

Condicions de vida i treball

TREBALL REMUNERAT

TREBALL NO REMUNERAT

ATUR

EDUCACIÓ

HABITATGE

MEDI AMBIENT*

SEGURETAT ALIMENTÀRIA*

SERVEIS SANITARIS*

Les Illes Balears tenen una economia que gira entorn del sector turístic. Per tant, és en aquest sector on estan ocupats la major part de treballadors de la comunitat autònoma, els quals tenen les característiques que majorment demanda la indústria turística: baixa qualificació —d'acord amb el pobre nivell d'educació dels ciutadans de les Illes— i ocupats estacionals —el que provoca unes taxes d'atur baixes durant els mesos d'estiu i altes durant els mesos d'hivern. Addicionalment, en bona part a conseqüència de la intensiva utilització del factor treball de la indústria turística, la taxa d'ocupació és més alta a les Illes Balears que la resta d'Espanya.

Per la seva banda, el treball no remunerat, com a la resta de l'Estat, no ha estat homogeni entre sexes, sinó que les dones dediquen més del doble de temps que els homes a les tasques de la llar i la família. Pel que fa al règim de l'habitatge, el percentatge de propietat a les Illes Balears és inferior a la mitjana espanyola.

Quant a l'atenció al medi, la qualitat de l'aigua per al consum humà és un dels problemes que més preocupen a la població de les Balears i l'asma, relacionada amb la qualitat de l'aire, és la primera causa de malaltia crònica a la infantesa. Pel que fa a la generació de residus sòlids, durant la darrera dècada se n'ha produït un augment, en paral·lel amb el creixement de la població resident, tot i que s'ha incrementat notablement el reciclatge. Les particularitats d'activitats alimentàries pròpies de les Illes Balears, amb elevada presència d'activitats de distribució d'aliments, de menjars preparats i de restauració, es tenen ben presents per desenvolupar les actuacions necessàries de seguretat alimentària (bàsicament control de risc, alertes alimentàries i programa d'implantació de sistemes d'autocontrol).

Pel que fa a l'àmbit de serveis sanitaris, les Illes Balears presenten característiques diferenciades respecte a la resta de comunitats autònomes, pel fet que disposen d'una de les més àmplies xarxes hospitalàries d'aguts de l'Estat, tant pública com privada, amb un nombrós grup de professionals i altament dotada tecnològicament, i per la menor dotació de l'atenció primària i dels hospitals de mitjana i llarga estada i de salut mental. La valoració dels ciutadans de les Balears del sistema sanitari es situa per sobre de la mitjana estatal i ha millorat substancialment durant la darrera dècada. Els treballs de planificació estratègica permetran seguir millorant la percepció del ciutadà i la salut de la població, tot incorporant-ne elements de racionalitat i eficiència.

* Per la seva complexitat i amb l'objectiu d'oferir una lectura més pràctica, aquests apartats es tractaran com a capítols independents i rebran una numeració específica.

El treball remunerat

1. Situació laboral

La població activa durant l'any 2009 era de 584.175 persones, 16.625 més que el 2008 la qual cosa suposa un increment anual del 2,9%. Aquest creixement fa que les Illes Balears siguin juntament amb les Illes Canàries les dues comunitats que més han vist augmentar la seva població activa. El creixement ha estat més notable en el cas de les dones, un 4,9% respecte al 2008.

Respecte a la taxa d'activitat de l'any 2009, la nostra comunitat autònoma presentava la taxa més alta del territori nacional (65,6).

El mercat de treball evolucionava, encara que molt lentament, cap a la integració de la dona amb una situació cada vegada més igualitària a la de l'home. Malgrat l'augment observat en la taxa d'activitat femenina (57,9%), la més elevada de l'Estat, aquesta es situava encara molt per sota de la masculina (73,4%).

Des del punt de vista de l'ocupació, encara que els resultats de població ocupada havien estat espectaculars durant les darreres dues dècades, a partir de 2006 es comença a observar un descens amb un balanç negatiu a partir de 2008, fet que no es registrava a la nostra comunitat autònoma des de 1992. Així, l'any 2009 s'observa un notable descens en el nombre de persones ocupades (29.602), és a dir, del -6,5 % (-6,1% segons l'Enquesta de Població Activa EPA). Per illes, la reducció de l'afiliació durant el 2009 ha estat generalitzada, tot i que més accentuada, com ja va passar el 2008, a Menorca (-7,7 %), seguida de Mallorca (-6,7 %) i les Pitiüses (-5,4 %).

Per sectors d'activitat, les dades de la Tresoreria General de la Seguretat Social mostren com tots els sectors han patit un descens en el nombre d'afiliacions respecte al 2008, fonamentalment el sector de la construcció, que perd 10.770 afiliacions, que en termes relatius equival a un 17,1 % seguit del sector serveis 4,8% i el sector industrial, amb un descens del 2,5 %.

En relació al conjunt de l'Estat, el pes del sector serveis a les Illes Balears està per sobre a l'igual que el sector de la construcció en detriment del sector agrícola i industrial (taula 1).

Taula 1. Percentatge d'ocupats per sector econòmic, respecte del total d'ocupats, 2009

	Espanya	Illes Balears
Agricultura	6,7	2,0
Indústria	13,4	7,0
Construcció	9,9	12,4
Serveis	69,6	78,6

Quant a l'ocupació per sexes, el període 2000-2009 presenta un balanç positiu en ambdós casos, sobretot en el cas de les dones, que augmentaven el seu pes sobre el total del 39,5 % l'any 2000 al 44 % el 2009. L'any 2008, el percentatge de població ocupada femenina va augmentar per sobre de la masculina. Aquest fet estava corelacionat amb el declivi en el sector de la construcció, activitat econòmica fortament masculinitzada. L'any 2009, per contra, els dos col·lectius presenten un descens en el nombre de treballadors d'alta; ara bé, és més pronunciat en el cas dels homes (-8,4 %) que en el cas de les dones (-4,2 %).

També era destacable l'important creixement del col·lectiu de treballadors estrangers, sobretot extracomunitaris des de l'any 2005. El 2007, un increment del 9,5% respecte al 2006, i l'increment del 2006 respecte al 2005 havia estat encara més gran: 18,8%. El 2008, mentre que l'afiliació entre els espanyols va baixar un 1,6 %, la dels estrangers va continuar pujant: un 5 % entre els comunitaris i un 1,4 % entre els extracomunitaris. En canvi, l'any 2009 el descens en el nombre de treballadors d'alta a la Seguretat Social ha estat generalitzat i en aquest cas han estat els estrangers els que se n'han emportat la pitjor part: no comunitaris (-13,1 %), comunitaris (-8,1 %), mentre que els de nacionalitat espanyola presenten un descens més suau (-5,6 %). La distribució segons el país de procedència havia variat espectacularment. L'any 2001, el 58,7% dels treballadors estrangers procedien de països de la UE, mentre que el 2009 el 57% provenien de països extracomunitaris, fonamentalment d'Equador.

Aquest canvi de situació laboral s'ha traduït en una reducció de la taxa d'ocupació que ha passat del 59,6% el 2007 al 58,2% el 2008 i al 53,8% el 2009, xifra similar a la de l'any 1999. En comparació amb la mitjana espanyola, la taxa d'ocupació de les Illes s'ha mantingut per sobre i encara es manté entre les comunitat autònoma amb la major taxa d'ocupació, per darrere de Madrid i Navarra.

Aquest descens afectava fonamentalment el col·lectiu d'entre 20 i 24 anys d'edat. Respecte a les dones, les Illes Balears són la comunitat autònoma amb la taxa d'ocupació femenina més elevada de l'Estat (després de Madrid).

2. Situació contractual

El 2009 (EPA 2009), el 24,9% del total d'assalariats havia tengut un contracte temporal (26,0% en homes i 23,8% en dones), percentatge lleugerament inferior a la mitjana nacional (25,4%).

El 74% de les contractacions el 2008 eren de durada indefinida i el 23,8% temporals. El 65,0% dels contractes indefinits eren de jornada completa i el 35% a temps parcial. La contractació registrada durant l'any 2009 ha experimentat un notable descens respecte al 2008 tant entre la contractació indefinida (-26,9%) com entre la temporal (-18,4%).

Les taxes de temporalitat eren més elevades quan la jornada era a temps parcial que quan era jornada completa. Una anàlisi de la temporalitat per grups d'edat ens mostrava unes taxes més elevades de temporalitat entre els més joves, en especial entre els 16 i 19 anys i varen disminuir a mesura que augmentava l'edat.

Quant als salaris, l'increment salarial mitjà, pactat a través dels diferents convenis sectorials de les Illes per a l'any 2010, va ser de l'1,76%, xifra per sota de la mitjana nacional (2,12%).

Per últim, el 12,2% dels treballadors de les Illes considerava que ho va fer en un entorn perillós (CIS 2006), percentatge superior a la mitjana nacional (8,9%). Quant al nombre d'hores treballades, el 14,4% de les persones treballa més de 48 hores setmanals; valor per sota de la mitjana nacional, el 16,6%. El percentatge de persones que treballava els caps de setmana o ho va fer per torns era més elevat que la mitjana nacional. El percentatge de treballadors amb horari nocturn era menor.

3. Situació professional

A la taula 2, es mostren les categories ocupacionals dels treballadors de la nostra comunitat autònoma al darrer trimestre de l'any 2009 (EPA 2009).

Taula 2. Categories ocupacionals dels treballadors de les Illes Balears, darrer trimestre 2009

	Home (%)		Dona (%)	
	Total nacional	Illes Balears	Total nacional	Illes Balears
Direcció de les empreses i de l'administració pública	9,5	8,6	6,0	5,6
Tècnics i professionals científics i intel·lectuals	11,2	6,9	16,9	11,9
Tècnics i professionals de suport	11,7	9,8	13,1	8,4
Empleats de tipus administratiu	5,5	6,8	14,1	18,9
Treballadors de serveis de restauració, personals, protecció i venedor de comerç	10,9	14,1	25,1	31,6
Treballadors qualificats en agricultura i pesca	3,6	4,5	1,2	0,9
Artesans i treballadors qualificats d'indústries manufactureres, construcció i mineria, excepte operadors	23,1	31,9	2,1	2,3
Operadors d'instal·lacions i maquinària; muntadors	13,2	9,1	2,6	1,3
Treballadors no qualificats	10,7	7,9	18,8	19,1
Forces armades	0,9	0,4	0,1	0,3

Les 10 ocupacions que registraven més contractes es caracteritzaven per ser de baixa qualificació i englobades als sectors serveis i construcció, a l'igual que succeïa a la resta de l'Estat. El perfil era molt diferent entre homes i dones. Les dones es col·locaven fonamentalment al sector serveis (neteja, cambreres i dependents de comerç), a on les relacions contractuals eren més flexibles, el grau de temporalitat més elevat i els salaris més baixos. Els homes a la construcció i hotelaria, i/o restauració.

4. Satisfacció i estrès laboral

Segons les dades de l'Enquesta de Qualitat de Vida a la Feina de 2006 el 71,7% de la població ocupada de les Illes es mostrava satisfeta o molt satisfeta amb el treball que realitzaven, percentatge més baix que l'obtingut el 2006 (76,2%) (taula 3).

Taula 3. Grau de satisfacció a la feina que realitzaven, Espanya i Illes Balears, 2008

	Total (%)	Illes Balears (%)
Insatisfet	2,3	2,0
Ni insatisfet ni satisfet	24,7	26,3
Satisfet	53,1	47,5
Molt satisfet	19,9	24,2
Total	100,0	100,0

L'Enquesta de Salut de les Illes Balears 2007 recull també el nivell de satisfacció i estrès laboral dels treballadors enquestats. La satisfacció en el treball que es desenvolupava i el nivell d'estrès que generava es varen mesurar amb una escala de l'1 (gens estressant – gens satisfactori) al 7 (molt estressant – molt satisfactori). El nivell mig de satisfacció laboral va ser de 5,3 (DE=1,4), sense existir diferències entre els sexes. El 3,2% a Eivissa-Formentera, el 2,1% a Mallorca i el 1,6% a Menorca varen declarar que la seva feina no era gens satisfactòria.

El percentatge de persones insatisfetes amb el seu treball era pràcticament inexistent en les classes I i II i augmentava en classes socials més desfavorides (figura 1).

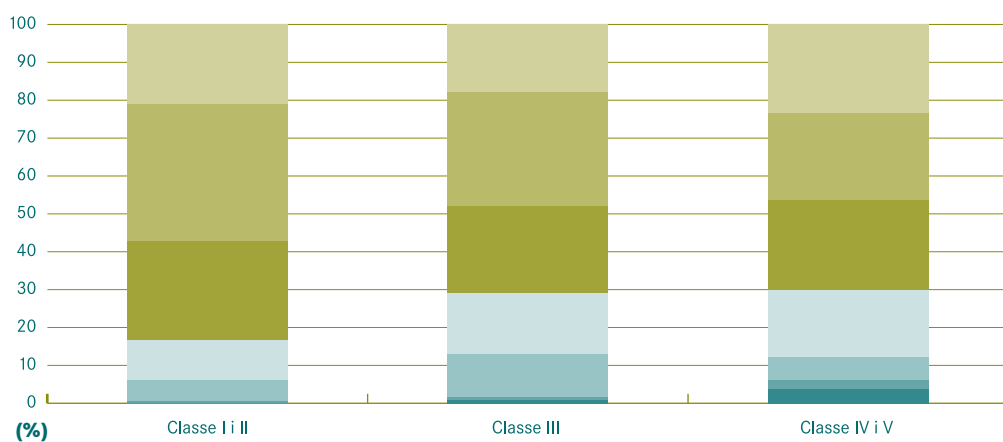


Figura 1. Satisfacció en el treball, per classe social, 2007.

La satisfacció laboral augmentava amb l'edat; els joves eren els que manifestaven tenir pitjor satisfacció laboral (figura 2).

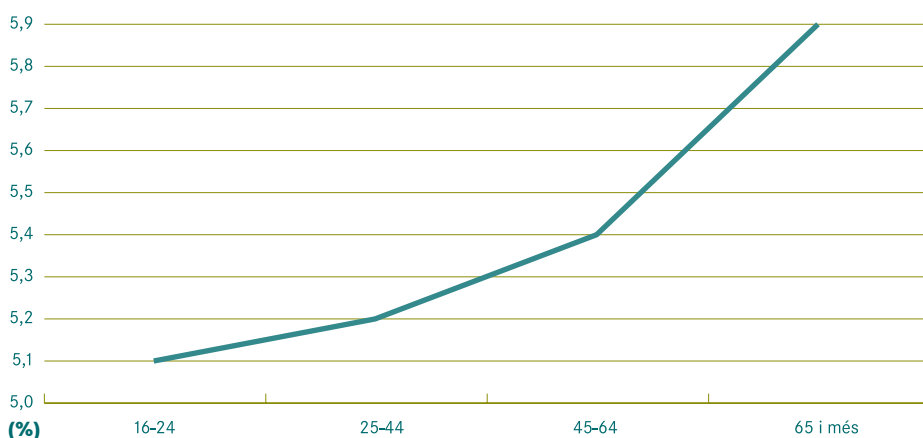


Figura 2. Satisfacció en el treball per edat, 2007.

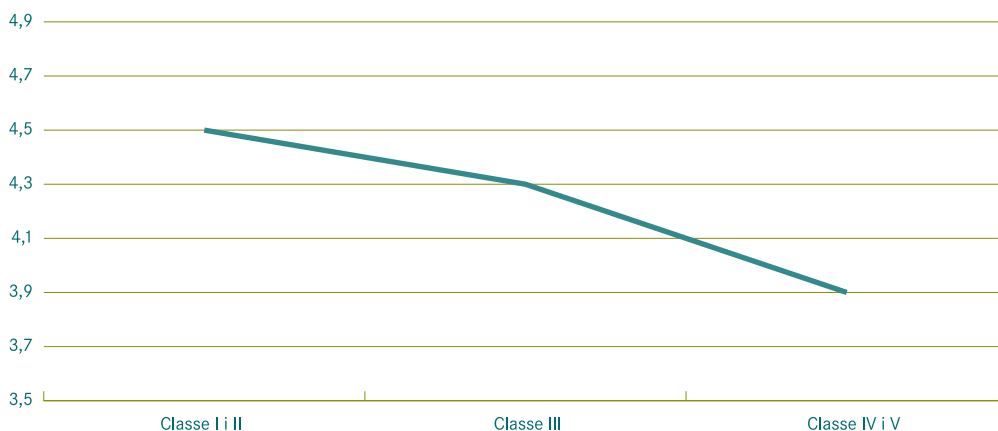
El nivell mitjà d'estrès laboral va ser de 4,1 (DE=1,8). Aquest anava en augment amb l'edat fins als 64 anys (figura 3).



Figura 3. Estrès laboral, per edat, 2007.

Les persones de classe social baixa (classe IV i V) declaraven un nivell d'estrès laboral menor (figura 4).

Figura 4. Estrès laboral per classe social, 2007.



El Consell Econòmic i Social va editar el 2004 una proposta d'indicadors per valorar la qualitat del treball basat en els indicadors següents: satisfacció amb el treball, formació i promoció, igualtat de gènere, salut i seguretat en el treball, flexibilitat, inclusió i accés al mercat de treball, organització de la vida personal i laboral, diàleg social, diversitat i no discriminació i resultats laborals globals i que permetien identificar els punts forts del mercat laboral de les nostres illes i també els punts en els quals la nostra comunitat autònoma mostrava la seva situació més dèbil.

Com a punts forts destacaven els següents:

- En relació a la igualtat de gènere, les Illes mostraven una situació més igualitària entre homes i dones, donada la importància del sector turístic en ocupacions femenina i la major taxa d'activitat.
- Eren favorables la taxa d'activitat, d'ocupació juvenil, d'ocupació en majors de 55 anys i d'atur de llarga durada. Els indicadors que definien el benestar de la nostra comunitat autònoma donaven un balanç positiu, ja que Balears ocupava la primera posició en l'escalafó excepte en el PIB per càpita on ocupava la cinquena posició.
- Hi havia indicadors en els quals es podia millorar: l'elevada incidència d'accidents laborals encara que la major part eren accidents lleus i en el nombre de jornades laborals perdudes per accidents laborals.
- El nivell de formació de la població ocupada i el desajustament de qualificacions que es detectava en el mercat laboral derivava de les característiques del mercat de treball. A les Illes, els joves abandonaven els estudis relativament prest i, per tant, hi havia una proporció més baixa de treballadors amb estudis superiors.
- Quant al nivell salarial, donada la predominança del sector serveis dins l'estructura econòmica, eren relativament baixos en relació amb la resta de les comunitats autònomes.

5. Sinistralitat i accidents laborals

A la nostra comunitat autònoma es varen produir, el 2009, 17.673 accidents de treball en jornada laboral, la qual cosa suposa una reducció important d'accidents respecte de l'any anterior. La majoria d'aquests varen ser lleus (99,3%). El percentatge d'accidents greus va ser del 0,7% del total d'accidents. Finalment, pel que fa a accidents mortals, es varen produir l'any 2009 un total de 8. Els homes patiren el 69,3% del total d'accidents. Els accidents greus es donaven sobretot en el sector de la construcció i dels serveis.

Durant els últims 10 anys s'observava una tendència descendent a l'índex de sinistralitat. Malgrat el descens observat, aquests resultats situaven la nostra comunitat autònoma al cap de tot l'Estat en l'índex de sinistralitat, fonamentalment a causa de la gran quantitat d'accidents lleus.

El treball no remunerat

1. Treball domèstic

Segons l'Enquesta de l'Ocupació del Temps de l'INE (EET 2003), les dones de les Illes Balears dedicaven a les tasques de la llar i a tenir cura de la família una mitjana diària de 4 hores i 40 minuts, més del doble de temps que els homes, que dedicaven de mitjana 1 hora i 52 minuts. Aquestes diferències augmentaven en llars amb 5 membres i més (4,20 vs 1,29) i tendia a equilibrar-se quan la llar només constava d'un membre (3,23 vs 2,36) i quan tenien estudis universitaris (3,27 vs 2,39). Aquestes diferències per sexes es mantenien entre els fadrins i els estudiants. També entre els joves menors de 25 anys, encara que de forma més discreta (1,44 vs 0,59).

Les dades de l'Enquesta de Salut de les Illes Balears revelaven que el 50% de les dones majors de 15 anys entrevistades es declaraven principals responsables de les tasques domèstiques (figura 6) i arribaven a representar el 63,3% de les dones majors de 45 anys. Un 20% de les persones compartia les tasques amb la seva parella.

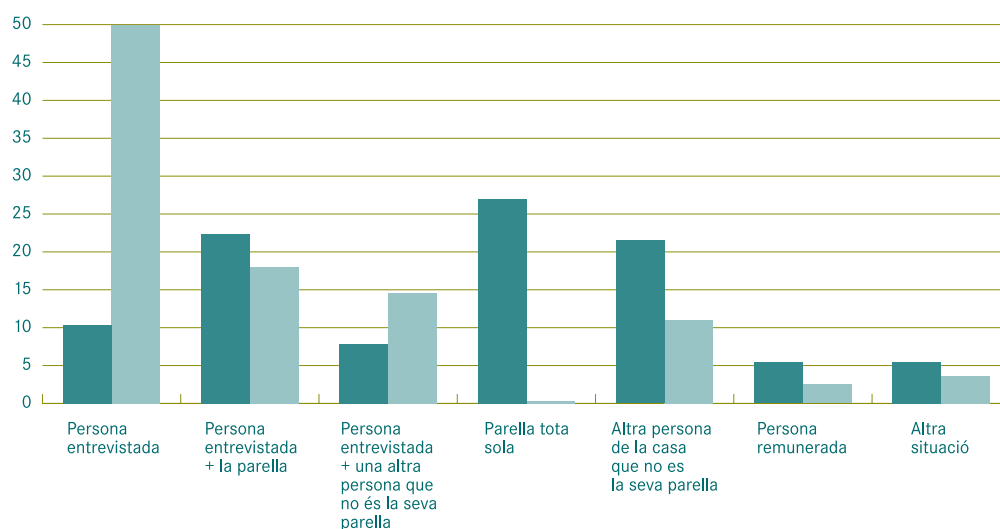
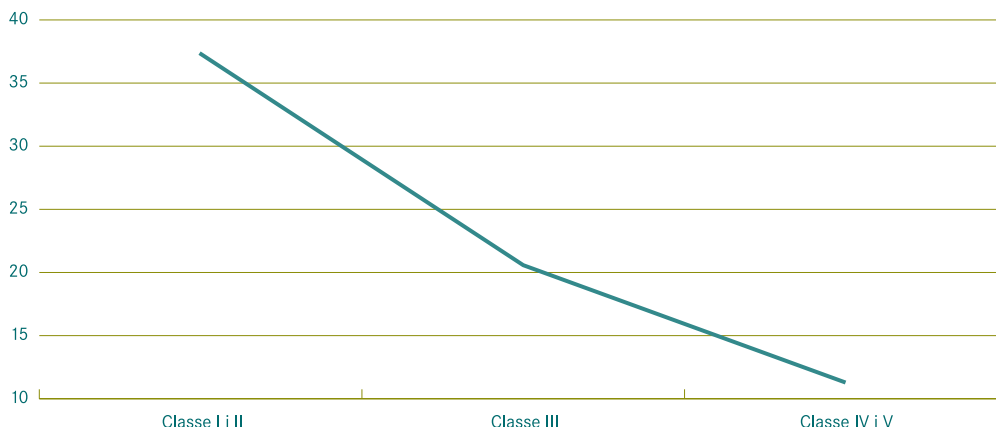


Figura 1. Realització de les tasques de la llar, segons sexe.

■ Home
■ Dona

Un 19% declarava que en la seva llar hi havia una persona remunerada per realitzar les tasques domèstiques. Aquest percentatge arribava al 37,3% en classes socials altes (I i II) i descendia fins a l'11,3% entre les classes socials baixes (IV i V).

Figura 2. Llars amb persona remunerada per tasques de la llar, segons classe social.



2. Cures de les persones dependents de la llar

Un 35,8% de la població declarava, en l'Enquesta de Salut de les Illes Balears (ESIB 2007), que convivia amb persones dependents (menors de 15 anys, majors de 74 anys i discapacitats).

En un 26,8% de les llars hi havia menors de 15 anys. En un 38,3% dels casos, la responsabilitat de la cura era compartida per la parella. La dona es declarava principal responsable en el 42,2% dels casos, circumstància no habitual en els homes (4,2%).

En un 5,6% de les llars declaraven l'existència d'una persona major de 74 anys que requeria cures i en un 4,5% discapacitats. En ambdós casos, era la dona qui amb major freqüència es declarava responsable principal, sobretot en el cas de tenir un discapacitat (en el 46,6% dels casos).

La mitjana en hores entre setmana i durant el cap de setmana a tenir cura de persones menors de 15 anys i majors de 74 anys, i les diferències per sexe, ve recollida a la taula 1.

Taula 1. Temps de dedicació a tenir cura de persones dependents, per sexe. 2007

	Mitjana diària entre setmana		Mitjana durant el cap de setmana	
	Home	Dona	Home	Dona
Tenir cura de persones menors de 15 anys	4,7	7,7	7,9	11,3
Tenir cura de persones amb discapacitat	4,6	8,4	5,4	7,9

Atur

L'any 2009, el nombre total de demandants d'ocupació va ser de 106.618 persones, de les quals el 69,2% es trobava sense ocupació, el 27,3% eren fixos discontinus i altres, i la resta (3,4%) tenien disponibilitat limitada o demanaven una ocupació específica. Això representa un important increment de demanda d'ocupació que es va iniciar l'any 2008.

La taxa d'atur es va situar el 2009 en el 18,1%, xifra similar a la del conjunt de l'Estat. Respecte als anys anteriors, la taxa ha experimentat un increment notable (10,2% el 2008 i 7% el 2007). La taxa d'atur femenina ha passat del 10,9% el 2008 al 16,5% el 2009, xifra lleugerament inferior a la mitjana nacional (18,4%). En el cas dels homes, ha passat del 9,7% al 19,2%, xifra per sobre del conjunt nacional (17,7%).

El 2009, respecte l'any anterior, en els menors de 24 anys, la taxa d'atur entre homes i dones s'havia incrementat, sobretot en els homes menors de 20 anys (figura 1).

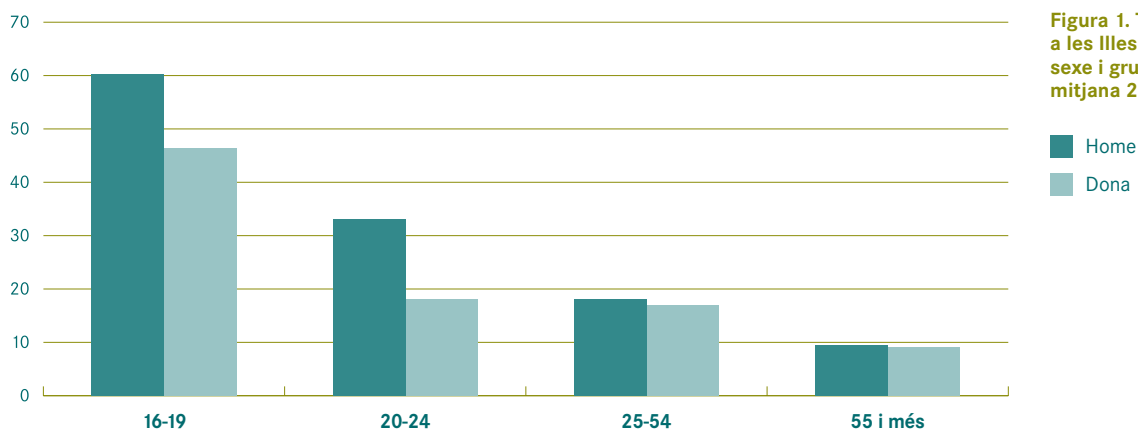


Figura 1. Taxa d'atur a les Illes Balears, per sexe i grup d'edat, mitjana 2009.

L'anàlisi d'aquesta informació en població immigrant revelava unes taxes d'atur superiors en homes de poblacions provinents de països extracomunitaris (figura 2).

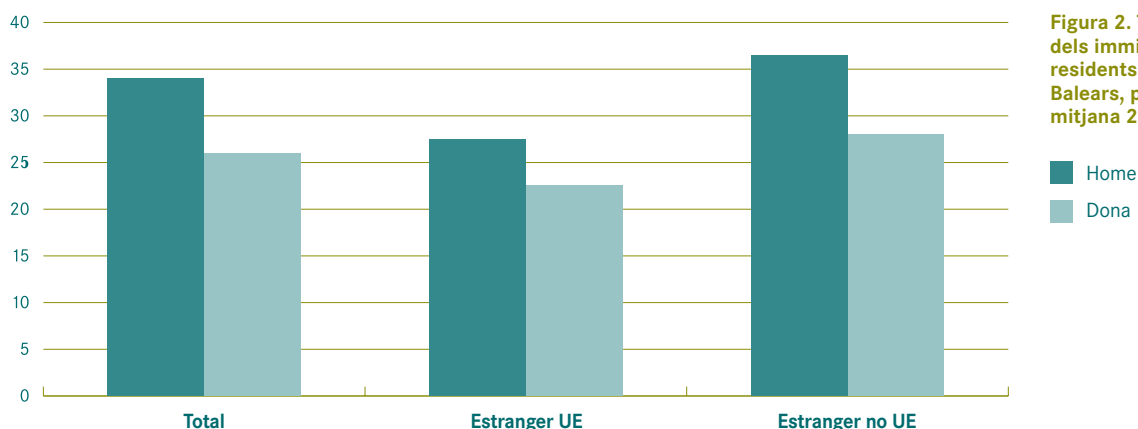


Figura 2. Taxa d'atur dels immigrants residents a les Illes Balears, per origen, mitjana 2009.

La taxa d'atur fluctuava d'acord a l'estacionalitat, en funció de l'activitat econòmica principal de les Illes: el turisme. En els mesos centrals baixaven les taxes d'atur i augmentaven les d'activitat i ocupació (taula 1).

Taula 1. Taxes d'activitat, atur i ocupació, per trimestre i sexe a les Illes Balears, 2000 i 2009.

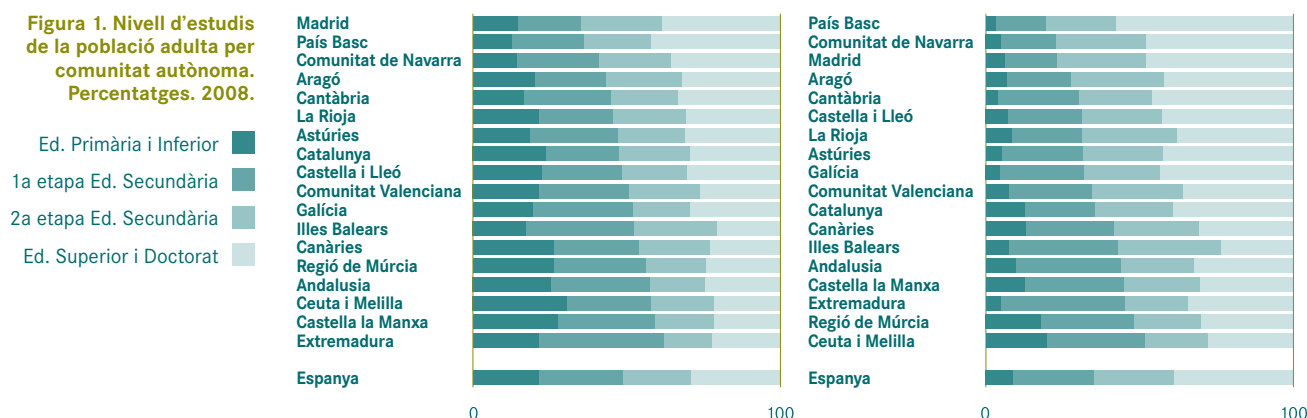
Trimestres	Taxa d'activitat			Taxa d'atur			Taxa d'ocupació		
	Ambdós sexes	Home	Dona	Ambdós sexes	Home	Dona	Ambdós sexes	Home	Dona
Any 2000									
1r	58,2	70,0	46,7	9,5	6,5	13,8	52,7	65,5	40,3
2n	59,3	70,7	48,2	4,8	2,6	7,8	56,5	68,8	44,5
3r	60,0	71,6	48,8	4,5	3,3	6,1	57,4	69,3	45,8
4t	58,9	70,5	47,5	7,4	5,7	9,9	54,5	66,5	42,8
Any 2009									
1r	63,1	71,9	54,4	19,8	18,8	21,1	50,7	58,4	42,9
2n	66,8	73,6	59,9	18,1	19,6	16,4	54,6	59,2	50,1
3r	68,0	75,2	60,9	14,8	17,7	11,3	58,0	61,9	54,0
4t	64,5	72,8	56,2	19,5	20,7	18,0	51,9	57,7	46,1

Finalment, i respecte a l'atur de llarga durada, l'any 2009 representava el 15,6% a les Illes, molt per sota de la mitjana nacional (25,3%). Aquest afectava més el col·lectiu femení i de nacionalitat espanyola, encara que al darrer any les distàncies s'escurcen a les persones de més de 45 anys.

Educació

L'anàlisi del nivell d'estudis per grups d'edat revelava que l'any 2008, les Illes Balears mostraren percentatges molt baixos de població adulta (entre 25 i 64 anys) amb estudis superiors, que arribà a ser la més baixa de l'Estat espanyol (20,7%) (Sistema estatal d'indicadors d'educació, 2010).

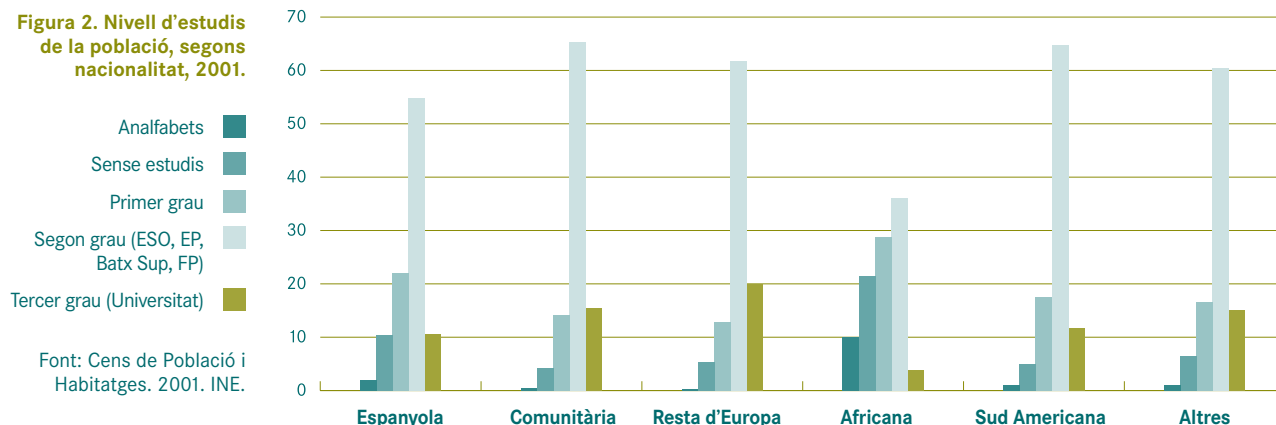
Figura 1. Nivell d'estudis de la població adulta per comunitat autònoma. Percentatges. 2008.



Entre la població més jove, malgrat que globalment s'observava una tendència a l'alça, les taxes d'escolarització eren clarament inferiors a la mitjana nacional amb una evolució al llarg de l'última dècada similar al conjunt d'Espanya.

Quant al nivell d'estudis de la població immigrant, variava segons la seva procedència. La població europea i sud-americana tenia un nivell d'estudis similar o fins i tot superior. El nivell d'estudis de la població africana era clarament inferior a la resta (figura 2).

Figura 2. Nivell d'estudis de la població, segons nacionalitat, 2001.



L'augment significatiu de població immigrant es traduí també en el percentatge d'alumnes estrangers escolaritzats (no universitaris) a la nostra comunitat autònoma. En el curs 2007-08 va ser de 14,4%, superior a la mitjana nacional, (9,4%) i foren les Illes la comunitat autònoma amb major percentatge d'alumnes estrangers (figura 3).

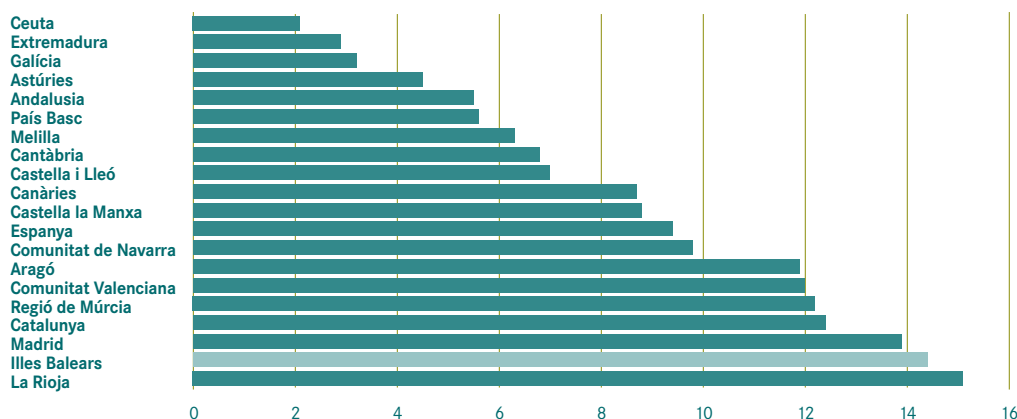


Figura 3. Alumnes estrangers escolaritzats en règim general no universitari per comunitat autònoma, 2007-08.

Font: Ministeri d'Educació, Política Social i Esport. Dades i xifres. Curs escolar 2007-08.

Quant als resultats educatius, segons les dades del Ministeri d'Educació i Ciència, un 43% de joves d'entre 18 i 24 anys de les Illes abandonaven prematurament la seva formació, xifra que situà la nostra comunitat autònoma, juntament a Ceuta i Melilla en els primers llocs de l'escalafó. L'abandonament prematur dels estudis era més freqüent en homes (49,2%) que en dones (37,0%).

Per últim, la taxa d'idoneïtat definida com el percentatge d'alumnes que es trobaven matriculats en el curs que corresponia per edat era inferior a la mitjana nacional en qual-sevol de les edats analitzades.

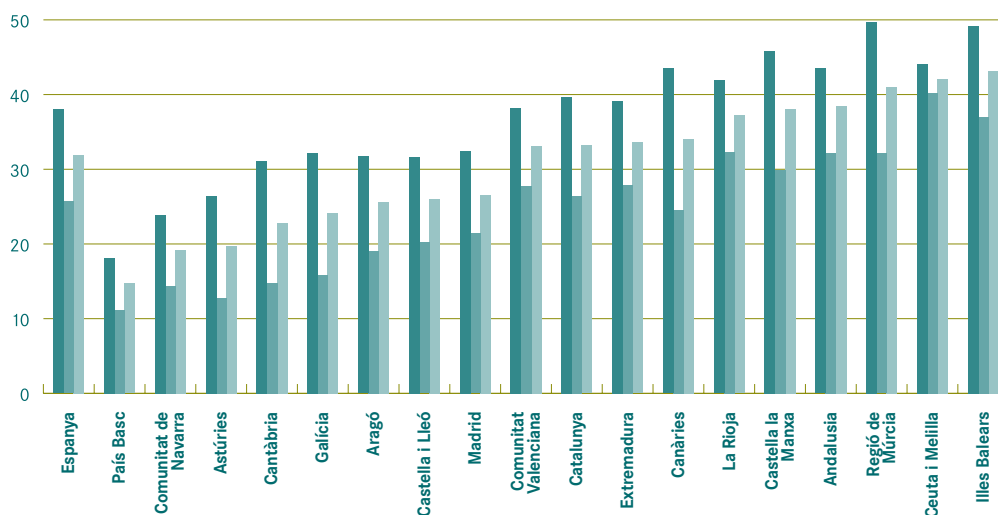


Figura 4. Percentatge de persones de 18 a 24 anys que han abandonat de forma primerenca el sistema educatiu, per sexe. 2008.

■ Home
■ Dona
■ Ambdós sexes

Habitatge

El 89,5% dels edificis existents a les Illes el 2001 es varen destinar a habitatges familiars, el 0,1% a habitatges col·lectius i la resta a locals.

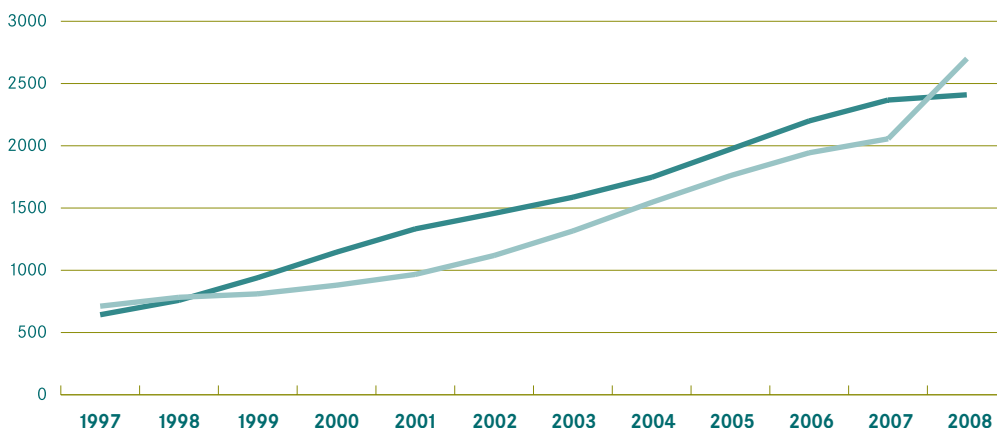
Respecte al règim de propietat o de tinença, l'any 2008 el percentatge d'habitatges en règim de propietat de les Illes (67,5%) estava per sota de la mitjana nacional (82,2%) mentre que hi havia un percentatge més elevat d'habitatges en règim de lloguer (22,6% enfront de l'11,4%).

Quant a accessibilitat de l'habitatge, cal destacar l'increment del preu d'aquest en l'última dècada (figura 1), fins i tot per sobre de la mitjana nacional (habitatges totals).

Figura 1. Evolució del preu de l'habitatge (€/m²) 1997-2008, mitjana nacional i balear.

Illes Balears ■
Mitjana nacional ■

Font: INE Indicadors socials 1997-2008.



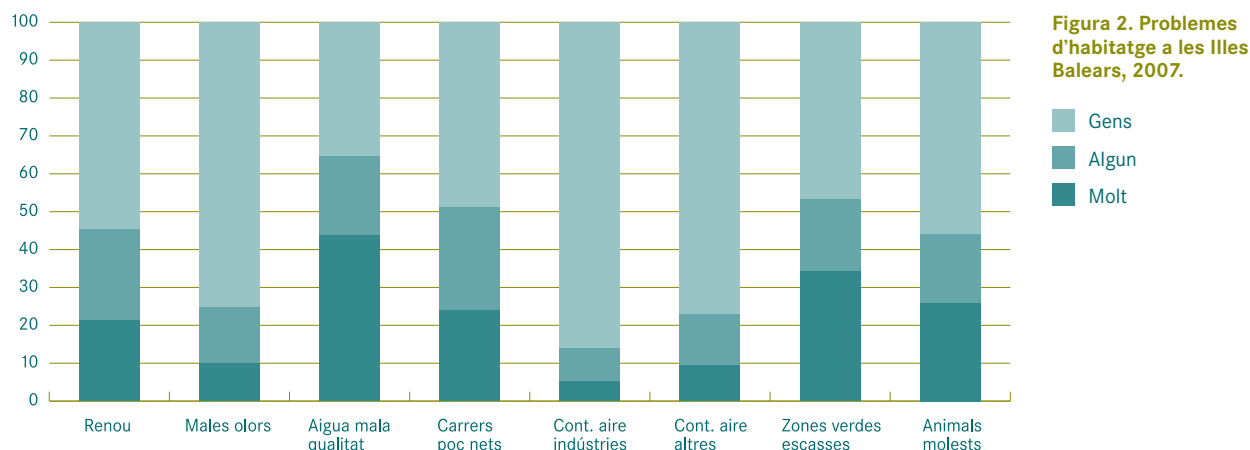
Un 88,1% dels habitatges disposaven de calefacció, percentatge superior a la mitjana de l'Estat (70,3%) fonamentalment de radiadors elèctrics i bombes de calor, i el 46% disposava d'aire condicionat (35,5% la mitjana nacional) (Enquesta de la llar i medi ambient 2008).

Un 88,0% de la població es mostrava satisfet amb els seus habitatges. L'Enquesta de condicions de vida del 2008 revelava també que el 55,6% dels habitatges no presentava cap problema, percentatge per sota de la mitjana nacional (63,5%). Entre els problemes més freqüents que afectaven l'entorn de l'habitatge destacaven els de soroll (25%), fonamentalment pel tràfic terrestre i els veïnats (taula 1), la delinqüència i el vandalisme (20,7%), la contaminació i altres problemes ambientals (14,6%) o la llum insuficient (7,4%).

Taula 1. Percentatge d'habitatges amb problemes de renou en el seu entorn 2008

	Total nacional	Illes Balears
Amb algun problema de renou	25,1	29,8
Per tràfic terrestre	11,7	15,8
Per tràfic aeri	1,9	1,8
Pels veïns	8,9	9,6
D'origen animal	2,8	3,8
D'origen mecànic (incloses les obres)	7,3	6,3
Per activitats comercials i d'oci	3,5	4,6
Per reunions informals urbanes (botellot)	2,8	2,8
Altres causes	1,5	1,3
Han pres alguna mesura contra el renou	31,0	35,2

Segons les dades de l'Enquesta de Salut, la mala qualitat de l'aigua per al consum humà i la manca de zones verdes eren els majors problemes relacionats amb l'habitatge i la contaminació de l'aire, el menor.



La població de les Pitiüses era la que més notà la mala qualitat de l'aigua de consum, la manca de zones verdes i el renou, i els habitants de Menorca els que menys.

Els béns d'equipament a les llars de les Illes es resumeixen a la taula 2. Els valors eren molt similars a l'any anterior (2007), amb un increment en l'adquisició d'ordinadors.

Taula 2. Béns d'equipament l'any 2008

Béns d'equipament	Nacional	Illes Balears
Telèfon	98,7	98,9
Televisió en color	99,6	99,7
Ordinador	62,1	64,5
Rentadora	99,1	98,7
Cotxe	77,4	79,2

Illes Balears era la segona comunitat autònoma amb una major despesa mensual mitjana per habitatge, molt per sobre de la mitjana nacional (figura 3).

El 50,5% utilitzava el transport públic, percentatge inferior a la mitjana nacional (57,1%).

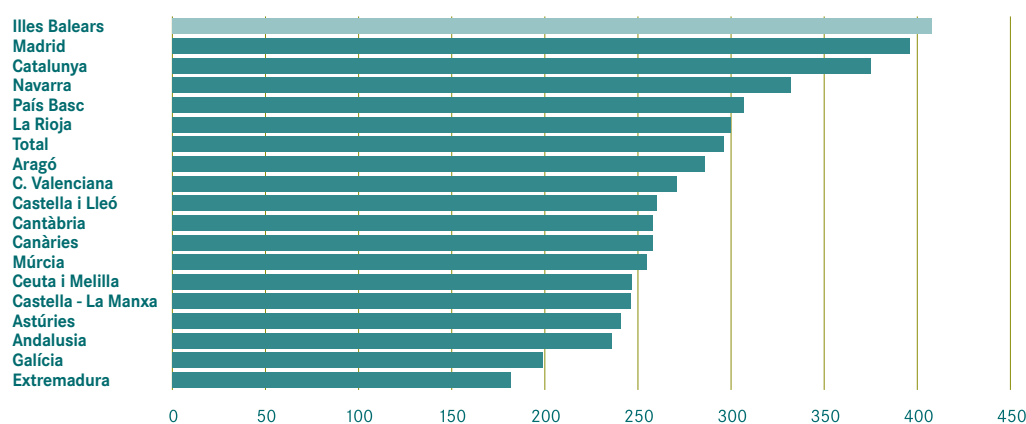


Figura 3. Despesa mensual mitjana per habitatge, per comunitats autònomes, 2008 (€).

Font: Enquesta de condicions de vida, INE 2008.

L'accés al transport públic era molt fàcil en un 19,5% (24,2% la mitjana nacional) o fàcil (65,7% enfront del 61,8%).

Medi ambient

1. QUALITAT DE LES AIGÜES

- 1.1. Aigües de consum
- 1.2. Aigües d'ús recreatiu
 - 1.2.1. Platges
 - 1.2.1. Piscines i parcs aquàtics
- 1.3. Depuració i reutilització d'aigües residuals

2. QUALITAT DE L'AIRE

- 2.1. Qualitat química
- 2.2. Qualitat biològica
- 2.3. Qualitat acústica

3. SEGURETAT QUÍMICA

- 3.1. Alertes

4. SEGURETAT BIOLÒGICA (ZONOSIS NO ALIMENTÀRIES)

5. INSTAL·LACIONS DE RISC SANITARI. GESTIÓ DE LA PREVENCIÓ DE LA LEGIONEL·LOSI

6. ELS RESIDUS SÒLIDS

- 6.1. Residus urbans i assimilables a urbans
- 6.2. Residus peril·losos
- 6.3. Residus sanitaris

7. QUALITAT DE L'AMBIENT INTERIOR. CONTAMINACIÓ PER FUM DE TABAC

8. LES RADIACIONS ELECTROMAGNÈTIQUES

L'ésser humà viu i es desenvolupa en un ambient determinat les característiques del qual influeixen notablement en la seva salut. Determinar els factors que hi incideixen i en quina mesura ho fan és una tasca difícil ja que aquests estan interrelacionats entre si i, a més a més, depèn no sols del temps d'exposició a aquests factors, sinó també dels hàbits i costums de cada persona. No obstant això, avui dia està constatat que, aspectes com la contaminació de l'aigua de consum humà i les recreatives, la contaminació atmosfèrica, la contaminació sonora, etc., incideixen en la salut i en el benestar de la població.

Per això, és imprescindible des de la Direcció General de Salut Pública i Participació (DGSP) realitzar un diagnòstic de la situació ambiental actual que reculli tots els factors ambientals que poden incidir-hi. A partir d'aquí serà necessari treballar en el desenvolupament del Pla de Salut Pública que marcarà les línies d'actuació a seguir, de manera que es puguin prevenir els riscos sanitaris i per tant protegir la salut de la població.

La identificació i vigilància dels factors ambientals que afecten negativament la salut i la prevenció i gestió dels riscos, així com el coneixement de les conseqüències de l'exposició als contaminants o factors de riscos en la salut, vertebraran les accions de protecció de la salut ambiental.

1. Qualitat de les aigües

L'aigua és un dels recursos naturals més importants per al desenvolupament humà. El desenvolupament de la societat i els canvis en l'estil de vida han augmentat considerablement la demanda d'aigua, ja sigui per a consum humà, per a activitats recreatives o per a rec agrícola i de zones verdes. En ocasions, la qualitat de l'aigua és deficient per a l'extracció massiva i indiscriminada o per la contaminació química i microbiana provocada per les activitats de l'home. Si bé els sistemes d'informació actuals impossibiliten conèixer la càrrega de malaltia atribuïble a l'origen hídric, el coneixement científic avala la importància de la intervenció sanitària, tant en les aigües de consum com en les recreatives, ja que és vehicle de transmissió de diversos patògens (virus de l'hepatitis A, cryptosporidi, salmonel·la, E. coli, etc.) que poden provocar nombroses malalties, moltes d'aquestes de tipus entèric i, a més a més, pot contribuir també al desenvolupament d'altres malalties i intoxicacions derivades de la presència de determinades substàncies químiques.

1.1. Aigües de consum

A les Illes Balears, hi ha un important dèficit de recursos hídrics que s'agreuja considerablement durant l'estiu com a conseqüència de l'afluència de turistes. Aquest problema s'ha pal·liat mitjançant la construcció de dessaladores que abasteixen ja un nombre important de la població. Segons l'Enquesta de Salut de les Illes Balears, la qualitat de l'aigua per al consum humà és un dels problemes que més preocupen a la població, ja que més d'un 40% dels enquestats manifestaven sentir-se molt preocupats, i al voltant d'un 20% un poc preocupats.

L'origen de l'aigua de consum és actualment:

- Aigua de la mar
- Pous subterranis
- Aigües superficials

Considerant que a les Illes Balears existeix actualment un total de 6 dessaladores (3 a Mallorca, 2 a Eivissa i 1 a Formentera), que abasteixen els nuclis més importants de la població i, a més a més, n'hi ha d'altres en projecte, es pot afirmar que el subministrament d'aigua depèn en gran mesura del dessalatge.

Cal destacar que les captacions d'aigua estan disponibles en uns mapes elaborats per la Direcció General de Recursos Hídrics de la Conselleria de Medi Ambient, organisme responsable d'autoritzar l'extracció de les aigües subterrànies i que, en cas que es destinin a consum humà, és preceptiu un informe sanitari per valorar-ne la idoneïtat.

Totes les aigües reben com a mínim un tractament de desinfecció mitjançant hipoclorit sòdic, però també es fan altres tractaments com osmosi, desnitrificació, filtració, etc., que representen el 6% del total dels tractaments de l'aigua.

La vigilància sanitària contribueix a la protecció de la salut pública, ja que permet:

- Identificar els perills i avaluar els riscos per a la salut associats a l'aigua de consum, i establir, si n'és el cas, les corresponents mesures correctores.
- Garantir una millor qualitat, quantitat i continuïtat en el subministrament.

Tot gestor d'una zona d'abastament o part d'aquesta ha de disposar d'un programa d'autocontrol i de gestió. A més de la vigilància analítica de l'aigua, el programa d'autocontrol i gestió ha d'estar orientat a la prevenció de riscos, és a dir, a evitar que sorgeixin episodis de contaminació en el subministrament d'aigua.

L'aplicació del Sistema d'anàlisi de perills i punts de control crítics (APPCC) als abastaments genera un marc adequat per gestionar la qualitat de l'aigua de l'abastament.

Per això, és necessari conèixer tots els elements que componen les zones d'abastament: captacions, dipòsits, tractaments i xarxes, així com la qualitat de l'aigua, tant en origen com en el punt d'arribada al consumidor. D'aquesta forma, coneixent la traçabilitat de l'aigua, es poden prendre mesures preventives apropiades, en cas de detectar qualche problema que pugui afectar la salut pública i informar els usuaris, en cas necessari.

La implantació d'aquest sistema inclou la identificació dels perills, l'establiment dels punts de control i el desenvolupament de sistemes de gestió i els plans d'operació adequats per prevenir-los i evitar-los, tant en condicions rutinàries, com en situacions extraordinàries.

El programa d'autocontrol i gestió de l'abastament elaborat pel gestor estarà d'acord amb el Programa de vigilància autonòmic, que incorpora els principis del sistema APPCC i els criteris de la Direcció General de Salut Pública i Participació.

Les normatives que emparen els controls són:

RD 140/2003	Estableix els criteris de qualitat de l'aigua de consum humà.
Ordre SAS/1915/2009	Sobre les substàncies per al tractament de l'aigua destinada a la producció d'aigua per al consum humà.
Ordre SCO/1591/2005	Sobre el Sistema d'Informació d'Aigua de Consum (SINAC).
	Directrius generals del Programa de Vigilància de les Aigües de Consum Humà de les Illes Balears.

A les Illes Balears, el cens de les zones d'abastament i els elements que les conformen és el següent:

Taula 1. Zones d'abastament a les Illes Balears

Zones d'abastament	Captacions	Depòsits	Tractaments	Xarxes
213	736	404	297	281

A més del subministrament d'aigua a través de les xarxes, hi ha també el subministrament d'aigua mitjançant depòsits mòbils, que abasteixen nuclis dispersos de la població que no disposen de subministrament públic, hi ha 66 zones d'abastament que subministren l'aigua mitjançant camions cisterna o depòsits mòbils.

D'acord amb el RD 140/2003, les aigües de consum humà es poden classificar en:

- Aigües aptes per al consum: compleixen amb els nivells establerts pels paràmetres microbiològics, químics, indicadors de la qualitat i radioactivitat.

- Aigües aptes per al consum amb incompliment de qualche paràmetre: compleixen l'anterior, però sobrepassen qualche paràmetre indicador de la qualitat (color, sabor, clorurs, sulfats, etc.) en nivells que no suposen un risc per a la salut.
- Aigües no aptes per al consum: no compleixen l'anterior.

L'Administració sanitària controla les infraestructures de cada una de les zones d'abastament i els programes d'autocontrol i la gestió de l'abastament elaborats pels gestors. A més a més, es realitzen preses de mostres d'aigua, segons el cas, de les captacions, els tractaments, els dipòsits i les xarxes.

Del total de les mostres de les xarxes d'aigua, el resultat a les Illes Balears és el següent:

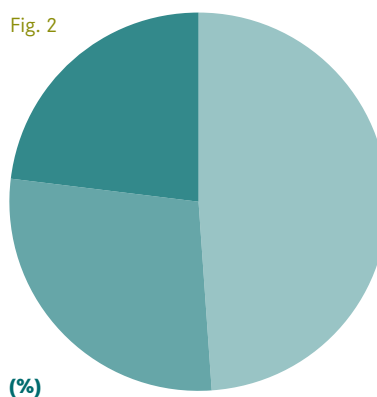
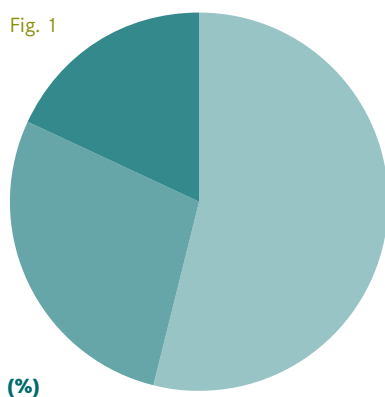


Figura 1. Resultats de les xarxes d'abastament any 2007 n=220.

Figura 2. Resultats de les xarxes d'abastament any 2008 n=234.

■ Aptes
■ Aptes amb inc.
■ No aptes

Font: Servei de Salut Ambiental.

No hi ha molta diferència entre els resultats obtinguts el 2007 (figura 1) i el 2008 (figura 2). Ha augmentat el nombre de xarxes no aptes a causa del criteri de prioritat de seguiment de les zones on es detecten problemes. Els motius més freqüents pels quals les aigües són no aptes o aptes amb incompliments (figura 3), són a causa principalment dels paràmetres següents: clorurs, nitrats i en menor mesura sulfats. En alguns casos, s'incomplixen els valors paramètrics de terbolesa, recompte de colònies, pH, índex de Langelier, ferro, etc.

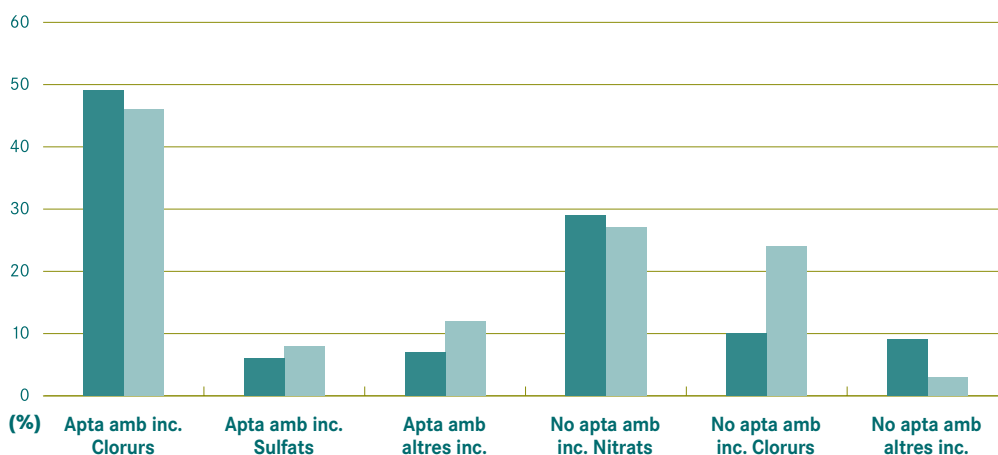


Figura 3. Motius d'incompliments de les xarxes d'abastament anys 2007-2008.

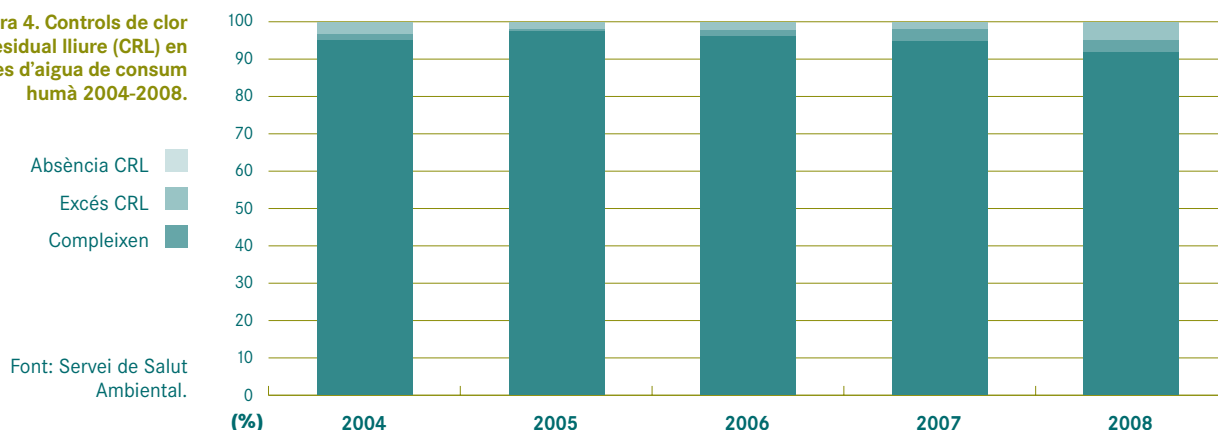
■ 2007
■ 2008

Font: Servei de Salut Ambiental.

La desinfecció de les aigües destinades al consum humà és imprescindible i és un dels aspectes fonamentals per evitar que una possible contaminació microbiològica arribi al consumidor. Per això, es realitzen periòdicament controls de la cloració de les xarxes d'abastament, mitjançant la determinació del clor residual lliure (CRL). Es considera que existeix un incompliment per excés de clor quan supera el 10% del límit màxim permès i per defecte quan és inferior a 0,2 ppm. En ambdós casos s'avisava de l'incompliment al gestor.

Els resultats durant el període comprès entre els anys 2004 i 2008, són els següents:

Figura 4. Controls de clor residual lliure (CRL) en xarxes d'aigua de consum humà 2004-2008.

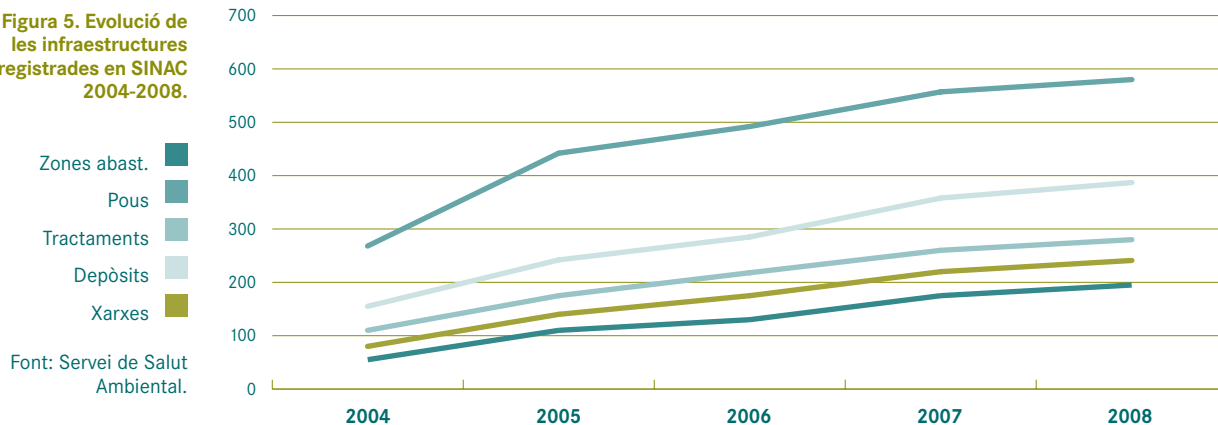


El grau de compliment entre el període 2004- 2007 es situa entre el 95%-97%, mentre que l'any 2008 ha disminuït i es situa en un 91,9%. La major part dels incompliments són per absència de clor residual lliure, excepte l'any 2007 que va ser per excés.

Hi ha un Sistema d'Informació Nacional d'Aigua de Consum (SINAC), que proporciona informació de les característiques de les zones d'abastament, laboratoris de control, butlletins d'anàlisis, incompliments i alertes. A través del SINAC, els gestors han anat notificant les infraestructures i complimentant els butlletins d'anàlisis realitzats.

Les infraestructures donades d'alta en el SINAC des de l'any 2004 fins al 2008 són les següents:

Figura 5. Evolució de les infraestructures registrades en SINAC 2004-2008.



Des de l'inici de la creació del SINAC s'ha anat augmentant la notificació de les infraestructures. Actualment, el nombre de zones d'abastament donades d'alta suposen un 89,20% del total.

Quant als bolletins d'anàlisis que els gestors han introduït al SINAC entre els anys 2004 i 2008 són un total de 37.201, i queden reflectits a la figura 6:

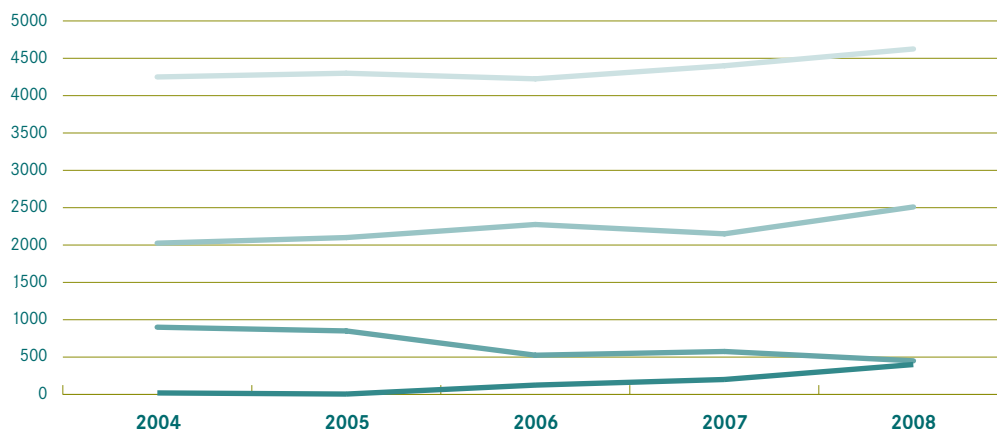


Figura 6. Nre de butlletins d'anàlisis registrats en SINAC per any.

■ Captació
■ Tractament
■ Depòsit
■ Xarxa

Font: Sistema d'informació nacional d'aigua i consum.

El nombre de butlletins d'anàlisis, respecte a xarxes i depòsits continua augmentant, a causa del nombre de zones que s'han donat d'alta en aquest període i també que els gestors dels abastaments realitzen més anàlisis del mínim que se'ls exigeix, sobretot pel que fa a anàlisis de control.

1.2. Aigües d'ús recreatiu (platges i piscines)

1.2.1. PLATGES

Normativa d'aplicació:

RD 1341/2007

Sobre la gestió de la qualitat de les aigües de bany

L'any 2006 es va publicar la Directiva 2006/CE del Parlament europeu i del Consell, de 15 de febrer de 2006, relativa a la gestió de la qualitat de les aigües de bany i per la qual es deroga la Directiva 76/160/CEE. Aquesta Directiva ha estat transposada per l'Estat espanyol mitjançant el RD 1341/2007, d'11 d'octubre, sobre la gestió de la qualitat de les aigües de bany que deroga el RD 734/1998, d'1 de juliol.

Aquesta norma estableix mesures de control, classificació, gestió i informació al públic, de les zones d'aigües de bany, i té sempre com a objectiu la protecció de la salut pública i la protecció i la millora de la qualitat del medi ambient. Per això dona importància a les mesures de gestió necessàries per evitar riscos, que inclouen: l'elaboració d'un perfil de les zones de bany per a la identificació de les fonts de contaminació, les accions encaminades a disminuir o eliminar les causes de la contaminació, la presa de mesures per evitar l'exposició dels usuaris i la informació al públic sobre l'estat de les aigües de bany.

En el litoral balear estan censades l'any 2008, i al llarg de tota la costa, 145 zones de bany o platges amb un total de 189 punts de mostreig. Aquestes estan repartides en 32 municipis.

Des de la Direcció General de Salut Pública i Participació es realitza un control quinzenal de la qualitat de l'aigua, durant tota la temporada (del 15 d'abril al 15 d'octubre), a cada un dels punts de mostreig de las zones d'aigües de bany censades, que inclou:

- A les aigües de bany: s'efectuen preses de mostres per a la determinació analítica d'enterococs intestinals i *Escherichia Coli* així com una inspecció visual per avaluar el color, la transparència i la presència de qualche tipus de residus flotant.

- A la platja: es fa una vigilància visual de les condicions de neteja i higiene.

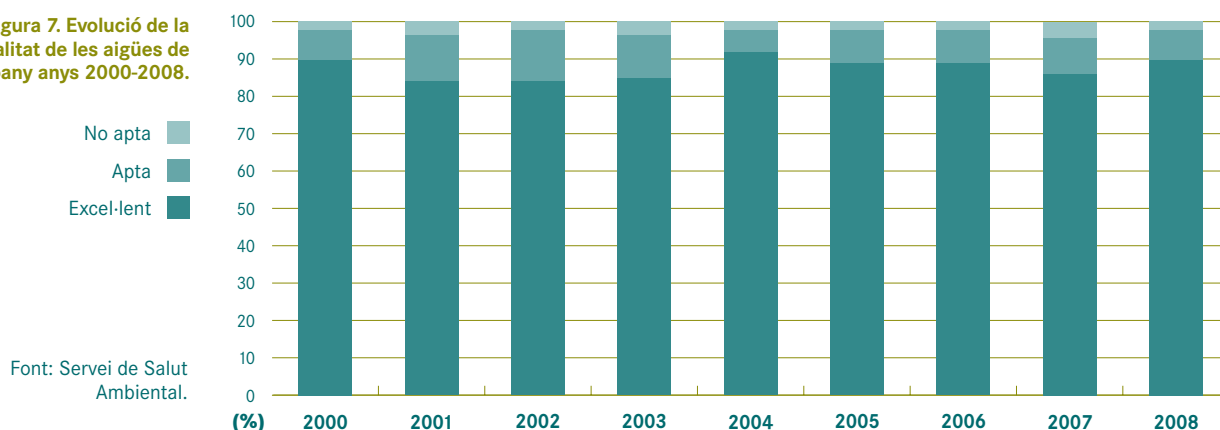
En els casos en què es detecta contaminació microbiològica, s'efectua un seguiment del punt de mostreig.

Amb la finalitat d'informar el públic de l'estat de les aigües de bany al llarg de la temporada de bany, es fa una valoració puntual dels resultats obtinguts que es publiquen setmanalment a la pàgina web. A més a més, el Ministeri de Sanitat i Política Social ha creat un Sistema d'Informació Nacional d'Aigües de Bany, (NAYADE), que recull informació relativa a la localització geogràfica dels punts de mostreig, característiques de la zona de bany, dades dels mostreigs, resultats analítics, valoració puntual, etc.

El total de mostres recollides a les Illes Balears l'any 2008 és de 2.296. Al final de la temporada de bany es realitza una avaluació de la sèrie de dades i una qualificació de cada punt de mostreig en tres categories: excel·lents, aptes i no aptes.

L'evolució de la qualitat de les aigües de bany en el període 2000-2008, per punt de mostreig, és la següent:

Figura 7. Evolució de la qualitat de les aigües de bany anys 2000-2008.



Analitzant l'evolució d'aquests anys, es pot observar que el nombre de punts de mostreig que han estat qualificats com no aptes, oscil·la entre el 2% i el 4%.

La contaminació de les aigües de bany és en general de tipus microbiològic, però no s'ha de descartar la contaminació química, com la produïda l'any 2007, quan hi va haver un accident d'un vaixell que provocà l'abocament d'hidrocarburs.

Les causes de contaminació microbiològica estan relacionades amb les deficiències de les infraestructures de sanejament i depuració de les aigües: xarxes d'aigües residuals i pluvials no separatives, clavegueram i estacions de bombeig obsoletes o mal dimensionades, depuradores deficientes, existència de fosses sèptiques, etc., que provoquen l'abocament puntual d'aigües residuals a la mar, sobretot durant els dies de pluja.

1.2.2. PISCINES I PARCS AQUÀTICS

Els canvis que s'han produït a la pràctica de l'esport, la salut i l'oci, han ocasionat un augment progressiu de les piscines i atraccions aquàtiques l'ús de les quals va associat a un augment de l'exposició del risc, ja sigui físic (lesions i ofegaments), químic (intoxicacions per productes afegits a l'aigua) o biològic (cryptosporidiosi). S'ha de tenir



present que els ofegaments són la 2a causa principal de mort dels nins i dels joves europeus menors de 20 anys.

La normativa d'aplicació és:

Decret 53/ 1995	Estableix les condicions higièniques i sanitàries que han de complir les piscines dels establiments turístics i d'ús col·lectiu.
Ordre 5 de març de 1996	Requisits que han de complir les empreses per impartir cursos de formació per al personal de manteniment de piscines i socorristes.
Decret 91/ 1988	Regula els parcs aquàtics

A les Illes Balears, el cens total a l'any 2008 és el següent:

Taula 2. Cens de piscines a l'any 2008 a les Illes Balears

Piscines:	2692
Parcs aquàtics:	8
Empreses formadores:	38

El control de les piscines té com a objectiu evitar els riscos que implica la utilització de les instal·lacions, mitjançant la prevenció d'accidents i garantint unes condicions higièniques i sanitàries adequades d'aquestes. Es realitzen als establiments d'allotjaments turístics i d'ús col·lectiu (poliesportius, gimnasos, col·legis, etc.) que disposen de piscina.

A la inspecció es revisa:

- Documentació d'autocontrol de la pròpia empresa (anàlisis, llibre de registre de piscines, protocols d'actuació, etc.).
- Infraestructura general: solàrium, pendents, profunditats, escales, lavabos, etc.
- Sistema de tractament de l'aigua i els productes emprats.
- Determinacions *in situ* del clor residual lliure, clor combinat i el pH.
- Farmaciola i serveis d'urgència.
- Personal de manteniment i socorrista.

El total d'establiments inspeccionats l'any 2007 és de 433, un 16% del total del cens i s'han realitzat un total de 1.299 determinacions analítiques *in situ* (clor residual lliure, clor combinat i pH). Durant l'any 2008 es varen fer 347 inspeccions que corresponen a un 13% del total del cens, amb un total de 1.100 determinacions analítiques *in situ*. S'ha de destacar que les deficiències més freqüents són:

- Socorrista que no pot fer les funcions de vigilància perquè realitza altres feines.
- No realitzar analítiques de l'aigua del vas.
- Cloració excessiva de l'aigua.
- No fer determinacions de clor combinat.

- Manca de condicions higièniques adequades als lavabos.
- Farmaciola d'urgències incompleta.

Un dels aspectes fonamentals per a l'adequat funcionament de les piscines és la formació de personal capacitat per al manteniment de les instal·lacions, encarregat de mantenir l'aigua en condicions adequades, i socorristes qualificats la funció dels quals és evitar accidents i el salvament i la prestació dels primers auxilis, en cas necessari.

Les activitats de formació realitzades entre els anys 2004- 2008 han estat (taula 3):

Taula 3. Activitats de formació de socorristes i personal de manteniment de piscines anys 2004-2008

	2004	2005	2006	2007	2008
Nre. total empreses formadores autoritzades	29	35	37	38	38
Nre. empreses formadores autoritzades/any	6	2	1	2	0
Nre. empreses que han impartit cursos	14	17	15	14	14
Nre. cursos impartits	174	164	159	143	158
Nre. alumnes formats	2.246	1.932	1.440	1.521	1.607

El total d'alumnes formats en aquests darrers 5 anys és de 8.746.

1.3. Depuració i reutilització d'aigües residuals

Actualment, hi ha a les Illes Balears un total de 93 depuradores de les quals 67 són a Mallorca, 12 a Menorca i 14 a Eivissa i Formentera, per la qual cosa la majoria de les aigües residuals produïdes per al consum humà estan tractades. Si bé fa uns anys, el primer objectiu va ser dotar la major part de la població de depuradores amb un tractament secundari, actualment un dels objectius principals és dotar les estacions depuradores d'aigües residuals (EDAR), d'un tractament terciari, de manera que es potencien la reutilització de les aigües regenerades, el que permetrà racionalitzar els recursos destinats a aigües de consum humà. La reutilització presenta una tendència creixent i actualment hi ha una sèrie de projectes començats, destinats a l'ús d'aigües regenerades per al reg agrícola.

A la nostra comunitat, els usos principals d'aquestes aigües regenerades són el reg de camps de golf, parcs i jardins i reg agrícola. No obstant això, l'ús d'aquestes aigües regenerades pot suposar un risc per a la salut, en funció de la contaminació química (metalls pesats i nitrats) i microbiològica i, a més a més, és una activitat susceptible de provocar la contaminació dels sòls i dels aqüífers. La normativa estableix uns criteris sanitaris diferents segons l'ús que es vulgui donar a les aigües regenerades.

En cas que no es reutilitzin les aigües depurades, aquestes s'evacuen a la mar a través dels emissaris submarins, a torrents o a pous d'infiltració.

Les principals normes d'aplicació són les següents:

RD 1620/2007, de 7 de desembre, pel qual s'estableix el règim jurídic de la reutilització de les aigües depurades.

Pla Hidrològic de les Illes Balears, aprovat pel RD 378/2001, de 6 d'abril.

Ordre de 13 de juliol de 1993, d'instrucció per a projectes de conduccions d'abocaments des de terra a la mar.



La competència per a l'autorització d'abocaments i per a la reutilització d'aigües depurades és de la Conselleria de Medi Ambient. A petició d'aquesta, la DGSP ha emès informes sanitaris, que són de caràcter vinculant en el cas de la reutilització (taula 4).

Taula 4. Informes realitzats durant el període 2005-2008

	2005	2006	2007	2008
Informes reutilització	18	20	11	8
Evacuació emissaris	8	10	12	6

2. Qualitat de l'aire

La contaminació atmosfèrica constitueix un risc per a la salut. Les relacions existents entre malalties humanes i l'exposició a la contaminació atmosfèrica no són senzilles ni es coneixen amb exactitud, però hi ha proves abundants que la contaminació atmosfèrica és causa de l'increment d'al·lèrgies, de malalties cardiovasculars i respiratòries (asma, bronquitis) i d'irritacions oculars. Segons la OMS, la contaminació atmosfèrica causa uns dos milions de morts prematures a l'any en tot el món. Concretament, a les Illes Balears, l'asma és la primera causa de malaltia crònica en la infantesa, amb una prevalença infantil del 10,5% i que afecta uns 15.000 nins i joves menors de 14 anys.

També el renou generat per l'activitat humana és un dels contaminants més freqüents del nostre entorn i no obstant això encara és escassa la consciència del ciutadà al respecte. Per això, les mesures per reduir el renou ambiental han tengut menys prioritat que les encaminades a fer front a altres problemes mediambientals. L'exposició a renous forts implica una sèrie de conseqüències negatives per a la salut que es tradueixen, entre d'altres, en malestar general, fatiga, pèrdua d'atenció, estrès, trastorns de son i pèrdues auditives.

2.1. Qualitat química

Cal destacar les normes següents que neixen de la necessitat d'assolir i mantenir un nivell de protecció elevat de les persones i del medi ambient enfront de la contaminació atmosfèrica:

Llei 34/2007	De qualitat de l'aire i protecció a l'atmosfera.
RD 1073/2002	Avaluació i gestió de la qualitat de l'aire ambient en relació al diòxid de sofre, diòxid de nitrogen, òxids de nitrogen, partícules, plom, benzè i monòxid de carboni.
RD 1796/2003	Relatiu a l'ozó a l'aire ambient.

La Conselleria de Medi Ambient disposa d'una Xarxa de vigilància i de control de la qualitat de l'aire que mesura el diòxid de sofre, els òxids de nitrogen, el monòxid de carbó, les partícules, l'ozó i els hidrocarburs (benzè, toluè i xilè). La xarxa està formada per un total de 18 estacions:

- 5 estacions de la Conselleria de Medi Ambient: 2 a Palma, 1 a Ciutadella, 1 a Sant Antoni i 1 mòbil que es pot usar en qualsevol punt.
- 11 estacions situades als voltants de les centrals tèrmiques de Mallorca, Menorca i Eivissa.
- 1 estació a la planta incineradora de residus urbans de Mallorca.
- 1 estació a la fàbrica de ciment a Lloseta.

En cada estació de mostreig s'estableix un índex de qualitat de l'aire per a cada contaminant, en funció de la concentració obtinguda de cada un d'aquests. Aquest índex de qualitat pot ser excel·lent, bo, regular i dolent. Setmanalment, es proporciona informació a la web de la Conselleria de Medi Ambient.

També disposa d'informació de la predicció dels episodis africans (masses d'aire que procedeixen d'Àfrica) que poden afectar les mesures de les partícules PM_{10} .

Dels resultats obtinguts de la qualitat de l'aire des de l'any 2002, una de les estacions, ubicada a Palma, superà, l'any 2006, el valor límit anual de protecció a la salut humana per al NO_2 . Les causes són, principalment i entre d'altres, el trànsit rodat. S'ha de tenir present que els límits són cada vegada més exigents, ja que s'han baixat de $56\mu g/m^3N$ per a l'any 2002 a $46\mu g/m^3N$ per a l'any 2006, i l'objectiu per al 2010 és de $40\mu g/m^3N$. Posteriorment, durant els anys 2007 i 2008 no s'han superat els valors límits establerts.

Per aconseguir baixar els nivells i donar compliment a la normativa, des de la Direcció General de Qualitat Ambiental de la Conselleria de Medi Ambient, i amb la col·laboració de l'Ajuntament de Palma i altres organismes, entre els quals participa la DG de Salut Pública i Participació, s'ha elaborat un Pla de Millora de Qualitat de l'aire de Palma 2008 on s'inclouen mesures de restricció del trànsit, de foment del transport públic, de regulació del trànsit i sobre els vehicles.

Per altra banda, la Conselleria de Medi Ambient disposa d'un catàleg d'instal·lacions amb activitats potencialment contaminants de l'atmosfera (APCA). A l'any 2007, el total d'aquestes activitats és de 573, de les quals 429 són a Mallorca, 68 a Menorca i 76 a Eivissa i Formentera. Aquestes activitats estan relacionades amb la generació d'energia (calderes, centrals tèrmiques), materials de construcció (fabricació de teules, ciment, pedreres, etc.), residus, etc.

Els titulars d'aquestes empreses tenen l'obligació de realitzar controls d'emissions, d'acord amb la normativa.

2.2. Qualitat biològica

Des de l'any 2006 hi ha un Conveni de col·laboració entre la Conselleria de Medi Ambient, la Conselleria de Salut i Consum, la Universitat de les Illes Balears i el Col·legi d'Apotecaris de les Illes Balears, amb la finalitat de donar informació al ciutadà i a l'àmbit sanitari sobre les concentracions de pol·len atmosfèric. D'aquesta manera es pretén poder prevenir les al·lèrgies i les crisis asmàtiques que poden afectar la població.

La Xarxa d'aerobiologia està formada per 5 captadors, un a cada illa, excepte a Mallorca, que en disposa de dos:

- Mallorca: Palma (Col·legi Oficial d'Apotecaris) i Manacor (Hospital).
- Menorca: Alaior (seu de la UIB)
- Eivissa: Eivissa (Puig des Molins).
- Formentera (Ajuntament de Sant Francesc).

La informació que s'ofereix a la pàgina web de la Direcció General de l'Oficina del Canvi Climàtic, i que s'actualitza setmanalment, es refereix a la concentració dels diferents



tipus de pol·len i a la tendència dels pròxims dies, així com els calendaris pol·línics dels principals tipus de pol·len: olius, gramínies, cupressàcies, urticàcies, pins i casuarina.

Des de la Conselleria de Salut i Consum s'han elaborat unes recomanacions disponibles a la web i, a més a més, setmanalment es realitza la difusió dels resultats obtinguts als metges relacionats amb les malalties respiratòries.

2.3. Qualitat acústica

La Llei 1/2007 contra la contaminació acústica de les Illes Balears obliga els municipis, en funció del nombre d'habitants, a l'elaboració de mapes de renou amb l'objectiu de quantificar l'impacte de la contaminació acústica en la qualitat de la vida dels ciutadans i prendre mesures per disminuir-ne la intensitat.

L'any 2009, l'Ajuntament de Palma presentà el mapa del renou en el qual s'analitzen els nivells acústics existents i proporciona informació sobre les fonts sonores de la contaminació acústica. Destaquen els aspectes següents:

- El 90% dels renous són a causa del trànsit urbà.
- Un 45% de la població està afectada per contaminació acústica diürna.
- Un 40% de la població està afectada per contaminació acústica nocturna.

Una vegada elaborat aquest mapa, està previst desenvolupar un pla d'acció destinat a la disminució de renous a les zones on es superen els nivells establerts i evitar l'augment a les altres zones més silencioses.

3. Seguretat química

El desenvolupament de la societat va associat a l'ús creixent de diferents productes químics que estan presents a la nostra vida quotidiana: productes de neteja, plàstics, biocides, pintures, vernissos, etc. Existeixen actualment més de 100.000 substàncies comercialitzades a la Comunitat Europea, de les quals es calcula que aproximadament un 70% són substàncies perilloses. Fins al moment, la UE sols ha pogut harmonitzar la classificació d'unes 4.000 substàncies i la majoria manquen d'una avaluació de risc. El control dels productes químics és enormement complicat a causa de la diversitat de substàncies i preparats, regulats pels RD 363/1995 i RD255/2003, respectivament, i les posteriors modificacions. Cal destacar també el RD 1406/1989, de limitació a la comercialització, l'ús de determinades substàncies i preparats perillosos i les modificacions.

La publicació del Reglament 1907/2006 del Parlament Europeu i del Consell relatiu al registre, avaluació, autorització i restriccions de les substàncies i preparats químics (REACH) suposa un canvi en la normativa actual, i té els objectius següents: augmentar el nivell de protecció de la salut humana i el medi ambient, promoure l'ús de mètodes alternatius per valorar les propietats perilloses de les substàncies i augmentar la informació sobre els efectes perillosos de les substàncies. Així mateix, estableix que correspon als fabricants, importadors i usuaris intermedis garantir que únicament fabriquen i importen substàncies que no afectin negativament la salut.

D'una sèrie de productes hi ha normes específiques que faciliten les tasques de control.

RD 1054/2002	Regula el procés d'avaluació, autorització i comercialització de biocides.
Ordre SCO/3267/2006	Per a la inscripció i el funcionament del Registre Oficial d'Establiments i Serveis Biocides.
Ordre de la Conselleria de Salut i Consum	Regula el Registre oficial i el funcionament d'establiments i serveis plaguicides d'ús ambiental i en la indústria alimentària.
Ordre 8 de març de 1994	Regula l'homologació de cursos per realitzar tractaments amb plaguicides.
RD 3360/1983	De RTS de lleixius.
RD 770/1999	De RTS per a l'elaboració, la circulació i el comerç de detergents i productes de neteja.

Les empreses que fabriquen, emmagatzemen o distribueixen productes d'ús a la indústria alimentària han d'estar inscrites en el Registre Sanitari d'Aliments (RSA).

Las empreses que fabriquen, emmagatzemen o realitzen serveis amb productes biocides han d'estar inscrites en el Registre d'Establiments i Serveis Plaguicides d'Ús Ambiental i a la Indústria Alimentària d'aquesta Comunitat (ROESP).

El cens disponible d'aquestes empreses és el següent:

Taula 5. Cens d'empreses inscrites al Registre Sanitari i ROESP

Empreses inscrites al Registre Sanitari	
Lleixius i detergents (clau 37)	70
Additius tractament aigua de consum (clau 31)	15
Empreses inscrites al ROESP	
Serveis	55
Fabricant, magatzem, distribuïdor	15

Entre els anys 2007 i 2008 s'han controlat un total de 77 establiments. Entre els principals riscos detectats en les accions de control destaquen:

- Etiquetat incorrecte.
- Errors o manca de fitxes de dades de seguretat.
- Biocides no inscrits al Registre Oficial de Biocides del Ministeri de Sanitat i Política Social (MSiPS).
- Manca de controls en producte final.
- Manca de dipòsits de seguretat.

Referent a la formació de personal que fa tractaments amb productes biocides i plaguicides d'ús ambiental i a la indústria alimentària, entre els anys 2006 i 2008 s'han format un total de 81 persones.

3.1. Alertes

Per altra banda, hi ha una Xarxa nacional de vigilància i control de productes químics (SIRIPQ), coordinat pel MSiPS, que té com a objectiu prevenir els riscos d'exposició a les substàncies químiques perilloses, mitjançant la generació d'un sistema d'alertes quan es detecta per part de les comunitats autònomes o del Ministeri qualsevol fet que pugui afectar la salut.

Les notificacions poden ser de dos tipus:

- Per infraccions normatives: deficiències en la classificació, l'envasat, l'etiquetatge i l'emmagatzematge d'un producte, comercialització de substàncies no autoritzades, usos diferents als autoritzats, etc.
- Per danys a la salut: intoxicacions o accidents amb resultat de morbiditat o mortalitat.

El total d'actuacions realitzades entre els 2006 i 2008 fou el següent:

Taula 6. Actuacions del MSiPS i la CAIB entre el 2006 i 2008

	2006	2007	2008
Enviades pel MSiPS	5	3	7
Generades per la CAIB	1	3	2
Total	6	6	9

Totes les actuacions han estat per infraccions normatives.

4. Seguretat biològica. Zoonosis no alimentàries

A les Illes Balears, el contacte entre persones i animals s'està incrementant any rere any: per una banda, a les zones urbanes, amb la introducció cada vegada més massiva de mascotes als domicilis; per altra, a les zones rústiques, tant per una urbanització i ocupació humana com per l'increment d'activitats de feina i oci a la natura.

El fet que un gran nombre de microorganismes comparteixin hostes humans i animals, amb capacitat de transmissió directa i/o indirecta principalment a través de vectors, dona lloc a un important risc per a la salut de les persones, que no deixa de créixer segons les valoracions dels organismes sanitaris internacionals.

A més a més, factors tals com el presumible augment de les temperatures a causa del canvi climàtic, la introducció de nous hàbits culturals i de convivència, produïts pels moviments migratoris, així com l'arribada de noves espècies animals al·lòctones, a causa tant de noves tendències i de la facilitat i l'increment del comerç internacional, determinen un futur on les malalties zoonòtiques hauran de tenir-se ben en compte.

Els sistemes de vigilància actuals encara no són suficients i les polítiques de prevenció i control no estan adaptades a la futura realitat. És imprescindible incorporar els professionals sanitaris implicats per les funcions de vigilància, així com la creació d'equips multidisciplinaris per dissenyar plans efectius de prevenció i control.

5. Instal·lacions de risc sanitari. Gestió de la prevenció de la legionel·losi

La legionel·losi és una malaltia d'origen bacterià el mecanisme de transmissió del qual és per via respiratòria i està associada a les instal·lacions que utilitzen aigua i poden generar aerosols.

Els nombrosos brots produïts a l'Estat espanyol als anys 90 i principis de l'any 2000 va motivar la necessitat d'elaborar una normativa amb l'objectiu de prevenir la legionel·losi. Des de l'any 1997, la legionel·losi és una malaltia de declaració obligatòria.

La normativa d'aplicació és la següent:

RD 865/2003	Estableix els criteris higiènics i sanitaris per al control i la prevenció de la legionel·losi.
Ordre SCO/317/2003	Regula el procediment per a l'homologació de cursos de formació del personal que realitza operacions de manteniment d'instal·lacions.
Decreto 81/2005	Regula el procediment, l'autorització, la vigilància i el control de cursos per formar personal de manteniment d'instal·lacions.

Hi ha instal·lacions de risc amb major i menor probabilitat que la legionel·la prolifereixi i es dispersi. Les principals són els sistemes d'aigua sanitària freda i calenta, capaçs de generar aerosols, torres de refrigeració i condensadors evaporatius, balnearis (spa), banyeres d'hidromassatge, fonts ornamentals, sistemes de reg per aspersió a zones urbanes, etc.

Es disposa d'un cens de torres de refrigeració i de condensadors evaporatius que, juntament amb les fonts ornamentals que generen aerosols, estan georeferenciats en un sistema de localització geogràfica que permet poder relacionar-los amb els casos notificats per la Xarxa de Vigilància d'Epidemiologia.

Hi ha també un cens que inclou establiments amb instal·lacions de risc, és a dir, hotels, hospitals, residències de la 3a edat, poliesportius, serveis d'autorentat de vehicles, etc.

Malgrat que s'està treballant en la millora del cens, actualment les dades establiments amb instal·lacions de risc a les Illes Balears de què disposam són les següents:

Taula 7. Establiments amb instal·lacions de risc a les Illes Balears

Hospitals	Residències 3a edat	Fonts ornament.	Torres refriger/ Condensadors	Establ. turístics	Spa	Auto rentat Vehicles	Polies- portius
26	54	128	139	2593	38	35	122

Els controls sanitaris es programen en base a una avaluació del risc de les pròpies instal·lacions en si mateixes, i de les persones que hi poden estar exposades.

Els sistemes de control comprenen la documentació de la qual disposen les empreses corresponents als propis autocontrols (programa de manteniment, registres, productes utilitzats, formació del personal), així com la visita de les infraestructures de risc, que poden anar acompanyades de preses de mostres d'aigua, per a la posterior determinació de la legionel·la al Laboratori de Salut Pública. Durant la visita s'efectuen controls *in situ* de la temperatura i el clor residual lliure a diferents punts de la instal·lació.

Respecte als *establiments controlats per estar relacionats amb casos/brots de legionel·losi*, notificats pel Servei d'Epidemiologia, durant els anys 2004-2008, els resultats foren els següents:

Taula 8. Establiments controlats per estar relacionats amb casos/brots de legionel·losi, anys 2004-2008.

Controls relacionats amb casos notificats						
Any	Nre. establiment. controlats	Nre. establiment. amb mostres +	% establiment. amb mostres +	Nre. mostres preses	Nre. mostres +	% mostres +
2004	21	10	48	80	33	41
2005	17	4	24	82	18	22
2006	14	7	50	81	26	32
2007	23	9	39	93	19	20
2008	41	18	44	108	41	24

Els establiments amb casos/ brots són objecte d'un seguiment durant dos anys, en qualitat d'establiments associats.

En relació amb els controls realitzats, durant els dos anys posteriors, als *establiments associats a casos de legionel·losi*, durant els anys 2004-2008, els resultats foren els següents:

Taula 9. Controls als establiments associats a casos de legionel·losi, anys 2004-2008 a les Illes Balears

Controls de seguiment relacionats amb establiment associats a casos						
Any	Nre. establim. controlats	Nre. establim. amb mostres +	% establim. amb mostres +	Nre. mostres preses	Nre. mostres +	% mostres +
2004	32	5	15	66	8	12
2005	41	11	26	72	35	20
2006	34	7	20	57	17	30
2007	26	4	15	58	6	10
2008	30	10	33	94	23	24

Comparant les dades anteriors, s'observa que a les inspeccions realitzades per notificació de casos/brots, el % d'establiments amb mostres positives oscil·la entre el 24% i el 50%, mentre que a les inspeccions de seguiment realitzades als establiments associats, el nre. d'establiments amb mostres positives va del 15% al 33%. Aquesta disminució s'observa també si es considera el % de mostres positives.

Quant als controls realitzats durant els anys 2007 i 2008 per tipus d'establiment els resultats foren els següents:

Taula 10. Inspeccions realitzades durant els anys 2007-2008

Tipus d'establiment	Nre. establim. inspeccionats		% respecte del cens		Nre. mostres preses		Nre. mostres +		% mostres +	
	2007	2008	2007	2008	2007	2008	2007	2008	2007	2008
Hospitals	18	17	75	65	121	63	43	15	35	24
Residències 3a edat	48	30	96	56	130	72	43	19	33	26
Torres/condens.	72	44	49	32	112	46	25	12	22	26
Establ. turístics	100	186	4	7	115	374	34	77	29	21

Si comparem els resultats, veim que el % de resultats de mostres positives ha disminuït en el 2008 respecte al 2007, excepte en el cas de torres i condensadors.

Les principals deficiències detectades foren:

Infraestructura:

- Acumuladors connectats en paral·lel i/o sense boca d'home.
- Aljub mal protegit i/o inadequada renovació de l'aigua.

Operacionals:

- Nivells de clor inadequats a l'aigua freda de consum humà (AFCH).
- Registre de manteniment incomplet/absència.

- Programa de manteniment incomplet/absència.
- Temperatura inferior a 50° en extrems de les instal·lacions d'aigua calenta sanitària (ACS).
- Acumuladors a menys de 60°.
- No han netejat acumuladors.
- No han realitzat neteja i desinfecció anual.
- Sense determinacions de legionel·la.
- Sense personal format.

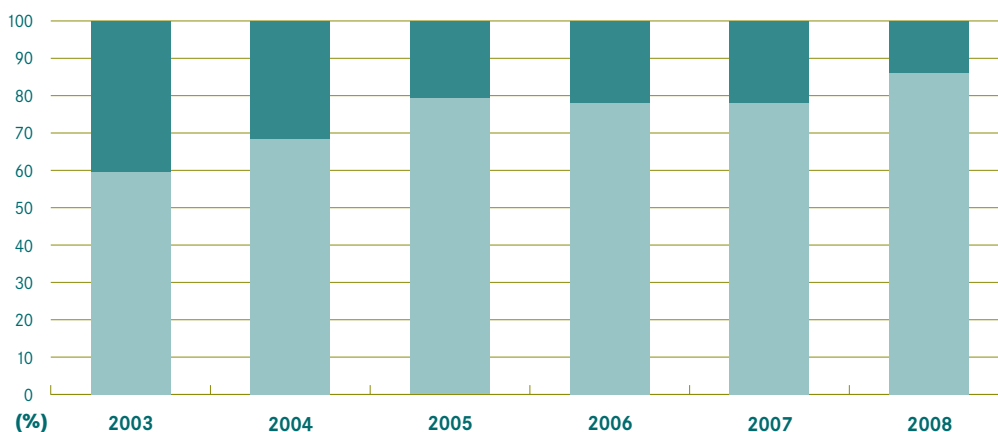
Les fonts ornamentals que generen aerosols són instal·lacions de risc per la seva capacitat de dispersar la legionel·la, per això són objecte de controls periòdics als quals es comprova el nivell de desinfectant residual, així com l'estat de neteja. En el cas de detectar-hi deficiències, es notifica la incidència al gestor d'aquestes.

Els resultats entre els anys 2003 i 2008 foren els següents:

Figura 8. Control de la cloració de les fonts ornamentals anys 2003-2008.

Absència de Clor Residual Lliure
Presència de Clor Residual Lliure

Font: Servei de Salut Ambiental.



Es pot observar que entre els anys 2003 i 2005 hi va haver una millora, ja que el % d'incompliments va passar del 40% a l'any 2003 al 20% a l'any 2005. No obstant això, entre el 2005 i el 2007, aquest 20% d'incompliments es va mantenir constant, posteriorment al 2008 s'ha tornat a detectar un descens en el nre. d'incompliments, i passa a un 14%.

Per mantenir les instal·lacions dels establiments adequadament, a fi d'evitar la proliferació de la legionel·la, s'ha de tenir personal amb formació adient. Les empreses de formació autoritzades són 21 i el nre. de persones formades entre els anys 2004 i 2008 fou de 1.994.

6. Residus sòlids

6.1. Residus urbans i assimilables a urbans

Els residus sòlids urbans, i els procedents de les indústries alimentàries poden ser un risc per a la salut pública si no són gestionats i eliminats correctament, ja que poden causar la contaminació d'aqüífers, del sòl i de l'aire (dispersió de pols, emissió de gasos), la proliferació de plagues d'insectes i rosegadors, la producció de males olors i l'ocupació

incontrolada del territori. L'actual política en matèria de residus es basa en el principi de l'anomenada jerarquia de residus (reducció, reutilització, reciclatge i recuperació) i si bé s'han produït avenços importants en el reciclatge, apreciand-ne una tendència creixent, no es menys cert que s'ha produït un augment en la generació de residus. Vàries institucions es reparteixen la competència de la seva gestió i control. El compartir coneixements i el treball coordinat entre aquestes i l'Administració sanitària es fa imprescindible per protegir el medi ambient, i per evitar els impactes nocius en la salut.

6.2. Residus perillosos

Menció especial requereixen els residus perillosos (piles, bateries, fluorescents, olis industrials, pintures, etc.) la gestió dels quals es fa de manera individual per a cada un d'aquests en funció de la seva perillositat, mitjançant gestors autoritzats. D'acord amb les dades de què disposa la Conselleria de Medi Ambient, la recollida dels residus perillosos ha anat augmentant al llarg d'aquests anys, i passen de les 5.969 tones recollides l'any 1998 a les 24.579 tones l'any 2006.

6.3. Residus sanitaris

Decret de 5 de juliol de 1996, de la Conselleria de Salut i Consum Ordenació de la gestió de residus sanitaris.

Els residus sanitaris són els procedents d'activitats, instal·lacions i serveis sanitaris. Segons la perillositat es classifiquen en tres grups:

- Grup I: assimilables a urbans.
- Grup II: residus sanitaris no específics subjectes a un control en el propi centre sanitari (benes, guixos, material de cura, etc.).
- Grup III: residus sanitaris específics subjectes a un control tant dins com fora del centre sanitari (residus infecciosos, anatòmics, material punxant, sang i hemoderivats, citostàtics, etc.).

Els residus sanitaris poden comportar riscos, tant per a la salut de les persones com per al medi ambient, per això és necessari que la seva gestió sigui correcta des del punt de vista sanitari, ecològic i econòmic.

Les activitats que realitza la Conselleria de Salut i Consum consisteixen en:

- Supervisió dels plans de gestió sobre residus que els centres sanitaris tenen obligació d'elaborar.
- Inspecció sanitària de les instal·lacions on es recullen, emmagatzemen i eliminen els residus sanitaris.
- Emissió d'informes preceptius respecte de les sol·licituds d'autoritzacions per a la gestió de residus.

El cens d'establiments sanitaris (hospitals, centres de salut, consultoris, etc.) és de 1.856 als quals s'han d'afegir altres establiments que també generen residus sanitaris, com les clíniques veterinàries (135 establiments), clíniques dentals, etc.

Durant els anys 2006 i 2007 es realitzà un projecte d'investigació per descriure el cicle complet de la gestió de residus sanitaris. Per això es varen visitar tots els centres hospitalaris,

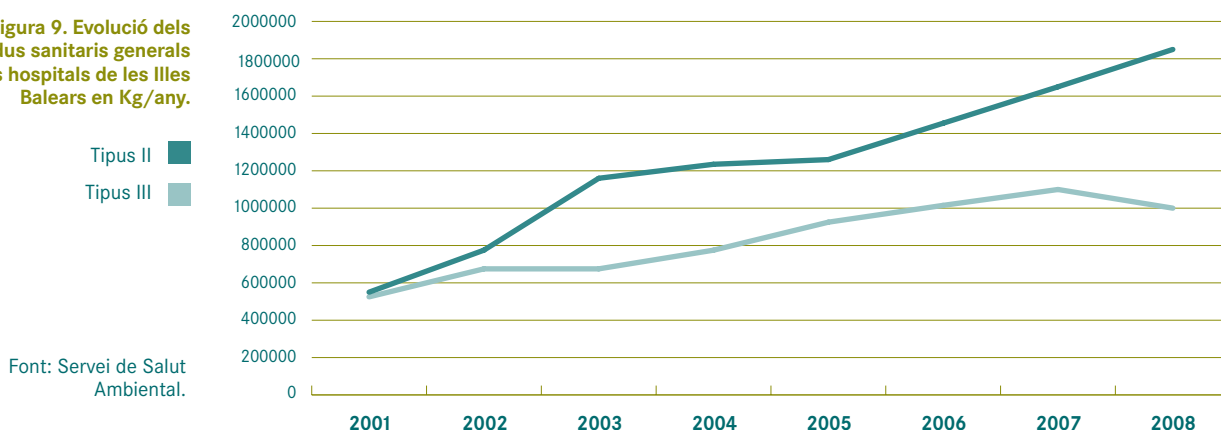
les empreses gestores de recollida de residus i les de tractament i eliminació. Com a resum s'ha de destacar el següent:

- L'eliminació dels residus tipus II es fa per incineració a Mallorca i a Menorca i per abocador controlat (cel·les especials) a Eivissa i Formentera.
- L'eliminació de residus tipus III es fa per esterilització en autoclau i posterior incineració, concentrant-se tot a Mallorca, excepte els medicaments i citostàtics que s'envien a la península per al seu tractament específic.
- Hi ha 4 gestors de transport de residus sanitaris.
- Dels 22 hospitals de les Illes Balears, 18 disposen de plans de gestió.
- 16 centres hospitalaris estan inscrits com a productors de residus perillosos.
- S'observen deficiències en la gestió de residus tipus II.
- Es detecta la necessitat de realitzar formació contínua entre el personal que manipula aquests residus a fi de millorar-ne les pràctiques en la separació.
- Ha de millorar-se la gestió extra del centre dels residus a Menorca, Eivissa i Formentera.

L'evolució del volum dels residus sanitaris entre 2001 i 2008 (figura9), ha anat augmentant progressivament, no obstant entre els anys 2002 i 2003 s'observa un augment brusc del volum de residus tipus II, a causa que anteriorment no s'estaven gestionant correctament a través de gestor autoritzat, sinó que en moltes ocasions es mesclaven amb els residus del tipus I.

Durant l'any 2008, s'observa un descens del volum de residus de tipus III, acompanyat d'un augment al grup II, el que podia suposar un reajustament en la classificació de residus sanitaris.

Figura 9. Evolució dels residus sanitaris generals als hospitals de les Illes Balears en Kg/any.



7. Qualitat de l' ambient interior. Contaminació per fum de tabac

El consum de tabac constitueix un dels principals problemes per a la salut pública, ja que segons les dades de la OMS és la segona causa principal de mortalitat en el món. És un factor determinant de diferents patologies de l'aparell respiratori (emfisema pulmonar, bronquitis,

asma, etc.) i de l'aparell circulatori (aterosclerosi, trombosi, etc.). A més a més, és responsable de la mortalitat per càncer de pulmó, malaltia pulmonar obstructiva crònica, etc.

Per altra banda, hi ha evidències científiques que el fum del tabac a l'ambient és causa de mortalitat, malaltia i discapacitat per als consumidors passius. L'Agència Internacional d'Investigació del Càncer de la OMS ha considerat que l'exposició a l'aire contaminat amb fum del tabac és carcinogen per als éssers humans.

Per això és necessari establir mesures per:

- Limitar la venda, el subministrament i el consum del tabac.
- Limitar la publicitat, la promoció i el patrocini dels productes del tabac.
- Protegir la població de l'exposició del fum del tabac.

Tant des de l'àmbit estatal com des de l'autonòmic s'han promulgat lleis destinades a fer front al consum del tabac.

Llei 28/2005	Estableix mesures sanitàries enfront del tabaquisme i regula la venda, el subministrament, el consum i la publicitat dels productes del tabac.
Llei 4/2005	Sobre drogodependències i altres addiccions a les Illes Balears.

Respecte a la valoració de l'aplicació de la Llei 4/2005, de drogodependències de les Illes Balears i de la Llei 28/2005, de mesures sanitàries enfront del tabaquisme, existeix consens en concloure que aquestes han tengut un impacte positiu a l'ambient educatiu, sanitari i laboral, amb l'excepció del sector de restauració. La complexitat en la interpretació de la norma, i la situació de discriminació que es planteja en fixar distints requisits en funció de la superfície de l'establiment, la ubicació i l'activitat, no han afavorit el nivell de compliment perseguit.

A la CAIB, les accions per aconseguir ambients lliures de fum han comprès accions de sensibilització, de promoció i la vigilància.

En el moment de l'entrada en vigor, en ambdues lleis es va disposar d'un canal específic per dur a terme les accions de control. A l'actualitat, aquestes s'han incorporat en l'activitat normalitzada de la protecció de la salut, el que està permetent una major activitat inspectora.

Les activitats desenvolupades entre els anys 2006 i 2008 en relació a les limitacions de la venda i del consum del tabac són les següents:

Taula 11. Denúncies, inspeccions i propostes d'expedient sancionador per la venda/consum de tabac entre els anys 2006-2008

	2006	2007	2008
Denúncies	283	16	110
Inspeccions	54	16	149
Proposta expedient sancionador	50	16	71

A l'objecte de sensibilitzar el sector de l'oci i la restauració s'ha creat la Xarxa d'espais d'oci sense fum (www.lasalutentot.org). Es tracta d'una pàgina web del Govern de les Illes Balears en la qual, de forma gratuïta, es publiciten els establiments als quals han prohibit

fumar o bé han habilitat una zona per a fumadors complint amb els requisits exigits a l'art. 8.2 de la Llei 28/2005, de 26 de desembre. Dins aquests tipus d'establiments hi ha: restaurants, bar-pastisseries, croissanteries, bars de centres comercials, hotels, etc.

També hi apareix informació sobre la normativa de tabac i els models de cartells que s'han d'exposar als establiments.

8. Radiacions electromagnètiques

Als darrers anys, hi ha hagut una evident preocupació social pels possibles efectes sobre la salut humana, associats a l'exposició de camps electromagnètics (CEM) que, a més a més, s'ha vist incrementada per la instal·lació de nombroses antenes de telefonia com a conseqüència de l'ús generalitzat de telèfons mòbils.

Amb l'objectiu d'arribar a un alt nivell per a la salut, la Unió Europea va establir unes recomanacions enfront de l'exposició als camps electromagnètics i posteriorment es va aprovar a Espanya una norma sobre l'exposició d'emissions radioelèctriques.

Recomanació del Consell 1999/519/CE	Relativa a l'exposició del públic en general a camps electromagnètics.
RD 1066/2001	Estableix condicions de protecció del domini públic radioelèctric, restriccions de les emissions radioelèctriques i mesures de protecció sanitària enfront d'emissions radioelèctriques.

Segons l'informe de l'eurobaròmetre, de juny de 2007, el 48% dels europeus mostra molta o bastant preocupació pels possibles efectes de l'exposició als CEM i un 75% perceben les línies d'alta tensió com els principals emissors potencialment nocius. El nivell de preocupació a Espanya es situa en la mitjana europea.

Entre els anys 2004 i 2008 s'han rebut a la DGSP un total de 6 denúncies que s'han derivat als organismes corresponents per a la realització de les mesures pertinents.

Per altra banda, a la Comissió Balear de Medi Ambient, es va acordar que les instal·lacions de 66/15kV, ubicades en zones urbanes que realitzen una avaluació d'impacte ambiental, han d'elaborar un Pla de vigilància i control que inclogui mesures dels camps electromagnètics. Aquests informes són remesos a la Conselleria de Salut. En cap cas els resultats han superat els límits establerts per a la protecció de la salut.

Conclusions:

- Incrementar el coneixement sobre els agents ambientals als quals està exposada la població de les Illes Balears.
- Incidir en el coneixement de les conseqüències de l'exposició als contaminants com a factors de risc.
- Orientació a la gestió del risc: prioritzar en la gestió.
- Avançar en el coneixement de la interacció del medi ambient i la salut.
- Integrar la informació sobre l'estat del medi ambient i la salut humana. Estudiar l'avaluació de l'impacte mediambiental sobre la salut humana.

Seguretat alimentària

1. CONTROL DELS RISCS.

1.1 RISCS BIOLÒGICS.

- 1.1.1 Investigació analítica en menjars preparats.
- 1.1.2 Investigació analítica d'agents zoonòtics.

1.2 RISCS QUÍMICS.

- 1.2.1 Programes anuals d'investigació de riscos químics.
- 1.2.2 Programa Nacional d'Investigació de Residus.

1.3 RISCS NUTRICIONALS

- 1.3.1 Al·lèrgens i gluten.
- 1.3.2 Declaracions nutricionals i propietats saludables.

1.4 RISCS EN ELS ESCORXADORS

2. ALERTES ALIMENTÀRIES.

3. PROGRAMA D'IMPLANTACIÓ DE SISTEMES D'AUTOCONTROL.

Les crisis alimentàries succeïdes en els anys 90 (dioxines, encefalopaties espongiformes bovines, etc.) evidenciaren la necessitat de modificar l'orientació de les actuacions de l'Administració sanitària. Fins fa uns 25 anys, l'Administració sanitària s'orientava a reduir la incidència de brots alimentaris i problemes aguts, però a dia d'avui aquesta orientació ha adquirit una actuació més predictiva i fins i tot proactiva. El coneixement, la vigilància i el control de riscos físics, químics, microbiològics, així com de percepció i els efectes que aquests tenen en la salut pública, de manera crònica o aguda, són evidències que els aliments sans i segurs tenen una contribució essencial en la salut de la població.

Per altra banda, la lliure circulació d'aliments segurs i saludables és un aspecte bàsic a l'Europa del segle XXI i contribueix significativament a la salut i al benestar dels ciutadans, així com als seus interessos socials i econòmics. Aquesta lliure circulació d'aliments dins la Unió Europea només es pot aconseguir si els requisits de seguretat alimentària no difereixen d'una manera significativa d'un Estat membre a un altre. La protecció de la salut és un compromís ineludible de les polítiques de seguretat alimentària a Europa.

En aquest sentit, el Llibre blanc de seguretat alimentària va establir els principis que havia de seguir aquest nou marc normatiu. Aquests principis es traslladaren a l'ordenament jurídic en una sèrie de reglaments, que són normes de directa aplicació a tots els Estats membres. Aquests reglaments contenen principis comuns respecte a les responsabilitats dels fabricants i de les autoritats competents, als requisits estructurals, operatius i higiènics per als establiments, als procediments per a l'autorització dels establiments, als requisits d'emmagatzematge i transport, i al marcat sanitari.

Especial rellevància té el Reglament núm. (CE) 178/2002 del Parlament europeu i del Consell de 28 de gener de 2002, pel qual s'estableixen els principis i els requisits generals de la legislació alimentària, que crea l'autoritat europea de seguretat alimentària i fixa procediments relatius a aquesta.

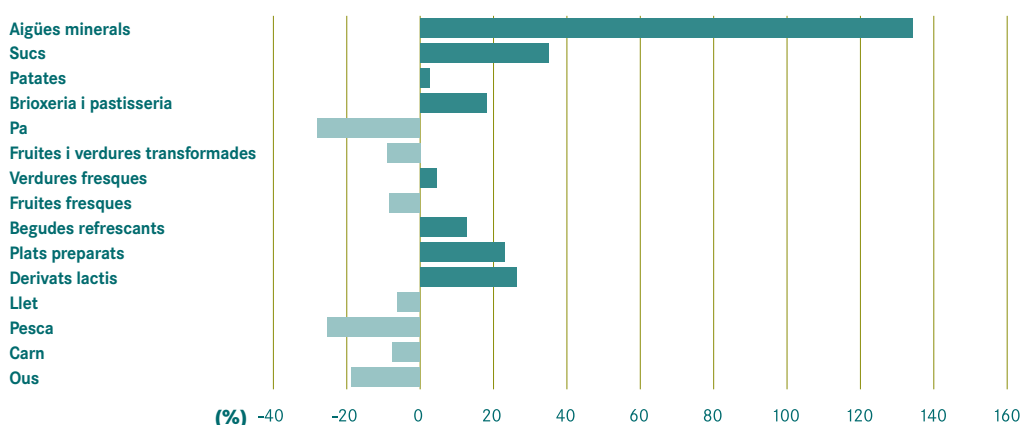
És fonamental també l'aprovació del Reglament (CE) 882/2004 del Parlament europeu i del Consell de 29 d'abril, sobre els controls oficials duïts a terme per garantir la verificació del compliment de la legislació en matèria de pinsos i aliments i la normativa sobre salut i benestar dels animals. Aquesta norma estableix que els Estats membres han d'efectuar controls oficials amb regularitat, basats en els riscos i amb la freqüència apropiada.

Per una altra banda, l'activitat de protecció de la salut enfront dels aliments que consumim ha de tenir en compte les particularitats pròpies d'una comunitat autònoma, amb una forta dependència del comerç extern, i formada per quatre illes i uns recursos econòmics basats en el sector serveis, cosa que origina que les activitats de distribució d'aliments i de menjars preparats i restauració siguin molt superiors a les d'altres activitats. En nombres absoluts, les Illes Balears compten 1.072.844 d'habitants i s'estima que el nombre de pernoctacions anuals a causa de la notable activitat turística arriba als 125 milions.

Si parlem de distribució, les Illes Balears disposaven de 7.629 llicències per a activitats de distribució alimentària, de les quals 529 corresponen a supermercats, 11 a hipermercats, i 771 a llicències de venda ambulant. Quant a consum, el consum d'aliments dels consumidors de la nostra comunitat variava considerablement de la mitja nacional, tal i com es pot veure a la figura 1.

Figura 1. Desviació de Balears amb la mitjana nacional de consum alimentari.

Font: MARM 2008.



En relació al nombre d'allotjaments, restaurants, cafeteries i bars, a la taula 1 s'adjunten dades relatives a aquest aspecte de l'any 2008.

Taula 1. Cens d'establiments d'activitat menjars preparats i restauració.

	Allotjaments	Restaurants	Cafeteries	Bars
Nre. Establiments	2.614	4.362	2.302	4.460
Nre. Places	423.054	308.017	116.458	178.632

Font: Conselleria de Turisme.

Si comparam l'evolució dels últims 6 anys en les figures 2 i 3, es pot observar com el nombre d'allotjaments es mantenia quasi constant, i que el nombre de cafeteries i restaurants havia augmentat. Concretament, era en el cas dels restaurants on s'observava un augment més significatiu.

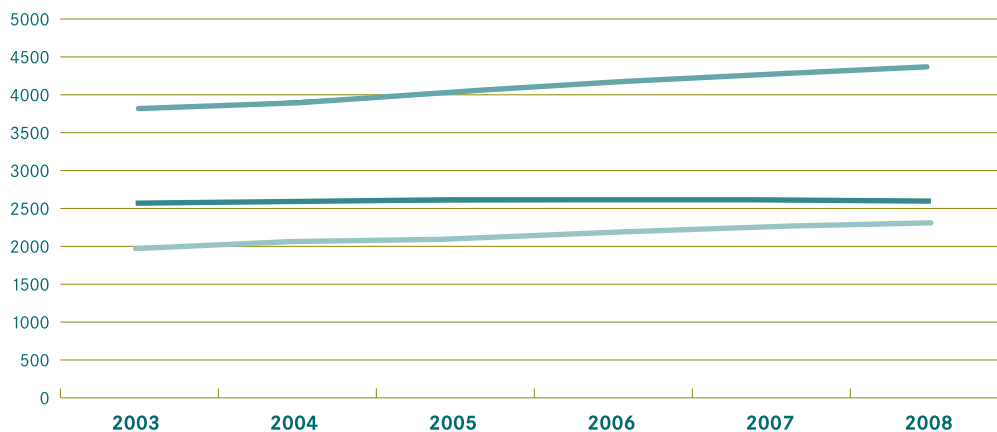


Figura 2. Evolució del nre. d'establiments amb activitat menjars preparats i restauració.

■ Allotjaments
■ Restaurants
■ Cafeteries

Font: Conselleria de Turisme.

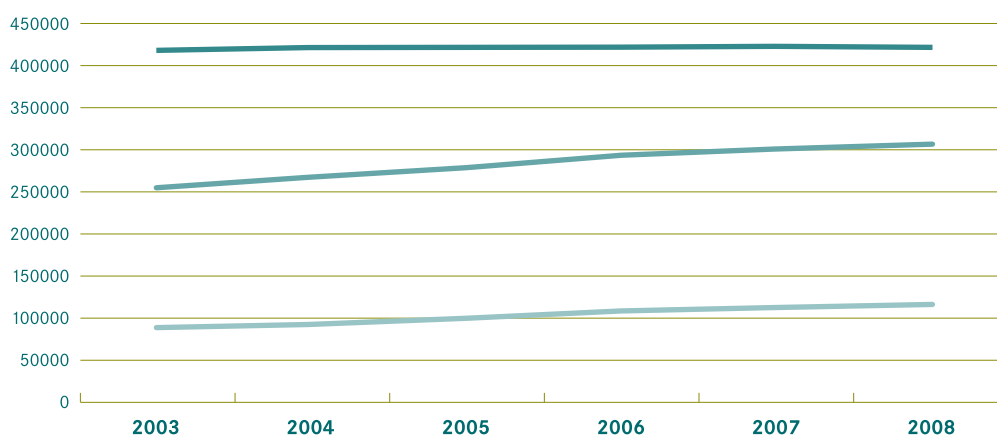


Figura 3. Evolució del nre. de places amb activitat menjars preparats i restauració.

■ Allotjaments
■ Restaurants
■ Cafeteries

Font: Conselleria de Turisme.

Després de valorar totes aquestes particularitats pròpies i d'acord amb els principis establerts a la normativa europea, el Servei de Seguretat Alimentària de la Direcció General de Salut Pública i Participació ha establert les bases perquè les investigacions i els controls oficials es duiguin a terme en base a una avaluació del risc.

Els aspectes que s'han ponderat a l'hora d'establir el risc dels establiments són els següents:

1. Dades de l'establiment: tenint en compte la clau del Registre General Sanitari d'Aliments (carn, peix, ous, llet, etc.), la categoria (elaborador, distribuïdor, etc.) i l'activitat.
2. Antecedents de l'establiment: si l'establiment havia estat objecte de tancament per part de la Direcció General de Salut Pública, si havia estat objecte d'expedient sancionador, i si havia estat causant d'alerta o toxiinfecció alimentària.
3. Població de destinació: diferenciant la població de risc (residències gent gran, col·legis, hospitals).
4. Nombre de manipuladors d'aliments: com indicador del volum d'aliments processats i per tant de l'impacte que podia tenir sobre la població.
5. Higiene, instal·lacions i autocontrols: dades obtingudes de les visites "in situ" realitzades pels agents de control oficial.
6. En el cas particular de l'hoteleria: segons el nombre de places, categoria de l'hotel (nre. d'estrelles) i tipus de servei (a la carta, bufet, tot inclòs).

A més d'aquesta activitat de gestió basada en els riscos, també es duen a terme altres activitats per verificar el compliment de la legislació sobre aliments, així com controls per verificar les normes relatives al benestar animal en els escorxadors de les Illes Balears.

Vigilar, promoure i protegir són les accions que es duen a terme sobre els riscos per tal de disminuir les malalties.

D'acord amb l'exposat anteriorment i en aquesta situació d'evolució en les mesures de seguretat alimentària i d'investigació, es duen a terme les diverses actuacions que es descriuen a continuació:

- CONTROL DELS RISCS.
- ALERTES ALIMENTÀRIES.
- PROGRAMA D'IMPLANTACIÓ DE SISTEMES D'AUTOCONTROL.

NOTA: A cada capítol s'inclou un breu llistat de la principal normativa d'aplicació. Aquest llistat no té caràcter exhaustiu i no inclou tota la normativa vigent aplicable a cada capítol.

1. Control dels riscos

Cada any es planifiquen mesures en funció del risc, de les incidències detectades l'any anterior, de les directrius que marca la Unió Europea i també, com s'ha dit anteriorment, es té en compte l'especial situació de l'arxipèlag. Per dur a terme aquestes actuacions, s'estructuren dos programes de vigilància i control, el de riscos biològics i el de riscos químics.

1.1. Riscos biològics:

El programa d'avaluació dels risc biològics es divideix en dos programes d'investigació dels aliments:

- Investigació analítica en menjars preparats.
- Investigació analítica d'agents zoonòtics.

1.1.1. INVESTIGACIÓ ANALÍTICA EN MENJARS PREPARATS

Reial decret 3484/2000 Estableix condicions per als establiments de menjars preparats i regula la seva autorització. (*)

Aquest subprograma avalua la higiene en la manipulació i l'elaboració d'aliments i investiga la presència de determinats agents patògens en els menjars preparats.

D'una manera més concreta, el Reial decret 3484/2000, pel qual s'estableixen les normes d'higiene per a l'elaboració, la distribució i el comerç de menjars preparats, classifica els menjars preparats i estableix els requisits microbiològics que han de complir. Així, els menjars preparats tipus A són aquells sense tractament tèrmic i amb tractament tèrmic perquè duen alguns ingredients no sotmesos a tractament tèrmic; i els menjars preparats tipus B són aquells que han sofert tractament tèrmic.

Aquest Reial decret estableix normes microbiològiques en relació a:

- Microorganismes indicadors: *Aerobis mesòfils totals* i *Enterobacteriàcies* (lactosa positiu).
- Microorganismes testimonis de manca d'higiene: *Escherichia coli* i *Staphylococcus aureus*.
- Agents patògens: *Salmonella spp.* i *Listeria monocytogenes*.

El nombre de mostres de menjars preparats durant l'any 2008 va ser de 258, amb els resultats següents: 134 foren correctes, 87 evidenciaren deficiències en la manipulació (incompliments en els microorganismes indicadors), 28 posaren de manifest deficiències higièniques (incompliments als microorganismes testimonis de manca d'higiene) i 9 varen contenir patògens. La classificació de les mostres en funció dels resultats i percentatges es veuen reflectides a la fig. 4.

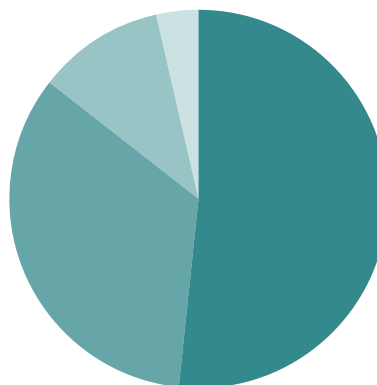


Figura 4. (nre.=258):
Classificació de mostres de menjars preparats per tipus de resultat. 2008.

■ Correctes
■ Deficiències manipulació
■ Deficiències higiene
■ Amb patògens

Font: Servei de Seguretat Alimentària. Direcció General Salut Pública i Participació. Conselleria Salut i Consum.

Si separen les mostres en menjars preparats sense tractament tèrmic (tipus A) i menjars preparats amb tractament tèrmic (tipus B), de les 258 mostres recollides de menjars preparats, 113 correspongueren al tipus A, mentre que 145 correspongueren al tipus B. Tot això es detalla en percentatges a les fig. 5 i fig. 6.

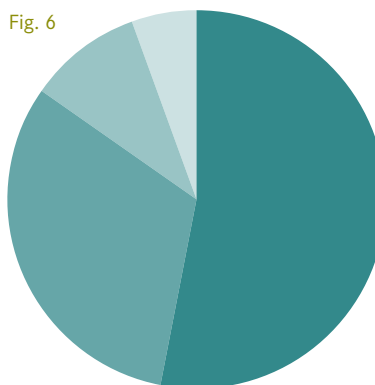
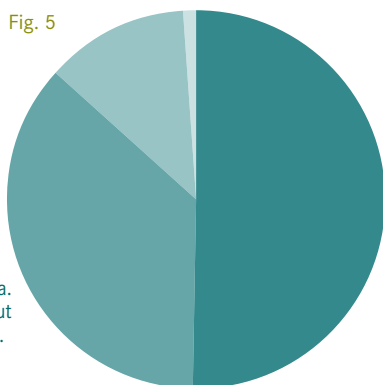


Figura 5. (nre.= 113):
Classificació de mostres de menjars preparats tipus A per tipus de resultat. 2008.

Figura 6. (nre.= 145):
Classificació de mostres de menjars preparats tipus B per tipus de resultat. 2008.

■ Correctes
■ Deficiències manipulació
■ Deficiències higiene
■ Amb patògens

Font: Servei de Seguretat Alimentària. Direcció General Salut Pública i Participació. Conselleria Salut i Consum.

Si es comparen els resultats dels anys 2006, 2007 i 2008 es pot observar que les deficiències de manipulació i les deficiències d'higiene augmentaren en lloc de disminuir (fig. 7)

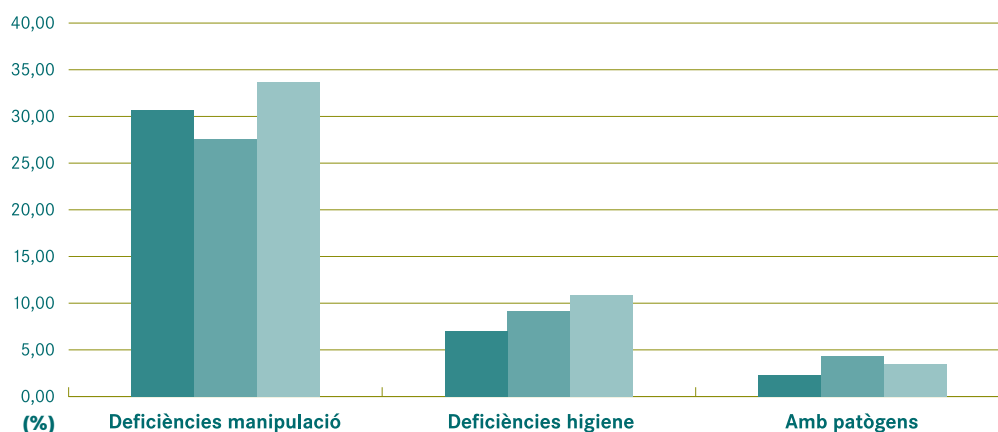


Figura 7. Mostres de menjars preparats amb deficiències (2006-2007-2008).

■ 2006
■ 2007
■ 2008

Font: Servei de Seguretat Alimentària. Direcció General Salut Pública i Participació. Conselleria Salut i Consum.

(*): des del 13 de febrer de 2010, l'article relatiu als criteris microbiològics està derogat.

1.1.2. INVESTIGACIÓ ANALÍTICA D'AGENTS ZONÒTICS

Reglament (CE) 2073/2005	Que estableix criteris microbiològics aplicables als productes alimentaris.
Reial decret 1940/2004	Sobre la vigilància de les zoonosis i dels agents zoonòtics.

Dins aquest subprograma es controlen diferents agents zoonòtics¹ que en base al risc avaluat s'han identificat com a rellevants a les Illes Balears. Els agents zoonòtics que són objecte d'investigació poden variar entre els diferents anys.

Els agents zoonòtics investigats durant l'any 2007, foren *Salmonella* spp. i *Listeria monocytogenes* i el nombre de mostres recollides va ser de 182 i 229, respectivament.

Les matrius seleccionades per a la presa de mostres de *Salmonella* foren per una banda ous, recollits en centres d'embalatge i en establiments de venda a la menuda, i, per una altra banda, menjars preparats. L'anàlisi d'aquestes 182 mostres donà com a resultat la presència del microorganisme en 2 de les mostres, corresponent els serovars aïllats a *S. hadar* i *S. typhimurium*.

En relació amb la *Listeria* es recolliren mostres de salmó fumat, formatge fresc, productes carnis llests per consumir o *ready to eat* (RTE) i menjars preparats. En 16 de les 229 mostres es detectà la presència d'aquest microorganisme.

Pel que respecte a l'any 2008, es continuà amb la investigació de *Listeria monocytogenes*, concretament en RTE i menjars preparats, de *Salmonella* en menjars preparats i productes de pastisseria, i s'inicià la investigació d'*Escherichia coli* i *Anisakis*.

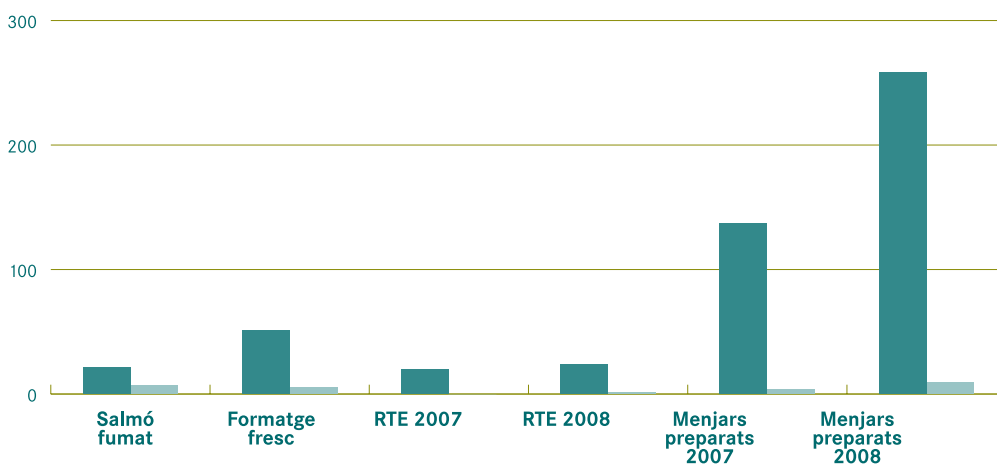
En relació a les mostres per a la determinació de *Listeria monocytogenes*, el nombre de mostres recollides va ser de 292, amb 10 mostres en les quals es detectà aquest microorganisme.

La figura 8, representa de forma gràfica el resultat del programa d'investigació de *Listeria monocytogenes* durant els anys 2007 i 2008, amb informació del nombre de mostres preses i nombre de mostres en les quals es va aïllar aquest microorganisme per tipus d'aliment.

Figura 8. Resultat mostres *Listeria monocytogenes* per tipus aliment.

Nre mostres ■
Nre presència ■

Font: Servei de Seguretat Alimentària. Direcció General Salut Pública i Participació. Conselleria Salut i Consum.



¹ Per més informació sobre agents zoonòtics consultar el capítol "De què emmalaltim: malalties transmissibles: malalties de transmissió alimentària i fecal oral".

La matriu elegida per a *Escherichia coli* va ser formatge fresc i productes de pastisseria amb crema en el seu contingut. El nombre total de mostres recollides per a la determinació de *E. coli* va ser de 77 i només en 3 es confirmà la presència d'aquest microorganisme. Aprofitant la recollida de mostres en productes de pastisseria es feren altres determinacions, i es posà de manifest que de 41 mostres analitzades, 12 no complien els requisits mínims establerts en relació a la higiene.

En relació al control per a *Anisakis*, la matriu elegida va ser la de menjars preparats, elaborats a base de peix cru. Es recolliren 15 mostres sense que en cap d'aquestes es detectà aquest paràsit.

Altres controls que es dugueren a terme foren el de les *encefalopaties espongiformes transmissibles* i el de la *triquina*.

Quant al control de les *encefalopaties espongiformes transmissibles* (EET) en els animals per al consum humà, aquest es va dur a terme mitjançant la presa de mostres a tots els remugants dels grups de risc sacrificats als escorxadors de les Illes Balears.

En relació al mostreig per detectar EET en el bestiar boví, l'evolució de la situació epidemiològica (disminució de detecció de casos i augment de l'edat d'aquests) es produïren modificacions en la normativa, amb un augment de l'edat de mostreig, que de forma general, passà de 24 a 48 mesos. Així mateix, l'evolució natural de la malaltia, després de la prohibició de la utilització de proteïnes d'origen animal a l'alimentació dels remugants, va preveure que l'edat de mostreig seguís augmentant en els pròxims anys.

Des que s'inicià el mostreig d'EET entre els bovins sacrificats per al consum humà a les Illes Balears, es detectaren quatre animals positius. El darrer positiu va ser de data de febrer del 2006. Per una altra banda, el darrer positiu a una explotació ramadera de les Illes Balears es va detectar l'any 2006.

A la taula següent s'aporta informació del nombre de mostres efectuades a bovins sacrificats per al consum humà i el nombre de positius en els escorxadors de les Illes Balears.

Taula 2. Nombre de mostres i nombre de positius bovins (2000-2009)

Any	Nombre mostres	Nombre positius
2000	3	0
2001	1.113	0
2002	2.707	0
2003	2.641	1
2004	3.521	1
2005	3.383	1
2006	2.556	1
2007	2.168	0
2008	2.231	0
2009	2.040	0

En el cas del bestiar oví i caprí destinat al consum humà, no s'analitzaren tots els animals de determinades categories, sinó que s'analitzaren mostres dels animals majors de 18 mesos. La mesura d'aquesta mostra es calculà a nivell de la UE en base als cens del bestiar oví i caprí en els diferents Estats membres.

No s'ha detectat cap positiu a EET en ovins i caprins sacrificats a les Illes Balears des que es du a terme aquest mostreig. A la taula 3 s'aporta informació del nombre de mostres efectuades a petits remugants sacrificats per al consum humà i nombre de positius en els escorxadors de les Illes Balears.

Taula 3. Nombre de mostres i resultat de petits remugants (2001-2009)

Any	Nombre mostres oví	Nombre positius	Nombre mostres caprí	Nombre positius
2001	2	0	0	0
2002	246	0	4	0
2003	184	0	12	0
2004	40	0	1	0
2005	123	0	8	0
2006	184	0	29	0
2007	105	0	26	0
2008	50	0	8	0
2009	20	0	3	0

Per finalitzar, cal parlar de la triquinosi. Aquesta és una malaltia parasitària àmpliament difosa a nivell mundial que es transmet pels aliments i per a la qual existeixen mesures específiques de control a la normativa de la UE. La detecció l'any 2007 d'un cas de triquinosi, malaltia de la qual no s'havia detectat cap cas des del 1984 (informe 2007 Xarxa de Vigilància Epidemiològica de les Illes Balears), posa de manifest que, tot i que hi havia d'un risc baix a la nostra comunitat autònoma, aquest no és inexistent.

En concret, el Reglament (CE) 2075/2005 de la Comissió de 5 de desembre de 2005, pel qual es creen normes específiques per a la investigació de la presència de triquines a la carn, estableix que obligatòriament s'han de controlar tots els porcins, equins, porcs senglars i altres espècies de caça de cria sensibles al paràsit, sacrificats per al consum humà. El mètode diagnòstic de referència és la digestió de mostres col·lectives amb utilització d'agitador magnètic.

Des de la implantació d'aquest mètode diagnòstic, més sensible que el mètode diagnòstic triquinoscòpic, no s'ha detectat cap animal parasitat a les Illes Balears.

1.2. Riscs químics

Les substàncies químiques transmeses pels aliments són un perill de salut pública important i en creixement. Els aliments actuen com a vehicle d'una sèrie de substàncies químiques que poden incidir en la salut després d'una sola exposició, o bé, després d'una exposició perllongada.

Entre aquestes substàncies químiques presents en els aliments trobam substàncies produïdes naturalment, com les aflatoxines; contaminants ambientals com els metalls pesats i hidrocarburs aromàtics policíclics; substàncies afegides per millorar la producció, com additius i pesticides; i residus de tractaments farmacològics.

Les actuacions dutes a terme per al control dels riscos químics es poden dividir en dos:

Programes anuals de control de riscos químics: en aquests programes es determinen anualment les substàncies que s'han d'analitzar en base a una anàlisi de risc.

Programa Nacional d'Investigació de Residus (PNIR): programa, regulat a nivell de la Unió Europea, en el qual es fixen les substàncies que s'han d'analitzar i la intensitat del mostreig en base al nivell de producció del diferents productes.



1.2.1. PROGRAMES ANUALS D'INVESTIGACIÓ DE RISCS QUÍMICS

Reglament (CE) 1881/2006	Que estableix límits per determinats contaminants en els aliments.
Reglament (CE) 396/2005	Que estableix límits màxims de residus de plaguicides en aliments i pinsos d'origen vegetal i animal.

Les substàncies investigades durant l'any 2007 foren:

Aflatoxines en espècies.

Additius (sulfits en fruites seques deshidratades).

Metalls pesats (cadmi i mercuri en peixos).

Hidrocarburs aromàtics policíclics en olis.

Pesticides en productes frescs i aliments infantils.

Els resultats d'aquestes mostres han evidenciat que no hi havia hagut incompliments en hidrocarburs aromàtics policíclics en olis, en aflatoxines, en espècies, ni en plaguicides en aliments infantils. Sí que hi havia incompliments de cadmi en peixos, i sulfits en fruites seques deshidratades, amb uns percentatges d'incompliment del 5% i del 5,26%, respectivament. I finalment, on es posà de manifest el major nombre d'incompliments fou en mercuri en peixos, amb un 21,95%, i en plaguicides en productes frescs, amb un 20% de resultats incorrectes (fig. 9).

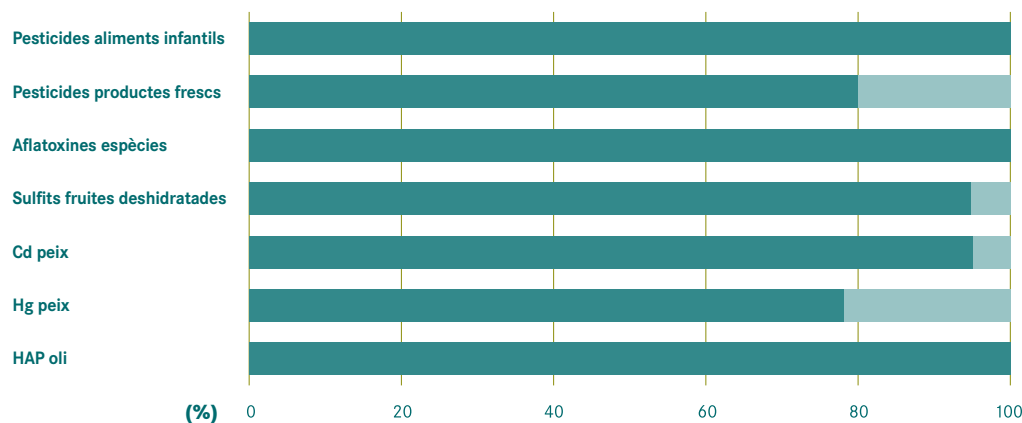


Figura 9. Percentatge de mostres no conformes per tipus de substància 2007.

■ Correcte
■ Incorrecte

Font: Servei de Seguretat Alimentària. Direcció General Salut Pública i Participació. Conselleria Salut i Consum.

De forma més detallada per al control de plaguicides en productes frescs es recolliren 15 mostres de 12 espècies diferents i es mostrejaren 69 plaguicides. Les prioritats s'establiren en funció de la recomanació de la Comissió de 3 d'abril de 2007, relativa a un programa comunitari coordinat de control destinat a garantir els límits màxims de residus (LMR) en determinats productes d'origen vegetal. Els productes controlats foren productes autòctons i els resultats obtinguts l'any 2007 es detallen a la taula 4.

Taula 4. Detall de control de plaguicides en productes frescs.

Nre. total mostres	Nre. mostres amb pesticides	Nre. de mostres amb pesticides per sobre LMR	Nre. de mostres amb pesticides per sota LMR	Nre. de mostres amb 2 o més pesticides
15	8	3	5	4

Font: Servei de Seguretat Alimentària. Direcció General Salut Pública i Participació. Conselleria Salut i Consum.

L'any 2007 també es recolliren mostres d'aliments susceptibles de contenir organismes modificats genèticament (OMG) per tal de comprovar si en la seva composició figuraven ingredients elaborats amb OMG, si pertanyien a les varietats autoritzades i si es reflectien a l'etiqueta. Es recolliren 10 mostres i totes varen ser conformes amb la legislació vigent.

L'any 2008 les substàncies investigades foren les següents:

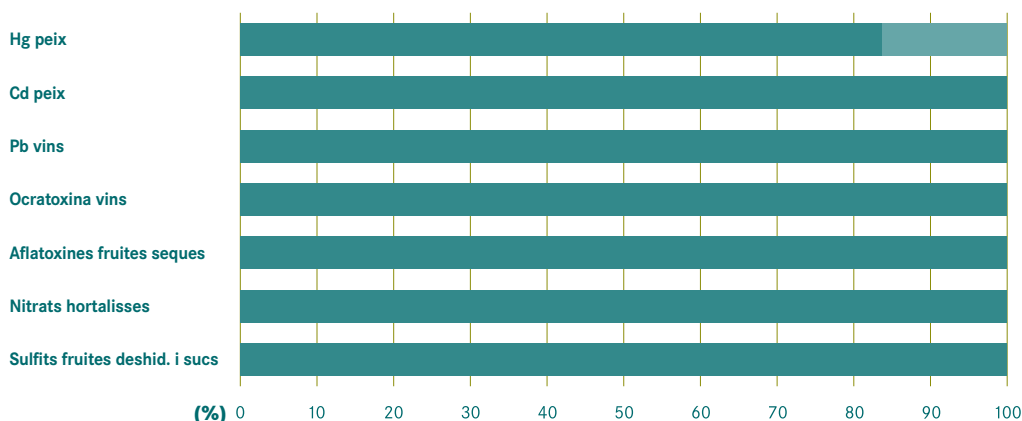
- Micotoxines (aflatoxines en fruites seques i ocratoxina en vi).
- Additius (sulfits en fruites deshidratades i suc de fruites).
- Metalls pesats (mercuri i cadmi en peixos, i plom en vi).
- Nitrats en hortalisses.

Una vegada analitzades les mostres recollides només s'evidenciaren incompliments en el cas del mercuri en peix, concretament en el 16,36% de les mostres (fig. 10).

Figura 10. Resultat de les mostres de riscos químics 2008

Correcte ■
Incorrecte ■

Font: Servei de Seguretat Alimentària. Direcció General Salut Pública i Participació. Conselleria Salut i Consum.



En el cas concret del mercuri, durant els anys 2007 i 2008, s'agafaren 96 mostres de 20 espècies diferents. Els resultats de les anàlisis evidenciaven valors per sobre dels límits màxims en algunes espècies de gran mida i de gran longevitat, com són la tintorera, el peix espasa, el marlí, el gató i la tonyina. El fet de no tenir depredadors fa que aquests peixos visquin més anys i, per tant, acumulin més quantitat de mercuri al llarg de la seva vida. És important remarcar que el mercuri analitzat és mercuri total (que inclou mercuri orgànic i inorgànic) que en la seva presentació química com a mercuri mineral té una toxicitat relativament baixa, a diferència de la seva presentació en forma orgànica o metil-mercuri. El mercuri, quan arriba a la natura, i transcorregut un temps, és transformat en el mateix medi ambient a metil-mercuri. Aquesta segona molècula és una forma orgànica, fàcilment reconegut pels éssers vius, que s'acumula a l'organisme i que té una elevada toxicitat, sobretot contra el sistema nerviós.

1.2.2. PROGRAMA NACIONAL D'INVESTIGACIÓ DE RESIDUS

Reial decret 1749/1998	Que estableix mesures de control aplicables a determinades substàncies i als seus residus en animals vius i els seus productes.
Reial decret 2178/2004	Que prohibeix emprar determinades substàncies d'efecte hormonal i tirostàtic i substàncies betaagonistes d'ús a la cria del bestiar.

Dins la vigilància i el control de riscos químics, mereix especial atenció el Pla Nacional d'Investigació de Residus (PNIR) regulat pel Reial decret 1749/1998. La seva finalitat és la detecció en tota la cadena alimentària de substàncies prohibides i de medicaments autoritzats que superen els nivells exigits, així com dels seus residus, ja sigui en animals vius i els seus excrements, òrgans i teixits, aigua, pinsos i productes alimentaris d'origen animal. La detecció d'aquestes substàncies és molt important, no tan sols per la possible toxicitat aguda i les reaccions al·lèrgiques, sinó per les resistències que es poden generar després d'un ús reiterat d'aquests medicaments.

Les mostres es recolliren en explotacions ramaderes, en escorxadors i en altres establiments alimentaris i es realitzaren en dues planificacions diferents, una primera seguint un pla dirigit, basat en criteris estadístics que representava la població total a mostrejar i una segona seguint uns criteris de sospita. Els criteris de sospita són conseqüència de resultats positius d'anteriors controls o de les tasques d'inspecció i control oficial en els escorxadors.

Es considera anàlisi positiva a residu els casos següents:

- Identificació de substàncies prohibides o no autoritzades.
- Identificació i quantificació de substàncies autoritzades que superin els nivells o límits permesos.
- Identificació de substàncies autoritzades en teixits o productes que no tinguin nivells o límits.

Les substàncies o els residus a investigar es classifiquen en substàncies amb efecte anabolitzant i substàncies no autoritzades (grup A), i medicaments veterinaris i contaminants (grup B). Dins aquest grup B trobam els grups B1 de substàncies antibacterianes incloses sulfamides i quinolones; el grup B2 d'altres medicaments veterinaris; i el grup B3 d'altres substàncies i contaminants mediambientals.

Finalment, les substàncies o els residus a investigar per tipus d'animal i producte animal ve determinat pel Reial decret esmentat anteriorment.

Durant l'any 2007, s'analitzaren 425 mostres. D'aquestes 425, 369 dins el mostreig dirigit i 56 dins un mostreig sospitos. El nombre de mostres no conformes varen ser 5, 1 per presència d'un inhibidor (enrofloxacina) per sobre del límit màxim de residus (LMR) i 4 per metalls pesats superiors als límits màxims establerts.

Durant l'any 2008, s'analitzaren 621 mostres. 531 dirigides i 90 sospitoses, i en resultaren no conformes 5, 1 per presència d'un inhibidor (enrofloxacina) per sobre del límit màxim de residus (LMR) i 4 per metalls pesats superior als límits màxims establerts.

La distribució de mostres per espècie animal i per grup de residus investigats de l'any 2008 es reflecteix a les figures 11 i 12. Cal destacar que en el grup "altres" dins l'espècie animal s'inclouen ramat equí, caprí, conills, estruços, animals de caça, peix, així com ous i mel.

Figura 11. Distribució de mostres (dirigit/sospitós) per espècie 2008.

Dirigit
Sospitós

Font: Servei de Seguretat Alimentària. Direcció General Salut Pública i Participació. Con selleria Salut i Consum.

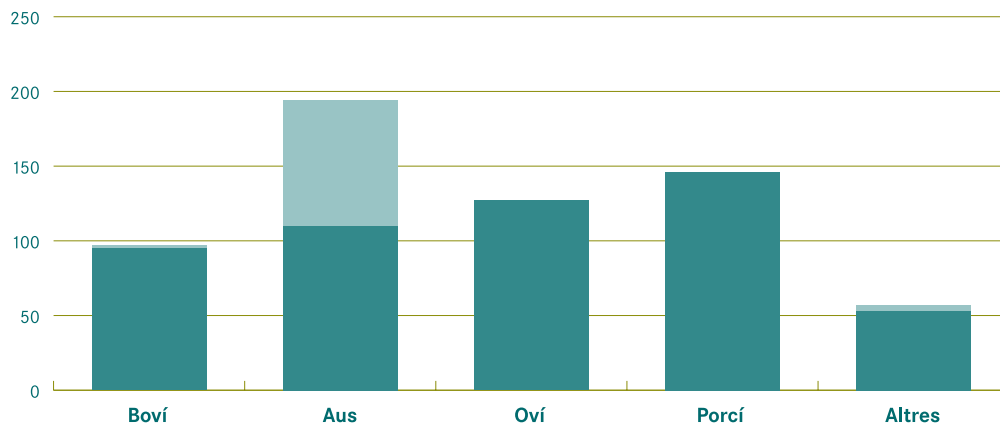
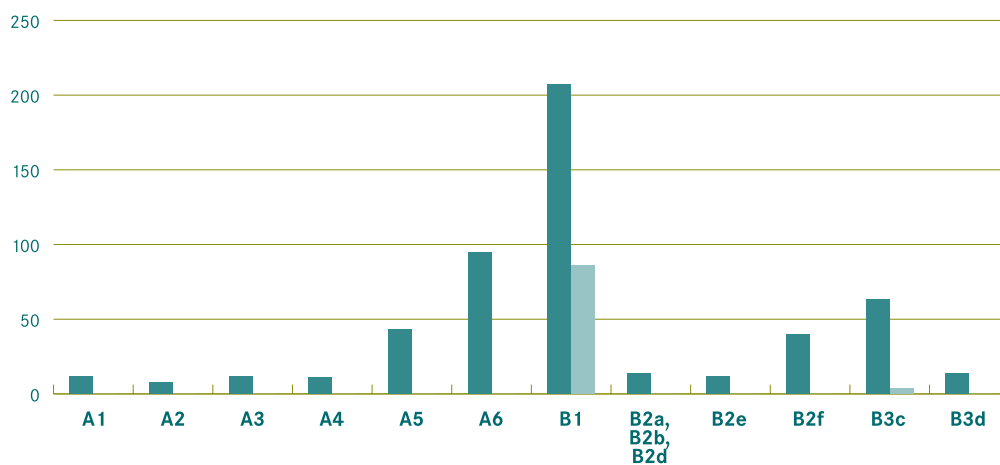


Figura 12. Distribució de mostres (dirigit/sospitós) per espècie 2008.

Dirigit
Sospitós

Font: Servei de Seguretat Alimentària. Direcció General Salut Pública i Participació. Conselleria Salut i Consum.



A1: estilbens

A2: antitiroïdals

A3: esteroides

A4: zeranol

A5: β -agonistes

A6: cloramfenicol i nitrofurans

B1: inhibidors i sulfamides

B2a: antihelmíntics

B2b anticoccidians

B2d tranquil·litzants

B2e: AINS

B2f: corticosteroides

B3c: elements químics

B3d micotoxines



1.3. Riscs nutricionals

1.3.1. AL·LÈRGENS I GLUTEN

Reial Decret 1334/1999	Que estableix la norma general de presentació, etiquetatge i publicitat dels productes alimentaris.
Reglament (CE) 41/2009	Que estableix composició i etiquetatge d'aliments per a persones amb intolerància al gluten.

Les reaccions adverses als aliments, al· i intoleràncies alimentàries són un problema de salut emergent, i era la seva prevalença de l'1 – 3%, aproximadament en adults, i del 4-6%, en infants.

La mesura més efectiva per prevenir reaccions i intoleràncies és sense dubte l'eliminació d'aquells components de la dieta que originen l'efecte advers. És per això que l'etiqueta dels aliments s'ha convertit en un element necessari o gairebé imprescindible per tal de prevenir reaccions que poden comprometre la salut dels consumidors.

Per dur a terme una bona gestió d'aquests al· alimentaris és imprescindible la declaració de la seva presència en l'etiqueta, i per altra banda la vigilància de la presència no intencionada. Tant en un cas com en un altre, els establiments alimentaris han de tenir establerts i en funcionament el control , de manera que la informació que rep el consumidor sigui certa.

Menció a part mereix el gluten. A diferència de la resta , el plantejament de la seva presència en aliments no és qualitatiu, sinó quantitatiu, tal i com ve detallat en la norma que el regula.

A dia d'avui, la investigació d'aquest risc ja ha estat incorporada a la metodologia de verificació de l'autocontrol que s'explica en el punt 4.

1.3.2. DECLARACIONS NUTRICIONALS I PROPIETATS SALUDABLES

Reglament (CE) 1924/2006	Relatiu a declaracions nutricionals i propietats saludables dels aliments.
--------------------------	--

De cada vegada més es poden trobar en el mercat aliments que contenen declaracions nutricionals i propietats saludables. Tots aquests productes, a part de ser segurs, han de disposar d'un etiquetatge adequat, sense oblidar que una dieta equilibrada és un requisit previ per poder gaudir d'una bona salut, i que els productes per separat tenen una importància relativa respecte al conjunt de la dieta.

Tant les declaracions nutricionals, lligades a propietats beneficioses, com les saludables, lligades a la salut, són objecte d'avaluació per part de l'Agència Europea de Seguretat Alimentària (EFSA) i són estudiades en profunditat aquelles relatives a la reducció d'un factor de risc d'una malaltia, i les relatives al desenvolupament i a la salut dels infants.

Una vegada que han estat avaluades, el pas següent és la seva publicació en el Diari Oficial de la Unió Europea, i posteriorment, la verificació que no es posen en el mercat productes amb declaracions nutricionals i/o saludables no autoritzades.

Tot això per tal de garantir un elevat nivell de protecció dels consumidors i en especial d'aquelles poblacions més sensibles.

1.4. Riscs en escorxadors

Un apartat específic mereix el control dels riscs en els escorxadors. Aquests són establiments que per les seves especials característiques són punt d'unió entre la producció primària i les fases de la cadena alimentària següents.

Les actuacions comprenen una sèrie de mesures preventives encaminades a reduir la presentació de diferents perills, ja siguin d'origen químic com d'origen biològic. Quan es conclou que la carn no és apta per al consum es procedeix al seu decomís. El nombre d'animals sacrificats, de decomisos i de quilograms de carn no apta per al consum durant l'any 2008 figuren a la taula 5.

A més de les funcions en matèria de protecció de la salut, en els escorxadors es promou el benestar dels animals en el moment del sacrifici, d'acord amb la normativa comunitària.

Taula 5. Dades de sacrifici i decomisos per tipus d'animals 2008

	Boví	Oví/Caprí	Porcí	Equí	Estruços	Aus	Conills
Sacrificats	15.347	206.368	182.527	78	21	2.993.863	5.325
Decomisos totals	41	246	748	1	0	17.609	67
Decomisos parcials	4.477	74.923	32.382	52	3	0	0
Kg no aptes pel consum humà	55.741	222.362	103.409	1.000	15	44.032	67

Font: Servei de Seguretat Alimentària. Direcció General Salut Pública i Participació. Conselleria Salut i Consum.

2. Alertes alimentàries

La seguretat alimentària i la protecció dels interessos dels consumidors preocupen cada vegada més al públic en general, a les organitzacions no governamentals i a les organitzacions de comerç. És per això que resulta necessari assegurar la confiança dels consumidors i dels socis comercials a través d'un desenvolupament obert i transparent de la legislació alimentària i de l'actuació de les autoritats públiques, que han d'adoptar les mesures necessàries per informar i per actuar de manera ràpida en situacions de crisis alimentàries que poden ocasionar alarma social.

El capítol IV del Reglament (CE) 178/2002 estableix el sistema d'alerta ràpida, gestió de crisis i situacions d'emergència destinades a notificar els riscs, directes o indirectes, per a la salut humana que deriven d'aliments i pinsos, i en el qual participen tots els Estats membres.

Així, les notificacions que es reben poden ser de 3 tipus: alertes, informacions i rebutjos:

- Les alertes indiquen risc seriós i actuació immediata.
- Les informacions comuniquen un possible risc, però sense que sigui necessària una actuació immediata.
- Els rebutjos són informacions relatives a aliments que presenten risc per a la salut que han estat aturats a les fronteres de la Unió Europea.

La taula 6 dóna informació sobre el nombre de notificacions rebudes durant els anys 2006, 2007 i 2008. No estan comptabilitzats els rebutjos de l'any 2006.

Taula 6. Informació notificacions ALERTES 2006-2008

Any	Informacions	Alertes	Rebutjos	total
2006	1.319	197	-	1.516
2007	1.325	293	1.211	2.829
2008	1.346	209	1.353	2.908

Font: Servei de Seguretat Alimentària. Direcció General Salut Pública i Participació. Conselleria Salut i Consum.

Durant l'any 2008 s'han produït a l'Estat espanyol 209 alertes, de les quals 32 han afectat la comunitat autònoma de les Illes Balears. L'evolució dels darrers tres anys es veu a la taula 7.

Taula 7. Evolució d'alertes Espanya i Illes Balears 2006-2008

Any	Alertes Espanya	Alertes Illes Balears	% alertes que afecten Balears
2006	197	28	14,21
2007	293	36	12,29
2008	209	32	15,31

Font: Servei de Seguretat Alimentària. Direcció General Salut Pública i Participació. Conselleria Salut i Consum.

Les alertes es poden classificar depenent del seu risc o del seu origen. De les 36 alertes de l'any 2007 en les quals es va actuar, 10 presentaven un risc microbiològic per a la salut, 17 un risc químic, 2 un risc físic i 7 un altre tipus de risc (grup en el qual s'inclou un conjunt heterogeni de riscos on hi ha, entre d'altres, reaccions al·lèrgiques, establiments no autoritzats, ingredients no declarats, etc.).

Els principals agents causants d'aquestes alertes eren els següents (fig. 13 i fig. 14).

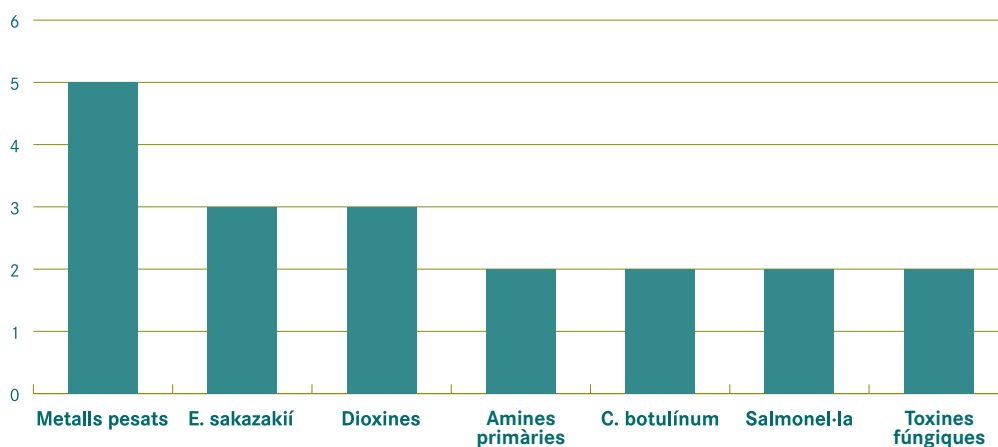


Figura 13. Etiologia ALERTES 2007.

Agents causants 2007

Font: Servei de Seguretat Alimentària. Direcció General Salut Pública i Participació. Conselleria Salut i Consum.

De les 32 alertes del 2008, 8 es classificaren com a risc biològic, 16 com a risc químic, 2 com a risc físic, i finalment 6 de les alertes es classificaren com altres.

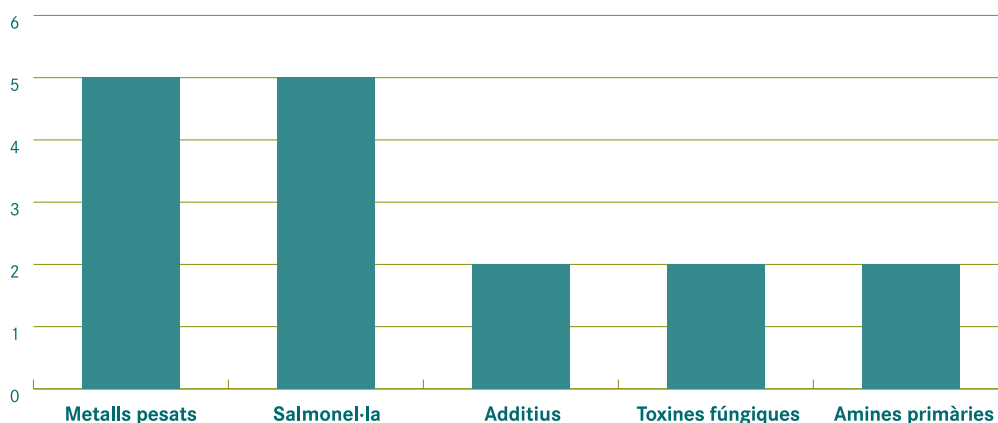


Figura 14. Etiologia ALERTES 2008.

Agents causants 2008

Font: Servei de Seguretat Alimentària. Direcció General Salut Pública i Participació. Conselleria Salut i Consum.

3. Programa d'implantació del sistema d'autocontrol

Reglament (CE) 852/2004	Que estableix normes relatives a la higiene dels productes alimentaris.
Reglament (CE) 853/2004	Que estableix normes específiques d'higiene als aliments d'origen animal.
Reglament 854/2004	Que estableix normes específiques per a l'organització de controls oficials dels productes d'origen animal destinats al consum humà.

Els canvis d'usos i costums de la societat, que de manera creixent menja fora de la llar, i adquireix aliments preparats i precuinats, s'ha vist reflectit en un intens desenvolupament de la indústria alimentària. El coneixement dels processos de producció i l'establiment de procediments per a la gestió de la seguretat dels aliments que elabora, fabrica, transforma i produeix, esdevé una necessitat i un requisit normatiu.

Un objectiu de seguretat alimentària és que els aliments posats en el mercat pels operadors econòmics siguin segurs. Les activitats de control oficial que es duen a terme en els establiments tenen com a finalitat verificar que els operadors de les empreses alimentàries tenen implantats sistemes d'autocontrol de seguretat alimentària basats en els principis d'anàlisi de perills i punts de control crític (APPCC).

L'APPCC és un sistema de gestió de la seguretat dels aliments basat en la prevenció. A través de la identificació dels perills probables d'un procés, és possible posar en marxa les mesures de control necessàries. D'aquesta manera, es garanteix que la seguretat dels aliments es gestiona eficaçment i evita basar-se en els antics mètodes d'inspecció i anàlisi.

Per tal de promoure que el sector de l'alimentació assumeixi la responsabilitat que li correspon en matèria d'higiene dels aliments, des del Servei de Seguretat Alimentària es treballa des de fa anys en promocionar aquest sistema APPCC amb actuacions dirigides a les empreses alimentàries, als consultors especialitzats i als propis inspectors de control oficial.

La Comunitat Autònoma de les Illes Balears ha optat, en primer lloc, per comprovar el compliment d'uns requisits previs d'higiene, tal i com descriu l'Organització Mundial per a la Salut (OMS) i com estableix el Reglament (CE) núm. 852/2004, abans de la implantació definitiva de l'APPCC.

Ambdós tipus d'actuacions en relació a la verificació de la implantació dels sistemes d'autocontrol es realitzen mitjançant la tècnica d'auditoria.

Les visites de control oficial corresponents a aquest programa d'implantació de sistemes d'autocontrol varen començar l'any 2002 amb les auditories de requisits previs a indústries, l'any 2003 es varen incloure els hotels, el 2004 es va fer per primera vegada una visita de requisits previs a un escorxador i finalment l'any 2005 es varen introduir els hospitals. En relació a les auditories d'APPCC no va ser fins a l'any 2006 quan es va començar amb indústries i es va continuar el 2007 amb escorxadors.

A dia d'avui, la majoria de les indústries elaboradores de productes d'origen animal, els escorxadors i una part de les indústries d'origen no animal han superat la fase d'implantació de requisits previs i estan en disposició d'avançar cap a l'autocontrol. Empreses de menjars preparats, com cuines centrals i càterings també avancen en aquest sentit. Quasi la totalitat dels establiments del sector hoteleria, tant nombrós en aquesta comunitat, han implantat els requisits previs a l'autocontrol. El mateix es pot dir respecte als hospitals. És important destacar que tant en hotels com en hospitals no està previst el pas de requisits

previs a APPCC, ja que en ambdós casos les exigències de les auditories de requisits previs són suficients per garantir la seguretat dels aliments en aquests establiments.

El nombre d'auditories de requisits previs i d'auditories APPCC durant el període 2002-2008 es pot veure a la figura 15.

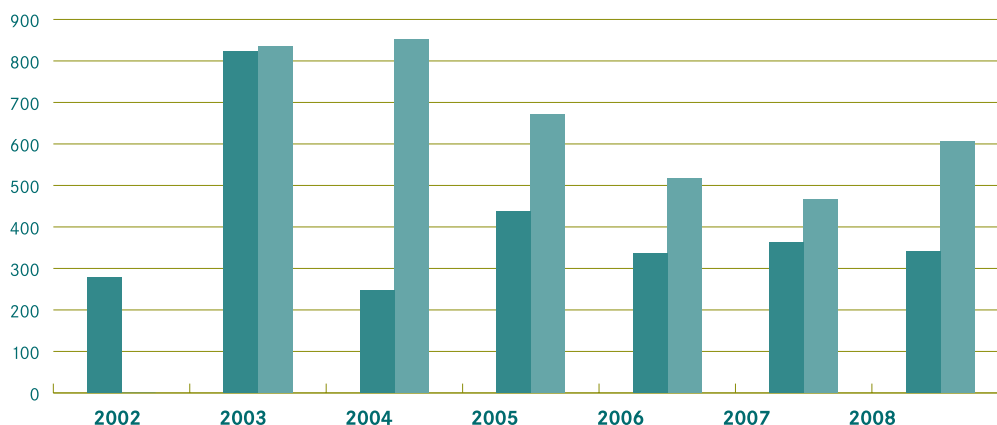


Figura 15. Nombre d'auditories de requisits previs per tipus d'establiment (2002-2008).

■ Indústries
■ Menjars preparats

Font: Servei de Seguretat Alimentària. Direcció General Salut Pública i Participació. Conselleria Salut i Consum.

Per avaluar el resultat de les auditories es va procedir a classificar els establiments en tres categories (excel·lent, acceptable i inacceptable) depenent del nombre de plans que han superat.

En les figures 16 i 17 es representa el resultat de les auditories l'any 2007 i l'any 2008 per a hotels i indústries. El tractament de les dades s'ha de fer separat, ja que el nombre de plans de requisits previs és diferent entre els hotels i les indústries.

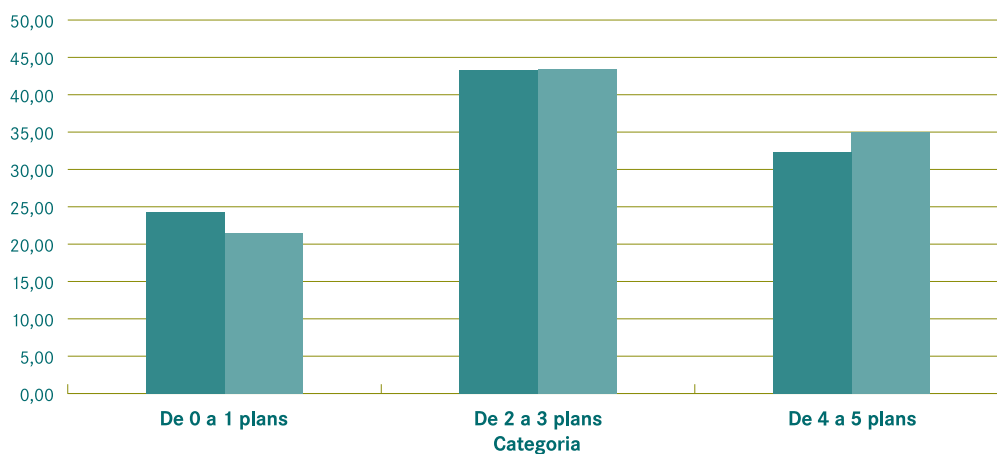


Figura 16. Resultat d'auditories hotels 2007-2008.

■ 2007
■ 2008

Font: Servei de Seguretat Alimentària. Direcció General Salut Pública i Participació. Conselleria Salut i Consum.

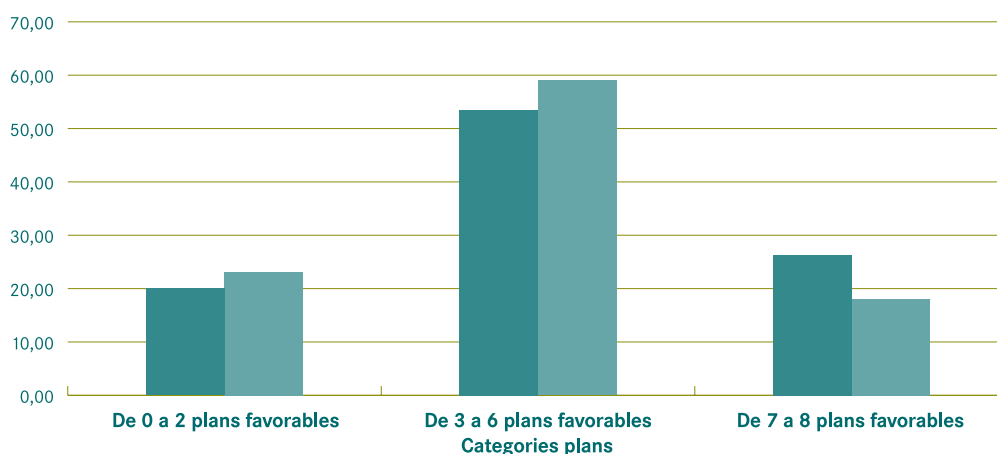


Figura 17. Resultat d'auditories d'indústries 2007-2008.

■ 2007
■ 2008

Font: Servei de Seguretat Alimentària. Direcció General Salut Pública i Participació. Conselleria Salut i Consum.

En ambdós casos, la categoria més freqüent era la categoria mitjana. També s'observava que roman constant un percentatge d'establiments en el qual el nombre de plans superat era molt baix.

Amb vista a l'any 2009, la tendència era un augment molt important del nombre d'auditories de control oficial del sistema APPCC i a la vegada una disminució en el nombre d'auditories de requisits previs d'higiene.

La conjunció, per una banda, de la implantació dels sistemes d'autocontrol, i per una altra, de la classificació dels establiments en funció del risc, tal i com s'ha explicat al principi, donarà com a resultat, en un futur molt proper, un control òptim dels establiments alimentaris per tal d'arribar i mantenir un nivell alt de seguretat en els aliments que s'ofereixen als consumidors.



Serveis sanitaris: Recursos i ús de serveis

1. ATENCIÓ PRIMÀRIA

- 1.1. Estructura
- 1.2. Recursos
 - 1.2.1. Recursos humans
 - 1.2.2. Infraestructura i recursos físics
 - 1.2.3. Pressupost
- 1.3. Gestió
 - 1.3.1. Estructura de gestió
 - 1.3.2. Contractes de gestió
- 1.4. Serveis
 - 1.4.1. Oferta de serveis
 - 1.4.2. Tecnologies de suport assistencial
 - 1.4.3. Continuitat assistencial entre nivells
- 1.5. Utilització de serveis
- 1.6. Indicadors del procés d'atenció

2. ATENCIÓ URGENT EXTRAHOSPITALÀRIA

- 2.1. Recursos
 - 2.1.1. Atenció primària
 - 2.1.2. 061
- 2.2. Activitat
- 2.3. Coordinació en l'atenció urgent

3. ATENCIÓ HOSPITALÀRIA

- 3.1. Estructura
- 3.2. Recursos
 - 3.2.1. Recursos humans
 - 3.2.2. Recursos materials
 - 3.2.3. Pressupost
- 3.3. Serveis
- 3.4. Utilització de serveis i patologia atesa
- 3.5. Indicadors del procés d'atenció
- 3.6. Gestió

4. ATENCIÓ SOCIO SANITÀRIA

- 4.1. Estructura
- 4.2. Recursos actuals
- 4.3. Recursos a desenvolupar
 - 4.3.1. Atenció primària
 - 4.3.1.1. Programa d'atenció domiciliària i Programa d'atenció a l'ancià
 - 4.3.1.2. Equip de suport a l'atenció domiciliària: ESAD
 - 4.3.1.3. Rehabilitació domiciliària

- 4.3.2. Recursos hospitals d'aguts
 - 4.3.2.1. Equips de valoració i suport-UVASS

- 4.3.3. Unitats de mitja estada
 - 4.3.3.1. Subaguts
 - 4.3.3.2. Convalescència/rehabilitació
 - 4.3.3.3. Cures pal·liatives

- 4.3.4. Llarga estada sanitària complexa
- 4.3.5. Hospital de dia

4.4. Estratègies dins l'àmbit sociosanitari per als pròxims anys

5. ATENCIÓ EN SALUT MENTAL

- 5.1. Estructura
- 5.2. Recursos
- 5.3. Serveis

6. GESTIÓ DE LA PRESTACIÓ FARMACÈUTICA

- 6.1. Consum de medicaments
- 6.2. Polítiques d'ús racional dels medicaments
- 6.3. Mesures de contenció de la despesa
- 6.4. Sistemes d'informació de la prestació farmacèutica en tots els nivells assistencials
 - 6.4.1. Catàleg de medicaments
 - 6.4.2. Prestació a través de recepta
 - 6.4.3. Informació individualitzada al metge d'AP
 - 6.4.4. Prestació a través dels serveis de farmàcia del Servei de Salut: atenció primària, sociosanitaris, hospitals.
 - 6.4.5. Implementació d'un sistema d'informació (DataWareHouse) que integri les dades de prestació farmacèutica amb dades de tipus clínic.

7. PRESSUPOST DEL SERVEI DE SALUT

Des de les transferències de gestió sanitària a l'1 de gener de 2002, els serveis sanitaris han experimentat a les Illes Balears millores especialment centrades en infraestructures hospitalàries (obertura Hospital Son Llàtzer, construcció Hospital d'Inca i Hospital Mateu Orfila i inici obres nou Hospital Son Espases) que suposen apropament de serveis als ciutadans, desenvolupament de nous serveis i incorporació de nous professionals. En atenció primària (AP) s'han millorat infraestructures i en tot el sistema s'ha produït un desenvolupament tecnològic i d'informatització.

En els darrers anys, s'ha produït a la nostra comunitat també un fort creixement poblacional amb penetració de població immigrant amb la conseqüent incidència en el sistema sanitari, tant en necessitat de recursos com en canvis en els patrons assistencials.

Aquests canvis i els que s'han de desenvolupar en els pròxims anys (inclosos els necessaris canvis en la gestió que permetin una millora en l'eficiència i una major orientació dels serveis a les necessitats dels usuaris), posen bases d'una atenció sanitària més propera als ciutadans, de major qualitat i innovadora tecnològicament que permetin afrontar els nous reptes del sistema sanitari per als propers temps.

L'estructura i les característiques principals del sistema sanitari de les Illes Balears són els següents:

1. Atenció primària

La reforma de l'atenció primària (AP) es va iniciar a la comunitat autònoma de les Illes Balears l'any 1985 amb l'obertura del CS Camp Rodó. Tenia com antecedent la creació de la Unitat Docent de la Vileta l'any 1981 a on es començaren a formar els primers metges de família.

La reforma va concloure l'any 2000 amb l'obertura del CS d'es Trencadors i cobrint-se d'aquesta manera el 100% de la població de les Illes Balears amb el nou model d'equip d'atenció primària (EAP).

D'aquesta forma, l'any 2002 en què es varen completar les transferències de gestió sanitària a la Comunitat Autònoma es rebé una AP totalment reformada, que havia estat capdavantera en molts aspectes assistencials i de gestió, i que en aquells moments presentava problemes estructurals i d'adequació de recursos.

En els darrers anys, s'ha produït una important inversió en infraestructures, sobretot a centres de pobles i s'ha produït un important increment poblacional no equilibrat amb un augment proporcional de recursos humans.

Les principals característiques que defineixen l'actual AP i els serveis que presta a la nostra comunitat són:

1.1. Estructura

L'atenció primària de les Illes Balears està estructurada en 3 àrees de salut (AS), dividides en zones bàsiques de salut (ZBS) ateses per un equip d'atenció primària (EAP) que treballa en un centre de salut (CS) i a les unitats bàsiques de salut (UBS) que en depenen.

L'estructura assistencial i la població que atén cada unitat assistencial a les Illes Balears es presenta a la Taula 1.

Taula 1. Estructura assistencial a Menorca, Eivissa i Formentera

	Zona bàsica de salut	Unitats bàsiques de salut	Població
Menorca	Dalt Sant Joan		23.000
		Sant Lluís	
	Verge del Toro		21.000
		Es Castell	
	Es Banyer		6.237
		Ferrerries	
	Canal Salat		27.596
	TOTAL		90.308

	Zona bàsica de salut	Unitats bàsiques de salut	Població
Eivissa	Can Misses		19.354
		Jesús	
	Es viver		32.189
		Sant Jordi	
	Vila		17.701
	Sant Antoni		30.748
		Cala de Bou, Sant Rafel, Puig d'en Valls, Sant Agustí, Sant Josep.	
	Santa Eulària		26.643
Formentera		Santa Gertrudis, Sant Carles, Sant Miquel, Sant Joan	
	TOTAL		126.635
Formentera	Formentera		7,468

L'illa de Mallorca està dividida en 4 sectors cada un dels quals té un hospital de referència: sector Ponent (Hospital Universitari Son Dureta), sector Migjorn (Hospital Son Llàtzer), sector Llevant (Hospital Manacor) i sector Tramuntana (Hospital Inca). Organitzativament té una gerència d'Atenció Primària de la qual depenen tots els CS i UBS. A la Taula 2 es presenta la seva estructura assistencial.

Taula 2. Estructura assistencial a Mallorca

Sector	Zona bàsica de salut	Unitats bàsiques de salut	Població
Ponent	Andratx		9.252
		Port d'Andratx, Sant Elm	
	Arquitecte Bennàssar		32.623
	Calvià		42.529
		Calvià, Palma Nova, Portals Nous, Peguera, Son Ferrer, es Capdellà, El Toro	
	Camp Rodó		28.158
		Son Sardina, Establiments	
	Casa del Mar		22.458
		Gènova, El Terreno, El Carme	
	Sant Agustí		15.586
	Santa Catalina		19.768
	S'Escorxador		30.880
	Son Cladera		10.055
	Son Pisà		23.935
	Son Serra		24.175
	Tramuntana		6.550
		Banyalbufar, Estellencs, Valldemossa	
	Valldargent		16.558
Migjorn	Coll d'en Rabassa		26.130
		Can Pastilla, Molinar	
	Emili Darder		19.508
	Es Trencadors		19.071
		Badies	
	Escola Graduada		23.510



	Migjorn	16.137
	Algaïda, Randa, Pina	
	Muntanya	10.575
	Sa Cabaneta, Pòrtol, es Pla de na Tesa	
	Pere Garau	25.114
	Pont d'Inca	17.819
	Rafal Nou	18.001
	S'Arenal	12.496
	Es Pil·larí, s'Aranjassa	
	Santa Maria	12.832
	Palmanyola, Santa Eugènia, Bunyola	
	Serra Nord	11.909
	Fornalutx, Port de Sóller, Deià	
	Son Ferriol	12.589
	Son Gotleu	23.192
Llevant	Capdepera	11.650
	Cala Rajada	
	Felanitx	17.724
	Portocolom, s'Horta, Cas Concos	
	Llevant	20.724
	Sant Llorenç, Cala Millor, sa Coma, Son Carrió	
	Manacor	29.987
	Son Macià	
	Marines	18.084
	Can Picafort, Santa Margalida	
	Nuredduna	7.715
	Colònia de Sant Pere	
	Portocristo	11.490
	S'Illot,	
	Santanyí	11.217
	Cala d'Or, s'Alqueria Blanca, es Llombards, Calonge	
	Ses Roques Ilises	14.574
	Porreres, Montuïri, Petra, Sant Joan, Ariany.	
	Xaloc	12.864
	Ses Salines, Colònia de Sant Jordi, sa Ràpita	
Tramuntana	Alcúdia	17.889
	Port d'Alcúdia	
	Es Pla	8.635
	Costitx, Lloret, Llubí, Maria de la Salut	
	Es Raiguer	16.183
	Sencelles, Alaró, Consell.	
	Inca	39.152
	Lloseta, Selva, Escorca, Moscarí, Biniamar, Mancor de la Vall, sa Calobra	
	Pollença	16.039
	Port de Pollença	

1.2. Recursos

1.2.1. RECURSOS HUMANS

En els darrers anys, l'increment experimentat per la població de la comunitat ha estat significativament superior a l'augment del nombre de professionals (entre 2004 i 2006 la població per targeta sanitària individual va créixer en 8,05% i els metges de família en 3,9%), el que ha provocat que experimentàs un increment la població assignada a cada metge de família, pediatre i infermer.

En els darreres anys, 2007 i 2008, s'ha experimentat un major augment en recursos humans (de 2006 a 2008 la població amb TSI ha crescut un 7,28% i el nombre de metges de família un 8,8%), que ha permès equilibrar millor l'adequació dels recursos (Taula3).

Taula 3. Recursos humans a l'AP a juny de 2008

Àrea	Metges família	Pediatría	Infermeria	Personal no sanitari
Mallorca	405	108	404	253
Menorca	44	12	47	29
Eivissa	53	14	64	41
Formentera	4			
Total	506	134	515	323

1.2.2. INFRAESTRUCTURES I RECURSOS FÍSICS

Centres assistencials d'AP:

- 52 centres de salut: 42 a Mallorca, 5 a Eivissa, 4 a Menorca i 1 a Formentera.
- 89 unitats bàsiques de salut.
- Total: 141 punts assistencials.

Aquestes infraestructures han estat construïdes i/o reformades en distintes dates per la qual cosa hi ha heterogeneïtat en les seves condicions. Han existit diferents Plans d'infraestructures amb l'objectiu d'adequar-les. Actualment, està en desenvolupament un pla d'infraestructures de la Conselleria de Salut 2008 – 2012 i un pla d'habilitació i interiorisme del Servei de Salut que plantegen la construcció, reforma i/o millora de 33 CCSS i 25 unitats bàsiques de salut a les quatre illes. Aquest ambició projecte millorarà les condicions d'una gran part de les infraestructures d'AP adequant-ne les condicions a les necessitats i expectatives actuals dels ciutadans de la comunitat autònoma.

Recursos físics: l'atenció primària compta amb els recursos necessaris per desenvolupar la cartera de serveis que actualment té assignada. Cal destacar una informatització completa que comprèn tots els centres de salut i unitats bàsiques.

1.2.3. PRESSUPOST

L'evolució del pressupost en AP a la nostra comunitat autònoma en els darrers anys en quantitats absolutes i respecte al pressupost total del Servei de Salut queda reflectida a la Taula 4 i a la Figura 1.

Taula 4. Pressupost Servei de Salut

	2002	2003	2004	2005	2006	2007
Ppt Ib-salut definitiu	594.224.255	720.281.600	802.855.450	949.306.905	1.035.334.666	1.035.334.666
ppt definitiu AP Mallorca	63.609.742	78.289.484	84.438.365	93.860.007	98.030.818	107.839.467
ppt definitiu AP Menorca	7.759.053	9.605.027	10.827.525	11.089.595	12.213.663	13.360.029
ppt definitiu AP Eivissa i Formentera	11.236.641	14.130.958	15.874.792	17.618.043	18.250.424	19.319.215
total ppt definitiu AP	82.605.437	102.025.470	111.140.682	122.567.646	128.494.905	140.518.711
% ppt AP / ppt Ib-salut	13,90%	14,16%	13,84%	12,91%	12,41%	13,57%

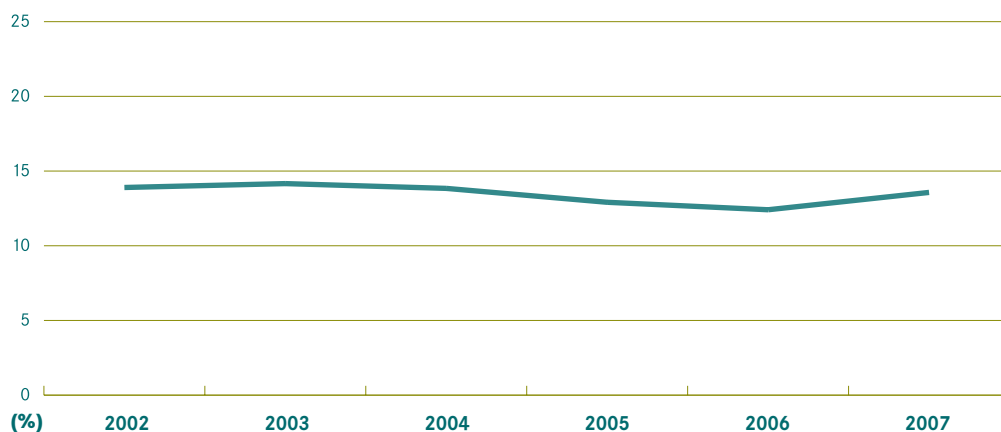


Figura 1. Pressupost definitiu en AP sobre el total de l'Ib-Salut

1.3. Gestió

1.3.1. ESTRUCTURA DE GESTIÓ DELS EAP

L'estructura de gestió de l'atenció primària a la comunitat autònoma està afectada per les condicions especials que imprimeix la insularitat, de manera que a l'illa de Mallorca hi ha la Gerència d'Atenció Primària i a les àrees d'Eivissa- Formentera i de Menorca hi ha una gerència única que gestiona atenció primària i atenció hospitalària a causa de qüestions de grandària i d'economia d'escales.

Sobretot a l'àrea de Mallorca hi ha una forta estructura de suport en aspectes administratius, de gestió, assistencials i formatius que permeten desenvolupar programes assistencials i gestionar a nivell d'àrea i de centre.

Els equips d'atenció primària (EAP) disposen d'una estructura directiva amb un coordinador de centre de salut i un responsable de cada una de les àrees crítiques d'atenció: responsable mèdic (que recau en la figura del coordinador), responsable d'infermeria i responsable d'àrea d'atenció a l'usuari. L'existència d'estructura directiva formal (comitè de direcció, etc.). L'EAP té unes competències de gestió per delegació del gerent, sobretot en gestió de personal i manteniment, i en organització interna i de processos assistencials.

A la nostra comunitat existeix una llarga tradició de gestió en AP basada en la definició d'objectius assistencials, gestió de recursos i descentralització de decisions.

1.3.2. CONTRACTES DE GESTIÓ

El contracte de gestió és l'eina fonamental de gestió en el Servei de Salut. Hi ha un contracte de gestió entre el Servei de Salut i cada una de les gerències, i entre les gerències i cada un dels seus equips d'atenció primària.

El CG serveix per definir a cada unitat els seus objectius i els recursos per dur-los a terme en el període marcat. S'hi defineixen també els aspectes organitzatius quina decisió es descentralitza en els equips i el sistema de mesura, així com els incentius als professionals basats en aquest contracte.

1.4. Serveis

1.4.1. OFERTA DE SERVEIS

L'atenció primària és el primer nivell assistencial del sistema sanitari i la seva porta d'entrada. Les seves característiques són l'accessibilitat, la continuïtat i la longitudinalitat. Els serveis que ofereix l'AP de les Illes Balears a la població són els següents:

- Atenció urgent, a demanda i programada, en consulta i al domicili de medicina de família, pediatria i infermeria.
- Activitats preventives i de promoció de la salut.
- Extracció de mostres per analítiques.
- Cirurgia menor.
- Espirometries.
- Control d'anticoagulació oral.
- Control de tensió arterial: MAPA.
- Programes d'atenció a malalties cròniques i factors de risc: hipertensió arterial (inclosa MAPA), diabetis, hiperlipèmies, malalties respiratòries, etc.
- Educació sanitària individual i grupal.
- Educació sanitària a les escoles.
- Atenció a la dona: prevenció de càncer de mama i de cèrvix, anticoncepció oral i anticoncepció postcoital, atenció a l'embaràs normal, etc.
- Atenció a l'ancià.
- Atenció al nin sa.
- Atenció a aspectes socials relacionats amb la salut.



1.4.2. TECNOLOGIES DE SUPORT ASSISTENCIAL

Durant els darrers anys s'ha produït un important desenvolupament de les tecnologies de comunicació que millora aspectes significatius de prestació de serveis, especialment comunicació entre professionals d'aquest i de distints nivells i la desburocratització. L'AP va iniciar la seva informatització completa l'any 2003 i la va finalitzar l'any 2006, el que junt a la informatització d'alguns hospitals (com el de Son Llàtzer) ha permès un fort desenvolupament de les noves tecnologies en el seu sector i elements exportables a la resta del sistema. Hem millorat la informació clínica compartida, la gestió de cites de pacients entre nivells, la disponibilitat d'eines comunes, etcètera. No obstant, aquesta incorporació de noves tecnologies no ha estat homogènia i queden importants àrees de millora, tant geogràfiques com funcionals.

Les millores més destacables produïdes i actualment en evolució són:

- Història clínica informatitzada d'AP: implantada a tota la comunitat des de l'any 2003 al 2006. Ha suposat un canvi important en la forma de treball dels professionals d'AP i la possibilitat de compartir informació clínica sobre els pacients des de qualsevol punt de la comunitat.
- Informació clínica compartida entre l'Hospital Son Llàtzer i els centres de salut del sector Migjorn.
- Recepta electrònica: implantada en forma pilot a Eivissa l'any 2007 i a Mallorca en el primer semestre de l'any 2008, estarà implantada a la comunitat autònoma a final de l'any 2008.
- Història de salut: projecte per compartir informació clínica d'AP i AH a tota la comunitat autònoma.

1.4.3. CONTINUÏTAT ASSISTENCIAL ENTRE NIVELLS

Un punt essencial en la millora de la qualitat assistencial i l'eficiència de serveis és la continuïtat assistencial i la coordinació entre nivells d'AP i AH i serveis sociosanitaris. És aquest un punt prioritari en el mapa estratègic del Servei de Salut.

S'han desenvolupat alguns projectes de millora sectorials, com el Pla de millora de la coordinació entre l'Hospital Son Llàtzer i Atenció Primària, i a l'any 2008 es fixaren en els contractes de gestió de 2008 objectius de continuïtat assistencial dirigits a: millorar la comunicació entre els clínics, establir protocols assistencials conjunts, millorar el procés assistencial del càncer des que es sospita a AP fins que s'inicia la terapèutica, i equilibrar l'oferta de consultes i proves complementàries de l'hospital i la demanda des d'AP.

Per altra part les noves tecnologies com la informatització de la història clínica i la història de salut permeten noves possibilitats de comunicació i coordinació assistencials dirigides a establir la gestió de processos integral.

Totes aquestes accions són part d'un pla de millora de la continuïtat assistencial que està en desenvolupament i que ha d'incloure totes aquestes oportunitats i projectes orientant-los, juntament amb els necessaris canvis de gestió, cap a un model d'integració assistencial en què prevalgui l'orientació al ciutadà, la qualitat i l'eficiència.

1.5. Utilització dels serveis

A l'AP es realitza una proporció molt elevada dels actes sanitaris de la comunitat. Aproximadament, un 65% de la població es visita en aquest nivell assistencial en un any, i s'hi resolen al voltant del 85% dels problemes de salut que arriben al sistema sanitari.

El nombre de consultes realitzades a l'AP en temes absoluts s'exposa a la Taula 5 i per cada habitant i any (freqüentació) es mostra a la Taula 6.

Taula 5. Nombre de consultes realitzades a l'AP l'any 2007

	Total	Medicina de família	Pediatría	Infermeria
Total	7.086.646	3.959.912	652.570	2.474.094
Centre	6.993.902	3.928.562	652.396	2.3654.588
Domicili	138.329	31.420	174	108.506

Font: FIC.

Taula 6. Freqüentació (nombre de consultes per habitant en un any) a l'AP

	Freqüentació
Medicina de família	4,44
Pediatría	4,76
Infermeria	2,40 *

*Dada amb infraregistre per canvi de sistema en part de 2007.
Font: FIC.

La freqüentació té una tendència lleugerament descendent en tots els àmbits assistencials d'AP, ja que la de l'any 2002 era de 5,4 per medicina de família i 5,2 per pediatria.

Aquesta disminució expressa un increment de població, sobretot a expenses de població adulta jove, a causa del fenomen de la immigració que suposa una disminució de l'envel·liment relatiu, a pesar que la població envellida augmenta (a Mallorca per exemple s'ha passat de 106.345 majors de 64 anys el 2002 a 116.440 el 2008, a pesar del qual la seva proporció en el conjunt de la població ha disminuït de 16,21 % a 14,2% en el mateix període) l'any 2008. La població immigrant té unes característiques específiques, però utilitza els serveis menys que la població envellida autòctona.

Pel que fa a l'any 2008, a la xarxa d'atenció primària de les Illes Balears es varen atendre un total de 7.413.591 visites, un 2,3% més que l'any anterior. Aquest increment s'explica pel significatiu ascens de les visites a pediatria (6,4%) i a infermeria (3,7%), ja que el nombre de visites en medicina familiar va experimentar un creixement per sota de l'1%.

Taula 7. Activitat a l'atenció primària

	Illes balears	Mallorca	Menorca	Eivissa-formentera
Metge de família				
Total visites	3.990.108	3.256.671	308.860	424.577
Centre	3.959.572	3.231.642	304.607	423.323
Domicili	30536	25.029	4.253	1.254
Freqüentació	4,35	4,53	3,81	3,63
Consulta/facultatiu/dia	32,49	32,94	31,98	29,74
Cons./facult./domicili/dia	0,25	0,25	0,44	0,09
Pediatría				
Total visites	694.542	543.998	63.210	87.334
Centre	694.236	543.743	63.168	87.325
Domicili	306	255	42	9
Freqüentació	4,77	4,79	4,79	4,69
Consulta/facultatiu/dia	22,21	21,74	23,35	24,61
Infermeria				
Total visites	2.728.941	2.205.715	224.545	298.681
Centre	2.612.985	2.114.353	212.613	286.019
Domicili	115.956	91.632	11.932	12.662
Freqüentació	2,57	2,65	2,38	2,21
Consulta/infermeria/dia	19,53	20,18	17,47	17
Cons./inf./domicili/dia	0,83	0,84	0,93	0,72

Font: Ib-salut.

Paral·lelament, pel que fa a la mitjana de visites per habitant i any (freqüentació), es va mantenir la tendència a la baixa que es ve registrant des de 2005 pel que es refereix als metges de família, en situar-se en les 4,35 visites per habitant i any. Per contra, pel que fa als pediatres i al personal d'infermeria, aquesta ràtio va augmentar en relació a l'any anterior, fins assolir les 4,77 i 2,57 visites per habitant susceptible de ser atès i any, respectivament.

Per la seva banda, els metges de família varen seguir sent el col·lectiu que va atendre més consultes per dia, fins arribar a les 32,5 de mitjana diària per metge. Mentrestant, les consultes per facultatiu i dia en el cas dels pediatres es va situar en les 22,2 de mitjana i dels infermers en el 19,5.

Pel que fa a la localització de les visites, de mitjana només 0,25 vegades cada dia els metges de família es varen desplaçar al domicili del pacient, tot i que pel que fa al col·lectiu d'infermeria aquesta proporció ascendeix fins a les 0,83 vegades per dia. Les visites a domicili en el cas de la pediatria són pràcticament inexistents.

1.6. Indicadors del procés d'atenció

Des de fa temps es ve treballant en atenció primària en l'elaboració d'indicadors de mesura que aportin informació sobre el procés assistencial quant a la seva cobertura i qualitat. S'han anat desenvolupant els indicadors relacionats amb els problemes de salut amb més rellevància en AP. Actualment, el valor d'aquests indicadors està encara afectat per la qualitat dels registres i el sistema d'informació, de manera que les dades recollides infravaloren els resultats per infraregistre que va millorant progressivament a totes les àrees.

Els valors de resultat d'aquest indicadors per a l'any 2007 a les diferents àrees de salut es mostren a la Taula 8.

Taula 8. Indicadors de qualitat a l'AP. Desembre de 2007

		Mallorca	Eivissa	Menorca	Ib-salut
1-1	Registre tabaquisme	22,58	26,81	3,29	21,45
1-2	Consell antitabac	53,10	43,40	17,32	49,75
1-3	Registre alcoholisme	11,99	16,18	0,56	11,54
1-7	Registre EPOC	54,48	37,15	32,92	50,59
1-8	Espirometria	14,82	27,62	7,72	15,52
2-1	Cobertura HTA	38,55	40,79	27,92	37,89
2-2	Bon control HTA	27,84	32,62	20,50	27,97
2-3	Cobertura DM	69,82	60,25	44,54	66,54
2-4	Dislipèmia	68,35	68,38	58,59	67,51
2-5	Diag. Sobrepès (adults)	10,72	13,75	7,29	10,79
2-8	Risc cardiovascular	12,40	17,27	4,08	12,44
3-3	Registre lactància	88,18	94,95	70,00	87,58
3-5	Cribratge metabolopaties	69,72	74,64	49,70	68,67
3-6	Obesitat infantil	3,27	3,74	2,42	3,26
3-7	Correcte diag. obesitat inf.	84,62	84,00	75,41	83,93
4-1	Càncer de cèrvix	18,24	30,20	11,91	19,26
4-2	Citologia ult.3 anys	16,03	14,81	8,68	15,23
5-1	Cribratge ancià Test de Barber	29,22	38,89	4,70	28,14

Font: FIC.

Dos centres de salut de Mallorca han iniciat processos de millora de qualitat obtenint certificacions ISO en els dos darrers anys (Coll d'en Rabassa i Es Trencadors). Aquest procés també l'han iniciat dos centres de Menorca (Dalt Sant Joan i Canal Salat) i a Eivissa. Respon a una política de millora de la qualitat global dels serveis, impulsada per la Conselleria i el Servei de Salut.

2. Atenció urgent extrahospitalària

L'atenció urgent extrahospitalària comprèn la realitzada pels serveis d'atenció primària (a càrrec dels EAP i del serveis d'urgències d'atenció primària) i del 061.

El 061 té la funció de coordinar tots els dispositius d'urgències i de prestar atenció directa a les emergències extrahospitalàries. Per aquesta funció es coordina amb els serveis d'atenció primària, amb els hospitals, amb els serveis socio-sanitaris i amb els organismes d'atenció a les emergències no sanitàries (112, etc.).

2.1. Recursos

2.1.1. ATENCIÓ PRIMÀRIA

Per a l'atenció urgent d'atenció primària destina tots els recursos assistencials que té, ja que com a porta d'entrada al sistema que és, és el nivell més pròxim a la comunitat. No obstant, no totes les urgències acudeixen a AP, les emergències són ateses habitualment pel 061 i un nombre significatiu de pacients acudeix directament a urgències hospitalàries, alguns d'ells de forma justificada per la gravetat o característica del problema de salut que presenten i d'altres de forma injustificada.

A més de tots els recursos assistencials d'AP esmentats anteriorment, es destinen a AP recursos específics per a l'atenció a les urgències i que cobreixen la franja horària en què no funcionen els centres de salut que no són PAC (és a dir que no tenen cobertura de 24 hores). En concret hi ha 113 metges i 75 infermeres.

2.1.2. 061

El 061 és una estructura assistencial específica per a les urgències que coordinen tots els serveis d'atenció a urgències i presta atenció directa a les emergències extrahospitalàries. El 061 està estructurat entorn a una central de coordinació i a bases assistencials en les quals s'ubiquen les unitats medicalitzades d'emergències i les ambulàncies de transport urgent, hi ha una base a Palma, a Inca, a Manacor, a Maó, a Ciutadella, a Eivissa, a Sant Antoni i a Formentera.

Els recursos humans amb què compta el 061 són 55 metges, 51 infermeres i 16 professionals no sanitaris.

2.2. Activitat

Les dades d'activitat realitzada en atenció a urgències extrahospitalàries a les Illes Balears l'any 2007 són de 623.483, el que suposa un increment del 4,5% respecte l'any 2006.

L'activitat realitzada a 2007 pel 061 en atenció urgent és mostra a la Taula 9.

Taula 9. Activitat del 061

	2007	% INCREMENT SOBRE L'ANY ANTERIOR
SERVEIS D'EMERGÈNCIES	22.542	7%
SERVEIS DE TRANSPORT URGENT	47.150	8%
SERVEIS D'ASSISTÈNCIA DOMICILIÀRIA	20.313	12%

Font: FIC.

2.3. Coordinació en l'atenció urgent

És un element imprescindible per a una adequada qualitat assistencial i eficiència dels serveis. En aquest camp estan en marxa dos projectes importants on participen tots els nivells assistencials:

- L'atenció a la Síndrome Coronària Aguda amb elevació de ST (SCACEST).
- L'atenció a l'ICTUS.

Els serveis assistencials treballen en la coordinació d'altres camps d'alta prevalença i impacte en l'atenció urgent.

3. Atenció hospitalària

3.1. Estructura

L'atenció hospitalària de les Illes Balears s'organitza funcionalment en hospitals d'aguts, hospitals psiquiàtrics i centres sociosanitaris.

En l'actualitat, la xarxa d'hospitals propis del Servei de Salut està integrada per un total de 7 hospitals d'aguts propis (1 hospital de referència i 6 hospitals bàsics), a més del complex hospitalari GESMA el qual es troba sotmès en un procés de transformació a sociosanitari (Taula 10). Aquest desplegament permet una bona accessibilitat dels ciutadans als serveis.

Per fer front a la demanda existent, l'Ib-salut té concerts amb diversos centres privats de la nostra comunitat autònoma.

Taula 10. Hospitals de l'Ib-Salut i hospitals concertats

Àrea de salut Mallorca	
Sector sanitari Ponent	Hospital Universitari Son Dureta
Sector sanitari Migjorn	Fundació Hospital Son Llàtzer
Sector sanitari Llevant	Fundació Hospital Manacor
Sector sanitari Inca	Hospital Comarcal Inca
Àrea de salut Menorca	
Sector Menorca	Hospital General Mateu Orfila
Àrea de salut Eivissa-Formentera	
Sector sanitari Eivissa-Formentera	Hospital Can Misses (Eivissa)
	Hospital de Formentera
Complex hospitalari Gesma	
Mallorca	Hospital General
	Hospital Joan March
	Hospital Psiquiàtric
Hospitals concertats	
Mallorca	Hospital Sant Joan de Déu
	Hospital Creu Roja
Eivissa-Formentera	Nuestra Señora del Rosario

Font:
Elaboració
pròpia.

Els hospitals de les Illes Balears es poden classificar des de dues perspectives, segons la seva titularitat (entre públics i privats, amb i sense ànim de lucre) o segons la seva finalitat, en hospitals generals, hospitals de salut mental i hospitals de mitjana i llarga estada, atenent el 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 els 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 seguiment de pacients amb malalties mentals, i els hospitals de mitjana i llarga estada com a hospitals destinats a l'atenció de pacients que necessiten de cures sanitàries, en general de baixa complexitat, per processos crònics o per pacients amb grau de mobilitat reduïda.

A continuació s'exposen dos quadres. En el primer es troben els 7 hospitals de titularitat pública classificats com a generals, que conformen el gruix del sistema sanitari balear d'aguts (Ib-salut), els hospitals de mitjana i llarga estada i l'únic hospital de salut mental. Cal tenir en compte que l'oferta pública hospitalària es va ampliar en gran mesura a partir de l'any 2007, amb l'obertura de l'Hospital Comarcal d'Inca, l'Hospital Mateu Orfila i l'Hospital de Formentera. Amb tot, a l'illa de Mallorca es concentren 4 hospitals públics d'aguts, els dos més grans situats a la ciutat de Palma – Son Dureta i Son Llàtzer- i a l'espera d'inagurar-se el nou Hospital Son Espases. A més, també s'hi situen els hospitals de



mitjana i llarga estada i de salut mental, excepte Cas Serres a Eivissa que, tot i que està classificat com un hospital, funcionalment és una residència geriàtrica. Menorca, Eivissa i Formentera en disposen d'un per a cada illa.

Per la seva banda, l'altre quadre es troba integrat pels hospitals de titularitat privada, amb i sense lucre, més nombrosos que els públics (11 en total per 10 de públics) però de menor dimensió global i concentrats sobretot a Palma. Segons la seva finalitat, es divideixen amb i sense ànim de lucre, encara que aquesta distinció és difusa. De tota manera, els hospitals sense afany de lucre, gràcies als concerts, són d'ús majoritàriament públic.

A finals del 2008 es varen tancar 2 centres privats, la Clínica Menorca, SL, i l'Hospital d'Alcúdia (tal com s'indica en el quadre), mentre que l'antiga Clínica Femenia va passar a denominar-se Clínica Bellver.

G: general, ML: mitjana i llarga estada, SM: salut mental, L: llarga estada - residència, M: Mútua d'accidents de Treball i Malalties Professional, MQ: mèdic-quirúrgic.

Font: Memòria del CES 2008.

Taula 11. Activitat dels hospitals de l'Ib-Salut

Tipus	Hospital	Hospitalització				Activitat quirúrgica				Activitat Ambulatoria		
		Llits	Tipus hos	Llits funcio- nants	Ingres- sos / altres	Estades mitjana	Estada programades (%)	I Quirúrgiques Urgents (% d'ambulatori)	Quirúrgiques Parts (% cessàrees)	1rs Consultes / successives	Urgències (% ingressos per aquesta via)	
Aguts 7	Hospital Son Dureta	745	65	G								
	Hospital Mateu Orfila	142	0	G								
	Hospital Can Misses	155	3	G								
	Hospital D'Inca	175	6	G	1834	77.355	547.154	7.1	46.214 (57%)	10.566 (ambulatòries: 9%)	382.472/ 840.081	450.627
	Hospital de Manacor	228	3	G								
	Hospital Son Llàtzer	377	49	G								
	Hospital de Formentera	12	0	G								
Mitj llarga Est 4	Hospital Joan March	102	6	ML	174	2.277	53.355	23,4	2.199		5.440 / 12.461	0
	Hospital General de Mallorca	72	3	ML								
	Hospital Psiquiàtric	156	0	SM	156	66	53.497		0			
	Residència Assistida Cas Serres	152	14	L								

Taula 12. Servei Sanitari

Tipus	Hospital	Hospitalització						Activitat quirúrgica				Activitat Ambulatoria			
		Llits	Tipus hos	Llits funcionants	Ingressos/ altes	Estades mitjana	I Quirúrgiques programades (% d'ambulatori)	I Quirúrgiques Urgents	Parts (% cessàrees)	1rs Consultes/ successives	Urgències (% Ingressos per aquesta via)				
Funcionants		Instal·lats	I-F												
Amb ànim de lucre	USP Clínica Palmaplanas	123	174	51	G										
	Sanitaria Balear, S.A.	193	194	1	G										
	Policlínica Miramar	191	215	24	G										
	Policlínica Verge de Gràcia, S.A.	25	25	0	G										
	Hospital General de Muro, S.L.	44	84	40	G	822	63.013	202.672	3,2	41.066 (27,7%)	1.479	3.353 (32%)	265.442/ 328.686	324.822	
	Nostra Senyora del Rosari, S.A.	80	82	2	G										
S.I. de Sanitat, S.L. (Juaneda)	76	109	33	G											
Gestió H. Balear, SL (C.Femenia)	90	95	5	G											
Sense lucre	Mutua Balear	29	40	11	M	29	1.544	4.077	2,6	1.151	87	0	17.667 / 26.581	12.597 (3,1%)	
	Hospital Sant Joan de Déu	150	150	0	MQ	192	4.227	65.687	15,5	9.942 (16,2%)	0	0	48.957 / 40.691	0	
	Hospital Creu Roja	42	78	36	MQ										

G: general, ML: mitjana i llarga estada, SM: salut mental, L: llarga estada - residència, M: Mútua d'Accidents de Treball i Malalties Professionals, MQ: mèdic-quirúrgic.

Font: Elaboració pròpia a partir del SIESCRI i IB-Salut.

3.2. Recursos

3.2.1. RECURSOS HUMANS

L'obertura de l'Hospital Comarcal d'Inca i l'Hospital de Formentera al llarg de 2007 ha suposat un augment de 769 places, autoritzades per direcció gerència del Servei de Salut.

Segons dades, a 31 de desembre de 2007, trobam adscrits 9.568 treballadors (incloent-hi tots el tipus de contractació, és a dir, fixos, interins i eventuais) en els 7 hospitals d'aguts propis de l'Ib-salut (Taula 13).

Taula 13. Recursos humans dels hospitals de l'Ib-Salut

Facultatius	1.458
Infermeria	2.982
Auxiliar infermeria	2.268
Personal no sanitari	2.274
Personal tècnic sanitari	487
Personal tècnic no sanitari	55
Alta direcció	44
	9.568

Font: Recursos Humans IBSALUT.

Segons l'Estadística del SIESCRI, per l'any 2008, els hospitals públics d'aguts hi varen treballar un total de 9.729 persones, als hospitals públics de mitjana i llarga estada 1.353, als privats amb ànim de lucre 3.765 i als privats sense ànim de lucre 578.

Taula 14. Recursos humans dels hospitals de l'Ib-Salut

	Públics d'aguts	Públics de mitjana i llarga estada	Privats amb ànim de lucre	Privats sense ànim de lucre
Metges vinculats	1.555	109	261	43
Metges col·laboradors	30	0	932	41
Infermers	3.502	252	827	151
Ajudants sanitaris	2.706	495	743	168
Personal no sanitari	2.246	402	877	166
Altres tipus de personal	140	95	125	9
Total Personal	9.729	1.353	3.765	578

Font: SIESCRI.

Aproximadament, un 64% treballa al sector públic i la resta a la xarxa privada. L'estructura del personal que treballa al sistema públic i privat és diferent. Així, als centres hospitalaris de l'Ib-salut un 15,8% dels professionals són metges, un 30,7% d'infermers, 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. Mentre, 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% d'infermers.

De fet, la relació laboral i el tipus de dedicació del col·lectiu mèdic entre el sector públic i el sector privat és ben diferent. Així, treballa en jornada completa el 94,9% dels metges en el sector públic i tan sols el 15,9% en el privat, mentre que metges col·laboradors habituals en el sector públic tan sols hi ha l'1,8% i en el privat el 76,2%. D'aquesta manera, la majoria de metges que treballen al sector privat també estan ocupats en jornada completa al sistema públic.

Per serveis, el més nombrós és el de medicina interna (22,9%), el de cirurgia (15,9%) i al servei d'urgències (12,3%), mentre que el 20,5% dels metges treballa als serveis centrals.

3.2.2. RECURSOS MATERIALS

Durant l'any 2007 i amb a l'obertura de l'Hospital Comarcal d'Inca i de l'Hospital de Formentera, a més del trasllat al nou Hospital Mateu Orfila hi ha un augment, tant amb la dotació com amb cert equipament tecnològic (Taula 15).

Taula 15. Dotació i equipament tecnològic

DOTACIÓ	
Hospitals d'aguts	7
Llits instal·lats	1.934
Quiròfans instal·lats	55
Sala de parts	16
Llocs hospital de dia	77
Locals de consulta (hospital i CEP)	388
EQUIPAMENT TECNOLÒGIC	
Sala convencional RX	29
RNM	4
TAC	8
Mamògrafs	8
Angiògrafs digitals	3
Gammacambres	2
Sales d'hemodinàmica	2
Litotriectors	1
Bomba de cobalt	1
Acceleradors lineals	2
Simuladors	1
Planificadors	3
Tomògrafs per emissió de fotons	1
Equips hemodiàlisi	100

Font: SIAE. Gerències atenció especialitzada.

La dotació dels principals recursos materials i d'alta tecnologia hospitalària s'exposa a la taula següent (Taula 16).

Taula 16. Dotació dels principals recursos materials i d'altra tecnologia hospitalària

	Públics	Privats
Dotació		
Hospitals d'aguts	10	11
Llits instal·lats	2.480	1.246
Quiròfans instal·lats	64	57
Paritoris	16	15
Alta tecnologia hospitalària		
RNM	4	9
TAC	8	12
Angiògrafs digitals	2	3
Gammacambres	2	3
Sales d'hemodinàmica	2	6
Litotriectors	1	4
Bomba de cobalt	1	0
Acceleradors lineals	2	1
Equips hemodiàlisi	134	29

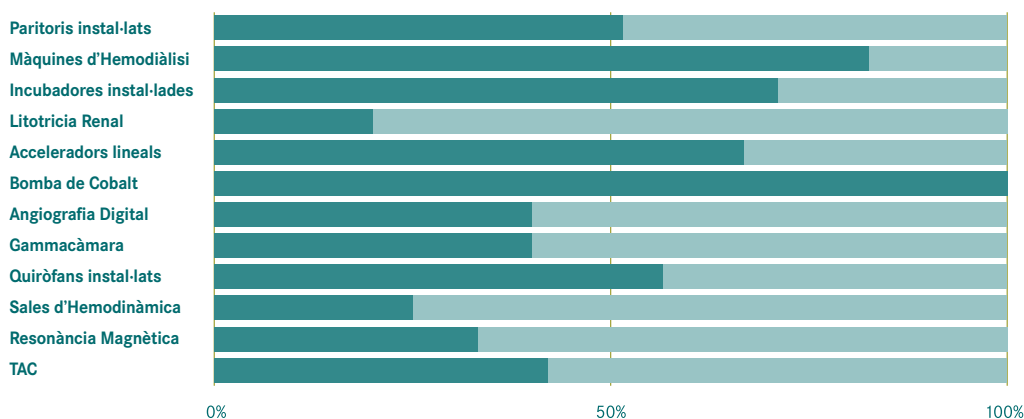
Font: SIESCRI.

L'equipament tecnològic es distribueix entre hospitals públics i privats, segons la figura 2. Als hospitals de titularitat privada hi destaca la més alta concentració d'equips de litotírcia renal, de sales d'hemodinàmica i d'equips de resonància magnètica. Mentre que a la xarxa hospitalària pública s'hi ubica l'única bomba de cobalt que es disposa a la comunitat autònoma i disposa de la gran majoria de sales d'hemodiàlisi i d'incubadores.

Figura 2. Distribució de l'equipament tecnològic entre hospitals públics i privats.

Públics d'aguts ■
Privats amb lucre ■

Font: elaboració pròpia a partir del SIESCRI.



3.2.3. PRESSUPOST

La despesa per programes de l'atenció hospitalària l'any 2007 ha estat de 305.251.410€, tal i com es pot veure a la taula 17.

Taula 17. Despesa per programes durant l'any 2007

CAPÍTOL II. Despeses corrents en béns i serveis	275.919.410,00 €
CAPÍTOL III. Despeses financeres	211.195,00 €
CAPÍTOL IV. Transferències corrents	5.389.755,00 €
CAPÍTOL VI. Inversions reals	23.731.050,00 €
TOTAL	305.251.410,00 €

Font: Comptabilitat i pressupost Ib-salut.

Per a l'any 2008, el global del pressupost executat en atenció especialitzada, considerant també la despesa en personal, va ser de 783,7 milions d'euros, un 6,6% més que l'any anterior. L'atenció especialitzada va representar l'any 2008 el 63,2% del pressupost executat pel Servei de Salut.

3.3. Serveis

L'atenció hospitalària de les Illes Balears es presta bàsicament a través dels recursos d'hospitalització, ambulatoris (consultes, proves diagnòstiques...), urgències, quirúrgics i d'altres tipus d'hospitalització no tradicionals (hospitalització a domicili, unitats de curta estada...) (Taula 18).



Taula 18. Cartera de Serveis a l'actuació hospitalària

Anàlisis clíniques. Bioquímica. Microbiologia. Immunologia.
Anatomia patològica
Anestèsia, reanimació i unitat del dolor
Angiologia i cirurgia vascular
Cardiologia. Laboratori hemodinàmica
Cirurgia cardíaca
Cirurgia general i digestiva
Cirurgia major ambulatoria
Cirurgia maxil·lofacial
Cirurgia pediàtrica
Cirurgia plàstica
Cirurgia toràcica
Cures pal·liatives
Dermatologia. PUVA
Digestiu
Endocrinologia, dietètica i nutrició
Farmàcia
Genètica. Diagnòstic prenatal
Geriatría
Ginecologia i obstetrícia. Unitat de reproducció
Hematologia. Banc de sang
Hospital de dia. Mèdic. Oncohematològic.
Hospitalització a domicili
Medicina intensiva
Medicina intensiva pediàtrica
Medicina interna. Medicina infecciosa
Medicina nuclear
Medicina preventiva. Epidemiologia.
Nefrologia. Diàlisi. Diàlisi domiciliària.
Neonatologia
Neurocirurgia
Neurologia. Neurofisiologia. Unitat de l'ictus
Oftalmologia. Optometria
Oncologia
Oncologia radioteràpica
Otorinolaringologia. Al·lèrgologia. Logopèdia
Pediatría. Especialitats
Pneumologia. Unitat de la son. Oxigenoteràpia
Prevenió riscos laborals
Psiquiatria. Psicologia. Desintoxicació. Trastorns alimentaris
Radiologia. TAC. RNM. Ecografies. Mamografies. Intervencionista. Convencional
Rehabilitació. Fisioteràpia
Reumatologia
Trasplantaments
Traumatologia i cirurgia ortopèdica. Adults i infantil
Unitat de curta estada
Unitat de seqüenciació
Urgències
Urologia. Laboratori de litotrípies

Font:
Elaboració
pròpia.

3.4. Utilització dels serveis i patologia atesa

L'obertura de nous hospitals també ha fet augmentar l'activitat assistencial realitzada en atenció hospitalària. Tot i que només hauria de suposar una redistribució de la població de referència, el fet d'obrir nous centres fa que augmenti l'oferta de serveis i per tant augmenta la demanda.

Segons les dades de l'any 2008, l'activitat hospitalària als hospitals públics d'aguts va manifestar un ascens moderat després del fort augment experimentat l'any anterior, d'acord amb el que mostren pràcticament tots els indicadors disponibles (Taula 19).

Així, el nombre de llits funcionant va experimentar un augment de l'1,4%, fins assolir els 1.837. Paral·lelament, els ingressos i les estades varen créixer un 4,4%, de manera que el percentatge d'ocupació dels llits hospitalaris va passar del 79,3% del 2007 al 81,6%. El nombre de parts va créixer un 11,0%. L'activitat a l'àrea quirúrgica va fer palès també un creixement força pronunciat, del 8,5%, atribuïble a l'increment de les intervencions programades, atès que les intervencions quirúrgiques urgents varen experimentar un descens del 3,4%. Finalment, el nombre d'urgències va ascendir un 3,4%. El percentatge d'urgències que va haver d'ingressar a l'hospital es va situar en l'11,8%, set dècimes més que l'any anterior.

Taula 19. Activitat assistencial als hospitals públics d'aguts

HOSPITALITZACIÓ	2008	2007
Llits funcionants	1.837	1.811
Ingressos	77.355	74.104
Ingressos urgents	55.744	53.009
% Ocupació	81,6%	79,3%
Estades	547.154	524.179
Ingressos x1.000 hab.	72,8	71,8
ÀREA QUIRÚRGICA		
Total intervencions quirúrgiques	54.780	52.315
Intervencions quirúrgiques programades	46.214	41.378
Intervencions quirúrgiques urgents	10.566	10.937
PARITORI		
Parts	9.101	8.200
% cessàries	21,1%	20,3%
URGÈNCIES		
Urgències	450.627	435.932
% urgències ingressades	11,8%	11,1%
Urgències x1.000 hab.	424,2	422,6

Per la seva banda, l'activitat als hospitals privats amb ànim de lucre es va contreure en l'àrea d'hospitalització, a causa del tancament al llarg de l'any de la Clínica Menorca, SL, i l'Hospital d'Alcúdia. Així, el nombre de llits funcionant va ser 27 menys que l'any 2007 i les altes i les estades varen descendir un 3,8% i 14,6%, respectivament. Pel que fa a l'àrea ambulatoria, el nombre de persones ateses al servei d'urgències va disminuir un 11,7%, tot i que, per contra, les consultes externes varen copsar un repunt significatiu (18,5%). En el bloc quirúrgic, les intervencions programades augmentaren un 1,3%.

Cal destacar el gran volum d'activitat ambulatoria que es realitza en els hospitals, sobretot en l'àrea d'urgències on s'atén una mitjana de 1.194 urgències/dia i de consultes externes, amb una mitjana de 4.800 consultes/dia.

L'estructura del sistema sanitari balear es reflecteix també en l'activitat hospitalària, on el sector privat té una presència més o menys intensa, depenent del tipus d'activitat que es du a terme.

Així, en primer lloc, mentre que els ingressos hospitalaris estan pràcticament equilibrats entre ambdós sectors, el nombre d'estades resulta ser força superior a la sanitat pública. Això s'explica per la major rotació existent en els hospitals privats amb ànim de lucre, on l'estada mitjana dels pacients és menys de la meitat que en els públics d'aguts (3,2 dies enfront dels 7,1 dels públics d'aguts). Ara bé, s'ha de tenir en compte el tipus d'ingrés i la seva pressumpta menor complexitat.

Mentrestant, més de la meitat de les intervencions quirúrgiques programades es realitzen al sector privat, tot i que part d'aquesta activitat està concertada. Això, no tan sols es deu a l'alta dotació tecnològica dels hospitals privats, sinó també a la més alta freqüència en la utilització d'aquesta tecnologia per part dels privats respecte dels públics. Per contra, les intervencions quirúrgiques urgents les realitza molt majoritàriament el sector públic.

Per la seva banda, és en els hospitals públics on es produeixen el major nombre de naixements (dels 12.454 nascuts a centres hospitalaris, 9.101 varen néixer a la pública i 3.353 a la privada). Així mateix, en els hospitals públics s'hi realitza un percentatge significativament menor de cesàries (només el 21% enfront del 33% de la privada). Aquest percentatge també és inferior en comparació amb el conjunt d'hospitals públics de l'Estat espanyol, que és del 22,1%.

Quant a l'activitat ambulatoria, tant les primeres consultes com les urgències presenten percentatges d'activitat lleugerament superiors a la sanitat pública que a la privada. Tot i això, no es disposen de dades de la complexitat dels pacients atesos en els dos dispositius assistencials.

Comparant amb el conjunt de l'Estat, la majoria d'indicadors d'activitat en termes per càpita són més alts a les Illes Balears, la qual cosa pot ser provocada per la major accessibilitat al sistema en el cas dels habitants d'aquesta regió i per l'alt volum de població no permanent que suporta el territori insular.

Quant a hospitalització, entre els diagnòstics més atesos durant l'any 2007, cal destacar els relacionats amb l'aparell circulatori i respiratori. Entre els 15 diagnòstics més freqüents, que suposen més del 20% de les altes, hi trobam la insuficiència cardíaca, les bronquitis cròniques descompensades, les pneumònies, les colelitiasis i les bronquitis/bronquiolitis agudes (taula 20).

Taula 20. Diagnòstics més atesos

Diagnòstic principal	Altes	%
Insuficiència cardíaca	1.637	2,18
Bronquitis crònica	1.523	2,03
Pneumònia microorganisme inespecificat	1.451	1,93
Colelitiasi	1.380	1,84
Bronquitis i bronquiolitis agudes	1.160	1,55
Infart agut de miocardi	1.054	1,40
Oclusió d'artèries cerebrals	1.041	1,39
Fractura de coll de fèmur	927	1,23
Osteoartrosi i trastorns similars	908	1,21
Apendicitis aguda	867	1,15
Altres trastorns d'uretra i vies urinàries	864	1,15
Altres formes de malaltia cardíaca isquèmica crònica	811	1,08
Disrítmia cardíaca	724	0,96
Altres gastroenteritis o colitis no infeccioses i no especificades	700	0,93
Diabetis mellitus	692	0,92

Font: CMBD 2007.
Hospitals públics, codis diagnòstics majors, sense processos indefinits o fisiològics.

Entre els diagnòstics dels processos atesos en règim ambulatori, cal destacar les cataractes, seguides entre altres, a gran distància, pels quists sebàcics, les neoplàsies cutànies i les fimosis.

Taula 21. Diagnòstics amb règim ambulatori

GRD	%
Intervencions sobre el cristal·lí	30,9%
Altres cirurgies de pell, teixit subcutani i mama	16,2%
Intervencions extraoculars excepte òrbita	6,1%
Intervencions per hèrnia inguinal i femoral	2,6%
Miringotomia amb inserció de tub	2,3%
Circuncisió	2,3%

Font: CMBD Ambulatori 2007. Hospitals públics, grups relacionats amb el diagnòstic.

3.5. Indicadors de procés d'atenció

A l'atenció hospitalària, el procés de l'atenció es mesura a través d'indicadors de qualitat, com són l'índex de mortalitat ajustada per risc (IMAR), l'índex de complicacions ajustat per risc (ICAR), l'índex de readmissions ajustat per risc (IRAR); i indicadors d'adequació, com són la quirúrgica ambulatoria i la hospitalització evitable (Taula22).

Taula 22. Indicadors del procés d'atenció

	Qualitat			Adequació	
	IMAR	ICAR	IRAR	IAQ	% Hosp. Ev.
Hospital Universitari Son Dureta	0,72	0,77	0,93	0,86	7,6%
Fundació Hospital Son Llàtzer	0,83	0,76	1,07	0,85	11,1%
Fundació Hospital Manacor	0,76	0,85	1,14	0,91	12,0%
Hospital General Mateu Orfila	1,14	1,2	1,36	0,73	7,7%
Hospital Can Misses	0,98	1	1,15	0,72	7,4%

Font: CMBD 2007. Hospitals públics, perfil de direcció assistencial.

Aquests indicadors ens permeten fer un seguiment de si s'estan aplicant correctament els diversos programes de pràctica clínica que s'han monitoritzat en els hospitals.

3.6. Gestió

En atenció hospitalària cal destacar com aspecte de gestió el contracte de gestió que cada any es pacta entre el Servei de Salut i cada hospital públic i que pretén ser el marc de referència formal i dinàmica de les relacions entre ambdós organismes.

El contracte de gestió és, per tant, l'eina de gestió que l'lb-salut utilitza per establir les activitats a realitzar per cada un dels seus hospitals i els recursos dels quals disposarà per dur-ho a terme, a més de ser el marc on queden reflectides totes les línies estratègiques i les prioritats amb la finalitat de proveir de la millor assistència, garantir la continuïtat assistencial, plantejar i incentivar objectius comuns entre els diferents nivells d'atenció, i afavorir l'accessibilitat.

4. Atenció sociosanitària

4.1. Estructura

La nostra població ha patit els darrers anys uns canvis molt importants amb els avanços, tant a nivell sanitari com amb qualitat de vida. Les societats del països desenvolupats han aconseguit allargar de manera significativa l'esperança de vida dels seus habitants.

L'envelliment de la població és un fet, l'esperança de vida augmenta i les persones cada vegada viuen més anys, però moltes d'elles amb problemes de salut crònics que en molt de casos condueixen a una situació de dependència i amb una alta necessitat de recursos sanitaris i també socials.

Els serveis sanitaris i socials han d'adaptar-se a la cronicitat, l'envelliment i la dependència d'una part significativa de la seva població, el que requereix determinar millores en la seva organització i en les pràctiques professionals.

La persona que necessita aquest abordatge és la que presenta un problema sanitari enllaçat en la majoria dels casos amb una problemàtica social complexa. És per això que cap sistema de manera independent no pot donar resposta a les seves necessitats i passa a ser una persona amb problemes que es mou pels dos sistemes sense que estigui clarament delimitat quin són els serveis i quines les responsabilitats de cada un dels dos nivells.

Principis d'organització dels recursos sociosanitaris:

1. Globalitat: les mesures s'han de realitzar a tots els àmbits (domicili, residències, hospitals...).
2. Permeabilitat: entre tots els recursos, usuaris i professionals.
3. Integritat: constitució d'un veritable sistema d'atenció, més que d'un conjunt dels serveis individuals.
4. Combinat: com actuació aconsellable i sinèrgica, cal adoptar simultàniament mesures generals d'adaptació i millora dels recursos convencionals existents amb la implementació dels recursos específics.
5. Que asseguri l'equitat en la distribució dels recursos.
6. Territorialitat: totes les persones que viuen a les Illes han de tenir accés als serveis.

4.2. Recursos actuals

Els centres sociosanitaris públics i concertats dins l'àmbit sanitari a l'illa de Mallorca s'exposen a la taula 23 i taula 24, respectivament.

Taula 23. Centres sociosanitaris públics dins l'àmbit sanitari a Mallorca

Hospital/Unitat/Centre	Especialitats	Nre. llits	Programes
Hospital Joan March (108 llits)	Cures pal·liatives	19	Pal·liatiu
	Respiratori crònic avançat	28	Respiratori crònic avançat
	Ortogeriatría	25	Ortogeriatría
	Pluripatològics	24	Pluripatològics
	Unitat de deshabitació alcohòlica	12	Deshabitació alcohòlica
Hospital General (68 llits mitjana estada)	Cures pal·liatives	18	Pal·liatiu
	Ortogeriatría -ictus	21	
	Pluripatològics	29	
UVAS	Son Llätzer		Professionals GESMA
	HUSD		GESMA+HUSD
ESAD	5 microequips		pal·liatiu/ respiratori crònic

Taula 24. Centres sociosanitaris concertats dins l'àmbit sanitari a Mallorca

Hospital	Especialitats	Nre. llits
Hospital Sant Joan de Déu Llarga estada: 44 Dany cerebral: 11 Mitjana estada: 40 Pal·liatius: 30	Hospital de dia	25
	Geriatría aguts pluripatològics (2a)	30
	Rehabilitació mitjana estada (2a)	10
	Llarga estada complexa + pal·liatius geriàtrics (3a)	30 pal·liatius geriàtrics + 10 llarga estada
	Rehabilitació neurològica, lesionats medul·lars, dany cerebral reversible (4a)	34+ 11 dany cerebral irreversible
Hospital Creu Roja	Llits llarga estada (1a planta)	52
	Hospital de dia	20 (filtre ESAD)

Pel que fa a l'illa d'Eivissa, actualment, l'Hospital Can Misses disposa, mitjançant un conveni amb la residència de Cas Serres, de 5 places de convalescència/rehabilitació i cures pal·liatives amb possibilitats excepcionals d'augmentar-les fins a 10 en funció de la disponibilitat de places del centre.

A Menorca està pendent la signatura d'un conveni per concertar places de convalescència / rehabilitació i cures pal·liatives a la residència de Santa Rita (que està pendent d'inaugurar).

Aquest recursos existents són insuficients i requereixen d'una adequada planificació per poder donar resposta a les necessitats assistencials. Per això està en fase de desenvolupament actualment un Pla sociosanitari de la Comunitat Autònoma de les Illes Balears que defineix els tipus de recursos que són imprescindibles i les seves necessitats.

4.3. Recursos sociosanitaris a desenvolupar

4.3.1. ATENCIÓ PRIMÀRIA

Atenció primària és el primer nivell d'atenció, vertadera porta d'entrada al sistema sanitari i sociosanitari, i el lloc on s'han de resoldre la majoria de problemes de salut de la població.

El equipis d'atenció primària són el nucli bàsic d'atenció. Desenvolupen la seva tasca atenent criteris d'atenció integral, és a dir, tractant els diferents aspectes que afectaran la salut de les persones, i de manera longitudinal, és a dir, al llarg de la vida de la seva població de referència. Per aquestes característiques són el nucli privilegiat d'informació i han de ser element clau de la coordinació dels diferents recursos per donar resposta a les necessitats, tant a nivell de recursos per a l'atenció de la patologia d'aguts, com els recursos de mitjana o llarga estada dins el propi món sanitari i com element de coordinació amb els diferents recursos dels serveis socials.

El desenvolupament d'atenció primària és un dels objectius més importants per als propers anys. Les línies d'actuació sobre les quals es treballa són:

- Millorar les infraestructures.
- Incrementar les dotacions de recursos humans, especialment pel que fa a metges i infermers per tal de poder disposar del temps necessari per oferir l'atenció necessària a la població.
- Potenciar l'atenció domiciliària.



- Afavorir canvis organitzatius que permetin un major desenvolupament professional i una millora en la qualitat de l'atenció.
- Possibilitar l'equip d'atenció primària com eix central de coordinació i seguiment del pacient entre els diferents nivells.

A més, es potencien tres línies específiques d'actuació:

4.3.1.1. Programes atenció domiciliària i Programa d'atenció a l'ancià

Definició: atenció en el domicili i al centre de salut de les persones grans i de la majoria de les persones amb malaltia crònica evolutiva, amb una elevada demanda de serveis i amb l'ús dels recursos en funció de les necessitats.

S'han d'integrar els programes que ja funcionen d'atenció primària: Programa d'atenció domiciliària per donar atenció integral en el domicili a les persones immobilitzades o en fase terminal i Programa d'atenció a l'ancià, amb una visió de prevenció i promoció de la salut.

Ubicació:

- Centres d'atenció primària.
- Domicili del pacient o al seu entorn familiar.

Objectius:

Programa d'atenció a l'ancià

- Augmentar la captació dels ancians de risc.
- Augmentar la proporció d'ancians amb estil de vida saludables.
- Reduir les situacions de risc de malaltia, complicacions i seqüeles de les malalties agudes i cròniques dels majors.
- Reduir la incidència d'accidents i caigudes.
- Reduir la proporció de majors amb incapacitat funcional, mental o social secundària a malalties cròniques.
- Augmentar la proporció de majors atesos de manera continuada als centres d'atenció primària, així com el nombre de cuidadors informals.
- Disminuir la proporció d'hospitalitzacions i reingressos innecessaris.
- Reduir les claudicacions de les persones cuidadores.
- Reduir la iatrogènia derivada de l'ús inadequat i de la prescripció incorrecta de medicaments en els majors.

Programa d'atenció domiciliària

- Donar atenció integral a les persones immobilitzades i/o terminals en el seu domicili.
- Evitar ingressos i institucionalitzacions inadequats.
- Donar suport i educació als cuidadors informals i família.

És necessària una estreta coordinació a tots els nivells: tant de l'atenció primària sanitària i social com el suport des del CSS o des de l'hospital d'aguts, segons cada necessitat.

Tipologia d'usuaris:

- Persones grans fràgils.
- Persones amb malaltia geriàtrica complexa o amb necessitats especials.
- Persones amb malaltia terminal complexa i necessitats especials.
- Persones amb malaltia crònica evolutiva complexa amb fase de descompensació.
- Situacions específiques (post-alta, subaguts complexos, rehabilitació amb tecnologia sanitària).

Equip professional: infermers, metges de família i treballadors socials dels centres d'atenció primària com a part fonamental de la seva activitat diària.

4.3.1.2. Equip de suport a l'atenció domiciliària: ESAD

Definició: equip multidisciplinar encarregat de donar suport a l'atenció domiciliària, especialment a pacients terminals, tant oncològics com crònics, que realitza la valoració de la situació i contribueix a la gestió de llits i recursos més adients a les seves necessitats assistencials.

Ubicació: equip vinculat a l'AP (atenció primària) amb connexió als centres hospitalaris sociosanitaris i amb una estreta coordinació amb els equips de suport hospitalaris.

Per poder facilitar-ne la coordinació, estaran ubicats a un hospital sociosanitari, a un centre de salut o a l'hospital de l'àrea.

En sectors de dimensió poblacional reduïda és desitjable que el mateix equip realitzi funcions hospitalàries i domiciliàries.

Funcions: les seves funcions tal i com recull l'Ordre del director gerent del Servei de Salut de regulació del funcionament de l'ESAD núm. 25654, publicada al BOIB núm. 153, de 21 de desembre de 2007, són:

- Suport i assessoria als professionals d'atenció primària per l'atenció domiciliària de pacients terminals oncològics o no i amb limitació funcional o immobilitzats complexos.
- Intervenció assistencial directa, d'acord amb els professionals d'atenció primària.
- Informació i educació sanitària als pacients, als cuidadors i als familiars.



- Docència per als professionals d'atenció primària i dels centres sociosanitaris.
- Gestió i avaluació de les peticions d'accés als hospitals de dia.
- Col·laboració amb l'atenció dels pacients ingressats en centres sociosanitaris.
- Valoració integral dels pacients i gestió de llits i recursos de la comunitat.
- Reduir les estades hospitalàries i l'ús dels serveis d'urgències.
- La cobertura horària de la seva atenció hauria de ser de 24h.

Tipologia d'usuaris:

- Pacients terminals oncològics i no oncològics.
- Persones amb malaltia geriàtrica complexa i necessitats especials.
- Persones amb malaltia crònica evolutiva complexa amb fase de descompensació.

Equip professional:

Metges de família, geriatra, oncòlegs o internistes, infermers, psicòleg, auxiliar administratiu i treballadors socials amb experiència i formació específica en l'atenció a malalts terminals i geriàtrics complexos.

4.3.1.3. Rehabilitació domiciliària

Definició: prestació sanitària que respon a la necessitat d'aproximar i personalitzar l'assistència a aquelles persones amb una pèrdua d'autonomia com a conseqüència d'un procés patològic i tenint en consideració les barreres del seu entorn.

Objectius i funcions:

- Reeduació funcional.
- Control de símptomes.
- Educació sanitària a la persona i al cuidador, ajuda a l'adaptació de l'entorn.
- Seguretat del cuidador.

Tipologia d'usuaris:

- Pacients aguts:
 - Quan la malaltia i la seva fase evolutiva ho requereixi.
 - Dependència per la marxa o la realització de les ABVD.
 - Necessitat d'adaptar el domicili.

- Pacient crònic:
 - No tractaments previs rehabilitació.
 - Pacient que després d'un ingrés necessitin reintegració en el domicili o adaptació d'aquest.
 - Involució funcional objectivable.
 - Després d'intervenció quirúrgica o ortopèdica que necessiti reeducació.
 - Tractament complementari de l'espasticitat.

Equip professional: metge rehabilitador, fisioterapeutes, terapeutes ocupacionals.

4.3.2. RECURSOS HOSPITALS D'AGUTS

4.3.2.1. Equips de valoració i suport- UVASS

Equip interdisciplinari especialitzat en funcions d'atenció i avaluació de malalts complexos tributaris d'atenció a recursos sociosanitaris del sistema de salut.

Ubicació: hospital d'aguts.

Funcions i objectiu:

- Aconseguir que els pacients susceptibles ingressats en els hospitals d'aguts, una vegada completat el diagnòstic, rebin el seu tractament en el nivell més adient per les seves característiques.
- Valoració integral dels pacients susceptibles a les unitats d'aguts.
- Derivació al recurs sociosanitari més adient.
- Seguiment i control de la persona des de la seva valoració fins al seu trasllat.
- Millorar la qualitat de l'atenció i la satisfacció.
- Assegurar l'atenció de les persones al recurs més adient per donar resposta a les seves necessitats i evitar en tot el possible la freqüentació als serveis d'urgències i reingressos.
- Participar en la coordinació dels recursos a nivell extrahospitalari (mitja estada, llarga durada i comunitat).

Tipologia d'usuaris:

- Persones ingressades als hospitals d'aguts en edat geriàtrica i descompensades.
- Persones amb malaltia crònica evolutiva diagnosticades i que per les seves característiques les seves necessitats són bàsicament cures.
- Persones amb trastorns cognitius.
- Persones amb necessitat de cures pal·liatives.



Equip professional: metge internista, de família, geriatra, assistent social, infermer, psicòleg i administratiu.

Les UVASS han de dependre i estar composades per personal del propi hospital d'aguts, personal qualificat i reconegut com a expert pels professionals de l'hospital d'aguts.

4.3.3. UNITATS DE MITJANA ESTADA

Els recursos de mitjana estada estarien destinats a aquelles persones que necessiten continuació d'un tractament o supervisió clínica continuada i que a causa de la seva complexitat, requereixin alta intensitat de cures durant un període de temps inferior a 30 dies prorrogables si és necessari. Aquest tipus d'unitats poden estar en els hospitals sociosanitaris o en les unitats sociosanitàries dins un hospital d'aguts.

Totes les unitats han de ser polivalents i han de poder abordar qualsevol dels problemes que fan que una persona necessiti un recurs de mitjana estada. No serà en cap cas un requisit per ingressar en aquests tipus d'unitat el fet que no hi hagi llit disponible al programa del qual en principi seria tributari, mentre hi hagi un llit la persona tindrà accés al recurs de mitjana estada.

4.3.3.1. Subaguts

Recurs dedicat a l'atenció de persones amb malaltia crònica evolutiva o post-aguts complexos en situació de malaltia prèvia, ja avaluats i diagnosticats, amb escasses possibilitats de rehabilitació total i alta mobilitat, reagudització i mortalitat, que requereixin intensitat terapèutica.

Ubicació: centres sociosanitaris amb mitjana estada de convallescència i rehabilitació com a part de l'activitat (10-15 %) i amb desitjable coordinació amb l'hospital d'aguts per a situacions d'especial complexitat clínica.

Ubicació en hospitals d'aguts a hospitals comarcals que per la població que atenen necessiten un nombre de llits inferior als d'una unitat clínica. Com estratègia de processos d'integració de l'activitat especialitzada i sociosanitària.

Funcions i objectius:

- Atenció integral i seguiment de l'evolució de casos complexos que necessitin un temps més elevat d'ingrés hospitalari per a la seva compensació o resolució.
- Millorar l'eficiència del sistema.
- Resolució de crisis complexes.
- Element estratègic per la reordenació dels hospitals d'aguts.

Tipologia d'usuaris: persones generalment amb edat geriàtrica amb complexitat, pluri patologia i dependència. Persones amb malaltia crònica (respiratòria, neurològica, digestiva, etc.). Post-aguts.

Equip professional: geriatres, rehabilitadors, altres metges especialistes, infermers, treballadors socials, psicòlegs, fisioterapeutes, terapeutes ocupacionals i voluntaris.

4.3.3.2. Convalescència / rehabilitació

Recursos específics de mitjana estada amb l'objectiu rehabilitador, de promoció de l'autonomia i reinserció a la comunitat, després d'un procés agut.

Són persones que necessiten continuació d'un tractament o supervisió clínica continuada i que a causa de la seva complexitat, requereixen alta intensitat de cures.

Ubicació:

- Centre sociosanitari.
- Unitats sociosanitàries a un hospital d'aguts.

Funcions i objectius:

- Rehabilitació física i funcional.
- Promoció de l'ajut emocional, prevenció terciària i educació sanitària .
- Gestió de casos.
- Millora funcional dels indicadors d'autonomia

Tipologia d'usuaris:

- Persones amb un procés agut resolt amb necessitats de rehabilitació.
- Persones amb malaltia en edat geriàtrica amb descompensació resolta, però amb accentuació de la seva dependència.
- Persones amb malaltia crònica evolutiva no complexa amb descompensació de salut.
- Persones amb demències i/o alzheimer que necessiten un ingrés de curta durada per tal de realitzar una avaluació i/o diagnòstic, control o tractament de trastorns de comportament.

Equip professional: geriatres, rehabilitadors, altres metges especialistes, infermers, treballadors socials, psicòlegs, fisioterapeutes, terapeutes ocupacionals i voluntaris.

4.3.3.3. Cures pal·liatives

Serveis destinats a promoure el confort, la personalització de l'atenció i la qualitat de vida de les persones en situació avançada o en procés de mort que necessiten control de símptomes o tractaments continuats en règim d'hospitalització.

Ubicació: En centres sociosanitaris polivalents o en els propis hospitals d'aguts.

L'espai s'ha d'adequar a les necessitats d'intimitat (habitacions individuals), s'ha de fomentar la presència permanent de la família, amb espais comuns de confort.

Funcions i objectius:

- Atenció integral destinada a millorar la qualitat de vida i el confort a persones en situació terminal.



- Control de símptomes.
- Suport psicològic i afrontament del procés de dol a la persona i a la seva família.

Tipologia d'usuaris:

- Persones amb malaltia crònica terminal amb complicacions del tractament o trastorns a corregir.
- Pacients amb complexitat clínica i estats agònics.

Equip professional: equip format per oncòlegs, internistes i/o metges de família, infermers, auxiliars, psicòlegs, treballadors socials amb formació en cures pal·liatives.

4.3.4. LLARGA ESTADA SANITÀRIA COMPLEXA

Atenció continuada a persones en processos crònics i diferents nivells de dependència, que necessiten recursos tècnics o professionals que no es poden proporcionar al domicili o una residència geriàtrica a causa del seu grau de complexitat clínica i/o assistencial.

Ubicació:

- Hospitals sociosanitaris
- Unitats sociosanitàries de llarga estada als hospitals d'aguts.

Funcions i objectius:

- Atenció integral de llarga durada a persones amb alta complexitat de cures.
- Planificació i educació sanitària a la família i als cuidadors amb la finalitat de retornar al domicili.
- Inici de gestió de recursos residencials socials, si el pacient no pot tornar al seu domicili.

Tipologia d'usuaris:

- Persones majors amb alta complexitat clínica i alta dependència temporal o permanent.
- Persones amb discapacitats greus: lesionats medul·lars, malalties degeneratives que necessitin alta intensitat de cures.

Equip professional: metges internistes, geriatres, neurorehabilitadors, infermers, fisioterapeutes, terapeutes ocupacionals, treballadors socials, auxiliars d'infermeria.

4.3.5. HOSPITAL DE DIA

Unitats específicament dedicades a les funcions d'avaluació i de diagnòstic, de seguiment o de terapèutica específica (tècniques i rehabilitació).

És un recurs assistencial diürn, on la persona major fràgil o el pacient geriàtric amb incapacitat física i/o deteriorament cognitiu lleu que té potencial de recuperació parcial o total. Permet una valoració geriàtrica integral i rebre el tractament i /o la intervenció

adient per al seu estat de salut. L'estada màxima acordada serà de 3 mesos prorrogables sempre que sigui necessari i estigui degudament justificat.

Ubicació:

- Hospitals d'aguts.
- Hospital sociosanitari.

Tenir en compte una estructura física i una atmosfera adequada per la tipologia de pacients.

Funcions i objectius:

- Avaluació integral interdisciplinària de necessitats, amb accions terapèutiques específiques, indicació de recursos, educació, suport familiar i connexió amb les especialitats i recursos de l'hospital d'aguts que siguin necessaris.
- Maneig de síndromes geriàtriques.
- Rehabilitació i manteniment capacitat funcional.
- Visites dels professionals i resolució dels problemes concrets.
- Disminució de l'ús inadequat dels recursos hospitalaris.
- Millora de l'autonomia.
- Tractament psicològic, si és necessari
- Mecanismes de facilitació d'exploracions complementàries i interconsultes amb els diferents especialistes.

Tipologia d'usuaris: Persones grans fràgils amb o sense trastorns cognitius.

Perfil professional: Equip multidisciplinari format per metge, infermer, auxiliar d'infermeria, treballador social, psicòleg, fisioterapeuta i terapeuta ocupacional i suport administratiu.

Criteris d'inclusió:

- Persones > 65 anys que necessitin recuperació funcional amb criteris de reversibilitat.
- ACV en fase de recuperació funcional.
- Síndrome d'immobilitat.
- Fractures òssies en fase postquirúrgica.
- Amputacions.
- Patologia cardíaca subaguda; insuficiència cardíaca congestiva, cardiopatia isquèmica.
- Trastorns metabòlics: obesitat, diabetis, amb complexitat de maneig sanitari.



- Caigudes de repetició, trastorns de l'equilibri i deambulació: malaltia de Parkinson que necessiti rehabilitació de la marxa.
- Trastorns mentals: valoració i tractament de depressions.
- Trastorns cognitius: valoració i tractament de demències incipients.
- Majors que necessitin alta intensitat de cures d'infermeria que no puguin ser oferides al seu domicili.
- Persones grans que necessitin reeducació de les activitats bàsiques i instrumentals de la vida diària.
- Descàrrega i cures socials (no suposarà més d'un 5 % dels ingressos i la seva durada màxima d'assistència serà 3 mesos).

Criteris d'exclusió:

- Negació de la persona a participar.
- Persona menor de 65 anys.
- Deteriorament funcional sever i crònic previ (Barthel inferior a 40 %).
- Persona amb deteriorament cognitiu moderat- sever (GDS major de 4).
- Alteracions psíquiques que cursin amb alteració del comportament.
- Deteriorament agut greu que necessiti ingrés.
- No tolerar el procés de recuperació funcional intensiu.
- Persona gran sense suport social o familiar.
- No acceptació dels períodes pactats per part de la família, cuidador o pacient.

4.4. Estratègies dins l'àmbit sociosanitari per als pròxims anys.

- Millorar la coordinació sociosanitària.
- Definir els nous serveis en base a les necessitats de la població.
- Dissenyar un programa de qualitat que garanteixi l'excel·lència en la prestació de cures.
- Impulsar la investigació, afavorir la pràctica clínica basada en l'evidència i la formació.
- Potenciar el paper de l'atenció primària, sobretot, el Programa d'atenció a l'ancià i el Programa d'atenció domiciliària.
- Assegurar l'accés als recursos sociosanitaris des dels hospitals d'aguts.
- Difusió i implantació del pla d'accions sociosanitaris dins l'àmbit sanitari.

5. Salut mental

5.1. Estructura

L'organització territorial de la xarxa de salut mental es distribueix en 6 àrees: quatre a Mallorca (Manacor, Inca, Son Llàtzer i Son Dureta) i les de Menorca i Eivissa-Formentera. Per a cadascuna existeix un coordinador d'àrea, que es troba sota la dependència funcional del coordinador autonòmic de Salut Mental (integrat en l'estructura directiva de l'Ib-salut com a subdirector assistencial de Salut Mental, depenent directament del director assistencial del Servei de Salut).

5.2. Recursos

Els recursos de salut mental s'exposen a la taula 25.

Taula 25. Recursos de salut mental

Dispositius d'àrea	Manacor	Inca	Son Llàtzer	Son Dureta	Menorca	Eivissa - Formentera
Unitat de Salut Mental (USM)	USM Manacor	USN Inca	USM Emili Darder USM Pere Garau	USM Son Pizà USM Creu Roja	USM Dalt Sant Joan-Canal Salat	USM Es Viver
Unitat de Salut Mental Infantojuvenil (USM-IJ)	USM-IJ Manacor	USM-IJ Inca	USM-IJ Palma (Creu Roja)	USM-IJ Palma (Creu Roja)		USM-IJ Vila
Unitat d'Hospitalització Breu (UHB)	Hospital de Manacor 15 llits	Hospital d'Inca 15 llits	Hospital Son Llàtzer 24 llits	Hospital Son Dureta 24 llits	Hospital G Mateu Orfila 9 llits	Hospital Can Misses 18 llits
Hospital de Dia		Hospital d'Inca 12 places	Hospital Son Llàtzer 24 places	Hospital Son Dureta 12 places		Hospital de Dia es Viver 12 places
Unitat Comunitària Comunitària de Rehabilitació (UCR)	UCR Manacor 30 places	UCR Inca 30 places	UCR Son Gibert 30 places	UCR Serralta 30 places	UCR Sant Miquel 20 places	
Equip de seguiment assertiu comunitari (ESAC)			ESAC Son Llàtzer			ESAC Eivissa

Dispositius suprasectorials	Mallorca	Menorca	Eivissa - formentera
Unitat de Mitja estada (UME)	UME H. Psiquiàtric "Lluerna" 24 llits UME H. Psiquiàtric "Galatzó" 24 llits	UME Sant Miquel 15 llits	
Servei d'Atenció Residencial Comunitari (SARC)	Minirresidència "Es Viver" 20 places Minirresidència "Inca" 12 places 1 pis tutelat 7 places 12 pisos supervisats 31 places	1 pis supervisat 6 places	2 pisos tutelats 10 places
Servei d'inserció laboral (SIL)	SIL GESMA		
Unitat de Llarga estada (ULE)	ULE GESMA 15 PLACES	ULE Sant Miquel 5 llits	
Unitat de Trastorns de la Conducta alimentària(TCA)	UTCA Son Dureta 8 llits Hospitalització 15 places hospital de dia consultes externes		
Unitat d'Hospitalització Breu Infantojuvenil	UHB-IJ Son Dureta 6 llits		
Psicogeriatric	Psicogeriatric GESMA 60 PLACES		

Font: Pla de salut mental de la CAIB.



5.3. Serveis

Els serveis que presten els recursos específics d'atenció a la salut mental, integrats en el conjunt dels serveis sanitaris, són els següents.

- Programes de prevenció i promoció de la salut mental.
- Programa d'avaluació i diagnòstic.
- Programa de tractament i seguiment de processos.
- Tractaments psicofarmacològics i altres tractaments biològics.
- Tractaments psicoterapèutics i rehabilitadors.
- Abordatge psicosocial.
- Programes de coordinació i suport als equips d'atenció primària.
- Programes d'atenció específica als trastorns mentals greus (TMG).
- Programes de suport a les famílies.
- Programa d'intervenció precoç en primers brots psicòtics.
- Programes de suport i tractament als trastorns de la conducta alimentària.
- Programes d'entrenament en habilitats ocupacionals i laborals bàsiques. Inserció ocupacional.
- Alternatives residencials a la institucionalització psiquiàtrica tradicional per a persones amb TMG crònic.
- Programes de formació, docència i investigació.

6. Gestió de la prestació farmacèutica

La prestació farmacèutica és un àmbit d'elevada rellevància dins les prestacions sanitàries, tant en el seu component assistencial, ja que el terapèutic suposa l'últim pas en moltes de consultes i actes sanitaris, com en el de consum de recursos (el 2009 ha suposat un 24% de la despesa global del Servei de Salut de les Illes Balears).

La descripció quantitativa i qualitativa del consum de medicaments és una forma d'aproximació a les de l'estat de salut i a les malalties de la població.

Per altra part, les actuacions de promoció de l'ús racional dels medicaments en els seus components de qualitat i d'eficiència de la prestació adquireixen una gran importància.

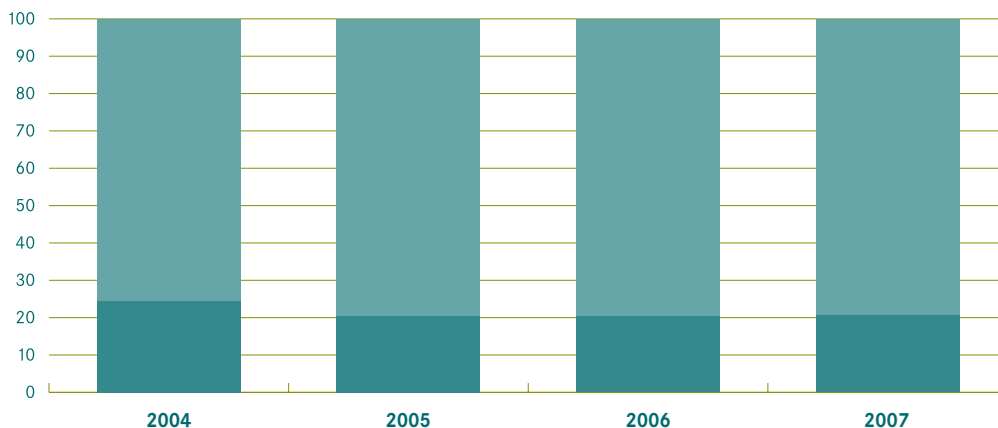
A continuació, es descriu el consum de medicaments per part del Servei de Salut al 2009 i es detallen les polítiques d'impuls d'ús racional dels medicaments i de gestió de la prestació a empreses en els darrers anys a la nostra comunitat autònoma.

6.1. Consum de medicaments

La despesa en medicaments ha suposat el 24% de la despesa sanitària l'any 2009, amb un creixement del 5.75 % respecte a l'any anterior.

Figura 3. Evolució de la despesa en medicaments vs. despesa sanitària total.

Gasto sanitario
Gasto medicamentos



La distribució territorial de la despesa, Son Dureta/Ponent i Son Llàtzer/Migjorn suposen el 67 % de la despesa total en medicaments. Excepte en el sector de Son Llàtzer/Migjorn, s'observen creixements per sota de la mitjana a tots els sectors de Mallorca a causa del trasllat de l'activitat al nou sector d'Inca/Tramuntana durant l'any 2007.

Figura 4. Distribució de la despesa per sectors i creixement anual.

2009
Anual

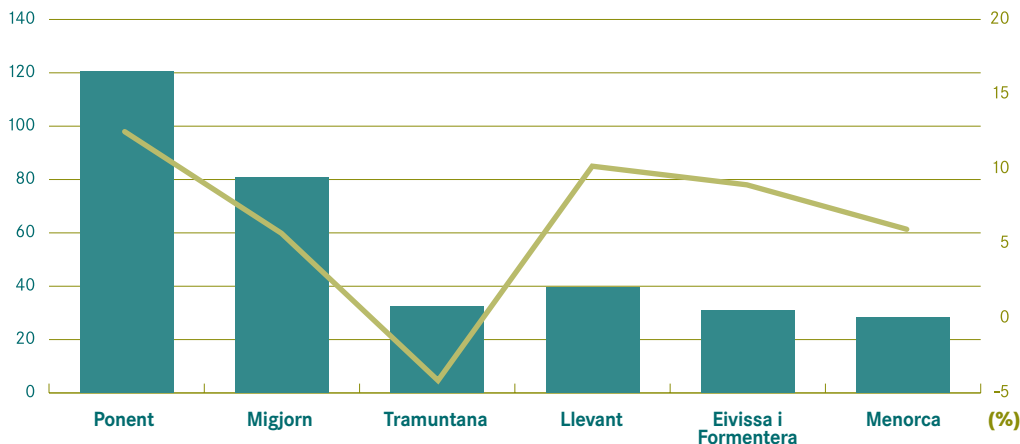
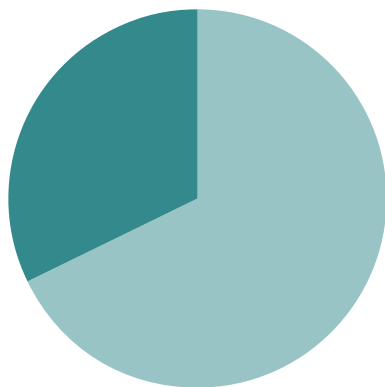


Figura 5. Despesa per canal de dispensació de l'any 2009.

Serveis de Farmàcia
Oficina de Farmàcia



D'altra banda, els medicaments dispensats a través de les oficines de farmàcia suposen el 68 % de la despesa total. Aquesta distribució ha variat en els darrers anys

El consum de medicaments dispensats a través dels serveis de farmàcia del Servei de Salut mostra un creixement important des de l'any 2005. El consum de medicaments dispensats a les oficines de farmàcia mostra creixements menors en el mateix període.

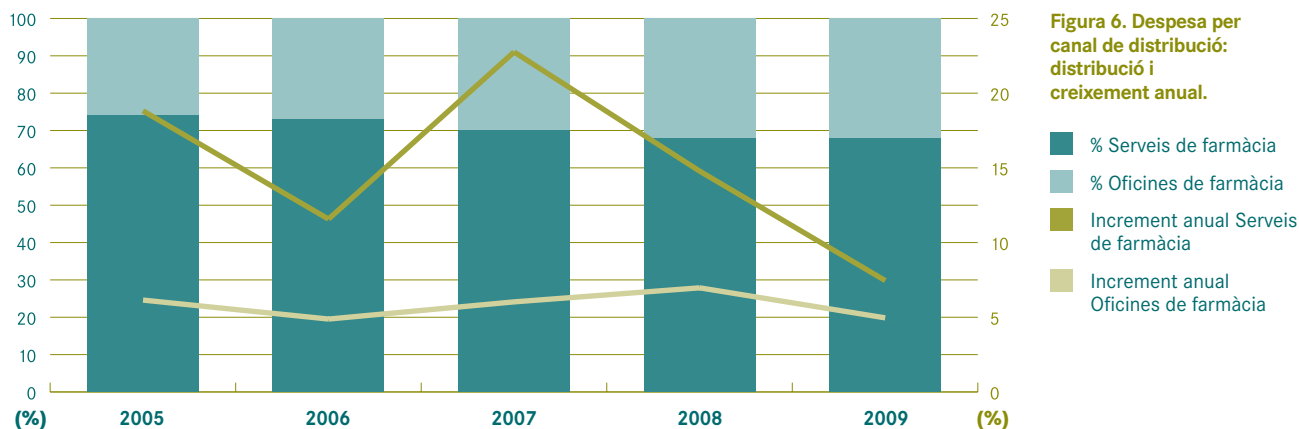


Figura 6. Despesa per canal de distribució: distribució i creixement anual.

Quant a la despesa de medicaments per àrea de producció dels serveis sanitaris, el 60 % correspon a les consultes d'atenció primària, el 9 % a les consultes d'atenció especialitzada, el 15 % a pacients externs, el 8 % a hospitals de dia i el 5 % a hospitalització.

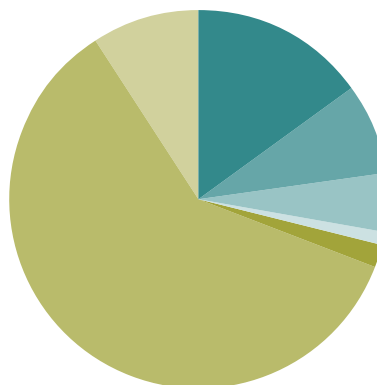


Figura 7. Despesa per àrea de producció: any 2007.

En el sector hospitalari, els serveis de medicina interna i d'oncohematologia suposen més del 50 % de la despesa total en medicaments de l'hospital. D'altra banda, el servei de reumatologia és el que ha experimentat un major creixement el darrer any (Δ 28 %).

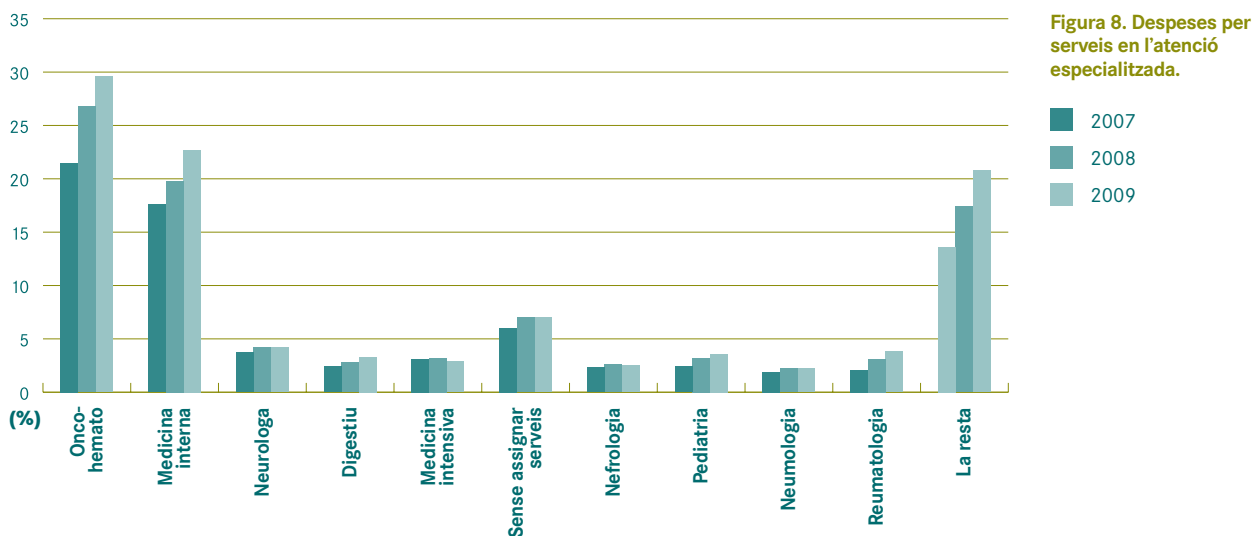
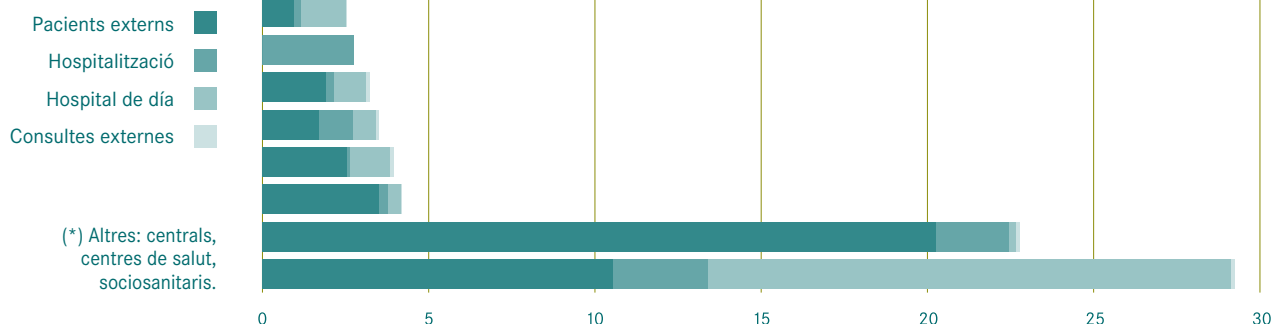


Figura 8. Despeses per serveis en l'atenció especialitzada.

Figura 9. Despesa per serveis distribuït per àrees de producció.



Finalment, a la Taula 26 es mostra la despesa de cada categoria de la classificació ATC, considerant tant les oficines de farmàcia com els hospitals.

Taula 26. Despesa per categoria

GRUP TERAPÈUTIC	2007		2008		2009	
N. SISTEMA NERVIÓS	57,77	21,9%	62,55	21,4%	65,39	20,9%
G. APARELL GENITOURINARI I HORMONES SEXUALS	44,91	17,0%	47,61	16,3%	49,84	15,9%
J. ANTIINFECCIOSOS D'ÚS SISTÈMIC	33,29	12,6%	38,05	13,0%	41,16	13,2%
L. ANTINEOPLÀSICS i IMMUNOMODULADORS	31,39	11,9%	36,29	12,4%	41,16	13,2%
A. APARELL DIGESTIU I METABOLISME	25,57	9,7%	28,34	9,7%	30,20	9,7%
V. VARIS	18,99	7,2%	20,45	7,0%	22,03	7,0%
B. SANG I ÒRGANS HEMATOPOÈTICS	15,96	6,0%	17,18	5,9%	17,24	5,5%
M. SISTEMA MUSCULOESQUÈLETIC	15,26	5,8%	18,21	6,2%	20,04	6,4%
D. DERMATOLÒGICS	7,96	3,0%	8,54	2,9%	9,15	2,9%
C. APARELL CARDIOVASCULAR	4,79	1,8%	5,98	2,0%	6,76	2,2%
S. ÒRGANS DELS SENTITS	4,20	1,6%	4,94	1,7%	5,33	1,7%
H. HORMONES SISTÈMIQUES, EXCL. HORMONES SEXUALS	2,24	0,8%	2,68	0,9%	3,12	1,0%
R. SISTEMA RESPIRATORI	1,48	0,6%	1,49	0,5%	1,39	0,4%
P. ANTIPARASITARIS, INSECTICIDES I REPEL·LENTS	0,01	0,0%	0,02	0,0%	0,02	0,0%
TOTAL	263,81		292,32		312,83	

6.2. Polítiques d'ús racional dels medicaments

Podem agrupar les polítiques desenvolupades en els àmbits de gestió de l'oferta, de la demanda, la gestió del procés assistencial i la gestió de la informació, a continuació descrivim els principals objectius estratègics en cada un dels àmbits.

En l'àmbit de la **gestió de l'oferta** es plantegen dos objectius estratègics:

- Definició de l'oferta farmacoterapèutica preferent del Servei de Salut (Guia farmacoterapèutica i protocols suprasectorials de medicaments d'alt cost).
- Millora de l'eficiència dels sistemes d'adquisició i distribució de medicaments mitjançant un sistema centralitzat de compres per a tots els dispositius assistencials de l'àrea (hospitals, centres de salut i xarxa sociosanitària pública).



En l'àmbit de la **gestió de la demanda** es plantegen cinc objectius estratègics:

- Assignació capítativa del pressupost de la prestació farmacèutica amb ajust segons la població atesa, tenint en compte l'edat i el règim d'afiliació (actiu o pensionista), el seguiment del pressupost i la identificació de les oportunitats de millora.
- Implantació d'un sistema de reconeixement econòmic que vinculi els professionals amb l'ús eficient dels medicaments (Pla d'incentius).
- Millora en la prescripció de medicaments establint indicadors i estàndards de qualitat de prescripció corporatius comuns a l'atenció primària i a l'atenció especialitzada.
- Desenvolupament i implantació del sistema d'informació sobre els medicaments en el context de la prescripció (prescripció electrònica assistida).
- Programa de formació i informació continuada dels professionals del Servei de Salut en farmacoteràpia (programa INFORMED).

En l'àmbit de la **gestió del procés assistencial** es plantegen tres objectius estratègics:

- Millora de l'accés dels pacients als medicaments desenvolupant un sistema de recepta electrònica (prescripció, visat, dispensació i facturació), implantant sistemes automatitzats de dispensació a l'àmbit hospitalari.
- Garantia de la continuïtat en el tractament farmacològic dels pacients mitjançant l'accés a recepta electrònica des de l'àmbit d'atenció especialitzada.
- Desenvolupament i implantació d'eines d'informació del tractament farmacològic individualitzades per al pacient com el full d'instruccions o les etiquetes informatives de posologia incorporades al sistema de recepta electrònica.
- Desenvolupament i integració de bases de medicaments externes (BOT, Stockley Alerts, Martindale) i d'elaboració pròpia (fitxes d'avaluació de medicaments i de fórmules magistrals) que ofereixen elements de suport a la decisió clínica.
- Elaboració d'un programa d'atenció al pacient polimedicat que recull el seguiment farmacoterapèutic del pacient amb participació de tots els professionals que intervenen en el procés assistencial relacionat amb el medicament (metges, infermers i farmacèutics).

En l'àmbit de la **gestió de la informació** es plantegen dos objectius estratègics:

- Manteniment i millora dels registres del catàleg corporatiu que inclou els medicaments que poden ser prescrits a l'àmbit hospitalari i ambulatori.
- Desenvolupament de noves funcionalitats del sistema d'informació de la prestació farmacèutica a través de les receptes.
- Desenvolupament i implantació d'un sistema d'informació per als metges d'AP que ofereix els resultats individualitzats i comparats de la seva prescripció.
- Manteniment evolutiu del sistema d'informació de la prestació a través de l'àmbit hospitalari.

6.3. Mesures de contenció de la despesa

Al llarg de 2009 s'han desenvolupat diversos programes amb l'objectiu de racionalitzar i contenir la despesa, que es concreten en les accions següents:

- Compra corporativa de medicaments.
- Aplicació de protocols suprasectorials per a l'ús de medicaments d'alt cost.
- Pla d'incentius en l'atenció primària centrat en el compliment pressupostari, en els objectius assistencials i en els objectius de qualitat de prescripció pactats.
- Extensió del programa d'atenció farmacèutica a l'alta i en consultes a tots els hospitals, amb dispensació dels tractaments finits en urgències i alta hospitalària (=conciliació de la medicació a l'alta hospitalària, d'acord amb els objectius de qualitat de prescripció).
- Promoure la prescripció per principi actiu a l'àmbit ambulatori i dispensació del medicament de menor preu.

6.4. Sistemes d'informació de la prestació farmacèutica en tots els nivells assistencials

6.4.1. CATÀLEG DE MEDICAMENTS

El catàleg unificat de medicaments del Servei de Salut s'utilitza en totes les aplicacions corporatives, tant les logístiques (ERP economicofinancer i sistemes automatitzats de dispensació) com les assistencials (història de salut). Conté tots els medicaments que poden ser prescrits pels metges del Servei de Salut, als quals se'ls associen atributs administratius i atributs clínics, d'elaboració pròpia, tals com posologia habitual (dosi de prescripció/unitat d'administració), dosi màxima, durada recomanada, advertències per a la prescripció (metge), consells d'administració (pacient), instruccions d'administració (infermeria).

6.4.2. PRESTACIÓ A TRAVÉS DE RECEPTEA

El sistema d'informació de la prestació farmacèutica ofereix tota la informació relacionada amb la prescripció mitjançant recepta impresa o electrònica. És un sistema d'informació descentralitzat al qual tenen accés les gerències, el coordinador dels centres de salut i el personal farmacèutic.

Està compost per diferents mòduls que fan referència a:

- Catàleg corporatiu de medicaments.
- Conciliació de la factura, mòdul que valida la factura farmacèutica presentada pel Col·legi Oficial de Farmacèutics i genera els processos de devolució de receptes. Aquest mòdul incorpora totes les receptes digitalitzades.
- Informació de gestió que ofereix informació a demanda desagregada:
 - Nivell assistencial (comunitat, àrea, zona de salut/hospital, metge).
 - Medicament (grup o subgrup terapèutic, principi actiu, medicament).

- Característiques de la població destinatària: grup d'edat, sexe i règim.
- Unitats: envasos –receptes; import –despesa, DDD – DHD, nombre de pacients.

Dins aquest mòdul es calcula:

- El pressupost de farmàcia capitatiu i ajustat per edat i règim de la població atesa. Actualització mensual per centre de salut.
- Pla d'incentius.
- Indicadors de prescripció.

6.4.3. INFORMACIÓ INDIVIDUALITZADA AL METGE D'AP

Sistema d'informació que ofereix als metges d'atenció primària (AP) informació sobre la seva prescripció en dos aspectes:

Indicadors de qualitat de la prescripció. Es presenten de forma gràfica i numèrica i s'associa una fitxa que justifica amb evidència científica el motiu i la importància de l'indicador.

Informació a demanda de consum (envasos i despesa) de la prescripció individual.

6.4.4. PRESTACIÓ A TRAVÉS DELS SERVEIS DE FARMÀCIA DEL SERVEI DE SALUT: ATENCIÓ PRIMÀRIA, SOCIOSANITARIS I HOSPITALS.

Sistema d'informació que permet l'explotació de les dades de consum de medicaments, desagregats per nivell assistencial (centres d'atenció primària, centres sociosanitaris, hospitals), per servei clínic, per àrea de producció i per qualsevol dels camps del medicament.

Aquest sistema d'informació pot ser consultat des de tots els hospitals i centres sociosanitaris.

6.4.5. IMPLEMENTACIÓ D'UN SISTEMA D'INFORMACIÓ (DATAWAREHOUSE) QUE INTEGRI LES DADES DE PRESTACIÓ FARMACÈUTICA AMB DADES DE TIPUS CLÍNIC.

Incorporació del recurs del medicament al DataWareHouse corporatiu FIC, que recull la definició, el disseny i el desenvolupament d'una eina que integra les dades de prescripció i de dispensació de medicaments a l'àmbit d'AP i AE i que en un futur permetrà realitzar consultes que combinen la informació de tipus clínic amb la d'ús de medicament i la construcció d'indicadores i informes avançats.

Aquest conjunt d'accions permet una gestió del medicament que facilita als professionals realitzar una prescripció de medicaments de qualitat i eficient al conjunt de la població de les Illes Balears.

7. Pressupost servei de salut

En la Taula 27 es presenta l'evolució del pressupost assignat per la CAIB al Servei de Salut en els darrers anys i la seva estructura.

Taula 27. Pressupost del Servei de Salut

	2003	2004	2005	2006	2007	2008
1 Despeses de personal	279.910.585	285.430.681	346.880.546	367.193.334	393.479.481	427.011.908
2 Despeses corrents de béns i serveis	230.051.762	239.449.244	340.256.278	358.292.055	412.277.591	466.265.733
3 Despeses financeres	0	0	1.500.000	1.800.000	2.609.021	5.661.201
4 Transferències corrents	120.601.535	120.190.646	193.457.108	208.984.459	208.437.820	219.510.987
6 Inversions reals	21.381.823	25.664.005	63.788.048	67.417.570	42.173.690	47.706.451
7 Transferències de capital	3.624.102	175.487	3.566.218	1.000.000	1.200.000	3.736.000
8 Variació d'actius financers	167.023	0	0	0	0	0
9 Variació de passius financers	0	0	0	0	0	0
	655.736.833	670.910.065	949.448.200	1.004.687.418	1.060.177.603	1.169.892.280

Aquest pressupost permet la realització de les activitats referides en aquest capítol, però el seu volum i nivell de creixement obliguen en la nostra comunitat autònoma, a les altres comunitats de l'Estat i als països del nostre entorn a l'adopció de mesures que, permetent una prestació de serveis de qualitat, promoguin l'eficiència en la utilització dels recursos. Les principals mesures en aplicació en aquest sentit al Servei de Salut de les Illes Balears són:

- Criteris racionals en la gestió de compres.
- Polítiques que assegurin la qualitat i l'ús racional dels medicaments.
- Mecanismes que promoguin la demanda responsable de serveis i estimulin estils de vida saludable.
- Accés dels professionals a la millor evidència científica disponible.
- Mecanismes d'incentivació que impulsin els professionals cap a la millora contínua de la qualitat i l'eficiència dels serveis.
- Reforç de les recomanacions de les agències d'avaluació de tecnologies sanitàries.
- Augment de recursos i capacitat de resolució en atenció primària.
- Millora dels sistemes d'informació.
- Impuls de la continuïtat assistencial i coordinació entre nivells.

A través d'aquestes mesures s'avança cap a un sistema sanitari cada vegada de major qualitat, orientació a les necessitats en salut dels ciutadans i sostenible, en definitiva, a un sistema que respongui de forma àgil i adequada els reptes i les necessitats de la societat actual de cada moment.

Serveis sanitaris: Planificació estratègica

1. PLA ESTRATÈGIC DEL GOVERN DE LES ILLES BALEARS

2. PLANS, ESTRATÈGIES I PROGRAMES DE LA CONSELLERIA DE SALUT I CONSUM

3. DETERMINANTS DE SALUT

- 3.1. Plans i estratègies
- 3.2. Programes

4. RESULTATS EN SALUT

- 4.1. Plans i estratègies
- 4.2. Programes

En el capítol es recull un breu resum de com es defineixen, estructuren i organitzen les actuacions en matèria de salut, fent una projecció sobre el futur de les decisions actuals. Són documents estructurats, elaborats amb els principis metodològics de la planificació estratègica i amb vigència durant el període d'aquest diagnòstic de salut. Fixen uns objectius mesurables, amb una concreció en el temps per aconseguir-los, permetent així tancar el cercle de la millora de la salut de la població i incorporant elements de racionalitat i eficiència.

En salut pública, i d'acord amb les tendències dels països europeus, s'està propiciant una profunda reforma molt innovadora, basada en gestió per determinants de salut, com es el cas de l'Estratègia d'Alimentació Saludable i Vida Activa, la Seguretat Alimentària o la Salut Ambiental. Aquest procés que s'ha iniciat conviu de moment amb altres plans i programes de llarg recorregut que aborden aspectes com les deteccions neonatals de metabolopaties, de les hipoacúsies, la detecció precoç de càncer de mama i les vacunacions o amb altres que responen a noves necessitats en salut, detectades fa dues dècades, com el tabaquisme, el VIH-sida, les drogodependències i addiccions.

També s'inclouen en el capítol aquells plans i programes implantats a l'atenció primària de la nostra comunitat. La vocació comunitària del primer nivell assistencial és un terreny propici per dur a terme aquestes iniciatives, algunes d'aquestes en col·laboració molt estreta amb la salut pública. Alguns d'aquets plans tenen també una trajectòria que acompanya l'atenció primària pràcticament des dels seus inicis i d'altres que s'han anat incorporant els darrers anys responent a necessitats i demandes detectades.

El procés de transferències de competències en matèria de salut, assolit l'any 2002 a les Illes Balears, ha propiciat l'aparició de treballs de planificació estratègica sanitària, tant a nivell del Servei de Salut com de la pròpia Conselleria o del Govern de les Illes Balears. Incloem també una menció a treballs que en aquest moment s'estan duent a terme i que en properes dates veuran la llum completant el panorama de la planificació sanitària a les Illes Balears.

Queden fora del capítol tot una sèrie de guies clíniques, processos clínics, protocols d'actuació, etc., que sent una forma planificada d'actuar a l'àmbit sanitari entenem que no són objecte del present document, tot i la importància que tenen per oferir uns serveis assistencials de qualitat, basats en l'evidència científica i amb l'objectiu de reduir la variabilitat injustificada de la pràctica clínica.

1. Pla estratègic del govern de les Illes Balears

1.1. II Pla de qualitat del govern de les Illes Balears. 2007

Posada en marxa: desembre 2007.

Objectius: es planteja com a instrument per determinar, desenvolupar i avaluar les línies estratègiques i les accions que permetin difondre els valors i els principis de la qualitat pública, incrementar la satisfacció de la ciutadania i contribuir a una major qualitat de vida. El Pla conté un conjunt de 9 línies estratègiques que permetin visualitzar els grans reptes per millorar la gestió del Govern i els seus serveis públics i que s'articulen en objectius concrets. Aquestes línies són:

- Sensibilitzar l'organització sobre la necessitat de millorar els serveis que es presten.
- Escoltar sistemàticament la veu de la ciutadania i incorporar-la en el desenvolupament dels plans de gestió, i millorar els sistemes d'informació i atenció.
- Conèixer el grau de maduresa organitzativa dels elements que componen el macrosistema públic i impulsar-ne la millora.
- Reconèixer els qui fan millor la seva feina.
- Establir i publicar compromisos de servei amb la ciutadania.
- Desenvolupar aliances estratègiques i fomentar la qualitat pública en tot el territori de les Illes Balears.
- Impulsar la formació i la gestió del coneixement per a la millora i el canvi.
- Participar en els programes i projectes d'administració electrònica.
- Institucionalitzar la qualitat i promoure la participació.

2. Plans, estratègies i programes de la Conselleria de Salut i Consum

2.1. Programa d'excel·lència de la sanitat de les Illes Balears

Posada en marxa: any 2006.

Objectius: el programa s'articula al voltant de dos objectius principals, d'una banda identificar les actuacions i l'esforç que sota l'epígraf "qualitat en salut" s'estaven duent a terme a l'escenari de la Comunitat Autònoma i per l'altre la millora de la qualitat de l'assistència sanitària, entesa, aquesta última, com el conjunt de l'aplicació de les possibilitats i la impli-

cació dels professionals. En aquest últim sentit, el Programa d'excel·lència es marca com a prioritàries aquelles intervencions, que tinguin repercussió sobre els ciutadans i potencials usuaris dels sistemes sanitaris públics, sobre els professionals i sobre l'acreditació de serveis i la pràctica clínica. A més, el Programa va finançar específicament un total de 30 projectes que anaren des de l'elaboració de cartes de serveis, de compromisos i mapes de processos fins a la certificació de serveis.

El Programa ha tengut continuïtat i a l'any 2008 es defineixen 4 eixos d'actuació: qualitat de gestió, qualitat i seguretat assistencial, transparència i compromís, i gestió del coneixement. S'han desenvolupat 14 projectes.

L'any 2009 s'incorporà un nou eix, el d'avaluació i acreditació sanitària, i s'han desenvolupat 20 projectes.

2.2. Pla estratègic de salut pública

Posada en marxa: any 2009.

Objectius: la DGSPiP ha començat un profund procés de reforma de la salut pública. Es tracta d'un model innovador basat en 11 determinants de salut que té com a objectius millorar l'eficàcia i l'eficiència de les accions o dels programes de salut pública i reforçar la tendència cap a la intersectorialitat (salut en totes les polítiques). Per convertir l'estratègia en objectius està previst fer servir la metodologia del quadre de comandament integral (Balance Score Card). A nivell operatiu, la gestió per a cada un dels determinants es materialitza en un triple eix que recull l'avaluació de riscos (físics, químics, biològics, de relació i percepció), accions per controlar-los (de vigilància, promoció, prevenció, protecció, comunicació, coordinació, predicció —avaluació d'impacte en salut— i avaluació) i els resultats en salut. La utilització d'eines per a la georeferenciació dels riscos i els resultats en salut i la monitorització de les accions i la comunicació amb els principals actors mitjançant plataformes web 2.0 són un dels eixos principals d'aquesta reforma.

Per a més informació: <http://www.lasalutentot.org/>

2.3. Pla estratègic del servei de salut

2.3.1. PLA ESTRATÈGIC IB-SALUT 2008-2011

Posada en marxa: desembre de 2008.

Objectius: posar a l'abast de tota l'organització de l'Ib-salut les línies estratègiques que marcaran les actuacions prioritàries en els propers anys. S'ha fet servir la metodologia del *Balance Score Card (BSC)* que ha permès agrupar les 25 línies estratègiques en quatre grans àrees perspectives d'interès: la dels clients, la dels processos interns, la d'aprenentatge i de coneixement i finalment la de sostenibilitat i eficiència. Més de 100 accions concretes s'identifiquen en aquest marc estratègic que té com a objectiu final la consolidació de l'Ib-salut, la innovació en la manera de gestionar els diversos serveis i, sobretot, la millora de la prestació que es dona als ciutadans.

Aquest Pla té una traducció operativa a cada una de les gerències (d'àrees, d'hospitals i d'atenció primària i 061) que disposen o estan elaborant el mapa estratègic propi on es parametritzen les accions a desenvolupar a cada una de les línies estratègiques.

Per a més informació: <http://www.ibsalut.es/webibsalut/>

2.3.2. PLA ESTRATÈGIC DE SISTEMES D'INFORMACIÓ 2004-2007

Posada en marxa: 2004.

Objectius: situar tota l'organització del Servei de Salut en la societat de la informació mitjançant l'ús de les noves tecnologies de la informació i comunicació aplicades a la sanitat balear. Per aconseguir-ho planteja 8 grans àrees d'actuació: millorar la qualitat de l'assistència clínica i administrativa dels pacients, millorar la pràctica assistencial per part dels professionals, millorar l'accessibilitat dels ciutadans als serveis garantint la continuïtat assistencial, garantir la integració amb els sistemes d'informació del SNS i amb altres xarxes de salut, donar garanties de seguretat i confidencialitat de la informació, millorar la productivitat dels recursos disponibles, assegurar una gestió transparent i eficient dels recursos i millorar la sostenibilitat del sistema sanitari públic. El pla d'actuació es planteja en 12 projectes categoritzats pel seu nivell de prioritització i que recull entre altres: la història de salut, l'ESIAP, un sistema integral i corporatiu per a la gestió econòmicofinancera, un sistema integral i corporatiu per a la gestió de RRHH o el sistema d'informació de farmàcia.

2.3.3. PLA ESTRATÈGIC DE GESMA. BEN ATÈS. JUNY 2008-2011

Posada en marxa: juny 2008.

Objectius: conduir l'activitat sociosanitària en els seus vessants integrats, tant física, com mental i social de l'empresa pública GESMA, amb una fita prioritària com és la millora de la qualitat de vida i l'autonomia de les persones ateses a la institució. Integra en el procés de planificació la visió de futur amb l'objecte d'adaptar-se més ràpidament als reptes de sostenibilitat, qualitat i equitat del sistema sanitari. Es representa el desenvolupament del Pla en un mapa estratègic segons la metodologia del *Balance Score Card (BSC)* que ha permès establir 4 grans àrees: sostenibilitat i eficiència, clients, processos interns i aprenentatge i coneixement. Aquestes àrees contenen 9 línies estratègiques que es tradueixen en 100 objectius estratègics que assenyalen el camí vers l'excel·lència.

Per a més informació: <http://www.gesma.org/archivos/PE/Plan%20Estrategic%20Gesma.pdf>

2.3.4. PROCÉS D'ATENCIÓ D'INFERMERIA. ADOPCIÓ DEL MODEL CONCEPTUAL DE VIRGINA HENDERSON

Posada en marxa : any 2006

Objectius: Proporcionar una eina al personal d'infermeria perquè desenvolupi la seva activitat professional d'una manera metòdica des d'un marc conceptual determinat i facilitar la utilització d'un llenguatge comú.

El grup d'infermers referents del projecte de gestió de cures per a la informatització on participa la infermera referent del grup funcional han anat treballant en la millora de l'eina informàtica i aportant les modificacions a desenvolupar en la valoració d'infermeria.

Els centres de salut han desenvolupat sessions formatives sobre el procés d'atenció d'infermeria amb l'adopció del model conceptual Virginia Henderson.

2.4. Pla estratègic d'investigació en salut 2010-2013

Posada en marxa: 2010.

Objectius: establir les bases per impulsar la investigació translacional a l'àmbit de la salut com a font principal de coneixement i innovació i, d'altra banda, posar en marxa els instruments que facilitin que es transformi en una investigació d'excel·lència, perquè repercuteixi en la millora del benestar social i econòmic de les Illes Balears. Aquest Pla s'emmarca en les línies principals del Pla de ciència, tecnologia i innovació 2009-2012.

El Pla s'estructura en 7 eixos estratègics: governança, estructures d'investigació, gestió de la R+D i qualitat, innovació, gestió del talent, finançament i participació ciutadana. Els eixos es desenvolupen en línies estratègiques i plans d'acció.

Per més informació: <http://www.caib.es/govern/archivo.do?id=551149>

3. Determinants de salut

3.1. Plans i estratègies

3.1.1. ALIMENTACIÓ SALUDABLE I VIDA ACTIVA

Posada en marxa: any 2009.

Objectius: proveir un marc d'acció en el qual els actors implicats, decisors polítics, grups d'interès, etc. puguin treballar conjuntament per afavorir i construir un entorn social i físic que promogui com a opció més fàcil als residents de les Illes Balears una alimentació saludable i una vida activa per tal de:

- Disminuir l'augment de prevalença de l'obesitat de la població adulta i infantil.
- Contribuir a la disminució de les malalties cròniques associades a l'obesitat.
- Millorar la qualitat de vida i el benestar dels residents i visitants de les Illes Balears.

L'estratègia, basada en el model de determinants de la salut de Whitehead i Dahlgren té dues fites importants: la llibertat individual, és a dir, informar, donar habilitats i educar el ciutadà per garantir la llibertat d'elecció i afavorir canvis de comportament i per una altra banda, la responsabilitat social, és a dir, intervenir sobre l'entorn, l'accessibilitat i la qualitat de l'oferta que afavoreixen aquests canvis. Per aconseguir-ho identifica i avalua els riscos associats a una alimentació inadequada i a una falta d'activitat física en aquelles àrees que determinen la salut de la població més enllà de l'estil de vida individual: les xarxes socials i comunitàries, les condicions de vida i treball: educació, transport, medi laboral, agricultura o condicions socioeconòmiques, culturals i polítiques i avalua l'impacte en salut de les polítiques, dels programes i de les accions d'aquestes àrees (avaluació d'impacte en salut). Els objectius estratègics per a cada una d'aquestes àrees plantegen una sèrie de programes d'actuació emmarcades en quatre entorns: entorn comunitari, entorn educatiu, entorn sanitari i entorn laboral i empresarial.

3.1.2. TABAC

Posada en marxa: any 2003.

El Pla sobre tabaquisme de les Illes Balears fou aprovat pel Consell de Govern el 10 de gener del 2003 i s'hi emmarcaven els objectius a aconseguir en el període 2003-2007. Amb aquest Pla es pretenia dissenyar una estratègia global, continuada en el temps i responsable socialment i econòmicament, pel que es considerava fonamental la coordinació

entre els diferents actors intervinents: Govern, institucions públiques i privades, entitats socials, organismes i societats professionals. Així com la població en el seu conjunt.

El Pla sobre el tabaquisme a les Illes Balears 2003-2007 pretén aconseguir els objectius següents:

- Disminuir la prevalença del tabaquisme entre la població balear.
- Garantir que totes les institucions públiques de la CAIB adquireixin el compromís d'ajuda ferma a vèncer l'hàbit tabàquic, a prevenir el seu inici i a promoure hàbits de vida saludable.
- Assegurar el funcionament d'una estructura organitzativa per a la prevenció i l'ajuda de l'hàbit, així com de la monitorització i avaluació de les activitats posades en marxa.
- Garantir l'atenció sanitària i social de tots els fumadors.
- Reforçar, consolidar i estimular totes les iniciatives socials i professionals que promoguin la deshabituació del tabac o la promoció i conscienciació social d'estils de vida sense tabac.
- Aquest Pla aborda de forma preferent determinats grups de població en els quals el tabac es més important o té una rellevància especial.
- Joves: són objectiu prioritari de la indústria tabaquera i són el col·lectiu en el qual l'increment del tabaquisme ha estat més important en els darrers anys.
- Dones: grup de població que s'ha anat incorporant a l'hàbit tabàquic, especialment les més joves.
- Sanitaris: col·lectiu que per les seves característiques modèliques ha de disminuir l'hàbit tabàquic.
- Docents: col·lectiu que per les seves característiques modèliques, especialment en joves, ha de disminuir l'hàbit tabàquic.

Les línies estratègiques que prioritza el pla són:

1. Organització: per aconseguir la major efectivitat possible del pla és necessari un equip i una mínima infraestructura que s'hi dediqui.
2. Seguiment: instaurar un sistema d'indicadors que permetin la monitorització i l'avaluació contínua dels diferents programes posats en marxa.
3. Desenvolupament normatiu: difusió de la normativa vigent i control del seu compliment i ampliació de la normativa existent.
4. Potenciar els hàbits saludables, tant per a la població general, joves, com per als grups de referència (sanitaris, educadors).

Les actuacions específiques del Pla s'estructuren en 4 programes:

1. Programa de deshabituació de sanitaris.
2. Programa per a la captació i deshabituació de fumadors per a la població general.
3. Programa per allunyar l'hàbit tabàquic dels joves.
4. Programa d'espais sense fum.

El 2008 es va dur a terme l'avaluació del pla. Al llarg del període de vigència d'aquest s'han desenvolupat normatives específiques de gran transcendència, com són a nivell autonòmic la Llei 4/2005, de 29 d'abril, sobre drogodependències i altres addiccions de les Illes Balears i a nivell estatal, la Llei 28/2005, de 26 de desembre, de mesures sanitàries enfront del tabaquisme i reguladora de la venda, el subministrament, el consum i la publicitat dels productes del tabac. El desenvolupament d'aquesta normativa, i les accions que s'inclouen en el propi Pla, respon a la preocupació de sectors cada vegada més amplis de la nostra societat sobre els efectes del tabaquisme sobre la salut.

En aquest moment s'està treballant en l'elaboració d'un nou pla sobre tabaquisme que marcarà les línies estratègiques en la nostra comunitat per als propers anys.

El 2005 es va posar una Guia de deshabituació tabàquica per a professionals de la salut i activitats formatives dirigides a professionals sanitaris: tallers bàsics sobre intervenció en tabaquisme, intervenció avançada en tabaquisme, activitats de prevenció i promoció de la salut i activitats assistencials: intervenció mínima i intervenció breu a totes les persones fumadores o intervencions avançades a nivell individual realitzades per professionals sanitaris que han estat formats als tallers específics o teràpies grupals.

3.1.3. DROGUES I ADDICCIONS

Posada en marxa: 2007.

El Pla d'actuació en drogodependències i addiccions de les Illes Balears 2007-2011 sorgeix com a desenvolupament de la Llei 4/2005, de 29 d'abril, de drogodependències i altres addiccions de les Illes Balears i es basa en l'Estratègia nacional sobre drogues 2000-2008, el Pla d'Acció 2005-2008 i l'Estratègia europea en matèria de lluita contra les drogues 2005-2012.

Objectius: aconseguir un compromís institucional per millorar la salut i la qualitat de vida de la societat de les Illes Balears i la seva protecció enfront dels riscos que comporta l'ús i l'abús de les drogues.

- Prevenir, evitar o reduir al màxim el consum de qualsevol tipus de droga i la seva repercussió en els diferents àmbits d'acció (individual, familiar, comunitari, laboral, escolar, penitenciari).
- Evitar o retardar l'edat d'inici del consum de qualsevol tipus de droga, legal o il·legal.
- Afavorir el desenvolupament de pautes per als qui vulguin deixar la drogodependència o l'addicció.
- Vetllar pels drets de qui no desitgen consumir.
- Augmentar la percepció del risc i de les conseqüències associades al consum de drogues.
- Disminuir la mortalitat, morbiditat i les urgències associades al consum de drogues.
- Consolidar, millorar i afermar els programes assistencials de reducció de danys entre la població drogodependent.
- Incorporar programes de multiculturalitat, defensa dels drets del menor, perspectiva de gènere, discapacitat, tercera edat, etc. En tots els nivells d'atenció a les drogodependències i addiccions.

- Millorar la cobertura assistencial i social cap a les persones drogodependents i cap a les seves famílies.
- Potenciar la inserció sociolaboral de les persones drogodependents.
- Reduir els factors d'automarginació i exclusió social de la població drogodependent.
- Promocionar la cultura de la salut.
- Col·laborar amb els responsables que treballen en el control de l'oferta de drogues.

Aquest Pla s'estructura en sis àrees estratègiques:

1. **Prevenició:** com a procés actiu d'implementació d'iniciatives tendents a modificar i millorar la formació integral i la qualitat de vida dels individus, fomenten l'autocontrol individual i la resistència col·lectiva enfront de l'oferta de drogues. Pretén potenciar la coresponsabilitat social que complementi les actuacions de les administracions públiques.
2. **Assistència:** pretén ordenar, coordinar, potenciar i optimitzar tots els recursos existents en la xarxa de drogodependències i addiccions de les Illes Balears i coordinar-los amb altres serveis sanitaris i socials de la CAIB per fer més efectiva l'actuació sobre la població drogodependent.
3. **Inserció social:** pretén evitar l'estigmatització social del drogodependent i afavorir la seva incorporació a la societat augmentant el seu grau d'autonomia personal i la participació social en el seu entorn. Per això és necessari una intervenció integral i coordinada entre els sectors públics, privats i la comunitat en el seu conjunt. Es potenciarà l'ús dels recursos normalitzats disponibles en la comunitat, sempre que sigui possible, i es desenvoluparan actuacions específiques quan sigui necessari.
4. **Cooperació, coordinació i participació social:** pretén impulsar l'ordenació, la participació, la col·laboració i la coordinació de les diferents administracions, institucions, associacions, entitats públiques i privades que desenvolupen la seva labor en el camp de les drogodependències i addiccions. Es vol potenciar la transversalitat per unir esforços entre tots els sectors implicats en aquest pla d'acció.
5. **Reducció de l'oferta:** pretén reduir l'accessibilitat a les drogues en tots els àmbits, potenciar i desenvolupar accions preventives i educacionals tendents a la reducció del consum i dels danys produïts per les drogues, així com vetllar i constatar el compliment efectiu de la normativa vigent en matèria de drogues i substàncies addictives a les Illes Balears.
6. **Sistemes d'informació i avaluació:** es planteja la importància de desenvolupar l'Observatori balear de drogodependència i altres addiccions que se encarregui de la recollida d'informació sobre drogues i addiccions en la nostra comunitat, es tracta, així, de disposar d'un instrument eficaç en la presa de decisions per a una adequada planificació i posada en marxa d'actuacions en la matèria. Aquest Pla incorpora la necessitat de la seva avaluació per conèixer i avaluar la seva validesa, la utilitat i l'impacte real.

En cadascuna d'aquestes àrees es desenvolupen les diferents estratègies, accions, col·lectius o ambients d'intervenció per aconseguir els objectius prevists.

De forma general es poden classificar en:



- Estratègies puntuals, permanents i dinàmiques.
- Espais d'intervenció individual, familiar i de l'educació laboral.
- Recreatiu, comunitari, normatiu i mediàtic.
- Col·lectius de joves, d'associacions de pares i mares, de consumidors amb ús problemàtic, de persones en situació d'exclusió social, d'immigrants, de discapacitats i col·lectius de risc.
- Accions universals, selectives i indicades.

3.1.4. VIH I SIDA

La sida és una malaltia vírica, transmissible i que no té cura, condicionada essencialment per la conducta humana, i són les pràctiques de risc les que afavoreixen l'expansió del virus. Té un impacte i unes conseqüències de tipus social, sanitari i econòmiques que obliguen a mobilitzar tots els recursos disponibles en els diferents estaments de la nostra societat, implicats directament o indirectament en l'abordatge d'aquest problema.

Posada en marxa: any 2006.

Objectius:

- Prevenir l'aparició de noves infeccions pel VIH.
- Reduir l'impacte negatiu personal i social de l'epidèmia i millorar la qualitat de vida de les persones afectades pel VIH/sida.

L'Estratègia de VIH/sida a les Illes Balears compta amb uns elements claus per donar resposta a les necessitats actuals de la infecció per VIH (virus de la immunodeficiència humana) que són:

- La perspectiva de gènere.
- La perspectiva multicultural.
- La detecció precoç de la infecció per VIH.
- El sistema d'informació sobre nous diagnòstics d'infecció per VIH.
- La prevenció de la transmissió sexual del VIH.
- Els programes educatius integrals als centres escolars.
- L'atenció integral: coordinació entre atenció primària, atenció especialitzada i recursos socials.

Per a la consecució dels objectius generals, s'han fitxat una sèrie d'estratègies en les àrees d'intervenció següents:

- Informació i vigilància epidemiològica:
 - Mantenir un sistema de vigilància epidemiològica que permeti quantificar la magnitud de la infecció i la seva evolució.

- Disposar d'informació sobre els factors de risc en la transmissió de la malaltia, en els diferents grups de població.
- Prevenció.
 - Normalitzar socialment la malaltia.
 - Fomentar la detecció precoç de la infecció per VIH.
 - Disminuir les pràctiques de risc i augmentar l'ús de les mesures preventives mitjançant el desenvolupament de programes i d'activitats de prevenció en les poblacions d'interès (població general, població procedent d'altres països, dones, adolescents i joves, persones usuàries de drogues per via parenteral, homes que fan sexe amb homes, persones que exerceixen la prostitució, població interna en centres penitenciaris i personal sanitari).
- Atenció sanitària i social.
 - Garantir l'atenció integral de les persones VIH positives.
 - Millorar la qualitat de vida de les persones afectades.
- Formació i investigació.
 - Fomentar la formació i l'actualització del personal implicat.
 - Potenciar la investigació en VIH/sida.
- Coordinació i participació.
 - Millorar la coordinació entre els diferents departaments, entitats i institucions implicades en disminuir l'impacte i la progressió de la infecció per VIH/sida.

La coordinació i la participació s'articula mitjançant tres comissions:

1. La Comissió Interdepartamental de la sida a les Illes Balears, òrgan assessor en matèria d'estratègia del VIH/sida, creat per formular el Pla operatiu conjunt, l'aprovació i l'avaluació, en relació amb el compliment dels objectius de l'Estratègia de la sida.
2. El Comitè Tècnic Assessor de la Sida a les Illes Balears és l'òrgan assessor de la Comissió Interdepartamental, que assumeix les funcions d'assessorament i orientació tècnica i científica.
3. La Comissió de Coordinació i Participació de la Sida a les Illes Balears, òrgan superior de participació comunitària i de consulta en matèria del VIH/sida del sistema sanitari públic de les Illes Balears.

El Pla operatiu bianual permet una planificació més adaptada a la realitat, tant en les necessitats com en els recursos existents i una major concreció en els objectius que facilita el seguiment i l'avaluació d'aquests. En el disseny del Pla, així com per al desenvolupament de les activitats, es compta amb la col·laboració dels organismes i les institucions relacionades amb el VIH/sida de les diferents Illes.

En el Pla operatiu bianual es defineixen els objectius operatius en les diferents àrees d'intervenció establertes per l'Estratègia, a cada objectiu se l'indica les activitats a desenvolupar, els indicadors d'avaluació i els organismes o les institucions implicades, també compta amb la seva corresponent memòria.

Per a més informació: <http://portalsalut.caib.es/psalutfront/info?id=20162>

3.1.5. SEGURETAT ALIMENTÀRIA I SALUT AMBIENTAL

L'Organització Mundial de la Salut, i per extensió la Unió Europea i multitud dels seus països membres, han adoptat una nova estratègia de gestió de la salut pública mitjançant la gestió dels determinants. Aquest model també l'ha incorporat aquesta Direcció General i consisteix amb la gestió de les causes de les malalties i els factors que es predisposen (les causes de les causes).

D'aquesta manera, el 2009, s'ha fet necessari fer una reenginyeria i priorització dels processos que es varen definir el 2008 per poder encaixar-los amb aquesta nova estratègia de gestió de la salut pública.

La gestió dels determinants comprèn la identificació, per a cada un d'aquests, dels perills causants de malaltia, la fixació d'accions sobre aquests perills i la monitorització de les malalties per comprovar com són d'eficaces aquestes accions, tot tenint en compte els condicionants que es poden donar a cada tipus d'entorn per a cada sector poblacional.

En conjunt, aquest és un procés que es retroalimenta, ja que el coneixement de l'evolució de l'estat de les malalties a la població farà que canviï la priorització dels riscos que les provoquen i en conseqüència les mesures a adoptar enfront d'aquests riscos.

Entre d'altres, aquestes accions comprenen els processos de vigilar, promoure, protegir, comunicar, avaluar i predir (avaluació de l'impacte es salut, AIS).

Per assolir aquestes fites, a la fase inicial del desenvolupament de l'Estratègia hem identificat els riscos de transmissió alimentària i ambiental, és a dir, els que es donen a l'àmbit del determinant de seguretat alimentària i nutrició i a l'àmbit determinant de salut ambiental.

Per a cada un d'aquests hem identificat les accions que actualment duim a terme, ja sigui de forma transversal (actuacions generals) com vertical (actuacions específiques).

A la vegada hem relacionat cada risc amb la malaltia de transmissió alimentària o ambiental que provoca i hem recollit el seu corresponent codi, d'acord a la Classificació Internacional de Malalties (eCIE9MC).

A la segona fase hem identificat els sistemes d'informació que ens podrien proporcionar les dades relatives a l'evolució de l'estat de les malalties i els mecanismes i les eines per obtenir aquesta informació.

També s'han prioritzat els riscos d'acord a la gravetat de la malaltia que ocasionen, la seva incidència, la percepció social que susciten, la possible influència sobre les transaccions comercials que tendria la seva ocurrència i l'efectivitat i la factibilitat de les accions que es poden dur a terme sobre aquests riscos.

A la vegada, s'ha construït una eina web anomenada GEOSALUT que permetrà l'enregistrament de les accions dutes a terme de manera que s'obtinguin indicadors d'operativa i de resultat d'aquestes accions, a més de ponderar la possibilitat d'ocurrència d'aquests

riscs de forma georeferenciada a les Illes Balears. A més, el disseny d'aquesta eina té en compte la polivalència i multidisciplinarietat dels seus usuaris, cosa que permet unificar criteris i augmentar l'eficiència de les accions dutes a terme.

També s'ha construït l'eina web Entorn Participatiu de Salut, que permetrà donar les eines necessàries per optimitzar els recursos, la comunicació, la coordinació i la participació a l'hora de dur a terme aquestes accions.

A una tercera fase es pretén instaurar de manera consolidada, coordinada i integral, totes les eines necessàries per establir i mantenir els sistemes d'informació sobre la incidència de malalties de transmissió ambiental i alimentària, la caracterització i la ponderació dels riscos d'origen ambiental i alimentari, i l'efectivitat de les accions sobre aquests riscos a l'àmbit de les Illes Balears.

En conjunt, amb l'establiment i la materialització d'aquesta estratègia, es pretén optimitzar els resultats de les tasques executades per aquesta organització (indicadors de resultat) i avaluar l'adequació d'aquestes tasques als processos definits (indicadors d'operativa) i tot ajustant-se a la factibilitat que condicionen aquestes accions (recursos personals, materials i econòmics).

3.2. Programes

3.2.1. PROGRAMA DE L'INFANT SA

Posada en marxa: 1991. Segona edició 2007.

Objectius: contribuir al desenvolupament adequat de l'infant i detecció primerenca d'anomalies.

Destinat a infants fins a 14 anys.

Durant l'any 2007 s'ha editat la nova versió del programa.

3.2.2. PROGRAMA DE DETECCIÓ PRECOÇ DE CÀNCER DE MAMA

Posada en marxa: 1997

Objectiu: detecció precoç del càncer de mama per disminuir la morbimortalitat, aplicar un tractament adequat a les lesions detectades de tal forma que garanteixi un augment de supervivència i millora de la qualitat de vida de les dones afectades per aquest tumor, a més de desenvolupar la investigació epidemiològica.

El programa consisteix en la realització gratuïta de mamografies bilaterals en doble projecció i doble lectura independent per part de dos radiòlegs, a les dones asimptomàtiques residents a les Illes Balears. En principi, el grup diana del programa eren dones entre 50 i 64 anys fins a juny de 2007, any en el qual es varen incloure les dones de 65 anys, i així de manera progressiva ampliar l'esmentat grup fins a incorporar les dones de 69 anys.

L'oficina tècnica del programa depèn de la Direcció General de Salut Pública i Participació i és responsable de la captació i citació de les dones susceptibles de cribratge, processament de les dades de les exploracions, enviament dels resultats, coordinació, gestió, control de qualitat i seguiment dels diferents processos, l'avaluació de l'activitat i els resultats del Programa de cribratge.

Les unitats d'exploració mamogràfica estan integrades per tècnics especialistes en radiologia (TER) on es realitzen les mamografies. Pertanyen al Servei de Salut de les Illes Balears (Ib-salut).

La Unitat d'Avaluació Mamogràfica es constitueix com a unitat central de lectura mamogràfica, integrada per radiòlegs que realitzen la doble lectura independentment de les mamografies, i es realitza una tercera lectura en el cas de disparitat de les dues primeres. Segons el resultat, després de realitzades les corresponents lectures, es realitza una nova revisió als 2 anys en cas de lectura normal, revisió anual en els casos que es determini i derivació a la unitat de diagnòstic en el cas de resultat de cribratge positiu.

Les unitats de diagnòstic, responsables de realitzar el seguiment i la confirmació diagnòstica de les dones amb mamografia positiva, estan ubicades en els hospitals de Can Misses, Mateu Orfila i Son Dureta, en els casos d'Eivissa i Formentera, Menorca i Mallorca, respectivament.

Activitats 2003-2007

Taula i Figura 1. Evolució de càrregues de treball i taxa de participació

	2003	2004	2005	2006	2007
Citades	20.722	18.845	20.916	32.831	29.805
Explorades	13.050	14.049	15.176	21.826	19.808
Participació	62,97	74,55	72,55	66,47	66,45



Al llarg del període 2003-2007, el 95% de les dones explorades varen ser negatives i citades als 2 anys. Quasi un 2% varen ser citades a l'any per diversos motius i un 3% (taxa de derivació) varen ser trameses a la unitat de diagnòstic.

Distribució de resultats

2 anys	95 %
1 any	< 2%
Unitat de diagnòstic	3 % (taxa de derivació)

3.2.3. PROGRAMA DE PREVENCIÓ DEL CÀNCER DE CÈRVIX

Posada en marxa: 2004.

Objectiu: Millorar les activitats de detecció precoç del càncer de coll uterí per disminuir les taxes d'incidència i mortalitat.

Dones entre 25 i 64 anys, incloses en el Programa de càncer de cèrvix: 39.500.

Dones amb registre de resultats de citologies en els darrers 3 anys: 33.339.

3.2.4. PROGRAMA DE DETECCIÓ NEONATAL DE METABOLOPATIES

Posada en marxa: 1979, amb cribratge de fenilcetonúria i hipotiroïdisme congènit. Des de 1999 es va incorporar la detecció precoç de fibrosi quística. No és un procediment diagnòstic, per la qual cosa els casos positius requeriran proves diagnòstiques posteriors.

Objectius: prevenir els problemes derivats d'una detecció tardana d'aquestes metabolopaties (dany cerebral, retard mental, discapacitats...) i reduir la morbiditat en els casos de fibrosi quística mitjançant la instauració precoç del tractament.

El programa consisteix en la realització de proves metabòliques hormonals a tots el nou-nats de les Illes Balears i els nascuts a una altra comunitat autònoma, de mares residents a Balears i l'aplicació d'un tractament precoç i seguiment dels casos positius. La pràctica generalitzada preveu el cas de retard mental per hipotiroïdisme i fenilcetonúria (1 de cada 2.400 nounats presenten hipotiroïdisme i 1 per cada 9.800 fenilcetonúria). La prova es fa als nounats a partir de les 48 hores de vida mitjançant la presa d'unes gotes de sang perifèrica del bebè (punció en el taló). L'any 2004 es va traslladar el seguiment de totes les patologies detectades a l'Hospital Universitari Son Dureta com a centre de referència de Balears. A partir del 2005, el processament de les mostres es realitza al laboratori d'anàlisis clíniques de l'Hospital Son Dureta i des del 2006 les mostres es prenen en els hospitals amb la conseqüent disminució del temps d'espera dels resultats.

Figura 2. Programa de Detecció Neonatal de Metabolopaties.



Taula 2. Metabolopaties detectades en el període 2003-2007

	Nre.
Hiperfenilalaninèmies i fenilcetonúries	11
Hipotiroïdisme congènit	8
Fibrosi quística	3
Portadors mutació. FQ heterozigots	15

3.2.5. PROGRAMA D'HIPOACÚSIES

Posada en marxa: el Programa de Detecció Precoç d'Hipoacúsies ha anat evolucionant al llarg del temps. En el curs escolar 1986-1987 s'inicia el cribratge poblacional escolar en nins de 6 anys, fins que a l'any 1991 s'inclou el cribratge neonatal de risc.

Tot i que és cert que la incidència de la hipoacúsia en el grup amb factors de risc és 10 vegades superior a la de la població general, —des de 2,5 fins al 5% de la primera, contra l'1 al 3 per mil d'aquesta darrera— no ho és menys que en una anàlisi retrospectiva, no s'identifica cap antecedent de risc en aproximadament la meitat dels hipoacúsics diagnosticats a la clínica.

Això, juntament al fet que únicament un 6% de la població general presenta algun d'aquests factors, justifica que, per aconseguir la màxima detecció i per tant màxima efectivitat, s'apliqui el Programa amb caràcter universal.

L'any 2003 (Decret 48/2003, de 9 de maig) s'aprova el desenvolupament d'un Programa universal de detecció d'hipoacúsies en el període neonatal a les Illes Balears.

En conseqüència, es passa a comptar amb el Programa de Cribratge de la Funció Auditiva en el Medi Escolar i el Programa de Detecció Precoç de la Hipoacúsia en el Nadó.

3.2.5.1. Programa de cribratge de la funció auditiva, en el medi escolar

Objectius: aconseguir prevenir les conseqüències negatives que sobre el rendiment escolar i el desenvolupament del llenguatge pot ocasionar el dèficit auditiu, gràcies a la identificació de les condicions prepatològiques i la seva oportuna correcció per evitar la instauració de la hipoacúsia, i mitjançant el tractament precoç en els casos ja afectats.

La detecció dels dèficits auditius es realitzen a través d'un cribratge de tots els nins que cursen 1r d'Educació Primària. Les proves es realitzen en el medi escolar, així com la revisió individualitzada dels nins despistats en el cribratge, com a filtre previ a la derivació a la xarxa assistencial.

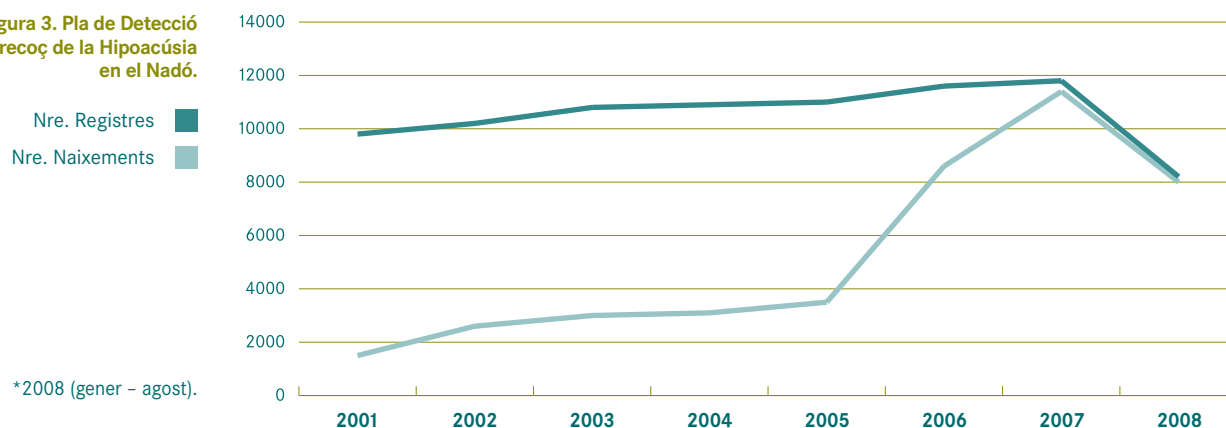
3.2.5.2. Pla de Detecció Precoç de la Hipoacúsia en el Nadó

El Programa de detecció precoç de les hipoacúsies neonatals a les Illes Balears va dirigit a tots els nadons de la comunitat autònoma o que hi resideixen, independentment dels seu lloc de naixement.

Objectius: identificació de totes les hipoacúsies congènites — presents en el moment del naixement— durant els tres primers mesos d'edat, amb la finalitat de fer possible una intervenció terapèutica precoç que faciliti el desenvolupament normal del nin. Seran objecte prioritari de detecció els casos en què el grau d'hipoacúsia sigui igual o superior a 40 dB en l'orella de millor audició.

El mes de maig de 2004, es signa un conveni d'adhesió amb les clíniques privades. L'any 2005 es crea el fitxer automatitzat de dades de caràcter personal del Programa de Detecció Precoç de les Hipoacúsies en la Infància, (Ordre de la Conselleria de Salut i Consum de 26 d'octubre de 2004). La incorporació de tots els hospitals de la xarxa pública i de les clíniques privades al programa es desenvolupa de forma gradual i es completa l'any 2007.

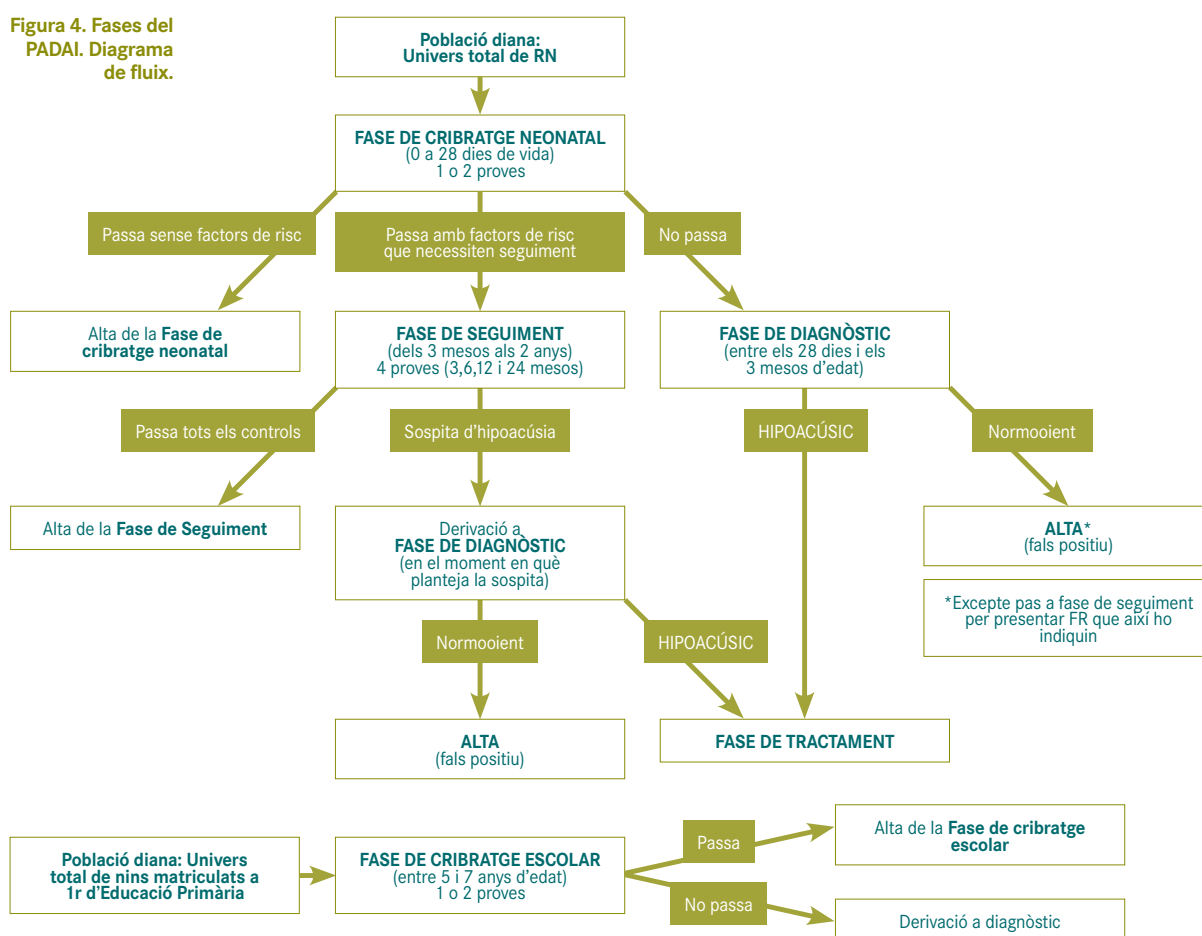
Figura 3. Pla de Detecció Precoç de la Hipoacúsia en el Nadó.



3.2.5.3. PADAI. Evolució del sistema de registre comunitari. Fase de cribratge neonatal

El cribratge de tots els naixements que han tengut lloc a les maternitats de les clíniques i dels hospitals es realitza seguint l'algoritme establert: estudi de la funció auditiva mitjançant tècnica d'emissions otoacústiques i, en el seu cas, de potencials evocats auditius automatitzats de tronc cerebral. Els casos que no passen el test en la maternitat són citats per repetir el cribratge en la unitat de referència.

Figura 4. Fases del PADAI. Diagrama de flux.



3.2.6. PROGRAMA DE VACUNACIÓ

Posada en marxa: Des dels anys seixanta que es va iniciar la vacunació enfront de la poliomielitis dels infants.

Objectius: disminuir la morbiditat i la mortalitat d'aquelles malalties infeccioses enfront dels agents causals pels quals es vacuna.

El programa està constituït per dos subprogrames: el de vacunació infantil, que suposa l'aplicació del corresponent calendari, que s'inicia als 2 mesos d'edat i que finalitza als 14 anys i el de vacunació d'adults que comprèn la vacunació dels majors de 14 anys.

3.2.6.1. Infantil

A partir de l'any 2008 el calendari vacunal infantil és el següent:

Taula 3. Metabolopaties detectades en el període 2003-2007

2 mesos	Tètanus+Diftèria+Tosferina acel-lular +Hep. B+ Haem. Inf.b +Polio	Meningitis Conjugada C
4 mesos	Tètanus+Diftèria+Tosferina acel-lular +Hep. B+ Haem.Inf.b+Polio	
6 mesos	Tètanus+Diftèria+ Tosferina acel-lular +Hep. B+Haem.Inf.b+Polio	Meningitis Conjugada C
15 mesos	Triple vírica (Xarampió, Rubèola i Parotiditis)	
18 mesos	Tètanus+Diftèria+ Tosferina acel-lular+ +Haemophilus Influenzae b+ Polio	Meningitis Conjugada C
6 anys	Diftèria + Tètanus + Tosferina acel-lular	Triple Vírica (Xarampió, Rubèola i Parotiditis)
11 anys	Varicel·la (Escolars de 5è de Primària)*	Hepatitis B** (3 dosis)
14 anys	Td (Tètanus + Diftèria, adults)	VPH*** (Virus Papiloma Humà)

* Es vacunarà a només els infants que no hagin patit la malaltia o que no s'hagin vacunat amb anterioritat.

** Solament s'administrarà en el cas de no haver rebut cap dosi d'HB anteriorment.

*** Només nines, l'any que compleixen 14 anys. Vacunació en centres docents.

OBSERVACIÓ: En totes les dosis la vacuna de polio serà injectada (Polio Salk).

Els canvis que s'han realitzat en el calendari vacunal infantil varen ser:

Eradicada la poliomielitis a la regió europea de la OMS, i per evitar paràlisi pel virus de poliomielitis vacunal, a partir de 2004 es substitueix la vacuna atenuada de la poliomielitis per la vacuna inactiva. Igualment, s'elimina la dosi que s'administrava als 6 anys d'edat.

L'any 2005 s'incorpora la vacunació enfront de la varicel·la als escolars de 5è de primària que no han patit la malaltia ni han estat vacunats prèviament.

El 2006 es canvia la pauta de la vacunació enfront del meningococ C: en lloc de subministrar la segona dosi als 4 mesos d'edat, es passa a subministrar-la als 6 mesos.

Per altra banda, per facilitar l'aplicació del calendari vacunal amb el mínim nombre d'injeccions, s'aplica la vacuna hexavalent, la qual cosa implica administrar la vacuna acel-lular enfront del Pertusi.

En relació a la cobertura, s'ha passat pel que fa a la primovacunació (nins de 0 a 12 mesos d'edat) d'un 89%, l'any 2003, a un 97%, l'any 2007, amb petites oscil·lacions.

Respecte a la dosi de reforç als 18 mesos d'edat, també hi ha hagut una gran millora en la cobertura (78% el 2003 a 94,2% el 2007) si bé sempre uns punts per sota de la primovacunació.

El mateix ocorre amb les cobertures en el reforç dels 6 i 14 anys d'edat, que han millorat, però molt menys, i és molt més baixa que als 18 mesos d'edat en els dos casos.

3.2.6.2. Adults

Programa de vacunació antigripal

Posada en marxa: 1988.

Objectius: programa anual de vacunació destinat a les persones majors de 64 anys i als infants i adults amb factors de risc per disminuir la morbiditat i la mortalitat causades per la grip.

La cobertura de la vacunació enfront del virus de la grip en majors de 65 anys, oscil·la, al llarg dels anys, entorn del 65%, si bé l'any 2007 baixa al 50%.

Programa de vacunació de tètanus i diftèria

Posada en marxa: 1993.

Objectius: Augmentar i millorar la cobertura de vacunació davant el tètanus i la diftèria (Td).

A partir de les recomanacions de 2004 del Ministeri de Sanitat i Consum i de la Conselleria de Sanitat i Consum de les Illes Balears per a la vacunació en adults, el responsable d'Atenció Primària d'aquest programa va actualitzar l'esquema del procediment a seguir per a la vacunació Td.

En els casos sense antecedents vacunals de vacunació enfront del xarampió, la rubèola i la parotiditis s'oferia la vacuna fins als 30 anys d'edat als homes i durant tota la vida fèrtil a les dones. Així mateix, s'administra la vacuna enfront de la grip segons grups de risc.

L'administració de les vacunes es realitza des dels centres de salut i les unitats bàsiques de salut de la xarxa pública. També, en el cas de les vacunes infantils, a l'objecte que aquestes siguin gratuïtes per a tota la població infantil de la comunitat autònoma de les Illes Balears, l'administració també es fa en les consultes dels pediatres privats que ho sol·liciten.

3.2.7. PROGRAMA D'ACTIVITATS PREVENTIVES I PROMOCIÓ DE LA SALUT (PAPPS)*

Posada en marxa: abril de 1995, una vegada revisat el programa d'activitats preventives anterior (CAPI).

Objectius: desenvolupar diverses activitats preventives destinades a la població major de 14 anys. Es preveu el paquet mínim d'activitats preventives aconsellat pel PAPPS i impulsat per la SEMFiC (hipertensió arterial, tabaquisme i alcoholisme), així com altres activitats preventives (vacunació antitetànica, antirubeòlica i detecció primerenca de càncers ginecològics: endometri, mama i cèrvix).

Aquest Programa es recull d'altres programes als seus apartats de promoció i prevenció respectius.

3.2.8. CONSULTA JOVE

Posada en marxa: curs escolar 2004-2005.

Objectius: millorar la salut dels i les adolescents escolaritzats en instituts d'Educació Secundària mitjançant la implantació d'un programa d'educació per a la salut a partir de la creació d'una Consulta Jove (CJ).

Dirigit a l'alumnat dels instituts d'Educació Secundària.

El Projecte de Consulta Jove es va iniciar el curs 2004-2005 amb la participació de 3 CS i 3 IES, ha anat augmentant durant els cursos escolars següents, i són 15 CS i 15 IES els que han posat en marxa la CJ en el curs 2007-2008.

La memòria de l'activitat de la Consulta Jove està en un document específic.

4. Resultats en salut

4.1. Plans i estratègies

El Ministeri de Sanitat i Política Social, en el marc de desenvolupament de la Llei 16/2003, de cohesió i qualitat del SNS, elabora de forma conjunta amb les comunitats autònomes i societats científiques les estratègies en salut. Aquestes estratègies van dirigides a patologies prevalents, establint criteris sobre la forma d'organitzar els serveis per atendre de forma integral les persones que ho necessitin, amb models bàsics d'atenció, especificant actuacions d'efectivitat reconeguda, i amb eines d'avaluació i indicadors d'activitat que permetin la millora contínua. Aquestes iniciatives s'emmarquen en el Pla de qualitat per al sistema nacional de salut i entronquen amb les recomanacions fetes per la Unió Europea i la OMS. Al llarg dels darrers anys s'han impulsat estratègies en les àrees següents: càncer (2006), cardiopatia isquèmica (2006), cures pal·liatives (2007), diabetis (2007), salut mental (2007), ictus (2008), EPOC (2009) i malalties rares (2009). A la nostra comunitat autònoma s'han desenvolupat les estratègies des del moment de la seva implantació en el SNS.

4.1.1. CÀNCER

Posada en marxa: any 2006.

Objectius: reduir la incidència del càncer, la mortalitat i la millora de la qualitat assistencial. Es tracta de reduir les desigualtats i les variacions injustificades i existents en el risc de patir càncer, en l'accés als serveis preventius i als serveis clínics de qualitat.

Línies estratègiques

1. Promoció i protecció de la salut
2. Detecció precoç
3. Assistència a adults
4. Assistència a infants i adolescents
5. Cures pal·liatives
6. Qualitat de vida
7. Investigació

A la nostra comunitat autònoma la representació i el funcionament de l'Estratègia nacional en càncer va recaure a la Direcció General de Salut Pública i Participació.

4.1.2. CARDIOPATIA ISQUÈMICA

Posada en marxa: any 2006.

Objectius: aconseguir una atenció als pacients amb malalties cardiovasculars basada en l'excel·lència clínica en condicions d'igualtat en tot el territori nacional. A la nostra comunitat autònoma la representació i el funcionament de l'Estratègia nacional de la cardiopatia isquèmica va recaure a la Direcció General d'Avaluació i Acreditació.

Dins les prioritats establertes de l'ESCI a les Illes, s'ha posat en marxa un Registre comunitari de l'assistència a la síndrome coronària aguda amb elevació del ST. Aquest registre va començar de manera sistemàtica el març de 2008 i permetrà mesurar l'impacte a la nostra comunitat autònoma de l'estratègia d'assistència i reduir la variabilitat de la pràctica clínica en el tractament del SCACEST.

L'any 2006 es va editar i implantar a la nostra comunitat autònoma la Guia d'actuació en atenció primària enfront del risc cardiovascular. L'objectiu de la guia és el d'actualitzar el coneixement en el maneig del risc cardiovascular i donar suport a les decisions clíniques en la consulta d'atenció primària. Es tracta de mostrar de forma integral les actuacions a dur a terme per aconseguir reduir la incidència de malaltia cardiovascular, reconeguda com a primera causa de mort al nostre país.

4.1.3. SALUT MENTAL

Posada en marxa: any 2006 (aquesta Estratègia va ser finalment publicada abans de l'Estratègia nacional).

Objectius: posicionar-se com a document de referència sobre les mesures a desenvolupar en matèria de salut mental per garantir la prestació continuada de serveis, tant de promoció de la salut com d'assistència i rehabilitació, per millorar la qualitat de vida i la integració social de les persones de les Illes Balears que pateixen trastorns mentals. Partint del Pla de salut mental de les Illes Balears de 1998, es va fer una anàlisi de la prevalença, de l'impacte de les malalties mentals i dels recursos existents per establir definitivament 12 línies estratègiques que van des de l'ordenació sanitària territorial en aquesta matèria fins a la definició de la cartera de serveis, les polítiques de coordinació entre distints nivells, passant per l'elaboració d'un mapa de recursos i per impulsar el paper de l'atenció primària en la prevenció i la promoció de la salut mental.

4.1.4. ICTUS

Posada en marxa: any 2008.

Objectius: El Ministeri de Sanitat i Polítiques Socials va elaborar l'Estratègia de l'ICTUS del sistema nacional de salut per tal d'aconseguir una atenció als pacients amb aquesta malaltia basada en l'excel·lència clínica en condicions d'igualtat en tot el territori nacional. A la nostra comunitat autònoma la representació i el funcionament de l'Estratègia nacional d'ictus va recaure en el Servei Balear de Salut. Abans de la publicació de l'Estratègia (març de 2009) la nostra comunitat autònoma venia treballant per garantir l'equitat en l'assistència a l'ictus. És per això que la CAIB disposa d'una xarxa hospitalària pública formada per hospitals amb equips d'ictus i unitat d'ictus connectats entre si mitjançant

videoconferència (telemedicina aplicada a l'ictus —teleictus—) que permet apropar el neuròleg de guàrdia als hospitals que ho necessitin per realitzar una valoració o administrar un tractament que no admeti demora (trombólisi en l'ictus isquèmic) o decidir un trasllat; d'aquesta manera, qualsevol persona de la nostra comunitat autònoma rebrà la millor assistència possible allà a on es trobi.

4.1.5. MALALTIA PULMONAR OBSTRUCTIVA CRÒNICA (MPOC)

Posada en marxa: any 2009.

Objectius: millorar la prevenció primària i secundària de la malaltia, establir un abordatge integral eficient i de qualitat i fomentar la recerca per disminuir la morbiditat de la malaltia.

Aquesta Estratègia s'estructura en sis línies d'actuació:

- Prevenció i detecció precoç.
- Atenció al pacient crònic.
- Atenció al pacient amb exacerbació.
- Cures pal·liatives.
- Formació dels professionals.
- Recerca.

A la nostra comunitat autònoma la representació i el funcionament de l'Estratègia nacional de la MPOC va recaure al Servei Balear de Salut.

4.1.6. CURES PAL·LIATIVES

Posada en marxa: setembre de 2009.

Objectius: L'Estratègia de cures pal·liatives de les Illes Balears impulsa un model d'atenció que proporcioni als pacients en fase avançada i/o terminal de la malaltia i als seus familiars una valoració i atenció integral adaptada a cada situació, en qualsevol nivell assistencial i durant tot el procés, basada en el reconeixement del dret de cada persona a rebre en aquest període el millor tractament, seguint sempre criteris d'eficiència, equitat i qualitat amb el principal objectiu de millorar la qualitat de l'atenció que reben donant una resposta sanitària integral, coordinada i respectuosa amb els valors i autonomia dels pacients. L'operativa per desenvolupar l'Estratègia s'articula en 8 objectius específics vinculats a 26 línies d'actuació estratègiques i amb 64 accions concretes. Totes aquestes accions fonamentades en els valors d'aquest model que aposta per una atenció integral, personalitzada, professional i basada en l'evidència científica, accessible i equitativa on les decisions dels pacients siguin elements claus en el procés de presa de decisions, que respecti aspectes com la intimitat, la confidencialitat, els valors i les creences, donant confort i promovent la participació de la família en el procés.

4.1.7. DIABETIS

L'Estratègia en diabetis del SNS va ser aprovada pel Consell Interterritorial l'11 d'octubre del 2006 i publicada l'any 2007. L'objectiu de l'Estratègia nacional és definir un marc

d'actuació general amb uns indicadors d'atenció que garanteixin als pacients una adequada prevenció i una adequada assistència i seguiment de la malaltia en qualsevol de les seves fases. S'han definit com a línies d'actuació estratègiques la promoció d'hàbits de vida saludables i la prevenció primària, el diagnòstic precoç, el tractament i seguiment, l'abordatge de complicacions i situacions especials i la formació i investigació. Seguint la línia d'implantació de les estratègies nacionals en la comunitat autònoma, es va convocar un Comitè tècnic multidisciplinari d'experts amb l'objectiu de desenvolupar l'Estratègia en diabetis de les Illes Balears, de forma més específicament orientada cap a les necessitats observades en una exhaustiva anàlisi de situació a les Illes.

4.1.8. PLA D'ASMA INFANTIL DE LES ILLES BALEARS (PAIB)

Posada en marxa: any 2007.

Objectius: Millorar la qualitat de vida de l'infant i de l'adolescent amb asma i de la seva família, utilitzant com a estratègia la coordinació de l'assistència sanitària entre l'atenció primària i l'atenció hospitalària, així com el desenvolupament de programes d'intervenció centrats en l'educació sanitària.

Destinat a infants i adolescents de 0 a 14 anys.

Estratègies en preparació:

Accions sanitàries dins l'àmbit sociosanitari.

Atenció primerenca

Malalties rares

4.2. Programes

4.2.1. DIABETIS INFANTIL A L'ESCOLA

Posada en marxa: curs escolar 2006-2007.

Signat un Conveni de col·laboració entre la Conselleria de Salut i Consum, la Conselleria d'Educació i Cultura i l'Associació de Persones amb Diabetis de les Illes Balears (ADIBA).

Objectius:

- Aconseguir que els infants amb diabetis gaudeixin d'una escolarització normalitzada, garantint la seva integritat i la seguretat física amb les mesures terapèutiques necessàries.
- Establir les mesures necessàries per assegurar una adequada formació dels professionals (professors, educadors i altres professionals) que en el centre educatiu tenen relació amb infants diagnosticats de diabetis, amb la finalitat d'aconseguir un grau suficient de coneixements que els permeti supervisar i /o realitzar les atencions necessàries (autocontrol, administració d'insulina, alimentació i exercici físic adequat), així com l'actuació en cas d'urgència.
- Dotar els centres educatius amb infants diagnosticats de diabetis mellitus d'un maletí amb el material necessari per al control de la malaltia (glucòmetre, tires reactives, llancetes), així com dues injeccions de glucagó per actuar en cas d'urgència.



Establir la coordinació entre els centres de salut, els centres educatius i les famílies (pare/mare i/o representant legal de l'infant) que garanteixi un adequat control i seguiment dels infants de diabetis durant el temps que estan a l'escola.

Els equips d'atenció primària dels centres de salut donen suport als centres educatius amb infants amb diabetis que estan matriculats, suport de formació al professorat, lliurament del material per al seguiment i control dels infants i atenció en els casos que ho han necessitat.

4.2.2. ÚLCERES PER PRESSIÓ: PREVENCIÓ I TRACTAMENT

Posada en marxa: 1999.

Durant l'any 2007, el grup d'assessorament per a les úlceres per pressió del Servei de Salut, on hi han participat professionals d'atenció primària i hospitalària, ha realitzat l'edició de la Guia de prevenció i tractament de les úlceres per pressió.

Objectius: Disminuir la variabilitat de la pràctica clínica en el maneig de les úlceres per pressió, afavorir la comunicació entre els equips de cures de cada centre, racionalitzar el consum de recursos sanitaris, facilitar la relació entre el professional sanitari, el pacient i el cuidador, facilitar la implantació de projectes per reduir la incidència i la prevalença, normalitzar el sistema d'informació sobre la incidència i la prevalença i propiciar la transmissió de coneixements sobre la matèria entre els professionals.

Dirigit a persones en risc de patir úlceres per pressió i persones afectades.

4.2.3. ATENCIÓ DENTAL INFANTIL: PADI

Posada en marxa: Any 2005.

Objectius: el Programa d'atenció dental infantil (PADI) s'engega amb l'objectiu de preservar la salut bucodental de tots els infants de les Illes Balears. Així, amb aquest Programa, els tractaments més habituals i necessaris queden inclosos dins el sistema sanitari públic de les nostres illes per als infants d'entre 6 i 15 anys, de manera progressiva i escalonada anualment.

El programa inclou, de manera gratuïta, una revisió anual, consells preventius i les actuacions en la dentició permanent següents: segellats de fissures, obturacions de càries, endodòncies, tractaments bucodentals d'urgència i correccions dels traumatismes de les incisives i canines, entre d'altres. No inclou el tractament conservador de les dents de llet (dentició temporal), ni el tractament d'ortodòncia, ni l'exodòncia per causa ortodòntica, ni els implants dental.

Serveis sanitaris: Percepció del ciutadà

1. ÀREES D'INTERÈS PER AL CIUTADÀ
2. FUNCIONAMENT DEL SISTEMA SANITARI
3. ELECCIÓ DE SERVEIS PÚBLICS/PRIVATS
4. RECLAMACIONS
5. ERRORS I EQUIVOCACIONS
6. ATENCIÓ REBUDA
 - 6.1. Atenció primària
 - 6.2. Servei d'urgències
 - 6.3. Atenció especialitzada
7. SERVEIS HOSPITALARIS
8. ALTRES ASPECTES
9. OPINIÓ SOBRE LA LLEI DEL CONSUM D'ALCOHOL

1. Àrees d'interès per al ciutadà

Segons les dades del baròmetre sanitari de 2007, la població de les Illes Balears consideraven la sanitat com l'àrea de major interès per als ciutadans (27%). Les dades del 2008 reflectien una pèrdua d'interès (només un 15,4% dels ciutadans així ho consideraven) per passar ocupar el seu lloc el problema de l'habitatge (27,7%) i l'educació (21,2%).

2. Funcionament del sistema sanitari

Un 53,7% dels enquestats deien que el sistema sanitari funcionava bé, encara que necessitava canvis. Un 25,6% considerava que funcionava molt bé.

Comparant el grau de satisfacció amb el funcionament del sistema sanitari, les Illes (6,48) estan per damunt de la mitjana nacional (6,29).

En canvi, a Espanya només el 48,9% considerava que el sistema sanitari funcionava bé, però amb necessitat de canvis i el 19,2% que funcionava molt bé (figura 1).



Figura 1. Evolució del percentatge de persones que consideren que el sistema sanitari funciona bé o molt bé.

■ Balears
■ Espanya

Font: Ministeri de Salut i Política Social.

De fet, els ciutadans de les Illes Balears han millorat substancialment la seva percepció del funcionament del sistema des de 1995. Així, en aquest any tan sols el 52% de la població considerava que el sistema funcionava bé o molt bé, mentre que a Espanya aquest percentatge se situava en el 61,3%. Per contra, l'any 2008 la percepció de bon funcionament del sistema havia crescut fins al 79,3% a les Illes Balears, tot superant amb escreix la que tenien en el conjunt de l'Estat, que arribava als 68,1%.

3. Elecció de serveis públics/privats

Davant la possibilitat de poder escollir entre un servei sanitari públic o privat, la població enquestada donava els motius següents per a la seva decisió:

1. S'escolliria el sistema públic per:

- a) La tecnologia i els mitjans tècnics del que disposava (49,8%).
- b) La capacitat dels metges (43,6%) i dels infermers (42,7%).

2. S'escolliria el sistema privat per:

- a) La rapidesa d'atenció al públic (77,5%).
- b) La informació que es donava al pacient sobre el seu problema (50,6%).
- c) El tracte personal (60,3%).
- d) El confort de les instal·lacions (77,9%).

En el cas que l'enquestat o qualche familiar seu patís una malaltia greu, el 41,9% dels enquestats acudiria a un servei sanitari públic. Aquest percentatge era similar quan se'l demanava més específicament per al servei d'atenció primària (41,1%), urgències (45,4%), hospital (36,2%) i més baix per a l'atenció especialitzada (33%).

Un 4,4% dels enquestats havien tingut la necessitat d'acudir a un centre sanitari públic d'una altra comunitat autònoma i la majoria no havia tingut cap problema per utilitzar la targeta sanitària (83,1%).

4. Reclamacions

El 28,6% dels enquestats havia pensat en qualche ocasió fer una reclamació pel funcionament dels serveis públics. D'aquests, un 67,8% no la va fer i un 32,5% la tirà endavant. A un 76,3% dels que feren la denúncia li donaren resposta, l'altre 23,7% no en va rebre. Dels que reberen resposta, un 56,4% va quedar satisfet, enfront d'un 43,6% que no hi quedà.

Quan es preguntà als qui havien pensat en qualche ocasió fer una denúncia i al final no la feren (67,8%) el per què no ho feren, la contesta fou: perquè tanmateix no hagués servit per a res (59,1%) o perquè no va trobar ni el lloc ni la manera de fer-ho (15,9%).

5. Errors i equivocacions

Respecta als errors i a les equivocacions que es produeixen a l'assistència sanitària, un 20,3% considerava que se'n produïen molts pocs, quasi cap error, un 44,9% pocs errors, un 26,9% bastants d'errors i un 4,0% que es produïen molts d'errors. Un 3,1% no ho sabia. Ara bé, quan se'ls demanava la importància que li donaven, la resposta era: 19,4% gens important, 19,9% poc important, 29,1% bastant important i el 17,6% molt important. La majoria dels enquestats tenien bastant o molta confiança amb els professionals sanitaris, ja fossin metges, infermeres o altre personal sanitari.

Taula 1. Freqüència i gravetat dels errors comesos des de diferents àmbits sanitaris patits pels enquestats o el seu entorn familiar

	Freqüència	Gravetat dels errors d'assistència sanitària per a la seva salut				
	%	Greu	Molt greu	Poc greu	Gens greu	NC
Atenció primària	7,1%	37,9%	31,0%	18,5%	12,7%	0,0
Consulta especialista	7,5%	47,3%	35,2%	17,5%	0,0	0,0
Ingrés hospitalari	9,7%	45,7%	45,2%	9,1%	0,0	0,0
Servei d'urgències	5,7%	30,6%	61,5%	0,0	7,9%	0,0

6. Atenció rebuda

6.1. Atenció primària

El 80,9% de la població que havia contactat amb atenció primària considerava que l'atenció que havia rebut era bona (63,5%) o molt bona (17,4%). De fet, aquesta resposta coincideix amb allò que ells esperaven del seu metge, varen ser atesos millor del que esperaven (20,6%) o més o menys igual (69,2%).

Per aconseguir cita amb el metge de capçalera el mateix dia que ho sol·licitaven sols ho aconseguien sempre un 3%, quasi sempre un 13,8%. Al contrari, un 44,5% no ho aconseguien mai, i quasi mai un 30,3%.

La majoria de ciutadans enquestats estaven satisfets amb el seu centre de salut, ja que un 67,0% l'hagués recomanat als seus amics i familiars. També la gran majoria mostrava satisfacció amb el seu centre de salut en tots els aspectes relacionats amb la informació d'altres serveis, consulta especialista, problemes burocràtics i administratius.

Entre els aspectes més valorats a la consulta de medicina general o pediatria destacaven: la proximitat del centre, la confiança i seguretat que dona el metge, el tracte rebut i la

derivació a l'especialista quan és necessari. Entre els aspectes menys valorats, el temps, tant si era el que dedicava el metge al pacient, com el temps d'espera per a la consulta o per fer-se proves diagnòstiques.

6.2. Servei d'urgències

Un 34,8% de la població que havia acudit a un servei d'urgències, ho havia fet a un d'atenció primària públic, i un 37,9% al d'un hospital públic. Volem destacar que d'aquest 37,9%, un 62,5% ho va fer per iniciativa pròpia, un 21,9% per indicació del seu metge de capçalera i un 12,4% des d'un servei d'urgències d'atenció primària.

Quan es va preguntar, a qui havia acudit directament al servei d'urgències d'un hospital públic per iniciativa pròpia el motiu pel qual ho havia fet, la resposta fou: un 29,8% perquè als hospitals hi ha més mitjans tècnics, un 20,1% perquè allà a on passa consulta el seu metge o pediatra no hi ha urgències, i un 20,1% perquè en el moment de la urgència no coincidia amb l'horari del seu metge de capçalera.

En relació a l'atenció rebuda a urgències, un 18,2% se sentiren atesos molt ràpidament, un 54,5% bastant ràpid i un 20% poc ràpid. Quant al grau de satisfacció, un 41,9% es va sentir ben atès, un 27,3% molt ben atès i un 20,0% solament regular, enfront d'un 3% que es va sentir mal atès.

6.3. Atenció especialitzada

El 76,8% de la població que havia consultat un especialista el darrer any considerava haver rebut una bona atenció. El 65% havia estat atès més o menys, tal i com esperava, un 18,2% millor i molt millor un 1,3%. Quan se'ls preguntà sobre la comunicació entre el metge de capçalera i l'especialista, un 61,2% considerava que era correcta, un 23,2% que no i la resta no ho sabia.

Entre els aspectes més valorats de l'assistència especialitzada destacaven l'equipament i les tecnologies del centre, el tracte i la informació rebuda sobre la malaltia. Els aspectes pitjor valorats eren el temps des de la petició de la cita i el retard per fer-se proves diagnòstiques.

7. Serveis hospitalaris

El 80,9% de la població que havia estat ingressada el darrer any, abans de l'entrevista, consideraven que l'atenció rebuda havia estat bona o molt bona i un 34,0% havien estat tractats millor, o molt millor (7,8%), del que esperaven. La majoria havia rebut informació sobre el temps d'espera per ingressar.

Entre els aspectes millor valorats pels enquestats ingressats a un hospital públic destacava l'equipament i la tecnologia de l'hospital, les atencions del personal d'infermeria i la informació rebuda sobre la seva malaltia. Les queixes eren pel temps d'espera per ingressar, el nombre de malalts per habitació i aspectes relacionats amb hotelaria (menjars, comoditats de l'habitació, etc.).

8. Altres aspectes

Respecte a la informació que facilitaren els serveis sanitaris públics, els millors valorats eren de la informació emesa per campanyes dirigides a la població sobre els problemes de salut. Entre els pitjors valorats hi havia la informació dels drets i les vies de reclamació existents i la informació de mesures i lleis adoptades per les autoritats sanitàries.

En relació a les llistes d'espera un 57,8% pensava que les autoritats sanitàries estaven treballant per millorar-les, un 24% pensava que no i la resta no contestava aquesta qüestió. Respecte a la comparació en els darrers dotze mesos, un 55,5% pensava que el problema de la llista d'espera continuava igual, un 14,9% pensava que havia empitjorat i un 19,0% que havia millorat.

Quant a la percepció de la salut relacionada amb el gènere, el 27,8% de la població considerava que les dones tenien millor salut i el 51,5% el mateix estat de salut. Només l'11,9% de la població enquestada considerava que els homes tenien millor salut que les dones a causa de la fragilitat del cos femení (44,6%), la càrrega de treball de la dona (14,8%), la vida més complicada de la dona (26%) i la manca de temps per preocupar-se per la seva salut (18,4%).

La valoració de l'equitat de la sanitat pública per a tots els ciutadans segons diferents variables, sexe, edat, lloc d'origen, etc., es presenten a la taula següent:

Taula 2. Valoració de l'equitat en el sistema de la sanitat pública (%)

	sí	no	ns	nc
Si resideix en una comunitat autònoma o en una altra	43,2	29,5	27,3	0,4
Si resideix en zona rural o a ciutat	57,3	35,3	7,4	0,0
Jove o ancià	86,3	8,8	4,8	0,0
Nivell alt o baix	80,2	16,2	3,5	0,4
Home o Dona	96	2,2	1,8	0,4
Espanyol o estranger	74,5	16,4	9,2	0,0
Resideix legalment o no	68,3	14,6	17,1	0,0

Respecte a la valoració de l'evolució dels serveis assistencials als darrers cinc anys, les respostes reflectien una milloria dels serveis, sobretot d'atenció primària (taula 3).

Taula 3. Valoració de l'evolució dels serveis sanitaris (%)

	Ha millorat	Ha empitjorat	Segueix igual	N.S.	N.C.
Atenció primària	41,1	13,2	38,3	7,2	0,4
Atenció especialitzada	34,0	11,0	46,0	8,8	0,4
Atenció hospitalària	36,2	9,2	44,0	10,6	0,4

El 40,1% de la població enquestada no coneixia si a altres comunitats autònomes la prestació de serveis era millor que a la nostra, el 36,1% considerava que eren iguals, el 18,9% pitjors i el 4,8% millors.

A la pregunta de si consideraven que amb la gestió autonòmica de l'assistència sanitària els ciutadans rebien millor servei, la resposta del 55% fou que era igual, el 23,8% que era millor, un 6,1% que era pitjor i un 14,5% afirmava que no ho sabia.

Arreu d'Espanya, quan es preguntava als ciutadans si, atès que les comunitats autònomes eren responsables dels seus propis serveis assistencials, convendria que es posassin d'acord a l'hora d'oferir nous serveis, la resposta majoritària era que sí. A la nostra comunitat autònoma els percentatges exactes eren: 93,8% que sí, 3,1% que no i el 3,1% que no ho sabia.

9. Opinió sobre la llei del consum d'alcohol

La població de les Illes considerava que s'havien de prendre mesures legals per evitar el consum als menors de 18 anys. Sobre una puntuació màxima de 10, donen un 8,82, opinió compartida a nivell nacional.

La nova Llei hauria d'incloure, segons la població enquestada, les següents:

1. Limitar la publicitat que pugui arribar als menors (81,9%).
2. Prohibició de consum d'alcohol dels menors en llocs públics (82,8%).
3. Sancions, malgrat que no fossin econòmiques, per tots els menors que no acatassin la Llei (81,5%).
4. La Llei hauria d'endurir les sancions als establiments que servissin alcohol als menors (91,6%).