

4. SALUD Y SERVICIOS SANITARIOS

4.1. INTRODUCCIÓN

En ejercicios anteriores, este apartado incorporó a los aspectos de salud pública, los datos principales de recursos y actividad sanitaria pública. Este año, además de actualizar estos datos, se facilita información económica sobre fondos destinados a proyectos específicos y sobre los recursos y actividad del sector privado.

En 2011 se creó la Consejería de Salud, Familia y Bienestar Social, que aglutina la anterior Consejería de Salud y Consumo y la mayor parte de la Consejería de Asuntos Sociales, Promoción e Inmigración.

Durante estos dos últimos años, destacó la tramitación de las siguientes leyes:

1. Ley 1/2011, de 24 de febrero, de transformación de fundaciones del sector público sanitario de las Islas Baleares y de determinación del régimen jurídico de de las fundaciones públicas sanitarias (BOIB núm. 30, de 28.2.2011).
2. La Ley 16/2010 de salud pública de las Islas Baleares.
3. La Ley estatal 17/2011 de seguridad alimentaria y nutrición.

El primer apartado, salud y calidad de vida, informa sobre las actuaciones en seguridad alimentaria y nutrición, y salud ambiental. Se presentan los datos de causas de mortalidad e incidencia de cáncer, así como los indicadores recogidos por el sistema de información sobre drogas. Se muestra la incidencia de enfermedades de declaración obligatoria y se hace énfasis en la incorporación de la vigilancia de la tuberculosis, los datos del SIDA y de diagnóstico de VIH y brotes epidémicos, además de información sobre las interrupciones voluntarias del embarazo.

El apartado segundo se divide en dos subapartados. En el primero se muestran los datos de gasto sanitario y su ritmo de crecimiento y se informa sobre datos de gasto sanitario privado, así como de una serie de fuentes de financiaciones (derivadas de la asistencia sanitaria internacional, la gestión de la incapacidad temporal, y de estrategias de salud del Ministerio y similares).

En el segundo se facilitan datos de recursos y actividad sanitaria, empezando por la atención primaria para, a continuación, y dentro del apartado de especializada, facilitar datos de recursos, actividad hospitalaria, actividad concertada, recursos y actividad de la sanidad privada, listas de espera, hospitales de media y larga estancia, y salud mental.

4.2. SALUD Y CALIDAD DE VIDA

4.2.1. LOS DETERMINANTES DE SALUD

Tradicionalmente, la sociedad ha esperado que el sector sanitario se ocupara de las cuestiones que afectan a la salud y a las enfermedades. Se considera que la atención a la salud dada por los servicios a que acude la población cuando se enferma no es el factor principal que determina la salud de las personas, sino que es otro determinante más. También son importantes otros factores que permiten a las personas mejorar o mantener la salud: la actividad física, hábitos dietéticos y nutrición, el consumo de tabaco, alcohol, las condiciones ambientales (contaminación atmosférica, incluida la biológica), la calidad de las aguas de consumo humano y de baño, pero también otros como las condiciones laborales, el desempleo, el nivel de educación o la vivienda. Esta visión integral de la salud es absolutamente necesaria para comprender y afrontar los problemas de salud que sufre la población, con el objetivo último de maximizar las ganancias en salud y, en la medida de lo posible, reducir las desigualdades.

Respecto de las condiciones del medio, en cuanto a las actividades de seguridad alimentaria y nutrición, cabe destacar dos episodios transcurridos durante el año 2011 que si bien no afectaron directamente a nuestra comunidad autónoma, sí que tuvieron repercusiones inmediatas y apuntaron a consecuencias de futuro.

El primero de ellos es la crisis en salud pública y mediática derivada de un brote de infección alimentaria por E. Coli Enterohemorrágica, productora de toxina Shiga, acaecida en el norte de Alemania, y que se atribuyó erróneamente a productos hortícolas provenientes del sur de España. Este hecho, que tuvo un impacto económico y social importantísimo, puso de

manifiesto que nuestra sociedad sigue siendo muy sensible a las demandas de protección de la salud, y exige la aplicación de estándares consensuados, coordinados y basados en la evidencia científica para dar respuesta.

Otro hecho, que condicionará la acción de la seguridad alimentaria en los próximos ejercicios, es el dictamen motivado que la Comisión Europea ha dirigido a España a consecuencia de la infracción número 2007/4772, que se abre el día 30 de septiembre de 2011 a raíz de la denuncia hecha por los inspectores de la FVO (Food and Veterinary Office) que durante los últimos años (2003 a 2010) han detectado reiterados incumplimientos de las obligaciones en seguridad alimentaria en España, específicamente en los mataderos y dado que consideran que estos incumplimientos son reiterados.

Estos hechos reafirman la exigencia a los operadores económicos de implementar sistemas de gestión que ofrezcan un alto grado de protección de la salud, y a los responsables de su control (autoridad sanitaria) de aplicación de las directrices emanadas de la Comisión Europea, como condición *sine qua non* para formar parte de la cadena alimentaria europea (*Véanse los cuadros III-56, III-57 y III-58*).

La salud ambiental comprende aquellos aspectos de la salud humana que vienen determinados por factores ambientales físicos, químicos, biológicos, sociales y psicosociales, y representa el control, la evaluación, la corrección y la prevención de los factores del medio que pueden, potencialmente, afectar adversamente la salud de generaciones presentes y futuras.

En cuanto a la producción y la distribución del agua para el consumo humano, en el año 2011 se han realizado 432 visitas de inspección y se han recogido 800 muestras para controlar la calidad del agua. Se van mejorando las infraestructuras, y el objetivo es mejorar también el mantenimiento. En cuanto a la calidad sanitaria del agua, se mantiene la presencia de nitratos y sulfatos en diferentes zonas, en las que se ha requerido la toma de medidas a los gestores y se ha informado la población.

Con relación al control de la propagación de la legionela, se han realizado 433 visitas de inspección a las instalaciones de riesgo, se han recogido 462

muestras para investigar la presencia de este microorganismo. Se han supervisado 364 certificados de formación de personal de mantenimiento de estas instalaciones, cuestión importante, ya que la presencia de personas formadas ayuda a llevar un mejor control.

En cuanto a aguas recreativas, se controlan las condiciones sanitarias y de seguridad de las piscinas, sobre las que se han realizado 311 visitas de inspección y se han expedido 1.260 carnés acreditativos de la formación de personal socorrista y 601 de personal de mantenimiento. Se constata una mayor concienciación para invertir en seguridad.

En cuanto a la calidad sanitaria de las aguas de las playas, el año 2011 se han recogido 1.813 muestras de un total de 197 puntos de muestreo ubicados en 32 municipios. 174 puntos han sido excelentes, 16 buenos, cinco suficientes y dos insuficientes. Este año 2011 ha habido un cambio de calificación de los resultados de las analíticas de las muestras, por lo que ha pasado de ser anual a tener en cuenta cuatro temporadas.

Respecto de los residuos sanitarios y los productos químicos, entre los que se incluyen los plaguicidas y biocidas, en general, de uso ambiental y en la industria alimentaria, se han efectuado 89 visitas de inspección. La aplicación del reglamento REACH, que regula el registro, la evaluación, la autorización y la restricción de las sustancias y preparados químicos con el objetivo de garantizar un nivel elevado de protección de la salud humana y del medio ambiente, así como la libre circulación de sustancias en el mercado interior, representa un revulsivo en este campo.

En sanidad mortuoria, se han otorgado 2.957 autorizaciones para realizar prácticas mortuorias sobre cadáveres, traslados e incineraciones.

La entrada en vigor de una modificación de la normativa sobre consumo de tabaco dio lugar a un aumento del control de los espacios libres de humo y se realizaron 1.272 visitas de inspección. El cumplimiento de la norma fue bastante adecuado en general.

Se ha incorporado el control de zoonosis no alimentarias, y en control de la rabia se han notificado 1.258 casos de personas agredidas por mordeduras de animales, sobre todo de perros.

Se ha trabajado en el riesgo que representa el amianto, y se ha iniciado la gestión de las notificaciones de la vigilancia de la salud de los trabajadores que están expuestos.

4.2.2. MORTALIDAD Y SALUD

En el año 2010 murieron en Baleares 7.683 personas (3.991 hombres y 3.692 mujeres). Los cánceres son la primera causa de muerte en los hombres, seguida de las enfermedades del sistema circulatorio, mientras que en las mujeres la primera causa son las enfermedades del sistema circulatorio y la segunda los cánceres. El 60% de las muertes de las Islas Baleares son por una de estas dos causas. En tercer lugar, y a más distancia, se sitúan las enfermedades del aparato respiratorio en los hombres y las enfermedades del sistema nervioso en las mujeres. En cuarto lugar se sitúan las enfermedades del sistema digestivo en los hombres y las enfermedades del sistema respiratorio en las mujeres. Las causas externas pasan a ocupar el quinto lugar en los hombres y los trastornos mentales en las mujeres. La mortalidad por enfermedades del sistema circulatorio ha seguido una tendencia descendente importante tanto en las mujeres como en los hombres. En cambio, la mortalidad por cáncer se mantiene estable en las mujeres y disminuye en los hombres *(véase el gráfico III-7)*.

El Registro Poblacional de Cáncer de Mallorca es uno de los 13 registros poblacionales de cáncer que hay en España, que cubren aproximadamente el 26% de la población española. La última información disponible en el Registro de Mallorca corresponde al período 2003-2005. A finales de 2012 se dispondrá del periodo 2006-2008.

Durante los años 2003-2005 se han diagnosticado en Mallorca 9.412 casos de cáncer (exceptuando los casos de cáncer de piel no melanoma), 3.795 en mujeres y 5.517 en hombres. Esto representa que cada año se diagnostican unos 1.265 casos de cáncer en mujeres y unos 1.839 en hombres *(véanse los gráficos III-8 y III-9)*.

En las mujeres, el cáncer más frecuente es, con diferencia respecto a los otros, el cáncer de mama, seguido por el cáncer de colon, el de cuerpo de útero, el de recto y el de ovario, que pasa por delante del cáncer de cuello de útero respecto al periodo anterior.

En los hombres, el cáncer más frecuente es, por primera vez, el cáncer de próstata, seguido por el cáncer de pulmón y, a distancia, por los cánceres de vejiga urinaria, colon y recto.

Si los cánceres de colon y recto se consideran juntos, ocuparían el primer lugar, si se cuentan los dos sexos conjuntamente.

Para el conjunto de cánceres (excluido el cáncer de piel no melanoma), se observa una estabilización de las tasas de incidencia ajustadas a la población mundial, tanto en las mujeres como en los hombres. En las mujeres destaca un incremento en las tasas de incidencia de cáncer de pulmón respecto de los períodos anteriores, así como en los cánceres de riñón, próstata y linfomas no hodgkinianos, mientras que descienden las tasas de cáncer de cuello de útero. En los hombres, destaca el incremento importante de las tasas de cáncer de próstata. En cambio, se estabilizan las tasas de cáncer de pulmón en hombres y disminuyen las tasas de otros cánceres relacionados con el tabaco (labio, lengua, cavidad oral, hipofaringe, esófago, estómago y laringe).

En relación con el consumo problemático de drogas de abuso, se presentan los datos consolidados de los tres indicadores recogidos por el Sistema estatal de información permanente sobre adicción a drogas (SEIPAD), que corresponden al 2010.

1. Admisiones a tratamiento por consumo de sustancias psicoactivas: Se han registrado 2.047 notificaciones. El alcohol es la droga más frecuente, seguida de la cocaína y los opiáceos. Se mantiene la tendencia a la baja de las admisiones por cocaína. El 78,9% son hombres y la edad media es de 37,5 años. La edad media de inicio del consumo es de 21 años y no inician el tratamiento hasta una media de 16,4 años después. Las mujeres son admitidas a tratamiento por alcohol en un porcentaje más alto que los hombres, son mayores que ellos, empiezan a consumir más tarde y se ponen en tratamiento antes. Una de cada tres personas en tratamiento por opiáceos utiliza la vía

inyectada. Aunque entre los hombres hay un porcentaje más alto de inyectores, la prevalencia de VIH es más alta entre las mujeres (*véase el gráfico III-10*).

2. Urgencias hospitalarias en consumidores de sustancias psicoactivas (datos procedentes de la recogida en el Hospital Can Misses de Ibiza): se han registrado 805 casos de urgencias en consumidores de drogas en personas de 15 a 54 años, la mayoría en los meses de verano. En su mayoría están relacionadas con el alcohol, la cocaína, las anfetaminas, el éxtasis y los fármacos. Dos de cada tres son hombres, la mayoría tiene menos de 30 años y el 6,7% tiene entre 15 y 19 años. El 30% son extranjeros (*véase el gráfico III-11*).
3. Mortalidad por reacción aguda a sustancias psicoactivas (datos procedentes de la recogida en Mallorca): se han recogido 40 muertos por reacción adversa aguda después del consumo no médico de sustancias psicoactivas (muertos RAPSUPSI) en personas de 10 a 64 años, con una tasa de 61,3 muertes por millón de habitantes. El 92,5% son hombres y la media de edad es de 42,3 años. En la mayoría de los casos está implicado el policonsumo. Las sustancias que se detectan con mayor frecuencia son los opiáceos (especialmente heroína), y los Hipnóticos y sedantes (*véase el gráfico III-12*).

4.2.3. VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA Y ENFERMEDADES TRANSMISIBLES

Se presenta la información del sistema de vigilancia de las enfermedades de declaración obligatoria (EDOs), correspondiente al año 2011, excepto en sida y nuevos diagnósticos de VIH, de los cuales se presentan datos de 2010.

Se ha detectado una mayor incidencia de la esperada (índice epidémico mayor de 1,25, es decir, un aumento de más del 25% respecto del quinquenio 2006-2010) a la tos ferina, sífilis, varicela, gripe y leishmaniosis. En las enfermedades de baja incidencia, diferencias de pocos casos pueden suponer cambios relativos importantes, como es el caso de la tos ferina. Sin embargo, en este caso podría indicar un cambio en la tendencia, como se ha visto en

otras comunidades y en países de nuestro entorno. Destacan la detección de dos casos de tétanos, los primeros desde 2002. El sarampión, con 34 casos, aumenta por segundo año consecutivo después de una década con menos de tres casos anuales de media *(véase el cuadro III-59)*.

Respecto a la vigilancia de la tuberculosis y el inicio de un registro específico de esta enfermedad, cabe destacar los cambios en el Programa de vigilancia, control y prevención de la tuberculosis, asumido durante el 2011 por el Servicio de Epidemiología, con la creación del Registro de Tuberculosis, que incluye casos, contactos e información sobre tratamiento. La tuberculosis, tanto la forma pulmonar como el resto (153 y 53 casos, respectivamente), se mantiene estable respecto al quinquenio anterior. En cuanto al estudio de contactos, se han podido localizar 1.114, una media de cuatro por caso, con predominio de niños y jóvenes. Destaca un brote escolar con 135 contactos estudiados *(véanse los gráficos III-13 y III-14)*.

Con 2.464 casos acumulados de sida en las Islas Baleares (años 1986 hasta 2010), continúa la tendencia descendente de la incidencia que se inició a mediados de los años 90. En los últimos años se diagnostican en las Islas Baleares entre 30 y 60 casos anuales. El año con máxima incidencia fue en 1995, con 212 casos *(véase el gráfico III-15)*.

Respecto del registro de nuevos diagnósticos de VIH, hay 1.207 casos acumulados desde el inicio del sistema de vigilancia (año 2003) con un perfil global de estabilidad de la tendencia *(véase el gráfico III-16)*.

Una parte de los casos detectados de las enfermedades de declaración obligatoria son pacientes (57 en total en 2011) con origen de la infección a otro país (45) o Comunidad Autónoma (7). Destacan el paludismo (18 casos) y las enfermedades de transmisión hídrica y alimentaria (disentería, fiebre tifoidea y hepatitis A, con 12 casos).

Con relación a los brotes epidémicos, se han detectado 44 (278 afectados), nueve (65 afectados) de origen alimentario, y el resto (35 brotes y 213 afectados) con mecanismos de transmisión diversos. La proporción alimenticios / no alimenticios se ha invertido a lo largo de la década. Las cifras de 2011 son las esperadas al compararlas con las del último quinquenio *(véase el gráfico III-17 y el cuadro III-60)*.

Como último dato, destacamos la cuestión de las interrupciones voluntarias del embarazo (IVE). Los últimos datos consolidados corresponden al 2010 y registran un total de 3.295 IVE, con una tasa de 13,2 por 1.000 mujeres de 15 a 45 años. La incidencia global de las IVE en las Islas Baleares sigue por encima de la media nacional, junto con Madrid, Cataluña y Murcia. En 2010 se ha detectado un aumento ligero o una estabilización en todos los grupos de edad, excepto en el de las mujeres más jóvenes, que ha descendido por tercer año consecutivo. Se muestra la evolución de las tasas de las Islas Baleares y globales de España del año 2001 al 2010 y la evolución por grupos de edad (*véanse los gráficos III-18 y III-19*).

Respecto del perfil de las mujeres, el cambio principal es el aumento en un 56% de las que están en paro, frente al quinquenio anterior. En 2010 ha habido una circunstancia que ha afectado el aborto legal en España: la publicación de la Ley Orgánica 2/2010, de 3 de marzo, de salud sexual y reproductiva y de la interrupción voluntaria del embarazo, que ha supuesto el cambio a una ley de plazos (a petición de la mujer hasta la semana 14 de gestación) y, pasada la semana 14, de despenalización en el supuesto de riesgo grave para la salud de la mujer o del feto. Sin embargo, no se han visto diferencias entre las características de las IVE realizadas antes y después de la entrada en vigor de la ley, el mes julio, excepto en cuanto a los motivos (en el primer semestre el principal había sido la salud de la mujer, con un 97%, mientras que en el segundo las IVE a petición de la mujer supusieron el 90,3%).

A lo largo del año se ha editado el Informe diagnóstico de salud, que incluye los problemas y las necesidades de salud de la población así como los factores determinantes que influyen de manera positiva o negativa en el nivel de salud de la comunidad. Además, se ha llevado a cabo la potenciación del *microsite* www.epidemiologia.caib.es con ampliación de contenidos dirigidos fundamentalmente a la red asistencial.

4.3. SERVICIOS SANITARIOS

4.3.1. GASTO Y FINANCIACIÓN DE LA SALUD

El presupuesto que destinó la Comunidad Autónoma a salud en 2011 fue de 1.169 millones de euros (si bien el presupuesto inicial del 1 de enero era de

1.175 millones de euros). Esta cifra representa un 35% del presupuesto total de la CAIB.

De este presupuesto, un 1,83% corresponde a los programas de salud de la Consejería y un 98,17% corresponde al Servicio de Salud de las Islas Baleares (Ib-salut) con 1.148 millones de euros.

Sigue confirmándose que el crecimiento del gasto sanitario público en Baleares, desde 2002, año de las transferencias sanitarias, ha sido uno de los más altos de todo el Estado español. Así, y según la Estadística de gasto sanitario público (EGSP), que permite comparar el gasto sanitario entre comunidades autónomas, en el período 2002 a 2009 las Islas incrementaron el gasto en un 99,93%, con una tasa anual de crecimiento de un 9,64%, el segundo más alto de todas las comunidades autónomas, y un poco superior al total estatal, que es de un 7,56% *(véase el cuadro III-61)*.

Aún así, las Islas Baleares siguen siendo en 2009 una de las comunidades autónomas con un nivel más bajo de gasto sanitario público per cápita. Según el EGSP de 2009 el gasto sanitario público por persona es 135,88 euros inferior al total nacional y más de 390 euros inferior a muchas otras comunidades autónomas. Este diferencial tan significativo respecto del gasto por habitante se repite desde el momento de las transferencias: desde 2002 las Islas Baleares figuran en los últimos lugares en cuanto a gasto sanitario público por habitante *(véanse los gráficos III-20 y III-21)*.

En cuanto al seguro privado, y según la fuente Encuesta de presupuestos familiares del INE, el gasto de 2010 ha sido de 434 millones de euros, un 5,08% inferior al año anterior. Según la misma fuente, en 2010 la cantidad de dinero que cada ciudadano de las Islas Baleares destina de media al final del año al pago de seguros médicos privados es igualmente la más alta de todas las comunidades autónomas, al igual que ocurrió el 2009 *(véase el gráfico III-22)*.

Como se ve, las cifras en gasto sanitario indicadas no corresponden todas a 2011, dado que la información en algunos casos se actualiza lentamente. Las

cifras de gasto sanitario público de las comunidades autónomas se publican en la página web del Ministerio anualmente.

Una vez comentadas las cifras de gasto sanitario, este año incorporamos información concreta sobre diversas fuentes de financiación sanitaria. Si bien éste se obtiene básicamente de la asignación dentro del presupuesto de la Comunidad Autónoma, hay otras fuentes de financiación del sistema, este año nos detendremos en los fondos con origen o destino específico en sanidad *(véanse los cuadros III-62 y III -63).*

Las Baleares perciben financiación para asistencia sanitaria internacional, tanto a través del Fondo de cohesión sanitaria, que se ha triplicado entre los años 2006 y 2011, como a través de la transferencia del INSS para cuotas globales para asistencia sanitaria a residentes extranjeros, que ha aumentado en un 28% durante el periodo 2006-2011 *(véase el gráfico III-23).*

Además, el INSS financia las actuaciones para la mejora de la gestión de la incapacidad temporal, y ajusta el importe en función del porcentaje de cumplimiento de objetivos de mejora de la incapacidad temporal por parte de los servicios de salud *(véase el gráfico III-24).*

Finalmente, destaca otro bloque de financiación recibida del Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, para financiar las estrategias en salud y políticas de cohesión, y otros temas de salud pública o sanitarios. El 2011 ha permitido desarrollar actuaciones en estrategias de cuidados paliativos, salud sexual y reproductiva, ictus, cardiopatía isquémica, enfermedades raras, EPOC, diabetes, sistemas de información soporte al CMBD, nueva estadística ESCRIBENOS SIAE, SNOMED CT y equipamientos, así como el desarrollo de programas de prevención y promoción de la salud, especialmente en el ámbito de las enfermedades emergentes, reemergentes y de especial relevancia. Los fondos para el área de drogadicciones (Plan Nacional de drogas, Fondo de bienes decomisados por tráfico de drogas) y los fondos de la industria farmacéutica (fondos para programas gestionados por comunidades autónomas para la mejora de la calidad en la atención a pacientes polimedcados, y formación continuada para médicos, odontólogos, farmacéuticos y enfermeros del SNS y Convenio de colaboración entre la

Consejería, el Servicio de Salud del Ib-salud, y FARMAINDUSTRIA, para la investigación clínica y traslacional), así como otros fondos destinados a investigación, completan este mapa *(véase el gráfico III-25)*.

4.3.2. LOS SERVICIOS ASISTENCIALES. RECURSOS Y ACTIVIDAD

4.3.2.1. Atención primaria

El 80% de los centros de atención primaria (centros de salud, unidades básicas o consultorios, servicios de urgencias y puntos de atención continuada) se concentran en Mallorca, con un 8% en Menorca y un 11% en Ibiza y Formentera *(véase el cuadro III-64)*.

Las visitas a los centros de atención primaria durante el año 2011 han sido 7.168.668 lo que supone un incremento del 0,3% respecto de 2010, con 22.603 visitas más. Este aumento es, fundamentalmente, por las consultas de pediatría, que han pasado de un descenso del 7,7% en 2010 a un incremento del 3% en 2011. Esta tendencia se repite en todas las islas. La media de visitas por habitante y año está estabilizada a los médicos de familia y enfermería. En cambio, en pediatría aumenta un 2,2%, como era de esperar por el aumento absoluto de las visitas. Las visitas a domicilio, globalmente, han disminuido un 7,8% a costa del médico de familia y de enfermería, con un 6,6% y un 7,4%, respectivamente *(véase el cuadro III-65)*.

4.3.2.2. Atención especializada

La atención hospitalaria cuenta con 1.974 camas instaladas (1.834 en funcionamiento), 66 quirófanos (54 programados en funcionamiento), diez salas de parto, 162 puestos de hospital de día, 512 puestos de consulta, y con un equipamiento tecnológico en el que destacan diez aparatos de TAC, seis de resonancia magnética o 140 ecógrafos, junto con otros recursos materiales y los recursos humanos. Se prestó asistencia a 1.030.041 personas con tarjeta sanitaria y a una población flotante de unos 250.000 personas, distribuidas entre los seis hospitales públicos (incluyendo el Hospital de Formentera) *(véanse los cuadros III-66 y III-67)*.

Con 75.860 ingresos y 503.481 estancias, se habría producido una disminución de un 3% en la actividad hospitalaria, probablemente debido a la disminución de las intervenciones quirúrgicas con ingreso en 1.000 intervenciones menos, lo que supone un 3% de bajada. Otro factor que ha intervenido ha sido la disminución de un 5% en los partos. Además, la estancia media ha seguido en descenso, como el año pasado. Por otra parte, las intervenciones quirúrgicas han seguido el descenso del año pasado en un 2%, debido a la menor cantidad de intervenciones urgentes, que han bajado un 12%. En cuanto a consultas externas totales, la cifra, de 1.301.361, implica un aumento de un 3%, sobre todo, debido al incremento del 6% en las primeras consultas, tendencia inversa a la del año pasado, en el que disminuyeron. Destaca la estabilización de las urgencias, con un descenso del 0,8%. El número de urgencias ingresadas y las urgencias diarias se mantiene igual en 2010 (*véase el cuadro III-68*).

La actividad de los dos centros concertados principales (el Hospital Cruz Roja y el Hospital San Juan de Dios), ha sido de 55.834 estancias, lo que representa un 10% del total. Estos centros asumen, además, parte del peso de la actividad quirúrgica, consultas externas, y otros como optometría, rehabilitación y fisioterapia, principalmente (*véase el cuadro III-69*).

En cuanto a los recursos de la sanidad privada, según los datos disponibles en la Consejería, hay 11 hospitales privados que se reparten un total de 1.032 camas en funcionamiento, 48 quirófanos en funcionamiento, nueve equipos de TAC. La actividad se concreta en 282.746 estancias hospitalarias, 734.784 consultas externas, 302.037 urgencias. Son datos que reflejan el peso de la sanidad privada en nuestra comunidad (*véanse los cuadros III-70 a III-74 y el gráfico III-26*).

4.3.2.3. Las listas de espera

La lista de espera quirúrgica se ha incrementado en un 14% respecto de 2009 (no hay datos del HUSEIN para el año 2010). La demora media ha aumentado en 13 días, y ha quedado al nivel del año 2004. La lista de espera de consultas también ha tenido un incremento de más del doble respecto de 2009, y la demora media ha pasado a 60 días. Este crecimiento de los pacientes en

espera se produce debido a la disminución progresiva de la actividad extraordinaria en los quirófanos y las consultas (*ver cuadro III-75*).

4.3.2.4. El área sociosanitaria

El área sociosanitaria de los hospitales de media y larga estancia y el Hospital Psiquiátrico disponen de 165 camas, con un total de 55.458 estancias, y 4.358 visitas de consultas externas. El área de salud mental cuenta con 169 camas de 169, y ha contabilizado 56.072 estancias (*véase el cuadro III-76*).