

3. SALUD Y SERVICIOS SOCIALES

RESUMEN

Este año se ha querido hacer énfasis en el análisis de desigualdades en salud socioeconómicas y por género. Por primera vez, se incorporan datos del Registro poblacional de Cáncer de Mallorca, integrado en el Servicio de Epidemiología de la Dirección general de Salud Pública y Participación desde el mes de enero del 2008. Por otro lado, también se ha incorporado como fuente de información la Encuesta de Morbilidad Hospitalaria que realiza el Instituto Nacional de Estadística.

El sistema sanitario balear se caracteriza por la insularidad y la alta presencia de población con doble seguro. Atendido esta singularidad del sistema balear, es necesario tener una visión global y hacer el seguimiento de la actividad tanto del sistema público como privado. En este contexto, la actividad asistencial en atención hospitalaria en el sistema público creció moderadamente, motivada por el ascenso del gasto sanitario público. Por el contrario, la actividad privada contrajo el crecimiento en el área de hospitalización, debido al cierre a lo largo del año de dos hospitales. Por su parte, la actividad en atención primaria, mayoritariamente de titularidad pública, manifestó un ascenso, pero aún así menos intenso que el año anterior.

Mientras tanto, la financiación insuficiente de la salud continuó generando déficit. A lo largo de 2008, se llevó a término una gran actividad legislativa en materia de salud, así como una intensa actividad en formación, investigación e innovación sanitarias. Por último, el número de donaciones de sangre lograron un nuevo máximo histórico y las donaciones de órganos crecieron notablemente.

3.1. SALUD Y CALIDAD DE VIDA

La salud y la calidad de vida, tiene una fuente de información directa, expresada por los ciudadanos y que periódicamente se recoge en la Encuesta de Salud de las Islas Baleares. El informe CES del año 2007 recogía los principales resultados tanto de salud como de movilidad percibida, así como de prevalencia de hábitos sanos o hábitos tóxicos y de otros factores de riesgo. Se decidió que los datos de la Encuesta de Salud bien valen un análisis por género y clase social, que se presenta este año.

Además, en línea en las memorias anteriores, se aportan los datos de morbilidad por las que hay registros poblacionales exhaustivos (cáncer, accidentes de tránsito y todas las de declaración obligatoria). Como novedad al apartado de morbilidad se ha incluido información de la morbilidad atendida en hospitales y qué motivos crean más ingresos según el registro CMBD. Con

respecto a la mortalidad, que en este caso sí que se recogen las muertes por todas las causas.

3.1.1. PERCEPCIÓN DE SALUD Y CALIDAD DE VIDA

El género y la clase social son uno de los determinantes llave del estado de salud equitativo. La OLMOS, a partir de la IV Conferencia Mundial de la Mujer que tuvo lugar en Pekín el año 1995, consideró marcar como prioridad reducir las desigualdades de género en todos los ámbitos y en particular dentro del ámbito de la salud. Por un otro lado, el 2008, la OLMOS publica ya uno programa de acción, “Enmendar las desigualdades en una generación o como llegar a la equidad actuando sobre los determinantes sociales de la salud”, dónde vuelve a insistir en el hecho de la clase social como una determinante llave del estado de salud. La encuesta de salud de las Islas Baleares de 2007 (ESIB 2007) no hace nada más que confirmar lo que se ha dicho hasta ahora.

La encuesta de salud de las Islas Baleares de 2007¹⁵, pone de manifiesto un porcentaje más elevado de mujeres que de hombres sin estudios y analfabetas, con ingresos más bajos o que no reciben ninguna pensión contributiva. El porcentaje de contratados temporales o con contrato verbal también es superior en este colectivo.

La mujer se declara, con más frecuencia que el hombre, principal responsable de los menores de 15 años, del cuidado de personas mayores de 74 años y de personas con discapacidades o limitaciones. Lógicamente también dedican más tiempo a estas tareas. Entre los principales motivos por dejar de trabajar citan la dedicación exclusiva a la familia y la incompatibilidad entre la familia y trabajo.

También manifiestan haber experimentado discriminación con mayor frecuencia que los hombres por razones de etnia y país y por la condición de ser mujer.

Sobre el estado de salud, en general, las mujeres manifiestan tener una peor percepción y declaran tener más problemas crónicos que los hombres. Del mismo modo, la probabilidad en mujeres adultas de sufrir un trastorno mental es más elevado que en hombres, sobre todo en el corte de edad de 25 a 64 años. En niñas, la mayor diferencia comparada con los niños respecto a los problemas de salud mental, radica en los síntomas emocionales.

A partir de los 65 años las mujeres tienen más limitaciones por realizar las actividades de la vida diaria y menos autonomía funcional.

¹⁵ Universo: población no institucionalizada residente en las Islas Baleares. Recogida de información entre junio de 2006 y junio de 2007. Muestreo polietápico estratificado. Muestra: 2.233 personas (1.696 ≥16 años i 537 ≤15 años).

Las mujeres fuman menos y lo hacen en menor cantidad excepto las mujeres más jóvenes (Véase el gráfico AIII-20).

Además, las mujeres de todas las edades fuman más que hace dos años. También beben menos que los hombres y lo hacen de manera ocasional.

En cuanto a la actividad física realizada en la jornada laboral, hacen con menos frecuencia que los hombres actividades que comportan desplazamientos o esfuerzos. En la niñez, los niños practican más actividad física al aire libre que las niñas y el porcentaje de estas que no practicaban habitualmente ninguna actividad era más del doble que el de los niños.

Con respecto a los hábitos alimentarios, el consumo diario de frutas y verdura es más frecuente entre las mujeres así como la realización de dietas o regímenes especiales. La frecuencia del sobrepeso era superior entre los hombres (Véase el gráfico AIII-21).

En cuanto al descanso, la proporción de mujeres que manifiestan que las horas que duermen no les permiten descansar suficientemente es superior a la de los hombres, también tienen más problemas para dormirse, la mayoría o todos los días y se despiertan varias veces por la noche con más frecuencia.

Las mujeres frecuentan más los servicios sanitarios, sobre todo el médico de cabecera, los servicios de urgencias de la sanidad pública, el dentista y se hacen más pruebas no urgentes. El porcentaje de ingresos hospitalarios es más elevado (sobre todo en mujeres grandes) y consumen más medicamentos que los hombres.

Utilizan más los servicios de la sanidad pública que los hombres. Entre los motivos por no recibir asistencia médica cuando lo necesitaban era las obligaciones familiares.

Por lo que hace referencia a la clase social, entre las personas de clase social desfavorecida hay una mayor proporción de gente en paro, una menor proporción de estudiantes o de trabajadores insatisfechos con su trabajo aunque el nivel de estrés era más bajo.

Tanto en percepción de la salud, en número de trastornos crónicos, en probabilidad de sufrir un trastorno mental o en limitaciones por realizar las actividades de la vida diaria, es decir, en casi todos los parámetros del estado de salud, las clases sociales desfavorecidas llevaban la peor parte.

Si consideramos los estilos de vida: excepto que se observa una mayor proporción de gente que realiza un gran esfuerzo físico en su jornada laboral una menor proporción de bebedores de riesgo, para la resta de hábitos, constatamos el mismo, la balanza del riesgo elevado cae del lado de las mismas clases, las desfavorecidas. Las clases desfavorecidas fuman más,

especialmente los hombres, y presentan una mayor prevalencia de obesidad que las personas de clases favorecidas (Véanse los gráficos AIII-22 y AIII-23).

Lo mismo acontece en la realización de prácticas preventivas como la mamografía y la citología.

Por último, las clases desfavorecidas tienen una cobertura más baja de servicios sanitarios privados, frecuentan más el sistema sanitario por problemas de salud, sobre todo el médico de cabecera. Utilizan con más frecuencia el servicio de urgencias por ingresar en el hospital y consumen más medicamentos por el dolor, antidepresivos y antihipertensivos. En cambio, consumen con menos frecuencia anticonceptivos orales que las personas de clase favorecida.

3.1.2. LA MORBILIDAD

El Instituto Nacional de Estadística realiza la Encuesta de Morbilidad Hospitalaria en todo el territorio español y con periodicidad anual. Con la posibilidad de la desagregación por comunidades autónomas nos permitió conocer la morbilidad general atendida, en nuestro caso, en los hospitales de las Islas Baleares, tanto públicos como privados, en función del diagnóstico de salida, y también nos permitió determinar la duración de las estancias por diagnóstico y estancias medias. Resulta no sólo una vía para conocer las características demográfico-sanitarias de la población ingresada, sino también una de las vías de medida resumen de la frecuentación y la utilización de los recursos hospitalarios en el año de referencia.

Durante el año 2007 se produjeron en las Islas Baleares un total de 134.180 altas hospitalarias, 13.044 altas por cada 100.000 habitantes, de las cuales el 52,65% correspondieron a mujeres. La tasa de altas de las Islas Baleares es la más elevada de todo el Estado. El ingreso del 62,66% se hizo por vía de urgencia.

Por subgrupos de edad y sexo, los hombres que presentan una mayor incidencia con respecto al número de altas son los de 65 a 74 años (10.555 altas), seguidos por los de 55 a 64 años (10.295 altas). Mientras que en el caso de las mujeres, la mayor incidencia se encuentra en las del subgrupo de edad comprendida entre los 25 y los 34 años (13.935 altas), seguidas por las de 35 a 44 años (9.511 altas), principalmente motivado por el grupo diagnóstico de complicaciones del embarazo, parto y puerperio.

A diferencia de lo que sucede en el conjunto estatal, dónde las complicaciones del embarazo, el parto y el puerperio suponen el grupo diagnóstico de mayor incidencia en cuanto a altas durante el año analizado, en las Islas Baleares es el grupo correspondiente al de enfermedades en el aparato digestivo, con un

total de 16.116 altas (12%) y que representa un tasa de 1.567 altas por cada 100.000 habitantes.

Esta divergencia en los resultados entre la comunidad autónoma y el conjunto del estado podría ser debida al mayor peso que en las Islas Baleares tiene la actividad privada (es la comunidad con el porcentaje más alto de doble seguro). Por la misma razón, los resultados tampoco coinciden con los del CMBD que se muestran más adelante, que sólo recogen la actividad pública.

A continuación se muestra un cuadro con los cinco grupos diagnósticos con mayor número de altas durante el año 2007 en las Islas Baleares, el porcentaje que representan respecto al total de altas y su tasa por cada 100.000 habitantes. Asimismo, en cada uno de estos cinco grupos se muestra la desagregación por sexos y los tres subgrupos de edad que presentan una mayor incidencia, junto con el porcentaje que representan dentro el mismo grupo (Véase el cuadro III-23).

Otro aspecto que se debe destacar de la información disponible sobre las altas hospitalarias durante el periodo de análisis es que la vía de ingreso principal han sido las urgencias, un 61,1%. De forma específica, han supuesto el 61,5% de las enfermedades del sistema circulatorio, el 77,9% de las enfermedades del aparato respiratorio, el 70,6% de las complicaciones del embarazo, el parto y el puerperio y el 72,9% de las lesiones y envenenamientos.

Respecto al tiempo de estancia en los hospitales, las Islas Baleares es la comunidad autónoma con la estancia media más corta, 5,8 días.

Los grupos diagnósticos que presentaron estancias medias más largas fueron: psicosis orgánicas seniles y preseniles, con 24,58 días; otras tuberculosis, con 23,91 días, y leucemias, con 20,43 días. Por sexo, los hombres presentaron estancias medias más largas en los grupos diagnósticos como otras tuberculosis, con 27,79 días; trastornos esquizofrénicos, con 20,63 días, y leucemias, con 19,51 días. Las mujeres presentaron estancias medias más largas en los grupos diagnósticos como psicosis orgánicas seniles y preseniles, con 29,04 días; trastornos esquizofrénicos, con 22,71 días, y leucemias, con 22,41 días.

Por sexo, las estancias medias hospitalarias de los cinco grupos diagnósticos de mayor incidencia se muestran al siguiente cuadro (Véase el cuadro III-24).

Por otro lado, de acuerdo al CMBD de los hospitales públicos de las Islas Baleares, los capítulos de la CIE-9 que generan más ingresos son, en las mujeres, las complicaciones de gestación, parto y puerperio, que representan una cuarta parte de las altas, seguido de las enfermedades del aparato circulatorio, digestivo, respiratorio, las causas externas y, en sexto lugar, las neoplasias. En los hombres el primer lugar lo ocupan las enfermedades del

aparato circulatorio, seguido de las del aparato respiratorio, digestivo, las causas externas y en quinto lugar las neoplasias. Entre 2003 y 2008 sólo se observan pequeñas variaciones (Véase el cuadro III-25).

Con respecto a los diagnósticos concretos, los más frecuentes en las mujeres son la coleditiasis, la insuficiencia cardíaca, la bronquitis y bronquialitis aguda, la fractura del cuello del fémur y la osteoartritis. En los hombres, los diagnósticos más frecuentes son la bronquitis crónica, la insuficiencia cardíaca, la neumonía, el infarto agudo de miocardio y la hernia inguinal (Véase el cuadro III-26).

3.1.3. EL CÁNCER

Baleares dispone de información sobre incidencia del cáncer a partir del Registro de Cáncer de Mallorca. Creado el año 1989 por el Grupo de Estudios del Cáncer Colorectal a partir de un registro monográfico de cáncer colorectal, el Registro de Cáncer de Mallorca se integró el mes de enero del 2008 en el Servicio de Epidemiología de la Dirección general de Salud Pública de la Consejería de Salud y Consumo.

La última información disponible por el Registro corresponde al periodo 1997-2000. En estos momentos se procesan los datos de los años 2001 y 2002.

Durante el periodo 1997-2000 se han diagnosticado en Mallorca 14.827 casos de cáncer, 10.406 si se excluyen los casos de cáncer de piel no melanoma. Esto representa que cada año se diagnostican unos 1.000 casos de cáncer en las mujeres y unos 1.500 en los hombres (excluyendo los cánceres de piel no melanoma).

En las mujeres, el cáncer más frecuente es el cáncer de mama, seguido por el cáncer de colon, el de cuello de útero, el de recto y el de cérvix uterino (Véase el gráfico AIII-24).

En los hombres, el cáncer más frecuente es el cáncer de pulmón, seguido por el cáncer de próstata, el de vejiga urinaria, el de colon, el de recto y el de laringe (Véase el gráfico AIII-25).

Si el cáncer de colon y el de recto se consideran juntos, ocupan el primer lugar si se cuentan los dos sexos conjuntamente o el segundo en las mujeres y el tercero en los hombres.

Globalmente, en el periodo 1989-2000, las tasas de incidencia de cáncer ajustadas a la población mundial se incrementan tanto en las mujeres como en los hombres (Véase el gráfico AIII-26).

Las localizaciones que incrementan las tasas de incidencia son el cáncer de mama en las mujeres, el cáncer de próstata en los hombres y el cáncer de recto, tanto en los hombres como en las mujeres. En cambio, se observa una estabilización del cáncer de colon tanto en los hombres como en las mujeres y del cáncer de cuello de útero en las mujeres. Con respecto al cáncer de pulmón y de vejiga urinaria en los hombres, y al cáncer de cérvix en las mujeres, podría producirse un descenso que se debería confirmar.

3.1.4. LOS ACCIDENTES DE TRÁFICO

Pese a la tendencia decreciente de los accidentes de tráfico en cualquier parte de la Unión Europea de los 25, la mortalidad, morbilidad y los costes económicos que se derivan es un aspecto bastante preocupante en la sociedad actual. Las proyecciones que se han hecho estiman que la carga de la morbilidad por esta causa, situada al 2002 en el octavo lugar, pasará a ocupar el cuarto.

Actualmente se pretende resolver este problema desde muchas perspectivas y no sólo desde el punto de vista sanitario; las medidas han de emprender un cariz de pluralismo que abarque el ámbito del transporte, el urbanismo, la educación y el tiempo de ocio entre otras. Esta inclinación se plasma en el programa sanitario de la UE 2008-2013 bajo el lema "Salud en todas las políticas".

Según los datos de estudios preliminares realizados a nivel nacional, desde la implantación del sistema de carnet de conducir por puntos (1 de julio del 2006), ha disminuido la mortalidad en carretera de manera importante.

En Baleares desde el año 2003 se ve un descenso notable de accidentes con víctimas, víctimas y muertes situándose en las cifras más bajas de accidentalidad y de víctimas entre los años estudiados. Sin embargo, la mortalidad todavía es alta. Según el IBESTAT, el año 2006, la tasa bruta de mortalidad fue de 9,6 muertes por 100.000 habitantes, superior en hombres (15,5/100.000 habitantes) que en mujeres (3,6/100.000 habitantes). El 50% de los muertos por accidente de tráfico tenía entre 10 y 44 años y, en la franja de edad entre los 10 y los 34 años fue la primera causa de muerte.

La DGSP y el Ib-salud han hecho un estudio para conocer el perfil y las lesiones de las personas que habían sufrido un accidente de tráfico suficientemente grave como para ingresar en un hospital de la red sanitaria pública de las Islas. Así sabemos que en el periodo comprendido entre los años 2005 y 2006 ingresaron de manera urgente 1.678 personas con alguna lesión a causa de un accidente de tráfico. Tres de cada cuatro ingresados fueron hombres (74,8% respecto un 25,2% de mujeres). La mitad de los accidentados eran menores de 30 años. Dentro de este grupo, el 40,3% tenían entre 15 y 29 años.

El tipo de lesión más frecuente fueron fracturas (65,8%) y en segundo lugar lesiones internas (22,6%). Las regiones anatómicas más afectadas fueron las extremidades seguidas de las lesiones traumáticas cerebrales.

La mitad de los ingresados sufrieron lesiones moderadas y, un tercio, lesiones graves (34,1%); el porcentaje de lesiones muy graves es superior entre los hombres (6,2%) que las mujeres (3,9%).

Más de la mitad de las lesiones más graves afectaban a la cabeza y cuello y un 29,0% se localizaron en el tórax. Casi la mitad de las lesiones muy graves eran internas mientras que tres de cada cuatro lesiones moderadas eran fracturas.

El tipo de usuario que se atendió en mayor frecuencia fueron los motoristas (33,7%). Más de la mitad de los motoristas eran jóvenes entre 15 y 29 años y mayoritariamente hombres.

La estancia mediana de los lesionados por accidentes de tránsito fue de 8 días. Un 2,6% murieron durante su estancia en el hospital (83,7% hombres y 16,3% mujeres). El 16,3% murió en las primeras 24 horas de hospitalización. Un 41,9% de los muertos tenía menos de 30 años y un 27,9% más de 60.

El coste económico de los lesionados por accidente de tránsito supuso el 1,6% del coste total de los ingresos hospitalarios. En término medio un ingreso hospitalario por un accidente de tránsito supone un gasto de 5.300.

3.1.5 . ENFERMEDADES DE DECLARACIÓN OBLIGATORIA

Los casos detectados en la mayoría de las enfermedades de declaración obligatoria de moderada o alta incidencia durante el 2008 se han mantenido dentro los límites esperados o por debajo de estos y sólo siete enfermedades han presentado una incidencia por encima de la esperada (sífilis, fiebre exantemática mediterránea, fiebre recurrente por paparas, otras hepatitis víricas -incluye C y delta- y legionelosis). (Véase el cuadro III-27).

Con respecto a las enfermedades incluidas en programa de vacunación sistemática, la enfermedad meningocócica, con 18 casos y tasa de 1,7 casos por 100.000 habitantes, ha estado dentro los límites esperados o por debajo de estos; se ha detectado un solo caso de sarampión autóctono; la parotiditis, que en los años anteriores había causado brotes y epidemias importantes, ha disminuido considerablemente, con 35 casos, 69% menos que la media de los 5 años anteriores, y tasa de 3,3; la tos ferina ha aumentado ligeramente (9 casos y tasa de 0,8); la varicela, con 4.336 casos y una tasa de 404, se mantiene dentro los límites esperados; de hepatitis B se han declarado 16

casos (tasa de 1,5) y no ha habido ningún caso de enfermedad invasora por *Haemophilus influenzae*, de rubéola, tétanos ni poliomielitis. De las enfermedades prevenibles por vacunación e incluidas en calendario únicamente se han dado casos de parotiditis y tos ferina en personas que hubieran sido vacunadas (Véase el gráfico AIII-27).

En cuanto a otras enfermedades de transmisión respiratoria sometidas a vigilancia, la incidencia del gripe ha sido mediana, tanto con respecto a la temporada 2007-2008 (periodo que va desde la semana 40 de un año a la 20 del siguiente, aproximadamente octubre-mayo), con 555 casos, como el año natural 2008 (10.736 casos, tasa de 1.007 casos por 105). La tuberculosis, tanto la forma pulmonar (146 casos y tasa de 13,6) como el resto de formas clínicas (45 casos y tasa de 4,2), se ha mantenido dentro los límites esperados, más de la mitad de los casos tienen entre 25 y 49 años; los hombres representan el 65,4% de los casos y la proporción de hombres supera la media en los grupos de 25 a 64 años; los factores o situaciones de riesgo detectados con mayor frecuencia son el enoismo (13,6%), la infección VIH (13,1%), se tiene constancia de contacto con un caso de TB (8,4%) y ser UDVP (6,3%), el 44% de pacientes (84 casos) eran personas de origen extranjero, y de estos el 40,5% eran de Bolivia (19 casos) o Marruecos (15 casos), y de la resta se habían consignado 25 nacionalidades, con un rango de 1 a 7 casos por país. (Véase el gráfico AIII-28).

Con respecto a la legionelosis (transmisión vía aérea ambiental, no persona a persona), con 104 casos y una tasa de 9,7 casos por 105 habitantes, ha aumentado considerablemente respecto al periodo anterior, con un índice epidémico de 2,3 (Véase el gráfico AIII-29).

En Ibiza, 8 de los 17 casos estaban asociados a un brote, de forma que el aumento se puede atribuir a este, mientras que en Mallorca la mayoría de casos (73 de 81) eran pacientes que no se pudieron asociar a una fuente común de exposición con otros casos; la incidencia de Menorca (6 casos) ha sido ligeramente superior a la esperada, pero muy por debajo del resto de islas. De los 104 casos 42 eran turistas, 40 alojados a establecimientos de hostelería y 2 en domicilios particulares.

Las enfermedades de transmisión alimentaria y fecal-oral se han mantenido en incidencias muy bajas desde hace años gracias al saneamiento ambiental, aun cuando este año destacan los 5 casos de disentería bacilar. También ha sido baja la incidencia de las zoonosis: la leishmaniosis, con 11 casos y una tasa de 1, ha disminuido un 50% respecto de la mediana del quinquenio anterior y no ha habido ningún caso de brucelosis ni de triquinosis.

De lepra, enfermedad sometida a vigilancia especial por el OLMOS, no se ha comunicado ningún caso ni autóctono ni importado. Durante el 2008 no había ningún caso activo o en vigilancia.

Con respecto a las enfermedades de transmisión sexual y parenteral, la infección gonocócica ha quedado dentro de los límites bajos esperados (37 casos y tasa de 3,4) mientras que la sífilis ha seguido aumentando (99 casos, tasa de 9,2 y el índice epidémico de 1,48) y ha habido un caso de sífilis congénita; el resto de hepatitis víricas -epígrafe que incluye la C y la delta- han presentado un índice de 1,88, con 45 casos y una tasa de 4,2 con la máxima incidencia en Palma (tasa de 7,2) y el mayor aumento a las Pitiusas (IE de 6).

Respecto al sida y nuevos diagnósticos de infección por VIH, se debe decir que se va actualizando periódicamente, que la incidencia puede cambiar, en especial la de los últimos años más próximos a la actualización, por la incorporación de casos detectados con retardo y es también por este motivo por el cual se presentan datos agrupados de un periodo. Con respecto al sida, en los años 2003-2007 se van notificado 349 casos (302 en Mallorca, 15 en Menorca, 29 en Ibiza y 3 sin isla asignada). El 78,5% eran hombres. Aproximadamente el 70% de los casos tenía entre 30 y 50 años. El 40% de los hombres y casi la mitad de las mujeres tenían entre 30 y 39 años. Sólo dos casos eran de edad pediátrica. La media de edad de los casos no pediátricos era de 40 años (41 años por los hombres y 36 por las mujeres). La categoría de transmisiones más frecuentes fue la de UDVP, con 144 casos (41,3%) y la diferencia entre sexos era escasa: 40% entre los hombres y un 44% entre las mujeres. Un total de 72 casos eran de categoría heterosexual, de los cuales casi un 60% tienen "parejas múltiples" como subcategoría. Un total de 70 casos (20%) tenía el país de origen diferente en España.

Los nuevos diagnósticos de infección VIH desde el inicio del registro (enero 2003-junio 2008) han sido 519, el 76,3% de los cuales eran hombres. De los 519 casos, 447 correspondían a Mallorca, 27 a Menorca y 45 a Ibiza. Ningún caso tenía asignada Formentera como residencia del diagnóstico. Con respecto a la edad, sólo 2 casos tenían edad pediátrica y la media de edad de los 517 casos no pediátricos era de 38 años (rango 16-78), 39 los hombres (rango 19-78) y 35 las mujeres (rango 16-59). Respecto de la distribución por categorías de transmisión hace falta destacar que el primer grupo en importancia fue el de la transmisión heterosexual (174 casos; 33,5%) seguido de la categoría homosexual-bisexual (105 casos; 20,2%) y UDVP (86 casos; 16,6%); hay 152 casos sin categoría asignada. Por los hombres la categoría heterosexual supuso un 27,8% de los casos (la mitad por parejas múltiples), la homosexual un 26,5% y la de UDVP un 17%. En las mujeres, la categoría heterosexual representaba un 52% (un tercio por pareja con sida o VIH) y la de UDVP un 15%. Había 515 casos con país de origen conocido, distribuidos en 7 regiones de origen; las más frecuentes son la Unión Europea, incluida España (71%), el África subsahariana (13,5%) e Iberoamérica (11,8%). Los casos de origen español presentan un porcentaje considerablemente más alto de la categoría UDVP (21,9 vs 6,6) y más bajo del heterosexual (26,6 vs 47) que los de origen extranjero.

Una parte de los casos detectados de las enfermedades de declaración obligatoria eran importados, es decir, pacientes diagnosticados a las Islas Baleares con origen de la infección a otro lugar; estos casos no se han incluido en el análisis anterior. En 2007 el número total de estos casos fue de 38. En el

cuadro 5 se presentan los casos detectados y la comparación con el quinquenio anterior. Destacan la disminución del paludismo (8 casos, IE de 0,33) y de la tuberculosis respiratoria (7 casos, IE de 0,70) y el aumento de la hepatitis A (8 casos, IE de 2) y la legionelosis (8 casos, IE de 2,67).

Brotos epidémicos:

a) Brotos de origen alimentario: En 2008 se detectaron 11 brotes de transmisión alimentaria, un número mucho más bajo que en los años precedentes (IE 0,40) y todos tuvieron lugar en Mallorca. El total de personas afectadas fue de 39, con 8 ingresados. Los brotes de carácter colectivo habían sido 7, y los familiares 4. Se identificó el alimento en 7 brotes (huevo y conservas industriales, 2 brotes, productos de pastelería, pescado y agua de un depósito, 1 brote). Los agentes implicados fueron la Salmonella y la histamina (2 brotes) y E. Cuele y estafilococos (1 brote); a 4 brotes no se identificó agente.

b) Brotos de origen no alimentario: Dentro de este epígrafe se agrupan todos los brotes que se transmiten por mecanismos diferentes al alimentario o hídrico y, por lo tanto, la etiología como la presentación clínica y el patrón de transmisión son heterogéneos. Se incluyen también brotes por ingesta accidental de agentes tóxicos o infecciosos que no eran presentes como contaminantes de alimentos o de bebidas (ingesta accidental de agua de baño contaminada, intoxicaciones por medicamentos y sustancias psicoactivas). En el año 2008 se detectaron 26 brotes no alimentarios, 20 en Mallorca, 2 en Menorca y 4 a las Pitiusas, con un total de 190 afectados y un promedio de 7 afectados por brote. Al comparar el número de brotes con la media del quinquenio anterior resulta un índice epidémico de 0,80, un 20% más bajo de lo esperado. También bajó el número de afectados respecto del quinquenio anterior, con un 33% de afectados menos de lo esperado. El mecanismo de transmisión más frecuente fue el respiratorio, con 13 brotes y 37 afectados, cosa que representa una disminución (media del quinquenio anterior: 17 brotes y 107 afectados); la mayoría de brotes de esta clase eran microepidémias familiares de tuberculosis con dos o tres casos. Sigue en frecuencia la transmisión fecal-oral con 5 brotes, igual que la media de los años anteriores, pero con un aumento del número de afectados (118, IE 1,59), a causa sobre todo de un brote con 71 casos en una residencia geriátrica. Destaca la disminución de la parotiditis, que presentó un número de brotes parecido a los años anteriores pero con una disminución importante del número de afectados. Hace falta mencionar también un brote por intoxicación aguda por cánnabis por vía digestiva a 5 adolescentes que habían acudido a un concierto; en alguno de los casos se les detectó también otras sustancias psicoactivas.

3.1.6. INTERRUPCIONES VOLUNTARIAS DEL EMBARAZO

En el 2007 (último año en qué ya se dispone de la información completa) el número de abortos voluntarios a las Islas Baleares fueron 3.494 y la tasa de 15

a 45 años fue de 14,6 por 1.000. La incidencia de las IVE en las Islas Baleares se mantiene muy por encima de la media nacional y ha ocupado el primero entre las comunidades autónomas, hasta en los últimos dos años en que ha sido superada por Madrid (Véase el gráfico AIII-30).

La media de edad fue de 27,5 años, con un rango de 13 a 48 años. La distribución por grupos de edad se muestra a continuación; la mayor incidencia correspondía a las mujeres de 20 a 24 años y destaca la tasa de las más jóvenes, que desde hace años se mantiene más elevada que la media (Véase el cuadro III-28).

La mayoría de las mujeres (66,7%) eran solteras y cerca de la mitad (50,8%) vivían con una pareja. El nivel de instrucción más frecuente fue el de 2º. grado (el 35,9% de 1r. ciclo y el 32,7% de 2n. ciclo). El 76,4% tenía ingresos propios y el 74,6% trabajaba. El 51,2% ya tenía algún hijo y el 22,8% ya se había sometido a alguna IVE anteriormente. Habían utilizado algún servicio de planificación familiar el 76,1%, con más frecuencia público. El 46,3% de las mujeres habían sido informadas de la posibilidad de la IVE en lugares diferentes a centros sanitarios. El motivo fue materno en el 96,8% de los casos y la media de semanas de gestación en el momento de la intervención de 8,4. El 83,% de las intervenciones se hicieron en centros privados de las Islas Baleares, el 3,7% a centros públicos y un 12,5% fue en centros de otras comunidades autónomas.

El lugar de origen de la mujer se conoce en los casos en que la IVE se ha realizado en las Islas Baleares. Las mujeres de origen extranjero supusieron el 45,8% del total (1.400 mujeres). La mayoría de mujeres de origen extranjero eran de Iberoamérica (58,8%) o de la Unión Europea (24,9%) y las 5 nacionalidades más frecuentes fueron: Bolivia (21,1%), Ecuador (11,1%), Rumanía (6,8%), Colombia (5,7%) y Argentina (5,6%); en total había mujeres de 70 nacionalidades. Aun cuando la media de edad de las mujeres extranjeras y españolas fue similar, la distribución presentaba algunas diferencias en el grupo de 15 a 19 años, con porcentajes más bajos para las extranjeras, y en el de 25 a 29, con mayor proporción para las españolas.

3.1.7 . MORTALIDAD¹⁶

Cada año mueren a las Islas Baleares más de 7.000 personas. Concretamente en el año 2007 murieron 7.233 (3.812 hombres y 3.421 mujeres). La esperanza de vida al nacer en el periodo 2005-2007 fue de 86,4 años por las mujeres y de 79,1 para los hombres. Los tumores fueron la primera causa de muerte en los hombres, seguida de las enfermedades del sistema circulatorio, mientras que en las mujeres la primera causa son las enfermedades del sistema circulatorio y la segunda los cánceres. Dos de cada tres hombres y dos de cada tres

¹⁶ Sobre el análisis de la mortalidad desde el punto de vista demográfico ver el apartado 2.2.3.

mujeres de Baleares mueren por una de estas dos causas. En tercer lugar, y a más distancia, se sitúan las enfermedades del aparato respiratorio tanto en hombres como en mujeres. En cuarto lugar se sitúan las causas externas en los hombres y las enfermedades del sistema nervioso en las mujeres, que desde el año 2000 se han incrementado de manera importante. (Véase el cuadro III-29)

Por grupos de edad, las causas externas constituyen la primera causa de muerte a las Islas Baleares entre los 5 y los 39 años en los hombres y entre el año y los 35 años en las mujeres. Los tumores son la primera causa de muerte entre los 40 y los 75 años en los hombres y entre los 35 y los 75 en las mujeres, y las enfermedades del sistema circulatorio son la primera causa de muerte en ambos sexos a partir de los 75 años.

La evolución de las tasas ajustadas de mortalidad de Baleares muestra desde finales de los años 90 una leve tendencia descendente, tanto en mujeres como en hombres (Véase el gráfico AIII-31).

Si comparamos Baleares con el conjunto de España, vemos que las tasas siguen la misma tendencia, tanto en hombres como en mujeres (Véase el gráfico AIII-32).

Con respecto a los principales grupos de enfermedades, se observa que la mortalidad por enfermedades del sistema circulatorio ha seguido una tendencia descendente importante tanto en las mujeres como en los hombres. Esta disminución es más importante en las enfermedades cerebro vasculares que en las coronarias en los dos sexos. En cambio, la mortalidad por tumores se mantiene globalmente estable, pese a que la mortalidad por cáncer de mama en las mujeres y por cáncer de pulmón y de próstata en los hombres disminuye (Véanse los gráficos AIII-33 y AIII-34).

3.2. LOS SERVICIOS SANITARIOS

El sistema sanitario de las Islas Baleares es un sistema singular, que se caracteriza por la insularidad y la alta presencia de población con doble aseguramiento, puesto que ha de atender tanto una población residente con constante crecimiento como una importante población flotante, el que condiciona la estructura de la oferta asistencial. Por esto, en el presente apartado de servicios se ha intentado evidenciar esta estructura, desde los diferentes ámbitos en que se manifiesta.

En este marco, la actividad asistencial experimentó un crecimiento sostenido, aun cuando en términos generales menos intensos que el año anterior. Por su parte, la financiación insuficiente de la salud continuó generando déficit. Mientras tanto, se publicaron a lo largo de 2008 un gran número de decretos en materia de salud y se llevó a término intensa actividad en formación, investigación e innovación sanitarias.

3.2.1 FINANCIACIÓN DE LA SALUD

A la hora de hablar de financiación atañe en primer lugar aproximar el gasto en servicios de salud que se produce en las Islas Baleares. Por lo tanto, cuando nos referimos al gasto sanitario, hace falta considerar, a parte del gasto público, el gasto que realizan los ciudadanos a partir de su renta disponible, esto es, una vez descontados los impuestos de su renta sucia. A este gasto lo denominamos gasto privado y se puede estimar a partir de los conceptos de gasto relacionados con la sanidad que nos proporciona la Encuesta de Presupuestos Familiares del INE. El flujo del gasto sanitario de las Islas Baleares se aproxima [al gráfico AIII-35](#).

El esquema pone de relieve que del total de gasto sanitario a las Baleares, un 71% se realiza en el sistema público y el resto en los centros de titularidad privada. De una parte, el gasto sanitario público se destina a la atención primaria (30%) y sobre todo a la atención hospitalaria (63%). El gasto con atención especializada pública se presta en un 93% a partir de medios propios mientras que el 7% restante correspondió a la actividad concertada, esta últimos también cubierta con proveedores privados de seguro sanitario.

Por otra parte, el gasto sanitario privada, no cubierto por el Estado, supuso un gasto por cápita de 475 millones de Euros, el 29% del gasto total. Este porcentaje se debe relacionar con el volumen de población con seguro privado a las Islas Baleares, que proporcionalmente es el más alto de todas las comunidades autónomas (ver apartado 3.2.3. del aseguramiento sanitario).

Por su parte, tradicionalmente el gasto farmacéutico pública por habitante desde el año 1991 se sitúa por debajo de la media estatal, según el Instituto Nacional de Estadística y, concretamente, el año 2008 está a la cola de las Comunidades Autónomas, con 197 euros por habitante. ([Véase el gráfico AIII-36](#))

Es evidente que distintos factores explican la divergencia de gasto farmacéutico entre regiones, como por ejemplo el porcentaje de gente grande, el PIB per cápita o la población mutualista.

Con todo, el gasto sanitario público por habitante se situó todavía lejos de la media española, que se encuentra en los 1.331 euros por cápita el año 2007¹⁷. Esto explica que los hospitales de titularidad privada históricamente hayan desarrollado un papel supletorio ante una red pública que hasta hace pocos años era claramente precaria, a parte de la influencia que haya podido tener el progreso socioeconómico de la población balear.

Así, con respecto a la financiación pública de la sanidad, existe consenso respecto a los problemas financieros que sufren las comunidades autónomas¹⁸.

¹⁷ Según los datos que publica el Ministerio de Sanidad y Política Social el 2007, sujetos a revisión.

¹⁸ El sistema de financiación de las comunidades autónomas de régimen común, regulado por la Ley 21/2001, prevé tanto la financiación de los servicios comunes como la financiación de la gestión de los servicios de sanidad y de los servicios sociales de la Seguridad Social.

En el caso de las Islas Baleares, este hecho se puede concretar en tres puntos clave:

- Se trata de un modelo de financiación estática que no recoge el incremento de población experimentado a partir del año 1999. En este sentido, según el Instituto Nacional de Estadística, la población creció en España entre los años 2000 y 2008 un 14,0%, mientras que a las Baleares lo hizo en un 26,9%, tasa de aumento prácticamente el doble de la media estatal.
- El modelo no considera la población flotante. El contingente de personas que visitan las islas a lo largo del año, la denominada población flotante, supone una carga mediana diaria de cerca del 30% de la población permanente¹⁹.
- Por último, destacar los condicionamientos derivadas de la insularidad y el importante sobrecoste que esta circunstancia implica. Además, se debe considerar la doble insularidad de Menorca e Ibiza y la triple insularidad de Formentera.

El gasto sanitario, en términos de presupuesto ejecutado, correspondiente a 2008 fue de 1.268 millones de euros, cosa que representa un incremento del 7,9% respecto del ejercicio anterior. De esta forma, en los últimos cinco años el gasto sanitario a las Islas Baleares ha crecido un 50%.

Si se analiza el presupuesto ejecutado por el Servicio de Salud por capítulos, se observa que los gastos de personal y los gastos en bienes y servicios concentran el 78% del gasto, destacando además el importante aumento de las transferencias de capital (**Véase el cuadro III-30**).

3.2.3. EL SEGURO SANITARIO

El número de personas con tarjeta sanitaria a las Islas Baleares a finales de diciembre de 2008 ascendieron hasta el 1.015.123. Alrededor de una quinta parte de los titulares de las tarjetas fueron de origen extranjero y, como es habitual en los últimos años, esta proporción siguió aumentando respecto al año anterior. Así, los extranjeros en las Islas Baleares representaron a 1 de enero del año 2008 el 20,8% de la población empadronada, tres décimas más que el año anterior, porcentaje muy superior a la media española (11,4%).

Las Baleares encabeza, según los datos de la Encuesta Nacional de Salud, el ranking de comunidades autónomas con cobertura sanitaria mixta, con una cuarta parte de la población que tiene. (**Véase el gráfico AIII-37**).

Este porcentaje es casi el doble de la media estatal y es todavía más la diferencia si se compara con otras comunidades autónomas con renta per

¹⁹ Mateu, J.; Riera, A. «Un indicador diario de presión humana para las Baleares». Monográficos CRE, núm. 9, 2006.

cápita similar o incluso superior a la de las Baleares, como Navarra o La Rioja. (Véase el gráficos AIII-38)

Además de esto, se debe tener en cuenta que muchas de las personas que visitan las Islas disfrutan de seguro vinculado al viaje, lo cual en caso de necesitarlo se utiliza fundamentalmente a la red sanitaria privada.

3.2.4. LOS RECURSOS ASISTENCIALES

Los recursos asistenciales que se disponen para hacer frente a esta población residente y flotante existente de las Islas, son los de atención primaria y de atención hospitalaria pública y privada.

Con respecto a los recursos de atención primaria, la mayoría son de titularidad y de gestión pública. Mientras tanto, los recursos atención hospitalaria comprenden los 10 hospitales público, (7 de agudos, 2 por término medio y larga estancia y 1 psiquiátrico) y los 13 hospitales privados (10 con ánimo de lucro y 3 sin ánimo de lucro).

3.2.4.1 Los recursos de atención primaria

La red de Atención Primaria en las Islas Baleares consta de 55 equipos de atención primaria que trabajan en 55 centros de salud y a 104 unidades básicas de salud (UBS); 5 servicios de urgencias (SUAP) y 26 puntos de atención continuada (PAC) (Véase el cuadro III-31).

A lo largo del 2008 se han abierto 4 centros de salud (2 en Mallorca, 1 en Menorca y 1 a las Pitiusas).

El número de personas que trabajaron en atención primaria en las Islas Baleares sumaron un total de 3.200. En plantilla fueron 2.417. Por colectivos, un 35,5% de los profesionales son médicos, un 36,4% son enfermeros y auxiliares de enfermería y el resto (28,1%) se encuentra constituido por otras profesionales.

3.2.4.2 Los recursos de la atención hospitalaria.

Los hospitales de las Islas Baleares se pueden clasificar desde dos perspectivas, según su titularidad (entre públicos y privados, con y sin ánimo de lucro) o según su finalidad, en hospitales generales, hospitales de salud mental y hospitales por término medio y larga estancia, atendiendo al Real decreto 1277/2003 por el cual se establecen las bases generales sobre la autorización de centros, servicios y establecimientos sanitarios. La normativa actual define a los hospitales generales como los hospitales destinados a la atención de pacientes afectados de patología aguda, a los hospitales de salud mental como hospitales destinados a proporcionar diagnóstico, tratamiento y seguimiento de pacientes con enfermedades mentales, y a los hospitales por término medio y larga estancia como hospitales destinados a la atención de pacientes que precisan de curas sanitarias, en general de baja complejidad, por procesos

crónicos o por pacientes con grado de movilidad reducida (Véase el cuadro III-32).

El cuadro III-32 dibuja el escenario del sistema sanitario balear, diferenciado del resto de comunidades autónomas, como se ha comentado, por la alta presencia de población con doble seguro (residente y flotante) y de hospitales de titularidad privada.

En la parte superior del cuadro se encuentran los 7 hospitales de titularidad pública clasificados como generales, que conforman el grueso del sistema sanitario balear de agudos (IB-Salud). Hace falta tener en cuenta que la oferta pública hospitalaria se amplió en gran medida a partir del año 2007, con la apertura del Hospital Comarcal de Inca, el Hospital Mateu Orfila y el Hospital de Formentera. Con todo, en la isla de Mallorca se concentran 4 hospitales públicos agudos, los dos más grandes situados en la ciudad de Palma - Son Dureta y Son Llàtzer- y a la espera de inaugurarse el nuevo Hospital de Son Espases. Menorca, Ibiza y Formentera disponen de uno para cada isla.

El otro subgrupo de hospitales públicos lo constituyen los hospitales de media y larga estancia y el único hospital de salud mental, todos estos ubicados en Mallorca, excepto Cas Serres en Ibiza que, aun cuando está clasificado como un hospital, funcionalmente es una residencia geriátrica.

En la parte inferior del cuadro se encuentra integrado por los hospitales de titularidad privada, con y sin lucro, más numerosos que los públicos (13 en total por 10 de públicos) pero de menor dimensión global y concentrados sobre todo en Palma. Según su finalidad, se dividen con ánimo de lucro y sin ánimo de lucro, aunque esta distinción es difusa. De todas maneras, los hospitales sin afán de lucro, gracias a los conciertos son de uso mayoritariamente público.

A finales de 2008 se cerraron 2 centros privados, la Clínica Menorca S.L. y el Hospital de Alcúdia (tal y como se indica en el cuadro), mientras que la antigua Clínica Femenia pasó a denominarse Clínica Bellver.

Los hospitales públicos generales, de agudos, presentan tanto una mayor dotación de infraestructuras como de trabajadores, mientras que la dotación de alta tecnología, exceptuando algunos casos como por ejemplo los equipos de hemodiálisis, está muy repartida entre los hospitales de titularidad privada y pública.

De esta manera, el parque de camas instalado en las Baleares fue de 3.424 a lo largo de 2008, de los cuales el 51,7% correspondieron a hospitales generales públicos, el 4,8% a hospitales de media y larga estancia, el 4,3% al hospital psiquiátrico, el 27,5% por hospitales privados con ánimo de lucro y el 7,1% por hospitales privados sin ánimo de lucro, estos últimos en parte se deben contabilizar como de uso público fruto de los conciertos establecidos. Los hospitales de agudos conforman, pues, la gran mayoría de la infraestructura de la asistencia en atención especializada

Con respecto al número de trabajadores del sistema sanitario, aproximadamente el 36% se sitúa en la red privada. La estructura del personal que trabaja en el sistema público y privado es diferente. Así, en los centros hospitalarios del IB-Salud un 15,8% de los profesionales son médicos, un 30,7% enfermeros, un 29,0% se clasifican como ayudantes sanitarios -básicamente auxiliares de enfermería-, un 22,7% personal no sanitario, propio o vinculado, y el resto constituyen otros profesionales, entre estos los farmacéuticos. Mientras tanto, en la red privada un 33,4% de los profesionales que trabajan son médicos, aun cuando hace falta tener en cuenta que la media de horas trabajadas es significativamente menor que en la pública, y un 21,7% enfermeros.

Con respecto al equipamiento tecnológico, se distribuye entre hospitales públicos y privados según el gráfico AIII-39.

En los hospitales de titularidad privada destaca la alta concentración de equipos de litotricia renal, de salas de hemodinámica y de equipos de resonancia magnética. Mientras que a la red hospitalaria pública se ubica la única bomba de cobalto que se dispone en la comunidad autónoma y dispone de la gran mayoría de salas de hemodiálisis y de incubadoras.

La singularidad del modelo asistencial balear se caracteriza por la alta presencia de tecnología en la red privada y tiene su traslación en términos de comparación territorial en que en las Islas Baleares hay más dotación de alta tecnología, por millón de habitantes, que en el resto de España, como se observa en el gráfico AIII-40.

3.2.5 LA ACTIVIDAD ASISTENCIAL

En este subapartado se trata la actividad asistencial, que se divide en los ítems siguientes: la actividad de atención primaria, la actividad hospitalaria, las listas de espera quirúrgica y las consultas. Los hospitales de media y larga estancia i el hospital psiquiátrico, y los transportes y las dotaciones de sangre y órganos.

3.2.5.1 La actividad de la atención primaria

En la red de Atención Primaria de las Islas Baleares se atendieron a lo largo de 2008 un total de 7.413.591 visitas, un 2,3% más que el año anterior. Este incremento se explica por el significativo ascenso de las visitas en pediatría (6,4%) y en enfermería (3,7%), puesto que el número de visitas en medicina general experimentó un crecimiento por debajo del 1% (Véase el cuadro III-33).

Paralelamente, con respecto a la media de visitas por habitante y año (frecuentación), se mantuvo la tendencia bajista que se viene registrando desde 2005 por el que se refiere a los médicos de familia en situarse en las 4,35 visitas por habitante y año. Por el contrario, con respecto a los pediatras y al personal de enfermería, esta ratio aumentó en relación al año anterior, hasta

lograr las 4,77 y 2,57 visitas por habitante susceptible de ser atendido y año, respectivamente.

Por su parte, los médicos de familia siguieron siendo el colectivo que atendió más consultas por día, hasta llegar a las 32,5 por término medio diario por médico. Mientras tanto, las consultas por facultativo y día en el caso de los pediatras se situó en las 22,2 por término medio y de los enfermeros en el 19,5.

Con respecto a la localización de las visitas, por término medio sólo 0,25 veces cada día los médicos de familia se desplazaron al domicilio del paciente, aun cuando con respecto al colectivo de enfermería esta proporción asciende hasta las 0,83 veces por día. Las visitas a domicilio en el caso de la pediatría son prácticamente inexistentes.

3.2.5.2 La actividad hospitalaria.

La estructura del sistema sanitario balear se refleja también en la actividad hospitalaria, donde el sector privado tiene una presencia más o menos intensa dependiendo del tipo de actividad que se lleva a término.

De hecho, se puede comprobar cómo las implicaciones de gestión son las que determinan las diferencias entre los hospitales públicos generales de agudos y los hospitales privados. Los hospitales de media y larga estancia, debido a su finalidad, funcionan a partir de un engranaje distinto.

Así, mientras que los ingresos hospitalarios están prácticamente equilibrados entre ambos sectores el número de estancias resulta ser fuertemente superior a la sanidad pública. Esto se explica por la mayor rotación existente en los hospitales privados con ánimo de lucro, dónde la estancia media de los pacientes es menos de la mitad que en los públicos (3,2 días frente a los 7,1 de los públicos). Ahora bien, se debe tener en cuenta el tipo de ingreso y su presunta menor complejidad.

Mientras tanto, más de la mitad de las intervenciones quirúrgicas programadas se realizan en el sector privado, aun cuando parte de esta actividad está concertada. Esto, no tan sólo se debe a la alta dotación tecnológica de los hospitales privados, sino también a la más alta frecuencia en la utilización de esta tecnología por parte de los privados respecto a los públicos. Por el contrario, las intervenciones quirúrgicas urgentes las realiza mayoritariamente el sector público.

Por su parte, es en los hospitales públicos dónde se producen el mayor número de nacimientos (de los 12.454 nacidos a centros hospitalarios, 9.101 fueron en la pública y 3.353 en la privada). Asimismo, en los hospitales públicos se realizan un porcentaje significativamente menor de cesáreas (sólo el 21% frente el 33% de la privada). Este porcentaje también es inferior en comparación con el conjunto de hospitales públicos del Estado español, que es del 22,1%.

En cuanto a la actividad ambulatoria, tanto las primeras consultas como las urgencias presentan porcentajes de actividad ligeramente superiores a la sanidad pública que a la privada. Aún así, no se disponen de datos de la complejidad de los pacientes atendidos en los dos dispositivos asistenciales.

Comparando con el conjunto del Estado, la mayoría de indicadores de actividad en términos por cápita son más altos a las Baleares, lo cual puede ser provocado por la mayor accesibilidad al sistema en el caso de los habitantes de esta región y por el alto volumen de población no permanente que soporta el territorio insular. (Véase el gráfico AIII-41)

En cuanto a su evolución, la actividad hospitalaria a los hospitales públicos manifestó un ascenso moderado, tras el fuerte aumento experimentado el año anterior, de acuerdo con el que muestran prácticamente todos los indicadores disponibles (Véase el cuadro III-34).

Así, el número de camas funcionando experimentó un aumento del 1,4%, hasta lograr los 1.837. Paralelamente los ingresos y las estancias crecieron un 4,4%, de forma que el porcentaje de ocupación de las camas hospitalarias pasó del 79,3% del 2007 al 81,6%. El número de partes creció un 11,0%. La actividad al área quirúrgica patentizó también un crecimiento bastante pronunciado, del 8,5%, atribuible al incremento de las intervenciones programadas, dado que las intervenciones quirúrgicas urgentes experimentó un descenso del 3,4%. Finalmente, el número de urgencias ascendieron un 3,4%. El porcentaje de urgencias que hubieron de ingresar en el hospital se situó en el 11,8%, siete décimas más que el año anterior.

Por su parte, la actividad en los hospitales privados con ánimo de lucro se contrajo en el área de hospitalización, debido al cierre a lo largo del año de la Clínica Menorca S.L. y el Hospital de Alcúdia. Así, el número de camas funcionando van ser 27 menos que el año 2007 y las altas y las estancias descendieron un 3,8% y 14,6%, respectivamente. Con respecto al área ambulatoria, el número de personas atendidas al servicio de urgencias disminuyó un 11,7%, aun cuando, por el contrario, las consultas externas colapsaron un repunte significativo (18,5%). En el bloque quirúrgico, las intervenciones programadas aumentaron un 1,3%.

3.2.5.3 Listas de espera quirúrgica y consultas

Por analizar la evolución de las listas de espera se debe tener en cuenta que desde el 2007 se realizó más actividad asistencial, de consultas externas y quirúrgicas. El concepto de listas de espera se ha de ir modificando en un concepto no tan numérico sino más cualitativo y de gravedad del proceso (no es lo mismo un proceso quirúrgico por un cáncer que un proceso benigno cutáneo, por ejemplo). En este sentido se está haciendo un esfuerzo cualitativo por agilizar los procesos quirúrgicos oncológicos.

Así, si se analizan tan sólo las listas de espera quirúrgicas con datos de diciembre de 2008, sin considerar el aumento de actividad, estas se

incrementaron un 7,5% respecto al mismo mes del año anterior (Véase el cuadro III-35).

Sin embargo, dado que las intervenciones quirúrgicas programadas crecieron un notable 11,7%, aumento más intenso que el de las listas de espera, se reduce el porcentaje de pacientes con listas de espera sobre el total de intervenciones quirúrgicas programadas. De hecho, en las Baleares las intervenciones quirúrgicas por habitante son, en Catalunya, las más altas del Estado (Véase el gráfico AIII-42).

La demora media quirúrgica se situó en los 61,92 días, 1 día más que diciembre de 2007, aun cuando se situó por debajo del registrado durante el trienio 2003-2005. No hubo ningún caso que se demorara más de 6 meses. El tiempo medio de espera en los hospitales de agudos del Ib-Salud sigue siendo inferior al del conjunto de los hospitales públicos del Estado, que en diciembre de 2007 se situaba en los 74 días.

Hace falta insistir en que para obtener los datos de listas de espera se hace un corte puntual durante el mes de diciembre de cada año, con lo cual es más susceptible de experimentar variaciones provocadas por elementos diferentes a la tendencia subyacente respecto a cuando se analizan datos anuales.

3.2.5.4 Hospitales de media y larga estancia y hospital psiquiátrico.

El número de camas funcionando en media y larga estancia fue de un 5,1% del total de parque de camas de las Baleares y de un 4,6% con respecto al hospital de salud mental. La empresa pública GESMA (Gestión Hospitalaria de Mallorca) se encarga de la gestión del Hospital General y del Hospital Joan March, ambos de media y larga estancia, y del Hospital Psiquiátrico. Se tiene de anotar que dos hospitales privados están clasificados como hospitales de agudos o médico-quirúrgicos, pero una parte de su dotación de camas se destina a esta tipología de enfermos.

En los hospitales de media y larga estancia, durante el año 2008 dispusieron de 179 camas funcionando y un total de 53.351 estancias, lo que situó la ocupación en el 81,7%. (Véase el cuadro III-36)

Los 2.277 pacientes ingresados permanecieron, por término medio, 23,4 días en estos dos hospitales sociosanitarios. A lo largo del año se fueron cerrando los dos quirófanos que disponían, aunque aún así se llevaron a término 2.194 intervenciones quirúrgicas.

3.2.5.5 Los trasplantes y las donaciones de sangre y órganos

En este subapartado se analizan las dotaciones de sangre y las dotaciones de órganos.

3.2.5.5.1 Donaciones de sangre

Las donaciones de sangre a las Baleares a lo largo de 2008 superaron los registros de los años anteriores y situaron el nuevo máximo en las 41.185 donaciones. El crecimiento respecto al 2007 fue del 6,7% y de esta manera se ha roto, de golpe, la tendencia a retroceder que se observaba desde 2005. (Véase el gráfico AIII-43)

Por islas, el 73% de las donaciones se hicieron en Mallorca, el 12% en Ibiza y Formentera y el 9% en Menorca; mientras que el resto, un 7%, serían aféresis.

3.2.5.5.2 Donaciones de órganos.

Durante el 2008, en las Baleares hubo 38,2 donantes por millón de habitantes, un 19,4% más que el año anterior, pero todavía menor de los máximos logrados durante el trienio 2004-2006, dónde las tasas se situaron por encima de los 40 donantes por millón de habitantes (Véase el gráfico AIII-44).

A lo largo del año, tres hospitales generaron donaciones, Son Dureta, Menorca y Ca'n Misses. Del total de 41 donantes de las Baleares, se obtuvieron 126 órganos (75 riñones, 36 hígados, 8 corazones y 7 pulmones).

Paralelamente, el número de trasplantes renales también aumentó, hasta situarse en 46, frente los 28 del año 2007. Asimismo, la actividad global de implantes de tejidos y de donación de tejidos experimentó una alza generalizada de la actividad. (Véase el cuadro III-37)

3.2.6. FORMACIÓN, INVESTIGACIÓN E INNOVACIÓN EN MATERIA SANITARIA

En materia de salud, a lo largo del año se llevaron a término un gran número de actividades de formación, de investigación y de innovación.

Con respecto a la formación, hace falta destacar la actividad de la Comisión de Formación Continuada de las profesiones sanitarias, de la Consellería de Salud y Consumo, que ha revisado 676 actividades de formación el 2008 de las cuales 637 han sido acreditadas.

En formación sanitaria especializada, se ha dado formación a 381 residentes, se han acreditado 5 nuevas plazas de especialidades, y por la convocatoria 2008-2009 se ha realizado una oferta de 145 plazas de residentes.

En cuanto a la investigación, el gasto en el sistema de salud público de las Islas Baleares el año 2007 ascendió hasta los casi 11 millones de euros en concepto de investigación y desarrollo (I+D), con 556 personas que participaron, que si se contabilizan en términos de equivalencia en jornada completa, fueron 188. Esto supone el 12,6% del total del gasto generado en I+D a las Islas Baleares y el 12,1% de los profesionales dedicados a la investigación.

Esta investigación, se completa con la financiación externa, especialmente el que llega desde el Instituto de Salud Carlos III, el cual va destinado a apoyar a la estabilización de investigadores y de técnicos de apoyo y favorece la incorporación de grupos de investigación.

Por su parte, el Plan de Ciencia, Tecnología e Innovación de las Islas Baleares 2009-2012 identifica como una oportunidad la creación de un polo de I+D+Y de salud, con un eje principal (Son Espases, UIB, ParcBIT) con diferentes estructuras de investigación, empresas biotecnológicas y concentración del talento. En este sentido, es una línea prioritaria de este Plano el alineamiento de acciones de complicitad entre los campos de la Biotecnología, Biomedicina y Ciencias de la Salud con las tecnologías de la información y la comunicación (TIC).

Asimismo, se debe destacar la actividad de I+D que evalúa el Comité Ético de Investigación Clínica de las Islas Baleares. Este comité se creó el año 2000 para velar por el cumplimiento de la normativa en la experimentación de productos, sustancias, fármacos y técnicas diagnósticas o terapéuticas, en seres humanos, y, especialmente, para la seguridad, integridad y respecto de los derechos de los individuos que participan en los programas de investigación. Además, logra la evaluación de proyectos de estudio de fármacos ya comercializados para asesorar a la Consellería, que tiene la autoridad de permitir la realización de estos estudios a nuestra Comunidad.

El año 2008, se evaluaron 189 protocolos (111 ensayos clínicos, 63 proyectos de investigación y 15 estudios post-autorización). Del total de ensayos clínicos presentados, 88 se aprobaron, 3 se denegaron, 16 estaban pendientes de resolución y 4 se suspendieron. La evolución del número y evaluaciones de los ensayos clínicos presentados en los últimos 6 años (Ver cuadro III-16).

La innovación en la sanidad pública es uno de los ejes prioritarios de actuación, especialmente en el campo de las nuevas tecnologías de la Información y Comunicación (TIC). El Servicio de Salud de las Islas Baleares a lo largo de 2008 ha desarrollado varios proyectos por la mejora en accesibilidad, en seguridad del paciente, en sistemas de información y en gestión clínica, entre los que destacan los siguientes:

- La implantación en todo el territorio de la Receta Electrónica. Islas Baleares ha sido la primera Comunidad Autónoma del Estado en implantarla en el 100% de los Centros de Salud y Oficinas de Farmacia. Se ha logrado una buena cobertura en Ibiza y Formentera y buena progresión a las áreas en que la implantación es más reciente en abril de 2009 la cobertura se sitúa alrededor del 30% de los pacientes.
- Historia de Salud: herramienta de integración de toda la información sanitaria de los ciudadanos que permitió que esté disponible en cualquier momento por cualquier profesional sanitario de la Comunidad Autónoma con las pertinentes medidas de seguridad y confidencialidad. La Historia de Salud permite además tener registros de aspectos relevantes en materia de salud como es el de Voluntades Anticipadas.

Durante el año 2008 se ha iniciado la segunda fase de estos proyectos que consiste en Implantar la gestión Integrada de Procesos Asistenciales a través de la aplicación informática.

- Factoría de Información Corporativa: sistema de información integral del Servicio de Salud que permitió integrar la información de actividad e indicadores de calidad asistencial de todos los centros. Esta información disponible actualizada permitió una gestión de orientación clínica efectiva.

4. EDUCACIÓN

RESUMEN

El total de alumnos matriculados por niveles educativos el año 2008 es de 160.861, lo cual representa un incremento del 3'7% respecto al año anterior y un incremento de 5.720 alumnos. En cuanto a las tasas brutas de escolaridad, vale decir que a todos los niveles educativos no obligatorios se encuentran por debajo de las tasas estatales. En la educación infantil, la tasa bruta de escolaridad en las Islas Baleares es de un 11'8% y 88'7% en el primero y segundo ciclo respectivamente, mientras que en el Estado Español es de un 26,2% y 98'7%. En el primer ciclo la diferencia llega a los 14'4 puntos. En la enseñanza secundaria no obligatoria la tasa bruta de escolaridad es de un 58'0% (12'2 puntos menos que la tasa estatal).

La mayor parte de las nuevas matriculaciones se concentran en la educación primaria y en el bachillerato: 1.907 alumnos más en primaria y 1.849 en bachillerato. Los cambios en los otros niveles no son demasiado significativos. Además, este incremento se concentra básicamente en Mallorca. Mientras tanto, las modificaciones en Ibiza y Menorca en estos niveles no son demasiado representativas y están entre los 100 y los 300 alumnos. En los otros niveles y en el resto de islas la tendencia es hacia la estabilidad, y las oscilaciones tampoco son demasiado significativas.

La relación entre la gestión pública y privada es prácticamente la misma que el curso anterior: un 64,5% de la oferta educativa es pública y un 35,5% es privada. Se mantiene la tendencia de los últimos cursos; la oferta pública en el conjunto del Estado es 2,8 (3,3 al curso pasado) puntos superior a la oferta pública de la CAIB. Los centros privados concentran un 38,9% del alumnado de ESO (un 0,17% menos que al curso anterior), un 36,7% del alumnado de primaria (un 3,9% más que la media estatal) y un 36,8% del alumnado de segundo ciclo de educación infantil (5,2 más que la media estatal). La presencia de la gestión privada en los ciclos formativos es muy baja: los centros privados representan sólo un 12'9% del conjunto de la formación