mètode que ens pot ajudar a conèixer quina ha estat la salut dels

* Agraïm a Núria Maynou la seva inestimable col·laboració en la recollida de dades demogràfiques i històriques

vallesans del passat segle és conèixer, a més a més de la morbimortalitat de l'època, quins factors han fet que les persones emmalaltissin i morissin d'unes determinades malalties que han anat variant al llarg del temps.

L'estat de salut de la població depèn de diversos factors que clàssicament s'han agrupat en quatre aspectes que la determinen:

- La biologia humana: la predisposició genètica per contraure un tipus de malaltia, o l'envelliment.
- El medi ambient: les condicions externes que influeixen en la salut
- L'adequació, o no, de l'organització i la tècnica del sistema sanitari: avenços científicotècnics, equipaments sanitaris i equitat en la seva prestació
- Els elements socioculturals que determinen els estils de vida.

Lalonde al Canadà el 1974 i Dever als EUA el 1976 i 1991 van mesurar i publicar la contribució d'aquests condicionants en la mortalitat d'aquells països:

- Els estils de vida eren els responsables del 50% de les morts
- Els elements mediambientals del 20% de la mortalitat
- Els determinats de la biologia humana del 20%
- I finalment el sistema sanitari del 10% restant.

Si tenim en compte que el sistema sanitari dels EUA no és un Sistema Nacional de Salut i és dels menys equitatius del món, podem pressuposar que al nostre país el percentatge de mortalitat relacionada amb l'adequació dels serveis sanitaris podria ser inferior, cosa que faria augmentar una mica el percentatge de responsabilitat dels altres.

A més, un cop s'ha assolit un determinat nivell de salut, no augmenta de forma proporcional a com ho fa el sistema sanitari. Per tant, ens agradaria trobar aquells elements que han contribuït als canvis en la salut dels homes i les dones que han viscut i viuen a la nostra comarca.

2. Demografia i tipologia de la població

En el darrer segle totes les societats que han sofert un ràpid procés de desenvolupament, han experimentat un canvi de paradigma demogràfic. D'una població jove amb una estructura de base piramidal ampla i un vèrtex estret, caracteritzada per una elevada

mortalitat infantil, una natalitat també alta, i una baixa esperança de vida, com a conseqüència de les millores en la qualitat de vida i dels avanços tecnològics, s'ha passat a poblacions envellides, amb baixa mortalitat, esperança de vida elevada i amb xifres de natalitat baixes que, fins i tot, com és el nostre cas, a finals de segle XX no arriba a assegurar el recanvi generacional.

108

La situació en la nostra comarca, però, ha estat de creixement al llarg de tot el darrer segle, amb unes etapes de alentiment relacionades amb la grip de l'any 1919 i en la dècada de 1930 a 1940, per l'increment de mortalitat a causa de la guerra i postguerra espanyola.

Els increments demogràfics cal relacionar-los amb la disminució de la mortalitat i el consegüent augment de l'esperança de vida, i amb les diferents onades d'immigració, la primera, per la prosperitat industrial propiciada per la Gran Guerra europea; la segona, un cop superada la postguerra espanyola, des dels anys 1950 als primers 1970, i la darrera, que encara es produeix, que s'inicia a començament dels 1990 i obeeix fonamentalment a un procés de desconcentració demogràfica del Barcelonès i a l'arribada de persones estrangeres.

La nostra comarca és doncs un reflex del que succeeix al voltant de les grans ciutats d'arreu del món: una tendència a les grans conurbacions a expenses de la suburbització de les comarques properes i la despoblació de les allunyades.

La darrera onada migratòria, procedent en gran part del Barcelonès, ha sigut potenciada pel preu dels habitatges que va pujar molt en aquells indrets, per l'especulació i l'aflorament de diner «negre», pel trasllat de les indústries situades a Barcelona i les rodalies immediates al Vallès i també per la implantació de moltes indústries estrangeres, gràcies en bona part a la bona situació geogràfica i a les bones comunicacions de la comarca.

Per tot això, bona part d'aquests immigrants pertanyen als estrats joves de població en edat de constituir una família, per la qual cosa s'observa, al contrari del que succeeix al conjunt de Catalunya, un augment de persones joves i de nens.

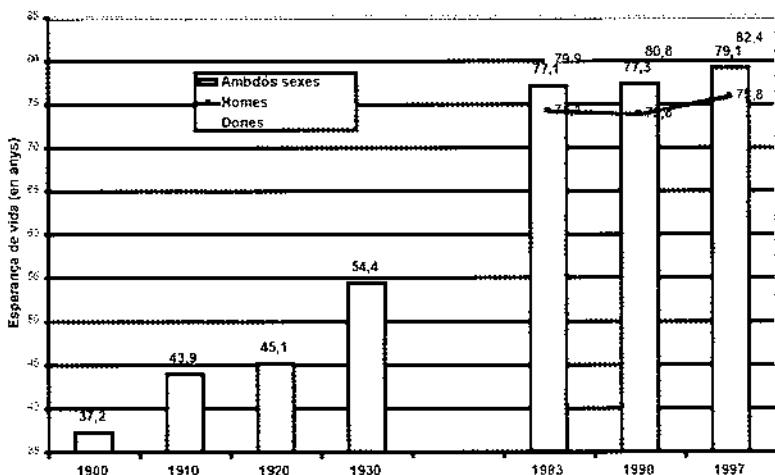
La immigració per motius econòmics de persones procedents d'Àfrica i Sud-Amèrica és un fenomen relativament nou a la comarca i que s'està incrementat de forma manifesta.

Segons l'estudi realitzat per l'Ajuntament de Granollers, l'any 2000 el Vallès Oriental comptava amb 11.291 persones estrangeres empadronades als seus municipis, amb la procedència següent: 42% Àfrica del Nord, 23% Amèrica Llatina, 14% resta d'Àfrica, 13% Unió Europea i 3% Europa de l'Est. La distribució pels municipis de la comarca no és uniforme i oscil·la des del 0'8% a Lliçà d'Avall fins al 5'8% de Granollers.

Evolució de l'esperança de vida en néixer

L'augment de l'esperança de vida al nostre país es donà de manera constant i lenta, només afeblit entre 1910 i 1920 i entre 1930 i 1940. La primera dècada es va ressentir dels efectes causats per la pandèmia de grip, la mal anomenada grip espanyola, ja que fou aquí on va tenir una incidència més forta, malgrat la situació de guerra que regnava a la resta d'Europa. La dècada dels anys 1930 foren anys d'increment de les taxes de mortalitat a causa de la Guerra Civil espanyola. El major increment de l'esperança de vida es va produir a partir dels anys 1950, coincidint amb el desenvolupament econòmic, les vacunacions sistemàtiques (la Ley de Bases de Sanidad Nacional de 1944 ja establia l'obligatorietat municipal de fer-se càrrec de les vacunacions preventives) i la

ESPERANÇA DE VIDA EN NÉIXER
A CATALUNYA 1900-1997



FONT: Elaboració pròpia a partir de les dades de l'Institut d'Estadística de Catalunya

utilització dels antibiòtics. Aquest augment, més important en els primers setanta anys del segle, té la seva justificació en l'extraordinari descens en la mortalitat infantil. Aquest argument ja no és vàlid per al darrer terç del segle; actualment els augments d'esperança de vida en néixer depenen més dels augments que es produeixen en l'edat adulta i en la vellesa, ja que les baixes taxes de mortalitat infantil són difícils de superar.

Esperança de vida sense incapacitat

Aquest indicador global de salut té en compte les dades globals de mortalitat i d'incapacitat, entenent com incapacitat una limitació absoluta, mentre que la discapacitat implica una disfunció que pot ser minimitzada amb determinats tipus d'ajut. A la nostra regió sanitària l'esperança de vida sense incapacitat era el 1994 de 66 anys en néixer, lleugerament superior entre els homes.

Discapacitat a la comarca

Cal recordar que els conceptes de deficiència, discapacitat i minusvalidesa, malgrat referir-se a situacions diferents, són utilitzats freqüentment com a sinònims. Mentre que el concepte de deficiència fa referència a una alteració orgànica, la discapacitat té connotacions de limitació funcional, i la minusvàlua o disminució és una etiqueta amb connotacions socials i econòmiques.

Taxa de població amb discapacitació per 1.000 habitants al Vallès Oriental

1998	20,6
2000	29,7

FONT: Generalitat de Catalunya. Departament de Benestar Social. Institut Demogràfic de Catalunya. Dades de persones amb discapacitació, estadístiques de població, projeccions de població, 1986/2000

Cal remarcar que l'any 2000 fins a l'interval de 45-64 anys el percentatge de persones amb disminució reconeguda és més alt al Vallès Oriental que a Catalunya.

Percentatge de població amb disminució reconeguda segons edat al Vallès Oriental

	Fins a 4 anys	de 5 a 15	de 16 a 44	de 45 a 64	de 65 a 74	de 75 i més
1998	0,5	6,1	35,2	33,6	15,1	9,4
2000	0,7	5,6	33,1	33,9	16,4	10,5

FONT: Generalitat de Catalunya. Departament de Benestar Social. Institut Demogràfic de Catalunya. Dades de persones amb discapacitació, estadístiques de població, projeccions de població, 1986/2000.

111

Envel·liment

Aquest augment de la vida de les persones fa que ens trobem amb una situació que no s'havia donat fins ara: l'existència d'un gran nombre de persones al voltant de 65 anys, acabades de retirar del mercat laboral, amb una expectativa de vida de més de 20 anys, molts dels quals amb bona salut. Aquest grup de població mai havia tingut tant paper social com ara ja que ha esdevingut un centre d'interès tant per al sector públic com per al privat i les persones que hi pertanyen s'adonen del poder que dona ser-ne tants: polítiques adreçades a les persones grans, programes de centres bancaris específics, vacances, casals i esplais, cerca de voluntariat etc.

La salut d'aquestes persones grans, però, s'anirà deteriorant amb el pas del temps com a conseqüència de les malalties crònicodegeneratives pròpies de l'envel·liment. Aquesta expectativa de vida amb alguna discapacitat i més d'un problema de salut fa de les persones grans els grans consumidors del sistema sanitari, tant de serveis com de fàrmacs. Està estudiat que el 60% de la despesa sanitària de tota la vida d'una persona es produeix l'últim any de vida. L'any 1998, a la Regió Sanitària a la que pertany el Vallès Oriental el 76'9% de la despesa de farmàcia la van fer els pensionistes. Als problemes propis de l'envel·liment cal afegir-hi els que comporta viure sol; concretament a Granollers l'any 2001 vivien soles 2.106 persones de més de 74 anys.

Percentatge de llars unipersonals al Vallès Oriental

1991	9,7
1996	12,8

FONT: Generalitat de Catalunya. Institut Demogràfic de Catalunya. Cens de població, estadística de població, última actualització 1996.

Per tant, ha calgut implementar una sèrie de recursos per ajudar les persones grans a fer front a la pèrdua d'autonomia (programes d'atenció domiciliària, de promoció de l'exercici físic, d'entrenament de la memòria, balnearis, menjadors comunitaris i a domicili, teleassistències, treball domiciliari, centres de dia, residències, centres socio-sanitaris, etc.).

Causa d'inclusió en el Programa d'Atenció Domiciliària, DAP Granollers, any 2000

Causa	%
Patologia crònica	47,0
Malaltia terminal	9,6
Situació transitòria	8,4
Demència	12,3
Dificultat de desplaçament	22,7

FONT: Institut Català de la Salut. Direcció d'Atenció Primària de Granollers. Memòria d'Activitat any 2000.

Dotació de recursos socio-sanitaris públics al Vallès Oriental, any 2000

Tipus de recurs	Nombre d'unitats / equips	Nombre de llits / places
Internament	10	250
Llarga estada	4	140
Convalescència	3	70
Cures paliatives	2	22
Sida	1	18
Hospital de dia	3	60
Ufiss*	1	
Pades**	2	

* Ufiss: unitat funcional interdisciplinària socio-sanitària

**Pades: Programa d'Atenció Domiciliària-Equip de Suport

FONT: Servei Català de la Salut. Departament de Sanitat i Seguretat Social. Generalitat de Catalunya.

Tots els Centres d'Atenció Primària desenvolupen el programa d'Atenció Domiciliària adreçat a persones amb problemes de salut i que no puguin desplaçar-se al seu centre. Aquest programa comporta l'atenció protocolitzada de l'equip de salut: metge, infermera i treballador social.

Els Serveis Socials de competència municipal tenen, també, un Servei d'Atenció Domiciliària realitzat per l'equip d'atenció social: treballadora social, educadora social i treballadora familiar. Aquests serveis són necessaris perquè una persona sense autonomia o bé amb pocs cuidadors familiars pugui romandre al seu domicili.

Però ambdós serveis actualment no compten amb el desplegament i la demanda que seria d'esperar donat el canvi demogràfic que s'està produint, ja que els programes d'atenció domiciliària només cobreixen al voltant del 5'5% de les persones de més de 65 anys. Aquesta baixa utilització dels serveis que estan al seu abast podria ser deguda a diverses causes. Primera, la necessitat de pagament que els serveis socials requereixen d'acord amb les possibilitats econòmiques dels usuaris. Tampoc existeix tradició en la utilització de serveis de tipus social. Segona, la família encara cuida força. Ens trobem davant de les últimes representants de cuidadores familiars. Finalment, per l'existència, encara, d'un teixit social que mitiga la manca d'autonomia de les persones que es fan grans i troben en el veïnat allò que en altres temps donava la família. Aquest coixí social que encara trobem a la ciutat no es dona però en les noves formes d'habitatge que han anat sorgint en bona part de les poblacions de la comarca.

A partir dels anys setanta la política especulativa i les preferències de la població respecte l'habitatge han portat a la proliferació d'urbanitzacions allunyades dels centres urbans amb una manca absoluta de la majoria de serveis i sense cap vertebració amb el nucli de la població. Només a la Vall del Tenes hi ha 93 urbanitzacions. Aquestes urbanitzacions que en un principi van ser segones residències han passat a ocupar el lloc de primera quan els seus propietaris s'han jubilat. Amb aquest canvi d'ubicació persones que estaven acostumades a tenir uns serveis sanitaris propers quan no els necessitaven, perquè eren joves, han passat a no disposar-ne quan han canviat de lloc de viure i s'han transformat en persones minusvàlides només pel fet de no poder accedir als serveis sanitaris per manca d'un transport que els hi apropi.

Canvi en la tipologia de les famílies

Al llarg del segle també ha canviat l'estructura de les famílies de la nostra comarca. A mesura que la formació i ocupació de les dones ha guanyat en qualitat i quantitat, s'ha passat de la família extensa del començament del segle a les famílies nuclears o monoparentals, post-patriarcals, d'avui dia.

Percentatge de llars monoparentals al Vallès Oriental

	Mares	Pares	Total
1991	5,4	1,3	6,7
1996	6,1	1,8	7,9

FONT: Generalitat de Catalunya. Departament de Benestar Social. Institut Demogràfic de Catalunya. Cens de població, estadística de població, última actualització 1996.

114

Aquests canvis han suposat una davallada de persones cuidadores. En les societats rurals les tasques productives i reproductives es duïen totes dues en el si de la llar, les famílies eren extenses i sempre hi havia alguna persona que necessitava ser cuidada i alguna o més d'una que podia cuidar.

Actualment la nostra societat és industrial amb una clara diferenciació de les funcions productiva i reproductiva. Si bé tant l'home com la dona volen accedir a un treball remunerat, les tasques de manteniment de la llar i cura de les persones dependents no són gratificants per a cap dels dos. Les conseqüències d'aquesta situació les coneixem prou bé: un descens important de la natalitat i una gran incògnita sobre com fer front a l'envelliment i a la cura de persones amb alguna discapacitat.

3. Els estils de vida

Menjar i beure adequadament, l'exercici físic moderat i constant, el repòs i la son, no consumir drogues són factors protectors de la salut, de la mateixa manera que una alimentació incorrecta, el sedentarisme, no descansar i el consum de drogues són factors de risc de la majoria de problemes de salut actuals, especialment els crònics.

A causa de l'important paper que tenen aquests estils de vida en la salut, els professionals sanitaris han incorporat a la seva activitat quotidiana consells de salut sobre aquests aspectes. A la població general com a mesura preventiva inespecífica per mantenir i augmentar el seu estat de salut i a les persones ja afectades d'alguna patologia amb l'objectiu d'aconseguir-ne un bon control.

El Vallès Oriental és un bon exemple dels canvis que s'han produït en aquests estils de vida que tant influeixen en la salut de les persones.

Alimentació

A principis del segle XX el Vallès Oriental era una comarca agrícola, per tant els aliments eren fàcils de trobar però no estaven a l'abast de tothom, ni tan sols dels qui els produïen. La precarietat de les comunicacions feia que el peix fos un aliment de poc consum si s'exceptua el bacallà i les arengades que com que es venien salats es conservaven. D'aquella època, igual que en altres indrets, perviu l'arròs a la cassola amb peix dels dijous, dia de mercat setmanal a Granollers.

115

Els productes que es conreaven a la comarca definien el consum de la població: cereals, patata, fava, mongeta, hortalisses, fruites, vinya, olivera... A començaments del segle XX a les masies escampades per al Vallès s'hi criava aviram, porcs i bens, i durant les primeres dècades del segle es produirà una forta expansió de les vaqueries. Per tant la població de la comarca tenia al seu abast una gran varietat de productes alimentaris que sabia combinar millor (en bona part gràcies a la precarietat) que els actuals habitants.

Actualment la població realitza una mitjana de 3,8 àpats diaris, segueix, encara, la dieta mediterrània però amb excés de carn i peix i consum baix de cereals, patates, llegums i fruita seca. Justament a la inversa que 50 anys enrere. Els joves, amb la incorporació de patrons alimentaris anglosaxons, consumeixen excessives calories que provenen especialment dels greixos.

A part de la funció vital que té, l'alimentació s'ha transformat en una de les primeres activitats de la població en el seu temps lliure i han aflorat una gran quantitat de restaurants a totes les poblacions de la comarca. Aquesta oferta d'establiments de restauració també es deu a la necessitat que tenen els treballadors que treballen lluny del lloc on resideixen.

El menjar i el cuinar ha passat de ser una necessitat i una obligació a una activitat de distracció i plaer; així, a la ciutat de Granollers actualment funcionen de forma estable tres escoles de cuina a més dels cursets que es van organitzant temporalment al llarg de l'any.

A la nostra societat l'excés en l'alimentació és un dels principals

factors de risc de diversos problemes de salut: cardiovasculars, diabetis, osteoarticulars, càncers; a Catalunya al voltant de l'11% de la població pateix obesitat. També en els darrers anys han aparegut uns problemes nous com l'anorèxia i la bulímia, greus trastorns de la conducta alimentària que afecten sobretot a la població jove. S'estima que a les societats industrialitzades entre el 0'5 i 1'5 % de dones entre 14 i 30 anys d'edat pateixen anorèxia, i entre el 2% i el 3%, bulímia.

Exercici físic

La pràctica de l'exercici físic s'ha incrementat, en el transcurs del temps. Va ser a començaments del segle quan es va començar a associar la pràctica l'esport amb la salut. L'any 1906 comença a Granollers l'excursionisme amb la Peña Excursionista de l'Ateneu Obrer, el foot-ball club Granollers va ser el primer club esportiu de competició fundat l'any 1913, aquest mateix any l'escola Lliure de la Unió Liberal comença a organitzar unes colònies escolars i l'any 1916 el Centre Excursionista de Granollers (que més tard canviaria de nom per Agrupació Excursionista) va començar les seves activitats.

Aquesta pràctica ha anat augmentant amb en el temps fins a tenir l'any 2001, 10 establiments privats de gimnàstica i 62 entitats esportives només a Granollers. Amb finalitats terapèutiques, a Granollers l'any 1991 es va posar en marxa el programa AFIS (activitat física i salut) que es duu a terme entre professionals d'Atenció Primària de Salut, Salut Mental i a Drogodependents i el Servei Municipal d'Esports. Des de l'any 1982 es realitza a Granollers el programa d'exercici físic per a persones grans; actualment hi ha en funcionament 9 grups de 50 persones. Aquesta activitat s'ha anat incorporant a d'altres poblacions de la comarca.

També els nens i les nenes, amb l'augment de l'edat de l'escolarització obligatòria, han incrementat el temps per practicar esport. Totes les escoles organitzen colònies, a part d'altres entitats de lleure i donada la dificultat d'harmonitzar els horaris paterns amb els escolars, l'esport és una de les activitats extraescolars que més es practica.

Malgrat tot, l'última Enquesta Nacional de Salut de Catalunya (1988) constata que el 22% de la població catalana de més de 16

anys és sedentària i el 73'3% diu que l'exercici físic que més practica és desplaçar-se a peu.

Drogues

El tabac és la primera causa de pèrdua de salut i de mort prematura evitable. L' Organització Mundial de la Salut (OMS) estima que el 50% dels europeus que fumem regularment moriran a causa del tabac i que la meitat d'aquests ho farà de forma prematura. L'any 1988, a Catalunya el 37'5% de la població d'entre 15 i 64 anys era fumadora. El 45% de les noies d'entre 15 i 24 anys són fumadores, essent aquest percentatge més alt que el dels nois. El percentatge de dones fumadores actualment s'incrementa, a diferència del dels homes, que disminueix.

Cal remarcar que els professionals sanitaris catalans que haurien d'exercir una funció modèlica presenten uns alts percentatges de fumadors: 31'3% de professionals mèdics, 40'5% de professionals d'infermeria, 30'6% de professionals farmacèutics.

Als CAS (Centre d'Atenció i Seguiment als drogodependents) ubicats a Granollers i Mollet l'any 2000 es van atendre només 141 persones per iniciar la deshabitució d'aquesta droga; aquest baix nombre de persones ateses és per raó, entre d'altres, que la majoria de persones amb hàbit tabàquic són ateses al seu Centre d'Atenció Primària de Salut.

El consum excessiu d'alcohol està relacionat amb les alteracions de la conducta i els accidents. En els joves és el responsable del 30% dels accidents que pateixen. Cal destacar el canvi en el patró de consum especialment dels joves. Fins als anys 1980 a Catalunya el tipus d'alcohol que es consumia era vi i la forma de beure era continuada. Actualment els joves són consumidors excessius d'alcohol els caps de setmana i el que consumeixen és, sobretot, cervesa i destil·lats.

L'any 2000, més de dos milers de persones van rebre atenció als Centres de Drogodependències de la comarca, 303 de les quals per iniciar el tractament de deshabitució alcohòlica. En aquests centres també hi estan ubicats els grups d'ajuda mútua d'alcohòlics rehabilitats.

Pel que fa a d'altres drogues, a Catalunya s'observa una davallada de la utilització de la via parenteral en els consumidors d'heroïna, encara que no tan important com a d'altres indrets de l'Estat espanyol; també s'observa un augment del consum de cocaïna i drogues de síntesi. El Vallès Oriental segueix aquesta mateixa tendència: l'any 2000, als CAS de la comarca 119 persones van iniciar tractament per consum d'heroïna (22 de les quals coneixien que estaven infectats pel virus de la SIDA), 108 ho feren per consum de cocaïna i 21 per cannabis. En aquest mateix període es van realitzar 10.186 dispensacions de metadona a 139 persones. En aquests moments el nombre de persones ateses ha tocat sostre ja que s'ha saturat l'oferta.

En el programa d'intercanvi de xeringues a persones drogodependents per via parenteral es van donar 9.588 kits. En aquest programa hi col·laboren, també, farmàcies, centres d'atenció primària i la Creu Roja.

El repòs i la son

Amb el pas del temps també ha canviat la forma que tenim de descansar, dormir i de prendre'ns la vida. Al començament de segle la gent treballava sense gaire ajuda tècnica i durant moltes hores. Les persones que es dedicaven a l'agricultura havien de seguir els cicles estacionals sense ajuda mecànica.

A gran part de la indústria no es parava la producció en tot el dia i les jornades de treball eren molt llargues. Com que no hi havia cobertura social moltes persones començaven a treballar a la infantesa i ho deixaven quan una malaltia els ho impedia, normalment poc abans de morir.

Tampoc hi havia gaire ajuda per a les tasques domèstiques. Està clar que fins ben entrat el segle XX la gent es cansava molt treballant i havia d'ocupar el seu poc temps lliure per descansar i distreure's.

Actualment disposem d'una cobertura social que vol garantir que no hi hagi abusos en el camp laboral. Però ha canviat la forma de treball: les indústries estan ubicades en polígons allunyats de les vivendes, existeix una gran competitivitat i precarietat laboral. Joves i adults gaudeixen d'unes oportunitats que no existien abans

però que exigeixen el desplaçament en vehicle privat la majoria de les vegades. La diversió comença a altes hores de la nit i per tant priva de dormir el necessari.

El compartir les tasques domèstiques i el treball fora de casa també resta hores de descans, sobretot quan s'ha de cuidar alguna persona.

4. Canvis en els objectius de salut

Al llarg del segle XX i a mesura que la salut anava sent un objectiu assolible ha canviat la forma de definir-la, cosa que sempre ha estat difícil. Durant molt de temps la salut es va definir amb termes negatius, en associar-la amb la falta de malaltia, però aquesta definició és poc operativa, ja que la salut i la malaltia formen un *continuum* difícil de separar.

Quan l'OMS va definir la salut com a «l'estat de complet benestar físic, mental i social i no solament l'absència d'afeccions o malalties» o quan en el X Congrés de Metges i Biòlegs de Llengua Catalana, l'any 1976 l'explicaven com «una manera de viure autònoma, solidaria i joiosa» no resolien la separació entre salut i malaltia, proposaven una utopia. Però parlaven de la salut en termes positius, cosa que no havia succeït fins aleshores.

Aquesta concepció s'ha anat afinant tot introduint-hi aspectes subjectius i relacionant-la amb el territori on viuen les persones com ara que «la salut és l'assoliment del més elevat nivell de benestar físic, mental i social i de capacitat de funcionament que permetin els factors socials i ambientals on viu immersit l'individu i la col·lectivitat».

En aquest sentit l'OMS proposava en la formulació dels objectius de l'estratègia de Salut per a tothom l'any 2000: «Que tots els habitants de tots els països del món tinguin el nivell de salut suficient per poder treballar productivament i participar activament en la vida social de la comunitat on viuen».

De la mateixa manera que la comunitat científica ha canviat els objectius de salut, les persones hem canviat, també, les expectatives

que tenim respecte del sistema sanitari i la forma de cuidar-nos, tornant-nos més exigents i conequant millor els drets a mesura que el sistema incorporava els avenços i es democratitzava. Al llarg del segle XX s'ha anat ampliant la cobertura del sistema sanitari fins a arribar a l'actual cobertura universal. També el saber mèdic o sanitari s'ha anat ampliant, passant de ser patrimoni d'uns pocs especialistes a un tema de discussió comuna, gràcies, sobretot, a la difusió a través dels mitjans de comunicació.

5. Evolució dels serveis de sanejament i els problemes derivats de la contaminació

L'abastament d'aigua potable

Durant les dues primeres dècades del segle XX a Granollers, com a moltes altres viles, no hi havia cap sistema públic d'abastament d'aigua. La majoria de les cases tenien el seu pou d'aigua per al consum, al pati. Hi havia també algunes mines, en mans de propietaris que venien l'aigua als veïns, mitjançant conduccions fetes per ells, escasses i de discutible qualitat. Des de la darrera meitat del segle XIX existien també algunes fonts públiques, també amb aigua de pous o mines, situades al nucli antic (la primera documentada és la de la plaça de Perpinyà, la qual data de 1859).

El creixement de la població va portar a plantejar seriosament la necessitat d'un sistema *públic d'abastament* d'aigua. A la premsa local dels primers anys 1920, sobretot al setmanari *La Gralla*, trobem repetidament articles referents a la qüestió de la salubritat de les aigües dels pous i mines del centre de la vila, explicant la contaminació d'aquestes aigües pels «pous negres» domèstics, i pels residus de les granges i de les indústries que existien aleshores dintre del casc urbà. El març de 1914 l'Ajuntament aprovà les bases de la concessió al senyor Lluís Serra per tal que pogués instal·lar canonades de conducció d'aigua potable que, provinent de mines de la seva propietat, es subministraria per al consum particular i públic. El 1926 s'amplià la concessió i es construïren altres mines i dipòsits per augmentar el cabal.

El creixement de la població va fer aviat insuficients els cabals disponibles, subministrats pels successors de Lluís Serra, i

l'abastament d'aigua a la ciutat va ser un problema durant molts anys. L'any 1959 l'Ajuntament va sol·licitar a la Junta del Nou Abastament d'Aigües a Barcelona (que havia d'aprofitar les aigües del Ter), que s'inclogués Granollers entre els beneficiaris del nou abastament.

Tot i això el problema de l'aigua va continuar durant molts anys, ja que l'estació reguladora de Cardedeu no es va inaugurar fins el 1966 i la connexió definitiva a la xarxa de Granollers no va ser una realitat fins el 1972, després de la constitució de l'empresa SOREA com a adjudicatària del servei. L'empresa successora de «les aigües d'en Serra» continuà subministrant aigua a una bona part de Granollers, provinent de mines de Canovelles i Llerona, fins que, als anys 80, s'iniciaren diversos expedients d'irregularitats i d'insalubritat que van concloure amb el traspàs definitiu de tots els abonats a SOREA l'any 1988.

Actualment és preceptiu que l'Ajuntament ha de garantir la qualitat sanitària de l'aigua potable i els tècnics municipals i el farmacèutic titular fan controls molt freqüents de la cloració i la potabilitat de l'aigua.

El sanejament i la depuració d'aigües residuals

Fins ben entrat el segle XX no existí a Granollers res semblant a una xarxa de clavegueram. No és que a la comarca fóssim especialment poc sensibles al tema: hem de pensar que la mateixa ciutat de Barcelona no va disposar tampoc fins el segle XX d'un sanejament de subsòl mínim, i que l'any 1893, un estudi de Ferran Garcia Faria, autor del projecte de «Saneamiento de subsuelo de Barcelona» de 1891, observava que la mortalitat global de la ciutat era del 33 per mil, molt superior a la de Manchester (27 per mil) i fins i tot a la de Calcuta (31 per mil) i la causa fonamental era la insalubritat de la ciutat.

L'eliminació d'aigües residuals es feia principalment mitjançant els «pous negres» de què disposaven les cases a l'eixida, sovint propers als pous d'aigua potable. També aquest tema és motiu de diversos articles a *La Gralla* especialment una sèrie d'articles del doctor Alfred Canal, de l'any 1924, sobre «La qüestió sanitària a Granollers», insistint que es faci bé la xarxa de clavegueres que es projectava en aquells temps. Tot i això, el sistema de clavegueres

de Granollers va ser evidentment precari fins als anys 1940-1950. Fins al 1958 no es va disposar d'un autèntic pla de sanejament, i les obres en aquest pla no es van iniciar fins al 1965. Tanmateix, l'eliminació i el tractament de les aigües residuals no va ser feta amb totes les garanties fins a l'any 1992, quan es va disposar d'una autèntica planta depuradora, la construïda al marge esquerre del Congost, a l'antic terme de Palou.

En els darrers deu anys s'està fent un esforç per recuperar la conca del Congost, que havia arribat a l'estat de claveguera a cel obert en la seva part baixa, també al seu pas per Granollers. En aquest moment el riu al seu pas per la ciutat, tot i no ser òptim, ha recuperat una certa vida, i no representa cap problema per a la salut de la població.

El medi ambient. La contaminació atmosfèrica

La contaminació de l'ambient atmosfèric no va ser considerada un problema per a la salut quan es reduïa a les males olors o les emanacions que procedien de les quadres i altres instal·lacions agrícoles o ramaderes. És quan tant a les cases com, sobretot, a les indústries i als mitjans de locomoció es comencen a utilitzar massivament combustibles fòssils (primer el carbó i després les gasolines, el gasoil i els fuels), que es comprova que aquesta contaminació és realment perjudicial per a la salut de la població.

Des de fa temps han estat comprovats els efectes patògens de la contaminació atmosfèrica en la gènesi de malalties respiratòries com l'asma o la bronquitis crònica. Actualment es mesura la contaminació atmosfèrica amb els índexs d'òxids de nitrògen i de sofre i partícules sedimentables. Es disposa de sensors a Granollers, a Mollet i a Montornès. En els darrers deu anys s'ha pogut constatar una millora en els nivells de contaminació en les zones tradicionalment més contaminades. Hi ha dos focus de concentració d'indústries químiques a la comarca: a Sant Celoni i a la zona sud, centrada a Mollet i municipis veïns, que han produït ocasionalment episodis de pluja àcida o contaminació aguda amb efectes sobre les vies respiratòries de les poblacions. Tot i això, cal dir que l'especial climatologia del Vallès, amb vents del mar i del nord i les turbulències que es creen pel massís del Montseny, permeten un eficaç recanvi

d'aire que fa que els nivells de contaminació mai hagin arribat a una situació alarmant.

Si bé l'activitat agrícola i ramadera es troba en franc decliu, existeixen encara al Vallès prou explotacions ramaderes, especialment porcines, que produeixen purins que passen al sòl i representen una important font de contaminació de l'aqüífer per nitrats.

123

Altres tipus de contaminació del medi ambient: sonora i lumínica

La contaminació lumínica ha esdevingut molt important al Vallès en els darrers anys. Es considera una de les zones de Catalunya més afectades per aquest problema, després del Barcelonès i fins fa ben poc no s'ha començat a detectar preocupació de la població general i de l'Administració per aquest aspecte de la salut de la població. Hi ha estudis que demostren els efectes nocius per la salut de l'excés de llum artificial nocturna a les poblacions, i és evident que des de la major part del Vallès, especialment a la zones urbanes, és impossible la contemplació dels estels, amb el que això representa de ben segura pèrdua de qualitat de vida.

La contaminació sonora és especialment greu a moltes fàbriques. A la indústria tèxtil, tan important a Granollers a principis de segle, el soroll era eixordidor i una gran part dels treballadors jubilats d'aquest ram presenten disminució severa de la capacitat auditiva atribuïble a l'anomenat trauma acústic pel soroll dels telers. Passa el mateix amb els treballadors de moltes indústries metal·lúrgiques. A les darreres dècades la contaminació acústica deguda al tràfic urbà ha esdevingut un problema per a tota la població que viu a les ciutats.

6. Avenços científicotècnics

Al llarg d'aquest segle s'han produït els progressos mèdics majors i més nombrosos de la història de la Humanitat, cosa que, juntament amb el sanejament i les possibilitats quant a nutrició i millora de les condicions de vida pròpies del món occidental, ha afavorit l'augment de l'esperança de vida, i la millora de la qualitat de vida de què gaudim.

Els avenços tècnics mèdics, juntament amb la integració per part de la medicina d'altres avenços, com la informàtica, les telecomunicacions, la bioestadística o la cibernètica, ens permeten abordar moltes situacions de malaltia o de risc per a la salut fins ara inabordables. Farem un breu repàs dels que ens semblen més significatius, sense oblidar que els avenços en medicina del darrer segle podrien omplir una enciclopèdia voluminosa:

1) Mètodes diagnòstics:

El descobriment dels raigs X per Roentgen i del ràdium pel matrimoni Curie a finals del segle XIX, l'endoscòpia, la TAC i l'ecografia als anys 1970, la ressonància magnètica als anys 1980 i les recents tècniques d'exploració dels camps magnètics cerebrals, permeten identificar i localitzar gran nombre de lesions i malalties, com també avaluar l'eficàcia dels tractaments realitzats.

Els progressos en bioquímica i immunologia, d'altra banda, han fet que al llarg del segle XX es tingués un coneixement cada cop més acurat del funcionament dels diferents òrgans i de la naturalesa de les seves alteracions.

2) Lluita contra les malalties infeccioses:

Els coneixements sobre els gèrmens, agents de les malalties infeccioses, i la constatació que es podien destruir per l'acció de diverses substàncies, les quals inicialment semblava que no eren perjudicials per a l'home, a causa de les investigacions de Ehrlich, Lister, Pasteur, Koch, i altres investigadors ja al segle XIX, porten al descobriment de les sulfamides, com agents antimicrobians, l'any 1917 i a la síntesi posterior de molts derivats. L'any 1929 Fleming publica les seves observacions sobre l'acció antimicrobiana del *Penicillium*, i suggereix que podria utilitzar-se per inhibir el creixement bacterià, però fins a l'any 1941 no es fan les investigacions que portaran a la producció en sèrie i comercialització de la penicilina. L'any 1944 s'obté l'estreptomicina, i posteriorment gran nombre d'antibiòtics, tots ells amb les seves indicacions i limitacions segons l'activitat i la toxicitat que presenten.

Semblava que amb això s'havien acabat les grans «pestes», i que malalties com ara la tuberculosi tenien els dies comptats, però

l'aparició de la SIDA a la dècada dels 80 i la seva ràpida expansió van obligar a un important esforç dels investigadors biomèdics, i de l'indústria farmacèutica, que han suposat un avenç molt important en la virologia i en el tractament de les malalties infeccioses degudes a la immunodeficiència.

La primera vacuna, contra la verola, fou aplicada per Jenner l'any 1796 amb absolut èxit. Posteriorment se n'han preparat un gran nombre: el *Diccionari Enciclopèdic de Medicina* de l'Acadèmia de Ciències Mèdiques de Catalunya i Balears (1997) en registra 58, però en els anys que han passat des de la seva publicació n'han aparegut d'altres, quasi totes han estat modificades en els darrers anys millorant-ne l'eficàcia i desproveint-les de reaccions adverses. En el moment actual són l'arma més eficaç per prevenir les malalties produïdes per virus. L'any 1979 l'OMS va considerar eradicada la verola, i malalties abans habituals com el xarampió o la poliomielitis són, ara, extraordinàriament infreqüents en el nostre entorn.

3) Cirurgia:

La cirurgia ha millorat extraordinàriament al llarg del segle XX. El primer gran pas es dona amb l'asèpsia introduïda en constatar la disminució de la mortalitat postoperatoria i per febre puerperal, segons van demostrar Lister i Pasteur. Al llarg del segle ha millorat l'anestèsia, han disminuït els accidents anestèsics, fet que ha ajudat al ràpid restabliment després de les intervencions.

La utilització d'endoscòpis flexibles cada cop més manejables i sofisticats fan possible la cirurgia endoscòpica, laparoscòpica i artroscòpica, que permeten abordar, amb garanties i escassa lesió de teixits, zones que abans necessitaven d'una agressió quirúrgica molt més gran. La construcció l'any 1953 de la primera màquina cor-pulmó artificial va fer possible la primera intervenció a cor obert i el desenvolupament posterior de la moderna cirurgia cardíaca. El descobriment de substàncies cada cop més eficaces per evitar el rebuig, així com la millora de les tècniques quirúrgiques fan que els trasplantats d'òrgans tinguin una supervivència cada cop major.

També està molt desenvolupada la substitució d'articulacions, vasos sanguinis, vàlvules cardíques, etc., per pròtesis de diferents

materials, així com els implants dentaris, de gran importància per mantenir la qualitat de vida en la gent gran (és oportú recordar aquí que al llarg de bona part del segle XX totes les manipulacions odontològiques es feien sense antibiòtics i moltes vegades sense anestèsia o amb una anestèsia poc eficaç). La moderna cirurgia oftalmològica aporta també qualitat de vida a la gent gran.

4) Prevenció:

Ja hem parlat de la prevenció de les malalties infeccioses, però actualment, en el món desenvolupat, quan es parla de prevenció, es parla sobretot de la de les malalties cardio-vasculars que constitueixen un grup de malalties molt prevalents i invalidants, com són les malalties coronàries i els accidents vasculars cerebrals. Cal evitar, o bé tractar els anomenats factors de risc cardiovascular: el tabaquisme, la diabetis, la hipertensió arterial, l'augment del colesterol, el sedentarisme i d'altres de menor importància. Per tal d'evitar alguns d'aquests factors, relacionats amb els estils de vida, com ara el sedentarisme, la moderna medicina només pot aportar els estudis que demostren la seva importància; la resta depèn dels comportaments de cada persona. Una cosa semblant succeeix amb el tabaquisme, si bé aquí la farmacologia aporta diverses substàncies que ajuden a l'abandonament de l'hàbit tabàquic.

En el cas de la diabetis, la insulina va ser aïllada l'any 1921; posteriorment van preparar-se diversos tipus d'insulina d'acció retardada, i segueixen apareixent noves insulines i antidiabètics orals per intentar millorar el control dels malalts diabètics. Juntament amb l'aparició i millora de la insulina han anat apareixent diversos utensilis per a la seva administració, des de les xeringues amb agulles poc doloroses fins als moderns injectors d'ara. També s'ha anat modernitzant la tècnica i els aparells per mesurar la glucosa en sang. Igualment en el tractament de la hipertensió arterial i dels trastorns del colesterol han estat definitives les aportacions de substàncies eficaces i amb bona tolerància i facilitat d'administració, aparegudes, sobretot, en els darrers vint anys.

5) L'educació per a la salut:

El pas del patró epidemiològic de malalties infeccioses a cròniques va fer evident la necessitat d'incorporar a la pràctica sanitària elements no relacionats, fins al moment, amb la salut.

La majoria de problemes de la nostra època estan relacionats amb el comportament. Per un costat uns pocs comportaments evitaran o provocaran diverses malalties i, per un altre, aconseguir sobreviure amb qualitat a algunes malalties requerirà uns estils de vida adequats.

La incorporació de nous estils de vida requereix, per part de la persona que ho necessita, l'adquisició de coneixements, l'entrenament d'habilitats i una actitud positiva respecte aquest comportament, ja que ningú pot substituir l'interessat a l'hora de posar en pràctica qualsevol conducta.

El metge i la infermera, especialment de primària, es van trobar davant la situació que la seva influència i poder no servia perquè les persones a les quals cuidaven es comportessin saludablement: van necessitar adquirir noves destreses. Actualment la major part del temps professional de les infermeres d'Atenció Primària i força dels metges es dedica a l'educació per a la salut, tant a nivell individual com grupal.

Un exemple a la comarca són les activitats relacionades amb la sexualitat i reproducció des del programa d'atenció a la dona. L'educació als diabètics des de l'hospital o els centres d'atenció primària. Les activitats preventives realitzades als centres escolars d'educació primària i secundària. Arreu de la comarca es realitzen activitats educatives de prevenció o rehabilitació a individus i grups de totes les edats.

L'educació per a la salut com a ciència va començar a desenvolupar-se a finals dels anys 1960. Com a tot procés nou ha passat per diverses tendències:

- Model de comunicació persuasiva: incideix en la informació i la motivació
- Model politicoeconòmic: proposa canvis en el medi que envolta les persones
- Model de creences de la salut: incideix en la responsabilitat individual
- Model pragmàtic: incideix en els individus i el seu medi.

La utilització dels mitjans de comunicació per difondre consells i informació sobre salut, i últimament la utilització de la consulta virtual i Internet, també entren en el camp de l'educació per a la salut.

6) La bioètica:

El canvi de relacions entre els professionals i els usuaris i els avenços científicotècnics, ha fet necessari marcar unes normes que per un costat garanteixin els drets dels usuaris i per un altre ajudin els professionals a prendre decisions adequades, especialment davant de situacions complexes. Aquestes normes constitueixen el «corpus» de la bioètica que es basa en aquests quatre principis: beneficiència, no malificiència, autonomia i justícia.

7) Altres fàrmacs:

Entre les moltes aportacions importants del progrés farmacològic a la salut cal destacar els anticonceptius orals que, conjuntament amb la resta del que constitueix la planificació familiar, han contribuït a deslligar la sexualitat de la reproducció. També els actuals tractaments quimioteràpics contra el càncer, que en alguns tumors arriben a assolir la curació o llargues supervivències.

7. Evolució dels serveis sanitaris

Hospitals

El servei sanitari més antic de Granollers, a part dels metges del poble que atendien els pacients a domicili, és l'Hospital, fundat l'any 1329. L'antic edifici es conserva encara (l'actual «Sala Tarafa»), que va ser biblioteca durant molts anys. L'any 1844 es va inaugurar un nou Hospital, a l'antic convent dels Caputxins, desamortitzat l'any 1835. Aquest hospital, públic, a càrrec del municipi, disposava d'un metge i tres monges carmelites. Aquest edifici mai no va arribar a reunir les condicions de comoditat, ni tan sols de salubritat, exigides a un hospital, cosa que va motivar contínues queixes i crítiques de molts estaments locals.

L'any 1914 es va adquirir una vinya a la carretera de Cardedeu, sota la torre d'en Pinós, per tal de bastir-hi un nou hospital. El finançament de la construcció va ser molt complicat, el municipi no se'n va fer càrrec i finalment es construí gràcies a donacions privades, algunes molt importants com les del Sr. Francesc Ribas i la Sra. Faustina Mata, i a la venda del retaule gòtic de Sant Esteve al Museu d'Art

de Catalunya. L'Hospital va ser considerat com a «Fundació Particular» i va ser inaugurat el 5 de juliol de 1923, constituït per tres pavellons. En el curs dels anys s'han anat succeint millores i ampliacions: el 1957 s'inaugurà un nou pavelló que si bé havia estat projectat com a pavelló per malalts infecciosos es va inaugurar destinat a asil; el 1970 es va construir un altre edifici, dedicat en principi a Maternitat, que fou ampliat considerablement el 1978, amb 4 plantes d'hospitalització. L'any 1984 s'inaugurà el Centre Geriàtric, el 1988 l'edifici dels Serveis Centrals i Urgències i l'any 1995 el nou edifici de 5 plantes dedicades a hospitalització, cures intensives i quiròfans.

Cal destacar el gran impuls de l'Hospital a finals dels anys 1970, tant en la modernització i l'ampliació de les instal·lacions com en l'organització dels serveis assistencials, amb la jerarquització de tota l'estructura assistencial, cosa que significava una dedicació plena de la plantilla i treball en equip; aquesta organització, que actualment és comuna a tots els hospitals importants, en el moment en què va ser posada en marxa a l'Hospital de Granollers representava una novetat, prèvia fins i tot a les lleis que anys més endavant va promulgar la Generalitat en aquest sentit. L'Hospital de Granollers va esdevenir un dels primers hospitals «moderns» del nostre país, i va ser durant anys un referent per als hospitals comarcals.

És de lamentar molt que en la darrera dècada, malgrat haver millorat la seva oferta de serveis, no ha pogut disposar dels recursos necessaris per mantenir aquell impuls dels anys 1970 per adequar-se a les necessitats creixents de la població de la comarca. Com a conseqüència d'això, en aquests moments l'Hospital està patint una crisi important, deguda fonamentalment al dèficit crònic de finançament que ha anat patint en els darrers anys: hi ha insatisfacció entre els treballadors pels sous i per les condicions de treball i insatisfacció entre els usuaris per les llistes d'espera que han de patir per ser-hi atesos.

Actualment l'Hospital General de Granollers forma part de la Fundació Hospital-Asil de Granollers, fundació benèficoprivada sense afany de lucre i que es manté mitjançant un concert de

prestació de serveis amb el Servei Català de la Salut, integrat a la Xarxa Hospitalària d'Utilització Pública (XHUP).

130

L'any 1987 la Generalitat ordena el Pla de Reordenació Hospitalària per tal d'optimitzar els recursos hospitalaris existents i planificar els que falten. Aquest pla es caracteritza per ordenar dintre del mateix sistema els equipaments de titularitat pública i aquells que malgrat no ser-ho es comprometien a donar una oferta pública. Aquests equipaments van passar a la Xarxa Hospitalària d'Utilització Pública (XHUP). Amb aquesta reordenació també es classifiquen els hospitals segons les prestacions que han de donar i, per tant, el nivell de complexitat de les atencions que s'hi ofereixen.

L'Hospital de Granollers compta actualment amb 268 llits d'hospitalització d'aguts, entre aquests i des d'aquest any també una sala per a malalts psiquiàtrics. El Centre Geriàtric disposa de 30 llits per llarga estada, 40 places d'asil i 10 llits de Cures Pal·liatives.

ACTIVITAT DE L'HOSPITAL DE GRANOLLERS EN ELS DARRERS ANYS							
	1971	1973	1975	1977	1979	1981	1983
Ingressos	5.251	5.884	6.684	6.847	11.195	8.908	8.423
Estades	34.267	37.888	46.578	54.941	83.543	76.523	76.295
CCEE					11.812	24.579	36.726
Parts					2.318	1.954	1.656
Intervencions quirúrgiques					2.861	3.500	3.700
Urgències					23.919	41.791	56.892
	1985	1987	1989	1991	1993	1995	1997
Ingressos	9.596	9.274	9.603	10.206	11.413	12.256	14.273
Estades	98.758	96.192	96.565	87.201	86.054	82.851	86.934
CCEE	38.146	39.608	50.062	51.858	64.241	80.052	103.174
Parts	1.477	1.348	1.288	1.389	1.424	1.466	1.543
Intervencions quirúrgiques	3.590	3.596	4.023	4.253	5.561	6.553	8.267
Urgències	66.320	67.364	76.099	77.004	74.871	82.952	85.514

FONT: Barbany, Carme (1999): *L'Hospital de Granollers*. Fundació Hospital/Asil de Granollers.

Aquestes dades reflecteixen clarament el gran creixement de l'activitat i per tant de la necessitat d'incrementar els recursos humans, en resposta al gran augment de la demanda de serveis

que ha fet la població de la comarca, tant pel mateix creixement demogràfic com perquè l'Hospital ha esdevingut realment el servei sanitari de referència per a Granollers i comarca.

La Policlínica del Vallès fou fundada l'any 1935, en un edifici del carrer de Sans, amb despatxos per a metges especialistes i dotze llits d'internament. Ha anat creixent des d'aleshores amb successives ampliacions i reformes, amb un nou edifici al carrer de Girona. Actualment disposa de 80 llits. Forma part també de la XHUP, en concert amb el Servei Català de la Salut, i està en procés de conversió en Fundació Pública.

A la comarca funcionen actualment dos hospitals generals més, també integrats a la XHUP:

L'Hospital de Mollet, fundat el 1933 per la «Societat de Socors Mutus», que compta ara amb 145 llits. A Mollet està molt avançat el projecte d'un nou hospital, a càrrec del Servei Català de la Salut, que s'hauria de començar a construir aquest any i que serà el primer hospital de titularitat pública del Vallès Oriental.

L'Hospital de Sant Celoni, documentat ja al segle XII com Hospital de Sant Nicolau. L'any 1907 l'Ajuntament es feu càrrec de l'Hospital i s'inaugurà l'edifici modern l'any 1960. L'any 1988 s'amplià amb el Centre Verge del Puig, dedicat a llarga estada. Forma part de la XHUP des de 1990. Actualment disposa de 136 llits, 56 d'aguts i la resta de llarga estada.

L'Hospital de Granollers té la consideració de «hospital de referència», mentre que la resta d'hospitals de la comarca són «hospitals generals bàsics»

Històricament havien existit hospitals en altres poblacions de la comarca, com per exemple a la Garriga, que van convertir-se fa molts anys en residències d'ancians.

Mútues

A Granollers i la seva comarca, com a la resta de Catalunya, hi ha hagut una gran tradició mutualista, principalment des del segle XIX, amb un gran nombre d'establiments benèfics i mutuels dedicats a prestar assistència social i sanitària als seus socis. Això queda ben reflectit en el següent quadre:

ESTABLIMENTS BENÈFICS DE GRANOLLERS, 1850-1929

Hospital (20-01-1521): exconvent dels Caputxins, malalties agudes
Germandad del Roser (5-11-1850): socorrer els socis en cas de necessitat; 211 socs.
Entitat Mutual Mare de Déu del Roser (22-09-1887); carretera de Mataró, núm. 281-2.
Mont de Pietat de Socors Mutus «Mare de Déu del Roser» (30-04-1899)
Germandat de Sant Antoni (24-08-1855): 172 socs.
Centre Mutual Sant Antoni de Padua (21-12-1903)
Germandat del Carme (24-12-1886); 52 socs
Germandat de Sant Isidre (16-10-1871); 149 socs.
Sant Isidre (30-12-1887), entitat mutual.
La Fraternitat (16-11-1873); 233 socs.
Unió Liberal (14-06-1877); entitat mutual, carrer de la Palma, núm. 4.
Centre Catòlic (27-03-1888); entitat mutual
Centre Mutual Granollerí de Sant Hermenegild (21-09-1903); plaça del Bestiar, núm. 46.
La Vallesana (3-05-1910); socors mutus, carrer Aurora, núm. 41
L'Agriícola (22-08-1910), socors mutus, Carrer de Corró, núm. 117
Sant Sebastià i Sant Ramon (06-09-1912); socors mutus; Casa Parroquial, baixos.
Centre Mutual L'Empar Familiar (14-11-1914).
La Unionista (23-09-1919); germandat
La Granollerenca, Germandat de Patrons Carreters (27-11-1919)
Germandat per Senyores sota l'Advocació de Ntra. Sra. Del Carme (10-09-1927); socors mutus.
Asil Cultural del Nen Jesús (27-12-1916), benèfica.
Societat de Socors Mutus «L'Harmonia» (08-04-1929); carrer Prat de la Riba, núm. 9 i 11.

FONT: Pere Solà (1993): *Història de l'associacionisme català contemporani. Barcelona i les comarques de la seva demarcació*. Dep. De Justícia de la Generalitat de Catalunya

L'any 1952 començà a funcionar la «Mútua de Accidentes de Trabajo y Mutualidad de Nuestra Señora del Carmen», que tingué la seu a l'edifici de Can Punes fins que es traslladà al nou i singular edifici de la plaça Barangé l'any 1977. Aquesta entitat continua actualment en actiu, coneguda com «La Mútua», amb establiments a Granollers i Caldes de Montbui, donant assistència principalment ambulatoria als seus socs i als socs d'altres mútues laborals i d'accidents. Des de fa pocs anys disposa de llits d'hospitalització dedicats a cirurgia.

L'Atenció Primària

L'assistència ambulatoria, l'equivalent aproximat al que actualment coneixem com Atenció Primària de Salut, va ser prestada durant les primeres dècades del segle XX fonamentalment per metges d'exercici lliure, que tenien algun conveni amb els ajuntaments per a l'atenció de beneficència i algun tipus de contracte privat (tipus

«iguala») amb la majoria dels potencials pacients. En general disposaven de la seva pròpia consulta, si bé en alguns pobles hi podia haver consultoris municipals.

La consciència de les administracions de l'obligació d'atendre d'alguna manera les necessitats de salut i higiene de la població és molt antiga i durant el darrer segle ha produït la promulgació de diverses lleis, estatals primer i de la Generalitat a partir de la seva restauració el 1977.

La «Ley Orgánica de Sanidad» el 1855, reglamentada el 1891, el «Reglamento de Sanidad Municipal» de 1925 i la «Ley Bàsica de Coordinación Sanitària» de 1934 en són els primers exemples. Durant la Segona República, el Parlament de Catalunya va aprovar, el març de 1934, la Llei de bases per a l'organització dels serveis de sanitat i assistència social a Catalunya. Durant la foscor de la dictadura ja no es tornà a parlar de sanitat des d'una perspectiva catalana fins poc abans de la restauració de la Generalitat.

La creació del «Seguro Obligatorio de Enfermedad» (SOE) a principis dels anys 1940 va obrir el camí cap a una assistència sanitària pública, que va beneficiar inicialment només als treballadors assalariats i anys més tard es va anar ampliant a pràcticament tota la població.

També per aquesta època es promulgà la «Ley de Bases de la Sanidad Nacional» de novembre del 1944, que ha marcat les directrius de la política sanitària de l'Estat espanyol fins als anys vuitanta. En aquestes lleis s'estableixen també les obligacions sanitàries mínimes dels ajuntaments, que són sobretot d'higiene i inspecció d'aliments, aigua i establiments d'alimentació, però també de prevenció de malalties evitables i d'higiene escolar i reconeixements periòdics als escolars. Aquestes funcions eren exercides pels professionals sanitaris de «Asistencia Pública Domiciliaria», dependents de la Sanitat Estatal.

A la nostra comarca, ja als anys cinquanta, tots els pobles (llevat dels més petits) tenien algun metge contractat pel «Seguro» per atendre els treballadors afiliats al SOE. Seguien tenint les consultes al seu domicili o en consultoris municipals.

El primer edifici construït especialment per a l'assistència ambulatoria pública de la Seguretat Social (el primer «ambulatori») no va ser

construït a la nostra comarca fins als anys seixanta: l'Ambulatori Vallès, de Granollers, va ser inaugurat el 1968.

Amb la incorporació al règim de la seguretat social dels treballadors del camp i dels autònoms es va anar avançant en el camí de la universalització de l'assistència sanitària pública i, al mateix temps, la manca d'adequació de les plantilles del personal de la Seguretat Social va començar a provocar la massificació en les consultes dels ambulatoris o consultoris. La responsabilitat de l'assistència a tot el col·lectiu de treballadors corresponia al «Instituto Nacional de la Salud» (INSALUD) i la gestió es caracteritzava, sobretot en zones de gran creixement demogràfic com Catalunya, per un desconeixement de les necessitats, una manca de planificació i uns recursos inadequats.

La manca de cobertura universal i la deficient prestació de serveis en la sanitat pública comportava que moltes famílies estiguessin associades a alguna mutualitat sanitària per fer front a les eventualitats en matèria de salut. A la comarca la principal mutualitat d'aquest tipus ha estat la Mútua del Carme, de què ja hem parlat més amunt.

Amb la restauració de la Generalitat, l'any 1977, la millora del sistema sanitari català va ser un dels primers objectius del Govern i el primer pas va ser l'elaboració, l'any 1979, del Mapa Sanitari de Catalunya, un complet estudi de la situació, amb anàlisis i propostes concretes per cada sector i àrea territorial, sota la direcció del conseller doctor Ramon Espasa.

L'any 1981 es van traspasar les competències sanitàries a la Generalitat de Catalunya i el 1983 es va crear l'Institut Català de la Salut (ICS) el qual va adquirir les competències de l'INSALUD. La nostra comarca es va dividir en dues zones de gestió: Granollers i Mollet.

En aquestes dates treballaven a l'Atenció Primària del sector sanitari de Granollers: 63 metges de medicina general, 16 pediatres 46 metges especialistes, 6 metges d'urgències, 21 infermeres d'ambulatori, 26 infermeres de zona (practicants), 6 infermeres d'urgències, 34 auxiliars d'infermeria, 18 llevadores i 30 persones de suport.

L'Estudi Sanitari de la comarca del Vallès, elaborat per l'Acadèmia

de Ciències Mèdiques l'any 1984, conclouïa, pel que fa referència a l'assistència primària, que l'oferta no integrava la prevenció, la rehabilitació ni l'assistència social i que es limitava a la faceta curativa; també posava en evidència la manca de planificació, coordinació i avaluació. Aquestes deficiències, comunes a tot el país, són les que intenta corregir el decret de Reforma de l'Atenció Primària del 1985.

Les greus deficiències del sistema de salut pública amb què es van trobar els ajuntaments democràtics van fer que no es poguessin esperar les reformes que la situació demanava i per això molts dels serveis que actualment es presten van ser posats en marxa gràcies a les demandes que la població va fer als primers consistoris elegits democràticament. Per exemple:

- Els primers consultoris d'atenció primària que van alliberar els metges i infermeres de prestar les seves atencions en el domicili propi.

- La contractació de professionals sanitaris o de suport per completar una plantilla deficient.

- A Granollers l'any 1982 es va posar en marxa la llavor del 1r. Programa integral d'atenció a la dona de Catalunya gràcies a la col.laboració entre l'Ajuntament i l'ICS (en un primer moment es va començar amb la planificació familiar i l'educació maternal).

- També va ser responsabilitat de l'Ajuntament de Granollers posar en marxa l'Atenció a la Salut Mental d'adults i d'infants, i el Centre d'Estimulació Precoç. El Programa d'atenció a les persones amb drogodependències i el Centre de dia de Salut Mental, encara en aquest moment són competència de l'Ajuntament.

Per la seva part l'ICS va començar la tasca de gestionar amb criteris de resultats el sistema que heretava. Una de les primeres accions que es van fer va ser el canvi en les direccions dels centres. Les primeres persones que van dirigir els centres sanitaris provenien de l'oposició al franquisme especialment del PSUC (que era el partit que més havia aprofundit en com havia de ser la sanitat pública i al que pertanyia el conseller de Sanitat del Govern del president Tarradellas).

A partir de l'any 1984 la Generalitat va començar a ordenar el sistema traspassat. L'any 1985 es va posar en marxa el decret de Reforma de l'Atenció Primària de Salut que va comportar una nova filosofia i pràctica de l'atenció sanitària del primer nivell amb les

característiques fonamentals següents:

- La prestació d'atenció de salut durant totes les etapes del cicle vital d'una persona i tots els dies de l'any, i d'una manera la més propera i accessible possible per a la població (*longitudinalitat, continuïtat i accessibilitat*)
- La sectorització del territori: es va crear l'Àrea Bàsica de Salut (ABS) com a unitat mínima de territori i usuaris. Una ABS comprèn entre 5.000 i 25.000 habitants. L'atenció d'aquesta població es realitza en el Centre d'Atenció Primària, situat en un lloc accessible a menys de mitja hora per a totes les persones adscrites, en un mitjà de transport habitual.
- La creació de l'Equip d'Atenció Primària, que està format per metges generalistes i d'infants, infermeres i auxiliars d'infermeria, treballadors socials, odontòlegs i personal de suport administratiu. La ràtio de metges i infermeres acostuma a ser d'un professional d'ambdues disciplines per un màxim de 2.000 habitants.
- La concepció que l'Atenció Primària de Salut ha de ser la porta d'entrada al sistema sanitari i on el 80% dels problemes de salut es resolen.
- La incorporació de la prevenció i de l'educació per a la salut en la tasca habitual dels professionals que hi treballen.
- La incorporació de la participació de la comunitat en la presa de decisions que tinguin que veure amb l'organització dels serveis i la salut de la població.

La planificació de la Reforma de l'Atenció Primària al Vallès Oriental estableix 11 Àrees Bàsiques de Salut (ABS) al sector de Granollers (Caldes, La Garriga, Vall del Tenes, Montornés-Montmeló, Cardedeu, Sant Celoni, La Roca i 4 ABS a Granollers) i 5 ABS al sector de Mollet (La Llagosta, Martorelles, Parets i 2 a Mollet. Actualment, de les 16 ABS previstes s'en troben en funcionament 12, estant pendents de reformar les 2 de Mollet, la de Granollers centre i la de La Roca.

Referint-nos tan sols al sector de Granollers, la xarxa d'Atenció Primària de salut disposa de: 114 metges de medicina general, 34 pediatres, 81 metges especialistes, 149 infermeres, 40 auxiliars d'infermeria, 19 llevadores, 6 treballadores socials i 118 persones de suport

En comparació amb les dades que consten més amunt, és evident la millora en l'oferta de serveis d'atenció primària que ha representat la reforma a la nostra comarca, tot i que la ràtio mitjana d'habitants

per metge de família al Vallès Oriental és una de les més altes de Catalunya i de l'Estat espanyol.

L'atenció a la salut mental

L'atenció al malalt mental ha experimentat un canvi molt important durant la segona meitat d'aquest segle, i no tan sols l'atenció sinó la mateixa concepció de tractament de la malaltia mental. Fins els anys 1960 van existir grans institucions que servien per mantenir ingressats (es deia aleshores i més propiament «tancats»), una gran quantitat de pacients, afectes de diverses malalties mentals, que avui es mantenen perfectament controlats de manera ambulatoria. A la nostra comarca no ha existit mai cap institut mental, però molts pacients del Vallès havien estat «internats» als hospitals o instituts mentals de Sant Boi, de la Santa Creu, etc.

A finals dels anys seixanta i durant els anys setanta es va produir una veritable revolució en l'atenció a la malaltia mental greu i molts malats van poder ser tractats sense necessitat de mantenir-los «internats». Això va ser possible, entre altres moltes coses, per l'aparició de tractaments eficaços pels trastorns mentals i per la creació d'una xarxa pública de centres de Salut Mental .

En aquest aspecte el Vallès Oriental ha estat també deficitari durant molts temps i ha anat millorant en els darrers anys. A Granollers hi ha des de fa vint anys un Centre de Salut Mental d'Adults i un Centre de Salut Mental Infantil, que han estat a càrrec de l'Ajuntament de Granollers, que atenen pacients de tota la comarca, fins que l'any 2000 van passar al Servei Català de la Salut, que ha contractat el servei a la institució Benito Menni (Hospital psiquiàtric de Sant Boi). Aquest canvi ha representat una aportació de recursos que l'Ajuntament no estava en disposició de fer i, almenys de moment, un cert apropament a les necessitats reals. Hi ha un altre Centre de Salut Mental a Mollet. A mig termini hi ha la previsió d'un centre de subaguts psiquiàtrics a Granollers.

També des de fa molt poc, des de l'any 2001, l'Hospital de Granollers disposa d'un Servei de Psiquiatria, amb una sala per a malalts psiquiàtrics aguts i atenció psiquiàtrica a Urgències. Fins l'any passat, doncs, no existia al Vallès Oriental cap centre d'internament per a malalts psiquiàtrics i continua sense existir cap

centre d'internament per a malalts mentals subaguts o crònics. Si que existeixen dos centres de dia: el de Granollers, amb 24 places, que depèn de l'Ajuntament, i el de Mollet, amb 20 places, que depèn de l'hospital.

Tots aquests recursos estan destinats principalment als ciutadans afectes dels anomenats trastorns mentals severos, els que fa vint anys haurien passat llargues temporades als instituts d'internament. Hi ha a més una gran proporció de la població, que presenta trastorns de la salut mental de forma moderada o lleu. Tota aquesta població, amb angoixa o problemes d'adaptació, ocasionalment greus, consulta preferentment els metges de capçalera, de manera que la proporció de visites que atén el metge de família motivades per algun trastorn mental és, segons els estudis, d'entre un 20 i un 50%. La consulta molt freqüent per problemes d'angoixa o adaptació, que als nostres avis no se'ls hauria ocorregut mai explicar al metge, constitueix també un canvi social molt característic del nostre temps, i ha provocat un augment impressionant de la medicalització de la població amb fàrmacs psicotrops, com veurem més endavant.

Serveis sanitaris específics

L'evolució de la societat ha portat en les darreres dècades a l'aparició de serveis i programes sanitaris específics per determinats col·lectius o situacions, entre els quals són de destacar:

Atenció geriàtrica: L'envelliment de la població ha portat a l'aparició d'una nova especialitat mèdica: la Geriatria, que es fa càrrec de l'atenció hospitalària dels malalts ancians. Quan va aparèixer l'especialitat, fa uns vint anys, el límit inferior d'edat es posava als 65 anys; actualment, donat l'espectacular increment de l'esperança de vida, el límit de la geriatria ha pujat fins als 75 anys. A Granollers existeix un Servei de Geriatria, a l'Hospital General, que va ser dels primers del país i que forma metges geriàtrics des de fa molts anys. A més dels serveis de geriatria, s'han posat en marxa des del Departament de Sanitat diversos programes dedicats específicament a la gent gran, com el programa «Vida als anys». Actualment s'està construint a Granollers el primer centre de dia per malalts d'Alzheimer de la comarca.

Atenció als malalts terminals: S'ha progressat molt en els darrers vint anys en l'atenció als malalts terminals, en el control dels símptomes, especialment del dolor, i es procura, tant pels metges i infermeres d'hospitals com d'atenció primària, que les darreres etapes de la malaltia es visquin amb el màxim confort possible, tant per part del malalt com dels familiars. Han aparegut a la majoria d'hospitals, també al nostre, unitats de tractament paliatiu, existeixen a l'atenció primària protocols de tractament a domicili per a aquestes circumstàncies, també s'han creat equips multidisciplinaris específics de suport al malalt terminal a domicili (els equips PADES) i s'ha produït un espectacular augment de la utilització d'analgèsics majors (com la morfina, que és el fàrmac més eficaç per al tractament del dolor sever), amb un increment del 80% entre 1993 i 1998. Dedicats especialment a l'atenció de pacients incapacitats, principalment ancians, i terminals, existeixen a la nostra comarca 6 centres sociosanitaris, a Granollers, Mollet, l'Ametlla, Sant Celoni i Caldes de Montbui.

Atenció a les drogodependències: El primer centre d'atenció i seguiment de drogodependències (CAS) de la comarca va ser creat per l'Ajuntament de Granollers a finals dels anys setanta, i actualment segueix gestionat per l'Ajuntament. Més endavant se'n va crear un altre a Mollet, a càrrec de l'ICS. Aquests centres atenen persones amb dependències a diverses drogues, fonamentalment alcohol, heroïna i cocaïna. També disposen de programes de manteniment amb metadona i també són la seu dels grups d'ajuda mútua d'aquestes persones i de les seves famílies.

Atenció domiciliària: Si bé l'atenció a domicili ha sigut sempre una activitat inherent a la pràctica de la medicina general o de família (que fins tot ha donat nom als «metges de capçalera»), des de fa ben pocs anys, i a causa, una vegada més, de les necessitats provocades per l'envelliment de la població, se l'ha dotat de sistematització, protocols i registres i se li vol donar un gran impuls, amb el programa ATDOM, implicant a més dels metges, de manera molt important a les infermeres i als treballadors socials dels equips d'atenció primària.

8. Evolució del consum de medicaments

Un dels canvis més espectaculars en la utilització dels recursos sanitaris que s'ha produït durant la segona meitat del segle XX és

l'augment del consum de medicaments. No disposem de dades del consum de medicaments de les primeres dècades del segle, tot i que podem suposar que el consum era molt petit, entre altres coses per la manca d'oferta.

L'increment en l'oferta de fàrmacs, en quantitat i en qualitat, i la facilitació a la major part de la població de l'accés al seu ús, ha suposat des dels anys 1950 un increment impressionant del consum i de la despesa, increment al que han contribuït molts factors, entre ells: 1) la cobertura sanitària universal, que dóna accés a medicació a tota la població amb una aportació del 40% del seu preu i gratuïta als pensionistes; 2) l'envelliment de la població i el millor tractament de la majoria de malalties cròniques, que afecten sobretot la població d'edat avançada; 3) la «medicalització» de tota la població, no tan sols la crònicament malalta, que comporta un ús, a vegades innecessari, de medicaments per a qualsevol procés banal, que fins fa poques dècades es tractava amb remeis casolans.

Aquest augment del consum, que ha sigut exponencial en les darreres dues dècades sobretot, comporta un increment molt important en la despesa farmacèutica, que s'ha convertit en una de les primeres preocupacions de les autoritats sanitàries i econòmiques del país.

A Catalunya disposem de dades molt completes de consum de medicaments, tant quantitativament com qualitativa, des dels anys 1980. En els quadres següents s'exposen algunes dades demostratives de la nostra comarca, que per altra banda no difereixen significativament de la resta del país.

Despesa per consum de medicaments en milers de pessetes				
	1990	1993	1996	1998
despesa global	14.972.511	19.593.000	27.060.903	33.242.541
despesa/habitant	11,6	16,4	24,0	27,3

FONT: Servei Català de la Salut. Pla de Salut de la Regió Sanitària Centre, 1996-1998, 1999-2001

Consum d'alguns grups de medicaments (en DHD)*			
	1993	1996	1998
Antihipertensius	91,8	119,6	138,3
antidiabètics orals	18,9	26,5	30,7
Antidepressius	11,2	20,3	29,7
«tranquil·litzants»	40,7	51,2	60,0
Antibiòtics	17,7	18,2	17,2
Hipolipemians	7,7	11,3	17,0

FONT: Servei Català de la Salut. Pla de Salut de la Regió Sanitària Centre, 1996-1998, 1999-2001

*DHD (dosi/habitant/dia) expressa la quantitat de persones per cada mil habitants que reben cada dia una dosi del medicament estudiat

Consum de la zona de Granollers-Canovelles-Les Franqueses (en DHD)*		
any/grup	1996	2000
Antidepressius	10,9	35,1
«tranquil·litzants»	23,3	46,1

FONT: Direcció d'Atenció Primària de Granollers. Institut Català de la Salut. Memòries d'Activitat anys 1996 i 2000.

*DHD (dosi/habitant/dia) expressa la quantitat de persones per cada mil habitants que reben cada dia una dosi del medicament estudiat

9. Morbiditat i mortalitat

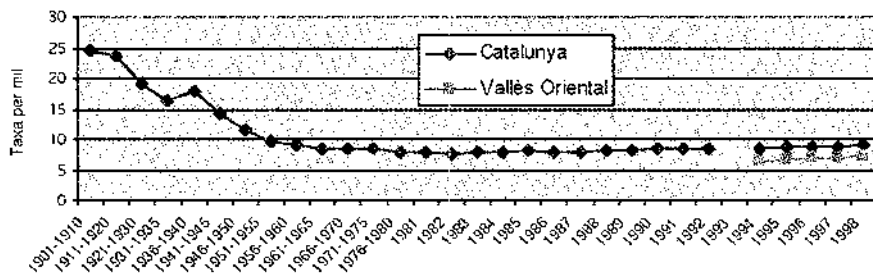
La translació del canvi de paradigma demogràfic als indicadors sanitaris clàssics es manifesta a la nostra comarca a finals del segle XX en taxes de mortalitat bruta baixes, però amb tendència a incrementar-se a causa de la mateixa estructura demogràfica envellida, així com un canvi en les causes que fan emmalaltir i morir amb més freqüència: les malalties infeccioses han deixat pas a les malalties no transmissibles, com les malalties de l'aparell circulatori, la diabetes mellitus, els tumors o les demències, la llarga evolució de les quals requereix d'uns serveis sanitaris adaptats en la seva estructura i funcionament. D'altres processos que caracteritzen el final del segle XX tenen a veure amb els nous models de vida: els processos traumàtics deguts als accidents de circulació, les noves formes de toxicomania.

Mortalitat general

La taxa bruta de mortalitat a Catalunya ha disminuït de forma constant durant el segle XX: de 26 per mil habitants l'any 1900 va passar a 10 per mil l'any 1995. Durant el període 1983-97, la taxa bruta de mortalitat va créixer passant de 7,50 a 8,96 defuncions per 1.000 habitants; tanmateix, les taxes de mortalitat estandaritzada per edat i sexe, es van reduir de forma remarcable, des de 9,50 a 7,50 per 1.000. Per al període 1989-1993 a la comarca la mortalitat bruta va ser de 6,57 morts per 1.000 habitants, i superior entre els homes que entre les dones, amb una certa remuntada entre 1994 i 1998 (de 6,40 a 7,4).

Pel que fa a la comparació de les taxes de mortalitat bruta entre la comarca i Catalunya, durant el període 1994-1998 aquestes eren inferiors a la nostra comarca com es pot veure a la gràfica següent.

Evolució de la mortalitat bruta



FONT: Elaboració pròpia, a partir de: Generalitat de Catalunya. Departament de Sanitat i Seguretat Social. Servei d'Informació i Estudis. Registre de mortalitat de Catalunya i Generalitat de Catalunya Departament de Sanitat i Seguretat Social (2001) «Evolució de la mortalitat a Catalunya, 1983-1997». *Butlletí Epidemiològic de Catalunya*, Volum: XXII, núm 3, Barcelona.

Alhora, s'ha de tenir en compte el possible efecte de les diferents estructures d'edat de la població, que en el cas del Vallès Oriental és més jove. Així, si s'utilitza un altre indicador més adequat per la comparació, com és l'índex de mortalitat estàndard de la comarca pel mateix període, construït a partir de la mortalitat específica per edat estandaritzat per l'estructura de població de Catalunya, mostra que no hi ha diferències significatives entre la Comarca i Catalunya, tal com mostren els intervals de confiança de l'indicador.

Índex de mortalitat estàndard (IME) al Vallès Oriental, 1994-1998 (Catalunya, índex=100)

	Homes	Dones	Ambdós sexes
IME	97,27	105,34	101,56
I.C. 95%	(91,46-103,12)	(98,71-144,97)	(97,15-105,97)

FONT: Generalitat de Catalunya. Departament de Sanitat i Seguretat Social. Servei d'Informació i Estudis. Registre de mortalitat de Catalunya.

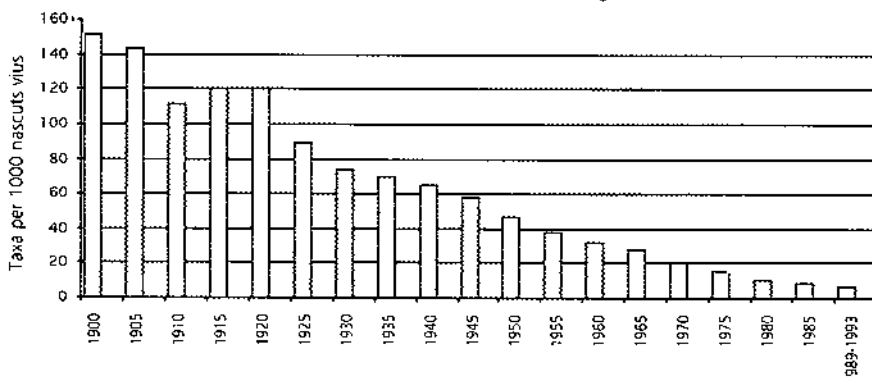
143

Mortalitat infantil

La mortalitat infantil (en nens d'edat inferior a l'any d'edat), considerada com un indicador del nivell general de salut en una comunitat, a principis de segle era a Catalunya de 150 morts per mil nadons.

La mortalitat infantil ha experimentat un descens espectacular durant el segle: es va situar en el període 1989-1993, en una taxa 23 vegades inferior a la de principis de segle: 6,42 defuncions per cada 1.000 nascuts vius. El Vallès Oriental presentava en aquest darrer període una taxa de 4,91 per 1.000, inferior a la de Catalunya i a la de les comarques veïnes. Aquest és un límit ja difícilment millorable. A finals de l'any 2000 la mortalitat infantil a Catalunya ja és inferior al 4 per mil.

Mortalitat infantil a Catalunya 1900-1913

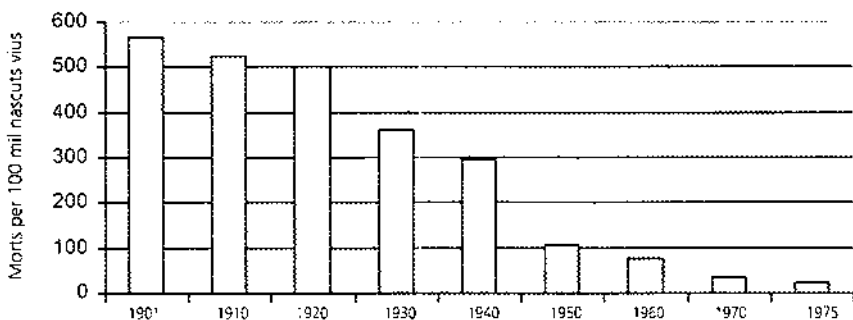


FONTS: Generalitat de Catalunya. Departament de Sanitat i Seguretat Social (1991): «Document marc per a l'elaboració del Pla de Salut de Catalunya». Generalitat de Catalunya. Departament de Sanitat i Seguretat Social (2001): «Evolució de la mortalitat a Catalunya, 1983-1997». *Butlletí Epidemiològic de Catalunya*, Volum XXII, núm 3, Barcelona.

Mortalitat materna

La mortalitat materna és considerada com un indicador clàssic relacionat amb la qualitat dels serveis sanitaris. La mortalitat materna a Catalunya s'ha anat reduint dràsticament des de principis de segle: de 564 morts maternes per 100.000 nascuts vius el 1901 es va passar a 21,7 el 1975, i a 5,2 el 1988. Tot i que aquí no presentem dades de la comarca, podem dir amb seguretat que l'evolució no ha estat diferent de la del conjunt de Catalunya.

Mortalitat materna a Catalunya 1901 - 1975



FONT: Salleras, Lluís (1979): *Análisis de los indicadores de mortalidad maternal, perinatal e infantil*. Tesis Doctoral, Universitat de Barcelona.

Evolució de les causes de mortalitat

Segons un estudi de Lluís Comenge de 1899, publicat a *Cent anys de Salut Pública a Barcelona*, a la ciutat de Barcelona la mortalitat dels nens menors de 3 anys era més elevada entre la classe pobre i en els districtes menys afavorits, i les principals causes de mort eren les malalties de l'aparell respiratori i digestiu, i les malalties infeccioses, sobretot la tuberculosi, el xarampió, la diftèria, la verola i la febre tifoïde. De forma similar, en els països desenvolupats, les malalties infeccioses eren responsables de més del 30 per cent de la mortalitat. Al conjunt de l'Estat espanyol, l'any 1900, la mortalitat per tuberculosi era de 200 defuncions per cent mil habitants i la deguda a febre tifoïde arribava a un total de 9.594 defuncions. Algunes d'aquestes malalties afectaven principalment l'edat infantil.

La millora de les condicions socioeconòmiques, les descobertes científiques i les accions preventives i assistencials han donat lloc a una gran davallada de la morbiditat i la mortalitat per aquestes malalties, les quals a poc a poc han anat deixant pas a les malalties cròniques pròpies de l'edat adulta i de la vellesa que, juntament amb els accidents són les principals causes de mortalitat avui a Catalunya.

Principals causes de mort

Ordre (segons freqüència)	Granollers 1895-1904	Granollers i comarques barcelonines, 1935-1939	Regió Centre* 1989-1993
1ª	Infeccioses	Aparell Circulatori	Aparell Circulatori
2ª	Aparell Circulatori	Infeccioses	Tumors
3ª	Aparell Respiratori	Aparell Respiratori	Aparell Respiratori
4ª	Aparell Digestiu	Sistema nerviós	Causes externes
5ª	Part	Aparell Digestiu	Aparell Digestiu

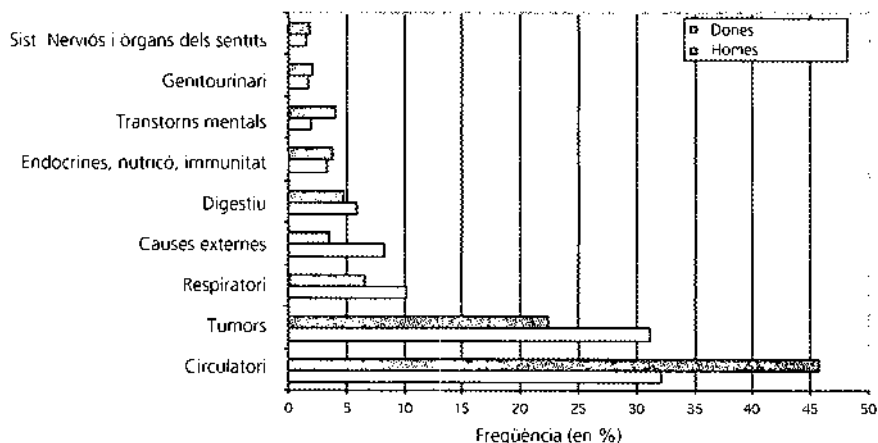
*La Regió Centre és la sectorització del Servei Català de la Salut que comprèn les comarques del Vallès Oriental, Vallès Occidental, Osona, Bages i Berguedà.

FONT: Generalitat de Catalunya. Departament de Sanitat i Seguretat Social. Servei Català de la Salut (1997). Pla de Salut de la Regió Sanitària Centre, 1996-1998. Regió Sanitària Centre, Sant Cugat.

A diferència de finals de segle XIX, en què predominaven les morts per malalties infeccioses, les malalties que causen la mort més freqüentment a Catalunya a finals del segle XX són les malalties cerebrovasculars i les malalties isquèmiques del cor. Entre els cinc grups de causes més freqüents apareixen els tumors i les causes externes. Cal remarcar que els tumors de tràquea, bronquis i pulmó són la tercera causa de mort en els homes, mentre que en les dones el càncer de mama és la cinquena causa de mortalitat.

A la Regió Sanitària Centre, entre els anys 1989-1993 les malalties de l'aparell circulatori causaven el 45,7% de totes les defuncions en les dones, el doble que els tumors, que n'eren responsables del 22,4% de les morts. En els homes, la primera causa de mort eren també les malalties de l'aparell circulatori (32,1%), però amb molt poca diferència respecte els tumors (31,2%). Al Vallès Oriental, l'ordre de freqüència era el mateix que a la Regió.

Mortalitat per grups de causes Regió Centre, 1989 - 1993



FONT: Generalitat de Catalunya. Departament de Sanitat i Seguretat Social. Servei Català de la Salut (1997): *Pla de Salut de la Regió Sanitària Centre, 1996-1998* Regió Sanitària Centre, Sant Cugat.

Morbidity per malalties transmissibles

La lluita continuada contra les malalties infeccioses, que eren una de les causes de mortalitat més freqüents a principis de segle a Catalunya, ha portat a millores espectaculars. La instauració de la Mancomunitat de Catalunya l'any 1914 aportà millores significatives: per exemple, la creació del Servei d'Assistència Social als Tuberculosos amb les campanyes de vacunació BCG (vacuna antituberculosi, bacil de Calmette-Guerin), i la del Servei Tècnic del Paludisme que sanejà els deltes del Llobregat i de l'Ebre. En arribar els anys 1920 i 1930, amb la millora de les condicions socials i d'higiene, les defuncions per malaltia infecciosa (tuberculosi, febre tifoïde) experimentaren un notable descens i en el cas de la diftèria, gràcies a la creixent utilització del sèrum de Behring i Roux (iniciat a partir del 1895) també el nombre de defuncions disminuï notablement. En canvi, les diarrees (l'anomenada mortalitat d'estiu) i les malalties respiratòries (la mortalitat d'hivern) continuaven essent la principal causa de mort. El quadre de les malalties de màxima freqüència el completa la grip i, per la seva gravetat, cal mencionar també la poliomielitis.

A partir dels anys 1940, l'aplicació de nous fàrmacs i noves tècniques fa que el panorama mèdic i sanitari canviï radicalment: primer, gràcies a l'aparició de la quimioteràpia que, al cap de pocs anys, va seguida de l'inici de l'era antibiòtica. Aquestes noves armes terapèutiques, amb l'ajuda de les noves vacunacions (diftèria, tètanus, pertussis (DTP), antipoliomielítica, triple vírica), redueixen dràsticament les xifres de morbiditat i, en conseqüència, de mortalitat. Així, per exemple, de 27 mil casos de xarampió declarats a Catalunya l'any 1982, al cap de deu anys s'havia passat a 3.596, i durant aquells deu anys no s'havia produït cap cas de diftèria, ni cap de poliomièlitis.

La taula següent mostra la morbiditat declarada màxima des de l'any 1950 i la declarada el 1989 per les malalties susceptibles de ser previngudes mitjançant vacunacions sistemàtiques. Com es pot apreciar, hi ha hagut una disminució important de casos per totes les malalties considerades

Morbiditat declarada màxima des de 1950

	Nombre màxim de casos (any en què s'ha assolit)		1989
Diftèria	299	(1954)	0
Tètanus*	28	(1983)	7
Tos ferina*	10.460	(1982)	7.441
Poliomièlitis	197	(1963)	0
Xarampió	29.288	(1957)	7.011
Rubèola*	27.771	(1982)	2.221
Parotiditis*	27.183	(1983)	3.941

* De declaració obligatòria a partir de 1982

FONT. Departament de Sanitat i Seguretat Social. Generalitat de Catalunya (1990)

Posteriorment, el Pla de Salut 1993-1995 establí la vacunació com a intervenció d'eficàcia provada i d'interès en el nostre medi per a la prevenció de les malalties següents: la diftèria, el tètanus, la tos ferina, la poliomièlitis, el xarampió, la rubèola, la parotiditis, l'hepatitis B, la pneumònia pneumocòccica i la grip.

Com a conseqüència, a Catalunya en els període 1991-1995 no es va produir cap cas declarat de diftèria, ni de poliomièlitis ni de

rubèola congènita. Pel que fa al tètanus, en el mateix període, el nombre de casos declarats va oscil·lar entre els 9 casos de l'any 1994 i els 12 casos dels anys 1992 i 1995. En els darrers anys encara s'han diagnosticat alguns casos de tètanus a la Regió Sanitària Centre: 3 el 1993, 2 el 1994 i 3 el 1995.

148 La incidència de la tos ferina a la nostra Regió ha baixat molt, passant de 101 casos el 1993 i 54 el 1994 a 24 el 1995 (taxa d'1,93 casos per 100 mil habitants).

Altres malalties com el xarampió no van experimentar a Catalunya la davallada que s'esperava a principis dels anys 1990, tot i que a la nostra comarca les taxes varen baixar en el quinquenni 1991-1995 a nivells inferiors als de Catalunya.

El Pla de salut de Catalunya per a l'any 2000 establí l'eliminació del xarampió del nostre territori com un dels seus objectius. Amb la finalitat d'aconseguir l'objectiu proposat es va posar en marxa un seguit d'estratègies, entre les quals la vigilància epidemiològica juga un paper fonamental. Atès que quan la incidència d'una malaltia és baixa la vigilància s'ha de fer amb més intensitat, a partir de l'any 1997 el xarampió va passar de ser una malaltia de declaració numèrica a notificar-se de forma individualitzada. Això va permetre caracteritzar els casos declarats d'una manera adequada i va mostrar que la majoria dels casos es produeixen en menors de 10 anys, per la qual cosa la segona dosi de la vacuna triple vírica s'ha avançat als 4 anys en comptes dels 11 anys, com es feia des de l'any 1988. A partir de novembre de 1998, es va començar a declarar la malaltia mitjançant el procediment de declaració urgent, que permet posar en marxa els mecanismes adients per arribar a la confirmació microbiològica dels casos i instaurar ràpidament les mesures de control oportunes.

D'altra banda, la rubèola i la parotiditis han anat disminuint progressivament. L'hepatitis B ha experimentat una forta davallada en els darrers anys (de 14,5 per 100 mil l'any 1991 a 8 per 100 mil l'any 1995).

En el camp de la medicina preventiva, les noves vacunes ja comencen a jugar un paper transcendent: l'antipertussis acel·lular,

les vacunes contra els virus de les hepatitis A i B, les vacunes conjugades contra el meningococ i el pneumococ i les vacunes contra l'*Haemophylus influenzae* tipus B i els rotavirus contribuiran a la millora de la salut infantil i juvenil.

Finalment, la utilització d'anticossos monoclonals ha obert expectatives importants pel que fa, especialment, a malalties immunològiques i infeccioses.

El cas de la tuberculosi

Al conjunt de l'Estat espanyol, l'any 1900, la mortalitat per tuberculosi era de 200 defuncions per cent mil habitants. Les campanyes de vacunació BCG (bacil de Calmette-Guerin) a partir de l'any 1914 i la millora progressiva de les condicions d'higiene generals així com les millores en la identificació i control epidemiològic han disminuït de forma radical la mortalitat per aquesta malaltia. Des que l'any 1982 es va establir que la tuberculosi, en totes les seves formes, era una malaltia de declaració obligatòria individualitzada i es va instituir el registre nominal de casos, es va produir un increment significatiu de la incidència notificada, la qual es detecta amb oscil·lacions fins a l'any 1988. A partir de llavors, es produeix un increment real de la morbiditat que va ser per culpa quasi exclusivament de l'augment de casos entre els homes, mentre que la incidència en les dones es va mantenir estabilitzada. Aquest increment de la morbiditat va ser real i no es pot atribuir a la millora del registre o de la vigilància epidemiològica de la malaltia, les quals no van ser modificades, ni tampoc a la cerca activa de casos, que encara que es va incrementar aleshores, mai no va aportar un nombre suficient de casos nous que puguin justificar les taxes d'incidència que es van assolir.

Possiblement, el que va ocórrer, tal com ha passat en molts altres països occidentals, va ser que hi va haver un gran increment d'individus amb factors de risc per a la tuberculosi, com ara infectats per l'HIV (virus de l'immunodeficiència humana), consumidors de drogues psicòtropes, immigrants de països d'alta endèmia tuberculosa, etc., que van causar l'augment de la incidència i que, habitualment, afecten sobretot els individus joves del sexe

masculí. Això explica que els anys de màxima incidència de la tuberculosi (aproximadament la tercera part) es concentraven en els grups d'edat jove, especialment el de 25-34 anys.

Des de l'any 1991 s'ha produït una davallada ininterrompuda en el nombre de casos de tuberculosi a Catalunya. Segons dades recollides pel Programa de prevenció i control de la tuberculosi del Departament de Sanitat i Seguretat Social, durant l'any 1998 es van diagnosticar a Catalunya un total de 1.970 casos, 309 menys que a l'any anterior. La taxa d'incidència d'aquell any per Catalunya era de 32,35 per 100 mil habitants, mentre que l'any 2000 s'han detectat 1.722 casos, que corresponen a una taxa del 27,9 per 100.000 habitants. D'aquests, 109 pacients, el 6,3 %, havien estat tractats anteriorment; per tant, els casos nous enregistrats són 1.613 i la taxa d'incidència corresponent, 26,2 per 100.000.

Al Vallès Oriental la taxa d'incidència pel 1998 era de 26,47 nous casos per 100 mil, mentre que el 2000, amb 28 nous casos, era de 20,3.

Malalties de transmissió sexual

A Catalunya, a principis del segle XX, les malalties de transmissió sexual més freqüents eren la sífilis i la gonocòccia. A finals del segle, les malalties de transmissió sexual (MTS) són objecte de vigilància epidemiològica i s'han de declarar de forma obligatòria els casos d'infecció gonocòccica, oftalmia neonatal, sífilis i infecció genital per clamídies, altres MTS, hepatitis B i sida. Per la informació procedent dels centres de prevenció i control de les MTS, se sap que les uretritis i les cervicitis són les MTS més freqüents, però si bé han anat disminuint les uretritis i cervicitis gonocòcciques, les uretritis i cervicitis no gonocòcciques i les malalties viriques (especialment els condilomes, la infecció pel VIH i l'herpes genital) s'han incrementat.

Al Programa d'atenció a a dona de Granollers l'any 2000 els gèrmens més freqüents obtinguts a les citologies i cultius de cèrvix eren per ordre decreixent, els següents: candidiasi, vaginosi bacteriana per gardnerella, tricomoniasi, condilomes i moluscum contagiosum.

Brots epidèmics

Durant les primeres dècades del segle, es produïen amb certa freqüència brots epidèmics de malalties infeccioses, com ara de tifus o còlera, amb una elevada mortalitat.

A finals de segle, les malalties infeccioses que es presenten en forma de brot són les toxiinfeccions alimentàries, amb una mortalitat molt baixa. Aquests brots es localitzen bàsicament en establiments residencials, o hostalers. La incorrecta manipulació d'aliments, així com la utilització d'ous no pasteuritzats, malgrat la legislació, en són les causes més freqüents.

Morbiditat hospitalària

L'any 1999 els residents de la comarca van sofrir una taxa bruta d'hospitalització de 121,7 hospitalitzacions per 1.000 residents i una taxa estandaritzada per edat i sexe de 133,2, superior a la de Catalunya, amb 116,5 per mil. L'edat mitjana per totes les causes està creixent (49,3 l'any 1996, i 51,3 l'any 1999).

L'any 2000 els residents de la comarca van generar 36.617 altes als hospitals de Catalunya. D'aquestes, 28.513 altes (el 77,9%) es van produir en hospitals de la pròpia Regió Sanitària, mentre que 6.804 (el 18,6%) correspongueren a hospitals de la Regió de Barcelona Ciutat.

Les malalties que porten a hospitalització amb major freqüència queden paleses a la taula següent. Predominaven les malalties de l'aparell circulatori, entre les quals les més freqüents són l'aterosclerosi coronària, la malaltia cardíaca congestiva i la malaltia cerebrovascular aguda. Destacaven en tercer lloc les hospitalitzacions per embaràs, part i puerperi, en una proporció superior a la de Catalunya. Entre les malalties de l'aparell digestiu predominen l'hèrnia abdominal i les malalties de les vies bilials. Entre les malalties del sistema nerviós i òrgans dels sentits la més important són les cataractes. Entre les malalties de l'aparell respiratori, les més freqüents són la Malaltia Pulmonar Obstructiva Crònica (MPOC) i la pneumònia. Entre les neoplàsies, les de bronquis i pulmó i la de mama en són les més freqüents.

MALALTIES SEGONS ALTES HOSPITALÀRIES

Diagnòstic principal	Vallès Oriental (2000)		Catalunya (1999)
	Freqüència		Freqüència (%)
	Nombre d' altes	(%)	
Malalties de l'aparell circulatori	4.045	11,0	12,5
Malalties de l'aparell digestiu	3.953	10,8	11,8
Embaràs, part i puerperi	3.925	10,7	8,8
Malalties del sist. Nervios i òrgans dels sentits	3.635	9,9	9,4
Malalties de l'aparell respiratori	3.592	9,8	11,2
Lesions i emmetzinaments	3.091	8,4	9,9
Malalties de l'aparell locomotor	3.076	8,4	5,2
Malalties de l'aparell genitourinari	2.605	7,1	7,6
Neoplàsies	2.375	6,5	9,8
Mal. endocrines, metabòliques, immunitàries	566	1,5	1,7
Malalties infeccioses i parasitàries	547	1,5	1,4
Malalties de la pell i teixit connectiu	527	1,4	1,4
Afeccions originades en el període perinatal	342	0,9	1,4
Anomalies congènites	273	0,7	1,0
Trastorns mentals	244	0,7	1,3
Malalties de la sang	205	0,6	0,8
Altres	3.616	9,9	4,8
Total	36.617	100,0	100,0

FONT: Generalitat de Catalunya. Departament de Sanitat i Seguretat Social. Servei Català de la Salut. Conjunt Mínim Bàsic de Dades d'Alta Hospitalària, any 2000.

Morbiditat en l'atenció primària

Els sistemes de registre d'atenció primària de què disposem actualment estan enfocats a identificar els factors de risc cardiovascular com el tabaquisme, el consum excessiu d'alcohol, la hipertensió arterial o la hipercolesterolèmia, i malalties cròniques com ara la diabetis o l'asma. Tot i que el registre no és encara exhaustiu, les dades proporcionades a la taula següent apunten la importància dels hàbits de vida no saludables en la nostra població (consum d'alcohol i tabac, excés de greixos en l'alimentació i sedentarisme).

PROBLEMES DE SALUT DIAGNÒSTICATS A L'ATENCIÓ PRIMÀRIA

Problema de salut	Prevalença en població adscrita (en %) (Sectors Osona i Vallès Oriental)
Diabetis mellitus diagnosticada	5,6
MPOC diagnosticada en majors de 14 anys	5,4
Asma infantil diagnosticat	7,3
Hipertensió arterial diagnosticada en majors de 14 anys	16,0
Hipercolesterolèmia diagnosticada	16,1
Tabaquisme	28,0
Obesitat diagnosticada en majors de 14 anys	55,4
Bevedors de risc en majors de 14 anys	12,2

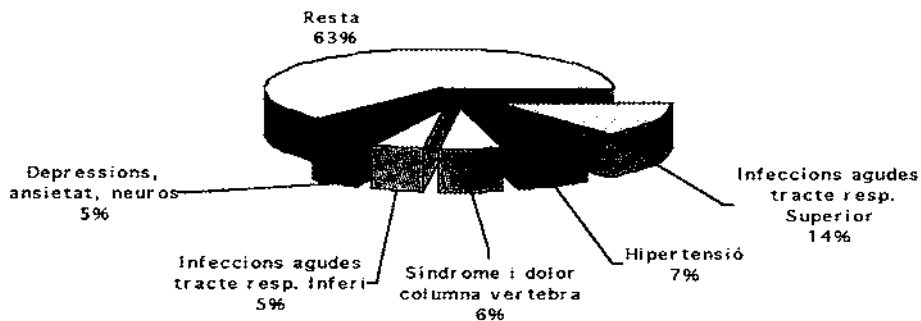
153

FONT: Generalitat de Catalunya. Departament de Sanitat i Seguretat Social. Servei Català de la Salut. Regió Sanitària Centre. Avaluació del contracte d'atenció primària, 1997.

L'any 1986 es va posar en marxa a l'Àrea de Gestió 7 de l'Institut Català de la Salut (ICS) un sistema de registre del motiu principal de la visita del pacient a la consulta d'atenció primària, que va tenir poca continuïtat. Aquest enregistrament es va fer sobre una mostra de totes les visites, i permeté arribar a una aproximació a la morbiditat atesa en atenció primària.

Com a mostra, els motius més freqüents de consulta enregistrats a les consultes de Granollers eren les infeccions respiratòries agudes, el dolor de columna vertebral, i les depressions, ansietat i neurosi, especialment.

Morbiditat en l'atenció primària. Granollers Motius més freqüents de consulta



FONT: Cebrià, Jordi; Martínez, Francesc (1992). *La Sanitat al Vallès Oriental. Anàlisi i propostes per als 90*. Consell Comarcal del Vallès Oriental, Granollers.

La millora dels sistemes de registre amb la informatització dels centres que s'està produint actualment ens permetrà de ben segur en un futur proper conèixer amb més precisió l'abast de la morbiditat atesa en atenció primària.

154 Morbiditat en els recursos socio-sanitaris

L'any 2000 es van notificar al Servei Català de la Salut 2.116 episodis d'atenció de persones residents a la comarca als diferents recursos socio-sanitaris de Catalunya. D'aquests, 2.036 (el 96,2%) es van produir en recursos ubicats a la comarca. Per recursos, el 51% es van atendre en règim d'internament (mitja o llarga estada).

Episodis d'atenció en recursos socio-sanitaris del Vallès Oriental 2000

Recurs socio-sanitari	Episodis d'atenció	%
SOCIETAT DE SOCORS MUTUS – CONVALESCÈNCIA	128	6'2
RESIDENCIA VERGE DEL PUIG – LLARGA ESTADA	79	3'8
RESIDENCIA VERGE DEL PUIG – HOSPITAL DE DIA	58	2'8
RESIDENCIA SANTA SUSSAGNA – LLARGA ESTADA	110	5'4
RESIDENCIA SANTA SUSSAGNA – HOSPITAL DE DIA	55	2'7
RESIDENCIA SANTA SUSSAGNA - CURES PAL·LIATIVES	81	3'9
RESIDENCIA DE L'AMETLLA- LLARGA ESTADA	36	1'7
PADES MOLLET	134	6'5
PADES GRANOLLERS	248	12'1
HOSPITAL GENERAL DE GRANOLLERS - UHSS GERIÀTRICA	436	21'4
HOSPITAL GENERAL DE GRANOLLERS – HOSPITAL DE DIA	55	2'7
HOSPITAL GENERAL DE GRANOLLERS – CONVALESCÈNCIA	241	11'8
HOSPITAL GENERAL DE GRANOLLERS – CURES PAL·LIATIVES	215	10'5
HOSPITAL DE SANT CELONI - MITJA ESTADA POLIVALENT	71	3'4
HOSPITAL DE SANT CELONI – LLARGA ESTADA	89	4'3
Total	2.036	100,0

FONT: Generalitat de Catalunya. Departament de Sanitat i Seguretat Social. Servei Català de la Salut. Conjunt Mínim Bàsic de Dades Socio-sanitàries, any 2000.

El 85% de les persones ateses eren més grans de 64 anys. L'edat mitjana en accedir al recurs era de 75,8 anys. Els cinc grups diagnòstics que l'any 2000 portaven amb més freqüència a

l'admissió en els recursos socio-sanitaris eren: les neoplàsies (21,8%), les demències (15,3%), la malaltia cerebrovascular (13,5%), la fractura de fémur (9,6%), i les artropaties i trastorns relacionats (4,7%). La mortalitat global era del 28%, (84,9% en cures paliatives, 33% en llarga estada, 29,7% en Pades, 10,3% en convalescència). D'altra banda, La dependència per desenvolupar les activitats més bàsiques de la vida diària és un tret característic dels malalts atesos en els recursos socio-sanitaris.

10. Malalties emergents

Càncer

El càncer s'ha convertit en un dels problemes de salut prioritaris a Catalunya, tal com ho indica el fet que és la primera causa de mortalitat entre els 35-74 anys en ambdós sexes. La tendència de la mortalitat per càncer en els anys transcorreguts des de 1975 és d'un increment constant en els homes, mentre que en les dones és estable. En el context europeu, Catalunya es troba en una posició mitjana-baixa, malgrat que els increments en la mortalitat observats en els homes i per determinats tumors en les dones poden fer canviar aquesta situació en els propers anys.

Els tumors constitueixen la primera causa d'anys potencials de vida perduts (APVP) en ambdós sexes a causa de la importància que té el càncer en la mortalitat en les edats intermitges de la vida. Com a exemple, l'any 1992 la mortalitat per tumors va representar el 30,2% del total d'APVP (entre 1 i 70 anys). A Catalunya la primera causa de mortalitat prematura en els homes és el càncer de pulmó i en les dones el càncer de mama, i aquest últim està augmentant entre les dones més joves, malgrat les millores en el diagnòstic i el tractament.

Les dades del Registre de càncer de Tarragona evidencien que els tumors més freqüents són el de pell no melanoma i el de pulmó en els homes, i el de mama i el de pell no melanoma en les dones. Destaquen també el càncer colorectal en ambdós sexes, el de bufeta urinària en els homes i els tumors genitals (ovari, coll i cos d'úter) en les dones.

Mortalitat per càncer 1989-93*

	Taxes per 100.000 persones		
	Vallès Oriental	Regió Sanitària Centre	Catalunya
Càncer de mama (en dones)	25,4	31,0	
Càncer de pulmó (homes)	62,3	69,13	76,0
Càncer de pulmó (dones)	5,3	6,61	7,4
Càncer de pulmó (ambdós sexes)	33,7	37,47	41,0

*Incidència anual estimada a partir del Registre de Càncer de Tarragona (1986-87).

FONT: Generalitat de Catalunya. Departament de Sanitat i Seguretat Social. Servei Català de la Salut (1997).
Pla de Salut de la Regió Sanitària Centre, 1996-1998. Regió Sanitària Centre, Sant Cugat

Infecció pel virus d'immunodeficiència humana (VIH) i Síndrome d'immunodeficiència adquirida (SIDA)

La infecció pel Virus d'Immunodeficiència Humana (VIH) i la principal conseqüència d'aquesta, la Síndrome d'Immunodeficiència Adquirida (SIDA) s'ha convertit en un important problema de salut pública a Catalunya des de l'aparició dels primers casos a la dècada dels anys 1980. Aquesta malaltia va lligada a comportaments de risc com són les relacions sexuals insegures, el consum de drogues per via intravenosa. L'epidèmia està actualment en curs de ser controlada, amb un descens important de la mortalitat dels malalts (degut en bona part a l'aparició de tractaments efectius que ocasionen una cronificació de la malaltia) i també de la incidència de nous casos.

incidència de la SIDA: Octubre 1981-desembre 2000

	Regió Centre		Catalunya	
	Nombre	Taxa*	Nombre	Taxa*
1996	176	13,4	1.319	21,7
1997	120	9,2	919	15,1
1998	93	7,1	655	10,8
1999	89	6,8	531	8,7
1981-2000	1.921	146,8	13.136	215,7

* Nombre de casos per 100 000 habitants

FONT: Departament de Sanitat i Seguretat Social (2001): «Vigilància epidemiològica de la sida a Catalunya. Situació fins al 31 de desembre de 2000». *Butlletí Epidemiològic de Catalunya*, Volum XXII, núm 2, Barcelona.

A data de juny de 2000 s'havien notificat pels diversos centres assistencials de la comarca un total de 222 casos des de l'octubre de 1981.

Distribució del total de casos de SIDA notificats per centre declarant (octubre 1981 - juny 2000)

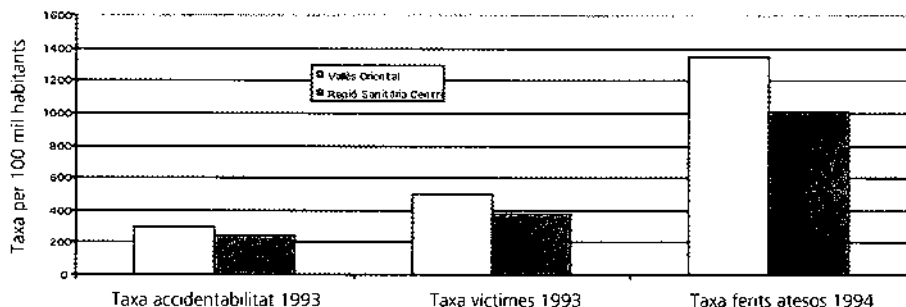
Centre	N. de casos
Fundació Hospital Asil de Granollers	155
Centre Polivalent Can Fosch, de l'Ametlla del Vallès	37
Fundació Privada Hospital de Mollet	30
Total centres del Vallès Oriental	222
Total Catalunya	12 821

FONT: Departament de Sanitat i Seguretat Social (2001): «Vigilància epidemiològica de la sida a Catalunya. Situació fins al 31 de desembre de 2000». *Butlletí Epidemiològic de Catalunya*, Volum XXII, núm 2, Barcelona.

Accidents de trànsit

Durant el període 1998-2000 es van produir a Catalunya 71.077 accidents de trànsit, amb 95.304 persones accidentades (taxa anual de 5,2 per mil); durant el mateix període a la comarca es van produir 2.541 accidents (el 3,6% del total de Catalunya), amb

Accidents de trànsit, víctimes i ferits atesos



FONT: Servei Català de la Salut (1997): *Pla de Salut de la Regió Sanitària Centre, 1996-1998*. Regió Sanitària Centre, Sant Cugat.

3.780 persones afectades, que suposaren el 4% del total d'accidentats per trànsit de Catalunya. La mitjana de persones afectades per accident va ser d'1,48.

A la comarca, les taxes d'accidentabilitat, de victimització i de ferits atesos els anys 1993 i 1994 eren superiors a les corresponents de la Regió Centre. La possible causa estaria en la gran utilització de la xarxa viària. La taxa d'accidentabilitat es refereix al nombre d'accidents informats a l'Institut Català de Seguretat Viària per 100 mil habitants. La taxa de victimització vol dir el nombre de víctimes d'accidents (ferits i morts) informades a la Direcció General de Trànsit per 100 mil habitants. La taxa de ferits atesos es refereix al nombre de persones ferides per accident de trànsit ateses als serveis d'urgències dels hospitals de la xarxa d'utilització pública (XHUP) ubicats al Vallès Oriental.

11. Conclusions

El canvi social més important que es produeix al llarg del segle XX i que probablement condiona bona part dels altres canvis, és el pas de la societat rural a la societat industrial i de serveis, que és el model social actual de la nostra comarca.

Aquesta evolució que s'ha produït de forma especialment ràpida, estimulada per la gran implantació d'indústries, la facilitat de comunicació en la pròpia comarca i amb les comarques veïnes, i la important crisi agrícola i ramadera arran de l'entrada a la comunitat europea, condiona un canvi no sols del món laboral sinó també dels models de família, dels patrons d'oci, dels hàbits i dels codis de comportament.

Al mateix temps es produeix un ràpid creixement demogràfic, en bona part a causa de migracions tant internes, procedents de Barcelona i les seves rodalies, com externes. Bona part d'aquests immigrants pertanyen als estrats joves de la població i, per tant, estan en edat reproductiva, cosa que fa que a la nostra comarca hi hagi una natalitat molt superior a la resta de Catalunya.

Aquesta població s'estableix a la comarca segons dos patrons diferents: una part s'agrupen en les viles i pobles grans, molts

d'ells ja parcialment industrials des de començament de segle, i d'altres s'instal·len en urbanitzacions a molts dels pobles abans rurals de la comarca, generant un tipus de comunitat peculiar amb pocs antecedents al nostre país, amb molta necessitat de serveis, necessitant desplaçar-se per a tot amb cotxe. Aquesta necessitat de serveis es difícil de resoldre entre altres coses, per la dispersió que els encareix molt, i per la geografia que condiona, per exemple, haver de fer les clavegueres juntament amb pobles veïns, buscant les conques dels rius.

L'augment de l'esperança de vida ha comportat l'augment de persones grans, una bona part amb força qualitat de vida, aquest fenomen ha suposat la proliferació de serveis assistencials i no assistencials adreçats a aquest segment de la població.

La incorporació de la dona al món del treball, amb el que suposa de guany social, és un dels factors que ha contribuït a modificar l'estructura de les famílies, que han passat de la família extensa característica de la societat rural i preindustrial, a la família nuclear, en algun cas amb els vincles prou debilitats, com per a no poder acollir a algun dels membres més febles, o bé famílies monoparentals encara molt més necessitades de recursos socials. Aquest canvi en el funcionament familiar no ha anat acompanyat de mesures substitutives eficients de l'autonomia familiar, ni des de l'àmbit públic ni del privat, ni de les mateixes famílies. De la mateixa manera, a causa de les característiques d'aquestes noves poblacions, el desconeixement entre veïns i la poca disponibilitat de temps de tothom, recursos socials abans molt valuosos, com el veïnatge, cada cop són més rars.

La gran mobilitat característica d'aquestes comunitats que hem descrit és en bona part inevitable, forçada, però s'acompanya d'una mobilitat voluntària deguda a un canvi en els models d'oci tant en els adults com en els joves, que també en el seu temps d'esbarjo necessiten desplaçar-se per carretera, utilitzant una xarxa de comunicacions antiga, que s'adapta amb dificultat a les necessitats creixents i que suporta una densitat de trànsit molt gran.

Els hàbits alimentaris han canviat a causa d'haver de treballar lluny de l'habitatge, i també pel fet d'assumir hàbits aliens, ja sigui per la pressió de la publicitat o senzillament per veure'ls als mitjans de comunicació, en pel·lícules i reportatges.

El canvi de model social i productiu ha comportat, també, uns avenços en drets socials com poden ser les garanties de protecció dels treballadors i les seves famílies, la protecció dels infants, que no poden treballar abans dels setze anys, la jubilació, la protecció de la maternitat i el dret a la cobertura sanitària universal.

160

En les darreres dècades les demandes de la població i, per tant, les prioritats de l'administració, van dirigides principalment a aconseguir millores en la salut mitjançant més inversió en el sistema sanitari. Això no era així en les primeres dècades del segle, quan les preocupacions de la població, i també molt especialment dels agents sanitaris, anaven dirigides a la millora dels sistemes de sanejament, que en aquells moments eren realment precaris i que condicionaven una gran prevalença de malalties infeccioses. A finals dels anys 1970, a la nostra comarca, sobretot en les zones urbanes, les condicions de sanejament, en el que es refereix a l'abastament d'aigua i a la eliminació de residus, es trobaven ja en una situació que es considerava en aquells moments correcta. És aleshores quan, coincidint amb el final de la dictadura, es comença a fer per part de l'administració una important inversió en la millora dels sistemes sanitaris, que es trobaven en una situació semblant als anys de la postguerra.

La reforma de l'atenció primària, com també l'adequació dels hospitals de la comarca, intenten garantir una atenció més propera, més accessible. Així les extraccions per a analítiques, exploracions diagnòstiques i bona part de l'atenció especialitzada es poden fer a la població de residència o si més no a la comarca. Els professionals sanitaris que treballen a l'atenció primària, pel fet de treballar en equip (EAP: Equip d'Atenció Primària) tenen més accés a programes de formació i treballen amb protocols, guies i programes comuns, cosa que comporta una millor qualitat de la assistència. Programes com ara el d'atenció domiciliària, o el programa del nen sa, són mostres de les positives aportacions de la reforma.

Malgrat això podríem retreure a la reforma de l'atenció primària una excessiva medicalització de la salut, que a l'hora que fa a la població menys autònoma, més dependent del sistema de salut, el sobrecarrega i és una de les causes de la massificació i les llistes d'espera que patim a la nostra comarca.

A Catalunya, i per tant al Vallès Oriental, la inversió pública en el sistema sanitari havia estat tan o més minsa que en la resta de

l'Estat, però hi havia tradició en inversió benèficoprivada o municipal en equipaments i recursos socio-sanitaris i també una tradició mutualista important. Existien per tant més recursos sanitaris i les necessitats de la població estaven més cobertes que en altres parts de l'Estat espanyol, durant la primera meitat del segle. Aquesta situació ha condicionat la provisió de recursos i la inversió en equipaments hospitalaris de la nostra comarca, que s'ha basat en tot el ja existent i fa que, per exemple, al Vallès Oriental no hi hagi cap equipament hospitalari de titularitat pública.

Per altra banda, l'Atenció Primària catalana, que va ser pionera en reformar-se, s'ha encallat de forma escandalosa en comparació amb altres indrets de l'Estat espanyol. A més, el Vallès Oriental no ha estat prioritzat a l'hora d'implantar la reforma de l'Atenció Primària ja que a hores d'ara encara no està completada totalment. Això representa una discriminació d'una part de la població.

Malgrat l'avenç que ha suposat la reforma dels serveis sanitaris, l'atenció avui encara té greus deficiències. La manca d'un model que permeti fer front a la tipologia de la malaltia crònica i a les noves demandes de la població, en el cas de l'atenció primària. Les llargues llistes d'espera per a alguns serveis de l'atenció hospitalària. I en tots dos casos la manca de recursos tant de professionals com de materials, a causa que els increments en recursos i personal van sempre molt per darrere dels increments en població i de les seves necessitats, cosa especialment important en la nostra comarca per la seva demografia, l'extraordinària rapidesa de creixement i la gran dispersió de la població.

Paral·lelament a les expectatives generades pels progressos de la medicina i magnificats pels mitjans de comunicació, la població ha substituït la relació de confiança en el metge per l'exigència de la contraprestació a uns impostos pagats. El sistema sanitari pot oferir atenció però no garantir la salut de les persones que atén. Quan algú no aconsegueix les seves expectatives respecte la salut ho viu, moltes vegades, com a una negació dels seus drets i genera un conflicte amb els professionals sanitaris.

En els darrers vint anys, per raó dels canvis en els objectius de salut, s'ha incidit en l'autocura de les persones. Moltes vegades davant la presència d'un trastorn, generalment crònic, una persona que espera la prescripció d'un medicament que li donarà la salut, el què

obté del sistema sanitari és que ha de canviar els seu comportament, amb el gran esforç que suposa, per aconseguir no empitjorar.

162

Un dels objectius de salut prioritaris actualment és la prevenció, però la població no acostuma a valorar els esforços fets en aquest camp ja que els bons resultats d'aquesta activitat es tradueixen en no aparició de malaltia a llarg termini i no ho percep com un benefici tangible.

Un dels efectes més evidents de les millores sanitàries, assistencials i de la qualitat de vida ha estat l'augment de l'esperança de vida, i per tant l'envelliment, que està augmentant en els darrers anys. Això comporta, a causa dels canvis socials familiars, una problematització de la vellesa: són persones que viuen soles, moltes vegades amb dèficits d'autonomia. L'augment de persones ancianes ha comportat fins i tot el naixement de noves especialitats mèdiques.

Els sistemes d'informació sanitària no es sistematitzen fins a finals dels anys 1970, coincidint amb la transfèrència de les competències sanitàries a la Generalitat, per tant és a partir d'aquesta època que podem trobar dades contrastables amb les actuals.

La primera constatació de les dades de morbimortalitat és que la salut de la població del Vallès Oriental ha millorat; i això és evident sobretot en les dades de salut i mortalitat infantil, i esperança de vida en néixer. Podem afirmar, però, des d'una perspectiva més realista, que han millorat evidentment els indicadors actuals de salut i podríem posar en discussió si ha millorat realment la salut global de la població, entesa no només com a manca de malaltia.

Analizant les poques dades de morbimortalitat de la primera meitat del segle comparant-les amb les actuals es fa evident:

- La gran disminució de la mortalitat infantil.
- La pràctica desaparició d'algunes malalties infeccioses que són prevenibles mitjançant la vacunació: verola, tos ferina, poliomielitis, xarampió, parotiditis, diftèria. Cal dir que la cobertura vacunal de la població escolar del Vallès Oriental supera el 95 per cent de la població diana.
- La disminució de la mortalitat per altres malalties infeccioses a causa de la millora de les condicions sanitàries (sanejament, aigua corrent) i l'aparició dels antibiòtics.
- La gran prevalença de malalties cròniques

- El canvi en les principals causes de mortalitat, que han passat de ser les malalties infeccioses a ser els càncers, els accidents i les malalties cardiovasculars.

Com a conclusió final, la població del Vallès Oriental es troba doncs en aquest inici del segle XXI en la següent situació :

1) En tant que pertanyent al món occidental desenvolupat :

- En un estat democràtic.
- Formant part de la societat tecnificada i de la informació.
- En una societat en situació de canvi cultural no consolidat cap a formes de relació familiar, social i d'oci comuns als països del nostre entorn.
- En un entorn laboral sotmès a les lleis de lliure mercat.
- Amb accés a una política sanitària i una tecnologia mèdica modernes.

2) En tant que catalana :

- En una demografia en creixement negatiu.
- En un país que rep bona part de la immigració de països del tercer món.
- En una comunitat que intenta consolidar, malgrat la globalització dels valors, uns trets culturals propis.
- En una nació amb dèficit de recursos per afrontar les pròpies despeses.

3) En tant que del Vallès Oriental :

- En una comarca en ràpid i anàrquic creixement, a causa en bona part de fluxos interns provinents del Barcelonès.
- En una comarca que ha sofert una important contaminació per raó tant de la indústria com de l'augment del trànsit en una xarxa viària, tant la de carreteres com de les carrers de les poblacions, depassada per les necessitats de desplaçament dels seus habitants per a totes les seves activitats laborals, d'estudis, socials, d'oci, etc.
- En una comarca en què molts pobles han sofert una suburbització, perdent bona part dels recursos socials, de veïnatge i familiars.
- En una comarca amb una aportació de recursos sempre per darrera de les seves necessitats.

Ens trobem així amb una població que viu molts més anys sana, però també molts més anys malalta, dependent del sistema sanitari, o amb dèficits d'autonomia, dependent de recursos

socials institucionals, cosa que culturalment no li satisfà gens. Que viu amb angoixa la precarietat laboral pròpia del mercat de treball i els nous models d'oci i de relació, en una societat no consolidada i amb poca solidaritat.

164

Si ens atenem al concepte de salut del Desè Congrés de Metges i Biòlegs de Llengua Catalana que la defineix com "aquella manera de viure que és autònoma, solidària i joiosa", ens hem de preguntar si, malgrat els canvis socials, i en bona part a causa seva, tenim encara bona part de la població amb importants mancances de salut.

**Josep Espinasa i Rifà,
Francesc Martínez i Mateo,
Montserrat Roca i Roger,
Rafael Velasco i Batlle**
*Acadèmia de Ciències Mèdiques
de Catalunya i Balears
(Filial del Vallès Oriental)*