



DIAGNÒSTIC

de Salut de les Illes Balears



**Govern
de les Illes Balears**

Conselleria
de Salut i Consum



DIAGNÒSTIC

de Salut de les Illes Balears



**Govern
de les Illes Balears**

L'editen:

Conselleria de Salut i Consum

Direcció General de Salut Pública i Participació

Coordinadors de l'informe

Elena Cabeza, Guillem Artigues

Autors de l'informe:

Alemaný Mercedes. Direcció General de Salut Pública i Participació
Aranguren Rosa. Direcció General de Salut Pública i Participació
Artigues Guillem. Direcció General de Salut Pública i Participació
Barceló Antoni. Direcció General de Salut Pública i Participació
Buades Margalida. Direcció General de Salut Pública i Participació
Cabeza Elena. Direcció General de Salut Pública i Participació
Carretero Silvia. Institut Balear d'Estadística
Cases Núria. Direcció General d'Avaluació i Acreditació
Castaño Eusebi. Direcció General de Planificació i Finançament
Colom Antoni. Direcció General de Salut Pública i Participació
Comandero Micaela. Direcció General de Planificació i Finançament
Corredor Maite. Centre de Salut Son Pisà
Esteva Magdalena. Servei de Salut de les Illes Balears
Fernández Palomeque Carlos. H.U. Son Espases
Galmés Antònia. Direcció General de Salut Pública i Participació
Gómez Amalia. Servei de Salut de les Illes Balears
Gómez Patricia. Servei de Salut de les Illes Balears
González Francisca. Direcció General de Salut Pública i Participació
Gumà Mercedes. Direcció General de Salut Pública i Participació
Jiménez Carmen. H. U. Son Espases
Llopis Isabel. Direcció General de Planificació i Finançament

Llull Rosa. Direcció General de Salut Pública i Participació
March Sebastià. Servei de Salut de les Illes Balears
Mateu Josep. Direcció General de Salut Pública i Participació
Nicolau Antoni. Direcció General de Salut Pública i Participació
Payeras Antoni. Fundació Hospital Son Llàtzer
Pou Joan. Servei de Salut de les Illes Balears
Pujol Àngels. Servei de Salut de les Illes Balears
Ramos María. Direcció General de Salut Pública i Participació
Ricci Ignacio. Fundació Mateu Orfila
Riera Cristina. Direcció General de Salut Pública i Participació
Rodríguez Mariano. Direcció General de Salut Pública i Participació
Salvà Antònia. Servei de Salut de les Illes Balears
Salva Joan. Servei de Salut de les Illes Balears
Sánchez Contador Carmen. Direcció General de Salut Pública i Participació
Tejera Elena. Direcció General de Salut Pública i Participació
Tortella Gabriel. Direcció General de Salut Pública i Participació
Vázquez Amadeu. Direcció General de Salut Pública i Participació
Vega Yolanda. Direcció General de Planificació i Finançament
Vicens Josep. Direcció General d'Avaluació i Acreditació
Yáñez Aina. Fundació Caubet-Cimera

Suport administratiu:

Benito Natividad. DGSP. Conselleria de Salut i Consum
Femenías Asunción. DGSP. Conselleria de Salut i Consum

Revisió lingüística:

Paula Riutort. Conselleria de Salut i Consum

Disseny gràfic:

Verbigrafia

Impremta:

Carta Gráfica

ISBN:

978-84-694-1459-0

Dipòsit legal:

-

PRESENTACIÓ.....	7
INTRODUCCIÓ	8
DRET A LA SALUT.....	11
DETERMINANTS DE SALUT.....	15
Qui som	16
Com vivim: Com a individus.....	22
Estils de vida	22
Pràctiques preventives	45
Com vivim: Com a societat	52
Xarxes socials i comunitàries	52
Condicions de vida i treball	56
Treball remunerat.....	57
Treball no remunerat.....	62
Atur	63
Educació	65
Habitatge	66
Medi ambient	69
Seguretat alimentària.....	90
Serveis sanitaris.....	108
Recursos i ús de serveis	108
Planificació estratègica.....	152
Percepció del ciutadà	175
Condicions socioeconòmiques	181
RESULTATS EN SALUT.....	187
De què emmalaltim.....	188
Estat de salut i qualitat de vida.....	188
Malalties transmissibles	198
Malalties cardiocerebrovasculars	211
Malalties oncològiques.....	224
Diabetis mellitus.....	235
Malalties respiratòries.....	244
Malalties mentals	251
Lesions.....	257
De què morim	267
DESPESA SANITÀRIA	281
CONCLUSIONS	289
ANNEXOS.....	295
Formació, investigació i innovació en matèria sanitària	296
Els trasplantaments i les donacions de sang i d'òrgans.....	298
Informació jurídica: Annexos i decrets comunitat autònoma de les Illes Balears....	300
Resum indicadors	309

Presentació

La nostra societat ha situat la salut en el centre de les seves aspiracions. La salut és un bé en si mateixa, i el valor més preuat. Les demandes creixents de la nostra societat en matèria de salut, i les profundíssimes transformacions socials viscudes en els darrers anys, ens obliguen a multiplicar els esforços per conèixer l'estat de salut de la població de les Illes Balears, però també i sobretot, les causes que la determinen, i la utilització dels serveis que demanda.

És la primera vegada que a la nostra comunitat autònoma es fa un diagnòstic de salut amb aquesta visió integral. Un diagnòstic que a més d'analitzar de què emmalaltim i quin ús feim dels serveis sanitaris, estén l'anàlisi a la situació dels principals determinants de salut.

Aquest primer Diagnòstic de Salut de les Illes Balears, que completa la informació recollida mitjançant l'encara curta trajectòria de les enquestes de salut, detecta mancances i identifica prioritats. Per tant, és un pas imprescindible per elaborar les línies estratègiques de les polítiques de salut, que ens han de servir per donar respostes equitatives i sostenibles a les necessitats de salut de la població.

Del present informe es desprèn que la nostra societat té un bon nivell de salut, però aquesta no està repartida equitativament; la nostra societat manifesta desigualtats socials en salut. Les actuals estructures familiars són distintes i també els mecanismes de relació. La nostra societat ha acollit en pocs anys noves cultures. S'incrementa el nombre de parelles sexuals, millora lleument els estils de vida respecte de l'hàbit tabàquic, però haurem de tenir esment en el consum d'alcohol, sobretot entre els més joves. La nostra societat es fa sedentària. Les condicions de vida i treball, l'exigència de procurar més seguretat alimentària, la qualitat de l'aigua, el món globalitzat i el canvi climàtic ens obliguen a reformular les polítiques de salut pública.

El patró de morbiditat i mortalitat observat respon a les característiques d'una societat moderna, d'una societat que envelleix, i així les necessitats d'atenció a les malalties cròniques i a la pluripatologia esdevenen una prioritat pels sistemes de salut. La necessitat de racionalitzar la despesa sanitària i la insistència que els ciutadans han de ser també responsables de la seva salut, han d'estar ben presents en la definició d'objectius. Malgrat que no podem oblidar que, sovint, la responsabilitat que els ciutadans poden assumir envers la seva salut està condicionada per l'entorn que l'envolta. Per tant, també haurem de treballar per inserir el concepte de salut en totes les polítiques, en tots els medis.

En la tasca de fer sostenible el sistema sanitari i, sobretot, en la tasca de procurar més salut i major benestar als homes i dones d'aquesta comunitat, hi haurem de ser tots. És una tasca de la societat en el seu conjunt.

Sabem molt de la salut de la població, però les fonts d'informació estan massa repartides i no sempre són homogènies ni accessibles. L'era tecnològica ens ofereix oportunitats per facilitar-nos el coneixement sobre la salut de la població, la seva aptitud cap a la salut, la malaltia i els sistemes sanitaris. La inversió en sistemes d'informació integrats i també l'orientació per a la comunicació, la col·laboració i la participació de les persones i les entitats, són oportunitats de futur.

Estic convençut que aquest document serà de gran interès per a ciutadans, professionals, gestors, institucions i polítics que tenim responsabilitat en l'àmbit de la salut, i de gran utilitat no només per a l'orientació de les polítiques de salut, sinó també d'aquelles que cerquen crear les millors condicions socials i econòmiques per procurar progrés i benestar a la ciutadania.

Finalment, vull agrair l'extraordinari esforç i el treball continuat dels professionals que han participat i aportat la seva experiència per fer possible aquest document.

Vicenç Thomàs Mulet
Conseller de Salut i Consum

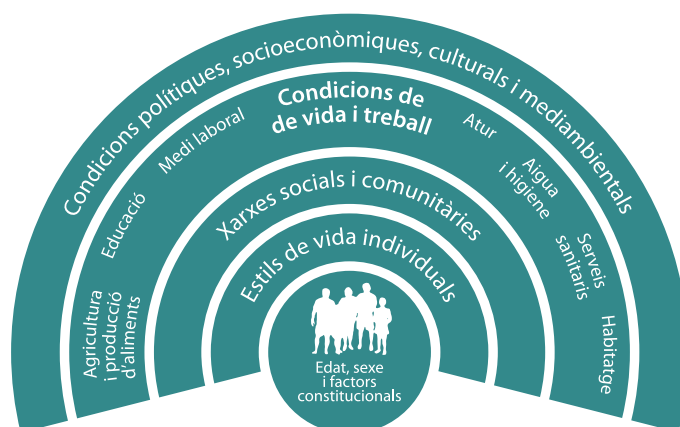
Introducció

L'esperança de vida d'un nin difereix enormement en funció del lloc on ha nascut. Al nostre país pot esperar viure al voltant de 80 anys, però a qualche país africà en viurà menys de 50. A les nostres Illes, l'esperança de vida era l'any 2005 de 80,44 anys, superior en dones (83,53) que en homes (77,39), però malgrat que no hi hagi, fins ara, dades que ho demostrin, hem d'esperar que, tal com s'ha vist a altres regions espanyoles, hi hagi diferències dins el nostre territori, entre els distints pobles i barris que conformen les Illes Balears.

Aquestes diferències ja han començat a aflorar quan hem analitzat les dades de l'Enquesta de salut per classe social i hem vist que la salut i la malaltia presenten un gradient social. Quant més baixa es la classe social, pitjor és el seu estat de salut i major la morbiditat, mortalitat i mortalitat prematura. Desigualtats que es manifesten encara més en l'anàlisi per gènere: a la nostra societat, aquesta situació s'agreuja en dones de classe social desfavorida.

Així, avui en dia sabem que l'elevada càrrega de morbiditat és a causa, en gran part, de les condicions de vida de la població, és a dir, les circumstàncies en les quals la gent neix, creix, viu, treballa, i com el medi ambient afecta la salut de la població.

Tradicionalment, la societat ha esperat que el sector sanitari s'ocupàs de les qüestions que afecten la salut i les malalties. Però, avui sabem que l'atenció a la salut que presten els serveis sanitaris a la població quan emmalalteix no és el factor principal que determina la salut de les persones, sinó que n'és un determinant més. Sabem que, tal com podem veure a la figura adjunta, hi ha altres factors que permeten a les persones millorar o mantenir la seva salut, i que estan més allà del sector sanitari.



Partint d'aquesta concepció, hi ha factors constitucionals com el sexe, l'edat i la genètica que afecten la salut de l'individu, però que no són modificables. Al seu voltant es troben, en diverses capes, els determinants modificables, aquells que l'acció política és capaç de transformar. Començant pels estils de vida de cada individu, factors que, durant dècades, han estat objecte clau i quasi exclusiu de la promoció de la salut.

Però els individus i les seves conductes estan molt influenciats per les xarxes socials i la comunitat allà on viuen i de la capacitat d'aquestes per poder donar-los suport. Les condicions de vida i de treball com el medi laboral, el treball remunerat i el no remunerat, les condicions laborals, la càrrega de feina, l'estrès o la satisfacció laboral, les condicions de l'habitatge, la humitat, la mida, l'accessibilitat, l'educació rebuda, els aliments, l'accés a serveis bàsics i l'entorn, els espais verds, el transport, etc., també determinen la nostra salut. I tots depenen de les condicions polítiques, socioeconòmiques, culturals i ambientals en què es desenvolupa la societat.

Aquesta visió integral de la salut és absolutament necessària per comprendre i fer front als problemes de salut que la població pateix i pels quals moren, problemes per altra banda que ocupen una bona part d'aquest informe.

L'estructura d'aquest informe pretén respondre aquesta orientació i s'estructura en quatre apartats fonamentals. El primer "qui som" on s'exposa la situació sociodemogràfica de la nostra població. A continuació l'apartat "com vivim" descriu per una part com vivim com a individus fent referència al nostre estil de vida i els hàbits preventius que tenim i per una altra banda, com vivim com a societat, que inclou les xarxes socials i comunitàries i les condicions de vida i de treball: elements del medi ambient, seguretat alimentària, medi laboral, educació i serveis sanitaris. Aquests dos grans blocs engloben els factors que determinen la nostra salut. A partir d'aquí el lector trobarà els resultats en salut en dos grans blocs: "de què emmalaltim" on hi ha una valoració de l'estat de salut de la població i la informació dels problemes de salut més importants que afecten la nostra comunitat: les malalties transmissibles, cardiocerebrovasculars, oncològiques, diabetis, malalties mentals, respiratòries i lesions. L'últim apartat fa una anàlisi de les principals causes de mort de la nostra població. L'informe es completa amb aspectes relacionats amb el dret a la salut i la despesa sanitària.

Aquest document té com a objectiu **informar** els ciutadans de les Illes Balears de l'estat de salut i dels problemes de salut de la nostra població, dels nombrosos factors que la determinen, dels esforços individuals o comunitaris que poden ajudar a millorar-la, i del dret a la salut que tenim com a dret fonamental, però també de la responsabilitat que tenim nosaltres mateixos en mantenir i millorar la nostra pròpia salut.

Aquest informe també vol **conscienciar** tots els sectors, no només de l'àmbit sanitari, sinó també treballadors, empresaris, educadors, investigadors, grups socials, gestors i responsables polítics, etc., de la seva responsabilitat compartida a aconseguir millorar la salut i el benestar de la població.

Per últim, tota la informació recollida en aquest informe permetrà **identificar** les necessitats en salut de la nostra població, analitzar la manera de fer-les front i la detecció de mancances no assolides. Aquesta reflexió ha de ser la base del nou pla de salut.

SEGURETAT
QUALITAT
EFFECTIVITAT
L'ASSISTÈNCIA
EQUITAT
PARTIC
PRESTA

Dret a la salut

Determinants de salut

Resultats en salut

Despesa sanitària

Conclusions

Annexos

En aquest capítol:

Dret a la salut

**IPACIÓ
CIONS**

Dret a la salut

El dret a la protecció de la salut ve expressament reconeguda a la Constitució espanyola de 1978, en el seu article 41 afirma que els poder públics mantendran un règim públic de Seguretat Social per a tots els ciutadans que garanteixi l'assistència i les prestacions socials suficients davant situacions de necessitat; així mateix, en el seu article 43 reconeix el dret a la protecció de la salut, i encomana als poders públics organitzar i tutelar la salut pública a través de mesures preventives i de prestacions i serveis sanitaris.

Aquest reconeixement constitucional es veu reflectit en la Llei 14/1986, general de sanitat, de 25 d'abril que, amb caràcter bàsic, recull tot el conjunt d'accions i dispositius encaminats a la protecció de la salut, i destaca el protagonisme i la suficiència de les comunitats autònomes en l'articulació d'una política pròpia en matèria sanitària.

Igualment, l'article 38.1.a) de la Llei general de la Seguretat Social inclou dins l'acció protectora de l'àmbit de la Seguretat Social "l'assistència sanitària en els casos de maternitat, de malaltia comú o professional, i d'accidents, siguin o no siguin de treball".

L'assumpció de competències per les comunitats autònomes constitueix un mitjà per aproximar la gestió de l'assistència sanitària al ciutadà i facilitar-li així les garanties quant a equitat, qualitat i participació. L'experiència i la pràctica de les relacions entre l'Estat i les comunitats autònomes en l'àmbit de la protecció de la salut proporcionen referències importants per al desenvolupament de la cohesió en l'Estat autonòmic. L'esforç compartit que, en aquest sentit, realitzen tots els seus integrants, té com objectiu que el Sistema Nacional de Salut mantengui una identitat comuna i respongui als principis constitucionals d'unitat, autonomia i solidaritat en els quals es fonamenta l'Estat autonòmic.

Per tot això, la Llei 16/2003, de 28 de maig, de cohesió i qualitat del Sistema Nacional de Salut estableix accions de coordinació i cooperació de les administracions públiques sanitàries com a mitjà per assegurar als ciutadans el dret a la protecció de la salut, amb l'objectiu comú de garantir:

Equitat, en la línia de desenvolupament del principi constitucional d'igualtat, que garanteixi l'accés a les prestacions i, d'aquesta manera, el dret a la protecció de la salut en condicions d'igualtat efectiva en tot el territori i possibiliti la lliure circulació de tots els ciutadans.

Qualitat, que conjugui la incorporació d'innovacions amb la seguretat i efectivitat d'aquestes, que orienti els esforços del sistema cap a l'anticipació dels problemes de salut o cap a solucions eficaces quan aquests apareguin; qualitat que avaluï el benefici de les actuacions clíniques incorporant tan sols allò que aportí un valor afegit a la millora de la salut, i impliqui tots els actors del sistema.

I, per últim, participació ciutadana, tant en el respecte a l'autonomia de les seves decisions individuals com en la consideració de les seves expectatives com a col·lectiu d'usuaris del sistema sanitari, que permeti, a més a més, l'intercanvi de coneixements i experiències.

En el marc de les competències assumides en l'Estatut d'autonomia, la Llei 5/2003, de 4 d'abril, de salut de les Illes Balears es configura com a l'instrument normatiu més important de la Comunitat Autònoma per articular el compromís amb els ciutadans, de cara a la protecció d'un aspecte tan essencial de la persona com és la salut. La Llei té com eix central l'atenció de la salut del ciutadà en tots els seus vessants, des de l'educació per a

la salut, les accions preventives, les mesures públiques de protecció de la salut individual i col·lectiva, fins a l'atenció de la malaltia, la rehabilitació funcional i la reincorporació social del pacient.

En el títol I de la Llei 5/2003 es detallen els drets i els deures dels ciutadans en l'àmbit sanitari. Aquest títol comença pels titulars dels drets, per continuar amb la regulació dels drets bàsics de tots relatius als serveis sanitaris i de salut de les Illes Balears, com a garantia del principi constitucional de la protecció de la salut. En el capítol III d'aquest títol es contenen els drets específics dels usuaris dels centres assistencials, des del moment previ al naixement fins a la mort. Destaquen els drets en relació amb el naixement, d'intimitat i la confidencialitat, la nova regulació de document vital i del consentiment informat, sense oblidar els drets dels col·lectius mereixedors d'especial protecció, els dels malalts mentals, i el dret a la història i a la documentació clínica. El capítol IV conté la formulació dels drets dels usuaris del serveis sanitaris públics com a complement dels drets generals establerts en el capítol II, i regula les funcions del defensor dels usuaris com òrgan de garantia d'aquests drets.

En definitiva, la Llei de salut de les Illes Balears configura un sistema públic de salut universal, gratuït i solidari, que pretén ordenar tots els recursos sanitaris de manera eficient, aquesta Llei de salut té vocació de permanència i ha procurat ser flexible per adaptar-se a les situacions futures sense traumatismes, s'ha configurat com un instrument al servei de tots els ciutadans de les Illes Balears.

SENTARI
ABUS DE SUB

VIOLÈNCIA

EDUCACIÓ

TR

INACCESSIBILITAT A ZC

COHESIÓ soc

Dret a la salut

Determinants de salut

Resultats en salut

Despesa sanitària

Conclusions

Annexos

En aquest capítol:

Qui som

Com vivim: Com a individus

Estils de vida

Pràctiques preventives

Com vivim: Com a societat

Xarxes socials i comunitàries

Condicions de vida i treball

Treball remunerat

Treball no remunerat

Atur

Educació

Habitatge

Medi ambient

Seguretat alimentària

Serveis sanitaris

Recursos i ús de serveis

Planificació estratègica

Percepció del ciutadà

Condicions socioeconòmiques

Qui som

1. ESTRUCTURA DEMOGRÀFICA

2. MOVIMENT NATURAL DE LA POBLACIÓ

3. NATALITAT, FECUNDITAT I ENVELLIMENT

4. POBLACIÓ RESIDENTS SEGONS ORIGEN

Des d'una perspectiva demogràfica, el fet més destacat és l'importantíssim creixement de la població balear en els darrers anys, principalment a causa de la immigració. La població ha crescut un 30% en els darrers 10 anys i ja s'ha superat el milió d'habitants. El creixement ha estat important a totes les illes, tot i que la població segueix molt concentrada a l'illa de Mallorca, amb quasi el 79% del total de la població de tota la comunitat i, més concretament, a Palma, que representa el 36,5% d'aquesta. En termes proporcionals, el creixement més espectacular s'ha donat a l'illa de Formentera, que ha duplicat la població en la darrera dècada.

Illes Balears ha estat un país tradicionalment receptor d'immigració en el passat segle. Primer la immigració espanyola, més tard la dels països de l'Europa occidental i en la darrera època, un important creixement de la immigració de la resta de països del món, particularment d'Amèrica llatina. Això crea una estructura poblacional particular, on quasi la meitat són autòctons, una quarta part són immigrants peninsulars i l'altra quarta part són immigrants d'origen estranger. Les Balears és la segona comunitat autònoma de l'Estat amb major percentatge de població d'origen immigrant estranger.

El patró demogràfic respecte a natalitat, envelliment i moviment natural de la població és similar a la resta de l'Estat. L'envelliment i la baixa natalitat que semblen característics de les societats desenvolupades contemporànies pareix que s'estan controlant per l'impacte de la immigració (joves en la seva majoria) que vénen a viure a les Illes Balears i que tenen uns índexs de fecunditat molt superiors a la població autòctona.

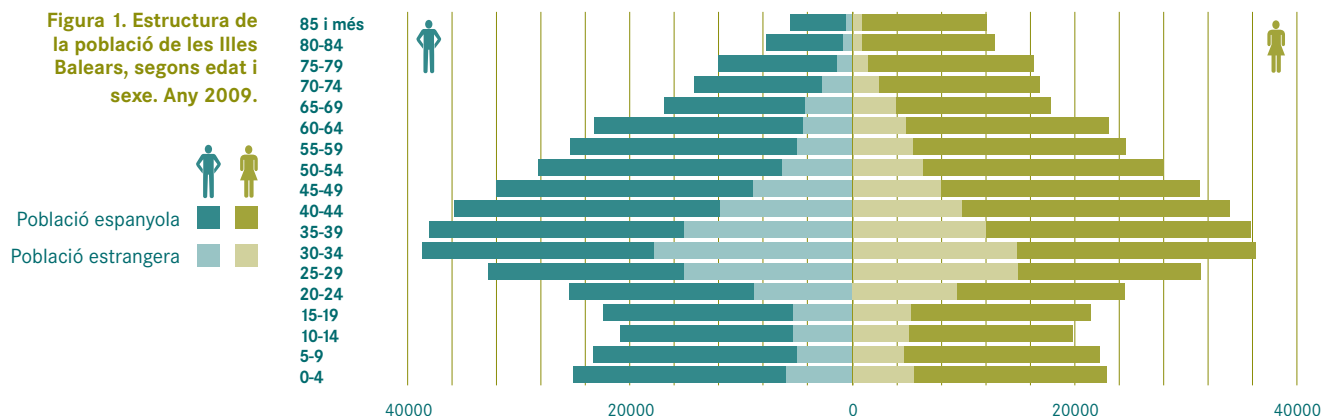
1. Estructura demogràfica

La població empadronada a 1 de gener de 2009 a les Illes Balears era d'1.095.426 habitants, 551.079 homes (50,3%) i 544.347 dones (49,7%) segons les dades del padró d'habitants.

Respecte a la distribució de la població, aquesta es trobava molt concentrada entre les diferents illes: Mallorca amb 862.397 habitants, concentrava el 78,7% de la població, mentre que Eivissa amb 129.562 representava el 15%, Menorca amb 93.915 el 8,6% i Formentera amb 9.552 no arribava a l'1%. Aquesta concentració era encara més espectacular en la capital, Palma, que amb 401.270 habitants concentrava el 36,6% de la població de tota la comunitat autònoma i el 46,5% de l'illa de Mallorca.

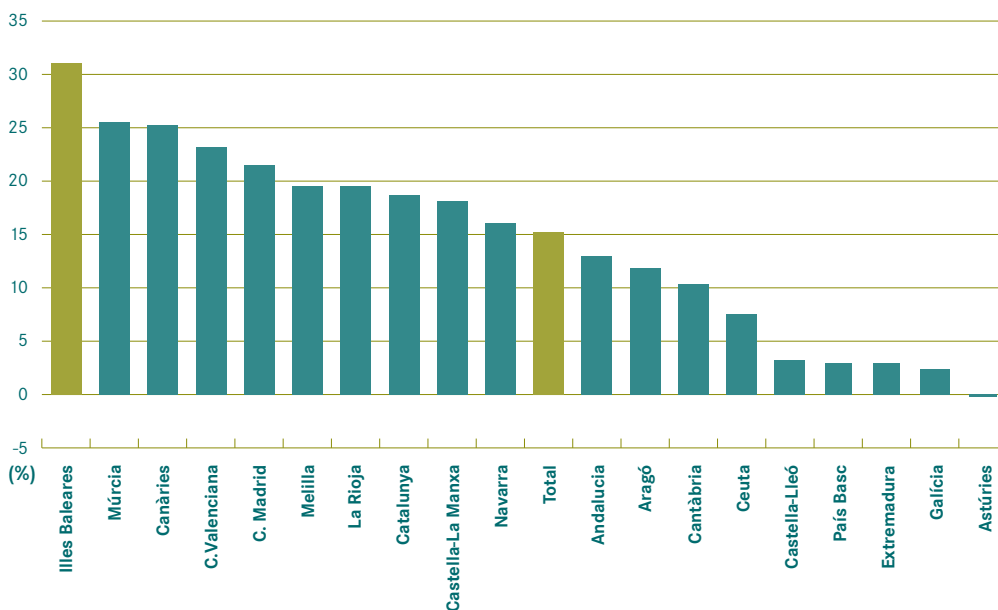
El 15% de la població eren menors de 16 anys, el 70,3% entre 16 i 64 i el 13,7% tenien 65 i més anys. L'estructura de la població segons l'edat i sexe, per al conjunt de la població de les Illes Balears quedava reflectida a la figura 1. L'estructura era similar a Mallorca, Menorca i Eivissa.

Figura 1. Estructura de la població de les Illes Balears, segons edat i sexe. Any 2009.



El canvi més destacable a l'última dècada va ser l'important creixement demogràfic, afavorit per la intensitat dels fluxos immigratoris que s'experimentaren. En el període 1998-2008, el nombre d'habitants havia crescut un 30,3%, i fou la comunitat autònoma amb major creixement de tot l'Estat (figura 2).

Figura 2. Evolució de la població espanyola entre els anys 1998-2008.



Aquest creixement adquiria major rellevància a Formentera, que duplicà la població entre 1998-2008 (46,5%), seguida d'Eivissa amb un 40,6%, Menorca 29,6% i Mallorca 28,8%.

L'anàlisi d'aquesta evolució per grups d'edat mostrava un lleuger descens de la població menor de 16 i major de 64 anys i una tendència creixent del grup amb edats compreses entre 15 i 64 anys (taula 1). El moviment immigratori va nodrir essencialment els grups d'edat inclosos en el tram d'edat 20-39 anys, que a més eren generacions per elles mateixes nombroses, fruit del *baby boom*.

Taula 1. Evolució de la població de les Illes Balears, per grups d'edat (%)

Edat	Anys		
	1998	2002	2008
<16	16,1	15,1	15,0
16-64	69,0	70,6	71,5
≥ 65	14,9	14,3	13,6
Total	100,0	100,0	100,0

2. Moviment natural de la població

Des de mitjans dels anys 90, el saldo vegetatiu (diferència entre el nombre de naixements i defuncions) mostrava una tendència positiva, que es mantenia favorable respecte al conjunt de l'Estat (figura 3). Aquest fet s'atribuïa al notable augment de la natalitat (figura 4), en gran part a causa de la immigració.

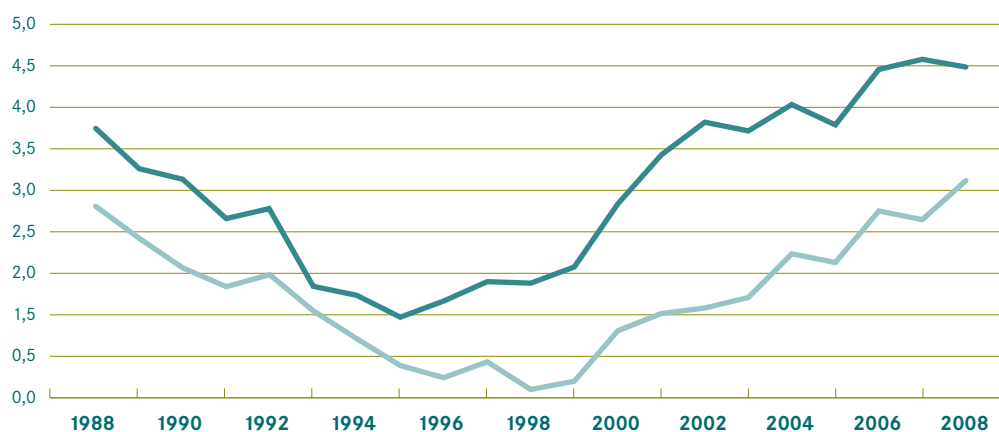


Figura 3. Creixement vegetatiu a les Illes Balears, anys 1988-2008 (Taxa bruta per 1.000 hab.).

■ Illes Balears
■ Total

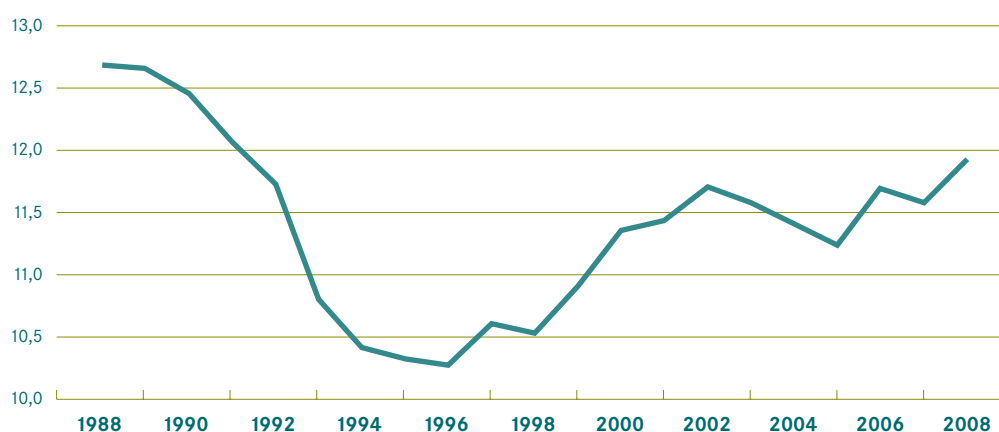
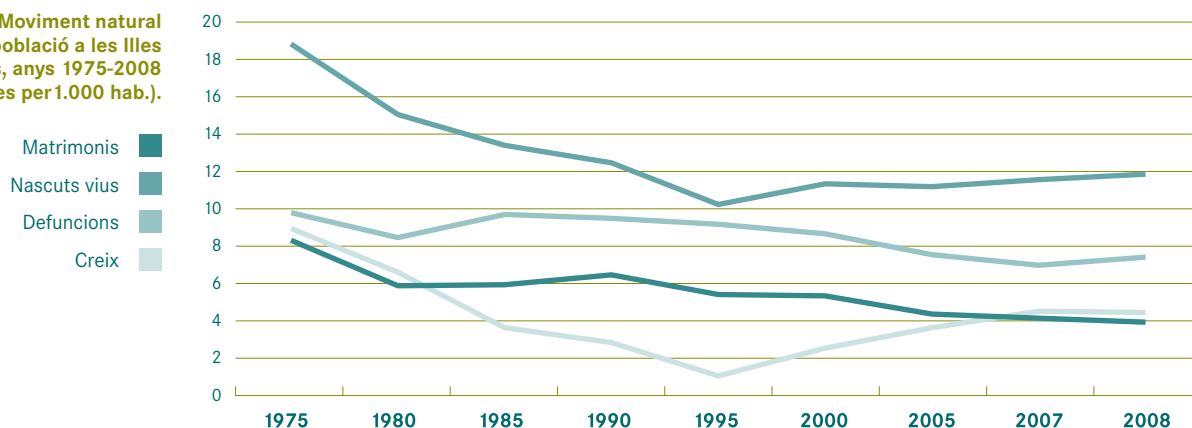


Figura 4. Natalitat a les Illes Balears, anys 1988-2008 (Taxa bruta per 1.000 hab.).

Aquestes dades, juntament amb la tendència descendent dels indicadors de mortalitat (general i infantil) feren que el 2008 la nostra comunitat autònoma ocupàs una de les primeres posicions del rànquing nacional en relació al creixement vegetatiu per mil habitants. Amb un valor de 4,5 es situa molt per damunt de la mitjana estatal (2,9) tant sols superada per les comunitats de Múrcia i Madrid. A la figura 5 es resumeixen els principals indicadors del moviment natural de població durant el període 1975-2008.

Figura 5. Moviment natural de població a les Illes Balears, anys 1975-2008 (Taxes brutes per 1.000 hab.).



3. Natalitat, fecunditat i envelliment

El 1998, la mitjana de fills per dona a les Illes (índex sintètic de fecunditat) va ser d'1,28. Deu anys més tard, el 2008, d'1,47. El suau repunt de la fecunditat es va veure afavorit per l'entrada a la maternitat de cohorts de dones que varen retardar el moment de tenir fills en anys anteriors i per l'aportació realitzada per les mares estrangeres. Aquesta xifra posicionava a les Illes a la setena posició entre les comunitats autònomes que presentaven les taxes més elevades de l'Estat espanyol. L'edat mitjana de la maternitat augmentà considerablement als últims anys. El 2008 era de 30,35 anys.

El nombre de naixements havia augmentat notablement: de 8.309 el 1998 a 12.713 el 2008, la qual cosa representa un augment del 52% que coincidia amb l'augment de dones en edat fèrtil. La taxa de natalitat que l'any 1998 era de 10,54‰, s'incrementà a 12,02‰ a l'any 2008.

En la natalitat i la fecunditat, les mares d'origen immigrant tenien un paper rellevant, ja que se'ls atribuí el 31,8% dels nascuts vius el 2008. Aquesta aportació a la natalitat va créixer molt en els darrers anys, atès que el 1998 sols representava el 8,6% dels nascuts vius. La major aportació fou de mares d'Amèrica del Sud, Europa i Àfrica.

Les últimes dades disponibles assenyalaven que l'esperança de vida en néixer el 2007 era de 81,39 anys, superior en dones (84,3 anys) que en homes (78,5 anys). En una dècada, l'esperança de vida augmentà tres anys.

El percentatge de població de 65 anys o més ens donà informació sobre el grau d'envel·liment de la població. A les Illes, l'any 2008, hi residien 150.177 persones de 65 anys i més, el que suposava el 13,7% de la població.

El 2008, la població major de 64 anys era inferior a la de menys de 20 anys. Això feia que l'índex d'envel·liment, és a dir, la relació entre majors de 64 respecte als més joves, fos baix (67,8). Per sexes, l'índex d'envel·liment entre les dones és superior que entre els homes (taula 2). Aquest indicador no era més que un reflex del diferent patró de mortalitat que es manifestà entre sexes; les dones tenien una esperança de vida en néixer superior en sis punts a la dels homes.

Taula 2. Índex d'envelliment a les Illes Balears, any 2008

Illes				
Sexe	Mallorca	Menorca	Eivissa-Formentera	Total
Home	58,1	57,4	51,4	57,2
Dona	82,1	73,4	63,3	79,1
Total	69,6	65,3	57,2	67,8

L'índex de sobreenvelliment (la proporció que representava la població de 85 anys i més sobre la població de 65 anys i més) era de 12,4 (IBESTAT 2010), índex igualment major en les dones (14,9) que en els homes (9,0). Mallorca presentava l'índex de sobreenvelliment més elevat i Eivissa-Formentera el més baix (taula 3). La major supervivència de les dones també es manifestà en aquest índex.

Taula 3. Índex de sobreenvelliment a les Illes Balears, any 2008

Illes				
Sexe	Mallorca	Menorca	Eivissa-Formentera	Total
Home	9,1	9,0	7,9	9,0
Dona	15,3	13,6	12,9	14,9
Total	12,7	11,5	10,6	12,4

L'índex de dependència que relacionava, en percentatge, el pes que suposava la població a l'edat teòricament inactiva (població menor de 16 anys més la població major de 64 anys) amb la població en edat teòricament activa (població entre 16 i 64 anys) disminuï als últims anys (taula 4), a causa de l'entrada de població d'origen estranger. De fet, l'edat mitjana de la població ralenti el seu procés d'envelliment, de manera que aquesta comunitat autònoma fou una de les autonomies amb població més jove.

Taula 4. Índex de dependència a les Illes Balears. Anys 1996-2008

Sexe	1996	1999	2002	2004	2006	2008
Homes	43,7	41,6	38,2	38,4	37,6	37,1
Dones	49,6	47,8	45,1	44,2	43,6	42,9
Total	46,7	44,7	41,6	40,8	40,5	39,9

4. Població resident segons origen

La distribució de la població a les Illes Balears el 2009, segons el seu lloc de naixement, era la següent: el 53,5% eren autòctons, un 22,6% eren nascuts a altres comunitats autònomes i un 23,8% a l'estranger.

La població amb nacionalitat estrangera (237.562) suposava el 21,7% dels residents. La majoria procedia de la Unió Europea UE-27 (52%) i Amèrica, fonamentalment Sud-Amèrica (13%) (figura 6).

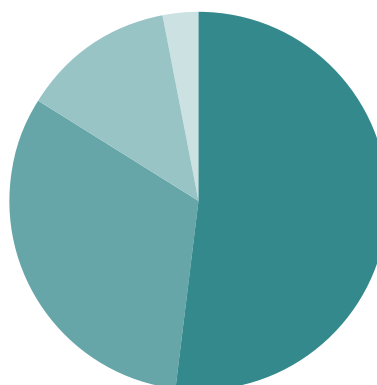


Figura 6. Població amb nacionalitat estrangera a les Illes Balears per continent d'origen, 2009.

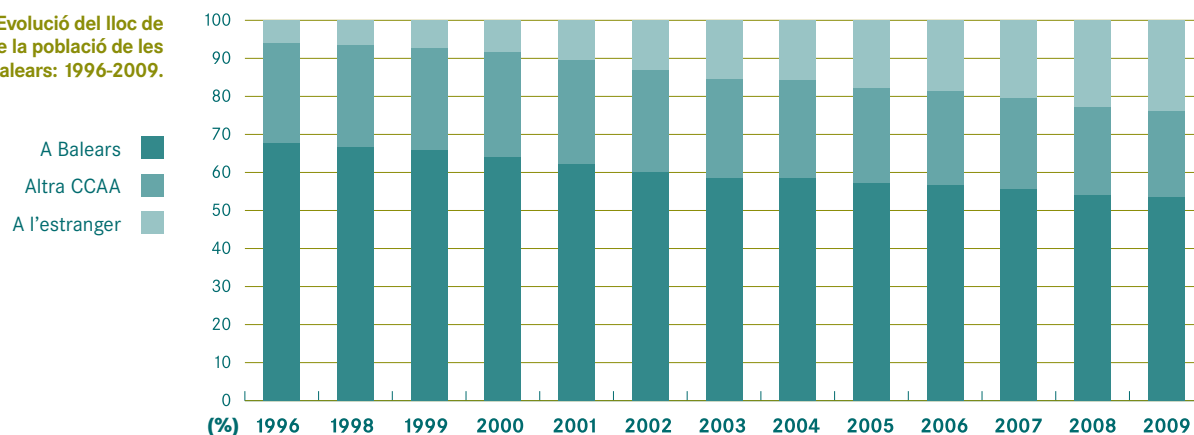
■ Europa
■ Amèrica
■ Àfrica
■ Àsia-Oceania

(%)

En relació amb la població autòctona, els immigrants presentaven una estructura de població més jove. El 75,1% de la població immigrant tenia entre 20 i 64 anys d'edat. L'edat mitjana dels nascuts a l'estranger havia disminuït, passant de ser de 43 anys el 1996 a 36 el 2008 (IBESTAT 2010).

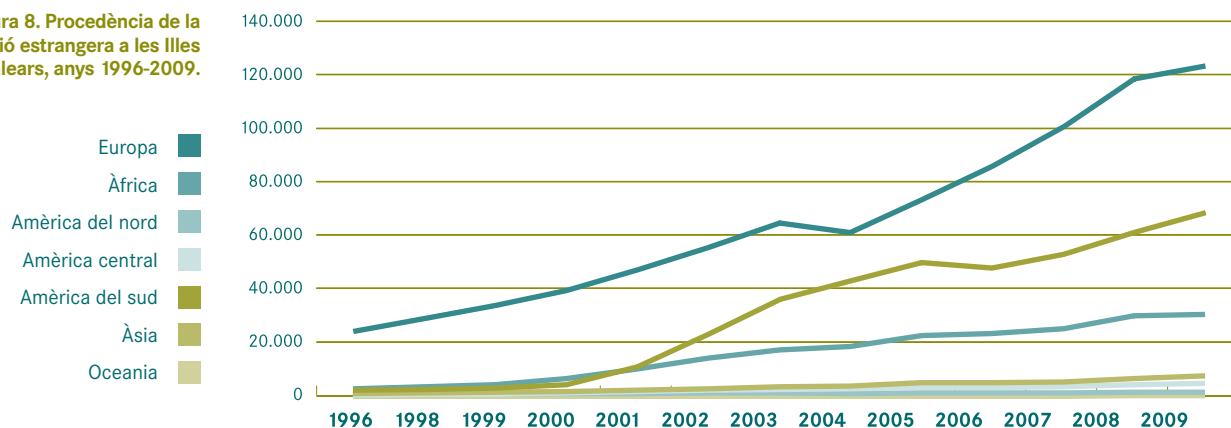
El creixement demogràfic observat als últims 13 anys havia estat a causa d'un fort increment de la població nascuda a l'estranger a les Illes, i passà del 6,1% l'any 1996 al 23,8% el 2009 (figura 7).

Figura 7. Evolució del lloc de naixement de la població de les Illes Balears: 1996-2009.



Aquest creixement havia estat a expenses de població amb una nacionalitat europea. No obstant, s'ha de destacar la tendència a l'alça observada a partir del 2001 d'altres nacionalitats, sobretot concentrades a Amèrica del sud i Àfrica (figura 8).

Figura 8. Procedència de la població estrangera a les Illes Balears, anys 1996-2009.





Com vivim: com a individus

Estils de vida

Els estils de vida condicionen una gran part de la morbimortalitat en societats com la nostra. Els resultats de la ESIB2007 i diversos estudis ajuden a analitzar els aspectes següents:

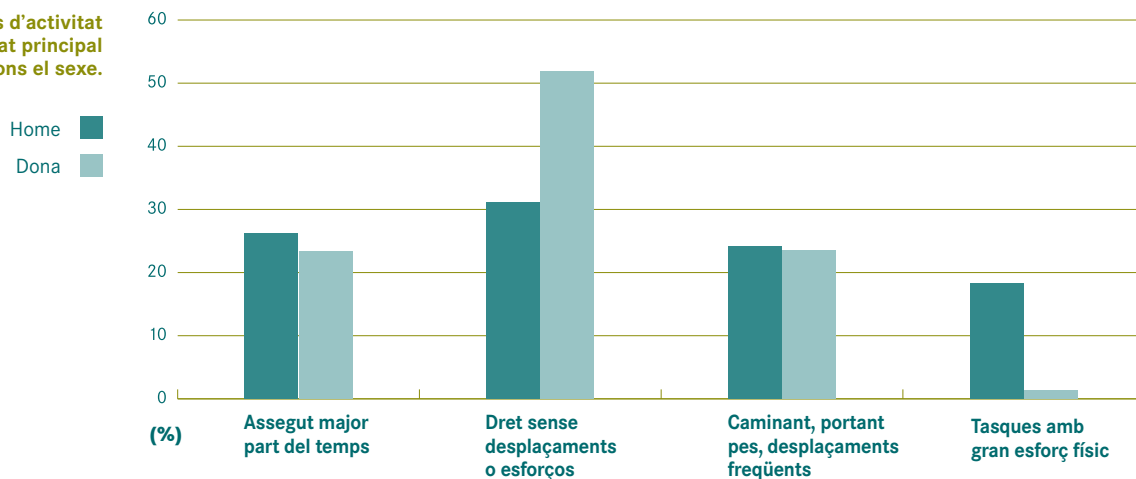
- **Activitat física:** Variabilitat de l'activitat física realitzada, amb diferències per edat, sexe i classe social. En població infantil, els nins feien més activitat física i en ambdós sexes haurien de dedicar menys temps a activitats sedentàries i més a activitat física.
- **Hàbits Alimentaris:** S'analitzaren els hàbits i es valorà la freqüència de consum de grups d'aliments. Destacava el consum de dolços, refrescs ensucrats, menjar ràpid i salat, en classes socials més desfavorides.
- **Pes corporal:** El 47,9% de la població presentava excés de pes.
- **Hores de son:** La mitjana d'hores de son disminuïa a 7,5 hores en edat adulta. Fins a l'11,8% presentava algun problema de son.
- **L'hàbit tabàquic:** Anàlisi dels patrons de consum. A les illes, el 30,3% dels majors de 15 anys eren fumadors. Predominaven els homes, encara que en joves eren les dones les més fumadores.
- **Consum d'alcohol:** Era la droga amb més demanda d'inici de tractaments per addicció. El consum era més elevat en homes (màxims riscos a patir dels 45 anys). El consum augmentava fins als 65 anys en ambdós sexes.
- **Consums de drogues:** Dades sobre actituds i opinions sobre les drogues en població de 15 a 64 anys. Destacava el consum de cànnabis en ambdós sexes i el de tranquil·litzants en les dones estudiants.
- **Hàbits sexuals:** L'edat d'inici de les relacions sexuals era més baixa que en el conjunt de l'Estat (17,8 anys), amb major nombre de parelles sexuals, major ús de prostitució i de persones diagnosticades d'una malaltia de transmissió sexual.
- **Interrupcions voluntàries de l'embaràs:** Un total de 13.939 casos d'IVE (2002-2006), amb augment progressiu. L'edat mitjana era de 27,6 anys. Màxima incidència en el grup 20-24 anys. La nacionalitat estrangera de la dona era del 41% del total d'IVE i del 28,9% dels casos hi havia algun avortament voluntari anterior. Embarassos en adolescents: increment progressiu.

1. L'activitat física

1.1. Activitat física a la feina

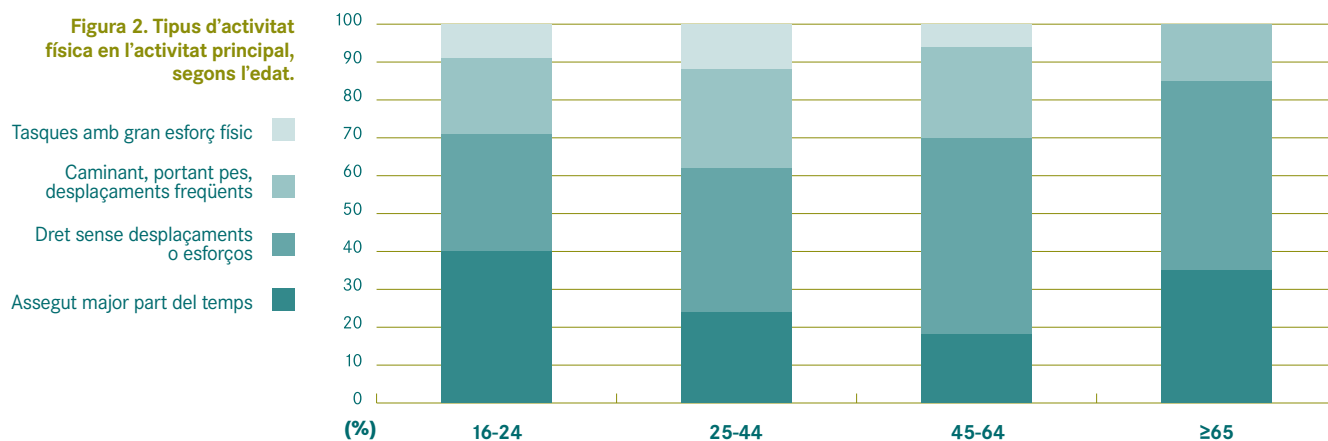
Dos de cada tres persones majors de 15 anys declaraven estar asseguts o drets sense grans desplaçaments durant la seva activitat principal (sobretot, les dones). Les tasques amb major esforç físic les realitzaven fonamentalment els homes (figura 1).

Figura 1. Tipus d'activitat física en l'activitat principal segons el sexe.



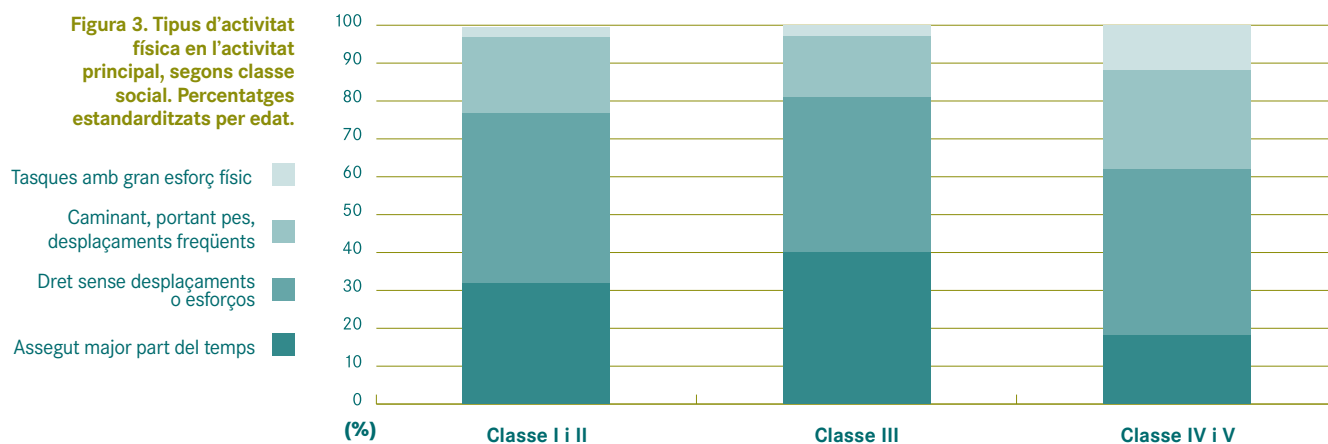
Els més joves i els majors de 65 anys eren els que passaven asseguts la major part de la jornada i les persones entre 25 a 44 anys eren les que realitzen més activitat física (figura 2).

Figura 2. Tipus d'activitat física en l'activitat principal, segons l'edat.



Les persones de classe social més desfavorida passaven menys temps asseguts i realitzaven tasques de major esforç físic (figura 3).

Figura 3. Tipus d'activitat física en l'activitat principal, segons classe social. Percentatges estandarditzats per edat.



1.2. Activitat física de lleure

El 57,2% de la població (58,8% dels homes i 55,6% de les dones) manifestava realitzar qualque tipus d'activitat física en el seu temps lliure, percentatge que disminuïa amb l'edat. Els homes més joves feien més activitat física que les dones de la seva mateixa edat.

Les persones de classe social alta dedicaven més temps lliure a l'activitat física (figura 4).

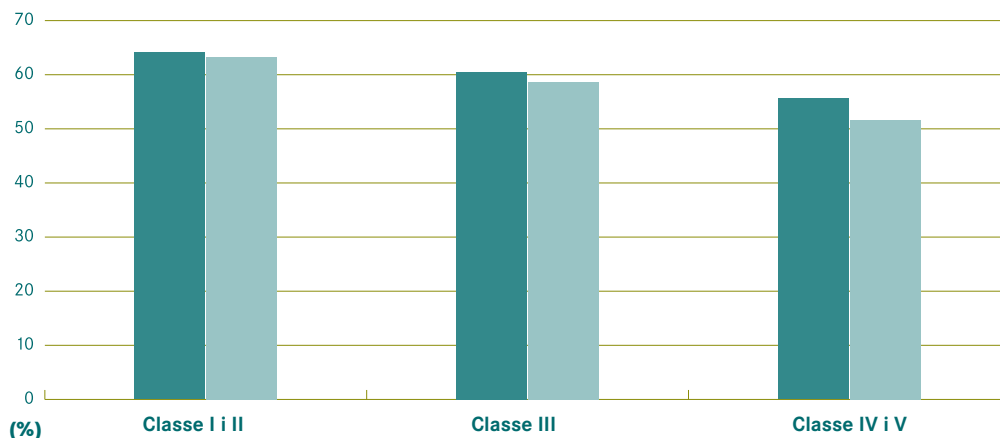


Figura 4. Dedicació al temps de lleure a l'activitat física, segons la classe social i el sexe. Percentatges estandarditzats per edat.

El 54,4% de la població adulta no feia tot l'exercici físic desitjat (57,3% de dones i 51,5% d'homes), fonamentalment les dones menors de 45 anys i els homes entre 25 i 44 anys (taula 1).

Taula 1. Població adulta que no feia tot l'exercici físic que desitjaria (%)

	Edat				Total
	16-24	25-44	45-64	≥ 65	
Homes	40,3	59,4	45,3	49,4	51,5
Dones	59,2	68,8	48,3	44,1	57,3

El motiu més freqüentment declarat era la manca de temps (49%), superior entre les dones (51,1%) que entre els homes (46,8%) seguit de la manca de força de voluntat.

Els motius adduïts variaven també en funció de l'edat. Les persones majors de 65 anys declaraven problemes de salut. Un 36,5% dels joves de 16-24 anys manifestaven no tenir força de voluntat per realitzar cap exercici. La manca de temps era el motiu més freqüent entre les dones d'entre 25 i 44 anys (figura 5).

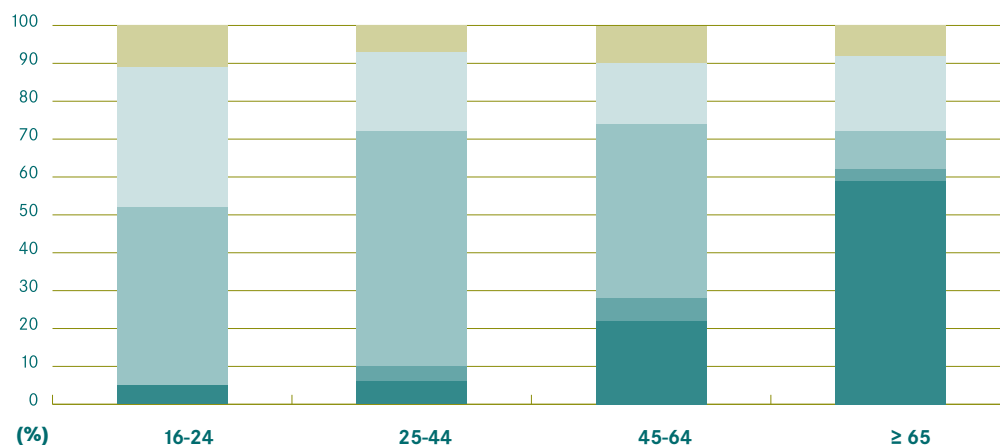


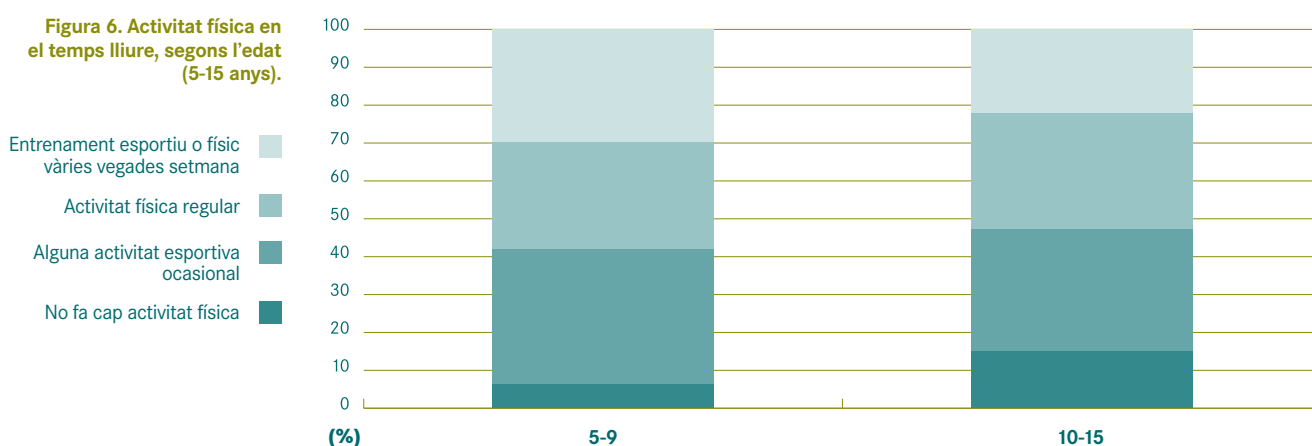
Figura 5. Motius per no realitzar l'exercici físic que desitjaven, segons l'edat.

En totes les classes socials, el motiu principal de no realitzar l'activitat física desitjada era la manca de temps.

1.3. Activitat física i altres activitats de lleure de la població infantil

L'11,3% dels nins i de les nines amb edats compreses entre els 5 i 15 anys no realitzava cap tipus d'activitat física en el seu temps lliure; el 33,7% en feia de manera ocasional; el 29,6% regularment i el 25,4% feia algun esport o activitat física diverses vegades a la setmana.

Els nins practicaven més activitat física que les nines. El percentatge de nines que no practicaven habitualment cap activitat era més del doble que el dels nins. Els nins i les nines més petits feien més activitat física que els majors (figura 6).



Els nins de classe social benestant realitzaven més activitat física que els nins de classe social desfavorida.

El 41,6% dels alumnes es desplaçaven habitualment amb cotxe per anar al centre escolar, un 46,3% hi anava caminant i un 16,2% en bus.

El 89,7% de la població d'entre 1 a 15 anys veien la televisió diàriament, hàbit més freqüent entre els nins de 5 a 9 (95,7%). El temps que dedicaven a veure la televisió, jugar a videojocs o a l'ordinador era de 2,2 hores de mitjana, i augmentava a 3 hores els caps de setmana. En general, els nins de les Pitiüses miraven la televisió més temps que els nins de Mallorca i de Menorca (taula 2).

Taula 2. Temps que dedicaven els infants i el jovent a mirar la televisió

	Pitiüses		Mallorca		Menorca		Total	
	DII-Dv	Cap de setmana	DII-Dv	Cap de setmana	DII-Dv	Cap de setmana	DII-Dv	Cap de setmana
Mitjana	2,3	3,4	2,1	3,0	1,9	2,9	2,1	3,0
DE	1,2	2,6	1,1	1,8	0,9	1,3	1,1	1,8

El 44,6% jugava amb els videojocs tots o quasi tots els dies (el 52,1% dels nins i el 36,5% de les nines), sobretot, el grup amb edats compreses entre 10 i 15 anys (67,3%), els residents a les Pitiüses (51,0%) i els nins de classe socioeconòmica IV i V (47,3%).

Malgrat que els nins dedicaven més hores a TV i videojocs, també dedicaven més temps a activitats esportives extraescolars. Un 24% de les dones no realitzava cap tipus d'esport extraescolar, mentre que un 42% dels homes hi dedicaven 5 hores o més a la setmana.

Segons l'estudi EPOIB i tenint en compte el temps dedicat a aquestes activitats, un 37% dels enquestats haurien de modificar els seus hàbits de vida, és a dir, veure menys televisió, ordinador, videojocs i fer més activitats físiques, sobretot els homes joves i les dones majors.

2. Hàbits alimentaris

La majoria de la població infantil (98,2%) i adulta (94,2%) esmorzen el dematí encara que aquest percentatge varia amb l'edat. Malgrat que la majoria de la població té aquest hàbit, només un 40% de la població infantil ho fa de manera adequada (lactis, cereals i fruita). Per una altra banda, el 73% del nins aconsegueixen amb la recomanació de menjar 5 vegades al dia, percentatge que disminueix entre els adolescents sobretot les dones (46%).

Un 66,7% de la població adulta consum diàriament fruita, i el 51,7% verdures i hortalisses, el consum augmenta amb l'edat i es més freqüent entre les dones (figures 7 i 8).

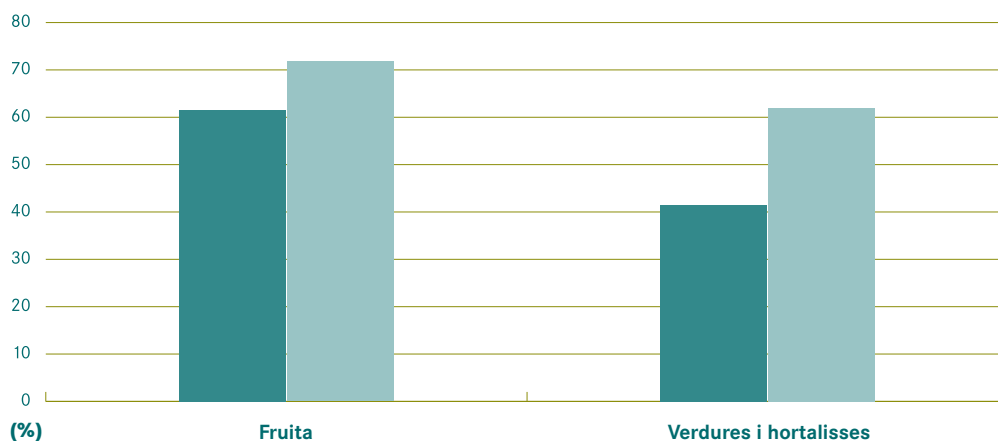


Figura 7. Consum diari de fruita i verdures i hortalisses segons el sexe. Població ≥ de 16 anys.

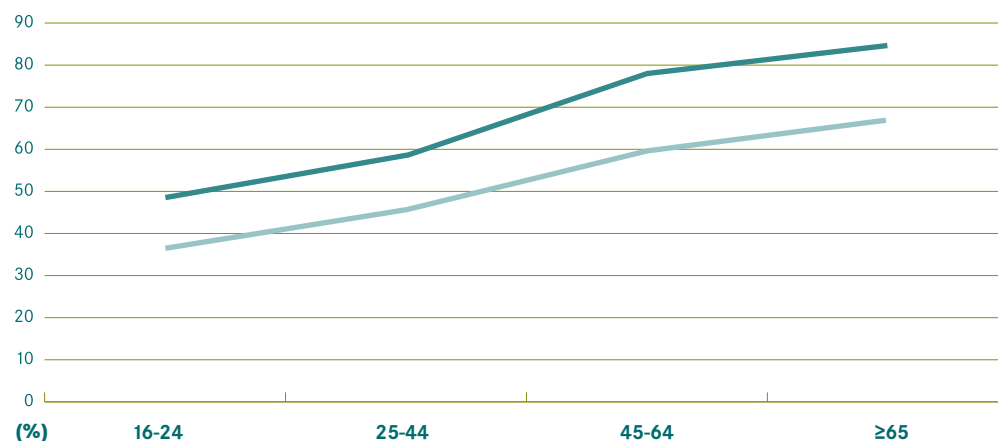
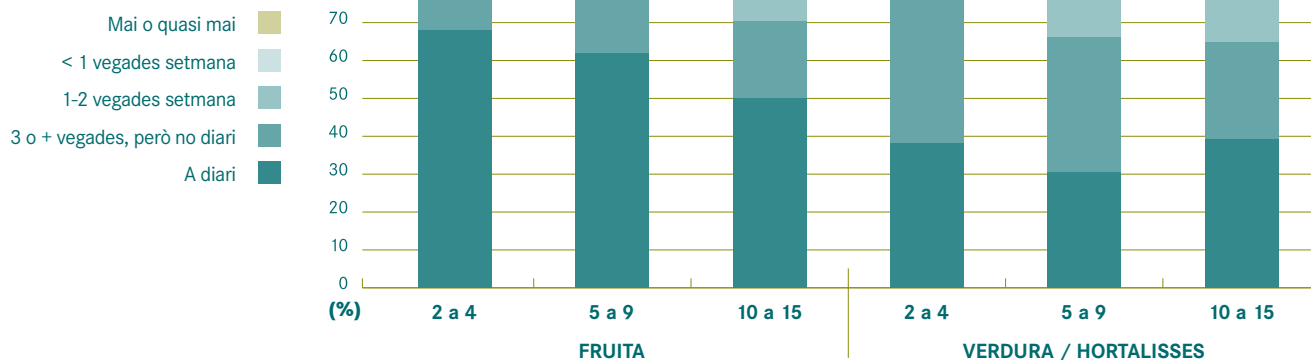


Figura 8. Consum diari de fruita i verdura i hortalisses segons l'edat. Població ≥ de 16 anys.

Entre la població infantil, el consum és menor el 58,8% menja a diari fruita, i el 36,6% verdures i hortalisses i disminueix amb l'edat (figura 9).

Figura 9. Consum diari de fruita i verdura i hortalisses. Població ≤ de 15 anys.



El consum diari de lactis és molt elevat entre la població infantil, disminueix en joves i a partir del 25 anys augmenta progressivament amb l'edat.

En les taules següents es presenten la freqüència de consum per grups d'aliments per a la població adulta i infantil (taules 3 i 4).

Taula 3. Consum de carn, peix, ous, llegums i embotits (%)

	Població infantil					Població adulta				
	Carn	Ous	Peix	Llegums	Embotits	Carn	Ous	Peix	Llegums	Embotits
A diari	19,2	1,4	0,7	2,4	39,3	18,2	2,2	2,2	3,0	22,5
3 o més vegades/setmana	65,4	14,8	23,9	12,3	22,2	59,0	15,3	27,8	13,8	20,7
1 o 2 vegades/setmana	13,9	66,6	54,6	59,3	18,0	19,7	62,9	50,5	56,4	23,1
Menys d'una vegada/setmana	0,7	13,0	13,6	17,5	8,4	1,6	15,5	14,7	21,3	21,3
Mai o quasi mai	0,7	4,2	7,2	8,5	12,2	1,5	4,2	4,8	5,4	12,3
Total	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

Taula 4. Consum de pasta, arròs, patates, pa i cereals (%)

	Població infantil		Població adulta	
	Pasta, arròs, patates	Pa, cereals	Pasta, arròs, patates	Pa, cereals
A diari	36,2	89,4	30,6	82,9
3 o més vegades/setmana	48,1	6,7	44,4	6,6
1 o 2 vegades/ setmana	13,8	1,6	19,6	4,4
Menys d'una vegada/setmana	1,0	0,6	4,1	3,8
Mai o quasi mai	0,9	1,7	1,2	2,3
Total	100,0	100,0	100,0	100,0

El consum diari de dolços és més freqüent en població infantil (taula 5).

Taula 5. Consum de refrescs ensucrats i dolços (%)

	Població infantil		Població adulta	
	Refrescs ensucrats	Dolços	Refrescs ensucrats	Dolços
A diari	18,5	38,1	20,3	26,1
3 o més vegades/setmana	13,1	22,8	12,3	12,6
1 o 2 vegades/ setmana	14,7	17,3	9,3	22,3
Menys d'una vegada/ setmana	17,4	12,0	17,0	19,4
Mai o quasi mai	36,3	9,7	41,1	19,5
Total	100,0	100,0	100,0	100,0

El consum diari de refrescs ensucrats i dolços augmentava entre les classes socials baixes (figura 10) .

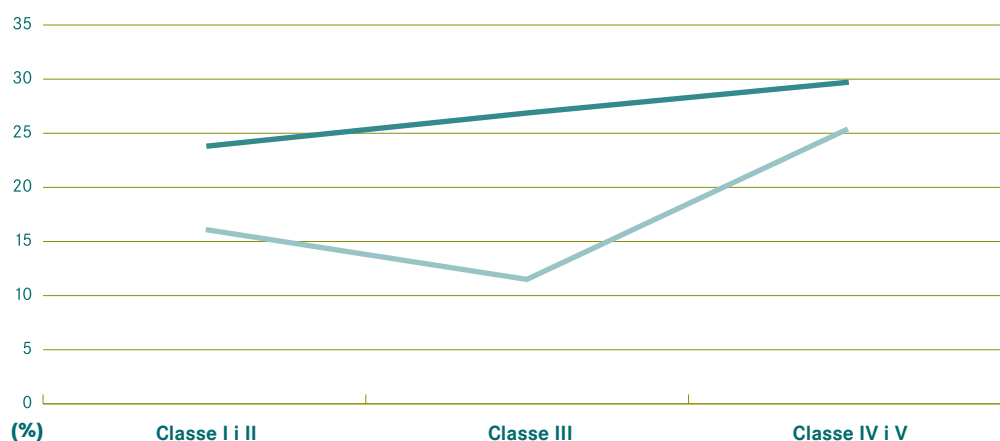


Figura 10. Consum diari de dolços i refrescs ensucrats segons la classe social. Percentatges estandarditzats per edat. Població total.

■ Dolços
■ Refrescs ensucrats

El 14,9% de la població infantil menjava aperitius o menjars salats molt freqüentment. El 12,9%, menjars ràpids (taula 6).

Taula 6. Consum de menjars ràpids i menjars salats en la població infantil (%)

	Menjars ràpids	Menjars salats
A diari	6,2	4,6
3 o més vegades/setmana	6,7	10,3
1 o 2 vegades/setmana	28,2	32,1
Menys d'una vegada/setmana	30,5	28,9
Mai o quasi mai	28,5	24,1
Total	100,0	100,0

En la població infantil, el consum de dolços, refrescos ensucrats, menjar ràpid i salat, s'incrementa amb l'edat i entre classe social desfavorida (figures 11 i 12).

Figura 11. Consum diari de dolços, refrescs ensucrats, menjar ràpid i salat segons l'edat. Població ≤ de 15 anys.

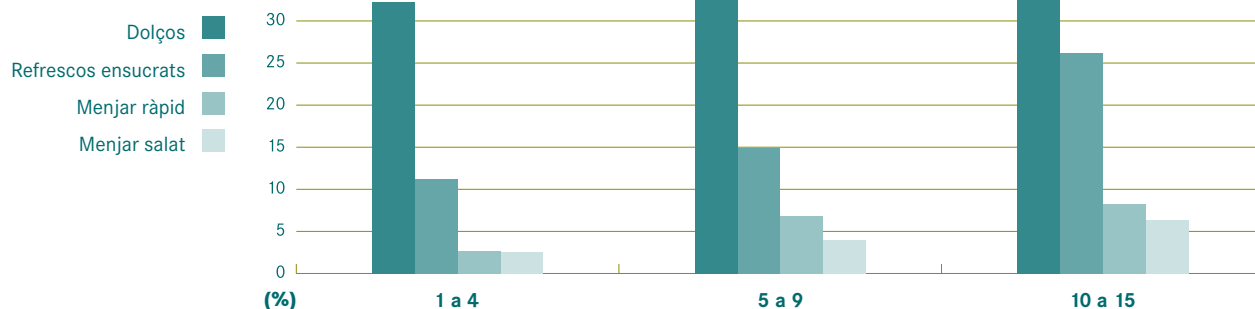
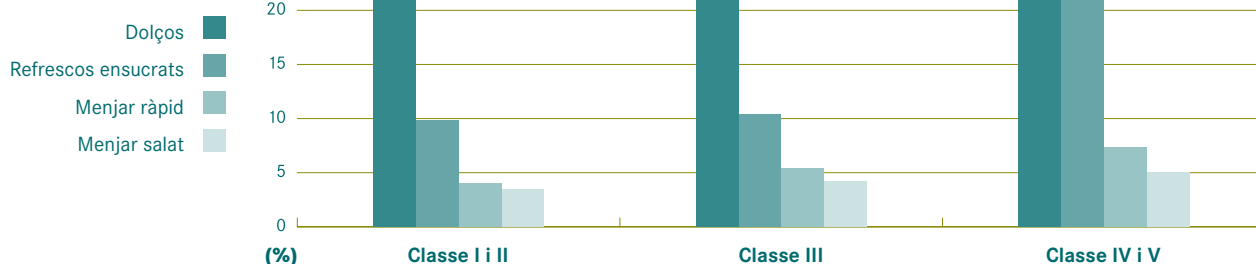
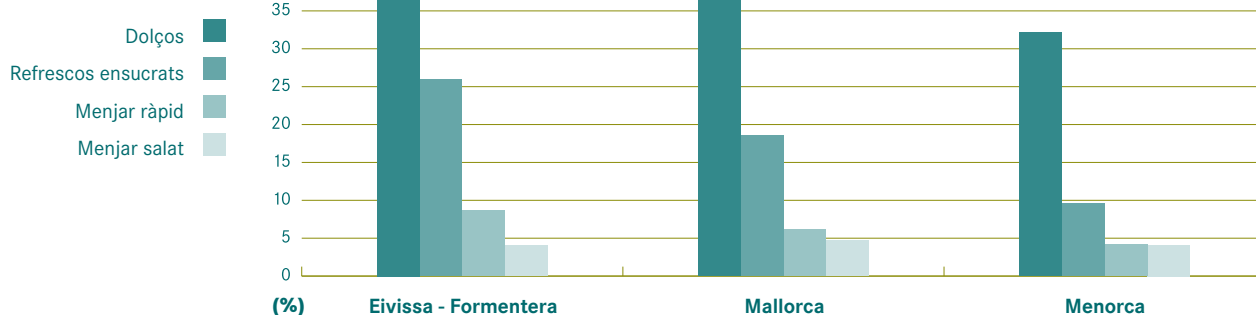


Figura 12. Consum diari de dolços, refrescs ensucrats, menjar ràpid i salat segons la classe social. Percentatges estandarditzats per edat. Població ≤ de 15 anys.



Tant el consum diari de dolços, refrescs ensucrats i menjar ràpid era més elevat a les illes Pitiüses. El consum de menjars salats era semblant a totes les illes (figura 13).

Figura 13. Consum diari de dolços, refrescs ensucrats, menjar ràpid i salat per illes. Població ≤ de 15 anys.



3. Pes corporal

El 47,9% de la població adulta de les Illes presenta un excés de pes (el 12,2% de la població era obesa i el 35,7% presentava sobrepès ($IMC \geq 25$ i ≤ 29). La freqüència de sobrepès era superior en homes (42,5%) que en dones (28,6%). La prevalença de baix pes era inapreciable en homes (0,4%) i un poc més alta en dones (4,9%) (figura 14).

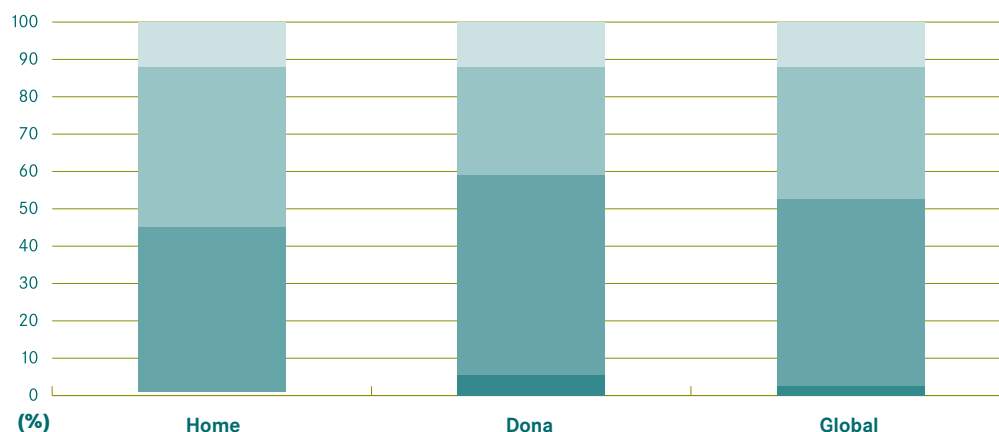


Figura 14. Prevalença del sobrepès i obesitat segons el sexe. Població ≥ de 18 anys.

Obesitat (IMC ≥ 30)
Sobrepès (IMC ≥ 25 i ≤ 29,9)
Pes adequat (IMC ≥ 18,5 i ≤ 24,9)
Baix pes (IMC < 18,5)

La prevalença de població amb excés de pes (sobrepès i obesitat) era més elevada a Eivissa i Formentera (51% de la població) (figura 15).

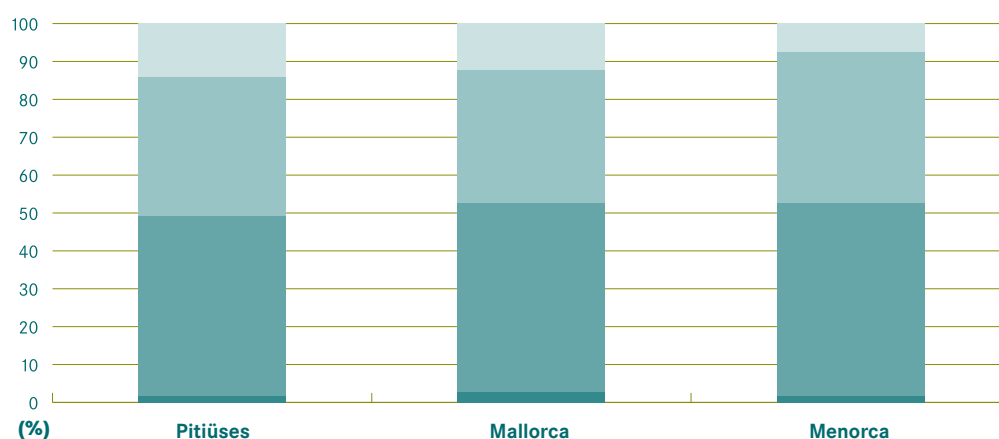


Figura 15. Prevalença del sobrepès i obesitat per illa. Població ≥ de 18 anys.

Obesitat (IMC ≥ 30)
Sobrepès (IMC ≥ 25 i ≤ 29,9)
Pes adequat (IMC ≥ 18,5 i ≤ 24,9)
Baix pes (IMC < 18,5)

L'excés de pes s'incrementava amb l'edat. A partir dels 65 anys arribava a ser del 64% (42,7% sobrepès i 21,4% obesitat) (figura 16).

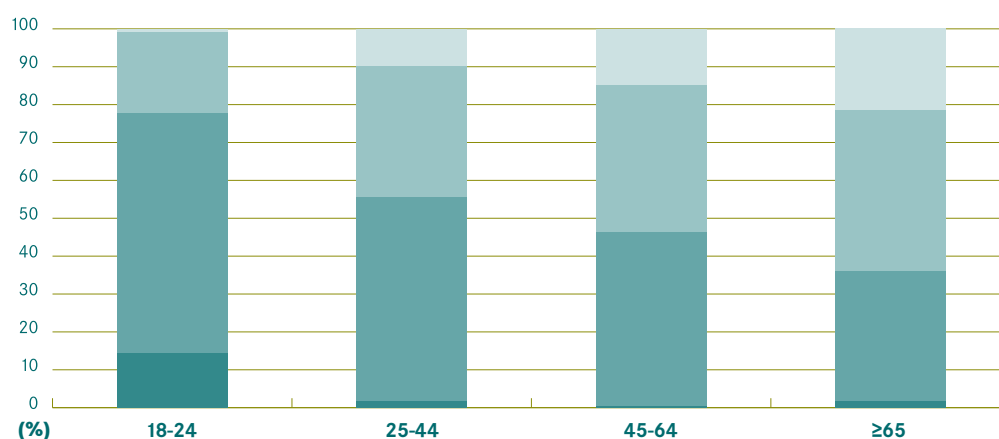


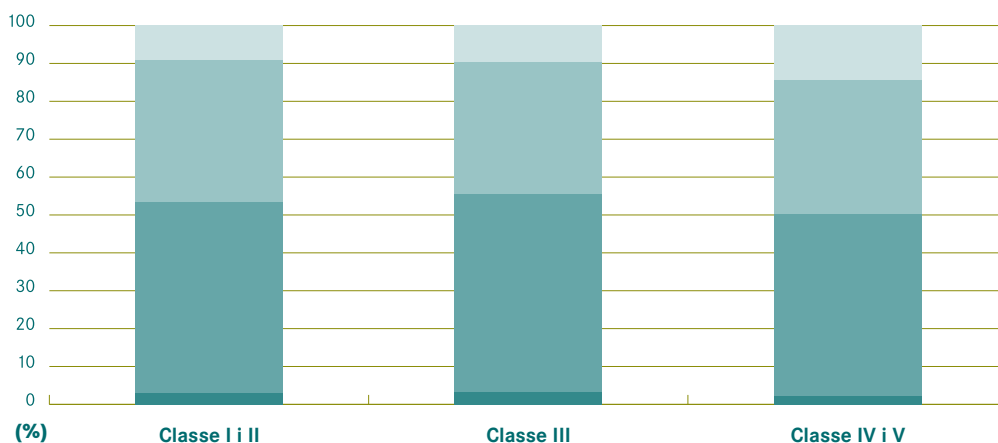
Figura 16. Prevalença del sobrepès i obesitat segons l'edat. Població ≥ de 18 anys.

Obesitat (IMC ≥ 30)
Sobrepès (IMC ≥ 25 i ≤ 29,9)
Pes adequat (IMC ≥ 18,5 i ≤ 24,9)
Baix pes (IMC < 18,5)

Entre la població de classe social baixa, la prevalença d'obesitat era més elevada (figura 17).

Figura 17. Prevalença del sobrepès i obesitat segons la classe social. Percentatges estandarditzats per edat. Població ≥ de 18 anys.

Obesitat (IMC≥30)
Sobrepès (IMC≥25 i ≤29,9)
Pes adequat (IMC≥18,5 i ≤24,9)
Baix pes (IMC<18,5)



En la població infantil, un de cada cinc alumnes de les Illes Balears presenta sobrepès (19%), percentatge més elevat entre els de 11-12 anys (24%). La prevalença de l'obesitat a les Illes Balears és del 9%. A les Illes Pitiüses la prevalença de sobrepès és més elevada sobretot entre les dones. (Figures 18 i 19)

Figura 18. Prevalença de l'obesitat per curs i sexe. Població infantil.

Obesitat
Sobrepès
Pes adequat
Infrapès

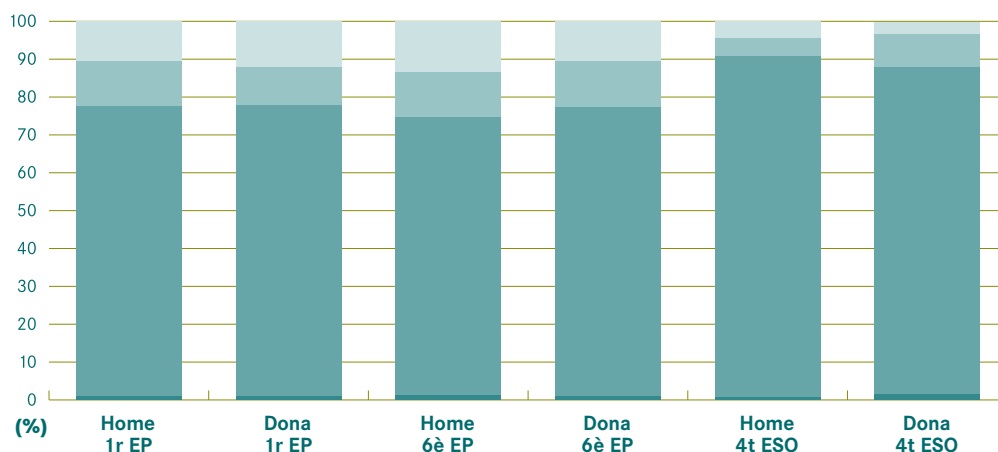
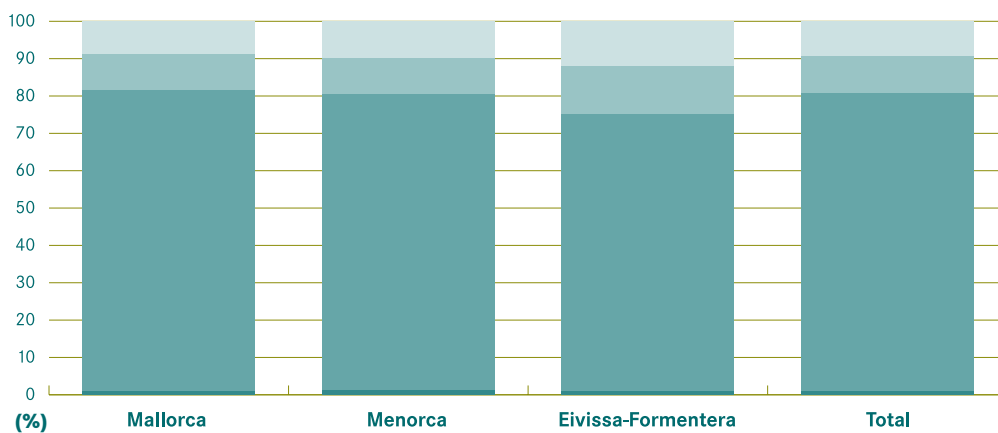


Figura 19. Prevalença de l'obesitat per illes. Població infantil.

Obesitat
Sobrepès
Pes adequat
Infrapès



La prevalença de l'obesitat infantil i juvenil és més elevada quan els pares són obesos o tenen un baix nivell d'estudis (figures 20 i 21).

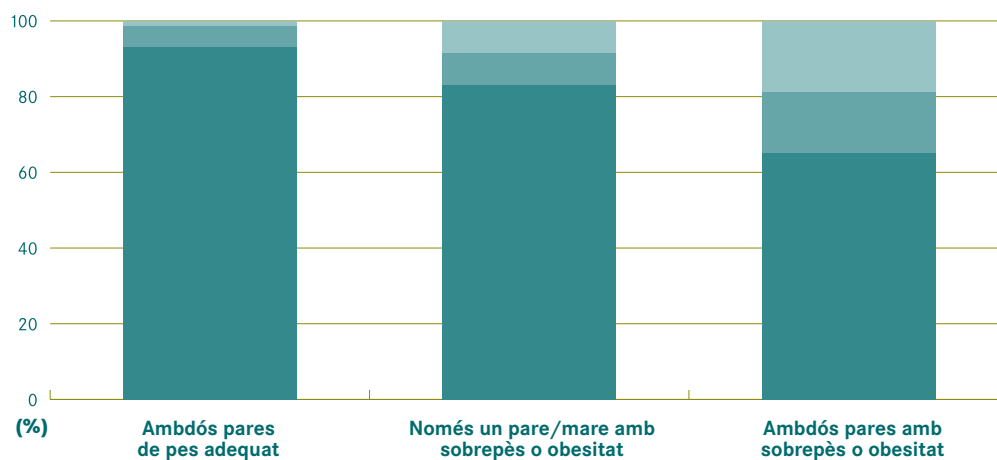


Figura 20. Relació de l'IMC dels pares i l'IMC dels alumnes.

Obesitat
Sobrepès
Pes adequat

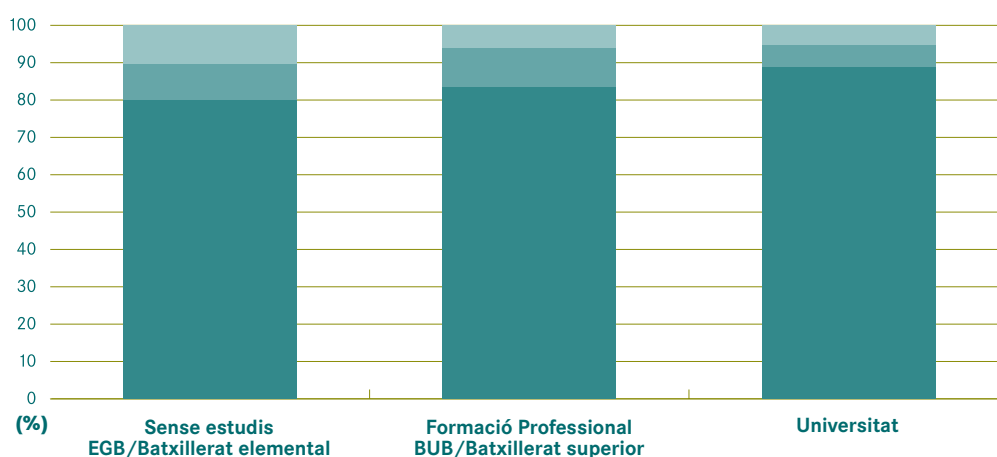


Figura 21. Relació entre el nivell d'estudis matern i l'IMC de l'alumne.

Obesitat
Sobrepès
Pes adequat

4. Hores de son

La població infantil dorm de mitjana 9,8 hores (DE=2,1) i disminueix amb l'edat i la població adulta 7,5 hores (DE=1,6).

L'11,8% de la població adulta té dificultats per quedar-se adormit la majoria o tots els dies. La població femenina més que la masculina (figura 22).

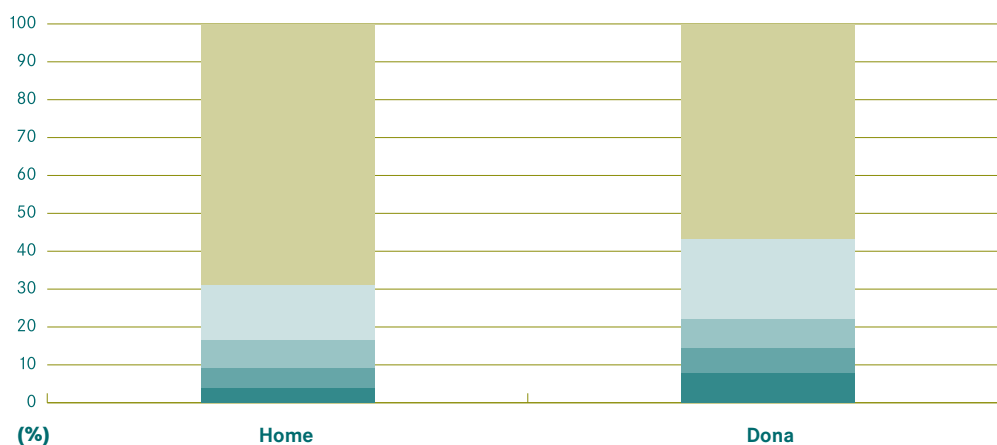
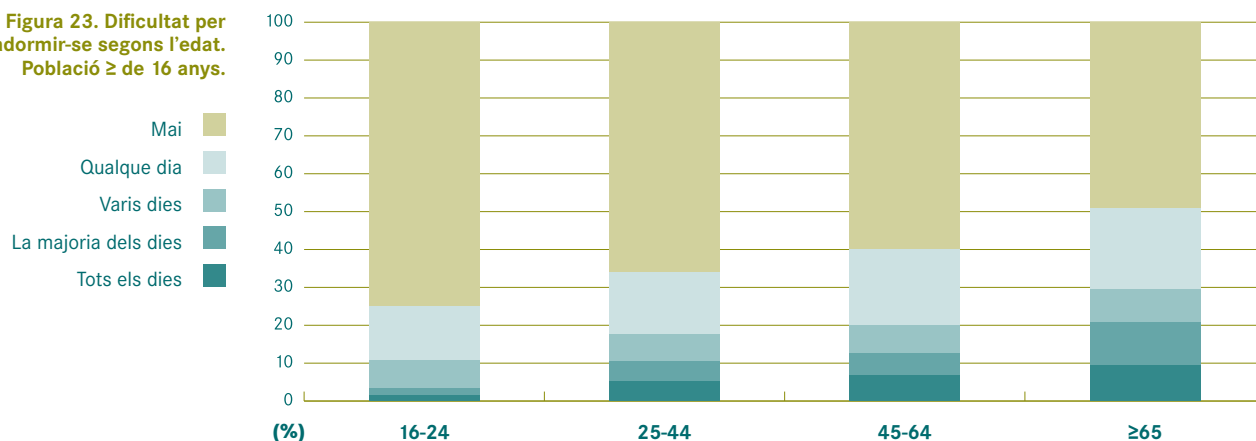


Figura 22. Dificultat per adormir-se segons el sexe. Població ≥ de 16 anys.

Mai
Qualque dia
Varis dies
La majoria dels dies
Tots els dies

La dificultat és més patent amb l'edat de la població (figura 23).

Figura 23. Dificultat per adormir-se segons l'edat. Població ≥ 16 anys.



Les dones de classes menys afavorides tenien més dificultat per quedar-se adormides que els homes.

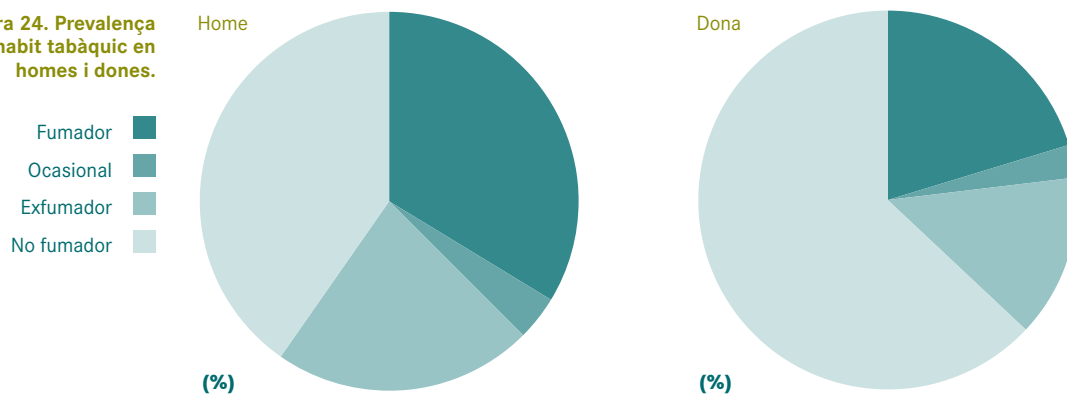
5. L'hàbit tabàquic

Entre els factors de risc per a la salut, el consum de tabac és, sens dubte, un factor crític en termes de morbiditat i mortalitat.

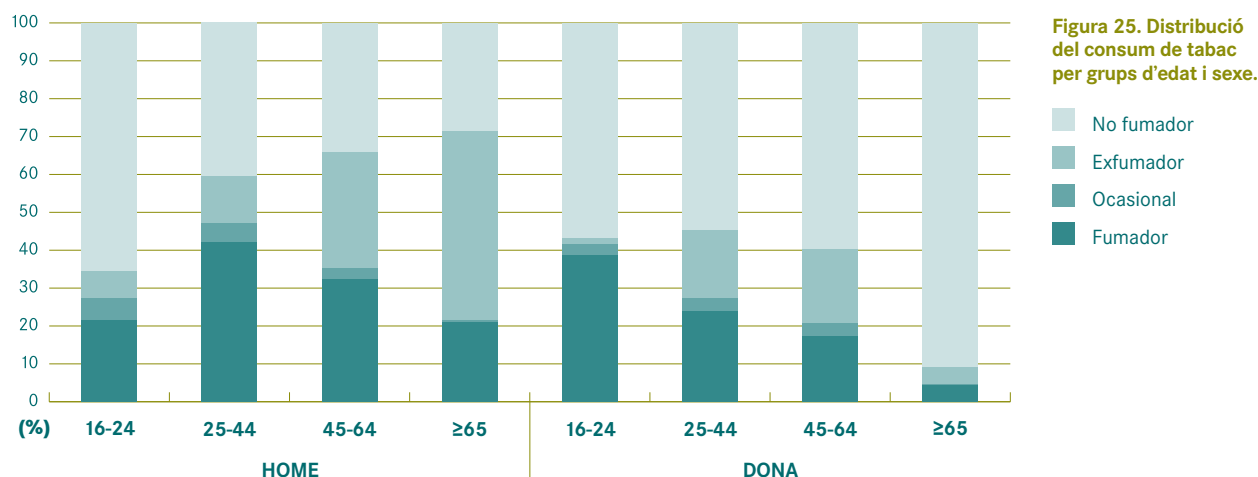
5.1. Prevalença de consum

A les Illes Balears, el 30,3% de les persones majors de 15 anys fumaven (27% diàriament i un 3,3% de manera ocasional) i el 69,7% es declaraven no fumadors (el 51,7% no havia fumat mai i el 18% havia deixat l'hàbit tabàquic). Els homes fumaven més (33,7%) que les dones (20,3%) (figura 24).

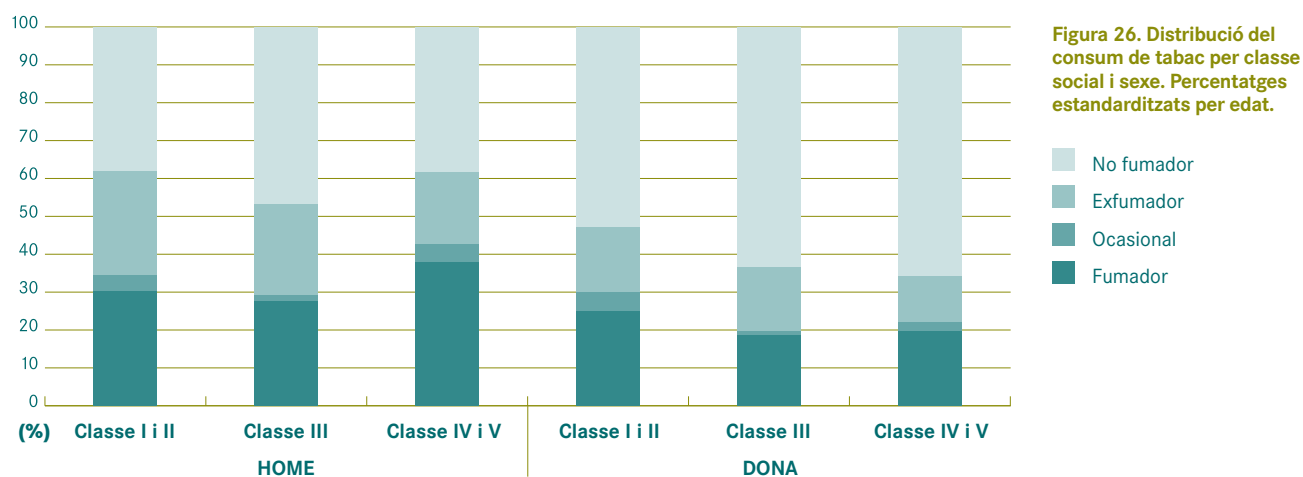
Figura 24. Prevalença de l'hàbit tabàquic en homes i dones.



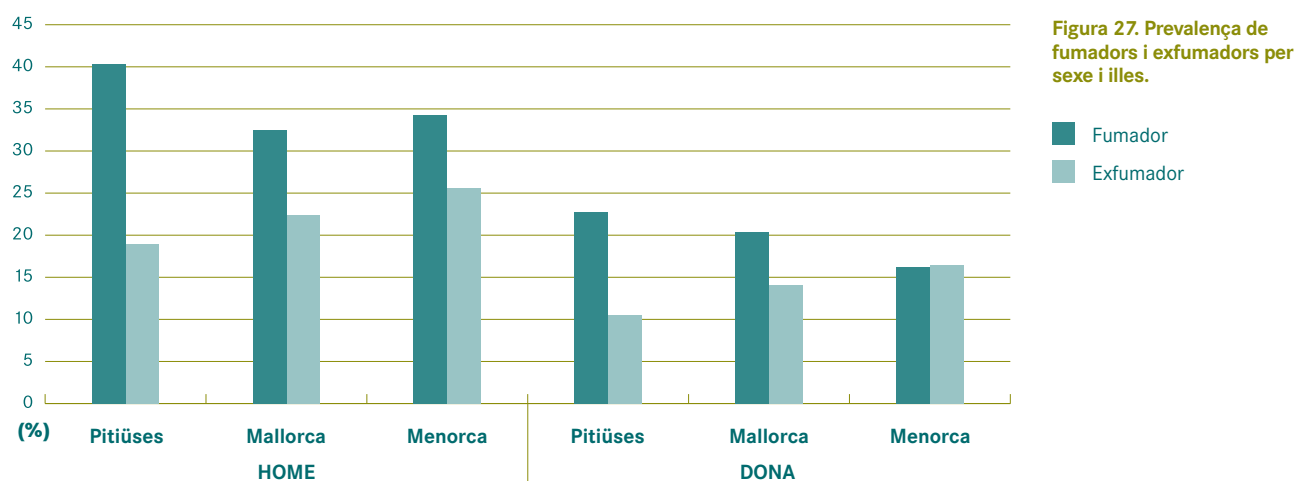
Entre els més joves (16-24 anys), la prevalença de fumadors era més elevada entre les dones, mentre que a la resta ho era entre els homes. Entre els homes, el grup d'edat que més fumava era el de 25-44 anys (figura 25).



Els homes de classes socials desfavorides fumaven més. La prevalença d'exfumadors era més elevada entre la classe social alta (grup I i II) sobretot els homes (figura 26).



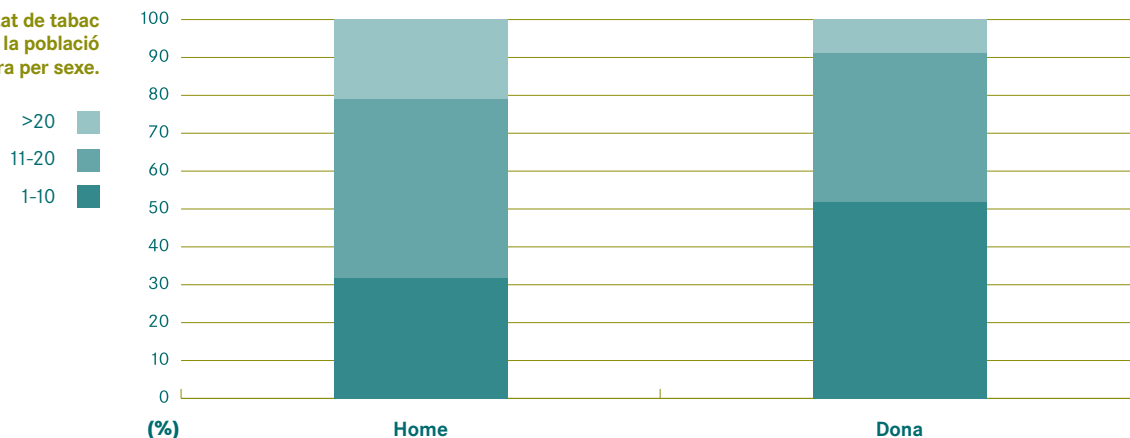
A les Pitiüses, s'observava una freqüència de fumadors més elevada i d'exfumadors més baixa en ambdós sexes. En canvi, a la resta de les Illes les diferències entre fumadors i exfumadors s'acurçaven, especialment entre les dones menorquines (figura 27).



5.2. Quantitat consumida i edat d'inici

La mitjana diària de cigarrets entre la població fumadora era de 16. El 16,5% declarava un elevat consum de tabac (més de 20 cigarrets/dia) sobretot els homes (21,2% dels homes i un 8,8% de les dones) (figura 28).

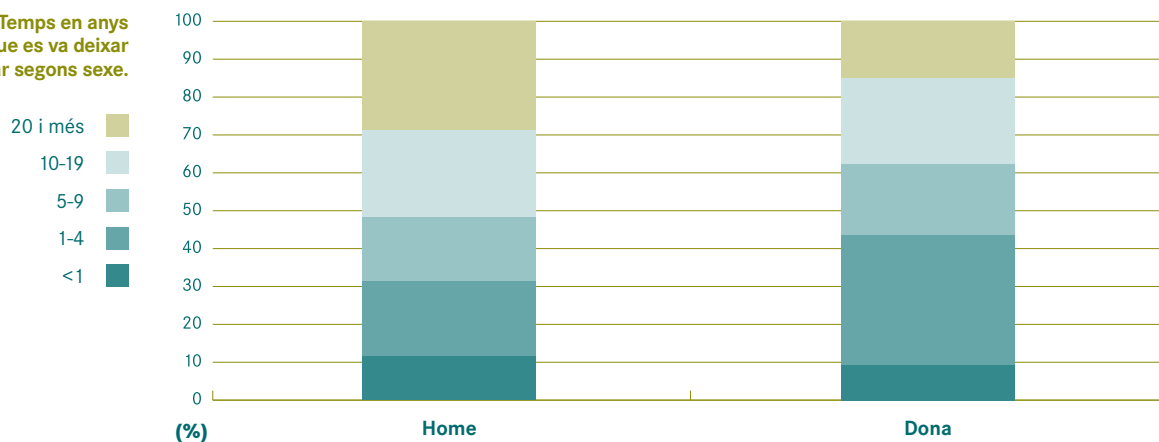
Figura 28. Quantitat de tabac consumit per la població fumadora per sexe.



L'edat mitjana d'inici de consum era de 17,5 anys, similar en ambdós sexes. Les dones majors de 45 anys començaren a fumar, en mitjana, més tard que els homes i les dones més joves.

Del 18% d'exfumadors, les dones feia menys temps que havien deixat l'hàbit (figura 29).

Figura 29. Temps en anys que fa que es va deixar de fumar segons sexe.



Les raons adduïdes per deixar de fumar varen ser principalment: la decisió per voluntat pròpia (61,8%) i sentir molèsties (19,2%).

El consell mèdic i el sentir molèsties eren els motius declarats amb més freqüència entre les persones majors. Entre els joves, era la preocupació dels seus efectes i per voluntat pròpia.

5.3. Fum de tabac ambiental

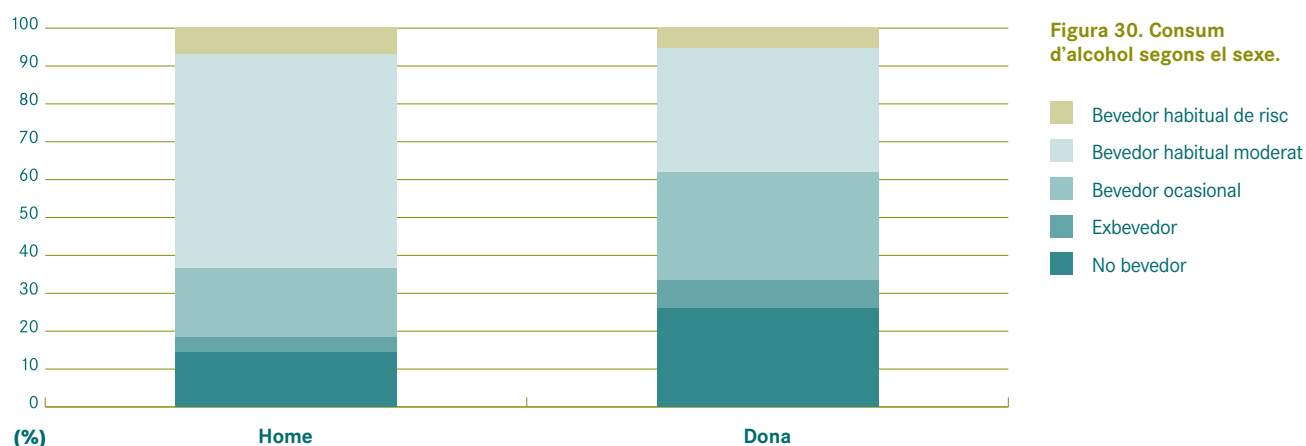
Un 62,9% de la població afirmava que no fumava ningú a la seva llar davant els nins, un 4,6% quasi mai, un 9,2% qualche vegada, un 3,6% quasi sempre i el 19,7% sempre.

Per illes, a Mallorca en el 64,2% de les llars no es fumava mai davant els nins, a les Pitiüses en el 60,5% i a Menorca en el 54,4%.

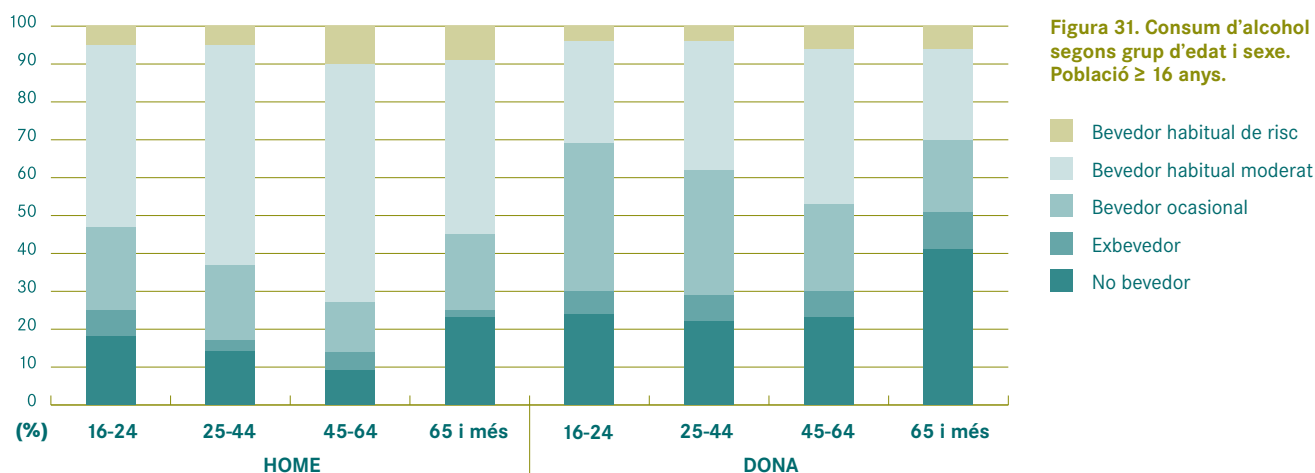
6. Consum d'alcohol

A l'ESIB, el 74,1% de la població adulta declarava haver consumit alcohol l'any previ a l'entrevista (81,7% dels homes i 66,5% de les dones).

La meitat de la població consumidora ho feia de manera habitual, el 44,6% de manera moderada, i el 6,1% eren consumidors de risc. La prevalença de consum era més elevada en els homes. El consum ocasional era més freqüent entre les dones i, el de risc, lleugerament més freqüent entre els homes (figura 30).



El consum moderat d'alcohol augmentava amb l'edat, en ambdós sexes, fins als 65 anys, edat a partir de la qual disminuïa. En les dones hi havia una major freqüència de consumidors ocasionals sobretot entre les més joves (figura 31).



La informació obtinguda del sistema d'informació permanent sobre addicció a drogues revelava que l'any 2007 l'alcohol va ser la droga que generava més demandes d'inici de tractaments, fet que ocorre des del 2004. Les dones consultaven sobre l'alcohol en un percentatge més alt que els homes (48% vs. 35,8%). La primera font de derivació eren els serveis sanitaris, especialment els metges d'atenció primària.

7. Consum de drogues il·lícites

7.1. Prevalença de consum

L'Enquesta domiciliària sobre alcohol i drogues (EDADES 2007) dirigida a la població d'entre 15 i 64 anys recollia informació sobre les actituds i opinions que tenien enfront del consum de drogues.

Un 11,4% declararen el consum ocasional de qualche tipus de substància il·legal els darrers 12 mesos previs a l'estudi. El cànnabis era la substància més consumida, seguida de la cocaïna. L'èxtasi, els al·lucinògens i les amfetamines presentaren prevalences de consum en el darrer any al voltant de l'1%. L'heroïna i les substàncies volàtils foren les substàncies de menor consum en la població (taula 7).

Taula 7. Prevalença de consum de les diferents drogues (%)

	Qualque vegada a la vida	Últims 12 mesos	Últims 30 dies	Diari
Cànnabis	31,3	10,7	7,5	1,8
Cocaïna	8,9	3,3	1,6	0,0
Èxtasi	5,1	1,7	0,1	0,0
Amfetamines	2,5	0,1	0,1	0,0
Al·lucinògens	2,6	0,1	0,1	0,0
Heroïna	1,0	0,0	0,0	0,0
Inhalats	0,5	0,1	0,0	0,0

Els homes consumien més cànnabis, cocaïna i èxtasi, al·lucinògens i heroïna (taula 8).

Taula 8. Prevalença de consum de les diferents drogues, segons el sexe (%)

	Qualque vegada a la vida		Últims 12 mesos		Últims 30 dies		Diari	
	Home	Dona	Home	Dona	Home	Dona	Home	Dona
Cànnabis	39,0	24,8	15,3	6,8	11,5	4,2	3,1	0,8
Cocaïna	12,7	5,8	5,6	1,4	2,8	0,6	0,0	0,0
Èxtasi	6,4	4,0	2,4	1,2	0,2	0,0	0,0	0,0
Amfetamines	2,9	2,2	0,2	0	0,2	0,0	0,0	0,0
Al·lucinògens	3,6	1,8	0,2	0,2	0,0	0,2	0,0	0,0
Heroïna	1,4	0,6	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Inhalats	0,7	0,4	0,0	0,2	0,0	0,0	0,0	0,0

El patró de consum diferia també segons l'edat (taula 9).

Taula 9. Prevalença de consum de les diferents drogues, segons l'edat (%)

	Qualque vegada a la vida		Últims 12 mesos		Últims 30 dies		Diari	
	15-34	35-64	15-34	35-64	15-34	35-64	15-34	35-64
Cànnabis	45,3	21,9	20,7	3,9	15,1	2,5	4,3	0,2
Cocaïna	12,6	6,5	6,2	1,4	3,0	0,7	0,0	0,0
Èxtasi	8,2	3,1	3,5	0,5	0,3	0,0	0,0	0,0
Amfetamines	3,5	1,8	0,3	0,0	0,3	0,0	0,0	0,0
Al·lucinògens	3,0	2,4	0,3	0,0	0,3	0,0	0,0	0,0
Heroïna	1,4	0,7	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Inhalats	1,1	0,2	0,3	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0

El 70,7% dels que havien experimentat amb el cànnabis en el darrer any, referien consum actual. La continuïtat en el consum diari era elevada. El 24,3% dels que consumien en el mes previ ho feien diàriament. La continuïtat dels qui havien experimentat qualche vegada a la vida i consumiren en l'últim mes fou del 24,1%.

La cocaïna es consumia més en pols (esnifada) que cocaïna base (crack). L'experimentació i el consum recent (darrers 12 mesos i darrer mes) de cocaïna en general es concentren en homes joves (menors de 35 anys) amb diferències amb els homes de més edat i les dones de la mateixa edat.

El 37,3% de les persones que havien experimentat amb la cocaïna referien consum actual, i el 48,4% varen consumir el darrer mes. La continuïtat dels qui havien experimentat qualche vegada a la vida i consumiren en l'últim mes fou del 22% i el 10% de les dones.

El 6,3% de les persones que havien experimentat amb èxtasis en l'últim any, referien consum actual. El 100% de les persones que havien experimentat amb amfetamines o heroïna i el 50% dels que havien al·lucinògens en l'últim any, varen declarar consum actual.

Per una altra banda, l'Enquesta escolar sobre consum de drogues en la població d'entre 14 i 18 anys (ESTUDI EDADES) assenyalava el cànnabis, amb diferència, la droga més estesa entre els estudiants de 14 a 18 anys. També destacava el consum de tranquil·litzants entre les dones (taula 10).

Taula 10. Prevalença del consum de diferents substàncies, segons sexe en població de 14-18 anys

	Qualque vegada		Últims 12 mesos		Últims 30 dies	
	Home	Dona	Home	Dona	Home	Dona
Tranquil·litzants	5,7	9,2	3,6	5,8	1,5	3,9
Cànnabis	45,3	46,6	39,6	37,6	27,3	25,7
Cocaïna	6,6	7,4	5,4	4,5	2,0	2,4
Heroïna	1,0	0,3	0,7	0,3	0,6	0,3
Speed i Amfetamines	3,1	2,9	1,9	1,3	1,3	0,9
Èxtasi	3,6	3,7	2,5	1,4	1,3	0,5
Al·lucinògens	9,7	3,9	7,3	1,8	3,6	0,8
Substàncies volàtils	4,6	2,1	3,7	1,2	2,0	0,9

La proporció de consumidors augmentava amb l'edat entre els 14 i els 17 anys a totes les substàncies (figura 32).

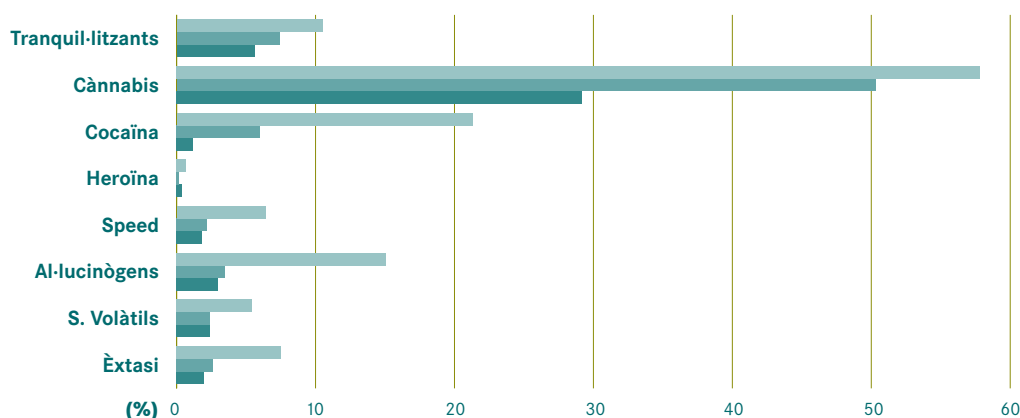


Figura 32. Comparació de l'evolució del consum qualche vegada amb l'edat. (Proporció de consumidors de cada substància).

■ 14 anys
■ 16 anys
■ 18 anys

Un 87,1 dels estudiants de 14 a 18 anys manifestava estar suficientment informat en relació amb el consum de drogues, i els efectes i els problemes associats amb les distintes substàncies i formes de consum.

7.2. Edat d'inici de consum

Els homes varen començar el consum a una edat més jove per a totes les substàncies. Per grups d'edat foren els més joves qui varen començar a consumir a una edat més primerenca (taula 11).

Taula 11. Edat mitjana d'inici total, per grups d'edat i sexe, per totes les substàncies

	Total	Home	Dona	15-24	25-34	35-44	45-54	55-64
Cànnabis	17,8	17,2	18,7	15,4	17,8	19,4	19,4	21,8
Cocaïna base	20,3	18,2	31	17,2	24,0	25,7	17,0	16,0
Cocaïna pols	20,7	19,2	23,3	15,8	19,8	23,2	25,9	26,3
Èxtasi	19,9	19,4	20,7	16,0	19,4	22,0	30,0	32,5
Amfetamines	19,8	19,6	20,1	16,8	21,0	20,7	17,5	20,0
Al·lucinògens	21	20,1	22,4	18,2	20,5	21,6	22,3	29,0
Heroïna	18,7	17,7	20,7	16,7	18,5	17,5	23,0	-
Inhalats	19	15,7	24	18,0	26,0	15,0	-	-

El 67% dels homes que havien consumit cocaïna pols s'iniciaren en el seu consum abans dels 20 anys i el 80% ho va fer abans dels 25. El 63% de les dones consumidores declaraven haver provat la cocaïna pols abans dels 25 anys.

7.3. Percepció de risc i accessibilitat

Quant a la percepció de risc, consideraven el consum d'heroïna, cocaïna i èxtasi, les substàncies que més problemes poden produir. Aquesta percepció de risc era més acusada entre les dones per a totes les substàncies i entre les persones grans.

El cànnabis i la cocaïna eren les substàncies més accessibles. Un 37,9% de la població considerava "molt fàcil o relativament fàcil" aconseguir aquestes substàncies en el termini de 24 hores. Els homes i els joves entre 25 i 34 anys declaraven tenir més facilitat.

7.4. Demandes de tractament

Per una altra banda, el sistema d'informació permanent sobre addicció a drogues revelava que l'any 2007 s'havien rebut 2.107 notificacions d'inici de tractament per drogodependències, dels quals, 1.715 eren homes (81,4%) i 392 dones (18,6%), nombre semblant a l'any anterior (2.082). L'alcohol va ser la droga que generà més admissions 802 (38,1%), seguit de la cocaïna 612 (29%), els opiacis 505 (24%) i, a més distància, el cànnabis 147 (7%), les amfetamines i les drogues de disseny 24 (1,1%), els hipnòtics i sedants 15 (0,7%) i altres drogues 2 (0,1%), una de les quals era per ketamina. Els homes consultaven més que les dones per opiacis (25,5% vs. 17,1%) i per cocaïna (29,7% vs. 26,3%) i les dones per alcohol.

El 74,3% de les admissions a tractament havien tengut lloc a centres de Mallorca, el 8,5% a Menorca i el 17,1% a Eivissa. A Menorca, s'observava una demanda més elevada per consum d'opiacis i més baix per alcohol. A Eivissa, el percentatge d'admissions per consum de cocaïna era més elevat que a la resta de les Illes. Les admissions per cocaïna i cànnabis seguien una tendència ascendent. Des del 2004, l'alcohol és la droga que genera més admissions.

Les persones admeses a tractament per opiacis acudien principalment per iniciativa pròpia o derivades d'un altre servei de drogues; en el cas d'admissió a la cocaïna, a més de la iniciativa pròpia, també és important el consell de familiars o amics. En el cas del cànnabis, predominaven les derivacions per consell de familiars i amics, seguit de las derivacions des de serveis legals o per iniciativa pròpia.

La mitjana d'edat d'aquestes persones admeses a tractament era de 35,3 anys. A les dones, la mitjana d'edat era dos anys superior a la dels homes (36,9 v 34,9). Les persones de més edat eren les admeses per alcohol (42,8 anys) i les més joves, per cànnabis (23,1 anys). Tres de cada quatre persones havien estudiat només primària o, com a màxim l'etapa de secundària obligatòria (78,3%).

Un de cada quatre admesos per opiacis vivia a la presó, a altres institucions o tenia un allotjament precari o inestable.

L'edat mitjana d'inici en el consum de drogues d'aquestes persones era de 21,3 anys, amb una mediana de 19. Les dones eren mes grans amb una mitjana i una mediana de 24,2 i 21 respecte a 20,6 i 18 en els cas dels homes. Per tipus de droga, l'edat mitjana d'inici era molt més baixa en les admissions per cànnabis que en les admissions per les altres drogues.

S'observava una tendència ascendent en el nombre d'admissions per cocaïna, mentre que les admissions per a la resta de drogues es mantenien estables.

8. Hàbits sexuals

L'Enquesta d'hàbits sexuals realitzada l'any 2003 mostrava que a les Illes Balears l'edat d'inici de la primera relació sexual era més baixa en homes que en dones i més baixa en ambdós que al conjunt de l'Estat (taula 12).

Taula 12. Edat de la primera relació sexual en persones de 18 a 49 anys per sexe

	Ambdós sexes		Home		Dona	
	Mitjana	Desviació típica	Mitjana	Desviació típica	Mitjana	Desviació típica
Total	18,6	3,3	18,1	3,3	19,1	3,2
Illes Balears	17,8	3,0	17,3	2,8	18,4	3,2

El 44,3% de la població enquestada declarava haver utilitzat preservatiu en la darrera relació sexual (47,1% dels homes i 41,1% de les dones).

El nombre de parelles amb els quals havien mantingut relacions sexuals era més elevat entre la població de les Illes comparat amb el conjunt de l'Estat, sobretot els homes (taula 13).

Taula 13. Nombre de parelles sexuals en la vida en persones de 18 a 49 anys, per sexe (%)

	Una parella	Dues parelles	Tres o quatre parelles	De cinc a nou parelles	Deu o més parelles
Ambdós sexes					
Total nacional	39,8	15,9	19,4	12,1	12,9
Illes Balears	31,8	12,5	15,9	15,8	24,1
Homes					
Total nacional	24,4	14,1	22,3	17,7	21,6
Illes Balears	17,8	12,0	15,9	14,6	39,6
Dones					
Total nacional	55,6	17,7	16,3	6,2	4,1
Illes Balears	46,4	12,9	15,7	17,1	7,9

Un 39,7% dels homes entre 18 i 49 anys declaraven haver fet ús de la prostitució, percentatge molt més elevat que la mitjana nacional (25,8%), la majoria d'ells (88,2%) havien utilitzat preservatiu a la darrera relació sexual de prostitució.

El 17% havia tingut parelles ocasionals el darrer any abans de l'entrevista, percentatge molt més elevat entre els homes (taula 14).

Taula 14. Taxa de persones que havien tingut parelles ocasionals en l'últim any, per sexe (%)

	Ambdós sexes	Homes	Dones
Total	14,5	21,8	6,9
Illes Balears	17,4	26,4	7,9

El percentatge de persones diagnosticades d'una malaltia de transmissió sexual era més elevada a Balears, amb percentatges similars en ambdós sexes (taula 15).

Taula 15. Persones a les quals havien diagnosticat malaltia de transmissió sexual, per sexe (%)

	Ambdós sexes	Homes	Dones
Total	5,4	5,8	4,9
Illes Balears	9,1	8,5	9,7

Per una altra banda, els resultats de l'Enquesta *Health behaviour in school-aged Children* de la població amb edats compreses entre 14 i 18 anys de les Illes Balears revelava que l'edat mitjana de la primera relació sexual era de 14,8 anys.

El 89,9% dels que manifestaven haver tingut relacions sexuals utilitzaven qualche mètode anticonceptiu, pràctica menys freqüent entre els més joves (15-16 anys) (81%) i els alumnes de classe social baixa (80%).

El preservatiu era el mètode anticonceptiu més utilitzat (87,6%). El seu ús s'incrementava amb l'edat (80% entre els joves de 15-16 anys, 92,4% entre els de 17-18 anys).

9. Interrupcions voluntàries de l'embaràs

Els centres acreditats per realitzar les interrupcions voluntàries de l'embaràs (IVE), tant els de titularitat pública com privada, constitueixen les fonts d'informació d'aquest registre. Durant el període 2002-2006 els centres notificadors foren 6,4 públics i 2 privats. A la comunitat autònoma es recollí la informació dels centres de l'àmbit autonòmic i s'envia al Ministeri de Sanitat i Consum (MSC), que recollí la informació de totes les comunitats autònomes i envià a cada una un fitxer amb les dades de les IVE realitzades fora de la comunitat autònoma a dones residents a la comunitat en qüestió. Així doncs, la informació de què disposam és la següent: IVE realitzades a les Illes Balears tant a dones residents a les Illes Balears com a dones residents a altres comunitats autònomes i IVE realitzades a altres comunitats autònomes a dones residents a Illes Balears. En el període 2002-2006 el 88,3% de les IVE a residents a les Illes Balears es varen fer a centres de la comunitat autònoma, amb diferències entre illes: a Mallorca aquest percentatge era del 95%, a Menorca del 71,4% i a les Pitiüses del 67,6%. La majoria d'IVE es feien a centres privats, el 95,5% de les realitzades a les Illes Balears; de la resta no hi ha informació.

Durant el període 2002-2006, el nombre total d'IVE realitzades a dones residents a les Illes Balears fou de 13.939. Tal com es veu a les taules, els 4 primers anys del període la incidència es mantenia estable, mentre que el 2006 va augmentar: comparant l'any 2006 amb els anteriors, es veié un augment del 17% dels casos. Mallorca presentava una tendència ascendent, mentre que les Pitiüses, que partien de taxes més altes, havien disminuït. Menorca era l'illa de menor incidència i també més irregular. Palma presentava les incidències més altes durant tot el període, però sobretot en el darrer any (augment del 27% respecte del quadrienni 2002-2005) (taules 18 i 19).

Taula 16. IVE a les Illes Balears, nombre absolut de casos, per illa i capital, anys 2002-2006

	2002	2003	2004	2005	2006
Mallorca	2.131	2.113	2.210	2.237	2658
Menorca	150	163	159	197	178
Eivissa-Formentera	390	333	330	356	314
No consta	7	3	3	2	5
Total Illes Balears	2.678	2.612	2.702	2.792	3.155
Palma	1.271	1.284	1.196	1.327	1.624

Taula 17. IVE a les Illes Balears, taxa per 1.000 dones de 15 a 44 anys, per illa i capital, anys 2002-2006

	2002	2003	2004	2005	2006
Mallorca	12,4	11,9	12,4	12,3	14,5
Menorca	7,9	8,4	8,0	9,6	8,7
Eivissa-Formentera	14,8	11,9	11,7	12,2	10,6
Total Illes Balears	12,3	11,6	12,0	12,1	13,5
Palma	14,6	14,4	13,4	14,5	18,0

L'edat mitjana era de 27,6 anys, i el rang de 13 a 53 anys. La major incidència es presentava en el grup de 20 a 24 anys, amb una taxa mitjana de 20,2 per 1.000, seguida del de 25 a 29 anys. El grup més jove presentava una taxa de 13,5, també superior a la global. Els grups de 30 a 34 anys, seguits del de 35 a 39, eren els que havien augmentat més durant el període (taula 18).

Taula 18. IVE a les Illes Balears, taxa per 1.000 dones de 15 a 44 anys, per grups d'edat, anys 2002-2006

	2002	2003	2004	2005	2006	2002-2006
15 a 19	13,6	12,2	13,4	13,7	14,5	13,5
20 a 24	20,5	18,9	19,2	20,3	22,2	20,2
25 a 29	15,6	15,3	15,4	15,6	17,7	15,9
30 a 34	12,7	10,9	11,6	12,3	13,8	12,3
35 a 39	8,2	9,0	8,9	8,1	10,4	8,9
40 a 44	3,4	3,6	4,0	3,6	4,0	3,7
Taxa global 15-44	12,2	11,5	12,0	12,1	13,5	12,3

La nacionalitat de les dones es recull des de l'any 2005 a les Illes Balears, però no en el conjunt de l'Estat, de manera que només es té aquesta informació de les dones que s'havien sotmès a una IVE a les Illes Balears els anys 2005 i 2006. Per tant, queden excloses de l'explotació d'aquesta variable les IVE realitzades els anys 2002-2004 i les de 2005-2006 que es varen fer a altres comunitats autònomes. Les IVE a dones de nacionalitat estrangera suposaven el 41,1% del total. La mitjana d'anys des de l'arribada a Espanya era de 3,6 anys (DT 3,7). La més alta era la de les dones de la Unió Europea (5,5 anys, DT 6,1) i la més baixa les de la resta d'Europa (2,7, DT 2,3). El 68% de les dones havia arribat a Espanya menys de 5 anys abans de la IVE i la gran majoria (91,4%) menys de 10 anys abans (taula 19).

Taula 19. IVE a les Illes Balears, 2005-2006. Nacionalitats de les dones estrangeres sotmeses a la IVE a les Illes Balears, i residents en aquesta comunitat (es presenten desagregats els països amb 10 o més IVE, i agregats per regió la resta)

	Nre.	%*		Nre.	%*
Unió Europea	330	15,	Iberoamèrica	1.232	57,5
Alemanya	92	27,9	Bolívia	337	27,4
Regne Unit	80	24,2	Equador	330	26,8
Itàlia	41	12,4	Colòmbia	138	11,2
França	33	10,0	Argentina	126	10,2
Polònia	16	4,8	Brasil	59	4,8
Portugal	13	3,9	Paraguai	45	3,7
Holanda	11	3,3	Uruguai	39	3,2
Altres (13 Països)	44	13,3	Cuba	36	2,9
Resta d'Europa	298	13,9	Perú	33	2,7
Romania	154	51,7	R. Dominicana	33	2,7
Bulgària	72	24,2	Xile	25	2,0
Rússia	28	9,4	Veneçuela	16	1,3
Ucraïna	26	8,7	Altres (5 Països)	15	1,2
Altres (8 Països)	18	6,0	Amèrica del Nord (exc. Mèxic)	7	0,3
Àfrica	214	10,0	Àsia	57	2,7
Marroc	93	43,5	Xina	32	56,1
Nigèria	85	39,7	Filipines	11	19,3
Senegal	15	7,0	Altres (6 països)	14	24,6
Altres (12 Països)	21	9,8	Oceania	3	0,1

(*) Percentatge de regió sobre el total de casos; percentatge de país sobre el total de la regió corresponent.

Pel que fa a la situació socioeconòmica, el 72,3% tenia ingressos propis, el 70,6% treballava, l'11,7% estava en atur, el 9,1% es declarava mestressa de casa i el 7,1% estudiant. El 50% de les dones convivia en parella, i el 66,6% eren fadrines. El nivell d'instrucció més freqüent era el de segon cicle de l'ESO o Batxillerat (33,6%), seguit del de primer cicle de l'ESO (27,4). Fins als 16 anys hi havia un 79,4% d'estudiants, i de 17 a 19 anys un 28,9%.

El 67% de les dones havia acudit a algun centre de planificació familiar en els 2 anys precedents a la IVE, amb major freqüència a centres públics (52,8%). El 49,7% ja tenia algun fill i en el 30,8% d'aquestes dones el darrer part havia tengut lloc dins el mateix any de la IVE o els dos anteriors. En el 28,97% dels casos hi havia algun avortament voluntari anterior, que en el 33,2% havia tengut lloc dins el mateix any que la IVE actual o a l'any anterior.

En quant a la informació que havien rebut sobre la IVE actual, les dones s'havien informat sobre la possibilitat de la IVE en el 52% dels casos a centres sanitaris (61,1% públics, 38,9% privats), i a la resta a llocs diferents a centres sanitaris. La mitjana de setmanes de gestació en el moment de la IVE era de 8,5 (DT 3), i només en el 7,7% de les IVE es tractava d'embarassos de més de 12 setmanes. El motiu de la IVE era el risc per a la salut materna en el 96,6% dels casos.

9.1. Embarassos en adolescents

A les Illes Balears, els embarassos en adolescents s'havien incrementat al llarg del període 2003-2006, l'any 2003 va ser de 679 i l'any 2006 de 712 i es mantenia per sota de la mitjana nacional (figura 33).



Figura 33. Evolució dels embarassos en dones adolescents (15-19 anys). Taxa per 1000 dones.

■ Illes Balears
■ Total nacional

Pràctiques preventives

1. VACUNACIÓ ANTIGRIPAL

2. CONTROL DE TENSIÓ ARTERIAL I COLESTEROL

3. MAMOGRAFIES I CITOLOGIES

4. MESURES DE SEGURETAT VIAL

Descripció d'algunes de les activitats preventives que han demostrat ser més efectives, dutes a terme a les Illes Balears.

La vacunació antigripal. Els majors de 75 anys són els que més es vacunen, per indicació directa d'un professional sanitari.

Control de tensió arterial i colesterol. Fins al 73,6% de tota la població s'havia fet control de tensió arterial al darrer any i el 70% s'havia fet control de colesterol. Aquest control augmenta amb l'edat i no hi ha diferències per classes socials.

Mamografies i citologies. El 90% de les dones del grup d'edat diana del programa de prevenció de càncer de mama s'han fet alguna mamografia, encara que només el 53% ho fa cada dos anys. Menor compliment del programa per part de les classes socials desfavorides.

Destaca "l'excés" de citologies referit a alguns grups d'edat. El 51,2% de les que declaraven fer-se citologies, ho feia anualment, i d'elles el 56,5% eren de les d'edat de 16-24 anys. La realització de citologies era més baixa en dones de classe desfavorida.

Mesures de seguretat vial. Ús habitual del cinturó de seguretat i de casc en cotxes i motos, però per contra molt menys ús de casc en usuaris de bicicleta.

Ús habitual de sistemes de seguretat infantil, tant en ciutat com en carretera. Percentatge més baix en el grup d'edat de 5-9 anys.

1. Vacunació de la grip

Un 22,3% de la població adulta declarava haver-se vacunat de la grip a la darrera campanya. En majors de 65 anys aquest percentatge augmentava fins al 75,2%. Els majors de 75 anys ho feien per indicació directa d'un professional sanitari, a causa de la seva edat com a motiu principal (figura 1).

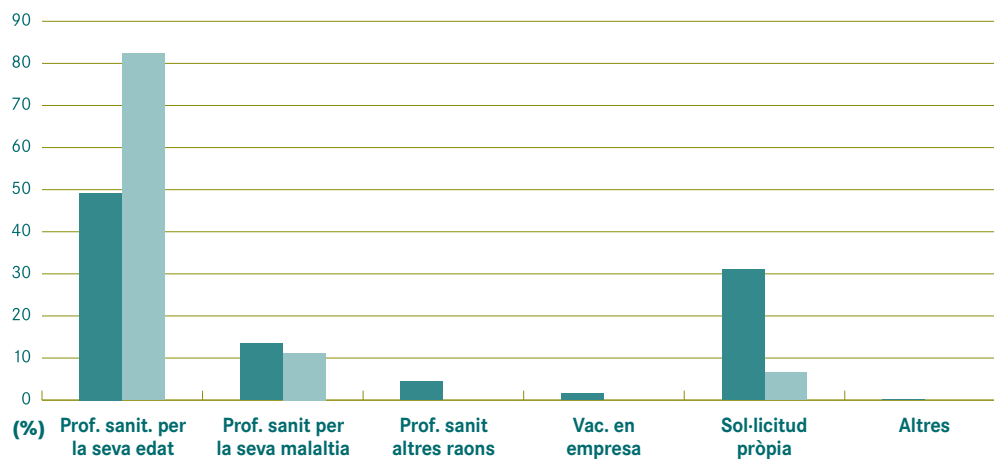


Figura 1. Motius per vacunar-se de la grip en majors de 65 anys.

A Eivissa/Formentera, el percentatge de població major de 75 anys vacunada arribava a ser quasi del 90%, percentatge molt més baix entre les persones entre 65 i 74 anys. A Menorca, la prevalença de població major de 65 anys vacunada era la més baixa (figura 2).

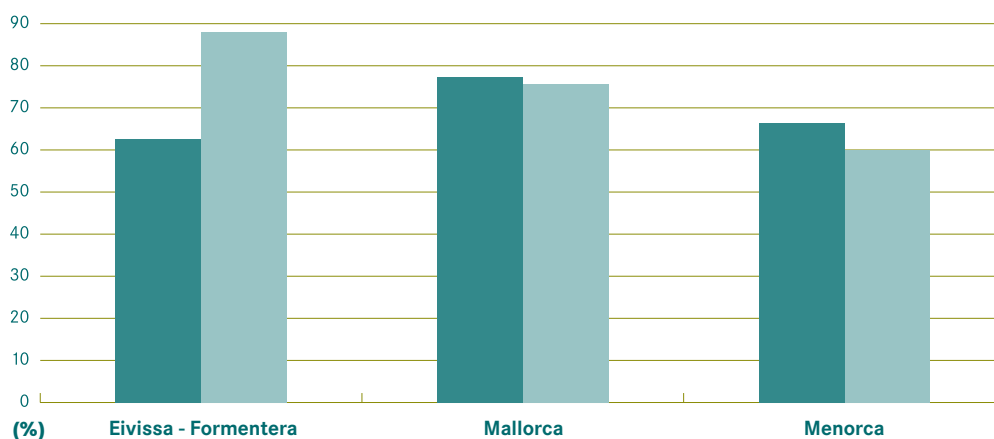


Figura 2. Vacunació de la grip en majors de 65 anys, per illa.

2. Control de la tensió arterial i colesterol

El 73,6% de la població (70,6% dels homes i 76,6% de les dones) s'havia pres la tensió arterial durant el darrer any. Aquesta pràctica augmentava amb l'edat (figura 3).

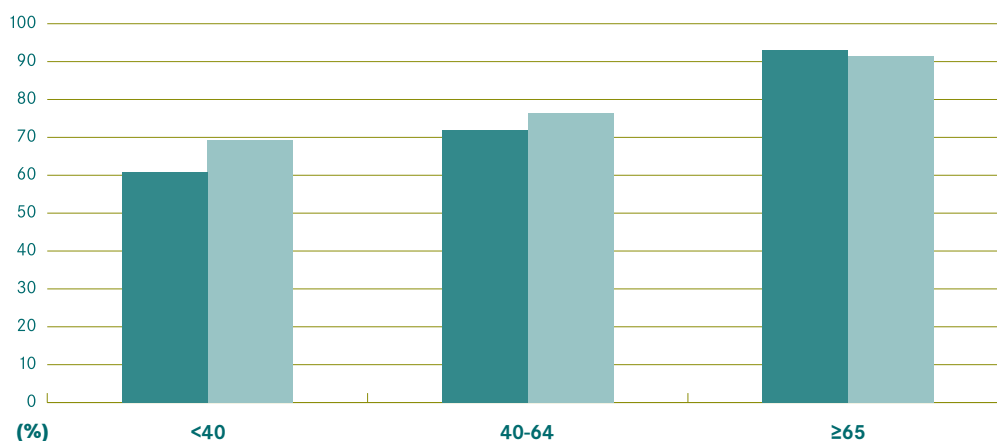


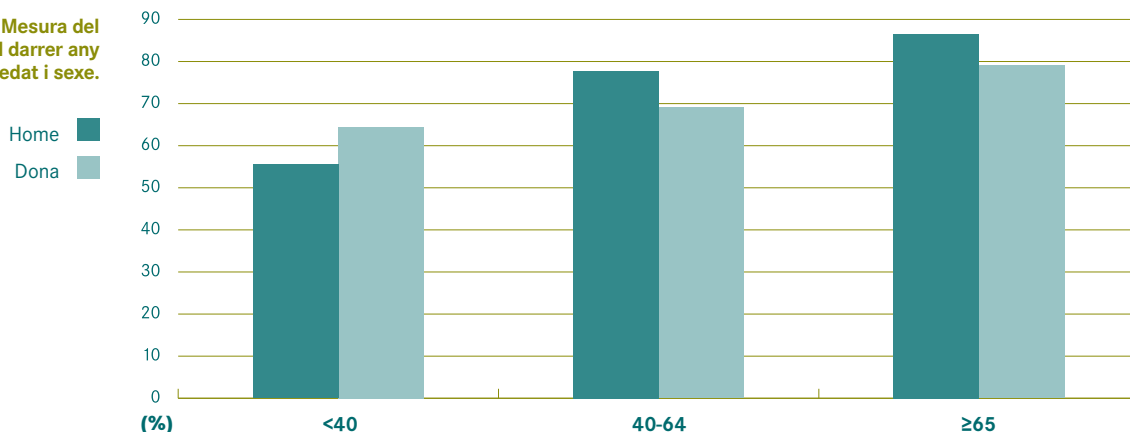
Figura 3. Mesura de la tensió arterial al darrer any, segons grup d'edat i sexe.

El 49% de les persones de classe social baixa (grup IV i V) s'havia pres la tensió als darrers tres mesos enfront del 38,2% de les persones de classe social alta (grup I i II).

En el darrer any abans de l'entrevista, el 70% de la població adulta s'havia controlat el nivell de colesterol, percentatge que augmentava amb l'edat (60% en menors de 40 anys i 82,3% en les persones majors de 65 anys).

Per als menors de 40 anys aquesta pràctica era més freqüent entre les dones, i a partir d'aquesta edat ho era entre els homes (figura 4). La freqüència era similar en totes les classes socials.

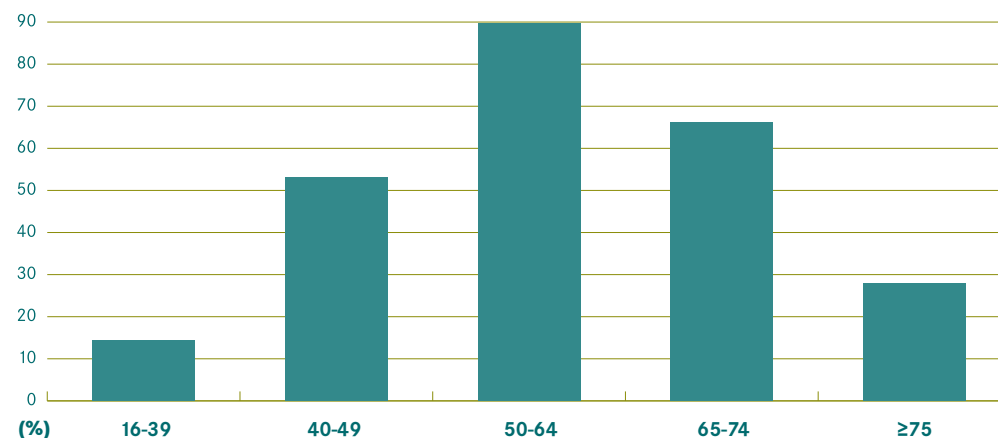
Figura 4. Mesura del colesterol al darrer any segons grup d'edat i sexe.



3. Mamografies i citologies

El 90% de les dones entre 50 i 64 anys (grup diana recomanat) declara que s'havia fet una mamografia (figura 5).

Figura 5. Realització de mamografies per grups d'edat.



La freqüència era més elevada a Menorca (93,3%) que a Mallorca (89,7%) i a les Pitiüses (87,1%).

En el grup d'edat diana del programa de prevenció, la freqüència era més baixa entre les dones de classe social desfavorida (taula 1).

Taula 1. Realització de mamografies per grup d'edat i classe social. Percentatges estandarditzats per edat

Grup d'edat	Classe I-II	Classe III	Classe IV-V	Total
16-39	7,9	10,1	14,3	14,4
40-49	58,4	59,9	47,4	53,1
50-64	95,4	92,7	87,5	90,0
65-74	88,8	62,4	58,8	67,3
≥75	48,9	16,4	30,6	27,7

Un 53% de les dones entre 50 i 64 anys complia amb la recomanació de fer-se una mamografia cada dos anys (taula 2).

Taula 2. Freqüència de la realització de mamografies posteriors a la primera (%)

	Edat					Total
	16-39	40-49	50-64	65-74	≥75	
Almenys 1 cop a l'any	18,2	24,4	25,2	23,0	8,0	22,7
Cada 2 anys	16,8	29,3	53,0	40,3	31,4	39,0
Cada 3 anys	2,2	7,2	4,4	10,4	7,2	5,8
1 vegada cada 5 anys	0,5	2,6	3,5	8,4	14,8	4,2
Més de 5 anys	9,3	0,3	6,4	4,4	9,4	5,2
Mai	53,1	36,1	7,6	13,6	29,3	23,1
Total	100	100	100	100	100	100

Quasi el 90% de les dones entre 25 i 64 anys (edat recomanada) es fa una citologia vaginal (figura 6).

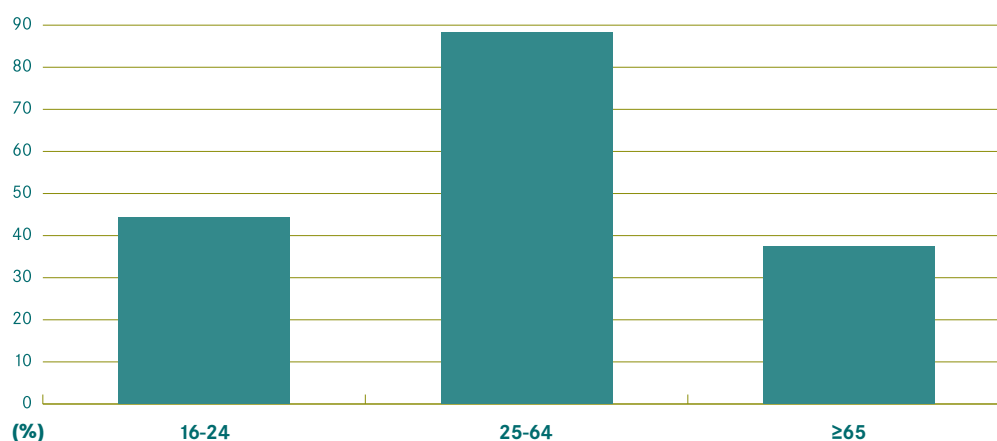
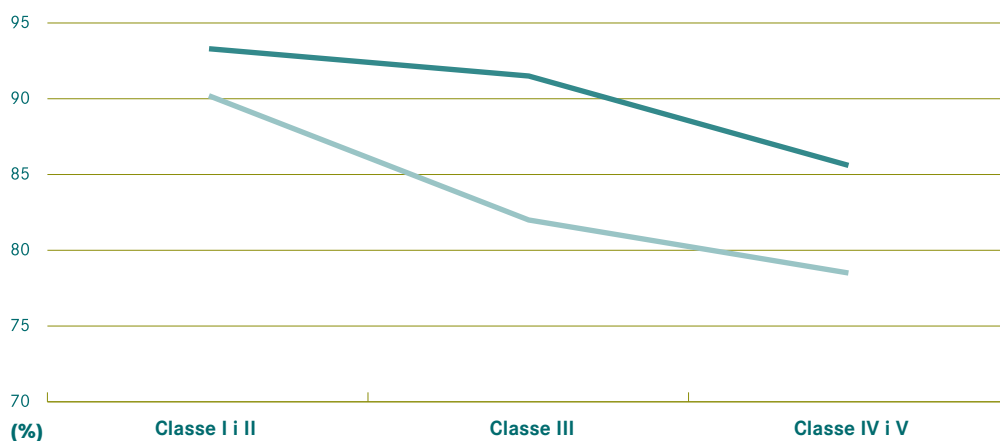


Figura 6. Freqüència de citologies per grups d'edat.

La freqüència d'aquesta pràctica era més baixa en dones de classe desfavorida en tots els grups d'edat inclosos en el grup d'edat diana del programa de detecció precoç (25-64 anys) (figura 7).

Figura 7. Dones que declaren haver-se fet una citologia segons classe social i grup d'edat recomanat. Percentatges estandarditzats per edat.

25-64 ■
Total ■



La freqüència era més elevada entre les dones de les illes d'Eivissa i Formentera (76,1%), seguit de les de Mallorca (73,3%) i la més baixa entre les de Menorca (71,7%).

Un 6% de les dones amb edat recomanada pel programa que s'havien fet almenys una citologia a la seva vida no havien continuat aquesta pràctica.

El 51,2% de les dones que declaraven fer-se citologies ho feien anualment (taula 3)

Taula 3. Freqüència de la realització de citologies posteriors a la primera (%)

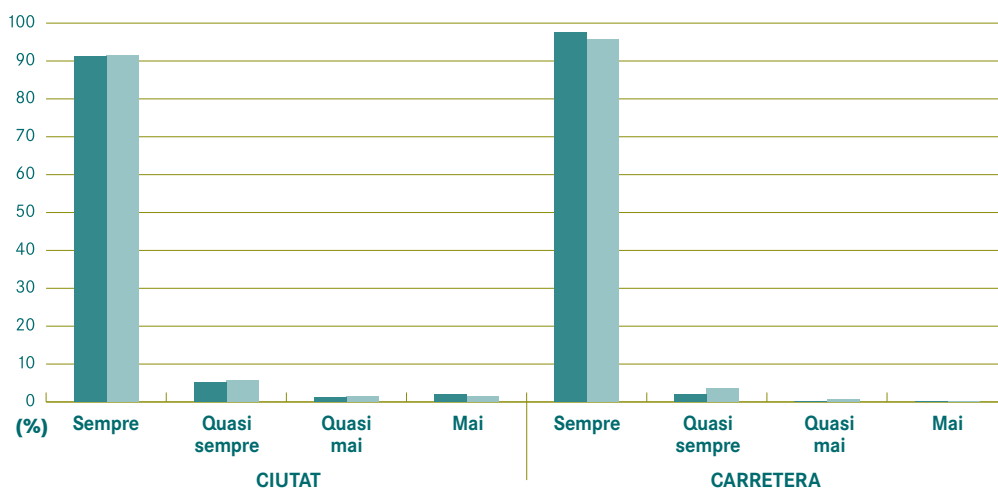
Freqüència	Edat			
	16-24	25-64	≥65	Total
Almenys 1 cop a l'any	56,5	54,0	21,0	51,2
Cada 2 anys	15,2	27,2	20,8	25,7
Cada 3 anys	3,7	7,1	15,2	7,6
1 vegada cada 5 anys	0,0	2,0	11,2	2,7
Més de 5 anys	0,0	3,7	9,8	3,9
Mai	24,6	6,1	22,1	9,0

4. Mesures de seguretat vial

L'ús del cinturó de seguretat era una pràctica habitual per a més del 90% de la població adulta, tant per ciutat com per carretera, encara que era més freqüent quan es conduïa per carretera (figura 8).

Figura 8. Ús del cinturó de seguretat per ciutat i carretera. Població ≥ de 16 anys.

Conductor ■
Passatger ■



L'hàbit de no utilitzar el cinturó de seguretat (mai o quasi mai) per la ciutat era més freqüent a l'illa de Menorca, tant si n'era el conductor (7,9%) com si n'era el passatger (6,9%) (figura 9).

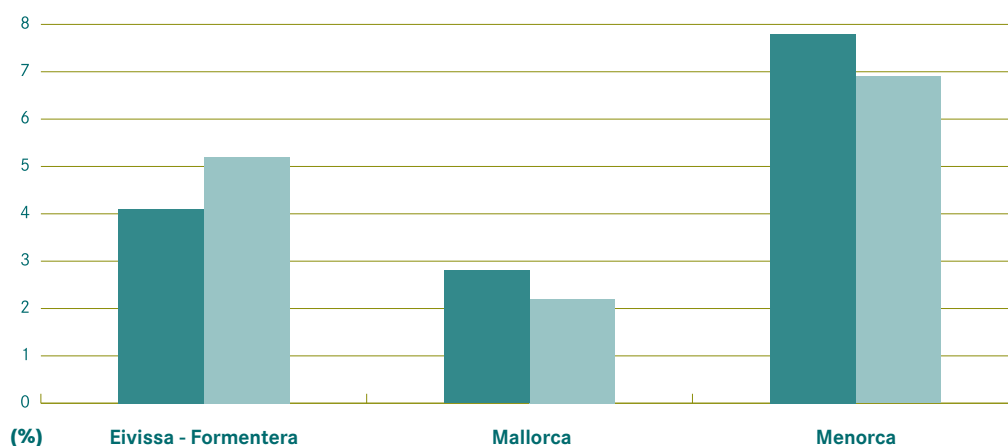


Figura 9. Freqüència de l'ús (mai o quasi mai) del cinturó de seguretat per conduir o ser passatger per la ciutat, segons l'illa. Població ≥ de 16 anys.

■ Conductor ciutat
■ Passatger ciutat

Entre els conductors de motocicleta, l'ús de casc era habitual, tant si es conduïa per ciutat com per carretera. Per contra, l'ús de casc entre els usuaris de bicicleta era molt menys freqüent, sobretot entre les dones. Tant per ciutat (86,3% de les dones i el 68,4% dels homes) com per carretera (78,6% de les dones i el 59,2% dels homes), no usaven mai el casc (figura 10).

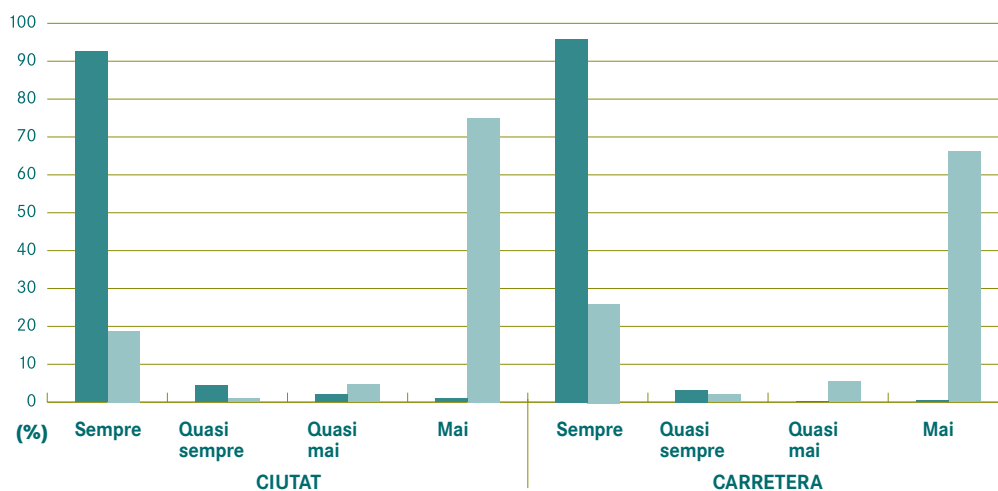
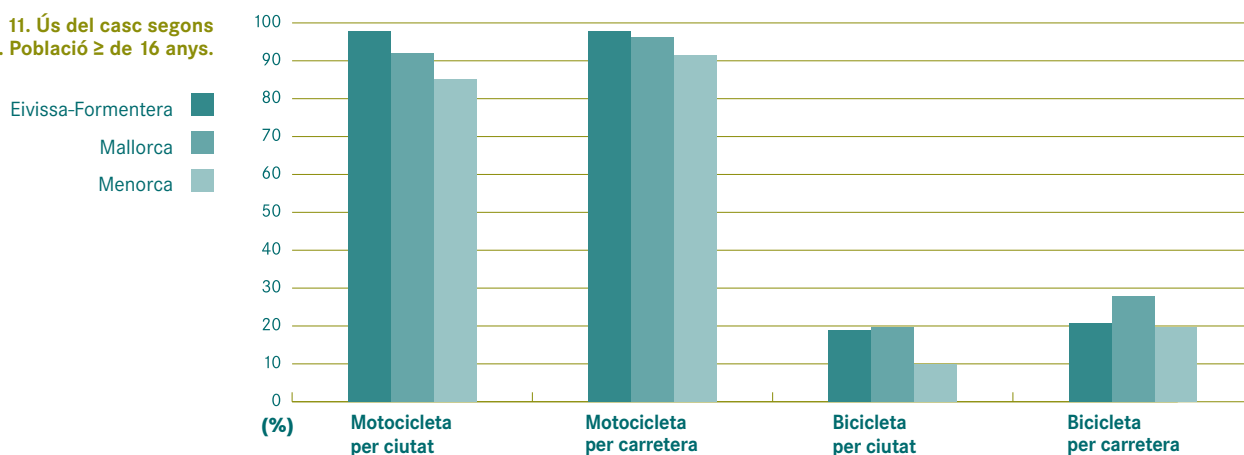


Figura 10. Ús del casc per ciutat i carretera. Població ≥ de 16 anys.

■ Motocicleta
■ Bicicleta

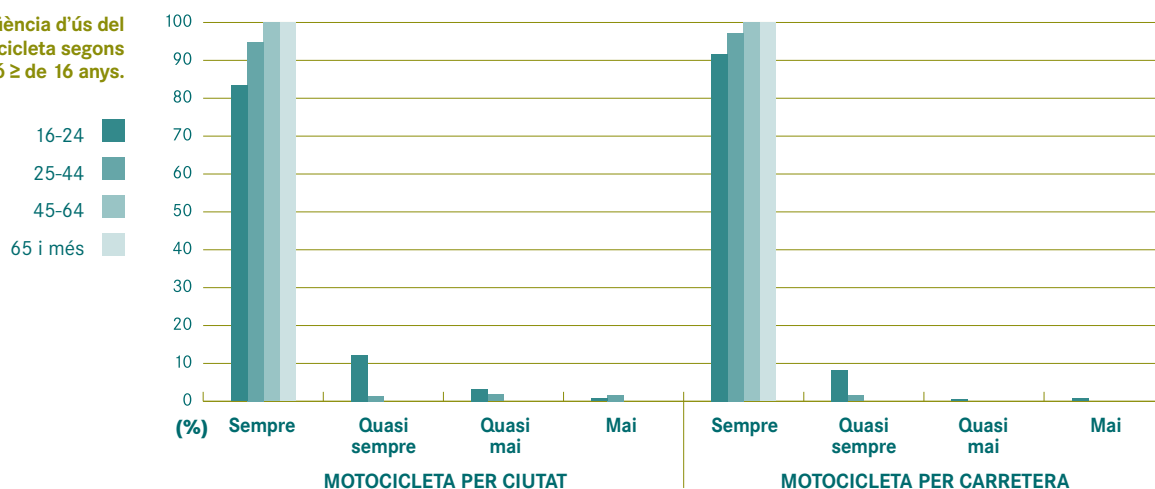
La proporció de persones que utilitzaven sempre el casc per carretera i ciutat, tant en moto com en bicicleta, era inferior a l'illa de Menorca. L'ús del casc quan anaven amb motocicleta era superior a Eivissa/Formentera (97,9%) (figura 11).

Figura 11. Ús del casc segons les illes. Població ≥ de 16 anys.



Els joves utilitzaven el casc en menor freqüència, sobretot si era per ciutat (83,5%) que per carretera (91,7%) (figura 12).

Figura 12. Freqüència d'ús del casc en motocicleta segons l'edat. Població ≥ de 16 anys.



Entre la població infantil, la majoria portava sistemes de seguretat, tant si viatjaven en cotxe per ciutat (95,3%) com si viatjaven per carretera (96,5%). Aquest percentatge era més baix entre la població infantil entre 5 i 9 anys (taula 4).

Taula 4. Utilització dels sistemes de seguretat per ciutat i carretera per grups d'edat (%)

	Ciutat			Carretera		
	0-4	5-9	10-15	0-4	5-9	10-15
Sempre	98,1	93,4	97,5	97,9	92,7	95,2
Quasi sempre	0,5	3,3	1,3	0,7	2,8	3,0
Quasi mai	0,0	1,1	0,6	0,0	2,3	0,6
Mai	1,4	2,2	0,5	1,4	2,2	1,2

Com vivim: com a societat

Xarxes socials i comunitàries

1. ÀMBIT RELACIONAL I PARTICIPACIÓ POLÍTICA

2. DISCRIMINACIÓ

3. AGRESSIONS O MALTRACTAMENTS

Sobre l'àmbit relacional, a l'igual que a la resta del país, la família ha reduït molt la seva importància i mida amb les darreres dècades. A les Illes Balears, en una de cada quatre llars habita una sola persona, i en el mateix nombre aproximadament hi habiten dues persones solament. Crida l'atenció l'elevat nombre de persones majors que viuen soles, un dels més elevats de totes les comunitats autònomes. També destaca la baixa participació de la societat en afers de política en comparació amb la resta d'Espanya, i tot i que no podem saber les causes amb ciència certa, s'associa tradicionalment a un suposat tarannà balear.

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

El 8% de la població manifestava haver-se sentit discriminada fonamentalment en el lloc de treball o centre escolar, per raons de l'ètnia, sexe, estudis o classe social. Les dones amb més freqüència que els homes.

El 3,3% de la població adulta i el 4% de la població infantil afirmava haver patit alguna agressió o tipus de maltractament, fonamentalment homes joves i entre la gent gran, les dones. Les agressions o maltractaments ocorrien amb més freqüència al carrer, en el cas dels homes, i a la llar, en el cas de les dones.

En la meitat dels casos, la persona agressora o maltractadora era un desconegut (home) i en un 6,3% era una desconeguda (dona). En un 13,3% la persona maltractadora era la parella, percentatge superior entre les dones (28,8%) que entre els homes (2,7%).

1. Àmbit relacional i participació política

Els resultats de les Illes Balears a l'àmbit relacional són positius: el conjunt d'indicadors construïts per mesurar la vulnerabilitat de les xarxes relacionals apareixen per sota de la mitjana de l'Estat, a excepció feta de la proporció de persones majors que viuen soles (17,5%). En aquest cas, la desviació era notable, situava la comunitat balear entre una de les cinc amb majors percentatges.

A les Illes Balears hi havia un total de 9.495 entitats sense ànim de lucre registrades amb una tendència a l'alça. No existia informació sobre el nombre de persones involucrades i el pes d'aquestes organitzacions d'iniciativa social a l'economia de les Illes.

Per una altra banda, en relació a les xarxes familiars: la proporció de nuclis familiars monoparentals, el percentatge de tuteles ex lege i les persones residents en institucions col·lectives (tant en orfenats com a geriàtrics i residències) estaven per sota de les seves mitjanes respectives. Aquesta última dada contrasta amb l'elevat percentatge de persones majors que viuen soles, un dels més importants de totes les comunitats.

Segons el cens de 2001, el 24,2% de les llars de les Illes es componen d'una sola persona (taula 1). Del total de llars unipersonals, el 28,3% i el 9,4% són dones i homes majors de 65 anys.

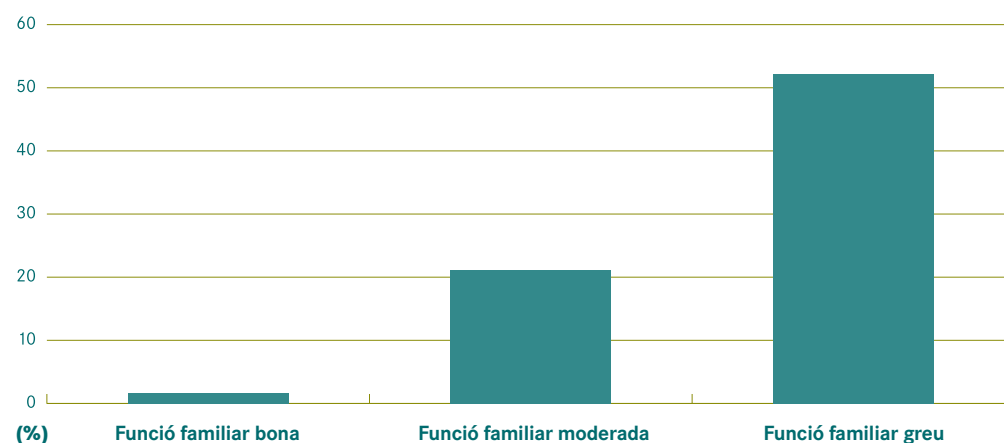
Taula 1. Format de les llars a les Illes Balears. 2001

	habitants	%
1 persona	73.978	24,22
2 persones	77.365	25,33
3 persones	62.093	20,33
4 persones	58.951	19,30
5 o més persones	21.338	10,83
Total	305.478	100,0

La participació política a les Illes Balears estava per sota de la mitjana de l'Estat, tant si la considerava com l'adscripció a organitzacions polítiques, com la participació com a votants a les eleccions.

Les dades de l'Enquesta de Salut del 2007 (ESIB07) revelen que el 4,4% de la població adulta tenia menys oportunitats de les que li hagués agradat per parlar amb algú del seus problemes laborals o familiars. Per altra part, el 3,4% de la població adulta declarava una baixa percepció de suport social. Aquesta percepció variava en funció de determinats factors. Les persones amb una dinàmica familiar greu percebien amb major freqüència un suport social baix (figura 1).

Figura 1. Percepció de suport social baix segons la dinàmica de la funció familiar. Població ≥ 16 anys.



2. Discriminació

L'ESIB07 revela que el 7,9% de la població manifestava que s'havia sentit discriminada en els últims 12 mesos abans de l'entrevista, fonamentalment en el lloc de treball i en un lloc públic (figura 2).

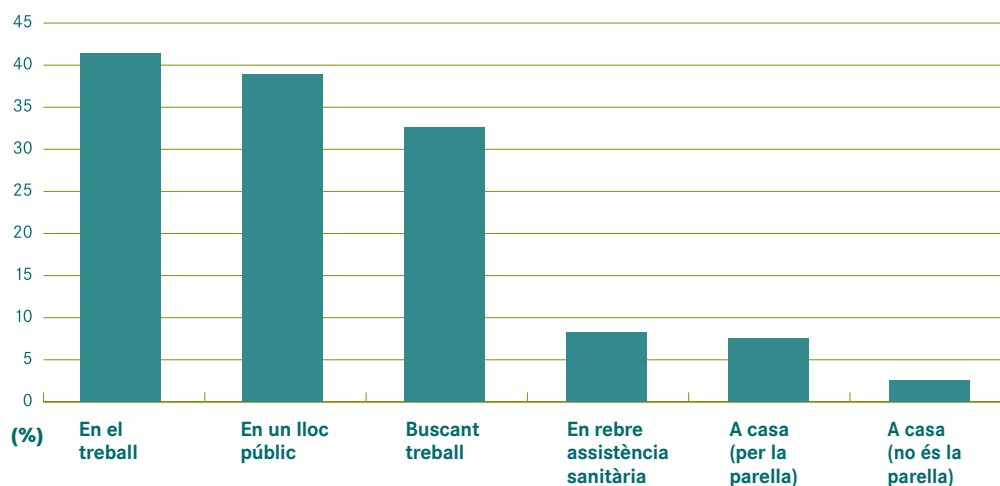


Figura 2. Situació on es va patir la discriminació.

Com a causes més freqüents, declaraven l'ètnia, el sexe i els estudis o classe social. Sentir-se discriminat era més freqüent entre les dones (9,4%) que entre els homes (6,4%). Les dones fonamentalment per raó de sexe i ètnia (figura 3).

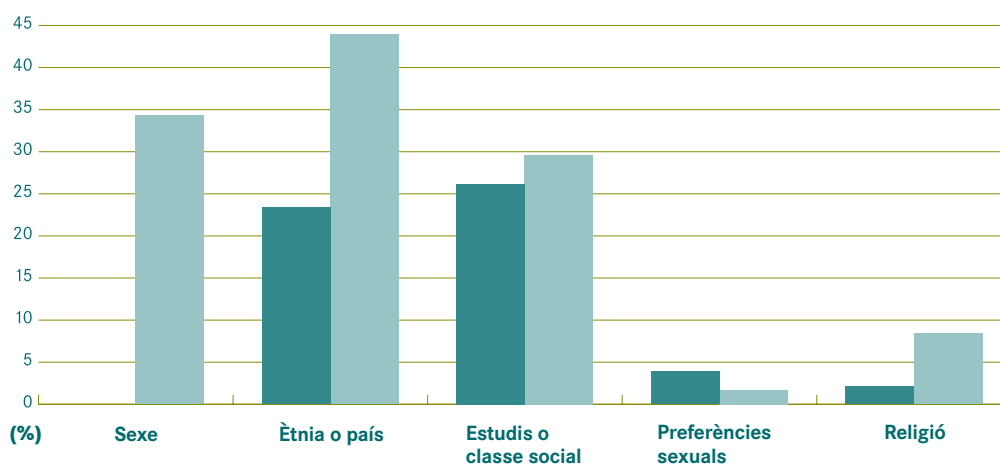


Figura 3. Causes de discriminació, segons el sexe.

El 8,2% de la població infantil afirmava haver patit alguna situació de discriminació en els últims 12 mesos. La majoria en el col·legi (88,3%) i en menor proporció en un lloc públic (23,7%).

La discriminació per sexe era inusual. L'ètnia o el país d'origen era un motiu de discriminació més freqüent que per classe social o religió (figura 4). Ningú va declarar sentir-se discriminat a l'hora de rebre assistència sanitària per part dels enquestats.

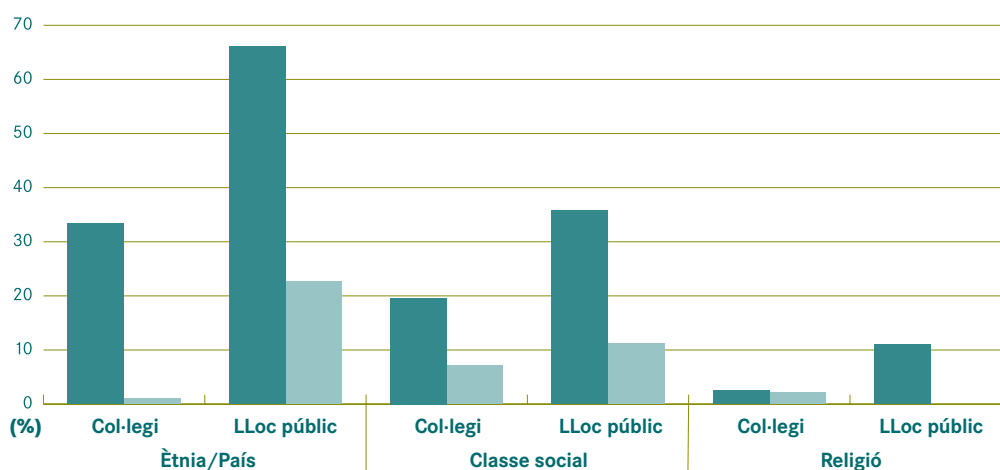


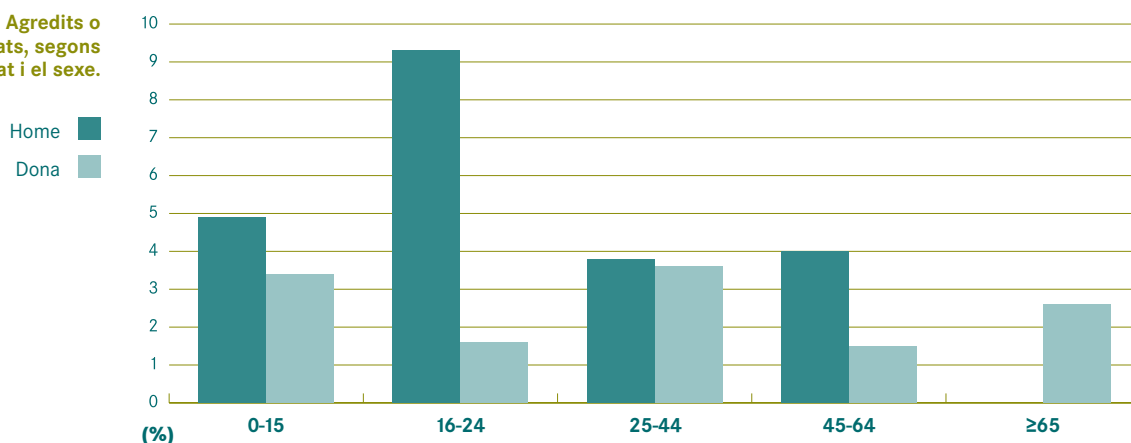
Figura 4. Motius de discriminació. Població menor de 16 anys.

3. Agressions o maltractaments

L'Enquesta de Salut revela que el 3,3% de la població adulta afirmava haver patit qualque agressió o tipus de maltractament, percentatge lleugerament superior si eren homes (4,1% enfront del 2,6%). A la població infantil, era del 4,2%.

Els joves entre 16 i 24 anys eren els que patien més agressions. Especialment els homes (9,3% enfront de l'1,6% de les dones). Entre les persones majors de 65 anys predominaven les agressions a les dones (figura 5).

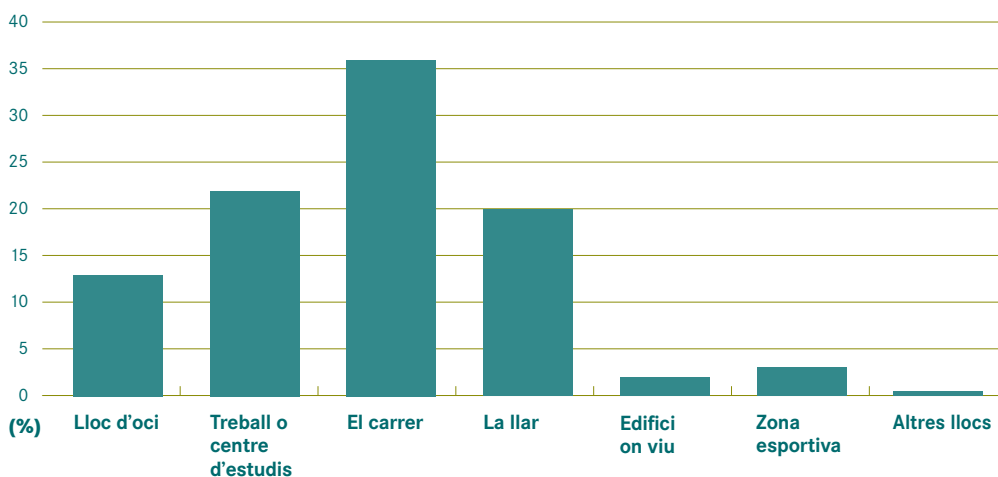
Figura 5. Agredits o maltractats, segons l'edat i el sexe.



No hi havia una clara relació entre agressió o maltractament i la classe social. La població agredida o maltractada segons el territori era: Menorca (4,2%), seguida d'Eivissa-Formentera (3,4%) i Mallorca (3,2%).

Un 36,9% de les agressions varen ocórrer al carrer, un 22,8% en el treball i centre d'estudis (figura 6). En el cas dels homes, varen tenir lloc amb més freqüència al carrer (46,6%) i en el de les dones, en la llar (46,9%).

Figura 6. Lloc de l'agressió o maltractament.



La majoria de les agressions i maltractaments a la població infantil es produïen fonamentalment en el centre escolar (85%). El 2,2% en la llar.

En un 48,6% dels casos la persona agressora o maltractadora era un desconegut (home) i, en un 6,3% una desconeguda (dona). En un 13,3% la persona maltractadora era la parella, percentatge superior entre les dones (28,8%) que entre els homes (2,7%).

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 hoteleria, 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).

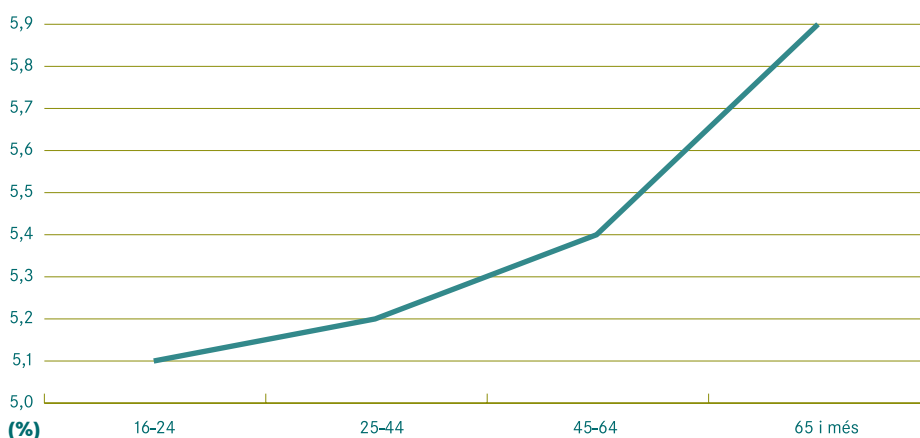


Figura 2. Satisfacció en el treball per edat, 2007.

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).

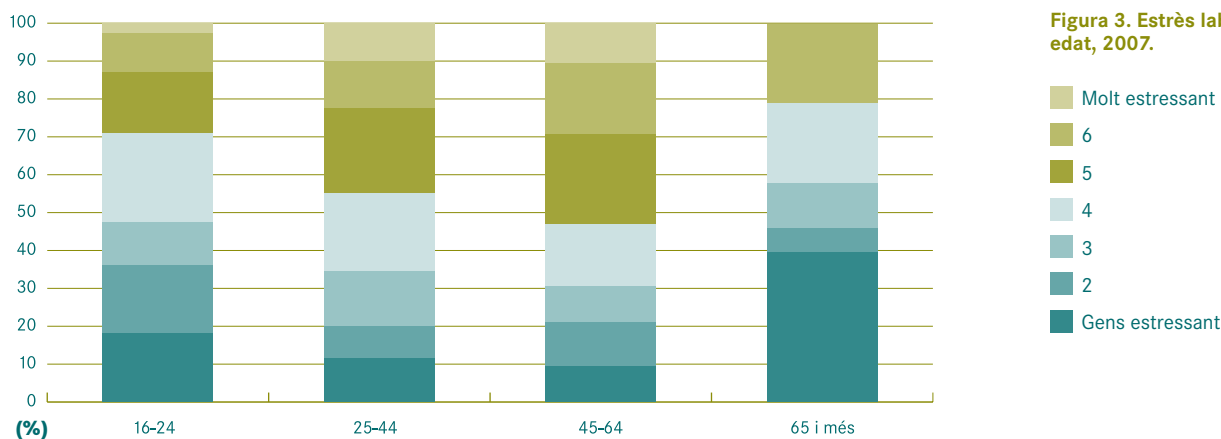
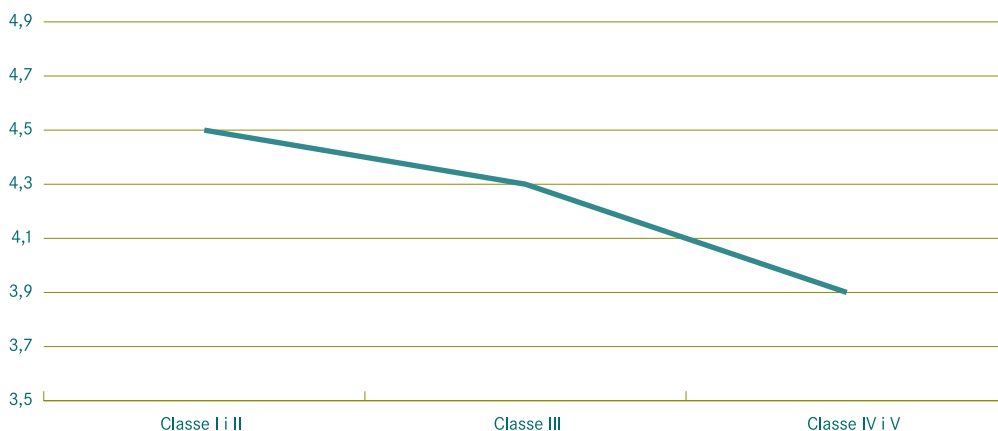


Figura 3. Estrès laboral, per edat, 2007.

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.

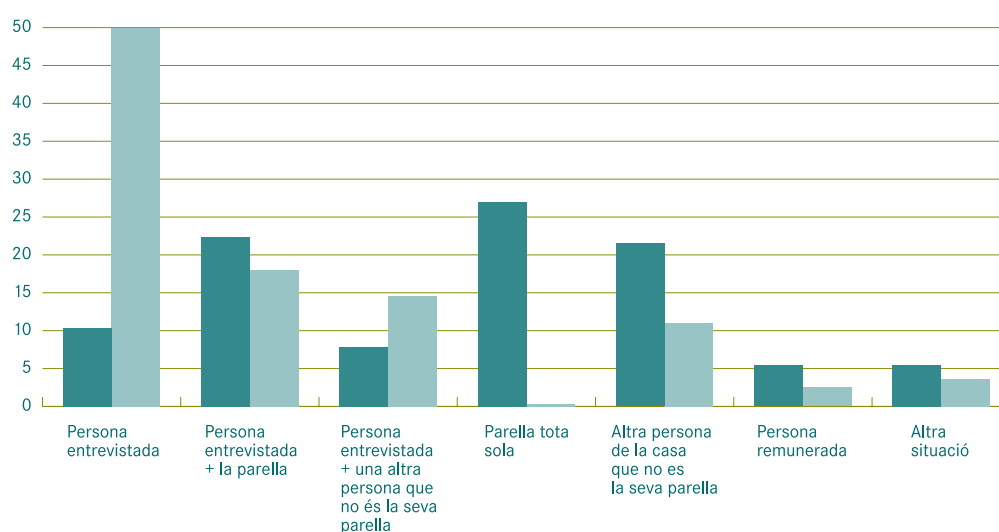
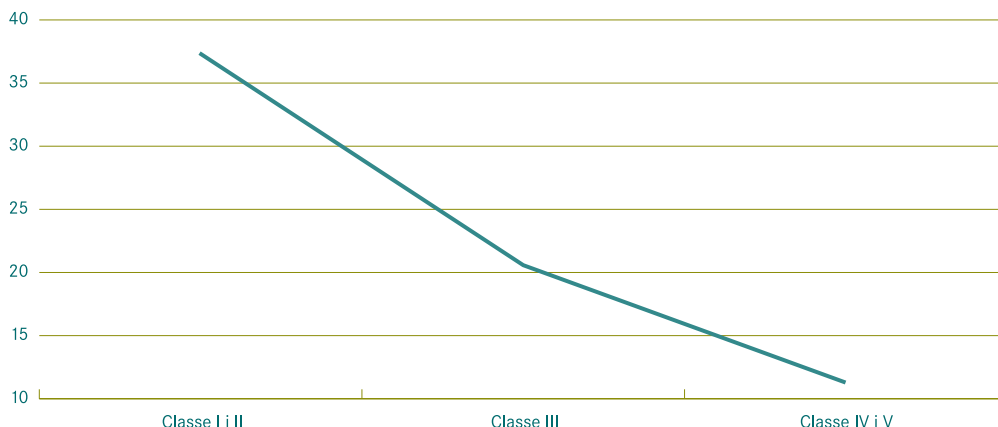


Figura 1. Realització de les tasques de la llar, segons sexe.

■ 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).

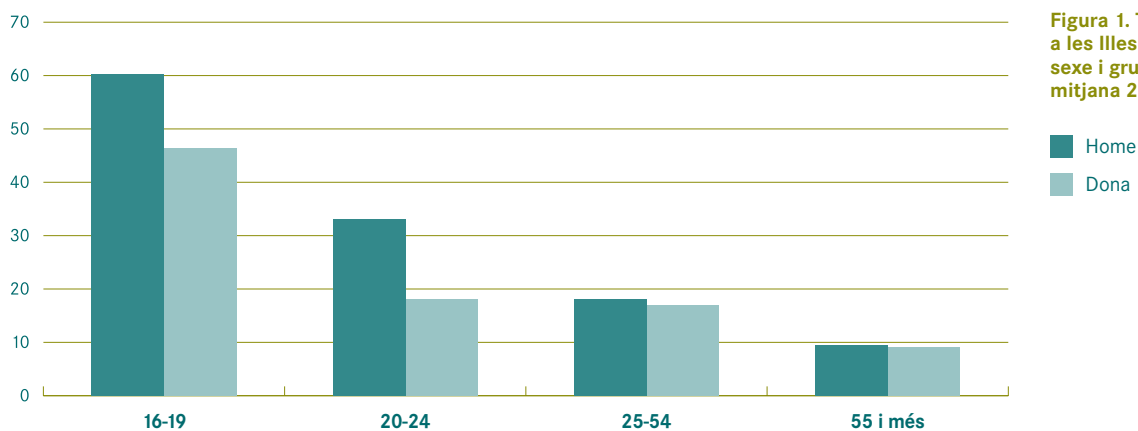


Figura 1. Taxa d'atur a les Illes Balears, per sexe i grup d'edat, mitjana 2009.

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

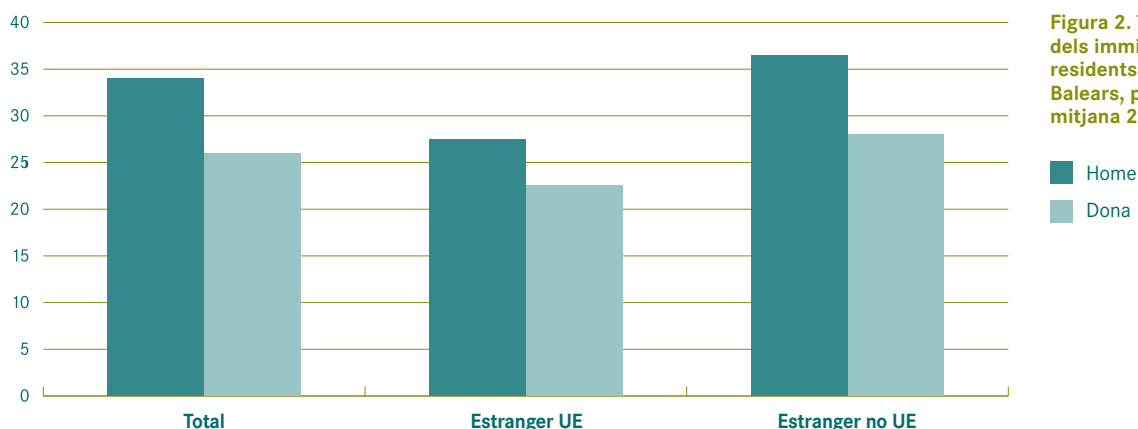


Figura 2. Taxa d'atur dels immigrants residents a les Illes Balears, per origen, mitjana 2009.

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.

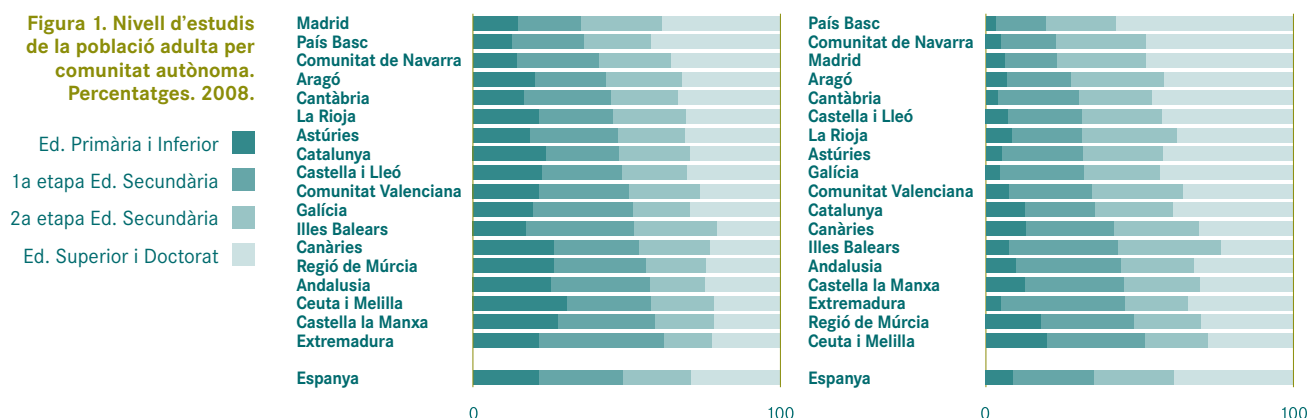
Trimestres	Taxa d'activitat			Taxa d'atur			Taxa d'ocupació		
	Ambdós sexes	Home	Dona	Ambdós sexes	Home	Dona	Ambdós sexes	Home	Dona
Any 2000									
1r	58,2	70,0	46,7	9,5	6,5	13,8	52,7	65,5	40,3
2n	59,3	70,7	48,2	4,8	2,6	7,8	56,5	68,8	44,5
3r	60,0	71,6	48,8	4,5	3,3	6,1	57,4	69,3	45,8
4t	58,9	70,5	47,5	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).

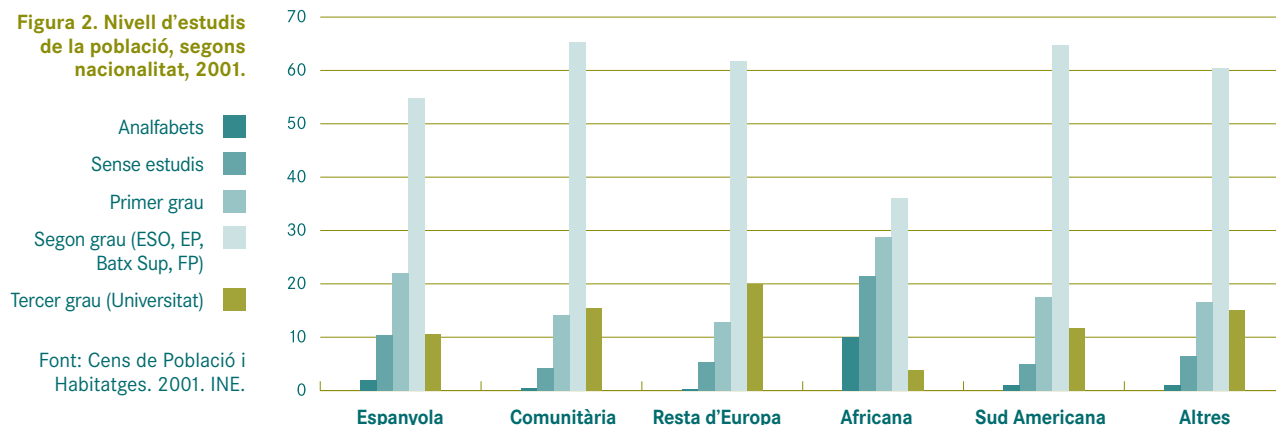
Figura 1. Nivell d'estudis de la població adulta per comunitat autònoma. Percentatges. 2008.



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).

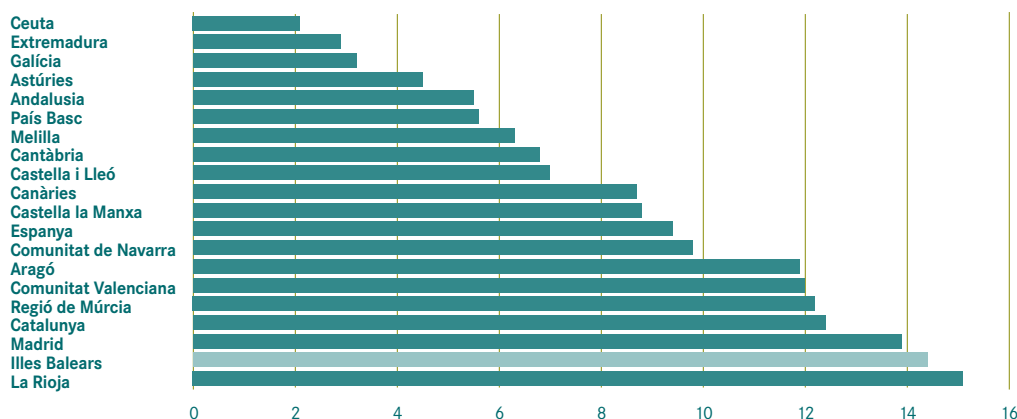


Figura 3. Alumnes estrangers escolaritzats en règim general no universitari per comunitat autònoma, 2007-08.

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.

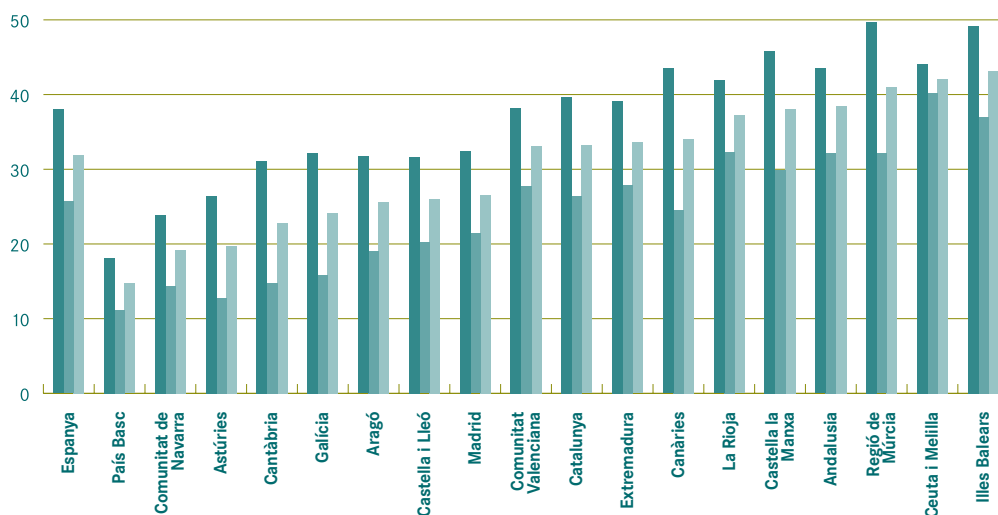


Figura 4. Percentatge de persones de 18 a 24 anys que han abandonat de forma primerenca el sistema educatiu, per sexe. 2008.

■ 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.

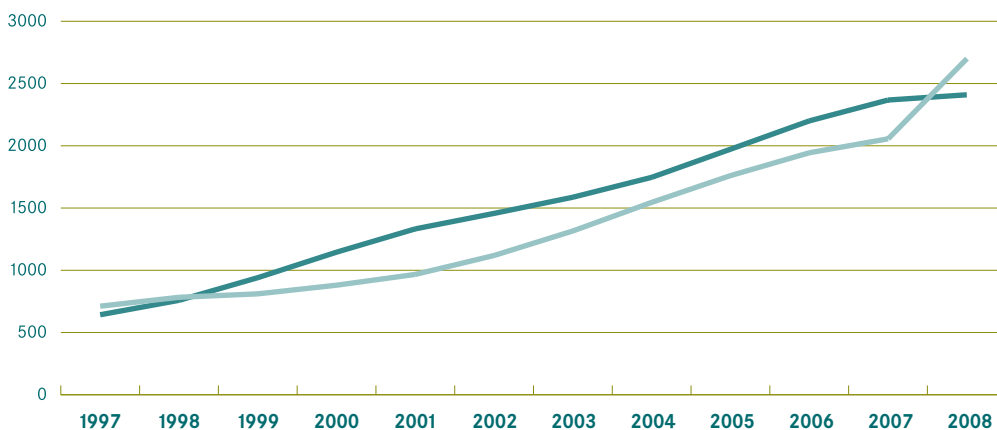
Respecte al règim de propietat o de tinença, l'any 2008 el percentatge d'habitatges en règim de propietat de les Illes (67,5%) estava per sota de la mitjana nacional (82,2%) mentre que hi havia un percentatge més elevat d'habitatges en règim de lloguer (22,6% enfront de l'11,4%).

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 del 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.



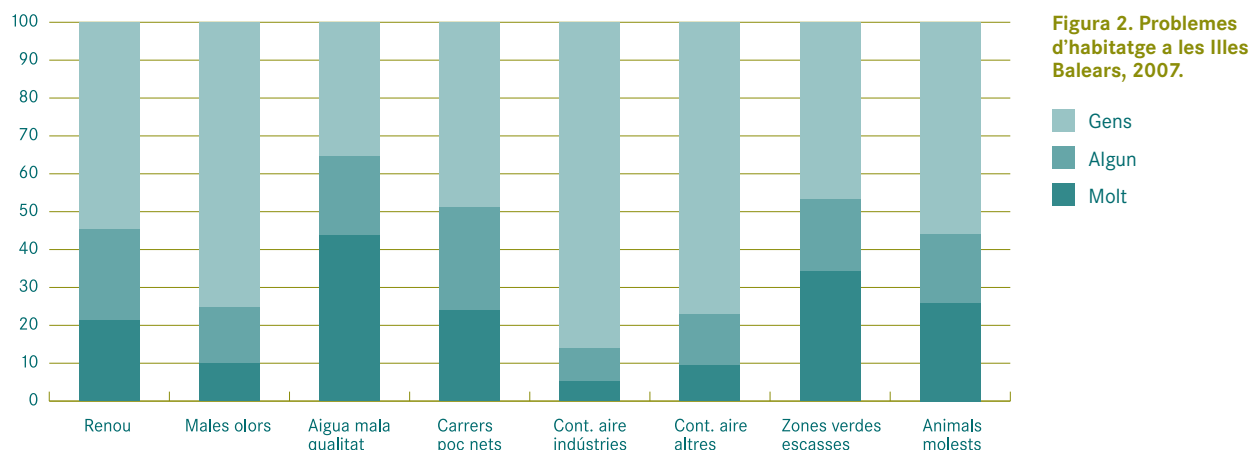
Un 88,1% dels habitatges disposaven de calefacció, percentatge superior a la mitjana de l'Estat (70,3%) fonamentalment de radiadors elèctrics i bombes de calor, i el 46% disposava d'aire condicionat (35,5% la mitjana nacional) (Enquesta de la llar i medi ambient 2008).

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%).

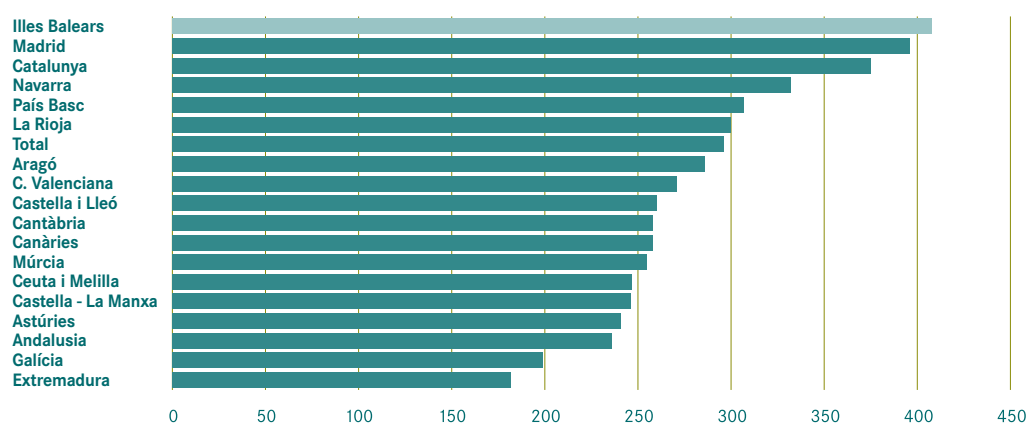


Figura 3. Despesa mensual mitjana per habitatge, per comunitats autònomes, 2008 (€).

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, vertebren 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'anàlisis 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:

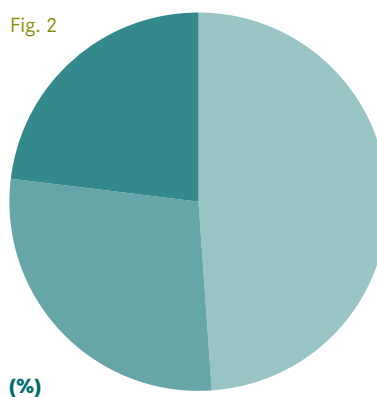
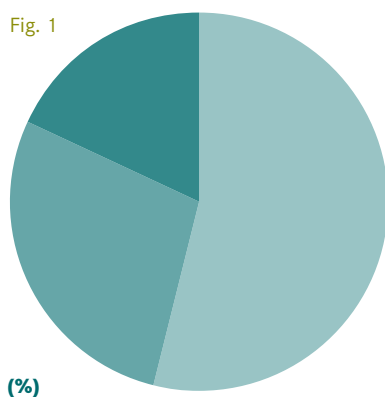


Figura 1. Resultats de les xarxes d'abastament any 2007 n=220.

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.

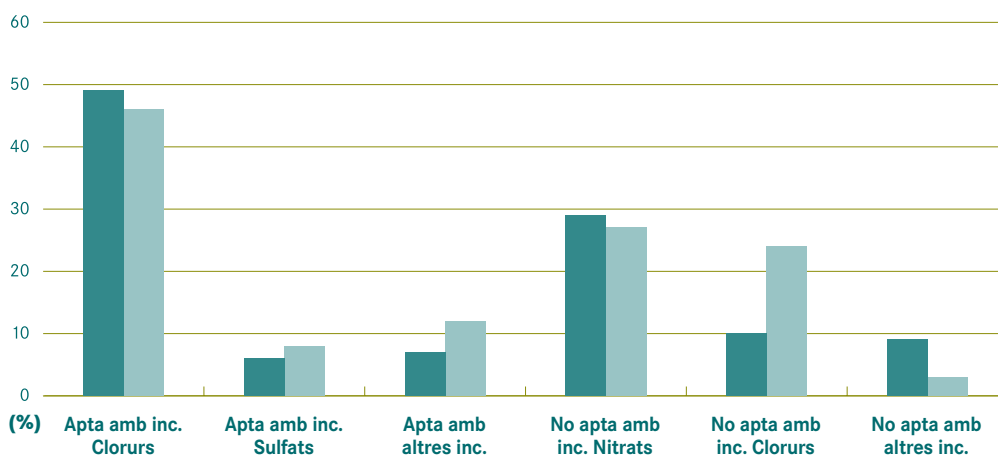


Figura 3. Motius d'incompliments de les xarxes d'abastament anys 2007-2008.

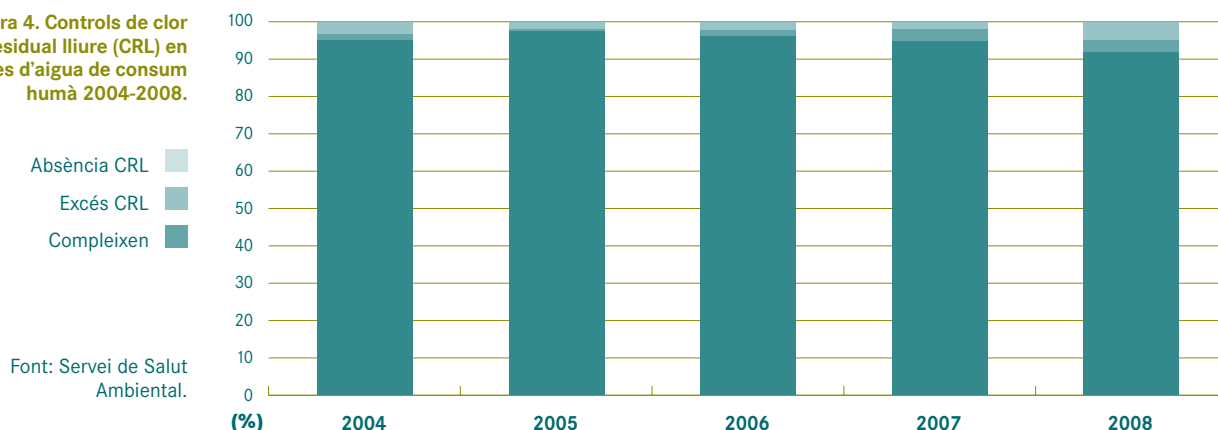
■ 2007
■ 2008

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.

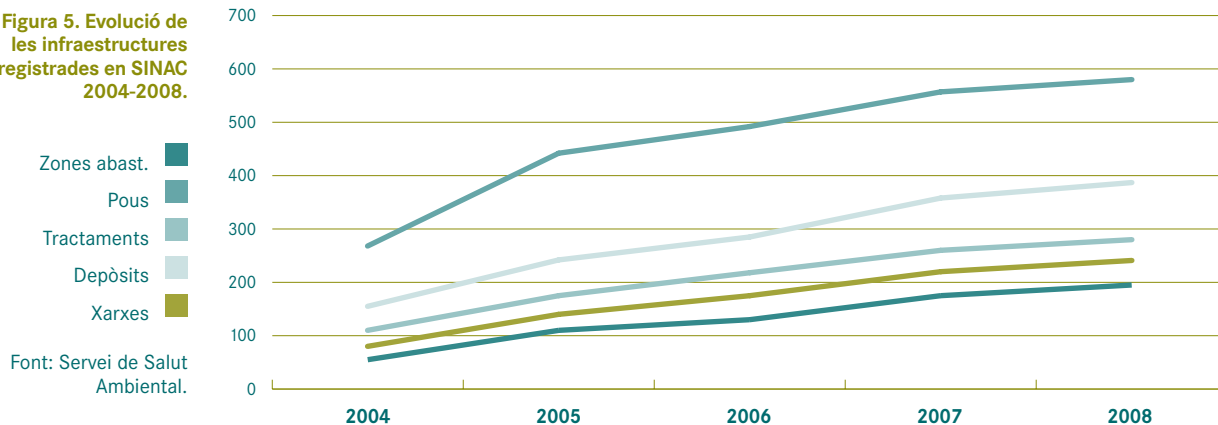


El grau de compliment entre el període 2004- 2007 es situa entre el 95%-97%, mentre que l'any 2008 ha disminuït i es situa en un 91,9%. La major part dels incompliments són per absència de clor residual lliure, excepte l'any 2007 que va ser per excés.

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:

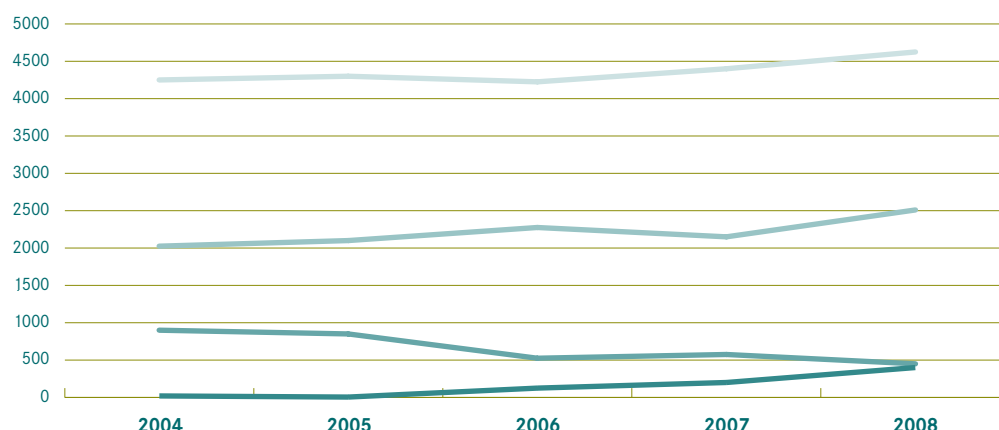


Figura 6. Nre de butlletins d'anàlisis registrats en SINAC per any.

■ 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.

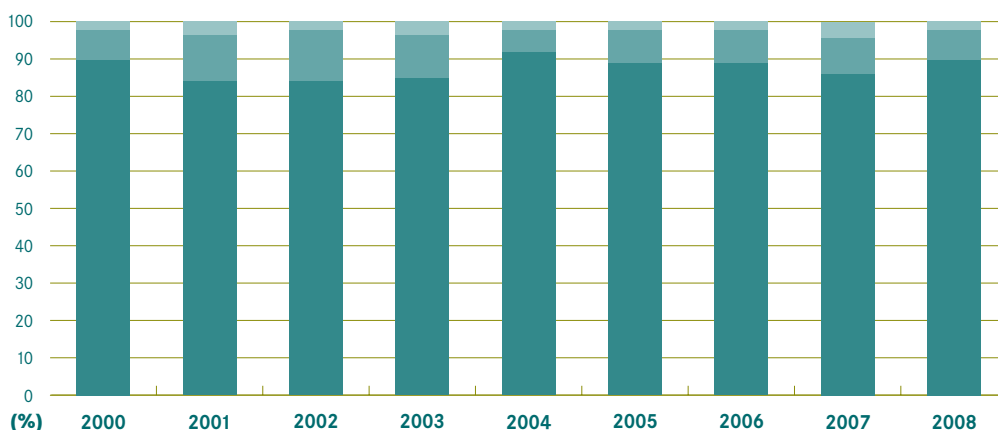
El total de mostres recollides a les Illes Balears l'any 2008 és de 2.296. Al final de la temporada de bany es realitza una avaluació de la sèrie de dades i una qualificació de cada punt de mostreig en tres categories: excel·lents, aptes i no aptes.

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.

No apta
Apta
Excel·lent

Font: Servei de Salut Ambiental.



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, dóna 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.

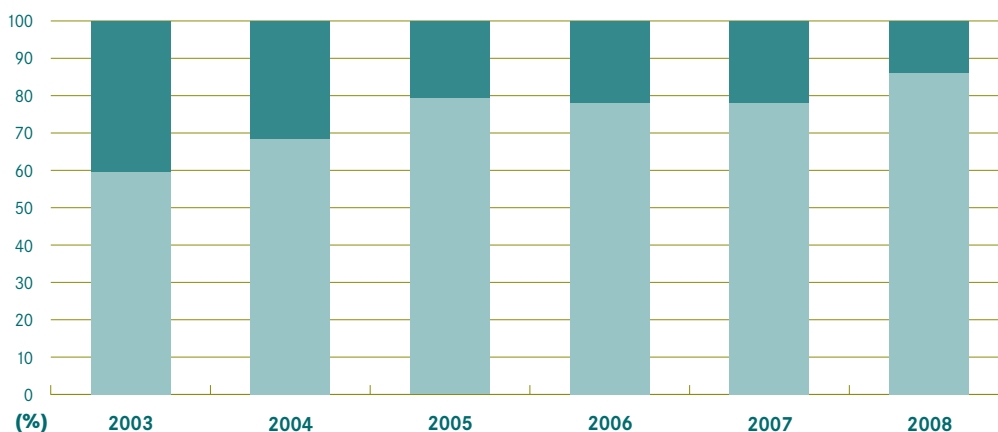
Les fonts ornamentals que generen aerosols són instal·lacions de risc per la seva capacitat de dispersar la legionel·la, per això són objecte de controls periòdics als quals es comprova el nivell de desinfectant residual, així com l'estat de neteja. En el cas de detectar-hi deficiències, es notifica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

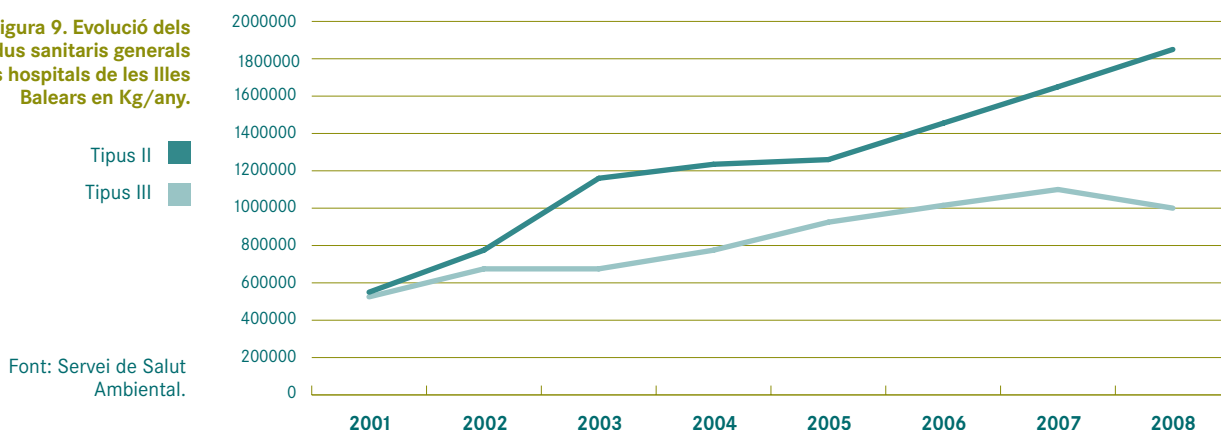
les empreses gestores de recollida de residus i les de tractament i eliminació. Com a resum s'ha de destacar el següent:

- 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 podria 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.

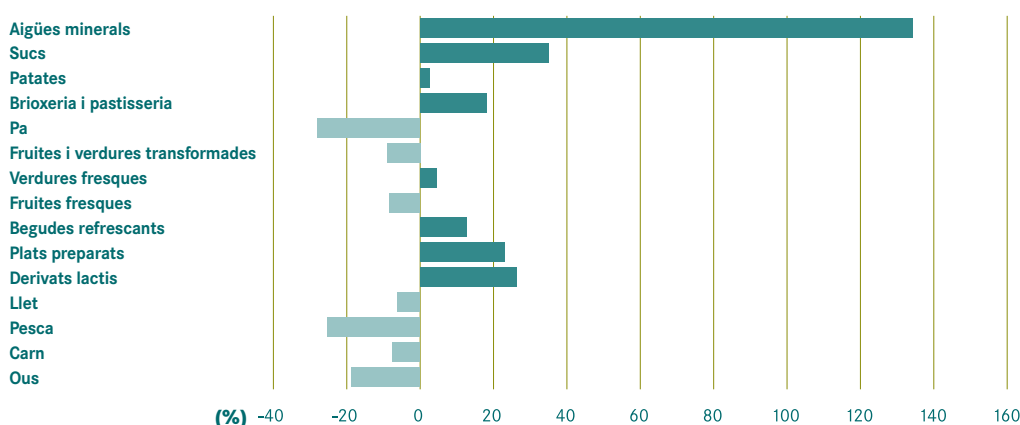
És fonamental també l'aprovació del Reglament (CE) 882/2004 del Parlament europeu i del Consell de 29 d'abril, sobre els controls oficials duïts a terme per garantir la verificació del compliment de la legislació en matèria de pinsos i aliments i la normativa sobre salut i benestar dels animals. Aquesta 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.

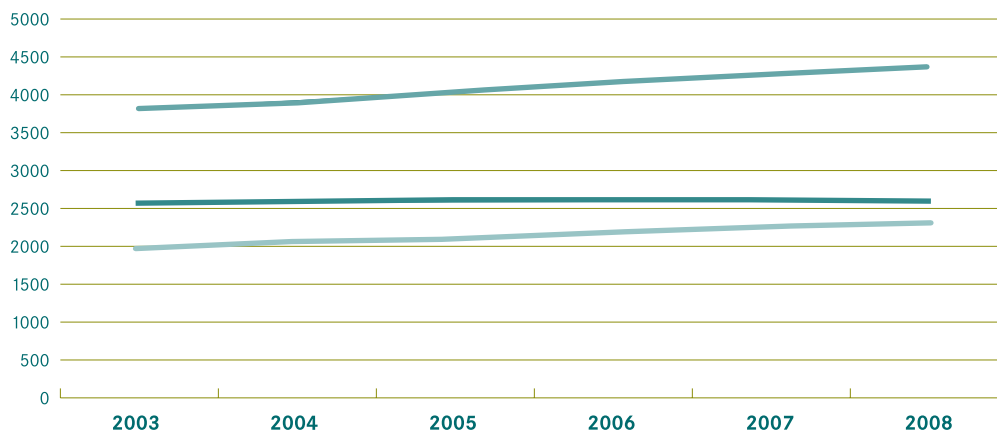


Figura 2. Evolució del nre. d'establiments amb activitat menjars preparats i restauració.

■ Allotjaments
■ Restaurants
■ Cafeteries

Font: Conselleria de Turisme.

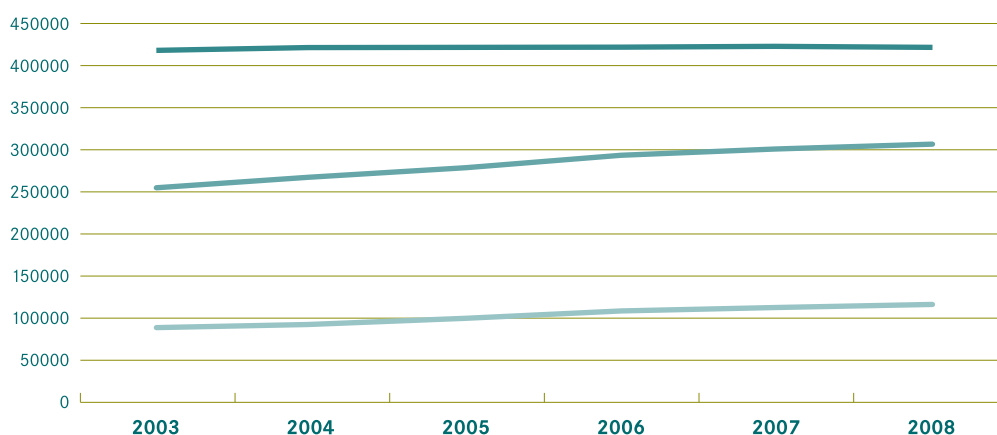


Figura 3. Evolució del nre. de places amb activitat menjars preparats i restauració.

■ 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.

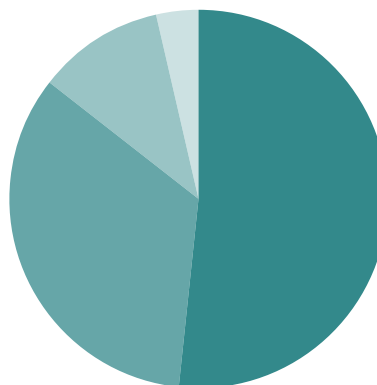
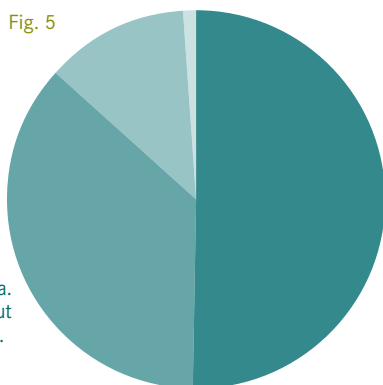


Figura 4. (nre.=258): Classificació de mostres de menjars preparats per tipus de resultat. 2008.

■ 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.



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

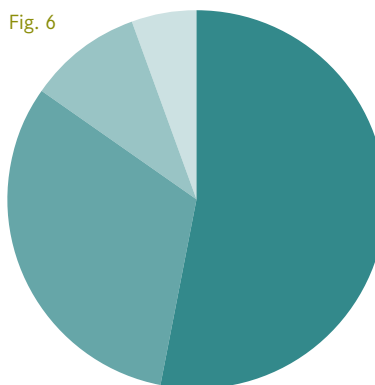


Figura 5. (nre.= 113): Classificació de mostres de menjars preparats tipus A per tipus de resultat. 2008.

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

■ Correctes
■ Deficiències manipulació
■ Deficiències higiene
■ Amb patògens

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)

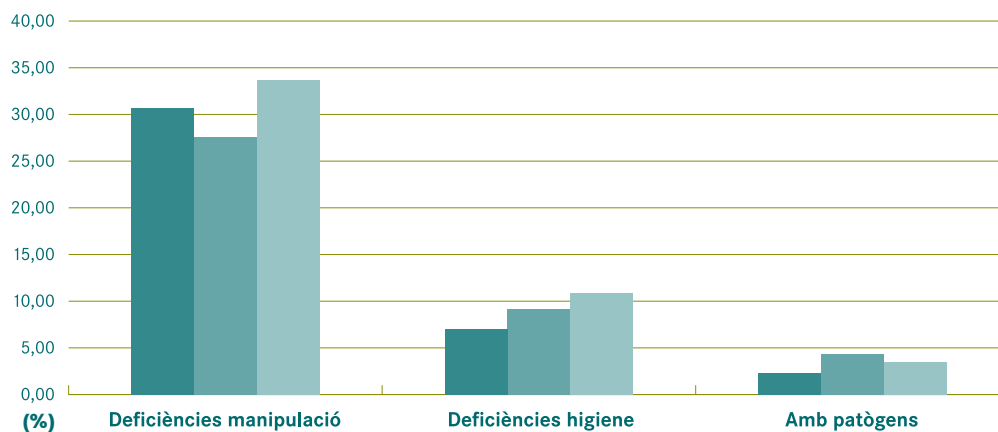


Figura 7. Mostres de menjars preparats amb deficiències (2006-2007-2008).

■ 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*.

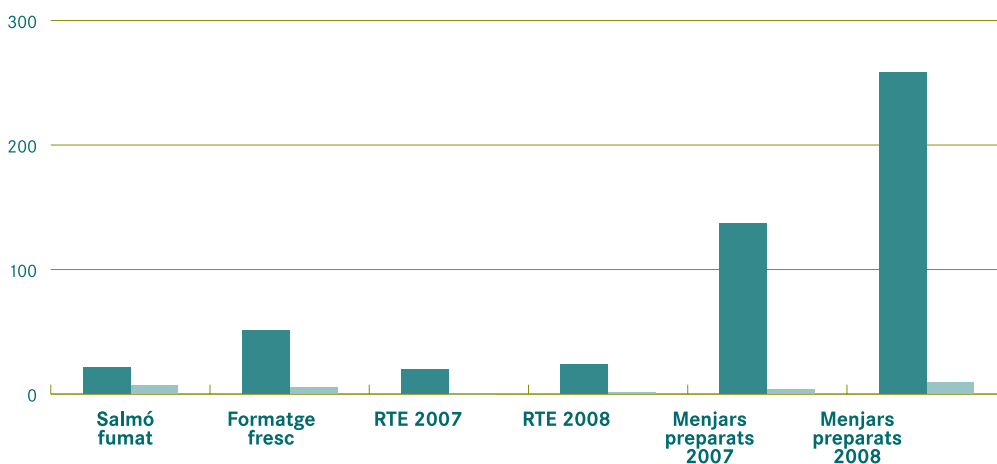
En relació a les mostres per a la determinació de *Listeria monocytogenes*, el nombre de mostres recollides va ser de 292, amb 10 mostres en les quals es detectà aquest microorganisme.

La figura 8, representa de forma gràfica el resultat del programa d'investigació d 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 porcs, 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).

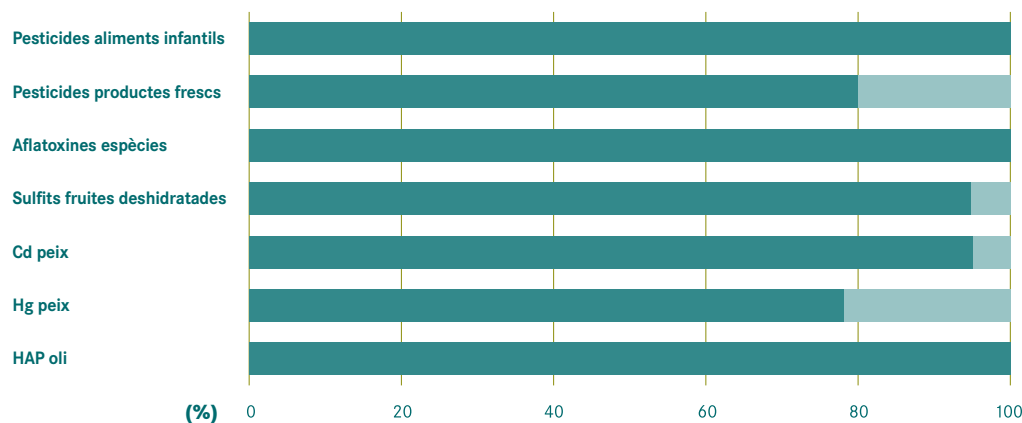


Figura 9. Percentatge de mostres no conformes per tipus de substància 2007.

■ 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:

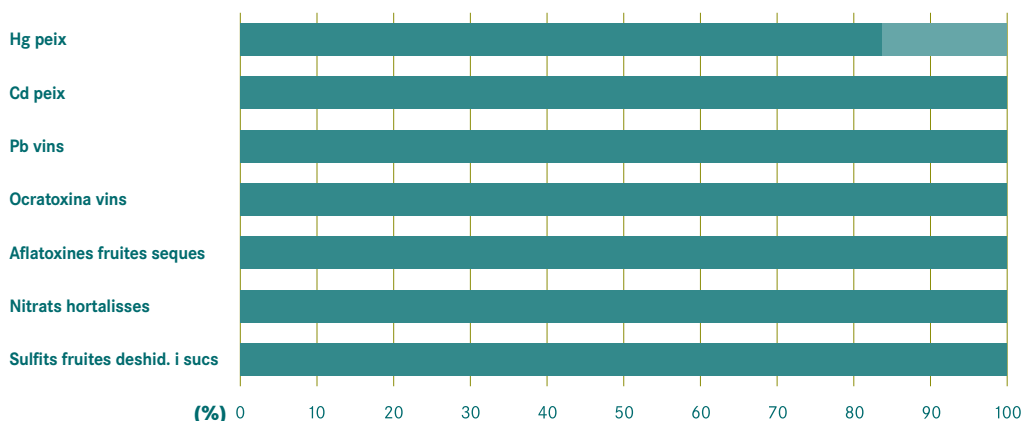
- Micotoxines (aflatoxines en fruites seques i ocratoxina en vi).
- Additius (sulfits en fruites deshidratades i suc de fruites).
- Metalls pesats (mercuri i cadmi en peixos, i plom en vi).
- Nitrats en hortalisses.

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.

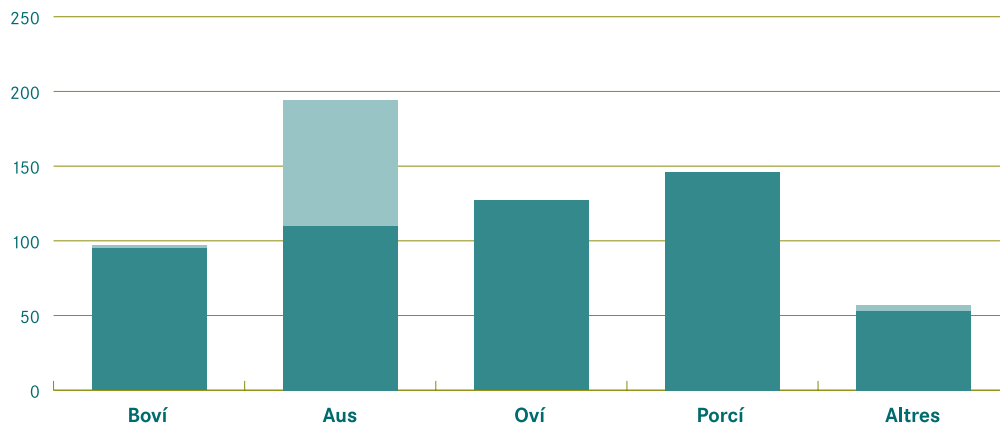
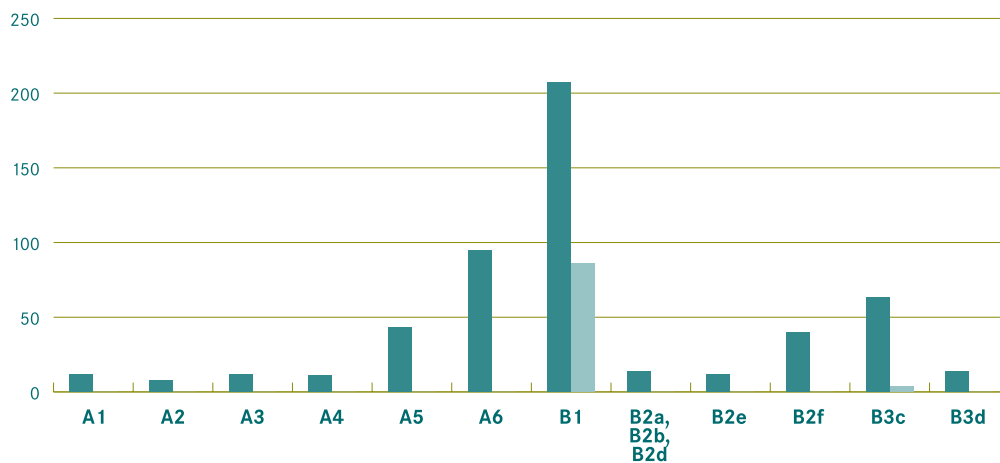


Figura 12. Distribució de mostres (dirigit/sospitós) per espècie 2008.

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 dona 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).

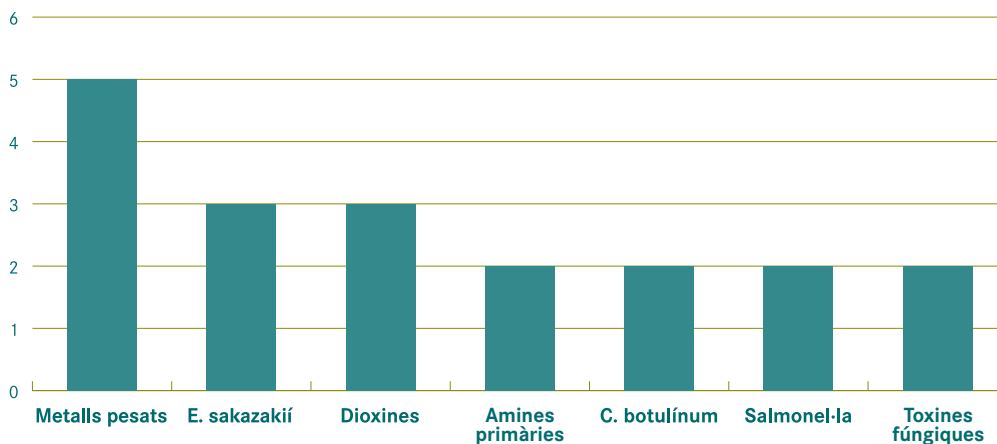


Figura 13. Etiologia ALERTES 2007.

■ 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.

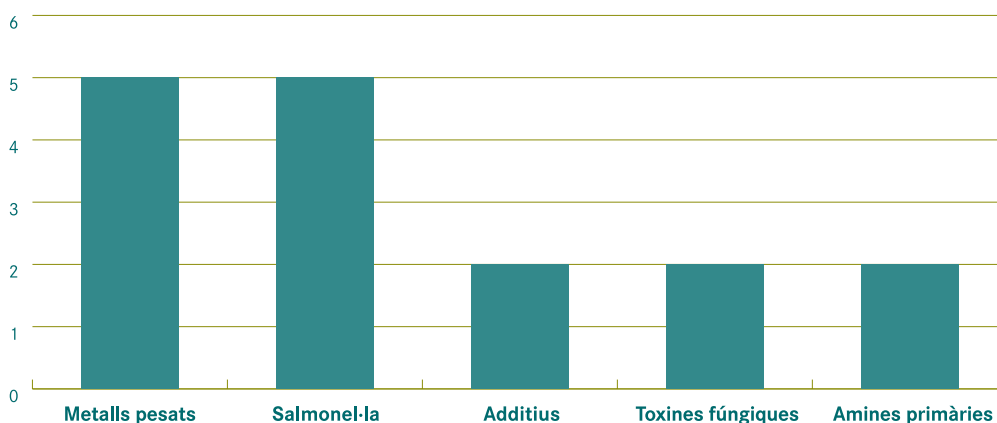


Figura 14. Etiologia ALERTES 2008.

■ 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.

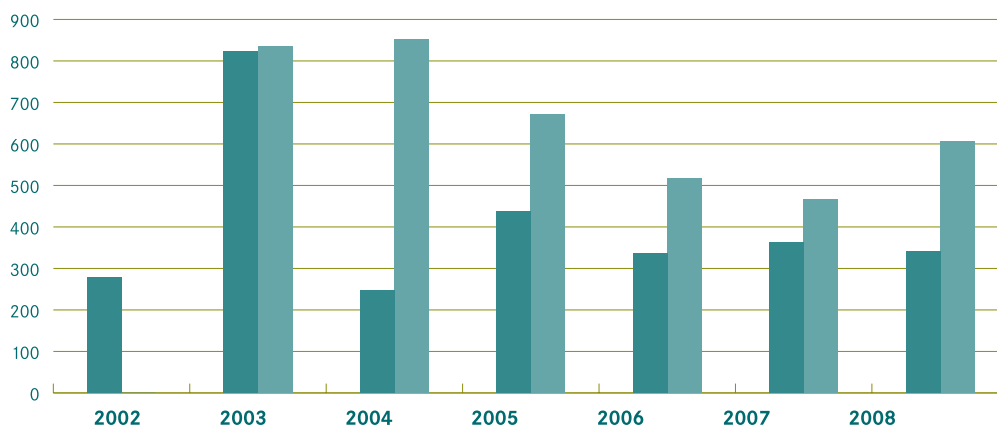


Figura 15. Nombre d'auditories de requisits previs per tipus d'establiment (2002-2008).

■ 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.

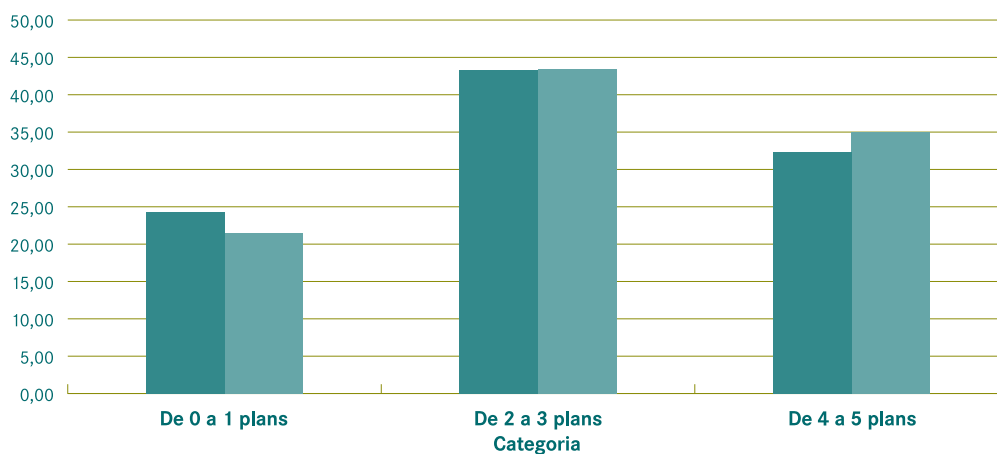


Figura 16. Resultat d'auditories hotels 2007-2008.

■ 2007
■ 2008

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

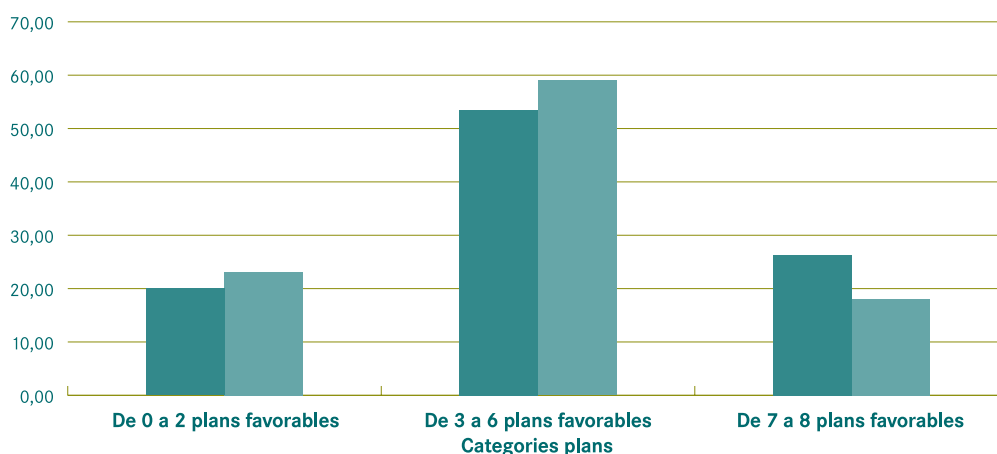


Figura 17. Resultat d'auditories d'indústries 2007-2008.

■ 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
		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 te 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%

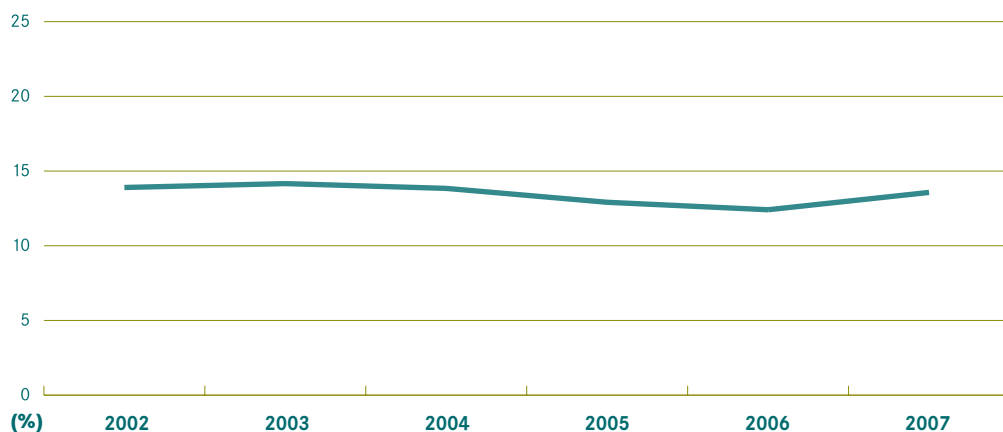


Figura 1. Pressupost definitiu en AP sobre el total de l'Ib-Salut

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 inexistent.

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 Urgents (% d'ambulatori)	I Quirúrgiques Urgents	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	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					0			
	Hospital Psiquiàtric	156	0	SM	156	66	53.497					
	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									
	Nostra Senyora del Rosari, S.A.	80	82	2	G									
Sense lucre	S.I. de Sanitat, S.L. (Juaneda)	76	109	33	G									
	Gestió H. Balear, SL (C.Femenia)	90	95	5	G									
	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

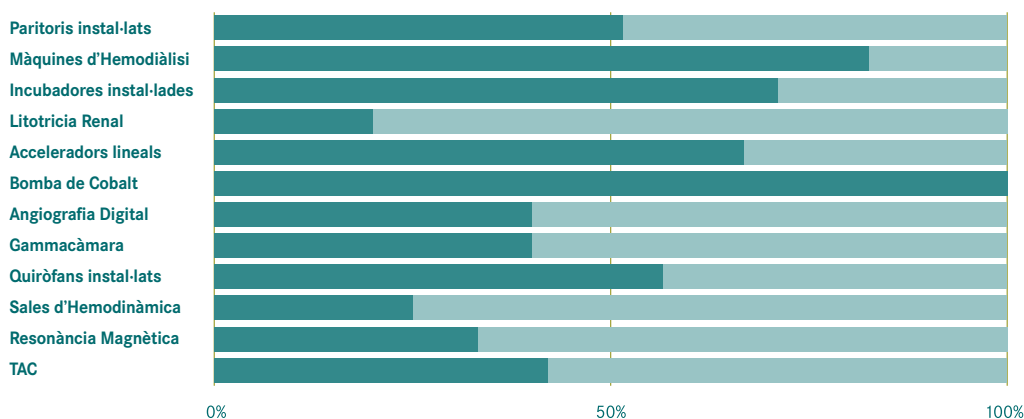
Font: SIESCRI.

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 litotrícia 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 equip 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.

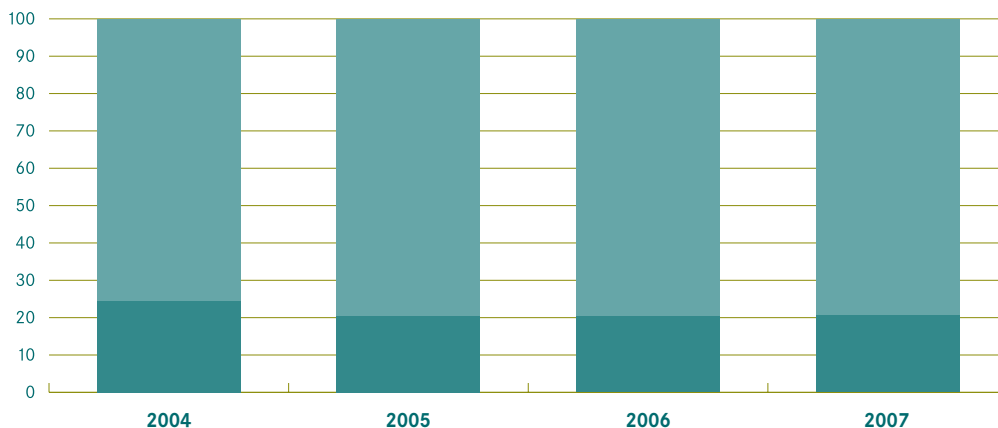
A continuació, es descriu el consum de medicaments per part del Servei de Salut al 2009 i es detallen les polítiques d'impuls d'ús racional dels medicaments i de gestió de la prestació a empreses en els darrers anys a la nostra comunitat autònoma.

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

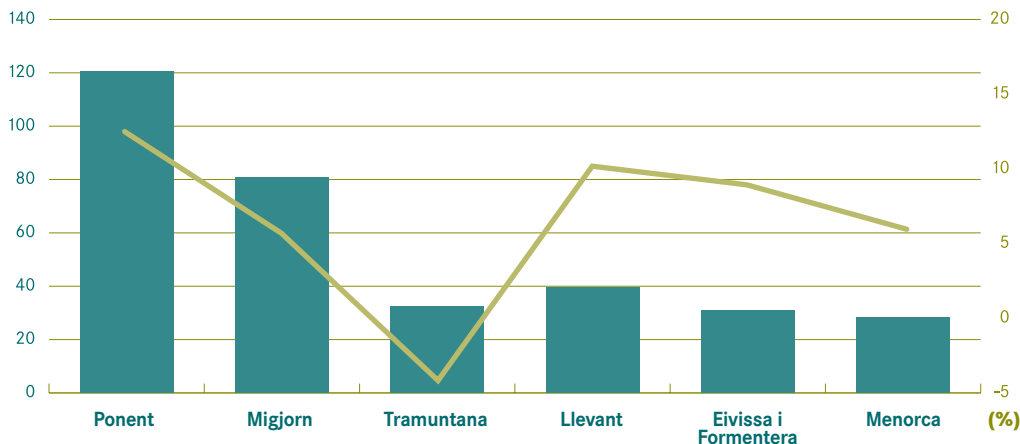
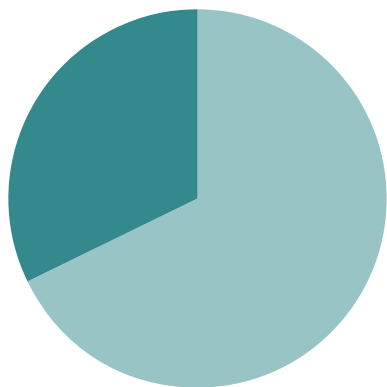


Figura 5. Despesa per canal de dispensació de l'any 2009.

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.

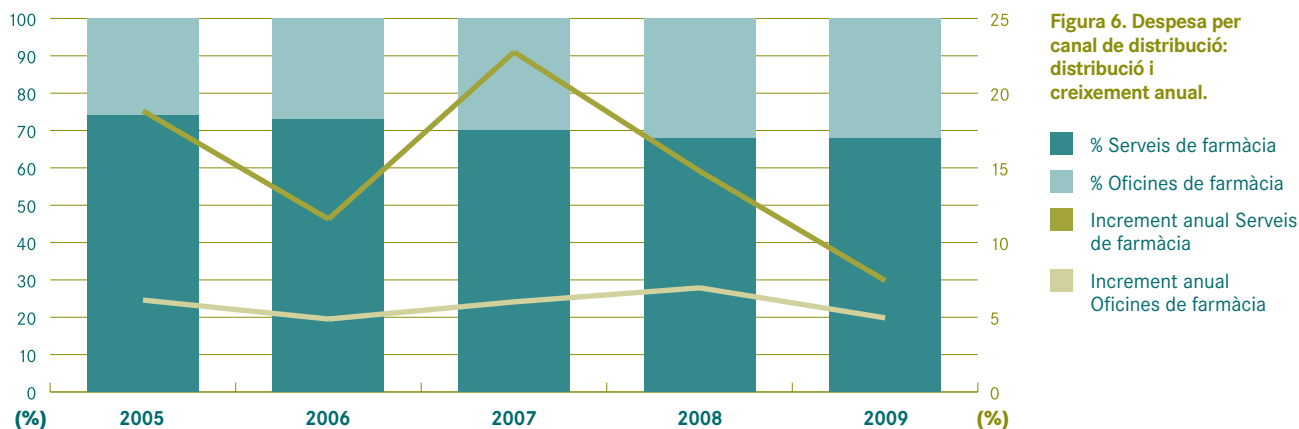


Figura 6. Despesa per canal de distribució: distribució i creixement anual.

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.

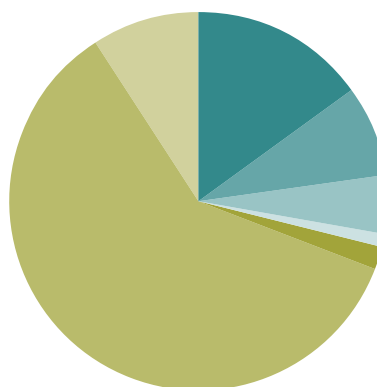


Figura 7. Despesa per àrea de producció: any 2007.

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 %).

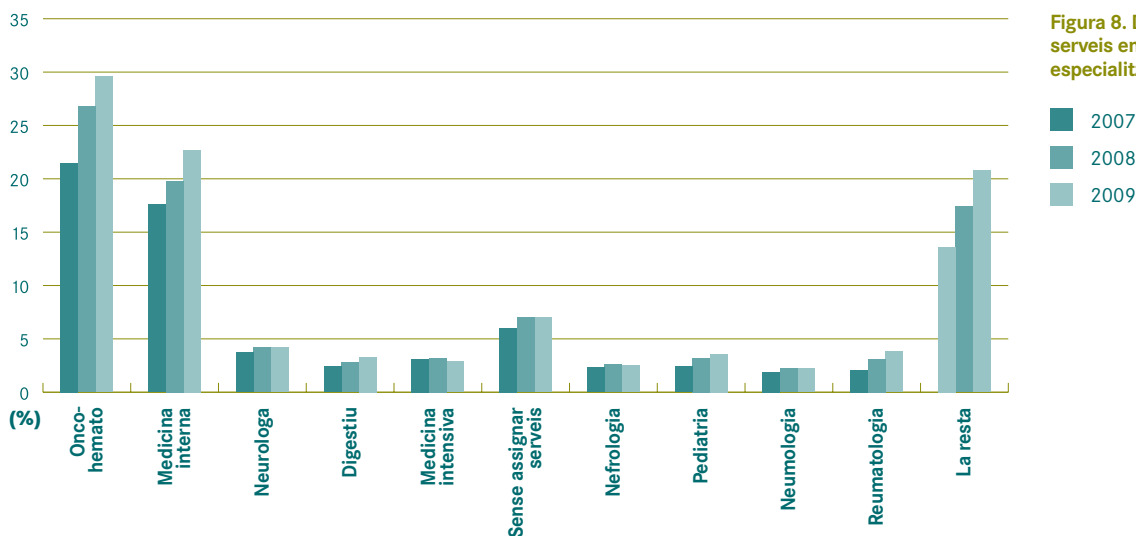
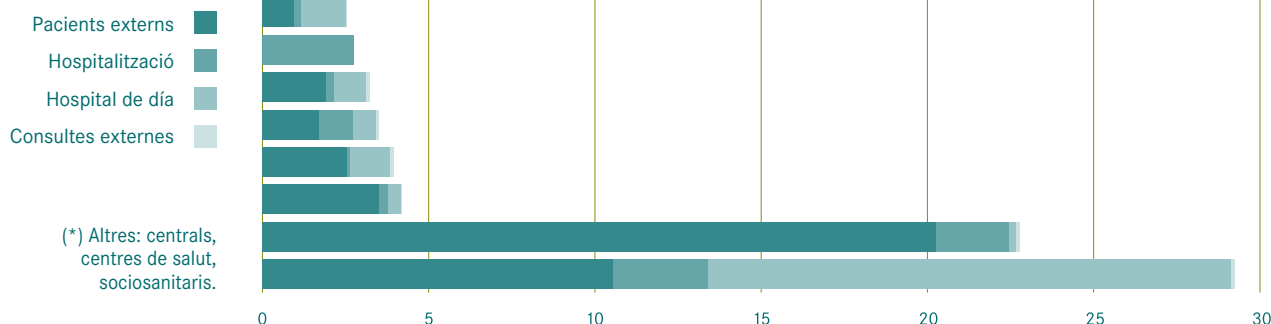


Figura 8. Despeses per serveis en l'atenció especialitzada.

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 ocurrencia 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'ocurrencia 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.

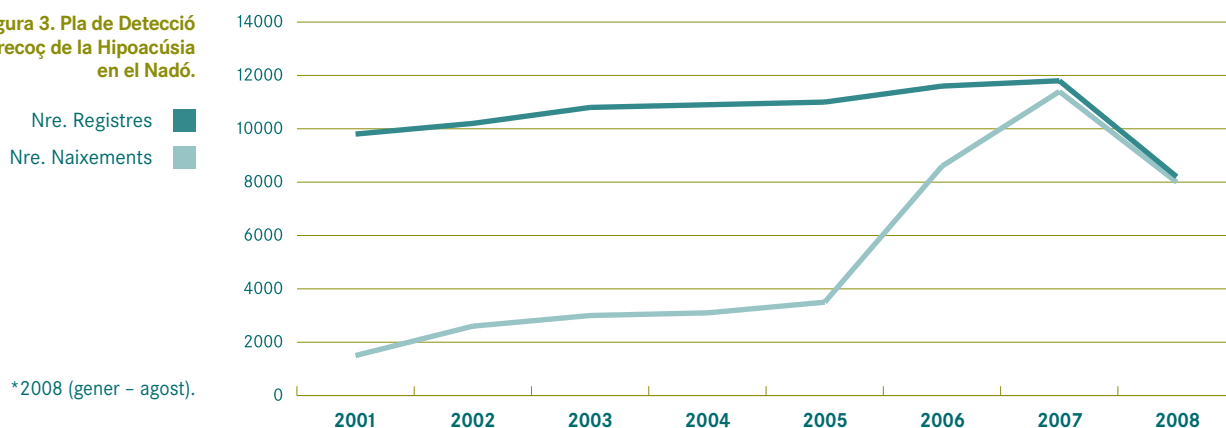
3.2.5.2. Pla de Detecció Precoç de la Hipoacúsia en el Nadó

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.

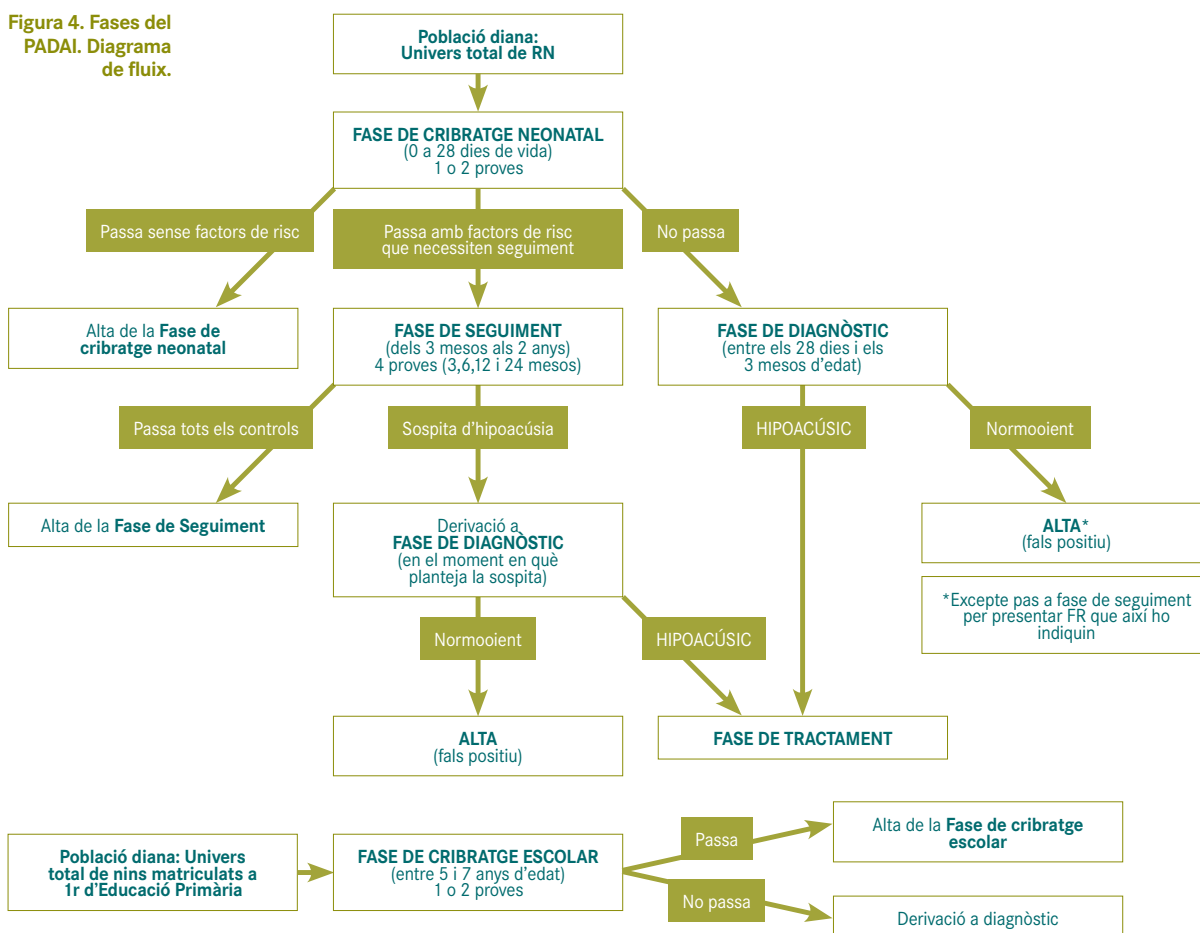
Figura 3. Pla de Detecció Precoç de la Hipoacúsia en el Nadó.



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'algorisme 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 dóna 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 hotel·leria (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%).

Condicions socioeconòmiques

1. RENDES I DISTRIBUCIÓ DE LA RIQUESA

2. POBRESA I EXCLUSIÓ SOCIAL

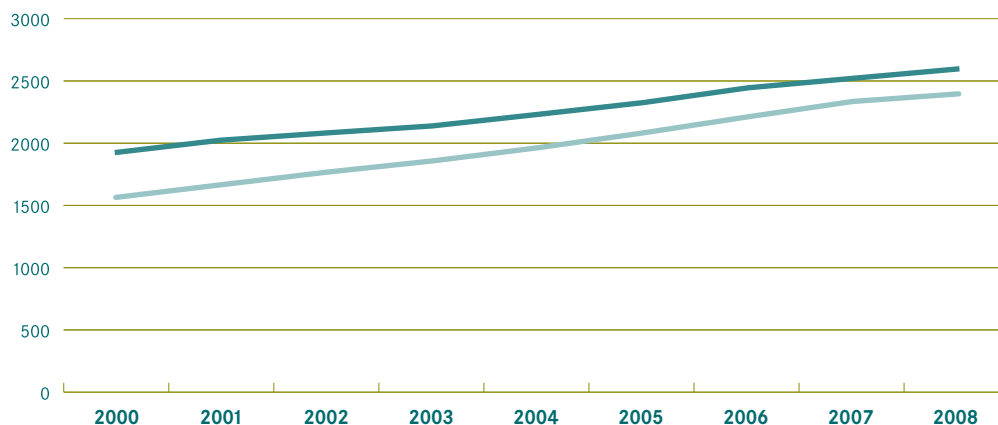
La comunitat autònoma de les Illes Balears presenta algunes particularitats respecte a altres comunitats autònomes de l'Estat, sobretot a causa del fet de tenir l'economia focalitzada en el turisme i la construcció. Aquest fet ha sostingut durant molts d'anys les Illes Balears com una de les comunitats autònomes més riques, en termes de renda per càpita, sense que sembli que hi hagi més nivell de desigualtats econòmiques que a la resta de l'Estat, encara que als últims anys la tendència no és favorable.

1. Rendes i distribució de la riquesa

El producte interior brut (PIB) per càpita de les Illes Balears ha seguit des del 2000 una tendència ascendent i es situa sempre per sobre de la mitjana nacional (figura 1).

Figura 1. Evolució del PIB per càpita a les Illes Balears i a Espanya (€).

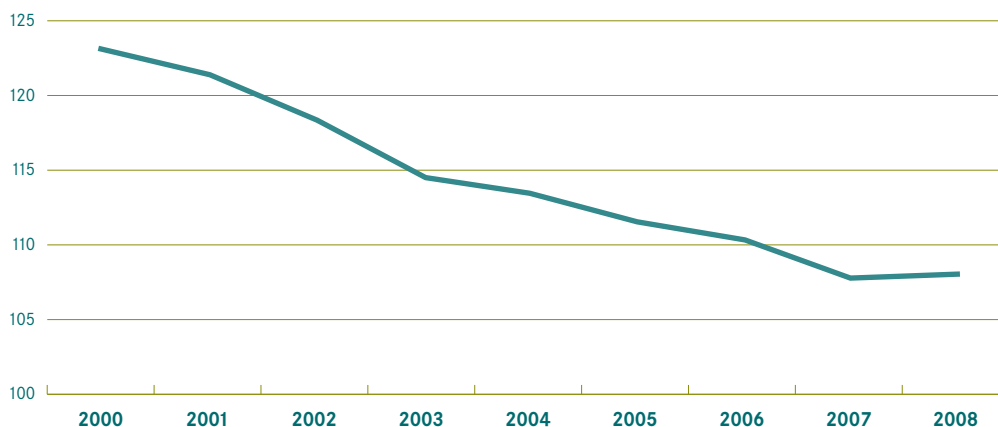
Illes
Espanya



Font IBESTAT 2008.

No obstant, la taxa de creixement del PIB per càpita va ser inferior a la del conjunt de l'Estat (figura 2). De fet, era la comunitat autònoma que experimentava un menor creixement del PIB en aquest període.

Figura 2. Evolució del PIB per càpita de les Illes Balears en relació a Espanya (2000-2008).



Font: IBESTAT 2008.

Com a conseqüència, el PIB de les Illes Balears que l'any 2000 era un dels més alts (sols superat per Madrid i Navarra), retrocedí l'any 2008 (figura 3) al sisè lloc (per sota del País Basc, Madrid, Navarra, Catalunya i Aragó). Aquest fet es pot explicar inicialment perquè la renda de la nostra comunitat autònoma va créixer menys que la mitjana nacional, mentre que la població experimentà un dels creixements més importants.

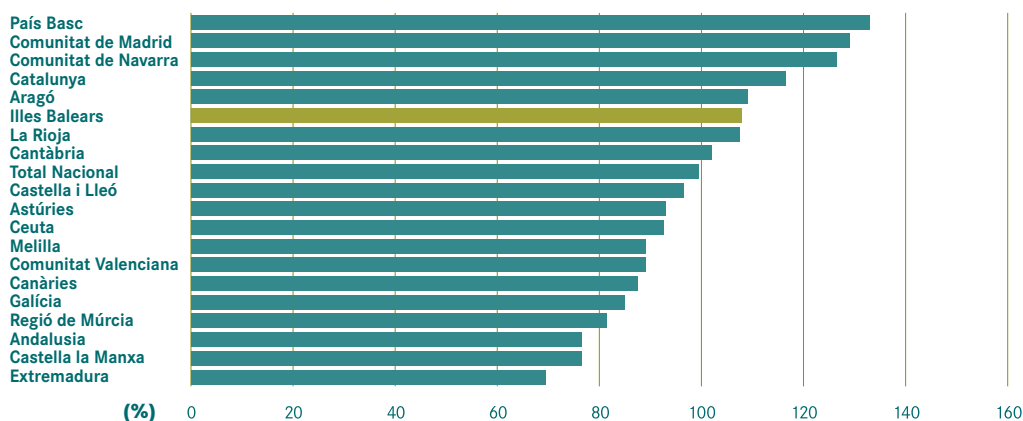


Figura 3. PIB per càpita comunitats autònomes, 2008.

Font: INE.
Any 2008.

Segons L'Enquesta de condicions de vida de les llars, la renda mitjana per llar, persona i unitat de consum a les Illes, és inferior a la mitjana nacional (taula 1).

Taula 1. Renda anual neta mitjana per llar, per persona i unitat de consum, (2008) per comunitat autònoma.

	Renda mitjana per llar	Renda mitjana per persona	Renda mitjana per unitat de consum
Illes Balears	26.010	9.560	14.535
Total	26.820	10.438	15.492

Font: Enquesta de condicions de vida 2008 (INE 2009).

Quant a despeses mensuals mitjanes per habitatge (408 euros), es situava per sobre de la mitjana nacional (296 euros).

Per altra part, el percentatge de llars amb capacitat per fer front a despeses imprevistes era similar a la mitjana nacional (72%), i el percentatge de llars amb dificultats per arribar a fi de mes era menor que en el conjunt de l'Estat (53,7% vs 60,0%).

Respecte a la distribució de les llars, segons diferents intervals d'ingressos (taula 2), semblava que a les Illes Balears, les llars amb les rendes més superiors estaven més representades i ho eren menys les més inferiors, tot comparant-les amb el total de l'Estat.

Taula 2. Distribució de les llars segons els intervals d'ingressos anuals en el 2007

	Total	Illes Balears
Fins a 9.000	12,6	11,2
De 9.000 fins a 14.000	13,5	13,8
De 14.000 fins a 19.000	14,6	12,6
De 19.000 fins a 25.000	15,6	15,3
De 25.000 fins a 35.000	19,7	17,7
Més de 35.000	24,0	29,4

El 2006, l'índex de Gini, com a indicador de desigualtat relativa de recursos a les Illes Balears, prenia el valor de 0,29 inferior a l'obtingut per al conjunt de l'Estat (0,33), el que suggeria una menor desigualtat entre les llars de les Illes respecte a la resta de l'Estat espanyol.

Quant a les prestacions socials (taula 3), aproximadament la meitat de les llars percebien qualche tipus de prestació social, percentatge inferior a la mitjana nacional, i clarament inferior quant a prestacions a la vellesa i supervivència.

Taula 3. Percentatge de llars que percebien prestacions socials, segons prestació, 2007.

	Total nacional	Illes Balears
Llars que percebien prestacions socials	56,3	52,7
Percebien prestació vellesa i supervivència	64,3	55,9
Percebien prestacions per atur	20,5	33,0
Percebien altres subsidis o prestacions socials	28,6	28,2

L'anàlisi d'altres indicadors, com l'índex de desenvolupament humà (IDH) basat en l'esperança de vida, educació i PIB, mostrava una evolució creixent en tot l'Estat. La comunitat autònoma amb un IDH més elevat va ser el País Basc, seguit de la Comunitat de Madrid i Navarra. Illes Balears presentà una evolució similar a la mitjana nacional i es situà l'any 2007 lleugerament per sota de la mitjana nacional (taula 4).

Taula 4. Composició de l'IDH. Espanya i Illes Balears l'any 2007

	Índex d'esperança de vida	Índex d'educació	Índex de PIB	IDH
Espanya	0.930	0.978	0.944	0.95
Illes Balears	0.932	0.925	0.955	0.937

2. Pobresa i exclusió social

Els diferents indicadors elaborats per avaluar la pobresa econòmica presentaven a les Illes Balears un signe millor que a la resta de l'Estat, ja que la pobresa afectava un percentatge més reduït de llars.

Segons l'índex de pobresa relativa el 13,8% de les persones vivien sota el llindar de la pobresa, percentatge inferior a la mitjana estatal (19,6%).

En relació a l'evolució de la pobresa, les Illes Balears era la comunitat autònoma que més havia reduït, entre 1980 i 2007, el seu índex de pobresa humana (IPH-2). Aquest índex es basa en l'esperança de vida limitada, l'analfabetisme, la renda i l'atur de llarga durada (taula 5). Aquesta reducció era a causa fonamentalment de l'augment del nivell de renda.

Taula 5. Composició de l'IPH-2. Espanya i Illes Balears 2007

	Esperança de vida limitada	Analfabets funcionals	Ingressos menors al 50% de la mitjana	Aturats de llarga durada	IPH-2
Espanya	7,84	11,93	16,86	1,96	12,04
Illes Balears	7,82	10,99	12,98	0,70	10,0



No obstant això i a pesar de diversos factors positius, com un PIB elevat, la renda disponible per habitant, un nivell de desigualtats d'ingressos (índex de gini) reduït i un percentatge de despesa de consum de les llars que no arribava a la mitjana, les llars de la nostra comunitat autònoma tenien una percepció de pobresa subjectiva elevada i un espectacular nombre de judicis per desnonament. Estam per sota de la mitjana en percentatge de famílies amb dificultats per arribar al final del mes, però el percentatge de famílies per a les quals les despeses totals de la llar representen una pesada carrega és molt elevat.

També s'observen resultats positius a l'índex de desenvolupament de gènere (IDG) 0,934 al 2007. Les dades són similars a la mitjana nacional.

DIABETIS
ATLESIONS
ENODESITJATS
RDIOVASCULAR
RTENSIÓAL·LÈRGIE
EIXER CINTOXICACION
AT ASMA
SMEATABAC
STÀNCIES

S
S
ES
NS

Dret a la salut

Determinants de salut

Resultats en salut

Despesa sanitària

Conclusions

Annexos

En aquest capítol:

De què emmalaltim

Estat de salut

Malalties transmissibles

Malalties Cardiocerebrovasculars

Malalties Oncològiques

Diabetis Mellitus

Malalties Respiratòries

Malalties Mentals

Lesions

De què morim

De què emmalaltim

Estat de salut i qualitat de vida

1. LA PERCEPCIÓ DE L'ESTAT DE SALUT

2. LA QUALITAT DE VIDA

3. PROBLEMES DE SALUT CRÒNICS

4. SALUT MENTAL

5. RESTRICCIÓ DE L'ACTIVITAT

6. LES DISCAPACITATS

7. LA DEPENDÈNCIA FUNCIONAL EN LA GENT GRAN

La majoria de la població sent que té bona o molt bona salut, sobretot els homes. Aquesta percepció no és tan optimista a mesura que augmenta l'edat de les persones i entre les dones de classe social desfavorida.

Els que es queixen ho fan sobretot de problemes de tipus crònics relacionats amb l'aparell locomotor i circulatori. També són freqüents els problemes de depressió i ansietat, sobretot entre les dones. Entre la població infantil destaquen les al·lèrgies i l'asma.

Malgrat aquesta bona primera impressió de la salut de la població, volem destacar l'alt percentatge de gent amb risc de patir un trastorn mental en la població adulta, risc més elevat en dones i classes socials desfavorides. Al contrari, en relació a la població infantil, la seva qualitat de vida era millor que la mitjana europea.

La molt elevada esperança de vida a les nostres illes, en constant augment, ha fet que hi hagi un augment de persones amb limitacions funcionals, sobretot de tipus físic, encara que la majoria tenia autonomia funcional per a les seves cures personals, feines domèstiques i el moviment.

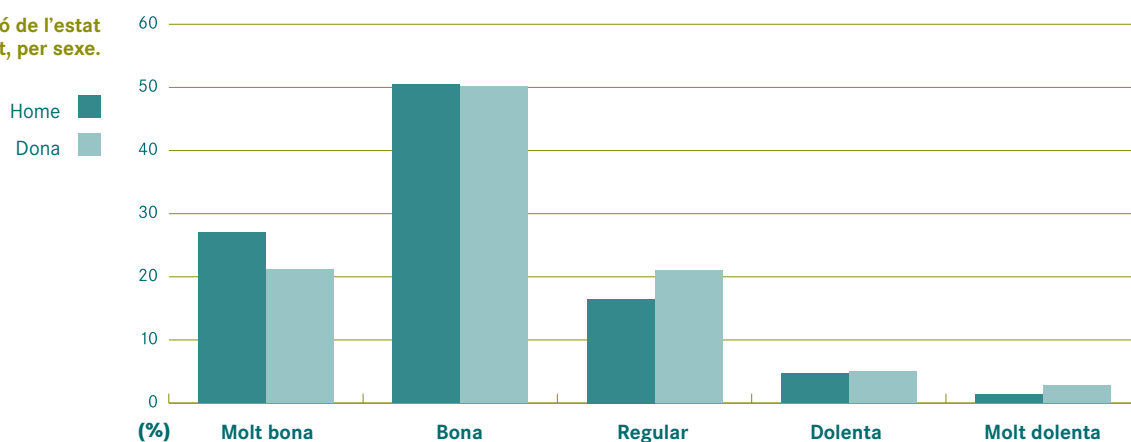
1. La percepció de l'estat de salut

La salut subjectiva és una mesura global que inclou diferents dimensions del concepte de salut (física, social i emocional) i expressa la sensació de benestar. Per una altra banda, està àmpliament acceptat que una mala valoració de la salut és un bon predictiu de la mortalitat.

A les Illes Balears, l'any 2007, el 74,4% de la població considerava que la seva salut era bona o molt bona.

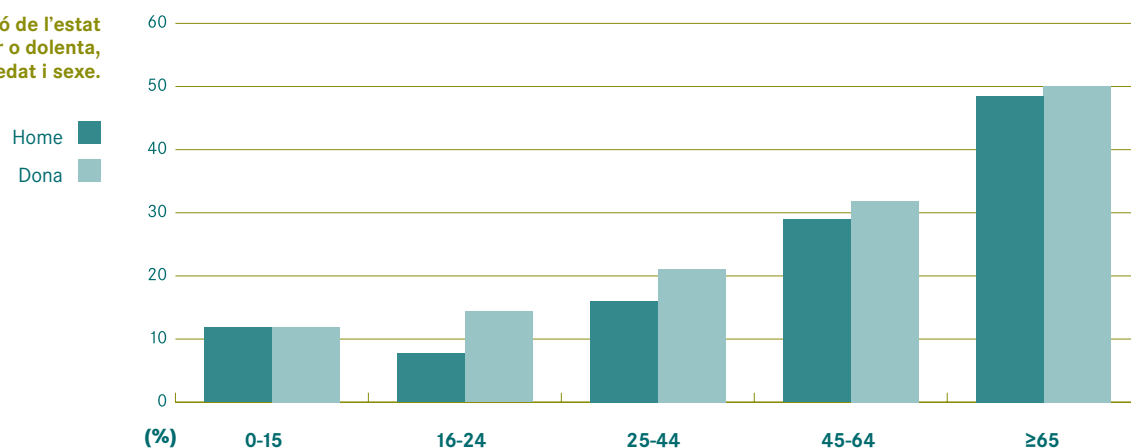
La percepció de l'estat de salut estava relacionada amb l'edat, el sexe i la classe social. Els homes tenien una millor percepció de l'estat de salut (77,4%) que les dones (71,2%) (figura 1).

Figura 1. Percepció de l'estat de salut, per sexe.



Excepte en la població infantil en què l'estat de salut no presentava diferències, a mesura que augmentava l'edat, la percepció d'una salut regular o dolenta era més, freqüent (sobretot entre les dones) de tal manera que més de la meitat de les persones majors de 64 anys tenen aquesta percepció (figura 2).

Figura 2. Percepció de l'estat de salut com regular o dolenta, segons grup d'edat i sexe.



Les persones de classes socials més desfavorides perceben un estat de salut pitjor, sobretot, les dones (figura 3)

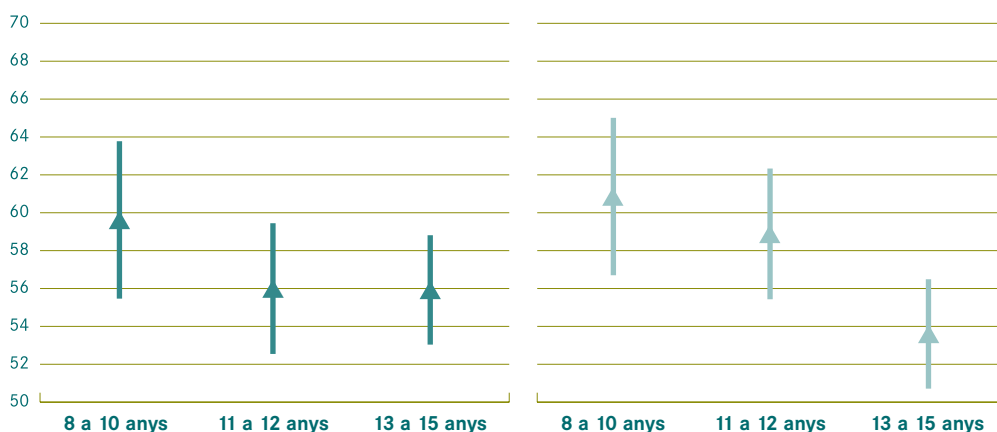
Figura 3. Percepció de l'estat de salut com a regular i dolenta segons classe social i sexe. Percentatges estandarditzats per edat.



La valoració de l'estat de salut no variava segons l'illa a on residien. El 23,6% dels mallorquins, el 23,3% dels residents a les Illes Pitiüses i el 24,6% dels menorquins consideraven que la seva salut era regular o dolenta.

2. La qualitat de vida

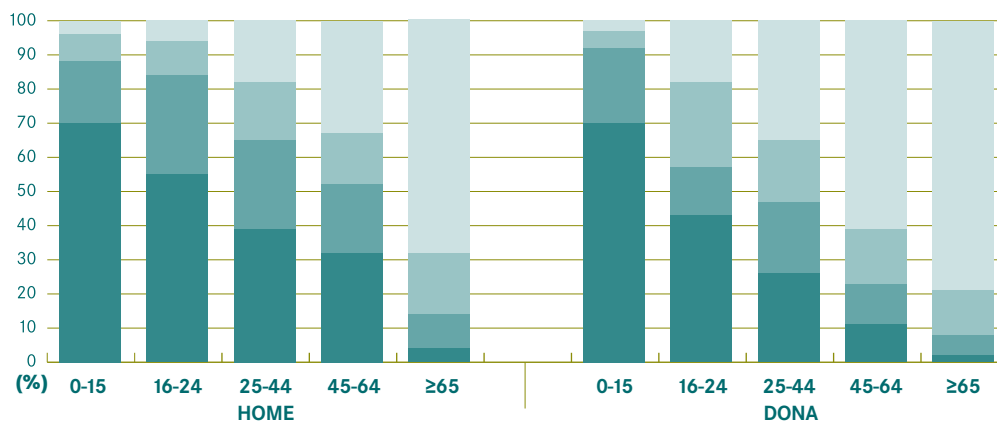
La qualitat de vida de la població infantil (majors de 7 anys) es va mesurar amb el qüestionari KIDSCREEN. La població infantil de les Illes Balears tenia una qualitat de vida millor que la mitjana europea i disminuïa conforme augmentava l'edat, sobretot en les nines (figures 4 i 5).



3. Problemes de salut crònics

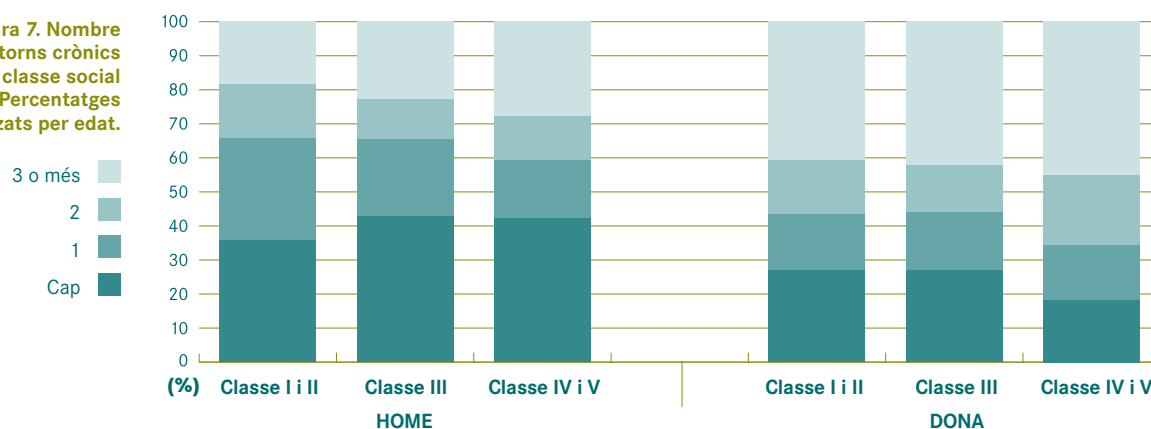
L'Enquesta de salut de les Illes Balears explora la prevalença de 26 problemes de salut crònics en la població adulta i de 7 problemes en la població infantil que produeixen una major freqüentació o un major consum de recursos sanitaris.

Un 68,5% de la població adulta i el 24,7% de la població infantil declarava haver patit, al menys, un trastorn crònic en el darrer any. El nombre de trastorns crònics augmentava amb l'edat i era més elevat entre les dones a qualsevol franja d'edat (figura 6).



Les persones de classes socials més desfavorides patien més trastorns crònics que les classes benestants (figura 7).

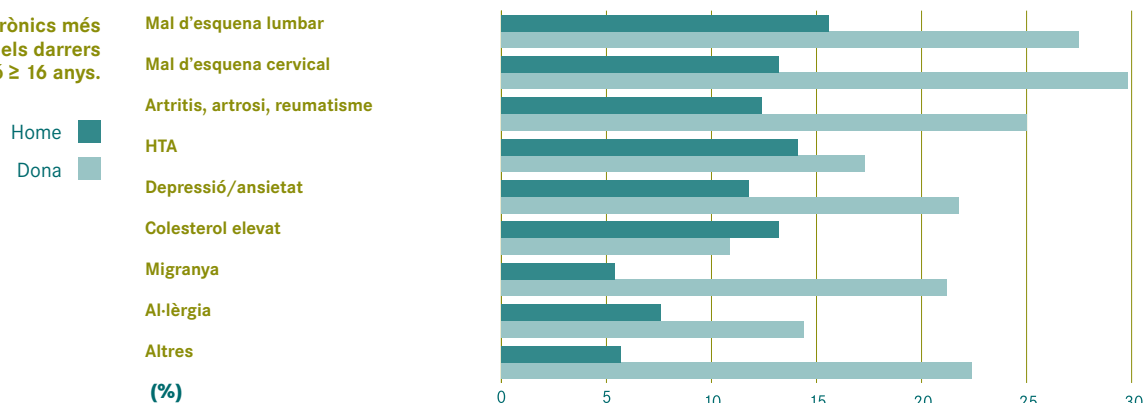
Figura 7. Nombre de trastorns crònics segons classe social i sexe. Percentatges estandarditzats per edat.



Un 64,3% de la població adulta resident a Eivissa i Formentera varen declarar tenir com a mínim un problema de salut. Aquest percentatge era més elevat a Mallorca i Menorca (68,5% i 74,9% respectivament).

Els problemes de salut crònics esmentats amb més freqüència entre els adults eren les malalties de l'aparell locomotor i de l'aparell circulatori. Destacaven en ambdós sexes el mal d'esquena, tant cervical com lumbar, l'artrosi, l'artritis i el reumatisme, i la hipertensió arterial. També era elevada la freqüència de problemes de depressió/ansietat. La prevalença de molts d'aquests problemes era clarament més elevada en les dones que en els homes (figura 8).

Figura 8. Trastorns crònics més prevalents patits en els darrers 12 mesos. Població ≥ 16 anys.



Els problemes de salut variaven amb l'edat. Entre els majors de 65 anys destacaven l'artrosi, l'artritis i el reumatisme, els problemes patits per més del 50% dels entrevistats, seguit de la hipertensió arterial (42,9%), el mal d'esquena, tant cervical (29,7%) com lumbar (28,6%), el colesterol elevat (26,8%) i els problemes de depressió/ansietat (26%). Un 27,4% dels homes d'aquest grup d'edat havia patit problemes de pròstata. En canvi, entre el jove destacaven com a problemes més freqüents l'al·lèrgia crònica (14,0%), el mal d'esquena cervical (13,8%) i lumbar (12,8%), la depressió/ansietat (8,5%) i l'asma (7,1%).

Els problemes de salut més freqüents declarats per la població infantil eren les al·lèrgies cròniques (7,1% de nins i 10,2% de nines) i l'asma (5,8% de nins i 4,3% de nines) (figura 9).

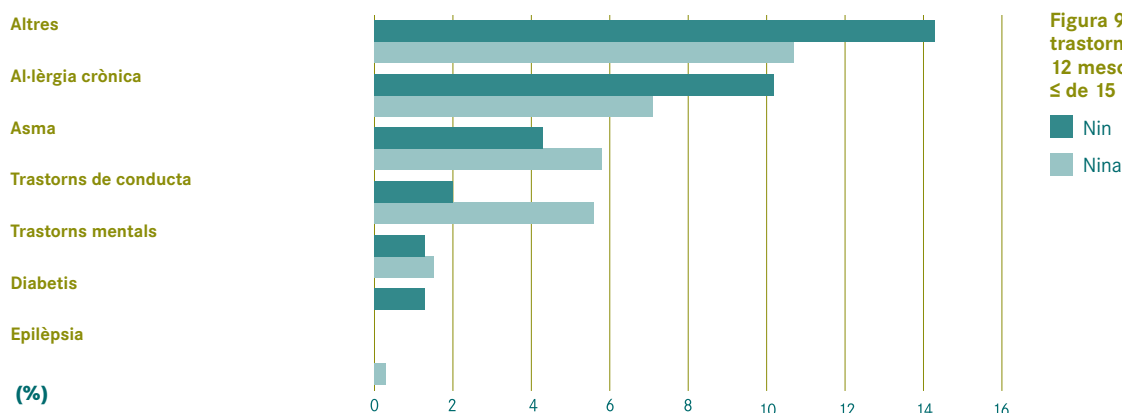


Figura 9. Prevalença de trastorns crònics en els darrers 12 mesos segons sexe. Població ≤ de 15 anys.

4. Salut mental

L'Enquesta de salut de les Illes Balears (ESIB-2007), per tal de tenir una valoració de la salut mental de la població adulta va incloure el Qüestionari de Goldberg GHQ-12 (*General Health Questionnaire*). Aquest instrument és útil per estimar la prevalença de persones amb risc de patir trastorns mentals en el moment de l'entrevista, i no per un problema crònic o antic i, en cap cas, com a diagnòstic.

Un 25,1% de la població adulta estava en risc de patir un trastorn mental, risc més elevat en les dones (31,5%) que en els homes (18,8%).

El benestar psicològic variava notablement en funció de l'edat i el sexe. Les diferències més notables per sexe s'observaven en edats intermèdies. Per contra, en els majors de 65 anys s'observava una prevalença entre els homes que tendia a igualar les dones (figura 10).

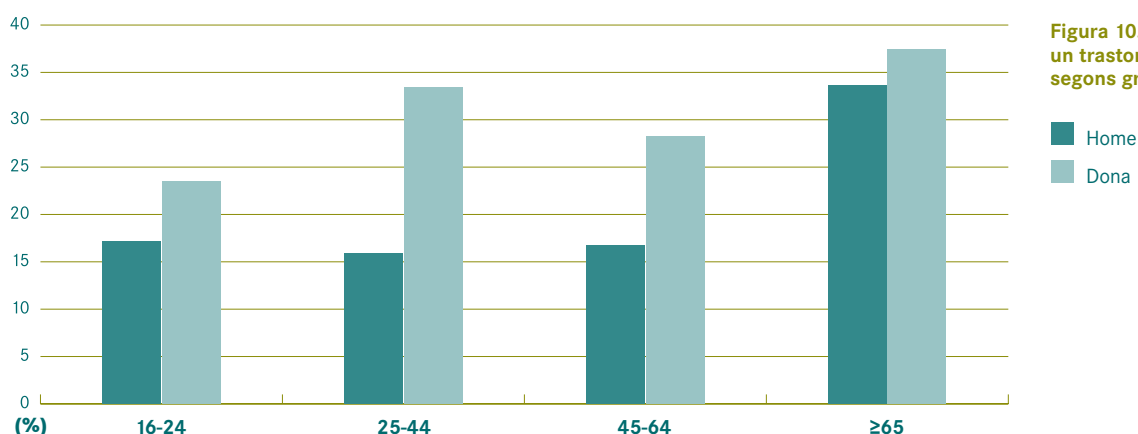
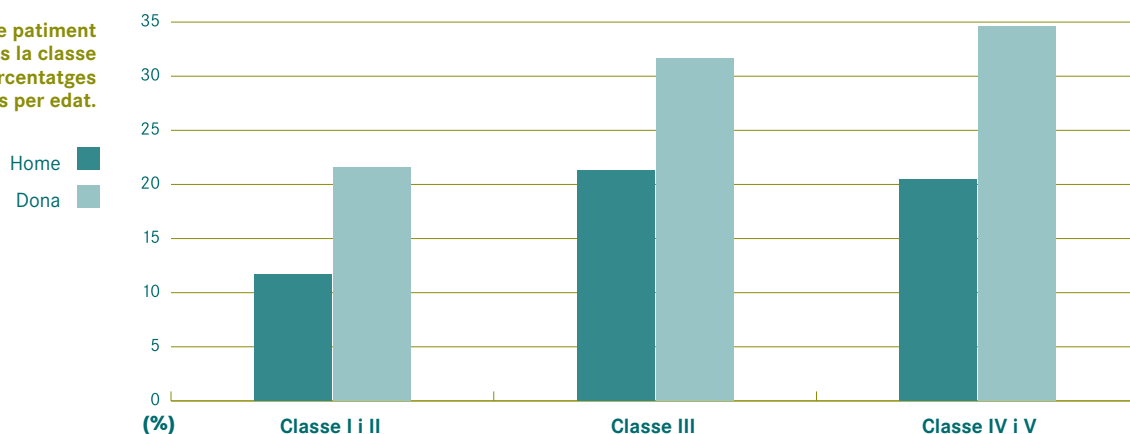


Figura 10. Probabilitat de patir un trastorn mental (GHQ ≥ 3) segons grup d'edat i sexe.

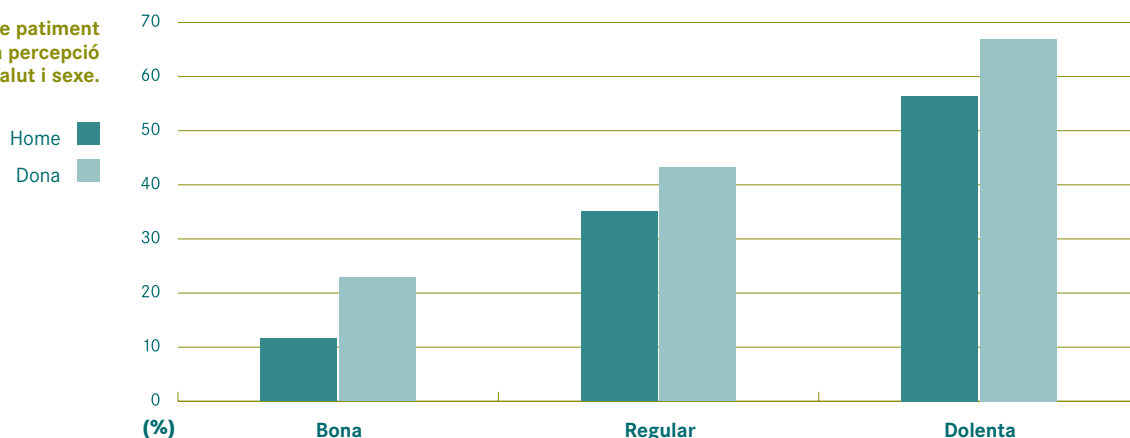
La probabilitat de patir un trastorn mental era més freqüent entre les classes socials desfavorides, sobretot entre les dones (figura 11).

Figura 11. Risc de patiment psicològic segons la classe social i sexe. Percentatges estandarditzats per edat.



El risc de patiment psicològic també tenia una relació directa amb la percepció de la salut. A mesura que la percepció de la salut empitjorava, el risc de patiment psicològic era més alt (figura 12).

Figura 12. Risc de patiment psicològic segons la percepció de la seva salut i sexe.



Aquest risc era lleugerament més elevat a Menorca (28,3%) i a Eivissa i Formentera (27,7%) que a Mallorca (24,4%).

La valoració de la salut mental de la població infantil es va obtenir a partir del Qüestionari de capacitats i dificultats (SDQ). Aquest qüestionari dirigit a nins i nines majors de 3 anys recollia símptomes emocionals, problemes de conducta, hiperactivitat, problemes amb els companys i socialització.

A la figura 13 s'observa la mitjana per a cada un dels apartats. Els nins obtenien pitjor puntuació a l'apartat dels problemes de conducta, hiperactivitat i problemes amb els companys. Les nines, a l'escala de símptomes emocionals i socialització.

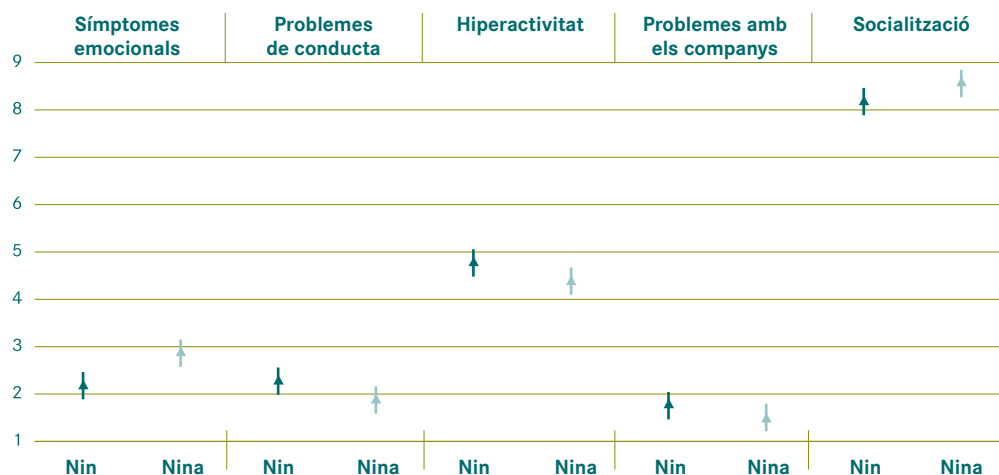


Figura 13. Salut mental de la població infantil (SDQ). Mitjana i IC 95%.

■ Nin
■ Nina

5. Restricció de l'activitat

El 18,1% de tota la població declarava haver reduït les seves activitats habituals durant les dues setmanes anteriors a l'entrevista a causa d'algun problema de salut (el 16,8% d'homes i el 19,4% de dones) i el 8,2% havia hagut de romandre al llit (el 7,1% dels homes i el 9,4% de les dones).

En població infantil, la reducció de l'activitat era més freqüent en nins que en nines. En canvi, en població adulta era més freqüent en les dones, en qualsevol franja d'edat, i arribava a ser quasi el doble en majors de 65 anys (figura 14).

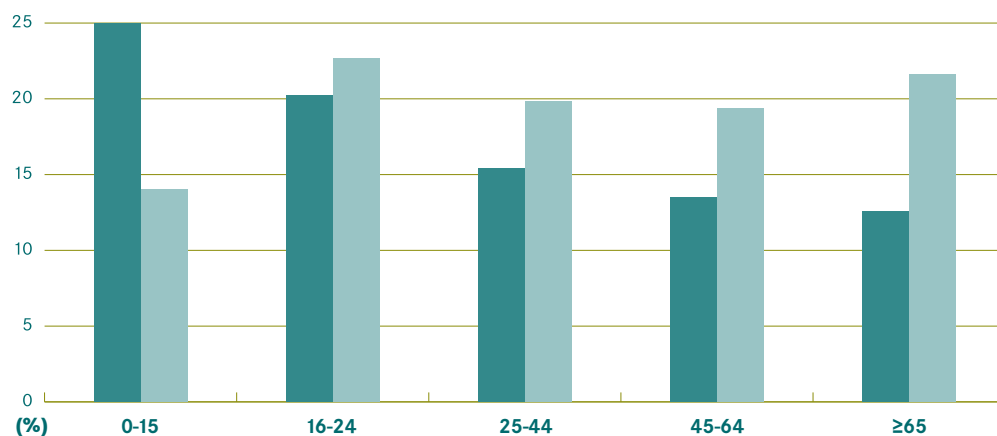


Figura 14. Restricció de l'activitat en les darreres dues setmanes per grup d'edat i sexe.

■ Home
■ Dona

Entre les classes socials més benestants (16,4%) la restricció de l'activitat era lleugerament menys freqüent que entre les classes socials desfavorides (18,7%).

L'anàlisi territorial mostrava una freqüència lleugerament més elevada de restricció de l'activitat entre els residents d'Eivissa i Formentera (21,1%) que a Mallorca (17,6%) o a Menorca (17,7%).

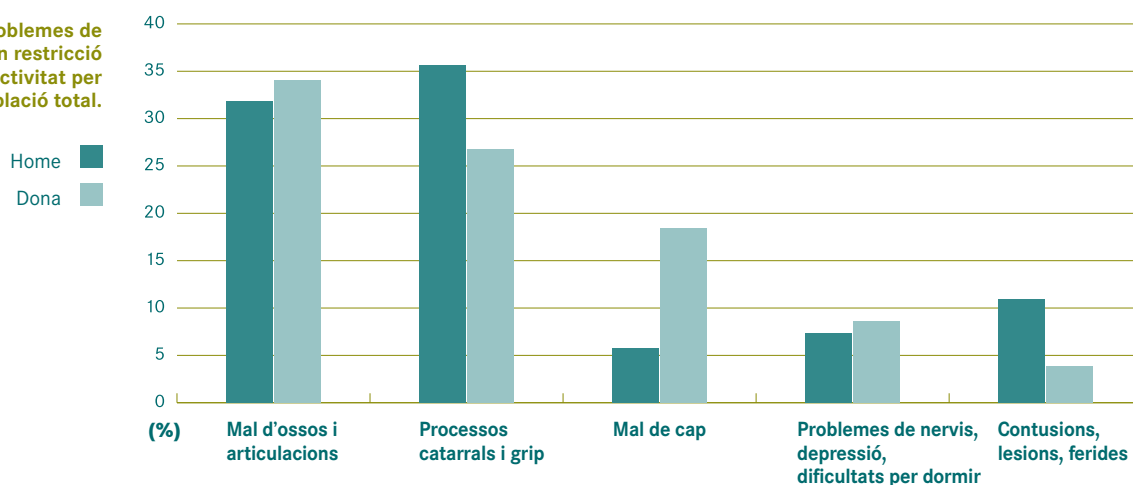
Cada persona que va restringir la seva activitat per un problema de salut ho feia amb una mitjana de 6,3 dies (DE = 4,9), mitjana que augmentava amb l'edat (4,3 dies entre els més joves, 10,3 dies entre els majors de 65 anys).

L'estada mitjana de permanència al llit per un problema de salut era de 3,8 dies i també augmentava amb l'edat (1,7 dies entre els joves de 16-24 anys i 7,5 dies entre els majors de 65 anys). En població infantil era de 3,3 dies.

Els principals problemes de salut que ocasionaven aquesta restricció de l'activitat eren el dolor d'ossos, d'esquena i de les articulacions (33%), processos catarrals i gripals (30,9%), mals de cap (12,6%), problemes de nervis, depressió o dificultats per dormir (8%) i contusions, lesions i ferides (7,1%). Els tres primers eren també les causes més freqüents de la permanència al llit.

La freqüència variava en funció del sexe i de l'edat. Els mals de cap causaven una restricció de l'activitat amb més freqüència en les dones i els processos catarrals i les contusions i ferides en els homes (figura 15).

Figura 15. Problemes de salut que causen restricció temporal de l'activitat per sexe. Població total.



Els processos catarrals i gripals, així com el mal de cap, en els joves, i el dolor d'ossos, d'esquena i d'articulacions en els més grans.

6. Les discapacitats

L'esperança de vida a les nostres Illes és molt elevada i en constant augment des de fa dècades. Això no vol dir, però, que totes aquestes persones tinguin una bona salut. Tot al contrari, aquest augment de l'esperança de vida ve acompanyada d'un augment del nombre de persones amb limitacions funcionals.

Les limitacions són moltes vegades conseqüència de malalties cròniques que augmenten amb l'edat amb un impacte no només sobre l'individu, sinó també sobre la societat. L'estatus funcional de les persones grans juga un paper molt important en les seves possibilitats d'autonomia. La seva pèrdua associada a l'existència de malalties cròniques comporta la necessitat d'assistència a les tasques de la vida quotidiana i d'un augment de places en residències geriàtriques.

El 23,3% de la població adulta declarava haver tengut, al menys els 6 mesos abans de l'entrevista i a causa d'un problema de salut, qualche tipus de limitació per realitzar les activitats de la vida quotidiana (el 18,6% amb una limitació moderada i el 4,8% amb una limitació greu). La prevalença era més elevada en les dones que en els homes (el 26,3% enfront del 20,3%).

La prevalença de limitacions augmentava amb l'edat i les diferències per sexe eren més patents entre les persones grans (figura 16).

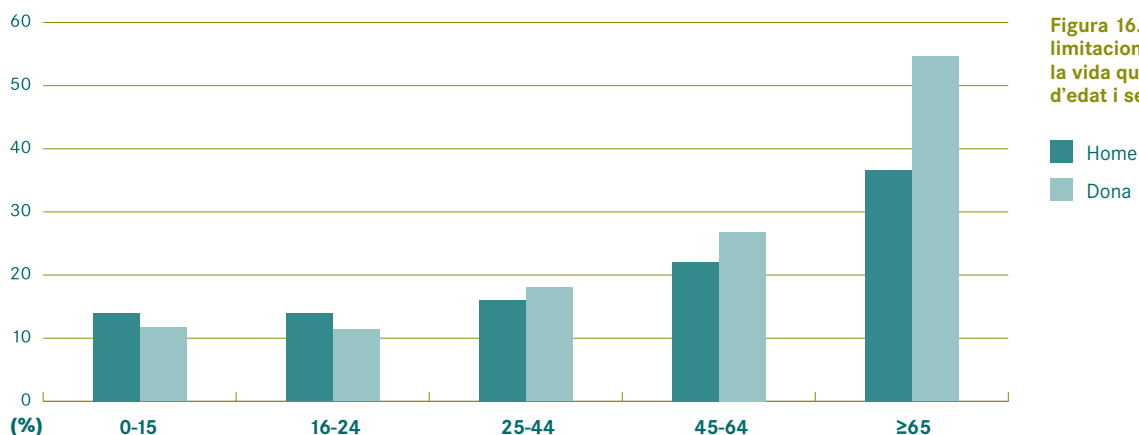


Figura 16. Prevalença de limitacions per activitats de la vida quotidiana per grup d'edat i sexe.

El percentatge de persones amb limitacions era més elevat entre les persones de classes socials desfavorides i en les dones de totes les classes socials (figura 17).

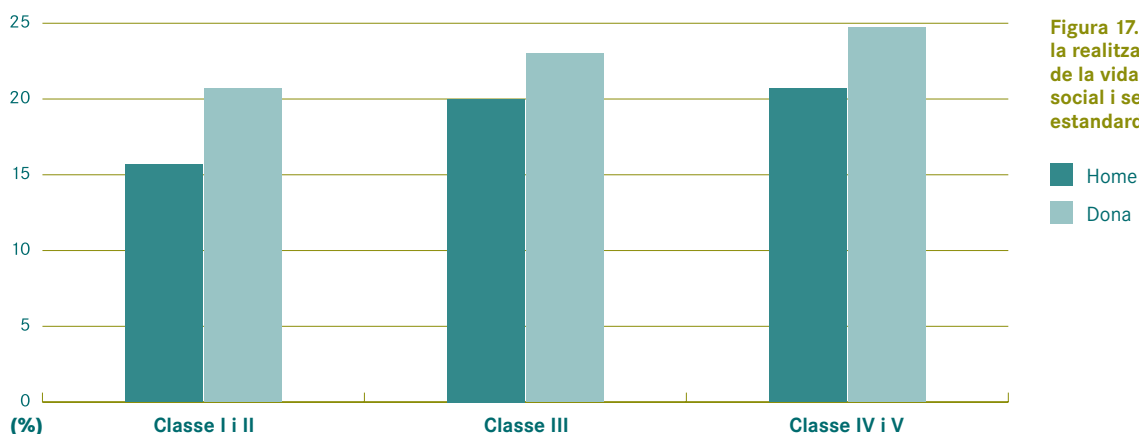


Figura 17. Limitacions per a la realització de les activitats de la vida diària per classe social i sexe. Percentatges estandarditzats per edat.

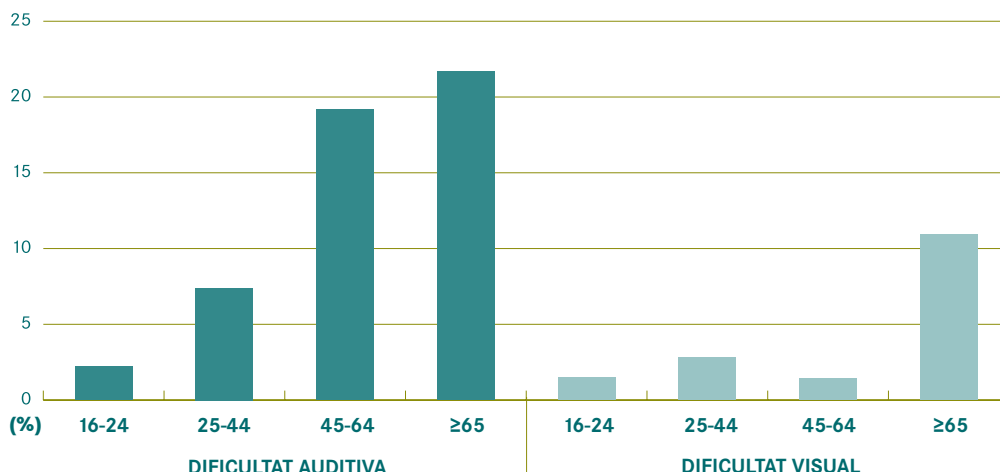
L'anàlisi territorial mostrava una prevalença similar per illes (21,8% a Mallorca, 21,7% a les illes d'Eivissa i Formentera, i 20% a Menorca).

El 74,1% de les limitacions eren a causa d'un problema físic, el 8,1% a un problema mental i la resta a ambdós problemes, físics i mentals. Els problemes físics eren més freqüents entre els homes (el 78,9% enfront del 71,4%) i els problemes mentals entre les dones (el 9,2% enfront del 6,7%).

El 12,4% de la població adulta (14,3% d'homes i 10,5% de dones) tenien alguna dificultat auditiva i el 3,6% (2,5% d'homes i 4,6% dones) visual.

La dificultat auditiva i visual s'incrementava amb l'edat. A partir dels 45 anys, al voltant d'un 20% de la població presentava problemes per oir. Quant a les dificultats per veure-hi, es feien més patents a partir dels 65 anys (figura 18).

Figura 18. Dificultat auditiva i visual segons l'edat.

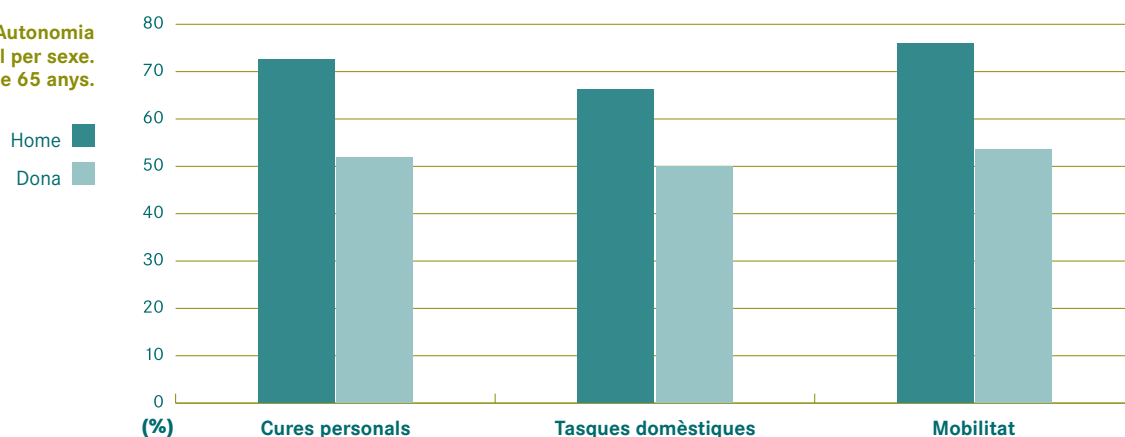


7. La dependència funcional en la gent gran

A l'ESIB se'ls va demanar a les persones majors de 64 anys si tenien dificultat per realitzar 27 activitats quotidianes de la vida diària relacionades amb les cures personals: vestir-se, menjar, dutxar-se, caminar, entre d'altres; les feines domèstiques (fer-se el llit, rentar la vaixela, etc.) i la mobilitat (caminar una hora seguida, pujar escalons...). Per cada una d'aquestes se'ls demanava el grau de dificultat per realitzar-les (sense ajuda, amb ajuda d'una altra persona i si no eren capaces de fer-ho per elles mateixes).

El 61% declaraven tenir autonomia funcional o capacitat per realitzar les 8 activitats relacionades amb les cures personals sense necessitat d'ajuda, el 57% per dur a terme feines domèstiques i el 63% per al moviment. Per als tres grups d'activitats, les limitacions augmentaven en persones majors de 75 anys. D'altra banda, els homes tenien més autonomia funcional que les dones (figura 19).

Figura 19. Autonomia funcional per sexe. Persones ≥ de 65 anys.



Les persones de classes socials desfavorides tenien més dependència funcional que les de classes socials benestants per a activitats relacionades amb cures personals i mobilitat.

Per més informació : Enquesta de Salut de les Illes Balears (ESIB) 2007

<http://portalsalut.caib.es>

Malalties transmissibles

1. MALALTIES DE DECLARACIÓ OBLIGATÒRIA (MDO)

- 1.1. Definició
- 1.2. Periodicitat, modalitats i circuits de la vigilància
- 1.3. Fonts de notificació
- 1.4. Cobertura
- 1.5. Infradeclaració
- 1.6. Retard
- 1.7. Incidència global
- 1.8. Malalties de transmissió respiratòria
- 1.9. Malalties de transmissió alimentària i fecal oral
- 1.10. Malalties de transmissió sexual i parenteral
- 1.11. Altres formes de transmissió
- 1.12. Malalties de declaració obligatòria importades

2. BROTS EPIDÈMICS

- 2.1. Brots d'origen alimentari
- 2.2. Brots d'origen no alimentari

Les malalties de declaració obligatòria són malalties transmissibles que estan sotmeses a la vigilància epidemiològica de forma permanent i regulades per la legislació internacional, nacional i autonòmica. Hi ha 7 malalties que són de declaració exclusivament numèrica mentre que la resta són declaracions amb informació epidemiològica, clínica i dades d'identificació de cada cas. Les notificacions de malalties tenen, en general, una periodicitat setmanal. Les principals fonts de notificació són els metges i pediatres d'Atenció Primària de l'Ib-salut i els hospitals públics, però hi ha altres fonts d'informació habituals. Durant el període 2002-2006, la cobertura del sistema es va mantenir estable un poc per sobre del 60%, amb un 20% d'infradeclaracions i un retard global del 8,6%. La grip i la meningitis meningocòccica han mantengut una baixa incidència (mitjana: 1.826 casos per 105 habitants i 2,3 per 10⁵, respectivament) i la incidència de la varicel·la anava davallant amb el temps (mitjana: 479 casos per 10⁵). La tuberculosi havia seguit una tendència descendent des de finals dels anys 90, però l'any 2007 s'observava un augment de casos amb una taxa global de 18,6 per 10⁵ i un augment del 46% de la taxa d'estrangers. La taxa mitjana de parotiditis del període a les Illes Balears va ser de 16,6 per 10⁵ (3,7 a Mallorca, 1,9 a Menorca i 112,2 a les Pitiüses, coincidint amb una epidèmia els anys 2004-2005). La rubèola, el xarampió i la tos ferina mantenien taxes d'incidència molt baixes. La incidència anual mitjana d'hepatitis A va ser d'1,4 casos per 10⁵ amb incidències encara més baixes per les altres malalties de transmissió alimentària i fecal-oral. Les taxes mitjanes d'incidència per a la infecció gonocòccica, hepatitis B i altres hepatitis durant el període 2002-2006 han estat 4,3; 2,6 i 2,7 per 10⁵ respectivament. La incidència de sífilis augmentà de 3,8 a 8,4 per 105, amb una màxima incidència a Mallorca. Des de 1995, la incidència de sida presentà una tendència al descens (els darrers anys es notifiquen entre 60 i 80 casos anuals), però les Illes Balears presenten la taxa més alta entre totes les comunitats autònomes. Des de 2003 s'han registrat un total de 434 nous diagnòstics d'infecció per VIH a les Illes Balears amb un predomini dels casos de transmissió heterosexual (35,7%). La taxa mitjana de legionel·losi va ser de 4,5 casos per 10⁵, més alta a les Pitiüses (7,9 de mitjana). La malaltia importada declarada amb major freqüència era el paludisme (46,4%), seguit de la tuberculosi (26,6%).

Durant el període 2002-2006 es detectaren 145 brots d'origen alimentari o hídric. El 91,7% dels brots tenia un aliment com a vehicle de transmissió, l'etiologia de la majoria era infecciosa (89,7%), 56,2% per *Salmonella* spp i la majoria de caràcter col·lectiu (79,3%, el 72,1% a establiments de restauració col·lectiva). En el període hi va haver 114 brots no alimentaris, la majoria de transmissió respiratòria (55,3%), sobretot per tuberculosi (35 brots), seguida de la gastroenteritis aguda (33 brots).

1. Malalties de declaració obligatòria (mdo)

1.1. Definició

Es tracta d'un llistat de malalties transmissibles que estan sotmeses a la vigilància epidemiològica de forma permanent i regulades per la legislació internacional (Normativa OMS, directives de la Unió Europea), nacional i autonòmica. Durant el període 2002-2006, l'única incorporació a la vigilància varen ser les noves infeccions per VIH, que varen tenir lloc el 2003. Hi ha 7 malalties que són de declaració exclusivament numèrica (diarrea infecciosa aguda, febre exantemàtica mediterrània, febre recurrent per paparres, grip, sífilis, infecció gonocòccica i varicel·la), mentre que la resta són declaracions amb informació epidemiològica, clínica i dades d'identificació de cada cas. Algunes d'aquestes s'han de notificar, a més, de forma urgent (botulisme, còlera, febre groga, malaltia invasora per *Haemophilus influenzae*, malaltia meningocòccica, paludisme, pesta, poliomièlitis, ràbia, tifus exantemàtic i xarampió).

Taula 1. Llistat de les malalties de declaració obligatòria a les Illes Balears, 2006

Botulisme	Malaltia de Creutzfeldt-Jacob
Brucel·losi	Malaltia meningocòccica
Carboncle	Paludisme
Còlera	Parotiditis
Diàrrea infecciosa aguda	Pesta
Diftèria	Poliomièlitis
Disenteria bacil·lar	Ràbia
Febre exantemàtica mediterrània	Rubèola
Febre groga	Rubèola congènita
Febre recurrent per paparres	Sífilis
Febre tifoide i paratifoide	Sífilis congènita
Grip	Tètanus
Hepatitis A	Tètanus neonatal
Hepatitis B	Tifus exantemàtic
Hepatitis víriques, altres	Tos ferina
Infecció gonocòccica	Triquinosi
Infecció VIH i sida	Tuberculosi pulmonar
Legionel·losi	TB, altres formes
Leishmaniosi	Varicel·la
Lepre	Xarampió
Malaltia invasora per <i>Haemophilus influenzae</i>	

1.2. Periodicitat, modalitats i circuits de la vigilància

Les notificacions de malalties tenen, en general, una periodicitat setmanal, i des de l'àmbit de l'atenció primària està establert que en finalitzar la setmana cada metge transmeti un comunicat de declaració al Servei d'Epidemiologia o a les unitats corresponents de les illes de Menorca i Eivissa-Formentera (d'aquí en endavant s'anomenaran unitats insulars), amb la informació epi-

demològica de la setmana i també en el supòsit que no hi ha informació a notificar. Els hospitals han d'establir els seus circuits interns i notificar els casos també setmanalment, sempre que sigui possible des d'una única unitat que es designa com a contacte amb el Servei d'Epidemiologia. Quan es tracta de malalties de declaració urgent, el metge que atén el cas ha de fer la notificació en el moment de la sospita clínica. El Servei d'Epidemiologia i les unitats insulars completen la informació de cada cas notificat i fan recerques actives periòdiques sistemàtiques per detectar possibles casos no declarats a partir del CMBD i la informació dels laboratoris de Microbiologia. Aquesta activitat, en el moment actual, no és possible més que en els hospitals públics i, en part, a atenció primària de l'Ib-salut a través de microbiologia.

1.3. Fonts de notificació

Les principals fonts de notificació són els metges i els pediatres d'Atenció Primària de l'Ib-salut i els hospitals públics. A més, declaren sistemàticament els hospitals privats, el centre penitenciari i la sanitat militar. Altres fonts d'informació habituals són els organismes de Salut Pública d'altres comunitats autònomes i internacionals, a través del Centre Nacional d'Epidemiologia. Les consultes privades extrahospitalàries no declaren sistemàticament. En el període 2002-2006 el nombre de fonts d'informació passà de 648 a 705, i l'augment va ser sobretot a Atenció Primària.

1.4. Cobertura

La cobertura del sistema es calcula únicament per a atenció primària, amb denominadors coneguts i obligació de declarar setmanalment amb independència que hi hagi o no casos de les malalties en qüestió. Durant el període es va mantenir estable un poc per sobre el 60% i amb millor compliment per part dels metges de família que dels pediatres. La cobertura a Eivissa i Formentera era la més alta de la comunitat (76,7% de mitjana).

Taula 2. Cobertura a Atenció Primària i per illes, en percentatges, anys 2002-2006

Atenció Primària/any	2002	2003	2004	2005	2006	Global període
Cobertura global	60,9	61,7	64,00	61,9	63,4	62,4
Metges de família	62,2	63,3	65,5	63,3	65,1	63,9
Pediatres	56,0	55,9	58,5	56,8	57,1	56,9
Per illes/any	2002	2003	2004	2005	2006	Global període
Mallorca	60,5	60,8	62,0	59,2	61,0	60,7
Menorca	48,6	57,2	66,7	63,1	63,0	59,7
Pitiüses	74,0	72,1	75,9	80,5	81,0	76,7

1.5. Infradeclaració

La infradeclaració es calcula en els hospitals públics, ja que en aquests és possible fer recerques actives sistemàtiques de casos de malalties que no han estat declarats. Durant el període 2002-2006 un 20% dels casos diagnosticats s'han detectat per recerca activa.

Taula 3. Infradeclaració en els hospitals públics, en percentatges, anys 2002-2006

Infradeclaració/any	2002	2003	2004	2005	2006	Global període
Total	16,5	24,5	17,1	22,2	20	20,1

1.6. Retard

Per a la declaració numèrica d'atenció primària es calcula amb la data de la setmana a què correspon la informació i la data en la qual es fa la tramesa del comunicat setma-

nal. Per als casos de malalties de declaració nominal es calcula amb la data de declaració i la d'inici de símptomes. El retard global ha estat del 8,6%, més alt a Mallorca, i mostra una tendència global descendent.

Taula 4. Retard en la declaració, en percentatges, anys 2002-2006

Il·la/any	2002	2003	2004	2005	2006	Global període
Mallorca	12,7	11,8	10,7	5,8	5,3	9,3
Menorca	6,2	7,6	12,5	6,5	7,2	8,0
Pitiüses	4,6	7,8	5,1	2,9	4,7	5,0
Desconegut	6,3	8,9	4,2	4,2	5,3	5,8
Total	11,2	10,9	10,0	5,4	5,4	8,6

1.7. Incidència global

Durant el període 2002-2006 es detectà algun cas autòcton de 26 de les malalties de declaració obligatòria. De la resta, en els darrers 5 anys i, a pesar de la recerca activa de totes aquestes no se'n detectà cap cas incident ni autòcton. Destaca que de dues d'aquestes malalties, la brucel·losi i la lepra, que tot i que ja eren de baixa incidència durant la dècada anterior se'n presentaven casos, no se'n detectà cap en el període 2002-2006.

Taula 5. Incidència de les malalties de declaració obligatòria a les Illes Balears, 2002-2006. Nombre absolut de casos i taxes per 100.000 habitants de les malalties amb algun cas detectat

Malaltia	Nombre de casos					Taxes				
	2002	2003	2004	2005	2006	2002	2003	2004	2005	2006
DIA	41.334	45.354	41.266	32.865	34.908	4.507,7	4.787,4	4.320,8	3.342,9	3.487,1
Grip	31.860	22.965	7.970	19.022	4.655	3.474,5	2.424,1	834,5	1.934,8	465,0
Varicel·la	4.440	4.715	6.427	2.736	4.599	484,2	497,7	673,0	278,3	459,4
Inf. gonocòccica	41	56	40	41	45	4,5	5,9	4,2	4,2	4,5
Sífilis	35	40	67	52	84	3,8	4,2	7,0	5,3	8,4
F. tifoide	1	0	2	3	1	0,1	0,0	0,2	0,3	0,1
Disenteria	0	1	0	0	1	0,0	0,1	0,0	0,0	0,1
FEM	22	17	25	27	29	2,4	1,8	2,6	2,7	2,9
FRP	32	31	4	3	1	3,5	3,3	0,4	0,3	0,1
MM	28	24	22	21	15	3,1	2,5	2,3	2,1	1,5
M. Hi	1	2	2	0	0	0,1	0,2	0,2	0,0	0,0
TB pulmonar	123	138	159	142	125	13,4	14,6	16,6	14,4	12,5
TB, altres	33	45	42	40	44	3,6	4,8	4,4	4,1	4,4
Xarampió	11	0	4	0	1	1,2	0,0	0,4	0,0	0,1
Rubèola	0	0	0	1	3	0,0	0,0	0,0	0,1	0,3
Parotiditis	36	35	166	519	52	3,9	3,7	17,4	52,8	5,2
Tos ferina	3	0	16	10	6	0,3	0,0	1,7	1,0	0,6
Hepatitis A	9	4	26	6	8	1,0	0,4	2,7	0,6	0,8
Hepatitis B	24	21	26	32	19	2,6	2,2	2,7	3,3	1,9
HV, altres	20	22	22	24	33	2,2	2,3	2,3	2,4	3,3
Legionel·losi	45	64	46	43	44	4,9	6,8	4,8	4,4	4,4
Tètanus	1	0	0	0	0	0,1	0,0	0,0	0,0	0,0
Leishmaniosi	4	10	21	36	35	0,4	1,1	2,2	3,7	3,5
Sífilis congènita	0	0	0	2	3	0,0	0,0	0,0	0,2	0,3
Sida*	89	71	82	83	60	97,1	74,9	85,9	84,4	59,9
MCJ	1	0	1	1	0	0,1	0,0	0,1	0,1	0,0

DIA: diarrea infecciosa aguda;

FEM: febre exantemàtica

mediterrània (f. botonosa);

FRP: febre recurrent per paparres;

MM: malaltia meningocòccica;

H. Hib: malaltia invasiva per

Haemophilus influenzae;

TB: tuberculosi;

HV: hepatitis víriques;

MCJ: malaltia de Creutzfeldt-Jacob.

(*) actualització a 31/12/2007

1.8. Malalties de transmissió respiratòria

Les darreres temporades gripals han estat, com a la resta d'Espanya, de baixa incidència, amb una mitjana de 1.826 casos per 10⁵ habitants, mentre que en el quinquenni anterior, la taxa mitjana havia estat de 5.848. A l'any 2002, que va ser l'any amb una taxa més elevada, l'índex epidèmic havia estat de 0,58, fou un 40% menor de l'esperat. La varicel·la és una malaltia d'alta incidència ha anat davallant amb el temps. Així, la mitjana del període 2002-2006 va ser de 479 casos per 10⁵, mentre que en els quinquennis anteriors havia estat de 689 (1997-2001) i de 740 (1992-1996).

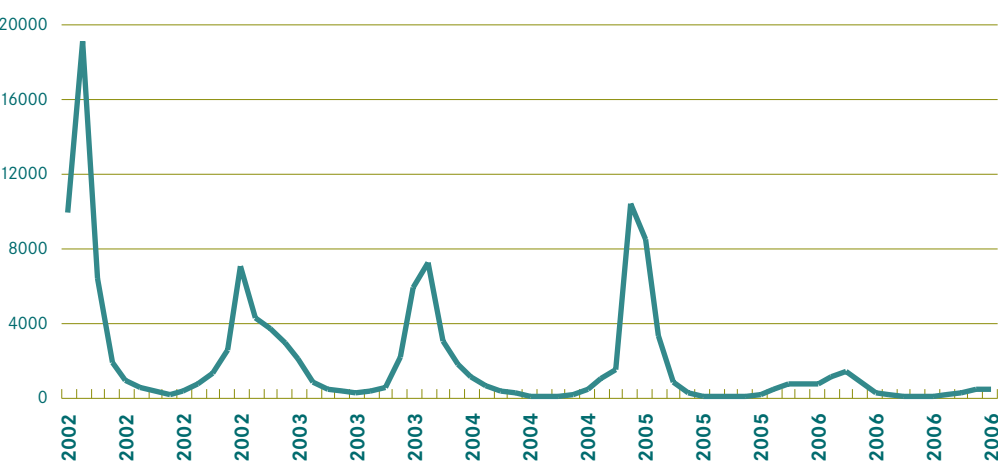


Figura 1. Grip a les Illes Balears, 2002-2006.

La meningitis meningocòccia presentà una incidència baixa, de 2,3 per 10⁵ de mitjana, i una disminució en respecte als quinquennis anteriors, que presentaren mitjanes properes a 4. La taxa a menors de 15 anys presentà una tendència descendent des dels 17 casos per 10⁵ de 2002 als 4 de 2006, amb una mitjana de 9,6. El serogrup predominant torna a ser el B, després de l'augment del C als anys 90. Des de la introducció de la vacuna no es detectà cap cas a persones vacunades. La malaltia invasiva per *Haemophilus influenzae* fou una malaltia de molt baixa incidència; en el període 2002-2006 hi va haver 5 casos, 3 dels quals eren nins, dos d'ells vacunats.

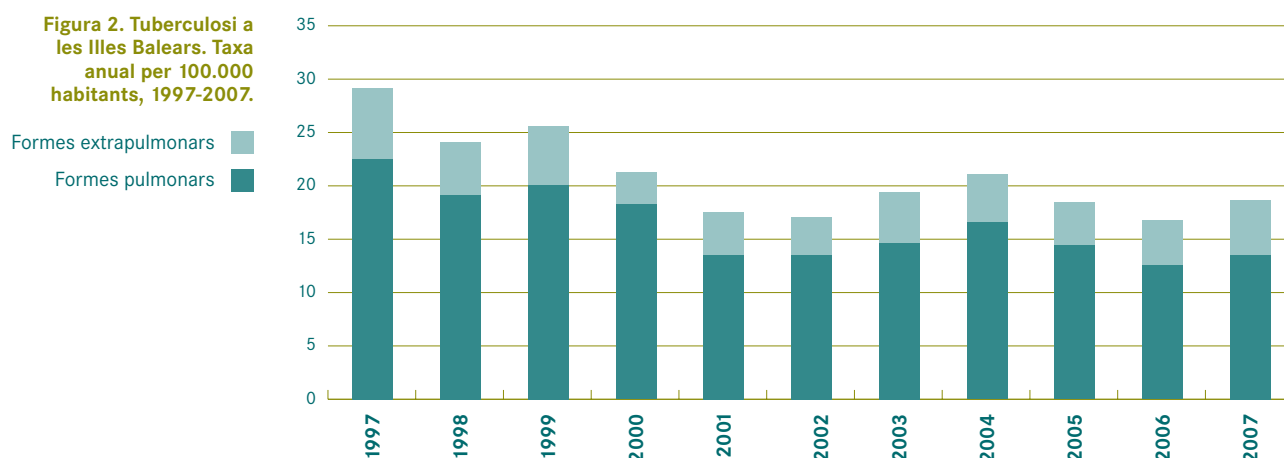
Taula 6. Malaltia meningocòccia a les Illes Balears, 1997-2006. Confirmació analítica i serogrup

Any	Casos totals	Percentatge confirmació	Grup B	Grup C	Raó B/C
1997	43	81,4	16	19	0,8
1998	35	65,7	15	7	2,1
1999	46	71,7	17	15	1,1
2000	18	83,3	11	4	2,8
2001	16	75,0	11	1	11,0
2002	28	82,1	16	5	3,2
2003	24	91,7	16	3	5,3
2004	22	72,7	11	2	5,5
2005	21	81,0	9	4	2,3
2006	15	80,0	10	1	10,0

La tuberculosi havia seguit una tendència descendent des de finals dels anys 90. La taxa mitjana del període per a totes les formes de tuberculosi era de 17,2 per 10⁵, mentre que en el quinquenni anterior havia estat de 23,2. La incidència de 2006 (14,3) havia estat la més baixa des que hi ha registre. La distribució per illes havia estat irregular, i també la tendència, ja que mentre que el descens havia tengut lloc sobretot a Mallorca, que presentava taxes similars a la global (16,9), a Eivissa i Formentera, amb taxes més elevades (33,4), havia anat en augment i també va augmentar a Menorca, tot i que aquesta illa seguia presentant la taxa més baixa (9,2). El grup d'edat amb major incidència era el de 25 a 44 anys, amb una taxa de 25,7 per 10⁵. Pel que fa a la nacionalitat del malalt, el percentatge d'estrangers va augmentar del 15,4% de 2002 al 26% de 2007. Les taxes d'incidència específiques per tipus de nacionalitat eren més altes en estrangers que en espanyols, amb tendència ascendent en estrangers.

La informació de l'any 2007, de la qual ja es disposa en el moment de tancar aquest informe, mostra un augment de casos respecte als dos anys anteriors. L'índex epidèmic (IE) era d'1,05, és a dir, molt proper a l'esperat. El 2007 el nombre total de casos va ser de 192 (138 pulmonars i 54 extra pulmonars), amb una taxa global de 18,6 per 10⁵ (13,4 per a les formes pulmonars i 5,2 per a les extrapulmonars). Per illes, havien disminuït Menorca i les Pitiüses, i havia augmentat Mallorca. Les taxes més elevades corresponien a Palma (17 per a les formes pulmonars i 7,2 per a les extra pulmonars). Pel que fa a la distribució per edat, el grup amb major augment va ser el de 5 a 14 anys, que presenta un IE de 2,25, seguit dels de 24 a 44 i 45 a 64, tot i que no sortien dels límits esperats segons l'IE. El percentatge de casos d'origen estranger havia augmentat al 36,9%. La taxa en estrangers havia augmentat el 46% respecte al quinquenni anterior, mentre que en espanyols havia disminuït en un 13%.

Figura 2. Tuberculosi a les Illes Balears. Taxa anual per 100.000 habitants, 1997-2007.



Taula 7. Tuberculosi a les Illes Balears (totes les formes), incidència anual per 100.000 habitants. Taxa específica per grup d'edat, 2002-2006. Comparació amb 2007

Grup d'Edat	2002	2003	2004	2005	2006	2007	IE 2007
0 - 4	20,6	6,4	10,4	17,9	11,6	11,1	0,96
5 - 14	1,1	10,4	3,1	1,0	5,1	7,0	2,25
15 - 24	12,9	18,7	25,6	14,1	12,7	12,6	0,89
25 - 44	22,8	26,5	25,2	24,1	22,6	25,6	1,07
45 - 64	15,7	19,3	24,5	18,9	15,7	19,6	1,03
més de 65	19,1	11,2	16,6	20,8	18,0	14,9	0,82
Total	17,0	19,3	20,9	18,6	16,9	18,6	1,00



Els anys 2004 i 2005 hi va haver una epidèmia de parotiditis que va afectar únicament l'illa d'Eivissa, mentre que a la resta de la comunitat les taxes oscil·laren entre els 2 casos per 10⁵ de 2003 a Mallorca i els 5,4 de 2005, també a Mallorca. Aquesta epidèmia que va ocasionar un augment considerable de la taxa en aquests dos anys (respectivament 17,4 i 52,8 a tota la comunitat i 114,7 i 401,3 a les Pitiüses). La taxa mitjana del període a les Illes Balears va ser de 16,6 per 10⁵, 3,7 a Mallorca, 1,9 a Menorca i 112,2 a les Pitiüses. Els grups d'edat amb major incidència varen ser els del 5 a 9 i 10 a 15 anys (taxes respectives de 54,5 i 55,3). El 51,9% dels casos estaven correctament vacunats. El percentatge de vacunats varia segons l'edat, fou més alt en els més petits (75% de casos del grup d'un a 4 anys) i a partir dels 25 anys cap del casos estava vacunat.



La rubèola era una malaltia de molt baixa incidència a les Illes Balears, amb 4 casos detectats en tot el període i cap d'aquests vacunats. No es detectà cap rubèola congènita. El xarampió presentà també una baixa incidència, amb un total de 16 casos, i una taxa mitjana de 0,3 casos per 10⁵. L'any amb major nombre de casos va ser el 2002, amb 11 casos associats a un brot a Eivissa. Dels altres 5 casos, tots de Mallorca, n'hi havia 3 associats a un brot en el 2004 i dos sense relació coneguda amb cap altre malalt de xarampió. Cap dels casos estava vacunat. La tos ferina havia seguit una tendència descendent molt acusada des de principis dels anys 80, i des del 1998 presenta taxes molt estables, sempre per sota dels 2 casos per 10⁵ habitants. En el període 2002-2006 la taxa mitjana havia estat de 0,72 casos per 10⁵, amb la màxima incidència en 2004 i 2005 (1,7 i 1 casos per 10⁵, respectivament). Dels 35 casos detectats en el període 2002-2006, 13 (37,2%) estaven correctament vacunats.

1.9. Malalties de transmissió alimentària i fecal oral

La disenteria bacil·lar (shigel·losi) i la febre tifoide i paratifoide eren malalties de molt baixa incidència (2 i 7 casos respectivament en el període 2002-2006 i taxes mitjanes de 0,04 i 0,1 casos per 10⁵). La incidència anual mitjana d'hepatitis A va ser d'1,4 casos per 10⁵ habitants, amb un total de 40 casos, 26 dels quals a l'any 2004, any en què es va presentar la màxima incidència a Menorca i a les Pitiüses (respectivament, 9,7 i 11,7 per 10⁵). L'hepatitis A passà de ser una malaltia infantil a una malaltia que apareixia en adults joves, en general menors de 35 anys. Durant el període 2002-2006, només 8 dels casos eren menors de 15 anys.

L'eliminació de la poliomièlitis per virus salvatge a la Regió Europea de la OMS va ser certificada a juny del 2001. D'altra banda, la vacuna utilitzada en la vacunació sistemàtica era la inactivada des del 2004, cosa que descartava la possibilitat de casos associats a la vacunació. No obstant això, la possibilitat de casos importats, tant per virus salvatge com atenuat, i el Pla global d'eradicació obligaven a continuar la vigilància epidemiològica, tal com estableix l'esmentat Pla. Així, es vigilaven les paràlisis flàccides agudes (és a dir, s'aplicava un criteri de sensibilitat molt alta) a infants menors de 15 anys. En aquest període es detectaren 7 casos de paràlisi flàccida aguda. Un d'aquests era un nin procedent del Marroc amb una immunodeficiència congènita, vacunats tant ell com els seus convivents al país d'origen amb vacuna de virus atenuat. El diagnòstic va ser de poliomièlitis associada a virus Sabin tipus 2.

Taula 8: Paràlisi flàccida aguda (PFA) a les Illes Balears, 2002-2006. Característiques dels malalts

Any	Edat	Sexe	Dosi VPO	Dosi VPI	Vacunació	Diagnòstic definitiu	Classificació
2002	1 any	home	3	-	Correcta*	Sd. Guillain Barré	Descartat (PFA-No poliomièlitis)
2002	17 mesos	dona	3	-	Correcta	Paràlisi postinfecciosa	Descartat (PFA-No poliomièlitis)
2004	5 anys	dona	4	-	Correcta	Sd. Guillain Barré	Descartat (PFA-No poliomièlitis)
2004	14 mesos	home	2	-	Incompleta	Poliomièlitis	Poliomièlitis associada a VOP (virus Sabin 2)
2005	22 mesos	home	3	-	Incompleta	Paràlisi postinfecciosa	Descartat (PFA-No poliomièlitis)
2006	3 anys	dona	3a	1 (4a. dosi)	Correcta	Mielitis difusa	Descartat (PFA-No poliomièlitis)
2006	16 mesos	dona	0b	3 (sèrie primària)	Correcta	Sd. Guillain Barré	Descartat (PFA-No poliomièlitis)

(*) Vacunació correcta: administrades totes les dosis que corresponen a l'edat del nin

1.10. Malalties de transmissió sexual i parenteral

1.10.1. INFECCIÓ GONOCÒCCICA, SÍFILIS I HEPATITIS VÍRIQUES

La infecció gonocòccica i la sífilis estan sotmeses a declaració exclusivament numèrica, per tant no hi ha informació epidemiològica sobre els casos. La infecció gonocòccica es mantenia estable amb una taxa anual mitjana de 4,3 casos per 10⁵. El total de casos del període va ser de 42. La major incidència la presentaven les Pitiüses, amb 6,9 per 10⁵ i un màxim de 13,3 al 2003. La sífilis, amb 203 casos durant el període, havia augmentat de 2002 a 2006, de 3,8 a 8,4 casos per 10⁵. La màxima incidència de sífilis es presentava a Mallorca i, més concretament, a Palma, amb la meitat dels casos, 114 i una taxa en 2006, l'any de major incidència, de 12,5. Hi havia hagut 2 casos al 2005 i 3 al 2006 de sífilis congènita, tots a Mallorca, fills de mares estrangeres i amb embarassos no controlats o amb control només en els darrers mesos de gestació.

La incidència d'hepatitis B fou de 77 casos en tot el període i una taxa mitjana de 2,6 per 10⁵. La incidència de les Pitiüses fou la més alta de la comunitat (mitjana anual de 4,5), mentre que Mallorca i Menorca presentaven taxes semblants i lleugerament inferiors a la mitjana. El 75% dels malalts eren homes, només hi havia hagut un cas en menors de 15 anys (un de 14), i no hi va haver cap cas en vacunats. Durant el període 2002-2006 hi va haver 79 casos d'altres hepatitis víriques, la gran majoria per virus C (69 casos) i la resta per virus delta. La incidència mitjana va ser de 2,7 casos per 10⁵. En aquest cas la illa de major incidència és Menorca (taxa de 4,3) i la de menor les Pitiüses (taxa d'1,1), mentre que Mallorca coincidí amb la mitjana. La majoria eren homes (71,4%) i el rang d'edat anava de 2 a 82 anys.

1.10.2. SIDA I NOUS DIAGNÒSTICS D'INFECCIÓ PER VIH

El Registre de Sida està en funcionament a les Illes Balears pràcticament des de l'inici de l'epidèmia. Des de l'any 1983 i fins al 31 de desembre de 2007 (data de la darrera actualització) s'han inclòs al Registre un total 2.294 casos. L'any 1995, va marcar el pic de l'epidèmia amb 210 casos. Des d'aquest any la incidència va presentar una clara tendència al descens, de manera que en els darrers anys es notificaren entre 60 i 80 casos anuals. En els darrers anys, i encara que amb taxes baixes, les Illes Balears presentaren la taxa més alta entre totes les comunitats autònomes.

Dels 2.294 casos, 1.796 (78,3%) eren homes. Pel que fa a l'edat, poc més del 60% dels casos tenien entre 30 i 50 anys i el grup amb incidència més alta va ser quasi cada any el de 30-39 anys. En el moment del diagnòstic 38 casos tenien edat pediàtrica.

Per categoria de transmissió, 1.156 casos (50,4%) eren usuaris de droga per via parenteral, 461 (20,1%) homosexuals i 447 (19,5 %) pertanyien a la categoria de transmissió heterosexual. Dels casos del quinquenni 2003-2007, els usuaris de droga per via parenteral representaven el 41,6%, la categoria heterosexual el 21,3% i l'homosexual el 16,5. Per Illes, Mallorca acumulava 1.864 casos (81,2% del total), 295 (12,8%) les Pitiüses i 115 (5%) Menorca. No s'ha pogut assignar illa de residència en els 20 casos que resten.

Taula 9. Sida a les Illes Balears. Evolució de casos i taxes per 1.000.000 habitants. Actualització 31/12/2007

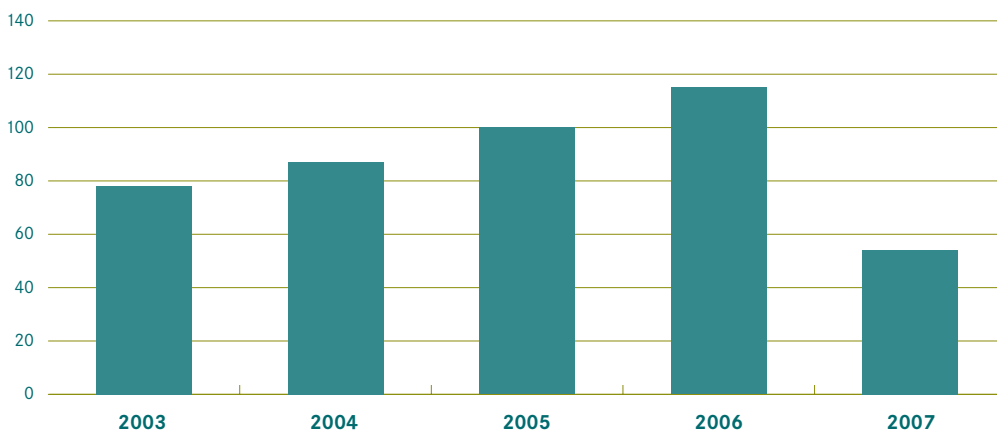
Any	Casos	Taxa
<1986	6	0,0
1986	15	21,4
1987	38	53,8
1988	59	82,8
1989	79	110,0
1990	96	132,6
1991	106	145,3
1992	144	195,4
1993	154	207,0
1994	190	253,1
1995	210	277,2
1996	188	247,2
1997	155	201,0
1998	123	154,4
1999	114	138,7

Any	Casos	Taxa
2000	110	130,1
2001	84	95,6
2002	89	97,1
2003	71	74,9
2004	82	85,9
2005	83	84,4
2006	60	59,9
2007	38	36,9

Respecte al Registre de Nous Diagnòstics d'Infecció per VIH, durant l'any 2003, es va publicar a les Illes Balears el Decret 19/2003, pel qual es crea el corresponent sistema d'Informació. El criteri d'inclusió era el de nous diagnòstics d'infecció per VIH a persones sense un resultat positiu anterior.

Fins al moment d'elaborar aquest informe s'han donat d'alta al sistema un total de 434 protocols de nous diagnòstics d'infecció per VIH a persones amb residència habitual a les Illes Balears en el moment del diagnòstic. Dels 434 casos, 331 (76,3%) eren homes i 103 (23,7%) dones. Per illa de residència, 269 corresponien a Mallorca, 25 a Menorca i 40 a les Pitiüses. Només 2 casos tenen edat pediàtrica. La mitjana d'edat dels 432 casos no pediàtrics era de 38 anys (rang 19-78). La dels homes (330 casos no pediàtrics) era de 39 anys (rang 19-78) i la de les dones (102 casos no pediàtrics) de 34 (rang 20-59). Respecte de la distribució per categories de transmissió cal destacar que el primer grup en importància era el de la transmissió heterosexual (155 casos; 35,7%), seguit de la categoria homosexual-bisexual (90 casos; 20,7%) i UDVP (71 casos; 16,4%). A un total de 115 casos no se'ls va poder assignar categoria. Respecte al país d'origen, 281 casos tenien Espanya com a país d'origen, de 2 casos no es coneix aquesta informació, i la resta (151; 34,8%) es distribuïa en 43 països diferents.

Figura 5. Nous diagnòstics de VIH. Illes Balears, 2003-2007 (actualització a 31/12/07).



1.11. Altres formes de transmissió

En nombre de casos de legionel·losi va ser de 233, amb una taxa mitjana anual de 4,5 casos per 10⁵. La taxa insular més alta corresponia a les Pitiüses (7,9 de mitjana) i, per anys, el 2003 (taxa de 6,8 i 64 casos), any de màxima incidència a Mallorca i a Menorca, mentre que a Eivissa havia estat el 2002. El 75% de malalts eren homes. No hi havia cap cas menor de 25 anys, i la majoria eren adults de 45 o més anys (83,7%). Els turistes his-

tòricament havien representat una proporció molt important de casos de legionel·losi, tot i que en els darrers anys tenien menys pes dins el global. En el període 2002-2006, havia estat el 41,3% dels casos, amb una punta màxima del 63% al 2004 i una mínima de 40,9% al 2006. La taxa es calcula amb la població resident, tant si els casos ho són com si no, ja que no es compta amb un denominador vàlid que tenguí en compte la població turística. Si es calcula la taxa únicament amb els casos procedents de la població de referència, és a dir, els residents a les Illes Balears, queda aproximadament a la meitat.

La lepra és una malaltia sotmesa a un Pla especial de la OMS a registre específic. Durant el període 2002-2006 no hi va haver cap cas incident autòcton ni tampoc cap en vigilància. Pel que fa al tètanus, només hi va haver un cas en tot el període, el 2002.

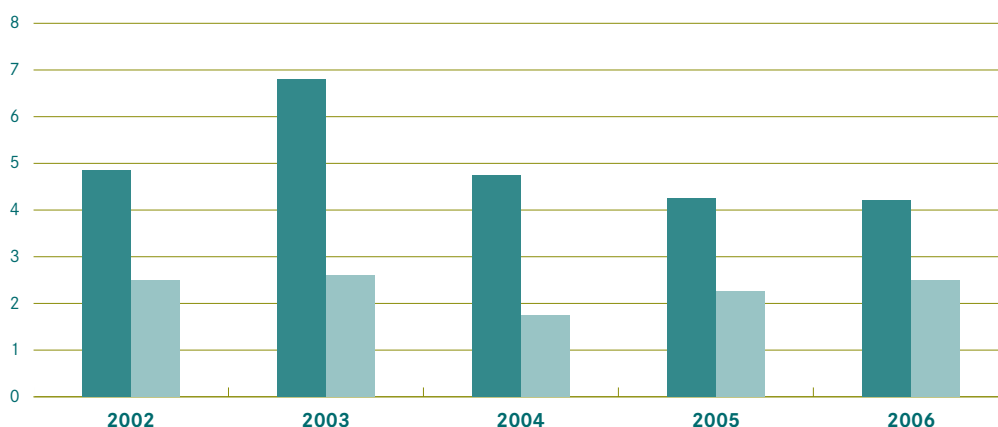


Figura 6. Legionel·losi a les Illes Balears, 2002-2006. Taxa anual calculada amb tots els casos (residents i turistes) i únicament amb casos residents a les Illes Balears.

■ Taxa total
■ Taxa casos residents

1.12. Malalties de declaració obligatòria importades

La malaltia importada declarada amb major freqüència va ser el paludisme (110 casos i 46,4% del total de casos declarats en el període), seguit de la tuberculosi (56 casos, 26,6%). La resta de casos comunicats, un total de 71, corresponien a hepatitis A, hepatitis B i altres hepatitis víriques, legionel·losi, malaltia meningocòccia, disenteria bacil·lar, febre tifoide i paratifoide, brucel·losi, parotiditis, leishmaniosi, malaltia invasiva per *Haemophilus influenzae*, poliomielititis vacunal i xarampió. La principal procedència dels pacients amb malalties importades eren països africans, i destacaven els immigrants que tornen als seus països durant un temps, els anomenats *visiting to friends and relatives* (VFR).

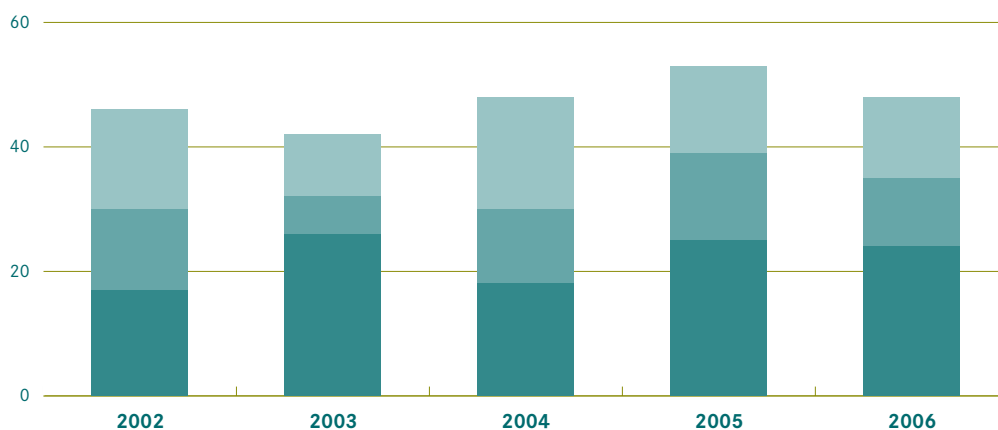


Figura 7. Malalties importades, període 2002-2006. Evolució anual del nombre de casos declarats

■ Altres
■ Tuberculosi, totes les formes
■ Paludisme

2. Brots epidèmics

2.1. Brots d'origen alimentari

Les principals fonts de notificació foren els serveis assistencials (65,6% dels brots), i d'aquests la meitat foren metges d'Atenció Primària de l'Ib-salut i una tercera part metges de serveis hospitalaris. La segona font d'informació la constituïen les persones afectades en un brot (31%), i la resta, el 3,4%, la constituïen fonts diverses.

Durant el període 2002-2006 s'havien detectat 145 brots d'origen alimentari o hídric. El 91,7% dels brots tenia un aliment com a vehicle de transmissió, mentre que l'aigua només s'havia pogut constatar a l'origen del 4,1% dels brots, i del 4,1% restant se'n desconeixia l'origen. En 2 terceres parts dels brots s'havia pogut identificar l'aliment responsable i, en els cas dels hídrics, sempre s'havia identificat l'aigua responsable.

L'etiologia de la majoria de brots (89,7%) era infecciosa, el 4,1% tòxica i el 6,2% desconeguda. El 56,2% de brots d'etiologia infecciosa eren per *Salmonella spp*, el 5,4% per altres microorganismes i de la resta se'n desconeixia l'agent. Dels brots causats per tòxics, la meitat eren estat causats per histamina i dels altres no se'n coneixia l'agent causal.

La majoria de brots eren de caràcter col·lectiu, el 79,3%. El 72,1% s'havien originat a establiments de restauració col·lectiva. Destaca el fet que només una petita part (5,24%) haguessin tengut lloc a institucions tancades o escoles.

El nombre total d'afectats va ser de 1.858, el de concurrents 6.499, el d'ingressats 176 i el d'enquestats 1.717. No es va registrar cap defunció en tot el període (taula 10).

Taula 10. Brots d'origen alimentari o hídric, Illes Balears, 2002-2006. Distribució del nombre anual de brots i de persones afectades, concurrents, ingressades i enquestades

Any	Nre. brots	Nre. afectats	Nre. concurrents	Nre. ingressats	Nre. enquestats
2002	28	421	880	23	370
2003	30	299	1.541	58	394
2004	27	376	1.102	18	241
2005	37	639	2.651	54	585
2006	23	119	325	23	127
Total	145	1.854	6.499	176	1.717

2.2. Brots d'origen no alimentari

La informació correspon als anys amb registre informatitzat (2003-2006). Les principals fonts de notificació eren les del sistema sanitari (72,8%), entre les quals destacaven les fonts hospitalàries (42,9%) i els metges d'atenció primària (68,6%). Altres fonts d'informació importants les constituïen centres escolars (10,5%) i residències geriàtriques (7,9%).

Durant el període 2003-2006, el nombre de brots no alimentaris era de 114 i els afectats identificats 1.939. La majoria de brots havien estat de transmissió respiratòria (55,3% de brots, amb el 47,7% d'afectats), via seguida en importància per la fecal-oral. Pel que fa a la via digestiva, es tractava de brots per ingesta no alimentària, generalment accidental, de l'agent causal; el més freqüent era la ingesta d'aigua contaminada a la piscina durant el bany.

Taula 11. Brots d'origen no alimentari, Illes Balears, 2003-2006. Distribució del nombre de brots i de persones afectades per tipus de transmissió

Tipus transmissió	Nre. brots	Percentatge	Nre. afectats	Percentatge
Contacte directe	9	7,9	186	9,6
Digestiva	9	7,9	286	14,7
Fecal-oral	12	10,5	207	10,7
Inhalació	9	7,9	26	1,3
Respiratòria	63	55,3	925	47,7
Venèria	1	0,9	2	0,1
Desconegut	11	9,6	307	15,8
Total	114	100,0	1.939	100,0

En aquests tipus de brots, tant les síndromes clíniques com els agents causals són molt heterogenis. La malaltia més freqüent era la tuberculosi, amb 35 brots, seguida de la gastroenteritis aguda, amb 33. Aquestes dues malalties suposen el 69,6% dels brots, mentre que per a la resta hi ha registrades 23 síndromes diferents. No obstant això, el nombre d'afectats en brots de tuberculosi només suposà el 3,9% del total, ja que generalment es tracta de microepidèmies familiars de menys de 2-3 casos d'afectats per brot, mentre que la gastroenteritis aguda suposà el 45,7% de tots els afectats en brots no alimentaris. Pel que fa a l'etiologia, es confirmà en el 67,5% de brots. Entre els 77 brots confirmats, l'agent més freqüent fou la *Mycobacterium tuberculosis* (35 brots), seguida de norovirus (7), *Cryptosporidium* (7) i *Legionella* (6) i per als 22 brots restants s'havien identificat 16 agents diferents. Pel que fa als no confirmats per laboratori, a la meitat (19 brots) es va poder arribar a un diagnòstic presumptiu, amb 16 agents diferents.

Per més informació: **Portal d'informació epidemiològica**
<http://epidemiologia.caib.es>

Malalties cardiocerebrovasculars

1. PROBLEMA DE SALUT, SOCIAL I ECONÒMIC

2. CARDIOPATIA ISQUÈMICA

- 2.1. Mortalitat
- 2.2. Morbilitat
- 2.3. Estratègies preventives
- 2.4. Factors de risc
- 2.5. Prevenció

3. MALALTIA CEREBROVASCULAR

- 3.1. Mortalitat
- 3.2. Morbilitat
- 3.3. Xarxa sentinella d'ictus
- 3.4. Discapacitat
- 3.5. Estratègies preventives
- 3.6. Factors de risc

Es tracta d'una patologia amb enorme impacte sanitari, social i econòmic. A les Illes són la primera causa de mortalitat en el conjunt de la població. Amb una taxa ajustada de mortalitat en homes de 270,2 per 100.000 habitants i de 211,5 per 100.000 habitants en dones (IBESTAT 2007), suposant el 12,7% de les estades hospitalàries.

CARDIOPATIA ISQUÈMICA: és la causa de defunció més freqüent en el conjunt de la patologia vascular. L'infart és la més freqüent de totes, encara que per sota de la mitjana nacional. L'edat mitjana de defunció ha pujat fins a 76,1 anys en homes i a 84,4 anys en dones.

La morbiditat es manté estable (es registraren 1.118 casos d'IAM en població de 25 a 74 anys en un any). Per sexes, pareix que hi ha diferències en la manera de presentació i també en l'atenció rebuda.

Dels factors de risc implicats, l'excés de pes és el de major impacte en ambdós sexes, després el tabaquisme en homes i la diabetis en les dones.

La identificació i detecció de factors de risc modificables i el càlcul del risc cardiovascular és l'eina més útil en prevenció. A les Illes Balears s'utilitzen les TAULES REGICOR.

MALALTIA CEREBROVASCULAR: és la segona causa de mort a Espanya (tercera a occident) i la primera en dones. Balears està per sota de la mitjana nacional. El 2008 va ser causa de 530 defuncions (7% de la mortalitat global), amb descens de la taxa de mortalitat als últims anys i amb un augment de l'edat mitjana de defunció.

Morbilitat: l'estudi d'incidència (IBERICTUS) va obtenir una incidència ajustada a la població europea de 200,8 per 100.000 habitants i any (incloent AIT), 164,8 excloent AIT, 159,2 per l'ictus isquèmic, 24,9 per l'hemorràgic i 30,1 per l'AIT. L'estudi CORSAIB realitzat a la CAIB va establir una prevalença a la població entre 35 i 74 anys del 5% en homes i de 2,2% en dones.

Discapacitat: L'accident cerebrovascular és la primera causa de discapacitat greu i la segona de demència. L'ictus és responsable important de la pèrdua d'anys de vida ajustats per discapacitat i consumeix important quantitat de la despesa sanitària.

Prevenció: és important conèixer els factors de riscs no modificables i fer control estricte dels modificables i ser més agressiu si hi ha episodis previs de ACV.

1. Problema de salut, social i econòmic

Les malalties de l'aparell circulatori constitueixen un dels problemes més greus de salut pública en el nostre entorn per l'enorme impacte sanitari, social i econòmic que aquest grup de malalties suposen. És la patologia que produeix més ingressos hospitalaris en homes i una de les primeres causes d'invalidesa permanent. Com a conseqüència produeix elevats costos directes i indirectes. Segons les dades recollides a l'Estratègia de la cardiopatia isquèmica del SNS, una estimació del cost total d'aquesta patologia a les Illes Balears fou, l'any 2003, de 39,5 milions d'euros anuals (13,4 atribuïbles a costos directes i 26,1 a costos indirectes). A més, a les Illes, les malalties vasculars (MV) són la primera causa de mortalitat en el conjunt de la població i en dones, i és en homes la segona causa per darrera del càncer.

L'any 2008 varen causar un total de 2.442 morts (1.124 en homes i 1.318 en dones), la qual cosa suposa el 32% de totes les defuncions (28,7% en homes i 36,8% en dones). Al 2007 la taxa ajustada de mortalitat en homes va ser de 270,2 per 100.000 habitants i de 211,5 per 100.000 en dones.

Segons el Conjunt Mínim Bàsic de Dades (CMBD) el nombre d'altres amb diagnòstic principal de malaltia de l'aparell circulatori en els hospitals públics de les Illes Balears durant l'any 2008 va ser de 10.116 (6.001 en homes i de 4.115 en dones), el que representa el 12,7% de totes les altres hospitalàries, el primer lloc en homes (15,9%) i el segon en dones després de les complicacions de gestació, part i puerperi (9,8%).

Dins aquest grup, el 2,1% va ser per insuficiència cardíaca (2,2% en homes i 2,1% en dones), l'1,4% va ser per infart agut de miocardi (2,2% en els homes i 0,7% en les dones) i el 2,5% per malalties cerebrovasculars (3% en els homes i 1,9% en les dones) (taula 1).

Taula 1. Evolució temporal de les altres hospitalàries per malalties de l'aparell circulatori segons sexe.

2003-2008		2003		2004		2005		2006		2007		2008	
		Nre. altres	%	Nre. altres	%	Nre. altres	%	Nre. altres	%	Nre. altres	%	Nre. altres	%
Malalties de l'aparell circulatori	Home	5.223	14,6	5.354	15,9	5.533	15,8	5.553	16,0	5.791	16,1	6.001	15,9
	Dona	3.628	9,6	3.651	10,2	3.808	10,3	3.629	9,8	3.899	10,0	4.115	9,8
Insuficiència cardíaca	Home	546	1,5	602	1,8	663	1,9	712	2,1	792	2,2	827	2,2
	Dona	657	1,7	637	1,8	756	2,0	732	2,0	845	2,2	885	2,1
Isquèmia cardíaca (410-414)	Home	1.793	5,0	1.830	5,4	1.848	5,3	1.751	5,1	1.879	5,2	1.896	5,0
	Dona	784	2,1	769	2,1	817	2,2	763	2,1	817	2,1	758	1,8
Infart agut de miocardi	Home	762	2,1	829	2,5	799	2,3	737	2,1	740	2,1	823	2,2
	Dona	332	0,9	324	0,9	343	0,9	295	0,8	314	0,8	305	0,7
M. cerebrovascular (430-438)	Home	995	2,8	972	2,9	967	2,8	1.066	3,1	1.053	2,9	1.114	3,0
	Dona	721	1,9	695	1,9	706	1,9	682	1,8	768	2,0	813	1,9
Ictus	Home	651	1,8	655	1,9	701	2,0	758	2,2	719	2,0	738	2,0
	Dona	491	1,3	479	1,3	494	1,3	479	1,3	525	1,3	554	1,3

Font: CMBD 2003-2008, CIE-9 sense processos indefinits o fisiològics. Hospitals públics

L'estada mitjana per les malalties de l'aparell circulatori va ser de 7,8 dies en homes i 8,2 en dones, més baixa per les malalties isquèmiques del cor i més elevada per la insuficiència cardíaca i les malalties cerebrovasculars (taula 2).

Taula 2. Dies d'estada. Altes hospitalàries 2008

	Home			Dona		
	Nre.	Mitjana	Md	Nre.	Mitjana	Md
Malalties de l'aparell circulatori	6.001	7,8	6,0	4.115	8,2	6,0
Insuficiència cardíaca	827	9,9	8,0	885	10,5	8,0
Isquèmia cardíaca (410-414)	1.896	6,8	5,0	758	7,1	6,0
Infart agut de miocardi	823	8,1	6,0	305	8,7	7,0
M. cerebrovascular (430-438)	1.114	10,5	7,0	813	10,3	7,0
Ictus	738	12,6	8,0	554	11,3	8,0

Md = Mediana

2. Cardiopatia isquèmica

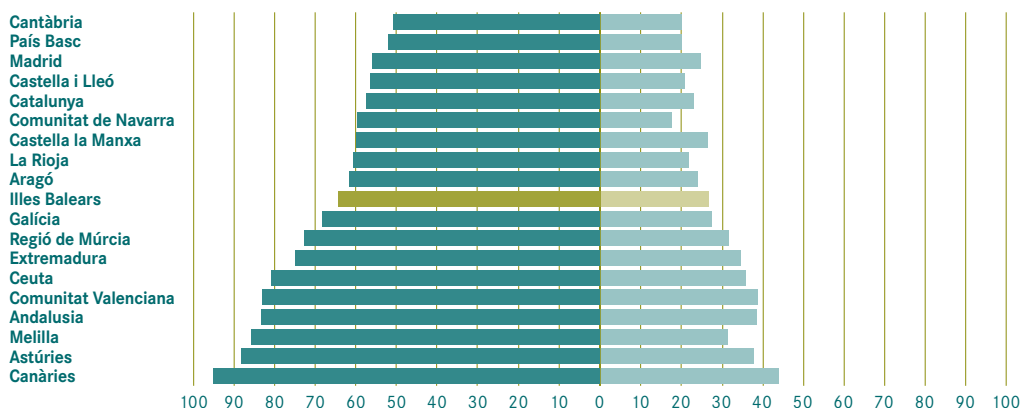
2.1. Mortalitat

La cardiopatia isquèmica ocasionà el major nombre de defuncions dins el conjunt de malalties cardiovasculars. El 2008, el 27% de les morts per malalties cardiovasculars ocorregudes a les Illes Balears varen ser a causa de la cardiopatia isquèmica. Els homes representaren el 34% de les defuncions i les dones el 21%. Dins la cardiopatia isquèmica, l'infart agut de miocardi fou la causa més freqüent, amb el 57% de les morts (57% als homes i 56% a les dones).

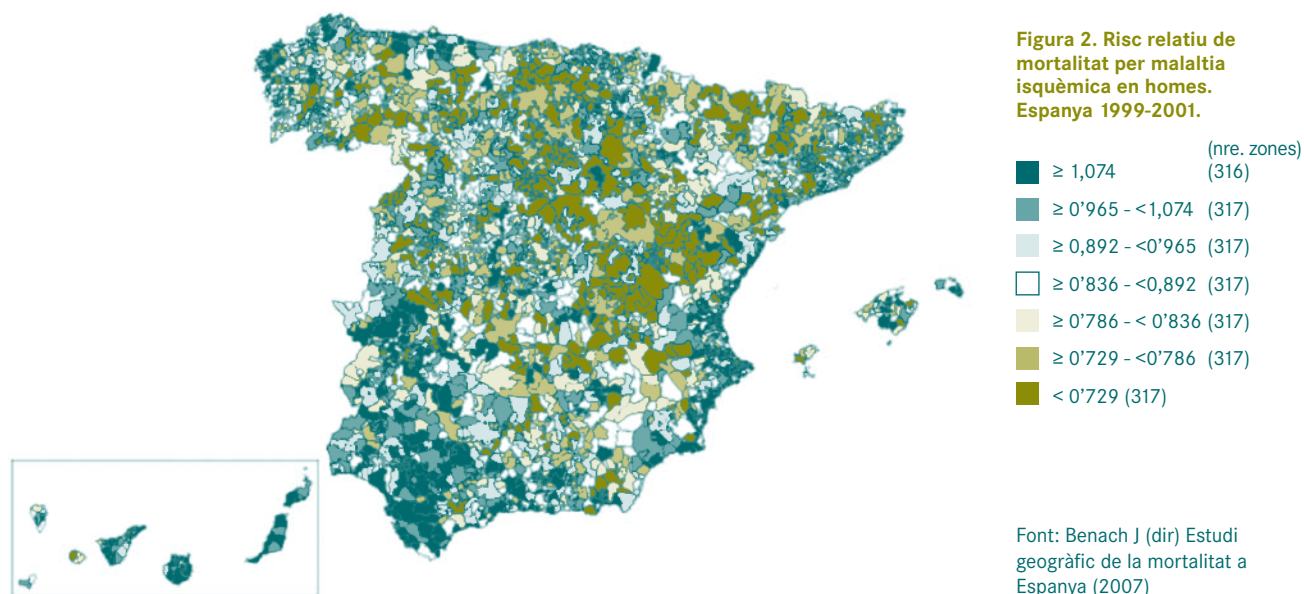
A les Illes, la mortalitat per cardiopatia isquèmica estava per sota de la mitjana nacional (figura 1).

Figura 1. Mortalitat per cardiopatia isquèmica en homes i dones, 2008. Taxa per 100.000 habitants ajustada a la població europea

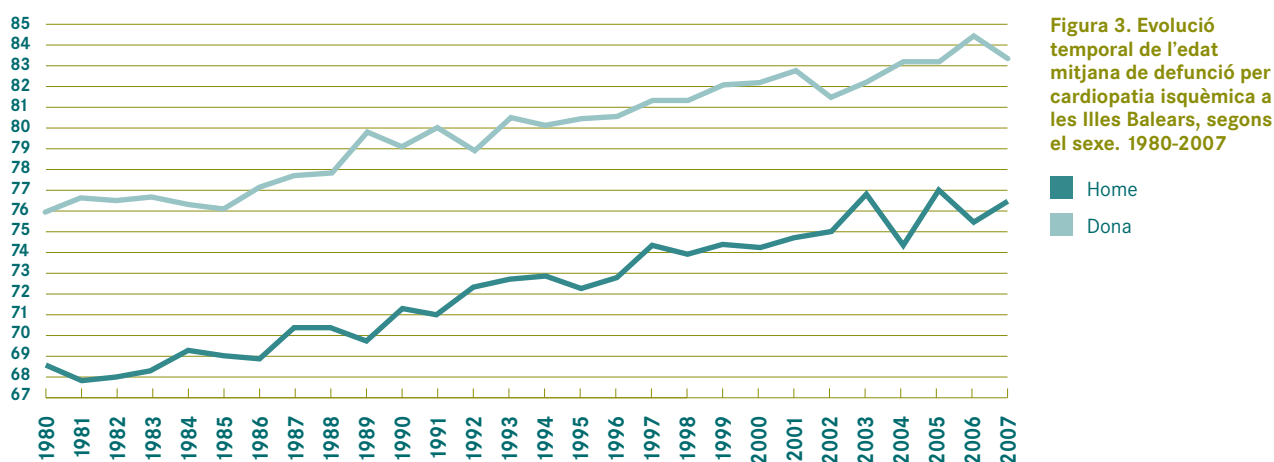
Home ■■
Dona ■■



A l'estudi de mortalitat per àrees petites observam un excés de mortalitat a determinades àrees de les Illes en homes (figura 2).



L'edat mitjana de defunció per cardiopatia isquèmica augmentà des dels anys 1980. El 1980 era de 68,6 anys per als homes i 76,1 per a les dones. El 2007, l'edat mitjana de defunció era elevada i es situà al voltant de 76,5 anys en homes i de 83,4 anys en dones (figura 3).



2.2. Morbiditat

Les dades de l'Enquesta de Salut de les Illes Balears (ESIB 2007) revelen que un 8% de la població adulta de la nostra comunitat autònoma va patir un infart agut de miocardi (12,2% dels homes i 3,9% de les dones).

Respecte a dades d'incidència, a Espanya existeixen tres registres poblacionals que proporcionen dades d'incidència d'infart agut de miocardi: El Projecte Mónica, registre iniciat el 1984 per controlar les tendències temporals de la mortalitat i morbiditat coronària i els factors de risc, a una població d'entre 35-74 anys residents a una zona propera a Barcelona, el projecte REGICOR, registre català que cobreix la població entre 25 i 74 anys de sis comarques de Girona i el registre IBERICA en el qual varen participar 8 zones d'Espanya, entre aquestes, l'illa de Mallorca. El registre recollia tots els episodis d'IAM en persones residents a Mallorca, entre els 25 i els 74 anys ocorreguts entre els anys 1997-98.

A partir d'aquest últim varen conèixer que a Mallorca es varen registrar durant aquest període 1.118 IAM en la població d'entre 25 i 74 anys, dels quals el 79% eren homes i el 21% dones. D'aquests casos el 78,1% complien el criteri d'infart de miocardi segur, segons les categories establertes a l'estudi MONICA.

Segons la informació disponible a partir d'aquests registres, encara que la incidència d'infart agut de miocardi a la població entre 25 i 74 anys es manté estable, s'estima un augment del nombre de casos d'infart als hospitals a causa de l'envelliment de la població.

Per una altra banda, malgrat la dificultat de comparar els resultats publicats sobre aquest tema, pareix que les dones amb IAM eren majors que els homes, arribaven a l'hospital una hora més tard de mitjana, presentaven major comorbiditat (sobretot diabetis i hipertensió), quadres clínics més greus, la intensitat dels tractaments era inferior (biaix terapèutic de gènere) i tenien major risc de mort a 28 dies. Els resultats d'un estudi realitzat per l'Observatori de la Dona sobre la malaltia cardiovascular a la dona revelaren diferències de gènere respecte a les característiques clíniques i etiològiques, el perfil dels factors de risc, la realització de proves diagnòstiques, les mesures terapèutiques i el pronòstic. Quant a les desigualtats socials, a Espanya, a l'igual que a altres països desenvolupats, s'observà una major mortalitat cardiovascular a classes socials més baixes, i augmentà la diferència en les darreres dècades.

2.3. Estratègies preventives

El Ministeri de Salut i Consum va elaborar l'Estratègia de cardiopatia isquèmica del Sistema Nacional de Salut per tal d'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'ESCIB a les Illes, es va posar 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 permet mesurar l'impacte a la nostra comunitat autònoma de l'estratègia assistencial i reduir la variabilitat de la pràctica clínica en el tractament del SCACEST.

2.4. Factors de risc

La malaltia cardiovascular és d'origen multifactorial. Els factors de risc són ben coneguts, es potencien entre si i es manifesten molt freqüentment associats. Una elevada proporció de la incidència de la malaltia coronària a la població es atribuïble a factors de risc cardiovascular modificables: estan lligats als hàbits fonamentalment:

- Tabac
- Alimentació
- Sedentarisme
- Obesitat
- Hipertensió Arterial (HTA)

- Hiperlipidèmia
- Diabetis

A partir de l'Enquesta de Salut de les Illes Balears (ESIB) coneixem la prevalença de l'hàbit tabàquic, de l'activitat física, dels hàbits alimentaris i de l'obesitat de la població de les Illes, informació que està recollida en detall a un altre apartat d'aquesta monografia (capítol Com vivim). L'ESIB també proporciona informació sobre la prevalença a la població adulta dels altres factors de risc. Així coneixem que la prevalença d'hipertensió a la població de més de 16 anys era de 17,9 per 100.000 habitants, d'hipercolesterolèmia de 13,7 per 100.000 habitants i de 5,5 per 100.000 habitants de diabetis (ESIB 2007).

Per una altra banda, els resultats de l'estudi CORSAIB, basats en una mostra poblacional entre 35 i 74 anys revelaven una prevalença més elevada dels principals FRC en la població balear: una elevada prevalença de tabaquisme (27%) més elevada en els homes (36,9%), d'hipertensió arterial (47,8%) més elevada en homes (52,3%), d'hipercolesterolèmia (24,2%), diabetis (11,7%), sobrepès (40,1%) i obesitat (27%), xifres que arriben al 48% en el cas de sobrepès en homes i al 29% en el d'obesitat en dones. També s'observava un elevat percentatge de població sedentària (43% dels homes i 45,6% de les dones). El 58,4% tenia 2 o més FRC i el 9,8% tenia una malaltia cardiovascular diagnosticada.

Importància dels factors de risc

Un 42,5% dels episodis coronaris ocorreguts als homes i el 36,5% a les dones es podien atribuir a l'excés de pes que s'erigeix com el factor de risc cardiovascular amb major impacte poblacional en ambdós sexes. Per això, vist el progressiu augment de la prevalença de l'obesitat a Espanya els darrers anys, era d'esperar un augment de la càrrega de la malaltia coronària atribuïble a aquest factor.

El tabaquisme apareixia com el segon factor amb més impacte en homes (risc atribuïble del 33,9%). La càrrega de malaltia que provocava el tabaquisme era superior als homes encara que s'havia començat a observar una disminució de la mortalitat atribuïble, associada a la incipient disminució de la prevalença d'aquest hàbit en els homes. En el cas de les dones, s'advertia un augment de la mortalitat atribuïble paral·lelament a l'augment de la prevalença del tabac.

En dones, aquest segon lloc va ser ocupat per la diabetis (fracció de risc atribuïble del 24,8%).

La hipercolesterolèmia explicava el 19,4% dels episodis coronaris en homes i el 20,1% en dones. La hipertensió arterial també va contribuir de manera important a la incidència de la malaltia en homes, amb un risc atribuïble del 15,5%. El volum de casos de cardiopatia isquèmica atribuïbles a la hipercolesterolèmia era similar al descrit als països desenvolupats. Cal esmentar també l'impacte de la diabetis en el risc de cardiopatia isquèmica en dones. L'epidèmia de l'obesitat i la seva associació amb la diabetis feia previsible un augment de la càrrega de la malaltia atribuïble a la diabetis.

2.5. Prevenció

La prevenció s'ha de fer sobre aquests factors de risc modificables pels quals existeixen mesures preventives cost/efectives. El càlcul del risc cardiovascular és, malgrat les limitacions, l'eina més útil actualment disponible per establir les prioritats en prevenció primària. Per això és un element de gran utilitat en el maneig d'aquells pacients amb qualche factor de risc cardiovascular.

Tenint en compte l'elevada prevalença dels factors de risc cardiovascular i que al nostre medi, l'atenció primària és la porta d'entrada de l'usuari al Sistema Sanitari Públic, és l'atenció primària el lloc preferent per a la detecció i el control d'aquests factors. L'Estratègia de cardiopatia isquèmica de les Illes Balears (ESCIB) recull per aconseguir aquests objectius la identificació de:

- Les persones amb antecedents de malaltia cardiovascular.
- Les persones amb factors de risc cardiovascular (tabaquisme, hipertensió arterial, dislipèmia i diabetis mellitus, obesitat).
- Les persones a les quals se'ls ha detectat qualche factor de risc cardiovascular, però que encara no han desenvolupat la malaltia.
- La identificació i la detecció dels factors de risc modificables es realitza mitjançant el seu registre a la història clínica de primària. A la nostra comunitat autònoma tenim un sistema de monitorització que recull la informació registrada a la història clínica de les persones amb factors de risc que encara no han desenvolupat la malaltia. Se'ls calcula el risc cardiovascular i en funció del risc per tal d'intervencions preventives i terapèutiques per controlar i reduir el risc. A les Illes s'utilitza per a la valoració del risc les taules REGICOR.

La informació recollida a la història clínica d'atenció primària per a l'any 2008 és la següent (taula 3).

Taula 3. Indicadors de qualitat d'AP. Any 2008

Atenció a l'adult	
Registre de l'hàbit tabàquic	39,3%
Consell mínim antitabac	66,8%
Registre de consum d'alcohol	23,9%
Risc cardiovascular	
Cobertura HTA	43,3%
Hipertensos amb control adequat de la TA	31,0%
Cobertura DM	73,5%
Cobertura dislipèmia	80,8%
Cobertura obesitat	15,3%
Tractament obesitat	45,8%
Prescripció d'exercici físic	19,6%
Estratificació del risc cardiovascular	22,1%
Antiagregació en prevenció 2 ^a	66,9%
Anticoagulació en pacient >= 75 anys amb fibril·lació auricular	54,8%

3. Malaltia cerebrovascular

3.1. Mortalitat

Les malalties vasculars cerebrals (MVC) representen la tercera causa de mort en el món occidental, la primera causa de discapacitat física en les persones adultes i la segona de demència. A Espanya, l'ictus o malaltia cerebrovascular aguda representa la segona causa de mort després de la cardiopatia isquèmica i la primera causa de mort entre les dones.

A les Illes Balears la mortalitat per malaltia cerebrovascular estava per sota de la mitjana nacional tant en homes com en dones (figura 4).

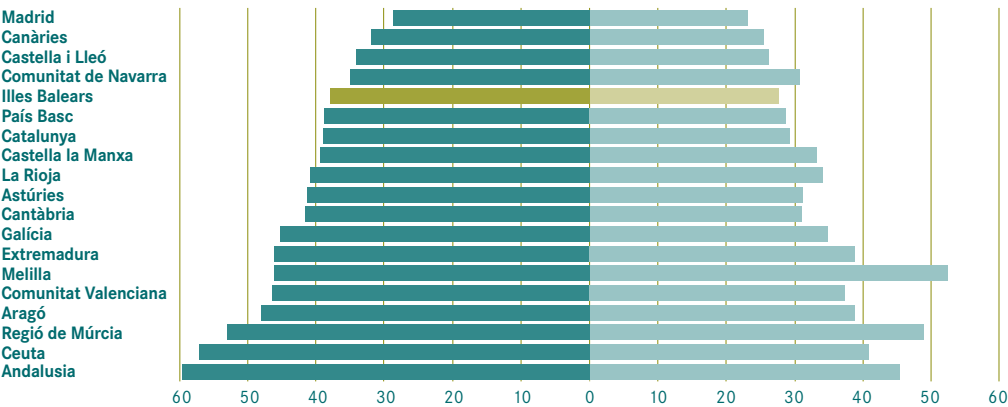


Figura 4. Mortalitat per malaltia cerebrovascular en homes i dones, 2008. Taxa per 100.000 habitants ajustada a la població europea

Home
Dona

L’atles de mortalitat per àrees petites mostra diferències de mortalitat a determinades àrees de les Illes, tant en homes com en dones (figura 5 i 6).

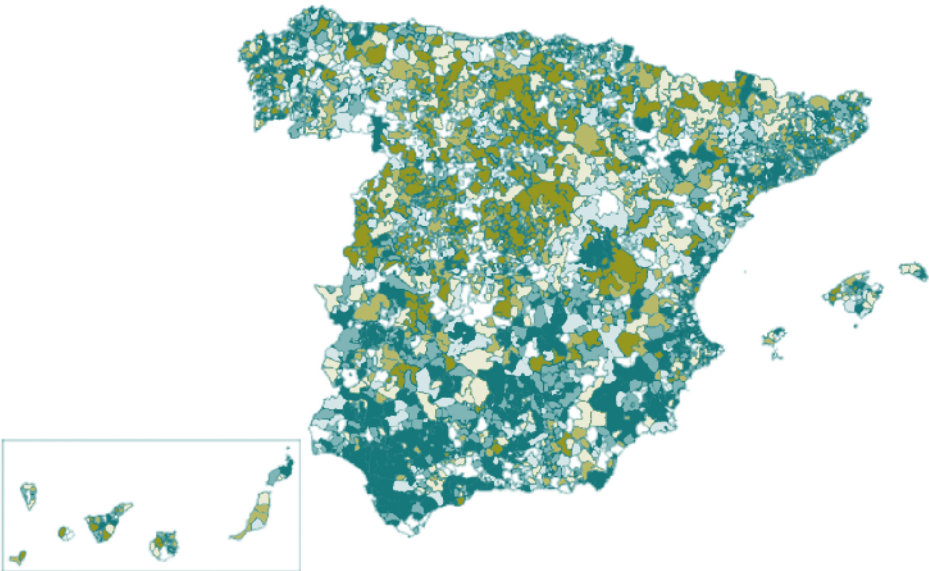


Figura 5. Risc relatiu de mortalitat per malaltia cerebrovascular en homes. Espanya, 1999-2001

(nre. zones)
≥ 0,966 (316)
≥ 0'882 - <0,966 (317)
≥ 0,825 - <0'882 (317)
≥ 0'781 - <0,825 (317)
≥ 0'737 - <0'781 (317)
≥ 0'685 - <0'737 (317)
< 0'685 (317)

Font: Benach J (dir).
Estudi geogràfic de la mortalitat a Espanya (2007)

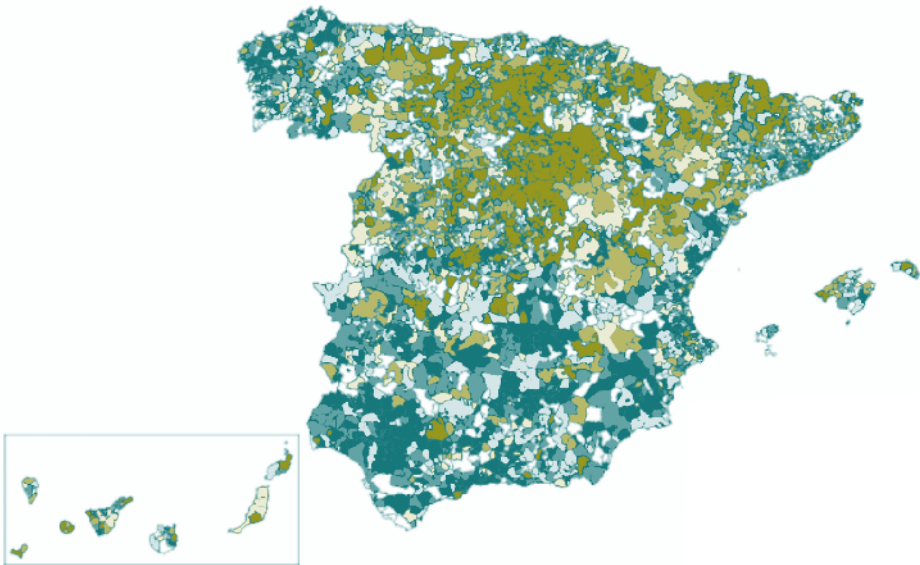


Figura 6. Risc relatiu de mortalitat per malaltia cerebrovascular en dones. Espanya, 1999-2001

(nre. zones)
≥ 1,060 (316)
≥ 0'936 - <1,060 (317)
≥ 0,854 - <0'936 (317)
≥ 0'788 - <0,854 (317)
≥ 0'725 - <0'788 (317)
≥ 0'657 - <0'725 (317)
< 0'657 (317)

Font: Benach J (dir).
Estudi geogràfic de la mortalitat a Espanya (2007)

A la nostra comunitat autònoma, l'any 2008, la MVC va ser la causa directa de 530 defuncions, la qual cosa representava un 7% de la mortalitat global; el 6,1% en homes i el 8,1% en dones mentre que l'any 2003 en va causar 685 (9,3% de la mortalitat global, 7,5% en homes i 11,3% en dones). Entre l'any 2003 i 2007 s'observava una disminució de la taxa de mortalitat en homes com en dones tant a la nostra comunitat com arreu d'Espanya (taula 4).

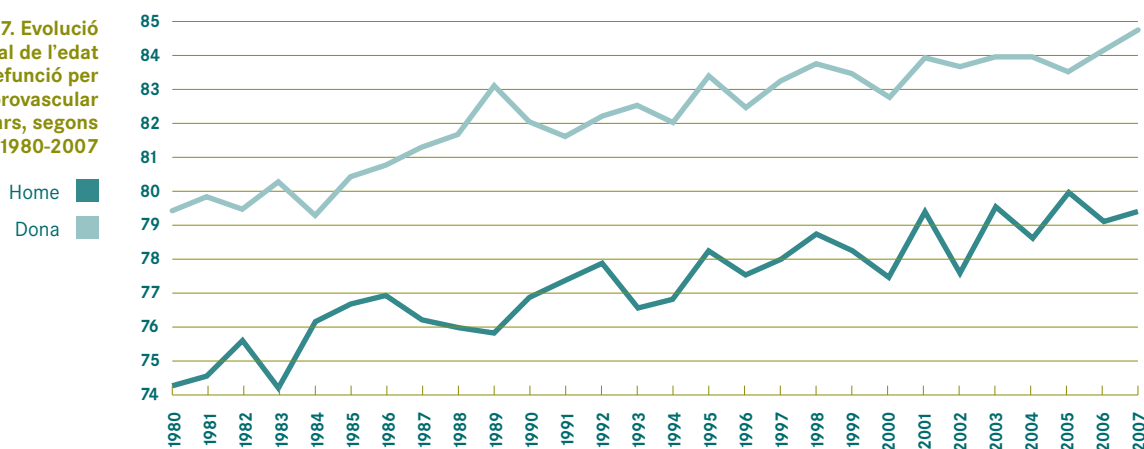
Taula 4. Evolució de la taxa de mortalitat ajustada a la població europea a les Illes Balears i a nivell nacional, per sexe. 2003-2007

	Illes Balears		Nacional	
	Home	Dona	Home	Dona
2003	54,86	45,21	57,22	46,65
2004	52,00	41,14	51,49	41,43
2005	44,79	32,01	51,01	40,35
2006	44,64	31,28	47,07	36,90
2007	43,48	32,47	45,92	35,48

La notable disminució de la mortalitat entre 2004 i 2005 respecte a la nacional coincidia amb l'inici del tractament trombolític en l'ICTUS isquèmic.

L'edat mitjana de defunció per malaltia cerebrovascular ha augmentat des dels anys 1980. El 1980 era de 74,2 anys per als homes i 79,4 per a les dones. El 2007 l'edat mitjana de defunció era elevada i es situava al voltant de 79,4 anys en homes i de 84,8 anys en les dones (figura 7).

Figura 7. Evolució temporal de l'edat mitjana de defunció per malaltia cerebrovascular a les Illes Balears, segons el sexe. 1980-2007



3.2. Morbiditat

A pesar de l'elevada freqüència de la malaltia no existeixen estudis d'incidència d'aquesta, amb disseny homogeni, per poder fer comparacions. Arreu del món es calcula una incidència pels grups d'edat entre els 45 i 84 anys de 300-500/100.000 habitants/any. A Espanya, hi ha varis estudis d'incidència d'ictus. Els resultats són difícils de comparar per les diferències metodològiques observades entre aquests, diferents poblacions i diferents grups d'edat. Tot i això, les xifres variaven entre 132 i 174 nous casos per 100.000 habitants/any en estudis que incloïen tota la població. Un estudi fet a Catalunya basat en les dades del Registre de Mortalitat i el CMBD estimava una taxa d'incidència acumulada de 218 en homes i 127 en dones.

Al nostre medi, durant l'any 2006, es va realitzar un estudi d'incidència de base poblacional (IBERICTUS) en 5 àrees de l'Estat espanyol (una d'aquestes a Mallorca) a on la incidència ajustada a la població europea va ser de 200,87 per 100.000 habitants i any (incloent AIT), 164,78 excloent AIT, 159,19 per l'ictus isquèmic, 24,94 per l'hemorràgic i 30,07 per l'AIT. Els resultats de l'estudi europeu EROS també de base poblacional que va incloure 6 països entre els quals hi havia el nostre, i més concretament, l'illa de Menorca, mostrava una incidència anual de l'ictus a Menorca de 116,3 en homes i 65,8 en dones (excloent AIT).

Pel que fa a les dades de prevalença, els resultats foren molt dispars per la mateixa raó. Així trobam una prevalença del 2,1% en un estudi fet a Alcoi en població major de 20 anys o del 8,5%, en un estudi fet a un àrea urbana de Madrid, en poblacions majors de 65 anys. Una metanàlisi publicada el 2006 estimava una taxa de prevalença, ajustada per edat de 7,3% en homes i 5,6% en dones. Amb l'edat augmentava la prevalença, sobretot en dones i també era més elevada en zones urbanes. L'estudi CORSAIB realitzat a la CAIB permet establir la prevalença a la població entre 35 i 74 anys del 5% en homes i del 2,2% en dones.

3.3. Xarxa sentinella d'ictus

A les Illes Balears, es va posar en marxa en març de 2007 la Xarxa de metges sentinella d'atenció primària (AP) amb els objectius següents:

- Estimació de la incidència de l'accident cerebrovascular a les Illes Balears.
- Descripció dels principals factors de risc, per grup d'edat i sexe.
- Evolució i taxa de recurrència a l'any de l'episodi agut.
- Estimació de la mortalitat a l'any de l'episodi agut.
- Descripció de les necessitats assistencials sanitàries i socials i del tipus de tractament sociosanitari rebut després de la fase aguda.

Els resultats de la recollida de l'episodi inicial (primer any de l'estudi) són:

- Participaren 45 metges amb una població coberta de 84.543 (8,2% de la població de les Illes Balears > 14 anys) que tenia una distribució per grups d'edat pràcticament idèntica a la de la població general.
- Es notificaren 65 casos, 33 homes i 32 dones. Edat mitjana 73 anys (DT 15,86), 75,6 en dones i 70,6 en homes; la mediana era de 77 anys; el 25% de casos major de 84 anys.
- Taxes d'incidència: 83 per 100.000 (81 en homes i 85 en dones); augmentava amb l'edat (560 en majors de 74 anys); la dels homes era més alta que la de les dones, a tots els grups d'edat.
- Defuncions en la fase aguda: 7 (10,8%), 3 homes i 4 dones. Mitjana d'edat de 88,7 anys, 17 anys més que la dels pacients que varen sobreviure la fase aguda.
- Al retorn al domicili, els trastorns més freqüents eren els motors (61,4%), els emocionals (54,4%), el deteriorament cognitiu (28,1%), la incontinència urinària (24,6%) i l'afàsia (24,6%). La patologia associada a l'ictus va ser escassa: 5 casos amb esguena dolorosa, 1 amb úlcera per pressió i 1 caiguda amb lesió.

- El 23% de pacients vivien sols abans de l'episodi. El 95% tenien suport familiar i l'11% algun tipus de suport social. Només hi havia un 2% de persones institucionalitzades.
- Factors de risc cardiovascular: els més freqüents eren la hipertensió (73,7%) i la hiperlipidèmia (73,7%). Hi havia un 19,3% de casos amb ictus previ; destaca una pacient que tenia com únic factor de risc la utilització d'anticonceptius orals. Seguiment, previ a l'ictus, dels programes de control de factors de risc cardiovascular implantats a AP: 92% a diabetis, 83,3% a HTA, 52,6% a obesitat, 40,5% a hiperlipidèmia i 23,1% a tabaquisme.
- Estat cognitiu al retorn dels pacients al domicili: 1,84 de mitjana, amb una correlació clara amb l'edat. Pacients amb algun deteriorament: 28% (12% lleu, 9% moderat i 7% greu).
- Estat funcional: 70% de pacients amb total autonomia abans de l'ictus i 62% de dependència després de l'episodi. Pèrdua funcional: mitjana de 21,8 punts (DT 30,4); i la pèrdua màxima es va presentar als grups de menor i major edat.

Dels resultats obtinguts es pot concloure:

- Incidència més baixa que l'esperada. La letalitat fou alta.
- Tot i que l'edat en general era avançada, una tercera part dels homes tenien menys de 65 anys i la taxa les homes superava la de les dones a tots els grups d'edat.
- Destaca l'elevada proporció de trastorns emocionals post-ictus.
- Poc més d'una quarta part dels malalts presentava deteriorament cognitiu, que era considerablement major en el grup de més edat.
- Eren malalts amb freqüència vàlids abans de l'episodi, i molt d'ells vivien sols. Després de l'episodi, l'autonomia dels pacients seguia sent acceptable, excepte en els pacients de més edat. Probablement, hi havia un biaix causat per la baixa representació dels malalts institucionalitzats, que podrien ser menys autònoms.
- La pèrdua funcional, tot que era semblant en els pacients més joves i en els més grans, en aquests darrers comportava un grau de dependència molt més important per la situació prèvia més desfavorable.
- Els principals factors de risc eren els ja coneguts, i els més difícilment controlats foren els que depenien directament d'hàbits de vida.
- La informació dels casos recollits, més que per a l'estimació de la incidència de la comunitat autònoma, podia ser útil com a reflex del casos atesos pels metges d'atenció primària.

3.4. Discapacitat

Les malalties cerebrovasculars constitueixen una de les causes més freqüents d'invalidesa i de demència. L'accident cerebrovascular fou la primera causa de discapacitat greu i la segona causa de demència després de la malaltia d'Alzheimer. S'estima que dels pacients que sofrien un accident cerebrovascular, aproximadament un 26,1% morien en els sis mesos següents i al voltant d'un terç eren dependents. De forma global, entre els supervivents, el 44% romanien amb una dependència funcional. Per una altra banda, l'ictus recurrent era el principal responsable de discapacitat i mort després d'un ictus. La mor-

talitat passà d'un 20% a un 34,7%, i el percentatge de dependència funcional augmentava del 36% al 51%.

Els canvis demogràfics observats a Europa mostraven un envelliment ràpid de la població, amb una previsió d'un augment en la incidència de les malalties cerebrovasculars, encara que s'observava una tendència secular que la malaltia fos menys greu. A més, la millor atenció sanitària en els episodis aguts i l'aparició de tractaments d'emergència, feia pensar en un futur increment en el nombre de supervivents amb incapacitat. L'ictus era el responsable del 6,8% de la pèrdua d'anys de vida ajustats per discapacitat (AVAD) i ocupava el segon lloc en el rànquing de malalties que més càrrega de morbiditat ocasionaven. A Espanya, representava el 4,4% del total d'AVAD, xifra que la posicionava en quart lloc en el rànquing de malalties. En dones, aquesta càrrega era més elevada i ocupava el tercer lloc després de la depressió unipolar i les demències.

L'atenció mèdica donada durant l'estada hospitalària i les despeses sanitàries derivades de la incapacitat física d'aquests malalts estaven ja creant un problema de finançament per poder suportar econòmicament l'atenció sanitària i social d'aquesta malaltia a tota Europa. S'estimava que l'ictus consumia entre el 3 i 4% de la despesa sanitària dels països amb rendes elevades.

3.5. Estratègies preventives

El Ministeri de Sanitat i Polítiques Socials va elaborar l'Estratègia d'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 la 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.

3.6. Factors de risc (FR)

Els factors de risc poden classificar-se com a modificables i no modificables. És important la detecció de pacients amb factors de risc no modificables, ja que si malgrat no es poden tractar, la coexistència de factors modificables exigeix un control preventiu més estricte.

L'ictus i la malaltia coronària comparteixen factors de risc, però amb importància diferent en cada una de les patologies, com es mostra a continuació (taula 5).

Taula 5. Factors de risc de l'ictus isquèmic

No modificables	Associació forta	Associació dèbil
Edat	Hipertesió arterial	Síndrome metabòlic
Sexe	Tabaquisme	Concurs de drogues
Raça	Diabetis mellitus	Anticonceptius orals
Baix pes en néixer	Fibril·lació auricular	Migranya
	Hipercolesterolèmia	Hipercolesterolèmia
	Estenosi de l'artèria caròtida	Elevació de la Lp(a)
	Malaltia de cèl·lules falciformes	Inflamació i infecció
	Teràpia hormonal	Obesitat i distribució de grassa corporal
	Alcoholisme	Inactivitat física
	Hipertrofia ventricular esquerra	Factors dietètics
	Hipercoagulabilitat	Certes cardiopaties emboligènes
	Ictus isquèmic o AIT previ	Altres: síndrome d'apnea obstructiva de la son, certs estats inflamatoris o infecciosos

Adaptació de: Díez Tejedor E, Fuentes B, Gil Núñez AC, Gil Peralta A, Matías Guiu J, pel comité ad hoc del Grup d'Estudi de Malalties Cerebrovasculars de la SEN. Guía para el tratamiento preventivo de la isquemia cerebral. En: Guía para el tratamiento y prevención del Ictus. Guías y protocolos de la SEN. En Díez Tejedor (ed.). Ed. ISBN: 84-8124-225-X. Barcelona: Prous Science, 2006:133-183.

De tots aquests factors, alguns s'han tractat amb detall en un altre apartat d'aquesta monografia (capítol Com vivim).

Una vegada que el pacient ha sofert un primer episodi d'ictus o AIT es recomana seguir un control estricte dels factors de risc amb uns objectius més agressius.

Tenint en compte l'elevada prevalença dels factors de risc al nostre medi, i que l'abordatge més correcte requereix la valoració conjunta dels FRCV, l'Estratègia en ictus del Sistema Nacional de Salut recomana que sigui l'atenció primària el lloc preferent per a la detecció i control d'aquests factors. Al llarg de l'any 2009 es va revisar l'acord d'actuació de la malaltia cerebrovascular entre atenció primària i neurologia en el que respecta a la prevenció, atenció en fase aguda—codi ictus i maneig de les complicacions i seqüeles. Es va desenvolupar, a més, una campanya d'informació per tal que la població, sobretot d'alt risc, sàpiga com actuar davant els símptomes d'un ictus.

Malalties oncològiques

1. PROBLEMA DE SALUT, SOCIAL I ECONÒMIC

2. MORTALITAT

3. MORBIDITAT

4. ESTRATÈGIES PREVENTIVES

5. FACTORS DE RISC

El càncer és la primera causa de mortalitat en el món. A Mallorca es diagnostiquen cada any uns 2.500 casos (homes: 1.500 i dones: 1.000) i moren unes 2.000 persones per càncer. La incidència s'està incrementant, tant a les Illes Balears com a Espanya, en relació a l'envelliment de la població, però la supervivència d'alguns càncers està millorant (el 50% de persones amb càncer sobreviuen als 5 anys del diagnòstic), motiu pel qual s'ha convertit en una malaltia molt prevalent. El càncer és un conjunt de més de 100 malalties amb pronòstics diferents (la supervivència als 5 anys a Espanya oscil·la entre el 5,3% pel càncer de pàncrees al 98% del càncer de llavi).

L'any 2008 es produïren 6.222 altes per càncer en els hospitals públics de les Illes Balears (homes: 3.473 i dones: 2.749) cas que representa el 6è motiu d'alta en les dones i el 5è en els homes. En les dones, els càncers que donen lloc a més altes hospitalàries són el de mama (14,1%), colon i recte (8,8%) i metàstasis respiratòries o digestives (5,5%). En els homes són els de bufeta (12,3%), pulmó (11,9%), colon i recte (10,2%). Els càncers de colon i recte són els responsables de les estades hospitalàries més llargues. Les taxes de cirurgia oncològica a Balears són inferiors a la mitjana estatal pel càncer d'estómac (homes i dones), en menor grau pel de colon (homes i dones) i pel de laringe (homes).

El càncer és la primera causa de mort a les Illes Balears i a Espanya, considerant les malalties del cor i cerebrovasculars per separat. L'any 2008 moriren a Balears 2.031 persones per càncer (homes: 1.261 i dones: 770), cosa que representa el 22% de morts en dones i el 32% en homes. En les dones, el responsable de més morts és el càncer de mama i en els homes és el de pulmó. Les Balears ocupa el primer lloc en mortalitat per càncer de mama en dones i està entre els primers en càncer de pulmó, en homes i en dones. La mortalitat per càncer de recte en homes a Balears està per sobre de la mitjana estatal i és de les més baixes en dones. La mortalitat per càncer de pròstata a Balears està per sota de la mitjana estatal.

Durant el període 1997-2000 es diagnosticaren a Mallorca 10.406 casos de càncer. En dones, el càncer més freqüents són: mama, colon, còs d'úter, recte, cèrvix uterí i ovari. En els homes, els més freqüents són: pulmó, pròstata, bufeta urinària, colon, recte i laringe. En el període 1989-2000, les taxes d'incidència de càncer s'incrementen tant en dones com en homes (mama en dones, pròstata en homes, i recte, en homes i dones). Els càncers relacionats amb el tabac presenten un descens (pulmó i bufeta en homes i cèrvix en dones).

1. Problema de salut, social i econòmic

El càncer és la primera causa de mortalitat en el món; se li atribueixen 7,9 milions de defuncions anuals. S'estima que un 30% d'aquestes morts es poden prevenir.

A Mallorca es diagnostiquen cada any uns 2.500 casos: 1.000 en les dones i 1.500 en els homes (s'exclouen els càncers de pell no melanoma), i moren unes 2.000 persones per aquesta causa. La incidència del càncer s'està incrementant, tant a les Illes Balears com a Espanya, increment que està relacionat amb l'envelliment de la població, ja que el càncer augmenta amb l'edat. D'altra banda, com la supervivència d'alguns càncers està millorant, i globalment la meitat de les persones amb càncer sobreviuen als 5 anys del diagnòstic, el càncer s'ha convertit en una de les malalties més prevalents en el nostre país.

És important tenir en compte que el càncer no és una malaltia única, sinó un conjunt de més de 100 malalties amb pronòstic diferent. Així, actualment, la supervivència relativa ajustada als 5 anys a Espanya oscil·la entre el 5,3% pel càncer de pàncrees o el 9,7% del càncer d'esòfag fins al 94,9% del càncer de testicle o el 98% del càncer de llavi (taula 1).

D'acord al CMBD, l'any 2008 es produïren 6.222 altes per càncer en els hospitals públics de les Illes Balears (2.749 en les dones i 3.473 en els homes), el que representa el sisè motiu d'alta en les dones i el cinquè en els homes. En les dones, els càncers que donen lloc a més altes hospitalàries són: el càncer de mama (14,1% de les altes per càncer en dones), els de colon i recte (8,8%) i les metàstasis respiratòries o digestives (5,5%). En els homes, els càncers que donen lloc a més altes hospitalàries són: el càncer de bufeta (12,3% altes per càncer en homes), el de pulmó (11,9%) i el de colon i recte (10,2%). Els càncers de colon i recte són els responsables de les estades hospitalàries per càncer més llargues, amb unes mitjanes de 15,4 i 14,4 dies pels càncers de recte i colon en les dones, i unes mitjanes de 15,9 i 14,1 pels càncers de colon i recte en els homes.

En l'atles de variacions de la pràctica mèdica de cirurgia oncològica a Espanya, publicat recentment, s'observa que les taxes de cirurgia oncològica a les Illes Balears són inferiors a la mitjana estatal per al càncer d'estómac, tant en homes com en dones, en menor grau per al càncer de colon, tant en homes com en dones i per al càncer de laringe, només en els homes.

El 26 de març de l'any 2006, el Consell Interterritorial va aprovar l'Estratègia en Càncer del Sistema Nacional de Salut. L'any 2008 es va crear a Balears un grup tècnic per al desenvolupament de l'Estratègia en Càncer de les Illes Balears.

Taula 1. Supervivència relativa ajustada als 5 anys a Espanya i Europa.

Localització	Espanya	Europa
Llavi	98,0 (94,5-101,6)	92,6 (90,7-94,6)
Llengua i amígdala lingual	43,7 (38,9-48,9)	43,6 (41,8-45,4)
Glàndules salivals	68,5 (59,8-78,6)	59,0 (56,7-61,4)
Cavitat oral	50,6 (46,9-55,8)	46,2 (44,6-47,8)
Orofaringe i amígdala	33,1 (26,0-42,0)	37,0 (35,2-39,0)
Nasofaringe	47,4 (41,2-54,6)	49,8 (47,0-52,2)
Hipofaringe	26,0 (26,9-32,3)	24,6 (22,5-27,0)
Cap i coll	39,4 (36,9-42,1)	39,5 (38,7-40,4)
Esòfag	9,7 (7,9-11,9)	11,1 (10,5-11,6)
Estómac	27,8 (26,4-29,3)	24,5 (24,1-24,9)
Intestí prim	39,2 (32,0-48,0)	41,8 (39,8-44,0)
Colon	54,9 (53,6-56,3)	54,8 (54,1-54,9)
Recte i canal anal	51,7 (50,0-53,4)	53,2 (52,7-53,6)
Colon i recte	53,6 (52,6-54,7)	54,0 (53,7-54,3)
Fetge	11,5 (10,0-13,3)	9,1 (8,4-9,7)
Bufeta biliar i vies bilials	15,8 (13,4-18,6)	14,4 (13,2-15,1)

Pàncrees	5,3 (4,3-8,6)	5,7 (5,4-6)
Cavitat nasal i sinus	46,2 (35,5-57,5)	46,3 (43,6-49,2)
Laringe	63,8 (50,9-66,9)	62,8 (61,6-64,0)
Pulmó, bronquis i tràquea	10,7 (10,1-11,4)	12,0 (11,8-12,2)
Pleura	6,0 (3,9-11,1)	7,1 (6,1-8,2)
Os i cartílag	53,9 (46,2-62,9)	56,5 (53,2-57,9)
Teixits tous	61,5 (56,9-66,5)	59,5 (58,1-60,8)
Melanoma de pell	83,7 (81,6-86,0)	82,6 (82,1-83,2)
Mama	80,3 (79,2-81,5)	79,4 (79,1-79,7)
Cèrvix uterí	62,7 (59,7-65,9)	63,6 (61,8-63,3)
Cos d'úter	73,1 (70,9-75,4)	76,2 (75,6-76,9)
Ovari i annexes uterins	36,9 (34,1-39,9)	36,5 (35,9-37,2)
Vagina i vulva	58,3 (52,4-64,9)	59,4 (57,9-61,0)
Pròstata	75,4 (76,6-77,4)	76,4 (75,9-78,9)
Testicle	94,9 (85,2-104,9)	89,5 (88,0-91,1)
Penis	72,1 (63,1-82,5)	72,9 (70,8-75,5)
Bufeta	73,7 (72,9-75,1)	72,4 (71,9-72,8)
Ronyó	58,9 (56,4-61,5)	58,0 (57,4-58,6)
Melanoma de coroides	68,8 (56,4-85,5)	67,8 (63,8-72,2)
Cervell	17,1 (15,3-19,2)	19,7 (19,1-20,3)
Tiroides	82,0 (78,6-85,6)	82,9 (82,0-83,7)
Linfoma no Hodgkin	51,9 (49,8-54,1)	51,5 (50,9-52,2)
Malaltia Hodgkin	80,1 (76,7-83,6)	80,1 (70,1-81,1)
Mieloma múltiple	34,0 (30,8-37,7)	35,1 (34,3-36,0)
Leucèmia limfàtica aguda	27,0 (20,5-35,5)	—
Leucèmia limfàtica crònica	77,5 (73,3-81,9)	68,8 (67,6-70,1)
Leucèmia mieloide aguda	14,7 (11,7-18,4)	13,9 (13,0-14,8)
Leucèmia mieloide crònica	39,7 (34,5-45,8)	35,4 (33,8-37,1)
Totes les leucèmies	34,8 (42,2-47,3)	42,4 (41,7-43,2)
TOTS	49,3 (46,9-49,7)	50,3 (50,2-50,5)

Font: EUROCare-4

2. Mortalitat

El càncer és la primera causa de mort a les Illes Balears i a Espanya si es consideren les malalties del cor i les malalties cerebrovasculars per separat. L'any 2008 varen morir a Balears 2.031 persones per càncer (770 dones i 1.261 homes), el que representa el 22% de les morts en les dones i el 32% en els homes (lbestat). En les dones, el responsable de més morts és el càncer de mama, mentre que en els homes és el de pulmó. En segon lloc, es troben els càncers de colon i recte, tant en les dones com en els homes. El tercer lloc l'ocupen el càncer de pulmó en les dones i el càncer de pròstata en els homes.

En relació a altres comunitats autònomes, a l'any 2008 les Illes Balears ocupen dels darrers llocs en mortalitat per càncer de mama en dones (figura 1), i està entre els primers en càncer de pulmó, sobretot en dones (figura 2). La mortalitat per càncer de recte en homes a Balears està per sobre de la mitjana estatal (figura 3). La mortalitat per càncer de pròstata a Balears està per sobre de la mitjana estatal (figura 4).

Figura 1. Mortalitat per càncer de mama, 2008.
Taxa per 100.000 habitants
ajustada a la població
europea per comunitats
autònomes

Font: Institut de Salut Carlos III

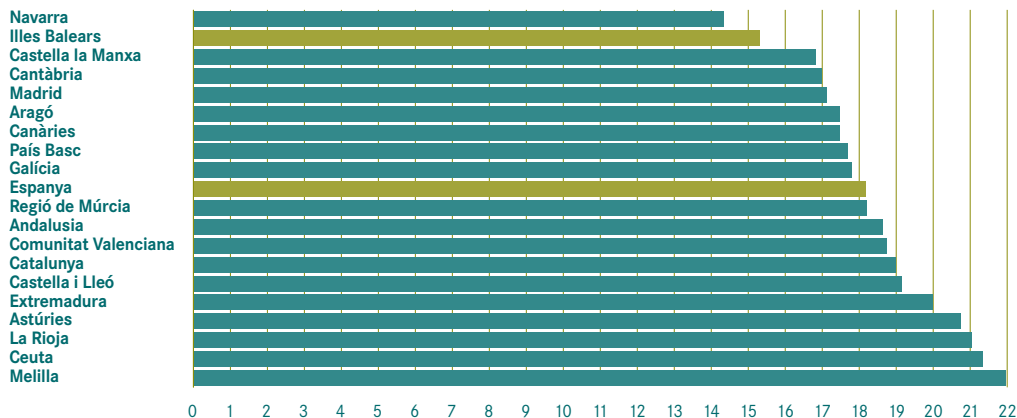


Figura 2. Mortalitat per càncer de pulmó, 2008.
Taxa per 100.000 habitants
ajustada a la població
europea per comunitats
autònomes i sexe

Home ■■
Dona ■■

Font: Institut de Salut Carlos III

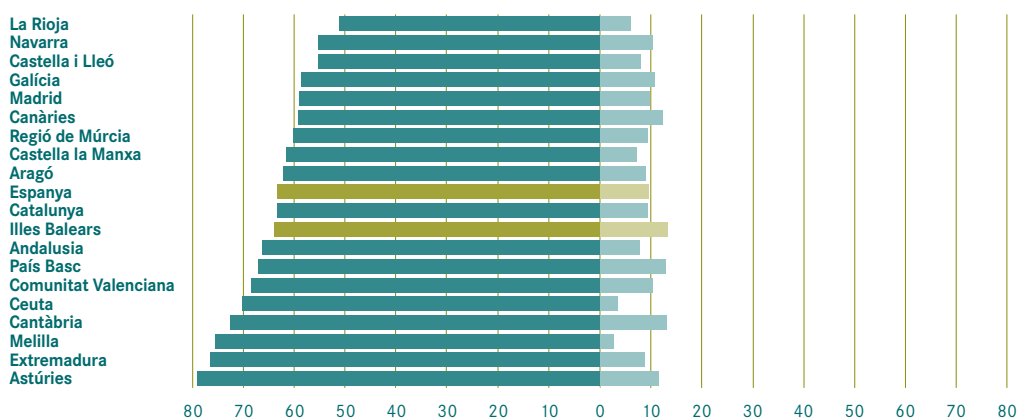


Figura 3. Mortalitat per càncer de recte, 2008.
Taxa per 100.000 habitants
ajustada a la població
europea, per comunitats
autònomes i sexe

Home ■■
Dona ■■

Font: Institut de Salut Carlos III

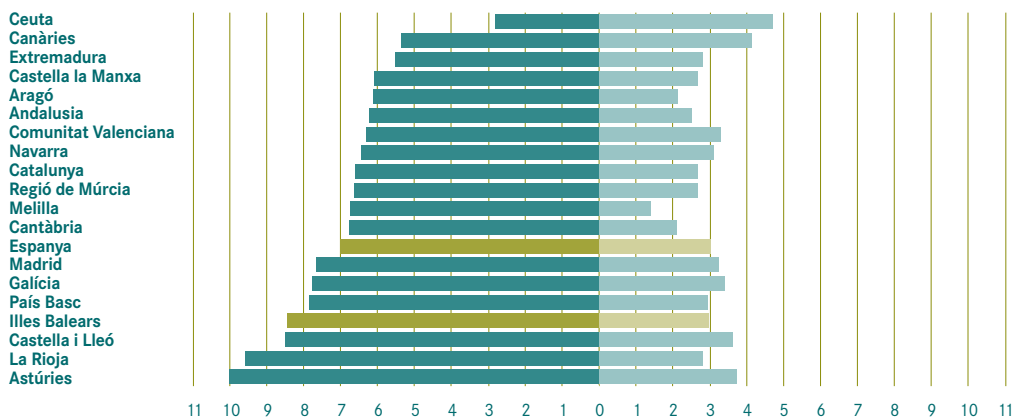
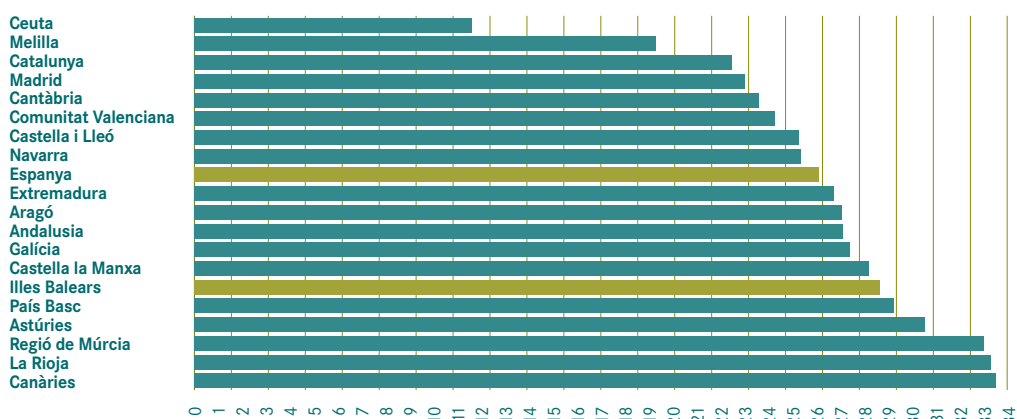


Figura 4: Mortalitat per càncer de pròstata, 2008.
Taxa per 100.000 habitants
ajustada a població
europea per comunitats
autònomes

Font: Institut de Salut Carlos III



A les figures 5, 6, 7, 8 i 9 es mostren respectivament els risc relatiu de mortalitat per municipis espanyols en càncer colorectal en homes i dones (1989-98), càncer de pulmó en homes i dones (1989-98) i càncer de mama en dones (1990-2001).

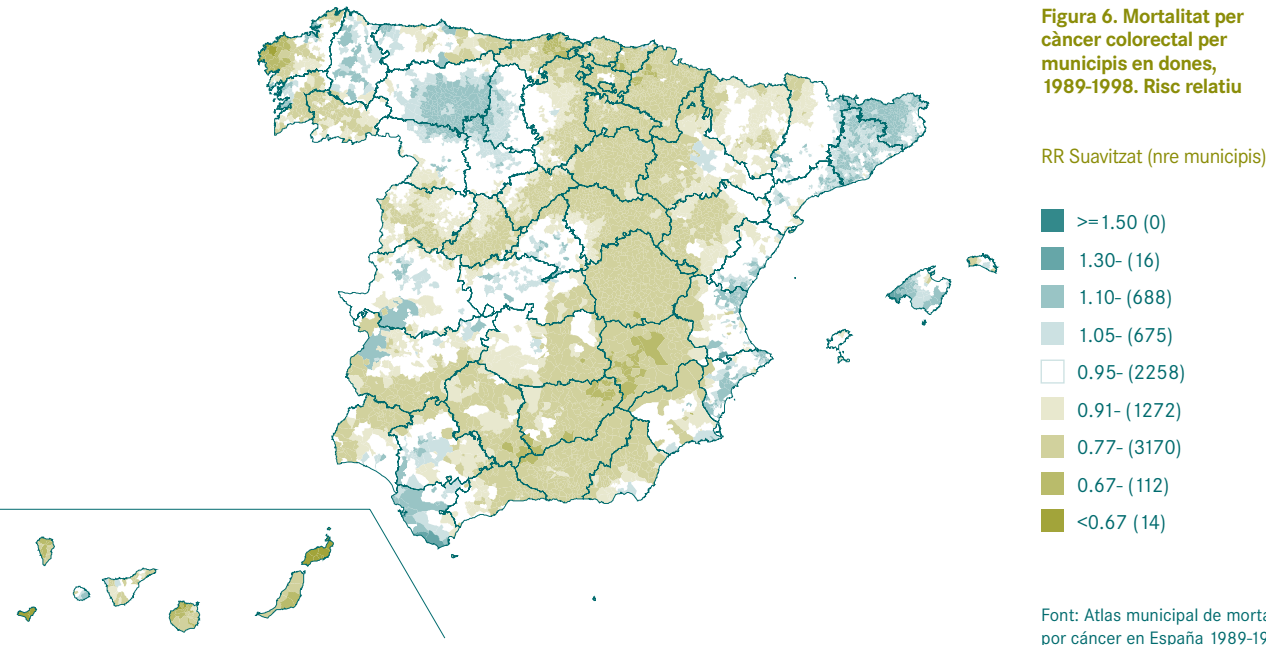
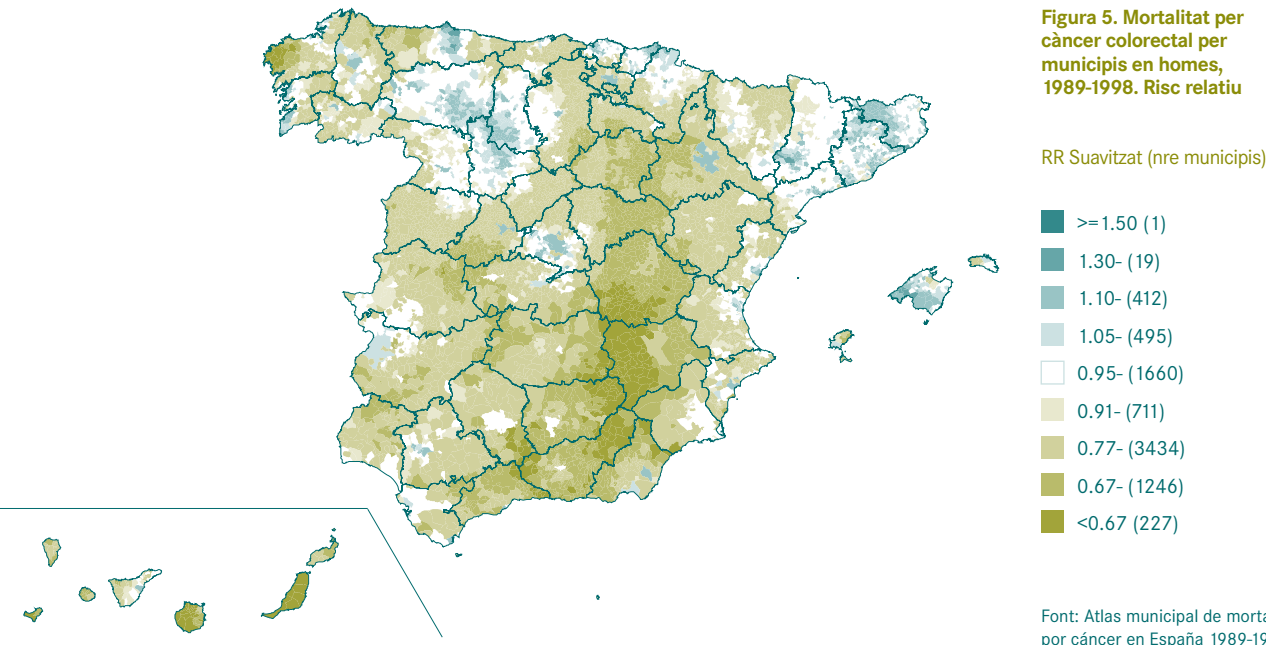
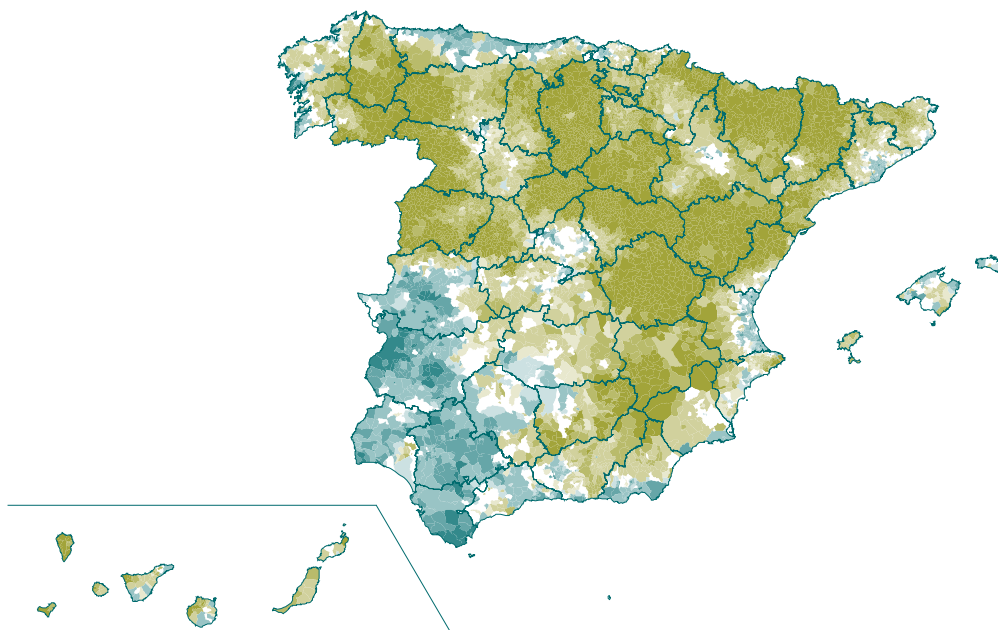


Figura 7. Mortalitat per càncer pulmó per municipis en homes, 1989-1998. Risc relatiu suavitzat

RR Suavitzat (nre municipis)

- ≥ 1.50 (68)
- 1.30- (213)
- 1.10- (552)
- 1.05- (199)
- 0.95- (567)
- 0.91- (322)
- 0.77- (1547)
- 0.67- (1660)
- < 0.67 (3077)



Font: Atlas municipal de mortalidad por cáncer en España 1989-1998

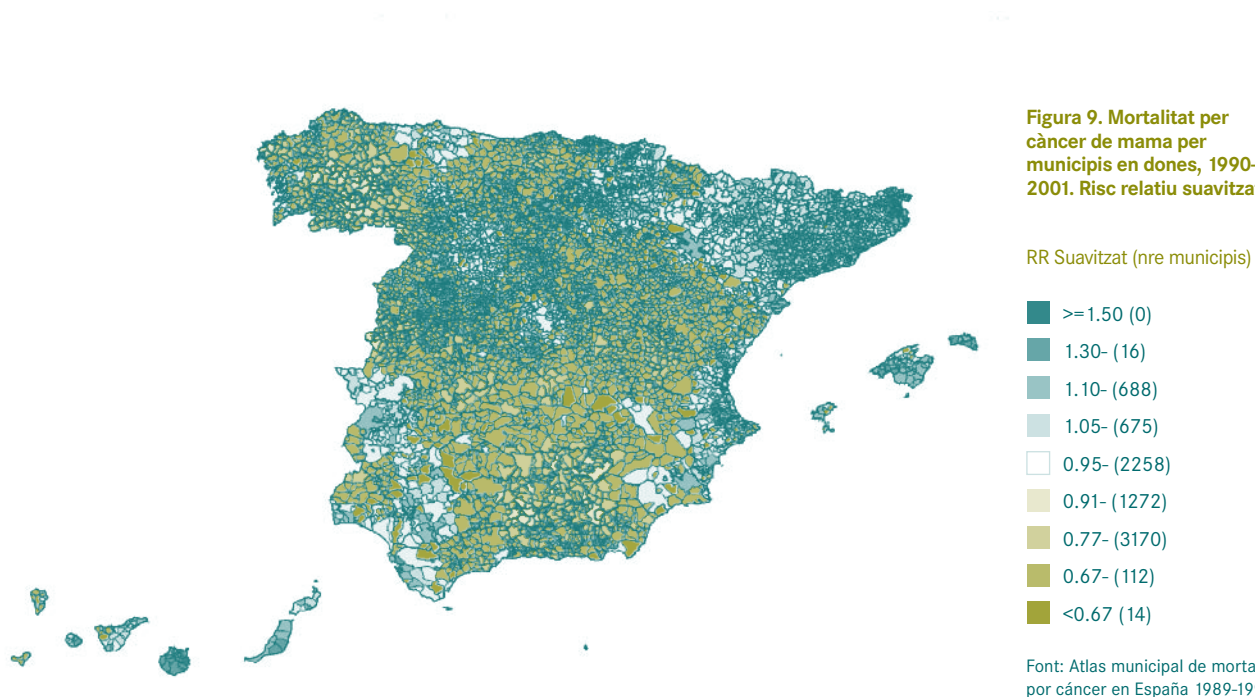
Figura 8. Mortalitat per càncer pulmó per municipis en dones, 1989-1998. Risc relatiu suavitzat

RR Suavitzat (nre municipis)

- ≥ 1.50 (28)
- 1.30- (43)
- 1.10- (241)
- 1.05- (233)
- 0.95- (1131)
- 0.91- (1040)
- 0.77- (4527)
- 0.67- (937)
- < 0.67 (25)



Font: Atlas municipal de mortalidad por cáncer en España 1989-1998



3. Morbiditat

El Registre de Càncer de Mallorca va ser creat l'any 1989 pel Grup d'Estudis del Càncer Colorectal a partir d'un registre monogràfic de càncer colorectal. Des de l'any 2008, s'ha integrat en el Servei d'Epidemiologia de la Direcció General de Salut Pública de la Conselleria de Salut i Consum. El Registre de Càncer de Mallorca proporciona informació sobre incidència i mortalitat pels diferents tipus de càncer. La darrera informació disponible correspon al període 1997-2000. En aquests moments s'estan processant els anys 2001 i 2002.

Durant el període 1997-2000 es diagnosticaren a Mallorca 14.827 casos de càncer, 10.406 si s'exclouen els casos de càncer de pell no melanoma.

En les dones, el càncer més freqüent és el càncer de mama, seguit del càncer de colon, cos d'úter, recte, cèrvix uterí i ovari (figura 10). En el trienni 1998-2000 es diagnosticaren en les dones una mitjana de 318 casos anuals de càncer de mama, 116 de colon, 60 de cos d'úter, 59 de recte i 40 de cèrvix i d'ovari.

En els homes, el càncer més freqüent és el càncer de pulmó, seguit del càncer de pròstata, bufeta urinària, colon, recte i laringe (figura 11). En el trienni 1998-2000 es diagnosticaren en els homes una mitjana de 291 casos de càncer de pulmó, 265 de pròstata, 137 de bufeta, 123 de colon, 88 de recte i 60 de laringe.

Figura 10. Taxes d'incidència de càncer ajustades a Mallorca en dones 1998-2000

Font: Registre de Càncer de Mallorca. Servei d'Epidemiologia

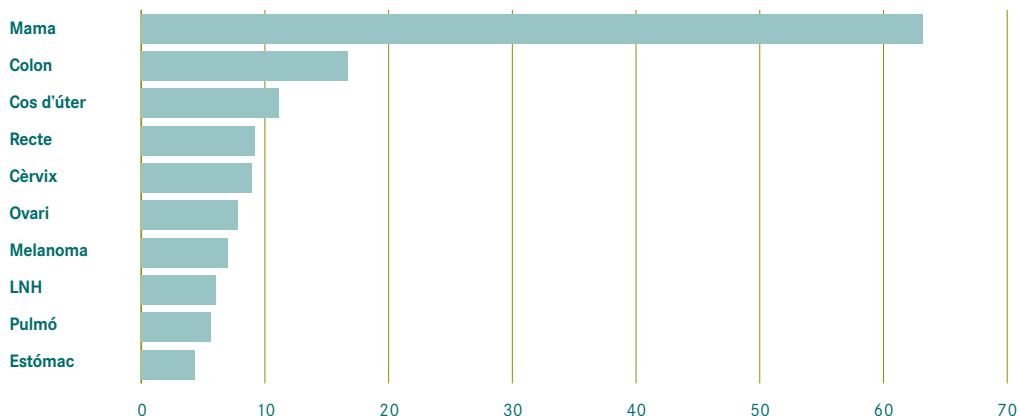
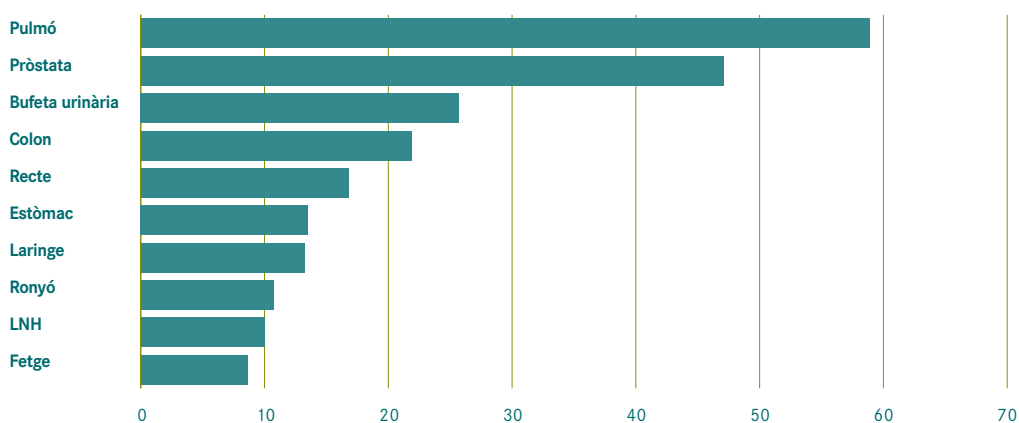


Figura 11. Taxes d'incidència de càncer ajustades a Mallorca en homes 1998-2000

Font: Registre de Càncer de Mallorca. Servei d'Epidemiologia

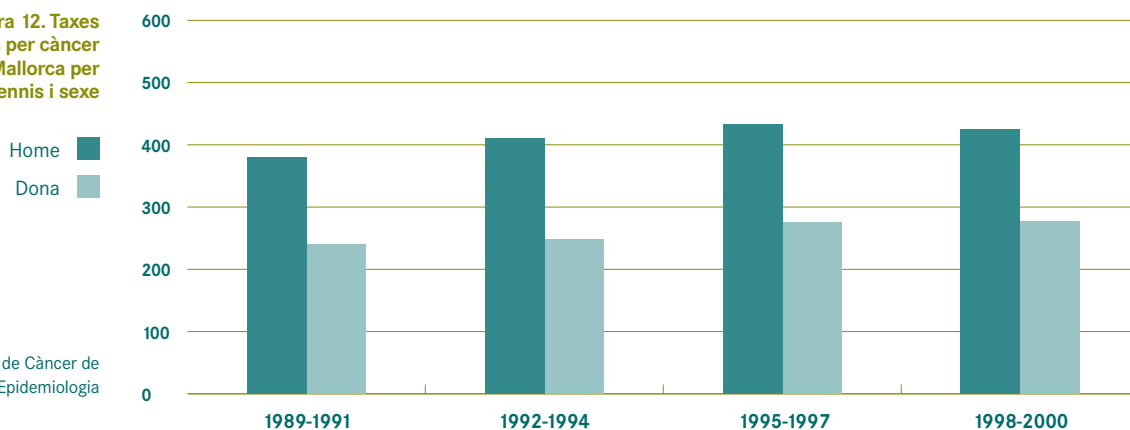


Font: Registre de Càncer de Mallorca. Servei d'Epidemiologia

Globalment, en el període 1989-2000, les taxes d'incidència de càncer ajustades a la població mundial s'incrementen tant en les dones com en els homes (figura 12).

Figura 12. Taxes d'incidència per càncer ajustades a Mallorca per triennis i sexe

Font: Registre de Càncer de Mallorca. Servei d'Epidemiologia



Durant el període 1989-2000, s'incrementen les taxes d'incidència dels càncers de mama en les dones (figura 13), de pròstata en els homes (figura 14) i el càncer de recte, tant en els homes com en les dones (figura 15). S'observa una estabilització del càncer de colon, tant en els homes com en les dones, i del càncer de cos d'úter en les dones. Pel que fa als càncers relacionats amb el tabac, en el darrer trienni, s'observa un descens dels càncers de pulmó i de bufeta en els homes i del càncer de cèrvix en les dones que s'haurà de confirmar.

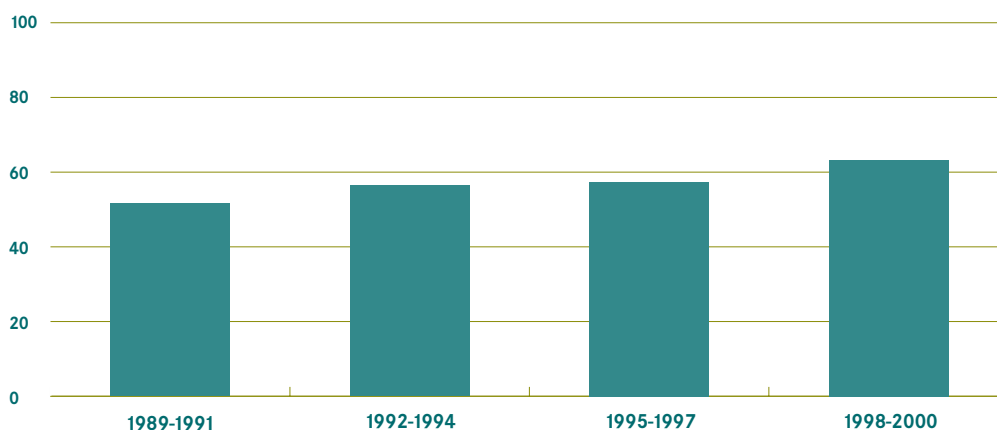


Figura 13. Taxes ajustades d'incidència per càncer de mama a Mallorca per triennis en dones per 100.000

Font: Registre de Càncer de Mallorca. Servei d'Epidemiologia

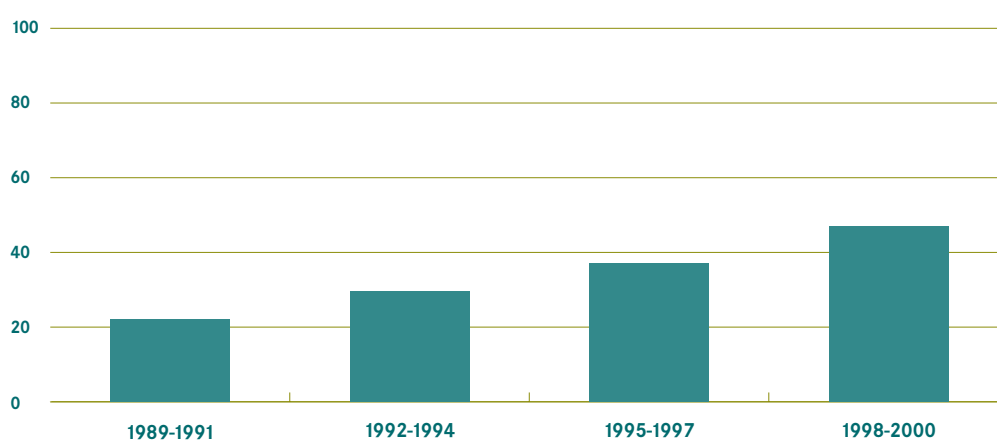


Figura 14. Taxes ajustades d'incidència de càncer de pròstata a Mallorca, per triennis en homes per 100.000

Font: Registre de Càncer de Mallorca. Servei d'Epidemiologia

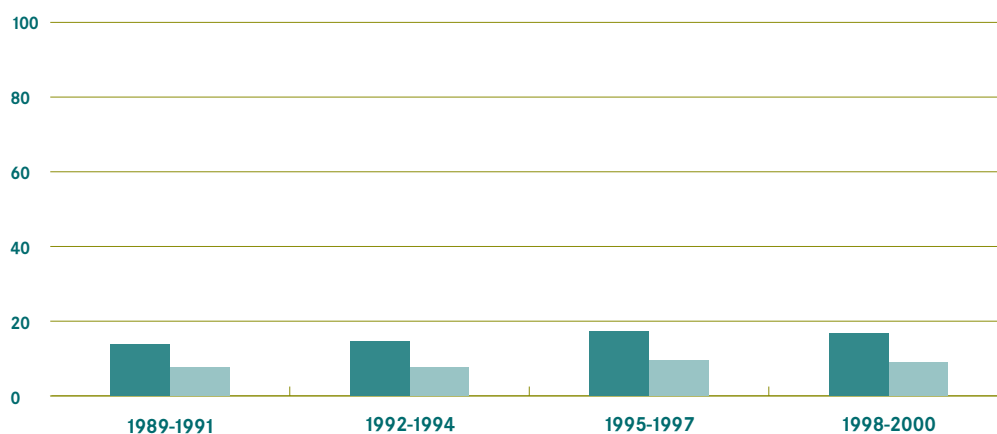


Figura 15. Taxes ajustades d'incidència per càncer de recte a Mallorca, per triennis i sexe per 100.000

■ Home
■ Dona

Font: Registre de Càncer de Mallorca. Servei d'Epidemiologia

4. Estratègies preventives

El control del càncer passa per intentar prevenir-lo i, al mateix temps, intentar diagnosticar-lo, al més aviat possible amb la idea que un diagnòstic precoç comportarà un millor pronòstic.

Pel que fa a la prevenció primària, les recomanacions del Codi Europeu Contra el Càncer són les següents:

- No fumis, i si fumes deixeu. Si no pots deixar-ho, no fumis davant altres persones.
- Evita l'obesitat.
- Practica activitat física cada dia.
- Incrementa la ingesta diària de fruita i verdura i limita la ingesta de grasses animals.
- Si beus alcohol, modera la ingesta (2 begudes al dia si ets un home i 1 si ets una dona).
- Evita l'exposició excessiva al sol. Protegeix especialment els infants i els adolescents.
- S'han d'aplicar regulacions estrictes dirigides a prevenir l'exposició a substàncies que sabem que produeixen càncer.

Pel que fa a la prevenció secundària, és a dir, la detecció precoç, hi ha evidències de l'efectivitat dels programes següents:

- Cribratge de càncer de mama amb mamografia per a les dones d'entre 50 i 69 anys.
- Cribratge de càncer de cèrvix amb citologia per a les dones a partir dels 25 anys.
- Cribratge de càncer de colon i recte amb sang oculta en femta i colonoscòpia per a les persones d'entre 50 i 74 anys.

En canvi, no hi ha evidència de l'efectivitat del cribratge de càncer de pròstata o pulmó.

A les Illes Balears, des de l'any 1997 a Menorca i des del 1998 a Eivissa i Mallorca, la Direcció General de Salut Pública i Participació desenvolupa un programa de cribratge poblacional de càncer de mama dirigit a les dones d'entre 50 i 65 anys, posteriorment estès fins als 69 anys. Aquest programa cobreix el 98,4% de la població, i té una taxa de participació del 69,8%.

Per una altra banda, des de l'any 2004, el Servei de Salut de les Illes Balears desenvolupa un programa de cribratge oportunista de càncer de cèrvix amb citologia dirigit a les dones d'entre 25 i 64 anys.

En aquests moments, la Direcció General de Salut Pública i Participació està estudiant la implementació d'un programa de cribratge poblacional de càncer de colon i recte amb sang oculta en femta i colonoscòpia per als casos positius.

5. Factors de risc

Actualment, el coneixement sobre les causes dels diferents tipus de càncer és ampli. Els factors de risc de càncer coneguts són:

- El consum de tabac.
- L'excés de pes o obesitat.
- El consum insuficient de fruites i verdures.

- La inactivitat física.
- El consum d'alcohol.
- Les malalties de transmissió sexual, com el VIH i el virus del papil·loma humà (VPH).
- La contaminació de l'aire urbà.
- La presència de fum en ambients interiors per a la utilització domèstica de combustibles sòlids.

El pes dels principals factors en les morts per càncer dels països rics es pot observar a la figura 16.

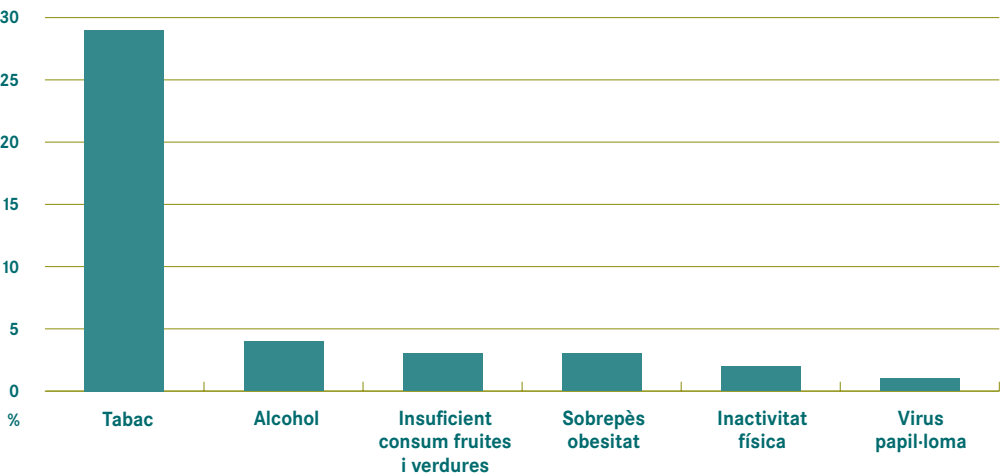


Figura 16. Contribució d'alguns factors de risc a les morts per càncer.
Font: OMS, basat en Danaei et al, 2005

Diabetis mellitus

1. SITUACIÓ DE LA DIABETIS MELLITUS A LES ILLES BALEARS

- 1.1. Morbiditat
- 1.2. Mortalitat

2. ESTRATÈGIA EN DIABETIS DEL SISTEMA NACIONAL DE SALUT

- 2.1. Factors de risc
- 2.2. Prevalença diagnosticada vs prevalença declarada
- 2.3. Prevalença de factors de risc cardiovascular associats a la diabetis
- 2.4. Complicacions a l'embaràs, el part i el puerperi associades a la diabetis.

La diabetis mellitus és un procés crònic que genera una gran quantitat de complicacions i suposa un gran impacte a nivell individual i de salut pública. L'any 2008, a les Illes Balears, el percentatge d'altres hospitalàries per diabetis suposà el 0,7% (916 altres) del nombre total d'altres, de les quals 58% corresponien a homes i 42% a dones. La mortalitat relacionada amb diabetis a les Illes Balears és més elevada en dones. L'any 2008, 201 persones moriren per causes relacionades amb la diabetis (homes: 41,3% i dones: 58,7%). Això suposa un creixement del 1,5% respecte a l'any anterior. La taxa bruta de mortalitat per cada 100.000 habitants per al conjunt de les Illes Balears l'any 2008 va ser de 18,7 (3,3 punts percentuals, inferior a la d'Espanya). La taxa de mortalitat ajustada a la població estàndard europea al 2007 es mostrà més propera, encara que més volàtil i per sobre, a la del conjunt nacional. L'Estratègia en diabetis del Sistema Nacional de Salut va ser aprovada pel Consell Interterritorial del SNS l'11 d'octubre de 2006. L'anàlisi de la recollida d'informació feta l'11 d'octubre de 2008 mostra algunes dades interessants. Pel que fa als factors de risc l'11,1% de la població de les Illes Balears està registrada com a obesa (dones: 12,6% i homes 9,7%), 11,8% com a hipertensa (homes 10,7% i dones 12,9%) i 10,4% amb dislipèmia (homes: 9,7% i dones: 11,1%). A més, es registraren 1.194 dones amb diabetis gestacional i un 0,1%, tant de dones com d'homes, presentaven tolerància alterada a la glucosa.

Destaca que les dades sobre prevalença diagnosticada vs declarada de diabetis no sempre coincideixen i estan en relació a la metodologia de recollida de dades utilitzada.

Quant a les dades sobre prevalença de factors de risc cardiovascular associats a la diabetis, s'observava que el 66,1% dels diabètics apareixien a més registrats amb l'hàbit tabaquic (prevalença i la incidència majors en els homes), el 59,2% dels diabètics tenen registrada hipertensió (dones: 64% i homes: 54,4%), a més el 43,5% tenen dislipèmia (major prevalença i incidència en els homes de 60 a 74 anys). Finalment, el 33,5% de la població diabètica estava registrada amb sobrepès, (homes: 29,4% i dones: 38,2%), però la incidència més elevada es trobava en els homes de 60 a 74 anys.

El percentatge de complicacions a l'embaràs, part i puerperi associades a la diabetis convergia cap a la mitjana nacional al llarg dels darrers anys. A la vegada que en el conjunt d'Espanya aquest percentatge s'havia reduït en 14 punts, a les Illes Balears aquest percentatge s'havia incrementat en 4,9 punts.

1. Situació de la diabetis mellitus a les Illes Balears

1.1. Morbiditat

La diabetis mellitus és un procés crònic que no només disminueix l'esperança de vida del malalt sinó que, a més, genera en la seva evolució una gran quantitat de complicacions, tant agudes com cròniques, fet que suposa un gran impacte a nivell individual i de salut pública en general.

Segons les darreres dades publicades de l'Enquesta de morbiditat hospitalària que recull l'activitat hospitalària pública i privada, per a l'any 2008, a Espanya, la taxa de morbiditat hospitalària per cada 100.000 habitants es situava en 72 (80 per als homes i 65 per a les dones). Al conjunt de l'Estat, el 0,7 % del nombre total d'altres hospitalàries (32.832 altres) segons el diagnòstic principal, foren a causa de la diabetis. A les Illes Balears aquest percentatge també és del 0,7% (916 altres) de les quals el 58% correspongueren a homes i el 42% restant a dones. En el 2007, la via d'entrada d'aquests ingressos foren les urgències en un 75,1%, mentre que un 24,9% varen ser ingressos programats. A les següents taules es mostra l'evolució d'aquestes xifres al llarg de la darrera dècada juntament a l'estada mitjana associada.

Taula 1. Evolució del nombre d'altres amb diagnòstic principal de DM i via d'ingrés

Any	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007
Total	1.121	752	928	1.062	1.163	1.085	952	945	900
Home	666	454	527	555	600	605	537	568	522
Dona	455	298	400	507	563	479	415	377	378
Programada	287	199	154	218	207	258	251	240	224
Home	164	121	71	106	79	134	132	122	124
Dona	123	78	83	112	129	124	119	118	100
Urgent	834	552	774	844	956	826	700	705	676
Home	502	333	457	449	521	471	405	446	398
Dona	332	220	317	395	434	355	296	259	278

Font: INE i IBESTAT.
Elaboració pròpia

Taula 2. Evolució de l'estada hospitalària mitjana per DM com a diagnòstic principal

Any	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008
Total	8,9	9,1	7,6	9,1	9	7,7	8,2	6,7	7,3	7,8
Home	8,5	7,3	6,9	9,1	9,8	7,9	8	7,1	7,6	8,5
Dona	9,6	11,8	8,5	9	8,2	7,5	8,5	6	6,9	6,8

Font: INE i IBESTAT.
Elaboració pròpia

1.2. Mortalitat

Contràriament al que hem vist de la morbiditat associada a la diabetis, que afecta més els homes que les dones, la mortalitat a les Illes Balears és clarament més elevada en dones que en homes. Les darreres dades d'èxits, segons el Registre de Defuncions del CIE 10 per a l'any 2007, indicava que 201 persones a les Illes Balears varen morir per causa direc-

tament o indirectament relacionada amb la diabetis (l'1,9 % del total d'èxits a causa de la diabetis a Espanya) i d'aquests èxits, el 41,3% eren homes i el 58,7% dones. Això suposà un creixement a les Illes Balears de l'1,5 % respecte a l'any anterior. A la taula 3 es mostra la relació d'èxits a causa de la diabetis en els darrers nou anys, per illes i sexe.

Taula 3. Èxits a causa de la diabetis mellitus.

Any	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008
Illes Balears	179	174	155	212	200	182	185	198	201
Home	69	67	56	92	84	75	78	74	83
Dona	110	107	99	120	116	107	107	124	118
Espanya	9.253	9.581	9.754	10.099	9.966	10.339	9.675	10.152	10.153
Home	3.558	3.739	3.765	4.007	3.924	4.105	3.818	4.204	4.193
Dona	5.695	5.842	5.989	6.092	6.042	6.234	5.857	5.948	5.960
Mallorca	147	153	132	168	157	152	143	155	164
Home	57	58	48	69	63	62	63	55	66
Dona	90	95	84	99	94	90	80	100	98
Menorca	18	10	13	22	15	13	20	22	20
Home	6	5	4	12	8	7	10	8	11
Dona	12	5	9	10	7	6	10	14	9
Eivissa/ Formentera	14	11	10	22	28	17	22	21	17
Home	6	4	4	11	13	6	5	11	6
Dona	8	7	6	11	15	11	17	10	11

Font: INE i IBESTAT.
Elaboració pròpia.

La taxa bruta de mortalitat per cada 100.000 habitants per al conjunt de les Illes Balears l'any 2008 era de 18,7, el que quasi no suposava grans canvis respecte a l'any anterior i 3,3 punts percentuals inferior que la corresponent al conjunt d'Espanya. Per illes i sexe, la taxa més elevada la trobàvem als homes a l'illa de Menorca amb 23,7 i la més baixa en els homes d'Eivissa/Formentera amb 8,6. A la taula 4 es mostra l'evolució de la taxa bruta de mortalitat per diabetis, per illes i sexe.

Taula 4: Taxa bruta de mortalitat a causa de diabetis, per illes i sexe.

Any	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008
Illes Balears	20,8	19,4	16,6	22,3	20,6	18,3	18,2	18,8	18,7
Home	16,1	14,9	12,1	19,3	17,3	15,1	15,3	13,9	15,4
Dona	25,6	23,8	21,3	25,3	23,9	21,6	21,2	23,7	22,2
Espanya	22,7	23,1	23,1	23,5	22,8	23,3	21,5	22,2	22,0
Home	17,8	18,4	18,1	18,9	18,2	18,7	17,2	18,6	18,4
Dona	27,4	27,7	27,8	27,9	27,3	27,8	25,8	25,8	25,6
Mallorca	21,3	21,4	17,8	22,2	20,4	19,4	17,8	18,7	19,4
Home	16,7	16,4	12,9	18,3	16,5	15,9	15,7	13,3	15,6
Dona	25,8	26,4	22,6	26,1	24,4	22,9	19,9	24,1	23,2
Menorca	24,3	12,9	16,3	26,8	17,7	14,9	22,4	24,1	21,6
Home	16,3	12,9	9,9	29,2	18,8	15,9	22,3	17,4	23,6
Dona	32,4	12,9	22,6	24,5	16,6	13,8	22,5	30,8	19,6
Eivissa/ Formentera	14,2	10,5	9,1	19,5	24,2	14,2	17,7	16,2	12,7
Home	12,0	7,5	7,1	18,9	21,7	9,7	7,8	16,3	8,6
Dona	16,5	13,7	11,2	20,1	26,7	18,9	28,4	15,9	17,1

Font: INE i IBESTAT.
Elaboració pròpia
(unitat de mesura en tants
per cent mil).

No obstant això, per poder establir comparacions, donades les diferents estructures poblacionals, fins i tot entre illes, es necessari observar les taxes ajustades (en aquest cas s'han ajustat a la població estàndard europea). D'aquesta forma, la taxa ajustada de les Illes Balears es mostra ara més propera, encara que més volàtil i per sobre, a la del conjunt nacional. A les gràfiques següents es mostra l'evolució de les taxes, tant agregades com per illes i sexe.



Figura 1. Evolució de la taxa de mortalitat a causa de la DM ajustada a la població estàndard europea. Resultats nacional i autonòmic

■ Illes Balears
■ Espanya

Font: INE i IBESTAT.
Elaboració pròpia
(unitat de mesura en tants per cent mil).

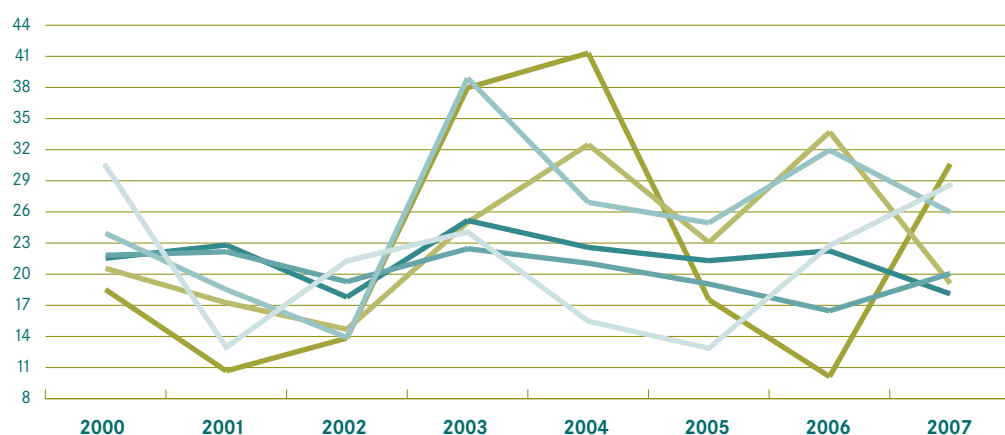


Figura 2. Evolució de la taxa de mortalitat a causa de la DM ajustada a la població estàndard europea. Resultats per illes i sexe

■ Mallorca-home
■ Mallorca-dona
■ Menorca-home
■ Menorca-dona
■ Pitiüses-home
■ Pitiüses-dona

Font: INE i IBESTAT.
Elaboració pròpia
(unitat de mesura en tants per cent mil).

2. Estratègia en diabetis del sistema nacional de salut

L'Agència de Qualitat del Ministeri de Sanitat i Política Social, resultat del treball coordinat amb les comunitats autònomes, les societats científiques del sector i les associacions de pacients va presentar l'Estratègia en diabetis del Sistema Nacional de Salut que va quedar aprovada pel Consell Interterritorial del SNS l'11 d'octubre de 2006. Dos anys després, l'any 2008, es va constituir el Comitè de Seguiment i Avaluació de l'Estratègia amb l'objectiu d'establir un sistema de seguiment d'aquesta.

L'anàlisi que a continuació es mostra és fruit de la recollida d'informació feta l'11 d'octubre de 2008 com a resposta de la primera avaluació de l'Estratègia en Diabetis del Sistema Nacional de Salut. Els indicadors que mostrarem estan directament relacionats amb la consecució d'alguns dels seus objectius generals i específics que es resumeixen en les 5 línies d'actuació estratègiques següents:

- Promoció d'estils de vida saludable i prevenció primària.
- Diagnòstic precoç.
- Tractament i seguiment.
- Abordatge de complicacions i situacions especials.
- Formació, investigació i innovació.

2.1. Factors de risc

Entenem com a persones amb factors de risc de diabetis aquelles que presenten alguna de les característiques següents:

- IMC igual o major que 27 kg/m².
- Antecedents familiars de diabetis en primer grau (de consanguinitat).
- Hipertensió arterial.
- Dislipèmia.
- Antecedents de diabetis gestacional o antecedents obstètrics de mortalitat perinatal, avortaments de repetició, malformacions o macrosomies.
- Antecedents de glucèmia basal alterada (GBA) o tolerància alterada a la glucosa (TAG).

Encara que les primeres dades han de tractar-se amb certa prudència i cura, ja que el registre normalitzat de la informació es trobava en els seus començaments i només es disposava dels dos darrers anys, dels resultats obtinguts de l'extracció d'informació duta a terme a través la Factoria d'Informació Corporativa del Servei de Salut (FIC) en base a consultes dissenyades de forma conjunta per la FIC i la Unitat de Sistemes d'Informació (SIS) de GAP Mallorca s'observava que:

- L'11,1% de la població de les Illes Balears estava registrada com a obesa. Per sexes, un 12,6% de les dones i un 9,7% dels homes. Encara que les dones la patien més que els homes, aquests experimentaren un major creixement, un 21,4% vs un 19,8%. En els homes, el subgrup d'edat que més increment havia experimentat són els de 60 a 74 anys, en un 30,8%. Entre les dones, el major increment s'observava en les joves de 15 a 29 anys amb un 25 %.
- L'11,8% de la població de les Illes Balears estava registrada com a hipertensa. Per sexes, el 10,7% dels homes i el 12,9% de les dones. De nou i en general, les dones la patien més que els homes, encara que l'increment era major en els homes que en les dones, 13,9% vs 10,7%. Per subgrups d'edat, els homes que més augmentaven, a més dels majors de 60 anys, eren el joves de 15 a 29 anys (22,2%). En les dones destacava el subgrup d'edat de 30 a 44 anys que havia minvat en un 1,7%.
- El 10,4% de la població de les Illes Balears apareixia registrada amb dislipèmia, un 9,7% dels homes i un 11,1% de les dones. Es repetia el patró de conducta esmentat per l'obesitat i la hipertensió, ja que si bé la dislipèmia estava més present en les dones que en els homes, foren aquests qui més augmentaren (19,1% vs 16,5%).

- L'any 2008 apareixien en el registre 1.194 dones a les Illes Balears amb antecedents de diabetis gestacional.
- Un 0,1%, tant de dones com d'homes de les Illes Balears l'any 2008, presentaven tolerància alterada a la glucosa. Per subgrups d'edat i sexe els que experimentaven un augment més acusat eren els homes de 60 a 74 anys.

A la taula 5 es resumeix tota la informació sobre els aspectes esmentats. Hem de fer constar que tot i que s'identifica un important creixement de les taxes de l'any 2008 respecte a l'any 2007, entenem que una part d'aquests increments eren a causa de la millora dels sistemes d'informació i no tant a l'augment real de persones amb factors de risc. Seran necessàries unes sèries més llargues i amb els sistemes d'informació més consolidats per aproximar-nos a la taxa real i valorar els increments interanuals.

Taula 5. Prevalença de factors de risc de diabetis.

Factors de risc	2007	Taxa	2008	Taxa
IMC $\geq$ 27	100.049	9,5	120.582	11,1
Home	43.567	8,2	52.906	9,7
Dona	56.482	10,8	67.676	12,6
HTA	114.035	10,8	127.913	11,8
Home	51.278	9,7	58.416	10,7
Dona	62.757	12,0	69.497	12,9
Dislipèmia	96.008	9,1	113.002	10,4
Home	44.569	8,4	53.065	9,7
Dona	51.439	9,8	59.937	11,1
Antecedents DM gestacional	933	0,2	1.194	0,2
Avortaments de repetició	31	-	54	-
Antecedents GBA	277	0,026	444	0,04
Home	129	0,02	220	0,04
Dona	148	0,03	224	0,04
TAG	1.069	0,1	1.289	0,1
Home	541	0,1	645	0,1
Dona	528	0,1	644	0,1

Font: FIC. Elaboració pròpia (unitat de mesura de les taxes en tants per cent).

2.2. Prevalença diagnosticada vs prevalença declarada

Segons les dades extretes de l'explotació de l'Enquesta Nacional de Salut (ENS) dels anys 2003 i 2006, s'observava que a les Illes Balears havien declarat, a l'any 2006, patir diabetis un 5,5% dels habitants, això representava 1,6 punts percentuals menys que a l'any 2003. Aquestes dades presentaven dificultat en la seva comparació perquè les mostres de cada enquesta eren distintes (en el cas de l'Enquesta de 2006, la mostra per a les Illes Balears era més ampla perquè es va cercar una significació estadística per illes) i diferent forma de fer la pregunta, aquestes raons podien justificar part de les diferències descrites. Per sexes, un 4,7% dels homes (1,3 punts percentuals menys que el 2003) i un 6,3% de les dones (1,8 punts menys que el 2003). Amb tot això, es donà la situació de passar d'estar per sobre de la mitjana nacional a estar per sota el 2006 respecte a 2003. A la taula 6 es mostren, de forma detallada, les dades de prevalença declarada.

Taula 6. Prevalença declarada de diabetis.

Font: Enquesta Nacional de Salut, Ministeri de Sanitat i Política Social (unitat de mesura en tants per cent).

	ENS - 2003			ENS - 2006		
	Home	Dona	Total	Home	Dona	Total
Illes Balears	5,9	8,2	7,0	4,7	6,3	5,5
Espanya	5,6	6,2	5,9	6,3	6,1	6,2

D'altra banda, la informació de prevalença de diabetis diagnosticada disponible per als darrers dos anys contrastava amb el que s'havia esmentat abans (taula 7). Observam, doncs, com un 4,8% de la població de les Illes Balears l'any 2008 estava diagnosticada de diabetis. Això representava un increment del 9,5% respecte a l'any anterior. Per sexes, els homes de les Illes Balears patien diabetis més que les dones, 5,1% vs 4,5%. Per subgrups d'edat els qui més la patien eren els majors de 60 anys, tant en homes com en dones, encara que uns dels augments a ressenyar era el 21,6% experimentat en els menors de 14 anys.

Taula 7. Prevalença diagnosticada de diabetis.

Font: FIC. Elaboració pròpia (unitat de mesura de les taxes en tants per cent).

Diabetis mellitus diagnosticada	2007	Taxa	2008	Taxa
Total	47.424	4,5	51.921	4,8
Home	25.144	4,8	27.873	5,1
Dona	22.280	4,3	24.048	4,5

2.3. Prevalença de factors de risc cardiovascular, associats a la diabetis

Entenem com a persones amb factors de risc cardiovascular associats a la diabetis aquelles que a més de ser diabètiques presenten sobrepès i/o hipertensió, amb dislipèmia i/o són molt fumadores.

De l'anàlisi de les dades obtingudes, que es resumeixen a la taula 8, s'extreuen les conclusions següents a l'any 2008:

- El 66,1% de les persones diabètiques apareixien a més registrades amb l'hàbit del tabaquisme. Per sexes, tant la prevalença com la incidència, eren majors en els homes que en les dones. Per subgrups d'edat el més prevalent, a la vegada que incident, era el grup de 60 a 74 anys.
- El 59,2% de les persones diabètiques tenien registrada hipertensió. Per sexes, un 64% de les dones i un 54,4% dels homes. Per sexes, la incidència era major en els homes. Per subgrups d'edat i sexe, la major prevalença i incidència s'observava en els homes de 60 a 74 anys i en les dones majors de 75 anys.
- El 43,5% de les persones amb diagnòstic de diabetis tenien a més dislipèmia en el seu registre. Per subgrups d'edat i sexe, els que més prevalença i incidència presentaven eren els homes de 60 a 74 anys.

- El 33,5% de la població diabètica de les Illes Balears estava registrada amb sobrepès (un 29,4% els homes i un 38,2% les dones). Encara que les dades agregades mostrassin a les dones com a més afectades per aquest factor de risc afegit, amb una major prevalença, si analitzam les dades per subgrups d’edat i sexe podem observar com la incidència més elevada es trobava en els homes de 60 a 74 anys.

Taula 8. Prevalença de factors de risc cardiovascular associats a la diabetis.

	2007	Taxa sobre població total	Taxa sobre població diabètica	2008	Taxa sobre població total	Taxa sobre població diabètica
DM + Tabaquisme	23.990	2,3	50,6	34.299	3,2	66,1
Home	13.288	2,5	52,8	18.838	3,4	67,6
Dona	10.702	2	48	15.461	2,9	64,3
DM + Hipertensió	27.073	2,6	57,1	30.731	2,8	59,2
Home	13.065	2,5	52	15.152	2,8	54,4
Dona	14.008	2,7	62,9	15.579	2,9	64,8
DM + Dislipèmia	19.301	1,8	40,7	22.595	2,1	43,5
Home	10.065	1,9	40	11.961	2,2	42,9
Dona	9.236	1,8	41,5	10.634	2	44,2
DM + Obesitat	13.434	1,3	28,3	17.389	1,6	33,5
Home	6.065	1,1	24,1	8.202	1,5	29,4
Dona	7.369	1,4	33,1	9.187	1,7	38,2

Font:
FIC. Elaboració pròpia
(unitat de mesura de les taxes en tants per cent).

2.4. Complicacions a l’embaràs, el part i el puerperi, associades a la diabetis.

La diabetis durant l’embaràs pot tenir serioses conseqüències per a la mare i/o el fetus. A la taula 9 i a la figura 3 es mostren el percentatge d’altes a causa de complicacions al llarg de l’embaràs, el part o el puerperi respecte al total d’altes de dones diabètiques per qualsevol atenció relacionada amb l’embaràs, el part o el puerperi i la seva evolució.

Taula 9. Complicacions a l’embaràs, al part i al puerperi associades a la diabetis.

Lloc/any	2002	2003	2004	2005	2006	2007
Illes Balears	23,9	18,4	27,2	31,3	33,3	28,8
Espanya	42,1	39,9	38,5	33,2	30,9	28,1

Font:
CMBD i Ministeri de Sanitat i Política Social (unitat de mesura en tants per cent).

S’observa com aquest indicador per a les Illes Balears convergeix cap a la mitjana nacional al llarg dels darrers anys. Es passà d’estar molt per sota (en quasi 20 punts percentuals) a estar lleugerament per sobre de la dada estatal. És a dir, a la vegada que per al conjunt d’Espanya el percentatge de dones que havien necessitat ser ingressades per complicacions durant l’embaràs, el part i/o el puerperi, associades a la diabetis, s’havia reduït en 14 punts percentuals, a les Illes Balears aquest percentatge es va veure incrementat en 4,9 punts.

Figura 3. Evolució de les complicacions en l'embaràs, el part i el puerperi associades a la diabetis.

Illes Balears ■
Espanya ■

Font: CMBD i Ministeri de Sanitat i Política Social (unitat de mesura en tants per cent).



Malalties respiratòries

1. MAGNITUD I SITUACIÓ GLOBAL

2. MALALTIA PULMONAR OBSTRUCTIVA CRÒNICA

- 2.1. Problema de salut, social i econòmic
- 2.2. Mortalitat
- 2.3. Morbidity
- 2.4. Estratègies preventives
- 2.5. Factors de risc

3. ASMA I AL·LÈRGIES

- 3.1. Morbidity en població adulta
- 3.2. Morbidity en població infantojuvenil
- 3.3. Prevenció

Segons previsions de la OMS, la malaltia pulmonar obstructiva crònica passarà a ser la tercera causa de mort l'any 2020. Les malalties respiratòries a les Illes Balears representen el 8,4% del total de morts (homes: 9,6% i dones: 7%). L'hospitalització per patologia respiratòria als hospitals de la xarxa hospitalària pública en els darrers anys ha representat aproximadament el 14% dels ingressos en homes, 9% per malaltia pulmonar obstructiva crònica (MPOC) i 5% per asma, i el 8,7% en dones, amb una estada mitjana de 7,8 dies.

La MPOC és un problema de salut greu amb una elevada càrrega de morbiditat, discapacitat i mortalitat, suposant un elevat cost econòmic. Tot i les diferències metodològiques entre estudis, es calcula un cost anual de 3.538€ per pacient amb MPOC (84% per ingressos hospitalaris). La MPOC suposa entre un 10-12% de les consultes als centres d'atenció primària i uns 100.000 ingressos hospitalaris (7-8% del total d'ingressos a Espanya). Al territori espanyol la càrrega de la MPOC suposa el 2,9% del total d'anys de vida ajustats per discapacitat (AVAD), inferior en dones (1,3%). A les Illes Balears, al 2008, la mortalitat per MPOC és més baixa que a la resta d'Espanya (30% de totes les morts per malalties respiratòries), però és major en homes. Durant el període 2003-2007 s'observa una disminució de la mortalitat per aquesta causa encara que s'incrementa lleugerament el 2007. La mitjana d'edat de les defuncions ha augmentat des dels anys vuitanta (homes: 79,1 anys i dones: 81,2 anys). La prevalença de MPOC (població entre 40- 69 anys) a Espanya s'estima al voltant d'un 9%, amb una important variabilitat geogràfica i una relació home/dona de 4:1, però un 78% dels casos confirmats per espirometria resten infradiagnosticats (estudi IBERPOC). A les Illes Balears (desembre de 2008) el nombre de pacients diagnosticats de MPOC és de 18.640 (dades d'històries clíniques d'Atenció Primària). El Servei Balear de Salut és l'encarregat de representar i posar en funcionament a les Illes Balears "l'Estratègia de Malaltia Pulmonar Obstructiva Crònica del Sistema Nacional de Salut". Per a la prevenció de la MPOC, la cessació de fumar és la intervenció més cost-efectiva.

Segons l'Enquesta de salut de les Illes Balears, un 11% de la població adulta té problemes d'al·lèrgia crònica (dones: 14,4% i homes: 7,6%) i 5% asma. Entre la població infantojuvenil els problemes de salut més freqüentment declarats són: al·lèrgies cròniques (nins: 9,3% i nines: 13,5%) i asma (nins: 9,6% i nines: 6,1%).

1. Magnitud i situació global

Dins les previsions realitzades per la OMS sobre les tendències de les causes de mortalitat, pel que fa a les malalties respiratòries per al 2020, en relació amb els anys 90, disminueixen les morts produïdes per pneumònia i TBC i augmenten el càncer de pulmó o les causades per malaltia pulmonar obstructiva crònica. En aquest últim cas, passarà de ser la cinquena causa de mort el 1990 a la tercera causa l'any 2020.

Les malalties respiratòries condicionen un elevat cost social i econòmic. Al nostre país, les malalties respiratòries representen la quarta causa de càrrega de malaltia amb un important component de discapacitat, amb un 7,5% del total d'anys de vida ajustats per discapacitat (AVAD).

Les malalties respiratòries són la tercera causa de mort a les Illes Balears després de les malalties cardiovasculars i el càncer. Representen el 8,4% del total de morts, el 9,6% en homes i 7% de les dones.

Dins les malalties respiratòries mereixen una atenció especial la malaltia obstructiva pulmonar crònica (MPOC) en població adulta i l'asma i les al·lèrgies en població infantil.

Taula 1. Nombre d'altres per sexe amb diagnòstic principal de les diferents malalties de l'aparell respiratori en els hospitals de la xarxa sanitària pública de les Illes Balears durant el període 2003-2008.

Any		2003		2004		2005		2006		2007		2008	
Malalties	Sexe	Nre. altes	%	Nre. altes	%	Nre. altes	%	Nre. altes	%	Nre. altes	%	Nre. altes	%
Malalties respiratòries	Home	5.212	14,6	4.929	14,6	5.379	15,4	4.765	13,8	5.305	14,8	5.423	14,4
	Dona	3.206	8,4	2.824	7,9	3.389	9,2	2.887	7,8	3.265	8,3	3.653	8,7
MPOC (Bronquitis crònica)	Home	1.541	4,3	1.398	4,1	1.462	4,2	1.133	3,3	1.294	3,6	1.169	3,1
	Dona	240	0,6	204	0,6	246	0,7	170	0,5	230	0,6	210	0,5
Asma	Home	283	0,8	277	0,8	276	0,8	241	0,7	242	0,7	205	0,5
	Dona	495	1,3	394	1,1	468	1,3	347	0,9	351	0,9	377	0,9

Font:
CMBD 2003-2008,
capítols CIE-9
hospitals públics.

L'hospitalització per patologia respiratòria en els hospitals de la xarxa hospitalària pública als darrers anys ha representat aproximadament el 14% dels ingressos en homes, el 9% és a causa de la MPOC i el 5% de l'asma, i el 8,7% en dones. L'estada mitjana per les malalties de l'aparell respiratori va ser de 7,8 dies, similar en homes i dones. Els pacients hospitalitzats per MPOC tenen l'estada mitjana d'hospitalització superior als ingressats per altres patologies respiratòries. L'estada de les dones ingressades per asma és més elevada que no pas la dels homes (taula 2).

Taula 2. Altres hospitalàries i dies d'estada de les diferents malalties respiratòries a 2008.

Sexe	Home			Dona		
Malalties	Nre.	Mitjana	Md	Nre.	Mitjana	Md
Malalties respiratòries	5423	7,8	6,0	3652	7,8	6,0
MPOC	1169	8,9	7,0	210	9,4	7,0
Asma	205	3,9	3,0	377	6,6	5,0

El nombre d'envasos d'aerosols per al tractament de les principals malalties respiratòries va ser durant 2008 de 429.794 unitats, el que suposà una despesa de 14.530.880 € (ja que les dosis emprades d'aquests medicaments són molt variables, és molt difícil fer un càlcul acurat del nombre de pacients tractats).

2. Malaltia pulmonar obstructiva crònica

2.1. Problema de salut, social i econòmic

La malaltia pulmonar obstructiva crònica (MPOC) és un problema de salut greu per l'elevada càrrega de morbiditat, discapacitat i mortalitat que genera. La fase final de la malaltia provoca molta demanda assistencial sanitària i també social per la incapacitat física que pot arribar a produir-se entre els pacients, amb una limitació important per realitzar les activitats bàsiques quotidianes i l'increment del nombre d'exacerbacions greus que provoquen freqüentment baixes laborals.

Tot això suposa un elevat cost econòmic que inclou, d'una part, les despeses directes derivades de la medicació, hospitalització i altres cures i, d'altra part, els costos indirectes produïts per les baixes laborals dels pacients o dels familiars que en tenen cura. Un estudi realitzat sobre aquest aspecte estimava un cost anual de 3.538€ per pacient, el 84% a causa d'ingressos hospitalaris. De la mateixa manera la MPOC suposa entre un 10-12% de les consultes als centres d'Atenció Primària i uns 100.000 ingressos hospitalaris, el que suposa un 7-8% del total d'ingressos produïts a Espanya. Altres estudis semblants mostren variabilitat en els costos, en part a causa probablement de les diferències de tipologia dels pacients, disseny de l'estudi o la variabilitat en el maneig del pacient.

Quant a la càrrega de malaltia, expressada en anys de vida ajustats per discapacitat (AVAD), en el nostre país aquesta malaltia suposa el 2,9% del total. En homes, és una de les malalties amb un major nombre d'AVAD (4,1% sobre el total d'AVAD) per sota de l'abús d'alcohol (6,1%), la cardiopatia isquèmica (6,1%), la depressió unipolar (5,5%), els accidents de trànsit (5,5%) i els tumors de tràquea, bronquis i pulmó (5,2%). En dones, la càrrega de malaltia és inferior (1,3% sobre el total d'AVAD).

La MPOC està molt relacionada amb els estils de vida i per això és una malaltia en la majoria dels casos prevenible i evitable.

2.2. Mortalitat

Tot i que a les Illes Balears la mortalitat és més baixa que a la resta d'Espanya, l'any 2008 varen morir 211 persones per una malaltia respiratòria crònica de vies inferiors, fet que representa el 30% de totes les morts per malalties respiratòries. La mortalitat per MPOC és molt més elevada en homes que en dones, i arriba a un 40% del total (figura 1).

Figura 1. Mortalitat per MPOC, 2008.
Taxa per 100,000
habitants ajustada a
la població europea
per comunitats
autònomes i sexe

Home ■■
Dona ■■

Font: Institut de Salut Carlos III



L'evolució al llarg del període 2003-2008 mostra una disminució de la mortalitat per aquesta causa encara que s'observa un lleuger increment el 2007 respecte a l'any anterior (taula 3).

Taula 3. Evolució de la mortalitat per MPOC a les Illes Balears, segons sexe (taxa per 100.000 habitants ajustada a la població europea).

Any	Illes Balears		Nacional	
	Homes	Dones	Homes	Dones
2003	43,5	8,6	46,67	9,5
2004	34,4	6,9	41,1	8,2
2005	39,8	8,5	44,7	9,2
2006	31,4	5,7	35,7	7,0
2007	32,5	5,2	37,5	7,5
2008	27,3	5,9	34,5	7,0

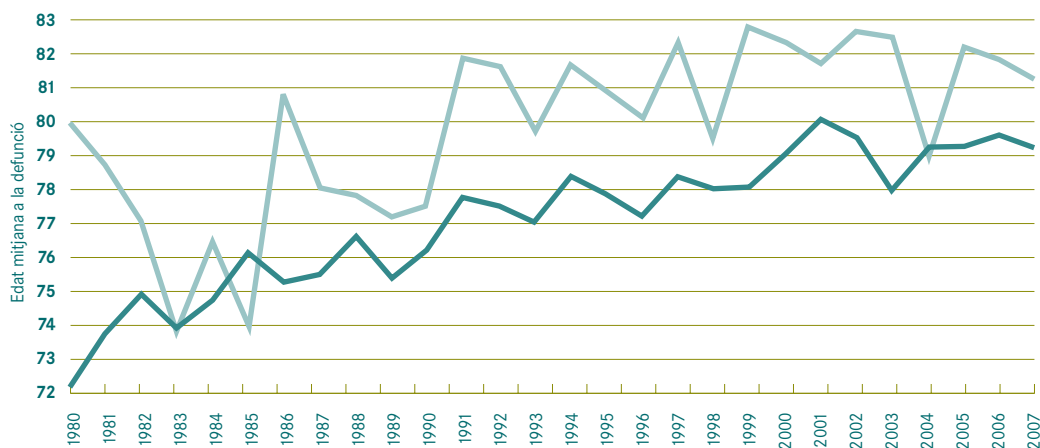
Font:
Institut de Salut
Carlos III

La mitjana d'edat de la mortalitat per MPOC ha augmentat des dels anys vuitanta. El 1980 era de 72,1 anys per als homes i 80,1 anys per a les dones, en canvi el 2007 la mitjana d'edat de les defuncions és elevada i es situa al voltant dels 79,1 anys en homes i 81,2 les dones (figura 2).

Figura 2. Evolució temporal de la mitjana d'edat de les defuncions per MPOC a les Illes Balears, segons el sexe (1980-2007)

Home ■■
Dona ■■

Font: Institut de
Salut Carlos III



2.3. Morbiditat

Segons l'estudi IBERPOC, realitzat a set àrees d'Espanya (Burgos, Càceres, Madrid, Manlleu, Oviedo, Sevilla i Biscaia), la prevalença d'aquesta malaltia en població entre 40 i 69 anys a Espanya s'estima al voltant d'un 9%, amb una important variabilitat geogràfica (4,9% a Càceres i 18% en Manlleu) i una relació home/dona de 4:1. Un dels aspectes més rellevants d'aquest estudi va ser que un 78% dels casos confirmats per espirometria no tenien un diagnòstic previ de MPOC, la qual cosa posa de manifest un elevat infradiagnòstic de la malaltia. En un treball posterior, l'estudi EPI_SCAN, realitzat en 12 hospitals, la prevalença d'aquesta malaltia en població entre 40 i 80 anys va ser del 10,2% (15,1% en homes i 5,7 % en dones).

Ateses les dades registrades en les històries clíniques d'Atenció Primària de l'Ib-salut, el nombre de pacients diagnosticats de MPOC, a desembre de 2008, és de 18.640. De totes formes, s'ha de tenir en compte que no tots els ciutadans acudeixen al sistema públic i que per això aquesta xifra suposaria una infraestimació de la prevalença real.

2.4. Estratègies preventives

El Ministeri de Salut i Polítiques Socials va elaborar "l'Estratègia de Malaltia Pulmonar Obstructiva Crònica 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. 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.

Per reduir el risc de desenvolupar MPOC o retardar la seva progressió, la cessació de fumar és la intervenció més cost-efectiva. Al voltant del 80% dels casos amb limitació crònica al flux aeri tenen antecedents de consum de tabac. Per això, les principals mesures de prevenció primària d'aquesta malaltia varen anar dirigides a disminuir la prevalença del tabac entre la població, especialment en joves i augmentar l'edat d'inici del tabac.

2.5. Factors de risc

Entre els factors de risc més importants destaquen:

- Hàbit tabaquic i exposició a fum ambiental.
- Exposicions prolongades a pols i productes químics: vapors, irritants i fums.

- Altres factors de menor importància: la pol·lució ambiental externa i interna (fum ambiental), exposicions durant la maduració pulmonar en períodes de gestació i en nins petits amb baix pes, així com infeccions respiratòries.

De tots aquests factors, alguns s'han tractat amb detall en un altre apartat d'aquesta monografia (veure capítol Com vivim).

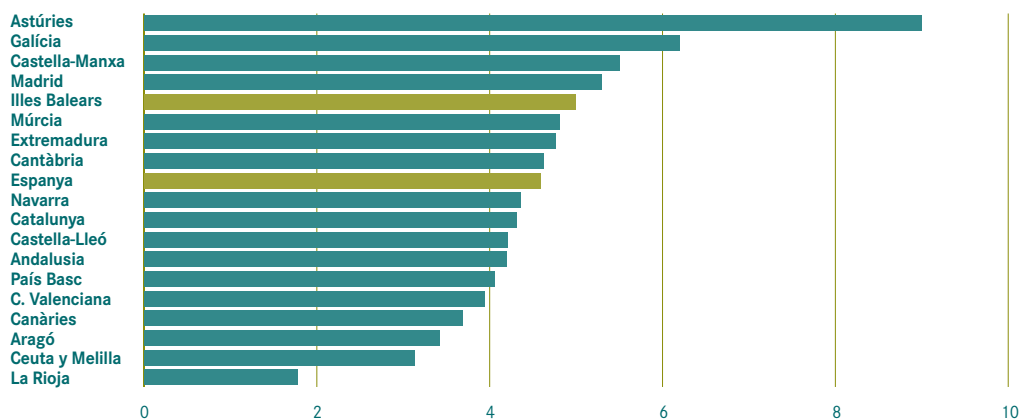
3. Asma i al·lèrgies

3.1. Morbiditat en població adulta

Segons l'Enquesta de Salut de les Illes Balears l'11% de la població adulta sofreix problemes d'al·lèrgia crònica (el 14,4% de les dones i el 7,6% dels homes) i el 5% asma.

Respecte a altres comunitats autònomes, les Illes Balears es situen en les primeres posicions de l'escalafó en la prevalença d'asma en tot l'Estat espanyol (figura 3).

Figura 3. Prevalença d'asma patida durant l'últim any a les diferents comunitats autònomes de l'Estat espanyol



Quant a la prevalença d'al·lèrgia crònica, les dades de l'Enquesta de Salut de les Illes Balears revelen una prevalença lleugerament més baixa de la mitjana nacional (figura 4).

Figura 4. Prevalença d'al·lèrgia crònica a les Illes Balears (població >15 anys)



L'etiologia de la majoria d'aquestes malalties és la sensibilització del malalt a algun tipus d'al·lergen. És d'interès fer una referència als al·lèrgens més freqüents a les nostres Illes, que són els següents per ordre d'importància:

- Àcars de la pols, amb gran diferència són els més important.
- Pol·len de les plantes gramínies, la parietària, l'olivera, el pi, els plataners dels jardins.
- Els pèls dels animals domèstics.
- El fum del tabac.
- Les plomes d'aus.
- Pinsos d'aus de corral.
- Alguns aliments per a humans i alguns medicaments.

3.2. Morbiditat en població infantojuvenil

L'asma és la primera causa de malaltia crònica de la infància i l'adolescència que afecta la qualitat de vida, les relacions socials i educatives dels pacients, així com la vida de les seves famílies. Tot i que la mortalitat per aquesta causa és baixa, la morbiditat és alta.

Segons les dades de l'Enquesta de Salut, entre la població infantil, els problemes de salut més freqüentment declarats eren les al·lèrgies cròniques (9,3% de nins i 13,5% de nines) i l'asma (9,6% de nins i 6,1% de nines), (figura 5).

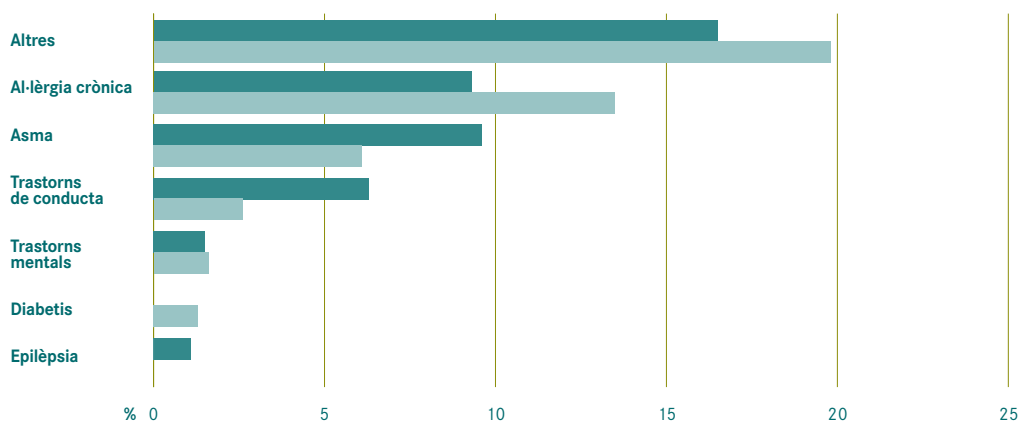


Figura 5. Prevalença de trastorns crònics, segons sexe (Població menor de 16 anys).

■ Nin
■ Nina

3.3. Prevenció

A les Illes Balears, s'ha posat en marxa el Pla infantil d'asma a les Illes Balears, dirigit a la població resident a les Illes amb edats compreses entre 0 i 14 anys, amb l'objectiu de millorar la qualitat de vida de l'infant i l'adolescent amb asma i de les seves famílies. Per més informació consultar la pàgina web: <http://portalsalut.caib.es/psalutfront/info?id=32893> i al capítol d'aquesta monografia "Com vivim: serveis sanitaris".

Malalties mentals

1. PROBLEMA DE SALUT, SOCIAL I ECONÒMIC

2. MORTALITAT

3. MORBIDITAT

Segons la OMS, els trastorns mentals suposen cinc de les deu causes principals de càrrega de morbiditat de tot el món (depressió, autolesions, esquizofrènia, trastorn bipolar i problemes associats al consum d'alcohol). Pel 2020 es preveu un augment de morbiditat mundial a causa dels problemes mentals fins al 15%. La depressió és ja el problema de salut més prevalent en alguns estats membres de la Unió Europea. Per una altra banda, el suïcidi és una causa de mort important.

A les Illes, l'any 2008, els morts per trastorns mentals i del comportament eren més freqüents en dones que en homes. En dones representava la cinquena causa més freqüent de mort. Quant al suïcidi, al voltant de 70 persones residents morien cada any per aquesta causa, dels quals, quatre de cada cinc eren homes. Respecte a la mitjana nacional, les taxes eren similars o lleugerament superiors en homes. Al llarg del període 2003-2007, s'observava un lleuger descens de les taxes en homes i un lleuger creixement en les dones de les Illes.

Els resultats de l'Enquesta de Salut de les Illes Balears revelen que un 25,1% de la població adulta estava en risc de patir un trastorn mental, risc més elevat en les dones, persones grans, classe social desfavorida i aquelles que percebiien un estat de salut regular o dolent.

El trastorn d'ansietat, seguits dels trastorns de l'estat d'ànim eren els trastorns mentals comuns més freqüents, sobretot entre les dones. Quant al trastorn mental greu (TMG), no hi ha dades epidemiològiques que permetin conèixer la seva prevalença. Una estimació indirecta calculava un índex de 2,6/1000 habitants encara que segons la OMS entre un 35-50% de casos amb TMG no estaven en contacte ni rebien atenció regular a la Xarxa pública de salut mental. El pacient amb TMG absorbia una gran quantitat de recursos assistencials de salut mental i si no rebia atenció tenia un risc elevat de sofrir un nou brot el primer any, risc que augmentava al 80% als tres anys, amb el deteriorament que aquest tipus de crisi comportava.

L'estada mitjana d'hospitalització per un trastorn mental a les nostres Illes era de 13,6 dies. Els trastorns psicòtics produïen un nombre més elevat d'altres i d'estades mitjanes que els trastorns neuròtics. En relació a les autolesions, la taxa d'altres a les Illes, l'any 2007, va ser de 25,1 altres per 100.000, taxa més elevada en dones $29,0 \times 10^5$ que en homes $21,17 \times 10^5$.

1. Problema de salut, social i econòmic

Segons la OMS, els trastorns mentals suposen cinc de les deu causes principals de càrrega de morbiditat de tot el món (depressió, autolesions, esquizofrènia, trastorn bipolar i els problemes associats al consum d'alcohol). A més es preveu, pel 2020, que el percentatge de morbiditat mundial a causa dels problemes mentals augmenti fins al 15%.

Les persones amb trastorn mental greu (TMG) veuen notablement afectada la manera de cobrir, entre d'altres, les seves necessitats de manutenció, salut, allotjament, treball,

seguretat, relacions afectives, sexualitat, suport social i familiar. L'esperança de vida és un 20% inferior a la població general.

A Europa, els trastorns mentals augmenten i s'estima que al voltant de 50 milions de ciutadans europeus (11% de la població) presenten algun tipus de trastorn mental. La depressió és ja el problema de salut més prevalent en alguns estats membres. Per una altra banda, el suïcidi és una causa de mort important. A Europa s'estima que es produeixen uns 58.000 suïcidis anuals dels quals tres quarts parts són homes.

La depressió és un dels factors de risc més important del suïcidi. A Espanya la depressió representa un cost de 781 milions d'euros anuals, el 30% dels recursos destinats a la salut mental. La psicosis consumeix un 50% d'aquests recursos. Continuant amb els criteris de l'Organització Mundial de la Salut (OMS) i amb el suport dels informes del Banc Mundial i els estudis de la Universitat de Harvard, ja a l'any 1996 conclouien que totes les malalties mentals, fins i tot el suïcidi, constitueixen la segona càrrega de malaltia en les societats d'economia de mercat. Un altre estudi de 1999 de la OMS i el Banc Mundial afirmava que la càrrega sociosanitària de les malalties mentals representa el 10% de totes les malalties, i que l'any 2020 representarà el 15%.

A partir d'aquestes dades, la OMS recomana destinar entre el 5-15% del pressupost sanitari a la salut mental. A les Illes Balears, la despesa en aquest concepte està entorn al 4,5%, la qual cosa vol dir que hi ha un marge de milloria fins arribar al 7% recomanat, cosa que ja es fa a altres comunitats autònomes espanyoles.

L'any 2000, la Societat Espanyola de Psiquiatria en el Llibre Blanc, que va publicar avaluant els costos dels trastorns de la salut mental a l'Estat, ho valorava en el seu conjunt al voltant dels 2.700-3.000 milions euros, equivalent aproximadament al 0,5-0,6% del producte interior brut (PIB). D'aquesta factura, els costos directes (ambulatoris, hospitalaris i de farmàcia) varen representar el 39% (uns 1.150 milions d'euros), d'aquests, uns 727 milions eren a causa tan sols de la despesa farmacèutica. El 61% foren per costos indirectes derivats de la mortalitat prematura, incapacitat transitòria, invalidesa o baixa productivitat.

A partir d'aquests indicadors es pot estimar que a les Illes Balears, amb un PIB l'any 2004 de 19.700 milions euros, els costos mentals s'acostarien als 108 milions d'euros, amb un cost sanitari directe de més de 40 milions d'euros, dins aquesta xifra, la factura de farmàcia era superior als 27 milions d'euros (taula 1).

Taula 1. Costs comparats total Espanya i Illes Balears

Tipus de cost	Detall del cost	Distribució del cost	Extrapolació per Espanya	Extrapolació per a IB
Costs directes	Cost de farmàcia	25%	725 €	27 €
Costs indirectes	Cost assistencial	15%	425 €	16 €
	Morbimortalitat, Incapacitat	60%	1.700 €	65 €
Cost total de la salut mental			2.850 €	108 €

Expressat en milions d'euros

Font: " Llibre blanc Societat Espanyola de Psiquiatria" : " Estudi econòmic sobre el cost social dels trastorns de salut mental a Espanya". 2000.

2. Mortalitat

A les Illes, l'any 2008, es varen produir 284 morts per trastorns mentals i del comportament (el 36% eren homes i el 64%, dones). En dones representava la cinquena causa més freqüent de mort. La majoria d'ells, per trastorns mentals orgànics (senils i presenils). En aquest grup es recullen les demències vasculars, patologies neurològiques, que en el nostre medi no estan reflectides dins l'àmbit de la salut mental.

Si tenim en compte que la depressió és un dels factors de risc més important de suïcidi, no és estrany que aquesta sigui una important causa de mort. A Europa s'estima que es produeixen uns 58.000 suïcidis/any, dels quals tres quartes parts són homes. A les Illes, al voltant de 70 persones/any cometen suïcidi, dels quals, quatre de cada cinc són homes. Respecte a la mitjana nacional, les Illes presenten unes taxes similars o lleugerament superiors en homes. Al llarg del període 2003-2007 s'observava un lleuger descens de les taxes en homes i un lleuger creixement en les dones de les Illes (taula 2).

Taula 2. Taxa de mortalitat per suïcidi 2003-2007 (ajustada a la població europea)

Any	Illes Balears		Nacional	
	Home	Dona	Home	Dona
2003	12,3	1,9	11,1	3,3
2004	10,8	2,6	11,1	3,3
2005	10,9	2,5	10,4	3,2
2006	10,5	2,1	9,9	2,8
2007	10,9	3,2	9,6	2,9

L'edat mitjana de defunció per suïcidi era al voltant dels 50 anys.

En relació concretament a les persones amb trastorns esquizofrènics, cal recalcar els alts valors de mortalitat reflectits en els apartats següents:

- 1.6 vegades major risc en totes les causes de mortalitat.
- 4.3 vegades major risc per causes no naturals (suïcidi, mort accidental...).
- 1.4 vegades major de causes per malaltia (particularment: malalties cardiovasculars, infeccioses, respiratòries i endocrines).
- I l'esperança de vida també inferior al 20% de la població general.

3. Morbiditat

Segons estimacions de la OMS, l'Institut Americà de Salut Mental, l'Associació Espanyola de Neuropsiquiatria i diversos estudis i enquestes rellevants, com l'enquesta ECA (Epidemiologic Catchment Area) i l'enquesta NCS (National Comorbidity Survey) que foren revisats el 2002 en funció de la significació clínica i per unificar els resultats d'ambdues (Arxives of General Psychiatry, American Association 2002 www.archgenpsychiatry.com), un 20-25% de la població pateix al llarg de la seva vida algun tipus de trastorn mental. Si transposam aquestes xifres a les Illes Balears es suposa que entre 200.000 - 250.000 persones seran víctimes d'aquest trastorn al llarg de la seva vida.

L'Enquesta de Salut de les Illes Balears (ESIB 2007) recull informació del risc de patir un trastorn mental en la població a partir del qüestionari de salut de Goldberg (GHQ-12). Els resultats revelen que un 25,1% de la població adulta estava en risc de patir un trastorn mental, risc més elevat en les dones (31,5%) que en els homes (18,8%). El risc era més elevat a les Illes que a nivell nacional (21%) a on es mantenia la major freqüència en les dones (27%) que en els homes (15%).

La influència de factors socioeconòmics sobre la salut mental és prou reconeguda i mostra l'associació dels trastorns mentals amb les circumstàncies del context social. Els resultats de l'Enquesta posen de manifest que el risc de patir un trastorn mental era més elevat entre les persones de classe social desfavorida. Les dones, les persones grans, les persones de classe social baixa i les persones que referien una mala percepció del seu estat de salut eren més vulnerables a tenir una mala salut mental. Les desigualtats de gènere es potencien amb les desigualtats socials.

Els trastorns mentals comuns eren els més freqüents a la nostra societat. L'estudi ESE-MeD estimava una prevalença del 23% en les dones i el 16% en els homes.

Els trastorns d'ansietat, seguits pels trastorns de l'estat d'ànim eren els trastorns mentals comuns més freqüents. Aquestes dades eren concordants amb els resultats de l'ESIB, que assenyalaven com una de les patologies més freqüents que patia la població, els trastorns de depressió/ansietat, trastorns més freqüents entre les dones que entre els homes.

Si ho valoràssim per gènere, els trastorns mentals afectarien anualment entre el 18-25% de les dones i entre el 8-15% dels homes. Els trastorns depressius i d'ansietat eren pràcticament tres vegades més prevalents en la dona, però l'esquizofrènia era més prevalent en l'home (Estratègia de salut mental de les Illes Balears).

Per grup d'edat, els nins presentaven més trastorns de conducta que les nines. Entre el 35-49 anys i els més grans de 65 els trastorns més freqüents eren els depressius. En les persones entre els 50-64 anys, el més sovint eren els trastorns d'ansietat.

El TMG es defineix com aquella malaltia que afecta de manera crònica, altera o limita el desenvolupament de les seves capacitats de funcionament social. L'esquizofrènia seria el paradigma del TMG, però inclou altres tipus de malalties mentals. Quant a l'esquizofrènia/síndrome esquizofreniforme a la regió europea és de l'1% de la població, extrapolat a les Illes Balears suposa que 10.000 persones n'estan afectades.

Donada l'absència d'estudis epidemiològics, no disposam de dades directes sobre prevalença ni incidència de TMG encara que s'estimen unes xifres molt inferiors. Per realitzar una estimació de les persones afectades ens basam en els criteris de consens de l'Institut Nacional de Salut Mental d'USA (NIMH,1987). Les dades estimades eren que el 40% dels trastorns psicòtics complien criteris de TMG, i el 9% dels trastorns no psicòtics atesos (segons criteris de durada i discapacitat), i així s'obté l'índex de 2,6/1000 habitants. Atès l'indicador abans esmentat, podem extrapolar una aproximació indirecta segons les dades de població de les nostres Illes. Prenem com a fonts la població segons targeta sanitària a gener de 2005 (951.436 habitants), l'estimació de les persones amb TMG ateses en els serveis de salut mental fou del 0,3% de la població general (2.854 persones).

A tot l'anteriorment esmentat hem d'afegir que, segons dades de la OMS, entre un 35-50% de casos amb TMG no estaven en contacte ni rebien atenció regular a la Xarxa pública de salut mental, pel que no estaven identificats: s'estima, doncs, que hi havia al menys 5.000 persones amb TMG a les Illes Balears i que sols 2.854 eren ateses a la Xarxa de

salut mental. (Per veure'n els recursos, consultar el capítol dedicat a recursos sanitaris d'aquesta publicació).

Aquestes persones absorbien el 50% dels recursos assistencials de salut mental. Cal destacar que segons els experts, un terç d'aquests malalts eren rehabilitables i que si no rebien atenció, la persona amb TGM tenia un 50% de possibilitats de sofrir un nou brot el primer any, i aquest risc augmentava al 80% als tres anys, amb el deteriorament que aquest tipus de crisi comporta.

La morbiditat hospitalària a les Illes Balears considerant les unitats d'hospitalització breu durant els anys 2002-2004, es pot veure reflectida en la taula adjunta (taula 3):

Taula 3. Activitat assistencial en les unitats d'hospitalització breu (2002-2004)

	2002	2003	2004
Nre. d'ingressos	2.434	2.422	2.434
Taxa d'ingressos x 1.000 habitants	0,3	0,2	0,3
Estades	34.018	33.881	35.840
Estada mitja (dies)	14	13,99	14,72

Les dades de l'Enquesta de Morbiditat Hospitalària (EMH) del 2007, elaborada per l'Institut Nacional d'Estadística mostren que a les Illes es produïren 3.146 altes hospitalàries a causa d'aquests trastorns. Representaren un total de 46.255 estades hospitalàries, amb una estada mitjana de 14,7 dies. Els trastorns psicòtics produïen un nombre més elevat d'altes i d'estades i d'estades mitjanes que els trastorns neuròtics (taules 4 i 5).

Taula 4. Altes i estades hospitalàries, segons el sexe i el diagnòstic principal. 2008

	Altes hospitalàries			Estades hospitalàries		
	Ambdós sexes	Home	Dona	Ambdós sexes	Home	Dona
Trastorns mentals	3.283	1.691	1.592	44.651	22.314	22.337
Psicosis orgàniques, altres psicosis i trastorns mentals a causa de l'ús de drogues o alcohol	2.316	1.317	999	35.023	18.873	16.149
Psicosis orgàniques senils i presenils	84	39	45	1.860	839	1.021
Trastorns esquizofrènics	578	355	222	11.413	6.686	4.728
Psicosis alcohòliques i síndrome de dependència de l'alcohol	430	302	129	4.521	3.119	1.402
Psicosis per drogues, dependència de drogues i abús de drogues sense dependència	173	123	50	1.555	1.079	476
Altres psicosis	1.051	498	552	15.673	7.151	8.523
Trastorns neuròtics, de la personalitat i altres no psicòtics (excepte drogues o alcohol). Retard mental	967	374	593	9.628	3.440	6.188
Trastorns neuròtics de la personalitat i altres trastorns mentals no psicòtics (excepte drogues o alcohol)	952	366	587	9.255	3.282	5.973
Altres trastorns mentals i retard mental	15	9	6	373	158	215

Font:
Institut Nacional
d'Estadística

Taula 5. Estada mitjana, segons el sexe i diagnòstic principal. 2008

Unitats:dies

	Illes Balears		
	Ambdós sexes	Home	Dona
290-319 V TRASTORNS MENTALS	13,6	13,2	14,1
290-299,303-305 V.1 Psicosis orgàniques, altres psicosis i trastorns mentals a causa de l'ús de drogues o alcohol	15,1	14,3	16,2
290 Psicosis orgàniques senils i presenils	22,1	21,6	22,5
295 Trastorns esquizofrènics	19,8	18,8	21,3
291,303 Psicosis alcohòliques i síndrome de dependència de l'alcohol	10,5	10,4	10,8
292,304-305 Psicosis por drogues, dependència de drogues i abús de drogues sense dependència	8,9	8,8	9,5
293-294,296-299 Altres psicosis	14,9	14,4	15,4
300-302,306-319 V.2 Trastorns neuròtics, de la personalitat i altres no psicòtics (excepte drogues o alcohol). Retard mental	9,9	9,2	10,4
300-302,306-316 Trastorns neuròtics de la personalitat i altres trastorns mentals no psicòtics (excepte drogues o alcohol)	9,7	8,9	10,2
Resta (300-302,306-319) Altres trastorns mentals i retard mental	24,8	18,4	33,4

Font: Institut Nacional d'Estadística

En relació a les autolesions, la taxa d'altres a les Illes, l'any 2007, va ser de 25,1 altres per 100.000, taxa més elevada en dones $29,0 \times 10^5$ que en homes $21,2 \times 10^5$ (Informe d'avaluació de salut mental CISNS).

Una comparació de les altes, les estades i l'estada mitjana per trastorn mental durant el període 2003-2007 queda reflectida a la taula 6. Podem veure que durant d'aquest període hi va haver una disminució del nombre d'altres, fonamentalment en el cas de les dones, i una lleugera disminució del nombre d'estades hospitalàries, també en les dones.

Taula 6. Evolució del nombre d'altres, d'estades i d'estada mitjana per trastorn mental durant 2003-2007

Any	Altes hospitalàries			Estades hospitalàries			Estada mitjana		
	Ambdós sexes	Home	Dona	Ambdós sexes	Home	Dona	Ambdós sexes	Home	Dona
2003	3.548	1.632	1.916	47.258	22.679	24.579	13	14	13
2004	3.397	1.693	1.704	53.538	25.608	27.931	15	15	16
2005	3.202	1.585	1.617	46.516	24.188	22.328	15	15	14
2006	3.107	1.523	1.584	47.730	24.973	22.757	15	16	14
2007	3.146	1.639	1.506	46.255	22.863	23.391	14,7	13,9	15,5

Font: FIC. Ib-salut

Per a més informació:

Estratègia de salut mental a les Illes Balears: www.caib.es (portal salut).

El capítol d'aquesta monografia: Com vivim. Serveis sanitaris.

Lesions

1. EPIDEMIOLOGIA DE LES LESIONS

2. LESIONS PER ACCIDENTS DE TRÀNSIT

3. LESIONS EN POBLACIÓ INFANTIL I ADOLESCENT

- 3.1. Accidents de transport
- 3.2. Ofegaments, asfíxia i cossos estranys
- 3.3. Caigudes accidentals
- 3.4. Intoxicacions
- 3.5. Cremades i escaldadures
- 3.6. Per causes específiques intencionals:
 - 3.6.1. Tentativa de suïcidi o lesió autoinfligida
 - 3.6.2. Homicidi o lesió infligida intencionalment

4. LESIONS EN PERSONES GRANS

5. LESIONS PER ACCIDENTS DOMÈSTICS

Les lesions per causa externa són la major amenaça per la morbimortalitat de la població mundial menor de 40-45 anys, responsables del 9% de la mortalitat i del 12% de la càrrega de morbiditat.

A la nostra comunitat autònoma, la prevalença anual de patir un accident és del 9%, percentatge més elevat entre els homes joves a causa d'un accident de trànsit i entre les dones grans, per caigudes. Malgrat la disminució dels accidents de trànsit observats els darrers anys, les lesions per aquesta causa varen ser la 5a causa de mort entre els residents (la quarta en els homes i la novena en les dones) i la 2a entre els no residents. Quant a la morbiditat, tres de cada quatre ingressats són homes i fonamentalment joves, la meitat dels accidentats, menors de 30 anys. Les lesions més freqüents són fractures i, en segon lloc, lesions internes.

Entre la població infantil i juvenil, el 66% de les morts ocorregudes entre els 15 i 19 anys són a causa de les lesions per accident, principalment d'un accident de trànsit, que juntament amb les caigudes accidentals són les causes més freqüents d'hospitalització. Entre els ingressats hi va haver un clar predomini d'homes (qualsevol que fos la causa de la lesió), excepte en els ingressats per ofegament (distribució similar en nins i nines) o per causa intencional (suïcidi) en la qual hi va haver un predomini de nines. L'edat de major risc de produir-se una lesió varià segons la causa que la va produir. Els accidents de trànsit i la violència foren més freqüents entre el grup de major edat (14-17), les intoxicacions, les cremades i els ofegaments, entre 1 i 4 anys, i les caigudes accidentals entre 5 i 9 anys.

En les persones de més de 65 anys, les lesions es deuen majoritàriament a les caigudes accidentals i accidents de trànsit. Dos de cada tres ingressats per aquestes causes foren dones amb una edat mitjana de 78 anys. El 74% dels ingressos foren a causa d'una caiguda accidental i les fractures, les lesions més freqüents (82,1%).

Quant als accidents domèstics i d'oci no tenim dades de la nostra comunitat autònoma, només en tenim a nivell nacional.

1. Epidemiologia de les lesions

Les lesions tenen un impacte molt important en la salut de la població, tant en termes de mortalitat com de morbiditat i discapacitat. Les lesions per causa externa són la major amenaça per la morbidimortalitat de la població mundial menor de 40-45 anys. L'any 2000 varen ser responsables del 9% de la mortalitat a nivell mundial i el 12% de la càrrega de morbiditat. A nivell de la Unió Europea, els accidents constitueixen la 4a causa de mort, després de les malalties del cor, el càncer i les malalties cerebrovasculars i representen el 5% del total de defuncions. És la primera causa de mort entre els menors de 35 anys i la majoria són evitables.

L'any 2008, el 4% dels morts en la nostra comunitat autònoma varen morir per una lesió externa. Segons les dades de l'Institut Balear d'Estadística (IBESTAT) les lesions per una causa externa varen ser la 6a causa de mort. Entre els no residents, en canvi, el 13 % varen morir per causes externes, cosa que representa la 3a causa de mort després de les malalties del sistema circulatori.

L'Enquesta de Salut de les Illes Balears (ESIB07) explora la prevalença dels accidents ocorreguts en el transcurs del darrer any abans de l'entrevista. Així el 9,2% de la població declarava haver patit un accident en el transcurs del darrer any (10,2% dels homes i 8,1% de les dones). La distribució per grups d'edat i sexe mostrava que els homes majors de 15 anys sofrien un accident amb més freqüència que les dones, fins als 44 anys. A partir d'aquesta edat, els accidents eren més freqüents entre les dones (figura 1).

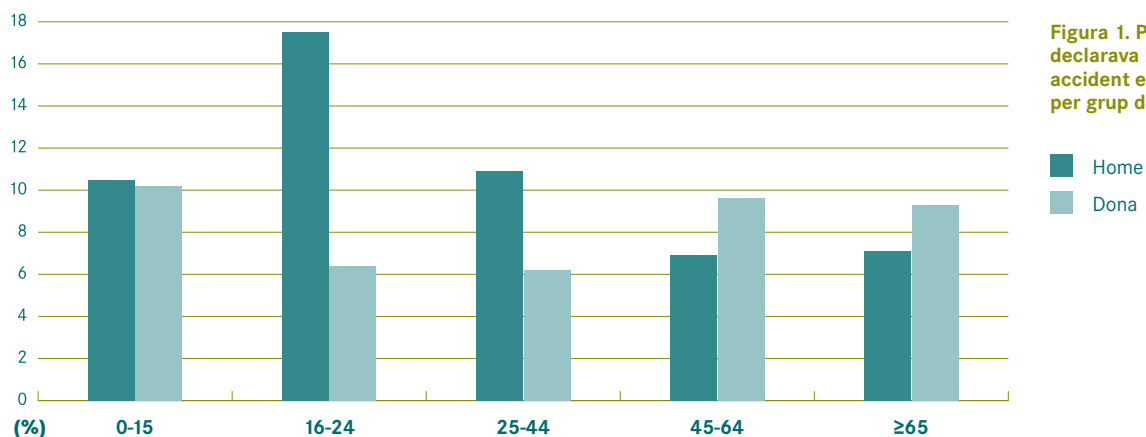
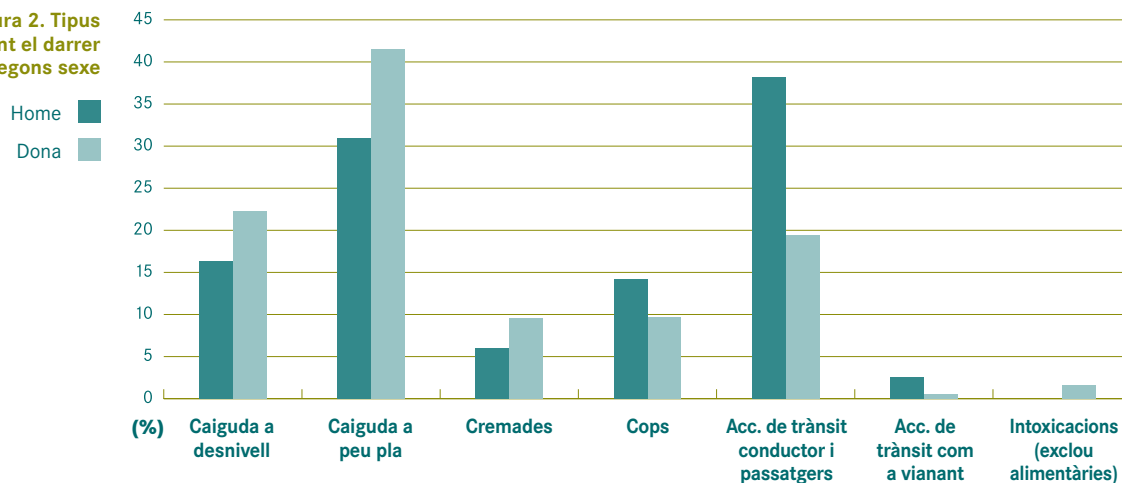


Figura 1. Població que declarava haver patit un accident el darrer any, per grup d'edat i sexe.

A Menorca, el percentatge de gent que declarava haver patit un accident era més elevat (12,1%) que a Mallorca (9,2%) i a les illes Pitiüses (6,9%).

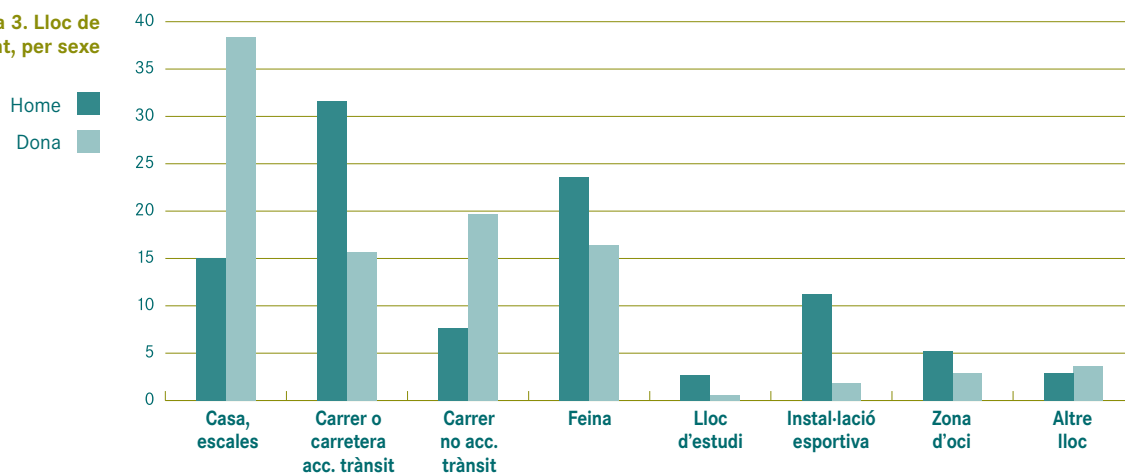
Les caigudes eren els accidents més freqüents, sobretot entre les dones, seguit dels accidents de trànsit que eren més freqüents entre els homes (figura 2).

Figura 2. Tipus d'accident el darrer any, segons sexe



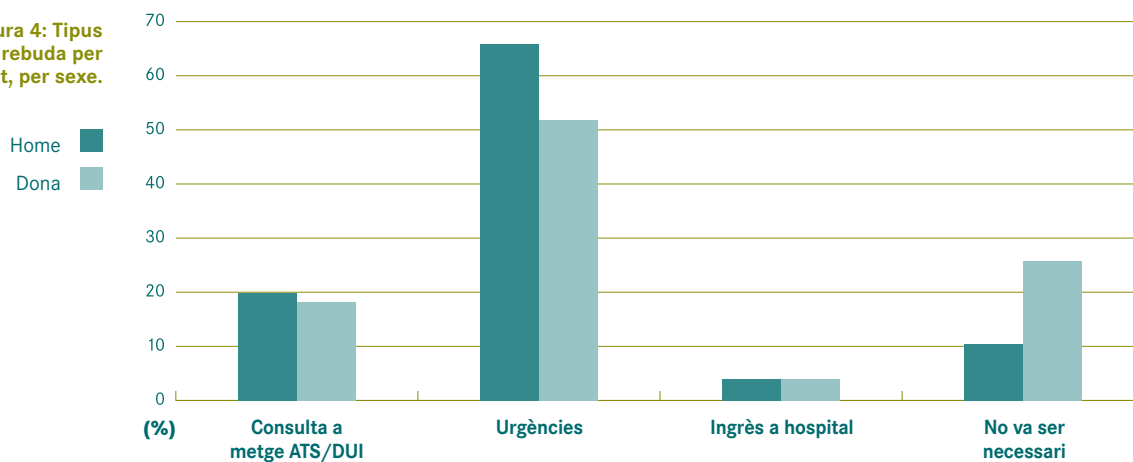
El lloc on es produïen més accidents era al domicili, seguit del carrer o carretera a causa d'un accident de trànsit. Les caigudes a la llar o al carrer eren més freqüents entre les dones. Els homes tenien més accidents al carrer per un accident de trànsit i a la feina (figura 3).

Figura 3. Lloc de l'accident, per sexe



El 59,6% de les persones que havien patit un accident varen ser atesos a un servei d'urgències, sobretot els homes. El 25,8% de les dones accidentades no va necessitar rebre assistència sanitària. El 4% dels casos varen haver de ser ingressats a un hospital (figura 4).

Figura 4: Tipus d'assistència rebuda per l'accident, per sexe.



Les lesions més freqüents eren contusions, hematomes, luxacions (65,4%), seguit de fractures i ferides (24,7%).

2. Lesions per accidents de trànsit

Segons les “Sèries estadístiques sobre accidents i víctimes I” de la Direcció General de Trànsit, durant el 2008 es varen registrar a Espanya 93.161 accidents de trànsit amb víctimes. Les morts produïdes per accidents de trànsit de vehicles a motor, segons l'Institut Nacional d'Estadística, varen ser de 3.021 el 2008 (78,2% d'homes i 21,8% de dones) cosa que representa una taxa bruta de mortalitat de 6,6 per 100.000 habitants, sempre superior en homes que en dones.

A les Illes, les xifres d'accidentalitat, de víctimes i de morts el 2008 seguien la mateixa tendència que anys anteriors. S'observava una disminució del nombre d'accidents amb víctimes, de víctimes mortals i ferits.

A la figura 5 es pot veure l'evolució dels accidents de trànsit a les Illes Balears; des de l'any 2003 es veu un descens notable d'accidents amb víctimes, víctimes i morts i es situaven en les xifres més baixes d'accidentalitat i de víctimes entre els anys estudiats. No obstant això, els valors de la mortalitat encara romanen alts (figura 5).



Segons la DGT, a les Illes Balears, el 2008 presenta el menor nombre d'accidents mortals i víctimes mortals a 24 hores. Entre els anys 2007 i 2008 hi havia una disminució dels accidents mortals del 31,5% i de víctimes mortals del 26,9% (figura 6).



L'any 2008, es varen produir 88 morts de residents a les Illes per accidents de trànsit (67 homes i 21 dones). La taxa bruta de mortalitat va ser de 8,2 morts per 100.000 habitants, superior en homes (12,4/100.000 hab.) que en dones (3,9/100.000 hab.). El 50% dels morts per accident de trànsit tenia entre 1 i 34 anys i, les edats compreses entre els 15 i 39 anys varen correspondre a una major mortalitat.

Sobre les lesions que generen aquests accidents, la Direcció General de Salut Pública i Participació té implantat un sistema d'informació a partir de la informació recollida al CMBD per estimar la casuística, la gravetat i els costos econòmics de les lesions produïdes pels accidents de trànsit que, per la seva gravetat, han necessitat un ingrés hospitalari a la xarxa hospitalària pública. Els resultats de l'any 2005-2006 revelen que tres de cada quatre ingressats eren homes. La meitat dels accidentats, menors de 30 anys.

Les lesions més freqüents eren fractures i, en segon lloc, lesions internes. La regió anatómica més afectada varen ser les extremitats inferiors, seguides de les lesions traumàtiques cerebrals.

La meitat dels ingressats varen sofrir lesions moderades i un terç lesions greus. Les lesions més greus afectaven fonamentalment al cap, al coll i al tòrax. Per tipus de lesió, les més greus eren lesions internes.

L'estada mitjana dels lesionats per un accident de trànsit fou de 8 dies. L'anàlisi exploratòria del patró epidemiològic segons el tipus d'usuari revela que un terç dels lesionats eren motoristes, majoritàriament homes. Més de la meitat dels motoristes eren joves d'entre 15 i 29 anys. Els vianants i passatgers de cotxes són en major freqüència dones. Els motoristes i els ciclistes es lesionaren més freqüentment les extremitats, i els conductors, el tòrax.

Un 2,6% varen morir durant la seva estada a l'hospital. Quatre de cada deu morts tenia menys de 30 anys.

El cost econòmic dels lesionats per accident de trànsit el 2006 va ser de 4.679.840,80€ (1,6% del cost total dels ingressos hospitalaris) el que representava un cost mitjà d'hospitalització de 5.300€. L'any 2004, el cost mitjà era al voltant de 6.000 euros.

Per últim, la informació proporcionada per la DGT sobre el nombre de ferits greus d'accident de trànsit a les Illes Balears estaven subestimades respecte al nombre real. No obstant això, no és possible quantificar la magnitud d'aquesta subestimació, ja que només s'hi varen incloure els ingressats de la xarxa hospitalària pública.

3. Lesions en població infantil i adolescent

A Espanya, les morts per lesions o traumatismes en joves duplicaren el 2005 les morts provocades per càncer i foren nou vegades més freqüents que les produïdes per malalties cardiovasculars. Foren, a més, la principal causa d'invalidesa crònica, el que suposa una enorme pèrdua d'anys en bona salut. L'Organització Mundial de la Salut (OMS) insisteix que aquest tipus de lesions es poden prevenir si s'adopten les mesures pertinents. Si Espanya fos capaç de reduir la seva taxa de mortalitat per lesió fins al nivell de Suècia es podria evitar fins al 33% de morts per aquesta causa en nins i adolescents.

La comunicació «Accions per a una Europa més segura» i la proposta de Recomanació del Consell Europeu, relativa a la prevenció de lesions i la promoció de la seguretat i el

Ministeri de Salut i Consum de Espanya, assenyalaven el sector sanitari com element clau per vigilar i quantificar aquest problema, detectar els factors de risc i afavorir la prevenció primària.

Segons les dades de l'IBESTAT, durant el quinquenni 2001-2005 varen morir per causes externes (grup XX de la CIE-10) un total de 117 menors de 20 anys residents a les Illes, el que representa una mitjana de 23 defuncions anuals. Entre els morts existia un clar predomini d'homes (73%). En menors d'un any representava només un 1,4% de les defuncions i arribava a ser la causa del 66% de les morts ocorregudes entre els joves de 15 a 19 anys.

La taxa bruta de mortalitat fou de 12 morts per 100.000 habitants. Les causes més freqüents varen ser els accidents de trànsit de vehicles a motor (8,3/100.000) i en segon lloc, encara que a molta distància els ofegaments (1,4/100.000).

La Direcció General de Salut Pública i Participació, a partir del Conjunt Mínim Bàsic de Dades (CMBD) va posar en marxa un sistema d'informació per analitzar les causes que provocaren lesions a la població infantil i adolescent i que a causa de la seva gravetat necessitaren ingressar a la xarxa hospitalària pública d'aquesta comunitat autònoma i per estimar la freqüència i la gravetat de les lesions ocasionades, així com els costos econòmics derivats de l'estada hospitalària.

Les causes més freqüents d'hospitalització foren les caigudes accidentals i els accidents de trànsit. Entre els ingressats hi va haver un clar predomini d'homes (qualsevol que fos la causa de la lesió), excepte en els ingressats per ofegament (distribució similar en nins i nines) o per causa intencional (suïcidi) en la qual hi va haver un predomini de nines.

L'edat de major risc de produir-se una lesió varià segons la causa que la va produir. Els accidents de trànsit i la violència foren més freqüents entre el grup de major edat (14-17), les intoxicacions, les cremades i els ofegaments, entre 1 i 4 anys, i les caigudes accidentals entre 5 i 9 anys.

Les lesions més freqüents foren les fractures. La regió anatòmica lesionada depenia de la causa de la lesió: les extremitats inferiors es lesionaren amb major freqüència en els accidents de vehicle a motor i accident de bicicleta, i les superiors en les caigudes accidentals. En els casos en els quals es va poder determinar la gravetat de la lesió, la majoria de les lesions foren de gravetat moderada.

3.1. Accidents de transport

El 80% dels accidents foren de trànsit per vehicle a motor amb un clar predomini d'homes. La meitat dels ingressats tenien entre 14 i 17 anys. En aquest grup d'edat, 4 de cada 5 lesionats foren homes. Els accidents de bicicleta es donaren amb més freqüència entre els 5 i 13 anys.

El motiu d'ingrés més freqüent foren les fractures de tibia i peroné i les contusions amb commoció cerebral. Aquest patró canviava amb l'edat: a mesura que aquesta augmentava, ho feien les fractures i disminuïen les lesions internes, contusions i ferides.

Els nins petits es lesionaren amb major freqüència la regió del cap, la cara i el coll i, els majors, les extremitats.

En els accidents amb vehicles a motor foren més freqüents les lesions de les extremitats inferiors i, en accidents de bicicleta, les superiors.

Els accidents per vehicle a motor produïren lesions més greus. El 60% de les lesions molt greus es donaren en motoristes.

Un terç dels ingressats foren motoristes amb un clar predomini d'homes (41%). La meitat dels lesionats amb edats compreses entre 1 i 4 anys eren vianants; a partir dels 14 anys, la majoria (61,9%) eren motoristes.

3.2. Ofegaments, asfíxia i cossos estranys

La meitat dels ingressos foren a causa d'un ofegament i submersió accidental i un de cada quatre a les lesions provocades per un cos estrany en un orifici natural. Dos de cada tres ingressats per ofegament o submersió accidental foren estrangers.

L'edat de major risc fou entre 1 i 4 anys a causa d'una submersió accidental . Entre els menors d'1 any va predominar la inhalació d'aliments i cossos estranys.

3.3. Caigudes accidentals

Dos de cada tres ingressats per una caiguda foren homes i l'edat de major risc fou la compresa entre els 5 i 9 anys. En els més petits (menors d'1 any) foren més freqüents les lesions internes (lesions traumàtiques cerebrals) i a mesura que augmentava l'edat també ho va fer la freqüència de fractures, fonamentalment de les extremitats superiors. La majoria de les caigudes provocaren lesions de gravetat moderada.

3.4. Intoxicacions

Tots els ingressats foren menors de 10 anys; els d'1 any constituïren el grup de major risc.

Tres de cada quatre ingressos varen ser a causa d'enverinaments per medicaments i substàncies com antipirètics, productes de neteja, substàncies càustiques, dissolvents o productes agrícoles.

Les afeccions del sistema digestiu foren les més freqüents, seguides per les neurològiques.

3.5. Cremades i escaldadures

Tots els ingressats foren menors de 12 anys, i dos de cada tres, homes. El grup de major risc foren els menors de 5 anys, essencialment els d'1 any.

Les lesions provocades afectaren bàsicament el cap, la cara i el coll, i el tors. La majoria de lesions foren de caràcter lleu.

3.6. Per causes específiques intencionals

3.6.1. TEMPTATIVA DE SUÏCIDI O LESIÓ AUTOINFLIGIDA

Entre els ingressats per aquesta causa predominaven les nines. El grup de major risc foren els majors de 13 anys. No hi va haver ingressos per temptativa de suïcidi en menors de 10 anys.

El motiu d'ingrés es va produir fonamentalment per enverinaments per substàncies medicamentoses.

3.6.2. HOMICIDI O LESIÓ INFLIGIDA INTENCIONALMENT

Els ingressats per aquesta causa foren predominantment homes. El grup de major risc fou el dels majors de 13 anys. Els menors de 15 anys ingressats foren casos de maltractament.

Las fractures, contusions i ferides foren els motius més freqüents que propiciaren l'ingrés.

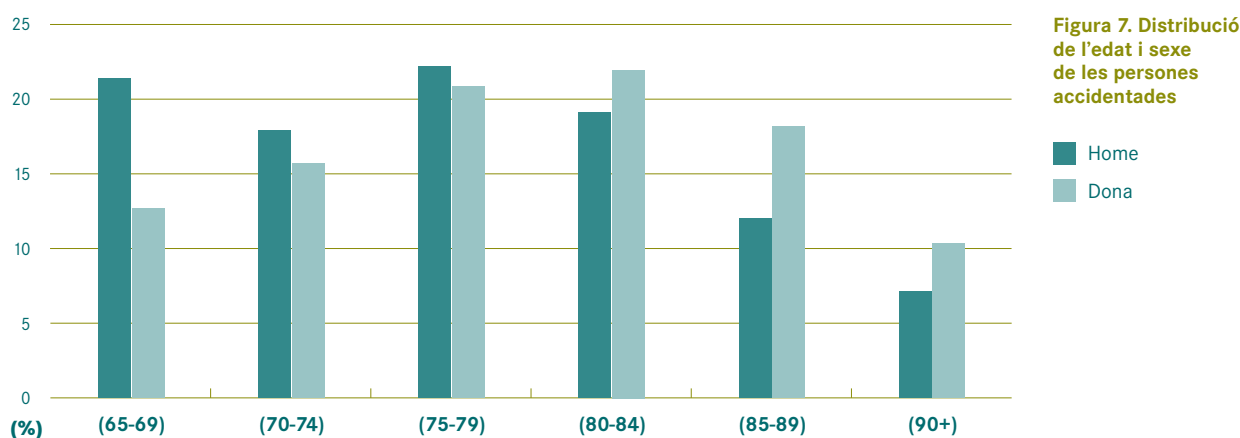
4. Lesions en persones grans

Les lesions accidentals representen una important causa de discapacitat per la realització de les activitats bàsiques realitzades a la vida diària. Aquesta discapacitat genera una dependència que es veu incrementada sobretot amb l'edat.

En les persones de més de 65 anys, les lesions es deuen majoritàriament a les caigudes accidentals i accidents de trànsit.

A les Illes, els 69% dels ingressos per lesió a un hospital de la xarxa sanitària pública l'any 2004 eren dones i el 31% homes amb una edat mitjana de 78,8 anys lleugerament superior en dones 79,5 (DE 7,7) que en homes 77,2 (DE 7,9). El 50% dels accidents es trobaven en edats compreses entre els 65 i 79 anys. El 5,3% va morir durant la seva estada hospitalària.

En els homes, l'edat on varen ocórrer més accidents va ser entre 75 i 79 anys (22,2%), en les dones entre els 80-84 anys (22%), seguit dels 75-79 anys (20,9%) (figura 7).



Les fractures eren les lesions més freqüents (82,1%) seguides de les lesions internes de cap i coll (9,8%). La regió anatòmica corporal afectada amb més freqüència eren les extremitats inferiors (61,4%), fonamentalment el maluc, seguides de les extremitats superiors (13,8%).

La majoria dels ingressats varen sofrir lesions greus, el 64,2%. El 4,8% va presentar lesions lleus, el 29,7% lesions moderades i l'1,3% va presentar lesions molt greus. L'estada mitjana dels lesionats va ser de 8,5 dies (DE 11,2) amb una mitjana de 6 dies.

La majoria de les lesions varen ser a causa d'una caiguda accidental (74%) seguides dels accidents de transport.

5. Lesions per accidents domèstics

La informació dels accidents domèstics i d'oci provenen de la Xarxa de Detecció d'Accidents Domèstics i d'Oci amb dades disponibles a nivell nacional. L'any 2007, 1.754.335 espanyols es varen veure implicats en un accident definit com DADO (accidents domèstics i d'oci), el que significa que gairebé 4 individus de cada 100 varen tenir un contratemps d'aquest tipus. Quant a la penetració en les llars, els accidents d'aquestes característiques varen suposar el 2007 una prevalença de l'11,6%.

Aquests tipus d'accidents eren més freqüents entre les dones (56,2%) que entre els homes (43,8%). Entre els joves hi havia un predomini dels accidents entre els homes. El percentatge s'equilibrava en la franja d'edat entre 25 i 44 anys (grup de major risc de patir un accident). La tendència s'invertia a partir dels 45 anys, on s'observava una disminució del percentatge de sinistralitat.

Els accidents més freqüents eren causats per caigudes (41,4%), aixafades, talls i estrips (22,6%), cops o xocs (13,0%), per efectes tèrmics o cremades (9,6%) i per esforços físics o esgotament (4,2%).

Els homes sofriren en major mesura que les dones cops o xocs, especialment amb persones i objectes, tant en moviment com estàtics; les dones patien més que els homes els efectes tèrmics (especialment líquids i objectes calents) i les caigudes (generalment des del mateix nivell o des d'una escala); les caigudes tenien una penetració important en les edats més extremes, tant avançades com joves i els efectes tèrmics es repetien en major mesura en els intervals d'edat dels 25 als 64 anys.

El 2007, l'interior de la llar continuà sent el lloc on més varen succeir principalment els accidents definits com DADO, i aglutinava quasi el 58,1% d'aquests contratemps. Li seguien l'àrea de transport i l'esportiva amb un 15,2% i un 9,7% dels accidents, respectivament.

Un 5,1% dels accidents ocorrien a les zones recreatives o de diversió i un percentatge per sota del 4%, esdevenien en àrees a l'aire lliure. En els col·legis i institucions succeïa el 3,2% dels accidents.

Quant a les activitats realitzades mentre es produïa l'accident, les activitats domèstiques contribuïen al 39,6% de les lesions. A l'altre extrem es trobaven les activitats relacionades amb els jocs i el temps lliure, que varen disminuir el 2007 fins al 12,6%.

L'activitat domèstica incidia més entre les dones que entre els homes i sobretot entre aquelles que tenien de 45 anys en endavant. Per contra, el desenvolupament de jocs i el temps lliure originaven un nombre més elevat de sinistres entre els homes que entre les dones i, de manera especial, entre els homes de 15 a 24 anys. 9 de cada 10 accidentats on es realitzava bricolatge eren homes. També els homes es lesionaven més que les dones en activitats esportives (74,0% homes). En canvi, en les activitats vitals les dones sofrien un major nombre d'accidents (59,0%).

Pel que fa al tipus de lesió, la més freqüent va ser la ferida oberta que va afectar un 25,9% dels accidentats; a aquesta li seguien les contusions amb un 16,2% del total, les distorsions, esquinços o torçades que varen aglutinar un 15,1% dels diagnòstics, les fractures amb l'11,5% i les cremades amb el 9,4%.

Únicament el 6,0% de les assistències foren tractades hospitalàriament i el 2,2% ingressaren en el centre. Mereix la pena destacar l'alt grau d'hospitalització que s'observava entre les persones menors d'1 any, de fet 6,8% dels nins accidentats d'aquesta edat varen necessitar hospitalització.

El 51,1% de les assistències realitzades varen ser resoltes ràpidament i els pacients varen ser examinats, guarits i donats d'alta el mateix dia (examinats i sense tractament, el 21,0%, curats i donats d'alta, el 43,3%). Per la seva banda, varen necessitar tractament mèdic i posteriorment un seguiment continuat, el 29,4% de les assistències (remès a un metge de família o de medicina general, 17,4%, remès a un especialista, 12,0%). Per últim, el 6,0% de les assistències es varen dirigir a un centre hospitalari, de les quals el 2,2% varen acabar sent ingressades a l'hospital.

El 36,1% dels lesionats per accidents d'aquest tipus indicà que el sinistre els hauria deixat qualche tipus de seqüela. La més habitual que deixen aquests accidents són les cicatrius i els dolors que persisteixen en el temps. Les conseqüències més representatives extretes pels accidentats eren l'accentuació de la cura, o el temor i la por a l'accident, (45,2%) i en menor mesura el canvi d'hàbits o costums (7,1%).

El 2,2% dels sinistrats va haver de ser hospitalitzat. A partir de les dades obtingudes per a l'any 2007, la mitjana d'estada en un hospital per aquest tipus de successos va ser de 14 dies.

Quant a l'índex d'hospitalització (hospitalitzats/patien la lesió), es destacaren per sobre de la resta les amputacions i commocions cerebrals, un 42,9% i 20,0% respectivament finalitzaren en un ingrés hospitalari. A continuació li seguiren fractures, amb l'11,5%.

Les extremitats superiors constituïren la part del cos que major nombre de lesions va registrar a l'any 2007, amb el 41,7%. En segon lloc, es varen situar les extremitats inferiors, amb el 33,1%. En tercer lloc, el cap, amb el 13,0%, i a continuació la part inferior de l'esquena, abdomen i pelvis, amb el 6,0%.

De què morim

Cada any moren a les Illes Balears més de 7.000 persones. Les malalties del sistema circulatori són la primera causa de mort en les dones, seguides dels tumors. En canvi, en els homes, els tumors han passat a ser la primera causa. Al llarg de les darreres dues dècades s'observa un descens de la mortalitat de les malalties cardiovasculars, tant en homes com en dones. En canvi, la mortalitat per tumors es manté estable. Dos de cada tres homes i dues de cada tres dones de les Illes Balears moren per una d'aquestes dues causes. Les malalties de l'aparell respiratori ocupen la tercera posició, amb diferència en ambdós sexes següidament de les lesions externes i malalties de l'aparell digestiu en homes i les malalties del sistema nerviós i els trastorns mentals en les dones.

Les causes de mortalitat varien segons l'edat. Els joves d'ambdós sexes moren fonamentalment per causes externes. Els tumors són la primera causa de mort entre els 40 i els 75 anys en els homes i entre els 35 i els 75 en les dones i les malalties del sistema circulatori a partir dels 75 anys.

El càncer de pulmó, seguit del colon en els homes, i el càncer de mama són las causes de mortalitat per càncer més freqüents. Tot i que la mortalitat per càncer de pulmó és molt més elevada en els homes que en les dones, i mentre en els homes podria estar disminuint, en les dones s'incrementa lentament, però de manera constant. La mortalitat per càncer de mama està disminuint de manera discreta a l'igual que a nivell nacional.

Quant a la mortalitat prematura i, per tant, evitable, els tumors són el grup de malalties que sumen el percentatge més alt d'anys potencials de vida perduts (APVP) en les dones (49% del total), mentre que en els homes són les causes externes. Al llarg de les darreres dues dècades s'observa una disminució dels APVP fonamentalment a causa de la disminució de la mortalitat per causes externes en els homes.

Mortalitat a les Illes Balears

Cada any moren a les Illes Balears més de 7.000 persones. Concretament, l'any 2008 moriren 7.488 (3.907 homes i 3.581 dones). L'esperança de vida en el naixement per als homes de les Illes Balears fou, per aquest any, de 78,5 anys, i per a les dones de 84,3.

Si comparam Balears amb el conjunt d'Espanya (figura 1), veim que les taxes segueixen la mateixa tendència, tant en homes com en dones, i que les taxes de Balears estan dins la mitjana estatal, tant en homes com en dones.

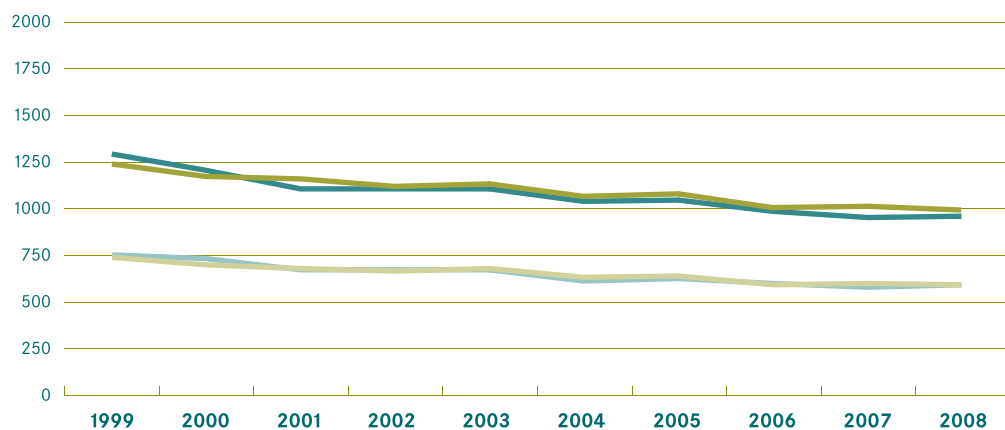


Figura 1. Taxes ajustades de mortalitat a Illes Balears i Espanya 1999-2008

■ Homes Balears
■ Dones Balears
■ Homes Espanya
■ Dones Espanya

Font: IBESTAT i Servei d'epidemiologia

Per grups d'edat, en el període 1991-2007, s'observa una disminució important de la mortalitat en els adults joves (de 20 a 40 anys), tant en els homes com en les dones (figures 3 i 4), i també una disminució en les persones grans, de més de 65 anys, també en els dos sexes (figures 5 i 6).

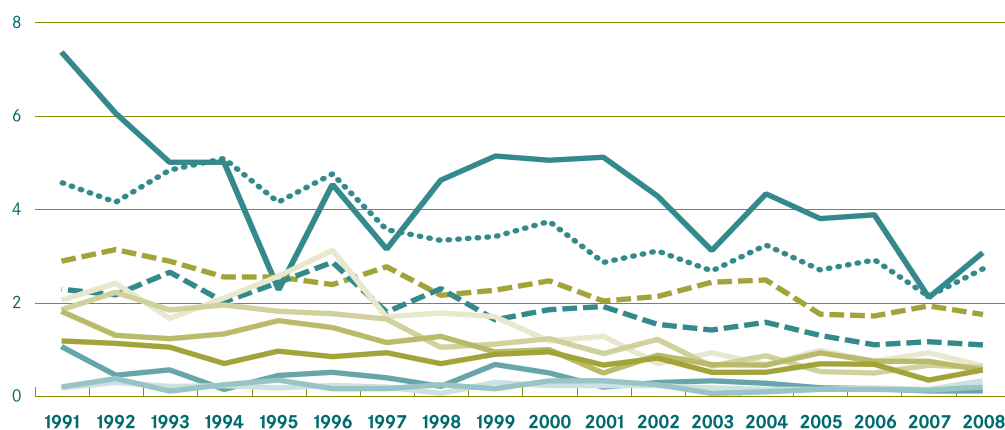


Figura 2. Evolució taxes específiques mortalitat en homes a les Illes Balears, 0-49 anys, 1991-2008

■ <1
■ 1-4
■ 5-9
■ 10-14
■ 15-19
■ 20-24
■ 25-29
■ 30-34
■ 35-39
■ 40-44
■ 45-49

Font: IBESTAT i Servei d'epidemiologia

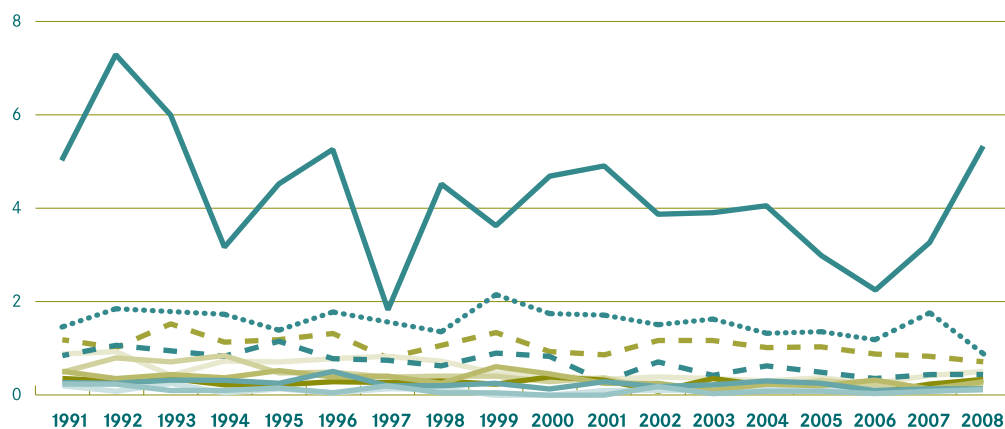


Figura 3. Evolució taxes específiques mortalitat en dones a les Illes Balears, 0-49 anys, 1991-2008

■ <1
■ 1-4
■ 5-9
■ 10-14
■ 15-19
■ 20-24
■ 25-29
■ 30-34
■ 35-39
■ 40-44
■ 45-49

Font: IBESTAT i Servei d'epidemiologia

Figura 4. Evolució taxes específiques mortalitat en homes a les Illes Balears, 50 anys o més, 1991-2008

50-54 70-74
55-59 75-79
60-64 80-84
65-69 85 i més

Font: IBESTAT i Servei d'epidemiologia

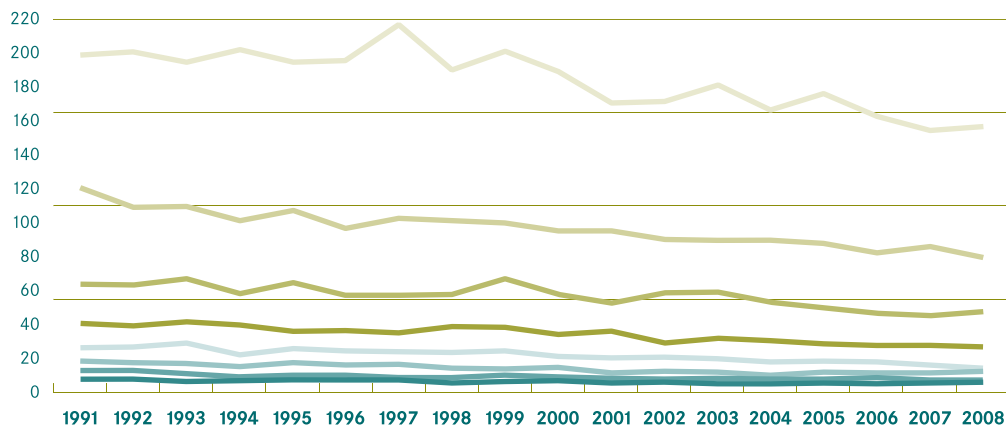
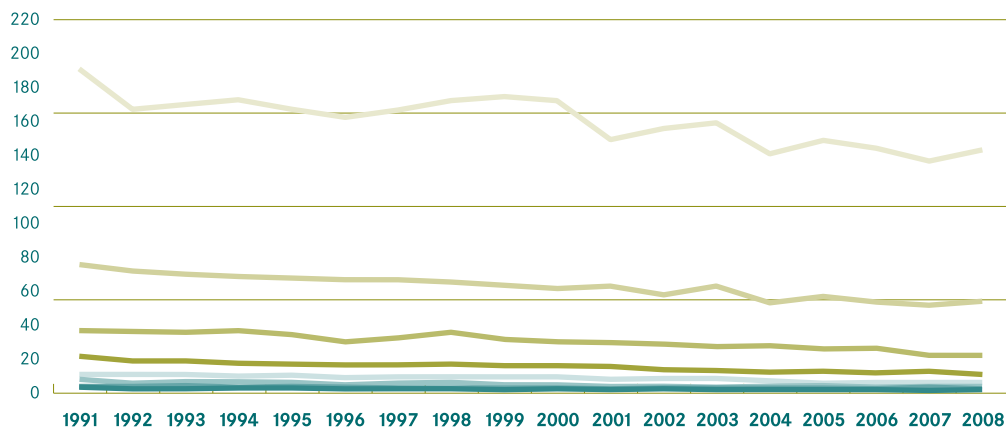


Figura 5. Evolució taxes específiques mortalitat en dones a les Illes Balears, 50 anys o més, 1991-2008

50-54 70-74
55-59 75-79
60-64 80-84
65-69 85 i més

Font: IBESTAT i Servei d'epidemiologia

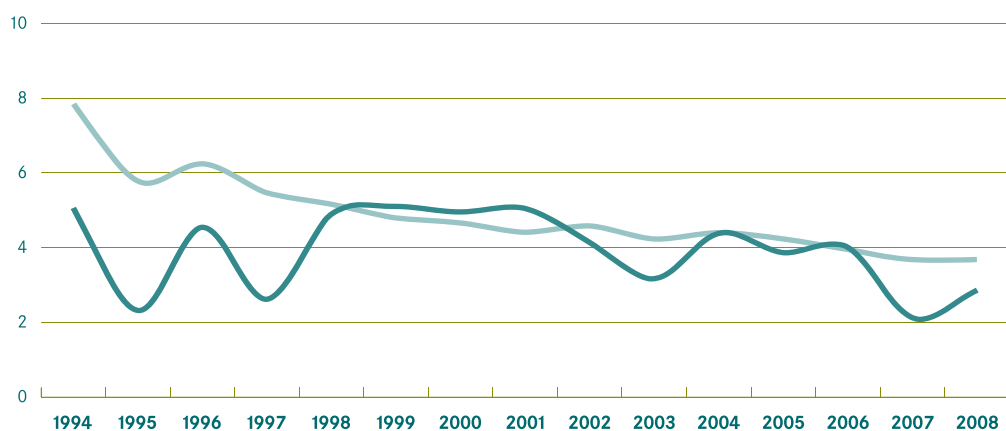


La mortalitat infantil (menors d'un any), en canvi, va disminuir en el període 1991-1994 en els dos sexes, i en el període següent 1995-2007 no ha experimentat grans canvis. En relació a la taxa estatal no s'observen diferències (figures 6 i 7).

Figura 6. Taxes mortalitat infantil a Balears i Espanya en homes, 1994-2008

50-54
55-59

Font: IBESTAT i Servei d'epidemiologia



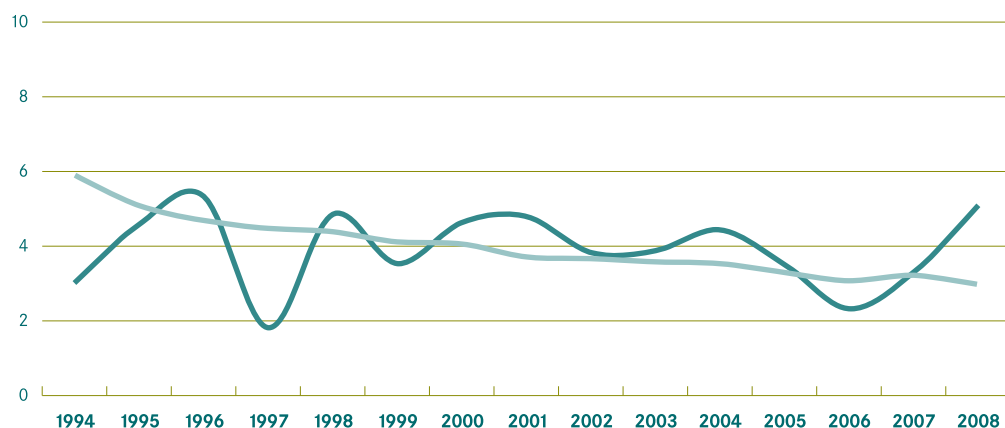


Figura 7. Taxes mortalitat infantil a Balears i Espanya en dones, 1994-2008

■ Dona Balears
■ Dona Espanya

Font: IBESTAT i Servei d'epidemiologia

Les malalties del sistema circulatori són la primera causa de mort en les dones, seguides dels tumors (figura 8). En canvi, en els homes, els tumors han passat a ser la primera causa (figura 9). S'observa un descens de la mortalitat per malalties del sistema circulatori tant en homes com en dones. En canvi, la mortalitat per tumors es manté estable. Dos de cada tres homes i dues de cada tres dones de les Illes Balears moren per una d'aquestes dues causes (taula 1).

La tercera causa de mort, tant en homes com en dones, són les malalties de l'aparell respiratori. En quart lloc es situen les de l'aparell digestiu juntament amb les causes externes en els homes i les malalties del sistema nerviós en les dones, que des de l'any 2000 s'han incrementat de manera important, passant per davant de les malalties endocrines, de la nutrició i metabòliques.

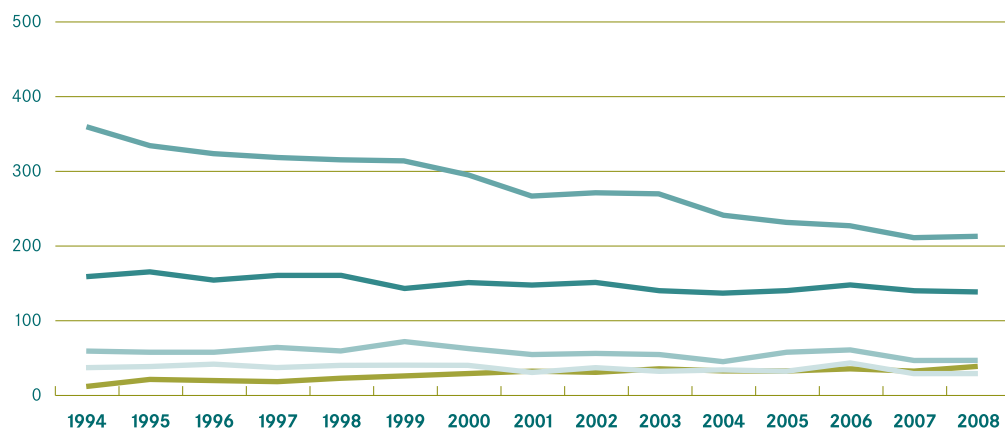
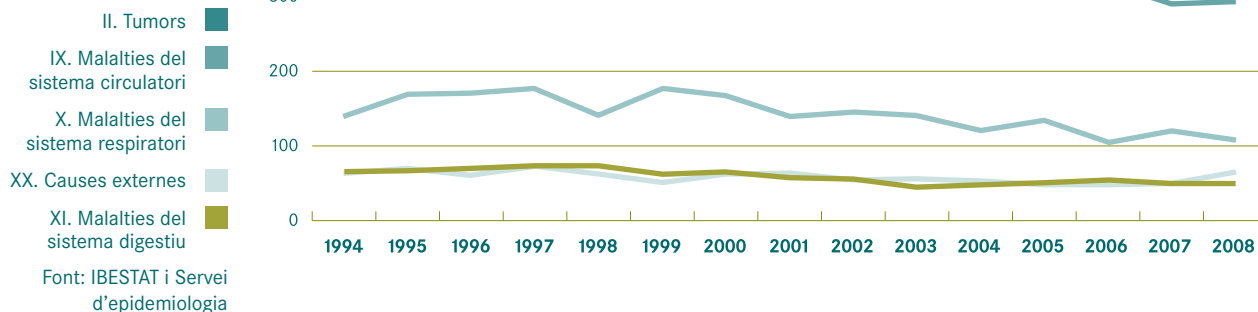


Figura 8. Evolució de les taxes ajustades de mortalitat a Balears 1994-2008 en dones (cinc capítols més freqüents (CIE-10))

■ II. Tumors
■ IX. Malalties del sistema circulatori
■ X. Malalties del sistema respiratori
■ XI. Malalties del sistema digestiu
■ VI. Malalties del sistema nerviós

Font: IBESTAT i Servei d'epidemiologia

Figura 9. Evolució de les taxes ajustades de mortalitat a Balears 1994-2008 en homes (cinc capítols més freqüents (CIE-10))



Taula 1. Nombre de morts, taxa ajustada de mortalitat i mortalitat proporcional a les Illes Balears, 2008

Home	Nombre morts	Taxa ajustada	Mortalitat proporcional
I. Malalties infeccioses i parasitàries	91	18,4	2,3
II. Tumors	1.261	310,7	32,3
III. Malalties de la sang i òrgans hematopoïètics	10	2,6	0,3
IV. Malalties endocrines, nutricionals i metabòliques	96	24,1	2,5
V. Transtorns mentals i del comportament	101	27,3	2,6
VI. Malalties del sistema nerviós	120	31,0	3,1
IX. Malalties del sistema circulatori	1.124	292,4	28,8
X. Malalties del sistema respiratori	411	108,1	10,5
XI. Malalties del sistema digestiu	209	49,7	5,3
XII. Malalties de la pell i del teixit subcutani	5	1,5	0,1
XIII. Malalties del sistema osteomuscular	21	5,9	0,5
XIV. Malalties del sistema genitourinari	133	37,5	3,4
XVI. Certes afeccions del període perinatal	9	5,3	0,2
XVII. Malformació congènita i alt. cromosòmiques	8	3,9	0,2
XVIII. Síntomes, signes i estats mal definits	78	47,4	2,0
XX. Causes externes	230	65,5	5,9
Total	3.907	975,7	100,0
Dona	Nombre morts	Taxa ajustada	Mortalitat proporcional
I. Malalties infeccioses i parasitàries	58	9,64	1,6
II. Tumors	770	138,97	21,5
III. Malalties de la sang i òrgans hematopoïètics	14	2,47	0,4
IV. Malalties endocrines, nutricionals i metabòliques	149	25,28	4,2
V. Transtorns mentals i del comportament	183	28,69	5,1
VI. Malalties del sistema nerviós	232	38,62	6,5
IX. Malalties del sistema circulatori	1.318	213,25	36,8
X. Malalties del sistema respiratori	285	47,59	8,0
XI. Malalties del sistema digestiu	175	29,89	4,9
XII. Malalties de la pell i del teixit subcutani	9	1,40	0,3
XIII. Malalties del sistema osteomuscular	46	7,30	1,3
XIV. Malalties del sistema genitourinari	119	19,36	3,3
XV. Embaràs, part i puerperi	2	0,00	0,1
XVI. Certes afeccions del període perinatal	18	1,89	0,5
XVII. Malformació congènita i alt. cromosòmiques	12	1,70	0,3
XVIII. Síntomes, signes i estats mal definits	103	13,38	2,9
XX. Causes externes	88	41,99	2,5
Total	3.581	601,23	100,0

Font: IBESTAT i Servei d'Epidemiologia.

Si comparam les dades de les Illes Balears amb la mitjana estatal (figures 10, 11 i 12), veim que a les dones, les taxes a Balears són molt inferiors a les de la mitjana estatal per les malalties del sistema circulatori i semblants per als tumors i causes externes. En el cas dels homes, les taxes a les Illes Balears són semblants a la mitjana estatal pels tres grups de malalties.

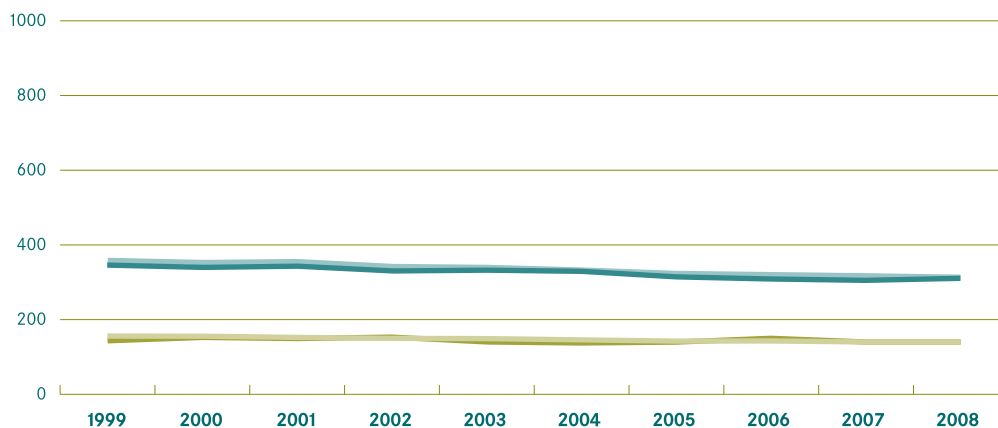


Figura 10. Taxes ajustades de mortalitat per tumors a Illes Balears i Espanya, 1999 - 2007

■ Home Balears
■ Dona Balears
■ Home Espanya
■ Dona Espanya

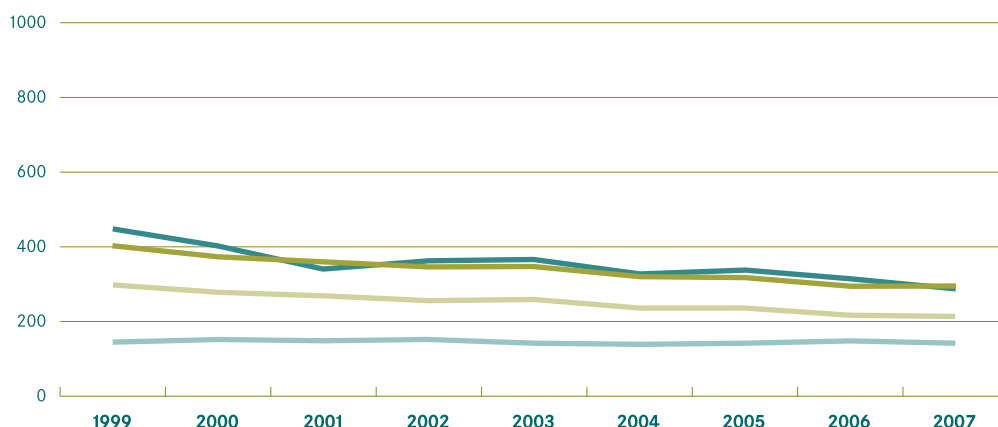


Figura 11. Taxes ajustades de mortalitat per malalties del sistema circulatori a Illes Balears i Espanya, 1999 - 2007

■ Home Balears
■ Dona Balears
■ Home Espanya
■ Dona Espanya



Figura 12. Taxes ajustades de mortalitat per causes externes a Illes Balears i Espanya, 1999 - 2007

■ Home Balears
■ Dona Balears
■ Home Espanya
■ Dona Espanya

Per grups d'edat (taules 2 i 3), les causes externes constitueixen la primera causa de mort a les Illes Balears, entre l'any i els 39 anys en els homes, i entre l'any i els 24 anys en les dones. Els tumors són la primera causa de mort entre els 45 i els 79 anys en els homes i entre els 25 i els 74 en les dones, i les malalties del sistema circulatori són la primera causa de mort a partir dels 75 anys en les dones i a partir dels 80 en els homes.

Taula 2. Cinc causes més freqüents de mort per grup d'edat en homes a les Illes Balears, 2008.

Home	1a	2a	3a	4a	5a
< 1	XVI. Certes afeccions originades en el període neonatal	XVII. Malformació congènita, deformitats i anomalies cromosòmiques	II. Tumors	XX. Causes externes de traumatismes i enverinaments	
1-4	XX. Causes externes de traumatismes i enverinaments				
5-9	XX. Causes externes de traumatismes i enverinaments	II. Tumors			
10-14	XX. Causes externes de traumatismes i enverinaments	II. Tumors	VI. Malalties del sistema respiratori	XVII. Malformació congènita, deformitats i anomalies cromosòmiques	XVIII. Síntomes, signes i estats morbosos mal definits
15-19	XX. Causes externes de traumatismes i enverinaments	IX. Malalties del sistema circulatori			
20-24	XX. Causes externes de traumatismes i enverinaments	IX. Malalties del sistema circulatori	II. Tumors		
25-29	XX. Causes externes de traumatismes i enverinaments	II. Tumors	IX. Malalties del sistema circulatori		
30-34	XX. Causes externes de traumatismes i enverinaments	IX. Malalties del sistema circulatori	VI. Malalties del sistema respiratori		
35-39	XX. Causes externes de traumatismes i enverinaments	I. Malalties infeccioses i parasitàries	II. Tumors	IX. Malalties del sistema circulatori	
40-44	IX. Malalties del sistema circulatori	II. Tumors	XX. Causes externes de traumatismes i enverinaments	I. Malalties infeccioses i parasitàries	VI. Malalties del sistema respiratori
45-49	II. Tumors	IX. Malalties del sistema circulatori	XX. Causes externes de traumatismes i enverinaments	XI. Malalties del sistema digestiu	I. Malalties infeccioses i parasitàries
50-54	II. Tumors	IX. Malalties del sistema circulatori	XI. Malalties del sistema digestiu	XX. Causes externes de traumatismes i enverinaments	I. Malalties infeccioses i parasitàries
55-59	II. Tumors	IX. Malalties del sistema circulatori	X. Malalties del sistema respiratori	XX. Causes externes de traumatismes i enverinaments	XI. Malalties del sistema digestiu
60-64	II. Tumors	IX. Malalties del sistema circulatori	XI. Malalties del sistema digestiu	XX. Causes externes de traumatismes i enverinaments	X. Malalties del sistema respiratori
65-69	II. Tumors	IX. Malalties del sistema circulatori	X. Malalties del sistema respiratori	XI. Malalties del sistema digestiu	XX. Causes externes de traumatismes i enverinaments
70-74	II. Tumors	IX. Malalties del sistema circulatori	X. Malalties del sistema respiratori	XI. Malalties del sistema digestiu	IV. Malalties endocrines, nutricionals i metabòliques
75-79	II. Tumors	IX. Malalties del sistema circulatori	X. Malalties del sistema respiratori	XI. Malalties del sistema digestiu	IV. Malalties endocrines, nutricionals i metabòliques
80-84	IX. Malalties del sistema circulatori	II. Tumors	X. Malalties del sistema respiratori	XIV. Malalties del sistema genitourinari	VI-VIII. Malalties del sistema nerviós
85 i +	IX. Malalties del sistema circulatori	II. Tumors	X. Malalties del sistema respiratori	XIV. Malalties del sistema genitourinari	V. Transtorns mentals

Taula 3. Cinc causes més freqüents de mort per grup d'edat en dones a les Illes Balears, 2008.

Dona	1a	2a	3a	4a	5a
< 1	XVI. Certes afeccions originades en el període perinatal	XVII. Malformació congènita, deformitats i anomalies cromosòmiques	IV. Malalties endocrines, nutricionals i metabòliques	VI-VIII. Malalties del sistema nerviós	
1-4	VI-VIII. Malalties del sistema nerviós	XX. Causes externes de traumatismes i enverinaments			
5-9	II. Tumors	XX. Causes externes de traumatismes i enverinaments			
10-14	II. Tumors	IV. Malalties endocrines, nutricionals i metabòliques	X. Malalties del sistema respiratori		
15-19	XX. Causes externes de traumatismes i enverinaments	II. Tumors	IV. Malalties endocrines, nutricionals i metabòliques	VI-VIII. Malalties del sistema nerviós	
20-24	XX. Causes externes de traumatismes i enverinaments	II. Tumors	IX. Malalties del sistema circulatori	X. Malalties del sistema respiratori	
25-29	II. Tumors				
30-34	II. Tumors	XX. Causes externes de traumatismes i enverinaments	IX. Malalties del sistema circulatori		
35-39	II. Tumors	XX. Causes externes de traumatismes i enverinaments			
40-44	II. Tumors	IX. Malalties del sistema circulatori	XX. Causes externes de traumatismes i enverinaments		
45-49	II. Tumors	IX. Malalties del sistema circulatori	I. Malalties infeccioses i parasitàries	VI. Malalties del sistema nerviós	
50-54	II. Tumors	IX. Malalties del sistema circulatori	I. Malalties infeccioses i parasitàries	XI. Malalties del sistema digestiu	
55-59	II. Tumors	IX. Malalties del sistema circulatori	VI. Malalties del sistema nerviós		
60-64	II. Tumors	IX. Malalties del sistema circulatori	XI. Malalties del sistema digestiu	X. Malalties del sistema respiratori	
65-69	II. Tumors	IX. Malalties del sistema circulatori	XI. Malalties del sistema digestiu	IV. Malalties endocrines, nutricionals i metabòliques	
70-74	II. Tumors	IX. Malalties del sistema circulatori	VI. Malalties del sistema nerviós	X. Malalties del sistema respiratori	
75-79	IX. Malalties del sistema circulatori	II. Tumors	VI. Malalties del sistema nerviós	XI. Malalties del sistema digestiu	IV. Malalties endocrines, nutricionals i metabòliques
80-84	IX. Malalties del sistema circulatori	II. Tumors	VI. Malalties del sistema nerviós	X. Malalties del sistema respiratori	XI. Malalties del sistema digestiu
85 i +	IX. Malalties del sistema circulatori	II. Tumors	X. Malalties del sistema respiratori	V. Trastorns mentals i del comportament	VI. Malalties del sistema nerviós

Font: IBESTAT i Servei d'Epidemiologia

Respecte a les malalties del sistema circulatori, la disminució és més important en les malalties cerebrovasculars (figura 13) que en les coronàries (figura 14), tant en els homes com en les dones.

Figura 13. Taxes ajustades de mortalitat per malaltia cerebrovascular a les Illes Balears 1994 - 2008

Malaltia cerebrovascular home
Malaltia cerebrovascular dona

Font: IBESTAT i Servei d'epidemiologia

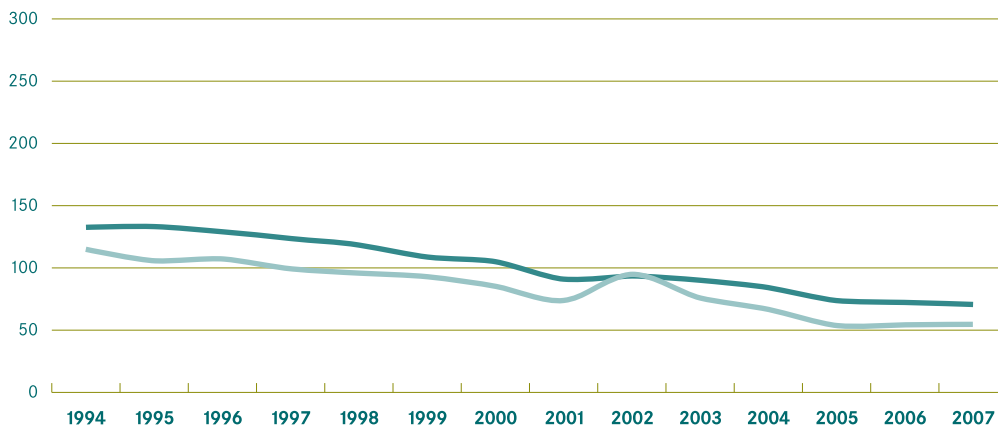
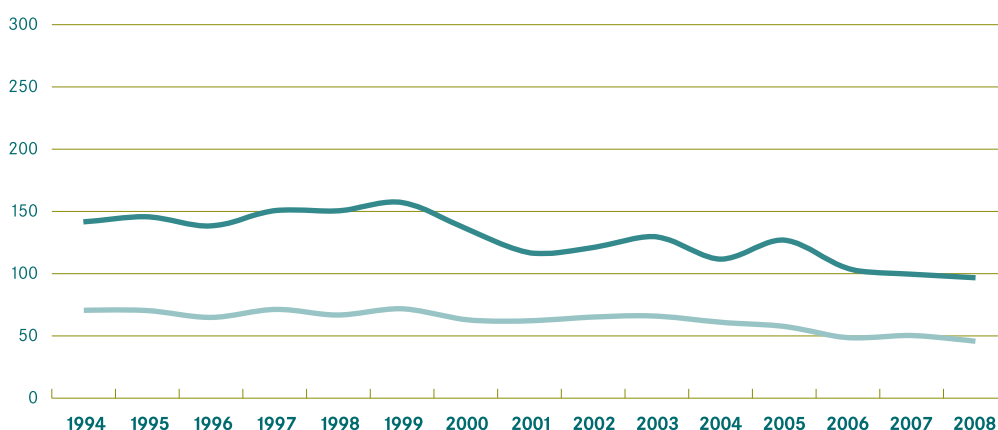


Figura 14. Taxes ajustades de mortalitat coronària a les Illes Balears 1994 - 2008

Malaltia coronària home
Malaltia coronària dona

Font: IBESTAT i Servei d'epidemiologia

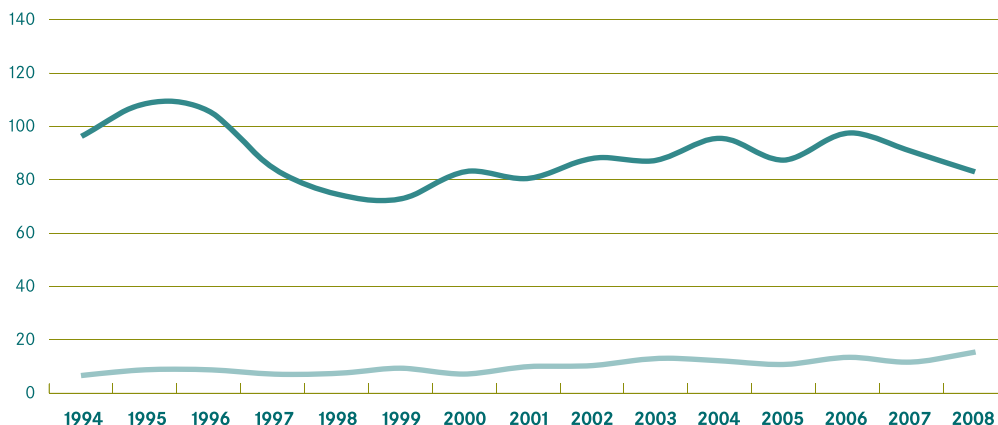


Pel que fa als tumors, les taxes ajustades de mortalitat més elevades les presenten el càncer de pulmó, seguit del càncer de colon en els homes, i el càncer de mama, seguit també del càncer de colon en les dones. S'observa com la mortalitat per càncer de pulmó és molt més elevada en els homes que en les dones, i que mentre en els homes podria estar disminuint, en les dones s'incrementa lentament, però de manera constant (figura 15).

Figura 15. Taxes ajustades de mortalitat per càncer de pulmó a Illes Balears 1994 - 2008

Home Balears
Dona Balears

Font: IBESTAT i Servei d'epidemiologia



Les taxes ajustades de mortalitat per càncer de colon, en canvi, no són tan diferents entre els homes i les dones, i es mantenen estables en aquest període (figura 16). Pel que fa al càncer de recte, unió rectosigmoide i anus, sembla que disminueixen en les dones (figura 17).

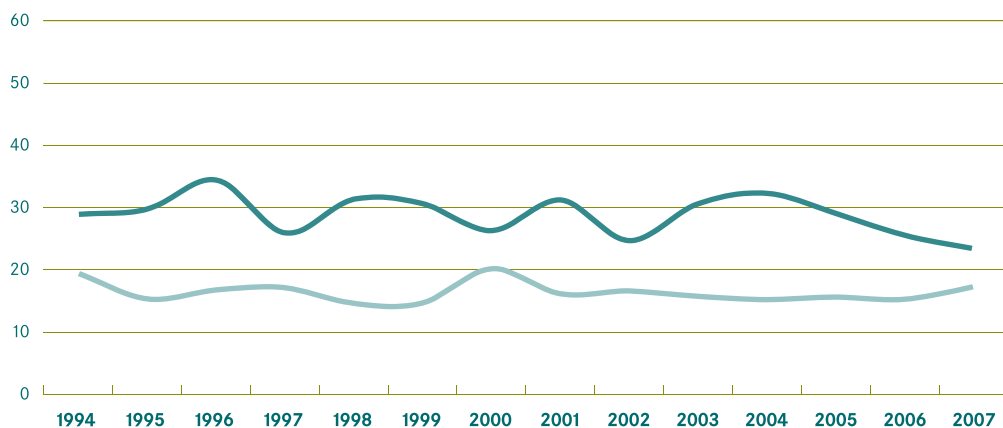


Figura 16. Taxes ajustades de mortalitat per càncer de colon a Illes Balears 1994 - 2008

■ Càncer colon home
■ Càncer colon dona

Font: IBESTAT i Servei d'epidemiologia

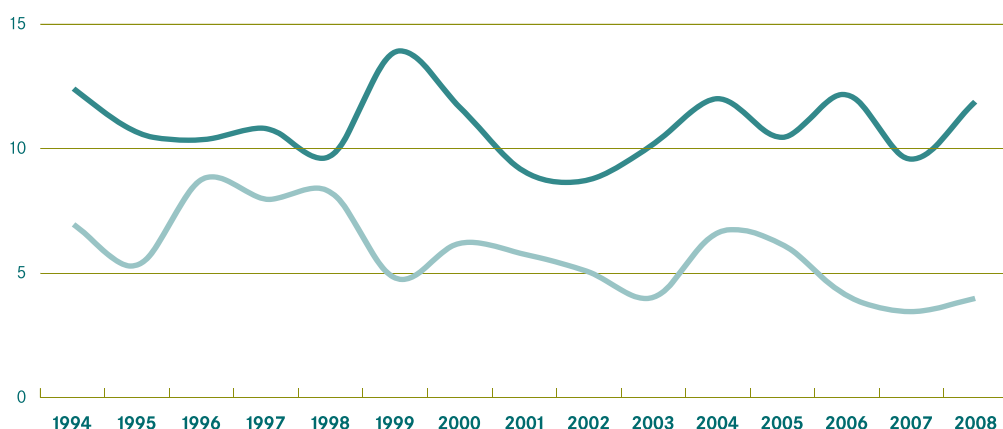


Figura 17. Taxes ajustades de mortalitat per càncer de recte, unió rectosigmoide i anus a les Illes Balears 1994 - 2008

■ Càncer recte, unió rectosigmoide i anus home
■ Càncer recte, unió rectosigmoide i anus dona

Font: IBESTAT i Servei d'epidemiologia

La mortalitat per càncer de mama està disminuint (figura 18). Aquesta disminució també s'observa a la resta de l'Estat espanyol i a la majoria de països europeus.

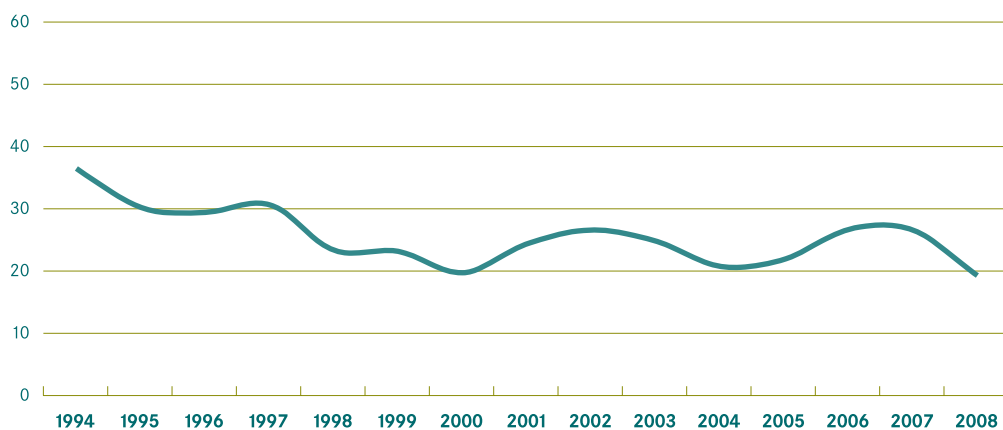
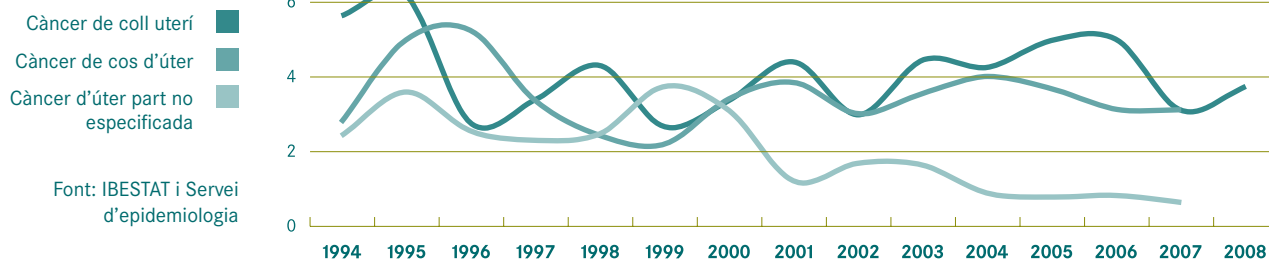


Figura 18. Taxes ajustades de mortalitat per càncer de mama a Illes Balears 1994 - 2008

Font: IBESTAT i Servei d'epidemiologia

Pel que fa al càncer de cèrvix, el que s'ha produït en els darrers anys és una millora de la codificació d'aquesta causa de mort, el que es tradueix en una disminució franca de la mortalitat per càncer d'úter de part no especificada (figura 20). Això pot produir la falsa impressió que la mortalitat per càncer de cèrvix augmenta, quan probablement la mortalitat per càncer de cèrvix està disminuint.

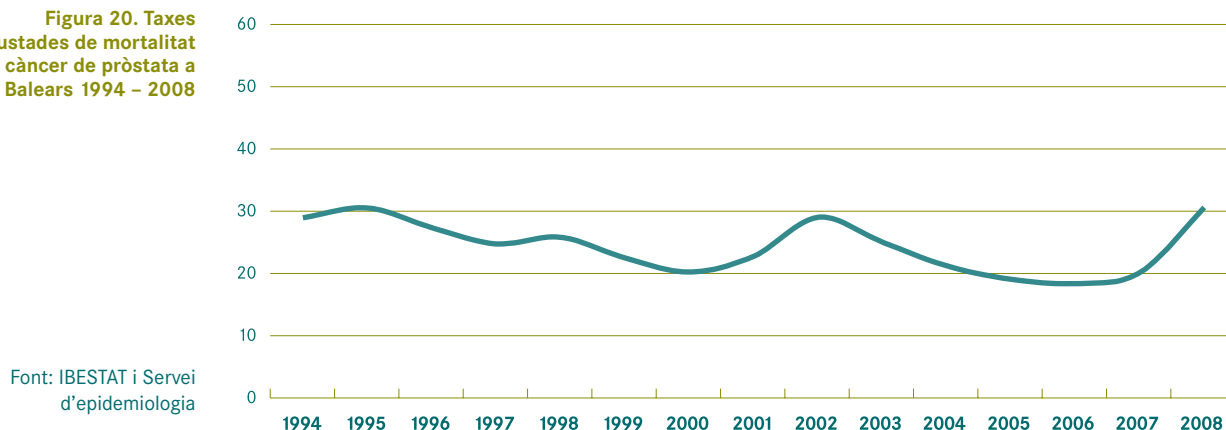
Figura 19. Taxes ajustades de mortalitat per càncer de cèrvix, cos d'úter i úter part no especificada a Illes Balears 1994 – 2008*



*De l'any 2008 no disposem dades desagregades de càncer de cos d'úter i càncer d'úter part no especificada.

En els homes, també s'observa una disminució de la mortalitat per càncer de pròstata (figura 21). El 2008 s'observa un valor més alt, però encara és prest per afirmar que es tracta d'un canvi de tendència.

Figura 20. Taxes ajustades de mortalitat per càncer de pròstata a Illes Balears 1994 – 2008



Els tumors són el grup de malalties que sumen el percentatge més alt d'anys potencials de vida perduts (APVP) tant en les dones com en els homes (figura 21).

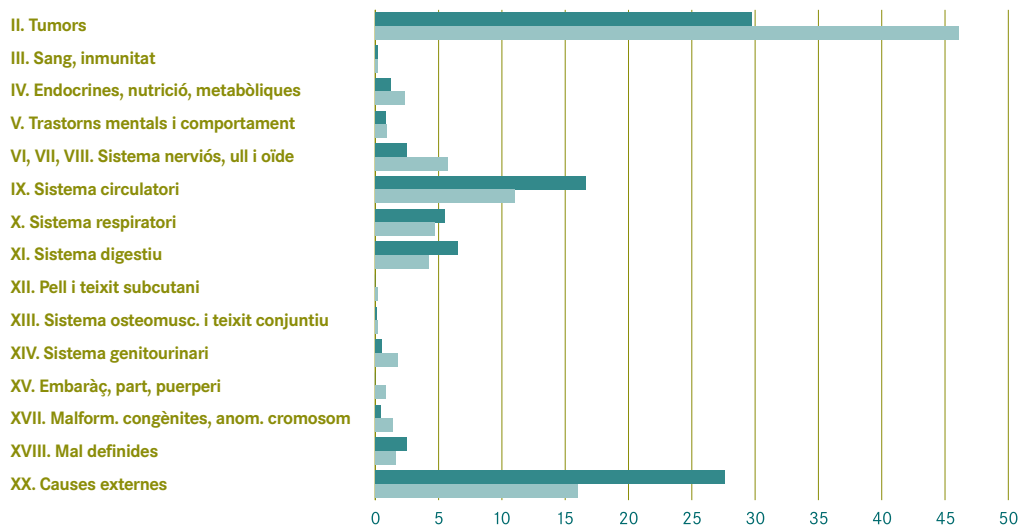


Figura 21. Percentatge APVP per grup de malalties a les Illes Balears. 2008

Home
Dona

Font: IBESTAT i Servei d'epidemiologia

Les taxes ajustades globals d'APVP són més elevades en els homes que en les dones. S'observa que a les Illes Balears han seguit una tendència descendent durant el període 1994-2008, principalment en els homes (figura 22).

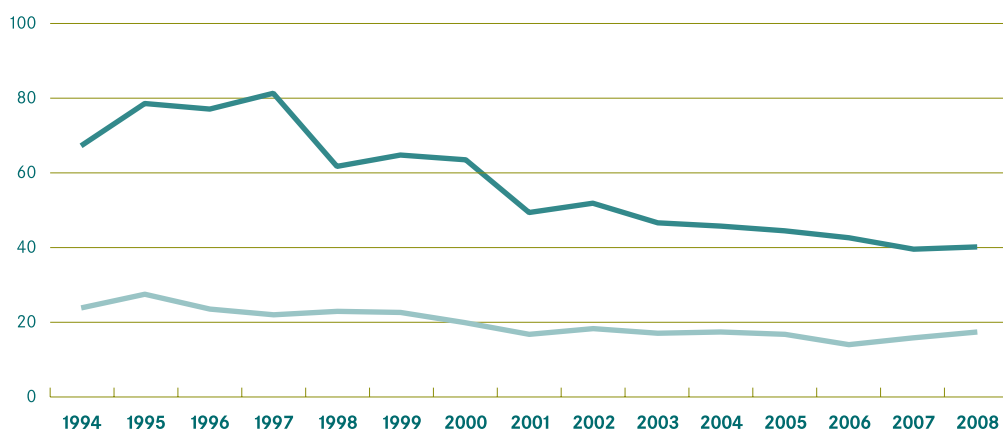


Figura 22. Evolució taxes ajustades APVP per totes les causes a les Illes Balears, 1994 - 2008

Home
Dona

Aquesta disminució de les taxes ajustades globals d'APVP en els homes és a causa de la disminució de les taxes per causes externes (figura 23), però també a la disminució de les taxes per tumors (figura 24) o per malalties del sistema circulatori (figura 25).

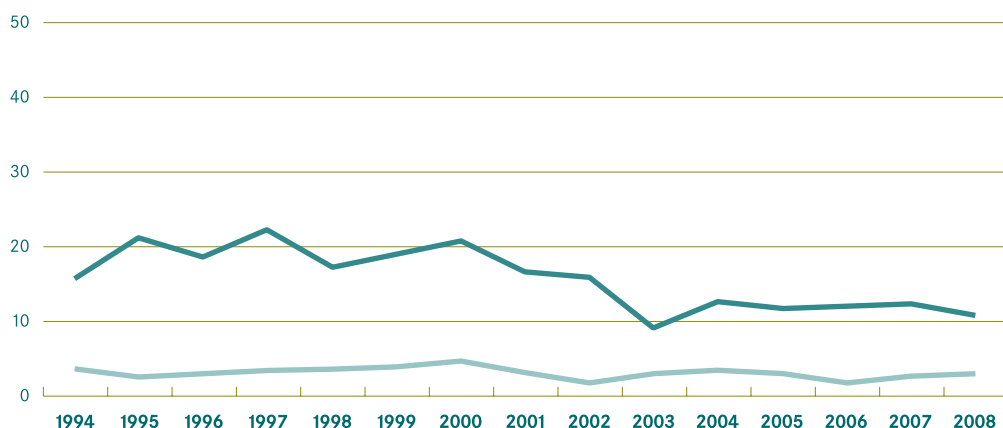


Figura 23. Evolució taxes ajustades APVP per causes externes a les Illes Balears, 1994 - 2008

Home
Dona

Figura 24. Evolució taxes ajustades APVP per tumors a les Illes Balears, 1994-2008

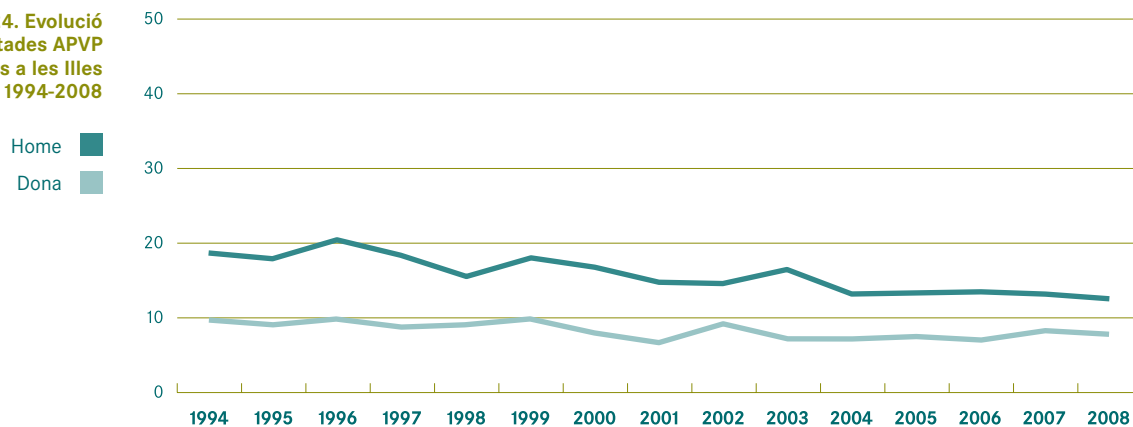
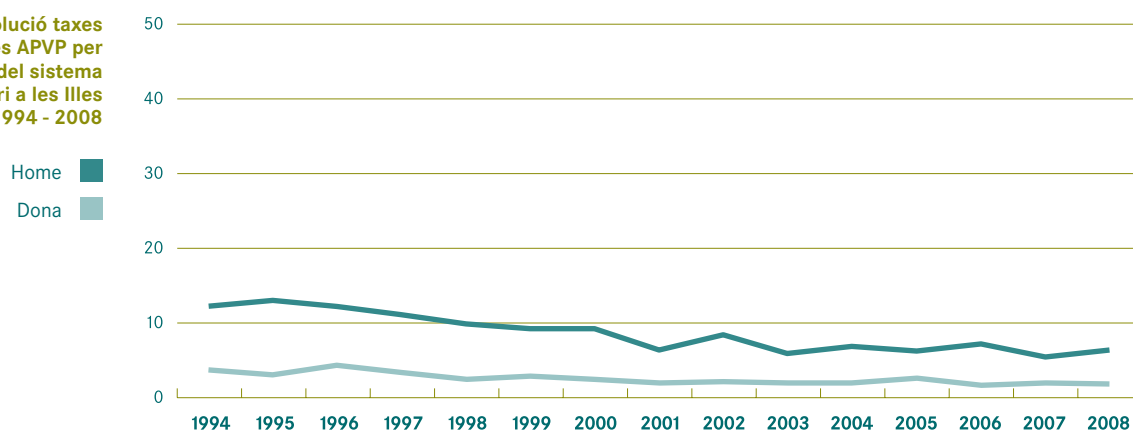


Figura 25. Evolució taxes ajustades APVP per malalties del sistema circulatori a les Illes Balears, 1994 - 2008



Dret a la salut

Determinants de salut

Resultats en salut

Despesa sanitària

Conclusions

Annexos

En aquest capítol:

Finançament de la salut

Finançament de la salut

El pressupost destinat a salut a la CAIB se situa al voltant del 4,7% del PIB de la Comunitat Autònoma i per sobre del 37% del pressupost total d'aquesta. Per a l'any 2009 és de 1.257.525.633,00 €. D'aquesta quantitat, 1.229.309.750,00 € corresponen al pressupost del Servei de Salut. En el període 2009-2003 el pressupost ha presentat un increment acumulat d'un 85,3% (un 95,2% en el cas del Servei de Salut). A la taula següent (taula 1) s'ofereixen les dades i els increments anuals.

Taula 1. Pressupost Salut període 1999-2009 (en milions d'euros)

Any	Pressupost SALUT [**]	Pressupost Servei de Salut	increment del pressupost SALUT respecte a l'any anterior	increment del pressupost Servei de Salut respecte a l'any anterior
2009	1.257,5 €	1.229,3 €	5,0%	5,1%
2008	1.197,3 €	1.169,9 €	10,2%	10,3%
2007	1.086,7 €	1.060,2 €	5,6%	5,5%
2006	1.029,1 €	1.004,7 €	5,6%	8,9%
2005	974,9 €	922,3 €	40,4%	42,8%
2004	694,5 €	646,1 €	2,3%	2,6%
2003	678,8 €	629,6 €		5,9%
2002 [*]		594,3 €		18,9%
2001 [*]		499,7 €		11,7%
2000 [*]		447,3 €		8,4%
1999 [*]		412,7 €		

[*] Les xifres anteriors a 2002 són de pressupost executat
 [**] Pressupost SALUT inclou el del Servei de Salut i no recull el de la DG de Consum

Aquest pressupost no és cobert pel model de finançament que tenim vigent a l'actualitat ja que existeix una diferència que es situa al voltant del 20% en els darrers exercicis. Aquesta diferència és la que reconeixem com l'esforç que ha de fer el Govern de les Illes Balears per garantir la suficiència pressupostària de SALUT.

Com exemple, l'any 2008 les Illes Balears reberen, segons el model de finançament de la Llei 21/2001, al voltant de 910 milions €, i a aquesta xifra se li ha d'afegir el derivat de les mesures de la 2a Conferència de Presidents, que representa uns 58 milions €, que sumen un total de 969 milions €. Xifra que representa un 17,8% menys del pressupost inicial del Servei de Salut i que expressa l'esforç que ha de fer la CAIB d'haver d'afegir més de 200 milions €.

És per això que quan parlem del finançament de la salut a la CAIB hem de tenir en consideració dates rellevants i punts claus que ens permetin entendre el que ha succeït des de l'any 2002 fins a l'actualitat.

La data de 27 de desembre de 2001 és clau en aquest sentit perquè és quan es publica un decret i una llei que marca l'inici del traspàs de competències en matèria de salut a la nostra comunitat autònoma i a la resta de les 10 comunitats autònomes que fins aquests moments conformaven l'INSALUD.

El RD 1478/2001¹, de 27 de desembre, recull el traspàs a la CAIB de les funcions i serveis de l'INSALUD.

Així mateix, la Llei 21/2001², de 27 de desembre, que regula el sistema de finançament de les comunitats autònomes de règim comú, recull tant el finançament dels serveis comuns com el finançament de la gestió dels serveis de sanitat i dels serveis socials de la Seguretat Social.

El finançament que rep la CAIB és insuficient. Aquesta situació és conseqüència d'un model de finançament que no estava preparat per assumir l'enorme increment poblacional que s'ha produït a la CAIB ni adaptat a l'avanç tecnològic que està marcant els darrers anys.

Entre totes les raons que condicionen aquesta insuficiència financera de la CAIB podem destacar:

- Es tracta d'un model de finançament estàtic que no recull l'increment de població experimentat en els darrers anys, ja que el punt de partida del model va ser la població de l'any 1999, població que ha crescut en més de 250.000 persones en deu anys.
- El model no considera la població flotant. Les Illes Balears és una de les principals comunitats autònomes receptores de turisme, tant a nivell nacional com estranger, a més, també es produeix un desplaçament de població d'altres comunitats autònomes que vénen a treballar en el sector serveis relacionat amb el turisme, població que lògicament utilitzarà els serveis sanitaris. En aquests sentit, s'ha estimat que la població flotant podria situar-se al voltant de les 330.000 persones /any³.
- El tercer aspecte és l'important sobrecost que la insularitat suposa a efectes de despesa sanitària. A més de considerar la doble insularitat de Menorca i Eivissa i la triple insularitat de Formentera.
- En cap moment es va reconèixer la necessitat d'infraestructures reals que necessitava la CA i que l'INSALUD tenia pendent de realitzar sense que les duqués a terme (reforma de l'Hospital Son Dureta, finalització de l'Hospital Son Llätzer, Hospital d'Inca, centres de salut d'atenció primària, etc.).

Amb aquest escenari es va construir un model de finançament que deixava la CAIB a la cua de l'assignació pressupostària per càpita de tot l'Estat espanyol, situació que no ha millorat en els darrers anys, tot i que s'hagin impulsat mecanismes addicionals de finançament, com han estat les mesures adoptades en la 2a Conferència de Presidents, que, tot i això, han resultat insuficients per assolir un finançament adequat. De fet, amb els pressuposts de 2009, la CAIB ocupà el 16è lloc en el rànquing de pressupost per càpita de totes les comunitats autònomes, amb una quantia de 1.181,8 €, enfront dels 1.320,00€ de mitjana de totes les comunitats autònomes, que suposa 138,2 € menys per persona protegida i any respecte a aquesta mitjana.

1 Reial decret 1478/2001, de 27 de desembre, sobre traspàs a la Comunitat Autònoma de les Illes Balears de les funcions i serveis de l'Institut Nacional de Salut.

2 Llei 21/2001, de 27 de desembre, per la qual es regulen les mesures fiscals i administratives del nou sistema de finançament de les comunitats autònomes de règim comú i ciutats amb estatut d'autonomia.

3 Estimació feta l'any 2005 d'un estudi sobre la "Despesa sanitària de la població no balear" (no publicat) que estima la població efectiva de la CAIB calculada en base a la generació de residus sòlids.

Una altra dada a considerar en aquesta anàlisi és la de la despesa sanitària, que es situa per sobre del pressupost inicial a cada exercici i que reflecteix la necessitat d'endeutament que té el sistema per garantir els serveis prestats. La taula 2 següent recull l'evolució de la despesa del període 2004-2008.

Taula 2. Despesa sanitària pública de les Illes Balears 2004-2008 (en milions €)

	2008	2007	2006	2005	2004
Conselleria Salut i Consum	29,5	26,9	27,5	24,8	25,2
Servei de Salut de les Illes Balears	1.238,2	1.147,5	1.007,3	969,5	822,1
TOTAL	1.267,7	1.174,4	1.034,8	994,3	847,2
Despesa per persona protegida (en €)	1.220,4	1.178,7	1.070,8	1.051,2	923,6

És important la diferència entre la dada de despesa per persona protegida i la dada de pressupost per persona protegida que es situà, l'any 2008, al voltant dels 70 € per persona i any.

Diferència entre població oficial i població real

El denominador poblacional en el marc del Sistema Nacional de Salut té gran importància en el sistema de finançament i en l'estimació de ràtios de pressupost i despesa per càpita.

Hem de tenir en consideració les dades de població empadronada, de població protegida pel SNS, de població amb targeta sanitària i de població real.

En el primer cas, la població protegida pel SNS és la de referència en els denominadors de pressupost i despesa per càpita. Aquesta població es calcula en base a les dades de padró, i se sostreu la població de mutualistes protegits per entitats d'assegurament privat (MUFACE, MUGEJU, ISFAS).

La taula 3 recull l'evolució de padró de la CAIB respecte a l'Estat espanyol, i destaca l'important creixement de la nostra comunitat autònoma, la que més creix de tot l'Estat espanyol, amb un increment acumulat en el període 2008-1999 per sobre del 33% que duplica el creixement de la mitjana d'Espanya, aspecte recollit en el TAM (taxa anual mitjana) que també ens situa en un creixement anual mitjà del doble respecte al creixement estatal.

Taula 3. Evolució del padró municipal

	CAIB	% Variació anual	Espanya	% Variació anual
1999	821.820		40.202.160	
2000	845.630	2,9%	40.499.791	0,7%
2001	878.627	3,9%	41.116.842	1,5%
2002	916.968	4,4%	41.837.894	1,8%
2003	947.361	3,3%	42.717.064	2,1%
2004	955.045	0,8%	43.197.684	1,2%
2005	983.131	2,9%	44.108.530	2,1%
2006	1.001.062	1,8%	44.708.964	1,4%
2007	1.030.650	2,9%	45.200.737	1,1%
2008	1.072.844	4,1%	46.157.822	2,2%
2008-1999	% Variac.	33,6	% Variac.	16,3
2008-1999	T.A.M.	2,9	T.A.M.	1,5

Font: elaboració pròpia en base a les dades oficials del MSyPS (Recursos del Sistema Nacional de Salut).

Aquestes dades referides a la població protegida també presenten un creixement de la CAIB similar, per sobre del 32% en l'acumulat 2008-1999 i amb una TAM de 3,1, en ambdós casos duplicant els creixements mitjans de l'Estat espanyol (taula 4).

Taula 4. Evolució de la població protegida

	CAIB	% Variació anual	Espanya	% Variació anual
1999	784.636		37.980.437	
2000	807.868	2,9	38.281.497	0,8
2001	840.490	4,1	38.905.395	1,6
2002	879.096	4,6	39.618.276	1,8
2003	909.616	3,5	40.497.751	2,2
2004	917.294	0,8	40.983.107	1,2
2005	945.823	3,1	41.928.228	2,3
2006	966.397	2,2	42.666.249	1,8
2007	996.352	3,1	43.216.959	1,3
2008	1.038.776	4,3	44.192.825	2,3
2008-1999	% Variac.	32,4	% Variac.	16,4
2008-1999	T.A.M.	3,1	T.A.M.	1,4

Font: elaboració pròpia en base a les dades oficials del MSyPS (Recursos del Sistema Nacional de Salut).

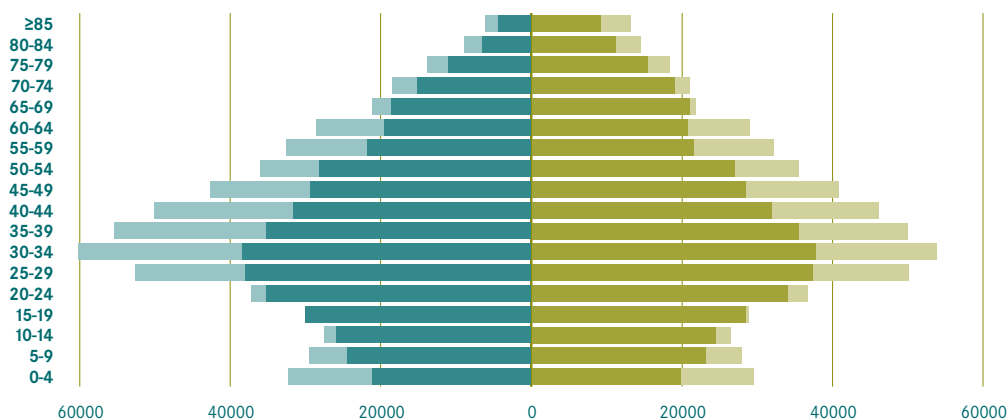
La contínua referència a l'any 1999 és molt important perquè, per determinar el repartiment de la transferència sanitària entre comunitats autònomes de l'any 2002, es va escollir com a variable bàsica la població protegida de l'any 1999. La població estrangera ha estat el principal factor explicatiu d'aquesta variació, de fet, si la població nascuda a l'estranger el 1999 representava el 7% sobre el total, aquest percentatge ascendeix per sobre del 20% l'any 2008, amb un increment de més de 150.000 persones en aquest període.

Una forma gràfica de veure aquesta variació és en la superposició de les piràmides de població, en funció del padró municipal dels anys 1999 i 2008, que recull la importància d'aquest creixement i la modificació de l'estructura de la piràmide soferta als darrers anys a la nostra comunitat, que presentem a la figura següent, on observam que la població de les Illes Balears és, avui en dia, una població poc envellida (figura 1).

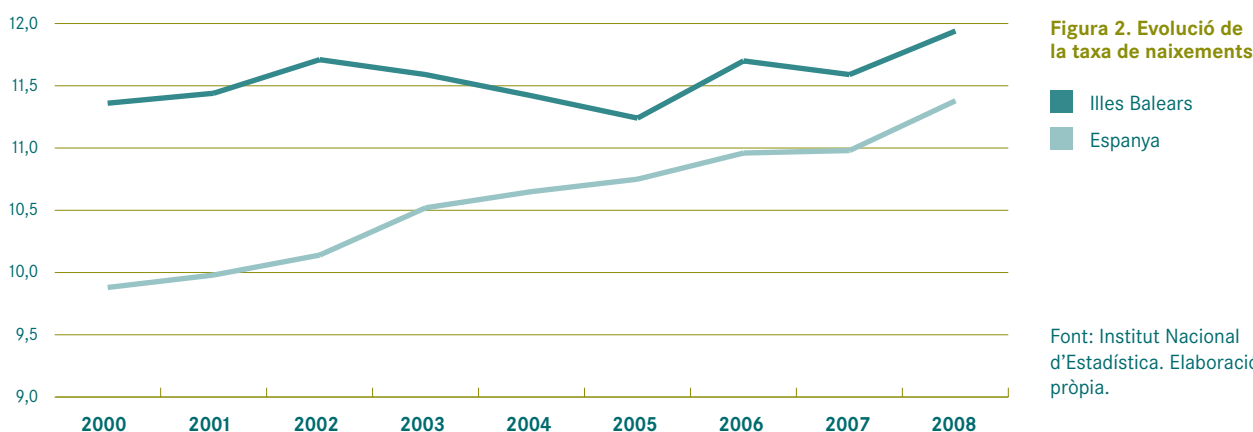
Figura 1. Piràmide de població CAIB 1999 vs 2008

Homes 1999
Homes 2008
Dones 1999
Dones 2008

Font: elaboració pròpia en base a les dades oficials dels padrons municipals de l'INE.



Els increments més intensos de població de la darrera dècada es concentren dins el grup de població activa, principalment en el tram dels 25 als 50 anys. Al mateix temps, la taxa de naixement o el nombre de naixements per cada mil habitants s'ha situat de mitjana, al llarg d'aquesta darrera dècada, un punt per damunt de la corresponent al conjunt de l'Estat (figura 2) encara que aquesta diferència va minvant amb el transcurs dels anys. Els augments que s'observen de la població major de 65 anys dins l'augment total de la població és a causa principalment de l'augment de l'esperança de vida.



Respecte a la targeta sanitària, el nombre de beneficiaris amb targeta sanitària a 1 de gener de 2009 és d'1.015.123. En el quadre següent es presenta l'evolució des de l'any 1999 fins a l'any 2009 del nombre de targetes sanitàries i la relació amb el padró municipal.

La dada rellevant és la de l'increment acumulat que en el període 1999-2009 és d'un 33,1%, descomptat el factor de correcció que suposà la depuració de la base de dades de TSI del SNS, condicionades per la incorporació a dita base de les dades de les comunitats autònomes d'Andalusia i de València, i que fa que hi hagi un descens l'any 2009 respecte de 2008. A la taula següent mostrem aquesta evolució (taula 5).

Taula 5. Evolució TSI 1999-2009

	Padró Illes Balears	TSI CAIB	Increment TSI respecte a l'any anterior	% TSI sobre padró
2009	1.094.972	1.015.123	-4,4%	92,7%
2008	1.072.844	1.062.240	2,9%	99,0%
2007	1.030.650	1.031.538	4,2%	100,1%
2006	1.001.062	990.146	4,07%	98,9%
2005	983.131	951.431	3,83%	96,8%
2004	955.045	916.360	6,01%	95,9%
2003	947.361	864.446	3,78%	91,3%
2002	916.968	832.978	3,61%	90,8%
2001	878.627	803.978	3,68%	91,5%
2000	845.630	775.422	1,66%	91,7%
1999	821.820	762.785	2,92%	92,8%

Font:
Servei de Salut

Altres línies de finançament

A més del finançament general, i per intentar pal·liar la manca de finançament, arran de la 2a Conferència de Presidents, s'han incorporat o s'han consolidat altres fonts de finançament com poden ser el Fons per a la gestió de la incapacitat temporal, el Fons de cohesió sanitària, fons relacionats amb l'atenció sanitària a estrangers, els fons per desenvolupar les estratègies en salut, els fons per desenvolupar estratègies en matèria de salut pública (HIV-sida i drogodependències), els fons relacionats amb els convenis o subvencions per desenvolupar estratègies concretes.

Per l'exercici 2007, el Fons per a la millora de la gestió de la incapacitat temporal va suposar percebre un import de 6,8 milions d'€.

Pel seu interès per a la nostra comunitat, destaquen dues fonts de finançament relacionades amb la població estrangera. D'una banda, la relacionada amb els pensionistes estrangers que traslladen la seva residència a la nostra comunitat i que, no obstant això, no cotitzen a Espanya (formularis "E-121"). La dada provisional de transferència per a les Illes Balears el 2008 ascendeix a 14,6 milions d'euros. D'altra banda, també destaca el grup de població d'estrangers que visiten temporalment Balears, que tenen dret a assistència sanitària a càrrec d'altres estats, de la Unió Europea o de països amb els quals Espanya té signats acords bilaterals en la matèria. La contra-prestació d'aquesta assistència es realitza a través del Fons de cohesió sanitària. El 2007, les Illes Balears varen rebre 3,5 milions € per la compensació a desplaçats a càrrec d'altres estats.

La Llei de cohesió i qualitat estableix àmbits de cooperació i d'actuació conjunta amb les comunitats autònomes i, en aquest sentit, s'han transferit des de l'Estat fons per temàtiques i actuacions concretes. El fons corresponents a l'exercici 2008 arriben als 3,3 milions €.

Finalment, cal destacar que es publicà el Reial decret 1733/2007, de 21 de desembre, pel qual es traspassen a les Illes Balears les funcions i els serveis de la Seguretat Social en matèria d'assistència sanitària encomanada a l'Institut Social de la Marina, amb un cost efectiu d'1,1 milions € i amb vigència a 1 de gener de 2008.

Deute sanitari acumulat

Tot i aquest finançament addicional, encara resulta insuficient per cobrir les necessitats en matèria de salut, per la qual cosa s'ha anat generant un deute d'anys anteriors.

Les dades relatives al deute acumulat en el període 2002/2008 del Servei de Salut, ascendeix a 140 milions d'euros, i les relatives a GESMA i les fundacions Hospital Son Llàtzer i Hospital de Manacor ascendeixen a 98,4 milions d'euros.

En la taula 6 recollim el deute acumulat del període 2002-2008.

Taula 6. Deute acumulat 2002-2008 (en milers d'euros).

Deute sanitari acumulat	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008
Deute acumulat SERVEI DE SALUT sense pèrdues acumulades EMPRESES PÚBLIQUES I FUNDACIONS	39.055	56.203	57.980	56.789	95.764	117.029	140.178
Increment anual deute	0	17.148	1.778	-1.191	38.975	21.265	23.149
Pèrdues acumulades EMPRESES PÚBLIQUES I FUNDACIONS	5.507	41.314	50.120	52.907	56.764	69.818	98.411
Increment anual pèrdues	0	35.807	8.806	2.788	3.856	13.054	28.593

Font: Ib-Salut

MODEL ASSISTENCIAL POBLACIÓ
QUALITAT DE VIDA
SALUT PÚBLICA

NOUS REPTES
TOLÒGIES CRONIQUES
VALORACIÓ

Dret a la salut

Determinants de salut

Resultats en salut

Despesa sanitària

Conclusions

Annexos

En aquest capítol:

Conclusions

Conclusions

El diagnòstic de salut ens desplega una realitat de la qual en volem destacar diversos aspectes fonamentals, a la llum dels quals s'ha de mirar la resta de l'informe.

El primer és el creixement espectacular de la població en els darrers deu anys. La població ha augmentat un 33,3%. Ja som 1.095.426 de persones. D'aquest creixement n'ha estat responsable la immigració massiva dels últims anys. D'aquesta manera, la composició de la població segons origen queda perfilada de la manera següent: 54% nascuts a les Illes Balears, 23% a altres comunitats autònomes i el 23% restant a l'estranger. Com repercutirà en la salut aquest gran canvi sociològic?

Si sociològicament s'obri un interrogant, econòmicament ja en tenim les conseqüències: el nostre sistema sanitari ja consumeix el 35% de tot el pressupost de la nostra Comunitat. I el model de finançament genera anualment una mitjana del 20% de dèficit que s'han de cobrir deduint-lo d'altres partides. Es pot seguir mantenint aquesta tendència?

Remarcam d'entrada aquests dos fets perquè consideram que poden determinar qualsevol iniciativa en salut si no se'ls té en compte a l'hora de planificar-los.

Si el creixement demogràfic marca de forma determinant la nostra població, la seva salut està condicionada no només pels estils de vida que adopta, sinó que hi influeixen l'entorn social, les condicions de treball, el medi ambient, l'atur, el nivell d'educació etc. i el panorama, en temps de crisi global, no és òptim.

Malgrat que tenim uns indicadors acceptables de qualitat de vida, les Illes no escapen a la realitat actual de crisi global, crisi reflectida a les xifres d'atur, la davallada del PIB, etc. Altres indicadors, com són els elevats índexs de sinistralitat laboral o els indicadors del nivell d'educació, uns dels pitjors de l'Estat espanyol, també reflecteixen situacions de vulnerabilitat en termes de salut pública.

Si bé en aquest diagnòstic de salut s'ha dedicat una part important a l'anàlisi dels determinants de salut, i tenim molta informació sobre els estils de vida de la població. La manca d'indicadors de sectors aliats al sector salut ens revelen que encara ens queda un llarg recorregut per dirigir l'acció en salut pública cap als determinants socials de la salut, i integrar l'avaluació de l'impacte en salut de les polítiques, programes o accions que es prenen fora de l'àmbit sanitari i que tenen una repercussió en la salut de la població. Així, en properes anàlisis haurem de tenir en compte indicadors tals com la qualitat de l'aire, l'ús de transport públic, el temps dedicat a satisfer les necessitats quotidianes, la participació social o l'accés a zones verdes, entre d'altres.

Encara que les condicions de treball no són actualment del tot favorables, la població té una elevada esperança de vida (els homes de 78,5 anys i les dones de 84,3 anys) i tres de cada quatre persones tenen la percepció de tenir bona o molt bona salut, la qual cosa ens podria fer reflexionar, equivocadament, que a la nostra comunitat, la salut ha deixat de ser un problema. Però hem de fixar la nostra atenció en dos fets importants.

D'una banda en els estils de vida d'una població cada vegada més sedentària, tant entre els adults com entre el jovent, i amb un patró de dieta que pot millorar considerablement, fets que fan que la meitat de la nostra població tengui un excés de pes; una població jove amb una elevada prevalença d'interrupcions voluntàries d'embaràs o amb problemes

d'alcohol i altres tipus d'addicions. La mirada positiva la posarem en la població que poc a poc comença a no fumar.

D'altra banda, hi ha un 25% de gent que es queixa de tenir una salut regular o dolenta. A més a més, perquè els problemes de salut s'agreguen en els grups més vulnerables de la nostra societat, les persones majors i els col·lectius més desfavorits, i s'hauria d'avaluar l'impacte econòmic que representa en despesa sanitària i farmacèutica a l'hora de plantejar les polítiques de salut, i tal vegada enfocar-la d'una altra manera.

I de què emmalalteix i mor la nostra població? Els problemes de salut més prevalents que els residents de les Illes pateixen són, com a les societats que ens envolten, les patologies cròniques. Les malalties cardiocerebrovasculars continuen sent un dels problemes més greus de salut pública pel seu impacte sanitari, social i econòmic. Als darrers anys s'observa un descens de la taxa de mortalitat, tant a les Illes com a Espanya. La mortalitat a les Illes està per sota de la mitjana nacional tant en morts per infarts com per malalties cerebrovasculars. En aquest últim cas hem de constatar que la davallada ha estat espectacular a partir del 2004-2005 amb l'inici del tractament trombòtic de l'ictus isquèmic.

Malgrat aquest decrement, no hem d'esperar que la seva prevalença baixi, ja que cada vegada és més elevada la prevalença dels seus factors de risc (l'excés de pes ja afecta la meitat de la població de les nostres Illes, si bé la situació quant al tabac és més optimista per la lleugera davallada de la prevalença global). A més a més, hem de tenir en compte que les malalties cerebrovasculars són la primera causa de discapacitat en adults i la segona causa en demències, la qual cosa ens fa conscients de la càrrega assistencial que aquestes malalties suposaran al sistema sanitari en el futur. No podem oblidar altres patologies relacionades, com és la diabetis, amb una mortalitat més elevada en dones, amb factors de riscos comuns, que genera una gran quantitat de complicacions i suposa un gran impacte a nivell individual i de salut pública.

Les malalties oncològiques també ocupen un lloc prioritari en el diagnòstic de salut de la nostra població. Illes Balears ocupa el primer lloc d'Espanya en mortalitat per càncer de mama i està entre els primers en càncer de pulmó, tant en homes com en dones. La incidència s'està incrementant, tant a les Illes Balears com a Espanya, en relació a l'envelliment de la població, però la supervivència d'alguns càncers està millorant (el 50% de persones amb càncer sobreviuen als 5 anys del diagnòstic), motiu pel qual s'ha convertit en una malaltia molt prevalent. En dones els càncer més freqüents són: mama, colon, cos d'úter, recte, cèrvix uterí i ovari. En els homes, els més freqüents són: pulmó, pròstata, bufeta urinària, colon, recte i laringe. En el període 1989-2000, les taxes d'incidència de càncer s'incrementen tant en dones com en homes (mama en dones, pròstata en homes, i recte, en homes i dones). I una bona notícia, alguns càncers relacionats amb el tabac presenten un descens (pulmó i bufeta en homes i cèrvix en dones).

Les malalties respiratòries ocupen el tercer lloc com a causa de mort a les Illes Balears, fonamentalment, la malaltia pulmonar obstructiva crònica (MPOC), malaltia que s'està convertint en una pesada càrrega econòmica. La MPOC està molt relacionada amb els estils de vida i per això és una malaltia en la majoria dels casos que es poden preveure i evitar. Per això s'hauria de considerar intervenir més agressivament contra el tabaquisme, no solament perquè el 80% dels casos tenen antecedents de consum de tabac, sinó per una qüestió d'imperatiu democràtic: el 70% de la població no fuma i ha de pagar no solament les despeses econòmiques que costen els pacients fumadors, sinó també el cost en salut que comporta ser fumador passiu.

En relació a l'asma i a les al·lèrgies, les Illes Balears es situen en les primeres posicions de l'escalafó en la prevalença d'asma en tot el territori espanyol. L'asma és la primera causa de malaltia crònica de la infància i l'adolescència.

Entre els problemes de salut, les malalties mentals són una patologia emergent. L'OMS pronostica que el 2020 representi el 15% de morbiditat arreu del món. L'enquesta de salut de les Illes Balears del 2007 diu que el 24.1% de la nostra població corre el risc de patir un trastorn mental, xifres en consonància amb altres indicadors, tals com un elevat consum de psicofàrmacs a la nostra comunitat autònoma.

Aquest problema latent el veiem també en considerar els trastorns mentals greus (TMG). Si considerem els criteris d'avaluació epidemiològica de consens, s'estima que a les Balears hi ha 5.000 persones amb TMG i sols 2.854 són atesos a la xarxa pública. Aquest tipus de malalt consumeix el 50% dels recursos assistencials en salut mental. Convendria doncs, donada la magnitud del problema que haurem d'afrontar, que es començassin a aplicar les recomanacions de l'OMS. Aquest organisme suggereix destinar entre el 5- 15 % del pressupost sanitari a la salut mental. A les Illes Balears, la inversió està sobre el 4.55%, això vol dir que hi ha un marge de millora, fins arribar al 7% recomanat, que ja es fa a altres comunitats espanyoles.

No hem d'acabar el resum de les patologies més prevalents de la nostra comunitat sense dedicar unes línies d'aquest capítol a les lesions. En primer lloc, les produïdes per accident de trànsit. Cal destacar que en els darrers anys se segueix una tendència descendent en el nombre d'accidents amb víctimes, morts i ferits lleus. Malgrat aquesta bona notícia, no hem d'oblidar que el 50% de les morts a conseqüència d'això són gent jove, persones entre 10 i 44 anys, i que en el grup de les persones entre 10 i 34 anys és la primera causa de mort i la primera causa d'invalidesa crònica. I no podem oblidar tampoc que la majoria són evitables. El problema de les lesions ocorregudes en la gent major canvia considerablement. Si la majoria de gent jove lesionada són homes, entre la gent gran lesionada, la majoria són dones, lesions causades fonamentalment per caigudes accidentals.

Per últim, en relació a les malalties transmissibles que estan sotmeses a vigilància epidemiològica permanent, la tendència a la baixa incidència s'ha mantingut: en grip, meningitis meningocòccia, varicel·la, parotiditis (exceptuant un brot epidèmic a les Pitiüses els anys 2004-2005), i en taxes encara més baixes foren les de rubèola, xarampió i tos ferina. La incidència anual d'hepatitis A ha estat molt baixa, i encara més baixes han estat les altres malalties de transmissió alimentària i fecal-oral.

Destacar l'augment de la incidència de la sífilis i el descens de la incidència de la infecció per VIH, malgrat que a les Illes es manté la taxa més alta a tota Espanya. Destacant el predomini dels casos de transmissió heterosexual, caldrà tenir esment també amb les malalties importades en augment. Per acabar podem dir que s'ha de seguir en la màxima alerta amb els controls sanitaris per aconseguir mantenir la tendència minvant d'aquestes malalties, i intentar millorar la cobertura d'informació.

No podem acabar aquest apartat sense fer-nos ressò dels malalts pluripatològics com a grup que, per les seves circumstàncies, s'hauran de tenir en compte en el nou pla de salut.

Els serveis prestats

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. Quant als serveis de salut pública, pateix la mateixa malaltia que a la resta de l'Estat, uns

pressuposts molt insuficients i amb problemes per formar professionals qualificats que responguin les noves amenaces i prestacions que la societat necessita.

La valoració dels ciutadans de les Balears del sistema sanitari assistencial es situa per sobre de la mitjana estatal i ha millorat substancialment durant la darrera dècada.

El 2009 hi ha una decantació notable de la població cap al sistema públic enfront del privat, ja sigui per la tecnologia i els mitjans tècnics de què disposa, per la capacitat dels metges i infermers, o tal vegada per la situació actual de crisi econòmica. Aquesta revalorització del sector públic enfront del privat es deu també a la pèrdua de la medicina privada en els seus punts forts: a) la rapidesa d'atenció, b) el tracte personalitzat i c) el confort de les instal·lacions.

Com a punts de millora dels serveis sanitaris públics identifiquem la informació que es dona, o millor dit, que no es dona, els drets i les vies de reclamació existents i la informació de mesures i lleis adoptades per les autoritats sanitàries.

Aquest diagnòstic de salut no només descriu la situació actual quant a la salut de la població, sinó que ens identifica principalment:

- Els **nous reptes que hem d'assolir en salut pública** i que passen per treballar amb els sectors aliats al sector salut (polítiques de transport, urbanisme, medi ambient, habitatge, xarxes socials...), per reduir les desigualtats socials i per potenciar noves línies d'investigació.
- La **redefinició del model assistencial** per fer front a l'elevada càrrega que les patologies cròniques i la pluripatologia generen.
- La **racionalització de la despesa** per assegurar-nos la sostenibilitat del sistema.
- La definició d'un **nou rol de la ciutadania** més compromesa i participativa en l'assoliment dels objectius del sistema de salut.

Els treballs de planificació estratègica permetran seguir millorant la percepció del ciutadà i la salut de la població incorporant elements de racionalitat i eficiència.

Dret a la salut

Determinants de salut

Resultats en salut

Despesa sanitària

Conclusions

Annexos

En aquest capítol:

Formació i recerca

Trasplantaments i donacions

Informació jurídica

Resum indicadors

Formació, investigació i innovació en matèria sanitària

En matèria de salut, al llarg de l'any es varen dur a terme un gran nombre d'activitats de formació, d'investigació i d'innovació.

Pel que fa a la formació, cal destacar l'activitat de la Comissió de Formació Continuada de les Professions Sanitàries, de la Conselleria de Salut i Consum, que revisà 676 activitats de formació el 2008, de les quals 637 varen ser acreditades.

En formació sanitària especialitzada, es va donar formació a 381 residents, s'acreditaren 5 noves places d'especialitats, i per a la convocatòria 2008-2009 es realitzà una oferta de 145 places de residents.

Quant a la investigació, la despesa en el Sistema de Salut Públic de les Illes Balears l'any 2007 va ascendir fins als gairebé 11 milions d'euros, en concepte de recerca i desenvolupament (R+D), amb 556 persones que hi varen participar, que si es comptabilitzen en termes d'equivalència en jornada completa, varen ser 188. Això suposa el 12,6% del total de la despesa generada en R+D a les Illes Balears i el 12,1% dels professionals dedicats a la recerca.

Aquesta investigació es completa amb el finançament extern, especialment el que arriba des de l'Institut de Salut Carlos III, el qual va destinat a donar suport a la intensificació i l'estabilització d'investigadors i de tècnics de suport. L'any 2008 es varen establir dos tècnics per a 4 anys (2008-2011), un a l'Hospital Son Dureta i un altre als GAP Mallorca. A més, es varen intensificar 3 investigadors a l'Hospital Universitari Son Dureta. En el marc de l'ENCiT (Estratègia nacional de ciència i tecnologia) es va signar un conveni de 4 anys amb ISCIII per afavorir la incorporació de grups d'investigació a les institucions del SNS.

Per la seva banda, el Pla de ciència, tecnologia i innovació de les Illes Balears 2009-2012 identifica com a una oportunitat la creació d'un pol d'R+D+I de salut, amb un eix principal (Son Espases, UIB, ParcBIT) amb diferents estructures de recerca, empreses biotecnològiques i concentració del talent. En aquest sentit, és una línia prioritària d'aquest Pla l'alineament d'accions de complicitat entre els camps de la biotecnologia, biomedicina i ciències de la salut, amb les tecnologies de la informació i la comunicació (TIC).

Així mateix, s'ha de destacar l'activitat d'R+D que avalua el Comitè Ètic d'Investigació Clínica de les Illes Balears. Aquest Comitè es va crear l'any 2000 per vetlar pel compliment de la normativa en l'experimentació de productes, substàncies, fàrmacs i tècniques diagnòstiques o terapèutiques, en éssers humans, i, especialment, per la seguretat, la integritat i el respecte dels drets dels individus que participen en els programes d'investigació. A més, assoleix l'avaluació de projectes d'estudi de fàrmacs ja comercialitzats per assessorar la Conselleria, que té l'autoritat de permetre la realització d'aquests estudis a la nostra Comunitat.

L'any 2008, es varen avaluar 189 protocols (111 assajos clínics, 63 projectes d'investigació i 15 estudis post-autorització). Del total d'assaigs clínics presentats, 88 es varen aprovar, 3 es varen denegar, 16 estaven pendents de resolució i 4 es varen suspendre. L'evolució del nombre i de les avaluacions dels assaigs clínics presentats en els darrers 6 anys es mostra a la taula següent (taula 1):

Taula 1. Evolució dels assaigs clínics presentats al Comitè Ètic d'Investigació de les Illes Balears

	2003	2004	2005	2006	2007	2008
Assaigs aprovats	64	60	89	85	85	88
Assaigs denegats	6	7	8	9	3	3
Pendents resolució	19	9	16	29	33	16
Suspesos	-	6	2	-	6	4
Total Assaigs presentats	89	82	115	123	127	111

Font: Conselleria de
Salut i Consum. Direcció
General d'Avaluació i
Acreditació

La innovació en la sanitat pública és un dels eixos prioritaris d'actuació, especialment en el camp de les noves tecnologies de la informació i comunicació (TIC). El Servei de Salut de les Illes Balears, al llarg de 2008, ha desenvolupat diversos projectes per a la millora en accessibilitat, en seguretat del pacient, en sistemes d'informació i en gestió clínica, entre els quals destaquen els següents:

- La implantació en tot el territori de la recepta electrònica. Illes Balears ha estat la primera Comunitat Autònoma de l'Estat en implantar-la en el 100% dels centres de salut i oficines de farmàcia. S'ha assolit una bona cobertura a Eivissa i Formentera i bona progressió a les àrees en què la implantació és més recent, abril de 2009, la cobertura es situa al voltant del 30% dels pacients.
- Història de salut: eina d'integració de tota la informació sanitària dels ciutadans que permet que estigui disponible en qualsevol moment per qualsevol professional sanitari de la comunitat autònoma amb les pertinents mesures de seguretat i confidencialitat. La història de salut permet, a més, tenir registres d'aspectes rellevants en matèria de salut com és el de voluntats anticipades. Durant l'any 2008, s'ha iniciat la segona fase d'aquests projectes que consisteix en implantar la gestió integrada de processos assistencials a través de l'aplicació informàtica.
- Factoria d'informació corporativa: sistema d'informació integral del Servei de Salut que permet integrar la informació d'activitat i indicadors de qualitat assistencial de tots els centres. Aquesta informació disponible actualitzada permet una gestió d'orientació clínica efectiva.

Els trasplantaments i les donacions de sang i d'òrgans

Donacions de sang

Les donacions de sang a les Illes Balears al llarg de 2008 varen superar els registres dels anys anteriors i varen situar el nou màxim en les 41.185 donacions. El creixement respecte del 2007 va ser del 6,7% i d'aquesta manera es va trencar, de cop, la tendència a retrocedir que s'observava des de 2005 (figura 1).



Figura 1. Evolució de les donacions, incloses les afèresis i les autotransfusions

Font: Fundació Banc de Sang i Teixits.

Per illes, el 73% de les donacions es varen fer a Mallorca, el 12% a Eivissa i Formentera i el 9% a Menorca; mentre que la resta, un 7%, foren afèresis.

Donacions d'òrgans

Durant el 2008, a les Balears hi va haver 38,2 donants per milió d'habitants, un 19,4% més que l'any anterior, però encara menor dels màxims assolits durant el trienni 2004-2006, on les taxes es situaren per sobre dels 40 donants per milió d'habitants (figura 2).

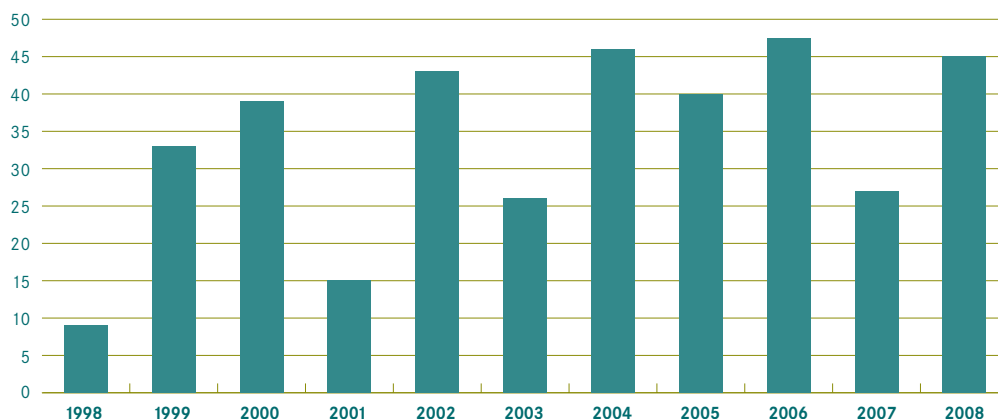


Figura 2. Evolució del nombre de trasplantaments renals a les Illes Balears

Font: CATIB

Al llarg de l'any, tres hospitals varen generar donacions: Son Dureta, Menorca i Ca'n Misses. Del total de 41 donants de les Balears, se n'obtingueren 126 òrgans (75 ronyons, 36 fetges, 8 cors i 7 pulmons) (taula 1).

Taula 1. Activitat global de donació de teixits

	2008	2007
T. osteotendinós	21	18
H. Can Misses	7	1
H. Son Dureta	14	17
T. ocular (Còrnies)	58	42
H. Son Dureta	25	19
H. Son Llàtxer	22	16
H. Can Misses	6	4
H. Manacor	3	2
F. Banc de Sang i Teixits		1
H. Inca	1	
H. General	1	
Membrana amniòtica	9	2
H. Son Llàtxer	3	2
H. Son Dureta	6	
Sang cordó umbilical	222	211
H. Son Llätzer	53	49
H. Manacor	43	39
H. Son Dureta	91	113
H. Can Misses	35	
Vàlvules cardíàques	8	5
H. Son Dureta	8	4
H. Can Misses		1

Font: CATIB

Paral·lelament, el nombre de trasplantaments renals també va augmentar, fins a situar-se en 46, enfront dels 28 de l'any 2007. Així mateix, l'activitat global d'implants de teixits i de donació de teixits va experimentar una alça generalitzada de l'activitat.

Informació jurídica: Annexos i decrets comunitat autònoma de les Illes Balears

El present document fa un recull de les principals normatives en matèria de Salut i Sanitat publicades a la nostra CA des del moment de l'assumpció de les competències en matèria de salut rebudes a rel del RD 1478/2001, de 27 de desembre, que recull el traspàs a la CAIB de les funcions i serveis del INSALUD.

Així, s'han publicat 11 Lleis promogudes de forma directa des de la Conselleria de Salut i Consum que s'inicien amb la Llei de Salut de 2003. A més, fem relació també de Lleis promulgades des d'altres àmbits del Govern de les Illes Balears i que tenen relació directa en matèries de salut

1. Llei 5/2003 de 4 d'abril, de salut de les Illes Balears Disposició modificada, BOIB núm. 055, de 22 d'abril de 2003.
2. Llei 4/2007 de 28 de març, de creació del Col·legi Oficial de Dietistes-Nutricionistes de les Illes Balears. BOIB núm. 53, de 10 d'abril de 2007.
3. Llei 17/2006 de 13 de novembre, integral de l'atenció i dels drets de la infància i l'adolescència de les Illes Balears. BOIB núm. 163, de 18 de novembre de 2006.
4. Llei 16/2006, de 17 d'octubre, de Règim jurídic de les llicències integrades d'activitat de les Illes Balears Disposició modificada, BOIB núm. 152, de 28 d'octubre de 2006.
5. Llei 12/2006, de 20 de setembre, per a la dona. BOIB núm. 135, 26 de setembre de 2006.
6. Llei 10/2006, de 27 de juliol, integral de la joventut. BOIB núm. 109, de 3 d'agost de 2006, correccions BOIB núm. 112, de 10 d'agost de 2006.
7. Llei 5/2006 de 30 de març, de creació del Col·legi Oficial de Terapeutes Ocupacionals de les Illes Balears. BOIB núm. 50, de 6 d'abril de 2006.
8. Llei 1/2006, de 3 de març, de voluntats anticipades, BOIB núm. 036, de 11 de març de 2006.
9. Llei 4/2005 de 29 d'abril, sobre drogodependències i altres addiccions a les Illes Balears, BOIB núm. 071, de 10 de maig de 2005.
10. Llei 41/2002 de 14 de novembre, bàsica reguladora de la autonomia del pacient i de drets i obligacions en matèria d'informació i documentació clínica. BOE núm. 274, de 11 de novembre de 2002.

11. Llei 15/2001, de 29 de novembre, de creació del Col·legi Professional de Pedagogs i Pedagogues de les Illes Balears. BOIB núm. 5, de 5 de gener de 2002.

A més de les lleis s'han recollit, en forma d'annex, els decrets i ordres que estan en vigor i que són importants per estar relacionades amb el dret a la salut dels ciutadans.

L'Annex I, Decrets, conté 69 decrets, ordenats segons la seva data de publicació, apareixent en primer lloc els més recents i l'Annex II recull un total de 30 ordres.

Annex I

Decrets

1. Decret 41/2009, 26 de juny, pel qual es regula la prestació ortoprotèsica. BOIB núm.99, de 9 de juliol de 2009.
2. Decret 16/2009, de 6 de març, pel qual es modifica el Decret 69/2006, de 21 de juliol, d'Estratègia de la Sida a les Illes Balears, BOIB núm. 037, de 12 de març de 2009.
3. Decret 137/2008 de 12 de desembre, pel qual es regula l'ús de desfibril·ladors externs semiautomàtics en centres no sanitaris de les Illes Balears, BOIB núm. 178, de 20 de desembre de 2008.
4. Decret 135/2008, de 5 de desembre, pel qual es regula el procediment per publicar les sancions per infraccions molt greus en matèria de prevenció de riscos laborals a les Illes Balears, BOIB núm. 176, de 16 de desembre de 2008.
5. Decret 133/2008, de 5 de desembre, pel qual s'estableix el procediment per a la renovació dels carnets d'aplicadors de plaguicides d'ús ambiental i d'ús en la indústria alimentària. BOIB núm. 176, de 20 de desembre de 2008.
6. Decret 117/2008, de 24 d'octubre, de modificació del decret 15/1997 de 23 de gener, pel qual es crea i regula la xarxa de vigilància epidemiològica en la CAIB. BOIB núm. 157, de 6 de novembre de 2008.
7. Decret 100/2008, de 26 de setembre, pel qual es revoca la delegació de competències, aprovada pel Decret 10/1999, de 19 de febrer, pel qual es delega en el Col·legi Oficial de Farmacèutics de les Illes Balears la tramitació dels expedients de trasllat, modificació i transmissió d'oficines de farmàcia i el nomenament de farmacèutics regents, substituïts o adjunts. BOIB núm. 139, de 2 d'octubre de 2008.
8. Decret 96/2008 de 19 de setembre de 2008 pel qual es regula la prescripció i la dispensació als centres assistencials del Servei de Salut de les Illes Balears dels medicaments d'intercepció postcoital. BOIB núm. 139, de 2 de setembre de 2008.
9. Decret 94/2008 de 12 de setembre pel qual s'aproven les bases i s'estableix el contingut de la cartera de serveis complementària del Sistema Sanitari Públic de les Illes Balears. BOIB núm.131, de 18 de setembre de 2008.
10. Decret 93/2008 de 5 de setembre, pel qual s'estableixen els requisits i les condicions sanitàries dels serveis de farmàcia i dipòsits de medicaments en els centres de cirurgia ambulatoria, les mútues d'accident de treball i malalties professionals de la Seguretat Social i els centres d'interrupció voluntària de l'embaràs. BOIB núm 128, de 13 de setembre de 2008.

11. Decret 75/2008, de 27 de juny, pel qual es modifica el Decret 5/2005, de 21 de gener, pel qual es crea la Comissió de Coordinació de la Vigilància i Control de Determinades Substàncies, dels residus en els animals i dels seus productes a l'àmbit de la comunitat autònoma de les Illes Balears, BOIB núm. 094, de 5 de juliol de 2008.
12. Decret 69/2008, de 20 de juny, mitjançant el qual es regula el conjunt Mínim Bàsic de Dades (CMBD) d'alta Hospitalària i activitat ambulatoria a la Comunitat Autònoma de les Illes Balears. BOIB núm.89, de 26 de juny de 2008.
13. Decret 59/2008, de 2 de maig, pel qual s'estableixen i s'implanten els procediments de seguretat i el sistema de vigilància enfront dels accidents amb risc biològic a l'àmbit sanitari de les Illes Balears, BOIB núm. 063, de 8 de maig de 2008.
14. Decret 31/2008, de 14 de març, pel qual es modifica el Decret 41/2004, de 23 d'abril, pel qual es regulen les compensacions per desplaçament dels usuaris del Servei de Salut de les Illes Balears. BOIB núm. 41, de 25 de març de 2008.
15. Decret 144/2007, de 14 de desembre, pel qual es nomena el Defensor dels Usuaris del Sistema Sanitari Públic de les Illes Balears. BOIB núm. 187, de 18 de desembre de 2007.
16. Decret 132/2007, de 19 d'octubre, pel qual se modifica el Decret 14/2002, d'1 de febrer, sobre ordenació de les competències en matèria de sanitat i serveis de salut. BOIB núm. 159, de 25 d'octubre de 2007.
17. Decret 124/2007, de 5 d'octubre, de creació de la Xarxa Autonòmica de Coordinació de Transplantaments de les Illes Balears. BOIB núm. 153, d'11 d'octubre 2007.
18. Decret 58/2007, de 27 d'abril, de desplegament de la Llei de voluntats anticipades i del Registre de Voluntats Anticipades de les Illes Balears, BOIB núm. 070, de 10 de maig de 2007.
19. Decret 87/2006, de 6 d'octubre, de provisió de prefectures de caràcter assistencial del Servei de Salut de les Illes Balears. BOIB núm. 140, de 7 d'octubre de 2006.
20. Decret 83/2006, de 22 de setembre, de garanties dels terminis màxims de resposta a l'atenció sanitària especialitzada programada i no urgent en el Servei de Salut de les Illes Balears, BOIB núm. 136, de 28 de setembre de 2006.
21. Decret 74/2006, de 25 d'agost, pel qual s'autoritza el canvi del nom del Col·legi Professional de Pedagogs i Pedagogues de les Illes Balears pel de Col·legi Oficial de Pedagogia i Psicopedagogia de les Illes Balears. BOIB núm. 125, de 5 de setembre de 2006.
22. Decret 69/2006, de 21 de juliol, pel qual s'aprova l'Estratègia de la sida a les Illes Balears Disposició modificada, BOIB núm. 109, de 3 d'agost de 2006.
23. Decret 47/2006 de 19 de maig, pel qual es modifica el Decret 14/2002, d'1 de febrer, sobre ordenació de les competències en matèria de sanitat i serveis de salut. BOIB núm. 76, de 27 de maig de 2006.
24. Decret 47/2006, de 19 de maig, del qual se modifica el Decret 14/2002, d'1 de febrer, sobre ordenació de les competències en matèria de sanitat i serveis de salut. BOIB núm. 076, de 27 de maig de 2006.

25. Decret 41/2006, de 23 d'abril pel que se regulen les compensacions per desplaçament dels usuaris del servei de salut de les illes balears.
26. Decret 39/2006, de 21 d'abril, pel qual s'aproven els Estatuts de l'ens públic Servei de Salut de les Illes Balears, BOIB núm. 062, de 29 d'abril de 2006.
27. Decret 37/2006, de 7 d'abril, pel qual es modifica l'ordenació sanitària territorial, BOIB núm. 55, de 15 d'abril de 2006.
28. Decret 8/2006, de 3 de febrer, pel qual es regula el Consell de Salut Laboral de les Illes Balears, BOIB núm. 021, de 11 de febrer de 2006.
29. Decret 124/2005, de 9 de desembre, pel qual es modifica l'ordenació sanitària territorial. BOIB núm. 188, de 15 de desembre de 2005.
30. Decret 120/2005, de 25 de novembre de modificació del Decret 153/2003, d'1 d'agost, pel qual es crea i es regula la Comissió Delegada del Govern de les Illes Balears en matèria d'Afers Sociosanitaris. BOIB núm. 181, d'1 de desembre de 2005.
31. Decret 111/2005, de 21 d'octubre, pel qual es crea la Comissió per a la prevenció, el control i el seguiment davant d'una possible pandèmia de grip a les Illes Balears i el Comitè tècnic d'assessorament davant d'una possible pandèmia de grip aviària, BOIB núm. 164, de 1 de novembre de 2005.
32. Decret 110/2005, de 14 d'octubre, pel qual s'assumeixen els mitjans personals adscrits a l'Hospital Militar Mèdic Weyler i Laviña traspassats a la CA en virtut del Reial Decret 953/2005 de 29 de juliol, i s'estableix la seva adscripció. BOIB núm. 153, de 29 d'octubre de 2005.
33. Decret 87/2005, de 29 de juliol, de gestió de la prestació sanitària en matèria de salut bucodental a la població d'entre 6 i 15 anys de les Illes Balears, BOIB núm. 117, de 6 d'agost de 2005.
34. Decret 81/2005, de 22 de juliol, pel qual es regula el procediment d'autorització, vigilància i control dels cursos per formar el personal que realitza les operacions de manteniment higiènic i sanitari de les instal·lacions de risc de legionel·losis, BOIB núm. 113, de 30 de juliol de 2005.
35. Decret 71/2005, de 24 de juny, pel qual es crea la xarxa d'alertes de les Illes Balears sobre riscos per a la salut derivats de medicaments o altres productes farmacèutics, BOIB núm. 100, de 2 de juliol de 2005.
36. Decret 35/2005, de 8 d'abril, pel qual s'estableix el currículum del cicle formatives de grau mitjà corresponent al títol de tècnic en Atenció sociosanitària. BOIB núm. 58, de 16 d'abril de 2005. Correccions BOIB núm. 75 de 15 de maig de 2005.
37. Decret 30/2005, de 18 de març, de modificació del Decret 89/1997, de 4 de juliol, pel qual es regula el règim retributiu i de condicions de treball funcionari al servei de la CA de les Illes Balears que ocupa llocs de treball en el Servei Balear de la Salut. BOIB núm. 49, de 29 de març de 2005.
38. Decret 5/2005, de 21 de gener, pel qual es crea la Comissió de coordinació de la vigilància i control de determinades substàncies, dels residus en els animals i dels

seus productes a l'àmbit de la Comunitat Autònoma de les Illes Balears, Disposició modificada, BOIB núm. 016, de 29 de gener de 2005.

39. Decret 6/2005, de 21 de gener, pel qual es crea el Consell de seguretat alimentària de les Illes Balears i el Comitè Tècnic de Seguretat Alimentària de les Illes Balears, BOIB núm. 016, de 29 de gener de 2005.
40. Decret 93/2004, de dia 5 de novembre, sobre Fórmules Magistrals i Preparats Oficials, BOIB núm. 159, de 11 de novembre de 2004.
41. Decret 88/2004, de dia 22 d'octubre, regulador del Defensor dels Usuaris del sistema sanitari públic de les Illes Balears. BOIB núm. 152, de 30 d'octubre de 2004.
42. Decret 87/2004, de dia 15 d'octubre, de modificació del Decret 105/1997, de 24 de juliol, i del reglament de policia sanitària mortuòria. BOIB núm. 148, de 23 d'octubre de 2004.
43. Decret 44/2004, de dia 14 de maig, pel el qual s'estableix el règim i el funcionament del Consell de Salut de les Illes Balears, BOIB núm. 074, de 25 de maig de 2004.
44. Decret 16/2004, de dia 13 de febrer, pel qual es regula l'exercici de l'activitat de bronzejat artificial, BOIB núm. 026, de 21 de febrer de 2004.
45. Decret 182/2003, de 14 de novembre, pel qual es declara l'existència de la malaltia de la llengua blava i s'adopten diverses mesures cautelars , BOIB núm. 162, de 22 de novembre de 2003.
46. Decret 155/2003, d'1 d'agost, pel qual es modifica la composició del Consell d'Administració de l'empresa pública GESMA, regulada en el Decret 34/2002, de dia 8 de març. BOIB núm. 112, de 7 d'agost de 2003.
47. Decret 39/2003, de 25 d'abril, pel qual s'estableixen els requisits i condicions sanitàries dels serveis de farmàcia i dipòsits de medicaments en centres hospitalaris, penitenciaris i sociosanitaris, i s'estableix el procediment per a la seva autorització. BOIB núm. 063, de 6 de maig de 2003.
48. Decret 48/2003, de 9 de maig, pel qual s'aprova a les Illes Balears el desenvolupament d'un Programa de detecció precoç d'hipoacúsies en el període neonatal, BOIB núm. 068, de 15 de maig de 2003.
49. Decret 43/2003, de 2 de maig, pel qual s'estableixen les normes higièniques i sanitàries que regulen la pràctica del tatuatge, del piercing i d'altres tècniques similars, i els requisits dels establiments en els quals es realitzen aquestes pràctiques, BOIB núm. 63, de 6 de maig de 2003.
50. Decret 37/2003, de dia 11 d'abril, pel qual es regulen els reintegraments de despeses per desplaçaments en transport no concertat, i les compensacions per estades fora de la localitat de residència dels usuaris del Servei Balear de Salut, per raó d'assistència sanitària. BOIB núm. 057, de 24 d'abril de 2003.
51. Decret 19/2003, de dia 28 de febrer, pel qual es modifica el Decret 15/1997, de 23 de gener, pel qual es crea i regula la Xarxa de vigilància epidemiològica, i es crea el Sistema d'informació de noves infeccions pel virus de la immunodeficiència humana (VIH), BOIB núm. 033, de 11 de març de 2003.

52. Decret 3/2003, de 10 gener, pel qual s'estableixen les normes relatives a la formació de manipuladors d'aliments i el procediment d'autorització de les empreses i entitats de formació BOIB núm. 010, de 21 de gener de 2003.
53. Decret 146/2002, de 13 de desembre, de modificació del Decret 132/2000, de 15 de setembre, pel qual es crea el Comitè Ètic d'Investigació Clínica de les Illes Balears, BOIB núm. 511, de 23 de desembre de 2002.
54. Decret 138/2002, de 15 de novembre, de modificació del Decret 44/2001, de 23 de març, mitjançant el qual es crea el Servei de Prevenció de Riscs Laborals per al personal al servei de l'Administració de les Illes Balears, BOIB núm. 141, de 23 de novembre de 2002.
55. Decret 122/2002, de 4 d'octubre, pel qual es modifica el Decret 122/1987, de 30 de desembre, d'ordenació sanitària territorial de les Illes Balears, modificat pel Decret 31/2001, de 23 de febrer, BOIB núm. 123, de 12 d'octubre de 2002.
56. Decret 116/2002, de 13 de setembre, pel qual s'estableixen els requisits dels magatzems de distribució de medicaments i productes sanitaris i el procediment per a la seva autorització, trasllat i tancament, i se'n regulen les existències mínimes, així com les de les oficines de farmàcia, BOIB núm. 115, de 24 de setembre de 2002.
57. Decret 99/2002, de dia 19 de juliol, d'ordenació de l'atenció a la salut mental a la comunitat autònoma de les Illes Balears, BOIB núm. 091, de 30 de juliol de 2002.
58. Decret 88/2002, de 21 de juny, de modificació del Decret 14/2002, de dia 1 de febrer, d'ordenació de les competències en matèria de sanitat i serveis de salut, BOIB núm. 079, de 2 de juliol de 2002.
59. Decret 74/2002, de dia 17 de maig, pel qual es crea la Comissió per a la seguretat alimentària de les Illes Balears, BOIB núm. 063, de 25 de maig de 2002.
60. Decret 72/2002, de 17 de maig, pel qual s'aprova la creació de l' Institut Universitari d'Investigacions en Ciències de la Salut de la Universitat de les Illes Balears, BOIB núm. 063, de 25 de maig de 2002.
61. Decret 34/2002, de dia 8 de març, pel qual es modifica el decret 86/2000, de 6 de juny, de modificació del decret 192/1996, de 25 d'octubre, d'organització del Servei Balear de Salut i de Creació de l'empresa pública GESMA. BOIB núm. 033, de 16 de març de 2002.
62. Decret 29/2002, de 22 de febrer, d'estructura orgànica del Servei Balear de la Salut. BOIB núm. 027, de 2 de març de 2002.
63. Decret 14/2002, de dia 1 de febrer, d'ordenació de les competències en matèria de sanitat i serveis de salut, Disposició modificada, BOIB núm. 017, de 7 de febrer de 2002.
64. Decret 5/2002, d'11 de gener, pel qual es disposa el cessament del Sr. Josep Manuel Pomar i Reynés com a director general de Sanitat de la Conselleria de Salut i Consum, BOIB núm. 007, de 15 de gener de 2002.
65. Decret 7/2002, d'11 de gener, pel qual es nomena el Sr. Vicenç Thomas Mulet, director general d'Avaluació i Acreditació de la Conselleria de Salut i Consum, BOIB núm. 007, de 15 de gener de 2002.

66. Decret 8/2002, d'11 de gener, pel qual es nomena la Sra. Margalida Buades Feliu, directora general de Salut Pública i Participació de la Conselleria de Salut i Consum, BOIB núm. 007, de 15 de gener de 2002.
67. Decret 65/2001, de 27 d'abril, pel qual s'aprova el procediment d'autorització de trasllats transmissions, obres de modificació i amidament de distàncies d'oficines de farmàcia a les Illes Balears. BOIB núm. 055, de 8 de maig de 2001.
68. Decret 64/2001, de 27 d'abril, pel qual s'estableixen els requisits tècnics sanitaris que han de reunir les oficines de farmàcia. BOIB núm. 055, de 8 de maig de 2001.
69. Decret 9/2001, de 27 de desembre, del president de les Illes Balears, de modificació de la denominació de la Conselleria de Sanitat i Consum, establerta en l'Ordre del president de les Illes Balears de dia 16 de març de 2000, per la qual s'estableix l'estructura del Govern de les Illes Balears, BOIB núm. 002, de 3 de gener de 2002.
70. Decret 10/2001, de 27 de desembre del president de les Illes Balears, pel qual s'estableix l'estructura orgànica de la Conselleria de Salut i Consum, BOIB núm. 002, de 3 de gener de 2002.

Annex II

Ordres

1. Ordre de modificació de l'Ordre de la consellera de Salut i consum de 3 de desembre de 2003 per la qual s'aproven les funcions dels llocs de feina del Servei de Salut de les Illes Balears, BOIB núm. 48, de 2 d'abril de 2009.
2. Ordre del conseller de Salut i Consum per la qual s'aproven les funcions dels llocs de treball de nova dotació de la Conselleria de Salut i Consum, BOIB núm. 48, de 2 d'abril de 2009.
3. Ordre del conseller de Salut i Consum, de 4 de març de 2009, per la qual es regularitzen els fitxers que contenen dades de caràcter personal en l'àmbit del Servei de Salut de les Illes Balears, BOIB núm. 038, de 14 de març de 2009.
4. Ordre del conseller de Salut i Consum de 2 març de 2009, per la qual es modifica l'Ordre de la consellera de Salut i Consum de 17 de març de 2003, per la qual es crea la Comissió Assessora de Trasplantaments d'Òrgans i Teixits de les Illes Balears. BOIB núm. 038, de 14 de març de 2009.
5. Ordre del Conseller de Salut i Consum de dia 22 de desembre de 2008, per la qual es crea la Coordinadora de Salut i Gènere, BOIB núm. 182, de 27 de desembre de 2008.
6. Ordre del conseller de Salut i Consum de 28 de novembre de 2008, per la qual es modifica el calendari de vacunacions infantils sistemàtiques de la comunitat autònoma de les Illes Balears, BOIB núm. 176, de 16 de desembre de 2008.
7. Ordre del conseller de Salut i consum de 11 de setembre de 2008, de modificació de l'Ordre de la consellera de Salut i consum de 22 de desembre de 2006, per la qual s'estableixen els preus públics que han d'aplicar els centres sanitaris de la Xarxa pública de les Illes Balears per la prestació de serveis sanitaris quan hi hagi tercers obligats

al pagament o usuaris sense dret a l'assistència sanitària de la Seguretat Social, BOIB núm. 131, de 18 de setembre de 2008.

8. Ordre de la consellera de Salut i Consum per la qual s'aproven les funcions dels llocs de treball de la conselleria de Salut i Consum, BOIB núm. 167, de 25 de novembre de 2008.
9. Ordre de la consellera de Salut i Consum, per la qual es crea el Comitè Assessor de Vacunacions de la Comunitat Autònoma de les Illes Balears BOIB núm. 105, de 27 de juliol de 2006.
10. Ordre de la consellera de Salut i Consum de 20 de juny de 2006, per la qual es modifica el calendari de vacunacions sistemàtiques infantils de la comunitat autònoma de les Illes Balears. BOIB núm. 095, de 6 de juliol de 2006.
11. Ordre del conseller de Salut de dia 22 de maig de 2008, per la qual es crea el Registre de Malalts Renals de les Illes Balears i se'n regula el funcionament, BOIB núm. 80, de 7 de juny de 2008.
12. Ordre del conseller de Salut i Consum de dia 22 de maig de 2008, per la qual es crea el Registre de Donació i Transplantaments d'Òrgans i Teixits de les Illes Balears i se'n regula el funcionament. BOIB núm. 080, de 7 de juny de 2008.
13. Ordre de la conselleria de Salut i Consum de dia 28 de febre de 2007, per la qual es disposen diverses mesures per garantir el normal subministrament de medicaments als pacients en les oficines de farmàcia de la comunitat autònoma de les Illes Balears. BOIB núm. 033, de 3 de març de 2007.
14. Ordre de la consellera de Salut i Consum de 16 de febrer de 2006, per la qual s'estableixen les bases reguladores de les subvencions en matèria de sanitat i consum. BOIB núm 029, de 25 de febrer de 2006.
15. Ordre de dia 23 de gener de 2006, de la consellera de Salut i Consum, per la qual es modifica l'Ordre de dia 7 de maig de 2004, per la qual es regula la Comissió Institucional de Salut Mental de les Illes Balears i el Comitè Tècnic Assessor de Salut Mental de les Illes Balears BOIB núm. 022, de 14 de febrer de 2006.
16. Ordre de la consellera de Salut i Consum de dia 7 de març de 2005, que modifica l'Ordre de la consellera de Salut i Consum de dia 10 de maig de 2004, per la qual es crea el Consell Assessor de la Salut Mental. BOIB núm. 053, de 5 d'abril de 2005.
17. Ordre de 13 de juliol de 2004 que regula les quanties de compensacions per desplaçament dels usuaris del Servei de Salut de les Illes Balears, així com el procediment per la seva obtenció. BOIB núm. 102, de 22 de juliol de 2004.
18. Ordre de la consellera de Salut i Consum de dia 9 de juny de 2004, per la qual es crea la Comissió Institucional de Drogues i la Comissió Tècnica de Drogues. BOIB núm. 087, de 22 de juny de 2004.
19. Ordre de dia 7 de maig de 2004, de la consellera de Salut i Consum, per la qual es regula la Comissió Institucional de Salut Mental de les Illes Balears i el Comitè Tècnic Assessor de Salut Mental de les Illes Balears. BOIB núm. 071, de 20 de maig de 2004.
20. Ordre de la consellera de Salut i Consum de dia 10 de maig de 2004, per la qual es crea el Consell Assessor de la Salut Mental. BOIB núm. 071, de 20 de maig de 2004.

21. Ordre de la conselleria de Salut i Consum, de 20 de febre de 2004, mitjançant la qual es modifica l'Ordre de la mateixa conselleria de 19 de desembre de 2000, per la qual s'estableixen les condicions, els requisits tècnic i el procediment d'autorització per a la creació, modificació, trasllat i tancament d'hospitals. BOIB núm. 030, de 2 de març de 2004.
22. Ordre de modificació de l'Ordre de la conselleria de Salut i Consum, de 3 de desembre de 2003, per la qual s'aproven les funcions dels llocs de treball del servei de Salut de les Illes Balears (BOIB núm. 169, de 06 de desembre de 2003). BOIB núm. 167, de 25 de novembre de 2006.
23. Ordre de la conselleria de Salut i Consum de modificació de l'ordre de la conselleria de Salut i Consum de data 3 de desembre de 2003 per la qual s'aproven les funcions dels llocs de treball del servei de Salut de les Illes Balears. BOIB núm. 125, de 7 de setembre de 2003.
24. Ordre de la consellera de Salut i Consum, de 26 de setembre de 2003, per la qual es crea la comissió per a l'ús racional del medicament. BOIB núm. 143, de 16 d'octubre de 2003.
25. Ordre de la consellera de Salut i Consum de 17 de març 2003, per la qual es crea la Comissió Assessora de Trasplantaments d'òrgans i teixits de les Illes Balears Disposició modificada. BOIB núm. 048, de 8 d'abril de 2003.
26. Ordre del director general del Servei Balear de la Salut, de delegació de competències en matèria de gestió pressupostària en els gerents d'atenció primària i atenció especialitzada. BOIB núm. 099, de 17 d'agost de 2002.
27. Ordre que desenvolupa el reial decret 866/2001 de 20 de juliol pel qual es creen les categories i modalitats de metges d'urgència hospitalària i metges d'admissió i documentació clínica dins l'àmbit de les institucions sanitàries traspasades del Institut Nacional de la Salut. BOIB núm. 109, de 10 de setembre de 2002.
28. Ordre de la consellera de Salut i Consum de 23 juliol de 2002, per la qual es crea el Consell Assessor de Salut de les Illes Balears. BOIB núm. 095, de 8 d'agost de 2002.
29. Ordre del conseller de Presidència de 8 de març de 2002, dictada a proposta de la consellera de Salut i Consum i de la consellera de Benestar Social, mitjançant la qual es crea la Comissió Sociosanitària de les Illes Balears. BOIB núm. 35, de 21 de març de 2002.
30. Ordre del conseller de Presidència de 25 d'octubre de 2001 per la qual s'aproven els estatuts del col·legi oficial de metges de les Illes Balears. BOIB núm. 133, de 6 de novembre de 2001.

Resum indicadors

Determinants en salut

Qui som

	ILLES BALEARS	ESPANYA
Població empadronada a les Illes Balears 1/1/2009	1.095.426	46.745.807
% Persones ≥ 65 anys	13,7%	16,6%
Creixement demogràfic 1996-2009	44,1%	17,8%
Índex sintètic de fecunditat 2009	1,47	1,44
Estat mitjana de maternitat 2008	30,37	30,83
Taxa de natalitat 2009	11,16‰	10,73‰
% Nascuts vius de mare estrangera 2009	33,1%	20,6%
Esperança de vida 2008	81,25 anys	81,24 anys
Índex d'envelliment 2009	67,8	76,1
Índex de sobreenvelliment 2008	12,4	-
Índex de dependència 2008	39,9	44,7
%Població nascuda a l'estranger 2009	23,8%	12,8%

Com vivim: com a individus

ESTILS DE VIDA

		ILLES BALEARS			ESPANYA		
		TOTAL			TOTAL		
Activitat física a la feina	Població que realitza activitats amb gran esforç físic durant la seva jornada laboral (%)	23,7	1,3	18,3	15,2	2,1	9,2
	Població assegurada durant la major part de la seva activitat principal	24,8	23,4	26,3	32,7	30,3	35,4
Activitat física de lleure	Població que realitza qualche tipus d'activitat física en temps lliure (%)	57,2	55,6	58,8	60,6	57,6	63,6
	Població jove (16-24 anys) que realitza activitat física en temps lliure (%)	65,7	54,3	76,9	63,9	55,5	71,8
	Població que no fa tot l'exercici físic desitjat (%)	54,4	57,3	51,5	60,1	63,9	56,2
Activitat de lleure població infantil	Població infantil que no practica cap activitat física en el temps lliure	23,3	30,1	16,9	19,7	21,9	17,6
	Població infantil que veu 2 hores o més TV entre setmana (%)	51,3	52,7	49,7	47,6	47,6	47,5
	Població infantil que veu 2 hores o més TV els caps de setmana (%)	66,3	70,9	61,3	65,5	65,9	65,0
	Població infantil que juga amb videojocs, ordinador i internet (%)	44,6	36,5	52,1	44,4	36,6	51,9

ESTILS DE VIDA

		ILLES BALEARS			ESPANYA		
		TOTAL			TOTAL		
Hàbits alimentaris	Prevalença de consum diari de fruites entre població adulta (%)	65,4	71,8	61,6	66,8	72,0	62,5
	Prevalença de consum diari de fruites entre població infantil (de 5 a 15 anys)(%)	58,8	60,7	57,0	61,3	61,1	61,1
	Prevalença de consum diari de verdures i hortalisses entre població adulta (%)	49,3	62,0	41,4	40,6	47,8	36,2
	Prevalença de consum diari de verdures i hortalisses entre població infantil (de 5 a 15 anys) (%)	36,6	38,6	34,2	29,0	29,5	28,4
	Prevalença de consum diari de refrescs ensucrats en població infantil (de 5 a 15 anys) (%)	18,3	18,1	18,9	17,8	17,2	18,4
	Prevalença de consum diari de dolços en població infantil (de 5 a 15 anys) (%)	38,1	38,4	37,9	46,9	45,1	48,4
Pes corporal	Prevalença de sobrepès en població adulta (%) (18 anys o major)	35,9	29,2	42,4	37,8	30,4	45,1
	Prevalença de sobrepès en població infantil (de 2 a 17 anys) (%)	19,2	18,2	19,9	18,7	17,1	20,2
	Prevalença d'obesitat en població adulta (%) (18 anys o major)	12,3	12,1	12,5	15,6	15,4	15,7
	Prevalença d'obesitat en població infantil (de 2 a 17 anys) (%)	7,8	6,5	8,7	8,9	8,7	9,1
Hores de son	Població adulta amb dificultats per adormir-se (en les últimes 4 setmanes algun dia, la majoria de dies o tots els dies)(%)	37,2	43,2	31,2	41,5	48,6	34,1
	Població adulta que es desperta varies vegades durant les darreres 4 setmanes mentre dorm (%)	57,6	67,4	47,7	59,3	65,1	53,2
Hàbit tabàquic	Població fumadora (consum diari) (%)	27,0	20,3	33,7	26,4	21,5	31,6
	Població jove (16-24) fumadora (consum diari) (%)	30,5	38,6	21,5	26,9	28,9	25,0
	Població que fuma més de 20 cigarrets/dia (consumidors diaris) (%)	45,9	32,5	54,1	42,3	31,6	50,2
	Població que fuma més que fa dos anys (consumidors diaris) (%)	23,2	27,2	20,8	22,7	27,4	19,4
Consum d'alcohol	Població que ha consumit alcohol als darrers 12 mesos (%)	74,1	66,5	81,7	68,6	57,5	80,2
	Població amb consum de risc d'alcohol (%)	6,08	5,2	7,0	—	—	—
	Edat mitjana de població admesa a inici de tractament (15-64 anys)	42,8	—	—	43,2	43,5	43,1
Consum de drogues	Prevalença de consum de cànnabis els darrers 30 dies	7,5	-	-	7,2	-	-
	Prevalença de consum de cànnabis els darrers 30 dies en població jove(2007) (15-34)	15,1	-	-	13,5	-	-
	Prevalença de consum de cocaïna els darrers 30 dies en població jove (2007) (15-34)	3,0	-	-	2,9	-	-
	Edat mitjana d'inici de consum de cànnabis (2007)	15,6	-	-	18,6	-	-

	Edat mitjana d'inici de consum de cocaïna (2007)	22	-	-	20,9	-	-
	Edat mitjana de població admesa a inici de tractament per cànnabis	23,1	-	-	23,9	-	-
	Edat mitjana de població admesa a inici de tractament per cocaïna	31,1	-	-	29,8	-	-
Hàbits sexuals	Edat mitjana (desviació típica) d'inici de la primera relació sexual	17,8 (3,0)	18,4 (3,2)	17,3 (2,8)	18,6 (3,3)	19,1 (3,2)	18,1 (3,3)
	Població entre 18 i 49 anys que ha utilitzat preservatiu en la darrera relació sexual	43,4	41,1	47,1	46,2	42,4	49,7
	Població entre 18 i 49 anys que ha fet ús de la prostitució	-	-	39,7	-	-	25,8
	Població que ha tengut parelles ocasionals el darrer any	17,4	7,9	26,4	17,1	8,4	25,2
	Taxa d'IVE per 1.000 dones entre 15-44 anys, l'any 2007	-	14,9	-	-	11,49	-
	Taxa d'IVE per 1.000 dones entre 15-19 anys, l'any 2007	-	10,8	-	-	13,8	-
Embarassos en adolescents	Taxa d'embarassos per 1.000 dones entre 15-19 anys, l'any 2006	-	27,9	-	-	24,2	-

PRÀCTIQUES PREVENTIVES

		ILLES BALEARS			ESPANYA		
		TOTAL			TOTAL		
Vacunació de la grip	Població major de 65 anys que s'havia vacunat a la darrera campanya (%)	75,1	76,0	74,2	66,8	65,3	68,9
Control de la TA	Població ≥ 16 anys que s'havia mesurat la tensió arterial durant el darrer any (%)	78,7	80,4	76,8	79,1	78,6	79,5
Control del colesterol	Població ≥ 16 anys que s'havia mesurat el colesterol durant el darrer any (%)	74,0	72,7	75,5	75,8	75,7	75,9
Mamografies	Realització de mamografies en dones d'edat ≥ 20 anys alguna vegada en la vida (%)	45,8	-	-	52,3	-	-
	Realització de mamografies en dones d'edat entre 50 i 64 anys alguna vegada en la vida (%)	90,0	-	-	92,6	-	-
Citologies	Realització de citologies en dones d'edat ≥ 20 anys (%)	76,8	-	-	69,0	-	-
	Realització de citologies en dones d'edat entre 25 i 64 anys (%)	88,0	-	-	79,3	-	-
Seguretat vial (16 anys o major)	Població que no utilitzava el casc per anar en bicicleta a: (%)						
	Ciutat	13,1	86,3	68,4	10,1	77,9	65,7
	Carretera	9,3	78,6	59,2	8,1	74,5	60,0
	Població que utilitzava sempre o quasi sempre el cinturó de seguretat a: (%)						
	Ciutat	96,6	96,0	97,0	96,0	96,8	95,5
	Carretera	99,8	99,7	99,8	99,4	99,6	99,3

Com vivim: com a societat

XARXES SOCIALS I FAMILIARS

	ILLES BALEARS			ESPANYA		
	TOTAL			TOTAL		
% llars ocupades per una sola persona	24,2	13,0	11,2	20,3	11,9	8,3
% llars monoparentals	2,8	2,1	0,8	2,0	1,6	0,4
% llars amb només una persona, > 65 anys, en relació al total de llars unipersonals	37,6	28,3	9,4	47,2	36,3	11,0
Població amb sentiment de discriminació els últims 12 mesos (%)	7,9	9,4	6,4	5,0	6,0	4,0
Prevalença d'agressions i maltractaments els últims 12 mesos (%)	4,0	3,2	4,7	2,9	2,8	3,0
Població amb baixa percepció de suport social (%)	3,4	—	—	—	—	—
Suport social funcional percebut (entre un mínim d'11 i un màxim de 55) i desviació típica ()	49,3 (7,0)	49,3 (6,9)	49,4 (7,1)	48,5 (7,0)	48,5 (7,1)	48,4 (6,9)
% població amb funció familiar greu	1,4	1,1	1,8	1,3	1,3	1,3

CONDICIONS DE VIDA I TREBALL

TREBALL REMUNERAT (any 2009)	ILLES BALEARS	ESPANYA
% ocupats en el sector serveis	78,6	69,6
Taxa d'activitat total	65,6	60,0
Taxa d'activitat dones	57,9	51,6
Taxa d'ocupació total	53,8	49,2
Taxa d'ocupació dones	48,3	42,1
% assalariats contracte temporal	24,9	25,4
Sous i salaris (€)	21.035	22.329
Satisfacció de la feina (any 2008)	71,7	73,0
% d'accidents laborals per ocupat	3,7	3,3

TREBALL REPRODUCTIU (any 2007)	ILLES BALEARS			ESPANYA		
	TOTAL			TOTAL		
Temps mig dedicat a tasques de la llar	3,04	4,4	1,52	3,39	4,45	2,08
Hores per dia dedicades a tenir cura de menors de 15 anys	7,7	8,7	5,6	8,02	9,2	5,6
Hores per dia dedicades a tenir cura de persones amb discapacitat	7,19	8,3	4,8	9,8	10,1	9,2

ATUR (any 2009)	ILLES BALEARS	ESPANYA
Taxa d'atur total	18,0	18,0
Taxa d'atur femenina	16,5	18,4
% d'aturats de llarga durada totals	20,3	28,5
% d'aturats de llarga durada dones	20,0	32,2

EDUCACIÓ (any 2008)		ILLES BALEARS	ESPANYA
% de persones entre 25 i 64 anys amb estudis universitaris		20,7	29,2
% d'alumnes estrangers escolaritzats		14,4	9,4
% d'abandonament prematur dels estudis		43,2	31,3
HABITATGE (any 2008)		ILLES BALEARS	ESPANYA
% d'habitatges en règim de propietat		67,5	82,2
% població sense cap problema en el seu habitatge		55,6	63,5
Despesa mitjana mensual per habitatge (€)		408	296
SEGURETAT ALIMENTÀRIA (2009)		ILLES BALEARS	ESPANYA
Investigació analítica			
% mostres amb patògens		9,37%	
% mostres de peix amb incompliment en metalls pesats		2,22%	
% mostres productes frescs amb incompliment en pesticides		0%	
% mostres PNIR no conformes		1,39%	
% mostres no conformes d'altres contaminants		3,90%	
Activitats en els establiments alimentaris			
Nombre d'actuacions		7.539	676.541
% nre. expedients sancionadors / nre. actuacions		1,8%	0,98%
% nre. suspensions activitat / nre. actuacions		0,07%	0,07%
Riscs en els escorxadors			
Nombre de mostres positives a EET (2008)		0	
Nombre de mostres positives a Trichinella spp. (2008)		0	
Programa d'implantació de sistemes d'autocontrol			
% hotels amb resultat excel·lent i acceptable (2008)		78,48%	
% indústries amb resultat excel·lent i acceptable (2008)		76,90%	
MEDI AMBIENT (any 2008)			
Vigilància d'aigües de consum humà			
% zones d'abastament controlades 90,14%	Aptes 49%	Aptes amb incompliment 28%	No aptes 23%
Nre. d'alertes gestionades	9		
Aigües de mar			
% cens controlades 100%	Excel·lents 90%	Aptes 8%	No aptes 2%
Piscines i parcs aquàtics			
% instal·lacions controlades 13%	% expedients proposats per a sanció 7,2%		
Control legionel·losi			
Establiments relacionats amb casos de legionel·losi	% establiments amb mostres positives en 1a visita (2004-2008) 24-50%		% establiments amb mostres positives següent (2004-2008) 15-33%
Establiments de risc inspeccionats (2008)	% hospitals inspeccionats 65%		% mostres positives 24%
	% residències 3a edat inspeccionades 56%		% mostres positives 26%
	% torres/condensadors inspeccionades 36%		% mostres positives 26%
	% establiments turístics inspeccionats 7%		% mostres positives 21%
Control de biocida en fonts ornamentals	% de no conformitats 14%		
Ambients interiors (tabac)			
Nre. denúncies presentades: 110	Nre. inspeccions: 149	Nre. expedients proposats per a sanció: 71	

SERVEIS SANITARIS	ILLES BALEARS	ESPANYA
Hospitals per milió d'habitants	21,4	17,0
Llits instal·lats per 1.000 hab.	3,7	3,5
Nre. metges per 1.000 hab.	1,86	1,76
Infermers per cada 100 llits	108,0	92,0
Estada mitjana per ingrés (dies)	6,2	8,2
Nre. d'ingressos per 1.000 hab.	144,5	116,3
Nre. d'estades per 1.000 hab.	898,9	949,8
Nre. consultes per 1.000 hab.	1766,1	1706,0
Nre. d'urgències per 1.000 hab.	800,6	581,1
Nre. actes quirúrgics	106,1	98,4

CONDICIONS SOCIOECONÒMIQUES

	ILLES BALEARS	ESPANYA
Renda mitjana per llar 2008	26.010	26.820
Renda mitjana per persona 2008	9.560	10.438
PIB per càpita 2009	24.033,9	22.486,5
Índex de Gini de desigualtat d'ingressos 2006	0,29	0,33
Llars que perceben prestacions socials 2007	52,7	56,3
Índex de desenvolupament humà (IDH) 2007	0,937	0,950
Índex de pobresa humana (IPH) 2007	10,00	12,04
% llars amb ingressos menors al 50% de la mitjana	12,98	16,86

Resultats en salut

De què emmalaltim

ESTAT DE SALUT

		ILLES BALEARS			ESPANYA		
		TOTAL			TOTAL		
Percepció de salut	Població amb una bona percepció del seu estat de salut. (%)	74,3	71,2	77,4	70,0	65,0	75,1
Problemes de salut específics de la població adulta	Prevalença de: (%)						
	Mal d'esquena lumbar	21,6	27,5	15,6	24,0	28,8	19,0
	Mal d'esquena cervical	21,5	29,8	13,2	23,6	31,5	15,5
	Artritis, artrosi i reumatisme	18,7	25,0	12,4	21,7	29,0	14,0
	HTA	15,7	17,3	14,1	19,0	20,5	17,2
	Problemes de depressió/ansietat	16,8	21,8	11,8	13,7	19,1	8,2
	Migranyes	13,3	21,2	5,4	14,5	20,5	8,3
	Al·lèrgia crònica	11,0	14,4	7,6	11,6	13,1	10,0
	Varius	14,1	22,4	5,7	16,8	26,2	7,0
	Osteoporosi	4,1	7,3	0,8	4,9	8,3	1,3
	Anèmia	4,4	8,4	0,4	4,6	7,8	1,3
Problemes de salut específics de la població infantil	Al·lèrgies cròniques	8,6	10,2	7,1	10,6	8,9	12,1
	Asma	5,1	4,3	5,8	5,2	4,4	6,1
Risc de patiment psicològic	Població amb probabilitat de patir un trastorn mental (%)	25,1	31,5	18,8	-	-	-
Discapacitats	Població amb limitacions per realitzar activitats de la vida quotidiana per un problema de salut (%)	21,6	24,0	19,3	20,9	-	-

Limitacions de les activitats de la vida diària en gent gran	Població gran amb limitacions per realitzar les activitats de la vida diària (%)	49,9	54,6	36,6	45,0	37,6	47,3
	Població gran amb autonomia funcional (%)	46,7	38,6	58,7	51,0	44,8	60,3

MALALTIES TRANSMISSIBLES

Indicadors de notificació	2002	2003	2004	2005	2006	Global període
Cobertura global a AP	60,9	61,7	64,0	61,9	63,4	62,4
Retard en la declaració a AP	11,2	10,9	10,0	5,4	5,4	8,6
Infradeclaració (hospitals públics)	16,5	24,5	17,1	22,2	20,0	20,1

Taxes						
Malaltia	2002	2003	2004	2005	2006	Tendència
Diarrea infecciosa aguda	4.507,7	4.787,4	4.320,8	3.342,9	3.487,1	↓
Grip	3.474,5	2.424,1	834,5	1.934,8	465,0	↓
Varicel·la	484,2	497,7	673,0	278,3	459,4	=
Sífilis	3,8	4,2	7,0	5,3	8,4	↑
Febre exantemàtica mediterrània	3,5	3,3	0,4	0,3	0,1	↓

MALALTIES CARDIOCEREBROVASCULARS

		ILLES BALEARS			ESPANYA		
		TOTAL			TOTAL		
Malaltia cardio-cerebrovascular	Mortalitat proporcional 2008 (%)	32,0	36,8	28,7	31,7	35,9	27,9
	Taxa ajustada de mortalitat per 100.000 habitants (2008)	-	136,6	181,9	-	129,6	176,2
Cardiopatia isquèmica	Mortalitat proporcional 2008 (%)	27,0	21,0	34,0	29,2	23,1	36,5
	Taxa ajustada de mortalitat per 100.000 habitants (2008)	-	29,2	64,2	-	30,8	66,6
	Edat mitjana de defunció per cardiopatia isquèmica (anys)	80,0	84,4	75,5	-	-	-
Malaltia cerebrovascular	Mortalitat proporcional (2008)	21,7	22,0	21,2	26,0	27,4	24,1
	Taxa ajustada de mortalitat per 100.000 habitants (2008)	-	30,8	37,9	-	35,6	41,6
	Edat mitjana de defunció per MCV (anys)	-	84,0	79,0	-	-	-

MALALTIES ONCOLÒGIQUES

		ILLES BALEARS			ESPANYA		
		TOTAL			TOTAL		
Malalties oncològiques	Mortalitat proporcional 2008 (%)	27,1	21,5	32,2	26,9	21,2	32,2
Càncer de mama	Taxa ajustada de mortalitat per 100.000 habitants 2008	-	15,5	-	-	18,2	-
Càncer de pròstata	Taxa ajustada de mortalitat per 100.000 habitants 2008	-	-	18,6	-	-	16,6
Càncer de pulmó	Taxa ajustada de mortalitat per 100.000 habitants 2008	-	13,3	64,0	-	9,6	63,2
Càncer de recte	Taxa ajustada de mortalitat per 100.000 habitants 2008	-	3,0	8,5	-	3,1	6,9

DIABETIS MELLITUS

Evolució del nombre d'altres amb diagnòstic principal DM

Any	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	Tendència
Total	1.121	752	928	1.062	1.163	1.085	952	945	900	↓
Homes	666	454	527	555	600	605	537	568	522	↓
Dones	455	298	400	507	563	479	415	377	378	=

Prevalença dels factors de risc cardiovascular associats a la diabetis

Any		2007		2008		Tendència
		Taxa sobre població total	Taxa sobre població diabètica	Taxa sobre població total	Taxa sobre població diabètica	
Tabaquisme:	Total	2,3	50,6	3,2	66,1	↑
	Homes	2,5	52,8	3,4	67,6	↑
	Dones	2,0	48,0	2,9	64,3	↑
Hipertensió:	Total	2,6	57,1	2,8	59,2	↑
	Homes	2,5	52,0	2,8	54,4	↑
	Dones	2,7	62,9	2,9	64,8	↑
Dislipèmia:	Total	1,8	40,7	2,1	43,5	↑
	Homes	1,9	40,0	2,2	42,9	↑
	Dones	1,8	41,5	2,0	44,2	↑
Obesitat	Total	1,3	28,3	1,6	33,5	↑
	Homes	1,1	24,1	1,5	29,4	↑
	Dones	1,4	33,1	1,7	38,2	↑

Percentatge de complicacions a l'embaràs, el part i el puerperi associades a la diabetis

Any	2002	2003	2004	2005	2006	2007	Tendència
Illes Balears	23,9	18,4	27,2	31,4	33,3	28,8	↑

MALALTIES RESPIRATÒRIES

		ILLES BALEARS			ESPANYA		
		TOTAL			TOTAL		
Malalties respiratòries	Mortalitat proporcional 2008 (%)	9,2	7,9	10,5	11,4	10,0	7,8
	Taxa ajustada de mortalitat per 100.000 habitants 2008	-	30,2	65,8	-	36,2	77,0
MPOC (Bronquitis crònica)	Mortalitat proporcional 2008 (%)	30,3	15,4	40,6	31,9	16,6	43,1
	Edat mitjana de defunció	-	81,2	79,1	-	-	-
	Prevalença de diagnòstic	4,1	4,8	3,4	4,8	4,5	5,1
Asma	Mortalitat proporcional (2008)	2,0	3,2	1,2	1,8	3,2	0,7

Altes per diferents malalties de l'aparell respiratori als hospitals públics Illes Balears

Any	2003		2004		2005		2006		2007		2008		
	Nre. altes	%	Nre. altes	%	Nre. altes	%	Nre. altes	%	Nre. altes	%	Nre. altes	%	Ten- dència
Malalties respiratòries													
Homes	5.212	14,6	4.929	14,6	5.379	15,4	4.765	13,8	5.305	14,8	5.423	14,4	=
Dones	3.206	8,4	2.824	7,9	3.389	9,2	2.887	7,8	3.265	8,3	3.653	8,7	=
MPOC (Bronquitis crònica)													
Homes	1.541	4,3	1.398	4,1	1.462	4,2	1.133	3,3	1.294	3,6	1.169	3,1	↓
Dones	240	0,6	204	0,6	246	0,7	170	0,5	230	0,6	210	0,5	=
Asma													
Homes	283	0,8	277	0,8	276	0,8	241	0,7	242	0,7	205	0,5	↓
Dones	495	1,3	394	1,1	468	1,3	347	0,9	351	0,9	377	0,9	↓

Estada mitjana hospitalària

	Homes	Dones	Comentari
Malaltia respiratòria	7,81	7,87	L'estada mitjana dels homes amb MPOC és superior a la dels ingressos per altres patologies respiratòries. L'estada mitjana de les dones amb asma és superior a la dels homes.
MPOC	8,90	9,44	
Asma	3,98	6,64	

SALUT MENTAL

	ILLES BALEARS			ESPANYA		
	TOTAL			TOTAL		
Percentatge de persones en risc d'una mala salut mental	25,1	31,5	18,8	21,0	27,0	15,0
Prevalença declarada de depressió, ansietat.	16,8	21,7	11,8	13,8	19,1	8,2
Taxa d'alta per autolesions, per 100.000 habitants	25,1	29,0	21,2	11,0	12,2	9,8
Taxa de mortalitat ajustada per suïcidi, per 100.000 habitants (2008)	-	2,7	11,1	-	2,8	10,2

LESIONS

		ILLES BALEARS			ESPANYA		
		TOTAL			TOTAL		
Accidents	Prevalença d'accidents a la població el darrer any (%)	9,1	8,1	10,2	10,4	9,6	11,2
	Prevalença d'accidents a la població jove (16-24) el darrer any (%)	11,9	6,4	17,5	14,2	10,3	17,9
Agressió	Població adulta que patí una agressió el darrer any (%)	3,4	2,6	4,1	2,9	2,8	3,0
	Població jove (16-24 anys) que patí una agressió (%)	5,4	1,6	9,3	4,7	4,0	5,3
Accident de trànsit	Taxa de mortalitat ajustada per 100.000 habitants (2008)	-	4,1	12,5	-	2,5	10,1

MORTALITAT

Mortalitat proporcional (2008)	ILLES BALEARS			ESPANYA		
	TOTAL			TOTAL		
I. Malalties infeccioses i parasitàries	2,0	1,6	2,3	2,0	2,0	2,0
II. Tumors	27,1	21,5	32,3	26,9	21,3	32,2
III. Malalties de la sang i òrgans hematopoètics	0,3	0,4	0,3	0,3	0,4	0,3
IV. Malalties endocrines, nutricionals i metabòliques	3,3	4,2	2,5	3,2	3,9	2,5
V. Trastorns mentals i del comportament	3,8	5,1	2,6	3,4	4,6	2,2
VI. Malalties del sistema nerviós	4,7	6,5	3,1	4,5	5,7	3,4
IX. Malalties del sistema circulatori	32,6	36,8	28,8	31,8	35,9	27,9
X. Malalties del sistema respiratori	9,3	8,0	10,5	11,4	10,0	12,8
XI. Malalties del sistema digestiu	5,1	4,9	5,3	5,0	4,9	5,2
XII. Malalties de la pell i del teixit subcutani	0,2	0,3	0,1	0,3	0,5	0,2
XIII. Malalties del sistema osteomuscular	0,9	1,3	0,5	0,9	1,2	0,5
XIV. Malalties del sistema genitourinari	3,4	3,3	3,4	2,7	3,0	2,5
XV. Embaràs, part i puerperi	0,0	0,1	0,0	0,0	0,0	0,0
XVI. Certes afeccions del període perinatal	0,4	0,5	0,2	0,2	0,2	0,3
XVII. Malformació congènita i alt. cromosòmiques	0,3	0,3	0,2	0,2	0,2	0,2
XVIII. Síntomes, signes i estats mal definits	2,4	2,9	2,0	3,0	3,5	2,5
XX. Causes externes	4,2	2,5	5,9	4,0	2,6	5,3
Total	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

Índex de figures i taules

QUI SOM

Figures

Figura 1.	Estructura de la població de les Illes Balears segons edat i sexe. Any 2009.	17
Figura 2.	Evolució de la població espanyola entre els anys 1998-2008	17
Figura 3.	Creixement vegetatiu a les Illes Balears, anys 1988-2008 (Taxa bruta per 1000 hab.)	18
Figura 4.	Natalitat a les Illes Balears, anys 1988-2008 (Taxa bruta per 1000 hab.)	18
Figura 5.	Moviment natural de població a les Illes Balears, anys 1975-2008 (Taxes brutes per 1000 hab.)	19
Figura 6.	Població amb nacionalitat estrangera a les Illes Balears per continent d'origen, 2009 (%)	20
Figura 7.	Evolució del lloc de naixement de la població de les Illes Balears: 1996-2009 (%)	21
Figura 8.	Procedència de la població estrangera a les Illes Balears, anys 1996-2009	21

Taules

Taula 1.	Evolució de la població de les Illes Balears per grups d'edat (%)	18
Taula 2.	Índex d'envelliment a les Illes Balears, any 2008.	20
Taula 3.	Índex de sobreenvelliment a les Illes Balears, any 2008	20
Taula 4.	Índex de dependència a les Illes Balears. Anys 1996-2008	20

COM VIVIM: COM A INDIVIDUS

ESTILS DE VIDA

Figures

Figura 1.	Tipus d'activitat física en l'activitat principal, segons el sexe	23
Figura 2.	Tipus d'activitat física en l'activitat principal, segons l'edat.	23
Figura 3.	Tipus d'activitat en l'activitat principal, segons classe social. Percentatges estandarditzats per edat.	23
Figura 4.	Dedicació al temps de lleure a l'activitat física, segons classe social i sexe. Percentatges estandarditzats per edat.	24
Figura 5.	Motius per no realitzar l'exercici que desitjaven, segons l'edat.	24
Figura 6.	Activitat física en el temps lliure, segons l'edat (5-15anys)	25
Figura 7.	Consum diari de fruita i verdures i hortalisses segons el sexe. Població $\geq$ de 16 anys	26
Figura 8.	Consum diari de fruita i verdura i hortalisses segons l'edat. Població $\geq$ de 16 anys	26
Figura 9.	Consum de fruita i verdura i hortalisses. Població $\leq$ de 15 anys.	27
Figura 10.	Consum diari de dolços i refrescs ensucrats segons la classe social, Percentatges estandarditzats per edat. Població total	28
Figura 11.	Consum de dolços, refrescs i menjar ràpid i salat segons l'edat, Població $\leq$ de 15 anys.	29
Figura 12.	Consum diari de dolços, refrescs ensucrats, menjar ràpid i salat segons la classe social. Percentatges estandarditzats per edat. Població $\leq$ de 15 anys	29
Figura 13.	Consum diari de dolços, refrescs ensucrats, menjar ràpid i salats per illes. Població $\leq$ de 15 anys	29
Figura 14.	Prevalença del sobrepès i obesitat segons el sexe. Població $\geq$ de 18 anys	30
Figura 15.	Prevalença del sobrepès i obesitat per illa. Població $\geq$ de 18 anys	30
Figura 16.	Prevalença del sobrepès i obesitat segons l'edat. Població $\geq$ de 18 anys	30
Figura 17.	Prevalença del sobrepès i obesitat segons la classe social. Percentatges estandarditzats per edat. Població $\geq$ de 18 anys	31
Figura 18.	Prevalença de l'obesitat per curs i sexe. Població infantil	31
Figura 19.	Prevalença de l'obesitat per illes. Població infantil.	31
Figura 20.	Relació de l'IMC dels pares i l'IMC dels alumnes	32
Figura 21.	Relació entre el nivell d'estudis matern i l'IMC de l'alumne	32
Figura 22.	Dificultat per adormir-se segons el sexe. Població $\geq$ de 16 anys	32
Figura 23.	Dificultat per adormir-se segons l'edat. Població $\geq$ de 16 anys	33
Figura 24.	Prevalença de l'hàbit tabàquic en homes i dones	33
Figura 25.	Distribució del consum de tabac per grups d'edat i sexe.	34
Figura 26.	Distribució del consum de tabac per classe social i sexe. Percentatges estandarditzats per edat	34
Figura 27.	Prevalença de fumadors i ex fumadors per sexe i illes.	34
Figura 28.	Quantitat de tabac consumit per la població fumadora per sexe.	35
Figura 29.	Temps en anys que fa que es va deixar de fumar, segons sexe	35

Figura 30. Consum d'alcohol, segons el sexe	36
Figura 31. Consum d'alcohol, segons grup d'edat i sexe. Població ≥ 16 anys.	36
Figura 32. Comparació de l'evolució del consum qualche vegada amb l'edat. (Proporció de consumidors de cada substància).	38
Figura 33. Evolució dels embarassos en dones adolescents (15-19 anys).Taxa per 1000 dones	44

Taules

Taula 1. Població adulta que no fa tot l'exercici físic que desitjaria (%)	24
Taula 2. Temps que dedicaven els infants i el jovent a mirar la televisió	25
Taula 3. Consum de carn, peix, ous, llegums i embotits (%)	27
Taula 4. Consum de pasta, arròs, patates, pa i cereals (%)	27
Taula 5. Consum de refrescs ensucrats i dolços (%)	28
Taula 6. Consum de menjars ràpids i menjars salats en la població infantil (%)	28
Taula 7. Prevalença de consum de les diferents drogues (%)	37
Taula 8. Prevalença de consum de les diferents drogues segons el sexe (%)	37
Taula 9. Prevalença de consum de les diferents drogues segons l' edat (%)	37
Taula 10. Prevalença del consum de diferents substàncies segons sexe en població de 14-18 anys	38
Taula 11. Edat mitjana d'inici total per grups de edat i sexe per totes les substàncies.	39
Taula 12. Edat de la primera relació sexual en persones de 18 a 49 anys per sexe	40
Taula 13. Nombre de parelles sexuals en la vida en persones de 18 a 49 anys, per sexe (%)	41
Taula 14. Taxa de persones que havien tengut parelles ocasionals en l'últim any per sexe	41
Taula 15. Persones a les quals havien diagnosticat malaltia de transmissió sexual per sexe	41
Taula 16. IVE a les Illes Balears, nombre absolut de casos, per illa i capital, anys 2002-2006	42
Taula 17. IVE a les Illes Balears, taxa per 1.000 dones de 15 a 44 anys, per illa i capital, anys 2002-2006	42
Taula 18. IVE a les Illes Balears, taxa per 1.000 dones de 15 a 44 anys, per grups d'edat, anys 2002-2006	43
Taula 19. IVE a les Illes Balears, 2005-2006. Nacionalitats de les dones estrangeres sotmeses a la IVE a les Illes Balears, i residents en aquesta comunitat (es presenten desagregats els països amb 10 o més IVE, i agregats per regió la resta).	43

PRÀCTIQUES PREVENTIVES

Figures

Figura 1. Motius per vacunar-se de la grip en majors de 65 anys	46
Figura 2. Vacunació de la grip en majors de 65 anys, per illa	46
Figura 3. Mesura de la tensió arterial al darrer any, segons grup d'edat i sexe	46
Figura 4. Mesura del colesterol al darrer any, segons grup d'edat i sexe	47
Figura 5. Realització de mamografies, per grup d'edat	47
Figura 6. Freqüència de citologies per grups d'edat	48
Figura 7. Dones que declaren haver-se fet una citologia, segons classe social i grup d'edat recomanat. Percentatges estandarditzats per edat.	49
Figura 8. Ús del cinturó de seguretat per ciutat i carretera. Població ≥ de 16 anys	49
Figura 9. Freqüència de l'ús (mai o quasi mai) del cinturó de seguretat per conduir o ser passatger per la ciutat, segons l'illa. Població ≥ de 16 anys.	50
Figura 10. Ús del casc per ciutat i carretera. Població ≥ de 16 anys.	50
Figura 11. Ús del casc segons les illes. Població ≥ de 16 anys	51
Figura 12. Freqüència d'ús dels casc en motocicleta, segons l'edat. Població ≥ de 16 anys	51

Taules

Taula 1. Realització de mamografies per grup d'edat i classe social. Percentatges estandarditzats per edat.	48
Taula 2. Freqüència de la realització de mamografies posteriors a la primera (%)	48
Taula 3. Freqüència de la realització de citologies posteriors a la primera (%)	49
Taula 4. Utilització dels sistemes de seguretat per ciutat i carretera per grups d'edat (%)	51

COM VIVIM. COM A SOCIETAT.

XARXES SOCIALS I COMUNITÀRIES

Figures

Figura 1. Percepció de suport social baix segons la dinàmica de la funció familiar. Població ≥ 16 anys	53
Figura 2. Situació on es va patir la discriminació	54

Figura 3.	Causes de discriminació, segons el sexe	54
Figura 4.	Motius de discriminació. Població menor de 16 anys	54
Figura 5.	Agredits o maltractats, segons l'edat i el sexe.	55
Figura 6.	Lloc de l'agressió o maltractament	55

Taules

Taula 1.	Format de les llars a les Illes Balears. 2001	53
----------	---	----

CONDICIONS DE VIDA I TREBALL

TREBALL REMUNERAT

Figures

Figura 1.	Satisfacció en el treball, per classe social, 2007	60
Figura 2.	Satisfacció en el treball per edat, 2007	60
Figura 3.	Estrès laboral per edat, 2007	60
Figura 4.	Estrès laboral per classe social, 2007	61

Taules

Taula 1.	Percentatge d'ocupats per sector econòmic, respecte del total d'ocupats, 2009	57
Taula 2.	Categories ocupacionals dels treballadors de les Illes Balears, darrer trimestre 2009	59
Taula 3.	Grau de satisfacció a la feina que realitzaven, Espanya i Illes Balears, 2008	59

TREBALL NO REMUNERAT

Figures

Figura 1.	Realització de les tasques de la llar, segons sexe	62
Figura 2.	Llars amb persona remunerada per tasques de la llar, segons classe social	63

Taules

Taula 1.	Temps de dedicació a tenir cura de persones dependents, per sexe 2007	63
----------	---	----

ATUR

Figures

Figura 1.	Taxa d'atur a les Illes Balears, per sexe i grup d'edat, mitjana 2009	64
Figura 2.	Taxa d'atur dels immigrants residents a les Illes Balears, per origen, mitjana 2009	64

Taules

Taula 1.	Taxes d'activitat, atur i ocupació, per trimestre i sexe a les Illes Balears, 2000 i 2009	64
----------	---	----

EDUCACIÓ

Figures

Figura 1.	Nivell d'estudis de la població adulta per comunitat autònoma. Percentatges 2008.	65
Figura 2.	Nivell d'estudis de la població, segons nacionalitat, 2001	65
Figura 3.	Alumnes estrangers escolaritzats en règim general no universitari per comunitat autònoma , 2007-08	66
Figura 4.	Percentatges de persones de 18 a 24 anys que han abandonat de forma primerenca el sistema educatiu, per sexe. 2008	66

HABITATGE

Figures

Figura 1.	Evolució del preu de l'habitatge (€/m ²) 1997-2008, mitjana nacional i balear	67
Figura 2.	Problemes d'habitatge a les Illes Balears, 2007.	68
Figura 3.	Despesa mensual mitjana per habitatge, per comunitats autònomes, 2008 (€)	68

Taules

Taula 1.	Percentatge d'habitatges amb problemes de renou en el seu entorn 2008.	67
Taula 2.	Béns d'equipament l'any 2008.	68

MEDI AMBIENT

Figures

Figura 1.	Resultats de les xarxes d'abastament any 2007 n=220.	72
Figura 2.	Resultats de les xarxes d'abastament any 2008 n=234.	72

Figura 3.	Motius d'incompliments de les xarxes d'abastament anys 2007-2008	72
Figura 4.	Controls de clor residual lliure (CRL) en xarxes d'aigua de consum humà 2004-2008	73
Figura 5.	Evolució de les infraestructures registrades en SINAC 2004-2008	73
Figura 6.	Nre. de butlletins d'anàlisis registrats en SINAC per any	74
Figura 7.	Evolució de la qualitat de les aigües de bany anys 2000-2008	75
Figura 8.	Control de la cloració de les fonts ornamentals anys 2003-2008	85
Figura 9.	Evolució dels residus sanitaris generals als hospitals de les Illes Balears en Kg/any	87

Taules

Taula 1.	Zones d'abastament a les Illes Balears	71
Taula 2.	Cens de piscines a l'any 2008 a les Illes Balears	76
Taula 3.	Activitats de formació de socorristes i personal de manteniment de piscines anys 2004-2008	77
Taula 4.	Informes realitzats durant el període 2005-2008	78
Taula 5.	Cens d'empreses inscrites al Registre Sanitari i ROESP	81
Taula 6.	Actuacions del MSiPS i la CAIB entre el 2006 i 2008	82
Taula 7.	Establiments amb instal·lacions de risc a les Illes Balears	83
Taula 8.	Establiments controlats per estar relacionats amb casos/brots de legionel·losi, anys 2004-2008	83
Taula 9.	Controls als establiments associats a casos de legionel·losi, anys 2004-2008 a les Illes Balears	84
Taula 10.	Inspeccions realitzades durant els anys 2007-2008	84
Taula 11.	Denúncies, inspeccions i propostes d'expedient sancionador per la venda/consum de tabac entre els anys 2006-2008	88

SEGURETAT ALIMENTÀRIA

Figures

Figura 1.	Desviació de Balears amb la mitjana nacional de consum alimentari	91
Figura 2.	Evolució del nre. d'establiments amb activitat menjars preparats i restauració	92
Figura 3.	Evolució del nre. de places amb activitat menjars preparats i restauració	92
Figura 4.	(nre.=258): Classificació de mostres de menjars preparats per tipus de resultat. 2008	94
Figura 5.	(nre.=113): Classificació de mostres de menjars preparats tipus A per tipus de resultat. 2008	94
Figura 6.	(nre. =145): Classificació de mostres de menjars preparats tipus B per tipus de resultat.2008	94
Figura 7.	Mostres de menjars preparats amb deficiències (2006- 2007-2008)	94
Figura 8.	Resultat mostres Listeria monocytogenes per tipus aliment	95
Figura 9.	Percentatge de mostres no conformes per tipus de substància 2007	98
Figura 10.	Resultat de les mostres de riscos químics 2008	99
Figura 11.	Distribució de mostres (dirigit / sospitós) per espècie 2008	101
Figura 12.	Distribució de mostres (dirigit / sospitós) per espècie 2008	101
Figura 13.	Etiologia ALERTES 2007	104
Figura 14.	Etiologia ALERTES 2008	104
Figura 15.	Nombre d'auditories de requisits previs per tipus d'establiment (2002-2008)	106
Figura 16.	Resultat d'auditories hotels 2007- 2008	106
Figura 17.	Resultat d'auditories d'indústries 2007-2008	106

Taules

Taula 1.	Cens d'establiments d'activitat menjars preparats i restauració	91
Taula 2.	Nombre de mostres i nombre de positius bovins (2000-2009)	96
Taula 3.	Nombre de mostres i resultat de petits remugants (2001-2009)	97
Taula 4.	Detall de control de plaguicides en productes frescs	98
Taula 5.	Dades de sacrifici i decomisos per tipus d'animals 2008	103
Taula 6.	Informació notificacions ALERTES 2006-2008	104
Taula 7.	Evolució d>alertes Espanya i Illes Balears 2006-2008	104

SERVEIS SANITARIS

Recursos i ús de serveis

Figures

Figura 1.	Pressupost definitiu en AP sobre el total de l'Ib Salut	114
Figura 2.	Distribució de l'equipament tecnològic entre hospitals públics i privats	127

Figura 3.	Evolució de la despesa en medicaments vs. Despesa sanitària total	145
Figura 4.	Distribució de la despesa per sectors i creixement anual	145
Figura 5.	Despesa per canal de dispensació de l'any 2009	145
Figura 6.	Despesa per canal de distribució: distribució i creixement anual	146
Figura 7.	Despesa per àrea de producció: any 2007	146
Figura 8.	Despesa per serveis en l'atenció especialitzada	146
Figura 9.	Despesa per serveis distribuït per àrees de producció	147

Taules

Taula 1.	Estructura assistencial a Menorca, Eivissa i Formentera	110
Taula 2.	Estructura assistencial a Mallorca	111
Taula 3.	Recursos humans a l'AP a juny de 2008	113
Taula 4.	Pressupost Servei de Salut	114
Taula 5.	Nombre de consultes realitzades a AP. 2007	117
Taula 6.	Freqüentació (nombre de consultes per habitant en un any) a l'AP	117
Taula 7.	Activitat a l'atenció primària	118
Taula 8.	Indicadors de qualitat a l'AP. Desembre de 2007	119
Taula 9.	Activitat del 061	120
Taula 10.	Hospitals de l'Ib-Salut i hospitals concertats	121
Taula 11.	Activitat dels hospitals de l'Ib Salut	123
Taula 12.	Servei Sanitari	124
Taula 13.	Recursos humans dels hospitals de l'Ib Salut	125
Taula 14.	Recursos humans dels hospitals de l'Ib Salut	125
Taula 15.	Dotació i equipament tecnològic	126
Taula 16.	Dotació dels principals recursos materials i d'altra tecnologia hospitalària	126
Taula 17.	Despesa per programa durant l'any 2007	127
Taula 18.	Cartera de Serveis a l'actuació hospitalària	128
Taula 19.	Activitat assistencial als hospitals públics d'aguts	129
Taula 20.	Diagnòstics més atesos	130
Taula 21.	Diagnòstic en règim ambulatori	131
Taula 22.	Indicadors del procés d'atenció	131
Taula 23.	Centres sociosanitaris públics dins l'àmbit sanitari a Mallorca	132
Taula 24.	Centres sociosanitaris concertats dins l'àmbit sanitari a Mallorca	133
Taula 25.	Recursos de salut mental	143
Taula 26.	Despesa per categoria	147
Taula 27.	Pressupost del Servei de Salut	151

Planificació estratègica

Figures

Figura 1.	Evolució de càrregues de treball i taxa de participació	164
Figura 2.	Programa de Detecció Neonatal de Metabolopaties	165
Figura 3.	Pla de Detecció Precoç de la Hipoacúsia en el Nadó	167
Figura 4.	Fases del PADAI. Diagrama de flux	167

Taules

Taula 1.	Evolució de càrregues de treball i taxa de participació	164
Taula 2.	Metabolopaties detectades en el període 2003-2007	165
Taula 3.	Metabolopaties detectades en el període 2003-2007	168

Percepció del ciutadà

Figures

Figura 1.	Evolució del percentatge de persones que consideren que el sistema sanitari funciona bé o molt bé	176
-----------	---	-----

Taules

Taula 1.	Freqüència i gravetat dels errors comesos des de diferents àmbits sanitaris patits pels enquestats o el seu entorn familiar	177
Taula 2.	Valoració de l'equitat en el sistema de la sanitat pública (%)	179

Taula 3.	Valoració de l'evolució del serveis sanitaris (%)	179
----------	---	-----

CONDICIONS SOCIOECONÒMIQUES

Figures

Figura 1.	Evolució del PIB per càpita a les Illes Balears i a Espanya (€)	181
Figura 2.	Evolució del PIB per càpita de les Illes Balears en relació a Espanya (2000-2008)	181
Figura 3.	PIB per càpita comunitats autònomes, 2008	182

Taules

Taula 1.	Renda anual neta mitjana per llar, per persona i unitat de consum, (2008) per comunitat autònoma	182
Taula 2.	Distribució de les llars segons els intervals d'ingressos anuals en el 2007	182
Taula 3.	Percentatge de llars que perceben prestacions socials, segons prestació, 2007	183
Taula 4.	Composició de l'IDH. Espanya i Illes Balears l'any 2007	183
Taula 5.	Composició de l'IPH-2. Espanya i Illes Balears 2007	183

DE QUE EMMALALTIM

ESTAT DE SALUT I QUALITAT DE VIDA

Figures

Figura 1.	Percepció de l'estat de salut, per sexe	189
Figura 2.	Percepció de l'estat de salut com regular o dolenta segons grup d'edat i sexe	189
Figura 3.	Percepció de l'estat de salut com a regular i dolenta segons classe social i sexe. Percentatges estandarditzats per edat	189
Figura 4.	Qualitat de vida en nins segons grups d'edat. Població 7-15 anys. Puntuació mitjana i IC 95%	190
Figura 5.	Qualitat de vida en nines segons grups d'edat. Població 7-15 anys. Puntuació mitjana i IC 95%	190
Figura 6.	Nombre de trastorns crònics per grup d'edat i sexe	190
Figura 7.	Nombre de trastorns crònics segons classe social i sexe. Percentatges estandarditzats per edat	191
Figura 8.	Trastorns crònics més prevalents patits en els darrers 12 mesos. Població ≥ 16 anys	191
Figura 9.	Prevalença de trastorns crònics en els darrers 12 mesos segons sexe. Població ≤ 15 anys	192
Figura 10.	Probabilitat de patir un trastorn mental (GHQ ≥ 3) segons grup d'edat i sexe	192
Figura 11.	Risc de patiment psicològic segons la classe social i sexe. Percentatges estandarditzats per edat	193
Figura 12.	Risc de patiment psicològic segons la percepció de la seva salut i sexe	193
Figura 13.	Salut mental de la població infantil (SDQ). Mitjana i IC 95%	194
Figura 14.	Restricció de l'activitat en les darreres dues setmanes per grup d'edat i sexe	194
Figura 15.	Problemes de salut que causen restricció temporal de l'activitat, per sexe. Població total	195
Figura 16.	Prevalença de limitacions per activitats de la vida quotidiana, per grup d'edat i sexe	196
Figura 17.	Limitacions per a la realització de les activitats de la vida diària, per classe social i sexe Percentatges estandarditzats per edat	196
Figura 18.	Dificultat auditiva i visual, segons l'edat	197
Figura 19.	Autonomia funcional, per sexe. Persones ≥ de 65 anys	197

MALALTIES TRANSMISSIBLES

Figures

Figura 1.	Grip a les Illes Balears, 2002-2006	202
Figura 2.	Tuberculosi a les Illes Balears. Taxa anual per 100.000 habitants, 1997-2007	203
Figura 3.	Tuberculosi a les illes Balears. Evolució de la taxa segons tipus de nacionalitat, 2002-2007	204
Figura 4.	Parotiditis a les Illes Balears, 2002-2006. Taxes per 100.000 habitants, per illes (escala logarítmica)	204
Figura 5.	Nous diagnòstics de VIH. Illes Balears, 2003-2007 (actualització a 31/12/07)	207
Figura 6.	Legionel·losi a les Illes Balears, 2002-2006. Taxa anual calculada amb tots els casos (residents i turistes) i únicament amb casos residents a les Illes Balears	208
Figura 7.	Malalties importades, període 2002-2006. Evolució anual del nombre de casos declarats	208

Taules

Taula 1.	Llistat de les malalties de declaració obligatòria a les Illes Balears, 2006	199
Taula 2.	Cobertura a Atenció Primària I per illes, en percentatges (anys 2002-2006)	200

Taula 3.	Infradeclaració en els hospitals públics, en percentatges, anys 2002-2006	200
Taula 4.	Retard en la declaració, en percentatges, anys 2002-2006	201
Taula 5.	Incidència de les malalties de declaració obligatòria a les Illes Balears, 2002-2006. Nombre absolut de casos i taxes per 100.000 habitants de les malalties amb algun cas detectat.	201
Taula 6.	Malaltia meningocòccica a les Illes Balears, 1997-2006. Confirmació analítica i serogrup	202
Taula 7.	Tuberculosi a les Illes Balears (totes les formes), incidència anual per 100.000 habitants Taxa específica per grup d'edat, 2002-2006. Comparació amb 2007	203
Taula 8.	Paràlisi flàccida aguda (PFA) a les Illes Balears, 2002-2006. Característiques dels malalts	205
Taula 9.	Sida a les Illes Balears. Evolució de casos i taxes per 1.000.000 habitants. Actualització 31/12/2007	206
Taula 10.	Brots d'origen alimentari o hídric, Illes Balears, 2002-2006. Distribució del nombre anual de brots i de persones afectades, concurrents, ingressades i enquestades	209
Taula 11.	Brots d'origen no alimentari, Illes Balears, 2003-2006. Distribució del nombre de brots i de persones afectades per tipus de transmissió.	210

MALALTIES CARDIOCEREBROVASCULARS

Figures

Figura 1.	Mortalitat per cardiopatia isquèmica en homes i dones, 2008. Taxa per 100.000 habitants ajustada a la població europea.	213
Figura 2.	Risc Relatiu de mortalitat per malaltia isquèmica en homes. Espanya 1999-2001	214
Figura 3.	Evolució temporal de l'edat mitjana de defunció per cardiopatia isquèmica a les Illes Balears segons el sexe. 1980-2007.	214
Figura 4.	Mortalitat per malaltia cerebrovascular en homes i dones, 2008. Taxa per 100.000 habitants ajustada a la població europea.	218
Figura 5 i 6.	Risc relatiu de mortalitat per malaltia cerebrovascular en homes i dones. Espanya, 1999-2001.	218
Figura 7.	Evolució temporal de l'edat mitjana de defunció per malaltia cerebrovascular a les Illes Balears, segons el sexe, 1980-2007.	219

Taules

Taula 1.	Evolució temporal de les altes hospitalàries per malalties de l'aparell circulatori segons sexe	212
Taula 2.	Dies d'estada. Altes hospitalàries 2008	213
Taula 3.	Indicadors de qualitat d'AP, Any 2008	217
Taula 4.	Evolució de la taxa de mortalitat ajustada a la població europea a les Illes Balears i a nivell nacional, per sexe. 2003-2007	219
Taula 5.	Factors de risc de l'ictus isquèmic	222

MALALTIES ONCOLÒGIQUES

Figures

Figura 1.	Mortalitat per càncer de mama, 2008. Taxa per 100.000 habitants ajustada a la població europea per comunitats autònomes.	227
Figura 2.	Mortalitat per càncer de pulmó, 2008. Taxa per 100.000 habitants ajustada a la població europea per comunitats autònomes i sexe	227
Figura 3.	Mortalitat per càncer de recte, 2008. Taxa per 100.000 habitants ajustada a la població europea per comunitats autònomes i sexe	227
Figura 4.	Mortalitat per càncer de pròstata, 2008. Taxa per 100.000 habitants ajustada a població europea per comunitats autònomes.	227
Figura 5.	Mortalitat per càncer colorectal per municipis en homes, 1989-1998. Risc relatiu	228
Figura 6.	Mortalitat per càncer colorectal per municipis en dones, 1989-1998. Risc relatiu	228
Figura 7.	Mortalitat per càncer pulmó per municipis en homes, 1989-1998. Risc relatiu suavitzat	229
Figura 8.	Mortalitat per càncer pulmó per municipis en dones, 1989-1998. Risc relatiu suavitzat	229
Figura 9.	Mortalitat per càncer de mama per municipis en dones, 1990-2001. Risc relatiu suavitzat	230
Figura 10.	Taxes d'incidència de càncer ajustades a Mallorca en dones 1998-2000	231
Figura 11.	Taxes d'incidència de càncer ajustades a Mallorca en homes 1998-2000.	231
Figura 12.	Taxes d'incidència per càncer ajustades a Mallorca per triennis i sexe	231
Figura 13.	Taxes ajustades d'incidència per càncer de mama a Mallorca per triennis en dones per 100.000	232
Figura 14.	Taxes ajustades d'incidència de càncer de pròstata a Mallorca per triennis en homes per 100.000	232
Figura 15.	Taxes ajustades d'incidència per càncer de recte a Mallorca per triennis i sexe per 100.000	232
Figura 16.	Contribució d'alguns factors de risc a les morts per càncer	234

Taules

Taula 1.	Supervivència relativa ajustada als 5 anys a Espanya i Europa	225
----------	---	-----

DIABETIS MELLITUS

Figures

- Figura 1. Evolució de la taxa de mortalitat a causa de la DM ajustada a la població estàndard europea. Resultats nacional i autonòmic . . . 238
- Figura 2. Evolució de la taxa de mortalitat a causa de la DM ajustada a la població estàndard europea. Resultats per illes i sexe 238
- Figura 3. Evolució de les complicacions en l'embaràs, el part i el puerperi associades a la diabetis. 243

Taules

- Taula 1. Evolució del nombre d'altres amb diagnòstic principal de DM i via d'ingrés 236
- Taula 2. Evolució de l'estada hospitalària mitjana per DM con a diagnòstic principal. 236
- Taula 3. Èxits a causa de la diabetis mellitus. 237
- Taula 4. Taxa bruta de mortalitat a causa de diabetis, per illes i sexe. 237
- Taula 5. Prevalença de factors de risc de diabetis. 240
- Taula 6. Prevalença declarada de diabetis. 241
- Taula 7. Prevalença diagnosticada de diabetis 241
- Taula 8. Prevalença de factors de risc cardiovascular associats a la diabetis 242
- Taula 9. Complicacions a l'embaràs, al part i al puerperi associades a la diabetis 242

MALALTIES RESPIRATÒRIES

Figures

- Figura 1. Mortalitat per MPOC , 2008. Taxa per 100.000 habitants ajustada a la població europea per comunitats autònomes i sexe . . . 247
- Figura 2. Evolució temporal de la mitjana d'edat de les defuncions per MPOC a les Illes Balears segons el sexe (1980-2007) 247
- Figura 3. Prevalença d'asma patida durant l'últim any a les diferents comunitats autònomes de l'Estat Espanyol 249
- Figura 4. Prevalença d'al·lèrgia crònica a les Illes Balears (població >15 anys) 249
- Figura 5. Prevalença de trastorns crònics, segons sexe (Població menor de 16 anys) 250

Taules

- Taula 1. Nombre d'altres per sexe amb diagnòstic principal de les diferents malalties de l'aparell respiratori en els hospitals de la xarxa sanitària pública de les Illes Balears durant el període 2003-2008. 245
- Taula 2. Altres hospitalàries i dies d'estada de les diferents malalties respiratòries a 2008 245
- Taula 3. Evolució de la mortalitat per MPOC a les Illes Balears, segons sexe (taxa per 100.000 habitants ajustada a la població europea) 247

MALALTIES MENTALS

Taules

- Taula 1. Costos comparats total Espanya i Illes Balears 252
- Taula 2. Taxa de mortalitat per suïcidi 2003-2007 (ajustada a la població europea). 253
- Taula 3. Activitat assistencial en les unitats d'hospitalització breu (2002-2004) 255
- Taula 4. Altres i estades hospitalàries segons el sexe i el diagnòstic principal. 2008 255
- Taula 5. Estada mitjana segons el sexe i diagnòstic principal. 2008. 256
- Taula 6. Evolució del nombre d'altres, d'estades i d'estada mitjana per trastorn mental durant 2003-2007. 256

LESIONS

Figures

- Figura 1. Població que declarava haver patit un accident el darrer any, per grup d'edat i sexe 258
- Figura 2. Tipus d'accident el darrer any, segons sexe. 259
- Figura 3. Lloc de l'accident, per sexe 259
- Figura 4: Tipus d'assistència rebuda per l'accident, per sexe 259
- Figura 5. Evolució dels accidents de trànsit a les Illes Balears, 1989-2008 260
- Figura 6. Accidents i víctimes mortals a 24 hores en carretera a les Illes Balears 2003-2008. Nombres absoluts. 260
- Figura 7. Distribució de l'edat i sexe de les persones accidentades. 264

DE QUE MORIM

Figures

- Figura 1. Taxes ajustades de mortalitat a Illes Balears i Espanya 1999-2008. 268
- Figura 2. Evolució taxes específiques mortalitat en homes a les Illes Balears, 0-49 anys, 1991-2008. 268

Figura 3.	Evolució taxes específiques mortalitat en dones a les Illes Balears, 0-49 anys, 1991-2008	268
Figura 4.	Evolució taxes específiques mortalitat en homes a les Illes Balears, 50 anys o més, 1991-2008	269
Figura 5.	Evolució taxes específiques mortalitat en dones a les Illes Balears, 50 anys o més, 1991-2008.....	269
Figura 6.	Taxes mortalitat infantil a Balears i Espanya en homes, 1994-2008	269
Figura 7.	Taxes mortalitat infantil a Balears i Espanya en dones, 1994-2008	270
Figura 8.	Evolució de les taxes ajustades de mortalitat a Balears 1994-2008 en dones (cinc capítols més freqüents CIE-10)	270
Figura 9.	Evolució de les taxes ajustades de mortalitat a Balears 1994-2008 en homes (cinc capítols més freqüents CIE-10)	271
Figura 10.	Taxes ajustades de mortalitat per tumors a Illes Balears i Espanya, 1999-2007	272
Figura 11.	Taxes ajustades de mortalitat per malalties del sistema circulatori a Illes Balears i Espanya, 1999-2007	272
Figura 12.	Taxes ajustades de mortalitat per causes externs a Illes Balears i Espanya, 1999-2007.....	272
Figura 13.	Taxes ajustades de mortalitat per malaltia cerebrovascular a les Illes Balears 1994-2008.....	275
Figura 14.	Taxes ajustades de mortalitat coronària a les Illes Balears 1994-2008	275
Figura 15.	Taxes ajustades de mortalitat per càncer de pulmó a Illes Balears 1994-2008.....	275
Figura 16.	Taxes ajustades de mortalitat per càncer de colon a Illes Balears 1994-2008	276
Figura 17.	Taxes ajustades de mortalitat per càncer de recte i unió rectosigmoide anus a les Illes Balears 1994-2008	276
Figura 18.	Taxes ajustades de mortalitat per càncer de mama a Illes Balears 1994-2008.....	276
Figura 19.	Taxes ajustades de mortalitat per càncer de cèrvix, cos d'úter i úter part no especificada a Illes Balears 1994-2008	277
Figura 20.	Taxes ajustades de mortalitat per càncer de pròstata a les Illes Balears, 1994-2008	277
Figura 21.	Percentatge APVP per grup de malalties a les Illes Balears, 2008	278
Figura 22.	Evolució taxes ajustades APVP per totes les causes a les Illes Balears, 1994-2008	278
Figura 23.	Evolució taxes ajustades APVP per causes externes a les Illes Balears, 1994-2008	278
Figura 24.	Evolució taxes ajustades APVP per tumors a les Illes Balears 1994-2008.....	279
Figura 25.	Evolució taxes ajustades APVP per malalties del sistema circulatori a les Illes Balears 1994-2008	279

Taules

Taula 1.	Nombre de morts, taxa ajustada de mortalitat i mortalitat proporcional a les Illes Balears, 2008	271
Taula 2.	Cinc causes més freqüents de mort per grup d'edat en homes a les Illes Balears, 2008	273
Taula 3.	Cinc causes més freqüents de mort per grup d'edat en dones a les Illes Balears, 2008.....	274

FINANÇAMENT DE LA SALUT

Figures

Figura 1.	Piràmide de població CAIB 1999 vs 2008	285
Figura 2.	Evolució de la taxa de naixements	286

Taules

Taula 1.	Pressupost Salut període 1999-2009 (en milions d'euros)	282
Taula 2.	Despesa sanitària pública de les Illes Balears 2004-2008 (en milions €)	284
Taula 3.	Evolució del padró municipal	284
Taula 4.	Evolució de la població protegida.....	285
Taula 5.	Evolució TSI 1999-2009	286
Taula 6.	Deute acumulat 2002-2008 (en milers d'euros)	287

FORMACIÓ, INVESTIGACIÓ I INNOVACIÓ EN MATÈRIA SANITÀRIA

Taula 1.	Evolució dels assaigs clínic presentats al Comitè Ètic d'Investigació de les Illes Balears	297
----------	--	-----

ELS TRASPLANTAMENTS I LES DONACIONS DE SANG I D'ÒRGANS

Figures

Figura 1.	Evolució de les donacions, incloses les afèresis i les autotransfusions	298
Figura 2.	Evolució del nombre de trasplantaments renals a les Illes Balears	298

Taules

Taula 1.	Activitat global de donació de teixits	299
----------	--	-----

TAULA RESUM DELS PRINCIPALS INDICADORS	309
---	-----



Govern de les Illes Balears

Conselleria de Salut i Consum
Direcció General de Salut Pública i Participació