

## 4

# SALUT, QUALITAT DE VIDA I SERVEIS SANITARIS

## RESUM

Enguany, quant a salut, s'incorporen dades procedents del Sistema de Vigilància Epidemiològica de Malalties de Declaració Obligatòria i Brots Epidèmics, del Registre de les Interrupcions Voluntàries de l'Embaràs i del Registre de Mortalitat. L'enquesta de salut de les Illes Balears es fa cada quatre anys, per la qual cosa no es poden presentar dades noves.

El sistema sanitari de les Illes Balears ha d'atendre tant una població resident, amb un col·lectiu nombrós que disposa de doble assegurança, com un notable volum de població flotant. Aquestes circumstàncies, juntament amb la insularitat, en determinen l'estructura, altament dotada tecnològicament. L'atenció primària i els hospitals de mitjana i llarga estada presenten un menor pes relatiu a les Illes Balears. Al llarg del 2009 l'activitat assistencial va seguir creixent. L'augment va ser més intens a la xarxa privada, i així va trencar la tendència dels darrers anys en què el sistema públic havia guanyat progressivament més presència dins el conjunt del sistema sanitari balear. Per la seva part, l'activitat en atenció primària va manifestar un ascens del 0,9% respecte de l'any anterior.

El sistema sanitari públic suporta la major part de la investigació, tot i que també es capta finançament extern, el qual es destina a projectes de recerca, a la intensificació d'investigadors, a l'establiment de tècnics de suport i a afavorir la incorporació de grups emergents d'investigació.

Al llarg del 2009 el nombre de donacions de sang han assolit un nou màxim històric, ja que han superat en un 6,5% les donacions de l'any 2008, i continua l'evolució ascendent iniciada fa un any. Les donacions d'òrgans s'han reduït de forma considerable.

## 4.1.

### SALUT I QUALITAT DE VIDA

La salut i la qualitat de vida tenen una font d'informació directa, expressada pels ciutadans i que periòdicament es recull en l'enquesta de salut de les Illes Balears. En els informes del CES dels anys anteriors es presentaren els principals resultats tant de salut com de mobilitat percebuda, així com de prevalença d'hàbits sans o hàbits tòxics i altres factors de risc, i també la informació més rellevant de l'anàlisi per gènere i classe social.

En l'informe de 2009 s'incorporen dades procedents del Sistema de Vigilància Epidemiològica de Malalties de Declaració Obligatòria i Brots Epidèmics, del Registre de les Interrupcions Voluntàries de l'Embaràs i del Registre de Mortalitat.

Dissortadament, a l'hora de tancar aquesta publicació no disposam de dades dels dos registres, els de morbiditat hospitalària i els de càncer, ni d'informació procedent de l'enquesta de salut, per diferents causes.

Pel que fa al Registre de Càncer de Mallorca, en aquest moment s'acaba el processament del període 2001-2002, per la qual cosa no es poden encara presentar

dades noves. Remetem el lector a la memòria del 2008 o a la publicació «El càncer a Mallorca 1997-2000, incidència i mortalitat».

La modificació en la codificació de l'enquesta de morbiditat hospitalària (EMH) que l'INE va introduir l'any 2009, a hores d'ara no ha permès encara disposar de dades consolidades i, per tant, no es pot mostrar l'anàlisi del volum d'altres hospitalàries, el diagnòstic principal que les causa i l'estada mitjana associada. Com que la codificació del CMBD encara no està estesa a tots els hospitals privats, l'EMH és l'única font que pot aportar informació conjunta de l'activitat pública i privada.

L'enquesta de salut de les Illes Balears es fa cada quatre anys, per la qual cosa no es poden presentar dades noves per a l'informe d'enguany. L'informe CES de l'any passat recollia informació sobre les desigualtats socials en salut i desigualtats per gènere. Per obtenir més dades de l'enquesta de salut, remetem el lector a la publicació en línia: <http://portalsalut.caib.es/psalutfront/info?id=137026>, en què podrà trobar, a més de les dades de les Illes Balears, les globals d'Espanya, de manera que es poden comparar els resultats obtinguts a la nostra comunitat amb la mitjana nacional.

#### 4.1.1. MALALTIES DE DECLARACIÓ OBLIGATÒRIA

El Sistema de Vigilància de les Malalties de Declaració Obligatòria (MDO) i Brots Epidèmics consisteix en un sistema de detecció i resposta de determinades malalties considerades d'interès per a la salut

pública. Es tracta d'un sistema consolidat a Espanya des de fa molts d'anys, és universal (tots els metges i centres sanitaris estan obligats a notificar-lo), exhaustiu (intenta recollir tots els casos diagnosticats) i sensible (s'han de notificar les sospites de cas, això per assegurar intervencions de salut pública oportunes en el temps). Les MDO es notifiquen setmanalment, excepte algunes que són de declaració urgent i, segons les dades requerides, hi ha dues modalitats de notificació: una, exclusivament numèrica (nombre setmanal de casos), per detectar canvis puntuals en la incidència i agrupacions temporoespacial de casos i monitorar les tendències, i l'altra, individualitzada, que comporta la recollida de dades clíniques i epidemiològiques de cadascun dels casos notificats. La informació que genera ha de ser útil per donar resposta ràpida als problemes de salut que la requereixen i per generar intervencions a mitjà i llarg termini. La declaració parteix dels metges clínics, que notifiquen les sospites del cas a salut pública. No obstant això, els canvis tecnològics dels darrers anys han permès modificacions en l'organització de la feina que la fa més eficient. L'any 2009, el ple funcionament de la història clínica informatitzada a Atenció Primària de l'IB-Salut ha permès automatitzar la tramesa del nombre de casos de MDO que diagnostiquen els metges de família i pediatres, cosa que permet una recepció més ràpida i exhaustiva dels casos i simplifica la feina dels metges que han de fer la notificació, mentre que la declaració individualitzada segueix essent responsabilitat d'aquests.

La recollida de dades, la depuració de la informació i les activitats d'investigació i control que es deriven de la detecció de

casos i brots es du a terme en l'àmbit insular i, en el cas de Menorca i Eivissa i Formentera, aquesta tasca l'assumeixen les unitats d'epidemiologia dels centres insulars de Menorca i d'Eivissa, que depenen de la Direcció General de Salut Pública i Participació. El Servei d'Epidemiologia, també de la DG de Salut Pública i Participació, actua com a servei central i assumeix la vigilància insular a Mallorca. Quan es menciona com a font d'informació el Servei d'Epidemiologia, s'ha d'entendre que inclou les unitats insulars.

L'any 2009 hi ha hagut nou malalties amb una incidència més alta que l'esperada, cosa a la qual ha contribuït el canvi en la recepció de les notificacions que s'ha comentat. Aquestes malalties són la diarrea infecciosa aguda, la grip, la sífilis, la disenteria bacil·lar, la febre recurrent per paparres, l'hepatitis A, l'hepatitis B, altres hepatitis víriques i la legionel·losi. En el quadre III-13 es mostra la incidència de les MDO per illes, capital i global de les Balears (nombre de casos i taxa per 100.000), la comparació amb el quinquenni anterior mitjançant l'índex epidèmic (entre el nombre de casos de l'any en estudi i la mediana del quinquenni, IE) i el nombre de casos importats.

Pel que fa a les malalties incloses en el programa de vacunació sistemàtica, destaca la disminució per la incidència de la parotiditis, que en els anys anteriors havia causat brots importants a Eivissa. L'any 2009 se n'han detectat 35 casos, amb una taxa de 2,9 casos per 100.000 habitants, que en el quinquenni anterior havia oscil·lat entre 3,3 i 52,8 per 100.000. D'hepatitis B, amb 30 casos i una taxa de

2,7, se n'ha vist un augment considerable de tres anys consecutius d'incidència baixa amb taxes per sota els 2 casos per 100.000. Tres de les malalties immunoprevenibles, poliomielitis, xarampió i forma congènita de la rubèola, estan sotmeses a un pla global d'eliminació de l'OMS. Això comporta uns programes de detecció i control estrictes que inclouen la investigació de tots els casos de pacients que comparteixin determinades característiques clíniques amb les entitats vigilades. Així, s'han investigat 3 casos de paràlisi flàccida aguda en infants, tots tres amb el diagnòstic definitiu de síndrome de Guillain-Barré, i 3 casos de xarampió, amb dos de descartats i un de confirmat com a xarampió importat del Regne Unit, sense que es detectàs transmissió autòctona posterior. De rubèola, no se n'ha detectat cap cas sospitós que s'hagués d'investigar. De les malalties sotmeses a programes de vacunació sistemàtica, no se n'han donat casos en vacunats, amb l'excepció de la parotiditis i la tos ferina.

Quant a altres malalties de transmissió respiratòria sotmeses a vigilància, enguany hem de destacar l'aparició d'una pandèmia gripal causada per una nova soca del virus de la grip A. El 24 d'abril de 2009, l'OMS va alertar de l'aparició d'un nou virus gripal d'origen porcí, l'A (H1N1), capaç de transmetre's entre humans. L'11 de juny, va ser declarada la fase pandèmica 6. Els serveis de salut pública es varen haver d'adaptar a una situació canviant de forma molt ràpida. Es va passar d'una estratègia inicial de contenció amb quarantena dels casos i profilaxis per als contactes —fins a mitjan juliol—, a una altra de mitigació i control de riscos. Entre les

QUADRE III-13. MALALTIES DE DECLARACIÓ OBLIGATÒRIA A LES ILLES BALEARS (2009). CASOS AUTÒCTONS I CASOS IMPORTATS

Casos autòctons

	Palma		Mallorca		Menorca		Pitiüses		Total Illes Balears		Nombre de casos importats	
	Casos	Taxa	Casos	Taxa	Casos	Taxa	Casos	Taxa	Casos	Taxa		IE
Dengue	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	--	3
Diarrea infecciosa aguda	19.278	4804,2	39.251	4551,4	4.033	4294,3	5.752	4134,7	49.041	4476,9	1,42	0
Disenteria bacil·lar	2	0,5	3	0,3	0	0,0	0	0,0	3	0,3	3	2
F. exantemàtica mediterrània	7	1,7	22	2,6	2	2,1	0	0,0	24	2,2	0,83	0
F. recurrent paparrus	0	0,0	4	0,5	1	1,1	0	0,0	5	0,5	1,67	0
F. tifoide	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	--	0
Grip	10.821	2696,7	23.856	2766,2	1.761	1875,1	2.928	2104,7	28.607	2611,5	2,96	0
Hepatitis A	10	2,5	14	1,6	1	1,1	4	2,9	19	1,7	2,11	1
Hepatitis B	13	3,2	23	2,7	3	3,2	4	2,9	30	2,7	1,58	2
Hepatitis viriques, altres	40	10,0	51	5,9	7	7,5	8	5,8	66	6,0	2	0
Inf. gonocòccica	23	5,7	28	3,2	0	0,0	6	4,3	34	3,1	0,83	1
Legionel·losi	21	5,2	48	5,6	4	4,3	9	6,5	61	5,6	1,33	5
Leishmaniasi	5	1,2	11	1,3	0	0,0	3	2,2	14	1,3	0,64	0
Lepra	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	--	2
M. H. Influenzae	1	0,2	2	0,2	0	0,0	0	0,0	2	0,2	--	0
M. meningocòccica	6	1,5	17	2,0	1	1,1	2	1,4	20	1,8	1,05	2

Continua

**QUADRE III-13. MALALTIES DE DECLARACIÓ OBLIGATÒRIA A LES ILLES BALEARS (2009). CASOS AUTÒCTONS I CASOS IMPORTATS**

## Casos autòctons

	Palma		Mallorca		Menorca		Pitiüses		Total Illes Balears		Nombre de casos importats	
	Casos	Taxa	Casos	Taxa	Casos	Taxa	Casos	Taxa	Casos	Taxa		IE
Paludisme	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	--	12
Parotiditis	19	4,7	29	3,4	1	1,1	2	1,4	32	2,9	0,29	2
Rubèola	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	--	0
Sífilis	55	13,7	71	8,2	7	7,5	20	14,4	98	8,9	1,32	0
Sífilis congènita	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	--	0
Tètan	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	--	0
Tos ferina	2	0,5	3	0,3	0	0,0	0	0,0	3	0,3	0,33	0
Triquinosi	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	--	0
Tuberculosi respiratòria	78	19,4	113	13,1	3	3,2	19	13,7	135	12,3	0,95	0
Tuberculosi, altres	24	6,0	32	3,7	4	4,3	9	6,5	45	4,1	1,02	9
Varicel·la	1.809	450,8	4.136	479,6	432	460,0	825	593,0	5.393	492,3	1,24	0
Xarampió	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	1

Notes: Taxes calculades per 100.000 habitants.

IE: índex epidèmic. Rao del nombre de casos de l'any i la mediana dels 5 anys anteriors. Es considera que està dins l'esperat entre 0,75 i 1,25 i major de l'esperat si és més alt que 1,25.

Font: Elaboració pròpia.

activitats que es varen posar en marxa destaquen: a) prolongació del funcionament de la xarxa de metges sentinelles de grip durant l'estiu; b) posada en marxa (temporal) de la xarxa de centres de salut sentinelles; c) vigilància de casos greus de grip ingressats a les UCI dels hospitals de les Illes Balears; d) vigilància microbiològica de frotis fora de la xarxa, recollits a les urgències hospitalàries, i e) vacunació contra la grip estacional i la grip pandèmica dirigida especialment a grups de risc. A les Balears es varen detectar els primers casos del nou virus a principi de maig a Eivissa, per transmissió secundària d'un malalt procedent de València que havia tingut contacte amb casos importats de Mèxic. A final de juny, la xarxa sentinella va poder detectar la circulació del virus a la nostra comunitat i a mitjan juliol es va detectar el primer ingrés a l'UCI i la primera defunció. La taxa màxima d'incidència setmanal va ser la setmana 47/2009 (final de novembre), amb quasi 190 casos per 100.000 habitants. El grup d'edat de 5 a 14 anys va arribar a taxes de 800 casos per 100.000. El 75% dels casos confirmats tenien menys de 30 anys i el grup d'edat menys afectat va ser el de més de 65 anys. Hi va haver 43 casos greus ingressats a l'UCI, l'edat mitjana dels quals era de 37 anys, quasi tots tenien factors de risc i 6 varen morir. Respecte de la campanya de vacunació de grip pandèmica, s'ha de dir que va tenir una taxa de resposta molt més baixa del que hauria estat desitjable. En el gràfic III-10 es presenten les taxes setmanals de grip a les Illes Balears durant les temporades 2008-2009 i 2009-2010, que mostren el pic estacional de 2008-2009, l'inici de la pandèmia a l'estiu de 2009 i el pic pandè-

mic i un pic no gaire diferent dels estacionals dels darrers anys, amb incidència lleugerament més alta i avançat en el temps, ja que va tenir lloc dos mesos abans del que és habitual a les Illes Balears.

La tuberculosi, tant la forma pulmonar (135 casos i taxa de 12,3) com la resta de formes clíniques (45 casos i taxa de 4,1), s'ha mantingut dins els límits esperats i sense canvis significatius en les característiques dels malalts; més de la meitat dels casos tenen entre 25 i 49 anys; els homes en representen el 66,1% dels casos i la proporció d'homes supera la mitjana en els grups de 35 anys i més. Els factors o situacions de risc detectats amb més freqüència són l'enolisme, amb el 15,6%; tenir constància de contacte amb un cas de tuberculosi, amb el 13,9%; la infecció pel VIH, amb el 9,4%, i ser usuaris de drogues per via parenteral (UDVP), amb el 6,1%. El 36,1% de pacients (65 casos) eren persones d'origen estranger —cosa que significa una disminució tant en percentatge (44%) com en nombres absoluts (84 casos)—, i d'aquests, el 32,3% eren de Bolívia (10 casos) o el Marroc (11 casos). De la resta s'havien consignat 24 nacionalitats, amb un rang d'1 a 6 casos per país. El nombre d'estrangers ha davallat sensiblement respecte de l'any 2008 (84 casos, el 44% del total). El gràfic III-11 mostra les taxes anuals de tuberculosi dels darrers 10 anys.

Pel que fa a la legionel·losi (transmissió via aerògena ambiental, no persona a persona), amb 61 casos i una taxa de 5,6 casos per 105 habitants, la incidència el 2009 ha estat més alta que en el quinquenni anterior, amb un índex epidèmic d'1,33, però un 40% més baixa que la de l'any 2008,

Gràfic III-10

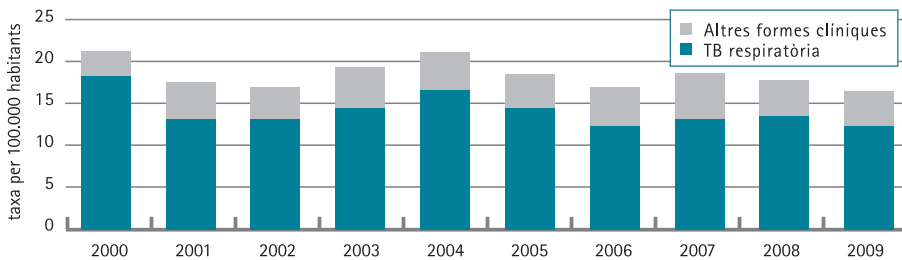
**Grip a les Illes Balears, temporades 2008-2009 i 2009-2010 (setmana 40 de 2008 – setmana 20 de 2010). Taxes setmanals per 100.000 habitants**



Font: Xarxa de metges sentinelles de grip de les Illes Balears. Servei d'Epidemiologia i unitats insulars d'epidemiologia

Gràfic III-11

**Tuberculosi a les Illes Balears, anys 2000-2009. Distribució segons la forma clínica. Taxes per 100.000 habitants**



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

en què se'n varen detectar 104 casos. El 2009 només hi ha hagut un brot de legionel·losi, amb 3 casos. Dels 61 casos, 24 eren turistes, i hi va haver 22 establiments d'hostaleria associats a casos.

Les malalties de transmissió alimentària i fecal-oral es mantenen en incidències molt baixes des de fa anys gràcies al sanejament ambiental, amb dues excepcions, la diarrea infecciosa aguda i l'hepatitis A. Pel que fa a

la diarrea infecciosa aguda (49.041 casos i una taxa de 4.477), possiblement l'augment és conseqüència en part del ja comentat canvi en el mecanisme de declaració de la malaltia, ja que no s'han detectat augments localitzats en zones determinades, ni tampoc agrupacions de casos associades a algun establiment o servei públic, com les xarxes d'aigua potable. De disenteria bacil·lar, que segueix amb una incidència alta, se n'han detectat 3 casos, 2 menys que l'any 2008. La incidència d'hepatitis A, amb 19 casos i una taxa de 2,4, ha estat més del doble de l'esperada, sense que es pugui atribuir l'augment a un brot determinat. La major incidència és a l'illa d'Eivissa (4 casos i una taxa de 2,9) i a Palma (10 casos i una taxa de 2,5), responsable de l'augment de la incidència respecte del 2008; són adults amb una edat mitjana de 34 anys, només dos casos menors de 18, i el 73,7% són homes.

La incidència de les zoonosis també ha estat baixa, amb l'única excepció de la febre recurrent per paparres, que ha experimentat un lleuger augment (5 casos i una taxa de 0,5), mentre que no hi ha hagut cap cas de brucel·losi ni de triquinosi.

De lepra, malaltia sotmesa a vigilància especial per l'OMS, se'n varen comunicar 2 casos importats, ambdós procedents de Bolívia.

Pel que fa a les malalties de transmissió sexual i parenteral, la sífilis segueix més alta del que s'esperava, amb 98 casos i una taxa de 8,9; la incidència més alta és a l'illa d'Eivissa i a Palma (taxes respectives de 14,4 i 13,7). En canvi, no hi ha hagut cap cas de sífilis congènita. Han augmentat també les

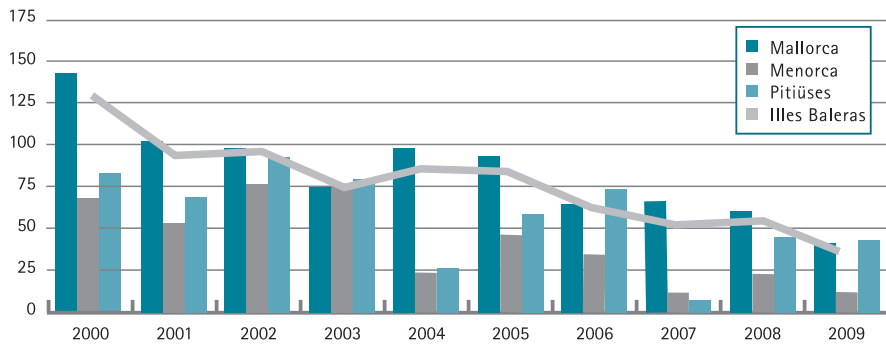
hepatitis víriques, tant la B (30 casos, taxa d'1,58) com la resta d'hepatitis víriques (66 casos i taxa de 6). Els casos d'hepatitis B són majoritàriament homes (73,3%), amb una edat mitjana de 35 anys, cap menor de 18 anys i un cas amb antecedent de vacunació correcta. Els factors de risc més freqüents són tenir parelles múltiples (20%), ser homosexual (13,3%) i haver viscut a països endèmics (10,7%). Pel que fa a les altres hepatitis víriques, l'any 2009 totes han estat del tipus C, majoritàriament en homes (63,6%), amb una mitjana d'edat de 38 anys, i com a antecedents de risc principals consten l'ús de drogues per via parenteral (28,8%), haver tingut parelles múltiples i estar a la presó (16,7%).

Respecte de la sida i nous diagnòstics d'infecció per VIH, s'ha de dir que s'actualitza periòdicament, per la qual cosa la incidència pot canviar, en especial la dels darrers anys, per la incorporació de casos detectats amb retard, i és també per aquest motiu pel qual es presenten dades agrupades de tot un període i no d'any en any. Pel que fa a la sida (2.422 casos acumulats des de l'any 1983), els anys 2004-2009 se n'han notificat 386 casos (338 a Mallorca, 13 a Menorca, 32 a Eivissa i 3 sense illa assignada). La distribució per sexe és de 303 homes i 83 dones. Aproximadament el 70% dels casos tenen entre 30 i 50 anys. El 45% dels homes i quasi la meitat de les dones tenen entre 30 i 39 anys. Només un cas és d'edat pediàtrica. La categoria de transmissió més freqüent és la d'UDVP, amb 145 casos (37%). Un total de 70 casos són de categoria heterosexual i 63 homosexual. Un total de 84 casos són d'origen estranger. En el gràfic III-12 es mostren les taxes anuals de sida per illes i global de les Balears.



Gràfic III-12

**Sida a les Illes Balears, 2000–2009. Taxes anuals per 1.000.000 d'habitants**



Font: Registre de la sida de les Illes Balears. Servei d'Epidemiologia i unitats insulars d'epidemiologia.

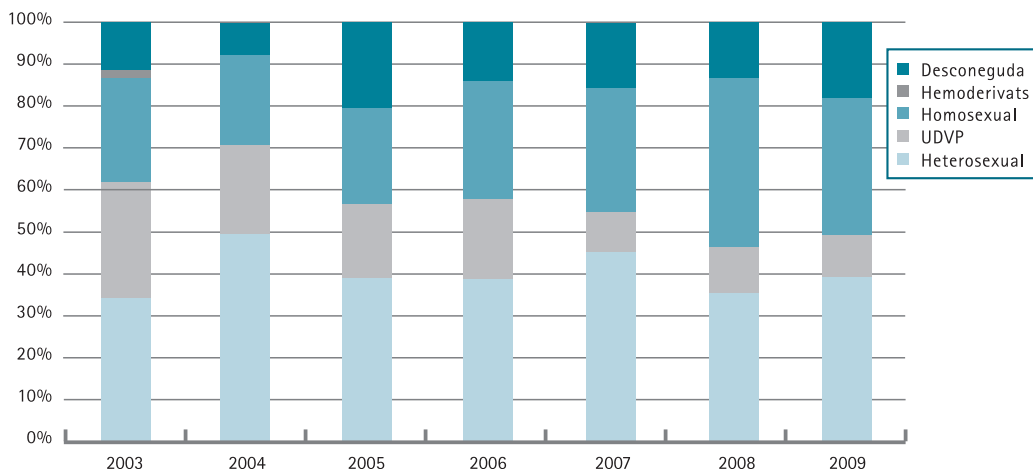
Els nous diagnòstics d'infecció VIH des de l'inici del registre (gener 2003-desembre 2009) han estat 947, el 78% dels quals són homes. Dels 947 casos, 810 corresponen a Mallorca, 39 a Menorca i 98 a les Pitiüses. Dos casos tenen assignada Formentera com a residència al diagnòstic. Pel que fa a l'edat, només 2 casos tenen edat pediàtrica i la mitjana d'edat dels 947 casos no pediàtrics és de 37 anys (rang 15-78). Respecte de la distribució per categories de transmissió, cal destacar que el primer grup en importància és el de la transmissió heterosexual (377 casos; 40%) seguit de la categoria homosexual-bisexual (277 casos; 29%) i UDVP (156 casos; 16%). Hi ha 135 casos sense categoria assignada. El gràfic 4 mostra la distribució anual, en percentatges, dels casos d'infecció per VIH per categoria de transmissió. Per als homes, la categoria homosexual suposa el 38% dels casos, l'heterosexual, un 31% i la d'UDVP, un 17%. A les dones, la categoria heterosexual representa un 70% i la d'UDVP, un 16%. Hi ha 945 casos amb país d'origen conegut, que es distribueixen en 7 regions

d'origen: les més freqüents són la Unió Europea, inclosa Espanya (675 casos; 72%), l'Àfrica subsahariana (108 casos; 11%) i Iberoamèrica (136 casos; 14%). Els casos d'origen espanyol presenten un percentatge considerablement més alt de categoria UDVP (21,6 enfront de 7,4) i més baix d'heterosexual (32,8 enfront de 52,7) que els d'origen estranger. (Vegeu els gràfics III-12 i III-13.)

Una part dels casos detectats de les malalties de declaració obligatòria són importants, és a dir, pacients diagnosticats a les Illes Balears amb origen de la infecció en un altre lloc; aquests casos no s'han inclòs en l'anàlisi anterior. El 2007 el nombre total d'aquests casos va ser de 38. A la taula es presenten els casos detectats i la comparació amb el quinquenni anterior. Destaquen la disminució del paludisme (8 casos, IE de 0,33) i de la tuberculosi respiratòria (7 casos, IE de 0,70), i l'augment de l'hepatitis A (8 casos, IE de 2) i la legionel·losi (8 casos, IE de 2,67).

Gràfic III-13

**VIH a les Illes Balears, 2003-2009. Distribució segons la categoria de transmissió, en percentatges**



Font: Registre de VIH de les Illes Balears. Servei d'Epidemiologia i unitats insulars d'epidemiologia.

Nota: La informació de l'any 2009 no està consolidada i pot experimentar canvis considerables en el nombre i la distribució dels casos.

Pel que fa als casos importats, la malaltia més freqüent és el paludisme, amb 12 casos. Una bona part (7 casos) correspon a persones immigrades que van a passar un temps al seu país; la majoria dels casos procedeixen de Nigèria (7 casos). La segueix en freqüència la tuberculosi respiratòria, amb 9 casos de procedències molt diverses. Entre les malalties que rarament s'han detectat fins a hores d'ara, destaquen 3 casos de dengue, tots tres procedents de Bolívia.

Respecte dels brots epidèmics, es pot destacar el següent:

a) Brots d'origen alimentari: el 2008 s'han detectat 8 brots de transmissió alimentària, el nombre més baix des de

l'any 1988. El total de persones afectades ha estat de 75, amb 23 ingressats. El nombre d'afectats és de quasi el doble que el de l'any 2008, a causa d'un brot amb 33 casos, probablement per norovirus. Els brots de caràcter col·lectiu han estat set, mentre que només n'hi ha hagut un de familiar. S'han identificat aliments en quatre brots (ou en dos brots, peix i marisc en altres dos). Els agents implicats han estat la salmonel·la en quatre brots i la histamina en un. De la resta, en dos casos la sospita diagnòstica és vírica i en un és un tòxic desconegut.

b) Brots d'origen no alimentari: dins aquest epígraf s'agrupen tots els brots que es transmeten per mecanismes

diferents de l'alimentari o hídric i, per tant, tant l'etiologia com la presentació clínica i el patró de transmissió són heterogenis. S'hi inclouen també brots per ingesta accidental d'agents tòxics o infecciosos que no hi eren presents, com contaminants d'aliments o de begudes (ingesta accidental d'aigua de bany contaminada, intoxicacions per medicaments i substàncies psicoactives). L'any 2009 s'han detectat 17 brots no alimentaris, 12 a Mallorca, 1 a Menorca i 4 a les Pitiüses, amb un total de 72 afectats. La mitjana és de 4,2 afectats per brot i el rang va de 2 a 16 malalts. En comparar el nombre de brots amb la mitjana del quinquenni anterior resulta un índex epidèmic de 0,55, quasi la meitat del que s'esperava. També el nombre d'afectats ha davallat respecte del quinquenni anterior, amb un 77% d'afectats menys que la mediana. El mecanisme de transmissió més freqüent és el contacte directe, amb 8 brots i 22 afectats, i segueix en freqüència la via respiratòria, amb 6 brots. Han augmentat els brots per contacte directe per comparació al quinquenni anterior, tot i que el nombre d'afectats ha disminuït, mentre que els respiratoris han disminuït tant en nombre de brots com en nombre d'afectats. Destaca la disminució dels brots de tuberculosi, 3 el 2009, cosa que representa la tercera part del que s'esperava (IE 0,33) i la detecció de 4 brots de sífilis, malaltia de la qual no s'havia declarat cap brot en el quinquenni anterior. Hi ha hagut

també un brot per *Mycobacterium abscessus*, per inoculació d'un material contaminat durant la pràctica de mesoteràpia, que a més ha estat el brot amb un nombre de casos més elevat (17). Pel que fa als col·lectius afectats, els més freqüents són els d'àmbit escolar.

#### 4.1.2. INTERRUPCIONS VOLUNTÀRIES DE L'EMBARÀS

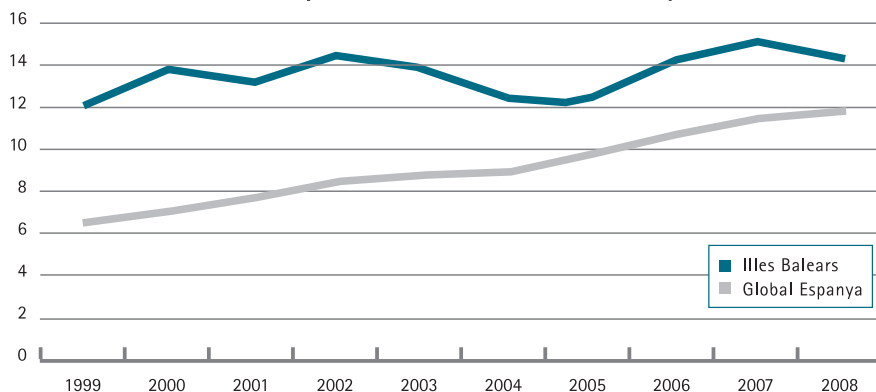
El 2008 (darrer any en què ja es disposa de la informació completa),<sup>14</sup> el nombre d'avortaments voluntaris a les Illes Balears va ser de 3.387, i la taxa de 15 a 45 anys va ser de 13,7‰. La incidència de les IVE a les Illes Balears es manté molt per sobre de la mitjana nacional i ha ocupat el primer lloc entre les comunitats autònomes, fins als darrers anys, en què ha estat superada per Madrid des de 2006, i el 2008 també per Catalunya i Múrcia. El gràfic III-14 mostra l'evolució de les taxes de les Illes Balears i globals d'Espanya del 1999 al 2008.

La mitjana d'edat va ser de 27,5 anys, amb un rang de 13 a 48 anys. La major incidència correspon a les dones de 20 a 24 anys (22,6‰ casos). La taxa de les més joves, que des de fa anys es mantenia més elevada que la mitjana, enguany ha estat igual que aquesta. Les taxes anuals per grups d'edat quinquennals del període 1999-2008 es mostren en el quadre III-14.

14. Volem destacar que el 2010 ha entrat en vigor la Llei orgànica 2/2010, de 3 de març, de salut sexual i reproductiva i de la interrupció voluntària de l'embaràs.

Gràfic III-14

**Interrupcions voluntàries de l'embaràs a dones residents a les Illes Balears, 1999-2008. Comparació entre les taxes nacionals i les de les Illes Balears. Taxes per 1.000 dones de 15 a 44 anys**



Font: Registre nacional de les IVE (MSPS). Registre de les IVE de les Illes Balears (Servei d'Epidemiologia).

**QUADRE III-14. INTERRUPCIONS VOLUNTÀRIES DE L'EMBARÀS A LES ILLES BALEARS. DISTRIBUCIÓ PER GRUPS D'EDAT, ANYS 1999-2008. TAXES PER 1.000**

Grup d'edat	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008
15 a 19	10,2	11,5	12,7	13,6	12,2	13,4	13,7	14,5	16,2	13,8
20 a 24	16	20,2	20,6	20,5	18,9	19,2	20,3	22,2	24,9	22,6
25 a 29	12,9	14,2	14,6	15,6	15,3	15,4	15,6	17,7	20,9	19,1
30 a 34	10,3	10,4	10,9	12,7	10,9	11,6	12,3	13,8	14,4	14,5
35 a 39	8,5	8,5	7,8	8,2	9	8,9	8,1	10,4	9,7	9,9
40 a 44	3,7	3,3	3,8	3,4	3,6	4	3,6	4	3,8	3,7
<b>Taxa global 15-44</b>	<b>10,3</b>	<b>11,3</b>	<b>11,6</b>	<b>12,2</b>	<b>11,5</b>	<b>12</b>	<b>12,1</b>	<b>13,5</b>	<b>14,6</b>	<b>13,7</b>

Font: Servei d'Epidemiologia.

El perfil de les dones ha canviat poc respecte dels darrers anys. La majoria (68,1%) eren fadrines i prop de la meitat (53,9%) vivien amb una parella. El nivell d'instrucció més freqüent és el de segon grau (el 37,8% de primer cicle i el 31,1% de segon cicle). El 75,9% tenia ingressos propis i el 74,3% treballava. El 51,6% ja tenia algun fill i el 24,4% ja s'havia

sotmès a alguna IVE anteriorment. Havia utilitzat algun servei de planificació familiar el 78,9%, amb més freqüència de públic. El 43,2% de les dones havien estat informades de la possibilitat de l'IVE a llocs diferents de centres sanitaris. El motiu era matern en el 96,98% dels casos i la mitjana de setmanes de gestació en el moment de la intervenció era de 8,4.

El 82,9% de les intervencions es varen fer a centres privats de les Illes Balears, el 4,1% a centres públics i hi ha un 13% que va acudir a centres d'altres comunitats autònomes.

Per primera vegada, el lloc de naixement de la dona es recull a tota Espanya i es tenen dades de l'any complet. Les dones d'origen estranger suposaren el 47,1% del total (1.596 dones). La majoria de dones d'origen estranger són d'Iberoamèrica (58,8%) o de la Unió Europea (24,7%) i les 5 nacionalitats més freqüents són Bolívia (19,7%), Equador (11,3%), Argentina (6,8%), Romania (6,0%) i Colòmbia (5,6%) i, en total, hi ha dones de 73 nacionalitats. Tot i que la mitjana d'edat de les dones estrangeres i espanyoles és similar, la distribució presenta algunes diferències en el grup de 15 a 19 anys, amb percentatges més baixos per a les estrangeres, i en el de 25 a 29, amb menor proporció de les espanyoles.

#### 4.1.3. MORTALITAT I SALUT

L'any 2008 varen morir a les Illes Balears 7.488 persones (3.581 dones i 3.907 homes). L'esperança de vida en el naixement de l'any 2008 va ser de 84,3 anys per a les dones i de 78,5 per als homes. Els tumors són la primera causa de mort en els homes, seguida de les malalties del sistema circulatori, mentre que en les dones la primera causa són les malalties del sistema circulatori i la segona els càncers. En tercer lloc, i a més distància, se situen les malalties de l'aparell respiratori tant en homes com en dones. En quart lloc, se situen les causes externes en els homes i les malalties del sistema nerviós

en les dones. En cinquè lloc, es troben les malalties del sistema digestiu en els homes i les malalties mentals en les dones. (Vegeu el quadre III-15.)

Per grups d'edat, els tumors constitueixen la primera causa de mort entre 25 i 74 anys en les dones i entre 45 i 79 anys en els homes. A partir dels 75 anys en les dones i a partir dels 80 en els homes, les malalties circulatories passen a ser la primera causa de mort. En els homes, fins als 39 anys, les causes externes són la primera causa de mort. (Vegeu el quadre III-16.)

Per malalties, el càncer de pulmó és la causa més freqüent de mort en els homes i la insuficiència cardíaca en les dones. Les malalties cerebrovasculares ocupen el segon lloc, tant en els homes com en les dones. El tercer lloc és ocupat per l'infart agut de miocardi en els homes i les demències en les dones. No obstant això, si es consideren conjuntament les demències i la malaltia d'Alzheimer, ocuparien el primer lloc en les dones. (Vegeu el quadre III-17.)

Amb relació als anys anteriors, la mortalitat ajustada sembla que s'estabilitza després d'un període de descens, tant en els homes com en les dones. Per grups de malalties, la mortalitat per les malalties del sistema circulatori podria estabilitzar-se. La mortalitat per tumors es manté globalment estable, malgrat que la mortalitat per alguns tumors com càncer de mama en les dones i els càncers de pulmó i de pròstata en els homes disminueix. La mortalitat per causes externes disminueix en els homes, principalment per la disminució en els accidents de trànsit. (Vegeu els gràfics III-15 a III-19.)

**QUADRE III-15. NOMBRE DE MORTS, TAXA AJUSTADA DE MORTALITAT I MORTALITAT PROPORCIONAL A LES ILLES BALEARS (2008)**

Homes	Nombre de 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 hematopoètics	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
<b>Total</b>	<b>3.907</b>	<b>975,7</b>	<b>100,0</b>
Dones	Nombre de 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 hematopoètics	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
<b>Total</b>	<b>3.581</b>	<b>601,23</b>	<b>100,0</b>

Font: IBESTAT i Servei d'Epidemiologia.

**QUADRE III-16. CINC CAUSES MÉS FREQUENTS DE MORT  
PER GRUPS D'EDAT I SEXE A LES ILLES BALEARS (2008)**

Homes	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 estats morbosos i mal definitis
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	

Continua

**QUADRE III-16. CINQ CAUSES MÉS FREQUENTS DE MORT PER GRUPS D'EDAT I SEXE A LES ILLES BALEARS (2008)**

Homes	1a	2a	3a	4a	5a
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 sistema respiratori	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

Continua



**QUADRE III-16. CINC CAUSES MÉS FREQUENTS DE MORT  
PER GRUPS D'EDAT I SEXE A LES ILLES BALEARS (2008)**

Dones	1a	2a	3a	4a	5a
< 1	XVI. Certes afeccions originades en el període perinatal	XVII. Malformació congènita, deformatats 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		

Continua

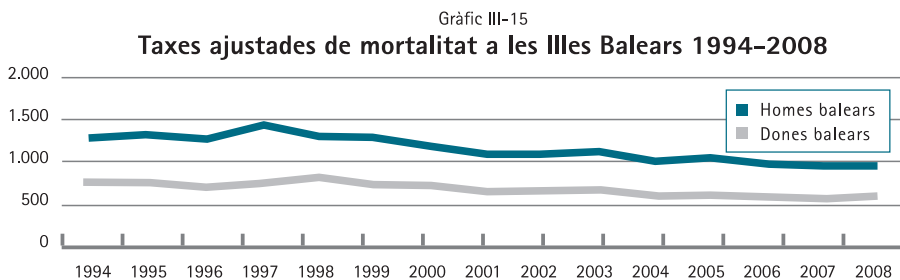
QUADRE III-16. CINC CAUSES MÉS FREQUENTS DE MORT PER GRUPS D'EDAT I SEXE A LES ILLES BALEARS (2008)					
Dones	1a	2a	3a	4a	5a
45-49	II. Tumors	IX. Malalties del sistema circulatori	I. Malalties infeccioses i parasitàries	VI. Malalties del sistema nerviós	
50-54	II. Tumors	IX. Malalties del sistema circulatori	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

**QUADRE III-17. DEU CAUSES MÉS FREQUENTS DE MORT A LES ILLES BALEARS  
PER SEXE SEGONS LA LLISTA DE L'INE REDUÏDA (2008)**

Homes		Nre. de morts
018	Tumor maligne de la tràquea, bronquis i pulmó	356
059	Malalties cerebrovasculars	239
055	Infart agut de miocardi	221
057	Insuficiència cardíaca	168
064	Malalties cròniques de les vies respiratòries inferiors (excepte asma)	167
012	Tumor maligne del colon	125
028	Tumor maligne de la pròstata	115
063	Pneumònia	112
046	Trastorns mentals orgànics, senil i presenil (demències)	93
077	Malalties del ronyó i de l'urèter (insuficiència renal)	93
Dones		Nre. de morts
057	Insuficiència cardíaca	303
059	Malalties cerebrovasculars	291
046	Trastorns mentals orgànics, senil i presenil (demències)	177
051	Malaltia d'Alzheimer	160
055	Infart agut de miocardi	154
054	Malalties hipertensives	120
044	Diabetes mellitus	118
023	Tumor maligne de la mama	107
063	Pneumònia	88
077	Malalties del ronyó i de l'urèter (insuficiència renal)	88

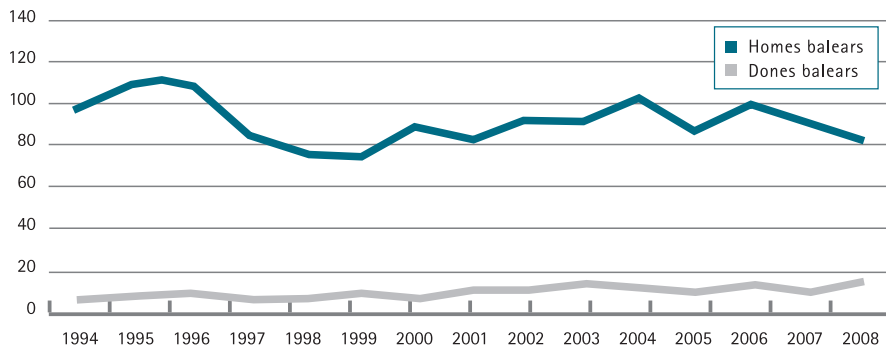
Nota: Població Illes Balears 2008: Homes 540.395; dones 532.449

Font: IBESTAT i Servei d'Epidemiologia.



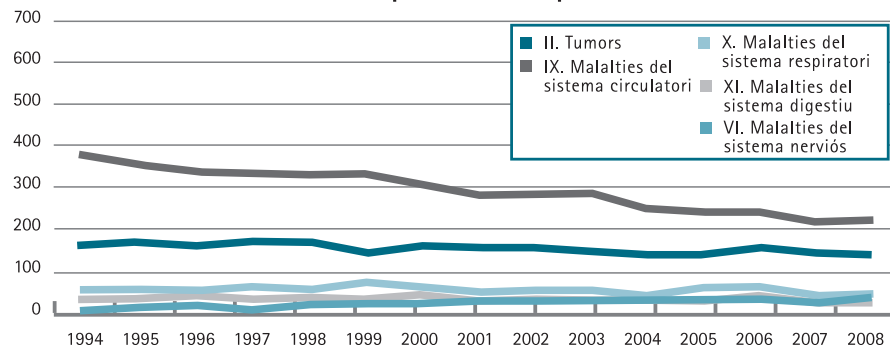
Font: IBESTAT i Servei d'Epidemiologia.

Gràfic III-18  
**Taxes ajustades de mortalitat per càncer de pulmó a les Illes Balears (1994-2008)**



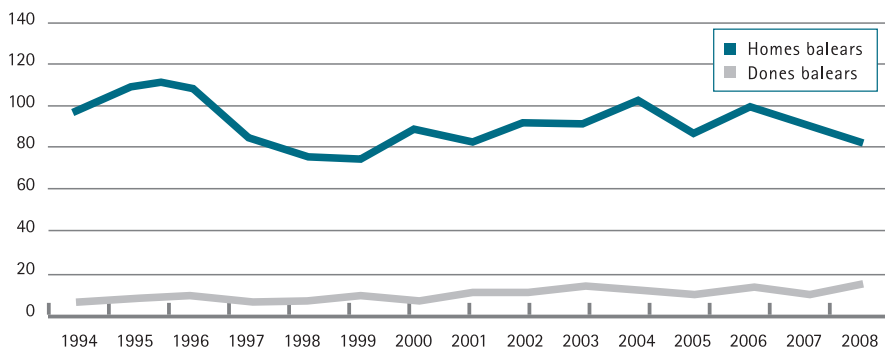
Font: IBESTAT i Servei d'Epidemiologia.

Gràfic III-17  
**Evolució de les taxes ajustades de mortalitat a les Balears 1994-2008 en dones (cinc capítols més freqüents CIE-10)**



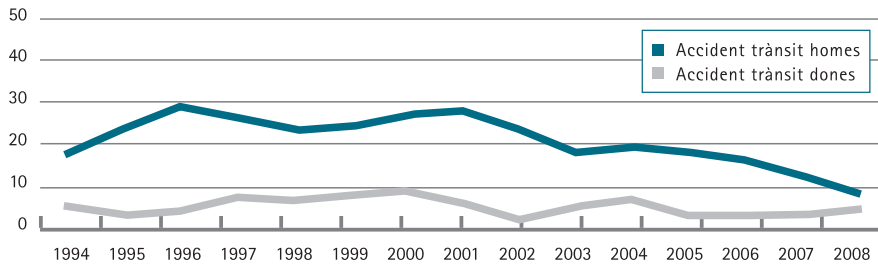
Font: IBESTAT i Servei d'Epidemiologia.

Gràfic III-18  
**Taxes ajustades de mortalitat per càncer de pulmó a les Illes Balears 1994-2008**



Font: IBESTAT i Servei d'Epidemiologia.

Gràfic III-19  
**Taxes ajustades de mortalitat per accidents de trànsit  
a les Illes Balears (1994–2008)**



Font: IBESTAT i Servei d'Epidemiologia.

#### 4.1.4. ESTRATÈGIA DE CURES PAL·LIATIVES DE LES ILLES BALEARS<sup>15</sup>

Conceptualment, ara com ara, definim les cures pal·liatives com l'apropament a una millora de la qualitat de vida dels pacients i dels seus familiars quan s'enfronten als problemes associats a una malaltia avançada i irreversible en què la mort és present, o bé de manera percebuda o bé de manera manifesta, mitjançant la prevenció i l'alleujament del patiment en termes de prompta identificació, impecable assessorament i tractament del dolor i d'altres problemes físics, psicosocials i espirituals.

En aquesta definició, a més, hi ha implícita una sèrie d'aspectes sobre els quals s'ha de fer un especial incís, ja que les cures pal·liatives són molt més que les cures dels darrers dies (al final de la vida). De fet, les cures pal·liatives són un model integral d'atenció en què l'objectiu principal de la cura és la qualitat de vida, entesa

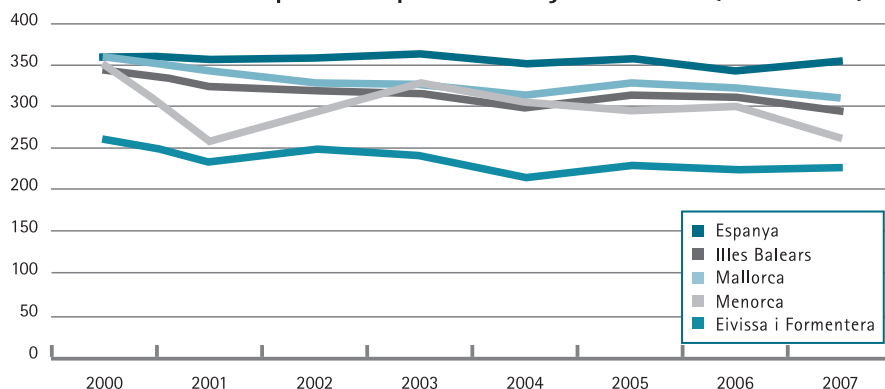
aquesta com a objectiu a consensuar entre el malalt, els professionals i les famílies en els quals s'integren els aspectes espirituals i psicològics en l'atenció al pacient. Gràcies a aquest consens, es poden aplicar de forma conjunta altres tractaments com quimioteràpia o radioteràpia, sempre que es tingui present l'objectiu de qualitat de vida. És un model d'atenció que afirma la vida i que considera la mort com un procés d'aquesta vida. La intenció no és accelerar ni retardar la mort, es parla de qualitat i per tant de com i no de quan. És un model que ajuda els pacients a viure tan activament com sigui possible, tant físicament com cognitivament, fins al final. Ajuda la família a adaptar-se a aquest procés durant la malaltia i el dol, i dona suport emocional quan el dol ho fa necessari.

A les Illes Balears, al llarg d'aquest segle, de mitjana, el 42% dels èxits de cada any moren a causa d'alguna de les patologies que es consideren tributàries de rebre

15. Aquest apartat ha estat elaborat per Micaela Comendeiro i Juli Fuster.

Gràfic III-20

**Evolució de la taxa bruta de mortalitat a causa de les patologies tributàries de rebre atenció pal·liativa per illes i conjunt nacional (2000-2007)**



Font: INE i IBESTAT i elaboració pròpia.

Unitat de mesura en tants per cent mil.

cures pal·liatives (46% en homes i 37% en dones),<sup>16</sup> un punt percentual per sobre de la mitjana del conjunt nacional, que és del 41% (46% en homes i 36% en dones). Segons els experts, aquests percentatges dels èxits fan referència a un grau de cobertura mínima,<sup>17</sup> que dut a la seva màxima expressió englobaria la totalitat de les persones que moren de manera no aguda o abrupta, ja que en definitiva tots

som tributaris de rebre atenció pal·liativa en la fase prèvia al nostre traspass.

Més concretament, per al darrer any del qual es tenen dades consolidades (any 2007), la taxa bruta de mortalitat a causa d'aquestes patologies a les Illes Balears se situa en 297 de cada cent mil persones. Les taxes per illes i el conjunt nacional es mostra en el gràfic III-20.

16. VIH-sida: pacient  $\geq 50$  anys. ADVP CD4 < 50 mm<sup>3</sup>. Càrrega viral > 100.000 còpies/ml. Estadi C del CDC.

Corea de Huntington: fase 6-7 classificació de Reisberg (GDS/FAST).

ELA i malalties de motoneurona: Índex Katz D o pitjor. Albúmina < 2,5 g / dl < 10% pes en els darrers 6 mesos.

Malaltia de Parkinson: fase 6-7 classificació de Reisberg (GDS/FAST).

Demència d'Alzheimer: fase 6-7 classificació de Reisberg (GDS/FAST).

Insuficiència cardíaca: grau IV de la NYHA. FE < 20%. Freqüents descompensacions.

Insuficiència hepàtica: estadi C de Child. Freqüents descompensacions.

Malaltia pulmonar obstructiva crònica: dispnea de repòs sense resposta als broncodilatadors. FEV1 < 30%. Hipoxèmia

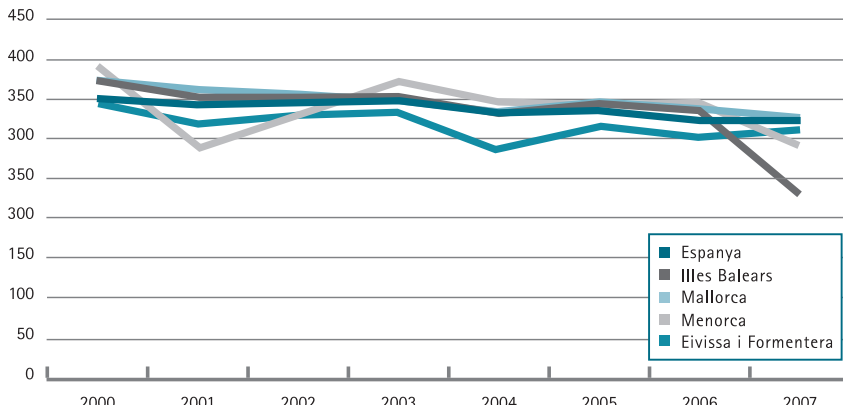
< 55. Hiperquèmia > 50. Taquicàrdia. Aguditzacions freqüents.

Insuficiència renal: aclariment de creatinina < 10 i creatinina sèrica > 8 mg/dl, sense indicació de diàlisi. Diüresi < 400 ml/dl.

17. McNamara, B.; Rosenwax, L. K.; Holman, C. D. (2006), «A method for defining and estimating the palliative care population», J. Pain Symptom Manage, núm. 32, pàg. 5-12.

Gràfic III-21

**Evolució de la taxa de mortalitat ajustada a la població estàndard europea a causa de les patologies susceptibles de rebre atenció pal·liativa per illes i conjunt nacional (2000-2007)**



Font: INE i IBESTAT i elaboració pròpia.  
Unitat de mesura en tants per cent mil.

No obstant això, per motius de disparitat en l'evolució i la composició actual per grups etaris de la població, tant per illes com pel conjunt de la comunitat respecte del conjunt de l'Estat, les dades del gràfic III-20 encara que siguin dades reals passen a ser per heterogeneïtat no comparables. Es fa necessari ajustar les taxes anteriors, i en aquesta ocasió fem servir la població estàndard europea. Els resultats de les taxes ajustades a la població estàndard europea es mostren en el gràfic III-21.

Atesa la gran diferència que en termes d'incidència representen cadascuna de les

patologies englobades en la població diana, susceptible de rebre cures pal·liatives respecte del total, i el fet que no totes les persones abans de la mort passen amb la mateixa intensitat i durant el mateix període de temps pels diferents estadis de la malaltia, es fa necessària una ponderació per arribar a una estimació que quantifiqui les potencials necessitats d'una adequada cobertura. Seguint les recomanacions dels experts,<sup>18</sup> agafam el 60% dels èxits oncològics i el 30% dels èxits a causa de les altres patologies del grup diana, i en el període analitzat arribam a una xifra que per a la nostra comunitat

18. Currow, D. C.; Nigthingale, E. M. (2003), «A planning guide: Developing a consensus document for palliative care service provision», *Med. J. Aust.*, núm. 179 (6 supl.), S23-5.

Franks, P. J.; Salisbury, C.; Bosanquet, N.; et al. (2000), «The level of need for palliative care: a systematic review of the literature», *Palliat. Med.*, 14:93-104.

Field, D.; Addington-Hall, J. (1999), «Extending specialist palliative care to all?», *Soc. Sci. Med.*, 48:1271-80.

Stjernsward, J.; Gómez Batiste, X.; Porta, J.; Paz, S.; Rocafort, X. (2007), «Program development; planning and implementing palliative care within the public health sector», a Walsh, D. (ed.), *Palliative Medicine Textbook, Elviesier*.

QUADRE III-18. EVOLUCIÓ DE LES NECESSITATS DE COBERTURA ESTIMADES (2000-2007)								
	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007
Mallorca	1.183	1.158	1.200	1.201	1.197	1.250	1.275	1.271
Menorca	126	98	115	135	133	130	135	124
Eivissa i Formentera	128	123	134	133	120	132	138	146
<b>Illes Balears</b>	<b>1.437</b>	<b>1.427</b>	<b>1.449</b>	<b>1.469</b>	<b>1.450</b>	<b>1.512</b>	<b>1.549</b>	<b>1.541</b>

Font: INE i IBESTAT i elaboració pròpia.

autònoma oscil·la entre les 1.450 i les 1.550 persones amb necessitat d'atenció pal·liativa. Aquestes estimacions per illes es recullen en el quadre III-18.

L'elaboració de l'Estratègia de cures pal·liatives de les Illes Balears està motivada pel ferm compromís per part de la Conselleria de Salut i Consum d'impulsar i desenvolupar l'estratègia en cures pal·liatives de l'SNS a la nostra comunitat autònoma, i proposar a partir d'una exhaustiva anàlisi de situació, tant de la població com dels recursos i de les línies recollides en el document nacional, una sèrie d'objectius principals i específics a aconseguir en el proper període 2009-2014. L'objectiu principal és proporcionar als pacients en fase avançada i irreversible de la malaltia i als seus familiars una valoració i atenció integral adaptada a cada situació, en qualsevol dels nivells assistencials i durant tot el procés, basada en el reconeixement del dret de cada persona a rebre, durant aquest període, el millor tractament possible. Sempre seguint criteris d'eficiència, equitat i qualitat. Per això, es proposa un model de treball integrat i coordinat entre els diferents nivells assistencials per assegurar una màxima cobertura, tant poblacional com horària.

## 4.2.

### ELS SERVEIS SANITARIS

El sistema sanitari de les Illes Balears ha d'atendre tant una població resident (que ha presentat un constant creixement), de la qual un col·lectiu nombrós disposa de doble assegurança, com un notable volum de població flotant. Aquestes circumstàncies, juntament amb la insularitat, en determinen l'estructura, caracteritzada per una àmplia xarxa hospitalària d'aguts —tant pública com privada—, altament dotada tecnològicament. L'atenció primària i els hospitals de mitjana i llarga estada presenten un menor pes relatiu a les Illes Balears. Al llarg del 2009 l'activitat assistencial va seguir creixent. L'augment va ser més intens a la xarxa privada, i així va trencar la tendència dels darrers anys en què el sistema públic havia guanyat progressivament més presència dins el conjunt del sistema sanitari balear.

#### 4.2.1. FINANÇAMENT DE LA SALUT

La despesa sanitària la podem classificar entre pública i privada. Del total de despe-



sa sanitària a les Balears, un 73% es fa en el sistema públic i un 27% en els centres de titularitat privada. Per una banda, la despesa sanitària pública es destina principalment a l'atenció especialitzada (63%), la qual es presta en un 93% a partir de mitjans propis i en un 7% a partir de serveis concertats. L'atenció primària representa un 32% de la despesa sanitària pública. (Vegeu el gràfic III-22.)

Respecte de la despesa en atenció primària, cal considerar que aquesta engloba la despesa farmacèutica (que també està induïda per l'atenció especialitzada), la qual representa aproximadament el 16% del total de la despesa sanitària pública.<sup>19</sup> (Vegeu el gràfic AIII-1.)

En termes de despesa sanitària pública per persona protegida, les Illes Balears se situen força per sota de la mitjana espanyola. Així, si comparem els pressuposts per capita corresponents a l'exercici 2010 de les diferents comunitats autònomes, es pot observar com les Illes Balears són la comunitat autònoma amb un menor finançament per habitant (1.066 euros). El diferencial amb la mitjana estatal és de 278 euros, mentre que l'infr finançament respecte de la comunitat autònoma amb un major pressupost sanitari per capita (el País Basc) és de 557 euros. (Vegeu el gràfic AIII-2.)

Per altra banda, i en contraposició amb les dades de despesa pública, la despesa sanitària privada va suposar una despesa per capita de 443 euros, el 27% de la despesa total. Aquest percentatge s'ha de relacionar amb el volum de població amb

assegurança privada a les Illes Balears (26%), que proporcionalment és el més alt de totes les comunitats autònomes. El 2008, el diferencial es manté tot i la important disminució a les Illes Balears de la despesa en primes d'assegurances relacionades amb la salut (-12%), una dinàmica que ben segur té a veure amb l'efecte de la crisi econòmica i que impacta alhora en més demanda d'utilització dels recursos sanitaris públics. (Vegeu el gràfic AIII-3.)

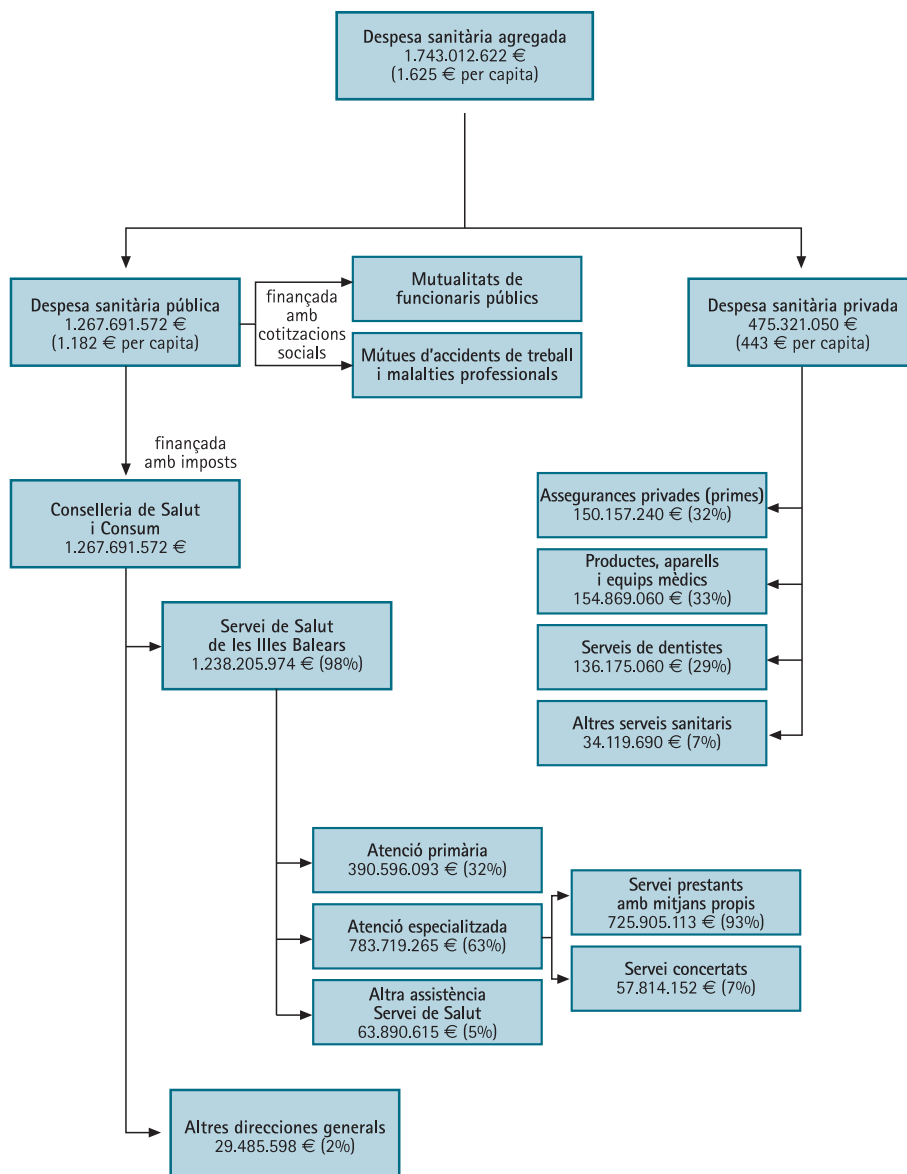
El model de finançament determina els recursos que la CAIB pot destinar a la cobertura de les necessitats sanitàries de la població. En aquest sentit, el nou model de finançament vigent des de gener de 2009, i més tenint en compte la gradualitat a l'hora d'aplicar-lo, no ha compensat la reducció dels ingressos derivats de l'efecte de la crisi econòmica sobre la recaptació fiscal. Aquest nou model de finançament segueix obviant aspectes relacionats directament amb la utilització dels serveis sanitaris com ara la magnitud de la població flotant.

Una altra dada que cal considerar en aquesta anàlisi és la de la despesa real en termes d'execució pressupostària, que se situa per sobre del pressupost inicial a cada exercici i que reflecteix la necessitat d'endeutament que té el sistema per garantir la prestació dels serveis. Així, la despesa sanitària pública el 2009, en termes de pressupost executat, fou de 1.328,62 milions d'euros, un 5% superior al 2008. Va correspondre al Servei de Salut el 98% de la despesa sanitària total, amb 1.301,96 milions d'euros. La despesa

19. Segons les dades de despesa sanitària pública de 2008 publicades pel Ministeri de Sanitat i Política Social.

Gràfic III-22

**Aproximació al flux de la despesa sanitària de les Illes Balears (2008)**



Font: Elaboració pròpia a partir de les dades d'execució de despeses de l'any 2008 del Servei de Salut de les Illes Balears. La despesa sanitària privada s'ha obtingut a partir de la informació sobre despesa (codis de despesa 0611 a 0631 i 1243) que ofereix l'enquesta de pressuposts familiars de l'INE corresponent a l'exercici 2008.

per habitant se situa en 1.212,88 euros, amb un increment del 2,6% respecte del 2008.<sup>20</sup> (Vegeu el quadre AIII-33.)

Per capítols de despesa, són les de personal i les despeses corrents en béns i serveis les de més pes sobre el pressupost executat del Servei, que en conjunt representen el 78% de la despesa. (Vegeu el quadre AIII-34.)

Per programes, el major pes correspon a l'atenció especialitzada, que suposa el 63% del pressupost executat de l'IB-Salut, seguit de l'atenció primària, amb el 32% (tenint en compte, en aquest cas, la matissació feta abans respecte de la inclusió de la despesa farmacèutica); en conjunt representen el 95% de la despesa. (Vegeu el quadre AIII-35.)

Des del punt de vista del flux de la despesa sanitària, la despesa sanitària privada assoleix els 475,3 milions d'euros i representa el 27% del total de la despesa sanitària agregada. Les assegurances privades (primes) facturen 150,1 milions d'euros (el 32% del total); els productes, aparells i equips mèdics, 154,9 milions d'euros (el 33%); els serveis dentistes representen 136,2 milions d'euros (el 29%), i altres serveis sanitaris sumen 34,1 milions d'euros (el 7% restant). Altrament, a càrrec del Servei de Salut de les Illes Balears, a través de l'atenció especialitzada, s'han facturat als serveis concertats 57,8 milions d'euros (el 7% del total). (Vegeu el quadre AIII-36.)

Els problemes de finançament de la despesa sanitària pública motiven exercici rere

exercici l'existència d'un diferencial entre pressupost i despesa real que es tradueix en la generació de dèficits pressupostaris. El deute acumulat en el període 2002-2009 pel Servei de Salut puja a 213,55 milions d'euros, al qual cal afegir les pèrdues acumulades fins al 31 de desembre de 2009 per GESMA i les fundacions Hospital Son Llàtzer i Hospital de Manacor, que representen un muntant de 140,87 milions d'euros. Com es pot observar, en els darrers anys el creixement del deute de l'IB-Salut ha estat exponencial. (Vegeu el quadre AIII-37 i el gràfic AIII-4.)

L'evolució del deute en l'àmbit de la sanitat pública ha assolit uns nivells que en comprometen la sostenibilitat i que requereixen l'arbitratge d'algun tipus de solució. L'escenari actual de crisi econòmica, que, com s'ha dit abans, impacta negativament sobre els ingressos públics, també fa inviable continuar donant suport als problemes de finançament de la sanitat pública en la demora dels terminis de pagament a proveïdors, els quals (que es veuen afectats igualment per la crisi) recorren cada vegada més a la reclamació d'interessos, cosa que no fa sinó accentuar el problema.

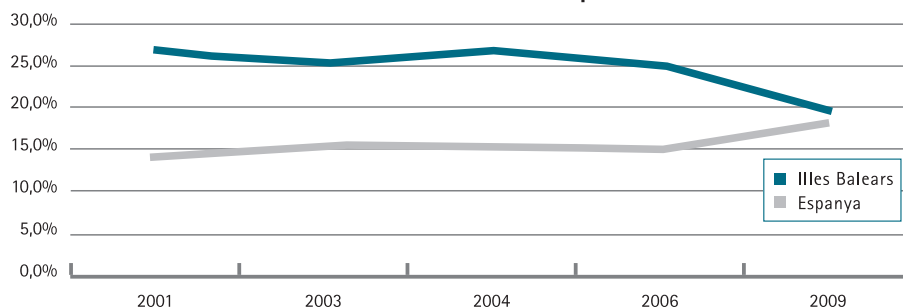
#### 4.2.2. L'ASSEGURAMENT SANITARI

El nombre de persones amb targeta sanitària a les Illes Balears l'1 de gener de 2009 va ascendir fins a 1.015.123, amb més d'una cinquena part dels titulars estrangers. De fet, la proporció de persones estrangeres a les Illes va assolir a començament de l'any 2009 el 21,7% de la pobla-

20. Segons les xifres del padró de les Illes Balears a l'1 de gener de 2009. Font: INE.

Gràfic III-23

**Evolució del percentatge de població amb assegurança d'assistència sanitària privada**



Font: Investigació Cooperativa entre Entitats Asseguradores i Fons de Pensions (ICEA) i Associació Empresarial d'Assegurança (UNESPA)

ció empadronada, gairebé el doble que al conjunt de l'Estat i 4 vegades més respecte del 1999, any en què el percentatge d'estrangers a l'arxipèlag se situà en el 5,5%.

En aquest context, l'arribada d'un nombre col·lectiu d'estrangers amb baix poder adquisitiu, combinada amb l'estancament de la renda per capita i l'augment de l'oferta assistencial pública, han provocat que en la darrera dècada s'hagi experimentat una disminució de la proporció de persones amb cobertura sanitària mixta a les Illes Balears.

Així, les Illes Balears, que fins fa pocs anys havien encapçalat el rànquing de comunitats autònomes amb cobertura sanitària mixta, ha vist com lentament ha davallat posicions amb relació a la resta de regions. Segons les dades de l'associació Investigació Cooperativa entre Entitats Asseguradores i Fons de Pensions (ICEA) i de l'Associació Empresarial de l'Assegurança (UNESPA), les Illes presentaven l'any 2001 un 26,5% de

població amb cobertura d'assistència sanitària privada, mentre que l'any 2009 aquest percentatge ha baixat aproximadament fins a un 20%. Les dades referides a les Balears de les diferents enquestes de salut elaborades pel Ministeri de Salut i Política Social, la darrera de les quals es refereix a l'any 2006, també cospen una tendència descendent.

Paral·lelament, al conjunt de l'Estat, l'assegurament privat ha experimentat una tendència inversa que a les Balears. L'any 2001, a Espanya, el percentatge de població coberta privadament era del 13,8%, mentre que l'any 2009 ha assolit el 17,8%. (Vegeu el gràfic III-23.)

#### 4.2.3. ELS RECURSOS ASSISTENCIALS

La població a les Illes, resident i flotant, és atesa amb els recursos assistencials de l'atenció primària, majoritàriament de titularitat i gestió pública, i de l'hospitalària, tant de titularitat pública com privada.

QUADRE III-19. RECURSOS DE L'ATENCIÓ PRIMÀRIA . DESEMBRE DE 2009

	Illes Balears	Mallorca	Menorca	Eivissa-Formentera
<b>RECURSOS MATERIALS</b>				
Centres de salut (EAP)		57	45	5 7
Consultoris (UBS)		103	86	7 10
Serveis d'urgències (SUAP)		6	4	2 0
Punts d'atenció continuada (PAC)		26	22	0 4

Font: Gerències Atenció Primària.

#### 4.2.3.1. Els recursos de l'atenció primària

La xarxa d'atenció primària a les Illes Balears, el desembre de 2009, estava composta per 57 equips d'atenció primària. Aquests equips treballen a 57 centres de salut i a 103 consultoris locals o unitats bàsiques de salut (UBS), 6 en serveis d'urgències (SUAP) i 33 en punts d'atenció continuada (PAC). (Vegeu el quadre III-19.) Al llarg del 2009 s'han obert 2 centres de salut: un a Mallorca i un altre a Eivissa.

El personal sanitari que ha treballat l'any 2009 a l'atenció primària va superar les 1.600 persones. Segons les dades de la Subdirecció de Recursos Humans, per col·lectius, més de la meitat són facultatius —un 32,5% dels professionals són metges de família i comunitaris, un 8,2% pediatres i un 11,2% són metges d'urgències—, un 42,9% són infermeres, siguin o no d'urgències, i aproximadament el 5,2% són auxiliars d'infermeria.

El nombre de treballadors en atenció primària a les Illes Balears és dels més baixos de l'Estat i, de fet, la despesa sanitària

en atenció primària a les Illes Balears és un 16% inferior a la de la mitjana espanyola.

#### 4.2.3.2. Els recursos de l'atenció hospitalària

A més de la seva titularitat, segons si són públics o privats, els hospitals de les Illes Balears es poden classificar, segons la seva finalitat, en hospitals generals, hospitals de salut mental i hospitals de mitjana i llarga estada, d'acord amb 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 atendre pacients que necessiten cures sanitàries, en general de baixa complexitat, per processos crònics o pacients amb un grau de mobilitat reduïda.

El quadre III-20 dibuixa l'escenari del sistema sanitari balear, segons els recursos i

QUADRE III-20. SISTEMA HOSPITALARI A LES ILLES BALEARS

Tipus	Nº Hospital	Llits		TIPIUS hospital	Hospitalització			Activitat quirúrgica		Activitat ambulatoria						
		Instal·lats	Funcionants		Dif	Llits funcionants	Ingressos / altes	Estades mitjana	Int. quirúrgiques programades % d'ambulatories	Int. quirúrgiques urgents	Parts (% cesàries)	Urgències (% successives ingressos per aquesta via)				
<b>Públics</b>	<b>Aguts 7</b>	1	Hospital Son Dureta	807	732	75	G									
		2	Hospital Mateu Oflila	142	142	0	G									
		3	Hospital d'Inca	162	165	-3	G									
		4	Hospital Can Misses	203	195	8	G	1.857	76.070 (54.623 per Urg)	524.757	6.90	49.034 (57% amb)	10.884 (11% amb)	409.861/ 870.749	461.821 (11,4% ingres)	
		5	Hospital de Manacor	224	224	0	G									
		6	Hospital Son Llàtzer	426	387	39	G									
		7	Hospital de Formentera	12	12	0	G									
	<b>Mitjana i llarga estada 4</b>															
<b>Públics</b>	8	Hospital Joan March	106	86	20	ML	155	2.192	52.282	23,9			932/ 3.483			
	9	Hospital General de Mallorca	71	69	2	ML	157	56.71	53.383							
	10	Hospital Psiquiàtric	158	157	1	SM	162	69	6.183	89,61						
	11	Residència assistida Cas Serres****	162	162	0	L	2.331	78.402	636.605	8,12	49.034	10.884	410.793/ 874.234	461.821		
		<b>Total públics</b>	<b>2.473</b>	<b>2.331</b>	<b>142</b>											
	<b>Privats</b>	<b>Amb ànim de lucre</b>		USP Clínica Palmapianas	162	150	12	G								
				C. Rotger	193	193	0	G								
				Clínica Juaneda Menorca	31	31	0	G	894	68.927/ (30.748)	228.159	3,31	48.210	1.150	307.172/ 328.223 (9,2%)	
				Policlínica Miramar	206	206	0	G								
				<b>Total privats</b>	<b>592</b>	<b>570</b>	<b>22</b>									

Continua

QUADRE III-20. SISTEMA HOSPITALARI A LES ILLES BALEARS

Tipus	Nº Hospital	Llits		TIPIUS hospital	Hospitalització			Activitat quirúrgica		Activitat ambulatoria			
		Instal·lats	Funcionants		Dif	Llits funcionants	Ingressos / altes	Estades mitjana	Int. quirúrgiques programades (% d'ambulatories)	Int. quirúrgiques urgents	Parts (% cesàries)	Urgències (% successives ingressos per aquesta via)	
Privats	Amb ànim de lucre	Policlínica Verge de Gràcia, SA	18	25	-7	G							
		Hospital General de Muro, SL	84	44	40	G							
	Policlínica Nostra Senyora del Rosari, SA	70	68	2	G								
	Serveis Integrals de Sanitat, SL (Juaneda)	206	86	120	G								
	C. Bellver	91	91	0	G								
Sense lucre	Mútua Balear	40	29	11	M	29	1.464	3.610	2,46	1.164	96	15.892/41.419 (3,4%)	11.418 (3,4%)
	Hospital Sant Joan de Déu	150	149	1	MQ	192	4.227	65.687	15,5	9.942 (16,2%)	0	48.957/40.691	0
	Hospital Creu Roja	56	30	26	MQ								
		<b>1.307</b>	<b>1.102</b>	<b>205</b>		<b>1.102</b>	<b>74.742</b>	<b>294.834</b>	<b>3,94</b>	<b>59.633</b>	<b>1.246</b>	<b>373.048/441.656</b>	<b>397.643</b>
	<b>Total</b>	<b>3.780</b>	<b>3.433</b>	<b>347</b>		<b>3.433</b>	<b>153.144</b>	<b>931.439</b>	<b>6,1</b>	<b>108.667</b>	<b>12.130</b>	<b>783.841/1.315.890</b>	<b>859.464</b>

G: general, ML: mitjana i llarga estada, SM: salut mental, L: llarga estada – residència, M: Mútua d'Accidents de Treball i Malalties Professionals, MQ: mèdicoquirúrgic.  
Font: Elaboració pròpia a partir del SIESCRI i IB-Salut.

l'activitat de cada grup d'hospitals, tant si són públics —d'aguts o de mitjana i llarga estada— com privats —amb ànim de lucre i sense.

En primer lloc, a la part superior del quadre, hi ha els 7 hospitals de titularitat pública classificats com a generals, que conformen el gruix del sistema sanitari balear d'aguts (IB-Salut). A Mallorca es concentren 4 hospitals públics d'aguts, els dos més grans situats a la ciutat de Palma —Son Dureta i Son Llàtzer— i en espera que s'inauguri el nou Hospital de Son Espases a final de 2010, i els altres dos situats a Manacor i a Inca per apropar l'assistència al ciutadà. L'hospital d'aquesta darrera ciutat va ser inaugurat l'any 2007.

Per la seva part, Eivissa, Menorca, i Formentera disposen d'un hospital a cada illa. L'any 2007 es va inaugurar l'Hospital Mateu Orfila a Menorca, que substituïa l'antic Monte Toro, i també es va posar en funcionament l'Hospital de Formentera.

L'altre subgrup d'hospitals públics el constitueixen els hospitals de mitjana i llarga estada i l'únic hospital de salut mental, tots aquests ubicats a Mallorca, excepte la Residència Assistida Cas Serres a Eivissa, que, tot i que mal classificat com a hospital, funcionalment és una residència geriàtrica.

D'altra banda, la part inferior del quadre es troba integrada pels hospitals de titularitat privada. Segons la seva finalitat, es divideixen amb ànim de lucre (amb 8 unitats) i sense ànim de lucre (amb 3), encara que aquesta distinció és difusa. De totes maneres, els hospitals sense ànim de lucre, gràcies als concerts bàsicament

d'activitat quirúrgica, són d'ús majoritàriament públic.

Comparant les dades de les Illes respecte d'Espanya, s'observa com en el conjunt de l'Estat es disposa de 17 hospitals per cada milió d'habitants, mentre que a les Balears n'hi ha 21,4.

A més, hi ha altres diferències significatives entre Espanya i les Balears pel que fa a la tipologia dels hospitals. Així, a les Illes Balears, segons el catàleg oficial, no hi ha hospitals de mitjana i llarga estada privats i, en canvi, hi ha un percentatge elevat d'hospitals d'aguts que són de titularitat privada.

El parc de llits instal·lats a les Balears fou de 3.433 al llarg del 2009, el 56,8% dels quals varen correspondre a hospitals generals públics, el 4,7% a hospitals de mitjana i llarga estada, el 4,8% a l'hospital psiquiàtric, el 27,3% a hospitals privats amb ànim de lucre i el 6,4% a hospitals privats sense ànim de lucre. Aquests darrers en part s'han de comptabilitzar com d'ús públic fruit dels concerts establerts. Els hospitals d'aguts conformen, doncs, la gran majoria de la infraestructura de l'assistència en atenció especialitzada.

Pel que fa al nombre de treballadors del sistema sanitari, segons les dades del SIES-CRI («Estadística de establecimientos sanitarios con régimen de internado») de l'any 2008, n'hi ha un total de 15.108. 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% infermeres, un 29,0% es classifiquen com



**QUADRE III-21. NOMBRE D'INFERMERS I AUXILIARS D'INFERMERIA  
PER COMUNITATS AUTÒNOMES (2009)**

	Infermers	Auxiliars d'infermeria
País Basc	69,25	57,85
Catalunya	69,93	59,65
Extremadura	74,89	68,39
Castella i Lleó	83,85	65,40
Illes Canàries	84,12	85,76
Galícia	85,03	70,36
Astúries	86,40	75,62
Cantàbria	88,10	85,97
Mitjana de l'Estat	89,49	75,58
Múrcia	90,54	84,27
Aragó	96,77	86,20
Comunitat Valenciana	101,67	79,85
La Rioja	101,69	81,33
Madrid	102,34	84,60
Andalusia	103,25	86,08
Castella-la Manxa	109,33	88,76
Navarra	112,63	82,28
<b>Illes Balears</b>	<b>112,89</b>	<b>102,18</b>
	Infermers / 100 llits	Auxiliars / 100 llits

Font: Elaboració pròpia a partir del Ministeri de Sanitat i Política Social.

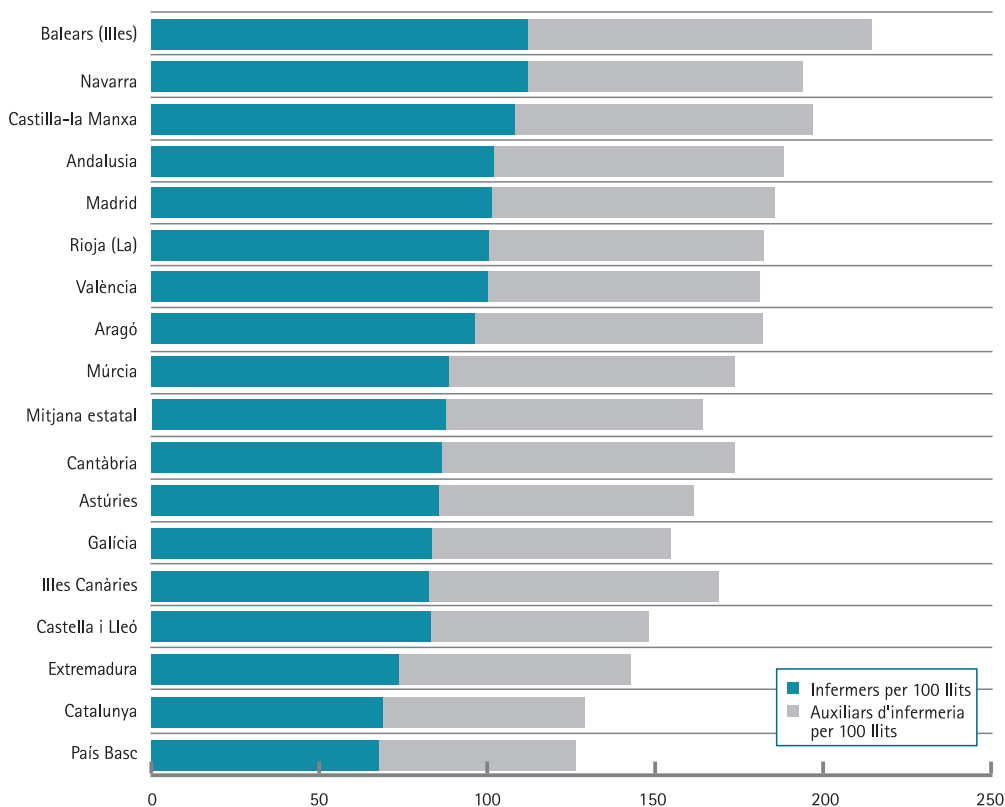
a ajudants sanitaris —bàsicament auxiliars d'infermeria—, un 22,7% personal no sanitari, propi o vinculat, i la resta són altres professionals, entre aquests els farmacèutics. Mentrestant, a la xarxa privada un 33,4% dels professionals que hi treballen són metges, tot i que cal tenir en compte que la mitjana d'hores treballades és significativament menor que a la pública, i un 21,7% infermeres.

Cal destacar que el nombre de treballadors del sistema sanitari ha experimentat un

creixement molt notable durant la darrera dècada (gairebé n'ha doblat els efectius durant el període). Això ha fet que col·lectius com els d'infermeria i auxiliars d'infermeria siguin els més nombrosos de l'Estat amb relació al nombre de llits (vegeu el quadre III-21 i gràfic III-24) i, pel que fa al nombre d'habitants, les Balears són les segones en nombre d'infermers, amb 3,73 per cada 1.000 habitants, i les primeres en nombre d'auxiliars d'infermeria, 3,38 per cada 1.000 habitants.

Gràfic III-24

**Nombre d'infermers i auxiliars d'infermeria**



Font: Elaboració pròpia a partir del Ministeri de Sanitat i Política Social.

Pel que fa a la tecnologia, es disposa d'una dotació més elevada que a la resta de l'Estat en pràcticament tots els tipus d'equipament, excepte pel que fa a acceleradors lineals, PET i gammacàmeres. Als hospitals de titularitat privada hi destaca la més alta concentració d'equips de litotrícia renal, de sales d'hemodinàmica, d'equips de ressonància magnètica i l'única PET de les Illes. Mentrestant, a la xarxa hospitalària pública s'hi ubica l'única

bomba de cobalt que hi ha a la Comunitat Autònoma i disposa de la gran majoria de sales d'hemodiàlisi i d'incubadores.

#### 4.2.4. L'ACTIVITAT ASSISTENCIAL

##### 4.2.4.1. L'activitat de l'atenció primària

Al llarg del 2009, un total de 7.480.085 visites varen ser ateses per la xarxa d'atenció primària de les Illes Balears, fet que

**QUADRE III-22. ATENCIÓ PRIMÀRIA A LES ILLES BALEARS (2009)**

	Illes Balears	Mallorca	Menorca	Eivissa-Formentera
<b>Metge de família</b>				
<b>Total visites</b>	<b>3.988.598</b>	<b>3.230.449</b>	<b>312.465</b>	<b>445.684</b>
Centre	3.956.697	3.203.891	308.724	444.082
Domicili	31.901	26.558	3.741	1.602
<b>Freqüentació</b>	<b>4,58</b>	<b>4,70</b>	<b>4,22</b>	<b>4,05</b>
<b>Consulta/facultatiu/dia</b>	<b>31,33</b>	<b>31,53</b>	<b>30,79</b>	<b>30,35</b>
<b>Cons./facult./domicili/dia</b>	<b>0,25</b>	<b>0,26</b>	<b>0,37</b>	<b>0,11</b>
<b>Pediatría</b>				
<b>Total visites</b>	<b>731.818</b>	<b>576.257</b>	<b>65.169</b>	<b>90.392</b>
Centre	731.591	576.045	65.160	90.386
Domicili	227	212	9	6
<b>Freqüentació</b>	<b>5,08</b>	<b>5,10</b>	<b>5,05</b>	<b>4,99</b>
<b>Consulta/facultatiu/dia</b>	<b>22,93</b>	<b>22,58</b>	<b>24,10</b>	<b>24,43</b>
<b>Infermeria</b>				
<b>Total visites</b>	<b>2.759.669</b>	<b>2.224.997</b>	<b>206.633</b>	<b>328.039</b>
Centre	2.635.990	2.127.319	194.424	314.247
Domicili	123.679	97.678	12.149	13.792
<b>Freqüentació</b>	<b>2,72</b>	<b>2,78</b>	<b>2,38</b>	<b>2,56</b>
<b>Consulta/inf./dia</b>	<b>19,18</b>	<b>19,68</b>	<b>15,87</b>	<b>18,43</b>
<b>Cons./inf./domicili/dia</b>	<b>0,86</b>	<b>0,86</b>	<b>0,93</b>	<b>0,77</b>

Font: FIC.

suposa un creixement del 0,9% respecte de l'any anterior. Aquest augment s'explica per l'ascens de les visites en pediatria (5,4%) i d'infermeria (1,1%), ja que el nombre de visites en medicina de família varen ser les mateixes que l'any anterior. (Vegeu el quadre III-22.)

Per illes, les dinàmiques esdevingueren divergents, ja que el notable ascens de les visites registrat a les Pitiüses, del 6,6%, va contrastar amb el descens del 2,1% anotat a Menorca. A Mallorca l'augment va ser del 0,4%.

Paral·lelament, pel que fa a la mitjana de visites per habitant i any (freqüentació), va créixer en tots els col·lectius. Així, la freqüentació pel que fa als metges de família va augmentar un 5,2%, a pediatria un 6,5% i a infermeria un 5,8%. D'aquesta manera, el nombre de visites per habitant i any es va situar, respectivament, en les 4,58, 5,08 i 2,72.

A més, els metges de família varen continuar essent el col·lectiu que va atendre més consultes per dia, fins a arribar a les 31,3 de mitjana diària per metge. Mentrestant,

les consultes per facultatiu i dia en el cas dels pediatres es varen situar en les 22,9 de mitjana i dels infermers en el 19,2.

Els metges de família es varen desplaçar al domicili del pacient de mitjana només 0,25 vegades cada dia, tot i que pel que fa al col·lectiu d'infermeria aquesta proporció va ascendir fins a les 0,86 vegades per dia. Les visites a domicili en el cas de la pediatria són pràcticament inexistentes.

A l'atenció primària s'han dut a terme diversos programes al llarg del 2009, entre els quals destaca l'impuls que s'ha donat al Programa d'Atenció Dental Infantil (PADI). El programa PADI, impulsat per la Conselleria de Salut i Consum, persegueix que els infants rebin una atenció personalitzada en la prevenció i en l'assistència de les malalties bucodentals que puguin patir i, d'aquesta manera, contribuir a disminuir les diferències socials amb relació a la cura i al manteniment de la salut dental.

Al llarg de l'any 2009, gràcies al PADI, s'ha ofert assistència dental bàsica a 52.039 infants nascuts entre els anys 1999 i 2003 i s'ha assolit una cobertura del 32,01% de la població diana, compresa entre 6 i 15 anys.

#### **4.2.4.2. L'activitat hospitalària**

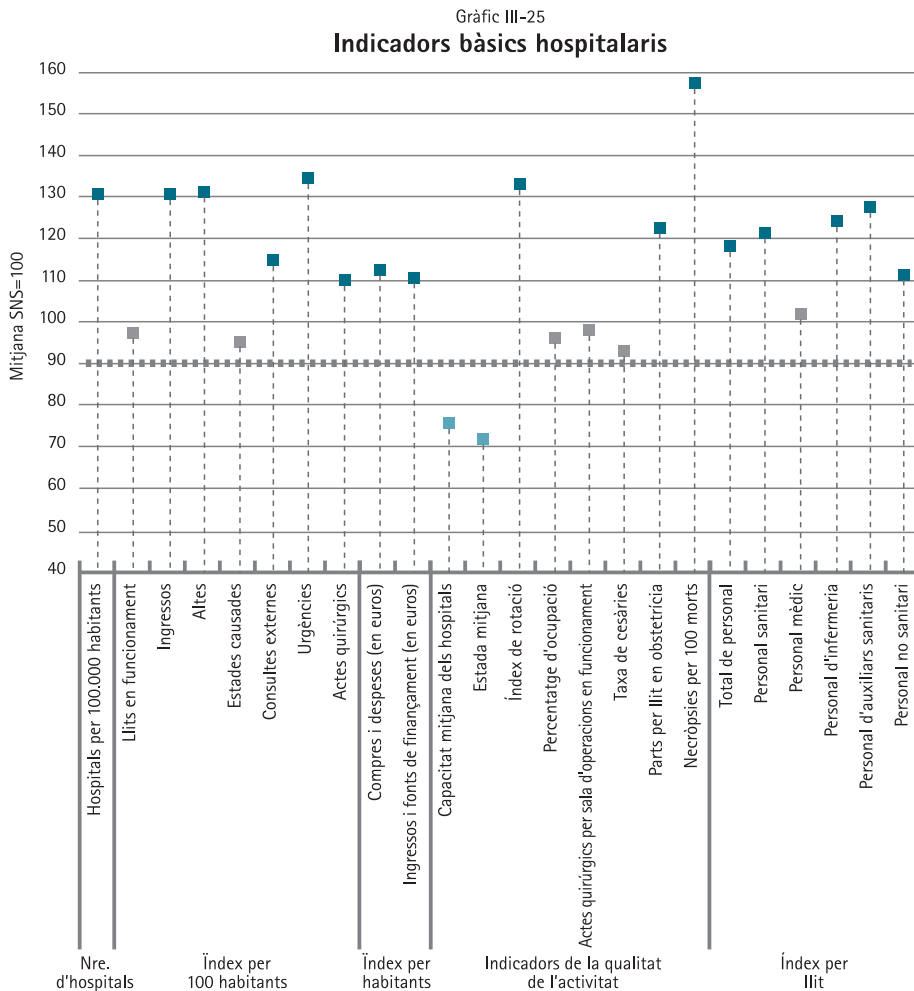
El sistema hospitalari balear al llarg del 2009 ha seguit manifestant una notable activitat als hospitals d'aguts, tant si són de titularitat pública com privada, una de les més elevades de les comunitats autònomes amb relació als habitants que hi resideixen. En canvi, l'activitat als hospitals de mitjana i llarga estada encara queden

lluny dels registres de la resta de l'Estat, d'acord amb la menor presència d'aquests tipus d'hospitals a les Illes Balears.

Quant als hospitals d'aguts, l'activitat al llarg del 2009 s'ha caracteritzat, seguint la tendència dels darrers anys, pel creixement de l'activitat quirúrgica i ambulatoria i per l'estancament o menor increment dels indicadors d'hospitalització. Així, mentre que a final de la dècada dels noranta el sistema hospitalari es basava en la cura del pacient més aviat a l'hospital, és a dir, a intensificar el nombre d'estades i ingressos, deu anys més tard només s'ingressen els pacients la situació dels quals ho fa estrictament necessària, i es tendeix cada vegada més a la utilització de les consultes externes i a l'ambulatorització.

D'aquesta manera, en primer lloc, als hospitals públics d'aguts varen créixer les intervencions quirúrgiques —un 6,1% de programades i un 3% d'urgents—, les consultes —les primeres consultes un 7,2% i les successives un 3,7%— i les urgències un 2,5%. Per contra, pel que fa a l'hospitalització, es va observar una minva dels ingressos de l'1,7% i de les estades del 4,1% i, per tant, una disminució de l'estada mitjana hospitalària, que va passar del 7,1 el 2008 al 6,8 el 2009.

D'altra banda, als hospitals privats generals d'aguts amb ànim de lucre, pràcticament tots els indicadors d'activitat varen créixer. En l'àrea d'hospitalització, el nombre de llits funcionant va ser de 72 més que l'any 2008. i les altes i les estades varen augmentar un 9,4% i 12,6% respectivament. Pel que fa a l'àrea ambulatoria, el nombre de persones ateses al servei d'urgències va ser un 1,0% més que l'any



Font: Elaboració pròpia a partir de INE i indicadors calu MSP.

anterior, tot i que el repunt més considerable es va obtenir a l'àrea de les consultes externes, amb un increment superior als dos dígits tant pel que fa a les primeres consultes —15,7% d'augment— com a les successives —10,8% més que l'any anterior. En el bloc quirúrgic, el nombre d'intervencions programades també va créixer amb força, fins un 17,4% més res-

pecte de l'any anterior, tot i que les urgents varen experimentar un descens del 22,2%.

Amb referència als hospitals privats sense ànim de lucre, tot i que el nombre d'altes va ser pràcticament idèntic a l'any anterior, el nombre d'estades va descendir un 4,4%. En conjunt, es varen fer més inter-

vencions quirúrgiques —un 3,0% més respecte del 2008— i, pel que fa a l'activitat ambulatoria, hi va haver una disminució de l'1,1% del nombre de primeres consultes, però que es va combinar amb el notable augment del nombre de consultes successives, xifrat en el 15,1%.

En el conjunt d'hospitals, el descens de la natalitat el 2009 va fer que el nombre de parts als hospitals públics baixàs un 4,0%. La taxa de cesàries als hospitals públics va ser significativament menor que a la privada (20% enfront del 34% de la privada).

També s'ha de destacar que l'any 2009 hi va haver 347 llits que, tot i estar instal·lats, no es varen fer servir, la majoria dels quals als centres privats.

Amb tot, el sector privat d'hospitalització d'aguts al llarg del 2009 ha augmentat l'activitat amb relació al sector sanitari públic i ha trencat la tendència dels darrers anys, en què la pèrdua del nombre d'unitats hospitalàries privades i l'obertura d'hospitals públics va conduir cap a una menor presència relativa dels centres de titularitat privada en el sistema sanitari balear.

Així doncs, pel que fa a l'àrea d'hospitalització, tot i que el nombre de llits funcionants tant en el públic com en el privat s'ha incrementat, només en els centres de titularitat privada ha augmentat el nombre d'altres i d'estades al llarg de 2009.

Mentrestant, les intervencions quirúrgiques programades es varen fer en un 54,9% en el sector privat —amb un total de 59.633 intervencions, tot i que 10.259 d'aquestes varen ser intervencions deriva-

des d'hospitals públics a hospitals concertats—, mentre que el 2008 aquest percentatge se situava en el 52%. L'alta dotació tecnològica dels hospitals privats i la més alta freqüència en la utilització d'aquesta tecnologia per part dels privats respecte dels públics va permetre dur a terme una intensa activitat quirúrgica, tot i que el gran nombre de persones novingudes durant la darrera dècada ha estat absorbit pel sistema públic.

Per acabar, tant les primeres consultes com les successives, l'any 2009, també varen créixer més a la privada que a la pública.

Al conjunt de l'Estat, la majoria d'indicadors d'activitat en termes per capita són més alts a les Balears. (Vegeu el gràfic III-25.)

#### **4.2.4.3. Llistes d'espera quirúrgica i consultes**

L'evolució de les llistes d'espera quirúrgica i de consultes s'ha d'emmarcar dins un context de creixent activitat, tant en l'àrea quirúrgica com en l'àrea de consultes. De fet, a les Balears, les intervencions quirúrgiques públiques i privades per habitant són, juntament amb Catalunya, les més altes de l'Estat, i pel que fa a les consultes, també ocupen una posició destacada.

Adicionalment, les llistes d'espera s'han de relacionar amb la freqüentació. En aquest sentit, s'ha d'indicar que les Illes Balears és la tercera comunitat autònoma amb més freqüentació, amb més de 108 intervencions quirúrgiques per cada 1.000 habitants, 57,5 a les públiques —mentre que a Espanya en són 60— i 50,5 a les privades.

**QUADRE III-23. LLISTES D'ESPERA QUIRÚRGICA I CONSULTES (2003-2009)**

Activitat global de la llista d'espera quirúrgica (LLEQ)

	Desembre 2004	Desembre 2005	Desembre 2006	Desembre 2007	Desembre 2008	Desembre 2009
LLEQ	10.603	11.466	9.757	11.150	11.988	12376
LLEQ x 1.000 hab.	11,57	12,1	9,87	10,8	11,29	12,19
Demora mitjana	73,37	63,4	58,14	60,83	61,92	62,53
>6 mesos	0	0	0	2	0	0
% 5-6 mesos	6	4,2	2,2	2,9	4,3	4,6
% < 3 mesos	66,98	72,5	80,2	77,3	74,3	72,8

Activitat global de la llista d'espera per a consultes (LLECC)

	Desembre 2004	Desembre 2005	Desembre 2006	Desembre 2007	Desembre 2008	Desembre 2009
LLECC	28.433	28.471	27.505	22.140	24.964	26.852
LLECC x 1.000 hab.	31,03	31,07	28,91	21,46	23,5	26,45
Demora mitjana	30,5	29,7	27,6	29,0	33,4	38,5

Font: IB-Salut.

Les llistes d'espera quirúrgica, segons les dades de desembre de 2009, varen créixer un 3,2% respecte del mateix mes que l'any anterior, la qual cosa suposa un augment inferior al conjunt de les intervencions quirúrgiques programades als hospitals públics, que fou del 6,1%. Per tant, es reduí el percentatge de pacients amb llistes d'espera sobre el total d'intervencions quirúrgiques programades. (Vegeu el quadre III-23.)

Pel que fa a la demora mitjana quirúrgica, es va situar en els 62,53 dies, similar a la de desembre de 2008, i no hi va haver cap cas que es demoràs més de 6 mesos. El temps mitjà d'espera als hospitals d'aguts de l'IB-Salut segueix essent inferior al del conjunt dels hospitals públics de l'Estat, que es troba al voltant dels 75 dies.

Quant a les llistes d'espera per consultes, varen augmentar un 7,6%, percentatge dos punts percentuals superior al volum de consultes totals. D'aquesta manera, la demora mitjana per consultes es va situar en els 38,5 dies.

**4.2.4.4. Hospitals de mitjana i llarga estada i hospital psiquiàtric**

El Reial decret 1277/2003, pel qual s'estableixen les bases generals sobre l'autorització de centres, serveis i establiments sanitaris, defineix els hospitals de mitjana i llarga estada com a hospitals destinats a atendre pacients que necessiten cures sanitàries, en general de baixa complexitat, per processos crònics o pacients amb grau de mobilitat reduïda. En el catàleg d'hospitals del 2003 figuren l'Hospital General i l'Hospital Joan March —dos

**QUADRE III-24. HOSPITALS DE MITJANA I LLARGA ESTADA (2009)**

Hospitalització	
<b>Llits funcionants</b>	<b>154</b>
I% Ocupació	92,7%
Ingressos	2.192
Estades	52.282
Estada mitjana	23,9
Consultes externes	
Primeres visites	932
Visites successives	3.483
<b>Total visites</b>	<b>4.415</b>
Rati 2/1	3,74
Tècniques diagnòstiques/terapèutiques	
Proves diagnòstiques (ecografies i diverses de radiologia)	700
Rehabilitació (sessions)	28.874
Coordinació entre nivells	
Visites UVASS	2.123
Àrea salut mental	
Hospitalització	
<b>Llits funcionants</b>	<b>157</b>
% Ocupació	93,2%
Ingressos	56
Altes	71
Estades	53.383
Exitus	2

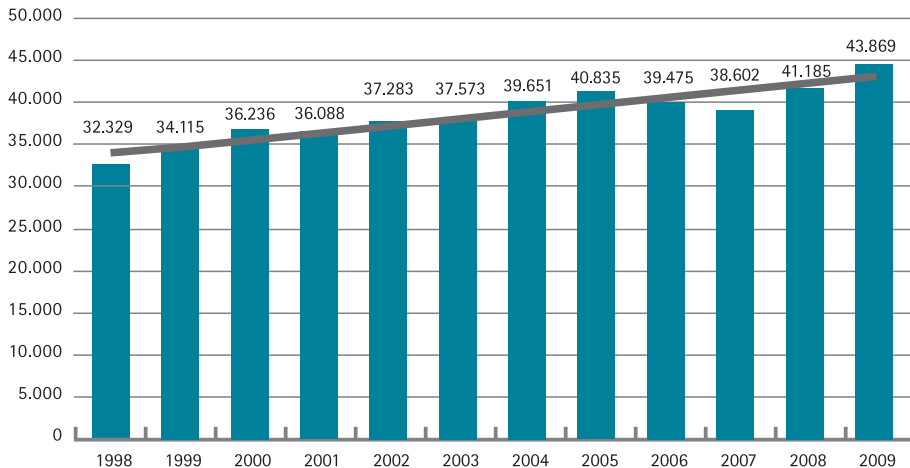
Font: GESMA.

hospitals públics de l'IB-Salut que gestiona l'empresa pública Gesma— com a hospitals de mitjana i llarga estada. Ofereixen en conjunt 154 llits de mitjana estada amb programes de convalsència (amb rehabilitació integral i multidisciplinària), subaguts i pal·liatius, per a malalts majors fràgils, segons el model sociosanitari propi expressat en el pla estratègic Ben Atès. A

més, l'atenció es completa amb hospitals de dia de reeducació funcional, que implanten programes, com el de valoració geriàtrica integral o el de demències, orientats també a l'assistència de mitjana estada. El caràcter complementari de l'assistència hospitalària d'aguts i de suport a l'atenció primària de salut converteix aquests centres en el vector de la conti-



Gràfic III-26A  
**Evolució absoluta de les donacions entre el 1998 i el 2009,  
incloses afèresis i autotransfusions**



Font: Fundació de Banc de Sang i Teixits.

nuïtat assistencial i la comunicació entre nivells. (Vegeu el quadre III-24.)

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

Pel que fa als hospitals de salut mental, el Reial decret 1277/2003 els defineix com a hospitals destinats a proporcionar diagnòstic, tractament i seguiment de la malaltia als pacients que necessiten estar ingressats i que pateixen malalties mentals. En aquest sentit, l'hospital psiquiàtric ofereix 157 llits de mitjana i llarga estada per a malalts crònics i gestiona també un grup de residències tutelades de caràcter comunitari. A

més, per atendre aquest tipus de malalts, també es disposa dels recursos per a malalts aguts, situats en els hospitals d'aguts.

#### 4.2.4.5. Els trasplantaments i les donacions de sang i òrgans

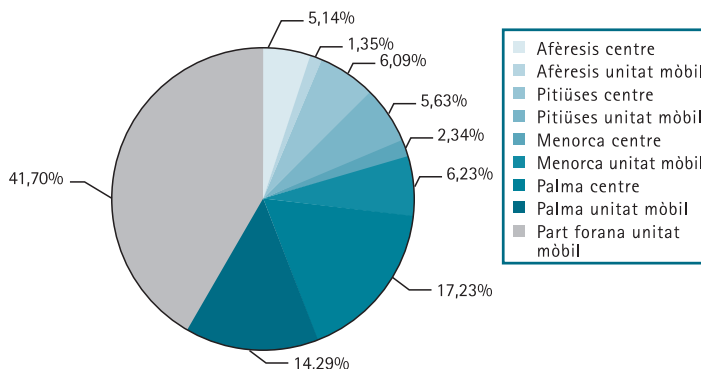
##### 4.2.4.5.1. Donacions de sang

Al llarg del 2009 les donacions de sang a les Balears varen assolir un nou màxim històric en arribar a les 43.869. Aquest registre supera en un 6,5% les donacions de l'any 2008 i segueix l'evolució ascendent iniciada fa un any. (Vegeu el gràfic III-26 A i B.)

L'augment de les donacions per cada una de les Illes va ser força homogeni, amb la qual cosa l'estructura percentual no va variar gaire respecte del 2008. El 73,2%

Gràfic III-26B

**Evolució relativa de les donacions entre el 1998 i el 2009, incloses afèresis i autotransfusions**



Font: Fundació de Banc de Sang i Teixits.

de les donacions es varen fer a Mallorca, l'11,7% a Eivissa i Formentera i el 8,5% a Menorca; mentre que la resta, un 6,5%, foren afèresis.

**4.2.4.5.2. Donacions d'òrgans**

Durant el 2009, a les Balears hi va haver 32,7 donants per milió d'habitants, un 14,4% menys que l'any anterior i lleugerament per sota de la mitjana espanyola, que va ser del 34,3.

Al llarg de l'any, tres hospitals varen generar donacions, Son Dureta, Menorca i Can Misses. Del total de 36 donants de les Balears, se n'obtingueren 115 òrgans (68 ronyons, 31 fetges, 5 cors i 11 pulmons).

Paral·lelament, hi va haver un trasplantament renal menys que el 2008 (se'n registraren un total de 45). Així mateix, l'activitat global d'implants de teixits i de donació de teixits es va estancar.

**4.3.**

**FORMACIÓ, INVESTIGACIÓ I INNOVACIÓ EN MATÈRIA SANITÀRIA**

L'activitat de formació, d'investigació i d'innovació en matèria de salut va ser intensa al llarg del 2009.

Pel que fa a la formació continuada, la Comissió de Formació Continuada dels Professionals Sanitaris de les Illes Balears s'encarrega d'acreditar la formació continuada de tots els professionals sanitaris establerts a la Llei d'ordenació de les professions sanitàries. L'any 2009, l'activitat ha augmentat prop d'un 40% respecte de l'any anterior, en què es tramitaren 941 sol·licituds d'acreditació d'activitats de formació continuada, 914 de les quals han estat acreditades.

De la part de formació especialitzada, estan acreditades en 34 especialitats sanitàries. A les Illes Balears hi ha 9 unitats docents: 4 d'ubicades als hospitals Son Dureta, Son Llätzer, Manacor i Can Misses, 3 de Medicina Familiar i Comunitària —les de Mallorca, Menorca i Eivissa—, la Unitat Docent del Treball i la Unitat de Comares.

Al llarg de l'any 2009, s'han ofert 152 noves places de resident: 126 per a metges, 5 per a farmacèutics, 3 per a químics, 2 per a psicòlegs i 16 per a infermers. Aquest any s'han format en total 411 residents.

Pel que fa a la investigació, la despesa en el sistema de salut pública de les Illes Balears l'any 2009 va ascendir fins a gairebé 20 milions d'euros en concepte de recerca i desenvolupament (R+D), amb 740 persones que hi varen participar, que si es comptabilitzen en termes d'equivalència en jornada completa varen ser 242. Aquests valors suposen un increment del 37% del nombre de personal d'R+D i un increment del 31% en termes d'equivalència en jornada completa respecte de l'any anterior.

El sistema sanitari públic suporta la major part de la investigació, tot i que també es capta finançament extern, especialment el que arriba de l'Institut de Salut Carles III, el qual es destina a projectes de recerca, a la intensificació d'investigadors, l'estabilització de tècnics de suport i a afavorir la incorporació de grups emergents d'investigació.

Des de l'Institut de Salut Carles III també es dóna suport a crear estructures d'investigació, com el Consorci de Suport a la

Investigació Biomèdica en Xarxa (CAIBER). A les Illes Balears s'ha aprovat una unitat conjunta entre l'Hospital Universitari Son Dureta i Atenció Primària de Mallorca per formar part del CAIBER.

Addicionalment, l'Institut de Salut Carles III ha atorgat un crèdit al Servei de Salut per adequar espais d'investigació en el futur hospital ubicat a Son Espases. El 61% del crèdit és per adaptar instal·lacions, el 37% per adquirir equipament i el 2,6% per contractar personal.

D'altra banda, s'ha preparat un conveni entre Farmaïndústria i la Comunitat Autònoma de les Illes Balears, dins el Programa +i de Cooperació de Farmaïndústria amb les comunitats autònomes i en coordinació amb el Ministeri de Sanitat i Política Social, per fomentar la investigació clínica i translacional.

Pel que fa al Comitè Ètic d'Investigació Clínica de les Illes Balears (CEIC-IB), ha mantingut una activitat molt similar a la de l'any 2008. S'han avaluat 205 protocols, 117 dels quals eren assaigs clínics (el CEIC-IB ha estat comitè de referència estatal de 4 dels assaigs anteriors), 74 projectes d'investigació i 14 estudis postautorització.

S'ha de tenir en compte que la Fundació Mateu Orfila (FMO), creada l'any 2003, és la institució que gestiona la major part de la investigació en ciències de la salut a les Illes Balears. Durant l'any 2009 l'FMO ha gestionat 145 assaigs clínics i 9 projectes d'investigació finançats per l'Institut de Salut Carles III, 1 projecte finançat pel Ministeri de Ciència i Innovació, 1 pel Ministeri de Sanitat i Consum i 7 per la Conselleria d'Innovació.

Per acabar, pel que fa a la investigació, l'Institut Universitari d'Investigacions en Ciències de la Salut (IUNICS), que pertany a la UIB i que té signat un conveni de col·laboració amb la Conselleria de Salut i Consum, disposa de 33 grups d'investigació integrats en 5 àrees de recerca. Bona part d'aquests són grups del sistema sanitari i d'altres són mixtos universitat-serveis sanitaris. Al llarg del 2009, els membres dels grups del IUNICS han aconseguit l'aprovaçió de 78 projectes, han publicat 174 articles en revistes científiques i han registrat 2 patents.

Recentment, s'han promogut diferents iniciatives innovadores, com ara la creació del futur clúster biotecnològic i sanitari en salut BIOIBAL (representat pel teixit empresarial del sector de la biotecnologia, com a BioIB i altres sectors afins, per agents del Servei de Salut, la UIB i altres institucions d'investigació) i el BioClúster Sud d'Europa (constituït per les regions integrants de la denominada Euroregió Pirineus-Mediterrani).

#### 4.4.

### REFORMA DE LA SALUT PÚBLICA

Avui en dia sabem que la salut de la població es deu, en gran part, a factors que es troben fora del sector sanitari. La influència sobre els determinants de salut (les causes de les causes) es imprescindible per millorar la salut, el benestar i l'economia de les societats. La iniciativa "salut en totes les polítiques" marcarà les polítiques

de salut pública del segle XXI. Amb aquesta visió, absolutament necessària per fer front a la sostenibilitat del sistema assistencial, la Direcció General de Salut Pública i Participació ha començat un profund procés de reforma que té com a objectiu millorar l'eficàcia i eficiència de les accions i programes de Salut Pública, i quantificar els beneficis en salut mitjançant una avaluació econòmica de l'impacte en salut de determinades polítiques, programes i accions.

Els esforços de la DGSP s'han concretat en la redefinició i integració dels sistemes d'informació en salut pública, la identificació de les desigualtats en salut, la referenciació geogràfica dels riscos associats a la salut i els efectes que provoquen. La monitorització de les accions implementades en els diferents entorns socials, i la comunicació i coordinació amb els principals actors implicats (treballadors, empresaris, educadors, investigadors, grups socials, gestors i responsables polítics) mitjançant plataformes web2.0, constitueixen un dels eixos principals d'aquesta reforma.

Igualment, la Llei de Salut de les Illes Balears especifica que s'ha de garantir l'eficàcia i l'eficiència en la gestió dels recursos sanitaris, amb la incorporació de la millora continuada de la qualitat, mitjançant l'acreditació i l'avaluació continuada.

L'any 2007 es va promoure des del Govern de les Illes Balears el II Pla Estratègic de Qualitat, que va definir els fonaments d'avaluació de l'administració, centres i empreses públiques.

Dins aquest context, l'any 2008 i 2009 es feren les primeres actuacions per part de la Direcció General d'Avaluació i Acreditació per impulsar les polítiques de qualitat incloses en el II Pla Estratègic de Qualitat del Govern i amb el Pla de Qualitat del Sistema Nacional de Salut, i a establir un marc de qualitat a la Conselleria de Salut i Consum per tal garantir al ciutadà prestacions segures, d'alta qualitat i professionalment adequades tant a l'àmbit públic com al privat.

Concretament, el 2009, s'establiren contactes amb altres comunitats autònomes per conèixer la seva experiència en mate-

rial de qualitat a l'àmbit sanitari. Per tal de que el Marc de Qualitat resultant fos compatible amb altres iniciatives en matèria de qualitat es realitzaren múltiples reunions de consens per definir els estàndards i els principals indicadors de qualitat i seguretat que conformen el model. Aquest Marc posa les bases per gestionar la millora contínua de l'organització i, a la vegada, complir amb la necessària sostenibilitat del sistema tot actuant de manera eficient.

Finalment perquè el marc de qualitat disposi d'un suport jurídic, s'ha preparat el decret que regula el procediment d'acreditació de centres sanitaris de les Illes Balears.

