

4

SALUT, QUALITAT DE VIDA I SERVEIS SANITARIS

RESUM

Pel que fa a la salut de la població de les Illes Balears l'any 2010, es pot dir que hi ha dues fites importants. Una que a llarg termini ha d'incidir en la millora de la salut és la Llei 16/2010 de Salut Pública de les Illes Balears, que ha de contribuir a donar-hi importància accions preventives i de promoció de la salut, i que actua des del vessant dels determinants diversos de la salut. L'altre llei de gran incidència, aquesta estatal, és la llei que restringeix l'ús de tabac en espais públics, i que ben segur conduirà a reduir de manera important la morbiditat per tabac.

S'ha de destacar que l'any epidèmic no ha tengut cap fet gaire destacat.

Quant al sistema sanitari de les Illes Balears, el 2010 es recordarà per l'entrada en funcionament de l'Hospital Universitari Son Espases i el tancament del de Son Dureta, com a hospital de referència de les Illes. El nou hospital és dues vegades i mitja més gran que l'antic, està dotat de la tecnologia d'avantguarda més alta i d'una àmplia infraestructura per a la docència i la investigació, que ha de permetre en el futur tenir estudis de grau de Medicina i un institut d'investigació sanitària. També cal ressenyar el tancament d'una clínica privada a Palma.

S'han ampliat els recursos d'atenció primària, amb dos centres de salut inaugurats i una nova unitat bàsica, a més de continuar moltes obres a centres que s'inauguraran el 2011 i que són la continuació de la reforma d'infraestructures que s'ha duit a terme els darrers anys.

L'activitat assistencial primària ha disminuït fruit de la implantació de la recepta electrònica. Igualment l'activitat hospitalària ha estat ser lleugerament menor que l'any 2009.

Finalment, cal destacar que s'ha desenvolupat l'anomenat Marc de Qualitat, per tal de garantir la qualitat de l'assistència sanitària en els centres públics i privats.

4.1

SALUT I QUALITAT DE VIDA

Des d'una perspectiva social i econòmica hi ha motius a bastament perquè la societat s'organitzi per preservar i millorar la salut dels ciutadans. La salut és una font de benestar i un recurs insubstituïble per al progrés de la societat.

L'estratègia sanitària de la Unió Europea per al període 2008-2013 reforça la importància de polítiques recollides a l'Estratègia de Lisboa per al creixement i l'ocupació, ja que es fa ressò de la vinculació entre la salut i la prosperitat econòmica. L'Estratègia Europa 2020 per a un creixement intel·ligent, sostenible i integrador insisteix en aquesta orientació.

La salut es guanya i es perd, depenent de les condicions del medi, de vida i treball en què es desenvolupa una societat.

Mitjançant el sistema assistencial sanitari es persegueix recobrar la salut, evitar els perjudicis que ocasiona la malaltia, i, en tot cas, que millori la qualitat de vida dels malalts. És rellevant l'impacte en salut en accions individuals. Però el principal determinant de la salut d'una societat no és el seu sistema assistencial, sinó que el

trobaríem repartit en els diferents capítols d'aquest informe.

La primera part del capítol es refereix a l'estat de salut i els seus determinants, i la segona part se centra en els serveis assistencial.

Bona part de les qüestions analitzades en aquest apartat es poden consultar de manera més detallada en el primer Diagnòstic de Salut de les Illes Balears publicat recentment. Inicialment, l'informe es fa ressò de dos fets importants que tendran un impacte important en la salut dels ciutadans: l'aprovació de la Llei de Salut Pública de les Illes Balears, que regula el desenvolupament d'un nou model de salut pública, i l'entrada en vigor de la nova Llei del tabac.

Llei de Salut Pública

S'entén per salut pública l'esforç organitzat de la societat per prevenir la malaltia, protegir, promoure i restaurar la salut, i tenir cura de la vigilància de la salut. La salut pública també ha de ser entesa com la salut de la població en tot el conjunt i la seva qualitat de vida. Tot i que hi ha evidència científica que els majors guanys en salut es deuen a l'acció en salut pública, aquesta roman invisible i desconeguda per a la nostra societat.

L'acció en salut pública es basa a conèixer l'estat de salut de les persones i el medi físic i social en què es desenvolupa la seva vida, i actuar sobre aquests, alhora que fomenta que altres actors creïn les condicions més favorables per a la salut. És important que el conjunt de la societat prengui consciència de l'impacte que les polítiques no sa-

nitàries, com són l'habitatge, el transport, l'urbanisme, l'ocupació, etc., tenen en la salut i en les desigualtats en salut. La salut pública projecta una mirada en el sector sanitari alhora que n'estén l'acció també cap als sectors aliens al sector salut.

Dia 21 de desembre de 2010 el Parlament de les Illes Balears va aprovar la Llei 16/2010, de Salut Pública de les Illes Balears, la redacció de la qual es va fer sota el principi que la salut és un valor, un bé per si mateixa, però també és un deure col·lectiu i un actiu econòmic. Pretén que es desenvolupin polítiques que creïn les condicions físiques i socials adequades perquè les persones es puguin desenvolupar completament, es redueixin les desigualtats en salut i es contribueixi a la racionalització del sistema sanitari.

La Llei 16/2010, de Salut Pública reconeix que els ciutadans tenen drets a unes prestacions en salut pública i estableix el marc de relació i cooperació entre entitats territorials, socials i polítiques diverses.

Llei de tabac

El tabaquisme és un dels problemes principals de salut pública que afecten la nostra societat. És la primera causa de mort evitable, i és responsable a Espanya del 16% de totes les morts entre les persones majors de 35 anys. Anualment causa la mort a 3.200 fumadors passius. De cada 1.000 morts, 142 són a causa del tabac.

El dia 21 de desembre de 2010 el Congrés dels Diputats va aprovar la modificació de la Llei 28/2005, de mesures sanitàries enfront del tabaquisme. La mesura més destacable és l'aposta ferma perquè tots

els espais tancats d'ús públic i col·lectiu, independentment que siguin de titularitat pública o privada, siguin espais lliures de fum de tabac. Això ve motivat perquè si bé la Llei 28/2005 va tenir efectes molt positius perquè va elevar la consciència social envers el tabaquisme, va reduir el consum de tabac en l'àmbit laboral i va disminuir la promoció i publicitat dels productes del tabac, també val dir que establia excepcions, principalment en l'àmbit de l'hostaleria i restauració, que varen dificultar el consens en la interpretació de la norma, la implantació homogènia en el territori i la lleial competència empresarial. A més, no protegia adequadament els no fumadors, els menors, ni la població treballadora del sector d'hostaleria, i donava lloc a clares iniquitats territorials i socials.

Aquests aspectes han estat reconduïts per la nova llei i d'ençà de dia 2 de gener de 2011 tenim un nou escenari respecte de les polítiques d'espais sense fum que, igual que s'ha evidenciat a altres països que han adoptat polítiques semblants, esperam que, d'aquí a pocs mesos, donin resultats tangibles pel que fa a salut individual i col·lectiva.

Diagnòstic de Salut

Amb l'objectiu de conèixer l'estat de salut de la població de les Illes Balears i les causes que la determinen, així com la utilització dels serveis sanitaris l'any 2010 (publicat el 2011) s'ha elaborat un Diagnòstic de Salut de les Illes Balears¹⁸. El diagnòstic té una visió integral i es fonamenta en l'evidència científica que la salut està influïda per factors no modificables, com són el sexe, la genètica i

l'edat, però està especialment determinada per factors modificables relacionats amb les condicions del medi i els estils de vida (hàbits tòxics, alimentaris, exercici físic i molts d'altres), que depenen de l'organització de la societat, de les polítiques que adopta, de la capacitat de la societat per donar suport a les seves poblacions a través de les xarxes socials i comunitàries, i dels estils de vida que adquireixen. Tots ells condicionats per diversos factors socials com puguin ser l'educació rebuda, les condicions laborals, la tipologia dels pobles i ciutats, les condicions de l'habitatge, l'accés a serveis bàsics, l'entorn, les condicions ambientals i la composició dels aliments, els mitjans de transport, etc.

A partir d'aquesta visió integral, el diagnòstic analitza la situació sociodemogràfica de la nostra població i en descriu aspectes com els estils de vida i els hàbits preventius, les condicions de vida i treball, el medi laboral, els elements del medi ambient, la seguretat alimentària, l'educació i els serveis sanitaris. A partir d'aquí fa una valoració de l'estat de salut de la nostra població i dels problemes de salut més importants que l'afecten com són les malalties transmissibles, cardiocerebrovasculars, oncològiques, diabetis, malalties mentals, respiratòries i lesions. Per últim, fa una anàlisi de les principals causes de mort de la nostra població. L'informe es completa amb aspectes relacionats amb el dret a la salut i a la despesa sanitària.

4.1.1. ELS DETERMINANTS DE SALUT

En els darrers anys la nostra societat està vivint profundes transformacions socials (la globalització, el moviment migratori, l'era

¹⁸ Vegeu la pàgina www.lasalutentot.org

tecnològica, les noves estructures familiars, la crisi econòmica...) que conformen un nou patró social i demogràfic, i, per tant, un nou panorama sanitari. A més, la nostra comunitat no pot ignorar l'impuls econòmic i social que es deriva de l'activitat turística, i la sensibilitat que presenten l'opinió pública i els sectors econòmics enfront dels problemes de salut pública. En conseqüència, la nostra societat ha d'adoptar mecanismes de vigilància epidemiològica i protecció de la salut escaients per a aquesta realitat.

En deu anys la població de les Illes Balears s'ha incrementat un 25,9% com a conseqüència de la immigració massiva. I si el creixement demogràfic marca de forma determinant la nostra població, la seva salut està condicionada no només pels estils de vida que adopta, sinó que hi influeixen l'entorn social, les condicions de treball, el medi ambient, l'atur, el nivell d'educació etc., i el panorama, en temps de crisi global, no és òptim. I si, malgrat que tenim uns indicadors acceptables de qualitat de vida, les xifres d'atur, la davallada del PIB, els elevats índexs de sinistralitat laboral o els indicadors del nivell d'educació, uns dels pitjors de l'Estat espanyol, també reflecteixen situacions de vulnerabilitat en termes de salut pública.

La població de les Illes Balears té una esperança de vida elevada (els homes de 78,5 anys i les dones de 84,3 anys) i tres de cada quatre persones tenen la percepció de tenir bona o molt bona salut. Però a la nostra societat, com a les societats del nostre entorn, la salut i la malaltia no es reparteixen de manera equitativa, i presenten un gradient social. Com més baixa és la classe social, pitjor

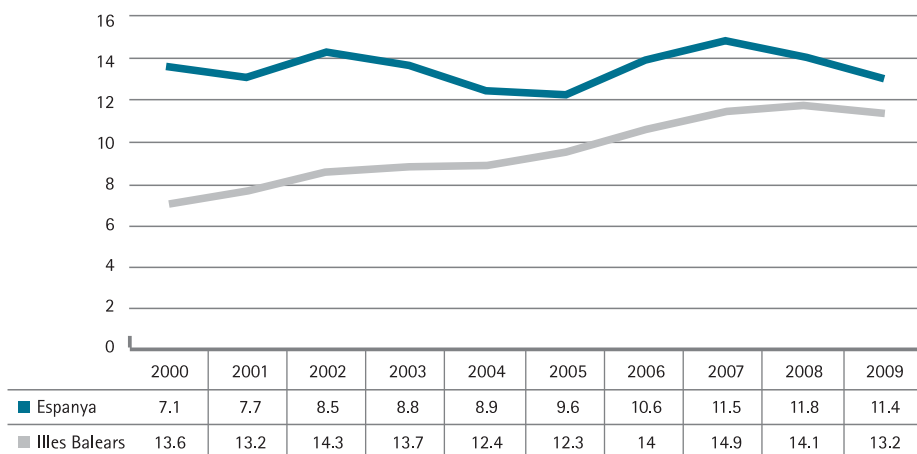
és el seu estat en salut, més morbiditat, més mortalitat i més mortalitat prematura. Les desigualtats es manifesten encara amb més força en l'anàlisi per sexes.

Quant a **estils de vida** cal destacar que la nostra població es fa de cada vegada més sedentària. El 47,9% de la població adulta presenta un excés de pes (obesitat, 12%), i un 20%, la població infantil. A les Illes, el 30,3% dels majors de 15 anys són fumadors. L'alcohol és la droga amb més demanda d'inici de tractaments per addicció, i el consum és més elevat en homes (màxims riscos a partir dels 45 anys). Quant al consum d'altres drogues, cal destacar l'elevat consum de cànnabis en ambdós sexes i el de tranquil·litzants en les dones estudiants. L'edat d'inici de les relacions sexuals és més baixa que en el conjunt de l'Estat (17,8 anys), i amb major nombre de parelles sexuals al llarg de la vida.

Pel que fa a les interrupcions voluntàries de l'embaràs en dones residents les Illes Balears, al 2009 se'n varen registrar 3.175, i la taxa de 15 a 45 anys va ser de 12,6 per mil. La incidència global de les interrupcions voluntàries de l'embaràs (IVE) a les Illes Balears segueix per sobre la mitjana nacional, juntament amb Madrid, Catalunya i Múrcia, tot i que el 2009 va baixar lleugerament, globalment i en tots els grups d'edat.

El perfil de les dones ha canviat poc respecte dels darrers anys, excepte en dos aspectes: el nivell d'instrucció, amb un augment important del grup que sols té educació primària, que ha passat de representar menys del 20% al principi de la sèrie al 39,1% del 2009. Hi ha una disminució de les dones amb treball remunerat (65,9% davant

Gràfic III-9
IVE a dones residents a les Illes Balears, 2000–2009.
Comparació de les taxes nacionals i les de les Illes Balears.
Taxes globals (de 15 a 44 anys) per 1.000



Nota: la metodologia de càlcul de les taxes de l'MSPS és diferent a la utilitzada per la DG Salut Pública, per la qual cosa els resultats difereixen lleugerament.

Font: Ministeri de Sanitat, Política Social i Igualtat.

el 74-75% dels anys anteriors) i un augment de les dones en situació d'atur (del 10% al 13,3%)¹⁹. (Vegeu el gràfic III-9).

Els canvis en les estructures familiars, juntament amb l'augment de l'esperança de vida, es manifesten en una gran proporció de persones grans que viuen soles, amb les conseqüències de necessitats en serveis socials i sanitàries que això comporta. És d'esperar que aquesta situació s'agregi atesa l'evolució de la malaltia crònica i la pluripatologia en el nostre entorn.

La percepció de suport social és alta, excepte entre les persones amb una dinàmica familiar greu.

¹⁹ Podeu trobar la informació completa a <http://www.epidemiologia.caib.es>

Quant a **condicions de vida i treball**, si considerem l'atur com un dels determinants socials que més impacten en la salut de la població, és fàcil d'entendre que el moment actual ens situa en un escenari poc optimista.

Respecte de les condicions del medi, els nostres esforços es dirigeixen a vigilar i protegir la salut de la nostra població, així com dels dotze milions de persones que rep cada any. Es constata que la nostra comunitat autònoma adopta els estàndards europeus d'organització en **seguretat alimentària**, tot i que no hem de perdre de vista que els distints processos han d'estar adaptats a aquesta realitat, la d'una societat de serveis turístics, la qual cosa ens diferencia d'altres indrets basats en altres formes de produc-

ció. Per tant, les accions de promoció de la seguretat alimentària i assegurament de la qualitat han de tenir present aquesta circumstància, i s'han de reforçar en els aspectes relatius a la distribució, preparació, transformació i servei d'aliments, així com de resposta a les alertes, i comptar amb la participació dels operadors econòmics per assolir-los. (Vegeu el quadre III-9).

Quant a la **salut ambiental**, cal dir que, tot i que el principals problemes que identifica la ciutadania es relacionen amb la qualitat de l'aigua de consum i l'escassetat de zones verdes, es reconeix que s'ha d'incrementar el coneixement sobre els agents ambientals als quals està exposada la població, i integrar els sistemes d'informació de riscos ambientals amb els sistemes d'informació en salut. L'asma, relacionada amb la qualitat de l'aire, és la primera causa de malaltia crònica a la infantesa.

4.1.2. MORTALITAT I SALUT

En primer lloc, cal ressenyar que durant l'any 2010 hi ha hagut la implantació del nou butlletí de defuncions, així com el procés iniciat per a la codificació automà-

tica de les causes de mort, fets que han retardat el processament de les dades de mortalitat de l'any 2009 per part de l'Institut Nacional d'Estadística. Per tant, per a informació sobre mortalitat, vegeu la *Memòria 2009* del CES.

Tal com s'ha comentat, els problemes de salut més prevalents que els residents de les Illes Balears pateixen són, com a les societats que ens envolten, les patologies cròniques i la pluripatologia.

Les **malalties cardiocerebrovasculars** són el primer problema de salut pública per l'impacte sanitari, social i econòmic que tenen. I no hem d'esperar que en minvi la importància, perquè de cada vegada és més elevada la prevalença dels seus factors de risc.

Les malalties de l'aparell circulatori afecten gran part de la població, especialment la més envellida. De fet, formen el primer gran grup de causes de mort a les nostres Illes, a tota Espanya i a la majoria de països desenvolupats. L'any 2008, que és el darrer any en què tenim dades de mortalitat específica (publicada a la memòria CES 2009), d'un total de 7.488 morts comptabilitzats a

QUADRE III-9. EVOLUCIÓ D'ALERTEES EN SEGURETAT ALIMENTÀRIA A ESPANYA I A LES ILLES BALEARS (2006-2010)

	Alertes Espanya	Alertes Balears	% alertes que afecten les Balears
2006	197	28	14,21
2007	293	36	12,29
2008	209	32	15,31
2009	186	33	17,74
2010	188	34	18,08

Font: Elaboració pròpia

les Illes, 2.442 ho foren del grup de malalties esmentat, cosa que representa que una tercera part de les morts són per aquestes causes. En els homes, en varen ser la segona causa amb el 28,8% de les morts (el 32,2% va ser per tumors), i en dones, el 36,8% (i els tumors sols el 21,5%). En homes, per edat, aquestes malalties en són la primera causa en el grup dels 40-44 anys i a partir del 80 anys. En dones, en són la primera causa des dels 75 anys.

En homes, les malalties cerebrovasculares en són la segona causa (239 morts l'any 2008), seguit de l'infart agut de miocardi, que n'és la tercera causa (221) i la insuficiència cardíaca (168). En canvi, en dones, la insuficiència cardíaca n'és la primera causa (303), seguida de les malalties cerebrovasculares (291) i, en cinquena posició, els infarts aguts de miocardi (154). Tot i que en conjunt la tendència en la mortalitat d'aquest grup és de reduir-se, especialment en les malalties cerebrovasculares, en dones les morts per infart segueixen augmentant, fruit de la seva incorporació a hàbits tòxics com el tabaquisme.

A més de les morts hem de tenir en compte les altres conseqüències. Així, malalties cerebrovasculares són la primera causa de discapacitat en adults i la segona causa en demències, la qual cosa ens fa conscients de la càrrega assistencial que aquestes malalties suposaran pel sistema sanitari en el futur.

Els factors de risc clàssics expliquen bona part dels problemes cardiocerebrovasculares. Una metanàlisi (estudi DARIOS, 2011) que ajunta els onze estudis de base poblacio-

nals espanyols més seriosos fets a partir de 2000, referits a factors de risc cardiovasculars, inclou l'estudi CORSAIB fet a les Illes Balears. Els resultats són bastant concordants i donen una idea de la prevalença elevada d'aquests factors de risc en la població de 35 a 74 anys. Així, la prevalença de diabetis mellitus se situa en el 16% en homes i 11% en dones; la hipertensió, en el 46% en homes i en el 39% de dones. La hipercolesterolemia (>240mg/dl) afecta el 40% dels homes i el 36% de les dones (en el conjunt dels estudis la prevalença és més elevada: 47% i 44% respectivament). El sobrepès (IMC 25-29,9) afecta el 48% d'homes i 33% de dones, al qual hem d'afegir una obesitat (IMC 30 i més) que afecta el 25% d'homes i 27% de dones. Si a això, hi sumam que el 39% d'homes i el 20% de dones eren fumadors, podem afirmar que:

- Tenim èxits importants en la reducció de la letalitat de les malalties cardíques i cerebrovasculares, amb estratègies de salut i programes com el codi infart i el codi ictus (amb els quals les Illes són pioneres en bona part de les millores d'organització de l'atenció aplicada arreu de l'Estat i d'Europa).
- Encara hi ha una gran tasca a fer mitjançant la prevenció d'aquests factors de risc que són tan freqüents, i que a més tenen un gradient social molt important que afecta amb major grau les classes més desfavorides, que, a més, no són gens permeables als missatges preventius.
- S'ha de continuar centrant els esforços a evitar els factors de risc (tabac, sedentarisme, dietes hipercalòriques), comen-

çant amb la gent més jove i, sobretot, amb les classes mitjana-baixa i baixa.²⁰

- Cal que els serveis d'atenció primària ajudin a controlar els factors tractables (diabetis, hipertensió...) per reduir-ne les conseqüències indesitjables.

Quant a les **malalties oncològiques**, que són la nostra segona causa de mort i la primera en anys potencials de vida perduts, els tumors, l'any 2008, varen representar el 32,3% de les morts en homes i el 21,5% en dones. El càncer de pulmó és la primera causa de mort en homes i el de mama és la vuitena causa de mort en dones.

Les Illes Balears ocupen el primer lloc d'Espanya en índex de càncer de mama i estan entre els primers llocs en càncer de pulmó tant en homes com en dones. (Vegeu el quadre III-10).

El Registre de Càncer de Mallorca, amb l'ajut de l'Institut Oncològic de Catalunya, ha realitzat unes projeccions de la incidència de càncer per a l'any 2012 a partir de la sèrie disponible en el registre (1989-2002) i les dades de mortalitat (1994-2008). Els resultats es mostren a la taula 2. Per a l'any 2012, s'estima que a Mallorca es diagnosticaran 3.777 casos de càncer (exclosos els càncers de pell no melanoma), 1.553 en dones i 2.224 en homes. Això representa un increment del 39% en dones i del 37% en homes respecte als casos del període

1998-2002, el darrer del qual tenim informació consolidada en el Registre.

En les dones destaca un increment sostingut de les taxes ajustades de càncer de mama i de càncer de pulmó. En canvi, baixen de manera sostinguda les taxes de càncer de cèrvix i les de càncer d'ovari des del període 1993-1997.

En els homes destaca la disminució de les taxes de càncer de pulmó a partir del període 1998-2002 i un increment important i sostingut de les taxes ajustades de càncer de pròstata. Les taxes ajustades de càncer de còlon i recte també segueixen una tendència ascendent més discreta. Finalment, s'observa un increment discret del melanoma de pell.

Les **malalties respiratòries** ocupen el tercer lloc com a causa de mort a les Illes Balears. L'any 2008 representaren el 10,5% de les morts en homes i el 8,0% en dones. La mortalitat, fonamentalment, és per la malaltia pulmonar obstructiva crònica (MPOC). Atès que és una malaltia molt relacionada amb els estils de vida s'ha de considerar intervenir encara més agressivament contra el tabaquisme²¹.

Les **malalties mentals** són una patologia emergent. L'Enquesta de Salut de les Illes Balears del 2007 diu que el 24.1% de la nostra població corre el risc de patir un trastorn mental, xifres en consonància amb altres indicadors, tals com un consum elevat de psicofàrmacs a la nostra comunitat autònoma. Si consideram els criteris d'avaluació epidemiològica de

²⁰ En aquest sentit, s'ha desenvolupat normativa, com la Llei 42/2010 de 30 de desembre, per la qual es modifica la Llei 28/2005, de 26 de desembre, de mesures sanitàries front al tabaquisme i reguladora de la venda, el subministra, el consum i la publicitat dels productes del tabac; la Llei 16/2010 de la Comunitat Autònoma de les Illes Balears, de 28 de desembre, de Salut Pública; el Projecte de Llei General de Salut Pública o el Projecte de Llei de Seguretat Alimentària i Nutrició.

²¹ Per a més informació es pot consultar la web <http://www.ibsalut.es/webibsalut/>

QUADRE III-10. CASOS I TAXES D'INCIDÈNCIA (BRUTES I AJUSTADES A POBLACIÓ MUNDIAL) DE CÀNCER A MALLORCA 1988-2002 I ESTIMACIONS PER A 2007 I 2012

Homes	1988-1992		1993-1997		1998-2002		2007		2012	
	Casos	Taxes brutes ajustades	Casos	Taxes brutes ajustades	Casos	Taxes brutes ajustades	Casos	Taxes brutes ajustades	Casos	Taxes brutes ajustades
Cap i coll	84,6	30,31	94,8	32,2	91	27,5	102	25,16	98	22,35
Esòfag	21,2	7,59	27,8	9,44	26,8	8,1	32	7,99	32	7,4
Estómac	51	18,27	58,6	19,84	57,6	17,41	73	18	79	18,16
Còlon i recte	139,8	50,06	190,4	64,65	220,8	66,61	296	73,14	347	79,46
Fetge	29,8	10,67	38	12,91	45,6	13,78	60	14,94	70	16,11
Pàncrees	26,8	9,6	23,4	7,95	34,2	10,33	36	8,77	36	8,29
Laringe	51,2	18,34	58,4	19,84	58	17,53	68	16,91	71	16,3
Pulmó	255,4	91,49	280,6	95,31	298	90,05	346	85,55	349	79,91
Melanoma pell	13	4,66	23	7,81	28,8	8,7	46	11,36	65	14,85
Bufeta urinària	129,4	46,32	154,4	52,55	164	49,39	198	48,90	211	48,34
Tiroides	2,4	0,86	4,4	1,49	5,2	1,51	8	1,92	11	2,56
Linfoma no Hodgkin	29,2	10,46	40,6	13,79	50,4	15,23	49	12,14	43	9,78
Mieloma múltiple	13,2	4,72	14,2	4,83	18,8	5,71	21	5,20	22	5,13
Leucèmies	31,2	11,18	43	14,61	37,8	11,42	50	12,45	55	12,48
Sistema nerviós	23,6	8,45	24,2	8,22	27	8,16	33	8,09	36	8,34
Pròstata	120,8	43,27	184,6	62,7	274,2	82,74	376	92,92	483	110,64
Altres	139,8	50,03	161,6	54,91	185,2	55,92	227	56,02	216	49,36
Pell no melanoma	327,2	116,78	436	147,42	574,8	172,61	823	203,16	1043	238,79
Total menys pell no melanoma	1.162,4	416,3	1.422	483,1	1.623,4	490,1	2.021	499,5	2.224	509,5
		283,1		319,3		319,2		323,0		328,3

continua

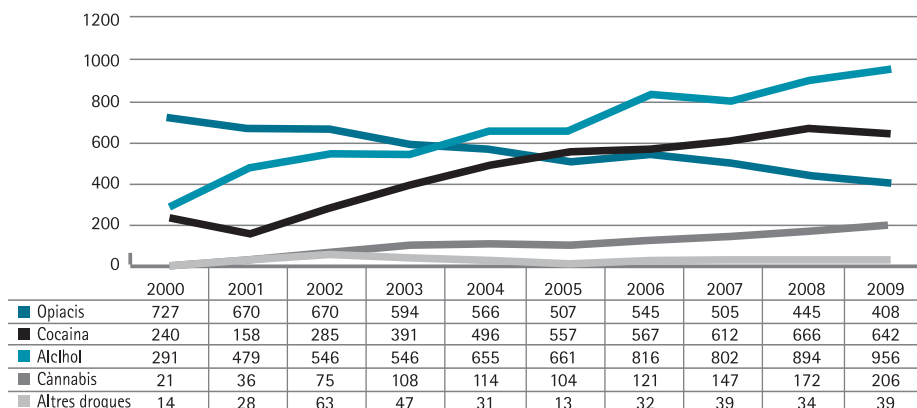
QUADRE III-10. CASOS I TAXES D'INCIDÈNCIA (BRUTES I AJUSTADES A POBLACIÓ MUNDIAL) DE CÀNCER A MALLORCA 1988-2002 I ESTIMACIONS PER A 2007 I 2012

Dones	1988-1992			1993-1997			1998-2002			2007			2012		
	Casos	Taxes brutes	Taxes ajustades	Casos	Taxes brutes	Taxes ajustades	Casos	Taxes brutes	Taxes ajustades	Casos	Taxes brutes	Taxes ajustades	Casos	Taxes brutes ajustades	
Cap i coll	12,2	4,2	2,5	16,2	5,29	3,3	21,4	6,31	3,7	30	7,35	4,0	39	8,87	4,7
Esòfag	3,4	1,17	0,6	4,2	1,37	0,9	6,4	1,89	0,9	9	2,21	1,1	12	2,69	1,3
Estómac	34,8	11,97	6,1	30,6	10	5,2	28,4	8,37	3,7	27	6,73	3,2	24	5,44	2,6
Còlon i recte	129,8	44,65	23,5	151,2	49,33	24,1	174,8	51,61	25,5	208	51,00	25,0	220	50,31	25,0
Fetge	16,6	5,71	2,5	20,2	6,6	3,1	21,4	6,31	2,9	26	6,47	2,7	28	6,36	2,6
Pàncrees	20,4	7,02	3,3	22,8	7,45	3,6	31,2	9,2	4,1	41	10,07	4,6	50	11,33	5,3
Laringe	1,4	0,48	0,4	2,6	0,85	0,6	2,8	0,83	0,5	4	1,08	0,7	6	1,35	0,9
Pulmó	22,2	7,64	4,3	29,4	9,6	5,4	39,6	11,67	7,0	57	13,87	8,3	74	17	10,2
Melanoma pell	16,6	5,71	3,9	28,2	9,21	6,1	35,6	10,44	7,1	40	9,87	6,4	46	10,5	6,9
Bufeta urinària	21,4	7,36	3,2	27,8	9,06	4,5	26,6	7,82	3,5	29	7,21	3,0	28	6,52	2,9
Tiroides	11,4	3,92	3,3	15	4,9	3,8	20	5,9	4,6	22	5,29	4,0	23	5,34	4,0
Limfoma no Hodgkin	23	7,91	4,9	34,2	11,17	6,3	38,6	11,38	6,4	45	11,05	6,4	48	10,92	6,4
Mieloma múltiple	12,4	4,27	2,4	14,8	4,83	2,2	16	4,73	2,2	38	9,36	4,6	75	17,12	8,4
Leucèmies	25,2	8,67	6,1	27,6	9,02	6,0	34,4	10,08	6,2	39	9,66	6,1	42	9,66	6,2
Sistema nerviós	18,6	6,4	4,9	17,6	5,75	4,0	17,8	5,25	3,2	17	4,26	2,6	15	3,48	2,3
Mama	217,6	74,84	51,3	262,2	85,65	56,7	317,6	93,51	61,2	423	103,69	66,8	500	114,41	72,5
Cèrvix uterí	47,6	16,37	13,3	50,6	16,53	12,5	40	11,79	8,7	44	10,84	7,8	41	9,29	6,4
Úter	53,8	18,5	12,2	48,8	15,94	10,1	60	17,69	11,0	67	16,44	10,2	69	15,84	9,6
Ovari	30,8	10,59	7,6	43,2	14,11	9,4	41	12,09	7,6	48	11,66	6,9	45	10,22	5,8
Altres	130,2	44,81	24,0	119,4	38,96	20,0	145	42,64	22,6	176	43,22	22,5	168	38,52	21,1
Pell no melanoma	261,8	89,84	48,7	377,6	122,76	66,2	541,4	158,07	84,1	818	200,56	106,7	1115	255,12	136,3
Total menys pell no melanoma	849,4	292,2	180,2	966,6	315,6	187,6	1.118,6	329,5	192,7	1.390	341,3	197,0	1.553	355,2	204,9

Font: Elaboració pròpia

Gràfic III-10

Evolució del nombre d'admissions a tractament per drogra principal a les Illes Balears (2000-2009)



Font: Elaboració pròpia

consens, s'estima que a les Balears hi ha 5.000 persones amb trastorns mentals greus i tan sols 2.854 són ateses a la xarxa pública²².

Els indicadors de consum problemàtic de drogues d'abús són útils per conèixer-ne l'impacte social i sanitari i les tendències. A l'any 2009 s'han registrat 2.257 notificacions d'admissions a tractament per consum de substàncies psicoactives, amb l'alcohol com a droga que més admissions ha generat (el 42,4% del total), seguida de la cocaïna (28,4%) i els opiacis (18,1%). Pel que fa a les urgències hospitalàries (recollides a l'Hospital Can Misses) en consumidors de substàncies psicoactives, el 2009 se'n varen registrar en 518 casos, la meitat dels quals pertanyen a persones no residents a les Illes Balears. La cocaïna,

l'alcohol, les amfetamines i l'èxtasi són les drogues que més es registren. El registre de mortalitat per reacció aguda a substàncies psicoactives, implantat a Mallorca, el 2009 en va recollir 46 casos (70,8 morts per milió d'habitants), cosa que suposa una incidència similar als quatre anys anteriors²³. (Vegeu el gràfic III-10).

Quant a **lesions**, cal destacar que en els darrers anys s'ha seguit una tendència descendent en el nombre d'accidents amb víctimes, morts i ferits lleus produïdes per accidents de trànsit. Però no hem d'oblidar que el 50% de les morts a conseqüència d'això són de gent jove, persones d'entre 10 i 44 anys. Entre la gent gran lesionada, la majoria són dones, lesions causades fonamentalment per caigudes accidentals.

²² Es pot accedir a més informació a través de la web <http://portalsalut.caib.es/psalutfront/>.

²³ La informació completa és a <http://www.epidemiologia.caib.es>

4.1.3. VIGILÀNCIA EPIDEMIOLÒGICA I MALALTIES TRANSMISSIBLES

El Sistema de Vigilància de les Malalties de Declaració Obligatòria, l'any 2010, ha detectat un major incidència de l'esperada en set de les malalties vigilades: la diarrea infecciosa aguda, la disenteria bacil·lar, la febre recurrent per paparres, l'hepatitis A,

la parotiditis, el xarampió i la malaltia de Creutzfeldt-Jacobs. (Vegeu el quadre III-11).

L'augment de la diarrea infecciosa pot ser conseqüència d'una millor recollida de la informació des d'atenció primària, que ja havia començat el 2009. Els índex de les MDO de molt baixa incidència (disenteria i malaltia de Creutzfeldt-Jacobs) experi-

**QUADRE III-11. MALALTIES DE DECLARACIÓ OBLIGATÒRIA A LES ILLES BALEARS (2010).
INCIDÈNCIA I ÍNDEX EPIDÈMIC ACUMULAT (IEA)**

Malaltia	Nombre de casos	Taxa (per 1.000 hab.)	IEA
Brucel·losi	1	0,1	-
Diarrea infecciosa aguda	53.467	4.834,10	1,54
Disenteria bacil·lar	2	0,2	2
F. exantemàtica mediterrània	30	2,7	1,07
F. recurrent paparres	14	1,3	4
Grip	6.772	612,3	0,66
Hepatitis A	49	4,4	3,5
Hepatitis B	22	2	0,98
Hepatitis víriques, altres	41	3,7	1,22
Herpes zòster	2.778	251,2	-
Inf. gonocòccica	21	1,9	0,52
Legionel·losi	44	4	0,88
Leishmaniosi	8	0,7	0,37
M. H. Influenzae	1	0,1	-
M. meningocòccica	12	1,1	0,62
Malaltia de Creutzfeldt-Jacob	1	0,1	2
Malaltia invasiva per St. pneumoniae	97	8,8	-
Malaltia invasiva per St. pyogenes	2	0,2	-
Paludisme	1	0,1	-
Parotiditis	114	10,3	1,39
Rubèola	1	0,1	-
Sífilis	73	6,6	0,92
Tos ferina	1	0,1	0,13
Tuberculosi respiratòria	108	9,8	0,77
Tuberculosi, altres	36	3,3	0,81
Varicel·la	4.572	413,4	1,02
Xarampió	20	1,8	40

Nota: es presenten les malalties amb algun cas registrat al 2010. L'IEA no apareix a les MDO de nova introducció al sistema de vigilància.

Font: Elaboració pròpia a partir de Sistema de vigilància epidemiològica de les malalties de declaració obligatòria. Servei d'epidemiologia i unitats insulars d'epidemiologia.

menten canvis importants amb variacions de molts pocs casos, per la qual cosa els canvis puntuals són poc valorables i se n'han de vigilar les tendències. La manca de diagnòstics de confirmació i l'evidència escassa de compliment de criteris fan sospitar que hi ha una sobrenotificació de febre recurrent per paparres. Pel que fa a la resta, la variació correspon a un augment real de la incidència. L'augment de l'hepatitis A [49 casos davant els 19 del 2009 i un índex epidèmic (IE) de 4,4] és conseqüència, en bona mesura, d'un brot a una guarderia amb 23 casos. La parotiditis, amb 114 casos i un IE d'1,39, ha augmentat a Eivissa, amb un brot amb 71 casos, cosa que demostra que segueix la circulació del virus de l'epidèmia de 2005.

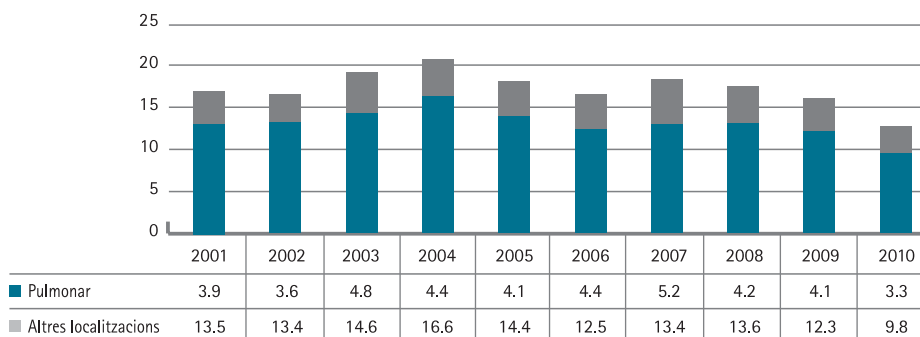
De xarampió, de dos casos en els cinc darrers anys, s'ha passat a 20 en el 2010, en forma de petits brots de dos a vuit casos i la circulació d'un genoma viral, el B3, nou en el nostre medi, d'una forma que sembla que es restableix la circulació del virus. Pel que fa al grip, la situació ha tornat a ser similar

a la prepanidèmia. A la temporada 2010-2011 el virus gripal predominant ha estat l'AnH1N1, amb una presentació estacional habitual i taxes d'incidència només lleugerament superior a la mediana i molt per davall del màxim de les temporades precedents.

Ha disminuït la incidència de la tuberculosi, tant la forma pulmonar (108 casos i taxa de 9,8 per cent mil) com la resta de formes clíniques (36 casos i taxa de 3,3). Aquestes disminucions puntuals no són excepcionals, tal com es pot observar a la sèrie històrica, de manera que cal esperar a veure si es tracta d'una tendència decreixent o d'una situació puntual. El 71% dels casos són de persones d'entre 25 i 54 anys; els homes representen el 59% dels casos. Fins als 34 anys la proporció d'homes és menor, i major a partir d'aquesta edat. Els factors o situacions de risc detectats amb major freqüència són l'enolisme, amb el 13,3%; es té constància de contacte amb un cas de TB, amb 13,9%; la infecció pel VIH, amb el 9,3%. El 5,8% dels casos eren immigrants procedents de zones d'alta endèmia. (Vegeu el gràfic III-11).

Gràfic III-11

Tuberculosi a les Illes Balears (2001-2010).
Taxes per 1.000 habitants, segons la localització principal



Font: Sistema de vigilància epidemiològica de les malalties de declaració obligatòria. Servei d'epidemiologia i unitats insulars d'epidemiologia.

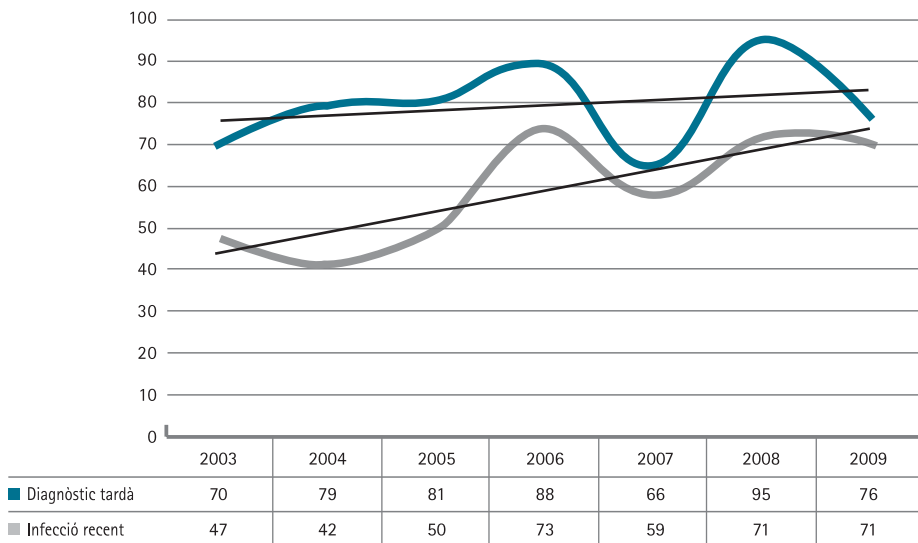
Respecte de la informació sobre sida i sobre nous diagnòstics d'infecció per VIH, s'ha de dir que es tracta de dades que es van actualitzant semestralment. La incidència de sida, amb 2.454 casos acumulats des de l'any 1983 continua amb tendència a la disminució. En els darrers anys s'han diagnosticat entre 50 i 60 casos anuals amb un patró dominat per als homes usuaris de drogues per via parenteral. L'anàlisi de les dades dels nous diagnòstics d'infecció per VIH (actualització de 31 de desembre de 2010), amb 1.112 casos acumulats des de l'any 2003, ofereix com a aspecte més destacable un patró dominat per les infeccions recents en homes homosexuals. En dones, dominen els

diagnòstics en persones d'origen estranger, heterosexuales i amb preponderància dels diagnòstics amb retard. La incidència global mostra una tendència a l'estabilització dels diagnòstics tardans i a l'augment de les infeccions recents. Mallorca presenta un màxim de casos a l'any 2008 (147 casos), Menorca entre els cinc i nou casos anuals i les Pitiüses, entre 15 i 20 casos. El nombre màxim de casos en un any a les Illes Balears varen ser els 174 del 2008.

Pel que fa al retard diagnòstic, encara els diagnòstics tardans són més freqüents que les infeccions recents, tot i que sembla que la tendència és a la convergència. (Vegeu el gràfic III-12)

Gràfic III-12

Nous diagnòstics de VIH a les Illes Balears (2003–2009). Nombre anual de casos i tendències, segons el retard diagnòstic



Font: Sistema de vigilància epidemiològica de les malalties de declaració obligatòria. Servei d'epidemiologia i unitats insulars d'epidemiologia.

Una part dels casos detectats de les malalties de declaració obligatòria són importats; és a dir, pacients diagnosticats a les Illes Balears amb origen de la infecció a un altre lloc; aquests casos no s'han inclòs a l'anàlisi anterior. El 2010 el nombre total d'aquests casos va ser de 89. Destaquen l'hepatitis C (18 casos), el paludisme (17 casos) i la sífilis (13 casos).

Pel que fa als brots epidèmics d'origen alimentari, que en alguns anys de la dècada dels 90, se n'havien arribat a registrar més de 50, han anat disminuint considerablement, de manera que a principi de la dècada dels 2000 se'n detectaven entre 20 i 30 cada any, i en els darrers anys la incidència ha estat mínima, de manera que l'any 2010 només se n'han detectat deu brots, dos més que el 2009. La majoria d'aquests deu brots –que han suposat 165 persones afectades– són d'etiologia infecciosa i quasi tots han afectat establiments col·lectius. En els darrers anys, a un 40-50% no s'hi ha pogut identificar l'agent etiològic. A la resta, i encara que s'ha pogut establir amb certa freqüència una etiologia tòxica (histamina fonamentalment) o un origen viral, la salmonel·la en continua sent l'agent més identificat.

S'han detectat, a més, 38 brots no alimentaris, 30 a Mallorca i vuit a les Pitiüses, amb un total de 360 afectats i una mitjana de 9,5 afectats per brot, amb un rang de dos a 71 casos. Això ha suposat un augment important respecte del quinquenni 2005-2009, amb medianes de 26 brots i 190 afectats (augment respectius del 46% i 89%) i, sobretot, de l'any 2009 (17 brots i 71 afectats). El mecanisme de transmissió més freqüent va ser el respiratori, amb 23 brots

i 210 afectats, els segueixen en freqüència els transmesos per un mecanisme fecal-oral, amb sis brots i 103 afectats. Els col·lectius afectats més freqüentment són els familiars, però els escolars són els que destaquen en nombre de casos (143 afectats en 7 brots). Hi ha alguns aspectes a destacar quant als brots investigats. En primer lloc, la detecció de dos brots nosocomials, un de paludisme i un d'hepatitis C, per transmissió de persona a persona a partir d'un infectat, sense que en cap dels dos casos se'n pogués identificar el mecanisme exacte de transmissió. Hi ha hagut també cinc brots de xarampió amb un total de 21 afectats. En quatre d'aquests afectats s'ha identificat algun cas de transmissió hospitalària. Hi ha hagut també un brot d'hepatitis a una escoleta infantil, amb 23 casos i difusió important entre familiars adults dels nins. Els brots de tuberculosi, que el 2009 havien davallat a tres i havien tornat, així, als nivells anteriors (9 brots). L'any 2010 n'hi ha hagut nou, amb 19 afectats. Hi ha hagut, com en el 2009, quatre brots de sífilis.

4.2.

SERVEIS SANITARIS

El sistema sanitari de les Illes Balears durant el 2010 ha tengut, com a principal novetat, la posada en funcionament de l'Hospital Universitari Son Espases, que agafa el relleu de Son Dureta després de més de 55 anys d'existència com a hospital de referència de les Illes. Encara que les dimensions del nou hospital són dues vegades i mitja més grans que el del vell i està dotat d'uns equipaments d'alta tecnologia d'avantguarda, es potencien especialment

els recursos per dur a terme l'activitat quirúrgica i es disposa d'àmplia infraestructura per a la docència i la investigació, manté el mateix nombre de professionals.

Les infraestructures de l'atenció primària també es varen ampliar al llarg de l'any, amb l'obertura de dos centres de salut i una unitat bàsica de salut, tot finalitzant, d'aquesta manera, l'àmplia reforma de l'atenció primària que s'ha duit a terme els darrers anys. L'activitat general al primer nivell d'assistència va disminuir a causa, en bona part, de la introducció gradual de la recepta electrònica. Paral·lelament, l'activitat assistencial als hospitals del Servei de Salut va ser lleugerament menor que l'any 2009. Finalment, també s'ha desenvolupat l'anomenat Marc de Qualitat, per tal de garantir la qualitat de l'assistència sanitària en els centres públics i privats.

4.2.1. DESPESA I FINANÇAMENT DE LA SALUT

El model sanitari de les Illes Balears es caracteritza, en relació a la realitat de la resta de comunitats autònomes, per l'important pes de la sanitat privada, que arriba al 27% en termes de despesa efectuada. Aquesta situació es manté des de fa anys tot i l'important desenvolupament experimentat per la sanitat pública, sobretot d'ençà de la transferència de les competències en matèria de sanitat a la Comunitat Autònoma (2002).

El sector sanitari privat havia jugat tradicionalment un paper més supletori que no complementari davant el subdesenvolupament manifest de la sanitat pública, fins i

tot, es va situar a l'avantguarda de la incorporació d'alta tecnologia hospitalària.

La presència important de l'oferta de caràcter privat ha fet que el sistema sanitari balear hagi pogut seguir presentant unes ràtios de dotació de recursos i d'activitat assistencial similars o fins i tot superiors al del conjunt de comunitats autònomes.

Durant la darrera dècada, però, aquest equilibri s'està veient modificat com a conseqüència del ritme de creixement de la despesa pública vinculat principalment a la construcció de noves infraestructures sanitàries (hospitals, centres de salut) i als costos associats a la seva entrada en funcionament (personal, despesa corrent, etc.).

El creixement de la despesa sanitària pública a les Balears des del 2002 ha estat un dels més alts de tot l'Estat espanyol. Tot i així, les Illes Balears segueixen essent una de les comunitats autònomes amb un nivell més baix de despesa sanitària pública per càpita, ja que aquest increment de la despesa ha coincidit amb una etapa d'un creixement demogràfic important (36% en el període 1999-2009).

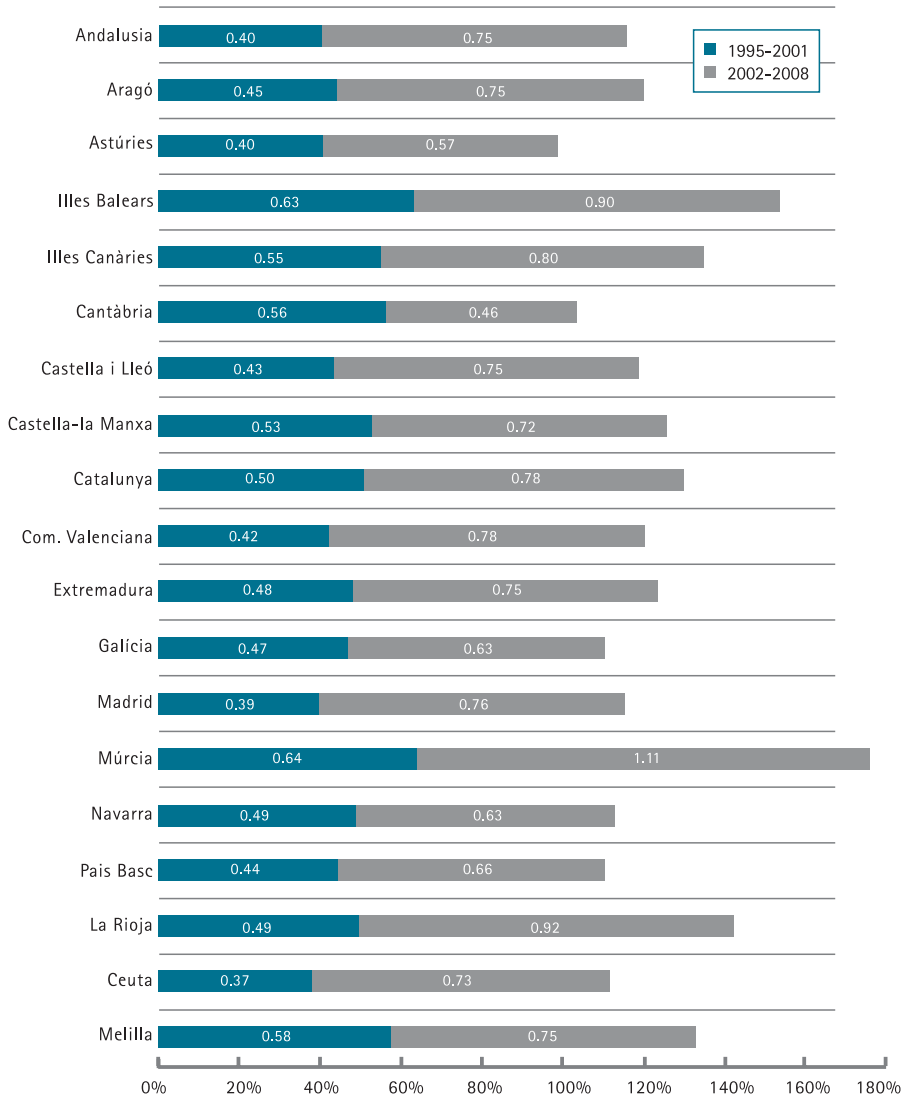
En concret, la despesa sanitària pública a les Balears va créixer entre 1995 i 2001 quasi un 64%; és a dir, a un ritme d'entorn al 10% de creixement interanual. En canvi, a partir del 2002, coincidint amb el traspàs competencial a la comunitat autònoma, el ritme de creixement s'accelera fins al 15% de variació mitjana interanual; això és un 90% de creixement al llarg del període.

Aquesta dinàmica és similar a la que es manifesta a la resta de comunitats autò-

nomes, si bé les Balears ha estat la tercera (després de Múrcia i La Rioja) amb un

major increment de la despesa des de les transferències. (Vegeu el gràfic III-13).

Gràfic III-13
**Creixement de la despesa sanitària pública
per comunitats autònomes (1995-2008)**



Font: Elaboració pròpia

El creixement de la despesa pública en sanitat és deguda a l'obertura de nous hospitals²⁴ i a la millora de la dotació tecnològica, que han necessitat major nombre de professionals. Al mateix temps, el creixement de l'activitat assistencial en el sistema públic ha estat notable, encara que menor que el creixement de la despesa. [\(Vegeu els gràfics AIII-6 i AIII-7\).](#)

Tot i això, l'any 2008 les Balears continuava essent una de les comunitats autònomes amb una menor despesa per habitant (1.223 euros per habitant, enfront dels 1.318 euros de mitjana estatal, i molt lluny dels 1.547 del País Basc o dels 1.511 d'Extremadura). Tot plegat sense considerar l'impacte de la població flotant derivada del turisme [\(Vegeu el gràfic AIII-8\).](#)

En aquesta situació, també hi està influïnt l'efecte de la crisi econòmica, a causa de la qual en els darrers anys s'ha hagut de contenir el ritme de creixement de la despesa sanitària pública, quan aquesta encara no havia arribat als llindars de la resta de comunitats. La incidència de la crisi sobre les arques públiques de la comunitat s'afegeix als problemes endèmics de finançament de les Illes Balears, a l'origen de la seva posició desavantajosa en termes de despesa sanitària pública. En aquest sentit, l'any 2011 les Balears varen seguir essent la comunitat autònoma amb menys pressupost per càpita (1.003 euros per habitant), amb un descens del 5,9%. Addicionalment, s'ha observat que en els darrers cinc anys hi ha hagut un increment

progressiu de la dispersió dels pressuposts per comunitats autònomes [\(Vegeu els gràfics AIII-9 i AIII-10\).](#)

4.2.2. L'ASSEGURAMENT SANITARI I EL NOU MARC DE QUALITAT

El nombre de persones amb targeta sanitària per accedir al sistema sanitari públic a les Illes Balears, l'1 de gener de 2010 va ascendir fins al 1.034.272, dels quals devers el 22% són titulars estrangers, la proporció més alta de tot l'Estat.

Respecte a l'assegurança privada, el percentatge de població amb cobertura sanitària privada ha estat el més alt de tot l'Estat espanyol, fet que es pot vincular als elevats nivells relatius de renda per càpita de les Illes Balears. Això es tradueix en el fet que la quantitat de diners que cada ciutadà de les Balears destina de mitjana al final de l'any al pagament d'assegurances mèdiques privades és igualment la més alta de totes les comunitats autònomes. [\(Vegeu els gràfics AIII-11 i AIII-12\).](#)

Segons les dades de l'Associació d'Investigació Cooperativa entre Entitats Asseguradores i Fons de Pensions (ICEA) i de l'Associació Empresarial de l'Assegurança (UNESPA), l'assegurança de salut amb algun tipus de prestació sanitària a les Illes Balears arriba a més d'un de cada quatre habitants, i a Espanya a un de cada cinc, tot i que aquest concepte engloba diverses modalitats d'assegurances.

Així, existeixen diferents tipus de prestacions sanitàries, que bàsicament es poden classificar en prestacions d'assistència sa-

²⁴ L'any 2007 l'Hospital Comarcal d'Inca, Hospital de Formentera i l'Hospital Mateu Orfila de Menorca, que reemplaça l'Hospital Verge del Toro; i l'Hospital Universitari Son Espases l'any 2010, que és el relleu de l'Hospital Universitari Son Dureta.

nitària, prestacions per reemborsament de despeses i prestacions per malaltia.

Sens dubte, l'assegurança anomenada d'assistència sanitària és la majoritària, i s'estima que a les Balears la té contractada aproximadament un 21,6% de la població de 2011. Un gruix prou considerable de persones que disposen d'aquest tipus d'assegurança són les que pertanyen a les administracions públiques; és a dir, els assegurats a través del sistema de mutualitats de funcionaris, amb un total de 34.000.

Respecte a l'anomenada assegurança per reemborsament de despeses, s'estima que en disposa un 4% de la població de les Balears –unes 45.000 persones– mentre que a Espanya aquest percentatge és del 2,2%.

Finalment, a aquestes xifres cal afegir 23.000 persones que estan assegurades mitjançant l'anomenada assegurança de malaltia, la qual atorga una prestació a l'assegurat en el cas que aquest estigui de baixa per malaltia o hospitalització. En aquest cas, la taxa de penetració no es calcula sobre la població total sinó sobre la població ocupada.

4.2.3. Els serveis assistencials

La població a les Illes, resident i flotant, és atesa amb els recursos assistencials de primària, majoritàriament de titularitat i gestió pública, i de l'hospitalària, tant de titularitat pública com privada. Dins aquest context, el Marc de Qualitat és l'espai conceptual sobre el qual treballen ambdós nivells d'assistència.

La qualitat assistencial és un doble compromís ètic i legal recollit en la legislació nacional i autonòmica. La Llei 16/2003, de 28 de maig, de cohesió i qualitat del Sistema Nacional de Salut, i la Llei 5/2003, de 4 d'abril, de salut de les Illes Balears, recullen en el seu articulat els principis següents:

- Atenció integral a la salut, procurant un alt nivell de qualitat.
- Millora de la qualitat del sistema sanitari de les institucions sanitàries públiques i privades.
- Participació ciutadana, tant en el respecte a l'autonomia de les seves decisions individuals com en la consideració de les seves expectatives.
- Alts nivells de qualitat degudament controlada i avaluada.
- Establiment de programes de millora contínua.

Per complir amb aquests principis es disposa, en la mateixa llei, que les comunitats autònomes garantiran la qualitat de les prestacions, en tots els centres, públics i privats, independentment del finançament de les prestacions que estiguin oferint a cada moment. És responsabilitat de les administracions públiques sanitàries, per als centres del seu àmbit, vetllar pel seu compliment (art. 29 de la Llei 16/2003).

Amb el seguiment d'aquests mandats, el Marc de Qualitat és l'aposta estratègica de la Conselleria de Salut i Consum per garantir la qualitat de l'assistència sanitària a la nostra comunitat autònoma. Està

inspirat en el model europeu d'excel·lència, i inclou elements dels models i sistemes de gestió més reconeguts des del punt de vista assistencial. Es basa en una normativa específica amb estàndards i indicadors consensuats, i s'ha desenvolupat una eina telemàtica perquè es pugui aplicar. Així doncs, comprèn un model, unes normes i una eina en entorn web compatible amb altres sistemes d'informació.

L'àmbit d'aplicació del marc el constitueixen tots els centres i establiments sanitaris, públics i privats, del sistema sanitari de la Comunitat Autònoma de les Illes Balears, segons la classificació i les definicions establertes en els annexos I i II del Reial decret 1277/2003, de 10 d'octubre, que estableix les bases generals sobre autorització de centres i establiments sanitaris.

Per donar compliment a aquestes exigències, la Conselleria de Salut i Consum ha establert una normativa a través de la qual es pretén regular el procediment d'acreditació sanitària, el desenvolupament de programes específics per tipus de centre, l'autoavaluació interna i els criteris i estàndards exigibles. A la vegada, crea la Comissió Autònoma d'Acreditació de Centres Sanitaris de les Illes Balears, com a òrgan col·legiat adscrit a la direcció general d'Avaluació i Acreditació de la Conselleria de Salut i Consum, amb les funcions d'assessorament en matèria de qualitat assistencial i acreditació de centres.

Per donar suport al Marc de Qualitat, s'ha dissenyat una eina telemàtica (SIQUAE, Sistema d'Informació de Qualitat d'Atenció Especialitzada) gratuïta, en un entorn

amigable i d'ús fàcil, accessible a través de la xarxa i compatible amb els sistemes d'informació ministerials i autonòmics, d'emplenament obligat per als centres d'atenció especialitzada (SIAE, Sistema d'Informació d'Atenció Especialitzada).

El procés d'autoavaluació amb SIQUAE permet conèixer la situació de gestió i preparar el centre sanitari per a una acreditació amb èxit. El sistema és compatible i alineat amb els sistemes d'informació del Ministeri de Sanitat, Política Social i Igualtat²⁵.

4.2.3.1. Els recursos de l'atenció primària

La xarxa d'atenció primària a les Illes Balears, el desembre de 2010, tenia 57 equips. Aquests equips treballen a 57 centres de salut i a 103 consultoris locals o unitats bàsiques de salut (UBS), 12 serveis d'urgències (SUAP) i 23 punts d'atenció continuada (PAC). [\(Vegeu el quadre III-12 i el gràfic AIII-13\).](#)

Al llarg de l'any 2010 s'han inaugurat dos centres de salut, el de Cala d'Or (Santanyi) i el de Sant Antoni de Portmany, així com també una unitat bàsica, la del Terreno (Palma). Addicionalment, durant aquest any ha finalitzat la reforma del Centre de Salut de Son Serra-La Vileta (Palma).

La infraestructura de l'atenció primària a les Illes Balears ha crescut significativament en els darrers anys. Així, des de l'any 2007 s'han inaugurat o reformat 16 centres de salut i set unitats bàsiques de salut, amb una inversió global de 54,6 milions d'euros.

²⁵ Vegeu la pàgina www.qualitat.salut.caib.es

QUADRE III-12. RECURSOS DE L'ATENCIÓ PRIMÀRIA (2010)

	Illes Balears	Mallorca	Menorca	Eivissa- Formentera
Recursos materials				
Centres de salut (EAP)	57	45	5	7
Consultoris (UBS)	103	86	7	10
Serveis d'urgències (SUAP)	12	4	4	4
Punts d'atenció continuada (PAC)	23	23	0	0

Font: Gerències Atenció Primària

El personal sanitari que ha fet feina l'any 2010 a l'atenció primària han estat devers 1.600 persones, més de la meitat dels quals són facultatius, principalment metges de família i comunitaris, el 42% són infermeres i el 5%, auxiliars d'infermeria.

Les dades de freqüentació de consulta per metge i dia oscil·len entre les 30,43 a Mallorca i les 29,5 a les Pitiüses, mentre que les d'infermeria van de les 18,98 a Mallorca i les 15,1 a Menorca.

4.2.3.2. Els recursos de l'atenció hospitalària

Els hospitals de les Illes Balears es poden classificar des de dues perspectives, segons la titularitat (entre públics i privats, amb i sense ànim de lucre) o segons la finalitat, en hospitals generals, hospitals de salut mental i hospitals de mitjana i llarga estada, atenent al Reial Decret 1277/2003 pel qual s'estableixen les bases generals sobre l'autorització de centres, serveis i establiments sanitaris. La normativa actual defineix els hospitals generals com a hospitals destinats a l'atenció de pacients afectats de patologia aguda, els hospitals de salut mental com a hospitals destinats a proporcionar diagnòstic, tractament i se-

guiment de pacients amb malalties mentals, i els hospitals de mitjana i llarga estada com a hospitals destinats a l'atenció de pacients que necessiten cures sanitàries, en general de baixa complexitat, per processos crònics o per pacients amb grau de mobilitat reduïda.

Ens centram en els recursos i l'activitat del sistema d'hospitals públics -d'aguts o de mitjana i llarga estada- ja que per als hospitals de titularitat privada- amb i sense ànim de lucre-, no s'ha pogut disposar de les dades de 2010 al tancament d'aquesta memòria, a causa de la reforma del sistema SIESCRI (Estadística de Establecimientos Sanitarios con Régimen de Internado). Aquest sistema ha evolucionat cap a un nou sistema d'informació ministerial anomenat SIAE (Sistema de Informació de Atención Especializada). (Vegeu el quadre III-13).

Els hospitals de titularitat pública classificats com a generals, set en total, conformen el gruix del sistema sanitari balear d'aguts (Ib-Salut). Sens dubte, la novetat més destacada durant l'any 2010 ha estat l'obertura de l'Hospital Universitari Son Espases (HUSE), que agafa el relleu de l'Hospital Universitari Son Dureta, l'hospital de referència durant més de mig segle.

QUADRE III-13. RECURSOS DE L'ATENCIÓ HOSPITALÀRIA PÚBLICA A LES ILLES BALEARS															
Tipus	núm.	Hospital	Llits instal·lats	Llits funcionant	Di-ferència llits I-F	Tipus hospital	Llits funcionant	Ingressos / Altes	Estades	Estada mitjana	Intervencions quirúrgiques programades (% d'ambulatòries)	Intervencions quirúrgiques urgents	Parts (% cesàries)	1rs Consultes/ successives	Urgències (% ingressos per aquesta via)
Públics	1	HOSPITAL SON DURETA	799	717	82	G		77.909 (54.871 per Urgències)	520.232	6,70	49.463 (55% amb)	9.742 (6% ambulatòries)	8.525 (20,3%)	39.7675 / 860.739	441.910 (11,9% ingressos)
	2	HOSPITAL MATEU ORFILA	142	149	-7	G									
	3	HOSPITAL D'INCA	165	165	0	G									
	4	HOSPITAL CAN MISSES	203	195	8	G	1.857								
	5	HOSPITAL DE MANACOR	232	238	-6	G									
	6	HOSPITAL SON LLÀTZER	422	381	41	G									
	7	HOSPITAL DE FORMENTERA	12	12	0	G									
Mitja i llarga estada	8	HOSPITAL JOAN MARCH	109	86	23	ML		2.268	51.934	22,9	-	-	998 / 3842	-	
	9	HOSPITAL GENERAL DE MALLORCA	73	69	4	ML	155				-	-	-	-	
	10	HOSPITAL PSIQUIÀTRIC	170	157	13	SM	157	68	55.934		-	-	-	-	
	11	RESIDÈNCIA ASSISTIDA CAS SERRES	162	147	15	L	147	54	53.764	995,63		-	-	-	
Total hospitals públics			2.489	2.316	173	-	2.316	80.299	681.864	8,5	49.463	9.742	8.525	1.263.254	441.910

Font: Elaboració pròpia a partir de l'Ib-Salut

Son Espases ocupa una superfície edificada total de més de 172 mil metres quadrats -aproximadament dues vegades i mitja més que el vell hospital, a més d'altres 68.000 m2 d'aparcament-, disposa de 1.020 llits -490 dels quals en habitacions individuals-, 26 quiròfans, 107 boxs de cures intensives, 40 boxs per a atenció a urgències o 230 espais per a consultes. [\(Vegeu el quadre AIII-58\).](#)

Pel que fa als equipaments d'alta tecnologia, s'ha millorat notablement la dotació existent, especialment pel que fa als equips de ressonància intraquirúrgica, de radioteràpia i cirurgia robòtica. Així mateix, s'ha fet la integració entre els innovadors sistemes d'informació i l'avançada tecnologia electromèdica.

Des del punt de vista assistencial, a l'HUSE s'han potenciat els recursos per dur a terme l'activitat quirúrgica: el nombre de sales d'operacions passa de 21 a 26, amb una superfície de més de 2.260 metres quadrats; es crea una unitat independent del bloc quirúrgic general per a la cirurgia major ambulatòria i s'incorporen quatre sales quirúrgiques de màxima integració (sales d'operacions intel·ligents). També s'hi inclouen dues sales d'operacions per als tractaments especialitzats híbrids (endovasculars i externs).

L'HUSE incideix en les cures crítiques i en les urgències (s'ha multiplicat per cinc l'espai d'urgències de Son Dureta). Altres millores són l'increment de la seguretat dels pacients i la incorporació de noves unitats per a la cura de malalts que pateixen les noves patologies d'aquest segle: trastorns alimentaris, psiquiatria infantil i juvenil.

S'ha creat una unitat de patologia infecciosa amb tres habitacions de pressió negativa i climatització independent, convertible en àrea assistencial d'aïllament de màxima seguretat enfront d'emergències biològiques. A més, s'ha establert una reserva d'espai per a investigació biomèdica de 2.400 m2 i s'ha inclòs una nova Unitat de Reproducció Humana i Fecundació in vitro, que té una nova sala d'operacions, una zona de criopreservació i una nova zona de laboratori.

En l'àmbit de la investigació i de la docència, Son Espases disposa d'un pavelló d'investigació amb un estabulari i sales d'operacions experimentals. Es potencien els dispositius de suport a la investigació, s'amplia de forma molt significativa el nombre d'aules, i es possibilita l'ús docent de les sales d'operacions amb tecnologies de darrera generació. A més, es disposa d'un projecte per poder acollir en un futur els estudis de grau de Medicina en una zona addicional de docència i d'investigació de 3.600 metres quadrats.

A més de l'HUSE, a Mallorca es concentren tres hospitals públics d'aguts més, Son Llàtzer, Manacor i Inca. Eivissa, Menorca, i Formentera disposen d'un hospital cada illa.

Per altra banda, els hospitals de mitjana i llarga estada i l'únic hospital de salut mental, tots aquests ubicats a Mallorca, excepte la Residència Assistida Cas Serres, a Eivissa que, tot i que mal classificat com a hospital, funcionalment és una residència geriàtrica.

Respecte als hospitals de titularitat privada, segons la finalitat, es divideixen en

aquells que són amb ànim de lucre (vuit unitats), i els que són sense ànim de lucre (tres unitats). En qualsevol cas, els hospitals sense afany de lucre, gràcies als concerts bàsicament d'activitat quirúrgica són d'ús majoritàriament públic.

A principi de l'any 2010 es va tancar la Clínica Bellver, antiga Clínica Femenies, que s'afegeix als tancaments de l'Hospital Port d'Alcúdia el 2008 i de la Clínica Salus Menorca el 2006.

Si comparem les dades de les Illes amb les d'Espanya, s'observa com al conjunt de l'Estat es disposa de 17 hospitals per cada milió d'habitants, mentre que a les Balears n'hi ha 21,4. Això no obstant, a les Illes Balears, segons el catàleg oficial, no hi ha hospitals de mitjana i llarga estada privats i, en canvi, hi ha un percentatge elevat d'hospitals d'aguts que són de titularitat privada.

Amb tot, després d'una fase expansiva d'infraestructures orientades bàsicament a l'atenció de pacients d'aguts i cap a l'especialitat, la menor dotació d'hospitals de mitjana i llarga estada a les Illes hauria de fer reorientar els serveis sanitaris cap a nivells d'atenció amb major efectivitat i eficiència, incloent-hi una atenció especial als malalts crònics -en la seva gran majoria pacients geriàtrics- que necessiten un model assistencial no tan orientat a l'especialitat sinó al pacient amb major importància de les cures auxiliars.

Respecte al parc de llits que han funcionat al llarg de 2010, n'hi ha hagut 1.857 als hospitals d'aguts de titularitat pública, que suposen 1,73 llits per mil habitants, i 315 als hospitals de mitjana i llarga estada i psiquiàtric. Als hospitals privats, al

llarg de l'any 2009, hi ha hagut un total de 1.108 llits funcionant.

Pel que fa al nombre de treballadors del sistema sanitari, segons les dades del SI-ESCRI (Estadística de Establecimientos Sanitarios con Régimen de Internado), n'hi havia un total de 15.108 l'any 2008. L'estructura del personal que treballa al sistema públic i al privat és diferent. Així, als centres hospitalaris de l'Ib-Salut un 15,8% dels professionals són metges, un 30,7% infermeres, un 29,0% es classifiquen com a ajudants sanitaris -bàsicament auxiliars d'infermeria- un 22,7% personal no sanitari, propi o vinculat, i la resta constitueixen altres professionals, entre aquests els farmacèutics. D'altra banda, a la xarxa privada un 33,4% dels professionals que hi treballen són metges, tot i que cal tenir en compte que la mitjana d'hores treballades és significativament menor que a la pública, i un 21,7%, infermeres.

Segons les dades del darrer informe publicat sobre indicadors hospitalaris públics de l'Institut d'Informació Sanitària del Ministeri de Sanitat, Política Social i Igualtat, els col·lectius d'infermeria i auxiliars d'infermeria a les Balears, als centres amb internament, són els més nombrosos de l'Estat en relació amb el nombre de llits. En relació amb el nombre d'habitants, les Balears són la segona comunitat autònoma en nombre d'infermers/res, amb 3,73 per cada mil habitants, i la primera en nombre d'auxiliars d'infermeria, 3,38 per cada mil habitants. El nombre de metges de l'assistència hospitalària se situa lleugerament per damunt de la mitjana estatal, amb 57,46 metges per cada cent llits i 1,86 metges per cada mil habitants.

Tot i així, cal dir que els indicadors no prenen en consideració la població flotant.

Pel que fa a la tecnologia, se'n disposa d'una dotació més elevada que a la resta de l'Estat en pràcticament tots els tipus d'equipament.

4.2.4. L'ACTIVITAT ASSISTENCIAL

4.2.4.1. L'activitat de l'atenció primària

Les visites ateses per la xarxa d'atenció primària de les Illes Balears durant l'any

2010 ha estat d'un total de 7.146.065, cosa que suposa una disminució del 4,5% respecte a l'any anterior. Aquest descens ha afectat tots els col·lectius: el nombre de visites als metges de família va disminuir un 3,2%, les de pediatria un 7,7% i les d'infermeria un 5,4%. (Vegeu el quadre III-14).

Per illes, totes han experimentat descensos en el nombre de visites, tot i que a les Pitiüses la disminució ha estat menys intensa que a la resta de les illes (-0,8% respecte del -4,8% i el 6,0% de Mallorca i Menorca, respectivament).

QUADRE III-14. ACTIVITAT A L'ATENCIÓ PRIMÀRIA DE LES ILLES BALEARS (2010)

	Illes Balears	Mallorca	Menorca	Eivissa- Formentera
Metge de família				
Total visites	3.861.025	3.117.370	299.810	443.845
Centre	3.827.652	3.089.260	296.237	442.155
Domicili	33.373	28.110	3.573	1.690
Freqüentació	4,36	4,46	4,03	3,96
Consulta/facultatiu/dia	30,26	30,43	29,60	29,50
Cons./facult./domicili/dia	0,26	0,27	0,35	0,11
Pediatria				
Total visites	675.698	527.135	60.120	88.443
Centre	675.339	526.794	60.116	88.429
Domicili	359	341	4	14
Freqüentació	4,56	4,51	4,61	4,79
Consulta/facultatiu/dia	21,45	20,96	22,47	24,08
Infermeria				
Total visites	2.609.342	2.094.973	189.099	325.270
Centre	2.483.263	1.995.603	175.548	312.112
Domicili	126.079	99.370	13.551	13.158
Freqüentació	2,52	2,57	2,16	2,49
Consulta/Inferm./dia	18,49	18,98	15,10	17,80
Cons./Inferm./domicili/dia	0,89	0,90	1,08	0,72

Font: FIC.

En paral·lel, pel que fa a la mitjana de visites per habitant i any (freqüentació), ha disminuït en tots els col·lectius. Així, la freqüentació pel que es refereix als metges de família ha davallat un 4,8%; als pediatres, un 10,3%; i a infermeria, un 7,2%. D'aquesta manera, el nombre de visites per habitant i any s'ha situat, respectivament, en les 4,36, 4,56 i 2,52. Sens dubte, la introducció gradual de la recepta electrònica al llarg de l'any ha contribuït de manera determinant a reduir la freqüentació al centre de salut.

D'aquesta manera, el col·lectiu de metges de família ha atès, de mitjana, 30,3 consultes per dia; el de pediatria, 21,5; i el d'infermeria, 18,5.

Pel que fa als desplaçaments al domicili del pacient, han augmentat un 4,4% en el cas dels metges de família i un 3,6% en el cas dels infermers. De mitjana, els metges de família s'han desplaçat una vegada cada quatre dies i els infermers gairebé una vegada cada dia. Les visites a domicili, en el cas de la pediatria, són pràcticament inexistents.

4.2.4.2. L'activitat hospitalària

L'activitat al llarg del 2010 en els hospitals públics d'aguts s'ha caracteritzat pel descens en les àrees quirúrgiques i ambulatòries, amb la qual cosa s'ha trencat la trajectòria dels darrers anys, en què s'havien registrat increments notables en aquests dos segments d'activitat. Sens dubte, el trasllat al nou hospital de referència de Son Espases, comentat anteriorment, pot tenir a veure amb els canvis d'activitat que s'han donat al llarg de l'any.

Així, les intervencions quirúrgiques totals als hospitals públics han disminuït un 1,2% (un 3,0% en termes per càpita), a causa del descens de dos dígits de les intervencions urgents -10,5% de reducció-, mentre que les intervencions programades han augmentat un 0,9%.

Per la seva banda, les consultes externes totals han disminuït un 1,7% als hospitals públics, amb una disminució del 3% a les primeres consultes i de l'1,1% a les successives. D'aquesta manera, s'han duit a terme un total d'1.280.600 consultes, la tercera part de les quals han estat primeres consultes.

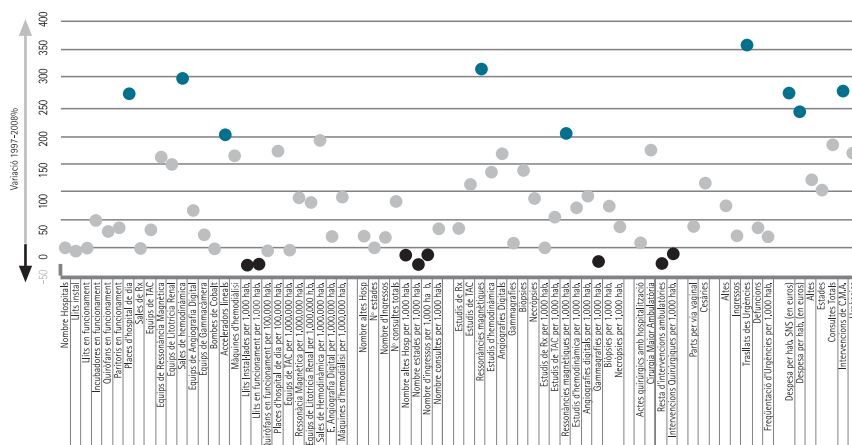
Paral·lelament, han estat menys també el nombre d'urgències ateses, un 4,3% menys que l'any anterior, però han estat més nombrosos els ingressos urgents, amb un 0,5% d'augment. A pesar de l'alça dels ingressos, el volum d'estades ha seguit descendint, un 0,9% l'any 2010, a causa de la reducció de l'estada mitjana.

Pel que fa a l'activitat concertada als hospitals privats sense ànim de lucre, destaca l'augment del 6,3% del nombre de consultes externes i els creixements del nombre de sessions de rehabilitació i fisioteràpia, del 7,7% i del 17,6%, respectivament.

Respecte als hospitals de titularitat privada, no s'ha pogut disposar de la informació referida a l'any 2010, a causa de la reforma ja comentada del sistema SIESCRI i, per tant, no es pot valorar si la disminució esmentada de l'activitat pública ha fet variar l'activitat als hospitals de titularitat privada.

Gràfic III-14

Variació dels recursos, l'activitat i la despesa del sistema sanitari de les Illes Balears. (2010)



Font: ESCRI (INE).

L'activitat sanitària privada a les Balears, en qualsevol cas, té una presència notable. Així, en els hospitals de titularitat privada, el nombre d'ingressos, consultes o d'urgències gairebé iguala els de titularitat pública, i més de la meitat de les intervencions quirúrgiques programades es duen a terme en el sector privat (Vegeu el gràfic III-25 de la *Memòria CES 2009*).

En aquest sentit, la major part dels indicadors d'activitat hospitalària pública i privada mostren com a les Illes Balears hi ha més activitat que a la resta de l'Estat, d'acord amb el major nombre de recursos hospitalaris de què es disposa al territori insular respecte a les altres comunitats autònomes.

La variació de recursos, d'activitat i de despesa del sistema sanitari de les Illes Balears per al període 1997-2008 se sintetitza en el gràfic següent. (Vegeu el gràfic III-14).

4.2.4.3. Llistes d'espera quirúrgica i consultes

Les dades que s'ofereixen es refereixen a març de 2011, ja que les que estan disponibles el desembre de 2010 no tenen en compte els pacients adscrits a l'Hospital Universitari Son Espases durant el període de trasllat a aquest hospital. D'aquesta manera, s'han analitzat les darreres dades disponibles referides a març de 2011. A partir de la comparació amb les de desembre de 2009, es pot observar que les llistes d'espera quirúrgica ha disminuït un 3,1% durant aquest període i, en termes per càpita, la disminució ha estat del 4,6%.

Dins aquest context, la demora mitjana per intervenció quirúrgica ha descendit notablement, concretament un 17,8%, a conseqüència d'haver reduït una tercera part el nombre de pacients en llista d'espera d'en-

tre cinc i sis mesos, ja que el nombre de pacients amb menys de tres mesos d'espera han augmentat un 9,8%. No hi ha hagut cap cas d'intervenció amb més de sis mesos d'espera. (Vegeu el quadre III-15).

Quant a les consultes, ha augmentat un 5,3% el nombre de persones en llistes d'espera, tot i que la demora mitjana ha davallat de manera important fins a situar-se en els 27,3 dies.

4.2.4.4. Hospitals de mitjana i llarga estada i Hospital Psiquiàtric

Els hospitals de mitjana i llarga estada es defineixen pel Reial Decret 1277/2003 com a hospitals destinats a l'atenció de pacients que necessiten cures sanitàries, en general de baixa complexitat, per a processos crònics o per a pacients amb grau de mobilitat reduïda.

En el catàleg d'hospitals figuren l'Hospital General i l'Hospital Joan March -dos hospitals públics de l'Ib-Salut que gestiona l'empresa pública Gesma- com a hospitals de mitjana i llarga estada. L'any 2010 han ofert en conjunt 153 llits de mitjana estada amb diversos programes (amb rehabilitació integral i multidisciplinària), subaguts i pal·liatius, per a malalts d'edat avançada fràgils, segons el model assistencial propi expressat en el Pla Estratègic Ben atès. A més, l'atenció es completa amb sengles hospitals de dia de reeducació funcional, que estan implantant programes, com són el de valoració geriàtrica integral o el de demències, orientats també al suport de l'assistència de mitjana estada. El caràcter complementari de l'assistència hospitalària d'aguts i de suport a l'atenció primària

de salut converteix aquests centres en el vector de la continuïtat assistencial i la comunicació entre nivells.

A més, hi ha dos hospitals privats que també ofereixen llits de llarga estada, tot i que estan catalogats com a hospitals medicoquirúrgics, ja que la seva activitat principal és actualment la medicoquirúrgica.

Pel que fa als hospitals de salut mental, l'Hospital Psiquiàtric ha ofert 162 llits de mitjana i llarga estada per a malalts crònics, i gestiona també un grup de residències tutelades de caràcter comunitari. A més, per atendre aquest tipus de malalts, també es disposa dels recursos per a malalts aguts, situats en els hospitals d'aguts.

4.2.4.5. Els trasplantaments i les donacions de sang i òrgans

4.2.4.5.1. Donacions de sang

Les donacions de sang a les Balears al llarg de 2010 han estat 43.414, registre un 1% inferior al de 2009, any en el qual es va produir l'alça més elevada de la dècada. (Vegeu el gràfic III-15).

Del total de les donacions de sang, el 8,2% han estat afèresis, autotransfusions i d'altres. Per illes, a Mallorca i Eivissa i Formentera s'ha notat un descens de les donacions, mentre que a Menorca han augmentat.

4.2.4.5.2. Donacions d'òrgans

Durant el 2010, a les Balears hi ha hagut 30,6 donants per milió d'habitants, 32,7 l'any anterior, lleugerament per davall de la mitjana espanyola, que va ser de 32,0.

QUADRE III-15. LLISTES D'ESPERA QUIRÚRGICA I DE CONSULTES (2003-2009)

Activitat global llista d'espera quirúrgica

	Desembre 2003	Desembre 2004	Desembre 2005	Desembre 2006	Desembre 2007	Desembre 2008	Desembre 2009	Març 2011*
LEQ	11.353	10.603	11.466	9.757	11.150	11.988	12.376	11.993
LEQ x 1.000 hab.	12,39	11,57	12,1	9,87	10,8	11,29	12,19	11,63
Demora mitjana	67,53	73,37	63,4	58,14	60,83	61,92	62,53	51,4
> 6 mesos	19	0	0	0	2	0	0	0
% 5-6 mesos	5,8	6	4,2	2,2	2,9	4,3	4,6	3,11
% < 3 mesos	72,5	66,98	72,5	80,2	77,3	74,3	72,8	79,91

Activitat global llista d'espera consultes

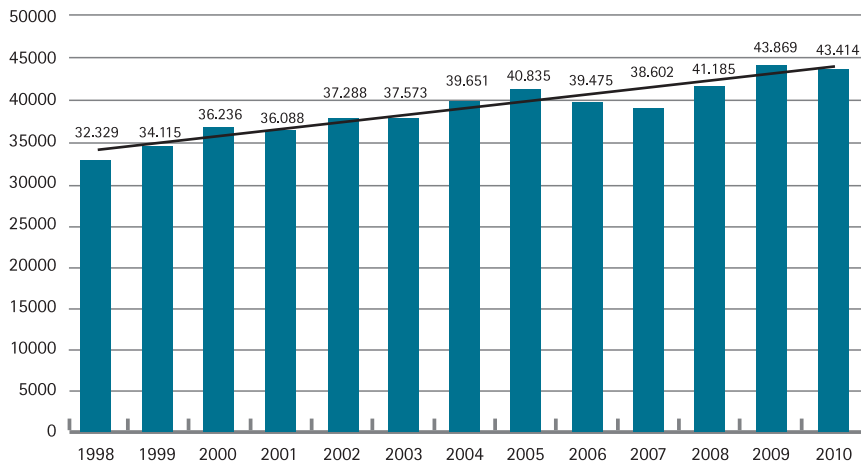
	Desembre 2003	Desembre 2004	Desembre 2005	Desembre 2006	Desembre 2007	Desembre 2008	Desembre 2009	Març 2011*
LECC	45.741	28.433	28.471	27.505	22.140	24.964	26.852	28.276
LECC x 1.000 hab.	49,92	31,03	31,07	28,91	21,46	23,5	26,45	36,04
Demora mitjana	49,8	30,5	29,7	27,6	29,0	33,4	38,5	27,3

Font: Ib-Salut.

* S'exposen les dades de març de 2011 i no de desembre de 2010 per tenir en compte els pacients adscrits a l'Hospital Universitari de Son Espases

Gràfic III-15

Evolució de les donacions de sang entre l'any 1998 i el 2010, incloses afèresis i autotransfusions



Font: Fundació de Banc de Sang i Teixits.

La baixada en el nombre de donants s'explica pels canvis epidemiològics que s'estan registrant en la mort encefàlica. La disminució dels accidents de trànsit i de la sinistralitat laboral, les millores en l'atenció de la hipertensió arterial i l'aplicació de mesures de limitació de l'esforç terapèutic són les causes principals d'aquests canvis.

Durant l'any 2010, a les Illes Balears, hi ha hagut 34 donants multiorgànics, 31 a l'Hospital Son Dureta, dos a l'Hospital Mateu Orfila i un a l'Hospital Can Misses.

Al llarg de l'any, tres hospitals han generat donacions, Son Dureta, Menorca i Can Misses. S'han obtingut 104 òrgans (61 ronyons, 27 fetges, cinc cors, set pulmons i quatre pàncrees) del total de 34 donants de les Balears.

4.3.

FORMACIÓ, INVESTIGACIÓ I INNOVACIÓ EN MATÈRIA SANITÀRIA

L'activitat de gestió del coneixement en salut ha estat important al llarg del 2010 tant pel que fa a formació, com a la investigació o a la innovació.

Pel que fa a la formació continuada, la Comissió de Formació Continuada dels Professionals Sanitaris de les Illes Balears s'encarrega d'acreditar la formació continuada de tots els professionals sanitaris. L'any 2010, l'activitat ha augmentat un 14%. S'han tramitat fins a 1.076 sol·licituds d'acreditació d'activitats de formació continuada, de les quals 1.064 han estat acreditades. Pel que fa a la formació especialitzada, hi ha 38 es-

pecialitats sanitàries acreditades. A les Illes Balears existeixen deu unitats docents, per una banda, quatre ubicades als Hospitals Son Dureta (ara Hospital Universitari Son Espases), Son Llätzer, Manacor i Can Misses, tres de medicina familiar i comunitària – les de Mallorca, Menorca i Eivissa – i la Unitat Docent del Treball i la de comares. Per últim, s'ha creat la Unitat Docent Multiprofessional de Salut Mental de les Illes Balears que formarà a partir de 2011 metges especialistes en psiquiatria, psicòlegs clínics i infermeres de salut mental. Per a l'any 2010, s'havien ofert 152 noves places de resident: 126 per a metges, cinc per a farmacèutics, tres per a químics, dos per a psicòlegs i 16 per a infermeria. D'aquestes, se n'han cobert 145. El 31 de desembre de 2010 hi havia 479 residents en total en formació (411 residents l'any abans).

Pel que fa als estudis de grau, el Servei de Salut ofereix les instal·lacions per a les pràctiques d'infermeria, fisioteràpia i psicologia. També, la Conselleria d'Educació i la de Salut han signat una declaració d'intencions amb la UIB per tal de poder crear els estudis de grau de Medicina. El Consell de Govern de la UIB ha aprovat el pla d'estudis, enviat a acreditar per l'ANECA, alhora que s'ha iniciat l'adaptació d'instal·lacions de la Unitat Docent de Medicina a Son Espases.

El sistema sanitari col·labora amb diferents postgraus de la UIB. L'any 2010 s'ha signat un conveni per dur a terme el màster oficial de Ciències Mèdiques i de la Salut del IUNICS.

Pel que fa a la investigació, la despesa en el sistema de salut públic de les Illes Balears

ha ascendit de 20 milions l'any 2009 fins a gairebé 27 milions d'euros l'any 2010 en concepte de recerca i desenvolupament (R+D), amb 900 persones que hi han participat (740 persones l'any 2009), que si es comptabilitzen en termes d'equivalència en jornada completa han estat 300 (242 l'any 2009).

Per tal d'ordenar els esforços investigadors s'elabora i s'aprova el Pla Estratègic de les Illes Balears d'Investigació en Salut 2010-2013. S'estructura en set eixos. Marca com a objectius fonamentals crear un institut d'investigació sanitària que pugui ser acreditat en el futur per l'Institut de Salut Carlos III (ISCIII) com a institut de recerca d'excel·lència. La seu s'ubicaria a l'Hospital Universitari Son Espases i es pretén crear amb la col·laboració de la UIB i el CSIC. L'Institut aglutinaria els millors grups d'investigació bàsica i clínica de la UIB, Cimeira, hospitals i atenció primària, seguint el camí iniciat sobretot pel IUNICS.

S'han modificat els estatuts de les dues fundacions d'investigació sanitària de les Illes. La Fundació d'Investigació Sanitària de les Illes Balears (FISIB), amb seu a l'Hospital Universitari Son Espases, ha substituït l'antiga Fundació Caubet-Cimera i ha de gestionar l'Institut d'Investigació Sanitària. Per altra part, s'ha donat un nou paper de gestió del coneixement a la Fundació Mateu Orfila, a més de gestionar la recerca clínica de tots els hospitals excepte el de Son Espases i Atenció Primària de Mallorca.

El sistema sanitari públic suporta la major part del cost de la investigació, tot i que també es capta finançament extern, especialment el que arriba des de l'ISCIII, que

es destina a projectes de recerca, a intensificació d'investigadors, estabilització de tècnics de suport i a afavorir la incorporació de grups emergents d'investigació. Des de l'ISCIII també es dona suport al Consorci de Suport a la Investigació Biomèdica en Xarxa (CAIBER), en concret a una unitat conjunta entre l'Hospital Universitari Son Espases i Atenció Primària de Mallorca, que té per finalitat desenvolupar assajos clínics no comercials.

Amb l'ajuda de fons estatutaris provinents del Ministeri de Ciència i Innovació, de tres milions d'euros i un crèdit addicional de 3,168 milions d'euros del ISCIII, el Servei de Salut disposa d'un fons per adequar espais d'investigació de l'Hospital Universitari Son Espases. La meitat del total es destinen a obra, i la resta, a equipament. El 24 d'agost de 2010 s'adjudica el projecte i a final d'any surt a concurs l'obra que ha d'estar finalitzada al setembre de 2011. Es construeixen aproximadament 3.000 m², dels quals la meitat són per a la unitat docent de medicina de la UIB i la resta són laboratoris de recerca que completen els que ja té l'hospital al nou centre. Així, es compta amb la superfície d'investigació exigida per acreditar un institut d'investigació sanitària.

D'altra banda, s'ha signat un conveni entre Farmaindústria i la CAIB, dins el Programa +, i de Cooperació de Farmaindústria amb les comunitats autònomes, que aporta 1,2 milions d'euros per fomentar la investigació clínica i translacional, en quatre programes: suport a institut d'investigació sanitària, suport a la investigació clínica, suport a la recerca a l'atenció primària i, per últim, suport a la creació de biobancs.

Pel que fa al Comitè Ètic d'Investigació Clínica de les Illes Balears (CEIC-IB), ha mantingut una activitat molt similar a la de l'any 2009. S'han avaluat 212 protocols, dels quals 103 eren assaigs clínics (el CEIC-IB ha estat comitè de referència estatal de dos dels assaigs dels anteriors), 60 projectes d'investigació i 49 estudis postautorització (dels 49 estudis postautorització, 34 han estat presentats a efectes de notificació per a la participació de centres de la nostra comunitat autònoma).

Pel que fa a la innovació, l'any 2010 s'ha creat el Clúster Biotecnològic i Sanitari BIOIBAL, que agrupa el teixit empresarial del sector de la biotecnologia, com el BiolB i altres agents de sectors afins, com és ara el Servei de Salut de les Illes Balears, a més de la UIB i d'altres institucions d'investigació. També s'ha col·laborat en el Bioclúster del sud d'Europa (constituït per les regions de l'Euroregió Pirineus Mediterrània).