

Dictamen núm. 11/2011, del Consell Econòmic i Social, sobre el sistema sanitari de les Illes Balears

Atès el que disposa l'article 2, núm. 1, lletra c, de la Llei 10/2000, de 30 de novembre, del Consell Econòmic i Social de les Illes Balears i l'article 30, del Decret 67/2010, de 28 de maig, pel qual s'aprova el Reglament que regula l'organització i el funcionament, el Consell Econòmic i Social emet el següent:

DICTAMEN**I. Antecedents**

1. El 23 de maig de 2007 la Comissió Permanent del CES va considerar la realització d'un estudi sobre el mapa sanitari a les Illes Balears. Per a l'aprovació del seu contingut, determinació de la comissió de treball tutora, dels col·laboradors i del pressupost es va acordar que s'elaboraria una proposta, la qual seria elevada a la Comissió Permanent. El Ple hi donà el seu vistiplau en la sessió de 27 de juny de 2007.

Inicialment es va designar el grup de treball encarregat de realitzar l'apartat de salut de la Memòria, que va elaborar una proposta d'índex.

Aprovat l'índex de l'estudi per la Comissió Permanent, s'inicià el procediment de contractació a principis de 2009, essent l'equip presentat per la Universitat Pompeu Fabra, dirigit pel professor López Casanovas, l'adjudicatari.

Paral·lelament, el 16 de febrer de 2009 el CES signà un conveni de col·laboració amb la Conselleria de Salut i Consum del Govern de les Illes Balears per a l'elaboració de l'estudi de diagnòstic i prognòstic del sistema de salut i dels serveis sanitaris de les Illes Balears.

El conveni preveu el finançament de l'estudi per part de la Conselleria, tot i que aquest s'ha d'elaborar d'acord amb les normes de funcionament del CES. Així mateix, preveu la constitució d'una comissió de seguiment amb representació de les dues parts.

La Comissió Permanent escoltà els primers resultats de l'estudi en la sessió de 14 d'octubre de 2009. Igualment, convocà la Comissió de Seguiment, juntament amb els membres de la Comissió Permanent i els assessors de les organitzacions que aquestes varen considerar.

El 27 de novembre es va dur a terme l'esmentada reunió amb els representants de l'equip que va elaborar l'estudi, on es varen plantejar les qüestions i els dubtes que havien sorgit de la lectura.

En atenció al seu contingut i a la rellevància de la matèria sobre la qual tractava, es va considerar que era convenient atorgar un període ampli de temps per tal que els membres del CES poguessin revisar-lo amb la col·laboració tècnica que consideressin adient. Per això, no va ser fins el mes de juny de 2010 que la comissió tutora de l'estudi es va reunir amb el professor Guillem López Casanovas per debatre el resultat de l'estudi i les qüestions que havien generat dubtes. Com a resultat d'aquesta reunió, es varen proposar algunes ampliacions d'informació que el professor López Casanovas es va comprometre a introduir sempre que en pogués disposar de la informació pertinent.

Finalment, la Comissió Permanent del mes de febrer de 2011 va arribar a un acord segons el qual es faria un dictamen sobre el sistema sanitari al qual s'adjuntaria l'estudi encarregat a l'equip del professor López Casanovas. L'estudi recull l'opinió dels autors i no necessàriament la del Consell Econòmic i Social de les Illes Balears, que s'expressa a través d'aquest Dictamen que s'emet a iniciativa pròpia

II. Estructura i contingut de l'estudi sobre diagnosi i prognosi del sistema sanitari de les Illes Balears

Previ. Aquest estudi s'ha elaborat pel següent equip: Guillem López Casanovas (UPF i CRES), director. Gabriel Ferragut Ensenyat (UPF i CRES), coordinador. Micaela Comendeiro Maaløe (UIB). Elisabeth Valle Valle (UIB). Joan Carrió Vidal (Gesma). Mireia Jofre Bonet (City University London) i Victòria Serra (City University London).

Els col·laboradors de la Memòria del CES 2008 sobre l'economia, el treball i la societat de les Illes Balears, Josep Maria Vicens i Josep Mateu Sbert, són els autors dels subapartats "Mapa de recursos sanitaris" i "L'activitat assistencial" inclosos en el capítol 6.

L'estudi s'estructura en els següents apartats principals:

LA DEMANDA DE SERVEIS SANITARIS

1. LA POBLACIÓ DE LES ILLES BALEARS

2. ESTAT DE SALUT: CARACTERITZACIÓ EPIDEMIOLÒGICA
3. UTILITZACIÓ DELS SERVEIS SANITARIS
- L'OFERTA DE SERVEIS DE SALUT**
4. ASPECTES INSTITUCIONALS
5. DESPESA SANITÀRIA PÚBLICA I PRIVADA
6. MAPA DE RECURSOS SANITARIS: LA COHABITACIÓ PÚBLICA I PRIVADA
7. FINANÇAMENT DE LA SALUT
8. PROFESSIONALS SANITARIS
9. APORTACIÓ DEL SECTOR SANITARI A L'ECONOMIA BALEAR
- ESTUDI DE NECESSITATS**
10. PROJECCIONS DESPESA SANITÀRIA PÚBLICA
- CAPÍTOL FINAL. A MODUS DE RESUM I REFLEXIÓ**

Presentem a continuació un breu resum d'aquests apartats.

LA DEMANDA DE SERVEIS SANITARIS

La proposta d'anàlisi de la demanda de serveis sanitaris que s'exposa a l'estudi és de tipus demogràfic i para atenció a les dades relatives a la immigració de nacionalitat tant espanyola com estrangera, l'estructura etària i l'envelliment de la població. L'apartat no analitza altres factors socials relacionats amb la demanda de serveis i recollits en la literatura especialitzada com puguin ser el nivell de renda de la població, els canvis en les estructures familiars o l'increment de patologies cròniques.

1. LA POBLACIÓ DE LES ILLES BALEARS

En aquest subapartat els autors presenten dades demogràfiques relatives a l'esperança de vida, l'envelliment de la població i els fluxos migratoris. Les dades exposades són les que proporciona el padró anual de l'INE des de l'any 2000 fins a l'any 2008); la projecció demogràfica exposada al treball és l'elaborada per l'INE.

De manera resumida els autors/res destaquen el següent:

- Les Illes Balears tenen una forta exposició als xocs migratoris. Es produeixen increments de població molt importants (molt per sobre de la

mitjana espanyola) en breus períodes de temps, la qual cosa ha topat fins ara amb les rigideses del sistema de finançament, que no preveu canvis com aquests en les necessitats assistencials de la població balear.

- Els *shocks* migratoris han permès que la població balear no estigui excessivament envellida i que, per tant, els efectes de l'envelliment s'hagin pogut endarrerir a curt termini.
- La moderació dels fluxos d'entrada accelerarà el procés d'envelliment, ja que no s'espera que hi hagi un efecte retorn de la població.
- No hi ha evidència que es produeixin diferències en la utilització dels serveis sanitaris entre població immigrant i població autòctona.
- No hi ha canvis significatius en la distribució de la població entre illes ni entre municipis, tot i que sí una tendència cap a una major dispersió que pot generar una demanda social cap a la dispersió dels recursos assistencials.

2. ESTAT DE SALUT: CARACTERITZACIÓ EPIDEMIOLÒGICA

En aquest apartat els autors presenten els valors per a les Illes Balears relatius als principals indicadors de l'estat de salut d'una població i que s'empren de manera habitual pels diferents organismes internacionals en la comparació dels diferents estats de salut dels diferents països. Més concretament s'exposen les dades relatives a l'esperança de vida (INE, 2007), esperança de vida en bona salut als 65 anys (INE 2008), esperança de vida lliure de discapacitat als 65 anys (INE 2008), defuncions per causa de mort (INE, 2002, 2006 i 2007), principals causes de defuncions (INE, 2002, 2006 i 2007), indicadors de morbiditat hospitalària (INE, 2002, 2006 i 2008). S'incorporen també dades relatives als estils de vida amb informació de les enquestes de salut ESIB 2007 i ENS 2003.

Esperança de vida

Si utilitzem l'indicador de l'esperança de vida com a aproximació a l'estat de salut dels balears i ho comparem amb la resta de països desenvolupats, trobem que la salut dels balears es pot considerar com a excel·lent. En el rànquing internacional dels països que formen part de la OCDE, les Illes Balears se situarien en tercera posició, junt amb Itàlia i Austràlia (81,4 anys), només superats per Japó (82,6) i Suïssa (81,9). Aquesta dada es pot considerar encara més rellevant si es té en compte la relació entre el grau de desenvolupament econòmic i l'esperança de vida, ja que les Illes Balears presenten uns resultats excepcionals en relació amb el seu desenvolupament econòmic, ja que es troba per sobre de la corba de regressió, la qual ajusta quin és l'estat de salut que es correspondria pel seu nivell de desenvolupament,

de manera que es pot dir que s'assoleixen uns nivells d'esperança de vida molt majors a la posició que la nostra comunitat ocupa en termes de desenvolupament.

De manera equivalent al que ja havíem observat per al cas de les esperances de vida, els indicadors referits a esperances de salut també ens assenyalen una posició avantatjosa de l'estat de salut de la població balear respecte a l'observada a nivell estatal.

També és destacable de la comparació per sexes que, a diferència del que succeeix amb l'esperança de vida, els homes tenen una esperança de vida en condicions saludables significativament superior al de les dones, tot i que quan comparem l'indicador "lliure de discapacitat", aquest torna a ser sensiblement menor al de les dones. La raó que pot explicar aquestes diferències es deuen a que les dones pateixen malalties cròniques abans i durant més temps i també que perceben pitjor el seu estat de salut respecte dels homes.

La percepció del propi estat de salut és també una bona mesura per descriure l'estat de salut d'una població. A les Illes Balears, l'any 2007 el 74,4% de la població considerava que la seva salut era bona o molt bona, sens dubte una de les taxes més elevades de l'Estat. S'ha de destacar també les notables diferències que s'observen segons el sexe, ja que els homes declaraven de forma més generalitzada gaudir d'un bon estat de salut (77,4%) en comparació amb les dones (71,2%).

Defuncions per les principals causes de mort

En termes generals, s'ha de dir que el perfil epidemiològic és semblant a l'observat al conjunt de l'Estat i dels països de la Unió Europea, amb uns indicadors lleugerament favorables.

Quant a la mortalitat prematura, definida pels anys potencials de vida perduts (APVP), les principals causes són els tumors, seguit de les causes externes de mortalitat i les malalties del sistema circulatori, per als homes. Mentre que per a les dones, les dues principals causes són els tumors i les malalties del sistema circulatori. Per grups d'edat, en els nens entre 1 i 10 anys la principal causa de mort són els tumors, mentre que per a la població jove (10-40 anys) són les causes externes. A partir d'aquesta edat, els tumors es converteixen en la primera causa de mort i en edats avançades (majors de 75 anys), les malalties de l'aparell circulatori.

Morbiditat

Destaca l'elevat nombre d'altres per trastorns de l'aparell digestiu, que assoleix en el darrer any la taxa més elevada de l'Estat. De forma semblant, les malalties del sistema circulatori i les del sistema respiratori, tenen unes taxes de morbiditat relativament superiors a la mitjana de l'Estat, situant-se en el cas de les malalties del sistema respiratori, en la segona taxa d'hospitalització més elevada durant el darrer any observat.

La taxa de morbiditat per causes relacionades amb el sistema nerviós i dels òrgans dels sentits inclou els ingressos per la malaltia de l'Alzheimer. En el 2008 aquesta taxa torna a créixer i a situar-se entre les més altes de l'Estat.

En relació amb malalties infeccioses i parasitàries no es detecta cap creixement significatiu, ni es diferencia respecte al comportament observat en el conjunt del país, tot i tenir unes taxes d'immigració superiors. Tampoc en el cas de la tuberculosi respiratòria s'observen comportaments diferencials.

La diabetis i l'infart de miocardi presenten en ambdós casos una tendència decreixent.

Estils de vida

En termes generals, i pel que fa referència als estils de vida dels balears, es pot afirmar que aquests són molt millorables i amb una tendència preocupant en determinats casos. El sedentarisme, l'empitjorament en els hàbits alimentaris (ESIB, 2007) i la certa estabilització en els alts índexs referents a l'hàbit tabàquic i al consum d'alcohol (i la major incidència observada en les classes més desafavorides), tant en termes absoluts com quan ho comparem respecte a la resta de comunitats autònomes, hauria de suposar un toc d'atenció per a les autoritats sanitàries que dissenyen les estratègies de salut i a la mateixa població, atesos els notables riscos en termes de salut que se'n deriven d'aquests comportaments, de cara a reforçar o estendre activitats preventives en l'àmbit de la salut pública.

3. UTILITZACIÓ DELS SERVEIS SANITARIS

L'estudi de la utilització dels serveis sanitaris es centra en diferents qüestions. Primerament, l'estudi exposa les dades relatives al perfil de freqüentació declarada de la població, que s'analitza a partir de les dades proporcionades per l'ESIB de l'any 2007 i per l'ENS de l'any 2003. Seguidament, s'exposen algunes de les dades del "Barómetro sanitario" dels anys 2003, 2006 i 2008 i publicat pel Ministeri de Sanitat, Política Social i Immigració en el seu lloc web. Es presta especial atenció a la dada relativa als motius de preferència associats a la sanitat privada, mentre que no s'exposen les dades relatives a la sanitat pública que també recull el baròmetre sanitari, com ara la valoració de l'atenció

publica en processos greus o molt greus. En tercer i quart lloc es presenten dades relatives a la utilització dels serveis públics i als perfils de despesa –consum hospitalari, despesa farmacèutica i despesa en Atenció Primària- i que s’han obtingut a partir del Registre d’assegurats de l’Ib-Salut. No es proporcionen dades sobre l’atenció a les mútues laborals.

Activitat assistencial i perfil de freqüentació declarada de la població

Al 2007 el 83,5% de la població havia realitzat una visita a un professional sanitari durant aquest període, passant a situar-se en la franja mitjana, a causa de l’increment experimentat en la majoria de comunitats autònomes. El percentatge de les dones que declaren haver realitzat una visita al professional sanitari és molt major que el dels homes (a l’entorn de 20 punt percentuals). Com a dada rellevant referida a la tipologia d’aquestes visites, s’ha de destacar el fet que s’observen diferències significatives per raó de classe social. Així, les classes socials més desafavorides acudeixen al metge de família amb més freqüència, mentre que en les classes socials benestants existeix una major propensió a visitar l’especialista.

Un 76,4% de la població va acudir a la sanitat pública. A les Illes Pitiüses (92,4%) es dona una freqüentació de la sanitat pública en relació amb les consultes privades notablement superior a la resta de les Illes (a l’entorn del 70%).

Les persones de classe social més desafavorida utilitzen més la sanitat pública (83,6%) que les de classe social alta (62,5%). Les visites al dentista és una de les prestacions en la què, per no trobar-se en el catàleg de prestacions públiques del Servei Nacional de Salut, se solen observar majors diferències segons la posició econòmica de les famílies. Destaquen dels resultats aportats per la ESIB 07, el major percentatge de persones que no han anat mai al dentista entre les classes desafavorides. Malgrat això, el percentatge de població que ha realitzat una visita de revisió per problemes dentals, per al 2007 és del 56% i supera amb escreix la mitjana nacional (44%).

Troben que el 5,6% de la població declara haver necessitat assistència mèdica i no haver-la rebut, un percentatge molt menor a l’observat en el 2001 (10%), però encara relativament superior a l’observat en el conjunt de l’Estat (3,6%).

El percentatge de població hospitalitzada al menys una vegada en qualsevol tipus de centre fou de 9,9%, definint així una tendència decreixent respecte al 2003 (12,25%), en sintonia amb el què s’observa en el conjunt de l’Estat. L’estada mitjana hospitalària era de 5,5 dies, amb diferències significatives entre illes. Mentre que a Mallorca l’estada mitjana era de 5 dies i a Menorca de 6,2, a les Illes Pitiüses arribava fins els 8,4.

El 34,8% de la població declara haver consultat un servei d'urgències (majoritàriament de la xarxa sanitària pública, 51%), la qual cosa suposa la taxa més alta de l'Estat.

Finalment, pel que fa al consum de medicaments, mostren una tendència certament estabilitzada a l'entorn de la mitjana estatal (62,2%). També cal destacar l'increment en el consum dels principals medicaments, sobretot en tranquil·litzants i medicaments per al control de la tensió arterial, compensant relativament la disminució en el consum d'altres medicaments, com per exemple els antibiòtics, encara que tots ells en termes comparatiu es troben situats per sota de la mitjana observada en el conjunt de l'Estat.

Satisfacció dels ciutadans

Primer de tot destaca com a fet positiu, gràcies al pronunciat creixement experimentat a partir del 2006, l'elevat grau d'acceptació i valoració (interval mitjà-alt), per part dels ciutadans, del funcionament i configuració del sistema sanitari públic. Tant el percentatge de població que considera que el sistema sanitari públic funciona bé (25,61% al 2008) com la nota de satisfacció que atorguen (6,48 per al mateix any) és en termes relatius força elevada i descriu una tendència creixent. Ara bé, això contrasta amb la tendència irregular observada en les qüestions relatives a cadascun dels nivells assistencials.

També és ressenyable el creixement, en el 2008, del percentatge de població que considera que les llistes d'espera han empitjorat en el darrer any.

És precisament la rapidesa en l'atenció privada, o la manca d'ella en la pública, una de les principals raons que esgrimeixen els ciutadans per afirmar que preferirien una provisió privada abans que la proporcionada públicament (77,51% en el 2008, la taxa més elevada de l'Estat, igualment que en el 2006). També factors més relacionats amb el servei hotel·ler que ofereixen els centres privats, com són el tracte amb el personal i el confort de les instal·lacions (també a l'entorn del 80% de les respostes, molt per sobre de la resta de comunitats autònomes), poden explicar que el percentatge d'enquestats que optaria per la sanitat privada per a cadascun dels nivells assistencials sigui majoritari i sempre dels més alts de l'Estat.

L'evolució dels indicadors de preferència a favor de la provisió pública, amb una clara tendència decreixent i que ja partia de nivells relativament baixos, contrasta amb els indicadors sobre la valoració positiva del funcionament del sistema sanitari públic, la qual cosa, es pot explicar per la major renda per càpita respecte als ciutadans de la resta de regions de l'Estat, fet que pot generar unes expectatives socials que no han pogut ser cobertes pel sistema

sanitari públic, a causa de les limitacions pressupostàries imposades pel sistema de finançament de la sanitat pública en primer terme i, posteriorment, al model de finançament autonòmic. Una altra raó que pot explicar l'evolució negativa d'aquests indicadors és la incorporació d'un contingent important de població nouvinguda, accentuat a partir del 2001 que, per les dificultats del sistema per adaptar-se a aquest creixement imprevist, ha pogut generar una certa sensació de saturació del sistema. El fenomen migratori també podria explicar el component irregular d'alguns indicadors, amb una millora plausible en alguns d'ells. Així i tot, poden haver-hi altres raons. Així, la major presència i l'arrelament d'entitats privades en el mapa sanitari de les Illes Balears, anteriors fins i tot al desplegament de la xarxa sanitària pública, o que han vingut desenvolupant un paper complementari a aquest.

Utilització dels serveis sanitaris públics: registres administratius.

Una de les primeres conclusions del present estudi és la necessitat de millorar els sistemes d'informació, fer que aquests siguin accessibles per fer-los útils, generant coneixement a través de l'anàlisi empírica ja sigui per investigadors externs o per part dels propis tècnics del Departament de Salut. La principal justificació de destinar recursos a aquestes tasques és que aquestes fonts de dades siguin tractables i a partir del coneixement que es genera amb la seva anàlisi es puguin introduir millores en la gestió o planificació del sistema sanitari per atendre les necessitats assistencials de la població. Plantegem com a necessari, doncs, la introducció de millores en els sistemes d'informació per tal que els requeriments tècnics necessaris per poder disposar d'aquesta informació no impliquin uns terminis de temps i una inversió de recursos exagerada i que pugui desmotivar la generació de coneixement en aquest àmbit.

Perfils de despesa per illa, sexe i nivell assistencial

Els perfils de despesa per a la sanitat pública que es mostren en aquest apartat constitueixen, juntament amb les projeccions demogràfiques, les dues peces clau per analitzar l'impacte dels factors demogràfics que servirà de base per estimar l'evolució futura de la despesa sanitària.

Existeix una enorme variabilitat entre les diferents illes sense que es pugui identificar una pauta comuna significativa o constant, atribuïble a alguna casuística concreta. Potser l'única evidència que podem destacar, tot i mantenint els dubtes sobre la seva representativitat, és la major despesa observada per a la gran majoria de cohorts etàries de la població resident a

Mallorca, probablement a causa que als hospitals d'aquesta illa, per tal d'aprofitar els rendiments d'escala que pot generar la seva major utilització, s'hi situen les tecnologies necessàries per dur a terme els tractaments més complexos i costosos. Un altre element destacat, és el pic que es troba en la franja d'edat 45-49 anys, tot i mantenir en termes absoluts un nombre de visites similar als grups d'edat precedent i també posterior, ja que es detecten una sèrie d'episodis amb un elevat cost de tractament. Finalment, hem d'assenyalar que de forma semblant al que succeeix en tots els països del nostre entorn, i amb l'excepcionalitat dels grups 45-49 i 50-54, s'observa una tendència creixent a partir de les cohorts superiors als 55 anys, que en la distribució per sexes defineix un major consum hospitalari per part dels homes, afectats per una mortalitat prematura a conseqüència de processos aguts. En els grups d'edat més grans la tendència canvia i són les dones, que moren en termes generals més tard però havent patit malalties cròniques de llarga evolució, qui tenen una despesa mitjana superior.

En el cas de la despesa farmacèutica s'observa una tendència molt més definida, creixent de manera progressiva a partir de les cohorts de més de 60 anys, i sense excessiva variabilitat per illa de residència. En aquest cas són les dones qui tenen un consum superior en les edats més avançades.

Finalment, pel que fa als perfils de despesa en Atenció Primària, s'observa un comportament més homogeni entre les diferents cohorts d'edat, tot i la tendència creixent i una despesa important per a infants (0-4 anys).

L'OFERTA DE SERVEIS DE SALUT

4. ASPECTES INSTITUCIONALS

Els autors/res fan una breu descripció d'aspectes institucionals del sistema sanitari que ofereix una visió general del procés del traspàs de les competències sanitàries a la comunitat autònoma. Per al moment actual, assenyalen al canvi del parc públic d'infraestructures sanitàries com a element definidor de la situació i com a element determinant en l'actual increment de despesa calculat en base a la despesa pública per persona protegida. L'apartat no fa un recorregut cronològic sobre les diferents iniciatives dutes a terme en l'àmbit sanitari balear des de l'any 2001 i relatives a noves infraestructures, formes de gestió, planificacions estratègiques, polítiques farmacèutiques o cartera de serveis.

L'informe assenjala com un fet transcendent el traspàs de les competències sanitàries a les Illes Balears, plasmat al Reial decret 1478/2001, de 27 de desembre. La dotació econòmica que acompanya aquestes transferències suposa que l'IB-salut hereti una organització sanitària amb un important dèficit estructural i financer. En aquell moment (dades de 2000) les Illes



Balears són l'única comunitat autònoma amb una despesa per càpita inferior als 600 euros i amb un diferencial de 100 euros respecte de la mitjana de l'Estat.

A més, el procés de transferències encara esdevindrà més traumàtic a causa de l'horitzó de nous reptes que hauran d'afrontar les Illes Balears en el desenvolupament de l'estat del benestar i que van lligats també a un canvi radical del parc públic d'infraestructures sanitàries, que en bona mesura havia quedat desfasat. La demostració d'aquest fet és que 10 anys després (2009) el diferencial entre les Illes Balears i la mitjana estatal gairebé s'ha triplicat passant a ser de 278 euros, de forma que la despesa pública per persona protegida a Balears se situa en els 1.066 euros davant dels 1.344 euros de mitjana en el conjunt de l'Estat espanyol.

5. DESPESA SANITÀRIA PÚBLICA I PRIVADA

Del total de despesa sanitària a les Balears, un 73% es realitza en el sistema públic i la resta en els centres de titularitat privada. Per una banda, la despesa sanitària pública es destina bàsicament a l'atenció primària (32%) i sobretot a l'atenció especialitzada (63%). L'atenció especialitzada es presta en un 93% a partir de mitjans propis i en un 7% a partir de serveis concertats.

Des de la perspectiva funcional, la despesa sanitària pública s'ha generat majoritàriament a partir de la prestació de serveis hospitalaris i especialitzats, que representen un 61% de la despesa (6 punts més que la mitjana estatal), de serveis primaris de salut, que en signifiquen un 14% (front al 16% de mitjana), i de farmàcia (16%, front al 19%).

Els tipus de prestacions que han mostrat un major increment per al període 2002-2008 ha estat els serveis col·lectius de salut (218%), els trasllats, pròtesis i aparells terapèutics (114%), els serveis hospitalaris i especialitzats (110%) i els serveis primaris de salut (105%), tots ells per sobre de la mitjana (90%). Per la seva banda, la farmàcia (50%), els serveis de salut pública (9%) i la despesa de capital (12%) han experimentat creixements moderats.

La despesa de la Conselleria es focalitza en un 98% en el Servei de Salut de les Illes Balears (Ib-Salut), corresponent el 2% restant a les altres direccions generals dependents de la mateixa Conselleria.

La despesa efectuada pels centres propis de l'IB-Salut (incloent els Serveis Centrals), representa el 72% de la despesa sanitària pública, percentatge en el qual hi té una marcada influència la presència de l'Hospital Universitari Son Dureta.

Pel que fa als centres considerats aliens, la Fundació Hospital Son Llàtzer significa el 12% de la despesa sanitària pública, essent aquesta gerència la que ha generat percentualment un increment més important de la despesa durant el període 2002-2008.

Les Illes Balears disposen d'un pressupost de salut per càpita inferior en aproximadament 300 milions d'euros a la mitjana de les comunitats autònomes.

La despesa sanitària privada va suposar una despesa per càpita de 443 €, el 27% de la despesa total. Aquest percentatge s'ha de relacionar amb el volum de població amb assegurança privada a les Illes Balears, que proporcionalment és el més alt de totes les comunitats autònomes. Al 2008, el diferencial es manté tot i la important disminució a les Illes Balears (-12%) de la despesa en primes d'assegurances sanitàries, una dinàmica ben segur relacionada amb l'efecte de la crisi econòmica.

Quan comparem les dades de despesa sanitària de les Illes Balears, amb la resta de països desenvolupats de la OCDE, trobem que la nostra comunitat es troba molt per sota del que correspondria al seu nivell de desenvolupament. Aquestes diferències són encara més notables quan comparem la despesa sanitària pública, ajustada per nivell de desenvolupament econòmic, amb la resta de països del nostre entorn. Així, les Illes Balears seguirien sent l'observació amb una pitjor dotació de recursos i activitat sanitària finançada públicament, pel seu grau de desenvolupament. També, quan comparem l'esforç que realitzen els països per finançar els serveis de salut (quin percentatge de la riquesa del país dediquen als serveis sanitaris finançats públicament) es manté l'esmentada infradotació relativa per al cas de les Balears.

Ara bé, si contrastem els indicadors de despesa sanitària (total, pública o privada) amb els resultats de salut (aproximat aquí per l'esperança de vida al néixer) de cada país, trobem que les Illes Balears destaquen per ser una de les observacions amb millor resultat de salut tot i l'escassa dotació de recursos destinada als serveis sanitaris.

6. MAPA DE RECURSOS SANITARIS: LA COHABITACIÓ PÚBLICA I PRIVADA

Un dels trets més característics del sistema sanitari balear és sens dubte el pes que hi té la sanitat de titularitat privada, el més alt de totes les comunitats autònomes i gairebé el doble de la mitjana estatal (14%). Aquest fet té la seva translació, pel que fa a l'atenció especialitzada, en la presència d'un important

nombre d'hospitals de titularitat privada. Aquest fenomen, singular i definitori de la xarxa hospitalària a les Illes Balears, cal atribuir-lo, juntament a l'extensió de la doble assegurança (pública i privada), al paper supletori que històricament han vingut desenvolupant els hospitals de titularitat privada davant una xarxa pública que fins fa pocs anys era clarament precària.

D'aquesta forma, més de la meitat dels hospitals de les Illes Balears i gairebé el 40% dels llits d'hospitalització eren el 2007 de titularitat privada. El nombre de quiròfans privats (54) era fins a desembre de 2006 major que el de quiròfans públics (50), si bé l'obertura dels nous hospitals públics al llarg del 2007 (Hospital Comarcal d'Inca, Hospital Mateu Orfila i Hospital de Formentera) ha capgirat aquesta proporció, creixent el nombre de sales d'operacions públiques en un 22% en el darrer any.

L'entrada en funcionament dels nous hospitals ha introduït elements de tensió que estan obligant ja el sector privat a un reposicionament estratègic. Les alternatives que ara mateix té sobre la taula el sector privat són, d'una banda, canalitzar l'oferta cap als serveis que el sector públic no subministra i, de l'altra, actuar per compte del sector públic assumint la prestació de serveis finançats públicament, complementant-ho en aquest cas amb prestacions fora de catàleg.

Igualment, els hospitals de titularitat privada han constituït tradicionalment l'avantguarda en la incorporació de noves tecnologies, permetent a la sanitat pública retardar en el temps la costosa inversió que suposa implementar l'alta tecnologia gràcies al concert en primera instància d'aquests serveis amb la sanitat privada.

Mapa de recursos sanitaris

Els recursos sanitaris de què disposen les Balears per atendre la població (resident i la flotant) són els de l'atenció primària i de l'atenció hospitalària pública i privada. Pel que fa als recursos d'atenció primària, la immensa majoria són de titularitat i de gestió pública, atès que les cobertures privades contemplen l'accés directe al metge especialista. Mentrestant, els recursos de l'atenció hospitalària comprenen 10 hospitals públics (7 d'aguts, 2 de mitjana i llarga estada i 1 de psiquiàtric) i 13 hospitals privats (10 amb afany de lucre i 3 sense afany de lucre).

A) Els recursos de l'atenció primària



La Xarxa d'Atenció Primària a les Illes Balears consta de 55 equips d'atenció primària que treballen a 55 centres de salut i a 104 unitats bàsiques de salut (UBS), 5 serveis d'urgències (SUAP) i 26 punts d'atenció continuada (PAC).

El nombre de persones que varen treballar en atenció primària a les Illes Balears sumaren un total de 3.200. En plantilla, varen ser 2.417. Per col·lectius, un 35,5% dels professionals són metges, un 36,4% són infermers i auxiliars d'infermeria i la resta (28,1%) està constituïda per altres professionals.

B) Els recursos de l'atenció hospitalària

Balears té vuit hospitals de titularitat pública classificats com a generals (inclòs Son Espases), que conformen el gruix del sistema sanitari balear d'aguts (IB-salut).

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

Els hospitals de titularitat privada, amb afany de lucre i sense, són 13 en total, però de menys dimensió global i concentrats sobretot a Palma. Els hospitals sense afany de lucre, gràcies als concerts, són d'ús majoritàriament públic.

Els hospitals públics generals, d'aguts, presenten tant una major dotació d'infraestructures com de treballadors, mentre que la dotació d'alta tecnologia, exceptuant alguns casos com ara els equips d'hemodiàlisi, està molt repartida entre els hospitals de titularitat privada i pública.

D'aquesta manera, el parc de llits instal·lats a les Balears fou de 3.424 al llarg del 2008, dels quals el 51,7% varen correspondre a hospitals generals públics, el 4,8% a hospitals de mitjana i llarga estada, el 4,3% a l'hospital psiquiàtric, el 27,5% a hospitals privats amb afany de lucre i el 7,1% a hospitals privats sense afany de lucre, aquests darrers en part s'han de comptabilitzar com d'ús públic fruit dels concerts establerts.

Pel que fa al nombre de treballadors del sistema sanitari, aproximadament el 36% es troba a la xarxa privada. L'estructura del personal que treballa en el sistema públic i privat és diferent. Així, als centres hospitalaris de l'IB-Salut un 15,8% dels professionals són metges, un 30,7% infermers, un 29,0% es classifica com a ajudants sanitaris —bàsicament auxiliars d'infermeria—, un 22,7% és personal no sanitari, propi o vinculat, i la resta són altres professionals, entre els quals hi ha els farmacèutics. 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% són infermers.

Pel que fa a l'equipament tecnològic, als hospitals de titularitat privada hi destaca la més alta concentració d'equips de litotrícia renal, de sales d'hemodinàmica i d'equips de ressonància magnètica. En canvi, a la xarxa hospitalària pública hi ha l'única bomba de cobalt de què es disposa a la comunitat autònoma i la gran majoria de sales d'hemodiàlisi i d'incubadores.

La singularitat del model assistencial balear es caracteritza per la molt alta presència de tecnologia a la xarxa privada i té la seva translació en termes de comparació territorial en el fet que a les Illes Balears hi ha més dotació d'alta tecnologia, per milió d'habitants, que a la resta d'Espanya.

L'activitat assistencial

1. L'activitat de l'atenció primària

Quant a la mitjana de visites per habitant i any (freqüentació), es va mantenir la tendència a la baixa que es registra des del 2005 pel que fa als metges de família. Per contra, amb relació als pediatres i el personal d'infermeria, aquesta ràtio va augmentar en relació amb l'any anterior.

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

2. L'activitat hospitalària

L'estructura del sistema sanitari balear es reflecteix també en l'activitat hospitalària, en què el sector privat té una presència més o menys intensa depenent del tipus d'activitat que es du a terme. Així, mentre que els ingressos hospitalaris estan pràcticament equilibrats entre tots dos sectors, el nombre d'estades és força superior a la sanitat pública. Això s'explica perquè hi ha més rotació als hospitals privats amb afany de lucre, on l'estada mitjana dels pacients és menys de la meitat que als públics d'aguts (3,2 dies enfront dels 7,1 dels públics d'aguts). Ara bé, s'ha de tenir en compte el tipus d'ingrés i el fet que presumptament impliquin menys complexitat.

Més de la meitat de les intervencions quirúrgiques programades es fan en el sector privat, tot i que part d'aquesta activitat està concertada. Per contra, les intervencions quirúrgiques urgents les fa molt majoritàriament el sector públic.

Per la seva part, és als hospitals públics on es produeixen el major nombre de naixements. Així mateix, als hospitals públics s'hi fan un percentatge significativament menor de cesàries.

Quant a l'activitat ambulatoria, tant les primeres consultes com les urgències presenten percentatges d'activitat lleugerament superiors a la sanitat pública que a la privada.

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

C) Llistes d'espera quirúrgiques i consultes

A les Balears les intervencions quirúrgiques per habitant són, juntament amb Catalunya, les més altes de l'Estat.

El temps mitjà d'espera als hospitals d'aguts de l'Ib-Salut continua essent inferior al del conjunt dels hospitals públics de l'Estat, que el desembre del 2007 era de 74 dies.

D) Hospitals de mitjana i llarga estada i hospital psiquiàtric

El nombre de llits en funcionament de mitjana i llarga estada va representar un 5,1% del total de parc de llits de les Balears i un 4,6% pel que fa a l'hospital de salut mental. L'empresa pública GESMA (Gestió Hospitalària de Mallorca) s'encarrega de gestionar l'Hospital General i l'Hospital Joan March, ambdós de mitjana i llarga estada, i l'Hospital Psiquiàtric. Aquesta empresa pública va concloure dins el 2008 el procés de reconversió dels seus hospitals, el que significà el complet abandonament de l'activitat d'aguts i la seva dedicació exclusiva a l'atenció sociosanitària i de salut mental.

E) Comparativa indicadors d'utilització sistemes sanitaris autonòmics

El percentatge d'ocupació dels hospitals públics es troba lleugerament per sota del que s'observa en el conjunt de l'Estat, tot i l'increment en termes absoluts d'aquesta taxa durant el període analitzat i la disminució observada en el

conjunt de l'Estat, i que probablement es deu a la desconcentració de la xarxa hospitalària per illes, i també es trobaria molt relacionat amb l'elevat índex de rotació dels hospitals públics (dels més alts de l'Estat) i al reduït període d'estància mitjana observat (la més baixa de l'Estat). Els demés indicadors ens demostren uns alts índexs d'utilització dels recursos hospitalaris (tant en nombre de consultes com en nombre d'actes quirúrgics i estudis de raigs X) i que per tant ens revela un alt aprofitament dels recursos de la xarxa assistencial pública.

7. FINANÇAMENT DE LA SALUT

El pressupost que destinen les Illes Balears a Salut per al 2010 és de 1.168 milions d'euros, fet que representa un 35% del pressupost total de la CAIB i un 4,7% del PIB balear. Durant el període 2003-2010 el creixement del pressupost de la CAIB ha estat del 89%, mentre que el pressupost de salut només ha crescut un 75%. Aquesta situació es produeix tot i que, com s'ha apuntat amb anterioritat, de les transferències ençà hi ha hagut una expansió de les infraestructures sanitàries (amb l'obertura de tres nous hospitals i d'un gran nombre de centres de salut), paral·lelament a la contínua necessitat d'actualització tecnològica associada a l'àmbit sanitari així com a l'ampliació de les prestacions cobertes pel sistema sanitari públic.

El model de finançament actualment vigent no cobreix aquest pressupost, de forma que existeix una diferència que se situa al voltant del 20% en els darrers exercicis i que representa l'esforç que han de fer les Illes Balears per garantir la suficiència pressupostària en matèria de salut. Així per exemple, l'any 2008 les Illes Balears reberen, segons el model de finançament de la Llei 21/2001, al voltant de 910 milions d'euros, xifra a la qual se li ha d'afegir l'import derivat de les mesures de la II Conferència de Presidents, que representa uns 58 milions, sumant un total de 969 milions d'euros. Aquesta quantitat representava un 82,2% del pressupost inicial del Servei de Salut i expressa l'esforç financer que ha de fer la CAIB, havent d'afegir més de 200 milions d'euros.

Entre els factors que condicionen aquesta insuficiència financera de la CAIB, podem destacar:

□ Es disposa d'un model de finançament estàtic que no recull l'increment de població experimentat en els darrers anys, atès que el punt de partida del model va ésser la població de l'any 1999, població que ha crescut en més de 250.000 persones en deu anys. Per evitar aquests desajustaments, la Llei 21/2001 va preveure a l'article 67 la figura de les assignacions d'anivellament, però aquesta no ha arribat mai a ser operativa.

□ El model no considera la població flotant. Balears és una de les principals comunitats autònomes receptores de turisme i, a més, també cal tenir en compte el desplaçament de població d'altres comunitats autònomes que ve a treballar al sector serveis relacionat amb el turisme durant la temporada alta, població que lògicament utilitzarà els serveis sanitaris. En aquests sentit, s'ha estimat que la població flotant podria situar-se al voltant de les 330.000 persones any .

□ El tercer aspecte és el sobrecost derivat de la insularitat i l'impacte que té sobre la despesa sanitària, a més de considerar la doble insularitat de Menorca i Eivissa i la triple insularitat de Formentera.

□ Les transferències no contemplaren la necessitat real en matèria d'infraestructures sanitàries que tenien les Illes Balears i que l'INSALUD deixà pendent d'execució (reforma de l'Hospital Son Dureta, finalització de l'Hospital Son Llàtzer, Hospital d'Inca, centres de salut d'atenció primària, etc.).

Amb aquest escenari les Illes Balears se situen a la cua de l'assignació pressupostària per càpita de l'Estat espanyol, situació que, lluny de millorar, fins i tot s'ha vist accentuada els darrers anys malgrat s'hagin impulsat mecanismes addicionals de finançament com han estat les mesures adoptades en la II Conferència de Presidents, que així i tot s'han demostrat insuficients per assolir un finançament adequat.

Per tant, 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, mentre que les pèrdues acumulades a 31/12/2008 per GESMA i les fundacions Hospital Son Llàtzer i Hospital de Manacor representen un muntant de 140,87 milions d'euros.

L'augment del deute de l'IB-salut és exponencial en els darrers anys i aquesta situació es preveu que difícilment millorarà de forma substancial amb l'aplicació del nou model de finançament, cosa que posa en una situació molt delicada el sistema sanitari públic balear. Aquesta situació té un impacte directe sobre la liquiditat del sistema i és suportada pels proveïdors, que veuen diferits en el temps el cobrament pels seus serveis.

Queda patent que l'evolució del deute en l'àmbit de la sanitat pública ha assolit uns nivells que comprometen la seva sostenibilitat i que requereixen d'una solució d'urgència per tal d'evitar el fort impacte de la càrrega d'interessos degut a la cada vegada major demanda de reclamació d'interessos

de demora, així com a la major dificultat que suposa per a la gestió de les unitats de compra dels centres sanitaris.

El nou sistema de finançament autonòmic tampoc suposa una millora substancial dels recursos, en aquests moments ni tampoc previsiblement en el propers exercicis, ja que el nou sistema no permetrà compensar la davallada dels ingressos públics de l'actual i el proper any, a causa de l'aplicació gradual de l'acord que farà que la major participació de la comunitat en els tributs amb un major potencial recaptatori no s'inclogui fins el 2011 (sobre la liquidació del 2009). Així s'esperen que els recursos addicionals per a aquest any siguin d'aproximadament 130 milions d'euros mentre que per a l'any vinent podrien no superar els 160 milions d'euros, bastant per sota de la disminució dels ingressos del sistema de finançament (superiors als 500 milions d'euros) i dels impostos cedits (270 milions).

8. PROFESSIONALS SANITARIS

A nivell estatal es destaca que, tot i disposar de ràtios poblacionals de metges (totals i per especialitats) similars o fins i tot superiors als països europeus i de la OCDE, persisteix una crisi aguda de falta de metges en determinades especialitats i regions (perceptible en la no cobertura de determinades places i en les llargues llistes d'ofertes en borses de treball mèdiques). Algunes de les raons que expliquen, segons aquests estudis, els desequilibris entre l'oferta i la demanda de professionals sanitaris són: (i) l'elevada segmentació territorial i l'especialització de l'oferta laboral mèdica, com a dos elements que redueixen flexibilitat i generen dificultats d'adaptació als constants i accelerats canvis tecnològics i socials, (ii) l'existència d'uns salaris molt regulats/fixats que afegeixen rigidesa en l'oferta i demanda de treball i distorsions respecte les expectatives del personal, (iii) les fortes barreres d'entrada a la professió (l'existència d'un numerus clausus molt restrictiu per a l'accés als estudis de medicina i la regulació de les places MIR de cada especialitat) i (iv) un augment brusc de la grandària i la cobertura de les xarxes de proveïdors d'atenció sanitària, tant pel desplegament dels serveis sanitaris autonòmics, com pel creixement de la demanda de serveis mèdics lligats al benestar, bàsicament privats.

No es pot atribuir la responsabilitat de l'actual ordenació dels professionals sanitaris a les Illes Balears als diferents governs autonòmics, ja que l'actual situació prové d'unes decisions anteriors al procés descentralitzador i les actuacions que s'haurien de realitzar requereixen la coordinació amb les autoritats sanitàries de la resta de l'Estat.

També creiem rellevant destacar la important limitació que suposa, a l'hora de valorar les necessitats de professionals sanitaris de manera objectiva i fonamentada, la mancança d'un registre de l'activitat professional i laboral del personal sanitari que reculli informació bàsica (dedicació, informació demogràfica, remuneracions, etc).

Dades col·legiació. Apunts sobre la demografia mèdica a les Illes Balears

Observem a les Illes Balears un important creixement quant a metges col·legiats per al període 2004-2008 (14%, mentre que per al conjunt de l'Estat fou del 9,9%), arribant als 4.675 col·legiats en el darrer any. Malgrat aquest notable increment, la dotació per 100.000 habitants (436,9 al 2008) es troba encara lluny de l'observada en termes mitjans a la resta de l'Estat (466,9).

En quant a la composició del col·lectiu, hem de destacar el notable creixement relatiu de les dones. També sembla rellevant destacar el progressiu envelliment de la professió de metge a les Illes Balears, d'acord a la tendència que es dona en el conjunt de l'Estat. És previsible que la taxa de metges per habitants es vagi reduint en els propers anys, amb un notable desfasament a partir del 2018-2027. Quant a l'evolució recent, destaca l'increment pronunciat en la col·legiació de fisioterapeutes.

Comparativa dotacions professionals sanitaris a nivell autonòmic

En termes generals, els indicadors descriuen una baixa dotació tant en metges (atenció primària i especialitzada) com en infermers, les quals tot i haver experimentat un notable creixement en els darrers anys, encara resten per sota de la dotació mitjana de l'Estat. El nombre d'usuaris que potencialment han d'atendre aquests professionals (en aquest cas pediatres i metges de família), el qual ens pot orientar sobre la qualitat assistencial que pot oferir el sistema sanitari, és significativament major (la més alta de l'Estat) i ha crescut en el temps atès el fort creixement de la població a les Illes Balears durant la darrera dècada.

Els professionals en la xarxa assistencial pública

En aquests moments, en la majoria d'especialitats ens trobem en unes taxes equiparables a la mitjana. Tot i això es mantenen algunes diferències significatives en Cardiologia o Obstetrícia i Ginecologia, dues de les especialitats amb unes taxes per 100.000 habitants superiors i que en el cas de les Illes Balears encara se situen per sota de la mitjana.

Tot i que les especialitats que presenten un major grau d'envelliment (metges per sobre dels 50 anys), Cirurgia pediàtrica (72,7%) i Medicina del Treball (71,4%) són especialitats relativament minoritàries i que, per tant, el reemplaçament dels professionals és assumible en un període curt de temps, en altres especialitats amb un nombre d'efectius important com Cirurgia General i de l'Àpex Digestiu (84) o la d'Anàlisis Clíniques (43), a l'entorn de la meitat dels efectius en un període de 10-15 anys deixaran de ser actius.

Les Illes Balears en termes generals mostren un grau de feminització de la professió mèdica semblant al conjunt de l'Estat, en aquelles especialitats més nombroses (que eviten casos extrems determinats per l'escassetat d'efectius), i que en la majoria d'especialitats superen el 50% de feminització. També és important destacar el grau d'associació que existeix entre les taxes de feminització i les distribucions d'edat de les diferents especialitats, essent aquelles amb una distribució més jove les que tenen un grau de feminització superior.

9. APORTACIÓ DEL SECTOR SANITARI A L'ECONOMIA BALEAR

Gràcies al marc input-output de les Illes Balears referent a l'any 2004 es calcula que el 3,8% de la producció a preus bàsics en Balears (1.372.618 milers d'euros) prové del sector de serveis sanitaris, veterinaris i socials, que el 5,24% del valor afegit brut a preus bàsics (917.914 milers d'euros) es genera al sector de serveis sanitaris, veterinaris i socials i que el 4,46% del total de llocs de feina (20.340 llocs de feina) en Balears prové també d'aquest sector.

El marc input-output permet anar més enllà i fer una radiografia molt més completa de la relació que el sector sanitari té amb la resta de la economia. Una primera dada interessant ve donada pel multiplicador de producció que s'eleva a 1,25 i significa que, per satisfer un increment de la demanda dels serveis sanitaris, veterinaris i socials de mercat per valor de 100 euros, es necessari un esforç productiu de la resta de sector de l'economia de 25 euros. En el cas del sector de serveis sanitaris, veterinaris i socials de no mercat, el multiplicador de la producció és 1,23.

Una vegada s'ha analitzat el pes que la producció, valor afegit, i la resta de principals variables del sector de serveis sanitaris, veterinaris i socials té a l'economia balear, és interessant ampliar l'estudi per considerar la producció que tots els sectors econòmics de Balears, i no només el sector de serveis sanitaris, veterinaris i socials, ha de realitzar per satisfer la demanda que rep aquest sector de serveis. La producció que han de fer tots els sectors de l'economia balear per a què el sector de serveis sanitaris, veterinaris i socials pugui satisfer la seva demanda s'eleva al 4,35% de la producció a preus bàsics

de Balears. Si es consideren també els efectes induïts, és a dir, l'augment de la producció a l'economia balear per la demanda dels consumidors que guanyen les seves rendes treballant al sector de serveis sanitaris, veterinaris i socials, aquesta xifra s'eleva al 4,82% de la producció.

ESTUDI DE NECESSITATS

10. PROJECCIONS DESPESA SANITÀRIA PÚBLICA

En aquest apartat els autors calculen el creixement de la despesa sanitària en base a dos elements exògens: l'envelliment i l'evolució demogràfica. Queden fora del model d'anàlisi i d'impacte l'estat de salut, la prestació real mitjana per persona i el factor preu. Amb els factors demogràfics l'estudi es planteja, considerant diferents hipòtesis, set escenaris possibles per tal de determinar l'impacte demogràfic per al període 2010-2019

Factors exògens com són l'impacte de l'envelliment (composició) o l'evolució demogràfica (cobertura), tot i que sovint s'han associat a increments importants de la factura sanitària, el cert és que segons l'evidència disponible en la literatura internacional sobre la contribució dels diferents factors al creixement de la despesa, aquests han tingut un impacte moderat i sostenible (amb taxes de creixement inferiors al ritme de creixement del PIB) de mantenir-se la resta de factors igual. Per tant són factors endògens, inherents a la pròpia configuració del sistema i a les preferències socials, els què acaben determinant l'increment de la despesa sanitària per sobre de la renda. Ara bé, davant un context de contenció pressupostària i escassetat relativa dels recursos públics, conèixer de forma objectiva l'impacte de la demografia sobre la despesa sanitària pública a mig i llarg termini, en tant que factor relativament exogen i per tant inevitable, resulta fonamental per preveure i planificar les necessitats bàsiques de finançament en un futur pròxim. Així els resultats que s'ofereixen, com a hipòtesi de mínims, representen el creixement necessari de la despesa sanitària a fi de que la població futura pugui ser atesa amb el nivell actual de prestacions sanitàries i d'utilització dels serveis.

Cal destacar que no es disposava fins el moment d'un estudi que a partir de dades reals d'utilització i despesa per pacient i desagregat segons tipologia de prestació, pogués quantificar l'impacte futur dels canvis demogràfics que s'estan experimentant en la nostra comunitat. És per tant novador que s'hagi estimat a partir de la construcció de perfils de consum i despesa sanitària en farmàcia, atenció hospitalària i atenció primària per una mostra poblacional representativa de tots els grups d'edat i sexe per les Illes Balears i per illes, i de les projeccions demogràfiques elaborades per l'INE, quin és l'impacte previsible

del factor demogràfic sobre l'evolució de la despesa sanitària pública, com a hipòtesi que ens serveix per definir l'esforç bàsic (o mínim) que hauria d'assumir el govern autonòmic per tal de mantenir l'actual sistema de prestacions assistencials, si es reproduïssin les mateixes pautes de consum observades actualment -tota la resta de factors igual (cost tractaments, freqüentació per grups d'edat,...)-.

Definició escenaris

S'han definit set escenaris amb l'objectiu d'estimar quin és l'impacte demogràfic previsible per al període 2010-2019 i quin pot ser el creixement de la despesa sanitària per un augment bàsic en els preus dels recursos sanitaris. Els tres primers escenaris consideren el canvi de la despesa sanitària pública atribuïble a canvis purament demogràfics. El primer es basa en les projeccions demogràfiques de l'INE i els altres dos, a mode d'anàlisi de sensibilitat, defineixen dues hipòtesis alternatives a la projecció oficial. Els quatre següents consideren el canvi de la despesa atribuïbles a dos factors: el canvi demogràfic i el creixement de la despesa sanitària per càpita per se a partir d'hipòtesis conservadores sobre com han evolucionat els costos agregats en els diferents nivells assistencials durant els darrers anys.

Principals resultats

En primer lloc, quan només tenim en compte els factors demogràfics, estimem que la taxa anual acumulativa de creixement de la despesa sanitària, o sigui, el ritme uniforme al qual hauria de créixer anualment la despesa sanitària (descomptant la inflació) per mantenir les prestacions assistencials i els actuals perfils d'utilització, se situa entorn el 1,6%, suposant un increment acumulat per a tot el període d'aproximadament el 18%.

En els escenaris que, a més de contemplar l'efecte demogràfic, es considera alguna hipòtesi de creixement addicional de la despesa sanitària d'acord a l'evolució econòmica (elasticitat-renda unitària i supòsits alternatius) per tal de recollir l'efecte dels factors endògens (increment de la prestació real mitjana, entre d'altres), s'observen unes taxes de creixement acumulat molt més accentuades (3,9% anual, la més conservadora, fins al 5,3% segons el supòsit més optimista). Per al cas de l'escenari 3, que es basa en el supòsit d'un creixement diferenciat per nivells assistencials, d'acord al que s'ha observat a Espanya en la darrera dècada (OCDE, 2009) el creixement acumulat per al període projectat arriba fins el 66,45% (5,23% anual).

En el cas de l'escenari demogràfic pur per nivells assistencials, la despesa en farmàcia és la que té un increment relatiu més important (tot i que en termes absoluts és la que té una incidència menor sobre l'increment de la despesa pública total), tant perquè més persones consumeixen medicaments (increment de la població) com perquè els grups etaris amb un consum major de productes farmacèutics incrementen el seu pes.

La consideració de factors endògens, aproximat aquí per les simulacions construïdes a partir del supòsit d'elasticitat-renda unitària, incrementa de forma notable les previsions anteriors. Així el major cost (preus relatius més cars en el cost dels recursos sanitaris) de la utilització dels serveis sanitaris repercuteix en un increment de la despesa sanitària per càpita, quan l'estructura demogràfica tendeix a estar més envellida.

CAPÍTOL FINAL. A MODUS DE RESUM I REFLEXIÓ

La valoració que podem fer de la situació econòmicosanitària no pot ser sinó positiva, tot i que les amenaces sobre el manteniment d'una creixent expectativa social sobre el que pot fer el sector de guariments de la salut per al benestar social l'estan, sens dubte, posant en qüestió en el futur més immediat. No es tracta aquest d'un resultat de l'envelliment demogràfic: la nostra perspectiva no és pitjor sinó millor a la mitjana. Té a veure amb l'evolució del cost de la prestació sanitària real mitjana, és a dir, la resposta diagnòstica i terapèutica al que sigui resulta d'una major freqüentació d'una societat cada cop més medicalitzada, a la vista dels inputs entremigs (medicaments, tecnologies, fungibles) i la productivitat mèdica en general. Sense un abordatge vinculat al seu cost –efectivitat relatiu resulta força complex el seu racionament.

Per la banda de la despesa res no fem en aquest sentit pitjor que el que fan altres comunitats gestionant la sanitat. Més idiosincràtic és el vector del finançament. La limitació que imposa el finançament autonòmic, en el millor dels casos situat a l'entorn del pes poblacional per a la despesa sanitària, i lluny de la mitjana per càpita per al conjunt del finançament dels serveis públics, no permet una solució senzilla. La societat balear ha anat cobrint les insuficiències financeres del sistema sanitari públic (en termes de qualitat percebuda) amb l'assegurament complementari i el pagament directe pels serveis. La crisi actual porta a qüestionar la capacitat de complementar nivells per la via privada amb la mateixa regularitat observada en el passat.

Els costos unitaris d'una creixent prestació sanitària real mitjana per la banda de la despesa i la incapacitat pressupostària general de l'Estat pels contribuents i de la butxaca dels usuaris illencs de complementar allà on no arriba la sanitat pública a l'hora de satisfer demandes i expectatives socials, son així les dues claus de volta que cal afrontar per fer que el nostre sistema sanitari sigui solvent.

En aquesta darrera secció s'ofereix una reflexió que pot ajudar a que les parts implicades a la determinació de la política sanitària informin millor les seves alternatives.

11.1. Algunes reformes internacionals com a exemples de bones pràctiques per a la millora de l'eficiència i el rendiment dels sistemes sanitaris

La necessitat d'adoptar reformes que suposin una millora en el rendiment i l'eficiència dels sistemes sanitaris dels països desenvolupats ha generat un creixent interès en la comparació internacional de les característiques d'aquests sistemes i de les seves experiències de reforma, de les quals a continuació es descriuen breument aquelles que segons la literatura internacional s'assenyalen com a bones pràctiques o mesures reconegudes per l'èxit assolit en els respectius països.

Mesures de gestió activa de la demanda per assegurar que pacients professionals fan un ús eficient del sistema

Reforçar la prevenció, amb una especial atenció en les malalties cròniques i les seves causes, com a focus de millora de la qualitat de vida de la població.

Gestió activa del catàleg de prestacions sanitàries, diferenciant entre cobertures bàsiques i complementàries o incorporant els nous tractaments i les innovacions tecnològiques mitjançant valoracions independents de cost-benefici, com a criteri per valorar el seu finançament.

Fomentar un consum responsable dels serveis sanitaris amb mesures que poden anar des de l'educació sanitària i la conscienciació, fins a una corresponsabilització més directa amb mecanismes com el copagament.

Optimització de l'oferta: Mesures per reorganitzar i dimensionar correctament els serveis sanitaris per tal d'assegurar un nivell de capacitat eficient.

Impulsar millores de productivitat i d'eficiència en els diferents nivells assistencials i reduir la seva variabilitat sense perjudicar els resultats clínics. Mesures que s'estan aplicant en aquest sentit a diferents països, entre d'altres es pot citar el National Health System (NHS) britànic que estableix tarifes estàndards per a diferents tractaments amb l'objectiu de millorar l'eficiència; o la difusió de protocols i guies de pràctica clínica, el que també constitueix uns dels instruments més comuns a Europa per millorar la qualitat, reduir les disparitats en la pràctica clínica i millorar la seguretat dels pacients.

Transformar el model de gestió de recursos humans dels professionals sanitaris flexibilitzant el model de contractació, millorant el grau d'autonomia vinculada a l'assumpció de responsabilitats i desenvolupant sistemes d'incentius que alineïn les seves prioritats amb els objectius del sistema. Establir incentius (monetaris o no) per als centres i professionals, de manera que tant les carreres individuals com la trajectòria de les organitzacions i el seu finançament depenguin dels resultats de salut que ofereixin i del seu funcionament relatiu, ha demostrat tenir un impacte considerable en els resultats i l'eficiència del sistema.

Quant a l'organització del sistema i la seva coordinació, se'n poden destacar:

- Separar clarament les funcions de finançament, compra i provisió de serveis sanitaris i dotar d'una autonomia de gestió responsable i efectiva als proveïdors.
- Implementar mecanismes més sofisticats i transparents de contractació de serveis sanitaris entre compradors i proveïdors, que distribueixin adequadament les responsabilitats i incentivin als proveïdors a millorar tant en qualitat clínica com en eficiència.
- La integració assistencial i l'establiment de sistemes de finançament capitatius, que afavoreixin la coordinació entre nivells assistencials. S'han establert internacionalment diferents mesures intermèdies que van en aquest sentit, com la utilització de contractes-programa, els quals inclouen una monitorització de la qualitat, i sistemes de pagament en funció del rendiment. Aquests sistemes han d'incloure mecanismes per ajustar el risc, per tal d'assegurar que els recursos destinats als proveïdors són els adequats segons les necessitats assistencials d'una població, garantint així l'equitat d'accés i l'eficiència assignativa.

11.2: Tres propostes concretes d'estudi obert a la reflexió

1.-ELS COMPTES PER A PROVISIONS DE SUPORT DE COBERTURA (desgravació a canvi d'estalvi previsional)

Consistiria en permetre desgravar limitadament (sobre la base o quota de l'IRPF) l'estalvi identificat en un compte, destinat inicialment a completar cobertura pública de serveis (d'entre els identificats i sempre contra factura) limitant-se a les alternatives efectives però que presentessin un cost efectivitat graduat inferior. Té alguna similitud amb diverses formes de copagament o fins i tot al pagament de primes complementàries d'assegurança privada.

Pel contingut de la proposta, aquesta es pot considerar que no interfereix les qüestions de finançament autonòmic ni les percepcions de la pèrdua de cohesió territorial ja que es manté en el pla de l'estricta responsabilitat individual i manté una regulació comuna.

2- ELS COPAGAMENTS ARTICULATS A LES DECLARACIONS DE L'IRPF (més ingressos)

Una proposta concreta i incipient d'articulació de copagaments *ex post* vinculats en renda a la declaració de l'IRPF consistiria en vincular els copagaments potencials a la declaració de l'impost sobre la renda (IRPF) en el seu tram autonòmic.

Això implicaria que tots els registres d'usos afectats potencialment per copagaments s'anotessin a la targeta sanitària en cada punt d'accés (lectura digital) i es comunicuessin, posteriorment, a finals d'any com a mena de recordatori a l'usuari qui, en el seu cas, hauria d'incorporar total o parcialment el seu cost a la declaració de IRPF. Per als no obligats a declarar (pobres per sota dels mínims vitals), l'exenció d'aquests copagaments seria automàtica. Per a la resta de la població, o bé s'incorporarien a la base imposable (de manera que el copagament incrementaria la quota per l'invers del tipus mig) o sobre la quota mateixa (sempre en el seu component autonòmic).

En el primer cas, el copagament resultaria ja d'aquesta manera directament proporcional a la renda (més base imposable, més tipus efectiu a l'IRPF). En el segon, es podria considerar la seva inclusió de manera selectiva no gravant determinats grups (p.ex. crònics, treballadors per compte aliè que no superessin una determinada quantia –com es va fer en el seu moment amb la deducció per guarderies-, o fent-ho fins a un cert límit, no computant copagaments més enllà d'una quantia determinada (p.ex.: no podent representar més d'un 8% de la renda declarada o una quantitat absoluta

superior a 1.000 euros a l'any), opcions totes elles, òbviament, més polítiques que de tècnica fiscal.

Una variant que implicaria un major involucració dels professionals consistiria en què, del registre de consums públicament finançats, es determinessin – justificadament – aquells que no seguissin les pautes de bona pràctica d'utilització o decisió orientada pel professional, de manera que només aquests s'haguessin d'incorporar a la base de renda a efectes de pagament fiscal.

3.- TRACTAMENT DE LA FISCALITAT DE LA DESPESA PRIVADA (menys ingressos)

-(i) De l'assegurament privat

En aquests moments es dona una situació de tractament desigual entre les pòlisses subscrites per individus i les que ho són per autònoms o a través d'una pòlissa col·lectiva d'empresa, ja que únicament en el primer cas no són deduïbles. Sembla just i raonable avançar cap a una igualació en els tractaments fiscals dels diferents col·lectius, a partir preferentment de la quota estatal de l'IRPF, tot i que també es podria articular a través del tram autonòmic.

Una altra qüestió rellevant és si només s'hauria de limitar la deducció a les prestacions no concurrents (o complementàries respecte de serveis exclosos, com per exemple els dentals i formes de tractament alternatius a la medicina tradicional.

Sembla també pertinent limitar la deducció a les pòlisses d'assistència sanitària (més vinculades a la gestió de les patologies) i no a les de reemborsament, ja que aquestes últimes poden generar o induir un biaix de sobreconsum i es troben associades a una major elasticitat de renda.

-(ii) De la despesa privada directament

Sembla necessari poder valorar l'efectivitat a mig termini que tenen les polítiques i prestacions, en la seva graduació cost-efectivitat. També és important mantenir una distribució justa de les càrregues i beneficis considerant el cicle vital de renda i esperança de vida dels afectats, una major progressivitat de la que manquen avui moltes de les deduccions fiscals vigents i el retorn compensat en cas de regressivitat de les desgravacions amb els equivalents compensatoris de pensions no contributives o prestacions per als col·lectius de renda inferior.

Així mateix seria desitjable que qualsevol forma d'exclusió per bé de la progressivitat fiscal no exclogués el votant mitjà: el votant mitjà més èpsilon seria així sempre objectiu de cobertura pública.

COMENTARI FINAL: ELS EQUÍVOCS DE BUSCAR CONSOLIDAR EL SISTEMA DE SALUT I ASSEGURAR LA SEVA SOSTENIBILITAT FINANCERA

Tot sistema sanitari manté sota tutela de finançament públic la resultant de com es determinen i evolucionen en el temps tres paràmetres. Primer, la concreció de qui és elegible en cobertura poblacional. El segon eix té a veure amb l'abast de la cobertura. I la tercera dimensió és la de la freqüentació, això és, amb quina freqüència s'accedeix al sistema i com respon aquest en termes de la prestació real mitjana (oferta diagnòstica i terapèutica). Els tres eixos componen el volum de la despesa públicament tutelada respecte del nivell de renda d'un país.

La nostra “caixa” de tres dimensions necessita “modelar-se” ajustant en el temps l'evolució de cada un d'aquells tres vectors que la dimensionen. Consolidar l'estatus quo és mal antídoto a les canviants necessitats socials que el nostre sistema afronta. Es tracta de possibilitar que el sistema, en el seu funcionament ordinari, permeti incorporar solucions a circumstàncies noves. Ja sigui en la dimensió de cobertura poblacional, ja sigui en l'abast de la cobertura, ja sigui limitant la freqüentació innecessària. Amb això, els diferents països aborden les seves conjuntures financeres de manera diferent. En la tradició “Servei Nacional de Salut”, es fa des del universalisme, sent rigorosos amb el que entra i el que no entra, tot i que sigui de mal enteniment i que els lobbys pressionin pels seus interessos. I s'opera a través d'agències independents que ordenen prestacions segons cost efectivitat. Altrament, des de la concepció “Assegurament Social”, la solvència financera s'aborda no actuant tant sobre el que entra (ja que per satisfer la demanda ciutadana entra gairebé tot), sinó frenant amb copagaments la utilització abusiva. Finalment, en altres sistemes de tradició privada, l'abordatge als canvis es basa sovint amb limitar “qui” té drets (amb períodes de carència, primes bàsiques, reconeixement de drets, etc.).

I en aquesta disjuntiva general es troba el nostre sistema de salut, bo en resultats, no tan bo en satisfer expectatives, i sospitós de no contenir avui mecanismes de regulació interna suficients per evitar el seu engarrotament i insolvència financera.

III. Observacions generals

PRIMERA. El sistema sanitari balear es comença a constituir formalment a partir de l'entrada en vigor de la Llei 4/1992, de 15 de juliol, que crea el Servei Balear de Salut (SERBASA), definint-lo com un sistema únic i harmonitzat de tots els recursos, els centres i els serveis de l'àmbit geogràfic de les Illes Balears, amb la finalitat d'aconseguir la integració, la desconcentració, la simplificació, la racionalització i, en definitiva, l'optimització dels serveis sanitaris existents o futurs. En el marc de les directrius de política sanitària general, el SERBASA tenia encomanades les funcions d'ordenació, programació i inspecció sanitària i també la coordinació i la gestió dels recursos econòmics afectes, que en aquell moment es concentraven en el Complex Hospitalari de Mallorca, gestionat per l'empresa pública Gestió Sanitària de Mallorca (GESMA).

La Llei 4/1992 seria derogada per la Llei 5/2003, de 4 d'abril, de salut, que configurava el sistema sanitari públic balear (denominat a partir d'aquell moment Servei de Salut de les Illes Balears o IB-salut) com un ens públic de caràcter autònom dotat de personalitat jurídica i de patrimoni propis i amb plena capacitat per acomplir les seves finalitats, adscrit a la conselleria competent en sanitat del Govern de les Illes Balears i al qual es confia la gestió dels serveis públics sanitaris de caràcter assistencial.

Aquesta Llei no es limita a la regulació del servei autonòmic de salut, ni tampoc a la mera formulació de l'ordenació sanitària de les Illes Balears, sinó que, amb una vocació més ambiciosa, pretén ser un instrument normatiu que reguli totes les accions dels poders públics relacionades amb la salut.

I entre aquestes dues lleis es produeix un fet transcendent: el traspàs de les competències sanitàries a les Illes Balears, plasmat al RD 1478/2001, de 27 de desembre. La dotació econòmica que acompanya aquestes transferències suposa que l'IB-salut hereti una organització sanitària amb un important dèficit estructural i financer. En aquell moment (dades de 2000) les Illes Balears són l'única comunitat autònoma amb una despesa per càpita inferior als 600 euros i amb un diferencial de 100 euros respecte de la mitjana de l'Estat.

SEGONA. Els continuats avenços mèdics i sanitaris, juntament amb l'actuació preventiva de la salut pública són un actiu social que ha suposat millores substancials en la salut de les persones i en la seva qualitat de vida. Pel que fa als sistemes sanitaris públics i universals existents als països més avançats i rics

del món, han resultat ser un important factor de cohesió social que ha contribuït de manera clara a la reducció de les desigualtats.

TERCERA. Probablement un dels indicadors més utilitzats per descriure l'estat de salut, el progrés social i el desenvolupament d'un país és l'esperança de vida. Per al conjunt de la població, les Illes Balears presenten una esperança de vida en néixer de 81,39 anys, una xifra lleugerament per sobre de la mitjana espanyola (81,1 anys) i relativament major que la mitjana de 79,0 de la UE-27. L'esperança de vida als 65 anys ens indica la mateixa tendència descrita anteriorment. També en aquest cas les Illes Balears gaudeixen d'una esperança de vida que es troba entre les més altes de l'Estat (20,0 anys), superant també la mitjana per a la UE-27.

QUARTA. La percepció del propi estat de salut és també una bona mesura per descriure l'estat de salut d'una població. A les Illes Balears, l'any 2007 el 74,4% de la població considerava que la seva salut era bona o molt bona, sens dubte una de les taxes més elevades de l'Estat. Destaca com a fet positiu, gràcies al pronunciat creixement experimentat a partir del 2006, l'elevat grau d'acceptació i valoració per part dels ciutadans, del funcionament i configuració del sistema sanitari públic. En canvi, és ressenyable el creixement, en el 2008, del percentatge de població que considera que les llistes d'espera han empitjorat en el darrer any.

CINQUENA. A nivell internacional, és cert que des de fa uns anys tots els sistemes sanitaris, públics i privats, s'enfronten a importants reptes organitzacionals i financers derivats de diversos factors com són l'augment de la població, l'increment dels fluxos migratoris, els canvis en les estructures familiars, l'augment de l'esperança de vida, l'increment de les patologies cròniques, l'ampliació de les expectatives de vida de persones malaltes, la millora i la innovació de les tecnologies diagnòstiques, els avenços en el tractaments curatius i pal·liatius de diverses malalties o l'augment dels costos de la tecnologia mèdica. Tots ells són processos que impliquen la necessitat de noves inversions i un increment de la despesa sanitària i majors necessitats de finançament.

SISENA. També a Espanya i a les Illes Balears es presenten aquestes dificultats. Tot i així, és igualment cert que el nostre país presenta una despesa sanitària inferior a la de països del nostre entorn econòmic i social com Alemanya o

França i una despesa per habitant que se situa en un dels valors més baixos de la UE i per sota de la mitjana pronosticada de la UE-27. Segons l'OCDE, Espanya presenta l'any 2007 una despesa sanitària, en percentatge del PIB, del 8,5%, al mateix nivell que el Regne Unit (8,4%) però enfora del 10,4% d'Alemanya i de l'11% de França. El percentatge de les Illes Balears és inferior i se situa per a l'any 2008 en el 7,7% (1.743 milions d'euros de despesa sanitària per un PIB de 22.652 milions d'euros). Certament, la despesa sanitària no és l'únic component que garanteix a la població un bon estat de salut i no és tampoc l'única referència que permet valorar la seva suficiència i eficiència, tota vegada que el volum de despesa pública està condicionat per diferents factors. Tanmateix, la realitat es que la sanitat pública espanyola i balear té un finançament insuficient.

SETENA. En línia amb l'anterior és sabut que, a més dels serveis sanitaris, són molts els factors que determinen el bon estat de salut. Així, en els diversos indicadors de salut dels organismes competents el nivell socioeconòmic apareix com un dels determinants bàsics de l'estat de salut en associar-se amb els estils i les condicions de vida que alhora estan determinats per l'estatus econòmic, educatiu i social i per les situacions de vulnerabilitat i/o exclusió social i pobresa. Per tant, l'atenció en salut mitjançant els serveis sanitaris és important ja que redueix les desigualtats econòmiques i socials.

VUITENA. L'anàlisi del sistema sanitari de les Illes Balears és una qüestió molt complexa que es veu afectada per una multitud de factors difícilment abordables des d'una única perspectiva. Així, si atenem a estudis de sistemes sanitaris realitzats a Espanya i a Europa, com ara, del CES Espanya i l'Observatori Europeu dels Sistemes Sanitaris i Polítiques Sanitàries (OMS), s'observa que aquests recullen aspectes relatius a les formes de gestió, en especial l'hospitalària, la cartera de serveis i prestacions, la salut pública i l'atenció primària, l'atenció especialitzada, l'atenció farmacèutica, l'atenció a la salut mental, l'atenció sociosanitària, els sistemes de coordinació i de qualitat, els recursos humans i el desenvolupament professional, les professions sanitàries, la investigació i la innovació o la cobertura dels sistemes públics i privats pel que fa al tipus de malaltia i tractament.

Als efectes de millorar la capacitat d'anàlisi del sistema de salut seria convenient disposar d'informació relativa als costos administratius -aquelles feines que son necessàries per donar informació del que es fa o que, internament, s'han de dur a terme sense que siguin les principals dins de l'activitat de l'empresa- a les llistes d'espera, als sistemes de contractació, als

models de provisió i concertació o a les ràtios de professionals d'atenció primària i especialitzada, el que ha de permetre identificar les àrees d'atenció que presenten deficiències de desenvolupament de l'oferta en els diferents nivells d'atenció i que suposen desigualtats territorials i dificultats d'accés a l'atenció sanitària per part de la població de les Illes. A més, la informació relativa a aquestes qüestions ha de permetre avançar en el control, la transparència i la coordinació entre els diferents nivells assistencials i entre les diferents administracions.

IV. Referència a l'Informe 1/2010, del CES del Regne d'Espanya, relatiu al desenvolupament autonòmic, competitivitat i cohesió socials en el sistema sanitari

L'Informe 1/2010 del CES del Regne d'Espanya relatiu al *Desarrollo económico, competitividad y cohesión social en el sistema sanitario*, recull la valoració positiva del sistema per part dels ciutadans, tot i que són cada cop més conscients de la necessitat d'abordar canvis i de millorar la coordinació entre els serveis de salut autonòmics.

D'acord amb l'Informe 1/2010 del CES del Regne d'Espanya es pot destacar el següent:

PRIMER. Continuen persistint diferències interterritorials en l'oferta de serveis públics i en els indicadors de salut. Amb tot, no existeix un consens clar sobre les desigualtats en els indicadors de salut. Cada cop prenen més importància com a causes explicatives: els factors socioeducatius i culturals que condicionen estats de salut associats a condicions de vida o l'elecció d'hàbits de vida saludables; la qualitat del entorn mediambiental o la pròpia herència genètica.

En qualsevol cas, les polítiques sanitàries poden corregir les desigualtats en salut. D'ací la importància que té discutir sobre les polítiques de salut i el seu grau d'eficàcia.

SEGON. Per clarificar les diverses posicions és necessari obrir un debat i l'experiència demostra que el consens és possible. Com exemple es pot consultar el debat obert sobre les mesures de control de la despesa sanitària dins el CISNS de 18 de març de 2010 (vegeu *Informe CES*, p. 27-29).

També sobre la base del consens, es proposa la creació d'un instrument horitzontal que presti serveis als sistemes de salut de les comunitats autònomes per millorar llur eficàcia i qualitat, faciliti la coordinació, les economies d'escala, la capacitat analítica i d'avaluació i la col·laboració.

Com a assumptes pendents es consideren els següents: completar la universalització de les prestacions, millorar els mecanismes de participació social i defensa dels usuaris i corregir les desigualtats socials i l'equitat territorial.

TERCER. La descentralització és un dels aspectes positius de la reforma sanitària ja que facilita la innovació organitzativa i de gestió i l'atenció a les necessitats sanitàries locals amb una diversificació de les prestacions. Però la gestió d'aquest model descentralitzat planteja també importants reptes al sistema, tant des del criteri de l'eficiència com el de l'equitat. Des del primer, la descentralització pot suposar la pèrdua d'economies d'escala en àmbits rellevants des del punt de vista de control de la despesa. D'altra banda la descentralització de compres –de tecnologia, medicaments i equipament en general- limita el poder dels gestors en la negociació del preu, l'evolució dels quals determina en bona mesura l'increment de la despesa sanitària. A més, l'escala és també important per a garantir l'eficàcia de polítiques sanitàries en salut pública o investigació .

Des del punt de vista de l'equitat i la cohesió, s'ha d'evitar l'articulació de polítiques sanitàries diferencials que puguin implicar graus de cobertura o accés diferents en funció del territori, be mitjançant el reconeixement de prestacions diferencials, perquè s'apliqui de manera diferencial el principi de benefici (copagament) o perquè es dificulti la garantia de portabilitat del dret a tot el territori. A més es pot denunciar la falta de mecanismes institucionals de coordinació, cohesió, avaluació i control.

En aquest sentit, els indicadors de desigualtat en salut mostren que en termes relatius les Illes Balears es troba, en dades del 2007, millor en termes d'esperança de vida, esperança de vida lliure de discapacitat i expectativa d'incapacitat. Així mateix, presenta la segona millor valoració de l'estat de salut percebuda. Ara bé, en problemes de malalties cròniques presenta pitjors resultats en tumors malignes i depressió, presenta un percentatge més alt de limitacions per a les activitats de la vida quotidiana i presenta una taxa de fumadors diaris per sobre de la mitjana estatal.

Les Illes Balears presenten un major ús de consultes d'infermeria, de serveis hospitalaris i d'urgències (el percentatge més alt dins el conjunt de comunitats autònomes). Igualment, presenten una major inaccessibilitat a l'assistència mèdica i la taxa més alta de cobertura sanitària mixta (la més alta de l'Estat) i la més baixa de l'Estat en dependència funcional del darrer metge consultat de la sanitat pública. Mostren les taxes més altes respecte a la mitjana estatal quant al consum de tabac i alcohol i la segona taxa més alta per comunitats autònomes de dones que mai s'han fet una mamografia.

QUART. Pel que fa a la coordinació i la governança del Sistema Nacional de Salut (SNS), que és l'òrgan de cooperació entre l'Estat i les comunitats autònomes, se li recrimina lentitud en la presa de decisions, opacitat informativa i variabilitat en l'aplicació d'acords.

Igualment a l'Alta Inspecció de l'Estat li correspon un important paper en la funció de coordinació i cooperació entre els diferents serveis d'inspecció autonòmics, però gairebé no es disposa d'informació sobre les seves activitats.

També existeix el Fons de cohesió sanitària, que apart d'articular mecanismes de compensació per a despeses per atenció a pacients desplaçats i estrangers, té encomanat donar cobertura a polítiques que assegurin la cohesió sanitària i la correcció de desigualtats interterritorials.

En relació amb la coordinació s'assenyala, d'una banda, que no s'ha aconseguit desenvolupar el Pla Integrat de Salut del SNS, a partir dels Plans de Salut de les comunitats autònomes i de l'Estat i, de l'altra, la dificultat d'arribar a acords per unanimitat en el CISNS que provoca lentitud i escassa concreció en les mesures que s'estableixen.

En relació amb la governança, cada cop pren més importància:

- la prevenció i la salut pública
- l'ús de pràctiques mèdiques basades en l'evidència científica
- definir un marc regulador clar entre l'entramat empresarial de la salut i la provisió de serveis sanitaris
- millorar la mobilitat de pacients i professionals dins el SNS
- la diversificació de formes de gestió

CINQUÈ. En relació a la diagnosi del sistema sanitari, fa una sèrie de consideracions entorn els serveis que presta.

5.1. En relació amb la Cartera de serveis, crida l'atenció la vaguetat i opacitat per falta d'informació sobre el conjunt de serveis complementaris de les comunitats autònomes del contingut de la cartera de serveis vigent (2006); així mateix, l'emulació entre els Serveis de Salut autonòmics sense atendre a criteris de necessitat o utilitat terapèutica; l'increment d'importantes variacions en la pràctica mèdica (VPM) sobre procediments de diagnòstic i tractament de les malalties i de les noves tecnologies per comunitats autònomes i dins les diferents àrees de salut d'un mateix territori.

Considera que per prevenir aquestes desigualtats cal avançar cap a una major protocol·lització de l'atenció sanitària a través de guies clíniques comuns a tot el SNS, basades en l'evidència científica i intercanvi de bones pràctiques.

5.2. Pel que fa a l'atenció primària (AP), destaca la desigualtat territorial i l'escàs desenvolupament en bona part de les comunitats autònomes de l'atenció social, la consulta telefònica o l'acompanyament en ambulància al pacient greu o el desenvolupament de polítiques de salut públiques o de atenció específica a la dona.

Pel que fa a les Illes Balears, presenten les pitjors ràtios en medicina de família i infermeria i el tercer en pediatria. Es proposa, per tant, millorar: la infermeria comunitària, la coordinació amb l'Atenció Especialitzada, l'impuls a la gestió clínica en AP, l'eliminació de feines burocràtiques i l'augment de recursos addicionals.

5.3. En l'atenció especialitzada, el catàleg de serveis per comunitats autònomes és prou diferent. I s'ha de dir que les Illes Balears presenta un nombre de llits per 1000 habitants, places per hospital de dia, consultes per cada 1000 habitants, actes quirúrgics per cada 1000 habitants, urgències per cada 1000 habitants, per sota de la mitjana nacional i pitjors llistes d'espera fins a 3 mesos, tot i que és la quarta que presenta una millor valoració en temps de demora per a ingressos d'urgència.

5.4. En salut mental es troba una notable diferència territorial en l'oferta, en la utilització i l'atenció sanitària en salut mental.

En general són les famílies les que assumeixen gran part de l'atenció i el cost del malalt, sense que l'atenció a la dependència hagi aportat una solució.

5.5. També en atenció farmacèutica es troben grans diferències territorials tant en les prestacions farmacèutiques com en els instruments de la política d'ús racional del medicament. Ara bé, falten dades homogènies i actuacions dirigides a la gestió de la farmàcia hospitalària. També hi ha mancances en la implantació de la recepta electrònica i en l'existència de diverses modalitats de prescripció per principi actiu (PPA).

Les Illes Balears destaquen amb la cinquena major taxa de creixement de despesa farmacèutica i el major creixement, l'any 2009, en despesa mitjana per recepta facturada.

S'han d'impulsar mesures que facilitin l'ús racional dels medicaments tant per l'usuari com per part de la farmàcia hospitalària, així com, a l'estudi i anàlisi de les causes subjacents a l'excessiu consum.

SISÈ. En l'anàlisi dels recursos humans destinats al sistema sanitari hem de dir, en primer lloc, que no existeix un sistema registral unificat i continu dels professionals de la salut, amb criteris homogenis i que computi les diferents situacions laborals.

A les Illes Balears hi ha dèficits en les següents especialitats: al·lèrgologia, cardiologia, hematologia i hemoteràpia i neurofisiologia clínica.

Es constata un clar desequilibri entre l'oferta i la demanda de professionals mèdics i d'infermeria, amb desigualtats territorials i per especialitats importants, amb la problemàtica dels "MESTOS" (metges especialistes sense titulació oficial) sense resoldre.

En relació amb la retribució i la carrera professional, la carrera professional es caracteritza per una gran heterogeneïtat i un predomini de l'antiguitat com a determinant de la carrera.

Així mateix, la descoordinació de les polítiques de recursos humans per part de les comunitats autònomes està produint ineficiències de gestió en el sistema.

Pel que fa a la mobilitat, no existeix un mecanisme que permeti veure l'oferta i la demanda de places disponibles en el conjunt del SNS.

La falta d'informació transparent sobre diferències en categories professionals, carreres professionals, sistemes retributius, requisits i mèrits dificulten la mobilitat geogràfica.

Finalment i en relació amb els recursos humans, en matèria de formació permanent hi ha manca de coordinació entre territoris, que intenten satisfer les necessitats concretes de cada comunitats autònomes.

S'adverteix una deriva en què la formació es deixa al voluntarisme de cada professional.

SETÈ. Existeixen diferències notables per comunitats autònomes, on les Illes Balears realitzen l'esforç mínim en R+D total, si bé tenen un percentatge de projectes públics de R+D en sanitat aprovats semblants als de l'Estat, i com experiència innovadora en TIC Balears sobresurt en la recepta electrònica i en projectes assistencials en l'atenció a la síndrome coronària aguda amb elevació del ST (SCA EST).

En general, pel conjunt del SNS es destaca:

- Escassetat d'investigadors bàsics als hospitals

- Manca de professionals assistencials que simultaniegin activitats d'investigació

- Insuficiència de personal tècnic de suport i de gestió de la investigació

- Poca transferència de coneixement de la R+D a la pràctica clínica

- Escassa participació privada i de fons europeus en el finançament

- Poca coordinació Estat/comunitats autònomes

VUITÈ. Pel que fa al sistema d'informació sanitària, aquesta està basada en indicadors que dificulten conèixer, entre d'altres coses:

- La mobilitat dels pacients

- La disponibilitat de professionals del SNS

- Les dades homogènies sobre farmàcia hospitalària

- Opacitat informativa del CISNS

NOVÈ. La diversificació en les formes de gestió s'ha desenvolupat paral·lelament a la descentralització del SNS a les comunitats autònomes.

La falta d'una avaluació sistemàtica i objectiva ha propiciat que el debat s'hagi polaritzat políticament.

Avui no es pot garantir que una innovació que es pugui introduir en la gestió sigui efectiva i contribueixi a la seva racionalització, mentre no es disposi d'una informació més exhaustiva i objectiva.

DESE. En tots els països s'ha produït, de manera generalitzada, un increment de la despesa sanitària.

En el cas de les Illes Balears cal destacar:

Que presenten el major creixement relatiu de població del període 1998-2008, la qual cosa ha suposat una forta pressió assistencial

Que és la quarta més baixa de l'Estat en despesa sanitària sobre PIB i en despesa sanitària per persona protegida

La segona més alta de l'Estat en creixement de la despesa sanitària i en despesa de personal pel període 2002-2007

La tercera més alta de l'Estat en creixement de població protegida i despesa en serveis hospitalaris i especialitzats 2002-2007

La quarta més alta de l'Estat en creixement de la despesa de farmàcia (receptes) 2002-2007

La cinquena més alta en creixement de la despesa en atenció primària 2002-2007

Que presenta la taxa més alta de cobertura sanitària mixta

S'han consensuat una sèrie de mesures que impliquen un major estalvi potencial en la despesa que suposen la millora de:

Sistemes de compres

Ús racional dels medicaments

Avaluació de tecnologies sanitàries

Polítiques de salut preventives

Atenció primària i atenció a la dependència

Sistemes d'informació

Igualment, es reclama una millor coordinació de les comunitats autònomes a través de la potenciació del Fons de Cohesió Sanitària:

Millora de la gestió de compres

Definir una cartera comú de serveis bàsics

Ampliar la validesa de la targeta sanitària a tot el territori de l'Estat.

V. Observacions particulars

PRÈVIA. L'anàlisi dels sistemes sanitaris és una qüestió complexa que, a l'igual que l'estat de salut d'una població o un individu, presenta i es veu influenciada per una gran varietat de factors. Alhora, no podem obviar que els sistemes sanitaris juguen en l'actualitat diferents papers que introdueixen al sistema més complexitat. Com apunta el CES del Regne d'Espanya al seu Informe 1/2010, el sistema sanitari ha esdevingut als països més desenvolupats un important vector de competitivitat i de creixement i és de destacar la seva associació amb el coneixement i el desenvolupament tecnològic. Tot i la importància d'aquest factor, els principals reptes dels sistemes sanitaris són avui per avui uns altres, en especial si es té en compte que al nostre país i a la nostra comunitat la cobertura sanitària és un dret constitucional i que la sanitat pública és un dels majors assoliments del nostre estat de benestar. Reconèixer i defensar el dret a la sanitat i el seu paper decisiu en la cohesió social exigeix també tenir present les dificultats a les quals s'enfronta actualment.

D'altra banda i amb la finalitat de disposar d'una visió el més àmplia possible aquest CES entén que el seu Dictamen sobre el sistema sanitari s'ha de basar també, a més de en l'estudi *Diagnosi i prognosi del sistema de salut i dels serveis sanitaris de les Illes Balears*, en la literatura i els informes especialitzats elaborats pels organismes i entitats competents en la matèria i que han estat consultats per tal de poder realitzar les següents observacions

PRIMERA. El Servei de Salut de les Illes Balears presta atenció sanitària als ciutadans de les Illes balears amb cobertura sanitària pública d'acord amb la Cartera de Serveis comuna del Sistema Nacional de Salut (SNS) definida al RD 1030/2006 de 15 de Setembre. Totes les prestacions de la Cartera són ateses be amb medis propis o amb medis concertats.

A més, el Servei de salut de les Illes Balears inclou, segons informa la Conselleria de Salut i Consum, en la seva Cartera de Serveis algunes prestacions més que son:

- prescripció i dispensació de l'anticoncepció d'urgència gratuïta a la xarxa d'atenció primària.
- dispositius hospitalaris sanitaris dirigits a l'atenció de pacients en fase subaguda o de processos crònics que no està ben definida en la cartera de Serveis del SNS.
- Intervencions individuals i en grup per afavorir la deshabituació del tabac.
- l'anticoagulació oral a l'atenció primària
- PADI (programa d'atenció dental infantil)

Seria desitjable poder ampliar la cartera de serveis incorporant noves prestacions relacionades amb la salut bucodental.

També convindria conèixer el nivell de desenvolupament de l'atenció social, l'assistència telefònica o l'acompanyament en ambulància del pacient greu i continuem sense conèixer quina és l'atenció sanitària i sociosanitària relacionada amb la salut mental, les malalties rares i/o les malalties invalidants. En aquest sentit no hem d'oblidar que són les famílies les que de moment assumeixen gran part del tractament, l'atenció i la cura al malalt, la qual cosa introdueix elements de desigualtat i molt possiblement manca d'assistència adequada segons nivell socioeconòmic. Falta també saber si és necessari un major desenvolupament territorialitzat de serveis de tractaments pal·liatius per a aquest tipus de malalties i quina és la coordinació internivells

SEGONA. No solament la cartera de serveis sinó també la qualitat ha de preocupar. Un dels aspectes més significatius de la qualitat de l'assistència és el temps d'espera per accedir a l'atenció especialitzada –consultes i/o diagnòstics- o per rebre tractament. La falta d'informació de registre sobre el tema pel conjunt dels centres que conformen el sistema sanitari és un element més de desconeixement que dificulta la planificació de mesures dirigides a millorar l'activitat assistencial i a disminuir els costos. Així per exemple el temps d'espera per accedir a l'atenció especialitzada té una incidència negativa en aspectes tan rellevants com la sobresaturació de les urgències, especialment hospitalàries i com la continuïtat assistencial entre els nivells primari i especialitzat.

TERCERA. També la capacitat de resolució de l'Atenció primària i la continuïtat assistencial es configuren com dos dels elements fonamentals per

poder avaluar la qualitat de l'assistència que presta un sistema sanitari alhora que es relacionen amb la sostenibilitat del sistema sanitari públic, L'accés a proves diagnòstiques per part del personal metge d'atenció primària és, com ens recorda el CES del Regne d'Espanya¹, una mesura contemplada al document del CISNS² de l'any 2006. La mesura, que està encaminada a millorar l'efectivitat i la resolució d'aquest àmbit assistencial no ha tingut encara un desenvolupament a la nostra comunitat mostrant a més un estancament en relació a la seva millora. En relació a aquets tema no està de més apuntar que les limitacions en l'accés a determinades proves diagnòstiques i terapèutiques dóna lloc a derivacions de pacients amb processos mòrbids que podien ser atesos en un nivell primari, reduint-se així tant el costos sanitaris com els costos personals de temps d'espera.

Cal recordar que l'atenció primària constitueix el nivell bàsic inicial d'atenció que garanteix la globalitat i continuïtat de l'atenció al llarg de tota la vida del pacient. Invertir en la xarxa d'atenció primària beneficia de moltes maneres al conjunt del sistema sanitari tal i com i està reconegut al text de la cartera de serveis del SNS.

Des de el CES de les Illes Balears pensem que és essencial que les nostres autoritats sanitàries continuïn reforçant els recursos materials i humans destinats a l'atenció primària, perquè així es pot avançar en activitats com la promoció de la salut, l'educació sanitària, la prevenció de la malaltia i l'assistència sanitària, activitats, a la fi, que milloren clarament el nivell de benestar social de la població.

QUARTA. La implantació de diferents formes de gestió i de provisió de serveis poden donar lloc a diferències en la manera efectiva d'oferir els serveis, amb variacions en la pràctica mèdica que a més de suposar diferències en el tractament i diagnòstic poden donar lloc a desigualtats intraterritorials. Sembla per tant necessari que a nivell autonòmic s'avanci cap a una major protocolarització de l'atenció sanitària mitjançant guies clíniques elaborades a partir de l'evidència científica i l'intercanvi de pràctiques demostrades com efectives. En aquest sentit, hauríem de disposar de més informació sobre l'existència o no d'instruments de protocolarització i la seva implementació en el conjunt dels proveïdors sanitaris del nostre sistema sanitari.

¹ Informe 1/2010

² Consell Interterritorial del Sistema Nacional de Salut

CINQUENA. Els recursos sanitaris de què disposen les Illes Balears per atendre a tota la seva població (la resident i la flotant) es distribueixen en l'atenció primària i en l'atenció especialitzada tant pública com privada.

L'obertura de l'Hospital de Son Espases, tot i que haurà de suposar una notable millora dels serveis centrals hospitalaris disponibles en comparació amb els de Son Dureta, no suposarà cap increment del nombre de llits disponibles a la xarxa pública. Per tant la situació de la xarxa hospitalària pública balear -sobretot a Mallorca- continuarà essent clarament insuficient per atendre les necessitats dels ciutadans de la nostra comunitat i restarem obligats a concertar serveis amb els hospitals privats amb afany de lucre.

A més a més, l'oferta d'assegurances privada continuarà beneficiant-se d'aquesta situació, donat que la saturació de la xarxa pública i les consegüents llistes de espera constitueixen un dels principals elements que duen a una part important de la població (aquella que s'ho pot permetre pel seu nivell de renda) a disposar també de cobertura sanitària privada.

SISENA. Com reconeix el CES del Regne d'Espanya al seu informe 1/2010 el factor humà continua sent molt important en l'assistència sanitària i és el gran actiu del SNS encara que és també un dels elements del sistema que presenta més debilitats i més dèficits en la seva planificació. Les diferents transformacions sociodemogràfiques així com la reorganització dels dispositius sanitaris per donar una cobertura eficaç i sostenible a pacients aguts i crònics s'ha de realitzar amb una política de recursos humans amb un horitzó de llarg termini ple de reptes immediats i de futur.

SETENA. La manca d'un Registre de Professionals Sanitaris a nivell estatal i autonòmic, no permet en aquests moments fer un anàlisi precís de quina és la dotació total de facultatius a la Comunitat ni de la seva composició (demogràfica i per especialitats). Sí es disposa de més informació sobre la dotació de professionals que treballen en la xarxa assistencial pública (Sistema Nacional de Salut), tot i que aquesta informació es publiqui amb un retard aproximat de dos anys i en certs casos sigui provisional.

Tot i això no es tenen dades que permetin conèixer el volum i les característiques del personal al servei dels sistemes de salut i sembla per tant obvi que cal avançar en la implementació de sistemes d'informació que permetin conèixer l'oferta de professionals segons la seva especialitat i si

eventualment existeix dèficit. Per tant, queda palesa la necessitat d'un Registre de Personal Sanitari, únic i continu, que permeti avaluar de manera més fidedigna quina és la realitat de Comunitat i del conjunt del SNS.

VUITENA. Segon les dades que figuren a l'Informe elaborat pel CRES i que s'adjunta a aquest dictamen, observem que les taxes de personal metge i d'infermeria per mil habitants són baixes. En el cas de les infermeres, a l'any 2006, n'hi havia 3 per cada mil habitants a Balears mentre que a Espanya arribaven a 3,5, la qual cosa ens situava en una posició mitjana-baixa respecte a la resta de comunitats autònomes.

El metges d'atenció primària eren 1,9 per mil, mentre que a Espanya n'hi havia 2.5 per mil habitants, sent aquí la diferència molt notable i situant-nos en una posició baixa. En canvi, el nombre de targetes sanitàries per metge de família i pediatria es alt, situant-nos en posició mitjana-alta.

La lectura d'aquestes dades ens mostra que disposem de menys metges i infermeres que la mitjana del SNS però que tenen més càrrega de feina, empitjorant la qualitat de l'atenció que es presta als ciutadans.

El grau d'envelliment de les especialitats mèdiques és un altre dels temes que més preocupació està generant a l'hora de planificar les dotacions de professionals per als propers anys.

La tendència cap a l'envelliment dels facultatius, amb unes cohorts properes al moment de la jubilació superiors en nombre a les cohorts de reemplaçament, és palpable i evident en aquests moments, cosa que suposa un seriós problema que els gestors i els responsables polítics hauran de resoldre a curt i mig termini. Malauradament no disposem d'informació en el mateix sentit referida a la infermeria.

NOVENA. La formació continuada entesa com un procés de progrés i revalidació permanent en el coneixement i les habilitats dels professionals de la salut, hauria de ser una peça fonamental de la carrera professional del personal sanitari. És necessària una revisió dels plans de formació continuada que en l'actualitat està molt orientada i finançada per la indústria. Això provoca discrecionalitat i diferències d'accés entre els professionals sanitaris.

D'altra banda s'ha de potenciar la formació donat que l'evidència científica i l'intercanvi de bones pràctiques, tan necessària per un ús eficient dels recursos del sistema, tan sols es pot formular si es parteix de la qualificació i formació permanent de qualitat dels i les professionals.

DESENA. Les Illes Balears se situen força per sota de la mitjana espanyola en termes de despesa sanitària pública. Som 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 càpita (País Basc) és de 557 euros.

Prenent com a referència el diferencial entre el pressupost inicial per càpita de les Illes Balears i la mitjana estatal, es constata que, d'acord amb la seva població, les Illes Balears disposen d'un pressupost de salut inferior en aproximadament 300 milions d'euros a la mitjana de les comunitats autònomes.

Quan comparem l'esforç que realitzen els països més desenvolupats per finançar els serveis de salut (quin percentatge de la riquesa del país dediquen als serveis sanitaris finançats públicament) es manté l'esmentada infradotació relativa per al cas de les Illes Balears.

Les vies per garantir el finançament d'un sistema sanitari públic de qualitat, de cobertura universal i gratuït consisteixen, d'acord amb les conclusions publicades pel CES del Regne Espanya, en augmentar l'eficiència i l'eficàcia del sistema de provisió sanitari, prioritzar la despesa sanitària respecte a uns altres polítiques públiques i/o augmentar els ingressos impositius amb aquesta finalitat.

En concret, les actuacions que impliquen un major estalvi potencial i sobre les que existeix un ampli consens son:

- La millora dels sistemes de compres per influir en el sistema de fixació de preus dels ensums sanitaris.
- L'articulació i aprofundiment en les mesures per l'ús racional dels medicaments.
- El desenvolupament de sistemes d'avaluació de tecnologies sanitàries per a decidir la seva incorporació damunt la base d'evidència científica respecte de la seva eficiència.
- El impuls de les polítiques de salut preventives per garantir estils de vida saludables i prevenir malalties evitables.
- Desenvolupar un model d'atenció a pacients crònics que posi èmfasi en la prevenció, l'autocuidat, els hospitals de subaguts, l'assistència ambulatoria i l'atenció al domicili com a noves formes de prestar serveis

als ciutadans, introduint el treball multidisciplinar, la gestió de casos i les noves tecnologies.

- Reforçar els mitjans i la capacitat resolutiva de l'atenció primària i la seva connexió amb els serveis socio-sanitaris, particularment els d'atenció a la dependència.
- Desenvolupar sistemes d'informació potents i capaços que permetin avaluar l'acompliment del sistema sanitari a la llum dels principis d'eficàcia, eficiència i equitat

ONZENA. Es considera adient tenir en compte les ineficiències del sistema sobre les quals es pot incidir com són l'existència d'un elevat nombre de consultes de caràcter burocràtic clarament evitables, la sobrecàrrega dels metges d'atenció primària en tasques burocràtiques o la reduïda despesa en Atenció primària.

DOZENA. En un debat sobre el finançament sanitari no podem oblidar que els estudis epidemiològics apunten que al voltant d'un 75% de les malalties laborals espanyoles no es recullen als registres oficials específics i que el subregistre és del 100% en el cas dels tumors malignes o de malalties respiratòries i que la immensa majoria de casos declarats i reconeguts són lleus o sense baixa (el 99,8% del total dels registres estatals). Aquestes dades constaten la hipòtesi de la derivació al SNS de patologies produïdes dintre de l'àmbit laboral i que es tracten com a contingències comunes, el que suposa que les entitats col·laboradores no assumeixen la seva responsabilitat essent una despesa afegida pel sistema públic

TREZENA. D'altra banda el creixement global dels pressuposts sanitaris no reflecteix de manera transparent el que es destina a provisió privada, a serveis externalitzats, al finançament dels nous centres i infraestructures sanitàries o als diferents models de gestió i provisió de serveis.

CATORZENA. Pel que fa a les mesures referides als costos compartits, i en especial al sistema de copagament per accés a l'atenció sanitària existeixen dubtes raonats relacionades amb l'equitat del sistema i en la seva capacitat real de recaptació i de millora del finançament del sistema. La falta de consens en aquest tema i la manca de proves sòlides sobre els seus efectes en la millora de la funcionalitat del sistema (que la recaptació mitjançant copagament en

l'accés a l'atenció no resulti més cara del que s'obté) fan que el CES no recolzi la seva recomanació ni la seva implantació, ni com a resposta ràpida als problemes de finançament actuals ni com a resposta estructural a la sostenibilitat del sistema sanitari.

No es sosté l'argument financer a favor del copagament en un país de renda mitjana-alta perquè el seu rendiment és molt baix si es tenen en compte els costos de recaptació i les exencions a les rendes baixes i als sostres anuals als grans usuaris. Les xifres que es podrien obtenir es poden aconseguir fàcilment amb simples millores tributàries o millorant la lluita contra el frau fiscal, mesures aquestes que suposarien una millora en l'equitat i la cohesió social.

Els copagaments a l'entrada dels sistema poden fer que persones amb estadis inicials de malalties deixin de sol·licitar atenció el que pot erosionar les activitats preventives i la detecció primerenca. Els copagaments vinculats a decisions professionals solament es poden justificar amb ànim de recaptació donat que l'origen del ús excessiu o inapropiat es troba en l'oferta, no en la demanda. En opinió d'aquest CES el copagament atenta contra l'equitat del sistema i repercuteix negativament als segments més necessitats i més desprotegits de la població. Des d'aquest CES volem fer palesa la defensa d'un sistema sanitari públic i de cobertura universal.

A Espanya hi hagut recentment un posicionament parlamentari contrari, “*El Congreso de los diputados rechaza la introducción de fórmulas de copago (euro, Ticket etc) por parte de los usuarios dels SNS, al entender que afectarían gravemente a principios básicos del derecho constitucional a la salud como la accesibilidad, la universalidad y la gratuidad de la atención integral de salud*” (Comisión de sanidad y consumo en su sesión del 11 de marzo de 2009).

QUINZENA. “Es garanteix el dret a la prevenció i la protecció de la salut mitjançant un sistema sanitari públic de caràcter universal.” Així comença el Article 25 del Estatut d'autonomia de les Illes Balears, afirmant de manera rotunda, que la naturalesa del sistema sanitari ha de ser pública.

Per altra banda l'informe del CES d'Espanya ja esmentat comença diguent :

“La salut de les persones i la qualitat dels sistemes sanitaris, són indicatius essencials del nivell de benestar i protecció social aconseguit per la societat”.

Des del CES de les Illes Balears tenim clara la importància estratègica que té el sector sanitari per la seva contribució a la cohesió social, redistribuint riquesa mitjançant prestacions de caràcter universal. També és molt notable el seu paper en quant a l'ocupació de qualitat que genera i la seva aportació a la competitivitat del país.

Pel CES, l'acceptació de les especials característiques d'un sistema sanitari com el de la nostra comunitat, on el pes dels recursos hospitalaris i tecnològics de la sanitat privada es troben molt per damunt de la mitjana espanyola i suposen gairebé la meitat dels recursos disponibles, no deu significar en cap cas la renúncia a la seva equitat.

Això implica aprofundir en la millora d'aspectes com l'atenció primària, l'atenció especialitzada, la salut mental o la cartera de serveis; sense oblidar-ne d'altres elements vinculats al proveïment de serveis, els sistemes d'informació, la investigació i la innovació, les formes de gestió dels hospitals i del propis serveis i, del mateix finançament del nostre sistema sanitari públic.

Finalment, malgrat les negatives conseqüències de la crisi econòmica i dels retalls significatius que s'estan duent a terme, no cal sinó apostar per aquest model de sistema sanitari públic, perquè juntament amb el sistema educatiu i el sistema de pensions, constitueixen el nucli dur del nostre estat del benestar.

VI. Conclusions

El Consell Econòmic i Social de les Illes Balears ha emès aquest Dictamen basant-se en l'informe de l'Observatori Europeu sobre Sistemes Sanitaris (OMS), en l'estudi del CES d'Espanya, en l'Informe anual del Sistema Nacional de Salut 2008, en les memòries d'aquest Consell i en l'estudi sobre el sistema sanitari que s'adjunta com a annex II.

S'incorpora, així mateix com a annex I, el vot particular presentat per la Confederació d'Associacions d'Empresaris de Balears (CAEB).

Palma, 29 de juny de 2011

La secretària general

Àngels Bellinfante Torres

El president en funcions

Llorenç Huguet Rotger

VOT PARTICULAR

DE LA CONFEDERACIÓ D'ASSOCIACIONS EMPRESARIALS DE BALEARS

AL DICTAMEN 11/2011, DEL CONSELL ECONÒMIC I SOCIAL, SOBRE EL SISTEMA SANITARI DE LES ILLES BALEARS

La CAEB lamenta el retràs de la publicació, per part del CES, del estudi l'estudi de **diagnòs i prognòs del Sistema de Salut i dels Serveis Sanitaris de les Illes Balears** dirigit per l'equip del Prof. López Casasnovas i discrepa del contingut de la majoria de les observacions particulars del Dictamen sobre el sistema sanitari. Aquestes observacions particulars no exposen, com si es manifesta a l'estudi, la greu situació en què es troba el sistema sanitari públic de les Illes Balears i la seva inviabilitat futura amb el termes actuals: L'estudi posa de manifest que el sistema sanitari de les Illes Balears, com passa a la majoria de sistemes autonòmics, arrossegueu des de fa anys un dèficit financer important que, anualment, supera el 20% del total del pressupost per cobrir-ne les seves necessitats financeres. La CAEB entén que aquestes observacions particulars, més que abordar propostes per corregir la manca de "mecanismes de regulació interna suficients per evitar el seu engarrotament i insolvència financer", recomanen accions que incrementen, encara més, la despesa pública sanitària. La CAEB entén que aquestes observacions agreugen, més que disminuir, el considerable desequilibri pressupostari que pateix en l'actualitat el sistema sanitari de les Illes Balears.

L'increment considerable de la despesa sanitària futura és també un punt de preocupació, per a la CAEB, que el dictamen pretén minimitzar. En base a uns escenaris basats en factors exògens (el canvi demogràfic i el creixement de la despesa sanitària per càpita *per-se* degut a l'evolució dels costos agregats en els diferents nivells assistencial durant els darrers anys), l'estudi fa palès que la despesa sanitària pública necessària per satisfer el nivell actual de prestacions sanitàries de la població futura es preveu que s'incrementi entre un 1,6 i un 5,3% anual. En termes del període 2010-2019, aquest increment representa aproximadament un 16 i 66,45% respectivament. L'estudi posa de manifest que aquest resultats s'han obtingut sense considerar factors de despesa sanitària endògens, és a dir, simulacions construïdes a partir del supòsit d'elàsticitat-renda unitària. La incorporació d'aquests factors endògens a les simulacions de despesa sanitària incrementaria de forma notable les previsions de despesa obtingudes.

Vist l'alt nivell del deute públic de la CAIB provinent de l'acumulació d'importants dèficits pressupostaris del sector públic en els darrers anys, l'estudi indica que és inviable finançar les necessitats de despesa sanitària en els termes actuals.

La CAEB considera que s'haurien d'abordar propostes que vagin en la direcció de restablir l'equilibri pressupostari de la sanitat pública que assegurin la seva viabilitat en el present i en el futur. Donat el pes elevat que representa la despesa sanitària pública en el conjunt de la despesa pública (35%), la falta de mesures destinades a corregir els voluminosos dèficits financers del sistema sanitari repercuteix directament sobre la pròpia solvència del sistema públic de la CAIB, que repercuteixen negativament en altres àrees públiques, també importants, que permeten un equilibri del sistema econòmic i social de les Illes Balears.

La CAEB discrepa especialment del cinquè punt de les observacions particulars del dictamen, el qual pareix que presenta com un problema l'existència d'una creixent oferta d'assegurances privades per satisfer les necessitats sanitàries que el sector públic no pot satisfer per falta de finançament. Ans al contrari, la CAEB considera que és gràcies a aquesta oferta sanitària privada que la demanda de serveis sanitaris públics és inferior a la que seria sense la seva existència. No cal descartar, a priori cap de les formules que destacats i contrastats estudis, incloent aquest, es posen al nostre abast amb la finalitat de corregir les ineficiències del sistema actual. No podem quedar-nos en que el nostre sistema sanitari és un del més garantista del països de la OCDE i no actuar en el sentit de reduir la diferencia entre el costos de la prestació de serveis i el finançament.. Considerem que el marc que més pot contribuir a la millora del sistema sanitari és la incentivació de la col·laboració publico-privada, aprofitant el recursos al nostre abast, que ha d'incidir tant a la cartera de serveis com a l'enfocament del seu finançament. La finalitat d'aquesta col·laboració és que els ciutadans puguin seguint rebent un servei en les més altes garanties de qualitat i seguretat. Reiterem, per tant, que no s'hauria de descartar cap mesura, fundada tècnicament, l'eficàcia i adequació de la qual s'hagin contrastat en els països del nostre entorn, que contribueixi a assolir els objectius de garantir l'estabilitat i la qualitat del sistema a llarg termini.

L'estudi del sistema sanitari de les Illes Balears posa també de manifest la discriminació que sofreix per part de l'Estat el finançament del sistema sanitari de les Illes Balears en comparació a la mitjana espanyola. Aquest fet ve recollit al punt desè de les observacions particulars del Dictamen, punt que la CAEB comparteix parcialment. Segons l'estudi, la CAIB és la comunitat autònoma de tot l'Estat amb un menor finançament sanitari per habitant: el diferencial per càpita amb la mitjana estatal és de 278 euros mentre que l'infr finançament respecte de la comunitat autònoma amb un major pressupost sanitari per càpita (País Basc) és de 557 euros. La CAEB considera necessari i just que el finançament per habitant per part de l'Estat al sistema sanitari de les Illes Balears sigui, com a mínim, igual al de la mitjana estatal. Aquesta millora del finançament estatal al sistema sanitari balears ajudaria, sens dubte, a pal·liar parcialment les deficiències del nostre sistema. Nogensmenys, tal i com també indica l'estudi, no serien, ni de prop, suficients per cobrir totes les necessitats financeres que es preveu tenguí el sistema



sanitari públic de les Illes Balears amb el nivell actual de prestacions durant els propers deu anys.

Per aquest motiu, com indica l'estudi, és convenient que, a més de reivindicar una millora del finançament de l'Estat al finançament de la despesa sanitària balear, es prenguin mesures per contenir el increment esperat de despesa sanitària pública durant aquesta dècada, tot i esperant que la contenció faci viable i sostenible el sistema sanitari públic i, en definitiva, el sector públic de les Illes Balears. És necessari que siguin estudiades altres reformes que s'han produït a l'àmbit internacional com a exemples de bones pràctiques per a la millora de l'eficiència i el rendiment dels sistemes sanitaris. A més, considerem que les propostes recollides en l'informe, com pot esser la desgravació fiscal de l'assegurament privat per tal de fomentar la seva utilització com alternativa d'ús, haurien de ser utilitzades com a referència a l'hora d'identificar, definir i implementar mesures concretes que afavoreixin una millora en l'eficiència del sistema sanitari i, al mateix temps, garanteixin la seva viabilitat futura.

Palma, 30 de juny de 2011

Josep Oliver Marí

Conseller del grup I designat per CAEB

ESTUDI DE DIAGNOSI I PROGNOSI DEL SISTEMA DE SALUT I DELS SERVEIS SANITARIS DE LES ILLES BALEARS

Guillem López Casasnovas (UPF i CRES), director.

Gabriel Ferragut Ensenyat (UPF i CRES), coordinador.

Micaela Comendeiro Maaløe (UIB)

Elisabeth Valle Valle (UIB)

Joan Carrió Vidal (Gesma)

Mireia Jofre Bonet (City University London)

Victòria Serra (City University London)



Informe elaborat per encàrrec del Consell Econòmic i Social de les Illes Balears

ABRIL 2010

PRESENTACIÓ	3
INTRODUCCIÓ	6
LA DEMANDA DE SERVEIS SANITARIS	8
1. LA POBLACIÓ DE LES ILLES BALEARS	8
1.1. ANÀLISI DEMOGRÀFICA:	8
1.2. COMPOSICIÓ DEMOGRÀFICA	14
1.3. PROJECCIONS DEMOGRÀFIQUES	15
2. ESTAT DE SALUT: CARACTERITZACIÓ EPIDEMIOLÒGICA.....	20
2.1. DADES RELLEVANTS SOBRE LA SALUT DELS BALEARS.....	20
3. UTILITZACIÓ DELS SERVEIS SANITARIS	32
3.1. ACTIVITAT ASSISTENCIAL I PERFIL DE FREQUËNTACIÓ DECLARADA DE LA POBLACIÓ	32
3.2. SATISFACCIÓ DELS CIUTADANS	35
3.3. UTILITZACIÓ DELS SERVEIS SANITARIS PÚBLICS: PERFILS D'UTILITZACIÓ.....	39
L'OFERTA DE SERVEIS DE SALUT.....	49
4. ASPECTES INSTITUCIONALS.....	49
5. DESPESA SANITÀRIA PÚBLICA I PRIVADA.....	50
6. MAPA DE RECURSOS SANITARIS: LA COHABITACIÓ PÚBLICA I PRIVADA.....	62
7. FINANÇAMENT DE LA SALUT.....	82
7.1. DIFERÈNCIA ENTRE POBLACIÓ OFICIAL I POBLACIÓ REAL	84
8. PROFESSIONALS SANITARIS	104
8.1. DADES COL·LEGIACIÓ. APUNTS SOBRE LA DEMOGRAFIA MÈDICA A LES ILLES BALEARS 107	
8.2. COMPARATIVA DOTACIONS PROFESSIONALS SANITARIS A NIVELL AUTONÒMIC	109
8.3. ELS PROFESSIONALS EN LA XARXA ASSISTENCIAL PÚBLICA	111
9. APORTACIÓ DEL SECTOR SANITARI A L'ECONOMIA BALEAR.....	120
9.1. INTRODUCCIÓ.....	120
9.2. UNA ANÀLISI DESCRIPTIVA DEL SECTOR SANITARI, VETERINARI I SOCIAL.....	122
9.3. RELACIONS INTERSECTORIALS DEL SECTOR DE SERVEIS SANITARIS, VETERINARIS I SOCIALS A BALEARS.....	134
9.4. MULTIPLICADORS	139
9.5. IMPACTE SOCIOECONÒMIC DELS SERVEIS SANITARIS, VETERINARIS I SOCIALS A LES ILLES BALEARS	141
9.6. CONCLUSIONS	148
ESTUDI DE NECESSITATS.....	149
10. PROJECCIONS DESPESA SANITÀRIA PÚBLICA	149
11. CAPÍTOL FINAL. A MODUS DE RESUM I REFLEXIÓ	160
BIBLIOGRAFIA.....	176
ANNEX.....	182

PRESENTACIÓ

Aquest treball és fruit del contracte del Consell Econòmic de Balears amb la Univ Pompeu Fabra. Un equip de set persones ha treballat entorn d'un any per a elaborar aquesta radiografia de la sanitat de les Illes. La contribució de l'estudi és la següent:

- 1- Sistematitza tot un conjunt de treballs anteriors, que examina des d'una mirada acadèmica i incorpora en la mesura que es consideren aportacions objectives suficientment fonamentades, i es complementa amb un conjunt de dades i informacions de diversa procedència que s'elaboren en formats compatibles i coherents amb el fil argumental principal de l'estudi: diagnosi i prognosi. Què sabem i què no sabem, i hauríem de saber, del nostre sistema de salut per estructurar-lo de manera adient i adaptar-lo a les necessitats canviants. Fer-ho d'una manera solvent, des d'un sistema que té capacitat de resposta conjuntures canviants, tant financeres com de canvis en els valors socials de la Comunitat, i ajustat a les noves realitats.
- 2- Elabora per primer cop prediccions de creixement de despesa i escenaris futurs de finançament a partir de dades pròpies de totes i cadascuna de les illes. Es computen per primera vegada els consums poblacionals dels diferents components de despesa sanitària pels diferents grups d'edat, lligant dades individuals d'atenció especialitzada (valorada d'acord amb la seva complexitat), utilització de la primària i despesa en medicaments. Es consideren consums reals i no estimats, amb dades micro i no macro, sobre els costos propis del nostre sistema i no emulats d'altres comunitats amb més tradició en aquesta mena de càlculs. El treball que inclou cadascuna de les caselles de consum/edat és el resultat d'un treball molt complex i complet que pensem en si mateix justifica la raó inicial del treball, i que, estem segurs, permetrà desenvolupar, amb una actualització periòdica i millora de les bases de dades utilitzades, anàlisis concrets sobre les diferents casuístiques que expliquen diferències en la utilització dels serveis sanitaris.
- 3- Sobre la base de l'acurada observació anterior, s'estableixen prediccions globals i per illes del que suposaran els nous escenaris, tal com els ha definit l'Institut Nacional d'Estadística, per als propers anys (fins l'entorn del 2020). De manera que resulta possible establir escenaris complementaris i/o alternatius, no només a partir de les hipòtesis efectuades per l'equip (per exemple respecte del

comportament futur del PIB i sobre elasticitat de despesa respecte al creixement de la renda, en global o diferenciada per components), sinó permetent que qualsevol responsable de política sanitària, a partir de les dades que inclou l'estudi, pugui fer els seus càlculs segons els propis supòsits, tant a nivell general com a cadascuna de les illes.

- 4- A la vista de la diagnosi que permet el descomposar la despesa del passat (els vectors que la impulsen, des de la demografia a les prestacions reals mitjanes per freqüentació) i millor visualitzar els escenaris de despesa futura, l'estudi fa les consideracions oportunes sobre quins d'aquells vectors es mouen sota variables endògenes o exògenes, i dintre d'aquelles, quines són majoritàriament mitigables per l'acció de la política sanitària. Es remarca en aquest extrem el pes important de la sanitat i l'assegurament privat, fins el moment, en el nostre sistema de salut, i quines conjuntures reforcen o debiliten la seva complementarietat respecte de les estructures sanitàries públiques.
- 5- S'estableixen les consideracions de finançament que han de coadjuvar a la solvència/ sostenibilitat del sistema. Tractant-se de qüestions que tenen un fort component de voluntarietat política, l'estudi reflexiona, comenta alternatives, recull experiències, sense tancar-se en una aposta exclusiva i excloent, com no podria ser d'altra manera en un treball d'aquesta naturalesa.

Val a dir que l'estudi no ha entrat, malgrat l'equip li va dedicar temps i esforç amb conjunció als comitès de seguiment del CES, al tema de si era o no adequada la creació del estudis de medicina a la nostra Comunitat i si era adient començar pel primer o segon cicle. Tampoc s'ha fet una estimació nova de les necessitats de professionals per especialitats. S'ha enregistrat i valorat la situació actual, a partir de totes les dades i nous estudis disponibles. S'ha decidit en aquest sentit, ja que el sistema sanitari espanyol està a l'espera d'una redefinició profunda de les especialitats, competència aquesta exclusiva de l'Estat i no de la Comunitat Autònoma, i molt sensible en els seus efectes a com s'acabi determinant la necessària polivalència en el coneixement mèdic.

No ens resta sinó agrair la col·laboració que hem trobat a totes les portes que hem tocat (Col·legi de metges, IBSalut, experts consultats) i sobre tot, la comprensió i suport dels membres del CES, de la seva Permanent, dels consellers que han format part del grup de seguiment de l' informe, els senyors Vicenç Tur, Juan Herranz, i la senyora Pilar

Sánchez Cuenca, i en particular del seu President, el senyor Llorenç Huguet, i de l'assessor econòmic el senyor Ferran Navinés.

Els col·laboradors de la Memòria del CES 2008 sobre l'economia, el treball i la societat de les Illes Balears, el Dr. Josep Maria Vicens i el Sr. Josep Mateu Sbert, són els autors dels subapartats “Mapa de recursos sanitaris”; “L’activitat assistencial” inclosos en el capítol 6.

No cal dir que com a director de l'estudi i responsable davant del Centre de Recerca en Economia i Salut de la Universitat Pompeu Fabra, assumeixo els errors que hem pogut cometre tant en nom propi com en nom de l'equip.

Guillem López i Casasnovas. Barcelona 6 de Maig del 2010

INTRODUCCIÓ

La multiplicitat de factors que influeixen a l'hora de determinar l'estat de salut d'una comunitat i la contribució a aquest del seu sistema sanitari, limita sovint l'abast del coneixement que proporcionen anàlisis parcials que ofereixen per separat cadascun dels aspectes rellevants. En els darrers anys han aparegut multitud d'estudis a nivell estatal i mundial, que sota distintes perspectives i amplària de focus, alerten de les dificultats que es troben i poden trobar-se en el futur pròxim els diferents sistemes sanitaris, tant pel que fa nou direccionament que han de tenir els seus dispositius per ser rellevants per als nous reptes de salut, com pel que fa a la seva sostenibilitat financera.

Les contínues pressions exercides, tant des del costat de l'oferta de serveis i atencions sanitàries, que semblen només solventar-se amb el requeriment de l'aportació permanent de més recursos econòmics per tal d'afrontar l'encariment relatiu de gran part dels factors productius (tecnologia, equipaments,...), com també des del costat de la demanda, on els ciutadans exigeixen uns serveis de major qualitat que es corresponguin amb la millora de les pròpies condicions i expectatives de vida de manera coherent amb el grau més alt de desenvolupament econòmic, plantegen una sèrie de reptes indefugibles. Aquests creiem que han de ser considerats des d'una perspectiva holística que contempli i analitzi la realitat de la situació present a la llum del futur que s'aveïna, per tal de fer front en millors condicions les dificultats o amenaces que es puguin plantejar.

És per això que l'objectiu fonamental d'aquest estudi és el de dotar a la Comunitat Autònoma de les Illes Balears d'un instrument d'anàlisi sectorial que serveixi per a conèixer millor la realitat actual de la salut i els serveis sanitaris en el seu conjunt a casa nostra, i poder identificar quines seran les seves perspectives i necessitats en un horitzó temporal a mig i llarg termini. Conseqüentment, a més de reflectir en la diagnosi la realitat del sistema en el moment actual, l'estudi realitzarà una prognosi, tenint el 2020 com a període de referència.

En el present estudi, que ha de reflectir l'estat de partida del nostre sistema sanitari, es plantegen les variables i els factors que poden tenir major incidència sobre la

determinació dels resultats presents i que han de ser tinguts en compte a l'hora de fer prospeccions per orientar les polítiques necessàries per al futur.

El treball es compon de tres parts: (i) Anàlisi de la demanda de serveis sanitaris, (ii) anàlisi de l'oferta dels serveis de salut i, per últim, (iii) l'estudi de necessitats. Aquestes tres parts es tanquen amb les corresponents conclusions. Els dos primers apartats pretenen descriure en detall i quantificar els aspectes més significatius a l'hora de determinar quins són els desajustos entre l'oferta i la demanda assistencial a) a partir de les necessitats de la població en quant a potencials usuaris del sistema sanitari (demanda) i b) dels recursos sanitaris de que disposa la Comunitat (oferta), tant de titularitat pública com privada. A partir d'ambdues valoracions es plantegen quines són les mancances o necessitats del sistema sanitari a les Illes, així com les recomanacions sobre quines estratègies poden ser més efectives per abordar aquestes qüestions.

LA DEMANDA DE SERVEIS SANITARIS

1. La Població de les Illes Balears

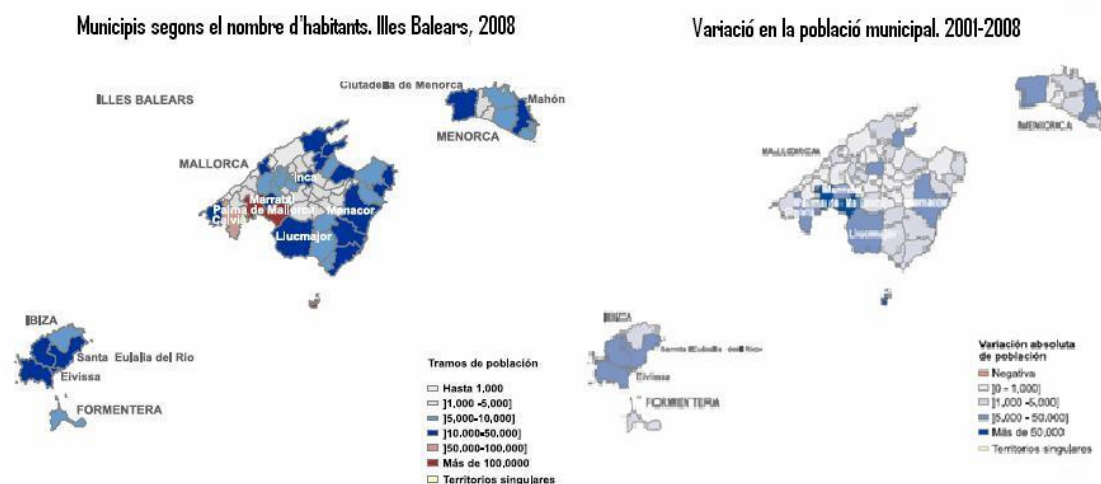
1.1. Anàlisi demogràfica:

Un dels trets més característics del comportament demogràfic de les Illes Balears i que una major incidència ha tingut en la generació de noves i majors necessitats assistencials en l'àmbit de la salut és, sens dubte, el cicle de creixement que aquesta comunitat ha experimentat en els darrers deu anys. L'increment de la població durant aquest període (1998-2008), fonamentat bàsicament en la incorporació anual de nous residents procedents de l'estranger, ha superat els ritmes de creixement que històricament s'havien observat a la comunitat, sobre tot a partir del boom turístic dels anys 60, els quals ja eren en aquells moments notablement superiors als que experimentava el conjunt del país. Així s'ha passat d'una població oficial de 796.483 habitants per a l'any 1998, al 1.072.844 habitants que residien a les Illes en el 2008 segons dades del padró (en les dades encara provisionals de l'avançament del padró a data 1/1/2009, actualment serien 1.094.972), suposant una variació relativa del 34,7% (276.361 persones) durant aquest període. Aquesta variació suposa doblar la mitjana estatal (15,82%) i situar-se set punts per sobre de les comunitats autònomes (Múrcia i Canàries) que després de les Balears ha experimentat una variació més alta— amb una taxa anual acumulativa del 2.89% especialment important entre el 2001 i el 2008, , molt per sobre del 1,7% observat a Espanya.

Per illes no s'observen diferències substancials respecte de la variació mitjana de la comunitat, tot i que s'ha de destacar el superior creixement de les Illes Pitiüses, amb un increment del 48,79% per Eivissa i un 56'12% per Formentera. Així mateix no s'han apreciat canvis notables en la distribució de la població dintre de cadascuna de les illes, caracteritzada per una marcada concentració de la població a les capitals de cadascun dels territoris insulars i la seva àrea d'influència, així com en alguns municipis del litoral. Tot i que es manté el creixement en aquests territoris entre el 2001 i el 2008, s'observa que la concentració de la població per municipis en el territori balear s'ha reduït lleument – tot i que es manté una elevada densitat de població en conjunt (214,9

hab/km² front els 91,2 a Espanya) – degut a l'existència d'un creixement cada cop més dispers a partir de l'articulació de conurbacions emergents amb una menor densitat de població i al creixement de municipis que han millorat la seva comunicació respecte als grans centres econòmics, a causa de la saturació de les grans ciutats.

Gràfic 1.1: Distribució municipal de la població



Font: Extret de FBBVA (2009)

Taula 1.1: Indicadors caracterització demogràfica

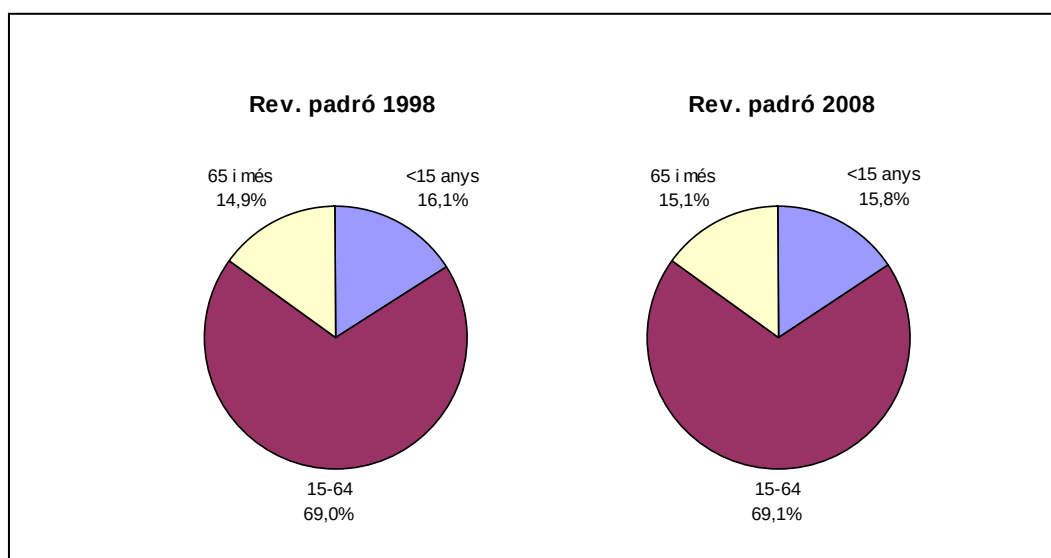
		Illes Balears	Mallorca	Menorca	Eivissa	Formentera
Població total		1.072.844	846.210	92.434	125.053	9.147
Índex creixement 2008/1998 (%)		34,70	32,74	33,83	48,79	56,12
% població 16 anys		15,95	16,02	16,58	15,24	13,5
% població 16-64 anys		70,47	69,96	69,96	74,05	73,82
% població 65 i més anys		13,58	14,03	13,46	10,72	12,68
Edat mitjana	Total	39,22	39,41	39,04	38,01	39,48
	Homes	38,23	38,3	38,35	37,59	38,94
	Dones	40,22	40,53	39,73	38,45	40,08
Índex d'envelliment (pobl. 65 i més/pobl. <16 anys)*100	Total	85,12	87,57	81,13	70,34	93,93
Índex de dependència* (pobl.<16+pobl.>64/pobl. 16 a 64)*100	Total	41,91	42,94	42,94	35,05	35,47
Índex de recanvi (Pobl. 60 a 64/pobl.20 a 24)*100	Total	77,7	79,42	79,79	65,54	80,51
Índex de sobreenvelliment (pobl. >84 anys/pobl.>64 anys)*100	Total	12,35	12,65	11,53	10,56	10,78
	Homes	8,99	9,14	8,98	7,87	8
	Dones	14,94	15,31	13,59	12,87	13,28
Població estrangera/ població illa (%)		20,79	20,56	16,39	24,84	30,86
Població nascuda fora de la CA/ població illa (%)		45,95	44,48	41,27	58,28	60,42

Font: Elaboració pròpia a partir de l'Ibestat (2009)

La intensitat del fenomen migratori a més de determinar el volum agregat de la població balear i la seva distribució en el territori, ha incidit de forma destacada en la resta de components demogràfics. El fet que aquest fenomen tingui una motivació

majoritàriament laboral, ha donat lloc a que la incorporació d'aquests nous residents s'hagi concentrat en les cohorts etàries corresponents a la població en edat activa, mitigant així l'efecte que la reducció de la taxa de fecunditat i de l'augment de l'esperança de vida haurien pogut generar sobre el grau d'envelliment de la regió. Observant la distribució de la població segons els grans grups d'edat, trobem que en aquesta darrera dècada no s'aprecien canvis significatius en quant a la composició demogràfica a cap de les Illes ni tampoc a la Comunitat en el seu conjunt.

Gràfic 1.2: Distribució població per grans grups d'edat, Illes Balears 1998-2008



Font: Elaboració pròpia a partir de l'Ibestat (2009).

Taula 1.2: Evolució de la població a les Illes Balears, segons grans grups d'edat, per illa de residència.

	1998				2008			
	Total	<15 anys	15-64	65 i més	Total	<15 anys	15-64	65 i més
Illes Balears	796.483	16,1%	69,0%	14,9%	1.072.844	15,8%	69,1%	15,1%
Mallorca	637.510	16,0%	68,6%	15,4%	846.210	15,6%	68,8%	15,6%
Menorca	69.070	16,4%	69,0%	14,5%	92.434	16,2%	69,2%	14,6%
Eivissa i Formentera	89.903	17,1%	71,2%	11,8%	134.200	16,8%	71,2%	12,0%

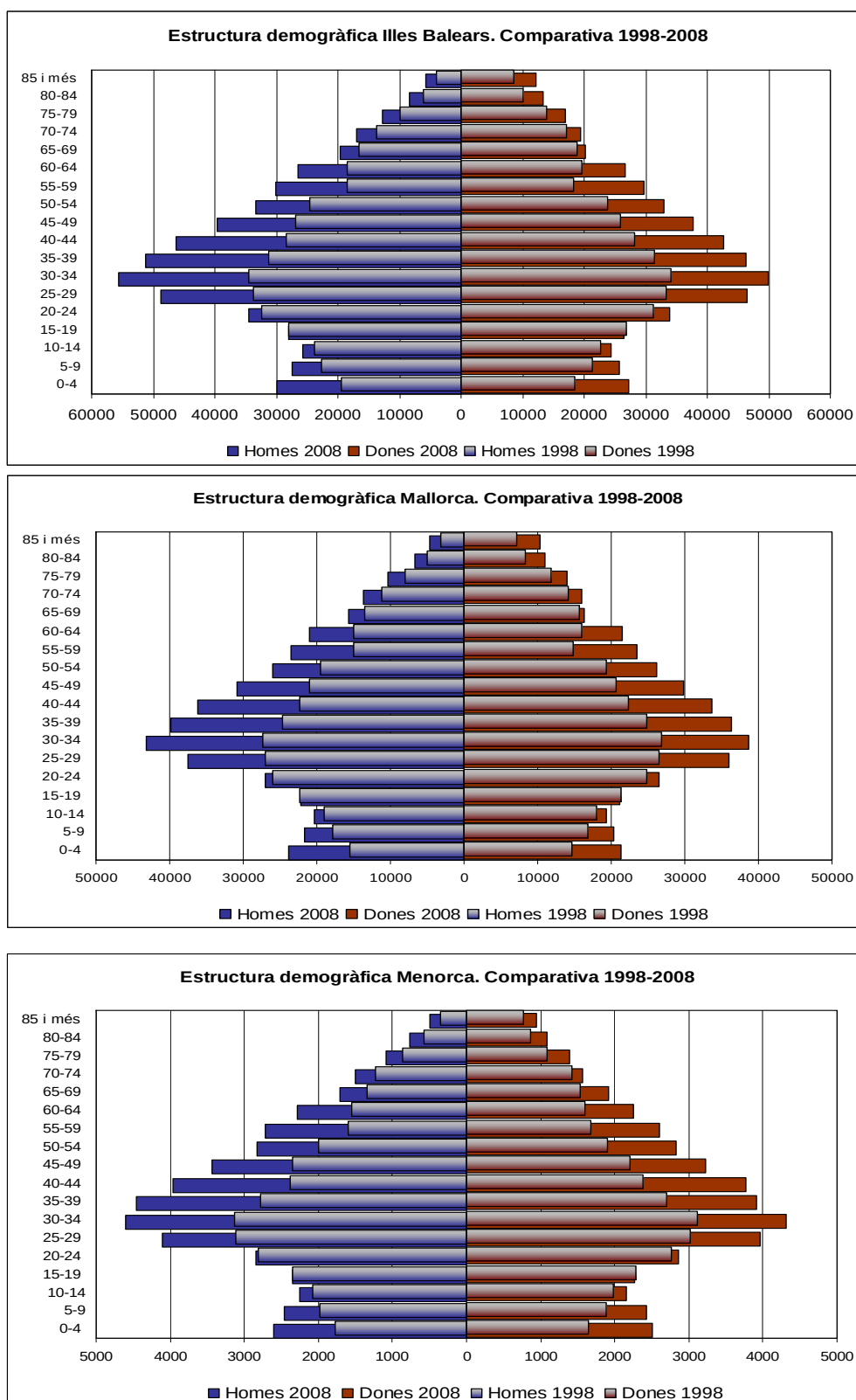
Font: Elaboració pròpia a partir de l'Ibestat (2009).

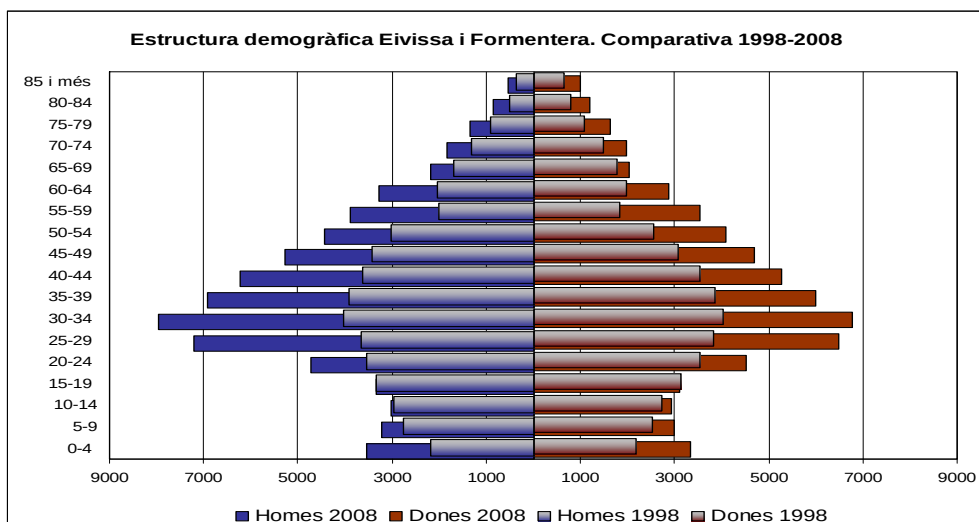
Com a conseqüència de l'estabilitat en la composició demogràfica per edats, les Illes Balears han esdevingut una de les autonomies amb una població menys envellida. Comparant alguns indicadors com l'índex d'envelliment de la població balear (85,12) respecte al conjunt de l'Estat (107,3), observem que actualment ens trobem molt per sota de la mitjana nacional, sobre tot en el cas d'Eivissa, de la qual cosa es deriva que

existeix un major equilibri entre la població que supera els 65 anys i la població jove que encara no ha arribat als 16. També per a l'índex de dependència, que relaciona la població que no està en disposició de treballar (ja sigui perquè ja ha superat l'edat de jubilació o perquè encara no es troba en l'edat legal de treballar) respecte a la població en edat activa (16-64 anys), trobem uns resultats similars, amb un nivell sensiblement inferior a la mitjana (41,91 per a les Illes i 46,95 per a l'Estat) i amb uns diferencials més accentuats per al cas d'Eivissa (35,05) i Formentera (35,47). S'observa el mateix patró de comportament per a l'índex de recanvi i l'índex de sobreenvelliment, tant en els seus diferencials respecte la mitjana nacional com per al comportament a cadascuna de les Illes.

Així doncs, són destacables dos elements que han determinat l'actual piràmide de població i la seva evolució respecte a l'estructura demogràfica observada en la darrera dècada: (i) el primer, la incorporació d'un nombre important d'efectius als grups d'edat en edat laboralment activa (sobretot en els intervals quinquennals que es troben en la franja 25-49 anys) i que es troba íntimament lligat al procés migratori assenyalat anteriorment i al seu caràcter econòmic-laboral; (ii) la tendència ascendent de la natalitat i l'eixamplament de la base de la piràmide, degut en gran part al comportament més pro natalista de les mares de nacionalitat estrangera que ha contribuït de forma notable al repunt en les taxes de natalitat en els darrers anys i que han incrementat la proporció de naixements de mare estrangera (31,9%, front el 20,7% per al conjunt de l'Estat). Així les taxes de natalitat per al 2007 es trobaven en el 11,59%, mentre que la mitjana estatal es situava en el 10,98%, suposant en els darrers períodes un creixement continuat que ha permès assolir els nivells observats a principi de la dècada dels 90 en la taxa de fecunditat (1,46 fills per dona, similar a la mitjana espanyola), tot i que possiblement s'hagi alentit en els dos darrers anys.

Gràfic 1.3: Estructura demogràfica per illes. Comparativa 1998-2008





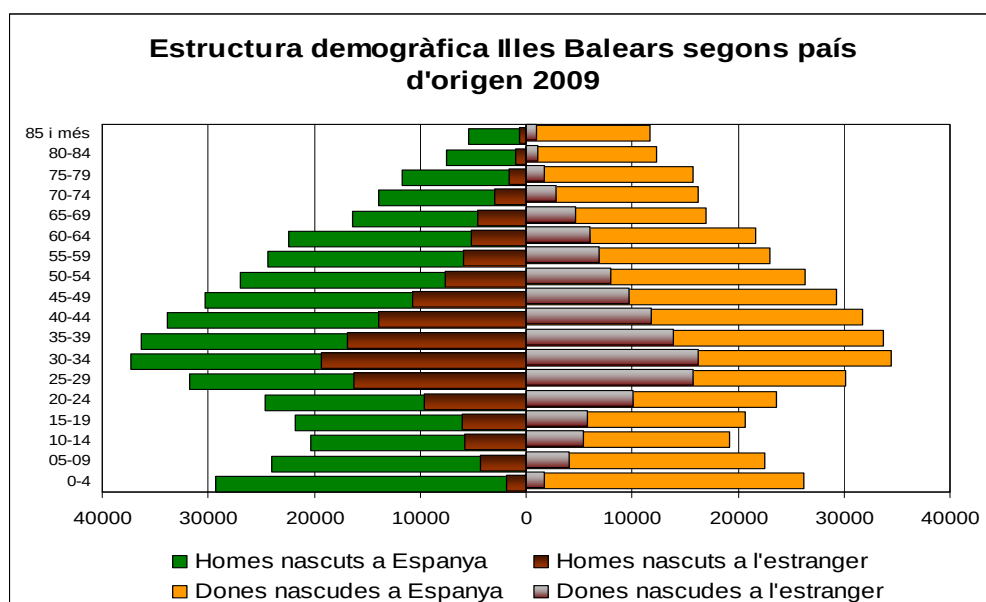
Font: Elaboració pròpia a partir de l'IBESTAT (2009)

L'anàlisi de la piràmide poblacional per als dos anys de referència ens permet apreciar més concretament com s'ha distribuït l'increment de població al que ens hem referit anteriorment. Tot i que el creixement de població és general i s'observa per tots els grups quinquennals d'edat en ambdós sexes, aquest s'ha concentrat sobretot en els intervals d'edat laboralment actius, amb un volum agregat de més de 200.000 persones, la qual cosa representa un increment de prop del 40%. Més concretament el pes que representen conjuntament els intervals que van dels 25 als 54 anys sobre la població total, pels quals s'observa una variació positiva de 175.031 persones, s'ha incrementat en més de 5 punts percentuals. També s'ha de destacar el canvi de tendència en els grups de 0 a 9 anys, els quals mostraven històricament un comportament decreixent, i en darrer lloc, l'increment relativament moderat dels grups que es troben per sobre dels 65 anys (unes 27.000 persones, que en termes relatius situarien l'increment per sobre del 20%) de forma que el cim de la piràmide s'ha pogut engrossir i mantenir el seu pes relatiu respecte el conjunt de la població. L'anàlisi per illes no difereix del comportament general observat per al conjunt de la comunitat, així només resulta destacable que el caràcter més bombat de la piràmide que il·lustra l'estructura demogràfica de les Illes Pitiüses, en concordança amb els menors nivells d'envelliment i dependència comentats anteriorment producte de la notable incorporació de nouvinguts en edat adulta, observada en la darrera dècada.

1.2. Composició demogràfica

La intensitat dels fluxos immigratoris procedents de l'estranger, ha modificat, a més de l'estructura demogràfica, la composició de la població balear, convertint les Illes Balears en una de les autonomies amb un índex més alt de població forana. Si en el 1998 la població no nascuda a les Illes era el 33%, al 2008 el 46% dels residents ha nascut fora de les Balears. Els nascuts en una altra CCAA es mostren estables i representen entorn d'una quarta part de la població (del 27% han passat al 23%, mentre que els nascuts a l'estranger han triplicat el seu pes durant aquest període, passant del 7% al 23% (245.442 habitants). Més recentment, en el període 2004-2007 s'han comptabilitzat més de 40.000 immigracions anuals (procedents d'una altra CCAA o de l'estranger), convertint-se en un dels períodes històrics en que les Illes han experimentat un increment poblacional més notable en un període tan curt de temps.

Gràfic 1.4:



Font: Elaboració pròpia a partir de l'IBESTAT (2009)

A les Illes Balears el 21% dels residents (223.036 habitants) són estrangers. El percentatge de població estrangera ha anat augmentant al llarg dels darrers anys a un ritme de 3 punts percentuals anuals. En el darrer exercici s'ha produït un alentiment dels ritmes d'arribades procedents de l'estranger o d'altres punts de la geografia nacional, arribant les taxes de creixement fins a 1 punt percentual. Així és previsible que per als propers anys es produeixi una reducció dels fluxos anuals d'immigració i un augment lleu de l'emigració cap a l'estranger, a causa de la disminució de les oportunitats

laborals associada a l'actual context de recessió econòmica i a l'indispensable canvi de model productiu, el qual es traduirà necessàriament en una moderació de les demandes laborals de sectors intensius en treball (com ha estat tradicionalment el sector de la construcció atraient durant el període expansiu bona part dels treballadors nouvinguts) i a una reorientació de l'activitat cap a sectors que requereixen una major qualificació dels treballadors.

Pel que descriu l'evidència recollida fins el moment a l'àmbit estatal¹, no es pot dir que el factor composició de la població (pel que fa a la diferenciació entre població immigrant i nacional), pugui ser rellevant per inferir un patró de salut o utilització de serveis sanitaris diferenciat i sostingut en el temps, que requereixi un major ús de recursos assistencials. L'immigrant és relativament més jove que la població autòctona, amb un percentatge menor d'estils de vida no saludables, i el perfil de salut percebuda són en termes mitjans semblants als dels autòctons. Tampoc, en quant a la utilització de serveis sanitaris, no suposen el seu còmput global un major cost unitari per càpita (respecte la mitjana poblacional), ja que una vegada ajustats per edat i sexe, el seu perfil d'utilització es caracteritza per una freqüència relativament menor d'especialistes, una menor despesa farmacèutica i d'atenció d'aguts, i en canvi un major consum relatiu d'urgències, serveis mentals, obstreta i ginecologia.

1.3. Projeccions demogràfiques

Les projeccions demogràfiques constitueixen una peça clau per poder analitzar els efectes de la demografia sobre l'evolució futura de les necessitats assistencials de la població balear. Periòdicament l'Institut Nacional d'Estadística elabora una sèrie de projeccions a curt i mitjà termini a partir del Cens del 2001, les revisions del padró i el comportament esperat d'algunes variables clau com el saldo migratori, les taxes de creixement vegetatiu, l'esperança de vida, etc. Totes elles relacionades amb el context econòmic i social previst en cadascun dels territoris analitzats. Les projeccions ofereixen una informació desagregada a nivell autonòmic sobre el volum agregat de la població i la seva distribució per edat i sexe, amb la qual cosa podem a posteriori plantejar simulacions sobre l'efecte de l'evolució demogràfica en els diferents

¹ Vegi's per exemple una extensa revisió sistemàtica sobre aquesta qüestió a AATRM (2008).

components de la despesa sanitària, d'acord amb els perfils de despesa observats actualment.

L'excepteionalitat del fenomen migratori viscut a es Illes, en tant per la seva magnitud com pel breu espai de temps en el que s'ha concentrat i el diferencial respecte les taxes de creixement observades en el conjunt de l'Estat, ja de per si inesperades, ha fet que la precisió de les primeres projeccions (les quals consideraven el període 2002-2017) s'hagin vist superades en gran mesura pel creixement demogràfic observat en la realitat. Així, en termes mitjans per al període 2002-2008 s'ha observat una desviació anual mitjana a l'entorn del 4-5% (per sota de la població empadronada), tot i que per a aquells intervals d'edat en els quals la incorporació de persones immigrades ha estat major la diferència ha arribat fins al 13%. Les projeccions més recents ja han corregit aquestes desviacions i a més han previst la moderació del fenomen migratori com a resposta als canvis normatius i a la situació econòmica actual. En la projecció a curt termini publicada al 2008 i que pren com a referència el període 2008-2017, s'estimava per a les Illes Balears un menor creixement de la població total, derivat de la reducció dels fluxos immigratoris procedents de l'estranger per als propers anys. Per als anys 2008-2010 estimava un flux anual d'aproximadament 25.500 persones, i entre 17.000 i 15.000 persones al 2011, en el qual es fixa un punt d'inflexió cap a una estabilització de les entrades amb un lleuger ascens fins al 2017 (17.000 persones). Per la seva part les sortides de població per emigració cap a l'estranger tenen un màxim en el període 2008-2009 de prop de 8.000 persones i que coincidiria amb la consolidació de la crisi econòmica i la davallada de sectors clau i demandants intensius de mà d'obra majoritàriament immigrant, per posteriorment baixar fins a unes 5.000 persones anuals.

La projecció més recent, publicada al novembre del 2009, precisa encara més les hipòtesis clau adaptant-les a la nova realitat. Així en termes absoluts preveu un creixement per al període 2009-2019 del 7,82%, la qual cosa suposaria una població de 1.153.703. Aquest creixement l'atribueix a un creixement vegetatiu decreixent (passant d'un saldo positiu anual de 4.837 persones a les 2.840 del darrer any) i a un saldo migratori que es moderarà de forma notable en els primers períodes (), per experimentar un lleuger creixement per al període 2011-2014 i finalment una disminució gradual fins al 2018. En quant a la composició de la població cal destacar que es produiria un notable envelliment de la població, amb un increment de més de 10 punts percentuals en

l'índex d'envelliment, bastant inferior encara a la mitjana nacional, inclosa la que actualment s'observa, tot i que creixent a un ritme superior. També s'aprecia un increment significatiu a l'índex de dependència, i sobretot a l'índex de recanvi, la qual cosa ens indica que tot i que els efectes de l'envelliment encara no siguin destacables, cada vegada s'incorporaran potencialment menys individus al mercat de treball.

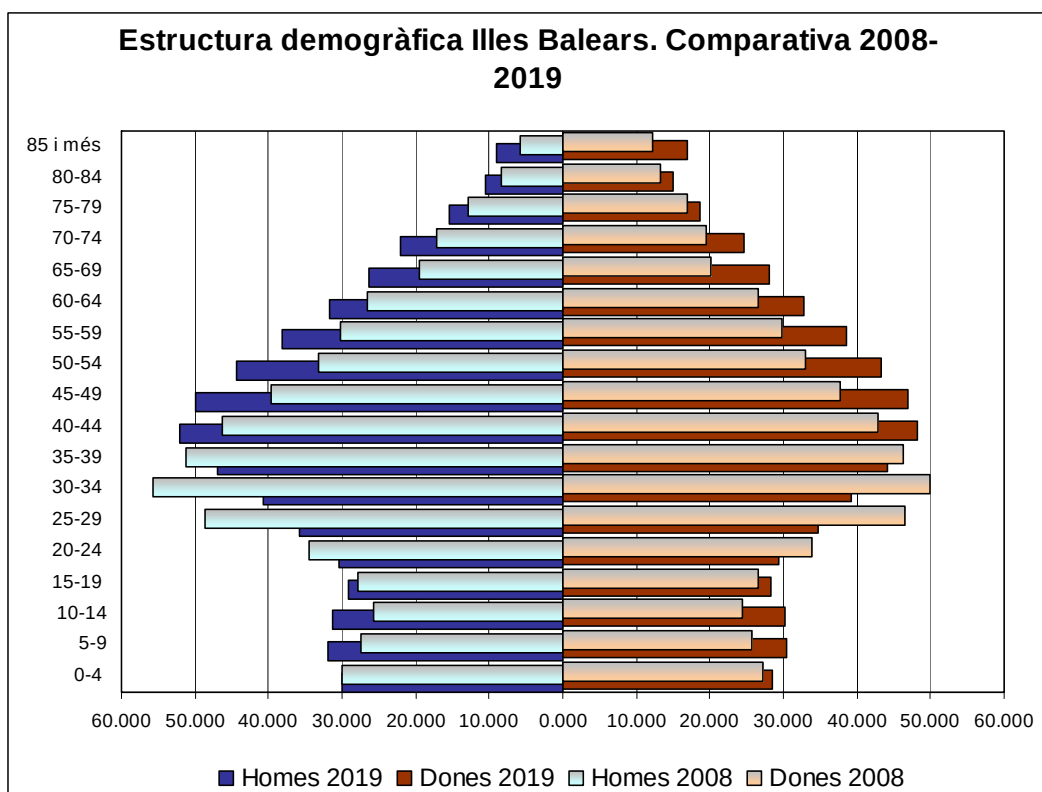
Taula 1.3: Comparativa indicadors envelliment situació actual (2008) i previsions futures (2019)

	2008		2019	
	Illes Balears	Espanya	Illes Balears	Espanya
Índex d'envelliment (pobl. 65 i més/pobl. <16 anys)*100	85,1	107,3	96,2	114,5
Índex de dependència* (pobl.<16+pobl.>64/pobl. 16 a 64)*100	41,9	46,9	49,3	55,2
Índex de recanvi (Pobl. 60 a 64/pobl.20 a 24)*100	77,7	83,6	107,7	
Índex de sobreenvelliment (pobl. >84 anys/pobl.>64 anys)*100	12,4	12,3	13,9	

Font: Elaboració pròpia a partir de Instituto Nacional de Estadística (2009a)

Comparant la piràmide poblacional actual amb la que es deriva de la projecció comentada, trobem que la moderació dels fluxos migratoris incidirà notablement en una reducció de la població compresa entre els 20 i els 39 anys. En canvi per a tots els intervals superiors es produirà un increment, degut al progressiu envelliment de les cohorts on es localitzà l'explosió demogràfica de la passada dècada, la qual cosa suposa que, malgrat no es puguin observar grans canvis en la composició per grans grups d'edat o en els indicadors d'envelliment o dependència (ja que en el 2019 el gruix de població es situa en les franges que van dels 40 als 60 anys), sí que s'observa un increment destacable en termes absoluts que anticipa l'increment que es pot produir en la població major de 65 anys en la dècada dels 20.

Gràfic 1.5:



Font: Elaboració pròpia a partir de Instituto Nacional de Estadística (2009a)

Demografia, necessitats assistencials i despesa sanitària: aspectes a destacar.

Es destaquen una sèrie de punts que defineixen la caracterització poblacional, per la seva incidència en aspectes concrets de l'anàlisi de la demanda i l'oferta sanitària que es desenvolupen en apartats posteriors:

- Les Illes Balears tenen una forta exposició als shocks migratoris. Es produeixen increments de població molt importants (molt per sobre de la mitjana espanyola) en breus períodes de temps, la qual cosa ha topat fins ara amb les rigideses del sistema de finançament, que no preveu canvis com aquests en les necessitats assistencials de la població balear.
- Els shocks migratoris han permès que la població balear no estigui excessivament envellida, i que per tant els efectes de l'envelliment s'hagin pogut endarrerir a curt termini.
- La moderació dels fluxos d'entrada accelerarà el procés d'envelliment, ja que no s'espera que hi hagi un efecte retorn de la població
- No hi ha evidència de que es produeixin diferències en la utilització dels serveis sanitaris entre població immigrant i població autòctona.

- No hi ha canvis significatius en la distribució de la població entre illes ni entre municipis, tot i que sí una tendència cap a una major dispersió que pot generar una demanda social cap a la dispersió dels recursos assistencials.

2. Estat de salut: Caracterització epidemiològica

2.1. Dades rellevants sobre la salut dels balears

La millora de la salut i del benestar de la població és el principal *outcome* o objectiu central que qualsevol sistema de salut pretén assolir. És per això que a l'hora de valorar les necessitats assistencials d'una població o per tal d'avaluar quin és el rendiment d'un sistema sanitari, primer de tot és necessari identificar quin és l'estat de salut d'aquesta població, com ha evolucionat i com es situa en un entorn comparable. En el present apartat es recullen una sèrie d'indicadors sobre l'estat de salut de la població balear, que es relativitzen respecte als països desenvolupats o del nostre entorn (OCDE i UE), i també es comparen mitjançant un anàlisi cluster (agrupant les CCAA en cinc categories de posicionament relatiu) respecte les diferents regions de l'Estat.

Esperança de vida

Probablement un dels indicadors més utilitzats per descriure l'estat de salut, el progrés social i el desenvolupament d'un país és l'esperança de vida. Aquest indicador ens descriu, de forma aproximada però global i comparable, quin és l'estat de salut d'una població en el seu conjunt i com aquest ha evolucionat al llarg del temps, basant-se en l'evolució del patró de mortalitat. Cal tenir en compte emperò que és un indicador que reflecteix els assoliments de la pròpia societat en la millora de la seva salut i que per tant els resultats del mateix no són explicats exclusivament pel rendiment i el disseny dels seus sistemes de salut, entesos com la qualitat i les possibilitats d'accés dels serveis sanitaris. A més a més d'aquests, la reducció en les taxes de mortalitat i el conseqüent augment en l'esperança de vida es deuen a factors més relacionats amb el desenvolupament social i econòmic d'un país, com són la millora en les condicions de vida i els majors nivells educatius, la promoció d'hàbits de vida saludables, etc.

Taula 2.1: Estat de salut. Esperances de vida, 2007

		Total	Homes	Dones
Esperança de vida al néixer	2002	79,70	76,54	82,94
	2005	80,54	77,48	83,68
	2007	81,39	78,50	84,32
Esperança de vida als 65 anys	2007	20,01	18,01	21,82
Esperança de vida en bona salut al néixer (EVBS)		57,68	58,8	58,02
Esperança de vida en bona salut als 65 anys (EVBS)		8,2	8,75	9,29
Esperança de vida lliure de discapacitat al néixer (EVLVD, 08)	2007	73,95	73,23	74,73
Esperança de vida lliure de discapacitat als 65 anys (EVLVD, 08)		14,53	14,65	14,43

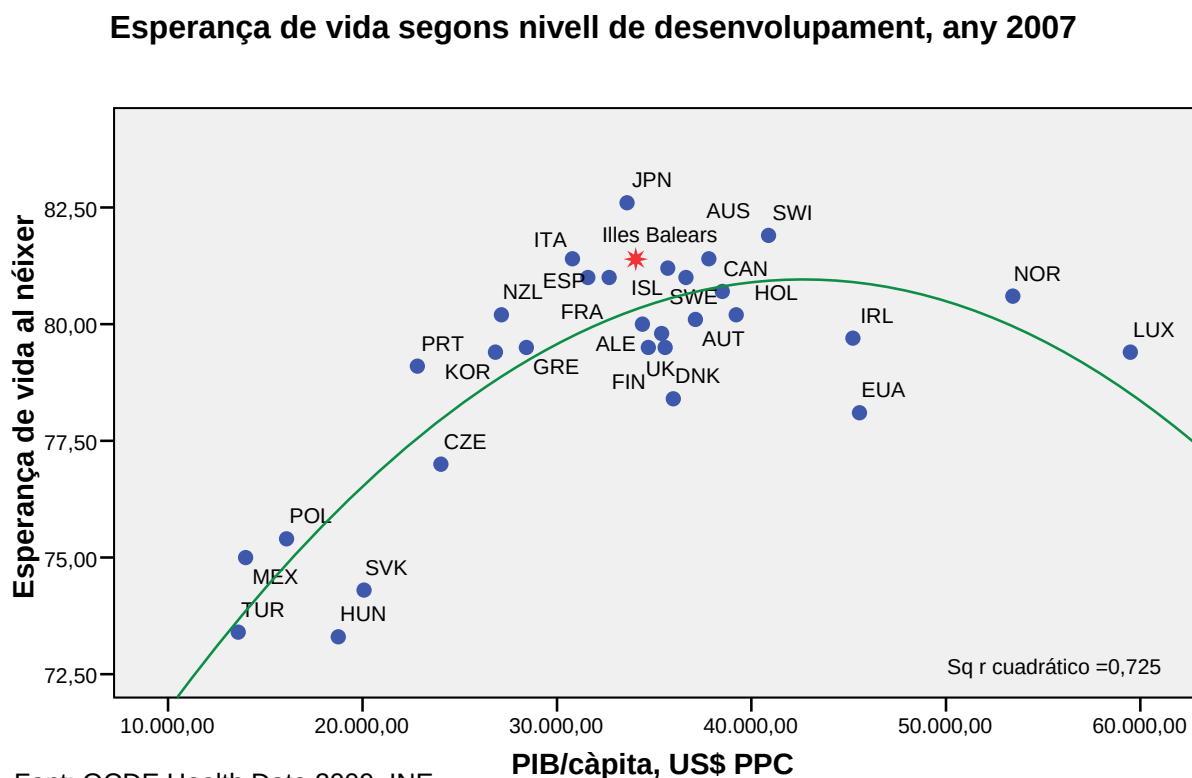
Font: Elaboració pròpia a partir INE (2009b) i INE(2008a,b)

Per al conjunt de la població, les Illes Balears presenten una esperança de vida al néixer de 81,39 anys, una xifra lleugerament per sobre de la mitjana espanyola (81,1 anys) i relativament major que la mitjana de 79,0 de la UE-27. L'evolució recent d'aquest indicador ens descriu un increment significatiu per al període 2002-2007 en consonància al que s'ha pogut observar en les darreres dècades no només a la nostra comunitat, sinó també per al conjunt de l'Estat i per als països del nostre entorn (), tot i això cal destacar l'increment relatiu que experimenten les Illes Balears durant el període de referència (2,12%), notablement per sobre de la mitjana espanyola (1,47%) i només superat per la ciutat de Melilla (3,15%), molt determinada per les seves condicions socials i demogràfiques i per partir d'uns nivells sensiblement inferiors. Per sexes es manté una diferència tradicionalment favorable a les dones, de 5,82 anys en el 2007 (inferior als més de 7 anys observats en el conjunt de l'Estat), tot i que amb una progressiva tendència cap a l'equiparació entre sexes degut al major creixement observat en el cas dels homes.

L'esperança de vida als 65 anys ens indica la mateixa tendència descrita anteriorment. També en aquest cas les Illes Balears gaudeixen d'una esperança de vida que es troba entre les més altes de l'Estat (20,0 anys), superant també la mitjana per a la UE-27. Per sexes les dones balears tenen una esperança de vida de 21,82 anys, lleugerament per sota de la mitjana espanyola (21,9), mentre que per als homes es situa en els 18,01 anys (17,8 anys per a Espanya).

Si utilitzem l'indicador de l'esperança de vida com a aproximació a l'estat de salut dels balears i ho comparem amb la resta de països desenvolupats, trobem que la salut dels balears es pot considerar com a excel·lent. En el rànquing internacional dels països que formen part de la OCDE, les Illes Balears es situarien en tercera posició, junt amb Itàlia i Austràlia (81,4 anys), només superats per Japó (82,6) i Suïssa (81,9). Aquesta dada es pot considerar encara més rellevant si es té en compte la relació entre el grau de desenvolupament econòmic i l'esperança de vida. En el gràfic (2.1) s'evidencia com existeix una clara associació entre el nivell de desenvolupament econòmic (mesurat en termes de producte interior brut per càpita en paritat de poder de compra) i l'esperança de vida, encara que aquesta relació és menys acusada quan els països arriben a llindars elevats de desenvolupament econòmic, en els quals la regressió pren una forma equivalent als rendiments marginals decreixents i fins i tot negatius.

Gràfic 2.1: Esperança de vida segons nivell de desenvolupament



Les dades referides a l'esperança de vida de Canadà, Itàlia, Gran Bretanya i Estats Units són del 2006

Les Illes Balears presenten uns resultats excepcionals en relació al seu desenvolupament econòmic, ja que es troba per sobre de la corba de regressió, la qual ajusta quin és l'estat de salut que es correspondria pel seu nivell de desenvolupament, de manera que es pot dir que s'assoleixen uns nivells d'esperança de vida molt majors a la posició que la nostra comunitat ocupa en termes de desenvolupament.

Les esperances de salut complementen la informació descrita anteriorment, de caràcter essencialment quantitatiu, amb una descripció més aproximada de quina és la qualitat de vida de les persones (vida en estat saludable) respecte a la prolongació esperada del seu cicle vital. En aquest cas l'indicador divideix l'esperança de vida en fraccions viscudes

en diferents situacions, principalment en bona i mala salut², per tal de contemplar les situacions de morbiditat i discapacitat en l'indicador de l'esperança de vida, i així abordar la qüestió de si l'increment en l'esperança de vida va acompanyat d'un augment del temps viscut en mala salut.

De manera equivalent al que ja havíem observat per al cas de les esperances de vida, els indicadors referits a esperances de salut també ens assenyalen una posició avantatjosa de l'estat de salut de la població balear respecte a l'observada a nivell estatal. Tant per a l'indicador de l'esperança de vida en bona salut, al néixer (57,68 anys respecte als 55,1 per a Espanya) i als 65 anys (8,2 anys respecte als 7), com per a l'esperança de vida lliure de discapacitat, també des de les dues perspectives temporals esmentades (73,95-70,69 i 14,53-12), s'observen per al cas balear uns resultats significativament superiors a la mitjana estatal, tot i que, a diferència del primer indicador on la posició de la nostra Comunitat era capdavantera, en una distribució per CCAA es situaria en un interval mitjà-alt. També és destacable de la comparació per sexes que, a diferència del que succeeix amb l'esperança de vida, els homes tenen una esperança de vida en condicions saludables significativament superior al de les dones, tot i que quan comparem l'indicador 'lliure de discapacitat', aquest torna a ser sensiblement menor al de les dones. La raó que pot explicar aquestes diferències es deuen a que les dones pateixen malalties cròniques abans i durant més temps i també que perceben pitjor el seu estat de salut respecte els homes.

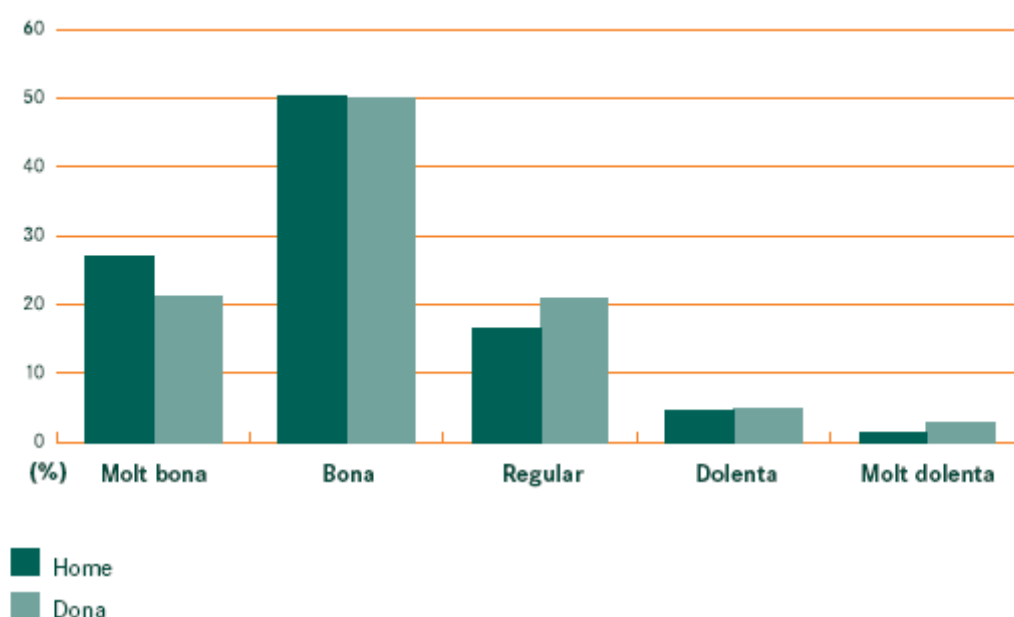
La percepció del propi estat de salut és també una bona mesura per descriure l'estat de salut d'una població. Malgrat es pugui pensar que es tracta d'un indicador esbiaixat i subjectiu, aquest aporta informació valuosa i complementària que guarda relació amb factors socials que a través de registres administratius serien difícilment identificables (com per exemple diferències en la utilització d'assistència sanitària segons l'estat de salut), i a més pot resultar un bon predictiu de la morbiditat i morbiditat de la població analitzada, i conseqüentment de les necessitats d'utilització assistencial. L'estat de salut percebut es mesura periòdicament a través de l'Enquesta Nacional de Salut (INE) i les desagregacions que realitzen les CCAA per als seus territoris³. El grau de salut es

² El càlcul de les esperances de salut en un estat de salut específic es basa en les mateixes tècniques per a l'obtenció de l'esperança de vida. Es divideix a la població en cada interval d'edat segons les probabilitats específiques per edat d'estar en cadascun dels possibles estats (a partir de les taxes d'incidències d'entrada i sortida de cada estat).

³ Per a les Illes Balears, l'Enquesta de Salut de les Illes Balears del 2007 i 2001 (ESIB 07 i ESIB 01)

defineix com aquell greu amb el qual els mateixos enquestats s'identifiquen a si mateixos, en una escala de 5 punts (1 molt bo, 5 molt dolent). A les Illes balears, l'any 2007 el 74,4% de la població considerava que la seva salut era bona o molt bona, sens dubte una de les taxes més elevades de l'Estat. S'ha de destacar també les notables diferències que s'observen segons el sexe, ja que els homes declaraven de forma més generalitzada gaudir d'un bon estat de salut (77,4%) respecte les dones (71,2%).

Gràfic 2.2: Estat de salut percebut



Font: Conselleria de Sanitat i Consum (2009a): Enquesta de Salut de les Illes Balears 2007.

Respecte l'any 2001 suposa una lleu disminució (75%)⁴, malgrat que respecte la mitjana espanyola suposa una millora relativa, consolidant-se en l'interval mig-alt de la distribució, donada la davallada de la majoria de les CCAA.

Defuncions per les principals causes de mort

La forma més habitual d'oferir dades sobre mortalitat és mitjançant la taxa bruta de mortalitat per cada 100.000 habitants. Per al darrer any del qual es disposen de dades, el 2008, la taxa bruta de mortalitat es situava en 707 morts per cada 100.000 habitants. L'indicador ha seguit una evolució decreixent durant el període analitzat, mantenint-se en l'interval mitjà-baix de la distribució per Comunitats Autònomes.

⁴ En la desagregació regional de la ENS del 2003 els enquestats que declaren trobar-se en un bon estat de salut és del 68,6%, la qual cosa significaria un augment considerable en els darrers anys.

Taula 2.2: Mortalitat, 2002, 2005, 2007, 2008

	2002	2005	2007	2008
Taxa bruta de mortalitat, per 100.000 habitants	800	757	703	707
	mitjana-baixa	mitjana-baixa	baixa	mitjana-baixa
Taxa de mortalitat infantil, per 1.000 nascuts	3,93	3,66	2,69	3,93
	mitjana	mitjana	baixa	alta

Font: Elaboració pròpia a partir de l'INE (2009b)

La taxa de mortalitat infantil, la qual reflecteix el nombre de defuncions en menors d'un any, s'utilitza freqüentment en comparatives internacionals per analitzar les condicions de vida i desenvolupament dels diferents països, els desequilibris socials i les possibilitats d'accés a l'atenció sanitària. Per al cas de les Illes Balears, tot i existir una tendència també decreixent en els tres primers períodes, tot i que en aquest cas entorn a la mitjana estatal, per al 2008, s'observa un repunt important que la situa relativament dintre de la franja alta de la distribució.

Taula 2.3: Principals causes defuncions per grans grups de malalties, 2002, 2006 i 2007

	2002	2006	2007
Malalties del sistema circulatori	290,55	250,2	236
Tumors	212,87	204,24	214
Malalties del sistema respiratori	84,44	61,89	74
Malalties relacionades amb el sistema digestiu	46,96	36,73	38

Font: Elaboració pròpia a partir de l'Institut Nacional d'Estadística (2010)

Unitats: taxes estandaritzades per 100.000 habitants

Per grans grups de malalties, la causa de mort més freqüent de la població balear són les malalties del sistema circulatori, seguint una clara evolució decreixent però dintre de la franja mitjana de la distribució estatal. La segona causa de mort són els tumors, la qual s'ha mantingut estable entorn a la mitjana espanyola. Segueixen les malalties del sistema respiratori i les malalties relacionades amb el sistema digestiu, també en ambdós casos amb una tendència decreixent i situant-se en els intervals mitjans, tot i que s'ha de destacar que en el cas de les malalties del sistema respiratori, ja es parteix de nivells relativament menors als observats en el conjunt de l'Estat i s'augmenten les diferències respecte la mitjana nacional, situant-se en els intervals baix i mitjà-baix per als dos darrers períodes per als quals es disposa de dades. En termes generals, s'ha de dir que el perfil epidemiològic és semblant a l'observat al conjunt de l'Estat i dels països de la Unió Europea, amb uns indicadors lleugerament favorables.

Analitzant les causes de manera més detallada, en homes la principal causa de mort al 2007, fou el càncer de pulmó (amb 377 defuncions), seguida de les malalties

cerebrovasculars (262 defuncions), l'infart agut de miocardi (211 defuncions) i les malalties cròniques de les vies respiratòries inferiors (193 defuncions). En canvi per a les dones, les causes més freqüents són les malalties cerebrovasculars (amb 326 defuncions), seguida de la insuficiència cardíaca (253 defuncions), altres malalties del cor (209) i l'infart agut de miocardi (166). Per ambdós sexes es detecta poca variabilitat respecte dels anys precedents en quant a l'ordre de les principals causes de mort.

En quant a la mortalitat prematura, definida pels anys potencials de vida perduts (APVP), les principals causes són els tumors, seguit de les causes externes de mortalitat i les malalties del sistema circulatori, per als homes. Mentre que per a les dones, les dues principals causes són els tumors i les malalties del sistema circulatori. Per grups d'edat, en els nens entre 1 i 10 anys la principal causa de mort són els tumors, mentre que per a la població jove (10-40 anys) són les causes externes. A partir d'aquesta edat, els tumors es converteixen en la primera causa de mort i en edats avançades (majors de 75 anys), les malalties de l'aparell circulatori.

Morbiditat

La morbiditat hospitalària és l'indicador que estima el nombre de persones malaltes que han ingressat en els hospitals. A Espanya aquesta informació s'obté a través de l'Enquesta de Morbiditat Hospitalària (EMH), que recull l'INE. Concretament, aquest indicador tracta de mesurar la morbiditat en funció dels diferents diagnòstics, l'estada mitjana a l'hospital per tipus de diagnòstic i l'àmbit d'influència o grau d'atracció dels hospitals. La morbiditat s'expressa habitualment en nombre de pacients que han ingressat en els hospitals per cada 100.000 habitants, o bé en nombre d'altres per cada 100.000 habitants, estància mitjana en dies a un hospital i similars. En la següent taula es recull la morbiditat de les causes amb major incidència en el conjunt del país i s'analitza en quina situació es troben comparativament les Illes Balears en relació a les altres CCAA en els anys 2002, 2006 i 2008.

Taula 2.4: Indicadors de morbiditat hospitalària

	2002	2006	2008
Trastorns de l'aparell digestiu	1737 mitjana-alta	1662	1528 alta
Malalties del sistema circulatori	1.781 mitjana-alta	1.428 mitjana	1457 mitjana-alta
Malalties del sistema respiratori	1532	1358 alta	1452
Complicacions de l'embaràs	1.653 mitjana	1.421	1418 mitjana-alta
Neoplàsies	889 mitjana	827 mitjana-baixa	758
Sistema nerviós i òrgans dels sentits	577 mitjana	375 mitjana	437 alta
Malalties infeccioses i parasitàries	211	192 mitjana	169
Tuberculosi respiratòria	16,36 mitjana	16,38	15 mitjana-alta
Diabetis	119,72 mitjana	93,75 mitjana-baixa	87 mitjana-alta
Infart agut de miocardi	143,1 mitjana	114,65 mitjana-baixa	120

Font: Elaboració pròpia a partir del Instituto Nacional de Estadística (2009c)

Destaca entre les cinc primeres causes de morbiditat que es recullen en el quadre (les més significatives per ordre d'impacte) l'elevat nombre d'altres per trastorns de l'aparell digestiu, situada des del primer període analitzat en l'interval mig-alt de la distribució i que fins i tot assoleix en el darrer any la taxa més elevada de l'Estat tot i millorar significativament respecte els anys anteriors. De forma semblant, les malalties del sistema circulatori i les del sistema respiratori, tenen unes taxes de morbiditat relativament superiors a la mitjana de l'Estat, situant-se en el cas de les malalties del sistema respiratori, en la segona taxa d'hospitalització més elevada durant el darrer any observat.

En referència a la morbiditat deguda a complicacions a l'embaràs, del part i del puerperi s'observa una disminució significativa durant el període 2002-2006, tot i que en termes relatius no és suficient per millorar la posició de la CCAA. Les neoplàsies són la cinquena causa d'alta hospitalària, en aquest cas la tendència decreixent si que suposa una millora relativa en la distribució estatal.

Una vegada revisades les dades referents a les principals causes de morbiditat, aquestes es complementen amb l'anàlisi d'altres taxes de caràcter més específic, i que poden tenir el seu interès ja que ens permeten descriure els efectes de determinats canvis socio-demogràfics. Així, la taxa de morbiditat per causes relacionades amb el sistema nerviós i dels òrgans dels sentits, té molt d'interès donat que inclou els ingressos deguts a la malaltia de l'Alzheimer, una de les malalties relacionades amb l'envelliment de la població i que poden generar un cost econòmic i un impacte sobre el sistema més gran. En el cas de les Illes Balears, el comportament que ha descrit aquesta variable ha estat irregular. Si bé en el 2006 es produeix una disminució notable de les altes, tant en termes absoluts com relatius, en el 2008 aquesta taxa torna a créixer i a situar-se entre les més altes de l'Estat.

La gran incidència del fenomen de la immigració a les Illes, en consonància amb el boom experimentat pel conjunt de l'Estat (1995-2008), ha despertat una certa atenció sobre la possible reaparició de malalties infeccioses i parasitàries que en el nostre país semblaven eradicades. Segons els indicadors de morbiditat però no es detecta cap creixement significatiu de les taxes de morbiditat per malalties infeccioses, tot el contrari, disminueixen durant el període analitzat, sense arribar mai ni al 0,5% de la població, ni a diferenciar-se respecte al comportament observat en el conjunt del país, tot i tenir unes taxes d'immigració superiors. Tampoc en el cas de la tuberculosi respiratòria s'observen comportaments diferencials que siguin destacables en el sentit abans comentat o que es puguin referir a situacions d'insalubritat que puguin patir determinats col·lectius amb risc d'exclusió social.

Donada la seva elevada prevalença també hem volgut destacar els resultats de dues causes particulars de morbiditat: la diabetis i l'infart de miocardi (inclòs dintre del grup de morbiditat per problemes circulatoris). En ambdós casos es descriu una tendència decreixent, tot i el repunt que s'observa al 2008 en la taxa de les hospitalitzacions degudes als infarts de miocardi, malgrat que la seva posició relativa millori amb el pas del temps.

Estils de vida

L'Enquesta de Salut de les Illes Balears (ESIB 2007)⁵ és una publicació que realitza periòdicament la Conselleria de Salut de les Illes Balears en el marc de l'Enquesta Nacional de Salut. Aquesta eina proporciona informació sobre l'estat de salut, la discapacitat i la morbiditat dels ciutadans, així com també factors propis de la societat i relacionats amb l'estat de salut, com són el medi ambient físic i social en el qual viuen, els estils de vida, les mesures preventives que adopten i finalment la utilització per part de la mostra de la població balear dels serveis sanitaris, tant públics com privats. És una eina valuosa, complementària a la informació rellevant sobre l'estat de salut o la utilització dels serveis sanitaris (que es descriu en termes agregats en diferents parts del present estudi provinents de registres administratius), donat que inclou una perspectiva transversal (diferent informació d'una mateixa persona), a través de la qual podem relacionar condicions socioeconòmiques, hàbits de vida, utilització de serveis assistencials i resultats de salut, de persones que poden utilitzar o no el sistema sanitari, per així descriure perfils de freqüentació i d'estats de salut.

A continuació, a partir dels resultats més destacables de l'ESIB 07, s'analitza la incidència de patologies associades a determinats estils de vida, així com també es comparen aquests resultats respecte a l'anterior enquesta de salut pròpia de les Illes balears, referent al 2001, i de la desagregació territorial de la Enquesta Nacional de Salut del 2006, i en relació a distribució relativa que ocupa en el conjunt de l'Estat.

Taula 2.5: Estils de vida: 2003, 2007.

	2003	2007
Tabaquisme	28,56	27
Consum d'alcohol	72,25	74,06
Sobrepès	36,87	33,21

Font: Elaboració pròpia a partir de la Conselleria de Sanitat i Consum (2001 i 2009a): Enquesta de Salut de les Illes Balears 2001 i 2007. També, Instituto Nacional de Estadística (2005) Encuesta Nacional de Salud 2003.

L'hàbit tabàquic és un dels factors de risc per a la salut més crítics en termes de morbiditat i mortalitat, i una de les principals causes de mortalitat prematura evitable. A les Illes Balears el percentatge de persones majors de 16 anys fumadora és, al 2007, del

⁵ La informació recollida a l'enquesta fa referència al període comprès entre juny de 2006 i juny 2007, per a una mostra efectiva de 2.233 persones residents a les Illes Balears. El qüestionari inclou informació referents a les llars i als integrants d'aquestes, sobre variables sociodemogràfiques fonamentals: edat, sexe, lloc de naixement i nacionalitat, relació de parentesc, nivell de formació, ocupació i nivell d'ingressos.

27%, situant-se entorn a la mitjana observada per al conjunt de l'Estat. Això suposa una lleugera disminució respecte el 2003 i els anys precedents, i una millora relativa en la distribució estatal, passant de l'interval mitjà-alt al mitjà. S'ha de senyalar també que una part significativa del conjunt de la població, el 15%, consumeix tabac diàriament i que es detecta una major prevalença en joves i en les classes socials més desafavorides. En quant al consum d'alcohol, una altra causa de múltiples patologies i sinistres que en les darreres dècades s'ha estès de forma més generalitzada convertint-se en un dels problemes de salut pública més importants, es detecta per a les Illes Balears un lleuger increment en el percentatge de persones majors de 16 anys que declaren haver consumit begudes alcohòliques en els darrers 12 mesos, seguint la tendència que es descriu en la resta de l'Estat i per tant mantenint-se com una de les CCAA amb una taxa més elevada. Aquest problema és encara més preocupant si tenim en compte que la meitat de la població consumidora ho fa de manera habitual, i un 6,1% són consumidors de risc (mentre que al 2001 era del 4,7%).

L'excés de pes, una de les conseqüències directes del sedentarisme i d'una dieta inadequada, ambdós factors relacionats amb els estils de vida i lligats al desenvolupament, està generant una gran preocupació entre les autoritats sanitàries dels diferents països degut a l'ampli nombre de malalties i problemes de salut que pot ocasionar (hipertensió, hipercolesterolèmia, malalties coronàries, diabetis d'adult,...). La proporció de persones que pateixen sobrepès (índex de massa corporal superior a 25) a la nostra comunitat s'ha reduït lleugerament entre els anys 2003 (36,87%, interval mitjà-alt) i el 2007 (35,7%, interval mitjà-baix), malgrat que en termes absoluts quasi totes les CCAA empitjoren. Tot i això si considerem a més la població amb obesitat (IM>30), trobem que el 47,9% de la població té excés de pes, la qual cosa descriu una preocupant generalització del problema, que s'agreuja encara més en el cas d'Eivissa i Formentera, on arriba fins el 51%.

Una altra patologia associada als estils de vida és el SIDA, ja que la causa principal de contreure-la està relacionada amb determinades formes de vida i el contagi accidental o sense que la persona s'hagi exposat a un risc del qual la societat està àmpliament formada és molt menor. La taxa de sida per 100.000 habitants era al 2003 una de les més elevades de l'Estat (98,9, interval alt), és per això que s'ha destacar l'important disminució que s'ha experimentat en els darrers anys i la millora relativa que això ha

suposat (43,3 per al 2006, mitjana-alta), tot i que per al 2008, la taxa de població discapacitada a la qual se li va diagnosticar SIDA⁶ era de 31, encara una de les més altes de l'Estat.

Així, en termes generals, podem concloure pel que fa referència als estils de vida dels balears, que aquests són molt millorables i amb una tendència preocupant en determinats casos. El sedentarisme, l'empitjorament en els hàbits alimentaris (ESIB, 2007) i la certa estabilització en els alts índexs referents a l'hàbit tabàquic i al consum d'alcohol (i la major incidència observada en les classes més desafavorides), tant en termes absoluts com quan ho comparem respecte a la resta de CCAA, hauria de suposar un toc d'atenció per a les autoritats sanitàries que dissenyen les estratègies de salut i a la mateixa població, donat els notables riscos en termes de salut que se'n deriven d'aquests comportaments, de cara a reforçar o estendre activitats preventives en l'àmbit de la salut pública.

⁶ Encuesta de Discapacidad, Autonomía Personal y Situaciones de Dependencia 2008 (INE, 2008)

3. Utilització dels serveis sanitaris

L'anàlisi de la utilització dels serveis sanitaris, tant públics com privats, per part de la població, ens ofereix la possibilitat d'interrelacionar de manera inicial factors de demanda (necessitats assistencials degudes a determinats estats de salut) amb factors d'oferta, com són la capacitat i el rendiment dels recursos que integren el sistema, donat que aquests condicionen en darrera instància l'accessibilitat i els perfils de freqüentació d'una població concreta.

En el següent apartat s'analitzen una sèrie d'indicadors relacionats amb l'activitat assistencial registrada, per conèixer quines són les taxes de freqüentació dels diferents nivells assistencials per part de la població, i també de la realització de determinades intervencions per part dels centres assistencials. Posteriorment es comparen temporalment i en relació al conjunt de l'Estat, els perfils de freqüentació declarada de la població mitjançant l'explotació de les Enquestes de Salut. Finalment s'estableixen, a partir de l'explotació d'una mostra representativa dels diferents registres d'activitat assistencial del sistema públic de salut (farmàcia, atenció primària i atenció hospitalària), els perfils de despesa segons grups d'edat i sexe per cadascuna de les illes.

3.1. Activitat assistencial i perfil de freqüentació declarada de la població

L'Enquesta de Salut de les Illes Balears, com ja s'ha comentat en apartats anteriors, juntament amb l'Enquesta Nacional de Salut (INE) recull les respostes dels ciutadans davant diferents preguntes plantejades entorn a l'activitat assistencial que han rebut durant un període de temps determinat, de tal manera que ens permet conèixer quina relació existeix entre la demanda que suporten els diferents nivells assistencials i les característiques sociodemogràfiques d'aquestes persones.

L'indicador més sintètic de la freqüentació d'algun tipus de professional sanitari, ja sigui d'Atenció Primària o especialitzada, o en altre cas, de l'àmbit públic o privat, és possiblement el percentatge de respostes afirmatives a la pregunta de si ha anat al metge entre els 2 i els 12 mesos anteriors. Al 2007 el 83,5% de la població havia realitzat una

visita a un professional sanitari durant aquest període, la qual cosa suposa una disminució en termes absoluts respecte al 2003⁷, quan el percentatge era del 85,33% (mitjana-alta) i també en termes relatius, passant a situar-se en la franja mitjana, degut a l'increment experimentat en la majoria de CCAA. També s'ha de destacar les notables diferències existents entre sexes, ja que en la majoria de grups d'edat (tots menys en la població infantil i les persones grans) el percentatge de les dones que declaren haver realitzat una visita al professional sanitari és molt major que el dels homes (a l'entorn de 20 punt percentuals). Si acotem el període de freqüentació pel qual es qüestiona a les quatre darreres setmanes, el percentatge de la població que ha visitat un professional sanitari és del 37,1% (42,9% en el cas de les dones i 31,2% en els homes). Com a dada rellevant referida a la tipologia d'aquestes visites, s'ha de destacar el fet de que s'observen diferències significatives per raó de classe social. Així les classes socials més desfavorides acudeixen al metge de família amb més freqüència, mentre que en les classes socials benestants existeix una major propensió a visitar l'especialista (ESIB, 2007).

Centrant-nos en la qüestió a quina adscripció pertanyen els professionals visitats, un 76,4% de la població va acudir a la sanitat pública, i un 22,3% a una consulta privada (en aquest cas i a diferència del que s'observa en les distribucions per sexes abans comentades, la proporció d'homes és significativament superior a la de les dones). Referent a la mateixa qüestió destaquen les diferències observades per cadascuna de les Illes. Així a les Illes Pitiüses (92,4%) es dona una freqüentació de la sanitat pública en relació a les consultes privades, notablement superior a la resta de les Illes (a l'entorn del 70%).

Com és previsible, el component de classe també és un factor significatiu a l'hora de determinar l'adscripció dels serveis sanitaris utilitzats. Així les persones de classe social més desfavorida utilitzen més la sanitat pública (83,6%) que les de classe social alta (62,5%), sense que es puguin assenyalar diferències substantives entre sexes. Les visites als dentista és una de les prestacions en la qual, donat que no es troba en el catàleg de prestacions públiques del Servei Nacional de Salut, se solen observar majors diferències segons la posició econòmica de les famílies. Destaquen dels resultats aportats per la ESIB 07, el major percentatge de persones que no han anat mai al dentista entre les

⁷ Encuesta Nacional de Salud 2003 (INE, 2003)

classes desfavorides, i també que aquestes deixen passar més temps entre visites o respecte la darrera consulta. Malgrat això també és ressenyable que el percentatge de població que ha realitzat una visita de revisió per problemes dentals, s'ha incrementat notablement respecte l'anterior enquesta de salut (mentre que per al 2007 és del 56%, al 2001 era de tan sols el 39,7%) i supera amb escreix la mitjana nacional (44%) (Encuesta Nacional de Salud, 2006).

Finalment, com a possible descriptor de l'accessibilitat al sistema de salut, trobem que el 5,6% de la població declara haver necessitat assistència mèdica i no haver-la rebut, un percentatge molt menor a l'observat en el 2001 (10%), però encara relativament superior a l'observat en el conjunt de l'Estat (3,6%). Analitzant les causes principals de no haver pogut rebre l'assistència requerida ens trobem amb què la majoria d'elles, les quals afecten principalment a les dones (haver d'esperar massa temps, no poder deixar el treball o obligacions familiars), responen a una major exigència per part del usuari (relacionades probablement amb el major desenvolupament socioeconòmic de la nostra comunitat), entesa com la pretensió de que el sistema de salut atengui problemes que no són determinants pel propi estat de salut o que el mateix sistema s'adapti a les necessitats circumstancials (professionals,...) d'aquests.

La descripció dels indicadors referits a ingressos hospitalaris i a les visites a urgències ens donen una imatge complerta sobre l'activitat assistencial a la Comunitat. Durant l'any anterior a l'entrevista el percentatge de població hospitalitzada al menys una vegada en qualsevol tipus de centre fou de 9,9%, definint així una tendència decreixent respecte al 2003 (12,25%), en sintonia amb el què s'observa en el conjunt de l'Estat, tot i mantenint-se en la franja mitjana-alta de la distribució. En la majoria dels casos (75,3%) els ingressos van ser a un hospital de la xarxa sanitària pública i responien a una única hospitalització per part de l'ingressat (78,1%, mentre que només el 14,6% dels ingressats ho fou en dues ocasions) al llarg d'aquell any. L'estada mitjana hospitalària era de 5,5 dies, establint-se diferències significatives entre illes. Mentre que a Mallorca l'estada mitjana era de 5 dies i a Menorca de 6,2, a les Illes Pitiüses arribava fins als 8,4.

Pel que fa a les visites a urgències en els 12 mesos previs a la realització de l'Enquesta de Salut, el 34,8% de la població declara haver consultat un servei d'urgències (majoritàriament de la xarxa sanitària pública, 51%), la qual cosa suposa la taxa més

alta de l'Estat, malgrat la lleu disminució experimentada respecte el 2003 (35,05%, interval alt).

Finalment, pel que fa al consum de medicaments, segons l'Enquesta de Salut de les Illes Balears (2007), el 67,5% de la població adulta havia consumit algun medicament en les darreres dues setmanes prèvies al qüestionari (73,7% en dones i 61,3 en homes), dels quals el 53,4 eren receptats per un metge. També cal senyalar el diferencial de consum observat en el grup de població major de 65 anys (a l'entorn del 90%) respecte al demés grans grups d'edat. Amb tot, quan comparem els indicadors de consum de medicament declarat, aquests mostren una tendència certament estabilitzada (per al 2001 el consum declarat de medicaments en les dues darreres setmanes era del 62,7%) a l'entorn de la mitjana estatal (62,2%). Ara bé, també cal destacar l'increment en el consum dels principals medicaments, sobre tot en tranquil·litzants (2003: 10,1%; 2007:16,5%) i medicaments per al control de la tensió arterial (2003: 8,4%; 2007:19,4%), compensat relativament la disminució en el consum d'altres medicaments, com per exemple els antibiòtics (2003: 7%; 2007:5,4%), encara que tots ells en termes comparatiu es troben situats per sota de la mitjana observada en el conjunt de l'Estat.

3.2. Satisfacció dels ciutadans

Un altre element que defineix la interacció entre els factors de demanda i els diferents components de l'oferta de serveis sanitaris, és la mesura del grau de satisfacció dels ciutadans, la qual permet il·lustrar tant l'experiència i el grau de satisfacció d'un usuari del sistema de salut com la percepció social predominant envers al funcionament i el valor d'aquest. Es tracta d'indicadors subjectius, obtinguts a través de la realització d'enquestes en un conjunt aleatori de la població, i per tant generalment sense un coneixement expert sobre aquest àmbit i també influït per factors externs al propi sistema, que permet aproximar-nos en tot cas a quina és la realitat quotidiana que perceben els propis ciutadans, a partir de les expectatives que aquests tenen respecte la resposta que creuen pot donar el sistema sanitari als seus problemes de salut.

A Espanya la satisfacció dels ciutadans respecte el Sistema Nacional de Salut es mesura anualment a través del Barómetro Sanitario. Es tracta d'una enquesta gestionada pel Ministeri de Sanitat i Consum en col·laboració amb el Centre d'Investigacions

Sociològiques (CIS) des de 1993, tot i que el desagregat per CCAA només es troba disponible per la sèrie 2003-2008⁸.

A continuació es recullen una sèrie d'indicadors (sobre el grau d'acceptació i la valoració del funcionament del sistema sanitari, la satisfacció de les experiències viscudes en cadascun dels nivells assistencial,...) que considerem poden definir quina és la percepció general dels ciutadans balears en relació al Sistema sanitari públic de la seva Comunitat. Aquests indicadors es presenten per als anys 2003, 2006 i 2008 per tal de descriure quina ha estat l'evolució del grau de satisfacció des dels moments inicials de la transferència de la competència sanitària a la CAIB, situant-los a més a més en la posició relativa que ocupen en la distribució estatal.

Taula 3.1: Indicadors de satisfacció sistema sanitari públic: comparativa 2003, 2006, 2008

	2003	2006	2008
% població que respon estar d'acord amb l'afirmació "el sistema sanitari públic funciona bastant bé"	14,35	24,17	25,61
	baixa	mitjana-alta	alta
Mitjana de satisfacció de la població de cada CCAA amb la manera en que funciona el sistema sanitari públic a Espanya. Escala 1 (molt insatisfactori) 10 (molt satisfactori)	5,79	6,59	6,48
	mitjana-baixa	mitjana-alta	
% d'enquestats que considera que ha rebut una atenció bona o molt bona a atenció primària	83,45	87,68	80,84
	mitjana-baixa	mitjana-alta	baixa
% d'enquestats que considera que ha rebut una atenció bona o molt bona a la darrera visita a urgències	77,01*	86,29	69,21
	mitjana-baixa	alta	baixa
% d'enquestats que considera que ha rebut una atenció bona o molt bona en consultes externes	81,69	91,24	76,78
	mitjana	alta	baixa
% d'enquestats que considera que ha rebut una atenció bona o molt bona en hospitalització	78,38	86,66	80,95
	mitjana-baixa	mitjana-alta	baixa
Mitjana de satisfacció de la població amb el temps de demora per a l'ingrés no urgent (escala 1 'totalment insatisfactori' a 10 'totalment satisfactori')	4,24	5,11	5,02
	mitjana	alta	
% d'enquestats que considera que les llistes d'espera han empitjorat en el darrer any	11,3	5,66	14,87
	mitjana-alta	baixa	mitjana-alta

Font: elaboració pròpia a partir de Ministerio de Sanidad y Consumo (2010)

Primer de tot destaca com a fet positiu, gràcies al pronunciat creixement experimentat a parir del 2006, l'elevat grau d'acceptació i valoració (interval mitjà-alt), per part dels ciutadans, del funcionament i configuració del sistema sanitari públic. Tant el

⁸ Els resultats del baròmetre s'obtenen mitjançant l'aplicació d'un qüestionari estructurat que s'administra de manera personalitzada en el domicili de enquestat. Aquesta tècnica, a més d'eliminar el biaix que pot introduir la realització de l'enquesta en un centre sanitari, permet conèixer l'opinió de tots els ciutadans sobre els serveis sanitaris públics, independentment que aquests els hagin utilitzat o no, ja que com s'ha comentat l'enquesta es dirigeix a població general.

percentatge de població que considera que el sistema sanitari públic funciona bé (25,61% al 2008) com la nota de satisfacció que atorguen (6,48 per al mateix any) és en termes relatius força elevada i descriu una tendència creixent. Ara bé, això contrasta amb la tendència irregular observada en les qüestions relatives a cadascun dels nivells assistencials, els quals parteixen de nivells mitjans-baixos, es situen entre els casos relativament més ben considerats en el 2006, però per al darrer any empitjoren notablement, situant-se n nivells de satisfacció inferiors al 2003 i en els intervals baixos de la distribució estatal.

També és ressenyable el creixement, en el 2008, del percentatge de població que considera que les llistes d'espera han empitjorat en el darrer any (14,87%), tornant-se a situar en la franja mitjana-alta, a l'igual que en l'inici del període analitzat, després d'haver-se mantingut en nivells baixos durant el període 2004-2007.

És precisament la rapidesa en l'atenció privada, o la manca d'ella en la pública, una de les principals raons que esgrimeixen els ciutadans per afirmar que preferirien una provisió privada abans que la proporcionada públicament (77,51% en el 2008, la taxa més elevada de l'Estat, igualment que en el 2006). També factors més relacionats amb el servei hotel·ler que ofereixen els centres privats, com són el tracte amb el personal i el confort de les instal·lacions (també a l'entorn del 80% de les respostes, molt per sobre de la resta de CCAA), poden explicar que el percentatge d'enquestats que optaria per la sanitat privada per a cadascun dels nivells assistencials sigui majoritari i sempre dels més alts de l'Estat.

Taula 3.2: Indicadors preferències socials envers la sanitat pública i la privada: comparativa 2003, 2006, 2008

	2003	2006	2008
% d'enquestats que optaria per la provisió pública en atenció primària	61,31	47,43 baixa	41,07
% d'enquestats que optaria per la provisió pública en consultes d'atenció especialitzada	48,26	39,61 baixa	33,08
% d'enquestats que optaria per la provisió pública en hospitalització	51,74	46,57 baixa	36,18
% d'enquestats que optaria per la provisió pública en atenció urgent	59,57 baixa	55,29 mitjana-baixa	45,44 baixa

Font: elaboració pròpia a partir de Ministerio de Sanidad y Consumo (2010)

L'evolució dels indicadors de preferència a favor de la provisió pública, amb una clara tendència decreixent i que ja partia de nivells relativament baixos, contrasta doncs amb els indicadors que inicialment hem presentat sobre la valoració positiva del funcionament del sistema sanitari públic. La qual cosa es pot explicar pel diferencial en el desenvolupament econòmic de la comunitat, o particularment, per la major renda per càpita dels ciutadans de les Illes Balears respecte als ciutadans de la resta de regions de l'Estat, la qual genera unes expectatives socials (poder disposar d'una atenció sanitària més personalitzada, confortable i que cobreixi una cartera de prestacions àmplia) que no han pogut ser cobertes pel sistema sanitari públic (a diferència d'altres comunitats amb una renda per càpita elevada, com Euskadi i Navarra) degut a les limitacions pressupostàries imposades pel sistema de finançament de la sanitat en primer terme, i posteriorment al model de finançament autonòmic, tal com es detallarà en l'apartat corresponent al sistema de finançament de la sanitat pública. Una altra raó que pot explicar l'evolució negativa d'aquests indicadors és la incorporació d'un contingent important de població nouvinguda, accentuat a partir del 2001 (veure apartat demografia), que degut a les dificultats del sistema per adaptar-se aquest creixement imprevist (donat el curt espai temporal en el qual s'ha produït), ja sigui perquè ampliar la capacitat del sistema requereix d'un temps relativament perllongat (planificació, disseny i construcció dels equipaments entre d'altres) o perquè el sistema de finançament autonòmic no contenia els ajustos necessaris per afrontar les despeses associades a aquest creixement de la població (principalment en sanitat i educació), ha pogut generar una certa sensació de saturació del sistema (reflectits per exemple en l'afirmació de que les llistes d'espera han empitjorat en el darrer any) que estigui incrementant les divergències en la utilització del sistema segons la classe social, o que almenys existeixi l'aspiració a poder disposar d'un assegurament privat, ja que els indicadors de preferència social envers la sanitat privada són notablement superiors (el percentatge d'enquestats és molt més gran) que el percentatge de persones que disposen d'una doble assegurança (ESIB 07, 2009). El fenomen migratori també podria explicar el component irregular d'alguns indicadors, amb una millora plausible en alguns d'ells, donat que al tractar-se aquesta darrera onada migratòria de població provinent països amb un menor grau de desenvolupament que l'espanyol i amb Estats del Benestar també més incipients, aquests nous ciutadans de les Illes tinguin una opinió més favorable envers el sistema sanitari públic. Així i tot, poden haver-hi altres raons, no estrictament vinculades amb la qualitat percebuda respecte al sistema sanitari públic, que expliquin

l'aparent contradicció entre una major preferència per lo privat i una bona valoració del sistema sanitari públic, i les diferències que s'observen respecte altres comunitats. Així, la major presència i l'arrelament d'entitats privades en el mapa sanitari de les Illes Balears, anteriors fins i tot al desplegament de la xarxa sanitària pública, o que han vingut desenvolupant un paper complementari a aquest, podria explicar en el cas concret de les Illes Balears aquesta tendència sostinguda en el temps.

3.3. Utilització dels serveis sanitaris públics: perfils d'utilització

Utilització dels serveis sanitaris públics: registres administratius.

Un dels objectius del present estudi és complementar l'anàlisi de la demanda de serveis sanitaris amb la construcció de perfils de d'utilització i despesa associada, segons grups d'edat i sexe, per cadascuna de les illes i nivells assistencials. Aquestes dades extretes d'una mostra representativa dels diferents registres administratius que recullen l'activitat assistencial de la xarxa sanitària pública, serveixen de base per a la construcció de les projeccions de consum futur que es presenten en el tercer apartat de l'estudi.

Hauria estat desitjable desenvolupar el mateix tipus d'anàlisi per als serveis sanitaris privats, però la possibilitat de disposar a la nostra comunitat de dades qualitativament acceptables que ens permetin realitzar un l'exercici equivalent és, ara per ara, pràcticament nul·la. En aquest cas, la despesa (total) que les famílies fan en consum de serveis sanitaris privats només es pot obtenir per aproximació a partir dels resultats publicats en l'Enquesta de Pressupostos Familiars⁹, en la seva desagregació per a les Illes Balears. Per tant, en aquests moments, no és possible poder comparar perfils d'utilització entre usuaris de la xarxa sanitària pública i usuaris de la sanitat privada, més enllà de les dades d'utilització declarada que aporten les Enquestes de Salut, les quals s'han descrit resumidament en l'apartat anterior. El fet de que aquestes dades siguin extretes a partir d'enquestes i que el nivell de desagregació de la informació sigui limitat (no es detallen el tipus de prestacions rebudes i els costos mitjans associats a aquestes tampoc són públics) són dos aspectes addicionals que impossibiliten la

⁹ L'Enquesta de Pressupostos Familiars (EPF), elaborada per l'INE, és una enquesta que subministra informació anual sobre la naturalesa i destinació de les despeses de consum, així com sobre diverses característiques relatives a les condicions de vida de les llars.

combinació entre els registres administratius d'utilització de la sanitat pública i els perfils d'utilització dels usuaris de la sanitat privada, per tal de poder realitzar una prospectiva sobre l'evolució futura de la despesa sanitària total (pública i privada).

Centrant-nos, per tant, en l'àmbit sanitari públic davant la necessitat de comptar amb dades reals d'utilització dels serveis sanitaris per a tots els nivells assistencials, s'ha construït una mostra suficientment gran per a garantir representativitat per sexes, grups quinquennals d'edat i inclús per illes (per contemplar així aspectes diferenciadors associats a la territorialitat) donada la complexitat que suposaria treballar amb dades a nivell poblacional. A partir de la següent microsimulació, observem el comportament dels individus segons les seves característiques sociodemogràfiques per tal d'agregar els perfils de despesa segons subgrup de població, diferenciant per edat i sexe, que ens permetin agregar-ho per al conjunt de la població:

$$H_t = \sum_{i=0}^I h_{it} m_{it}$$

On:

H_t és la despesa total en l'any (t)

m_{it} és el nombre total d'individus pel grup d'edat (i)

h_{it} és el despesa mitjana per càpita pel grup d'edat (i)

Així finalment comptem amb una mostra poblacional que recull informació sociodemogràfica sobre un total de 60.000 individus, tots ells ciutadans residents de la comunitat autònoma, i els seus contactes amb el sistema sanitari durant l'any 2008. No queden registrats, per tant, en la nostra anàlisi els contactes que amb el sistema hagin pogut tenir els habitants considerats com a població flotant (treballadors de temporada i turistes entre d'altres), qüestió que es pot proposar com a futura línia d'estudi o d'ampliació d'aquest.

Per observar el comportament com a consumidors dels serveis sanitaris d'aquests 60.000 individus es creua informació provinent de diferents fonts: el registre de targeta sanitària individual (TSI), registres de consum farmacèutic del Servei de Salut, el registre d'atenció primària (eSIAP) i el registre d'atenció hospitalària (CMBD). Aquesta última, com a font d'informació és potser una de les que més dificultats ha presentat en el transcurs del present estudi. És important remarcar la dificultat que comporta la cruïlla

de tot aquest conjunt d'informació procedent de diferents registres i amb diferent suport informàtic i que només té en comú alguna variable de delicat tractament, degut a les restriccions legals per complir amb garanties la normativa sobre la confidencialitat de les dades.

El primer pas va ser extreure una mostra estratificada de la població de la comunitat autònoma, segons mostreig aleatori simple, del registre de Targeta Sanitària que, al seu torn, aporta informació sobre certes característiques sociodemogràfiques dels individus de la mostra. Una vegada seleccionats els nostres individus es van creuar les diferents fonts de bases de dades, utilitzant la variable comú entre registres, per extreure tota la informació dels contactes que aquests individus van realitzar amb els diversos nivells assistencials de la xarxa sanitària pública l'any 2008, any de referència de l'anàlisi.

El registre d'atenció primària, ens permet conèixer quants contactes s'han demanat / realitzat i la tipologia d'aquests: quins d'ells s'han produït amb el seu metge de família de referència, quins amb el personal d'infermeria, si s'ha requerit procediment o prova exploratòria complementària, si la demanda ha estat de caràcter urgent o si per contra ha estat programada, etc. Aspectes, tots ells, amb diferents implicacions en termes de costos, programació, organització i gestió dels serveis. Gràcies a la comptabilitat de costos desenvolupada pel Servei de Salut de les Illes Balears (Ib-Salut), hem pogut associar la despesa corresponent a cada actuació a l'hora d'elaborar els perfils de despesa, la qual cosa dóna una informació molt precisa, tant pel que fa als perfils d'utilització com als perfils de despesa, a la qual cap estudi previ havia pogut accedir¹⁰.

També s'extreu informació sobre el consum de productes farmacèutics finançats pel sector públic, contemplant a la vegada el tipus o grup terapèutic al qual pertanyen aquests medicaments, el nombre d'envasos i els seus costos associats corresponents.

Finalment s'inclou, a la base de dades final a partir de la qual es construeixen els perfils d'utilització i despesa, informació sobre la utilització dels serveis hospitalaris. Per a això, s'identifiquen els individus de la mostra en el registre CMBD (conjunt mínim

¹⁰ Les estimacions que es realitzaven per construir els perfils d'utilització i despesa sanitària, partien generalment d'estimacions indirectes construïdes a partir de les Enquestes de Salut i la imputació d'una valor mitjà a les visites realitzades. Vegi's per exemple D.Casado, J. Puig-Junoy, R. Peiró (2009), El impacto de la demografía sobre el gasto sanitario futuro de las CCAA, Fundación Pfizer, Madrid.

bàsic de dades a l'alta hospitalària) de l'any analitzat. És a dir, en el cas que algun dels individus de la mostra hagi requerit hospitalització, s'extreu informació sobre la via d'accés (urgent o programada), durada de l'estada en dies, diagnòstic principal i diagnòstics secundaris, procediments realitzats, el GRD (grup relacionat amb el diagnòstic) i el pes associat a cada GRD¹¹ en funció de la complexitat atesa al qual se li podrà finalment atribuir, segons la comptabilitat analítica desenvolupada pel Servei de Salut, un determinat cost.

A partir d'aquesta informació es construeixen els perfils per grups quinquennals d'edat, sexe i illes, que serviran de base per elaborar les projeccions de consum i despesa futures (tercer capítol). Aquestes projeccions, plantejades segons diferents escenaris, ens permetran quantificar i mostrar les necessitats que la gestió dels serveis sanitaris de la comunitat hauria d'estar preparada per abordar.

S'han de destacar també, i com a recomanació per millorar els sistemes d'informació i tractament de dades del sistema sanitari i perquè aquests puguin ser útils de cara a realitzar anàlisis prospectius (anàlisi dels factors determinants en les desigualtats d'utilització, entre d'altres) que continuïn la tasca iniciada pel present estudi, les dificultats que ens hem trobat durant la recopilació de la informació i posterior construcció de la base de dades.

Primer de tot, cal esmentar que el suport sobre el qual es recullen aquestes dades, com s'ha comentat anteriorment, no són comuns i en la seva gestació i desenvolupament no es va contemplar la necessitat d'unir / annexar la informació o les dades que es disposa en comú sobre un mateix individu. Són, per tant, diferents els departaments responsables de la seva recollida i tractament, amb la qual cosa hem hagut de realitzar una tasca de coordinació per posar d'acord a tots els responsables per poder disposar d'una base de dades única a partir de la qual poder treballar, i que ha significat un endarreriment substancial sobre les previsions inicials per a la realització de l'estudi.

¹¹ Els GRD classifiquen els ingressos dels pacients en relativament pocs grups, homogenis amb relació a la utilització de recursos i significatius (amb lògica clínica) per als metges, per tal de valorar la importància significativa dels diferents grups de casos, i així comparar l'activitat realitzada en els diferents hospitals. Els pesos GRD estableixen els recursos, els costos associats, que es poden necessitar per tractar un cas d'un GRD determinat. Combinar les categories GRD amb els pesos espanyols és una eina per a la distribució de recursos entre hospital i donat el seu caràcter estandaritzador, pot ser utilitzat com una eina de gestió per a la millora de la qualitat assistencial en els centres, o com en el nostre cas, per poder realitzar perfils de despesa per a cada tipus d'usuari.

En el mateix sentit, una altra de les dificultats ha estat aconseguir una variable "identificadora" de l'individu, que es contempli de forma comuna en les diferents fonts d'informació i que fes possible associar totes les dades dels diversos nivells assistencials a la corresponent a un mateix individu. De fet, s'ha hagut de demanar en més d'una ocasió l'extracció de la base "embrionària", l'obtinguda del registre de TSI, fins garantir que la cruïlla per individus amb la resta de registres fos possible.

Un altre dels registres que més dificultats ha generat és el de la utilització dels serveis d'atenció hospitalària. De fet, s'ha hagut de demanar en diverses ocasions la reelaboració de la base de dades, ja que aquesta no contemplava amb garanties la totalitat de situacions de reingressos successius per part dels usuaris hospitalitzats (nombre d'ingressos d'un mateix individu superiors a la unitat en un mateix any / període) sent conscients del biaix que això podia suposar sobre els resultats de l'estudi, sobretot tenint en compte que determinades patologies cròniques solen anar associades a una sèrie de complicacions que impliquen més d'un ingrés i / o estada hospitalària que, en el seu còmput de costos, en elaborar els perfils de despesa s'hauria de tenir en consideració.

Tot això fa que una de les primeres conclusions del present estudi, sigui la necessitat de millorar els sistemes d'informació, fer que aquests siguin accessibles per fer-los útils, generant coneixement a través de l'anàlisi empírica ja sigui per investigadors externs o per part dels propis tècnics del Departament de Salut. La principal justificació de destinar recursos a aquestes tasques és que aquestes fonts de dades siguin tractables i a partir del coneixement que es genera amb el seu anàlisi es puguin introduir millores en la gestió o planificació del sistema sanitari per atendre les necessitats assistencials de la població. Plantegem com a necessari doncs la introducció de millores en els sistemes d'informació per tal de que els requeriments tècnics necessaris per poder disposar d'aquesta informació no impliquin uns terminis de temps i una inversió de recursos exagerada i que pugui desmotivar la generació de coneixement en aquest àmbit.

Perfils de despesa per illa, sexe i nivell assistencial

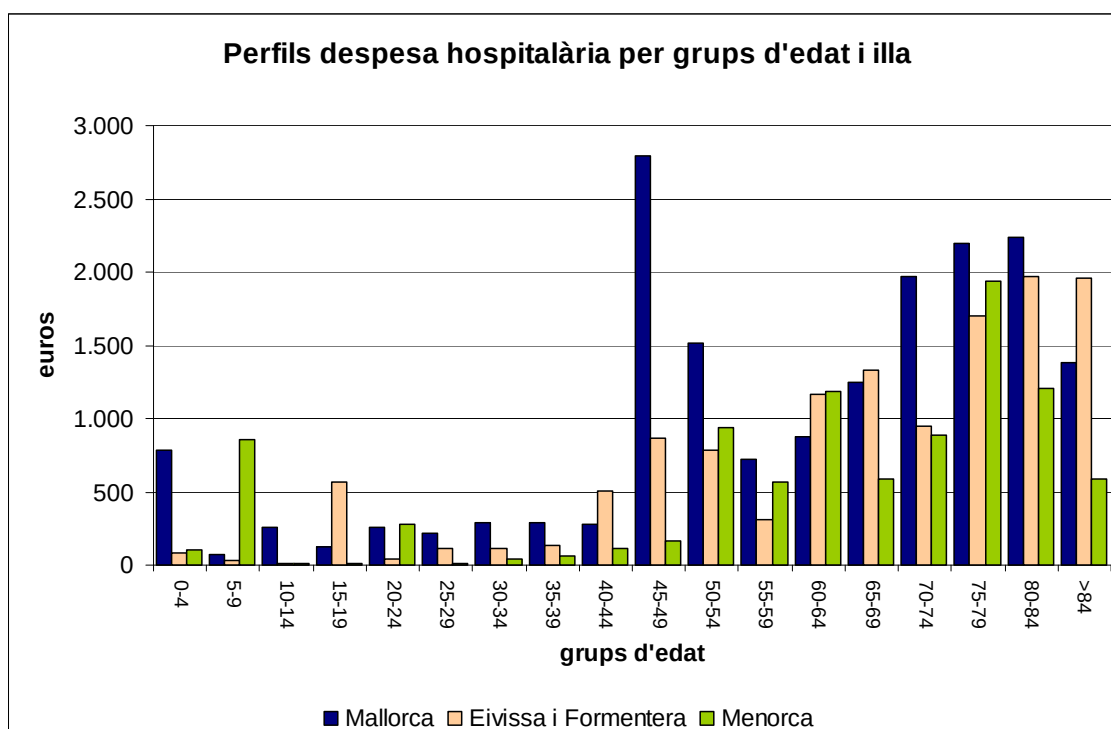
Els perfils de despesa que es mostren en el present apartat constitueixen , juntament amb les projeccions demogràfiques, les dues peces clau per analitzar l'impacte dels

factors demogràfics que servirà de base per estimar l'evolució futura de la despesa sanitària. En la taula 3.3 de l'annex s'especifica la grandària mostral de les submostres que han servit per analitzar si es produeixen patrons d'utilització diferents segons la illa en la qual resideix qualsevol usuari del sistema sanitari públic, per tal de valorar si els diferencials observats són atribuïbles a una diferent composició demogràfica (grups d'edat) o en canvi poden estar relacionades amb factors d'oferta, com pot ser l'accessibilitat als centres assistencials. Com s'ha especificat anteriorment es tracta d'una mostra aleatòria representativa de la població (amb una grandària total de 61.043 usuaris), estratificada per sexe, grup d'edat i illa de residència. Ara bé, tot i la considerable grandària de la mostra, ens trobem que en la desagregació dels perfils de despesa per nivells assistencials, en el cas de l'atenció especialitzada o hospitalària, donada l'alta variabilitat en quant a la utilització per part dels usuaris del sistema públic hospitalari i sobretot a les enormes diferències que poden existir en el cost (pes dels GRDs) dels diferents tractaments (amb un rang que va dels 136.006,05 euros als 466,6), no es poden extreure patrons generalitzables per cohorts d'edat a partir de les submostres de cadascuna de les illes.

Com es pot veure en el gràfic (3.1) en el qual es representen els perfils de despesa pública per càpita (agrupant els dos sexes) en atenció hospitalària, existeix una enorme variabilitat entre les diferents illes sense que es pugui identificar una pauta comuna significativa o constant, atribuïble a alguna casuística concreta. Potser la única evidència que podem destacar, tot i mantenint els dubtes sobre la seva representativitat, és la major despesa observada per a la gran majoria de cohorts etàries de la població resident a Mallorca, probablement a que en els hospitals d'aquesta illa, per tal d'aprofitar els rendiments d'escala que pot generar la seva major utilització, s'hi situen les tecnologies necessàries per dur a terme els tractaments més complexos i costosos. Un altre element destacat, i que pot generar més dubtes sobre la representativitat de la submostra sobre la qual s'han realitzat les estimacions de la despesa per càpita mitjana per grups d'edat, és el pic que es troba en la franja d'edat 45-49 anys. Un anàlisi concret del nombre i els tipus de contactes hospitalaris que han pogut tenir els usuaris que es troben en aquesta submostra durant el període analitzat, ens indica que tot i mantenir en termes absoluts un nombre de contactes similar als grups d'edat precedent i també posteriors (amb un volum de despesa mitjana notablement inferiors), es detecten una sèrie d'episodis amb un elevat cost de tractament (quimioteràpia amb leucèmia aguda

com DXS, craneatomia amb cc major, procediments cardiovasculars majors amb cc major, entre els més destacats). Finalment, hem d'assenyalar que de forma semblant al que succeeix en tots els països del nostre entorn (Comissió Europea, 2006) i amb l'excepcionalitat dels grups 45-49 i 50-54, s'observa una tendència creixent a partir de les cohorts superiors als 55 anys, que en la distribució per sexes (veure annex taula A.2) defineix un major consum hospitalari per part dels homes, afectats per una mortalitat prematura a conseqüència de processos aguts. En els grups d'edat més grans la tendència canvia i són les dones, que moren en termes generals més tard però havent patit malalties cròniques de llarga evolució, qui tenen una despesa mitjana superior.

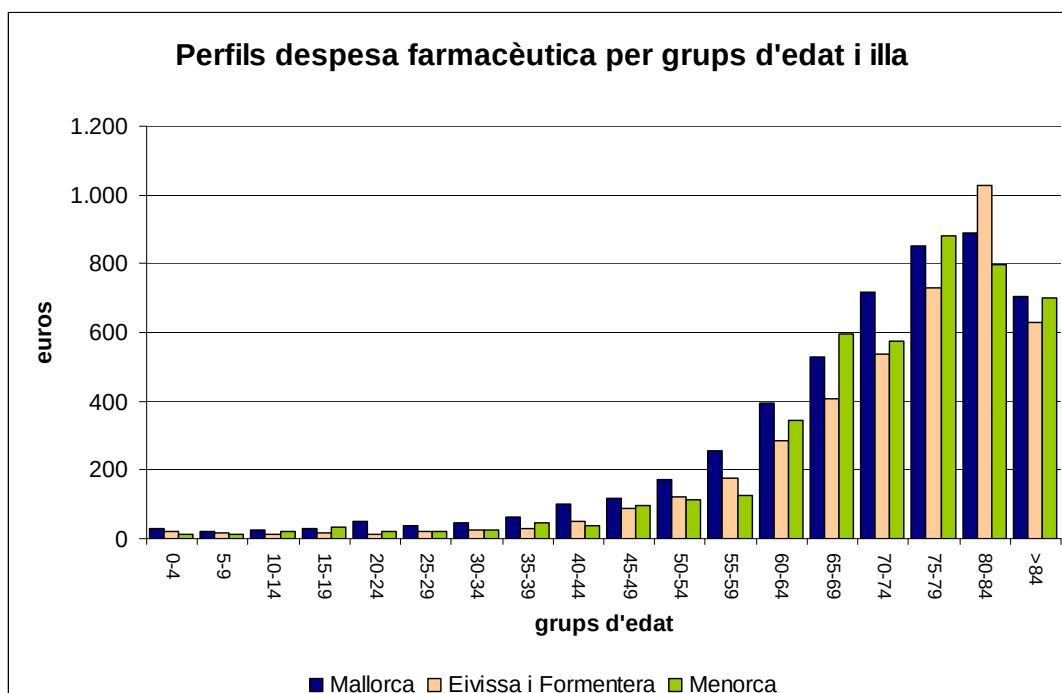
Gràfic 3.1:



Font: Elaboració pròpia a partir del Registre d'Assegurats de l'Ib-Salut

En el cas de la despesa farmacèutica s'observa una tendència molt més definida, creixent de manera progressiva a partir de les cohorts de més de 60 anys, i sense excessiva variabilitat per illa de residència. A diferència del que s'observava per a l'atenció hospitalària, en aquest cas són les dones qui tenen un consum superior en les edats més avançades.

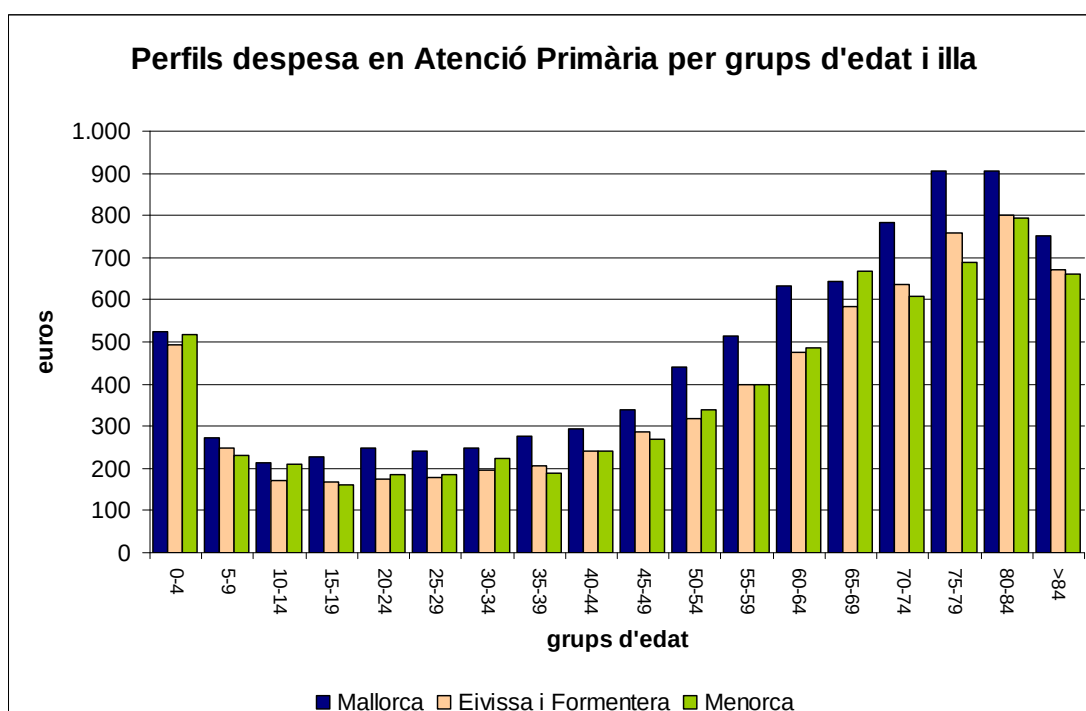
Gràfic 3.2:



Font: Elaboració pròpia a partir del Registre d'Assegurats de l'Ib-Salut

Finalment, pel que fa als perfils de despesa en Atenció Primària, s'observa un comportament més homogeni entre les diferents cohorts d'edat, tot i la tendència creixent i una despesa important per a infants (0-4 anys)

Gràfic 3.3:



Font: Elaboració pròpia a partir del Registre d'Assegurats de l'Ib-Salut

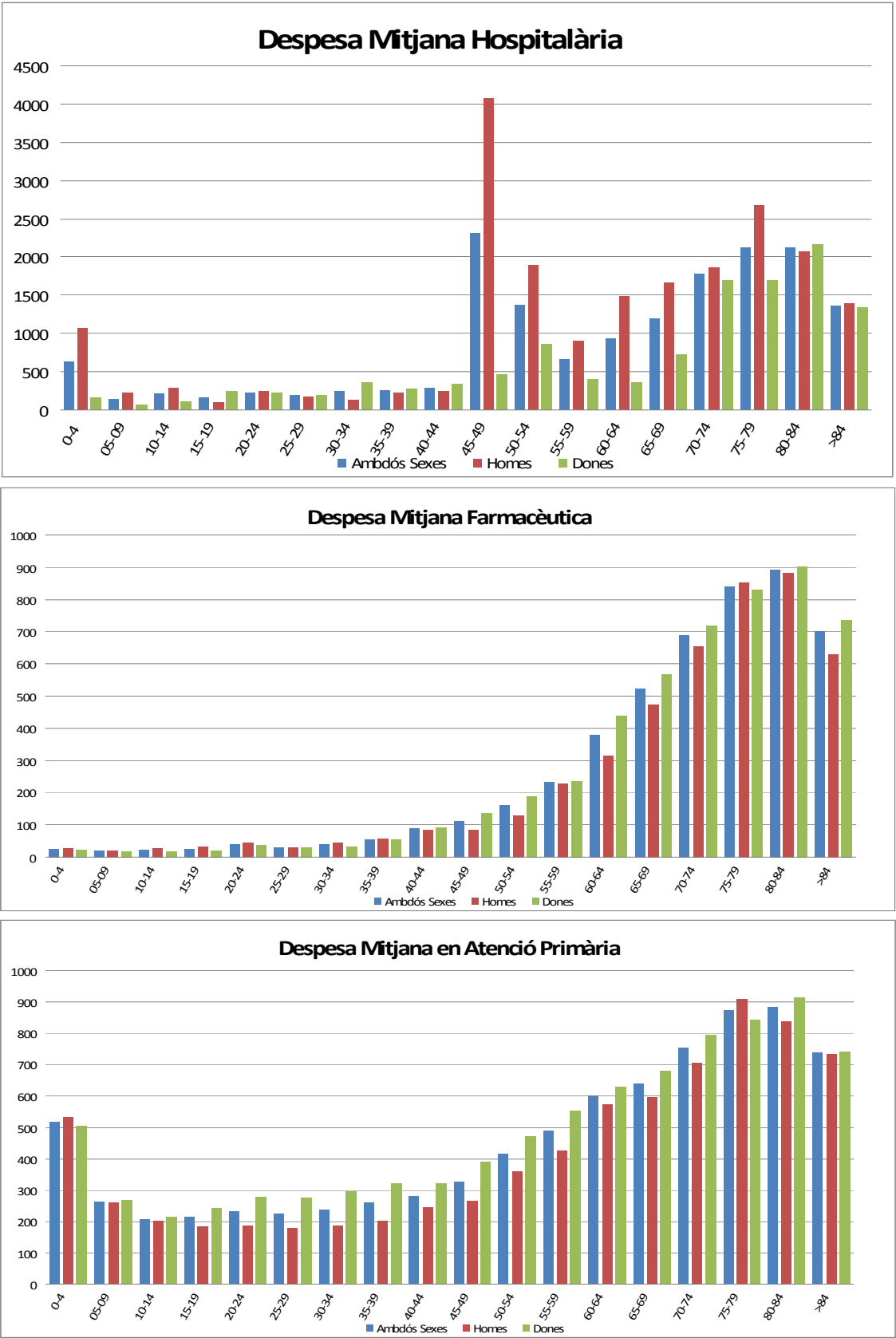
Una vegada hem descrit els diferents perfils de consum i despesa per a les diferents illes, cal comentar que per a l'elaboració de les projeccions de despesa que s'inclouen en l'apartat d'estudi de necessitats s'han utilitzat els perfils extrets de la mostra completa (l'agregat per al conjunt de les Illes Balears) donada l'elevada variabilitat observada en atenció hospitalària, per tal de disposar d'una major significativitat. En els quadres (3.3) i (3.4) es resumeixen les dades de despesa sanitària pública per càpita, desagregada per grups quinquennals d'edat, sexe i nivell assistencial.

Taula 3.3: Perfils de despesa per grups d'edat, sexe i nivell assistencial

Tipus Despesa	Despesa mitjana Hospitalària			Despesa mitjana Farmàcia			Despesa mitjana Atenció Primària		
Grup Edat	Ambdós Sexes	Homes	Dones	Ambdós Sexes	Homes	Dones	Ambdós Sexes	Homes	Dones
0-4	637,88	1.067,06	161,91	25,77	27,42	23,95	518,99	533,06	503,38
05-09	149,30	225,78	66,48	18,83	20,41	17,11	264,95	259,86	270,46
10-14	202,71	285,79	115,69	22,07	27,96	15,89	208,81	202,87	215,04
15-19	168,76	93,88	247,35	27,16	34,47	19,49	213,56	184,43	244,14
20-24	231,72	236,29	227,11	41,17	45,48	36,81	232,78	188,38	277,60
25-29	187,16	183,08	191,43	32,59	32,65	32,53	226,48	179,70	275,37
30-34	241,45	132,61	362,02	40,82	46,70	34,30	238,43	186,58	295,86
35-39	251,03	232,18	271,88	55,96	58,30	53,36	259,54	203,17	321,88
40-44	291,17	244,96	340,94	87,80	85,06	90,75	282,28	245,97	321,37
45-49	2.321,76	4.085,79	476,35	111,25	85,24	138,46	327,70	267,68	390,50
50-54	1.376,72	1.891,65	855,77	160,07	129,92	190,57	415,89	360,78	471,64
55-59	659,70	904,05	409,43	233,30	230,98	235,69	488,94	424,65	554,78
60-64	933,26	1.493,61	359,62	378,15	317,52	440,22	602,27	573,37	631,85
65-69	1.194,24	1.668,29	721,43	521,80	474,01	569,47	638,45	597,73	679,07
70-74	1.779,70	1.862,40	1.707,26	688,88	654,67	718,85	753,05	706,74	793,63
75-79	2.122,14	2.663,33	1.698,25	841,84	854,69	831,77	873,46	909,39	845,32
80-84	2.125,09	2.064,37	2.164,25	894,49	883,05	901,88	885,52	838,17	916,06
>84	1.358,39	1.391,17	1.341,90	699,98	630,41	734,96	738,15	732,75	740,86
Total (suma)	16.232,19	20.726,26	11.719,07	4.881,91	4.638,94	5.086,04	8.169,23	7.595,26	8.748,79
Mitjana Total	901,79	1.151,46	651,06	271,22	257,72	282,56	453,85	421,96	486,04

Font: Elaboració pròpia apartir de dades del Registre d'assegurats de l'Ib-Salut

Gràfic 3.4:



Font: Elaboració pròpia

4. Aspectes institucionals

El sistema sanitari balear es comença a constituir formalment a partir de l'entrada en vigor de la Llei 4/1992, de 15 de juliol, que crea el Servei Balear de Salut (SERBASA), definint-lo com un sistema únic i harmonitzat de tots els recursos, els centres i els serveis de l'àmbit geogràfic de les Illes Balears, amb la finalitat d'aconseguir la integració, la desconcentració, la simplificació, la racionalització i, en definitiva, l'optimització dels serveis sanitaris existents o futurs. En el marc de les directrius de política sanitària general, el SERBASA tenia encomanades les funcions d'ordenació, programació i inspecció sanitària i també la coordinació i la gestió dels recursos econòmics afectes, que en aquell moment es concentraven en el Complex Hospitalari de Mallorca, gestionat per l'empresa pública Gestió Sanitària de Mallorca (GESMA).

No obstant, el retard en la transferència dels serveis i de les funcions de l'assistència de la Seguretat Social va produir certa obsolescència en el contingut de l'esmentada llei, la qual, a més, deixava de banda diversos aspectes essencials en matèria de protecció de salut. Així doncs, la Llei 4/1992 seria derogada per la Llei 5/2003, de 4 d'abril, de salut, que configurava el sistema sanitari públic balear (denominat a partir d'aquell moment Servei de Salut de les Illes Balears o IB-salut) com un ens públic de caràcter autònom dotat de personalitat jurídica i de patrimoni propis i amb plena capacitat per acomplir les seves finalitats, adscrit a la conselleria competent en sanitat del Govern de les Illes Balears i al qual es confia la gestió dels serveis públics sanitaris de caràcter assistencial. Per tant, aquesta llei no es limita a la regulació del servei autonòmic de salut, ni tampoc a la mera formulació de l'ordenació sanitària de les Illes Balears, sinó que, amb una vocació més ambiciosa, pretén ser un instrument normatiu que reguli totes les accions dels poders públics relacionades amb la salut. I no només d'aquests, sinó que també implica el sector privat en una tasca tan important com la protecció de la salut abans que no aparegui la malaltia i el seu restabliment, en cas de pèrdua.

I entre aquestes dues lleis es produeix un fet transcendental: el traspàs de les competències sanitàries a les Illes Balears, plasmat al RD 1478/2001, de 27 de desembre. La dotació econòmica que acompanya aquestes transferències suposa que l'IB-salut hereti una organització sanitària amb un important dèficit estructural i financer. En aquell moment (dades de 2000) les Illes Balears són l'única comunitat autònoma amb una despesa per càpita inferior als 600 euros i amb un diferencial de 100 euros respecte de la mitjana de l'Estat.

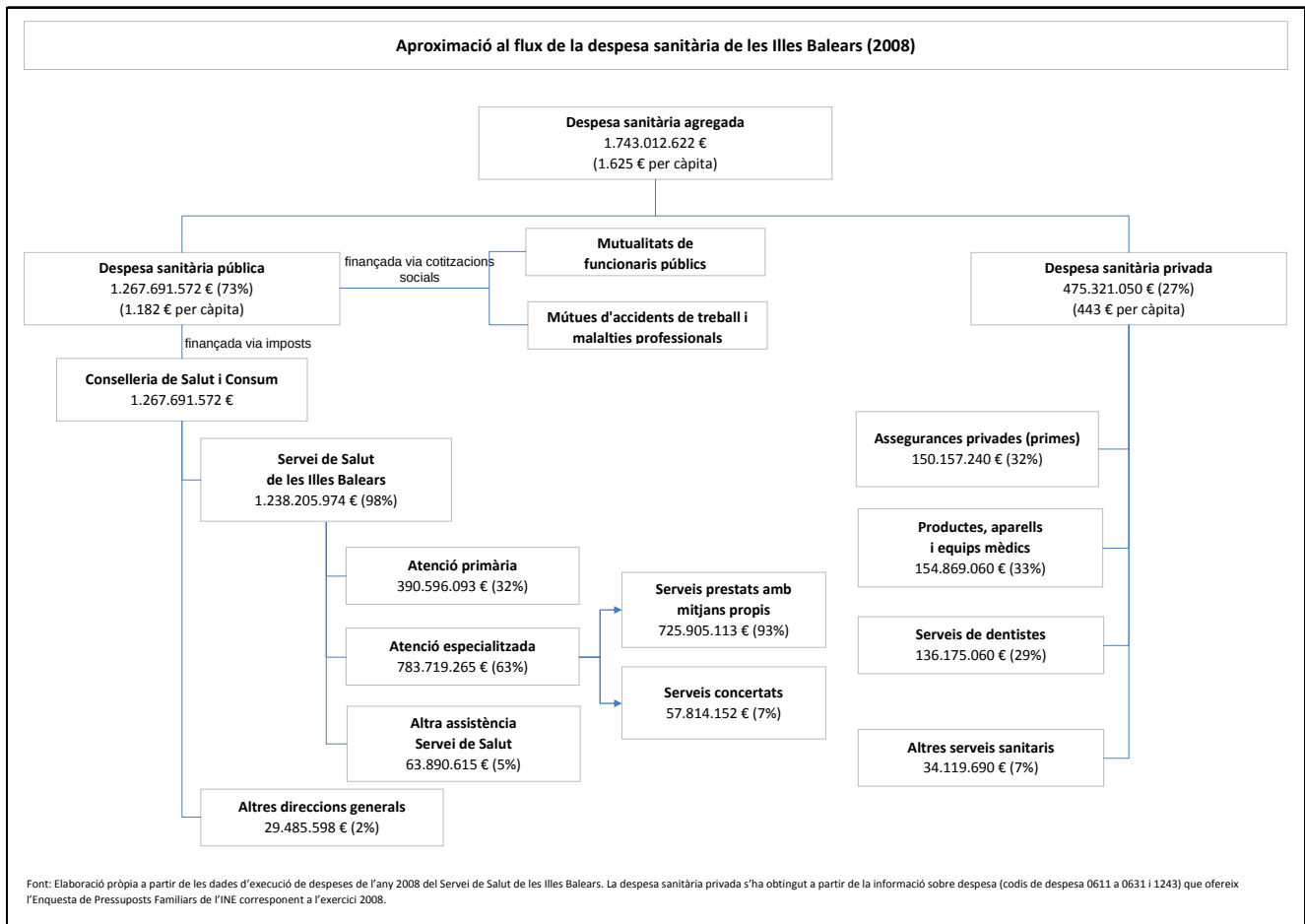
A més, el procés de transferències encara esdevindrà més traumàtic a causa de l'horitzó de nous reptes que hauran d'afrontar les Illes Balears en el desenvolupament de l'estat del benestar i que van lligats també a un canvi radical del parc públic d'infraestructures sanitàries, que en bona mesura havia quedat desfasat. La demostració d'aquest fet és que 10 anys després (2009) el diferencial entre les Illes Balears i la mitjana estatal gairebé s'ha triplicat passant a ser de 278 euros, de forma que la despesa pública per persona protegida a Balears se situa en els 1.066 euros front als 1.344 euros de mitjana en el conjunt de l'Estat espanyol.

5. *Despesa sanitària pública i privada*

A l'hora de parlar de finançament pertoca en primer lloc aproximar la despesa en serveis de salut que es produeix a les Illes Balears. Per tant, quan ens referim a la despesa sanitària, cal considerar, a banda de la despesa pública, la despesa que realitzen els ciutadans a partir de la seva renda disponible, això és, una vegada descomptats els impostos de la seva renda bruta. A aquesta despesa l'anomenem despesa privada i es pot estimar a partir dels conceptes de despesa relacionats amb la sanitat que ens proporciona l'Enquesta de Pressuposts Familiars de l'INE.

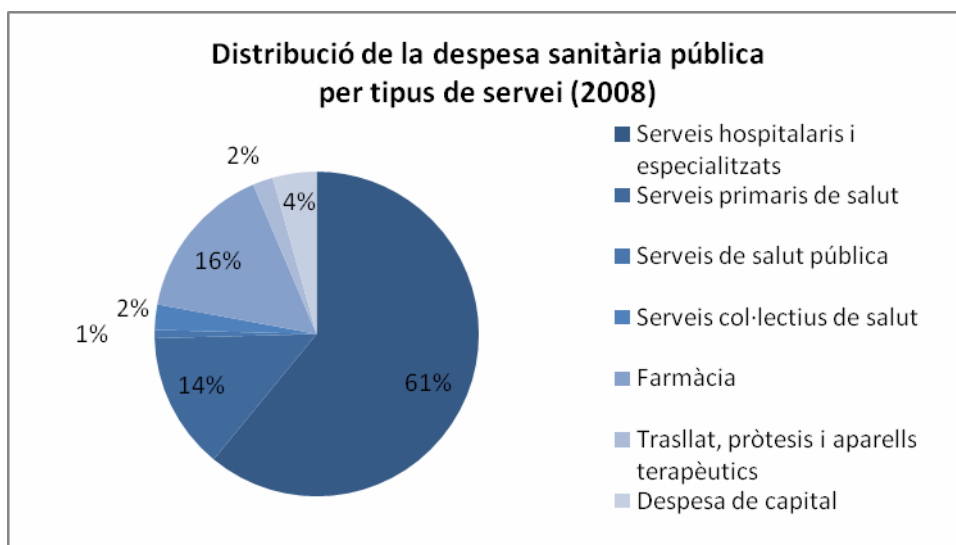
El flux de la despesa sanitària de les Illes Balears s'aproxima en el diagrama que segueix a continuació.

Gràfic 5.1:



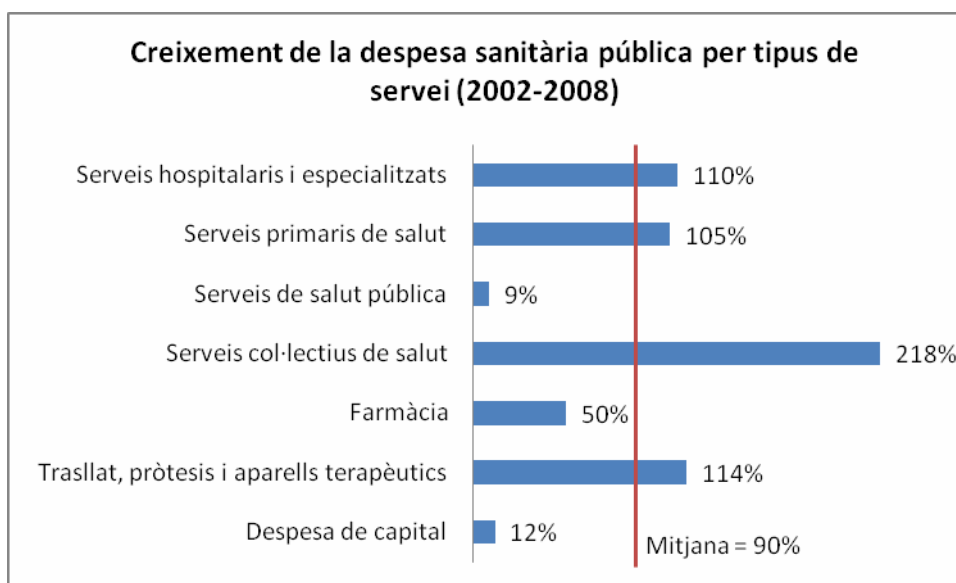
L'esquema posa de relleu que del total de despesa sanitària a les Balears un 73% es realitza en el sistema públic i la resta en els centres de titularitat privada. Per una banda, la despesa sanitària pública es destina bàsicament a l'atenció primària (32%) i sobretot a l'atenció especialitzada (63%). L'atenció especialitzada es presta en un 93% a partir de mitjans propis i en un 7% a partir de serveis concertats.

Gràfic 5.2:



Des de la perspectiva funcional, la despesa sanitària pública s'ha generat majoritàriament a partir de la prestació de serveis hospitalaris i especialitzats, que representen un 61% de la despesa (6 punts més que la mitjana estatal), de serveis primaris de salut, que en signifiquen un 14% (front al 16% de mitjana), i de farmàcia (16%, front al 19%).

Gràfic 5.3:



Els tipus de prestacions que han mostrat un major increment per al període 2002-2008 ha estat els serveis col·lectius de salut (218%), els trasllats, pròtesis i aparells terapèutics (114%), els serveis hospitalaris i especialitzats (110%) i els serveis primaris de salut (105%), tots ells per sobre de la mitjana (90%). Per la seva banda, la farmàcia (50%),

els serveis de salut pública (9%) i la despesa de capital (12%) han experimentat creixements més moderats.

A la taula que segueix a continuació es pot observar l'evolució de la despesa sanitària pública de les Illes Balears canalitzada a través de la Conselleria de Salut i Consum. La despesa de la conselleria es focalitza en un 98% en el Servei de Salut de les Illes Balears (Ib-Salut), corresponent el 2% restant a les altres direccions generals dependents de la mateixa conselleria. La despesa de l'Ib-Salut es pot descompondre alhora entre la generada pels centres propis i aquella que correspon a centres aliens¹².

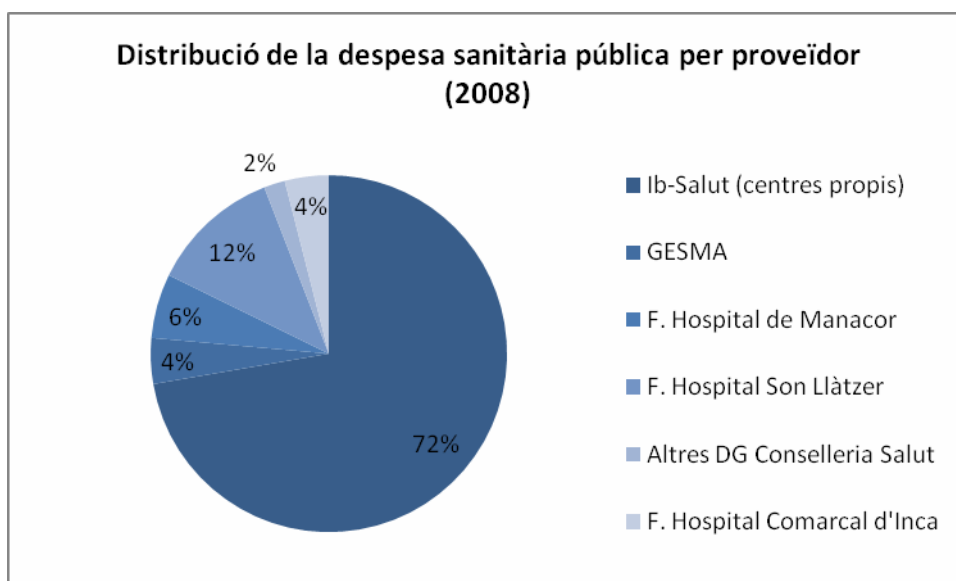
Taula 5.1: Despesa centres Ib-Salut, 2002-2008

	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008
Conselleria de Salut i Consum	690	799	874	1.064	1.078	1.210	1.312
Ib-Salut	669	781	854	1.043	1.055	1.187	1.287
Ib-Salut - Centres propis	536	615	675	771	789	881	948
Ib-Salut - Centres aliens	133	166	179	272	266	306	339
GESMA	34	38	36	44	46	52	54
F. Hospital de Manacor	36	45	51	57	93	73	77
F. Hospital Son Llätzer	62	83	92	171	126	144	155
F. Hospital Comarcal d'Inca	--	--	--	--	1	36	52
Altres DG Conselleria Salut i Consum	21	19	20	21	23	22	25

La despesa efectuada pels centres propis de l'Ib-Salut (incloent els Serveis Centrals), representa el 72% de la despesa sanitària pública, percentatge en el qual hi té una marcada influència la presència de l'hospital de referència de les Illes Balears, l'Hospital Universitari Son Dureta.

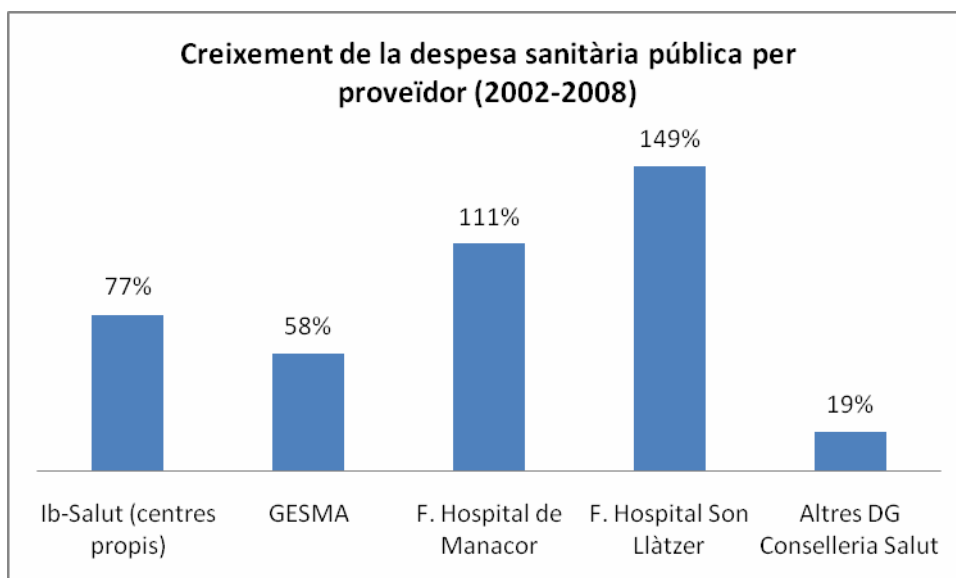
¹² Cal precisar en aquest punt que aquests últims són considerats "aliens" únicament en tant que compten amb una figura jurídica (empresa pública, fundació, etc.) diferenciada respecte de l'Ib-Salut, si bé la seva gestió segueix la mateixa coordinació per part dels Serveis Centrals de l'Ib-Salut que la resta de gerències considerades en aquest cas com a centres propis (Hospital Universitari Son Dureta, Gerència d'Atenció Primària de Mallorca, gerències d'Atenció Primària i Atenció Especialitzada de Menorca i d'Eivissa i Formentera, i Gerència del 061).

Gràfic 5.4:



Pel que fa als centres considerats aliens, la Fundació Hospital Son Llàtzer significa el 12% de la despesa sanitària pública, essent aquesta gerència la que ha generat percentualment un increment més important de la despesa durant el període 2002-2008, de gairebé un 150%.

Gràfic 5.5:

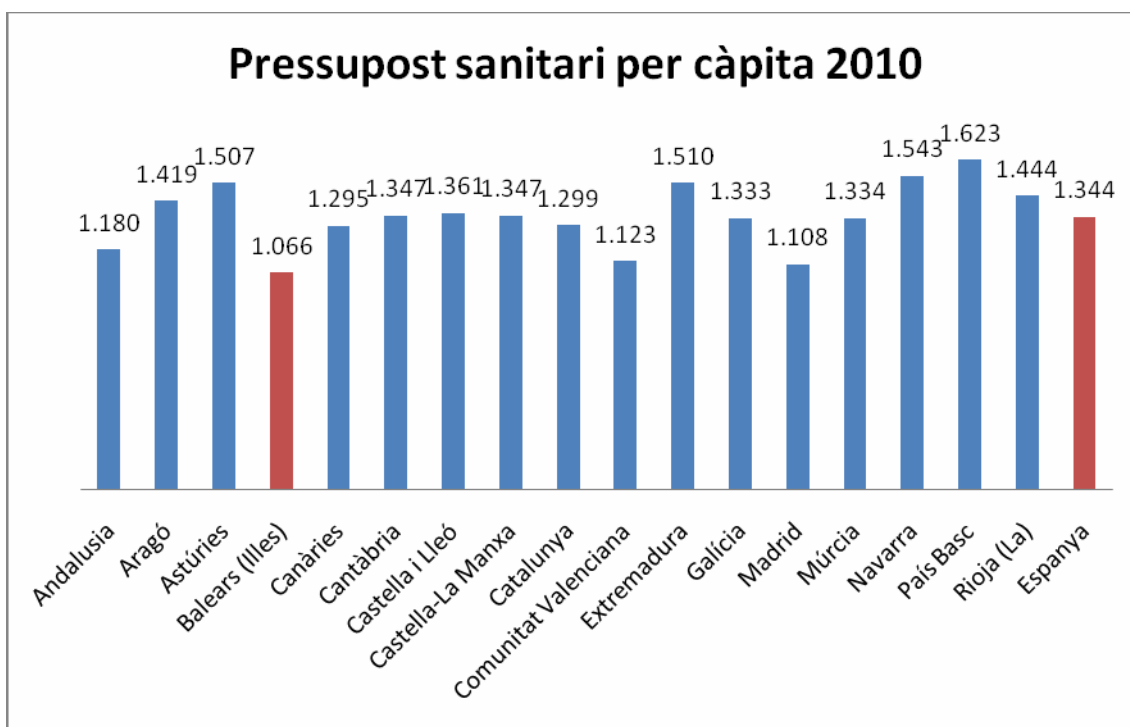


Finalment, també és important de ressenyar que durant el període analitzat, a banda de l'obertura d'un important nombre de nous centres de salut, s'han obert dos hospitals de nova planta (l'Hospital Comarcal d'Inca i l'Hospital de Formentera), alhora que també

ha obert l'Hospital General de Menorca, en aquest cas en substitució i com a ampliació de l'antic Hospital Verge del Toro.

Com hem vist abans, en termes de despesa sanitària pública per persona protegida les Illes Balears se situen força per sota de la mitjana espanyola. Així, en el gràfic (5.2) que es mostra a continuació en què es comparen els pressuposts per càpita 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 càpita (País Basc) és de 557 euros.

Gràfic 5.6:

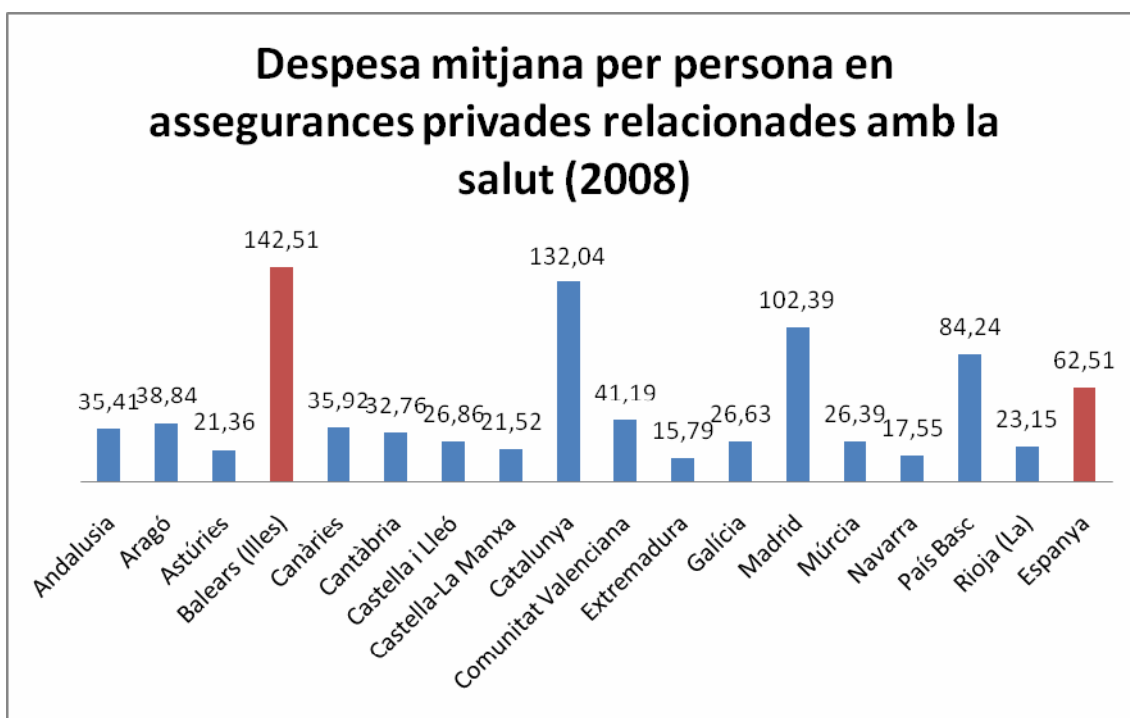


Font: Elaboració pròpia a partir de Ministerio de Sanidad y Consumo (2009b): Recursos del Sistema Nacional de Salud. Presupuestos iniciales para Sanidad de las Comunidades Autónomas, la Administración Central y la Seguridad Social.

Prenent de referència el diferencial entre el pressupost inicial per càpita de les Illes Balears i la mitjana estatal, es constata que, d'acord amb la seva població, les Illes Balears disposen d'un pressupost de salut inferior en aproximadament 300 milions d'euros a la mitjana de les comunitats autònomes.

Per altra banda, i en contraposició amb les dades de despesa pública, la despesa sanitària privada va suposar una despesa per càpita de 443 €, el 27% de la despesa total. Aquest percentatge s'ha de relacionar amb el volum de població amb assegurança privada a les Illes Balears, que proporcionalment és el més alt de totes les comunitats autònomes. Al 2008, el diferencial es manté tot i la important disminució a les Illes Balears (-12%) de la despesa en primes d'assegurances sanitàries, una dinàmica ben segur relacionada amb l'efecte de la crisi econòmica.

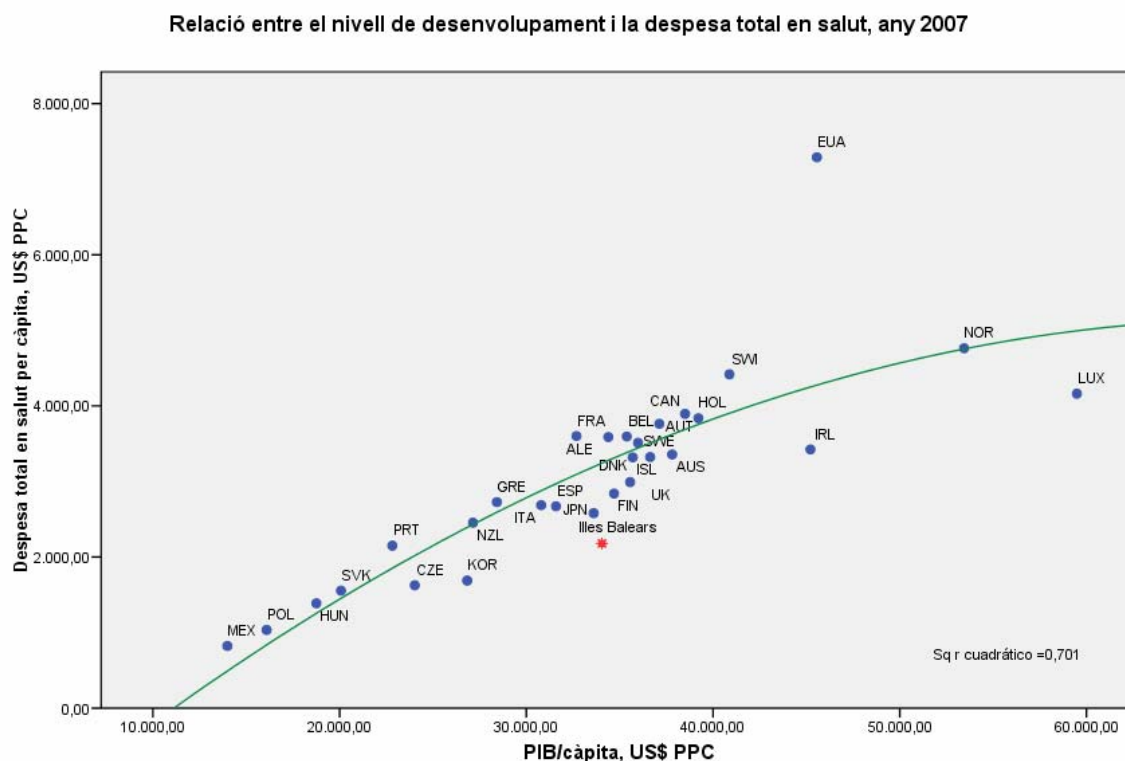
Gràfic 5.7:



Font: Elaboració pròpia a partir de l'Instituto Nacional de Estadística (2010c): Encuesta de presupuestos familiares.

Quan comparem les dades de despesa sanitària de les Illes Balears, com si fos una observació més, amb la resta de països desenvolupats de la OCDE, trobem que la nostra comunitat es troba molt per sota del que correspondria al seu nivell de desenvolupament (gràfic 5.4) segons l'ajustament que ens dona un major coeficient de determinació (que explica la relació entre nivell de desenvolupament i despesa sanitària total).

Gràfic 5.8:



Font: Elaboració pròpia a partir de Health Data 2009, OCDE, i INE.

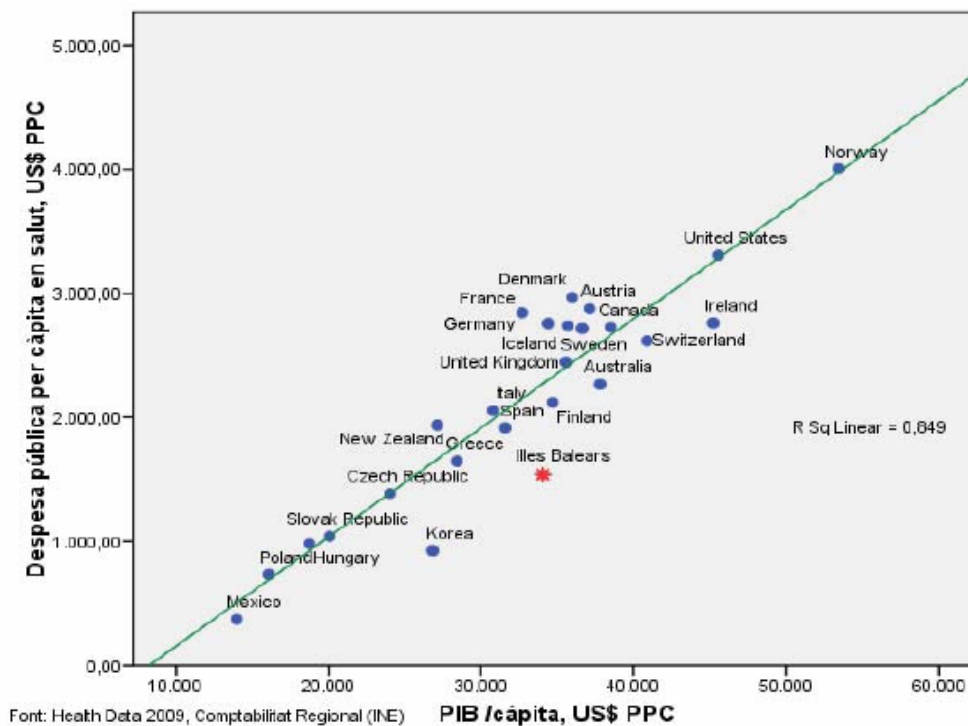
Les dades referents a la despesa per càpita pública en salut de Portugal, Japó i Luxemburg són del 2006

Aquestes diferències són encara més notables quan comparem la despesa sanitària pública, ajustada per nivell de desenvolupament econòmic, amb la resta de països del nostre entorn. Així les Illes Balears seguirien sent l'observació amb una pitjor dotació de recursos i activitat sanitària finançada públicament, pel seu grau de desenvolupament. També tot i que existeix una major variabilitat entre països, i per tant la relació no és tan lineal i fins i tot descriu una situació de rendiments decreixents i negatius per a les observacions amb una major nivell de desenvolupament¹³, quan comparem l'esforç que realitzen els països per finançar els serveis de salut (quin percentatge de la riquesa del país dediquen als serveis sanitaris finançats públicament) es manté l'esmentada infradotació relativa per al cas de les balears.

¹³ Aquest fenomen es deu a l'elasticitat-renda dels serveis sanitaris. En estadis inicials o mitjans de desenvolupament, el creixement de la riquesa del país suposa un increment marginal dels recursos públics destinats a salut superior a la unitat (a mesura que el país és més ric la societat té una major preferència social) ja que la societat valoren més aquests serveis i per tant estan disposats a que els governs i destinin més recursos, de manera que puguin disposar de serveis sanitaris de major qualitat i cobreixin una cartera de prestacions més àmplia. Ara bé, quan els països assolixen un nivell de desenvolupament suficientment alt, el component individual canvia...

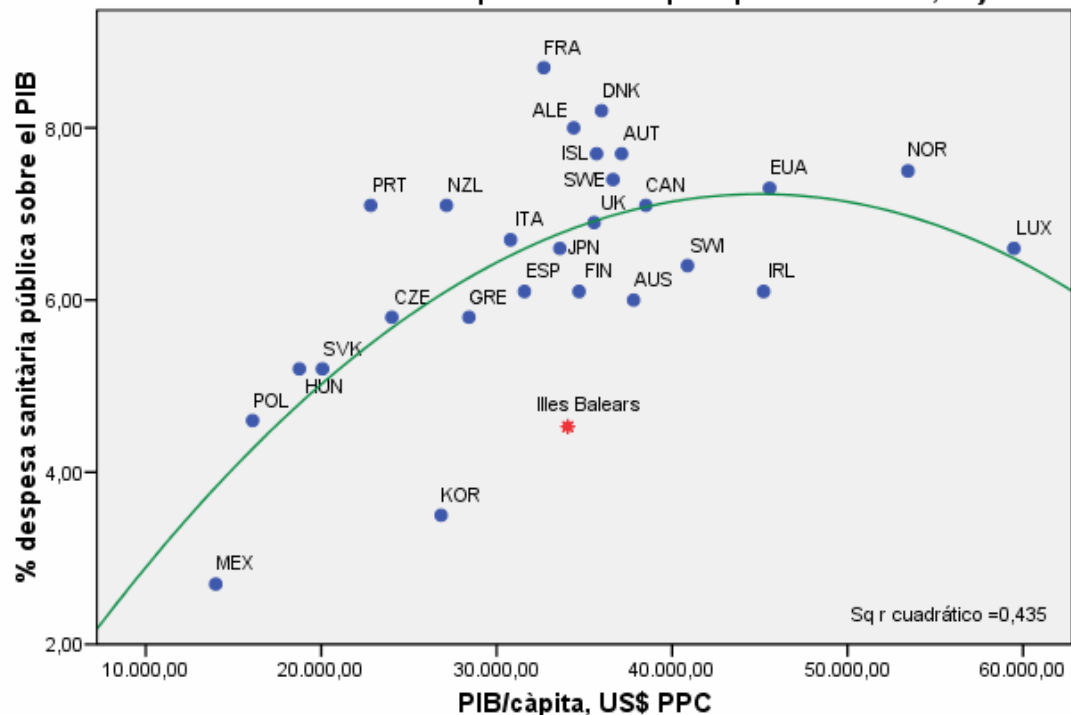
Gràfic 5.9:

Relació entre la despesa pública per càpita en salut i el nivell de desenvolupament dels països, 2007



Gràfic 5.10:

Relació entre el nivell de desenvolupament i la despesa pública en salut, any 2007

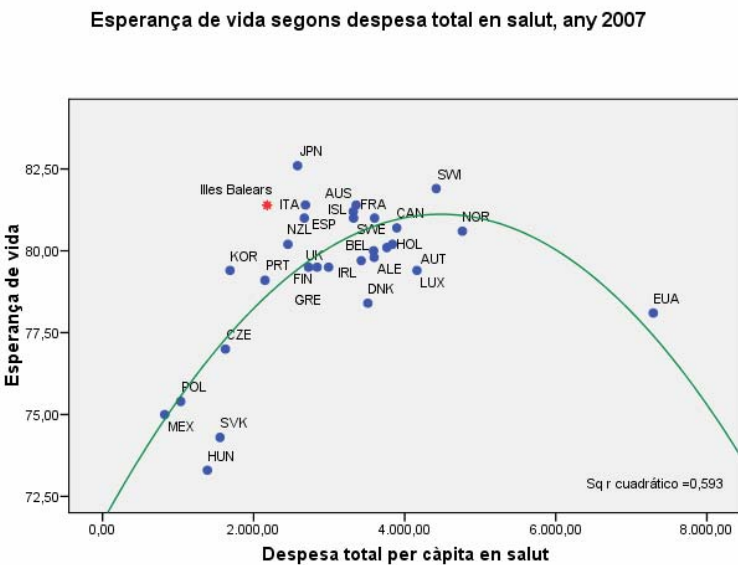


Font: Elaboració pròpia a partir de Health Data 2009, OCDE, i INE.

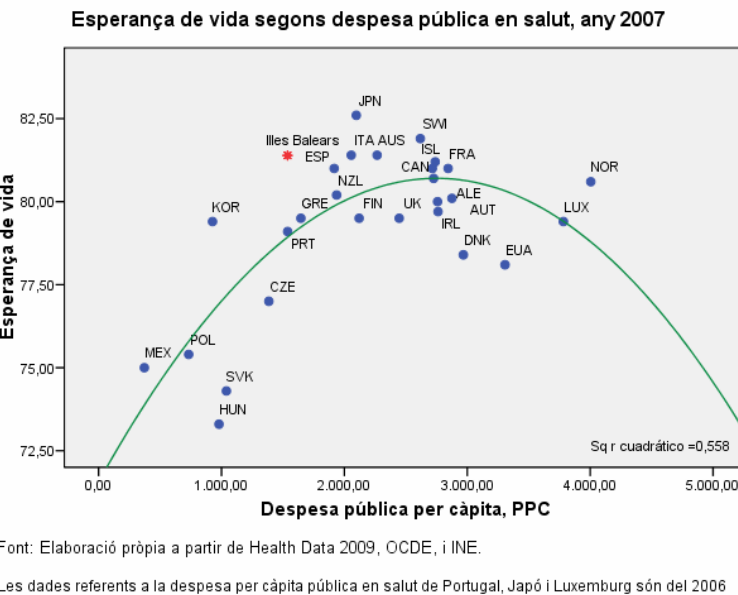
Les dades referents a la despesa per càpita pública en salut de Portugal, Japó i Luxemburg són del 2006

Ara bé, si contrastem els indicadors de despesa sanitària (total, pública o privada) amb els resultats de salut (aproximat aquí per l'esperança de vida al néixer) de cada país, la qual cosa ens indicaria l'eficiència relativa de cada país i tipus de provisió de l'assistència sanitària, trobem que les Illes Balears destaquen per ser una de les observacions amb millor resultat de salut tot i l'escassa dotació de recursos destinada als serveis sanitaris.

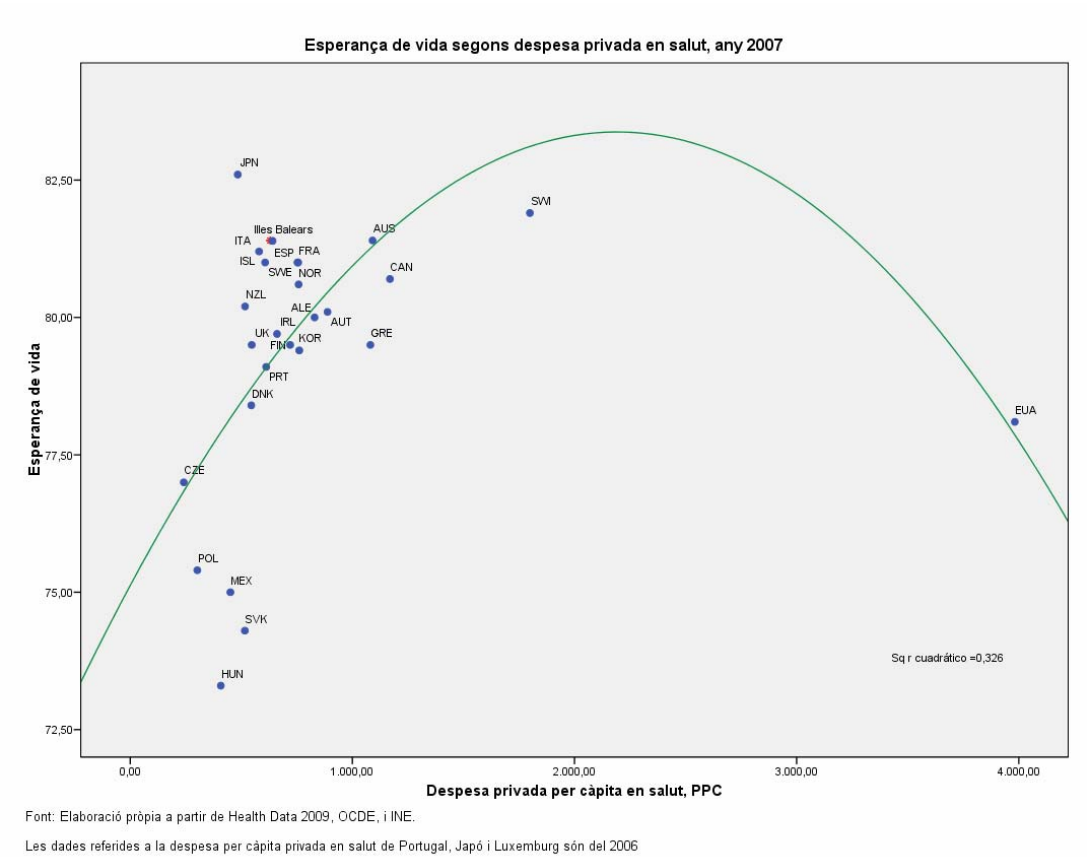
Gràfic 5.11:



Gràfic 5.12:



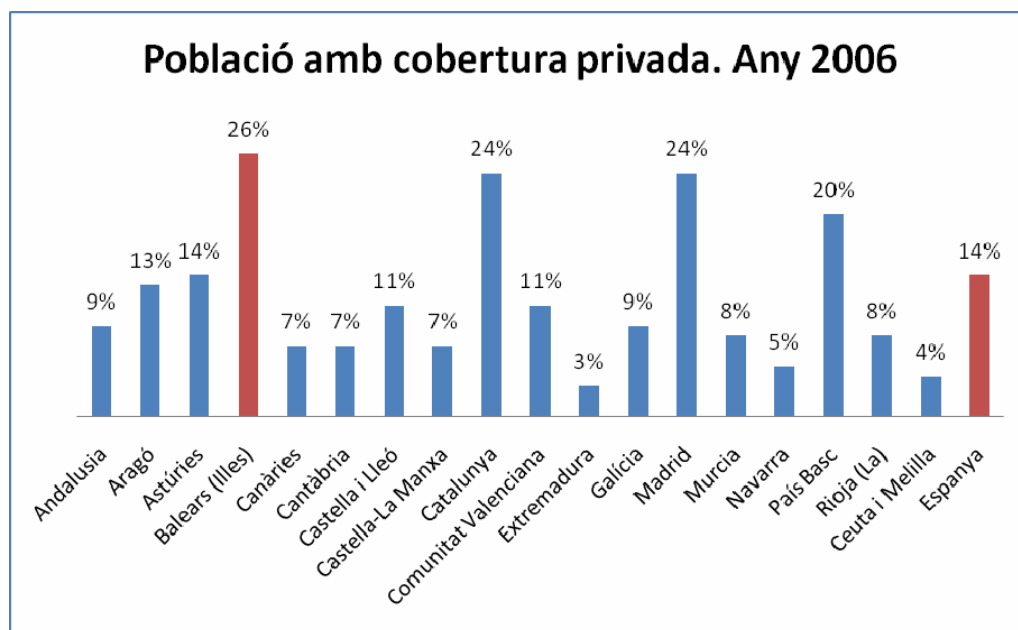
Gràfic 5.13:



6. Mapa de recursos sanitaris: la cohabitació pública i privada

Així doncs, un dels trets més característics del sistema sanitari balear és sens dubte el pes que hi té la sanitat de titularitat privada. El percentatge de població amb cobertura privada a les Illes Balears –el 26% (segons la darrera dada de l'ESIB 07, el 29,1% de la població tenia una assegurança privada i el 27,6% tenia cobertura pública i privada simultàniament), el més alt de totes les comunitats autònomes i gairebé el doble de la mitjana estatal (14%)– té la seva translació, pel que fa a l'atenció especialitzada, en la presència d'un important nombre d'hospitals de titularitat privada. Aquest fenomen, singular i definitori de la xarxa hospitalària a les Illes Balears, cal atribuir-lo, juntament a l'extensió de la doble assegurança (pública i privada) abans esmentada i que entenem lligada al progrés socioeconòmic de la comunitat balear, al paper supletori que històricament han vingut desenvolupant els hospitals de titularitat privada davant una xarxa pública que fins fa pocs anys era clarament precària. Com tampoc no podem perdre de vista el suport que la sanitat de titularitat privada dóna al contingent de turistes que cada any visiten les nostres illes, erigint-se en un element de valorització del model turístic que complementa l'oferta de serveis que gaudeixen les persones que ens visiten.

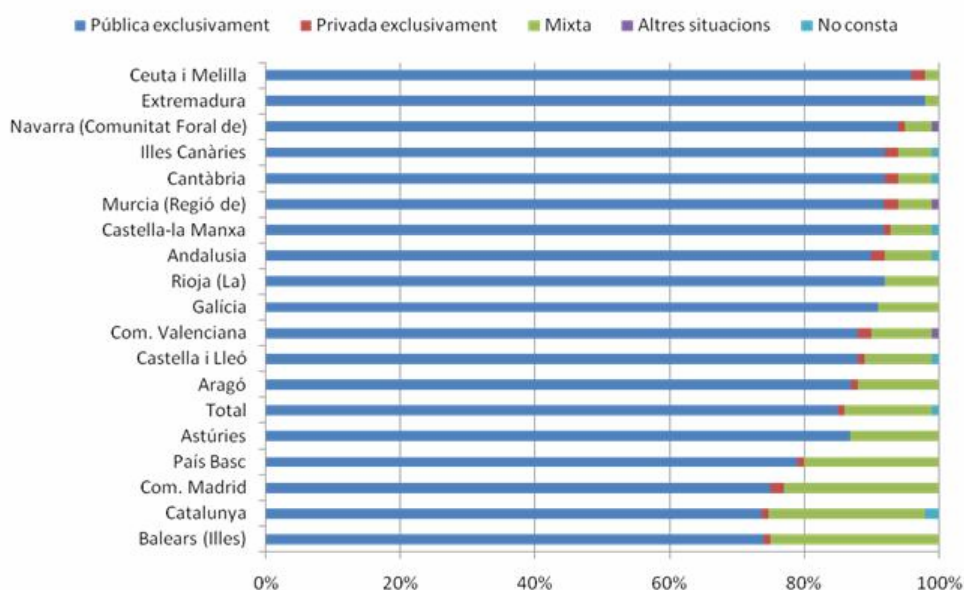
Gràfic 6.1:



Font: Elaboració pròpia a partir de l' Instituto Nacional de Estadística (2008) Encuesta Nacional de Salud 2006

Gràfic 6.2:

Modalitat de cobertura sanitària de la població per comunitats autònomes



Font: Memòria del CES 2008 (a partir d'INE. Enquesta Nacional de Salut 2006)

D'aquesta forma, tot i el creixement experimentat en els darrers anys per l'oferta hospitalària pública, més de la meitat dels hospitals de les Illes Balears i gairebé el 40% dels llits d'hospitalització eren el 2007 de titularitat privada. El nombre de quiròfans privats (54) era fins a desembre de 2006 major que el de quiròfans públics (50), si bé l'obertura dels nous hospitals públics al llarg del 2007 (Hospital Comarcal d'Inca, Hospital Mateu Orfila i Hospital de Formentera) ha capgirat aquesta proporció, creixent el nombre de sales d'operacions públiques en un 22% en el darrer any.

En aquest mateix ordre de coses, no se'ns pot escapar que la consolidació de la xarxa hospitalària pública, amb l'entrada en funcionament dels nous hospitals, ha introduït elements de tensió que estan obligant ja al sector privat a un reposicionament estratègic, que al 2007 va significar per exemple el tancament de l'Hospital d'Alcúdia. Les alternatives que ara mateix té sobre la taula el sector privat són, d'una banda, canalitzar l'oferta cap als serveis que el sector públic no subministra o bé subministra a una qualitat inferior a l'acceptable per a determinats grups de població i, de l'altra, actuar per compte del sector públic assumint la prestació de serveis finançats públicament, complementant-ho en aquest cas amb prestacions fora de catàleg. Explorar aquesta segona línia voldria dir acostar el sistema sanitari balear a models com ara el català, amb una ja llarga trajectòria de simbiosi entre sanitat pública i privada (per mitjà, en

aquest cas, principalment de la concertació de serveis), o bé a l'experiència, en aquest cas més recent, d'altres comunitats autònomes, com Madrid o la Comunitat Valenciana, que estan apostant per la concessió a empreses privades de la gestió dels serveis assistencials i/o no assistencials. De fet, aquest últim model, circumscrit als serveis de caràcter no pròpiament assistencial, és el model de gestió que s'ha triat per al nou de referència de Son Espases.

Les dades d'alta tecnologia hospitalària també són força significatives respecte de la posició estratègica del sector privat dins la xarxa hospitalària balear. En aquest cas, els hospitals de titularitat privada han constituït tradicionalment l'avantguarda en la incorporació de noves tecnologies, permetent a la sanitat pública retardar en el temps la costosa inversió que suposa implementar l'alta tecnologia gràcies al concert en primera instància d'aquests serveis amb la sanitat privada. Prova d'això és que la dotació d'alta tecnologia dels hospitals de titularitat privada, exceptuant alguns casos com ara els equips d'hemodiàlisi, ha estat fins ara superior en conjunt a la dels hospitals dependents del Servei de Salut.

Mapa de recursos sanitaris

Els recursos sanitaris de què disposen les Balears per atendre la població (resident i la flotant) són els de l'atenció primària i de l'atenció hospitalària pública i privada. Pel que fa als recursos d'atenció primària, la immensa majoria són de titularitat i de gestió pública, atès que les cobertures privades contempnen l'accés directa al metge especialista. Mentrestant, els recursos de l'atenció hospitalària comprenen 10 hospitals públics (7 d'aguts, 2 de mitjana i llarga estada i 1 de psiquiàtric) i 13 hospitals privats (10 amb afany de lucre i 3 sense afany de lucre).

A) Els recursos de l'atenció primària

La Xarxa d'Atenció Primària a les Illes Balears consta de 55 equips d'atenció primària que treballen a 55 centres de salut i a 104 unitats bàsiques de salut (UBS), 5 serveis d'urgències (SUAP) i 26 punts d'atenció continuada (PAC).

Taula 6.1: Recursos d'atenció primària

	Mallorca	Menorca	Eivissa- Formentera	Illes Balears
Centres de salut	44	5	6	55
Unitats bàsiques de salut	86	7	11	104
Serveis d'urgències (SUAP)	1	2	2	5
Punts d'atenció continuada (PAC)	22	0	4	26

Font: Font: Memòria del CES 2008 (a partir d'Ib-Salut)

Al llarg del 2008 s'han obert 4 centres de salut (2 a Mallorca, 1 a Menorca i 1 a les Pitiüses).

El nombre de persones que varen treballar en atenció primària a les Illes Balears sumaren un total de 3.200. En plantilla, varen ser 2.417. Per col·lectius, un 35,5% dels professionals són metges, un 36,4% són infermers i auxiliars d'infermeria i la resta (28,1%) està constituït per altres professionals.

B) Els recursos de l'atenció hospitalària

Els hospitals de les Illes Balears es poden classificar, d'acord amb el Reial decret 1277/2003, pel qual s'estableixen les bases generals sobre l'autorització de centres, serveis i establiments sanitaris, des de dues perspectives: 1) segons la seva titularitat, entre públics i privats, distingint en aquest cas entre els que són amb afany de lucre i sense, o 2) segons la seva finalitat, en hospitals generals, hospitals de salut mental i hospitals de mitjana i llarga estada. La normativa actual defineix els hospitals generals com els hospitals destinats a atendre pacients afectats per patologies agudes; 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.

Taula 6.2: Mapa de recursos hospitalaris de les Illes Balears (2008)

Titularitat	Tipus	Finalitat	Centre	Llits			Activitat d'hospitalització			Activitat quirúrgica			Activitat ambulatoria	
				Instal·lats	En funcionament	I-F	Ingressos	Estades	Estada mitjana	Interv. quirúrgiques programades (% ambulatories)	Interv. quirúrgiques urgents (% ambulatories)	Parts (% cessàries)	Primeres consultes / successives	Urgències
Pública	Aguts	General	Hospital Son Dureta	810	745	65	77.355	547.154	7,1 dies	46.214 (57%)	10.566 (9%)	9.101 (21%)	382.472 / 840.081	450.627
		General	Hospital Son Llàtzer	426	377	49								
		General	Hospital de Manacor	231	228	3								
		General	Hospital Comarcal d'Inca	158	155	3								
		General	Hospital Mateu Orfila	142	142	0								
		General	Hospital Can Misses	181	175	6								
		General	Hospital de Formentera	12	12	0								
	Sociosanitari	Mitja estada	Hospital General de Mallorca	75	72	3	2.277	53.355	23,4 dies	2.199 *	0	0	5.440 / 12.461	0
		Mitja estada	Hospital Joan March	108	102	6								
		Salut Mental	Hospital Psiquiàtric	171	156	15	44	53.497	-	0	0	0	0	0
		Llarga estada - Residència	Residència Assistida Cas Serres ***	166	152	14	-	-	-	-	-	-	-	-
	Total centres de titularitat pública			2.480	2.316	164	79.676	654.006	8,2 dies	48.413	10.566	9.101	387.912 / 912.542	450.627
Privada	Amb ànim de lucre	General	Policlínica Miramar	215	191	24	63.013	202.772	3,2 dies	41.066 (27,7%)	1.479	3.353 (32%)	265.442 / 328.686	324.822

		General	Clínica Rotger	194	193	1								
		General	USP Clínica Palmaplanas	174	123	51								
		General	Clínica Juaneda	109	76	33								
		General	Clínica Femenia	95	90	5								
		General	Hospital General de Muro	84	44	40								
		General	Hospital d'Alcúdia **	32	32	0								
		General	Clínica Menorca **	31	31	0								
		General	Policlínica Verge de Gràcia	25	25	0								
		General	Policlínica Nostra Senyora del Rosari	82	80	2								
	Sense ànim de lucre	Mútua d'accid. de treball i malalt. profes.	Mútua Balear	40	29	11	1.544	4.077	2,6 dies	1.151	87	0	17.677 / 26.581	12.597
		Medicoquirúrgic	Hospital Sant Joan de Déu	150	150	0	4.227	65.687	15,5 dies	9.942 (16,2%)	0	0	48.957 / 40.691	0
		Medicoquirúrgic	Hospital Creu Roja	78	42	36								
	Total centres de titularitat privada				1.309	1.106	203	68.784	272.536	4,0 dies	52.159	1.566	3.353	332.076 / 395.958
TOTAL				3.789	3.422	367	148.460	926.542	6,2 dies	100.572	12.132	12.454	719.988 / 1.308.500	788.046

* Durant el 2008 l'Hospital General va tancar el seu bloc quirúrgic, culminant el procés de reconversió en hospital de mitja estada sociosanitària.

** La Clínica Menorca i l'Hospital d'Alcúdia varen tancar a final de l'any 2008.

*** La major part dels llits instal·lats són residencials, si bé està catalogat com a centre hospitalari de llarga estada.

Font: Memòria del 2008 (a partir de SIESCRI i Ib-Salut)

El quadre anterior ofereix l'escenari del sistema sanitari balear, diferenciat de la resta de comunitats autònomes, com s'ha comentat, per l'alta presència de població amb doble assegurança (resident i flotant) i d'hospitals de titularitat privada.

En la part superior del quadre es troben els set hospitals de titularitat pública classificats com a generals, que conformen el gruix del sistema sanitari balear d'aguts (IB-salut). Cal tenir en compte que l'oferta pública d'hospitalària es va ampliar en gran manera a partir de l'any 2007, amb l'obertura de l'Hospital Comarcal d'Inca, l'Hospital Mateu Orfila i l'Hospital de Formentera. Amb tot, a Mallorca es concentren quatre hospitals públics d'aguts, els dos més grans situats a Palma —Son Dureta i Son Llàtzer—, i a l'espera que s'inauguri el nou Hospital de Son Espases. Menorca, Eivissa i Formentera en disposen d'un per a cada illa.

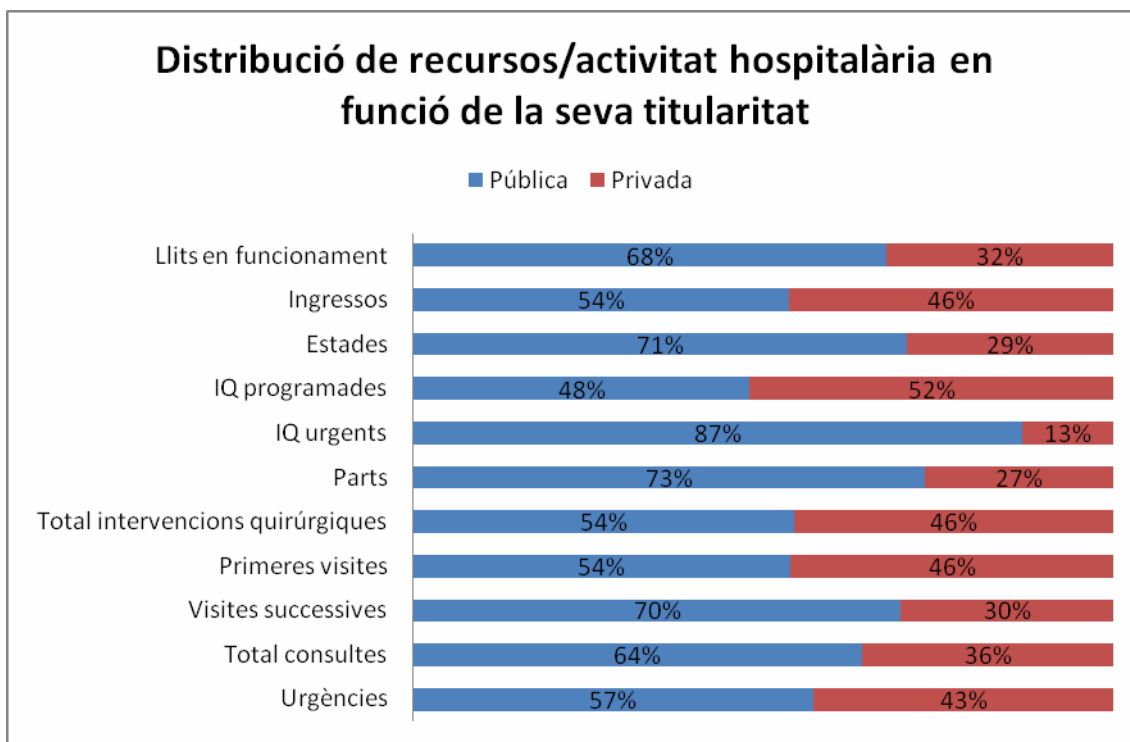
L'altre subgrup d'hospitals públics el constitueixen els hospitals de mitjana i llarga estada i l'únic hospital de salut mental, tots aquests ubicats a Mallorca, excepte Cas Serres a Eivissa, que, tot i que està classificat com un hospital, funcionalment és una residència geriàtrica.

A la part inferior del quadre hi ha els hospitals de titularitat privada, amb afany lucre i sense, més nombrosos que els públics (13 en total per 10 de públics), però de menys dimensió global i concentrats sobretot a Palma. Segons la seva finalitat, es divideixen amb afany de lucre i sense afany de lucre, encara que aquesta distinció és difusa. De totes maneres, els hospitals sense afany de lucre, gràcies als concerts, són d'ús majoritàriament públic.

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

Els hospitals públics generals, d'aguts, presenten tant una major dotació d'infraestructures com de treballadors, mentre que la dotació d'alta tecnologia, exceptuant alguns casos com ara els equips d'hemodiàlisi, està molt repartida entre els hospitals de titularitat privada i pública.

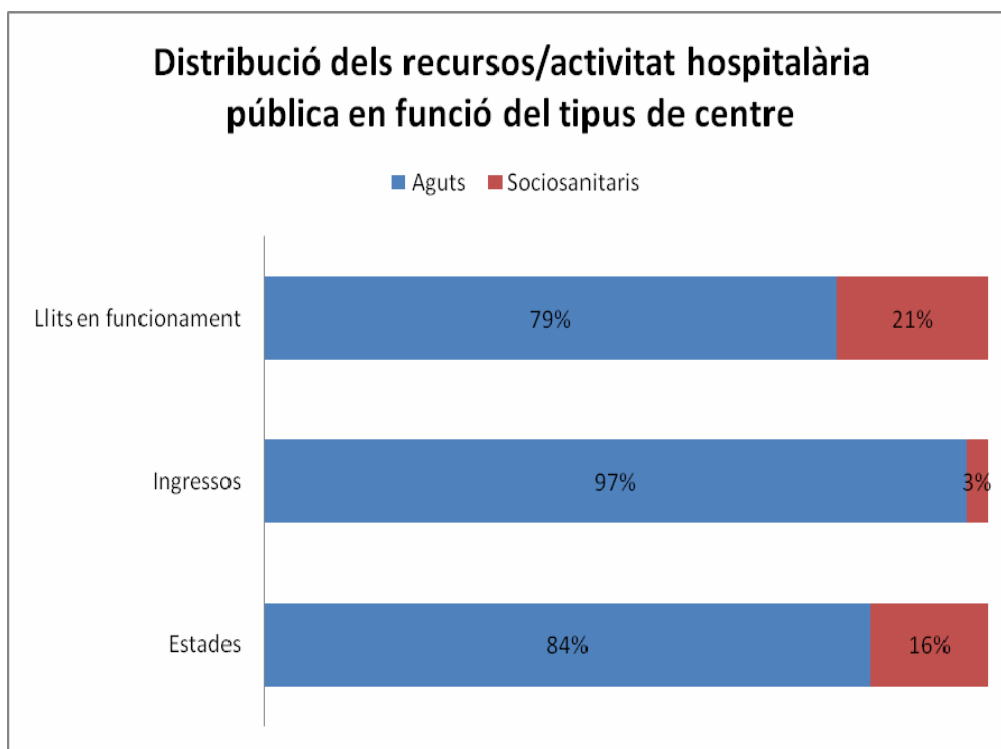
Gràfic 6.3:



Font: Elaboració pròpia a partir del SIESCRI i Ib-Salut

D'aquesta manera, el parc de llits instal·lats a les Balears fou de 3.424 al llarg del 2008, dels quals el 51,7% varen correspondre a hospitals generals públics, el 4,8% a hospitals de mitjana i llarga estada, el 4,3% a l'hospital psiquiàtric, el 27,5% a hospitals privats amb afany de lucre i el 7,1% a hospitals privats sense afany 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.

Gràfic 6.4:



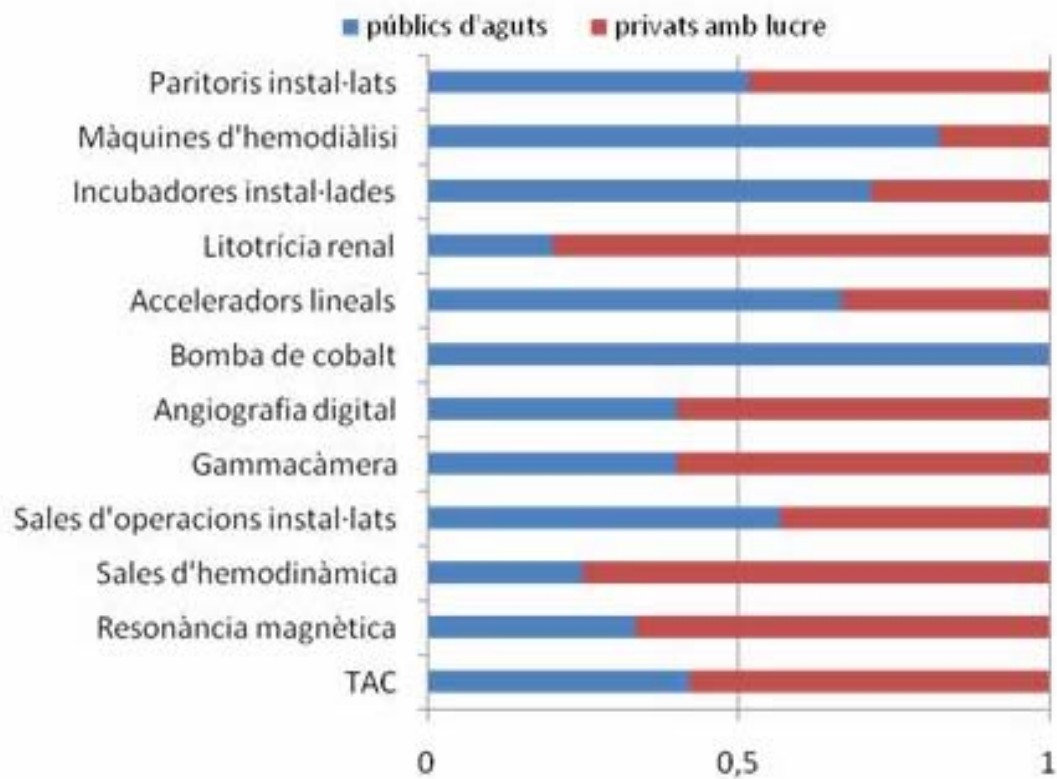
Font: Elaboració pròpia a partir del SIESCRI i Ib-Salut

Pel que fa al nombre de treballadors del sistema sanitari, aproximadament el 36% es troba la xarxa privada. L'estructura del personal que treballa en el sistema públic i privat és diferent. Així, als centres hospitalaris de l'IB-Salut un 15,8% dels professionals són metges, un 30,7% infermers, un 29,0% es classifica com a ajudants sanitaris —bàsicament auxiliars d'infermeria—, un 22,7% és personal no sanitari, propi o vinculat, i la resta són altres professionals, entre els quals hi ha els farmacèutics. 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% són infermers.

Pel que fa a l'equipament tecnològic, als hospitals de titularitat privada hi destaca la més alta concentració d'equips de litotrícia renal, de sales d'hemodinàmica i d'equips de ressonància magnètica. En canvi, a la xarxa hospitalària pública hi ha l'única bomba de cobalt de què es disposa a la comunitat autònoma i la gran majoria de sales d'hemodiàlisi i d'incubadores.

Gràfic 6.5:

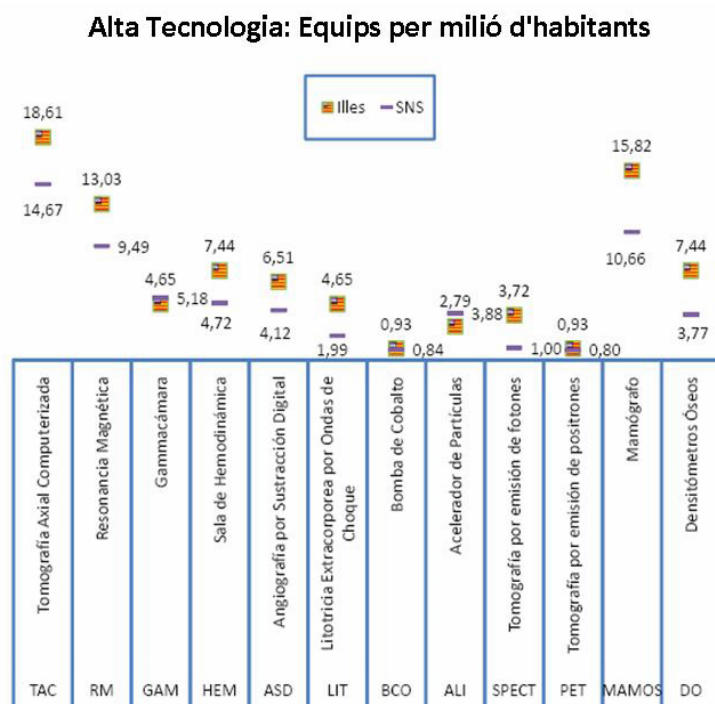
Equipament tecnològic dels hospitals públics i privats



Font: Memòria del CES 2008 (a partir de SIESCRI).

La singularitat del model assistencial balear es caracteritza per la molt alta presència de tecnologia a la xarxa privada i té la seva translació en termes de comparació territorial en el fet que a les Illes Balears hi ha més dotació d'alta tecnologia, per milió d'habitants, que a la resta d'Espanya, com s'observa en el gràfic següent:

Gràfic 6.6:



Font: Memòria del CES 2008 (a partir de SIESCRI i Ib-Salut)

L'activitat assistencial

En aquest subapartat es tracta l'activitat assistencial, que es divideix en els ítems següents: l'activitat de l'atenció primària, l'activitat hospitalària, les llistes d'espera quirúrgica i les consultes, els hospitals de mitjana i llarga estada i l'hospital psiquiàtric, i els trasplantaments i les donacions de sang i òrgans.

A) L'activitat de l'atenció primària

A la Xarxa d'Atenció Primària de les Illes Balears es varen atendre al llarg de 2008 un total de 7.413.591 visites, un 2,3% més que l'any anterior. Aquest increment s'explica per l'ascens significatiu de les visites en pediatria (6,4%) i en infermeria (3,7%), ja que el nombre de visites en medicina general va experimentar un creixement per sota de l'1%.

Taula 6.3:

QUADRE III-33. ATENCIÓ PRIMÀRIA A LES ILLES BALEARS (2008)				
	Illes Balears	Mallorca	Menorca	Eivissa-Formentera
Metge de família				
Total visites	3.990.108	3.256.671	308.860	424.577
Centre	3.959.572	3.231.642	304.607	423.323
Domicili	30.536	25.029	4.253	1.254
Freqüentació	4,35	4,53	3,81	3,63
Consulta/facultatiu/dia	32,49	32,94	31,98	29,74
Consulta/facultatiu/domicili/dia	0,25	0,25	0,44	0,09
Pediatría				
Total visites	694.542	543.998	63.210	87.334
Centre	694.236	543.743	63.168	87.325
Domicili	306	255	42	9
Freqüentació	4,77	4,79	4,79	4,69
Consulta/facultatiu/dia	22,21	21,74	23,35	24,61
Infermeria				
Total visites	2.728.941	2.205.715	224.545	298.681
Centre	2.612.985	2.114.353	212.613	286.019
Domicili	115.956	91.362	11.932	12.662
Freqüentació	2,57	2,65	2,38	2,21
Consulta/Inferm./dia	19,53	20,18	17,47	17,00
Consulta/facultatiu/domicili/dia	0,83	0,84	0,93	0,72

Font: Memòria del CES 2008 (a partir d'Ib-Salut).

Paral·lelament, pel que fa a la mitjana de visites per habitant i any (freqüentació), es va mantenir la tendència a la baixa que es registra des del 2005 pel que fa als metges de família, ja que hi ha hagut 4,35 visites per habitant i any. Per contra, quant als pediatres i el personal d'infermeria, aquesta ràtio va augmentar en relació amb l'any anterior, fins a arribar a les 4,77 i 2,57 visites per habitant susceptible de ser atès i any respectivament.

D'altra banda, els metges de família varen continuar essent el col·lectiu que va atendre més consultes per dia, fins a arribar a les 32,5 de mitjana diària per metge. Mentrestant,

les consultes per facultatiu i dia en el cas dels pediatres varen ser 22,2 de mitjana, i dels infermers, 19,5.

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

B) L'activitat hospitalària

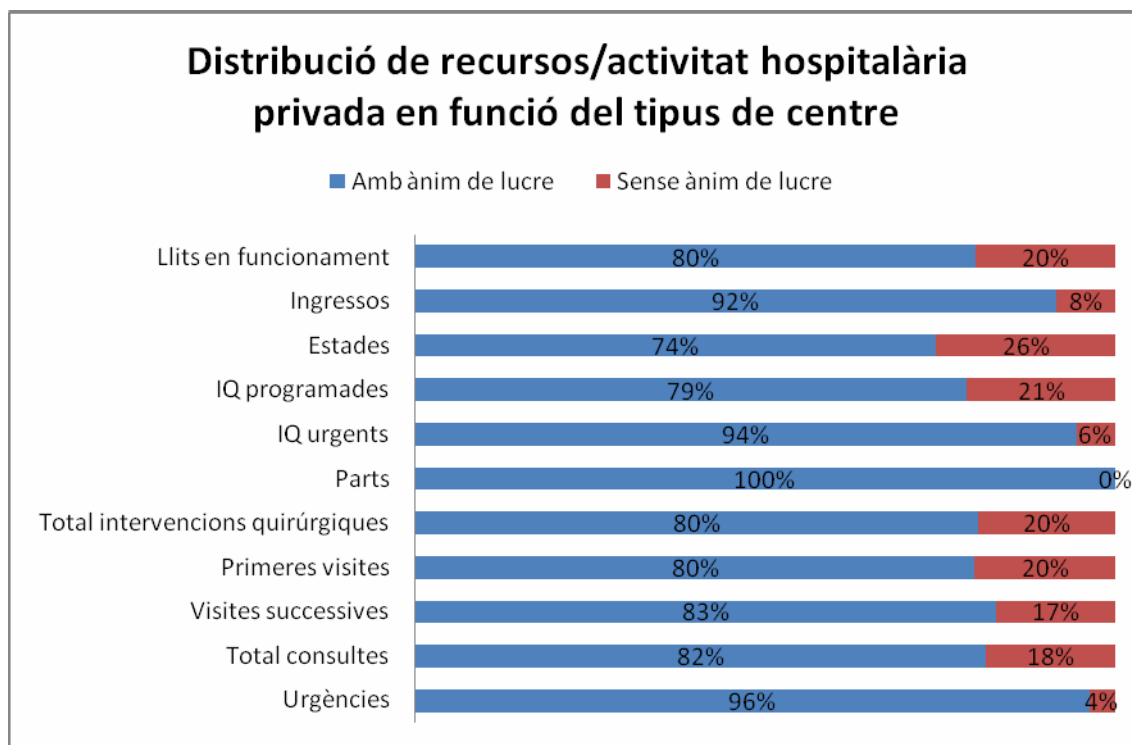
L'estructura del sistema sanitari balear es reflecteix també en l'activitat hospitalària, en què el sector privat té una presència més o menys intensa depenent del tipus d'activitat que es du a terme.

De fet, es pot comprovar com les implicacions de gestió són les que determinen les diferències entre els hospitals públics generals d'aguts i els hospitals privats. Els hospitals de mitjana i llarga estada, per la seva finalitat, funcionen a partir d'un engranatge distint.

Així, mentre que els ingressos hospitalaris estan pràcticament equilibrats entre tots dos sectors, el nombre d'estades és força superior a la sanitat pública. Això s'explica perquè hi ha més rotació als hospitals privats amb afany de lucre, on l'estada mitjana dels pacients és menys de la meitat que als públics d'aguts (3,2 dies enfront dels 7,1 dels públics d'aguts). Convé destacar, així mateix, les presumibles diferències, segons la tipologia dels centres, que poden existir en quant al tipus d'ingrés i la complexitat associada a aquest. Tot sembla indicar que els centres privats han adquirit una major rellevància en quant a la realització de cirurgies electives (amb una menor complexitat i estància mitjana requerida), com a alternativa al racionament de les llistes d'espera inherents a una xarxa pública d'accés gratuït, sobretot per part d'aquells usuaris que disposen d'una doble assegurança. Caldria doncs, com a proposta de recerca futura, realitzar una anàlisi específica sobre la diferent casuística dels ingressos per tipus de centre, que contempli les diferències en quant a tipus de pacient i complexitat associada a aquest, per contrastar i ajustar les diferències que s'observen en referència a l'estància mitjana dels centres. Degut a la manca de disposició de dades sobre aquestes qüestions,

particularment pel que respecta als centres privats, no s'ha pogut fer una anàlisi més exhaustiu en el present estudi.

Gràfic 6.7:



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

Més de la meitat de les intervencions quirúrgiques programades es fan en el sector privat, tot i que part d'aquesta activitat està concertada (Gràfic 6.3). Això, no tan sols es deu a l'alta dotació tecnològica dels hospitals privats (Gràfic 6.6), sinó també a la més alta freqüència en la utilització d'aquesta tecnologia per part dels privats respecte als públics. Per contra, les intervencions quirúrgiques urgents les fa molt majoritàriament el sector públic.

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

Taula 6.4:

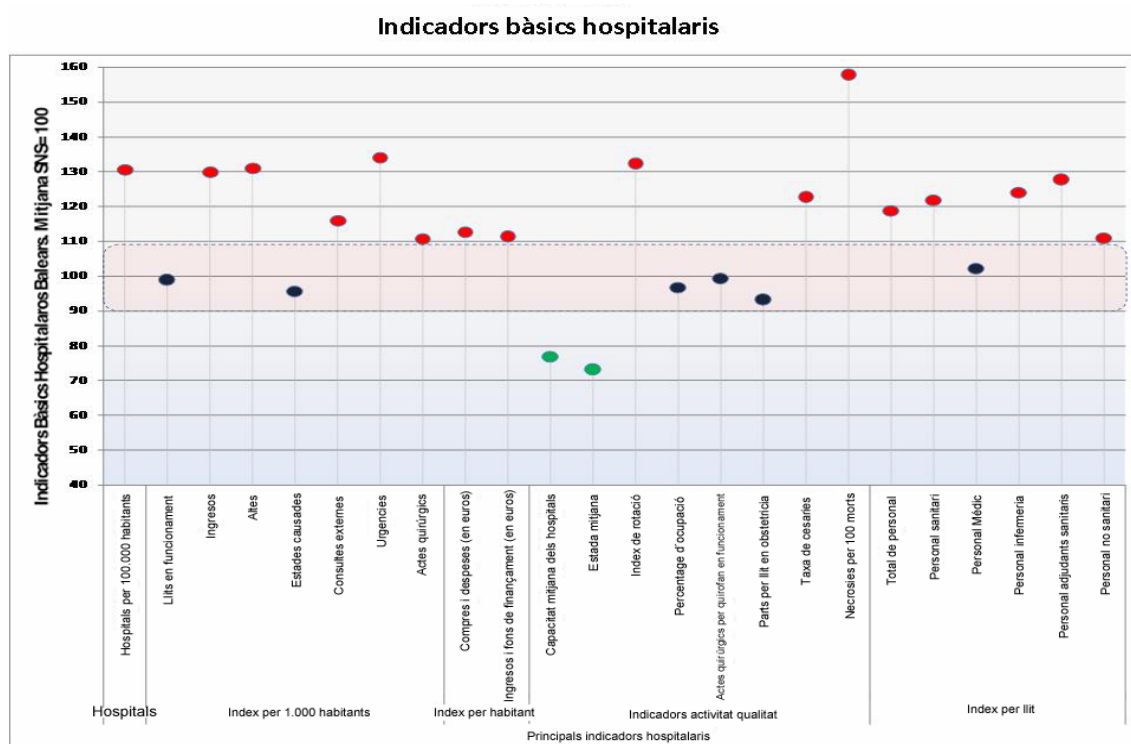
QUADRE III-34. HOSPITALS PÚBLICS D'AGUTS		
Hospitalització	2008	2007
Llits funcionants	1.837	1.811
Ingressos	77.355	74.104
Ingressos urgents	55.744	53.009
% ocupació	81,6%	79,3%
Estades	547.154	524.179
Ingressos x 1.000 hab.	72,8	71,8
Àrea quirúrgica		
Total intervencions quirúrgiques	56.780	52.315
Intervencions quirúrgiques programades	46.214	41.378
Intervencions quirúrgiques urgents	10.566	10.937
Paritori		
Parts	9.101	8.200
% cesàries	21,1%	20,3%
Urgències		
Urgències	450.627	435.932
% urgències ingressades	11,8%	11,1%
Urgències x 1.000 hab.	424,2	422,6

Font: Memòria del CES (a partir d'Ib-Salut)

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

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

Gràfic 6.8:



Font: Memòria del CES 2008 (a partir d'Ib-Salut)

Quant a l'evolució, l'activitat hospitalària als hospitals públics d'aguts va manifestar un ascens moderat, després del fort augment experimentat l'any anterior, d'acord amb el que mostren pràcticament tots els indicadors disponibles.

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

D'altra banda, l'activitat als hospitals privats amb afany de lucre es va contreure en l'àrea d'hospitalització pel tancament al llarg de l'any de la Clínica Menorca, SL, i l'Hospital d'Alcúdia. Així, el nombre de llits funcionant varen ser 27 menys que l'any 2007, i les altes i les estades varen descendir un 3,8% i un 14,6% respectivament. Pel

que fa a l'àrea ambulatoria, el nombre de persones ateses al servei d'urgències va disminuir un 11,7%, tot i que les consultes externes varen copsar un repunt significatiu (18,5%). En el bloc quirúrgic, les intervencions programades augmentaren un 1,3%.

C) Llistes d'espera quirúrgiques i consultes

Per analitzar l'evolució de les llistes d'espera, s'ha de tenir en compte que des del 2007 es du a terme més activitat assistencial de consultes externes i quirúrgica. El concepte de llistes d'espera s'ha de modificar cap a un concepte no tan numèric sinó més aviat qualitatiu i de gravetat del procés (no és el mateix un procés quirúrgic per a un càncer que un procés benigne cutani, per exemple). En aquest sentit, s'està fent un esforç qualitatiu per agilitzar els processos quirúrgics oncològics.

Així, si s'analitzen tan sols les llistes d'espera quirúrgiques amb dades de desembre del 2008, sense considerar l'augment d'activitat, aquestes s'incrementaren un 7,5% respecte al mateix mes que l'any anterior.

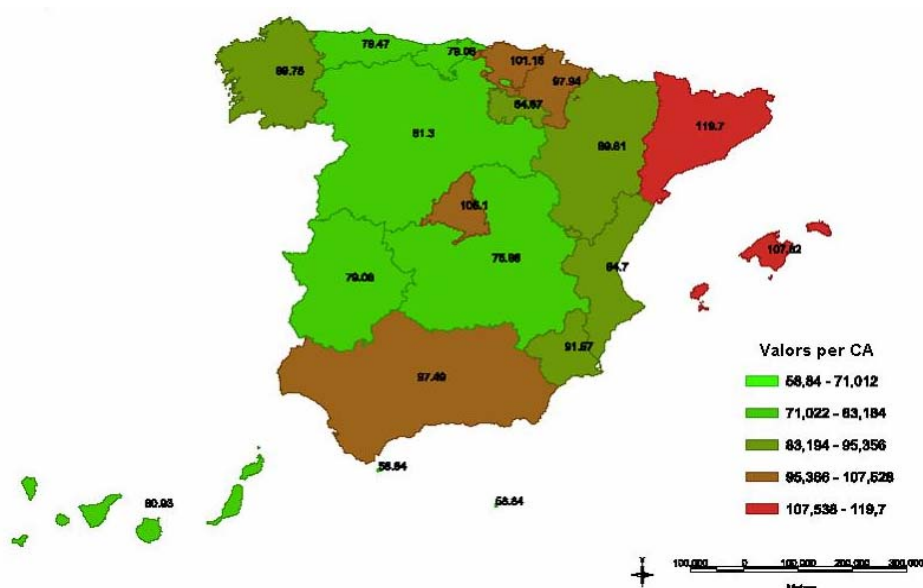
Taula 6.5:

QUADRE III-35. LLISTES D'ESPERA QUIRÚRGICA (LEQ)						
	Desembre 2003	Desembre 2004	Desembre 2005	Desembre 2006	Desembre 2007	Desembre 2008
LEQ	11.353	10.603	11.466	9.757	11.150	11.988
LEQ x 1.000 hab.	12,39	11,57	12,1	9,87	10,8	11,29
Demora mitjana	67,53	73,37	63,4	58,14	60,83	61,92
>6 mesos	19	0	0	0	2	0
% 5-6 mesos	5,8	6	4,2	2,2	2,9	4,3
% <3 mesos	72,5	66,98	72,5	80,2	77,3	74,37

Font: Elaboració pròpia.

Això no obstant, atès que les intervencions quirúrgiques programades varen créixer un notable 11,7%, augment més intens que el de les llistes d'espera, es reduí el percentatge de pacients en llistes d'espera sobre el total d'intervencions quirúrgiques programades. De fet, a les Balears les intervencions quirúrgiques per habitant són, juntament amb Catalunya, les més altes de l'Estat.

Gràfic 6.8:



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

La demora quirúrgica mitjana es va situar en els 61,92 dies, 1 dia més que el desembre de 2007, tot i que es troba per sota del registrat durant el trienni 2003-2005. No hi va haver cap cas que es demorés més de 6 mesos. El temps mitjà d'espera als hospitals d'aguts de l'Ib-Salut continua essent inferior al del conjunt dels hospitals públics de l'Estat, que el desembre del 2007 era de 74 dies.

Cal insistir que per obtenir les dades de llistes d'espera es fa un tall puntual durant el mes de desembre de cada any, amb la qual cosa és més susceptible d'experimentar variacions provocades per elements diferents a la tendència subjacent respecte a quan s'analitzen dades anuals.

D) Hospitals de mitjana i llarga estada i hospital psiquiàtric

El nombre de llits en funcionament de mitjana i llarga estada va representar un 5,1% del total de parc de llits de les Balears i un 4,6% pel que fa a l'hospital de salut mental. L'empresa pública GESMA (Gestió Hospitalària de Mallorca) s'encarrega de gestionar l'Hospital General i l'Hospital Joan March, ambdós de mitjana i llarga estada, i l'Hospital Psiquiàtric. Aquesta empresa pública va concloure dins el 2008 el procés de reconversió dels seus hospitals, significant el complet abandonament de l'activitat d'aguts i la seva dedicació exclusiva a l'atenció sociosanitària i de salut mental.

S'ha d'anotar que dos hospitals privats estan classificats com a hospitals d'aguts o medicoquirúrgics, però una part de la seva dotació de llits es destina a aquesta tipologia de malalts.

Als hospitals de mitjana i llarga estada, durant l'any 2008 varen disposar de 179 llits en funcionament i varen tenir un total de 53.351 estades, fet que va situar l'ocupació en el 81,7%.

Taula 6.6:

QUADRE III-36. HOSPITALS DE MITJANA I LLARGA ESTADA (2008)	
Hospitalització	
Llits funcionants	179
Ingressos	2.277
% ocupació	81,7%
Estades	53.351
Estada mitjana	23,4
Àrea quirúrgica	
Sales d'operacions funcionants*	2
Total intervencions quirúrgiques	2.194
Recursos propis	900
Recursos externs	1.294
Consultes externes	
Primeres visites	5.440
Visites successives	12.461
Total visites	17.901
Rati 2/1	2,29
Hospital de dia (Tractaments)	
Hospital de dia adults	215
Tècniques diagnòstiques/terapèutiques	
Proves diagnòstiques (ecografies i radiografies)	983
Clínica del dolor (Tractaments)	207
Rehabilitació (sessions)	33.056

Els totals no inclouen les estades del psicogeriàtric ni llarga estada.

*Durant el 2008 s'han tancat totes les sales d'operacions.

Font: Memòria del CES (a partir d'Ib-Salut)

Els 2.277 pacients ingressats varen romandre, de mitjana, 23,4 dies en aquests dos hospitals sociosanitaris. Al llarg de l'any es varen tancar les dues sales d'operacions de què disposaven, així i tot s'hi dugueren a terme 2.194 intervencions quirúrgiques.

Comparativa indicadors d'utilització sistemes sanitaris autonòmics

A continuació es recullen una sèrie d'indicadors sobre l'activitat assistencial desenvolupada als centres hospitalaris de la xarxa sanitària pública, a partir de la Estadística d'Indicadors Hospitalaris (INE, 2007). Es compara l'evolució temporal (2002 i 2005, darrer any pel qual existeixen aquestes estadístiques) i relativa (respecte a la distribució observada en el conjunt de l'Estat, dels següents indicadors: les taxes d'ocupació dels hospitals públics, l'índex de rotació, l'estància mitjana, el nombre de consultes externes, l'índex d'urgències ateses per cada 1.000 habitants, el nombre d'actes quirúrgics en els hospitals públics, el nombre d'actes quirúrgics per quiròfan en funcionament i el nombre de parts per llit en obstetrícia.

Taula 6.7: Indicadors d'activitat: Comparativa Illes Balears-Espanya, 2002-2005.

		Illes Balears	Espanya	Interval
% ocupació dels hospitals públics de la CCAA	2002	75,3	89,79	mitjana
	2005	78,5	81,11	mitjana-baixa
Índex de rotació hospitals públics	2002	40,79	34,47	mitjana-alta
	2005	46,32	34,95	alta
Estància mitjana (en dies) hospitals públics	2002	7	9	baixa
	2005	6	7	
N ^a consultes externes en els hospitals públics	2002	1299	1204	mitjana
	2005	1474	1209	mitjana-alta
nº urgències en els hospitals públics	2002	771,3	540,9	alta
	2005	753,82	562,1	mitjana-alta
nº d'actes quirúrgics en hospitals públics:	2002	105,89	93,09	mitjana-alta
	2005	107,82	97,91	
nº actes quirúrgics per quiròfan en funcionament en hospitals públics	2002	1082,72	1078,82	mitjana-baixa
	2005	1138,89	1145,74	mitjana
nº parts per llit en obstetrícia en hospitals públics	2002	69,58	60,84	mitjana-baixa
	2005	83,44	67,89	mitjana
nº estudis de raigs X en hospitals públics	2002	798,96	672,64	mitjana
	2005	800,84	654,41	mitjana-alta
nº estudis hemodinàmics en hospitals públics	2002	2,79	3,34	mitjana-baixa
	2005	2,85	4,13	

Font: elaboració pròpia a partir de Instituto Nacional de Estadística (2006)

Podem ressenyar de l'observació d'aquest conjunt d'indicadors: i) el percentatge d'ocupació dels hospitals públics es troba lleugerament per sota del que s'observa en el

conjunt de l'Estat, tot i l'increment en termes absoluts d'aquesta taxa durant el període analitzat i la disminució observada en el conjunt de l'Estat, i que probablement es deu a la desconcentració de la xarxa hospitalària per illes, i també es trobaria molt relacionat amb l'elevat índex de rotació dels hospitals públics (dels més alts de l'Estat) i al reduït període d'estància mitjana observat (la més baixa de l'Estat). Els demés indicadors ens demostren uns alts índexs d'utilització dels recursos hospitalaris (tant en nombre de consultes com en nombre d'actes quirúrgics i estudis de raigs X) en consonància amb el que ja observàvem en la descripció dels indicadors d'utilització declarada en la primera part de l'estudi (Apartat 3.1) i que per tant ens revela un alt aprofitament dels recursos de la xarxa assistencial pública.

7. *Finançament de la salut*

El pressupost que destinen les Illes Balears a Salut per al 2010 és de 1.168 milions d'euros, cosa que representa un 35% del pressupost total de la CAIB i un 4,7% del PIB balear. Com es pot observar, durant el període 2003-2010 el creixement del pressupost de la CAIB ha estat del 89%, mentre que el pressupost de salut només ha crescut un 75%. Aquesta situació es produeix tot i que, com s'ha apuntat amb anterioritat, de les transferències ençà hi ha hagut una expansió de les infraestructures sanitàries (amb l'obertura de tres nous hospitals i d'un gran nombre de centres de salut), paral·lelament a la contínua necessitat d'actualització tecnològica associada a l'àmbit sanitari així com a l'ampliació de les prestacions cobertes pel sistema sanitari públic.

Taula 7.1: Evolució del pressupost destinat a Salut

(dades en milions d'euros)

	Pressupost CAIB	Pressupost Salut	% Var.	% Salut
2003	1.796,61	667,83		37,2%
2004	1.859,19	688,48	3,1%	37,0%
2005	2.587,79	912,12	32,5%	35,2%
2006	2.713,97	1.026,23	12,5%	37,8%
2007	2.894,38	1.083,53	5,6%	37,4%
2008	3.323,32	1.194,27	10,2%	35,9%
2009	3.558,98	1.254,64	5,1%	35,3%
2010	3.384,43	1.168,13	-6,9%	34,5%

Font: Ib-Salut (a partir de Govern de les Illes Balears (diversos anys): Pressuposts Generals de la CAIB)

Nota: Es tracta dels pressuposts inicials (no dels liquidats).

El model de finançament actualment vigent no cobreix aquest pressupost, de forma que existeix una diferència que se situa al voltant del 20% en els darrers exercicis i que representa l'esforç que han de fer les Illes Balears per garantir la suficiència pressupostària en matèria de salut. Així per exemple, l'any 2008 les Illes Balears reberen, segons el model de finançament de la Llei 21/2001, al voltant de 910 milions d'euros, xifra a la qual se li ha d'afegir l'import derivat de les mesures de la II Conferència de Presidents, que representa uns 58 milions, sumant un total de 969 milions d'euros. Aquesta quantitat representava un 82,2% del pressupost inicial del Servei de Salut i expressa l'esforç financer que ha de fer la CAIB, havent d'afegir més de 200 milions d'euros.

Entre els factors que condicionen aquesta insuficiència financera de la CAIB, podem destacar:

- Es disposa d'un model de finançament estàtic que no recull l'increment de població experimentat en els darrers anys, donat que el punt de partida del model va esser la població de l'any 1999, població que ha crescut en més de 250.000 persones en deu anys.

- El model no considera la població flotant. Balears és una de les principals comunitats autònomes receptores de turisme i, a més, també cal tenir en compte el desplaçament de població d'altres comunitats autònomes que ve a treballar al sector serveis relacionat amb el turisme durant la temporada alta, població que lògicament utilitzarà els serveis sanitaris. En aquests sentit, s'ha estimat que la població flotant podria situar-se al voltant de les 330.000 persones any¹⁴.
- El tercer aspecte és el sobrecost derivat de la insularitat i l'impacte que té sobre la despesa sanitària, a més de considerar la doble insularitat de Menorca i Eivissa i la triple insularitat de Formentera.
- Les transferències no contemplaren la necessitat real en matèria d'infraestructures sanitàries que tenien les Illes Balears i que l'INSALUD deixà pendent d'execució (reforma de l'Hospital Son Dureta, finalització de l'Hospital Son Llàtzer, Hospital d'Inca, centres de salut d'atenció primària, etc.).

7.1. Diferència entre població oficial i població real

Per determinar el repartiment de la transferència sanitària entre comunitats autònomes de l'any 2002, es va escollir com a variable bàsica la població protegida de l'any 1999 (població empadronada sense considerar l'anomenat mutualisme administratiu). Aquest volum de població ha variat significativament a Balears, incrementant-se un 35,6% durant el període 1999-2009 (increment que, pràcticament, duplica la mitjana nacional, 17,9%). La població estrangera ha estat el principal factor explicatiu d'aquesta variació i, de fet, si la població nascuda a l'estranger al 1999 representava el 7% sobre el total, aquest percentatge ascendeix al 21,7% a l'any 2009, amb un increment de més de 190.000 persones en aquest període (dades població padró).

¹⁴ Estimació feta l'any 2005 d'un estudi elaborat per la Conselleria de Salut i Consum sobre la "Despesa Sanitària de la Població no Balear" (no publicat) que estima la població efectiva de la CAIB calculada en base a la generació de residus sòlids.

Taula 7.2: Variació població 1999-2009

COMUNITATS AUTÒNOMES	1999	2009*	Variació 2009-1999 (població nominal)	Variació 2009-1999 (en %)	Clasificació segons variació (de major a menor)
Andalusia	6.830.285	7.887.328	1.057.043	15,5%	11
Aragó	1.108.096	1.274.600	166.504	15,0%	12
Astúries	1.047.945	1.047.861	-84	0,0%	19
Balears (Illes)	784.636	1.064.066	279.430	35,6%	1
Canàries	1.588.055	2.028.019	439.964	27,7%	6
Cantàbria	505.702	567.103	61.401	12,1%	13
Castella i Lleó	2.316.792	2.413.293	96.501	4,2%	15
Castella-La Manxa	1.634.162	2.004.478	370.316	22,7%	8
Catalunya	6.021.109	7.275.653	1.254.544	20,8%	9
Comunitat Valenciana	3.884.525	4.962.650	1.078.125	27,8%	5
Extremadura	1.004.837	1.035.978	31.141	3,1%	17
Gal·lcia	2.574.293	2.653.636	79.343	3,1%	18
Madrid	4.709.391	6.025.462	1.316.071	27,9%	4
Múrcia	1.049.676	1.384.909	335.233	31,9%	3
Navarra	521.377	615.638	94.261	18,1%	10
País Basc	2.045.932	2.116.650	70.718	3,5%	16
La Rioja	252.220	309.490	57.270	22,7%	7
Ceuta	58.354	63.337	4.983	8,5%	14
Melilla	43.050	57.140	14.090	32,7%	2
TOTAL	37.980.437	44.787.291	6.806.854	17,9%	

Font: Conselleria de Salut i Consum (a partir de MSPS)

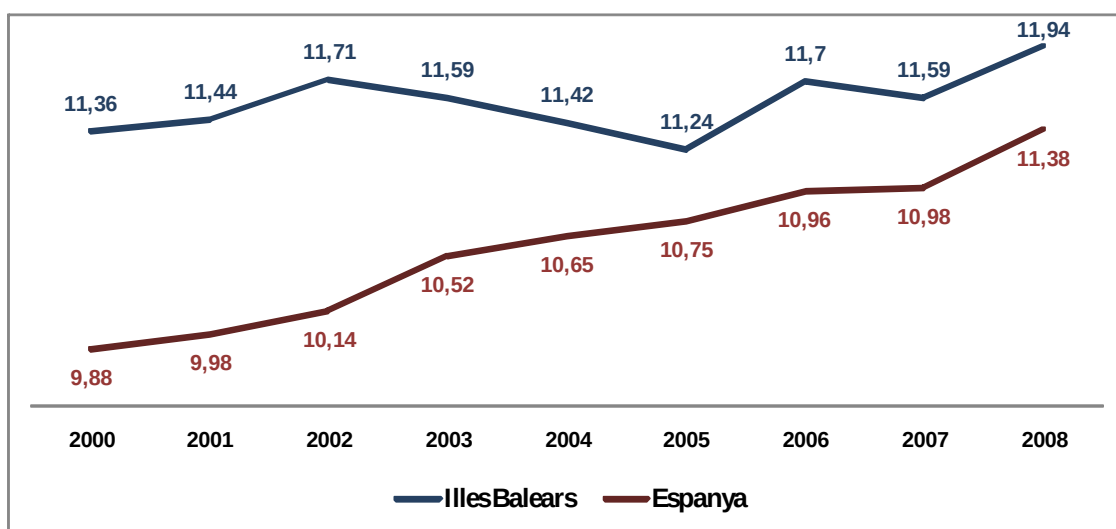
(*) Dades provisionals

El problema radica en què aquest increment poblacional, determinant del creixement de la despesa sanitària, no es reflecteix en una actualització del model de finançament, és a dir, el model manté la població de l'any 1999 com a població de referència. La forma en què el model s'actualitza és segons l'evolució d'un índex basat en l'increment de la recaptació d'una cistella d'imposts.

Tal i com s'ha explicat en l'apartat referit a la demografia dels balears la superposició de les piràmides de població, en funció del Padró Municipal dels anys 1998 i 2008 (gràfic 1.3), ens dóna una bona mostra de la importància d'aquest creixement i la modificació de l'estructura de la piràmide soferta els darrers anys a la nostra comunitat. Així mateix, tal com es destaca en el mateix apartat s'observa que la població de les Illes Balears és, avui en dia, una població poc envellida.

Els increments més intensos de població de la darrera dècada es concentren dins el grup de població activa, principalment en el tram dels 25 als 50 anys. Al mateix temps, la taxa de naixement o nombre de naixements per cada mil habitants s'ha situat de mitjana, al llarg d'aquesta darrera dècada, un punt per damunt de la corresponent al conjunt de l'Estat, encara que esta diferència va minvant amb el transcurs dels anys. Els augments que s'observen de la població major de 65 anys dins l'augment total de la població és degut principalment a l'augment de l'esperança de vida.

Gràfic 7.1: Població major de 65 anys en relació a la població total



Font: Conselleria de Salut i Consum a partir de dades de l'INE.

Per evitar aquests desajustaments, la Llei 21/2001 va preveure a l'article 67 la figura de les assignacions d'anivellament, però aquesta no ha arribat mai a ser operativa.

Dades de targeta sanitària

En el quadre següent es presenta l'evolució des de l'any 1999 fins a l'any 2010 del nombre de targetes sanitàries:

Taula 7.3:

EVOLUCIÓ TSI CAIB				
	Padró Illes Balears	TSI CAIB	Increment TSI respecte a l'any anterior	% TSI sobre padró
01/01/2010		1.034.272	1,89%	
01/01/2009	1.095.426	1.015.123	-4,44%	92,67%
01/01/2008	1.072.844	1.062.240	2,98%	99,01%
01/01/2007	1.030.650	1.031.538	4,18%	100,09%
01/01/2006	1.001.062	990.146	4,07%	98,91%
01/01/2005	983.131	951.431	3,83%	96,78%
01/01/2004	955.045	916.360	6,01%	95,95%
01/01/2003	947.361	864.446	3,78%	91,25%
01/01/2002	916.968	832.978	3,61%	90,84%
01/01/2001	878.627	803.978	3,68%	91,50%
01/01/2000	845.630	775.422	1,66%	91,70%
01/01/1999	821.820	762.785	2,92%	92,82%

Font: Ib-Salut

El nombre de beneficiaris amb targeta sanitària a 1 de gener de 2010 és de 1.034.272 persones, experimentant un creixement del 1,89% respecte a l'1 de gener de 2009. També és una dada rellevant l'increment acumulat en el període 1999-2010, que és d'un 35,6%.

Al voltant d'una cinquena part dels titulars de les targetes varen ser d'origen estranger i, com és habitual en els darrers anys, aquesta proporció va continuar augmentant amb relació a l'any anterior.

Pacients UE

Com s'ha comentat anteriorment, el fet que les Illes Balears siguin una comunitat eminentment turística ha contribuït a que es donés una major pressió assistencial per part de ciutadans de la Unió Europea, els quals tenen dret a accés al Sistema sanitari balear gràcies als convenis internacionals subscrits.

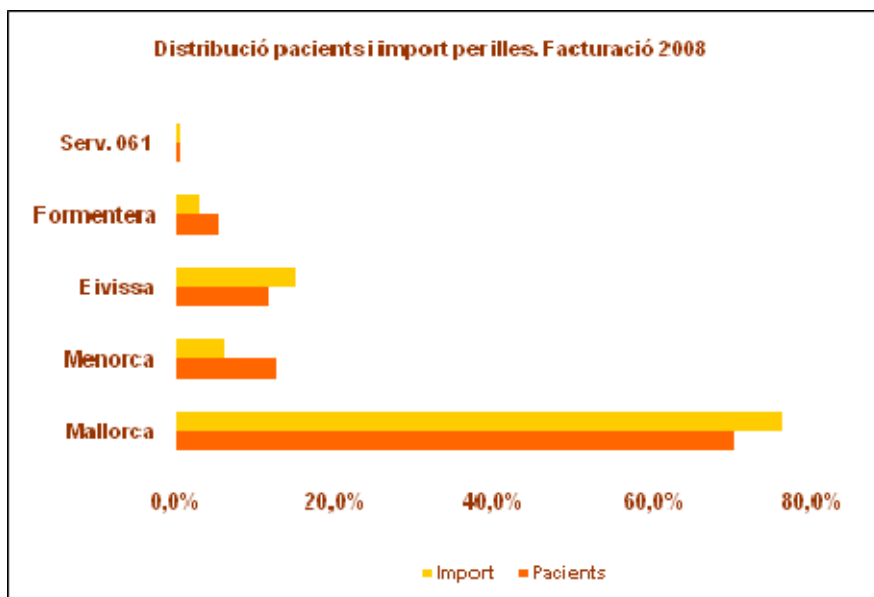
A continuació es senyalen en una sèrie de taules i gràfics, la utilització i import total associat per part d'aquests usuaris, la composició, procedència i la importància relativa sobre el conjunt de l'activitat assistencial desenvolupada pels principals centres hospitalaris.

Taula 7.4 :Assistències a pacients estrangers de la Unió Europea
TOTAL FACTURACIÓ 2008
DISTRIBUCIÓ PER ILLES, PACIENTS I IMPORT

ILLES	Pacients		Import	
Mallorca	19.332	70,0%	7.434.715	76,0%
Menorca	3.497	12,7%	596.292	6,1%
Eivissa	3.197	11,6%	1.440.819	14,7%
Formentera	1.485	5,4%	273.834	2,8%
Serv. 061	111	0,4%	42.319	0,4%
TOTAL	27.622	100,0%	9.787.979	100,0%
Atenció Primària	15.050	54,5%	762.867	7,8%
Serv. 061	111	0,4%	42.319	0,4%
Hospitals	12.461	45,1%	8.982.793	91,8%
TOTAL	27.622	100,0%	9.787.979	100,0%

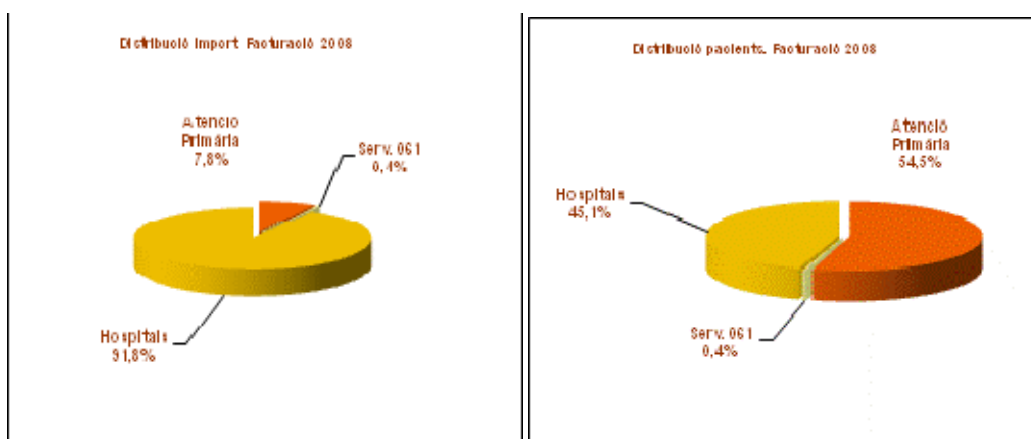
Font: Conselleria de Salut i Consum (2009b): Despesa Sanitària de la Població no Balear.

Gràfic 7.2:



Font: Conselleria de Salut i Consum (2009b): Despesa Sanitària de la Població no Balear.

Gràfic 7.3:

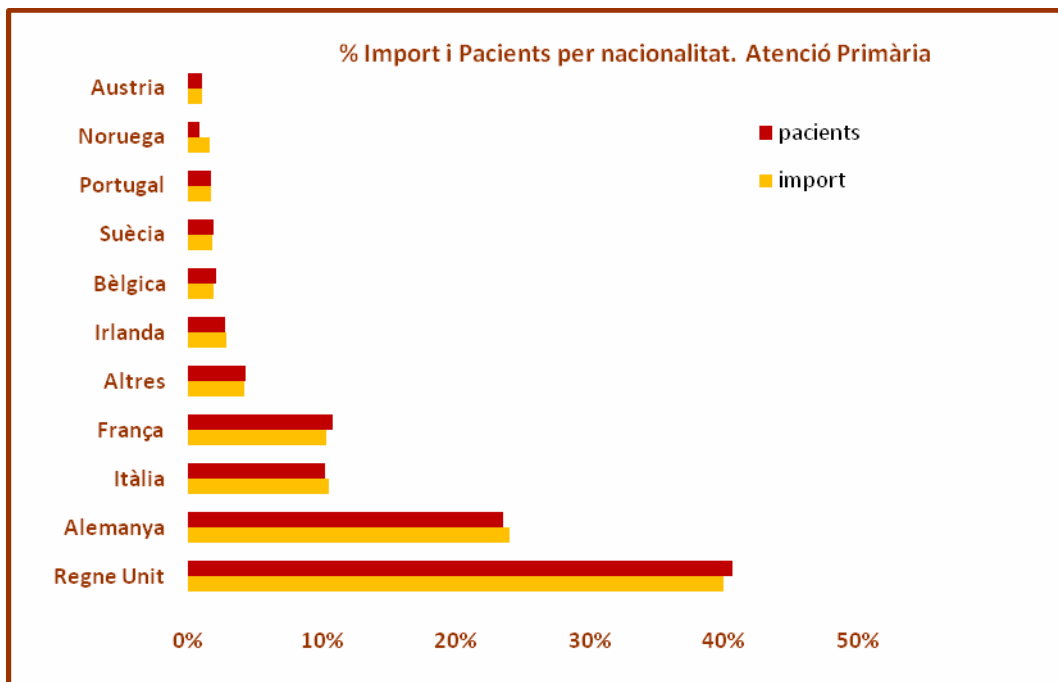


Font: Conselleria de Salut i Consum (2009b): Despesa Sanitària de la Població no Balear.

Taula 7.5: PACIENTS				
Atenció Primària-Serv.061			Hospitals	
Regne Unit	6.198	40,9%	3.432	27,5%
Alemanya	3.554	23,4%	3.931	31,5%
França	1.636	10,8%	996	8,0%
Itàlia	1.536	10,1%	2.361	18,9%
Irlanda	434	2,9%	147	1,2%
Bèlgica	322	2,1%	184	1,5%
Suècia	284	1,9%	201	1,6%
Portugal	256	1,7%	211	1,7%
Altres	941	6,2%	998	8,0%
TOTAL	15.161	100,0%	12.461	100,0%

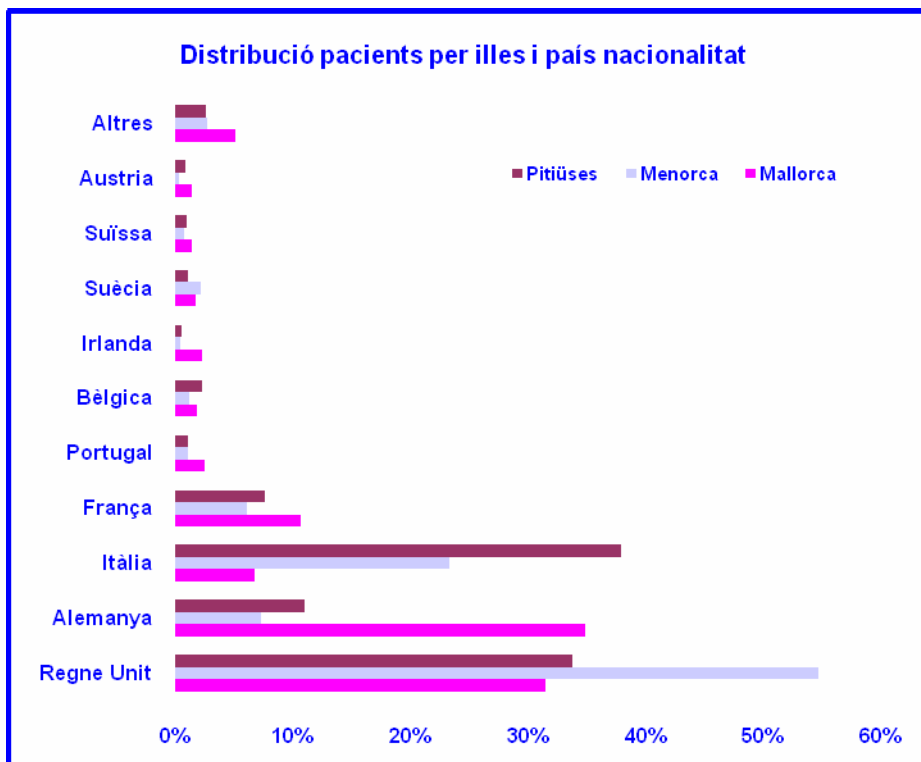
Font: Conselleria de Salut i Consum (2009b): Despesa Sanitària de la Població no Balear.

Gràfic 7.5:



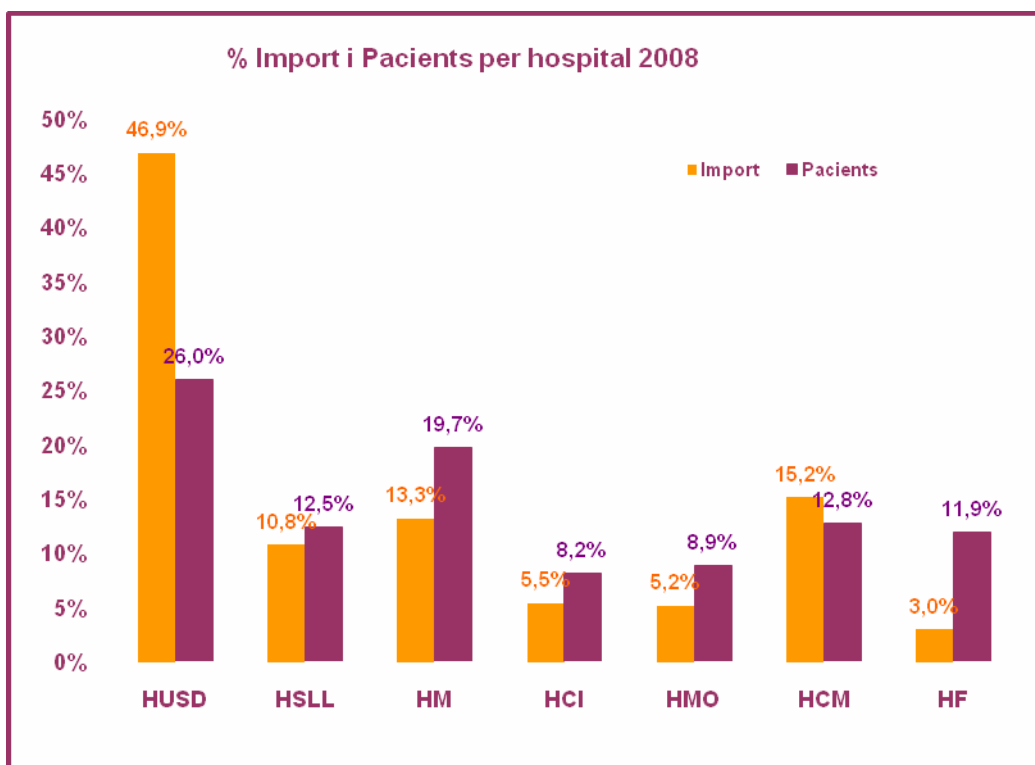
Font: Conselleria de Salut i Consum (2009b): Despesa Sanitària de la Població no Balear.

Gràfic 7.6:



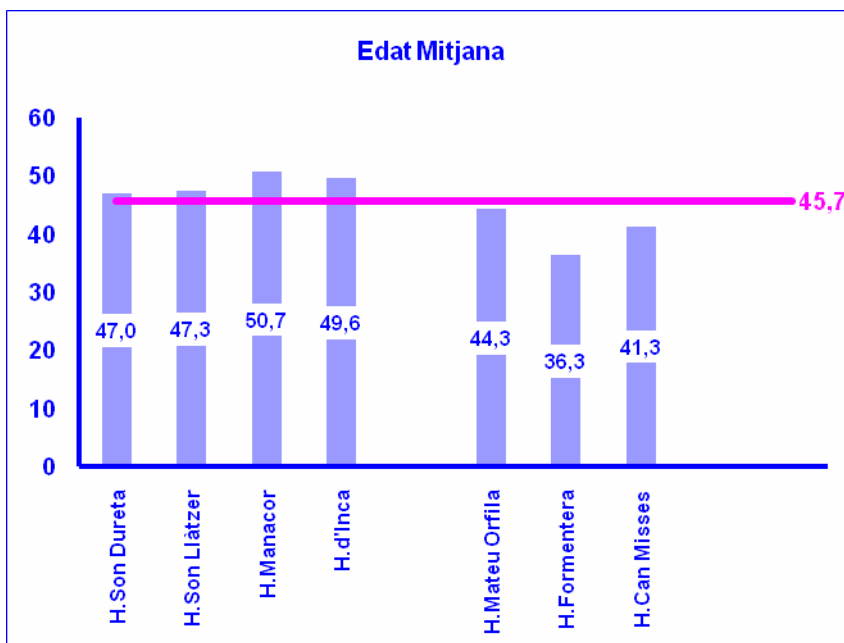
Font: Conselleria de Salut i Consum (2009b): Despesa Sanitària de la Població no Balear.

Gràfic 7.7:



Font: Conselleria de Salut i Consum (2009b): Despesa Sanitària de la Població no Balear.

Gràfic 7.8:



Font: Conselleria de Salut i Consum (2009b): Despesa Sanitària de la Població no Balear.

Altres fonts del finançament sanitari

Com hem vist, amb aquest escenari les Illes Balears se situen a la cua de l'assignació pressupostària per càpita de l'Estat espanyol, situació que, lluny de millorar, fins i tot s'ha vist accentuada els darrers anys malgrat s'hagin impulsat mecanismes addicionals de finançament com han estat les mesures adoptades en la II Conferència de Presidents, que així i tot s'han demostrat insuficients per assolir un finançament adequat.

Així, a més del finançament general, i amb la voluntat d'intentar pal·liar la manca de finançament, arran de la II Conferència de Presidents s'han incorporat o s'han consolidat altres línies de finançament com poden ser el fons per a la gestió de la Incapacitat Temporal, el Fons de Cohesió Sanitària, fons relacionats amb l'atenció sanitària a estrangers, els fons per desenvolupar les estratègies en salut, els fons per desenvolupar estratègies en matèria de salut pública (VIH-SIDA i drogodependències) o els fons relacionats amb els convenis o subvencions per desenvolupar estratègies concretes.

Taula 7.7 : MESURES CONFERÈNCIA PRESIDENTS

(Import en euros)		2006		2007		2008		2009	
Mesura		Total Import CCAA	Import Illes Balears	Total Import CCAA	Import Illes Balears	Total Import CCAA	Import Illes Balears	Total Import CCAA	Import Illes Balears
Mesura 1	Dotació complementària pel de finançament de l'assistència sanitària	500.000.000	11.955.000	600.000.000	14.465.400	600.000.000	14.494.800	600.000.000	14.749.200
	Dotació compensació per Insularitat	55.000.000	26.300.000	55.000.000	26.300.000	55.000.000	26.300.000	55.000.000	26.300.000
	Increment dotació Fons de Cohesió Sanitària	99.033.450	3.103.110	101.350.065	3.519.673	98.500.323	2.680.312	95.873.703	4.664.955
Mesura 2	Compensació per assistència a residents estrangers per transferència de l'INSS (Ordre TAS 131/2006, quota global)	264.179.529	9.081.720	259.644.650	8.501.410	450.809.985	14.622.499	435.294.395	14.292.891

Font: Grup de treball per a l'anàlisi de la despesa sanitària; DG Planificació i Finançament (Conselleria de Salut i Consum)

Comentar també que, a l'exercici 2007, el fons per a la millora de la gestió de la Incapacitat Temporal va suposar percebre un import de 6,8 milions d'€.

Pel seu interès per a la nostra comunitat, destaquen dues fonts de finançament relacionades amb la població estrangera:

- D'una banda, la relacionada amb els pensionistes estrangers que traslladen la seva residència a la nostra comunitat i que, no obstant això, no cotitzen a Espanya (formularis "E-121"). La contraprestació d'aquesta assistència es realitza a través de la Mesura 2ona de la II Conferència de Presidents (Ordre TAS 131/2006, quota global). La dada provisional de transferència per Balears al 2008 ascendeix a 14,6 milions d'euros.
- D'altra banda, també destaca el grup de població d'estrangers que visiten temporalment Balears, que tenen dret a assistència sanitària a càrrec d'altres estats, de la Unió Europea o de països amb els quals Espanya té signats acords bilaterals en la matèria. La contraprestació d'aquesta assistència es realitza a través del Fons de Cohesió Sanitària. Al 2008, les Illes Balears només varen rebre 2,7 milions d'euros per la compensació a desplaçats a càrrec d'altres estats.

Taula 7.8: Distribució del Fons de Compensació Sanitària en 2008

Reial Decret 1270/2006, de 20 d'octubre

Comunitat autònoma	Compensació desplaçats (en euros)				
	Processos amb hospitalització (GRD) Annex 1 (1)	Procediments ambulatoris Annex II (2)	Compensació desplaçats residents a Espanya (3) = (1) + (2)	Compensació desplaçats a càrrec d'altres estats (4)	TOTAL (5) = (3) + (4)
Andalusia			0	13.006.051	13.006.051
Aragó			0		0
Astúries			0	49.449	49.449
Balears (Illes)			0	2.680.312	2.680.312
Canàries			0	2.809.471	2.809.471
Cantàbria	5.840.954	2.235.034	8.075.988	137.139	8.213.127
Castella i Lleó			0		0
Castella-La Manxa			0		0
Catalunya	10.243.064	11.620.091	21.863.155		21.863.155
País Valencià	3.907.768		3.907.768	4.841.139	8.748.907
Extremadura			0	677.257	677.257
Galícia			0	1.873.024	1.873.024
Madrid	32.631.394	4.952.902	37.584.296		37.584.296
Múrcia			0	989.586	989.586
Navarra			0		0
País Basc			0		0
La Rioja			0		0
Ceuta			0	5.688	5.688
Melilla			0		0
TOTAL	52.623.180	18.808.027	71.431.207	27.069.116	98.500.323

Font: Ministeri de Sanitat i Consum. (2009b). "Distribución del Fondo de Cohesión Sanitaria. Año 2008". Elaborat per la Direcció General de Planificació i Finançament – Conselleria de Salut i Consum.

Cal destacar el fet que les tarifes entre estats no són uniformes i que Balears no ha rebut mai cap import per la compensació a desplaçats espanyols. Així mateix, esmentar que el procés de derivació i prestació entre comunitats autònomes ha de ser registrat i validat mitjançant el Sistema d'Informació del Fons de Cohesió Sanitària (SIFCO).

La Llei de cohesió i qualitat estableix àmbits de cooperació i d'actuació conjunta amb les comunitats autònomes i en aquest sentit, s'han vingut transferint des de l'Estat fons per temàtiques i actuacions concretes. La conselleria de Salut i Consum rep del Ministeri de Sanitat i Consum fons que es destinen a una finalitat concreta, sobre tot a actuacions emmarcades en les estratègies de salut i plans integrals aprovats en el sí del Consell Interterritorial del Sistema Nacional de Salut. Els instruments emprats per canalitzar aquestes ajudes són subvencions, subvencions gestionades y convenis. En

l'exercici 2009, la conselleria de Salut i Consum, a través de les seves direccions generals o del Servei de Salut de les Illes Balears, ha gestionat els següents fons:

Taula 7.9:

FONS ESPECÍFICS ASSIGNATS A LES ILLES BALEARS DES DEL MINISTERI DE SANITAT I CONSUM PER A ACTUACIONS CONSENSUADES EN EL SNS (*)	2009
POLÍTIQUES DE COHESIÓ I ESTRATÈGIES EN SALUT	762.232,00
Subvenció per a la implementació de les ESTRATÈGIES DEL SNS en cures pal·liatives, seguretat de pacients, prevenció de la violència de gènere i atenció al part normal	375.315,40
Programes de millora de la qualitat en l'atenció de pacients POLIMEDICATS I CRÒNICS i Programes de FORMACIÓ CONTINUADA en ús racional del medicament per a facultatius mèdics en el Sistema Nacional de Salut	647.103,12
Subvenció per a la promoció d'activitats per a la SALUT BUCODENTAL Infantil	285.012,00
Prevenció de VIH / SIDA.	173.841,83
Desarrollo del programa de prevención y promoción de la salud, especialmente en el ámbito de las enfermedades emergentes, reemergentes y de especial relevancia.	59.779,28
Prevenció consum de drogues. Pla Nacional de Drogues (**)	44.340,19
Contracte Drogues. Cocaïna, exclusió social, formació i prevenció	45.000,00
Fons de bens decomissats per tràfic de drogues	225.000,00
Conveni Agencia Espanyola del medicament (***)	18.000,00
TOTAL	2.635.623,82

(*) No s'inclouen en aquesta relació els fons i ajudes per a la investigació biomèdica

(**) El fons per l'exercici 2009 és de 555.200,19 €, si bé en aquest exercici es gestiona part del mateix des de la Conselleria de Presidència. La xifra que s'indica és la gestionada per la Conselleria de Salut i Consum.

(***) Es tracta d'un conveni amb aportació CAIB i aportació del Ministeri. La xifra que s'indica correspon a l'aportació de l'Estat.

Font: Direcció General de Planificació i Finançament – Conselleria de Salut i Consum

En l'exercici 2009 es continua amb els fons d'Estratègies en salut i polítiques de cohesió, el Programa de Formació continuada en ús racional del medicament que en 2009 amplia el seu abast per donar cabuda a la millora de l'atenció a pacients polimedicats crònics, la subvenció per a la Salut bucodental infantil que en 2009 finança l'atenció a nins de 7 i 10 anys i el fons tradicionals de salut pública com SIDA, Programa de prevenció i promoció de la salut i el Pla nacional de Drogues.

Els antics convenis sobre estratègies del sistema nacional de salut de 2008 (pràctiques segures, part normal i violència de gènere) canvien d'instrument de finançament passant

a ser una macrosubvenció que integra aquestes estratègies i la corresponent a la subvenció de cures pal·liatives.

La Història clínica digital ja no es finança en 2009 a través d'un conveni específic com en el cas de 2008. En 2009 s'ha signat un conveni per a la millora de les Tecnologies de la Informació i comunicacions en tota la CAIB en el que s'inclou una línia específica per a la Història Clínica de Salut. L'import de la línia és de 3,4 milions d'euros, amb repercussió econòmica en l'exercici 2010.

Cal destacar també la publicació del Reial Decret 1190/2006, de 13 d'octubre, pel qual es traspassen a les Illes Balears els mitjans adscrits a la gestió de les prestacions sanitàries de l'assegurança escolar, amb un cost efectiu de 65.253 d'euros i amb vigència a partir de l'1 de gener de 2007. També es publicà el Reial Decret 1733/2007, de 21 de desembre, pel qual es traspassen a les Illes Balears les funcions i serveis de la Seguretat Social en matèria d'assistència sanitària encomanada a l'Institut Social de la Marina, amb un cost efectiu de 1.082.840,90 d'euros i amb vigència a 1 de gener de 2008.

Pressupost sanitari vs despesa sanitària

Una altra dada a 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. La següent taula recull l'evolució de la despesa sanitària pública del període 2004-2008.

Taula 7.10

PRESSUPOST EXECUTAT SANITARI DE LES ILLES BALEARS						
Seccions	2009	2008	2007	2006	2005	2004
Secció 18 - Conselleria Salut i Consum*	26.654.021	27.389.683	24.987.617	25.557.693	22.933.378	23.445.655
Secció 60 - Servei de salut de les Illes Balears	1.301.962.398	1.238.205.974	1.147.533.243	1.007.329.360	969.494.445	822.052.596
TOTAL	1.328.616.419	1.265.595.657	1.172.520.860	1.032.887.053	992.427.823	845.498.251

* Eliminades transferències internes al Servei de Salut i sense Direcció General de Consum

Elaborat per la Direcció General de Planificació i Finançament - Conselleria Salut i Consum

Font: Estat d'execució de despeses SAP CAIB data 12/03/2010 (dades Secció 18).

Font: Estat d'execució de despeses SAP IBSA data 07/04/2010 (dades Secció 60).

La despesa sanitària pública en 2009, en termes de pressupost executat, fou de 1.328,62 milions d'euros, un 5% superior al 2008, corresponent al Servei de Salut el 98% de la despesa sanitària total amb 1.301,96 milions d'euros; la despesa per habitant¹⁵ es situa en 1.212,88 euros, amb un increment del 2,6% respecte a 2008.

Pressupost executat Servei de Salut

A continuació s'analitza el comportament de la despesa en la part relativa al Servei de Salut. Per capítols de despesa, són les de personal i les despeses corrents en béns i serveis les de major pes sobre el pressupost executat del Servei, que en conjunt representen el 78% de la despesa.

Taula 7.11:

PRESSUPOST EXECUTAT SECCIÓ 60 - SERVEI DE SALUT (PER CAPÍTOLS)			
	Pressupost Executat 2009	% s/ Total	Pressupost Executat 2008
Cap. 1 Despeses Personal	502.918.933,80	38,63%	464.238.240,65
Cap. 2 Despeses Corrents en bens i serveis	511.781.332,27	39,31%	498.987.609,72
Cap. 3 Despeses Financeres	8.296.352,58	0,64%	7.983.028,16
Cap. 4 Transferències Corrents	227.327.759,60	17,46%	214.716.144,02
Cap. 6 Inversions reals	40.620.131,90	3,12%	43.961.253,09
Cap. 7 Transferències de capital	11.017.888,00	0,85%	8.319.698,13
Total Servei de Salut de les Illes Balears	1.301.962.398,15	100,00%	1.238.205.973,77

Elaborat per la Direcció General de Planificació i Finançament - Conselleria Salut i Consum

Font: Estat d'execució de despeses SAP IBSA data 07/04/2010 (dades Secció 60).

Per programes, el major pes correspon a Atenció Especialitzada de Salut que suposa el 62% del pressupost executat del Servei, seguit de l'Atenció Primària de Salut amb el 32%; en conjunt representen el 94% de la despesa.

¹⁵ Segons les xifres del Padró Illes Balears al 01/01/2009. Font: INE.

Taula 7.12:**PRESSUPOST EXECUTAT SECCIO 60 - SERVEI DE SALUT (PER PROGRAMES)**

	Pressupost Executat 2009	% s/ Total	Pressupost Executat 2008
411B ADMINISTRACIÓ I SERV. GRALS. D'ASSISTÈNCIA SANITÀRIA	41.875.160,07	3,22%	34.135.855,27
411C FORMACIÓ PERSONAL SANITARI	15.099.918,04	1,16%	13.810.053,30
412A ATENCIÓ PRIMÀRIA DE SALUT	419.187.038,43	32,20%	390.596.092,98
412B ATENCIÓ ESPECIALITZADA DE SALUT	808.208.792,78	62,08%	783.719.265,33
412C ASSISTÈNCIA SOCIO SANITÀRIA I SALUT MENTAL	17.591.488,83	1,35%	15.944.706,89
Total Servei de Salut de les Illes Balears	1.301.962.398,15	100,00%	1.238.205.973,77

*Elaborat per la Direcció General de Planificació i Finançament -
Conselleria Salut i Consum*

*Font: Estat d'execució de despeses SAP IBSA data 07/04/2010
(dades Secció 60).*

L'assistència prestada amb mitjans aliens s'incrementa un 3,7% respecte a 2008 amb un total de 351,99 milions d'euros i suposa el 27% del pressupost executat del Servei. No obstant, cal assenyalar que inclou l'assistència prestada pels centres concertats propis: GESMA (empresa pública que gestiona l'Hospital General, l'Hospital Psiquiàtric i l'Hospital Joan March) i les fundacions hospitalàries de Son Llätzer i Manacor, que en conjunt suposen 289,51 milions d'euros, el 82% de l'assistència prestada amb mitjans aliens.

Taula 7.13:**PRESSUPOST EXECUTAT SECCIÓ 60 SERVEI DE SALUT - ARTICLE 25**

	Pressupost Executat 2009	Variació 09/08	Pressupost Executat 2008
Pressupost Total Servei de Salut	1.301.962.398,15	5,15%	1.238.205.973,77
Total Article 25 (assistència amb mitjans aliens)	351.993.378,24	3,70%	339.436.521,83
Pes relatiu article 25 sobre pressupost total Servei	27,04%	-1,38%	27,41%
Article 25 (centres concertats propis)	289.511.864,77	2,80%	281.622.369,39
Pes relatiu centres concertats propis sobre article 25	82,25%	-0,87%	82,97%

Elaborat per la Direcció General de Planificació i Finançament - Conselleria Salut i Consum

Font: Estat d'execució de despeses SAP IBSA data 13/04/2010 (dades Secció 60).

La inversió realitzada pel Servei de Salut en l'exercici 2009 disminueix en un 1,23% respecte a 2008, amb un total de 51,64 milions d'euros, xifra que inclou les inversions reals i les transferències de capital; en relació a les xifres de Padró suposa una inversió per habitant de 47,14 euros.

Taula 7.14:

INVERSIONS SECCIÓ 60 - SERVEI DE SALUT			
	Pressupost Executat 2009	Variació 09/08	Pressupost Executat 2008
cap 6 inversions reals	40.620.131,90	-7,60%	43.961.253,09
cap 7 transf. capital	11.017.888,00	32,43%	8.319.698,13
TOTAL inversions			
SERVEI*	51.638.019,90	-1,23%	52.280.951,22
padró**	1.095.426		1.072.844
inversió per habitant	47,14	-3,27%	48,73

Elaborat per la Direcció General de Planificació i Finançament - Conselleria Salut i Consum

** Font: Estat d'execució de despeses SAP IBSA data 07/04/2010 (dades Secció 60).*

*** Font: INE*

Deute sanitari acumulat

Com hem vist, 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, mentre que les pèrdues acumulades a 31/12/2008 per GESMA i les fundacions Hospital Son Llàtzer i Hospital de Manacor representen un muntant de 140,87 milions d'euros.

Taula 7.15:

(en Milers d'euros)

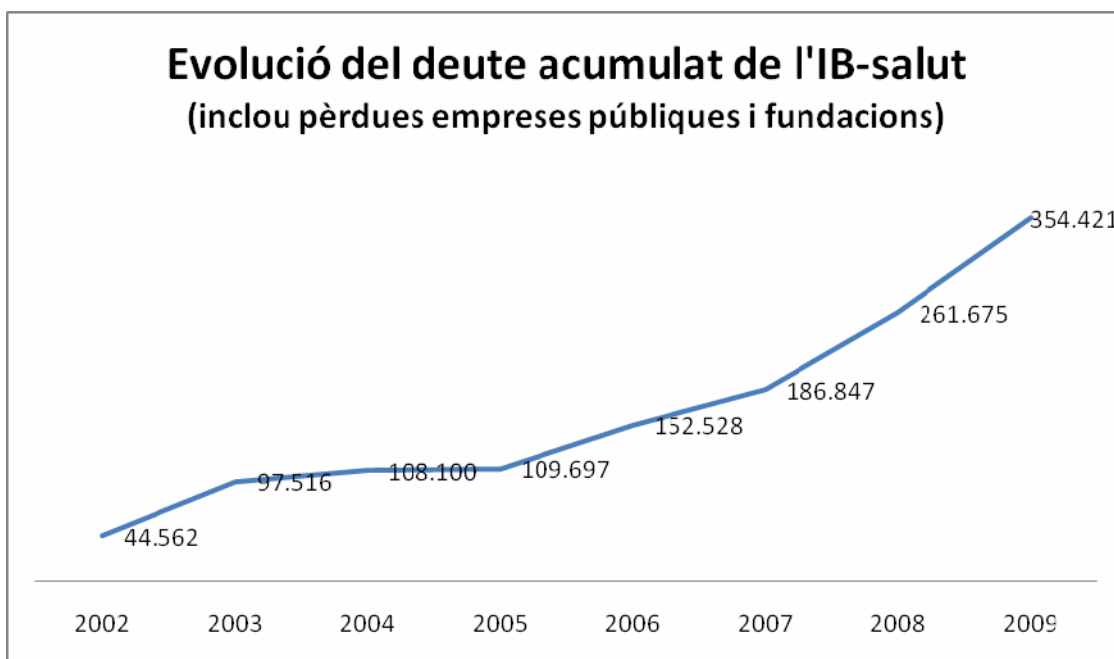
Deute sanitari acumulat	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008*	2009
Deute Acumulat SERVEI DE SALUT sense Pèrdues Acumulades EMPRESES PÚBLIQUES I FUNDACIONS	39.055	56.203	57.980	56.789	95.764	117.029	163.264	213.554
Increment anual deute	0	17.148	1.778	-1.191	38.975	21.265	46.235	50.290
Pèrdues Acumulades EMPRESES PÚBLIQUES I FUNDACIONS	5.507	41.314	50.120	52.907	56.764	69.818	98.411	140.866
Increment anual pèrdues	0	35.807	8.806	2.788	3.856	13.054	28.593	42.456

** Dades modificades respecte les que es varen lliurar per la Memòria CES 2008 d'acord amb criteri de la Sindicatura Comptes i ratificades per l'ib-salut amb data 16/02/2010.*

Elaborat per la Direcció General de Planificació i Finançament - Conselleria Salut i Consum

Font: Ib-Salut

Gràfic 7.8:



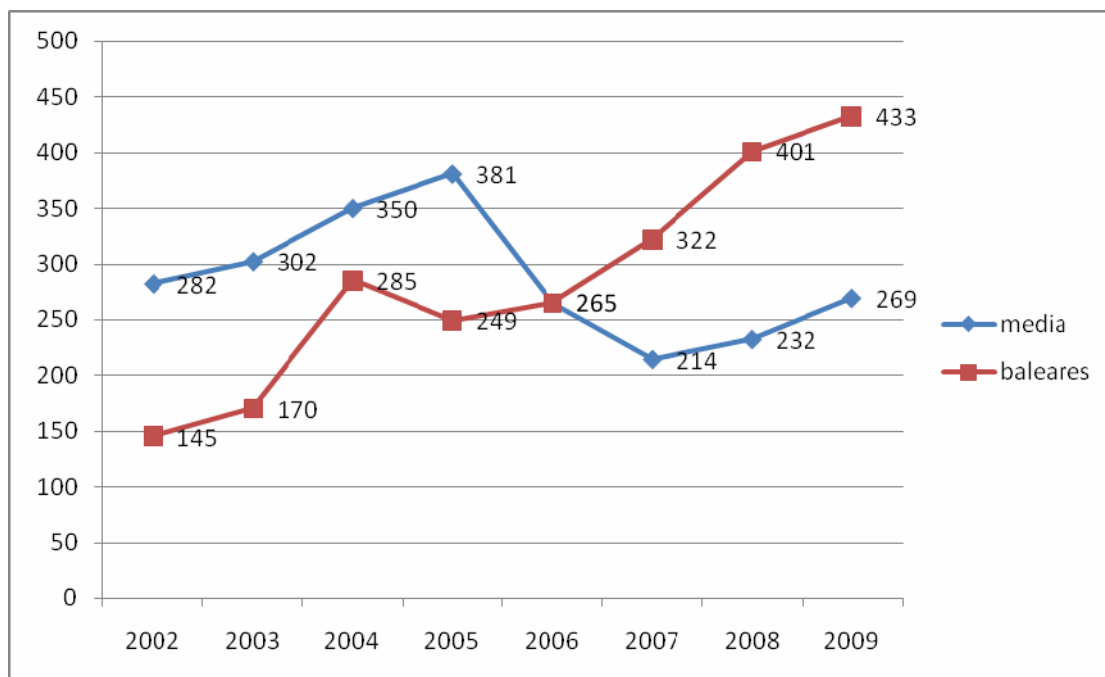
Font: IB-salut.

Com es pot veure, l'augment del deute de l'IB-salut és exponencial en els darrers anys i aquesta situació es preveu que difícilment millorarà de forma substancial amb l'aplicació del nou model de finançament, cosa que posa en una situació molt delicada el sistema sanitari públic balear.

De fet, si no es produeix un refinançament d'aquest deute, difícilment es podrà arbitrar una sortida només a partir de la contenció de la despesa, ja que a finals del 2009 el deute acumulat sobrepassava en més de 100 milions d'euros la despesa anual en béns i serveis (descomptats els serveis generals, intensius en mà d'obra i que no poden tenir el mateix tractament).

Aquesta situació té, doncs, un impacte directe sobre la liquiditat del sistema i és suportada pels proveïdors, que veuen diferits en el temps el cobrament pels seus serveis. Al gràfic següent s'observa l'evolució dels dies de demora en el pagament per part de l'IB-salut en comparació amb la mitjana estatal.

Gràfic 7.9: Dies demora en el pagament dels serveis. Comparativa Illes Balears 2002-2009.



Font: Font: Ib-Salut

Queda patent que l'evolució del deute en l'àmbit de la sanitat pública ha assolit uns nivells que comprometen la seva sostenibilitat i que requereixen d'una solució d'urgència per tal d'evitar el fort impacte de la càrrega d'interessos degut a la cada vegada major demanda de reclamació d'interessos de demora, així com a la major dificultat que suposa per a la gestió de les unitats de compra dels centres sanitaris.

La retallada pressupostària prevista per al 2010 no fa més que agreujar aquesta situació. Com es pot veure al gràfic següent (7.10), la dinàmica expansiva del deute encara s'accentua i condueix a un escenari no imaginable.

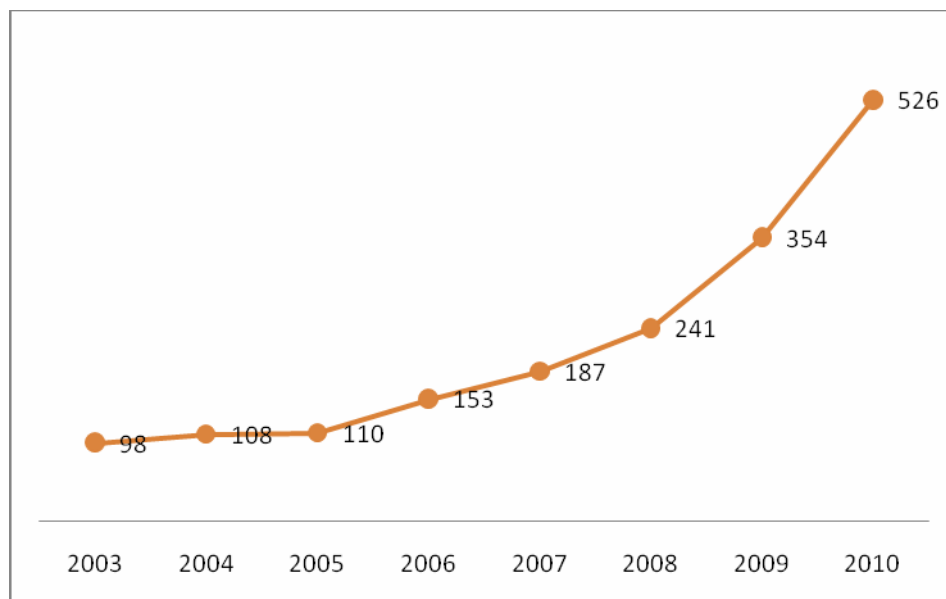
Taula 7.16: Comptes pressupostaris Illes Balears, 2003-2010.

	Pressupost inicial	Pressupost final	Pressupost executat (despesa real)	Increment	Deute
2003	656	705	750		98
2004	671	821	824	9,87%	108
2005	949	969	978	18,69%	110
2006	1005	1007	1051	7,46%	153
2007	1060	1148	1183	12,56%	187
2008	1170	1228	1305	10,31%	241
2009	1230	1302	1393	6,74%	354
2010	1149	1240	1412	1,36%	526

Font: Ib-Salut

Nota: Les dades de 2010 són estimacions

Gràfic 8: Deute acumulat Illes Balears, 2003-2010.



Font: Ib-Salut

Nota: Les dades de 2010 són estimacions

El traspàs del deute de l'Ib-Salut a la Comunitat Autònoma, anunciat recentment¹⁶ per tal de dotar de liquidesa a les entitats proveïdores, eixugar part de la seva deute i rebaixar les despeses financeres associades a l'endeutament, semblen mesures circumstancials que només poden pal·liar els efectes d'aquest endeutament a curt termini.

El nou sistema de finançament autonòmic tampoc suposa una millora substancial dels recursos, en aquests moments ni tampoc previsiblement en el propers exercicis. Tot i que en darrera instància es va poder introduir una clàusula específica per a Balears per a que es tingui en compte la situació d'aquelles comunitats en què puguin coincidir transferències negatives del Fons de Garantia de Serveis Públics Fonamentals, amb Fons de Sufficiència Global negatiu i no assoleixin després de l'aplicació del Fons de Competitivitat, el finançament per càpita mitjà en termes d'habitant ajustat (situació que només es produeix en el cas de Balears). Aquesta disposició no és, així com està redactada, una garantia legal que ens permeti assolir la mitjana, sinó que dependrà de la connivència del govern central. També s'han inclòs indicadors correctors de caràcter dinàmic, amb els quals Balears podria millorar la seva situació, com són els augments de població experimentats, la insularitat o el bilingüisme, però que menys el primer no semblen cobrir les despeses associades a aquests conceptes. Per tant és molt probable que el nou sistema no resolgui els problemes de finançament de les Illes Balears, ja que no permetrà compensar la davallada dels ingressos públics de l'actual i el proper any, degut a l'aplicació gradual de l'acord que farà que la major participació de la comunitat en els tributs amb un major potencial recaptatori no s'inclogui fins el 2011 (sobre la liquidació del 2009). Així s'esperen que els recursos addicionals per a aquest any siguin d'aproximadament 130 milions d'euros mentre que per a l'any vinent podrien no superar els 160 milions d'euros, bastant per sota de la disminució dels ingressos del sistema de finançament (superiors als 500 milions d'euros) i dels impostos cedits (270 milions).

¹⁶ Vegi's per exemple "El Ib-salut debe 500 millones de euros a sus proveedores", Diario de Mallorca, 23 abril 2010.

8. Professionals sanitaris

És ben sabut que els professionals sanitaris integren l'element fonamental i insubstituïble en el desenvolupament de la pràctica assistencial. Tot i així l'esforç dedicat per part de les autoritats sanitàries a la planificació, ordenació i avaluació del rendiment dels recursos humans en el desplegament dels sistemes sanitaris es pot considerar com a molt millorable. La preocupació davant l'escassetat d'especialistes, o els dèficits que afecten també altres professions sanitàries com infermeria i auxiliars de clínica¹⁷, així com l'increment de la pressió assistencial que aquests professionals han d'afrontar per tal de donar resposta a les creixents demandes socials de la ciutadania, està generant en el darrers anys un major interès polític i social cap als processos de planificació i ordenació dels recursos humans en l'àmbit sanitari. Ja conscients dels efectes que les decisions en aquest àmbit poden tenir a curt termini (excés o dèficit de professionals) i del cost temporal que requereix qualsevol ajustament (formació del capital humà,...) s'estan impulsant una sèrie d'iniciatives per fonamentar el debat sobre aquesta qüestió i allunyar-lo de posicions corporativistes o escanyades en el curt termini. La constitució de comissions especialitzades en diferents regions de l'Estat i en el si del propi Ministeri de Sanitat, per tractar aquestes qüestions, juntament amb la realització de diferents estudis que han tractat de quantificar quins són els dèficits actuals i previsibles a mitjà termini, són algunes de les mesures que s'estan articulant en aquests moments per donar resposta a les mancances senyalades anteriorment.

En aquest sentit, ressenyant les principals conclusions d'aquests estudis, es poden destacar, primer de tot, una sèrie de causes que han originat l'actual desequilibri en el mercat de treball mèdic, i que considerem que s'han de tenir en compte a l'hora de formular propostes de reforma en tot allò que pugui afectar la planificació i ordenació de recursos humans a la nostra Comunitat. Així, a nivell estatal es destaca que, tot i disposar de ràtios poblacionals de metges (totals i per especialitats) similars o fins i tot superiors als països europeus i de la OCDE, persisteix una crisi aguda de falta de metges en determinades especialitats i regions (perceptible en la no cobertura de determinades places i en les llargues llistes d'ofertes en borses de treball mèdiques). Algunes de les raons que expliquen, segons aquests estudis, els desequilibris entre

¹⁷ Informe anual del Sistema Nacional de Salud 2007. Ministerio de Sanidad y Consumo (2008)

l'oferta i la demanda de professionals sanitaris són: (i) l'elevada segmentació territorial i l'especialització de l'oferta laboral mèdica, com a dos elements que redueixen flexibilitat i generen dificultats d'adaptació als constants i accelerats canvis tecnològics i socials, (ii) l'existència d'uns salaris molt regulats/fixats que afegeixen rigidesa en l'oferta i demanda de treball i distorsions respecte les expectatives del personal, (iii) les fortes barreres d'entrada a la professió (l'existència d'un *numerus clausus* molt restrictiu per a l'accés als estudis de medicina i la regulació de les places MIR de cada especialitat), i (iv) un augment brusc de la grandària i la cobertura de les xarxes de proveïdors d'atenció sanitària, tant pel desplegament dels serveis sanitaris autonòmics, com pel creixement de la demanda de serveis mèdics lligats al benestar, bàsicament privats.

A l'hora de formular les recomanacions i propostes per millorar el sistema de planificació, cal tenir en compte que la major part de les decisions estratègiques en aquest àmbit són compartides entre l'Administració Central – que manté competències en formació, acreditació i homologació dels professionals sanitaris, i en la planificació global del sistema- i l'Autònoma- com a gestora i ocupadora- , a més a més, les actuacions exigeixen la participació de diferents departaments, principalment els d'educació i sanitat, i es nodreixen de les aportacions realitzades per les associacions professionals (societats científiques i col·legis professionals). També cal considerar que la planificació té un abast limitat, i que és impossible predir amb precisió les necessitats a llarg termini, donats els canvis tant en factors exògens (demografia, innovacions tecnològiques,...) com en factors endògens (canvis organitzatius), per tant a més d'ampliar -augmentant el nombre de places de medicina, o en el cas de les Illes Balears creant uns estudis propis o arribant a acords amb facultats de medicina de fora de la Comunitat per tal d'atreure futurs professionals o retenir-los- i modificar la base formativa de cara a afavorir una major troncalitat¹⁸ i enfocant-lo cap a la capacitació (major versatilitat de les especialitzacions) enlloc de l'actual especialització, també s'ha de dotar al mercat de la suficient flexibilitat per a que els ajustaments es puguin realitzar davant cada necessitat.

¹⁸ Segons la Llei 44/2003 d'Ordenació de Professions Sanitàries es preveu que durant el 2010 es reformi el sistema formatiu, implementant el grau de medicina que inclouria dos anys comuns per grups d'especialitats segons la troncalitat (mèdica, quirúrgica i mèdico-quirúrgica).

Conseqüentment, no es pot atribuir la responsabilitat de l'actual ordenació dels professionals sanitaris a les Illes Balears, que descriurem en el següents apartats, als diferents governs autonòmics, ja que l'actual situació prové d'unes decisions anteriors al procés descentralitzador i les actuacions que s'haurien de realitzar requereixen la coordinació amb les autoritats sanitàries de la resta de l'Estat. Per exemple, la formació de metges especialistes pel sistema MIR ha de proveir els que necessiti el país, incloent els que exerciran la pràctica privada. Pensar que les comunitats autònomes són capaces de formar únicament la força de treball que requeriran els centres sanitaris públics de cada sistema regional de salut pot provocar a mitjà termini dèficits d'especialistes i l'escassetat de metges de determinades especialitats, amb el conseqüent augment de valor de mercat d'aquests professionals i els incentius per abandonar el sistema públic. Així mateix, a l'espera d'una redefinició profunda de les especialitats, competència exclusiva de l'Estat i no de la Comunitat Autònoma, i molt sensible en els seus efectes a com s'acabi determinant la necessària polivalència en el coneixement mèdic, determinarà les necessàries previsions i actuacions que s'hauran de dur a terme per equilibrar l'oferta i demanda de professionals sanitaris.

També creiem rellevant destacar la important limitació que suposa, a l'hora de valorar les necessitats de professionals sanitaris de manera objectiva i fonamentada, la manca d'un registre de l'activitat professional i laboral dels metges que reculli informació bàsica (dedicació, informació demogràfica, remuneracions, etc) per tal de fer les previsions o dissenyar les estratègies òptimes que minimitzin els problemes abans senyalats, o que evitin que aquests es reproduïxin en el futur. L'anàlisi quantitatiu i qualitatiu d'aquestes qüestions és en aquests moments molt limitat ja que només es pot realitzar a través de les dades de col·legiació i aquestes tenen alguns problemes de fiabilitat (múltiples especialitzacions per col·legiat, no especificació de quins es troben en actiu, no obligatorietat en la col·legiació en determinades autonomies i per determinades professions sanitàries, tampoc especifica la dedicació, etc.). És per això que es recomana el desenvolupament d'eines específiques de medicació o registre per facilitar i agilitzar el còmput general i específic d'efectius sanitaris, com pot ser un Registre de Personal Sanitari, únic i continu, que permeti avaluar de manera més fidedigna quina és la realitat de cada Comunitat.

8.1. Dades col·legiació. Apunts sobre la demografia mèdica a les Illes Balears

Malgrat les mancances a les que ens hem referit en quant a les dades de col·legiació, només a través d'aquesta font es pot disposar d'informació sobre la dotació (nombre i característiques demogràfiques) de recursos humans de que es disposa en una comunitat. A partir de les dades obtingudes del registre de col·legiació¹⁹ observem a les Illes Balears un important creixement en quant a metges col·legiats per al període 2004-2008 (14%, mentre que per al conjunt de l'Estat fou del 9,9%), arribant als 4.675 col·legiats en el darrer any. Malgrat aquest notable increment, la dotació per 100.000 habitants (436,9 al 2008) es troba encara lluny de l'observada en termes mitjans a la resta de l'Estat (466,9). Atenent que en aquest registre s'hi inclouen metges que ja es troben jubilats (el 7% superen els 65 anys, i el 4% els 70) i que a l'entorn del 10% dels metges actius no es dediquen a activitats assistencials, sinó a activitats docents, de gestió o de recerca bàsica, la densitat de metges que estan fent una pràctica professional de caràcter assistencial es situa en 370 per cada 100.000 habitants, una taxa que s'ha mantingut molt més estable al llarg dels darrers anys.

Taula 8.1: Metges col·legiats a les Illes Balears, 2004, 2006, 2008.

	2004	2006	2008
Total	4096	4343	4675
per 100.000 habitants	427,6	428,1	436,9
Espanya	452,3	456,6	466,9
Homes	2584	2651	2803
Dones	1512	1692	1872
% de feminització	36,9%	39%	40%
Metges col·legiats amb menys de 65 anys d'edat	3849	4058	4347
per 100.000 habitants	401,8	400	406,2
Metges col·legiats assistencials per 100,000 habitants	368,8	367,2	370*

Font: Elaboració pròpia a partir de Instituto Nacional de Estadística (2009d): Estadística de Profesionales Sanitarios Colegiados.

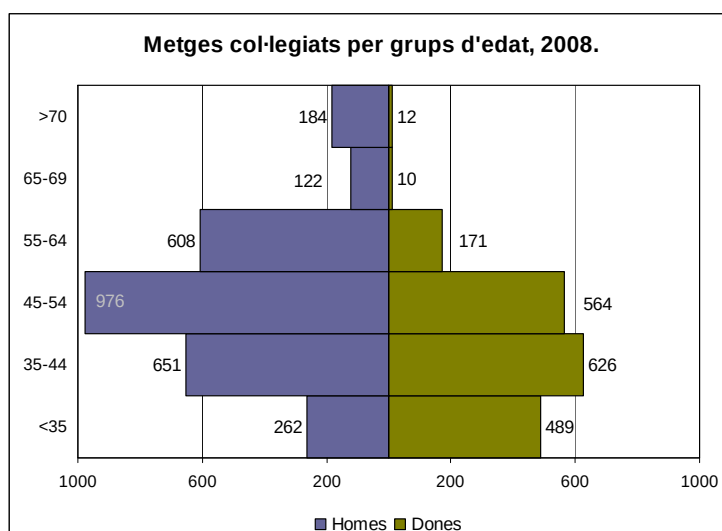
*dada referent al 2007

En quant a la composició del col·lectiu, hem de destacar el notable creixement relatiu de les dones, el que suposa un reequilibrament ,sota la perspectiva de gènere, d'aquesta professió (al 2008 el 40% dels col·legiats eren dones) a partir de la incidència que tenen els grups d'edat més joves, on hi predominen.

¹⁹ Estadística de profesionales sanitarios (INE, 2010) i Col·legi Oficial de Metges de les Illes Balears (COMIB)

També sembla rellevant destacar el progressiu envelliment de la professió de metge a les Illes Balears, d'acord a la tendència descrita en el conjunt de l'Estat. La franja d'edat amb un major nombre de professionals es troba entre els 45-54 anys i es va escurçant de forma progressiva en edats més joves, descrivint així una forma romboïdal en la distribució per edats, enlloc d'una piramidal que caracteritzaria una professió jove. Mantenint, doncs, aquesta distribució és previsible que la taxa de metges per habitants es vagi reduint en els propers anys, amb un notable desfasament a partir del 2018-2027, ja que el nombre de metges que aniran abandonant la professió per jubilació serà més elevat que en el nombre de metges joves que els reemplacen, mentre que la població mantindrà unes taxes de creixement superiors.

Gràfic 8.1:



Font: Elaboració pròpia a partir Instituto Nacional de Estadística (2009d): Estadística de Profesionales Sanitarios Colegiados.

A la taula (8.2) es descriu l'evolució recent en quant a la dotació dels principals col·lectius col·legiats de personal sanitari a les Illes Balears, del qual destaca l'increment pronunciat en la col·legiació de fisioterapeutes.

Taula 8.2: Personal sanitari col·legiat, 2006-2009

		2006		2007			2008			2009		
		Efectius	per 100.000 hab.	Efectius	per 100.000 hab.	2007/2006	Efectius	per 100.000 hab.	2008/2007	Efectius	per 100.000 hab.	2009/2008
Metges	Total	4343	433,84	4526	439,14	4,21%	4675	435,76	3,29%	4749		1,58%
	Homes	2651		2734			2803			2806		
	Dones	1692		1792			1872			1943		
Farmacèutics	Total	1121	111,98	1126	109,25	0,45%	1126	104,95	0,00%	1166	106,44	3,55%
	Homes	410		411			411			417		
	Dones	711		715			715			749		
Podòlegs	Total	55	5,49	56	5,43	1,82%	59	5,5	5,36%	63	5,75	6,78%
	Homes	24		25			27			27		
	Dones	31		31			32			36		
Fisioterapeutes	Total	558	55,74	625	60,64	12,01%	696	64,87	11,36%	763	69,65	9,63%
	Homes	181		200			233			255		
	Dones	377		425			463			508		
Diplomats en Infermeria	Total	5119	511,36	5198	504,34	1,54%	5441	507,16	4,67%	5611	512,22	3,12%
	Homes	909		876			908			973		
	Dones	4210		4322			4533			4638		

Font: Elaboració pròpia a partir de l'Institut Nacional de Estadística (2009d): Estadística de Profesionales Sanitarios Colegiados.

8.2. Comparativa dotacions professionals sanitaris a nivell autonòmic

Tal i com hem esmentat anteriorment, les dotacions de metges actius a Espanya superen gran part dels estàndards internacionals, per la qual cosa resulta paradoxal l'estesa percepció d'un dèficit de professionals, reflectida en la manca de candidats per a llocs disponibles i la conseqüent importació de metges estrangers per pal·liar el problema. L'explicació probablement es troba en l'organització de l'assistència i l'escassetat relativa d'infermeres (amb una de les ràtios més baixes del món desenvolupat d'infermeres/metges), derivant en una sèrie d'ineficiències degut a que els metges (el factor productiu més car) han d'assumir tasques que en altres països realitzen altres professionals sanitaris. Aquest fet dificulta poder fer un anàlisi comparatiu de les dotacions de professionals sanitaris entre diferents països o sobre la productivitat associada a aquest recurs, ja que professionals de categories equivalents no realitzen les mateixes funcions. Les dificultats per convertir el nombre de facultatius en el seu equivalent a temps complert (ETC) -per la qual cosa s'hauria de disposar de la quantitat d'hores treballades a la setmana pels metges a temps complert (a Espanya és menor que a altres països), els períodes d'inactivitat (majors amb la progressiva feminització de les professions sanitàries) o la dedicació a temps parcial, així com la tendència en el cas

espanyol a l'avançament de les jubilacions- fan que els intents per objectivar la necessitat de professionals, mitjançant comparacions o benchmarking respecte altres països, tinguin un abast limitat.

Conseqüentment, malgrat la proliferació en els darrers anys d'estudis sobre planificació i necessitats de professionals sanitaris al nostre país, donades les mancances metodològiques i conceptuals que encara persisteixen, l'anàlisi més útil que es pot realitzar en aquests moments parteix de la descripció de la dotació de professionals sanitaris a la nostra comunitat, i com és aquesta en relació a la resta del país, i en l'anàlisi dels factors concrets que en poden determinar l'evolució futura.

En les taules (8.3) i (8.4) es presenten una sèrie d'indicadors que comparen (temporalment i respecte al conjunt de l'Estat) la dotació relativa de recursos humans per diferents especialitats i com ha pogut créixer la pressió assistencial a la qual els professionals han de fer front.

Taula 8.3: Comparativa indicadors recursos humans. Varis anys

		Illes Balears	Espanya	Posició
Taxa de metges de AP i atenció especialitzada en actiu per cada 1.000 hab a cada CCAA	2006	1,9	2,5	baixa
Taxa d'infermers en actiu per cada 1.000 hab	2006	3	3,5	mitjana-baixa
Nº targetes sanitàries per metge de família	2004	1754	1484	mitjana-alta
	2006	1859	1466	
Nº targetes sanitàries infantils per pediatria	2002	1125	1030	mitjana
	2006	1181	1065	mitjana-alta

Font: Elaboració pròpia a partir Ministerio de Sanidad y Consumo (2008): Aspectos relacionados con la planificación y desarrollo de recursos humanos. Informe anual del Sistema Nacional de Salud 2007

En termes generals, aquests indicadors descriuen una baixa dotació tant en metges (atenció primària i especialitzada) com en infermers, les quals tot i haver experimentat un notable creixement en els darrers anys, encara resten per sota de la dotació mitjana de l'Estat. El nombre d'usuaris que potencialment han d'atendre aquests professionals (en aquest cas pediatres i metges de família), el qual ens pot orientar sobre la qualitat assistencial que pot oferir el sistema sanitari, és significativament major (la més alta de l'Estat) i ha crescut en el temps donat el fort creixement de la població a les Illes Balears durant la darrera dècada. Tot i així, quan ho comparem per l'activitat realitzada

(nombre d'altres hospitalàries i cirurgia major ambulatoria en hospitals) (quadre 8.3) ens trobem que ha disminuït lleugerament.

Taula 8.4: Metges hospitalaris col·legiats. Pressió assistencial 1996-2006

	Metges per 100,000 habitants			Altes + C.M.A. per 100,000 habitants			Altes + C.M.A. / Metges		
	1996	2006	Variació	1996	2006	Variació	1996	2006	Variació
Illes Balears	233,17	260,9	11,89%	16391,17	17824,67	8,75%	70,3	68,32	-2,81%
Espanya	174,88	205,18	17,33%	11944,39	13737,94	15,02%	68,3	66,96	-1,97%

Font: Extret de Organización Médica Colegial de España (2009).

8.3. Els professionals en la xarxa assistencial pública

Com ja hem comentat, la manca d'un Registre de Professionals Sanitaris a nivell estatal i autonòmic, no permet en aquests moments fer un anàlisi precís de quina és la dotació total de facultatius a la Comunitat ni de la seva composició (demogràfica i per especialitats). Sí es disposa de més informació sobre la dotació de professionals que treballen en la xarxa assistencial pública (Sistema Nacional de Salut), tot i que aquesta informació es publiqui amb un retard d'aproximadament dos anys i en certs casos sigui provisional.

Basant-nos en les dades del recull que elabora el Ministerio de Salud (2010), al 2007 la xarxa sanitària pública ocupava a 12.151 treballadors, la qual cosa suposa un creixement del 12,86% respecte al 2004, concentrat en els dos darrers anys. Per especialitzacions i nivells assistencials s'observa segons aquesta font un creixement semblant en quant al nombre de treballadors, destacant pediatria (16,24%) en atenció primària i infermeria en atenció especialitzada (10,17%), en el que sembla un esforç per reorientar els sistema de salut.

Taula 8.5: Evolució del nombre total de treballadors i treballadores en el sistema sanitari públic, Illes Balears 2004-2007.

	2004	2005	2006	2007**	Increment 2004-2007	
Nombre total de treballadors*	10.766	10.879	11.432	12.151	12,86	
Atenció Primària	2004	2005	2006	2007	2008	Increment 2004-2008
Medicina	474	486	480	491	517	9,07
Pediatría	117	125	124	133	136,00	16,24
Infermeria	512	528	489	510	536,00	4,69
Atenció Especialitzada	2004	2005	2006	2007**	Increment 2004-2007	
Medicina	1.560	1.570	1.343	1.573	0,83	
Infermeria	2.292	2.310	2.497	2.525	10,17	

*Entre personal estatutari, laboral i funcionari. **Any 2007: dades provisionals.

Font: Ministerio de Sanidad y Consumo (2008): Aspectos relacionados con la planificación y desarrollo de recursos humanos. Informe anual del Sistema Nacional de Salud 2007

Segons les dades de registre del propi l'Ib-Salut, a data de 29 de gener del 2010, estaven treballant en la xarxa assistencial pública 2.597 metges (1.741 en atenció especialitzada), la qual cosa evidencia la tendència creixent en l'oferta de professionals mèdics dels darrers anys. En la taula (8.6) es presenta la distribució per especialitats amb un resum dels principals indicadors sobre la dotació relativa de cadascuna d'elles (% d'efectius sobre el total de professionals, taxes per 100.000 habitants, grau d'envelliment i feminització).

Taula 8.6: Xarxa assistencial pública. Professionals totals per especialitat

AT. PRIMÀRIA					
Especialitat	Nombre d'efectius	%	% Dones	% majors de 50 anys	Efectius per 100,000 habitants
Medicina familiar i comunitària	536	34,3%	45,9%	50,0%	48,5
Pediatría (només pediatres d' AP)	136	8,7%	61,8%	52,9%	12,3
Infermeria	582	37,2%	86,1%	51,0%	52,7
Metges d'urgències d'Atenció Primària	184	11,8%	43,5%	35,9%	16,6
Infermeria Urgències AP	126	8,1%	67,5%	15,1%	11,4
TOTAL METGES AP	856				
TOTAL INFERMERIA	708				
ATENCIÓ ESPECIALITZADA					
Especialitat	Nombre d'efectius	%	% Dones	% majors de 50 anys	Efectius per 100,000 habitants
Al·lèrgologia	0	0,0%	0,0%	0,0%	0
Anàlisis clínics	43	2,7%	65,1%	48,8%	3,89
Anatomia patològica	29	1,9%	55,2%	41,4%	2,62
Anestèsia i reanimació	114	7,3%	45,6%	32,5%	10,3
Angiologia i cirurgia vascular	6	0,4%	0,0%	33,3%	0,54
Aparell digestiu	37	2,4%	43,2%	32,4%	3,35
Bioquímica clínica	1	0,1%	100,0%	0,0%	0,09
Cardiologia	39	2,5%	25,6%	33,3%	3,53
Cirurgia cardiovascular	6	0,4%	0,0%	16,7%	0,54
Cirurgia gral. i de l'a. digestiu	84	5,4%	21,4%	47,6%	7,6
Cirurgia oral i maxil·lofacial	8	0,5%	25,0%	37,5%	0,72
Cirurgia ortopèdica i traumatològica	91	5,8%	11,0%	40,7%	8,23
Cirurgia pediàtrica	11	0,7%	9,1%	72,7%	1
Cirurgia plàstica estètica i reparadora	7	0,4%	28,6%	42,9%	0,63
Cirurgia toràcica	4	0,3%	0,0%	25,0%	0,36
Dermatologia medicoquirúrgica i v.	29	1,9%	55,2%	34,5%	2,62
Endocrinologia i nutrició	25	1,6%	52,0%	32,0%	2,26
Farmacologia clínica	7	0,4%	57,1%	0,0%	0,63
Geriatría	1	0,1%	0,0%	0,0%	0,09
Hematologia i hemoteràpia	33	2,1%	54,5%	30,3%	2,99
Immunologia	8	0,5%	50,0%	25,0%	0,72
Medicina del treball	7	0,4%	71,4%	71,4%	0,63
Medicina familiar i comunitària	24	1,5%	37,5%	33,3%	2,17
Medicina física i rehabilitació	26	1,7%	57,7%	34,6%	2,35
Medicina intensiva	58	3,7%	41,4%	25,9%	5,25
Medicina interna	93	5,9%	38,7%	40,9%	8,41
Medicina nuclear	5	0,3%	60,0%	40,0%	0,45
Medicina preventiva i salut pública	4	0,3%	75,0%	25,0%	0,36
Microbiologia i parasitologia	26	1,7%	46,2%	46,2%	2,35
Nefrologia	31	2,0%	48,4%	19,4%	2,8
Pneumologia	32	2,0%	31,3%	28,1%	2,9
Neurocirurgia	10	0,6%	30,0%	30,0%	0,9
Neurofisiologia clínica	2	0,1%	0,0%	50,0%	0,18
Neurologia	39	2,5%	56,4%	12,8%	3,53
Obstetrícia i ginecologia	107	6,8%	48,6%	35,5%	9,68
Oftalmologia	66	4,2%	50,0%	31,8%	5,97
Oncologia mèdica	29	1,9%	55,2%	37,9%	2,62
Oncologia radioteràpica	6	0,4%	66,7%	16,7%	0,54
Otorinolaringologia	42	2,7%	31,0%	31,0%	3,8
Pediatría i les seves àrees específiques (només les de AE)	95	6,1%	62,1%	26,3%	8,6
Psiquiatria	90	5,8%	40,0%	37,8%	8,14
Radiodiagnòstic	77	4,9%	45,5%	39,0%	6,97

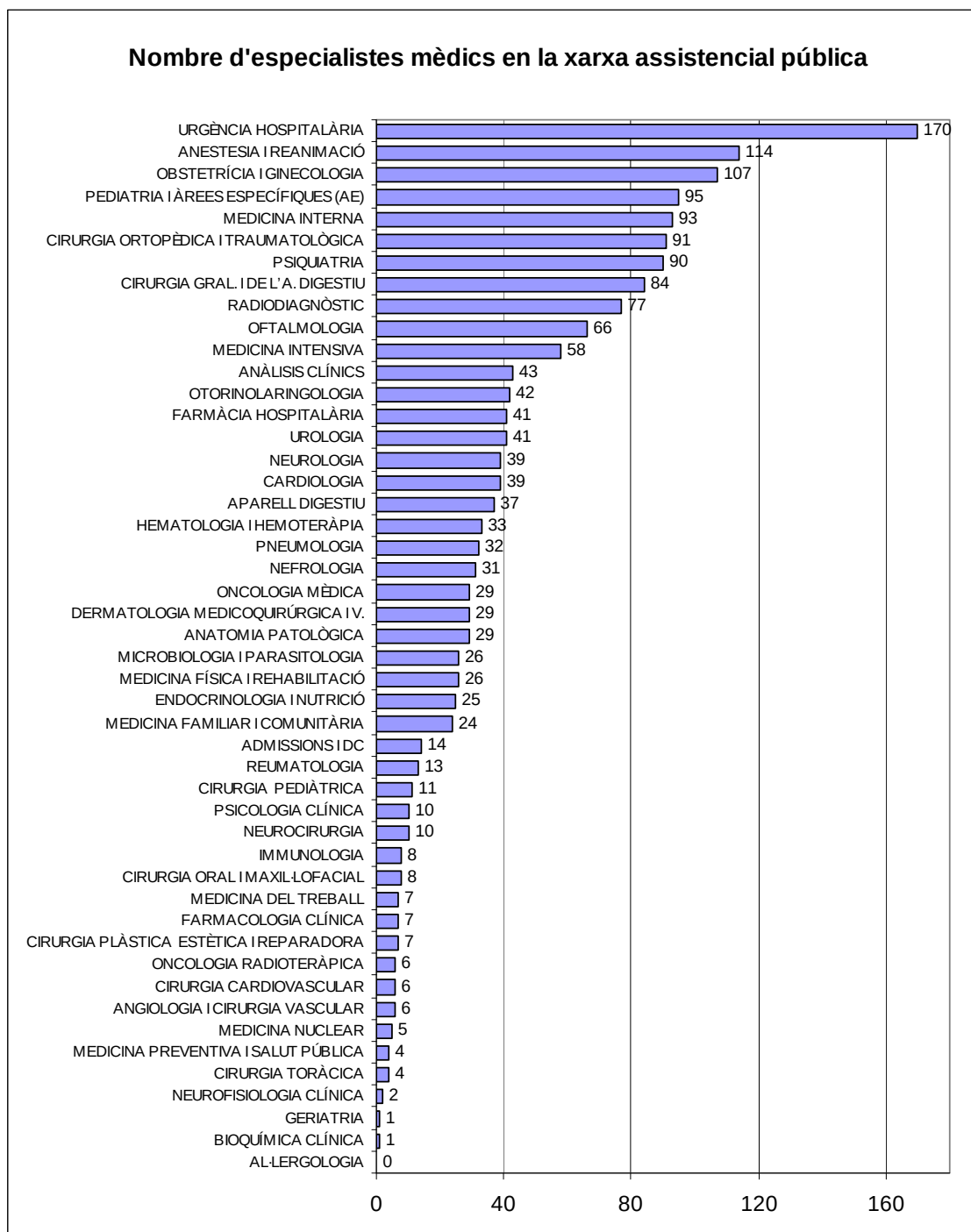
Reumatologia	13	0,8%	69,2%	15,4%	1,18
Urologia	41	2,6%	9,8%	41,5%	3,71
Admissions i dc	14	0,9%	21,4%	57,1%	1,27
Farmàcia hospitalària	41	2,6%	56,1%	14,6%	3,71
Urgència hospitalària	170	10,9%	51,8%	26,5%	15,4
Psicologia clínica	10	0,6%	90,0%	50,0%	0,9

TOTAL METGES AE

1741

Font: Elaboració pròpia a partir de les dades subministrades per l'Ib-Salut

Gràfic 8.2:



Nota: No s'inclou Medicina Familiar i Comunitària (536) per perdre l'escala

Font: Elaboració pròpia a partir de les dades subministrades per l'Ib-Salut

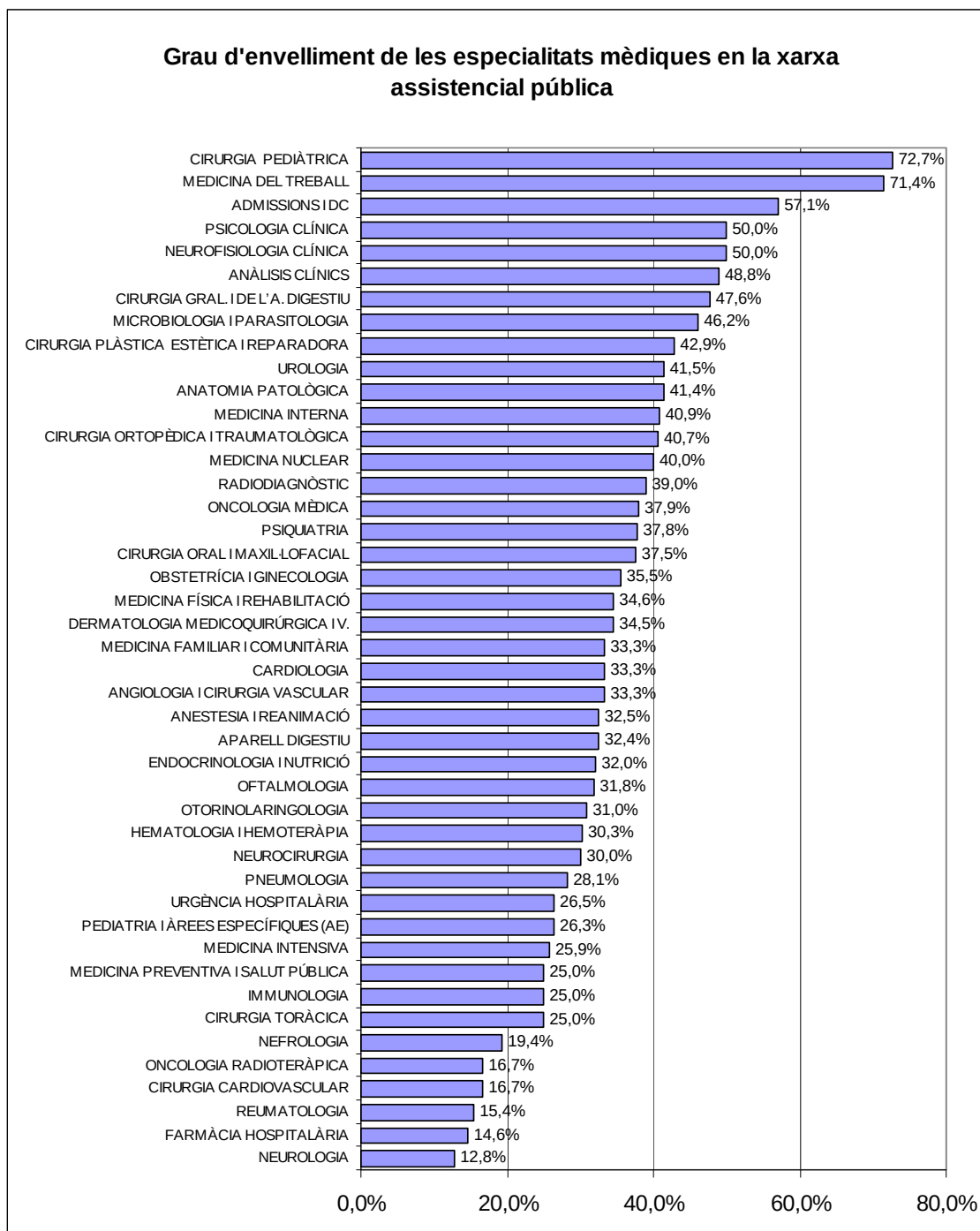
Comparant aquestes dades amb les que va proporcionar un dels estudis més exhaustius sobre la matèria, *Oferta y necesidad de médicos especialistas en España (2008-2025)* publicat pel Ministerio de Sanitat i Consum (2008), trobem amb una sèrie de fets destacables que ja s'evidenciaven en aquest estudi i que en els dos anys que han transcorregut no han millorat ostensiblement. Primer de tot, tal com s'assenyalava en el citat estudi es destacava l'elevada variabilitat entre comunitats autònomes, no només en especialitats amb pocs efectius sinó també per aquelles en que la distribució era més igualitària (Ministerio de Sanidad y Consumo, 2008). També es suggeria una insuficiència d'especialistes en certes especialitats mèdiques, bàsicament en Anestesiologia i Reanimació, Radiodiagnòstic, Cirurgia General, Medicina de Família i Pediatria.

La nostra Comunitat en les comparacions interterritorials destacava per la seva escassa dotació en algunes especialitats, com Cardiologia, Neurofisiòlegs Clínics i Hematòlegs, o l'absència d'Al·lèrgòlegs, i també per situar-se per sota de les taxes mitjanes en la majoria d'especialitats (només superaven les taxes mitjanes de l'Estat en Oncologia Medica, Immunologia, Cirurgia pediàtrica, i Cirurgia Oral i Maxilofacial, totes elles especialitats minoritàries). Comparant les taxes actuals de la nostra Comunitat amb les del conjunt de l'Estat aportades en el citat estudi (recordem basat en dades del 2007), trobem que les diferències s'han anat escurçant, i que en aquests moments en la majoria d'especialitats ens trobem en unes taxes equiparables a la mitjana. Tot i això es mantenen algunes diferències significatives en Cardiologia o Obstetrícia i Ginecologia, dues de les especialitats amb unes taxes per 100.000 habitants superiors i que en el cas de les Illes Balears encara es situen per sota de la mitjana

El grau d'envelliment de les especialitats mèdiques és un altre dels temes que més preocupació està generant a l'hora de planificar les dotacions de professionals per als propers anys. Com hem destacat en l'apartat referit a les dades de col·legiació i demografia mèdica, la tendència cap a l'envelliment dels facultatius, amb unes cohorts properes al moment de la jubilació superiors en nombre a les cohorts de reemplaçament, és palpable i evident en aquests moments tot i els programes de jubilacions anticipades que s'han implementat en diferents comunitats. La distribució per grups d'edat per cadascuna de les especialitats ens permet identificar quines són les especialitats que tenen un major risc de patir dèficits en un futur proper si no s'incrementen les places

formatives en determinades especialitats. Tot i que les especialitats que presenten un major grau d'envelliment (metges per sobre dels 50 anys), Cirurgia pediàtrica (72,7%) i Medicina del Treball (71,4%), són especialitats relativament minoritàries i que per tant el reemplaçament dels professionals és assumible en un període curt de temps, en altres especialitats amb un nombre d'efectius important com Cirurgia General i de l'Aparell Digestiu (84) o la d'Anàlisi Clínic (43), a l'entorn de la meitat dels efectius en un període de 10-15 anys deixaran de ser actius.

Gràfic 8.3:



Nota: No s'inclou al·lergologia, bioquímica clínica, farmacologia clínica, geriatria al no disposar de cap professional que superi els 50 anys.

Font: Dades subministrades per l'Ib-Salut

La feminització de les professions sanitàries és un dels fenòmens més destacables que han tingut lloc en el sector sanitari al llarg de les dues darreres dècades²⁰, tant a Espanya com a la resta de països occidentals. Les conseqüències de la feminització dels sector

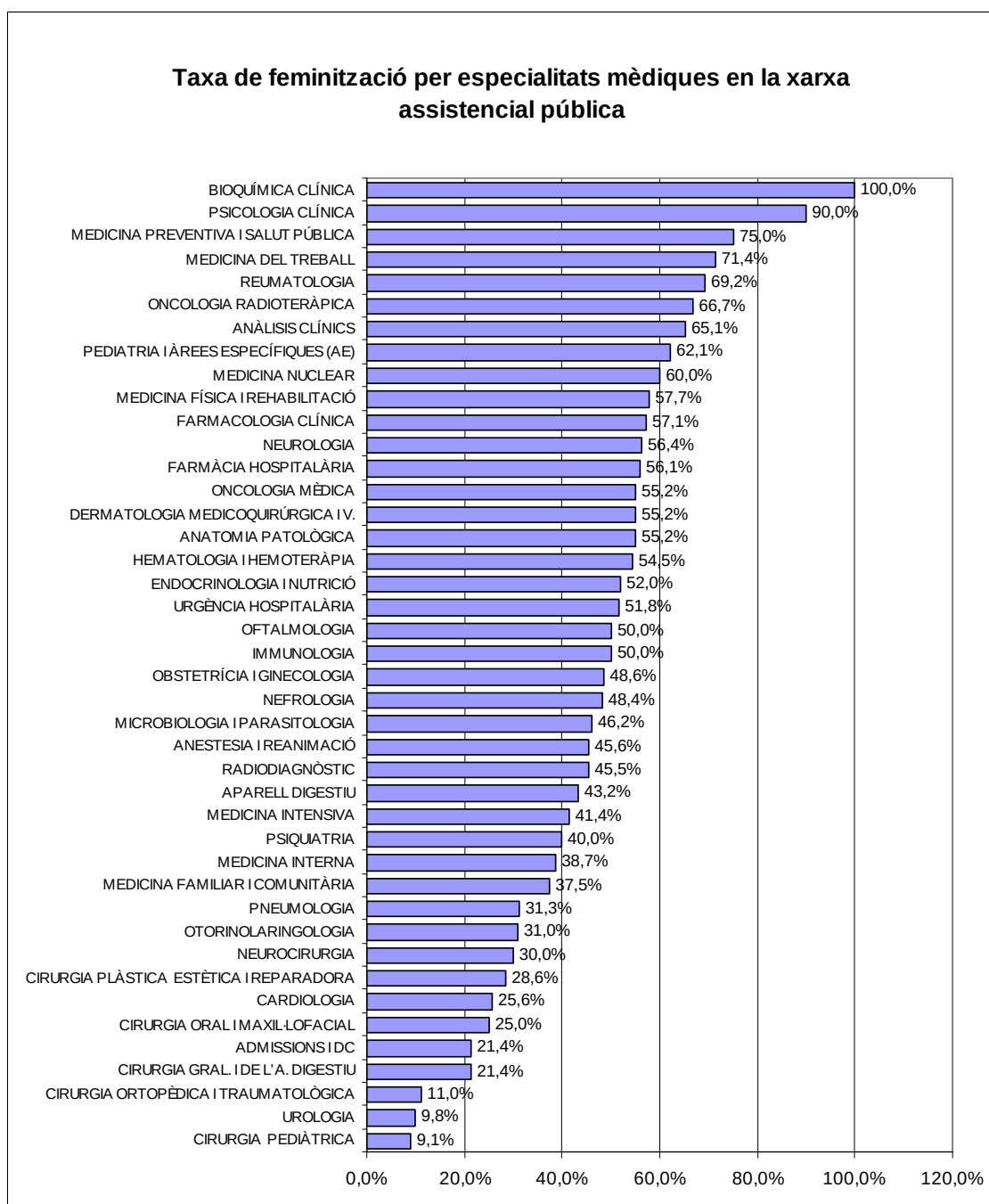
²⁰ Per a una anàlisi exhaustiva d'aquesta qüestió vegi's per exemple Vázquez Vega, P. (2010) La feminización de las profesiones sanitarias. Fundación BBVA, Madrid.

assistencial encara no s'han avaluat en profunditat, tot i que es tracta d'una tendència que es sostindrà en el temps degut a la feminització també dels estudis en Ciències de la Salut. No es disposa de l'evidència necessària per poder quantificar quins seran els efectes a mitjà termini, tot i que existeixen alguns indicis que poden implicar la reorganització del sistema sanitari i de la seva política de recursos humans. La menor dedicació horària en termes mitjans²¹ o una major propensió a disposar de períodes d'inactivitat, ja sigui per períodes de baixa maternal o per una major temporalitat en els contractes laborals, són elements que s'han de considerar a l'hora d'abordar les futures necessitats d'especialistes i personal assistencial.

Les Illes Balears en termes generals mostren un grau de feminització de la professió mèdica semblant al conjunt de l'Estat, en aquelles especialitats més nombroses (que eviten casos extrems determinats per l'escassetat d'efectius), i que en la majoria d'especialitats superen el 50% de feminització. També és important destacar el grau d'associació que existeix entre les taxes de feminització i les distribucions d'edat de les diferents especialitats, essent aquelles amb una distribució més jove les que tenen un grau de feminització superior.

²¹ A Dolado J., Felgueroso F. (2010) senyalen una diferència setmanal de 3,5 hores entre homes i dones per diferents ocupacions en l'àmbit sanitari.

Gràfic 8.4:



Nota: Per a les especialitats angiologia i cirurgia vascular, cirurgia cardiovascular, cirurgia toràctica, geriatria, neurofisiologia clínica

Font: Dades subministrades per l'Ib-Salut

9. *Aportació del sector sanitari a l'economia balear*

9.1. Introducció

El propòsit d'aquest apartat és analitzar la sanitat com a sector econòmic a través del Marc input-output publicat per la Conselleria d'Economia, Hisenda i Innovació del Govern de les Illes Balears referent a l'any 2004. A partir d'aquesta eina i la informació proporcionada per la Comptabilitat Regional de l'INE, analitzem les principals macromagnituds del sector sanitari (producció, ocupació i productivitat), estimem les relacions sectorials que hi ha entre el sector sanitari i la resta de sectors econòmics i avaluem la seva importància com a dinamitzador de l'entrellat productiu de l'economia balear. També es valora el pes de la sanitat privada dintre del conjunt i anàlisi del seu paper i de l'assegurament privat en el sistema de salut.

El marc input-output està compost per tres taules bàsiques: la taula d'origen, la taula de destí i la taula simètrica que analitzen 57 branques (Taula 1) i 62 productes (Taula 2) de l'economia balear a l'any 2004. Aquestes taules es construeixen a partir de la informació disponible a la Comptabilitat Regional d'Espanya (CRE) de l'INE, la qual només ofereix una desagregació sectorial de dos dígit de la classificació CNAE-93. Així, ens trobem amb unes limitacions estadístiques que ens impedeixen analitzar els diferents sectors econòmics amb una major desagregació amb la qual delimitar el sector sanitari. Per això la nostra atenció al llarg d'aquest treball es centrarà en les dues branques representatives del sector sanitari a la comunitat balear, per una banda, *els serveis sanitaris i veterinaris de mercat i els serveis socials de mercat* proveïts de forma privada i, per altra banda, *els serveis sanitaris i veterinaris de no mercat i els serveis socials de no mercat*, proveïts per les administracions públiques i entitats sense ànim de lucre. Aquestes dues branques tot i no ser exclusivament sanitàries, encara que el pes d'aquest sector és clarament majoritari, fan referència al màxim grau de desagregació que es pot obtenir amb les fonts estadístiques actuals.

La **taula d'origen**, indica l'origen, local o importat, dels béns i serveis disponibles en l'economia per satisfer la demanda. La taula 3 ofereix una versió simplificada de la taula d'origen a set branques d'activitat principal i vuit grups de productes per Balears, on es recull que els serveis sanitaris, veterinaris i socials de mercat tenen una producció

interior per valor de 555.427 milers d'euros i els serveis sanitaris, veterinaris i socials de no mercat produeixen un valor de 826.328 milers d'euros, mentre que el total de la producció en la comunitat balear es valora en 36.118.201 milers d'euros. (Vegeu taula 3).

La **taula de destí**, és un quadre on es registra l'estructura de costos de les branques d'activitat així com l'ús intermedi o final que reben els béns i serveis produïts. La taula 4 recull una versió simplificada de la taula de destí valorada a preus bàsics, gràcies a la qual es pot analitzar que el sector dels serveis sanitaris i veterinaris de mercat i el serveis socials de mercat gasta en consums intermedis 176.840 milers d'euros valorats a preus d'adquisició, paga 111.867 milers d'euros als assalariats, té un excedent brut d'explotació valorat en 265.174 milers d'euros i paga 1.546 milers d'euros en concepte d'altres impostos nets sobre la producció. Sumant tots aquests conceptes s'obté el valor de la producció a preus bàsics del sector (554.427 milers d'euros). El sector dels serveis sanitaris i veterinaris de no mercat i el serveis social de no mercat gasta en consums intermedis 280.760 milers d'euros valorats a preus d'adquisició, paga 533.319 milers d'euros als assalariats, té un excedent brut d'explotació valorat en 11.726 milers d'euros i paga 522 mil euros en concepte d'altres impostos nets sobre la producció. Sumant tots aquests conceptes s'obté, de nou, el valor de la producció a preus bàsics del sector (826.328 milers d'euros). (Vegeu la taula 4).

La **taula simètrica**, s'obté a partir de les taules d'origen i de destí i el seu objectiu és disposar d'una taula input-output per "branques d'activitat homogènies" o, el que és el mateix, branques que produeixen exclusivament el producte que dona nom a la branca. El problema que planteja la seva obtenció no és d'altre que reassignar els productes secundaris que produeixen les branques a la taula d'origen, descomptant en cada branca els consums intermedis utilitzats i el valor afegit generat en dita producció. D'aquesta manera s'homogeneïtzen les branques i es poden, realitzant les agregacions convenients, obtenir una taula on la matriu de consums intermedis té tantes files com columnes. La lectura de la taula simètrica és similar a la realitzada sobre la taula de destí però amb una diferència fonamental, ara es treballen amb branques d'activitat homogènies (Vegeu la taula 5). Aquesta taula ens ofereix una versió simplificada de la taula simètrica a preus bàsics de l'economia balear. La importància d'aquesta darrera taula radica en la seva simetria, convertint-se en la base necessària per desenvolupar tota una sèrie de anàlisis que ens permetrà conèixer les relacions del sector sanitari amb la resta de

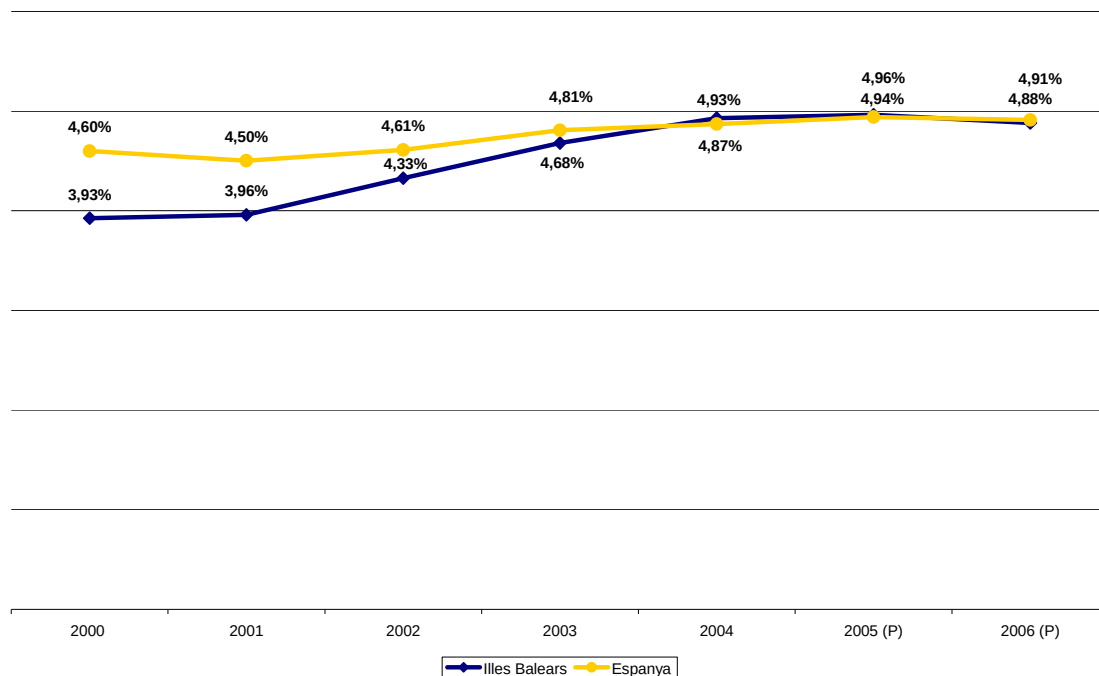
sectors de l'economia, així com mesurar l'impacte que el sector sanitari té sobre les principals macromagnituds de l'economia balear.

9.2. Una anàlisi descriptiva del sector sanitari, veterinari i social

Comptabilitat regional: comparativa temporal i relativa

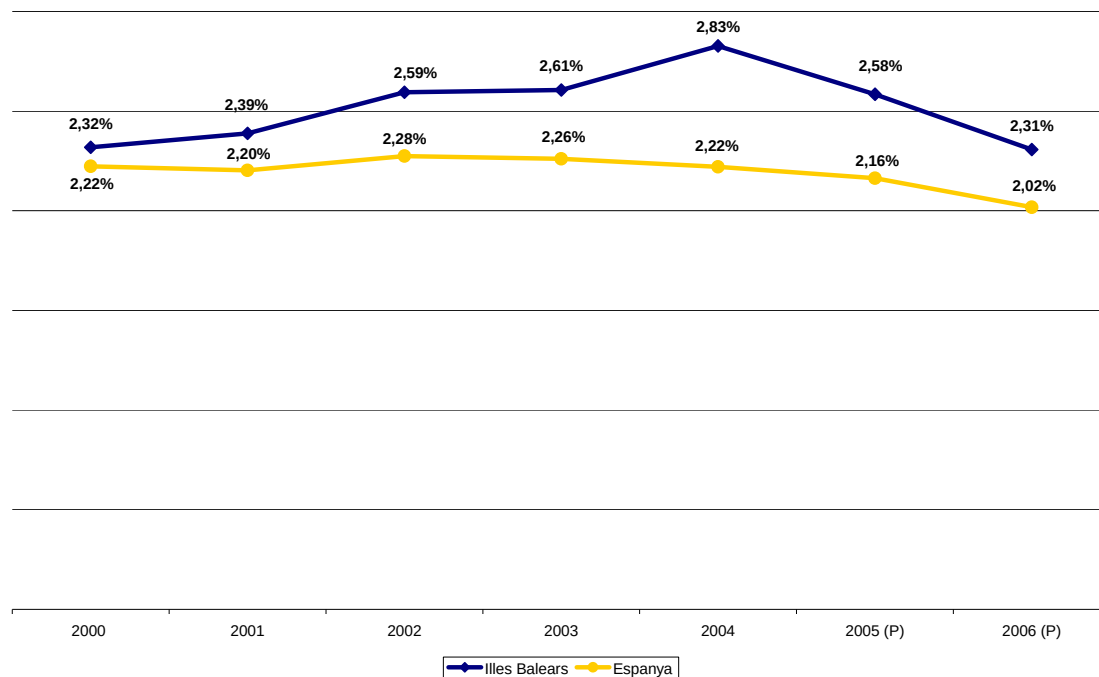
En aquest apartat es realitza una primera descripció de l'aportació del sector sanitari a l'economia balear, relativa a les principals macromagnituds econòmiques (producció, valor afegit brut, remuneracions dels assalariats, excedent brut d'explotació, i l'ocupació total i assalariada). En els gràfics 9.1-9.5 es descriu l'evolució temporal i relativa d'aquests components en l'àmbit de la Comunitat Autònoma, a través de la Contabilidad Regional de España (INE), la qual ofereix una informació descriptiva complementària a la de la TIO-04, donat el seu major horitzó temporal (2000-2006) i l'existència dels mateixos estadístics per al conjunt de l'Estat.

Gràfic 9.1: Producte Interior Brut a preus de mercat i els seus components (oferta): Estructura percentual



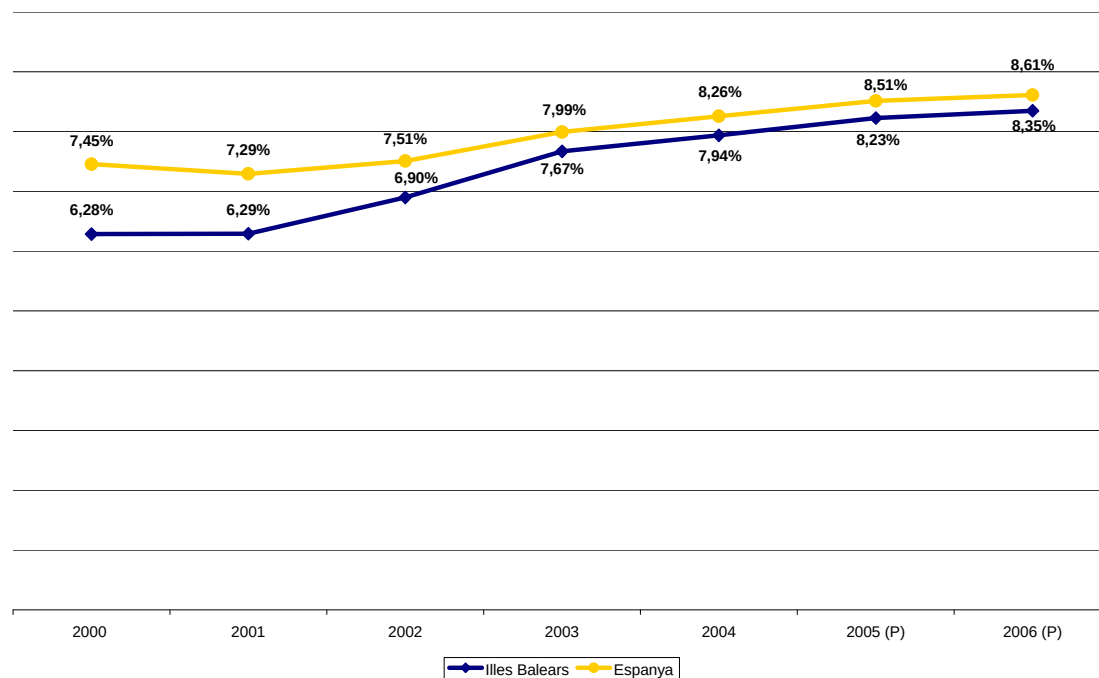
Font: Elaboració pròpia a partir de l' Instituto Nacional de Estadística (2010): Contabilidad Regional de España. Base 2000

Gràfic 9.2: Excedent brut d'explotació / Renda mixta bruta



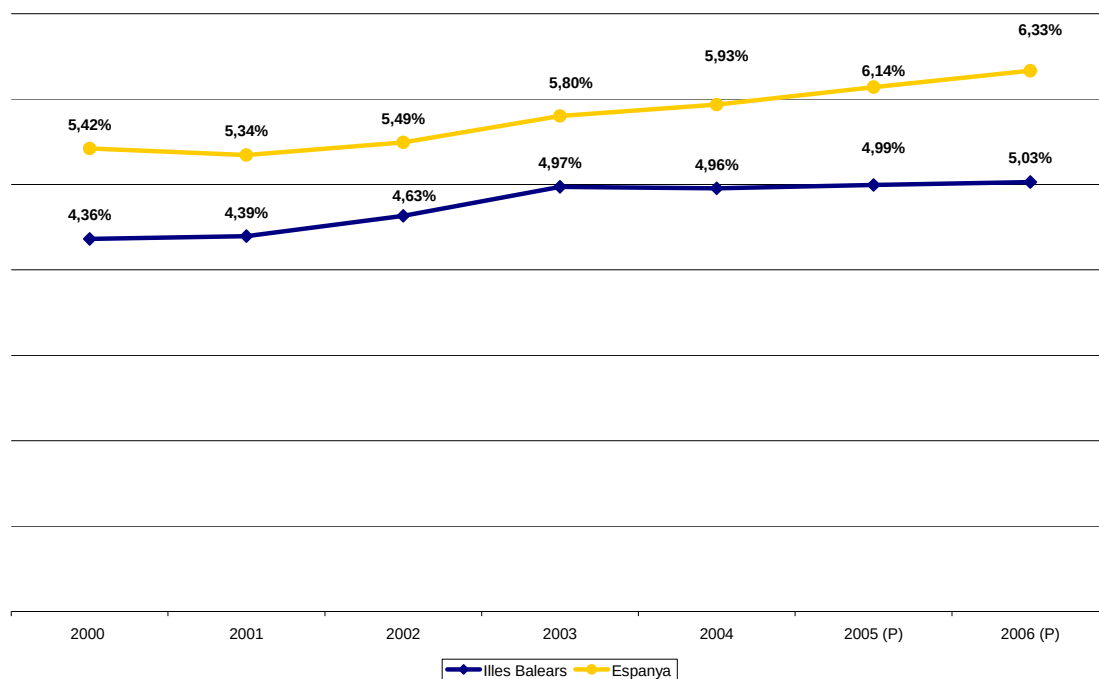
Font: Elaboració pròpia a partir de l' Instituto Nacional de Estadística (2010): Contabilidad Regional de España. Base 2000

Gràfic 9.3: Remuneració dels assalariats



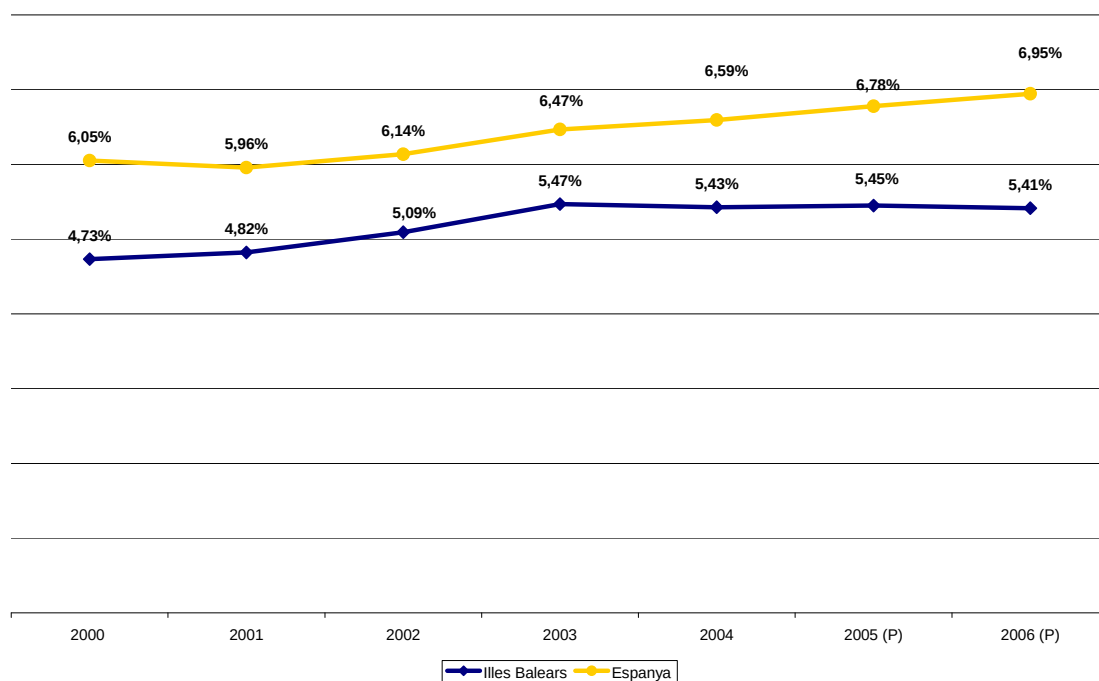
Font: Elaboració pròpia a partir de l' Instituto Nacional de Estadística (2010): Contabilidad Regional de España. Base 2000

Gràfic 9.4: Ocupació total



Font: Elaboració pròpia a partir de l' Instituto Nacional de Estadística (2010): Contabilidad Regional de España. Base 2000

Gràfic 9.5: Assalariats



Font: Elaboració pròpia a partir de l' Instituto Nacional de Estadística (2010): Contabilidad Regional de España. Base 2000

A partir de l'anàlisi d'aquests components es poden assenyalar algunes pautes respecte a l'evolució temporal i al comportament relatiu del sector serveis sanitaris, veterinaris i de serveis socials. La primera és que el pes que representa la producció d'aquest sector econòmic sobre el conjunt de l'economia, s'ha incrementat en prop d'un punt percentual durant el període 2000-2006, equiparant-se així al pes relatiu que hi representa per al conjunt de l'Estat tot i partir de nivells sensiblement inferiors. En el mateix sentit, els pes que representen les remuneracions salarials del sector s'han incrementat en més de dos punts percentuals, retallant així les diferències inicials respecte a la mitjana espanyola. Tot i així, els increments experimentats en quant a l'ocupació total i la proporció que ocupen els assalariats del sector en relació al conjunt de l'economia, són lleugerament inferiors als que s'observen per al conjunt del país, amb la qual cosa el diferencial respecte la mitjana estatal en ambdós casos ha augmentat situant-se entorn al punt i mig percentual. Per altra banda el major pes dels serveis sanitaris de mercat o d'assistència privada a les Illes Balears respecte Espanya explica que la nostra comunitat tingui un Excedent brut d'explotació superior en termes relatius, malgrat que no es pugui assenyalar un increment al final del període destacable.

Anàlisi Taula Simètrica: Model Input-Output

La taula simètrica disponible per la comunitat balear proporciona una fotografia completa i detallada dels diferents sectors econòmics i permet analitzar quin percentatge de la *producció, valor afegit brut, sous i salaris bruts, cotitzacions socials, excedent brut d'explotació, impostos nets sobre els productes* procedeix del sector sanitari, veterinari i social, així com analitzar tant els consums intermedis que realitza el sector sanitari, o sigui el béns i serveis que demanda el sector sanitari per dur a terme la seva producció, com les demandes intermèdies que rep (quins són els sectors o clients que demanden els serveis sanitaris).

Segons dades de la economia espanyola per l'any 2005, el 81,14% de la producció del sector de serveis sanitaris, veterinaris i socials de mercat es correspon als serveis sanitaris, el 1,70% als serveis veterinaris i el 17,16% als serveis socials. En el cas del sector de serveis sanitaris, veterinaris i socials de no mercat, el 77,67% de la producció són serveis sanitaris i el 22,33% restant són serveis socials.

A continuació es presenta un resum de les dades més importants pel conjunt de l'economia balear. No obstant, des de la taula 6 fins la taula 24, s'examina de manera exhaustiva dita informació, obtenint-se, en tots els casos, comparacions entre l'aportació del sector sanitari i les aportacions de la resta de sectors de l'economia balear. S'ha de tenir en compte que aquestes comparacions estan influenciades per la divisió sectorial que s'ha utilitzat alhora d'elaborar el marc input-output.

MARC INPUT-OUTPUT DE BALEARS 2004
RESUM DELS PRINCIPALS INDICADORS DEL SECTOR SANITARI,
VETERINARI I SOCIAL DE MERCAT

1,93% del total de la PRODUCCIÓ a preus bàsics a Balears

695.630 milers d'euros

2,69% del total del VALOR AFEGIT BRUT a preus bàsics a Balears

470.945 milers d'euros

2,41% del total dels SOUS I SALARIS a Balears

162.032 milers d'euros

2,05% del total de les COTITZACIONS SOCIALS a Balears

41.298 milers d'euros

2,47% del total d'ALTRES IMPOSTS NETS SOBRE LA PRODUCCIÓ a Balears

1.626 milers d'euros

3,06% del total de l'EXCEDENT BRUT D'EXPLOTACIÓ a Balears

265.988 milers d'euros

1,10% del total dels CONSUMS INTERMEDIS a preus bàsics a Balears

198.927 milers d'euros

65,57% de Balears (130.448 milers d'euros)

34,42% de la Resta d'Espanya (68.470 milers d'euros)

0,004% de la Resta de la Unió Europea (4 mil euros)

0,006% de la Resta del món (6 mil euros)

4,17% del total dels IMPOSTS NETS SOBRE ELS PRODUCTES a Balears

25.758 milers d'euros

0,59% del total de les DEMANDES INTERMÈDIES a Balears

105.303 milers d'euros

1,88% del total de LLOCS DE FEINA TOTALS a Balears

8.559 llocs de feina

MARC INPUT-OUTPUT DE BALEARS 2004
RESUM DELS PRINCIPALS INDICADORS DEL SECTOR SANITARI,
VETERINARI I SOCIAL DE NO MERCAT

1,87% del total de la PRODUCCIÓ a preus bàsics a Balears

676.988 milers d'euros

2,55% del total del VALOR AFEGIT BRUT a preus bàsics a Balears

446.969 milers d'euros

5,20% del total dels SOUS I SALARIS a Balears

349.748 milers d'euros

4,33% del total de les COTITZACIONS SOCIALS a Balears

87.186 milers d'euros

0,65% del total d'ALTRES IMPOSTS NETS SOBRE LA PRODUCCIÓ a Balears

428 mil euros

0,11% del total de l'EXCEDENT BRUT D'EXPLOTACIÓ a Balears

9.607 milers d'euros

1,12% del total dels CONSUMS INTERMEDIS a preus bàsics a Balears

201.123 milers d'euros

58,50% de Balears (117.667 milers d'euros)

41,48% de la Resta d'Espanya (83.426 milers d'euros)

0,01% de la Resta de la Unió Europea (16 mil euros)

0,01% de la Resta del món (14 mil euros)

4,67% del total dels IMPOSTS NETS SOBRE ELS PRODUCTES a Balears

28.896 milers d'euros

2,58% del total de LLOCS DE FEINA TOTALS a Balears

11.781 llocs de feina

MARC INPUT-OUTPUT DE BALEARS 2004
RESUM DELS PRINCIPALS INDICADORS DEL SECTOR SANITARI,
VETERINARI I SOCIAL

3,80% del total de la PRODUCCIÓ a preus bàsics a Balears

1.372.618 milers d'euros

5,24% del total del VALOR AFEGIT BRUT a preus bàsics a Balears

917.914 milers d'euros

7,61% del total dels SOUS I SALARIS a Balears

511.780 milers d'euros

6,37% del total de les COTITZACIONS SOCIALS a Balears

128.484 milers d'euros

3,12% del total d'ALTRES IMPOSTS NETS SOBRE LA PRODUCCIÓ a Balears

2.054 milers d'euros

3,17% del total de l'EXCEDENT BRUT D'EXPLOTACIÓ a Balears

275.595 milers d'euros

2,22% del total dels CONSUMS INTERMEDIS a preus bàsics a Balears

400.050 milers d'euros

62,02% de Balears (248.115 milers d'euros)

37,97% de la Resta d'Espanya (151.896 milers d'euros)

0,005% de la Resta de la Unió Europea (20 mil euros)

0,005% de la Resta del món (20 mil euros)

8,84% del total dels IMPOSTS NETS SOBRE ELS PRODUCTES a Balears

54.654 milers d'euros

0,59% del total de les DEMANDES INTERMÈDIES a Balears

105.303 milers d'euros

Producció a preus bàsics

El 1,93% de la producció a preus bàsics de Balears a l'any 2004 (695.630 milers d'euros) es genera al sector de serveis sanitaris, veterinaris i socials de mercat. El 1,87% de la producció a preus bàsics de Balears a l'any 2004 (676.988 milers d'euros) es genera al sector de serveis sanitaris, veterinaris i socials de no mercat, per tant, es pot afirmar que en conjunt el 3,8% de la producció a preus bàsics de Balears a l'any 2004 (1.372.618 milers d'euros) es genera al sector de serveis sanitaris, veterinaris i socials. Comparant-ho amb el conjunt de l'Estat, observem a grans trets que el pes del valor de la producció sobre el conjunt de l'economia és lleugerament inferior en el cas balear, degut principalment a una menor presència, prop de mig punt percentual, dels serveis de no mercat que no és compensat suficientment pel major pes relatiu dels serveis de mercat.

Taula 9.1: Producció a preus bàsics

Serveis sanitaris, veterinaris i socials	Pes de la producció a preus bàsics a Balears 2004	Pes de la producció a preus bàsics a Espanya 2005
de mercat	1,93%	1,59%
de no mercat	1,87%	2,33%
Total	3,80%	3,93%

Font: Elaboració pròpia a partir de MIO 04

Valor afegit brut

El valor afegit brut (VAB), és el principal component dintre de la producció d'aquest sector (66,9%). Es pot afirmar que el 5,24% del VAB total de Balears l'any 2004 (917.914 milers d'euros d'un VAB total de 17.504.442 milers) va ser generat pels serveis sanitaris, veterinaris i socials. Com es pot observar a la taula 9.2, el 51,31% d'aquest valor afegit brut es genera als serveis sanitaris, veterinaris i socials de mercat (proveïts de forma privada), mentre que el 48,69% es genera al sector de serveis sanitaris, veterinaris i socials de no mercat (administracions públiques i entitats sense finalitat de lucre).

Taula 9.2: Distribució VAB

Serveis sanitaris, veterinaris i socials	Valor afegit brut a preus bàsics a Balears 2004			Valor afegit brut a preus bàsics a Espanya 2005		
	milers d'euros	%	% VAB total	milers d'euros	%	% VAB total
de mercat	470.945	51,31	2,69%	17.471,50	39,2	2,15%
de no mercat	446.969	48,69	2,55%	27.103,80	60,8	3,33%
Total	917.914	100,00	5,24%	44.575,30	100	5,48%

Font: Elaboració pròpia a partir de MIO 04

Excedent brut d'explotació

Dintre del VAB podem considerar tant l'excedent brut d'explotació com les remuneracions dels assalariats. A l'any 2004, el 3,17% de les rendes de capital generades a Balears va provenir del sector de serveis sanitaris, veterinaris i socials. A nivell nacional aquesta xifra es redueix fins a 2,10% a l'any 2005. És interessant també tenir en compte en aquest cas que el pes dels serveis de mercat, o de provisió privada, en l'excedent brut d'explotació de la branca de serveis sanitaris, veterinaris i socials en Balears és un 96,51%, absorbint la pràctica totalitat de les rendes de capital generades en aquest sector mentre que a nivell estatal tan sols arriben al 84 %.

Remuneració assalariats i ocupació

El pes de la remuneració d'assalariats en el VAB és un element a destacar en la branca dels serveis sanitaris, veterinaris i socials balear, ja que es situa en el 69,75%, molt per sobre del 49,92% obtingut pel total de l'economia, la qual cosa ens permet caracteritzar-lo com un sector intensiu en mà d'obra.

Taula 9.3: Distribució VAB: Components

	Serveis sanitaris, veterinaris i socials a Balears 2004 (Milers d'euros)	%	Serveis sanitaris, veterinaris i socials a Espanya 2005 (Milions d'euros)	%
Remuneració d'assalariats	640.264	69,75	36.567,3	82,03
Excedent brut d'explotació	275.595	30,02	7.968,5	17,88
Altres impostos nets sobre la producció	2.054	0,22	39,5	0,09
Valor afegit brut dels serveis sanitaris, vet i socials	917.914	100,00	44.575,3	100,00

Font: Elaboració pròpia a partir de MIO 04

És important recordar que un 7,33% del total de remuneracions d'assalariats (un cop descomptades les cotitzacions) generades a les Illes Balears a l'any 2004 van provenir del sector de serveis sanitaris, veterinaris i socials. A nivell nacional aquesta xifra s'eleva a 10,93 per l'any 2005.

També és interessant destacar, una vegada distingim entre serveis de mercat i de no mercat, que el pes dels serveis de mercat en la remuneració d'assalariats de la branca de serveis sanitaris, veterinaris i socials en Balears és un 31,76%. Situació que també s'observa a nivell nacional.

En relació a la ocupació, el 4,46% dels llocs de feina totals de Balears, 20.340 llocs de feina, es varen generar al sector de serveis sanitaris, veterinaris i socials de Balears a l'any 2004, on el 42,08% del total de llocs de feina es corresponen als serveis de mercat.

Taula 9.4: Distribució VAB: Components

Serveis sanitaris, veterinaris i socials	Llocs de feina totals a Balears 2004	%	Llocs de feina totals a Espanya 2005 (milers)	%
de mercat	8.559	42,08	555,1	45,27
de no mercat	11.781	57,92	671,1	54,73
Total	20.340	100	1226,2	100

Font: Elaboració pròpia a partir de MIO 04

També és interessant veure que pràcticament el 99% dels llocs de treballs generats al sector de serveis sanitaris, veterinaris i socials en Balears l'any 2004 van ser assalariats.

Taula 9.5: Llocs de feina

Serveis sanitaris, veterinaris i socials	Llocs de feina totals	Assalariats	No assalariats
de mercat	8.559	8.315	244
de no mercat	11.781	11.705	76
Total	20.340	20.020	320

Font: Elaboració pròpia a partir de MIO 04

Arribats a aquest punt, si considerem les remuneracions d'assalariats de l'any 2004 en Balears del sector de serveis sanitaris, veterinaris i socials, distingint entre serveis de mercat i no mercat, obtenim la següent distribució:

Taula 9.6: Remuneració assalariats

Serveis sanitaris, veterinaris i socials	Remuneració d'assalariats	%
de mercat	203.330	31,76
de no mercat	436.934	68,24
Total	640.263	100,00

Font: Elaboració pròpia a partir de MIO 04

Mentre que segons els llocs de treball assalariat equivalent a temps complet del mateix any:

Taula 9.7: Llocs de feina a temps complet

Serveis sanitaris, veterinaris i socials	Llocs de feina totals equivalents	Assalariats equivalents	No assalariats equivalents
de mercat	8.248	8.009	239
de no mercat	11.351	11.276	75
Total	19.599	19.285	314

Font: Elaboració pròpia a partir de MIO 04

Així, podem observar que les retribucions percebudes pels treballadors en el sector públic són molt superiors a les percebudes en el sector privat.

Taula 9.8: Remuneració d'assalariats

Serveis sanitaris, veterinaris i socials de mercat	25.388€
Serveis sanitaris, veterinaris i socials de no mercat	38.749€

Unitats milers d'euros

Font: Elaboració pròpia a partir de MIO 04

Finalment s'obté un indicador de productivitat sectorial que indica si el sector està per sobre o sota de la productivitat mitjana de l'economia obtinguda dividint la producció total a preus bàsics de Balears entre els llocs de treball equivalents a temps complet total de Balears. A través d'aquests càlculs es pot veure que el sector de serveis sanitaris, veterinaris i socials de no mercat està per davall de la productivitat mitjana de l'economia mentre que el sector de serveis sanitaris, veterinaris i socials de mercat està lleugerament per damunt. (Vegeu la taula A.5)

Taula 9.9: Productivitat sectorial

	Llocs de treball equivalents a temps complet total	Producció a preus bàsics balears (Milers d'euros)	Productivitat	Índex de productivitat
Serveis sanitaris, veterinaris i socials de mercat	8.248	695.630	84,34	1,006
Serveis sanitaris, veterinaris i socials de no mercat	11.351	676.988	59,64	0,711
Conjunt de l'economia	430.658	36.118.201	83,87	1,000

Font: Elaboració pròpia a partir de MIO 04

9.3. Relacions intersectorials del sector de serveis sanitaris, veterinaris i socials a Balears

A la secció anterior s'ha analitzat quina és la contribució directa de la branca de Serveis sanitaris, veterinaris i serveis socials a l'economia balear, calculant el pes en termes de VAB i els seus principals components, i també en termes de llocs de feina i de productivitat. En aquest apartat s'analitzaran els vincles intersectorials que existeixen entre el sector sanitari i els altres sectors de l'economia per calcular els efectes indirectes o multiplicadors del sector, és a dir, aquells efectes que fan que un possible augment de la demanda sanitària no tingui efectes únicament sobre el mateix sector, sinó que aquests s'estenguin a tota l'economia en conjunt. Les taules input-output ens permeten analitzar les relacions que un sector té amb la resta de sectors de tal manera que es pot considerar la seva capacitat d'arrossegament (com un sector indueix un augment de la producció a la resta de sectors), a partir de la qual podem plantejar quina és la contribució indirecta del sector sanitari, i finalment calcular el pes d'aquest sector en el conjunt de l'economia balear.

La taula (9.10) mostra que el 28,6% del cost de la producció del sector de serveis sanitaris, veterinaris i socials de mercat es deu als consums intermedis que realitza el sector. Si dividim el consums intermedis en funció del seu origen es veu que el 18,75%

del cost de la producció del sector prové dels consums intermedis de béns i serveis de Balears i el 9,84% del cost de la producció dels consums intermedis de la resta d'Espanya.

Taula 9.10: Distribució consums intermedis, serveis de mercat

		Serveis sanitaris, veterinaris i socials de mercat	%
Consums intermedis a preus bàsics	Balears	130.448	18,75
	Resta d'Espanya	68.470	9,84
	Unió Europea	4	0,00
	Resta del món	6	0,00
	Total	198.927	28,60
Imposts nets sobre els productes		25.758	3,70
Total consums intermedis a preus d'adquisició		224.686	32,30
Inputs primaris			
Remuneració d'assalariats		203.330	29,23
Sous i salaris		162.032	23,29
Cotitzacions socials		41.298	5,94
Altres impostos nets sobre la producció		1.626	0,23
Excedent brut d'explotació / Renda mixta		265.988	38,24
Valor afegit brut a preus bàsics		470.945	67,70
Producció a preus bàsics		695.630	100,00

Font: Elaboració pròpia a partir de MIO 04

Considerant l'origen dels consums intermedis, els principals sectors que proveeixen el sector sanitari, veterinari i de serveis socials són els següents:

- i. Illes Balears: Les compres intermèdies realitzades a Balears assoleixen el valor de 130.448 milers d'euros, el 29,44% d'aquestes compres (38.405 milers d'euros) es realitzen al mateix sector de serveis sanitaris, veterinaris i socials de mercat, el 14,48% al sector de serveis immobiliaris i lloguer d'immobles, el 12,47% al sector de serveis d'intermediació financera, el 11,67% al sector d'altres serveis empresarials, etc. (Vegeu taula A6)

Taula 9.11:

Consums intermedis de Balears que realitza el sector de serveis sanitaris, veterinaris i socials de mercat a Balears		% Vertical
Serveis sanitaris i veterinaris de mercat; Serveis socials de mercat	38.405	29,44
Serveis immobiliaris - lloguer d'immobles.	18.892	14,48
Serveis d'intermediació financera	16.268	12,47
Altres serveis empresarials, Serveis proporcionats per organitzacions empresarials, professionals i patronals	15.229	11,67

Font: Elaboració pròpia a partir de MIO 04

- ii. Resta d'Espanya: Les compres intermèdies realitzades en aquest cas assoleixen el valor de 68.470 milers d'euros, el 44,15% d'aquestes compres (30.231 milers d'euros) es realitzen al sector de productes químics, el 27,43% al sector de material electrònic i equip i instruments medicoquirúrgics, el 11,78% al sector de serveis d'intermediació financera, etc. (Vegeu taula A7)

Taula 9.12:

Consums intermedis de la resta d'Espanya que realitza el sector de serveis sanitaris, veterinaris i socials de mercat a Balears		% Vertical
Productes químics. Productes de cautxú; Productes de matèries plàstiques	30.231	44,15
Material electrònic; Equips i aparells de ràdio, televisió i comunicacions. Equip i instruments mèdic-quirúrgics, de precisió, òptica i rellotgeria	18.784	27,43
Serveis d'intermediació financera	8.066	11,78
Productes energètics, refi de petroli i combustibles nuclears	2.909	4,25

Font: Elaboració pròpia a partir de MIO 04

Per al sector de serveis sanitaris, veterinaris i socials de no mercat, el 29,71% del cost de producció es deu a les compres intermèdies que realitza. El 17,38% del cost de producció prové de les compres intermèdies realitzades a Balears i el 12,32% de les compres realitzades a la resta d'Espanya.

Taula 9.13: Distribució consums intermedis, serveis de no mercat

		Serveis sanitaris, veterinaris i socials de no mercat	%
Consums intermedis a preus bàsics	Balears	117.667	17,38
	Resta d'Espanya	83.426	12,32
	Unió Europea	16	0,00
	Resta del món	14	0,00
	Total	201.123	29,71
Imposts nets sobre els productes		28.896	4,27
Total consums intermedis a preus d'adquisició		230.019	33,98
Inputs primaris			
Remuneració d'assalariats		436.934	64,54
Sous i salaris		349.748	51,66
Cotitzacions socials		87.186	12,88
Altres impostos nets sobre la producció		428	0,06
Excedent brut d'explotació / Renda mixta		9.607	1,42
Valor afegit brut a preus bàsics		446.969	66,02
Producció a preus bàsics		676.988	100,00

Font: Elaboració pròpia a partir de MIO 04

El valor de les compres intermèdies realitzades a Balears arriba fins els 117.667 milers d'euros, resultant sensiblement inferior als serveis de mercat. El 25,86% d'aquestes compres (30.423 milers d'euros) es realitzen al mateix sector, el 15,95% al sector d'altres serveis empresarials, el 6,42% al sector de serveis de comerç al detall, el 6,34% al sector de serveis de telecomunicacions, etc. (Vegeu taula A.8)

Taula 9.14:

Consums intermedis de Balears que realitza el sector de serveis sanitaris, veterinaris i socials de no mercat a Balears		% Vertical
Serveis sanitaris i veterinaris de mercat; Serveis socials de mercat	30.423	25,86
Altres serveis empresarials, Serveis proporcionats per organitzacions empresarials, professionals i patronals	18.766	15,95
Serveis de comerç al detall, excepte el comerç de vehicles de motor, motocicletes i ciclomotors; serveis de reparació d'efectes personals i estris domèstics	7.558	6,42
Serveis de telecomunicacions	7.455	6,34

Font: Elaboració pròpia a partir de MIO 04

Les compres intermèdies realitzades a la resta d'Espanya assoleixen el valor de 83.426 milers d'euros, el 46,81% d'aquestes compres (39.050 milers d'euros) es realitzen al sector de productes químics, el 25,18% al sector de material electrònic i equip i instruments medicoquirúrgics, el 9,12% al sector de serveis d'intermediació financera, el 4,66% al sector de maquinària d'oficina i equip informàtic, etc. (Vegeu taula A.9)

Taula 9.15:

Consums intermedis de la resta d'Espanya que realitza el sector de serveis sanitaris, veterinaris i socials de no mercat a Balears		% Vertical
Productes químics. Productes de cautxú; Productes de matèries plàstiques	39.050	46,81
Material electrònic; Equips i aparells de ràdio, televisió i comunicacions. Equip i instruments mèdic-quirúrgics, de precisió, òptica i rellotgeria	21.008	25,18
Serveis d'intermediació financera	7.606	9,12
Maquinària d'oficina i equip informàtic	3.885	4,66
Productes energètics, refi de petroli i combustibles nuclears	2.986	3,58

Font: Elaboració pròpia a partir de MIO 04

Relacionat amb l'anàlisi de les compres intermèdies es troba l'anàlisi de les demandes intermèdies (clients que té el sector) que reben el sector de serveis sanitaris, veterinaris i social de mercat i no mercat.

El 15% de la producció dels serveis sanitaris, veterinaris i socials de mercat es destinen a satisfer la demanda intermèdia mentre que el 85% restant satisfà la demanda final. En el cas dels serveis sanitaris, veterinaris i socials de no mercat tota la producció es dedica a satisfer la demanda final.

Taula 9.16: Distribució demandes del sector

Serveis sanitaris, veterinaris i socials	Demanda intermèdia	Demanda final	Demanda total
de mercat	105.303	590.327	695.630
de no mercat	-	676.988	676.988

Milers d'euros

Font: Elaboració pròpia a partir de MIO 04

Les demandes intermèdies realitzades al sector de serveis sanitaris, veterinaris i socials de mercat de Balears assoleixen el valor de 105.303 milers d'euros, el 36,47% d'aquestes compres (38.405 milers d'euros) son realitzades pel mateix sector de serveis sanitaris, veterinaris i socials de mercat, el 28,89% de les demandes intermèdies son realitzades pel sector de serveis sanitaris, veterinaris i socials de no mercat, el 6,92% son realitzades pel sector de serveis de allotjament en establiments, etc. (Vegeu taula A.10)

Fet aquest breu anàlisi de la demanda intermèdia també és interessant comprovar que la totalitat de la demanda final del sector de serveis sanitaris, veterinaris i socials de mercat prové dels consumidors residents i no residents, mentre que pràcticament la totalitat de la demanda final del sector de serveis sanitaris, veterinaris i socials de no mercat prové de les administracions públiques i entitats sense afany de lucre

Taula 9.17: Components demanda final

	Consum privat residents	Consum privat no residents	Despesa en consum final de les administracions públiques	Despesa en consum final de les ESAL	Demanda final
S. sanitaris mercat	83,45	16,55	0,00	0,00	100
S. sanitaris no mercat	0,83	0,00	80,16	19,01	100

9.4. Multiplicadors

A continuació es pot profunditzar en l'estructura econòmica de les Illes Balears i, específicament en les relacions del sector de serveis sanitaris, veterinaris i socials amb la resta de sectors de Balears. En primer lloc obtindrem un indicador que analitza les compres intermèdies que el sector de serveis sanitaris, veterinaris i socials realitza a la resta de sectors de l'economia balear i calcula la producció que ha de realitzar tota l'economia per a què el sector de serveis sanitaris, veterinaris i socials pugui donar el seu servei. El segon indicador observa les demandes intermèdies que tota la economia balear realitza al sector de serveis sanitaris, veterinaris i socials i per tant calcula la producció que el sector de serveis sanitaris ha de realitzar per a què la resta de sectors de l'economia pugui produir. En definitiva s'analitza tant les necessitats que un sector en concret té de la resta de l'economia, com les necessitats que l'economia té d'un sector en concret, a través del càlcul dels multiplicadors.

El multiplicador de la producció, també conegut com capacitat d'arrossegament d'un sector, indica la producció que el conjunt de l'economia ha de realitzar per a que dit sector en concret pugui satisfer un increment de la seva demanda final en una unitat. Si es parla del sector de serveis sanitaris, veterinaris i socials de mercat a Balears aquest multiplicador a l'any 2004 es concreta en 1,25, és a dir, per satisfer un increment de demanda dels serveis sanitaris, veterinaris i socials de mercat per valor de 100 euros, és necessari un esforç productiu directe i indirecte de la resta de sectors de l'economia de 25 euros. (Vegeu la taula A.11)

Si s'analitza el sector de serveis sanitaris, veterinaris i socials de no mercat, a l'any 2004 el valor del multiplicador de la producció disminueix lleugerament fins al 1,23.

Per completar l'estudi de les relacions intersectorials en l'economia balear, s'analitza el multiplicador d'una expansió uniforme de la demanda que intenta quantificar la capacitat d'estrangulament d'un sector, és a dir, les necessitats que tota l'economia té d'un sector en concret. En el cas dels serveis sanitaris, veterinaris i socials de mercat aquest multiplicador recull l'esforç productiu que ha de realitzar el sector davant un increment d'una unitat en la demanda final de tots els sectors de l'economia balear. (Vegeu la taula A.26)

Taula 9.18: Resum multiplicadors

Multiplicador de la producció (MP) i multiplicador d'una expansió uniforme de la demanda (MD) per Balears		
	MP	MD
Serveis sanitaris i veterinaris de mercat; Serveis socials de mercat	1,25010	1,21137
Serveis sanitaris i veterinaris de no mercat; Serveis socials de no mercat	1,23352	1,00000

Font: Elaboració pròpia a partir de MIO 04

Finalment a l'any 2004, al comparar tant el multiplicador de la producció com el multiplicador d'una expansió uniforme de la demanda del sector de serveis sanitaris, veterinaris i socials de mercat i no mercat amb la resta de sectors, s'arriba a la conclusió que la seva capacitat d'arrossegament i la seva capacitat d'estrangular estan per davall de la mitjana de ambdues capacitats pel conjunt de l'economia. (Vegeu la taula A12)

Taula 9.19: Comparativa multiplicadors

Classificació dels sectors econòmics de Balears		
	IPD	ISD
Serveis sanitaris i veterinaris de mercat; Serveis socials de mercat	0,89434	0,86663
Serveis sanitaris i veterinaris de no mercat; Serveis socials de no mercat	0,88248	0,71541

Font: Elaboració pròpia a partir de MIO 04

9.5. Impacte socioeconòmic dels serveis sanitaris, veterinaris i socials a les Illes Balears

Producció

Fins ara s'ha analitzat la producció, el valor afegit, els salaris i les principals variables que defineixen el pes que té el sector serveis sanitaris, veterinaris i socials a l'economia balear. En aquest apartat s'ampliarà l'anàlisi per considerar un altre efecte. Per satisfer la demanda que el sector serveis sanitaris, veterinaris i socials rep, a la vegada hi ha altres sectors econòmics que estan produint per proveir el béns i serveis que el sector sanitari necessita per satisfer la seva demanda. Un exemple molt senzill, la indústria química ha de produir els productes de neteja que es necessiten en qualsevol centre mèdic. Per això, en aquest apartat s'analitza la producció necessària de cada un dels sectors de la economia balear per satisfer la demanda que rep el sector de serveis sanitaris, veterinaris i socials.

En concret, s'ha calculat que el 4,35% de la producció de Balears (1.572.913 milers d'euros) és necessària, directa i indirectament, per satisfer la demanda que el sector de serveis sanitaris, veterinaris i socials rep.

A la taula 29 es pot observar com el 43,04% de la producció de Balears necessària per satisfer la demanda que el sector de serveis sanitaris, veterinaris i socials rep és realitzada pel propi sector de serveis sanitaris, veterinaris i socials de no mercat, i el 41,79% d'aquesta producció necessària per satisfer la demanda que rep el sector de serveis sanitaris, veterinaris i socials es realitzada pel sector de serveis sanitaris, veterinaris i socials de mercat. El 15,17% restant es reparteix entre la resta de sectors econòmics de Balears, principalment "Altres serveis empresarials" (2,72%), "Serveis immobiliaris - lloguer d'immobles" (1,81%), "Intermediació financera" (1,66%), "Construcció" (1,14%), "Serveis de telecomunicacions" (1,10%) i "Comerç minorista" (1,04%).

També a la taula A.29 es detalla quin percentatge de la producció de cada sector és necessària per satisfer la demanda que el sector de serveis sanitaris, veterinaris i socials rep. El 100% de la producció del sector de serveis sanitaris, veterinaris i socials de no mercat es dedica a satisfer dita demanda. També es necessita el 94,48% de la producció

del sector de serveis sanitaris, veterinaris i socials de mercat. (El 5,52% restant de la seva producció es dedica a satisfer la demanda de béns intermedis que altres sectors necessiten per la seva producció). A la mateixa taula es pot veure que el 12,59% de la producció de “Maquinària de oficina i equip informàtic”, el 7,93% de la producció de “Productes químics”, el 4,68% de “Productes tèxtils”, el 4,36% de “Altres serveis personals”, etc., és necessari per a que el sector serveis sanitaris, veterinaris i socials pugui satisfer la demanda rebuda.

Si es consideren també els efectes induïts, és a dir, la producció necessària per satisfer la demanda que sorgeix gràcies a les rendes generades per satisfer la demanda de serveis sanitaris, veterinaris i socials, es calcula que la producció directa, indirecta e induïda necessària per satisfer la demanda que el sector de serveis sanitaris, veterinaris i socials rep a Balears s'eleva al 4,82% (1.742.420 milers d'euros) (Vegeu taula A.13)

A la taula (A.13) es pot observar com el 38,56% de la producció directa, indirecta e induïda de Balears necessària per satisfer la demanda que el sector de serveis sanitaris, veterinaris i socials rep és realitzada pel propi sector de serveis sanitaris, veterinaris i socials de no mercat, i el 10,19% d'aquesta producció necessària per satisfer la demanda que rep el sector de serveis sanitaris, veterinaris i socials es realitzada pel sector de serveis sanitaris, veterinaris i socials de mercat. El 51,25% restant es reparteix entre la resta de sectors econòmics de Balears, principalment “Serveis de restauració” (7,78%), “Serveis immobiliaris - lloguer d'immobles” (7,18%), “Comerç minorista” (5,76%), “Intermediació financera” (3,49%), etc.

També a la taula (A.13) es detalla quin percentatge de la producció directa, indirecta e induïda de cada sector és necessària per satisfer la demanda que el sector de serveis sanitaris, veterinaris i socials rep. El 99,24% de la producció del sector de serveis sanitaris, veterinaris i socials de no mercat es dedica a satisfer dita demanda. També es necessita el 25,53% de la producció del sector de serveis sanitaris, veterinaris i socials de mercat. A la mateixa taula es pot veure que el 11,39% de la producció de “Maquinària de oficina i equip informàtic”, el 7,78% de la producció de “Productes tèxtils”, el 7,66% de “Productes químics”, el 7,13% de “Altres serveis personals”, etc., és necessari per a que el sector serveis sanitaris, veterinaris i socials pugui satisfer la demanda rebuda.

Valor afegit brut

A continuació s'analitza el valor afegit brut generat per tots els sectors econòmics de Balears necessari per satisfer la demanda que rep el sector de serveis sanitaris, veterinaris i socials. En concret, s'ha calculat que el 5,82% del valor afegit brut de Balears (1.019.365 milers d'euros) és necessari per satisfer la demanda que el sector de serveis sanitaris, veterinaris i socials rep. A la taula 32 es pot veure com el 43,85% d'aquest valor afegit brut és generat pel propi sector de serveis sanitaris, veterinaris i socials de no mercat, i el 43,65% pel sector de serveis sanitaris, veterinaris i socials de mercat. Mentrestant el 12,5% restant es reparteix entre la resta de sectors econòmics de Balears, principalment "Altres serveis empresarials" (2,78%), "Serveis immobiliaris" (1,74%), "Serveis d'intermediació financera" (1,52%), "Serveis de comerç minorista" (1,02%), etc.

Si es tenen en compte el efectes directes, indirectes juntament amb els efectes induïts, el 6,05% del valor afegit brut de la economia Balear (1.058.716 milers d'euros) és necessari per satisfer la demanda que el sector de serveis sanitaris, veterinaris i socials rep. A la taula 38 es pot veure com el 41,90% d'aquest valor afegit brut és generat pel propi sector de serveis sanitaris, veterinaris i socials de no mercat, i el 11,36% pel sector de serveis sanitaris, veterinaris i socials de mercat. Mentrestant el 46,74% restant es reparteix entre la resta de sectors econòmics de Balears, principalment "Serveis de restauració" (7,41%), "Serveis immobiliaris - lloguer d'immobles" (7,33%), "Serveis de comerç minorista" (6,02%), etc.

Llocs de feina

La demanda dirigida al sector de serveis sanitaris, veterinaris i socials genera de manera directa i indirecta el 5,03% dels llocs de treball de les Balears. La taula 41 ens indica que es generen 22.948 llocs de feina, dels quals el 51,34% són al sector de serveis sanitaris, veterinaris i socials de no mercat (11.781 llocs de feina), el 35,24% a "Serveis sanitaris, veterinaris i socials de mercat" (8.086 llocs de feina) , el 3,78% a "Altres serveis empresarials" (868 llocs de feina), el 2,12% a "Serveis de comerç al detall" (486 llocs de feina), el 1,05% a "Construcció" (241 llocs de feina), el 1,01% al sector "Altres serveis personals" (231 llocs de feina), etc.

Si es comptabilitzen els efectes induïts²², la demanda dirigida al sector de serveis sanitaris, veterinaris i socials genera el 6,10% dels llocs de treball de les Balears. La taula 44 mostra que es generen 27.801 llocs de feina, dels quals el 42,05% són al sector de serveis sanitaris, veterinaris i socials de no mercat (11.691 llocs de feina), el 10,73% a “Serveis de comerç al detall” (2.983 llocs de feina), el 8,63% a “Serveis de les llars que col·loquen personal domèstic” (2.400 llocs de feina), el 7,86% a “Serveis sanitaris, veterinaris i socials de mercat” (2.185 llocs de feina) , el 7,60% a “Serveis de restauració” (2.112 llocs de feina), el 4,15% a “Altres serveis empresarials” (1.153 llocs de feina), el 2,22% a “Construcció” (616 llocs de feina), etc

²² Quan es calculen els efectes induïts al sector de serveis sanitaris, veterinaris i socials de mercat, es considera l'augment de producció necessari per satisfer la demanda que realitzen els consumidors que guanyen les seves rendes al sector de serveis sanitaris, veterinaris i socials. Metodològicament desapareix de la demanda final el consum de les llars residents que passen a ser considerades com un sector productiu més, i que representa el 83,45% de la demanda final que rep el sector. El 16,55% restant és el consum dels no residents. Conseqüentment, ja es calcula la producció directa, indirecta e induïda necessària per satisfer el 16,55% de la demanda final que rep el sector i per això disminueix el seu pes en la producció, el valor afegit i la creació de llocs de feina.

MARC INPUT-OUTPUT DE BALEARS 2004

Resum dels efectes de la producció dels diferents sectors econòmics de les BALEARS per satisfer la demanda dirigida al sector de serveis sanitaris, veterinaris i socials de mercat a les Balears

EFECTES DIRECTES I INDIRECTES

El **2,04%** del total de la **PRODUCCIÓ** a preus bàsics a Balears és necessària per satisfer la demanda que el sector de serveis sanitaris, veterinaris i socials de mercat rep.

(737.969 milers d'euros)

El **2,77%** del total del **VALOR AFEGIT BRUT** a preus bàsics a Balears és necessari per satisfer la demanda que el sector de serveis sanitaris, veterinaris i socials de mercat rep.

(484.794 milers d'euros)

A la vegada, la producció de les Balears necessària per satisfer la demanda dirigida al sector de serveis sanitaris, veterinaris i socials de mercat genera:

El 1,98% dels llocs de treball totals de les Balears.

(9.031 llocs de treball)

DIRECTES, INDIRECTES I INDUÏTS

El **0,49%** del total de la **PRODUCCIÓ** a preus bàsics a les Balears és necessària per satisfer la demanda que el sector de serveis sanitaris, veterinaris i socials de mercat rep.

(175.888 milers d'euros)

El **0,63%** del total del **VALOR AFEGIT BRUT** a preus bàsics a Balears és necessari per satisfer la demanda que el sector de serveis sanitaris, veterinaris i socials de mercat rep.

(110.656 milers d'euros)

A la vegada, la producció de les Balears necessària per satisfer la demanda dirigida al sector de serveis sanitaris, veterinaris i socials de mercat genera:

El 0,51% dels llocs de treball totals de les Balears.

(2.343 llocs de treball)

MARC INPUT-OUTPUT DE BALEARS 2004

Resum dels efectes de la producció dels diferents sectors econòmics de les BALEARS per satisfer la demanda dirigida al sector de serveis sanitaris, veterinaris i socials de no mercat a les Balears

EFFECTES DIRECTES I INDIRECTES

El **2,31%** del total de la **PRODUCCIÓ** a preus bàsics a Balears és necessària per satisfer la demanda que el sector de serveis sanitaris, veterinaris i socials de no mercat rep.

(835.077 milers d'euros)

El **3,05%** del total del **VALOR AFEGIT BRUT** a preus bàsics a Balears és necessari per satisfer la demanda que el sector de serveis sanitaris, veterinaris i socials de no mercat rep.

(534.633 milers d'euros)

A la vegada, la producció de les Balears necessària per satisfer la demanda dirigida al sector de serveis sanitaris, veterinaris i socials de no mercat genera:

El **3,05%** dels llocs de treball totals de les Balears.

(13.919 llocs de treball)

DIRECTES INDIRECTES I INDUÏTS

El **4,34%** del total de la **PRODUCCIÓ** a preus bàsics a les Balears és necessària per satisfer la demanda que el sector de serveis sanitaris, veterinaris i socials de no mercat rep.

(1.566.533 milers d'euros)

El **5,42%** del total del **VALOR AFEGIT BRUT** a preus bàsics a Balears és necessari per satisfer la demanda que el sector de serveis sanitaris, veterinaris i socials de no mercat rep.

(948.061 milers d'euros)

A la vegada, la producció de les Balears necessària per satisfer la demanda dirigida al sector de serveis sanitaris, veterinaris i socials de no mercat genera:

El **5,58%** dels llocs de treball totals de les Balears.

(25.458 llocs de treball)

MARC INPUT-OUTPUT DE BALEARS 2004

Resum dels efectes de la producció dels diferents sectors econòmics de les BALEARS per satisfer la demanda dirigida al sector de serveis sanitaris, veterinaris i socials a les Balears

EFFECTES DIRECTES I INDIRECTES

satisfer la demanda que el sector de serveis sanitaris, veterinaris i socials rep.

(1.742.420 milers d'euros)

El **4,35%** del total de la **PRODUCCIÓ** a preus bàsics a Balears és necessària per satisfer la demanda que el sector de serveis sanitaris, veterinaris i socials rep.

(1.572.913 milers d'euros)

El **6,05%** del total del **VALOR AFEGIT BRUT** a preus bàsics a Balears és necessari per satisfer la demanda que el sector de serveis sanitaris, veterinaris i socials rep.

(1.058.716 milers d'euros)

El **5,82%** del total del **VALOR AFEGIT BRUT** a preus bàsics a Balears és necessari per satisfer la demanda que el sector de serveis sanitaris, veterinaris i socials rep.

(1.019.365 milers d'euros)

A la vegada, la producció de les Balears necessària per satisfer la demanda dirigida al sector de serveis sanitaris, veterinaris i socials genera:

A la vegada, la producció de les Balears necessària per satisfer la demanda dirigida al sector de serveis sanitaris, veterinaris i socials genera:

El 6,10% dels llocs de treball totals de les Balears.

(27.801 llocs de treball)

El 5,03% dels llocs de treball totals de les Balears.

(22.948 llocs de treball)

DIRECTES INDIRECTES I INDUÏTS

El **4,82%** del total de la **PRODUCCIÓ** a preus bàsics a les Balears és necessària per

9.6. Conclusions

Gràcies al marc input-output de les Illes Balears referent a l'any 2004 es calcula que el 3,8% de la producció a preus bàsics en Balears (1.372.618 milers d'euros) prové del sector de serveis sanitaris, veterinaris i socials, que el 5,24% del valor afegit brut a preus bàsics (917.914 milers d'euros) es genera al sector de serveis sanitaris, veterinaris i socials i que el 4,46% del total de llocs de feina (20.340 llocs de feina) en Balears prové també d'aquest sector.

El marc input-output permet anar més enllà i fer una radiografia molt més completa de la relació que el sector sanitari té amb la resta de la economia. Una primera dada interessant ve donada pel multiplicador de producció que s'eleva a 1,25 i significa que per satisfer un increment de la demanda dels serveis sanitaris, veterinaris i socials de mercat per valor de 100 euros, es necessari un esforç productiu de la resta de sector de l'economia de 25 euros. En el cas del sector de serveis sanitaris, veterinaris i socials de no mercat, el multiplicador de la producció és 1,23.

Una vegada s'ha analitzat el pes que la producció, valor afegit, i la resta de principals variables del sector de serveis sanitaris, veterinaris i socials té a l'economia balear, és interessant ampliar l'estudi per considerar la producció que tots els sectors econòmics de balears, i no només el sector de serveis sanitaris, veterinaris i socials, ha de realitzar per satisfer la demanda que rep aquest sector de serveis. La producció que han de fer tots els sector de l'economia balear per a què el sector de serveis sanitaris, veterinaris i socials pugui satisfer la seva demanda s'eleva al 4,35% de la producció a preus bàsics de Balears. Si es consideren també els efectes induïts, és a dir, l'augment de la producció a l'economia balear degut a la demanda dels consumidors que guanyen les seves rendes treballant al sector de serveis sanitaris, veterinaris i socials, aquesta xifra s'eleva al 4,82% de la producció.

ESTUDI DE NECESSITATS

10. Projeccions despesa sanitària pública

La sostenibilitat del finançament del sistema sanitari és una preocupació prioritària i comú en totes les societats i governs dels països desenvolupats. Identificar i valorar quins són els factors de creixement que impulsen la despesa sanitària, sembla una tasca necessària per a plantejar una estratègia d'èxit, tant pel que fa al nou direccionament que han de tenir els dispositius del sistema per a ser rellevants d'acord als nous reptes de salut, com pel que fa a la seva sostenibilitat financera. Factors exògens com són l'impacte de l'envelliment (composició) o l'evolució demogràfica (cobertura), tot i que sovint s'han associat a increments importants de la factura sanitària, el cert és que segons l'evidència disponible en la literatura internacional sobre la contribució dels diferents factors al creixement de la despesa, aquests han tingut un impacte moderat i sostenible (amb taxes de creixement inferiors al ritme de creixement del PIB) de mantenir-se la resta de factors igual. Per tant són factors endògens, inherents a la pròpia configuració del sistema i a les preferències socials (tant per definir els patrons d'utilització com per quin tipus de serveis estan disposats a contribuir, ja sigui fiscalment o a través de taxes), com és l'increment dels preus relatius dels productes i recursos del sistema sanitari, la incorporació de millores tecnològiques i la conseqüent ampliació en la cartera de serveis i augment en la intensitat de recursos utilitzats per acte mèdic, la major freqüentació per part dels mateixos usuaris, etc. Amb la qual cosa es pot afirmar que l'increment de la despesa sanitària per sobre de la renda depèn bàsicament del ritme d'augment dels factors endògens (decisiones polítiques i expectatives socials). Ara bé, davant un context de contenció pressupostària i escassetat relativa dels recursos públics, conèixer de forma objectiva l'impacte de la demografia sobre la despesa sanitària pública a mig i llarg termini, en tant que factor relativament exogen i per tant inevitable, resulta fonamental per preveure i planificar les necessitats bàsiques de finançament en un futur pròxim. Així els resultats que s'ofereixen en el present apartat, com a hipòtesi de mínims, representen el creixement necessari a fi de que la població futura pugui ser atesa amb el nivell actual de prestacions sanitàries i d'utilització dels serveis.

Malgrat que en els darrers anys, la preocupació sobre els possibles efectes de l'envelliment demogràfic i l'augment de la població sobre els sosteniment de l'Estat de Benestar dels països europeus i especialment sobre la viabilitat econòmica dels sistemes de salut pública (encara més rellevant en el cas espanyol donat com s'articula el sistema de finançament autonòmic dels serveis assistencials), ha generat una profusió notable de treballs que avaluen els factors i efectes dels diferents components de la despesa sanitària²³, no es disposava fins el moment d'un estudi que a partir de dades reals d'utilització i despesa per pacient i desagregat segons tipologia de prestació, pogués quantificar l'impacte futur dels canvis demogràfics que s'estan experimentant en la nostra Comunitat

En el present apartat s'estima, a partir de la construcció de perfils de consum i despesa sanitària en farmàcia, atenció hospitalària i atenció primària per una mostra poblacional representativa de tots els grups d'edat i sexe per les Illes Balears (explicada en detall en l'apartat 6.3), i de les projeccions demogràfiques elaborades per l'INE (també detallades en l'apartat 4.3), quin és l'impacte previsible del factor demogràfic sobre l'evolució de la despesa sanitària pública, com a hipòtesi que ens serveix per definir l'esforç bàsic (o mínim) que hauria d'assumir el govern autonòmic per tal de mantenir l'actual sistema de prestacions assistencials, si es reproduïssin les mateixes pautes de consum observades actualment -tota la resta de factors igual (cost tractaments, freqüentació per grups d'edat,...).

Definició escenaris

Hem definit set escenaris amb l'objectiu d'estimar quin és l'impacte demogràfic previsible per al període 2010-2019 i quin pot ser el creixement de la despesa sanitària per un augment bàsic en els preus dels recursos sanitaris. Els tres primers escenaris consideren el canvi de la despesa sanitària pública atribuïble a canvis purament demogràfics. El primer es basa en les projeccions demogràfiques de l'INE i els altres dos, a mode d'anàlisi de sensibilitat, defineixen dues hipòtesis alternatives a la projecció oficial. Els quatre següents consideren el canvi de la despesa atribuïbles a dos factors: el canvi demogràfic i el creixement de la despesa sanitària per càpita per se a partir

²³ Vegi's per exemple Casado et al (2009), IGAE-Grupo de trabajo de Análisis del Gasto Sanitario (2005), OCDE (2006).

d'hipòtesis conservadores sobre com han evolucionat els costos agregats en els diferents nivells assistencials durant els darrers anys.

Es descriuen a continuació els supòsits adoptats per cadascun dels escenaris:

1. Purament demogràfic bàsic:

El cost de despesa farmacèutica, d'atenció primària i d'atenció hospitalària per càpita es manté als nivells de l'any 2008 i s'assumeix que el creixement de la població i el canvi en la seva composició (l'envelliment demogràfic) són els únics factors que contribuïran al creixement de la despesa sanitària pública a les Illes. Així factors com la morbiditat, la freqüentació i el cost del tractament es mantenen constants en el temps per cada grup d'edat

La projecció demogràfica de base que utilitzem està basada en l'escenari 1 de l'INE pels anys 2009 al 2019. En aquest escenari l'INE assumeix que les entrades netes d'estrangers a Espanya evolucionen segons la tendència més recent fins el 2010, a partir del qual es mantenen constants (l'escenari 2 alternatiu assumeix que les entrades minven a partir del 2010). En concret, l'escenari 1 considera que el total d'entrades a Espanya durant el període 2009-2019 seria de 14,6 milions de persones. Donat que els dos escenaris considerats per l'INE es van quedar curts predient l'any 2008, escollim l'escenari 1 que és el que més acuradament s'ajusta a la realitat observada per l'any 2008.

Sobre aquesta projecció bàsica, considerem dos escenaris demogràfics complementaris. Per crear-los utilitzem la informació addicional que proporciona el fet de disposar de la projecció pel 2008 de l'INE i la població actual del 2008. Donat que la projecció de l'INE pel 2008 segons l'escenari 1 fou més baixa que la població actual, hem calculat la taxa de desviació de la projecció pel 2008 respecte a la població actual. Amb aquesta taxa hem corregit la projecció de població bàsica pels anys 2009-2019 sumant i restant aquesta taxa a la projecció bàsica inicial:

2. Escenari purament demogràfic a la baixa: $(1-\text{taxa}) \times \text{projecció base de la població}$.

3. Escenari purament demogràfic a l'alça: $(1+\text{taxa}) \times \text{projecció base de la població}$.

D'aquesta manera, permetem que la població projectada variï a l'alça i a la baixa respecte de la projecció estimada per l'INE, per tal de valorar la incidència de que en els propers deu anys pels qual fem la projecció es puguin produir desviacions respecte les prediccions oficials.

Per evitar haver de considerar el supòsit restrictiu dels perfils de despesa constants, s'incorporen una sèrie d'escenaris complementaris basats en hipòtesis sobre els ratis de creixement de la despesa pública observada en el Sistema Nacional de Salut espanyol. Es tracta de quatre escenaris addicionals que combinen la projecció demogràfica bàsica amb el creixement de la despesa sanitària en relació al creixement del PIB, per tal de quantificar des de una perspectiva més realista (sobre allò que s'ha observat històricament i que, donades les característiques dels serveis sanitaris i la seva associació a les preferències socials, és previsible que succeeixi per als propers anys). La despesa sanitària pública fluctua d'acord a 4 escenaris:

4. Escenari PIB 1 o d'elasticitat unitària.

La despesa sanitària pública total creix al mateix ritme que la mitjana de creixement del PIB de les Illes Balears segons el creixement mitjà del PIB en termes reals entre el 1996 i el 2008 (3.2%)²⁴.

5. Escenari PIB 2: Elasticitat unitària menys 1.

La despesa sanitària pública creix un punt per sota del PIB mitjà balear, és a dir al 2.2%

6. Escenari PIB 3: Elasticitat unitària més 1.

La despesa sanitària pública creix un punt per sobre del PIB mitjà balear, és a dir al 4.2%

²⁴ Eurostat (2010) i Compabilidad Regional de España (2010)

7. Escenari PIB 4: Elasticitat unitària per AP i Hospitalària, elasticitat + 2 per Farmàcia.

La despesa hospitalària i en atenció primària creix al mateix ritme que el PIB (3.2%) però la despesa farmacèutica creix dos punts per sobre del PIB balear estimat (és a dir, al 5.2%).

Tal com hem fet per a l'apartat de perfils d'utilització (3.3), només es contempla la despesa o el cost associat a la utilització d'un servei sanitari concret (en atenció especialitzada, primària o la despesa en farmàcia), per tant no s'inclou la partida 'altres despeses'²⁵ en les diferents projeccions.

Principals resultats

A continuació es presenten els resultats més destacats per a cadascun dels escenaris que havíem plantejat anteriorment.

Taula 10.1: Principals resultats projeccions demogràfiques. Comparativa 2009/2019

	2009	2019	Creixement acumulat 2009/2019	Taxa anual acumulada
Impacte demogràfic				
Escenari purament demogràfic (projeccions INE)	1.371.082.108	1.616.983.098	17,93%	1,66%
Escenari 1 Purament Demogràfic (INE corregit a l'alça)	1.360.191.524	1.606.920.338	18,14%	1,68%
Escenari 2 Purament Demogràfic (INE corregit a la baixa)	1.381.972.698	1.627.045.858	17,73%	1,65%
Creixement en relació al PIB 1996-2008				
Creixement 1996-2008	1.414.956.728	2.286.557.646	61,60%	4,92%
Hipòtesi creixement conservador (2.2%)	1.401.245.906	2.054.306.962	46,61%	3,90%
Hipòtesi creixement optimista (4.2%)	1.428.667.562	2.542.438.132	77,96%	5,93%
AP,Hosp al 3.2% Farmàcia al 5.2%	1.418.640.424	2.361.305.784	66,45%	5,23%

Font: Elaboració pròpia

En primer lloc, quan només tenim en compte els factors demogràfics, estimem que la taxa anual acumulativa de creixement de la despesa sanitària, o sigui, el ritme uniforme al qual hauria de créixer anualment la despesa sanitària (descomptant la inflació) per mantenir les prestacions assistencials i els actuals perfils d'utilització, es situa entorn el 1,6%, suposant un increment acumulat per a tot el període d'aproximadament el 18%.

²⁵ Aquesta partida inclou despeses de capital, salut pública, pròtesis, etc.

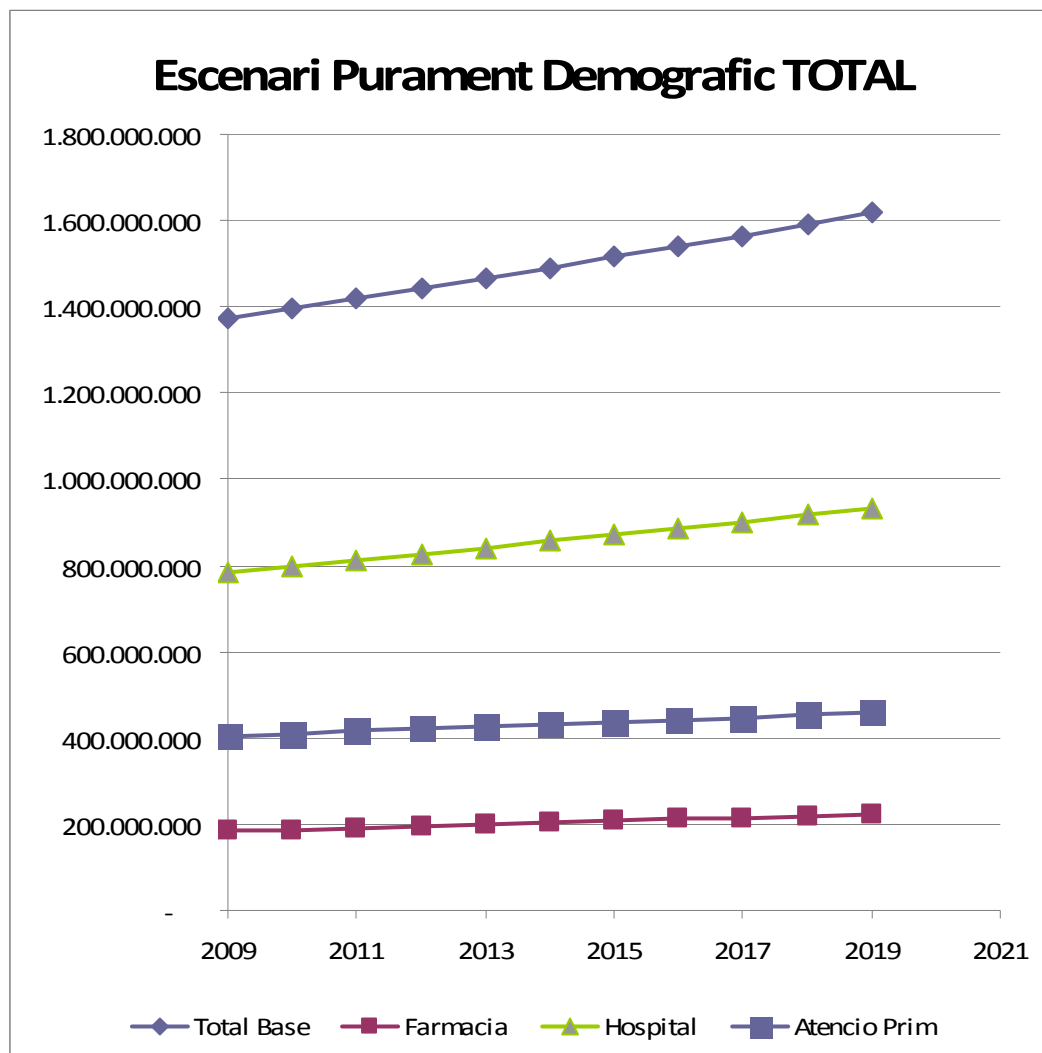
Respecte els resultats obtinguts a Casado et al (2009), en el qual es seguia una metodologia semblant per tal de mesurar l'impacte de la demografia sobre la despesa sanitària futura (2005-2016) de les Comunitats Autònomes²⁶, podem considerar que les diferències que s'observen no són substantives (en aquest cas la taxa de creixement anual acumulat era del 2,6%, la més alta de l'Estat i molt determinada pel factor cobertura o creixement de la població), les quals es poden explicar pel diferent moment temporal que consideren i les expectatives socials i econòmiques associades a aquest (el canvi de cicle econòmic iniciat a finals del 2007, ha reduït, a partir de finals del 2008 i sobretot a mitjans del 2009 l'entrada d'immigrants al país en conjunt però també a la nostra comunitat), les quals s'han incorporat en les projeccions demogràfiques que en el nostre cas hem utilitzat (més actuals i conservadores).

En els escenaris que, a més de contemplar l'efecte demogràfic, es considera alguna hipòtesi de creixement addicional de la despesa sanitària d'acord a l'evolució econòmica (elasticitat-renda unitària i supòsits alternatius) per tal de recollir l'efecte dels factors endògens (increment de la prestació real mitjana, entre d'altres), s'observen unes taxes de creixement acumulat molt més accentuades (3,9% anual, la més conservadora, fins al 5,3% segons el supòsit més optimista). Per al cas de l'escenari 3, que es basa en el supòsit d'un creixement diferenciat per nivells assistencials, d'acord al que s'ha observat a Espanya en la darrera dècada (OCDE, 2009) el creixement acumulat per el període projectat arriba fins el 66,45% (5,23% anual).

En el gràfic (10.1) s'il·lustra com s'incrementa la despesa sanitària agregada per cadascun dels nivells assistencials que hem considerat, per a l'escenari demogràfic pur bàsic, que mesura els efectes de l'envelliment (canvis en l'estructura demogràfica) i cobertura (creixement de la població), mantenint tota la resta de factors igual.

²⁶ Els perfils d'utilització i despesa en aquest estudi s'estimen a partir de l'extrapolació d'una mostra de 500.000 usuaris de la sanitat pública a Catalunya.

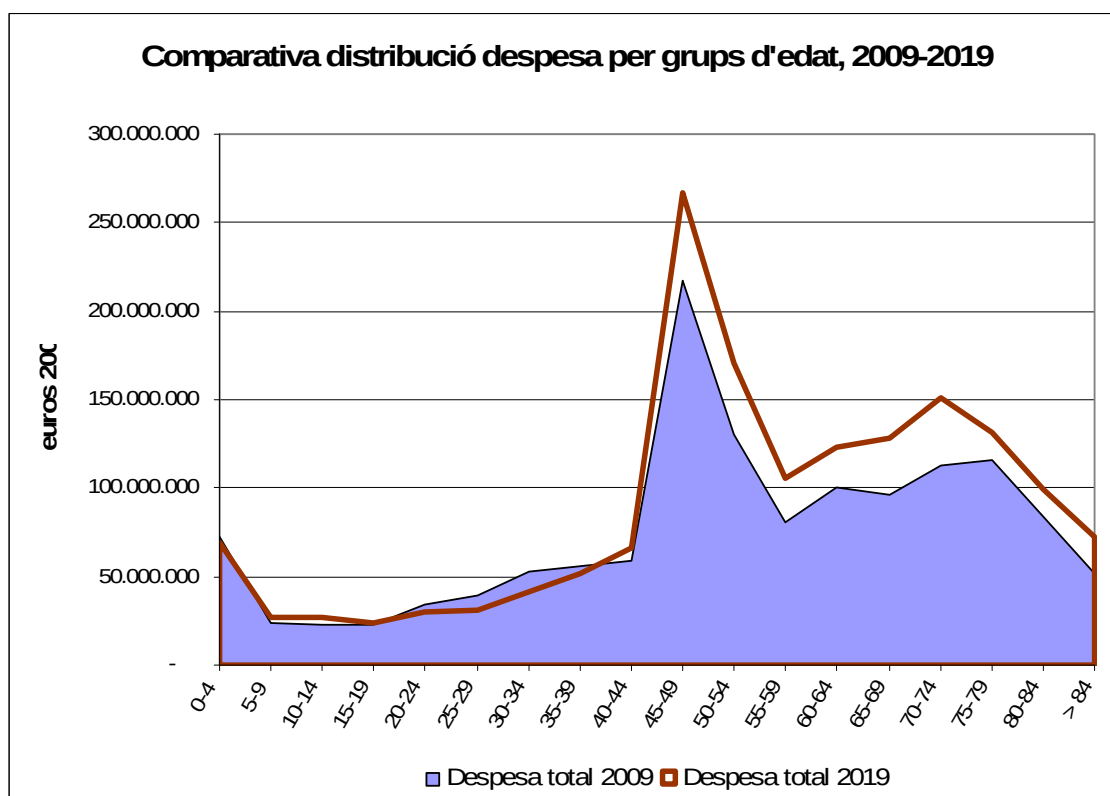
Gràfic 10.1:



Font: Elaboració pròpia

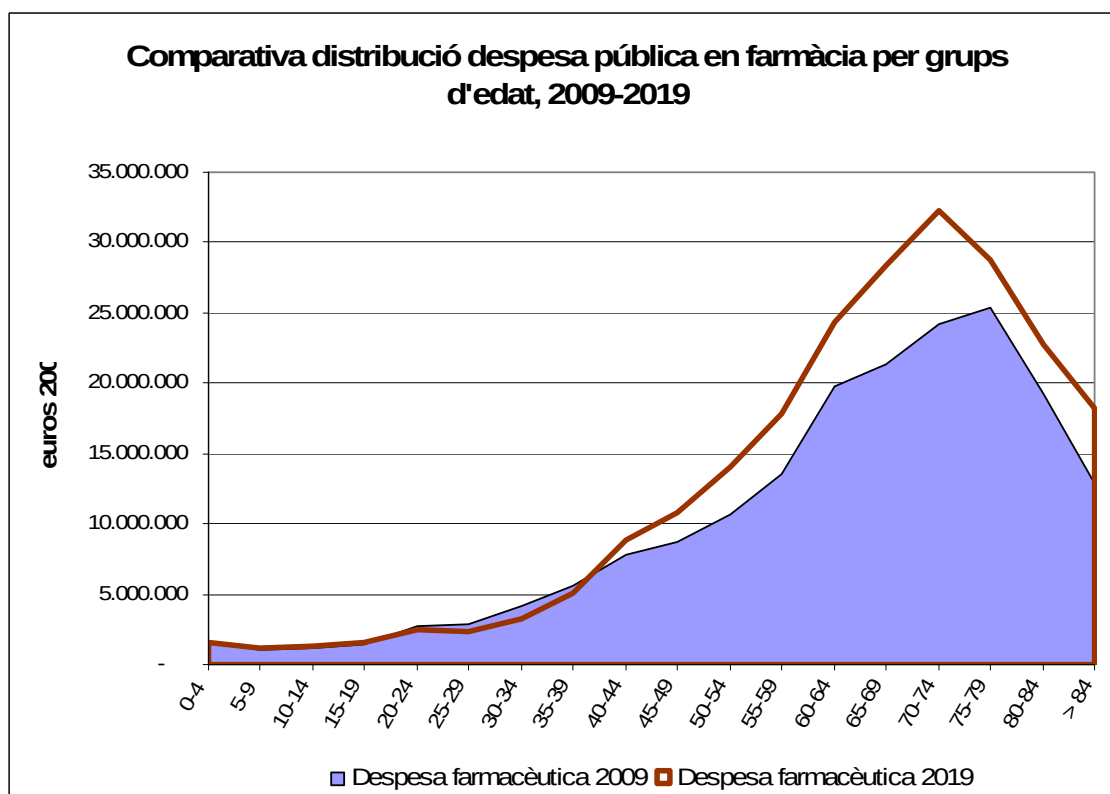
En els següents gràfics es compara la despesa agregada per grup d'edat, per als anys 2009 i 2019 de l'escenari demogràfic pur bàsic, per tal d'il·lustrar l'impacte de l'efecte composició (canvi en l'estructura demogràfica, i el progressiu increment de la població en les cohorts etàries d'edat més avançada) al llarg del temps, sobre el conjunt de la despesa i també en cadascun dels nivells assistencials.

Gràfic 10.2:



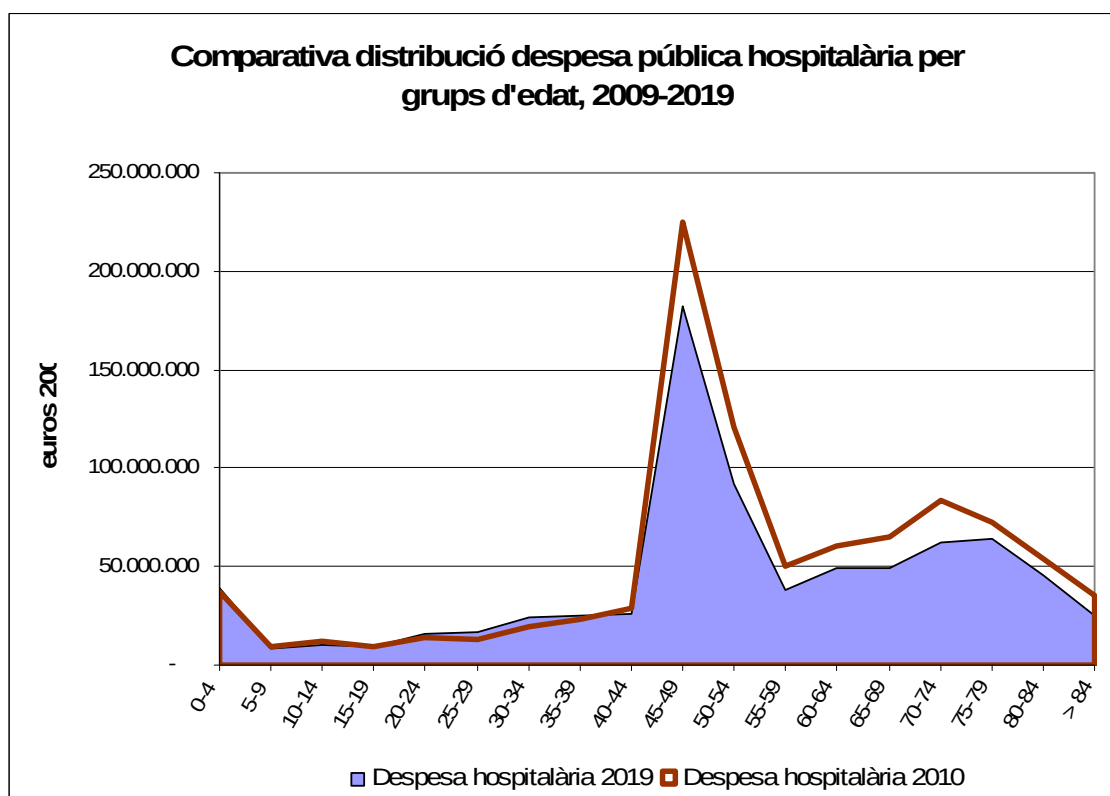
Font: Elaboració pròpia

Gràfic 10.3:



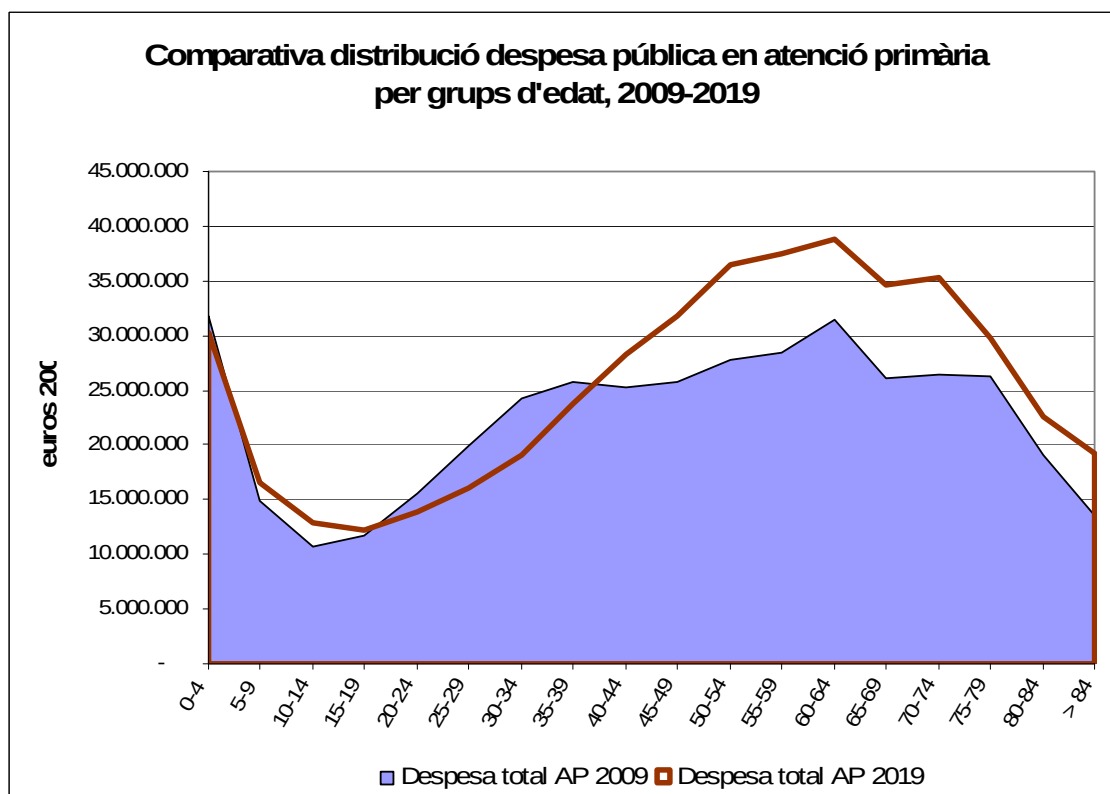
Font: Elaboració pròpia

Gràfic 10.4:



Font: Elaboració pròpia

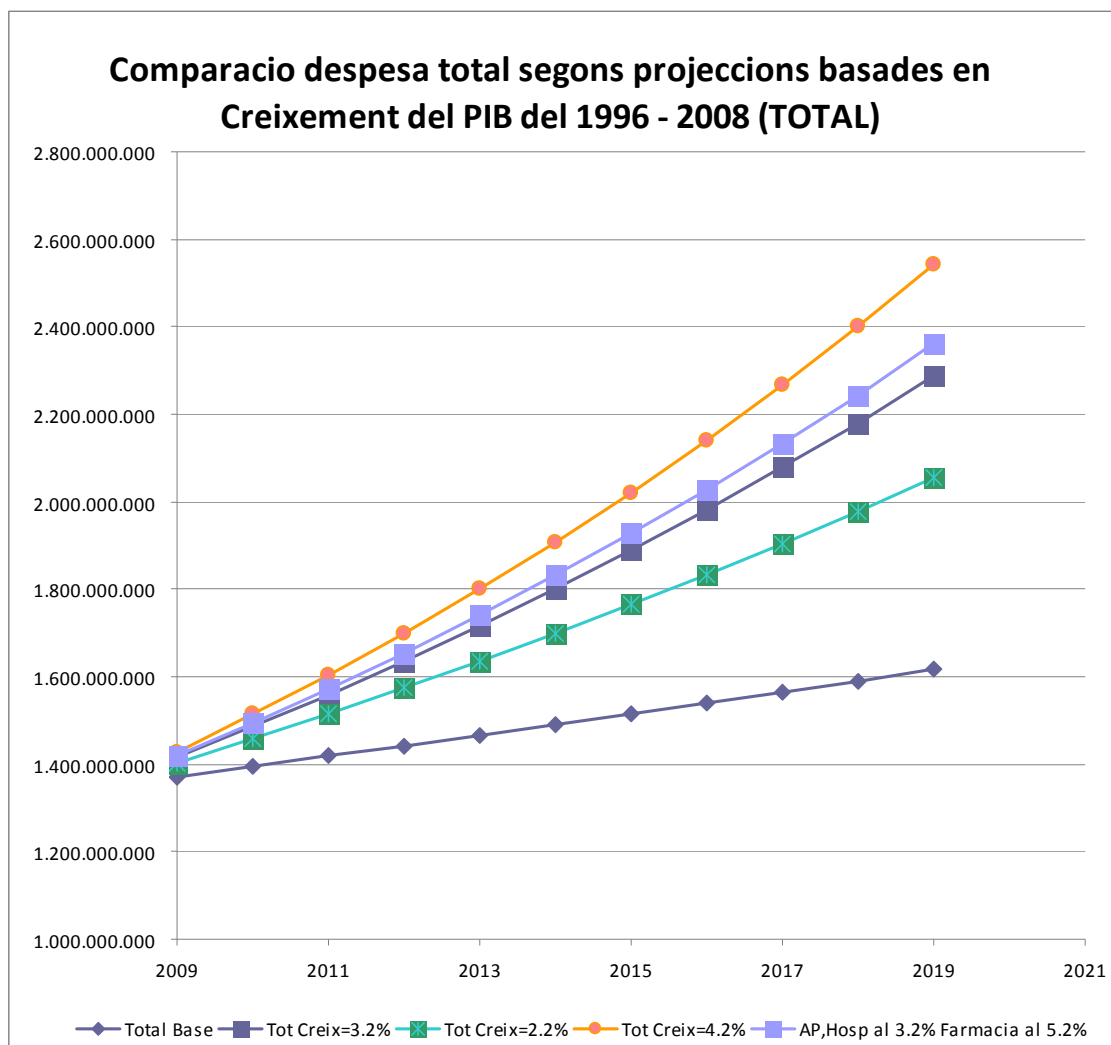
Gràfic 10.5:



Font: Elaboració pròpia

Finalment, en el gràfic es representen les simulacions dels diferents escenaris i com evolucionen durant el període analitzat.

Gràfic 10.6:



Font: Elaboració pròpia

En les taules (10.2) i (10.3) es resumeixen els increments relatius (2009-2019) en termes agregats i per càpita, desagregant-los en el cas de l'escenari demogràfic pur per nivells assistencials. Així podem veure com la despesa en farmàcia és la que té un increment relatiu més important (tot i que en termes absoluts és la que té una incidència menor sobre l'increment de la despesa pública total), tant perquè més persones consumeixen medicaments (increment de la població) com perquè els grups etaris amb un consum major de productes farmacèutics incrementen el seu pes. L'anàlisi dels increments relatius per càpita ens permet veure com la composició de la demografia tot i no ser el factor predominant hi té una incidència notable.

Taula 10.2: Resum increments esperats per nivell assistencial. Escenari demogràfic pur bàsic:

	Total		Farmàcia		Hospital		AP	
	2009	2019	2009	2019	2009	2019	2009	2019
Total*	1.371.082	1.616.983	184.184	224.854	782.227	933.314	404.670	458.814
Escenari purament demogràfic bàsic	17,93%		22,08%		19,31%		13,38%	
Per càpita	1.281	1.402	172	195	731	809	378	398
	9,39%		13,23%		10,67%		5,16%	

*Milers d'euros, constants 2009.

Font: Elaboració pròpia

Taula 10.3: Resum increments esperats per nivell assistencial. Escenaris elasticitat renda unitària:

		Total	
Escenaris creixement despesa sanitària		2009	2019
Creixement PIB 1996-2008	Total	1.430.038.644	2.569.406.804
		79,67%	
	Per càpita	1.336	2.227
Hipòtesi creixement conservador		66,65%	
	Total	1.416.327.840	2.096.782.448
		48,04%	
Hipòtesi creixement optimista	Per càpita	1.324	2.003
		37,31%	
	Total	1.443.749.460	2.853.760.760
Hipòtesi creixement segons nivell assistencial		97,66%	
	Per càpita	1.349	2.474
		83,33%	
Hipòtesi creixement segons nivell assistencial	Total	1.433.722.324	2.652.429.100
		85,00%	
	Per càpita	1.340	2.299
		71,6%	

Font: Elaboració pròpia

La consideració de factors endògens, aproximat aquí per les simulacions construïdes a partir del supòsit d'elasticitat-renda unitària, incrementa de forma notable les previsions anteriors. Així el major cost (preus relatius més cars en el cost dels recursos sanitaris) de la utilització dels serveis sanitaris repercuteix en un increment de la despesa sanitària per càpita, quan l'estructura demogràfica tendeix a estar més envellida.

11. CAPITOL FINAL. A MODUS DE RESUM I REFLEXIÓ

L'estudi que aquí conclou tracta de ser una radiografia el més diàfana possible de la situació de la sanitat balear. La valoració que em podem fer de la situació econòmico-sanitària no pot ser sinó positiva, tot i que les amenaces sobre el manteniment d'una creixent expectativa social sobre el que pot fer el sector de guariments de la salut per al benestar social l'està sens dubte posant en qüestió en el futur més immediat. No es tracta aquest d'un resultat de l'envelliment demogràfic: la nostra perspectiva immediata no és pitjor sinó millor a la mitjana. Té a veure amb l'evolució del cost de la prestació sanitària real mitjana, és a dir, la resposta diagnòstica i terapèutica al que sigui una major freqüentació resultat d'una societat cada cop més medicalitzada, a la vista dels inputs intermitjos (medicaments, tecnologies, fungibles) i la productivitat mèdica en general. Sobre l'evolució dels primers, poc afegir al que esmenta l'estudi: es coneguda l'empenta de la indústria tecnològica de les cures de salut en el més i millor de la frontera de potencials tractaments. Sense un abordatge vinculat al seu cost –efectivitat relatiu resulta força complex el seu racionament. Pel que fa als costos unitaris, el sistema sanitari balear i espanyol en general, s'aguanta en unes xifres relativament baixes de despesa pública pels menors salaris que reben els professionals; la qual cosa no es dificultat per a que els costos unitaris per unitat d'activitat siguin elevats, haguda compta de la resposta que té la contenció salarial en termes de productivitat. Reconegut aquest factor, general al conjunt del sistema sanitari espanyol, els augments retributius, resultants d'emular nivells i components propis i d'altres Comunitats Autònomes, no garantiran la solvència del sistema si no augmenta la productivitat, pel que fa a la implicació dels professionals a la millor gestió de la demanda, a la reducció de la variació de pràctiques clíniques injustificada i assumir una major capacitat resolutòria sense extrapolar costos a altres agents del sistema (des de baixes laborals fins a la prescripció de medicaments substitutiva de temps mèdic).

Si aquest és el vector que l'estudi identifica per la banda de la despesa (res no fem en aquest sentit pitjor que el que fan altres Comunitats gestionant la sanitat: és a dir, la manca general de consciència dels costos de les decisions clíniques respecte de les restriccions pressupostàries), més idiosincràtic és el vector del finançament.

Com s'ha comentat reiteradament en el treball, la limitació que imposa el finançament autonòmic, en el millor dels casos situat a l'entorn del pes poblacional per a la despesa sanitària, i lluny de la mitjana per càpita per al conjunt del finançament dels serveis públics, no permet una solució senzilla. Aquesta consistiria en completar fiscalment la major pressió de despesa registrada amb un finançament vinculat a la renda (un dels impulsors que veiem de la major despesa) més que no al pes poblacional. En absència d'aquest mecanisme, que es vincularia al nomenat anivellament parcial (en lloc de total i fins i tot invers, com el que s'observa al finançament autonòmic espanyol), la societat ha anat cobrint les insuficiències del sistema sanitari públic (en termes de qualitat percebuda) amb l'assegurament complementari i el pagament directe pels serveis.

Per aquesta raó, a més de la dinàmica extrapolada en el treball per a la despesa, que generen força interrogants sobre la capacitat d'acompassar les variacions de despesa observades en el passat cap el futur, la darrera consideració porta a qüestionar la capacitat de complementar nivells per la via privada amb la mateixa regularitat observada en el passat. En particular, en una etapa de crisi econòmica de fixa una elasticitat preu molt alta a aquesta mena de productes sanitaris privats (especialment sensible per al joves) i una elasticitat renda molt gran per a l'assegurament (i que incideix en particular en els pensionistes, que són qui amb més freqüència consumeixen serveis sanitaris).

Els costos unitaris d'una creixent prestació sanitària real mitjana per la banda de la despesa i la incapacitat pressupostària general de l'Estat pels contribuents i de la butxaca dels usuaris illencs de complementar allà on no arriba la sanitat pública a l'hora de satisfer demandes i expectatives socials, són així les dues claus de boveda que cal afrontar per a fer que el nostre sistema sanitari sigui solvent.

Aquest treball no dictamina en aquest sentit el que 'cal' fer. La decisió és política i no econòmica. La racionalitat econòmica informa; la voluntat política decideix; tot i que està clar, que reivindiquem per a l'economia, el que hi hagi decisions polítiques ben i mal informades, com el temps acaba demostrant.

De manera que el que fem en aquesta darrera secció és oferir una reflexió que pot ajudar a que les parts implicades a la determinació de la política sanitària informin millor les seves alternatives.

1- Per a una nova lògica de la intervenció pública La Hipòtesi: WAGNER-ENGEL-PRESTON. No es tracta aquí sinó de posar en conjunció tres idees genèriques sobre el que dona consistència a les actuacions públiques: Wagner (augment de la despesa social vinculada al desenvolupament); Engel (variació del patró públic-privat a favor del component privat en la mesura en que la despesa total creix); Preston (finançament amb menys participació relativa del component públic per raó de la seva menor productivitat relativa en estats de benestar que compta amb instruments objectivables d'avaluació dels nivells de despesa addicionals)

En el context en el que ens situen en aquest estudi, això implicaria la complementarietat públic-privat en una seqüència de fort pes de públic en els estadis inicials de desenvolupament (beneficis externs de les intervencions, creació de capital públic, humà i social) i recomposició relativa després de manera coetània al desenvolupament (tecnològic, econòmic, cultural...)

2- A la crisi financera pública: Nous rols per a un nou tipus de instruments socials (entre el pressupostat públicament i finançat amb impostos i el finançament privat lliure 'campi qui pugui'): Això permet analitzar des d'un punt de vista teòric els Comptes socials d'estalvi de suport; els vals complementaris, el reconeixement de l'esforç privat incentivat amb crèdits fiscals per serveis de mèrit (efectius però de cost efectivitat no prioritzats públicament), les primes comunitàries complementàries d'assegurança (fora de paquet de prestació pública), els copagaments públics preestablerts (per a frenar consum considerat socialment com a innecessari), i els preus privats addicionals als de referència (*top-up fees*, i similars).

3- La socialització del problemes individuals i la medicalització de les necessitats socials: En la mesura que les societats es desenvolupen i s'expandeixen els confins dels problemes 'tractables' (amplien mercats, tipus de demanda), de manera que qüestions intrínseques a les etapes de la vida esdevenen problemes clínics; els símptomes es prenen com a infermetats, el problema personal en mèdic; el millor coneixement de la

percepció del risc esdevé contingència a cobrir; es descontextualitza la prevalença per a maximitzar usuaris potencials (així pe. a les vacunacions). El fet de pilotar totalment aquestes demandes sobre les finances públiques posa en perill el conjunt de la prestació; especialment en règims *in/out* (és a dir, està coberta la prestació sota catàleg i per tant al cent per cent finançada o s'està fora sense finançar) que generen una pressió constant per a situar-se sota el paraigües del finançament públic. Un sistema que ordeni les prestacions cobertes segons cost efectivitat i/o graduï el copagament dels usuaris d'acord amb la distinta efectivitat de les prestacions resulta clarament aconsellable.

4- Val a dir que amb la instrumentació de les alternatives anteriors no s'abandona en cap cas la legitimació primera del sistema sanitari, que es vol públic. Es tracta en tot cas de reforçar el component social del nostre sistema de salut amb majors ingressos públics. I quan aquests no resultin de manera suficient dels ingressos impositius (la pressió fiscal s'entén que políticament no pot créixer més ja que posa en perill la competitivitat de les nostres economies i el benestar net de les famílies), ho pugui fer la complementarietat de les taxes i preus públics. No es formulen en cap cas preus privats lliures ni assegurances amb primes actuàries, que no siguin comunitàries, complementàries a la 'pòlissa' pública, i sempre sota tutela i regulació dels ens públics de govern de la Comunitat. Així com a l'ensenyament superior es parla de taxes acadèmiques i no de copagaments, i s'entén i accepta per la majoria de persones preocupades per l'equitat social que aquestes taxes han de pujar (no te sentit que la diferència propera a cinc mil euros alumne/any entre el que costa i el que paga l'usuari l'aboni avui la societat, per contribuents que no en son beneficiaris directes, a través dels seus impostos, cada cop més regressius –impostos indirectes, més fiscalitats obre el treball que rendes del capital-, com a mena de subvenció implícita –no visualitzada-indiscriminada per a tots, tant pels alumnes de família de renda alta com baixa, tant amb un bon rendiment universitari com parasitant els serveis educatius), així també s'ha d'entendre la taxa, el copagament, a la sanitat. Incrementar per aquesta via els ingressos públics amb preus públics i taxes selectives, majors per prestacions de menor cost efectivitat, per a consum de major més caprici i per grups de població de menor necessitat relativa, sembla del tot lògic. Per aquesta via es tractaria de poder incrementar la despesa, no universalment de manera indiscriminada (un poc per a tots els qui es posin a la cua), sinó selectiva pels grups de població més fràgils; no es tractaria de promoure l'estalvi públic, sinó sota neutralitat pressupostària, augmentar la incidència

distributiva de la despesa sanitària d'una manera molt més efectiva del que fem ara. En un context en que és molt difícil replantejar pràctiques del passat, resulta raonable que almenys per a les prestacions noves i cara els increments de ingressos i despeses futures, aquella guia orienti d'una manera més decidida les polítiques sanitàries.

Finestra 11.1: Algunes reformes internacionals com a exemple de bones pràctiques per a la millora de l'eficiència i el rendiment dels sistemes sanitaris

La necessitat d'adoptar reformes que suposin una millora en el rendiment i l'eficiència els sistemes sanitaris dels països desenvolupats, ha generat un creixent interès en la comparació internacional de les característiques d'aquests sistemes i de les seves experiències de reforma, de les quals a continuació es descriuen breument aquelles que segons la literatura internacional s'assenyalen com a bones pràctiques o mesures reconegudes per l'èxit assolit en els respectius països.

Mesures de gestió activa de la demanda per a assegurar que pacients i professionals fan un ús eficient del sistema:

- Reforçar la prevenció, amb una especial atenció en les malalties cròniques i les seves causes, com a focus de millora de la qualitat de vida de la població. Per exemple, al Regne Unit s'ha implementat un pla de monitorització i prevenció de malalties cròniques en algunes zones de renda baixa, assolint una disminució important en la taxa de complicacions que requereixen hospitalització, una reducció de les taxes de mortalitat i un menor cost associat al tractament d'aquestes dolències.
- Gestió activa del catàleg de prestacions sanitàries, diferenciant entre cobertures bàsiques i complementàries o incorporant els nous tractaments mitjançant valoracions independents de cost-benefici, com a criteri per a valorar el seu finançament. Es tracta de configurar una cartera de serveis, en la qual la quantitat i la qualitat de vida que aquests produeixin justifiquin el seu cost. Com a part de la reforma del sistema sanitari, algunes regions de Suècia han limitat des de 2003 les seves prestacions sanitàries, basant-se en criteris de prioritització

de la despesa i anàlisi cost-benefici. L'Oregon Health Plan prioritza establint un rànquing basat en un criteri d'efectivitat clínica i cost efectivitat quins tractaments es poden incloure en la cartera de serveis per un pressupost sanitari determinat. El NICE britànic fa recomanacions respecte l'adopció de noves tecnologies sanitàries basant-se en la revisió d'estudis clínics i de cost-efectivitat de forma transparent, i a partir de rangs concrets (cost per AVAC) i casuística (tractaments indicats per a pacients amb una curta esperança de vida,...)²⁷. A més de fonamentar el criteri de finançament de les noves tecnologies, serveix per recolzar les decisions dels professionals.

- Fomentar un consum responsable dels serveis sanitaris amb mesures que poden anar des de l'educació sanitària i la conscienciació, fins a una corresponsabilització més directa amb mecanismes com el copagament. A països com a Singapur es tracta de desincentivar la mala utilització de les urgències mèdiques a través d'un pagament per accedir a aquest servei, en el cas de que la utilització hagi estat inadequada.

Optimització de l'oferta: Mesures per reorganitzar i dimensionar correctament els serveis sanitaris per tal d'assegurar un nivell de capacitat eficient.

Impulsar millores de productivitat i d'eficiència en els diferents nivells assistencials, i reduir la seva variabilitat sense perjudicar els resultats clínics. Mesures que s'estan aplicant en aquest sentit a diferents països són les següents:

- El National Health System (NHS) britànic estableix tarifes estàndards per diferents tractaments amb l'objectiu de millorar l'eficiència; Alemanya promou la compra d'hospitals públics per operadors especialitzats; altres països com Suècia o Itàlia estan orientant els seus esforços cap a la millora de la productivitat i la reducció de costos generals.
- Millorar els resultats clínics, reduint la variabilitat en les pràctiques i donant una major transparència en el rendiment (performance) tant a nivell d'unitats

²⁷ Sorenson C, Drummond M, Kanavos P (2009)

proveïdors (hospitals, centres ambulatoris, etc.) com nivell de professionals (línies de servei, metges, etc.). En el terreny de les variacions geogràfiques injustificades, comparant àrees sanitàries a Espanya, s'observen diferències de fins a 5 vegades en els ingressos per artroplàstia de genoll i fins a 8 vegades en hospitalitzacions per complicacions agudes de diabetis. En quant a l'ús inadequat dels serveis, les taxes d'inadequació a la indicació de colonoscòpia en un hospital terciari assoleix el 27% de les indicacions. En l'ús d'antibioteràpia en atenció primària el 32% de les prescripcions foren inadequades, el 55% de faringoamigdalitis foren inapropiadament tractades o el 53% de tractaments d'osteoporosis estaven mal indicats. En quant als resultats sanitaris, el 8% dels ingressos i el 10 per mil de les consultes patiren qualche tipus d'esdeveniment advers i a l'entorn del 45% dels efectes adversos eren evitables²⁸. La monitorització en el compliment d'objectius establerts per les autoritats sanitàries contribueix de forma important a la millora de la qualitat i també en l'eficiència. Els països nòrdics, com Dinamarca i Suècia, han establert sistemes d'informació nacional que permeten observar els resultats sanitaris a nivell de centre i inclús de metge, la qual cosa ha tingut un impacte molt rellevant en la satisfacció dels pacients. A Suècia s'elabora anualment un benchmark dels rendiments dels hospitals de cada regió, amb indicadors de qualitat clínica, satisfacció dels pacients, temps d'espera i eficiència²⁹. La difusió de protocols i guies de pràctica clínica també constitueix uns dels instruments més comuns a Europa per millorar la qualitat, reduir les disparitats en la pràctica clínica, i millorar la seguretat dels pacients.

- Transformar el model de gestió de recursos humans dels professionals sanitaris flexibilitzant el model de contractació, millorant el grau d'autonomia vinculada a l'assumpció de responsabilitats, i desenvolupant sistemes d'incentius que alineïn les seves prioritats amb els objectius del sistema. Establir incentius (monetaris o no) per als centres i professionals, de manera que tant les carreres individuals com la trajectòria de les organitzacions i el seu finançament

²⁸ Bernal E, Ortún V. (2010)

²⁹ Swedish Association of Local Authorities and Regions (SALAR). Quality and Efficiency in Swedish Health Care, Regional Comparisons 2007.

depenguin dels resultats de salut que ofereixin i del seu funcionament relatiu, ha demostrat tenir un impacte considerable en els resultats i l'eficiència del sistema.

En quant a l'organització del sistema i als mecanismes interns d'articulació i coordinació, es poden destacar:

- Separar clarament les funcions de finançament, compra i provisió de serveis sanitaris, i dotar d'una autonomia de gestió responsable i efectiva als proveïdors. Al Regne Unit els hospitals han passat a convertir-se en fundacions (Foundation Trusts) als quals se'ls dota de personalitat jurídica i autonomia de gestió, de manera que assumeixen els riscos relatius a la seva gestió i al compliment de determinats objectius en quant a qualitat, pels quals són remunerats. A Catalunya, s'han desenvolupat les EBAs, societats propietat dels professionals sanitaris, que disposen de capacitat d'endeutament i personalitat jurídica pròpia, les quals accedeixen a través d'una licitació a la provisió de serveis d'atenció primària en una determinada zona.
- Implementar mecanismes més sofisticats i transparents de contractació de serveis sanitaris entre compradors i proveïdors, que distribueixin adequadament les responsabilitats i incentivin als proveïdors a millorar tant en qualitat clínica com en eficiència. La recent reforma de la sanitat francesa té com a objectiu la reorganització i el reforçament de la contractació de la compra de serveis sanitaris
- La integració assistencial i l'establiment de sistemes de finançament capitatius, que afavoreixin la coordinació entre nivells assistencials. S'han establert internacionalment diferents mesures intermèdies que van en aquest sentit, com la utilització de contractes-programa, els quals inclouen una monitorització de la qualitat, i sistemes de pagament en funció del rendiment. Aquests sistemes han d'incloure mecanismes per ajustar el risc, per tal d'assegurar que els recursos destinats als proveïdors són els adequats segons les necessitats assistencials d'una població, garantint així l'equitat d'accés i l'eficiència assignativa.

Finestra 11.1: Tres propostes concretes d'estudi obert a la reflexió

1.-LES COMPTES PER A PROVISIONS DE SUPORT DE COBERTURA (desgravació a canvi d'estalvi previsional)

En un context de noves prestacions de difícil sostenibilitat financera pública i sota l'impuls de les noves fronteres de diagnosi i tractament, -que caracteritza el conflicte inherent a l'existència d'uns recursos limitats i unes preferències socials creixents en favor d'aquestes-, consistiria en permetre desgravar limitadament (sobre la base o quota de l'IRPF) l'estalvi identificat en un compte, destinat inicialment a completar cobertura pública de serveis (d'entre els identificats i sempre contra factura) limitant-se a les alternatives efectives però que presentessin un cost efectivitat graduat inferior. El fet que restessin fora del que merita el dret a la cobertura pública (no prioritzada donada l'existència de recursos limitats), finançada solidària i coactivament, faria que el sector públic incentivés i coadjuvés fiscalment la provisió del que resta fora de catàleg -i sempre dintre del que l'agència d'avaluació pertinent ('a la NICE')³⁰ identifica com a efectiu-, com si d'un bé de mèrit es tractés.

La creació d'aquestes provisions incentivaria l'accés a aquelles prestacions, per part de col·lectius que altrament mai podrien afrontar el risc extraordinari d'un pagament directe. El compte d'estalvi té a més l'avantatge que internalitza la decisió de la reclamació o no d'aquells serveis de menor cost efectivitat, donat que la no utilització permet arrossegar el fons fins el moment de la jubilació, de manera que seria tant incorporable a una renda vitalícia com a un legat a hereus en el moment del traspàs.

³⁰ El National Institute for Clinical Excellence es creà el 1999 com a organització independent, tot i que forma part del National Health Service (NHS). El seu objectiu és orientar i proveir als professionals sanitaris de les eines necessàries per aconseguir una atenció de qualitat i cost-efectiva per als seus pacients. Aquestes orientacions s'articulen a través de directrius per a l'avaluació de tecnologies sanitàries, guies clíniques, directrius sobre la seguretat de procediments i tractaments i directrius sobre salut pública, totes elles basades en l'avaluació econòmica.

Des de gener de 2002 el NHS es va comprometre legalment a finançar els medicaments i tractaments recomanats pel NICE. Entre les noves atribucions que recentment podria assolir destaquen: ampliar l'avaluació a tots els nous medicaments (una forma d'assegurar que els ja existents estiguin sotmesos al mateix nivell d'avaluació que els nous), i que l'avaluació cost-efectivitat informi dels preus directament (fins ara el preu ho proposa la indústria i NICE recomana o no un tractament en funció del seu cost-efectivitat).

Té alguna similitud amb les noves estratègies que impulsa el govern laborista, ja que es podria connectar també el seu ús a les *top-up fees* (una espècie de preus de referència en polítiques públiques), o altres formes de copagament similars,- o fins i tot al pagament de primes complementàries d'assegurança privada-, permetent una regulació mínima del que suposi el finançament privat dintre de la provisió pública. Permetria també, l'aplicació d'una desgravació percentual progressiva a través d'aplicar-la a la quota i no a la base, i limitant-la tant en quantia de renda, tipus o col·lectiu beneficiari.

Per altra banda, la proposta afavoreix la cultura de l'estalvi i la previsió sota responsabilitat individual, però públicament tutelada. Així es podria fer extensiu aquest tipus de provisió a la cobertura d'altres elements de la despesa social, tals com l'educació o els complements a la cobertura de la dependència, per a les quals les aportacions privades previsiblement continuaran creixent en el futur. En la experiència internacional, ja ens trobem amb la implementació de diferents mesures que entrarien explícitament en la consideració de finançament social. Algunes d'elles són: els recursos privats incentivats per deduccions fiscals (proposta 3), les cotitzacions obligatòries o incentivades per a comptes individuals fora de programes de despesa pública en altres àmbits de polítiques públiques (pe. per a pensions a Àustria o a Suècia), algunes operatives diferents del consum públic tradicional (com el vals complementaris), els preus cobrats per serveis públics (protèsics o dentals en el NHS anglès, per exemple), el copagament fix (prescripcions a algun país com Anglaterra) o variable proporcional (Dinamarca).

La mesura es tracta d'un finançament social ja que parteix de la idea de que si el sector públic coadjuva al seu finançament és que atribueix a l'esforç fiscal algun mèrit o valor social (si és compensatori, al 50% podríem considerar que el valor és de la meitat; tot i podent representar un esforç progressiu inversament proporcional a la renda del usuari).

Donat el contingut de la proposta, aquesta es pot considerar que no interfereix les qüestions de finançament autonòmic ni les percepcions de la pèrdua de cohesió territorial ja que es manté en el pla de l'estricta responsabilitat individual i manté una regulació comuna.

2- ELS COPAGAMENTS ARTICULATS A LES DECLARACIONS DE L'IRPF (més ingressos)

Una proposta concreta i incipient d'articulació de copagaments 'ex post' vinculats en renda³¹ a la declaració de l'IRPF consistiria en vincular els copagaments potencials a la declaració de l'impost sobre la renda (IRPF) en el seu tram autonòmic.

Això implicaria que tots els registres d'usos afectats potencialment per copagaments s'annotessin a la targeta sanitària en cada punt d'accés (lectura digital), i es comunicuessin, posteriorment, a finals d'any com a mena de recordatori a l'usuari, qui en el seu cas, hauria d'incorporar total o parcialment el seu cost a la declaració de IRPF. Pels no obligats a declarar (pobres per sota dels mínims vitals), l'exempció d'aquests copagaments seria automàtica. Per la resta de la població, o bé s'incorporarien a la base imposable (de manera que el copagament incrementaria la quota per l'invers del tipus mig) o sobre la quota mateixa (sempre en el seu component autonòmic).

En el primer cas, el copagament resultaria ja d'aquesta manera directament proporcional a la renda (més base imposable, més tipus efectiu a l'IRPF). En el segon, es podria considerar la seva inclusió de manera selectiva no gravant a determinats grups (p.e. crònics, treballadors per compta aliena que no superessin una determinada quantia –com es va fer en el seu moment amb la deducció per guardaries), o fent-ho fins a un cert límit, no computant copagaments més enllà d'una quantia determinada (p.e.: no podent representar més d'un 8% de la renda declarada o una quantitat absoluta superior a 1.000 euros a l'any), opcions totes elles, òbviament, més polítiques que de tècnica fiscal.

Una variant que implicaria una major implicació dels professionals (especialment en esquemes de 'gate-keeping' de metges de capçalera o de proveïdors amb finançament a risc, i per tant amb responsabilitat sobre els recursos utilitzats) consistiria en que, del registre de consums públicament finançats, es determinessin –justificadament- aquells que no seguissin les pautes de bona pràctica d'utilització o decisió orientada pel

³¹ Per a una revisió en profunditat sobre el tema dels copagaments, el seu grau d'implementació i articulació a nivell internacional, i l'evidència sobre els efectes de la seva aplicació consulti's Puig et al (2007b)

professional, de manera que només aquests s'haguessin d'incorporar a la base de renda a efectes de pagament fiscal.

Aquest esquema requeriria, està clar, el redreçament dels incentius perversos que avui conté sistèmicament la relació finançador, proveïdor i usuari, on qui decideix no finança, qui consumeix no decideix ni finança, i qui finança no decideix.

El metge (i) recupera l'ascendència sobre la trajectòria de consum dels seus pacients i gestiona el cost que incideix en el pressupost que té assignat fora de la discrecionalitat del finançador; l'usuari (ii) sap que té deures i que exercir la barra lliure li pot suposar un cost, i el finançador (iii) pot recuperar amb impostos el que ha suposat el sobre-cost d'un mal ús, de manera que no cal que rescabali el seu pressupost, contenint les retribucions dels seus professionals per l'excés de demanda que no ha sabut racionalitzar.

3.- TRACTAMENT DE LA FISCALITAT DE LA DESPESA PRIVADA (menys ingressos)

-(i) De l'assegurament privat

En aquests moments es dóna una situació de tractament desigual entre les pòlisses subscrites per individus i les que ho són per autònoms o a través d'una pòlissa col·lectiva d'empresa, ja que únicament en el primer cas no són deduïbles. Sembla just i raonable avançar cap a una igualació en els tractaments fiscals dels diferents col·lectius, a partir preferentment de la quota estatal de l'IRPF, tot i que també es podria articular a través del tram autonòmic.

Una altra qüestió rellevant és si només s'hauria de limitar la deducció a les prestacions no concurrents (o complementàries respecte de serveis exclosos, com per exemple els dentals i formes de tractament alternatius a la medicina tradicional) ja que es fa difícil poder identificar quins es poden incloure en aquesta tipologia i quins no, més enllà de l'atenció dental (a mig camí del servei franquiciat i de la pròpia assegurança) i a alguns aspectes d'hostaleria –que en casos com la Mútua de Terrassa sí ha aconseguit segmentar però que sembla més complicat per a la resta de concertats (per la pròpia configuració de estructures) i centres propis (per problemes relacionats amb la gestió).

En la generalització d'aquest casos s'hauria de fer una certificació prèvia dels trams coberts, per tal d'evitar que la pressió en costos/preus sigui en detriment del contingut – qualitat de les prestacions.

Sembla també pertinent limitar la deducció a les pòlisses d'assistència sanitària (més vinculades a la gestió de les patologies) i no a les de reemborsament, ja que aquestes últimes poden generar o induir un biaix de sobreconsum i es troben associades a una major elasticitat renda.

-(ii) De la despesa privada directament

Les deduccions sobre la despesa privada no s'han contemplat generalment per dificultats pràctiques en el control i la comptabilització d'aquestes. Malgrat tot, sembla necessari poder valorar l'efectivitat a mig termini que tenen les polítiques i prestacions, en la seva graduació cost-efectivitat. Les quals poden ser considerades com a inversió (en prevenció, en infants) per sobre de les de consum (que s'esgoten en la generació present). Així com També és important mantenir una distribució justa de les càrregues i beneficis considerant el cicle vital de renda i esperança de vida dels afectats, una major progressivitat de la que manquen avui moltes de les deduccions fiscals vigents i el retorn compensat en cas de regressivitat de les desgravacions amb els equivalents compensatoris de pensions no contributives o prestacions per als col·lectius de renda inferior.

Així mateix seria desitjable que qualsevol forma d'exclusió per bé de la progressivitat fiscal no excluís el votant mitjà: el votant mitjà més èpsilon seria així sempre objectiu de cobertura pública. En general, separar per aquesta via allò que configura la prestació bàsica com a diferenciada de la perifèrica pot erosionar, en una cultura determinada, la percepció de cohesió social, en l'intent de forçar l'interès de les classes altes respecte del nivell i qualitat del servei) que permet un únic pool uniforme a les prestacions públiques.

Això s'ha de comparar però amb la dicotomització públic/ privat, d'efectes potencialment més devastadors per a la cohesió pretesa, o el deteriorament dels serveis bàsics per la insostenibilitat de les finances públiques.

COMENTARI FINAL: ELS EQUÍVOCS DE BUSCAR CONSOLIDAR EL SISTEMA DE SALUT I ASSEGURAR LA SEVA SOSTENIBILIDAD FINANCERA

Al nostre entendre, no hi ha manera més equívoca per objectivar el futur del nostre sistema sanitari que sotmetre'l a les coordenades de la seva suposada necessària consolidació i de la seva eufemística garantia de sostenibilitat. El terme sostenibilitat no té contingut precís, per voluntarista i arbitrari (tot és sostenible si es desitja), a diferència del concepte de solvència (és a dir, si incorpora o no el sistema aquells mecanismes que fan que s'autoreguli i mantingui la seva robustesa dinàmica). Per la seva banda, el concepte de consolidació és antitètic al que requereix la flexibilitat d'un sistema que busqui la seva millor adaptació a les necessitats socials canviants.

Tot sistema sanitari manté sota tutela de finançament públic la resultant de com es determinen i evolucionen en el temps tres paràmetres. Primer, la concreció de qui és elegible en cobertura poblacional, ja de manera universal, ja restrictiva: segons renda com a Alemanya, o amb lliure accés -excepte per a algunes professions liberals encara i amb opcions de sortida limitades per als funcionaris-, com passa en el nostre país. El segon eix té a veure amb l'abast de la cobertura: el que entra i el que no entra en el binomi curar / cuidar. Es tracta del contingut que se li doni al catàleg de prestacions i de serveis associats. Aquests dos primers paràmetres, 'a qui i a què' es dóna cobertura concreten el camp de la 'elegibilitat' pública. I la tercera dimensió, més enllà de l'amplitud i profunditat de la cobertura, és la de la freqüentació, això és, com 'allò que és elegible esdevé elegit' en termes d'accés, consum i costos unitaris: amb quina freqüència s'accedeix al sistema i com respon aquest en termes de la prestació real mitjana (oferta diagnòstica i terapèutica). Els tres eixos componen el volum de la despesa públicament tutelada respecte del nivell de renda d'un país.

Dèiem abans que no tenia sentit 'consolidar' el sistema per que la nostra 'caixa' de tres dimensions necessita 'modelar-se' ajustant en el temps a la vista de l'evolució de cada un d'aquells tres vectors que la dimensionen; per exemple, a la vista del creixement i composició poblacional, de les noves prestacions amb diferent valor afegit a la salut poblacional que es fan possibles, i de les diverses alternatives que permeten els

avenços tecnològics, per exemple, davant d'una creixent medicalització social (des dels ansiolítics al Viagra). Per tant, consolidar *l'status quo*, en la mesura que implica ancorar-se, establir-se sense marxa enrere, és mal antídota a les canviants necessitats socials que el nostre sistema afronta: innovacions en salut pública, alternatives ambulatories, interfases sanitat-serveis socials, prestacions antigues amb cost efectivitat superat, necessitat de llits de mitjana estada més que d'aguts ...

I diem que la solvència i no la sostenibilitat és el repte real. Es tracta de possibilitar que el sistema, en el seu funcionament ordinari, permeti incorporar solucions a circumstàncies noves. Ja sigui en la dimensió de cobertura poblacional: d'entre els elegibles no tots són elegits després de prova de mitjans i / o de necessitat relativa, ja sigui en l'abast de la cobertura: prestacions amb cost efectivitat pitjors quedant relegades de la prioritització, ja sigui limitant la freqüentació innecessària, bé pel costat de l'oferta (prescriptors, per exemple), o de la demanda (augmentant els costos d'accés dels pacients). Amb això, els diferents països aborden les seves conjuntures financeres de manera diferent. En la tradició 'Servei Nacional de Salut', es fa des de l'universalisme, sent rigorosos en el que entra i el que no entra, tot i que sigui de mal enteniment i que els *lobbies* pressionin pels seus interessos. I s'opera a través d'agències independents que ordenen prestacions segons cost efectivitat. Altrament, des de la concepció 'Assegurament Social', la solvència financera s'aborda no actuant tant sobre el que entra (ja que per satisfer la demanda ciutadana entra gairebé tot), sinó frenant amb copagaments la utilització abusiva: al cap i a la fi per a aquests sistemes un copagament és poc més que limitar el reemborsament, i això el ciutadà ho accepta millor que quan en un sistema nacional de salut ha d'afrontar un pagament directe. Finalment, en altres sistemes de tradició privada, l'abordatge als canvis es basa sovint amb limitar 'qui' té drets (amb períodes de carència, primes bàsiques, reconeixement de drets, etc.).

I en aquesta disjuntiva general es troba el nostre sistema de salut, bo en resultats, no tan bo en satisfer expectatives, i sospitós de no contenir avui mecanismes de regulació interna suficients per evitar el seu engarrotament i insolvència financera. El full de ruta de canvis que necessita el nostre sistema de salut sobrepassa aquestes línies de resum. Com hem vist, sens dubte la despesa sanitària total continuarà creixent, fet que resulta normal en societats que avancen socialment. No obstant això, el component públic d'aquesta despesa necessita un finançament amb majors ingressos públics. Atès que és

poc previsible que la competitivitat de la nostra economia pugui suportar increments seqüencials de la pressió fiscal (excepte una coalició minoritària, en l'arc parlamentari no hi ha adeptes a pujar cada any els impostos diversos punts per sobre del que creixi el PIB), sembla raonable que taxes i preus públics hagin de fer acte de presència. Aquests sacrificis exigeixen més que mai gestionar millor la despesa sanitària pública i que el regulador sigui valent ordenant prestacions de manera rigorosa per valor terapèutic i / o segons cost efectivitat.

BIBLIOGRAFIA

- Agència d'Avaluació de Tecnologia i Recerca Mèdiques (AATRM) de Catalunya (2008): Salud y uso de los servicios sanitarios en población inmigrante y autóctona de España. Informes de Evaluación de Tecnologías Sanitarias, AATRM núm 2007/08.
- Artells JJ, Castellón E, Sevilla F, Cervera S, García A (dirs.) (2005). Desarrollo y sostenibilidad del Sistema Nacional de Salud descentralizado. Análisis prospectivo Delphi. Barcelona: Fundación Salud, Innovación y Sociedad.
- Artís M, Suriñach J, (Coord), Royuela V, Vayá E (2007): L'aportació del sector sanitari a l'economia catalana. Estudis Caixa Catalunya, nº5.
- Bernal E, Ortún V. (2010): La calidad del sistema nacional de salud: base de su deseabilidad y sostenibilidad. Gaceta Sanitaria; 24(3): 254-258.
- Boletín Oficial de las Cortes Generales (2010): Informe de la Ponencia de Estudio de las necesidades de recursos humanos en el Sistema Nacional de Salud, constituida en el seno de la Comisión de Sanidad, Política Social y Consumo (543/000005). Boletín General, 18 de junio de 2010, Núm.483.
- Carrió, J. (2007): El sector privat en l'atenció especialitzada. A Memòria del CES 2007, sobre l'economia, el treball i la societat de les Illes Balears. Consell Econòmic i Social de les Illes Balears, pàgs. 530-531
- Casado D.(2000) Los efectos del envejecimiento demográfico sobre el gasto sanitario: mitos y realidades. Gac Sanit 2000; 15(2): 154-163.
- Casado D, Puig J, Puig R (2009): El impacto de la demografía sobre el gasto sanitario futuro de las Comunidades Autónomas. Fundación Pfizer.
- Càtedra FEDEA-McKinsey (2009): Impulsar un cambio posible en el sistema sanitario. FEDEA, Madrid
- Centre de Recerca Econòmica (2009): Evolució demogràfica, a Informe econòmic i social de les Illes Balears 2008. Centre de Recerca Econòmica (UIB-Sa Nostra), sept 2009, pp:267-284.
- Centre de Recerca Econòmica (2009): Salut i sistema sanitari, a Informe econòmic i social de les Illes Balears 2008. Centre de Recerca Econòmica (UIB-Sa Nostra), sept 2009, pp:285-302.
- Comas-Herrera, A. et al (2006): "Future long-term care expenditure in Germany, Spain, Italy and the United Kingdom", Ageing & Society 26: 285-302, Cambridge University Press.

- Comissió de l'Ordenació de la Professió Mèdica (2007): La necessitat de metges en el sistema sanitari català. Causes i solucions. COMB.
- Consell Econòmic i Social de les Illes Balears (2009a): Les Illes Balears: Anàlisi regional i per Illes. A memòria del CES, sobre l'economia el treball i la societat de les Illes Balears. Consell Econòmic i Social de les Illes Balears, pp:47-88.
- Consell Econòmic i Social de les Illes Balears (2009b): Demografia i llar, A memòria del CES, sobre l'economia el treball i la societat de les Illes Balears. Consell Econòmic i Social de les Illes Balears, pp:417-442.
- Consell Econòmic i Social de les Illes Balears (2009c): Salut, qualitat de vida i serveis sanitaris. A *Memòria del CES, sobre l'economia el treball i la societat de les Illes Balears*. Consell Econòmic i Social de les Illes Balears, pp:443-474.
- Conselleria de Sanitat i Consum (2001): Enquesta de Salut de les Illes Balears 2001. Govern de les Illes Balears.
- Conselleria de Sanitat i Consum (2009a): Enquesta de Salut de les Illes Balears 2007. Govern de les Illes Balears.
- Conselleria de Salut i Consum (2009b): Despesa Sanitària de la Població no Balear. Mimeo.
- Conselleria de Salut i Consum (2009c): Grup de treball per a l'anàlisi de la despesa sanitària; DG Planificació i Finançament. Mimeo
- Cortiñas Vázquez, Pedro i Vicente Viserda, Juan A. (2007): Marc Input-Output de les Illes Balears 2004 i de Mallorca, Menorca, Eivissa i Formentera, sota la direcció de Maria Marquès Caldentey, direcció tècnica d'Alejandro Valdivia Schneider i coordinació d'Isabel Socías Rosselló, Patricia Tous Prieto i Miquel Font Rosselló de la Direcció General d'Economia del Govern de les Illes Balears, març de 2007.
- Costa-Font, J. Gil, J. (2008): "Exploring the Pathways of Inequality in Health, Access and Financing in Decentralized Spain", FEDEA.
- Del Llano J, Hidalgo A, Pérez S. (2006): ¿Estamos satisfechos los ciudadanos con el Sistema Nacional de Salud? Madrid: Ergón.
- Del Llano J, (2009): Sanidades autonómicas ¿solución o problema? Círculo de la Sanidad, Madrid.
- Departament de Sanitat i Seguretat Social (2003): Llibre Blanc de les professions sanitàries a Catalunya. Generalitat de Catalunya.
- Dolado J., Felgueroso F. (2010): Diferencias de género y temporalidad: el caso de los profesionales superiores en el sector sanitario en España. En: *La feminización de las profesiones sanitarias* Vázquez Vega, P. (Ed.). Fundación BBVA, Madrid.

- European Commission (2009): The 2009 Ageing Report: Underlying Assumptions and Projection Methodologies for the EU-27 Member States (2007-2060). Directorate-General for Economic and Financial Affairs.
- European Commission (2009): Libro verde sobre el personal sanitario europeo. Bruselas, COM(2008) 725.
- Fundació BBVA (2009): La població de Illes Balears. Cuadernos Fundació BBVA.
- Fundació Caixa Catalunya (2009): Informe de la Inclusió Social a Espanya 2009. Observatori de la Inclusió Social, Obra Social Caixa Catalunya.
- García Delgado, J.L., Bandrés Moliné, E.(1994): La sanitat com a sector d'activitat econòmica. Cap 5. A: *Anàlisi econòmica de la sanitat*, G. López-Casasnovas. El llibre dels Fulls Econòmics, Departament de Sanitat i Seguretat Social. Genrealitat de Catalunya, Barcelona. 201-225
- García Gómez P. (2007): Salud y utilización de los recursos sanitarios: Un análisis de las diferencias y similitudes entre población inmigrante y autónoma. Presupuesto y gasto público. 2007;49(4).
- Gill de Albornoz, B. Chorén Rodríguez, P.(2010): El alcance de la feminización de las profesiones sanitarias en España. En: *La feminización de las profesiones sanitarias* Vázquez Vega, P. (Ed.). Fundación BBVA, Madrid.
- González López-Valcárcel B., Barber Pérez P. (2006): Desigualdades territoriales en el Sistema Nacional de Salud (SNS) de España. Madrid: Fundación Alternativas.
- González López-Valcárcel, B., Barber Pérez, P. (2007): Oferta y necesidad de médicos especialistas en España (2006-2030). Ministerio de Sanidad y Consumo.
- González López-Valcárcel, B., Barber Pérez, P. (2008): Oferta y necesidad de especialistas médicos en España (2008-2025). Ministerio de Sanidad y Consumo.
- González López-Valcárcel, B., Barber Pérez, P.(2008): Dificultades, trampas y tópicos en la planificación del personal médico. Gaceta sanitaria 2008; 22(5):393-5.
- Govern de les Illes Balears (varis anys): Pressupostos Generals de la CAIB.
- Hartwig J, (2008): "What drives health care expenditure? - Baumol's model of 'unbalanced growth' revisited", Journal of Health Economics 27 (2008) 603–623.
- Hitiris, T. and Posnett, J. (1992) "The determinants and effects of health expenditure in developed countries ", Journal of Health Economics: vol. 11, no. 2, pp. 173– 81.

- Institut d'Estadística de les Illes Balears, IBESTAT (2009): Població de les Illes Balears, revisió del padró. Accesible a: <http://ibestat.caib.es/ibestat/page?f=default&p=poblacion>
- Instituto de Estudios Fiscales (2007): Informe para el análisis del gasto sanitario (IAGS).Secretaría de Estado de Hacienda y Presupuestos. Colección Libros Blancos.
- Instituto Nacional de Estadística (2005) Encuesta Nacional de Salud 2003.
- Instituto Nacional de Estadística (2006): Estadística de indicadores hospitalarios (1995-2005).
- Instituto Nacional de Estadística (2008) Encuesta Nacional de Salud 2006.
- Instituto Nacional de Estadística (2008): Encuesta sobre Discapacidades, Autonomía Personal y Situaciones de Dependencia 2008.
- Instituto Nacional de Estadística (2009a): Proyecciones de población a corto plazo 2009-2019.
- Instituto Nacional de Estadística (2009b): Indicadores demográficos básicos. Recurs accessible a <http://www.ine.es/jaxi/menu.do?type=pcaxis&path=%2Ft20%2Fp318&file=inebase&L=0>
- Instituto Nacional de Estadística (2009c): Encuesta de Morbilidad Hospitalaria. INE.
- Instituto Nacional de Estadística (2009d): Estadística de Profesionales Sanitarios Colegiados.
- Instituto Nacional de Estadística (2010): Contabilidad Regional de España. Base 2000.
- Instituto Nacional de Estadística (2010): Estadística defunciones según causa de muerte.
- Instituto Nacional de Estadística (2010): Encuesta Continua Presupuestos Familiares, Base 1997.
- Intervención General de la Administración del Estado (IGAE) (2005): Informe del Grupo de Trabajo de Análisis del Gasto Sanitario Público. Accesible en:<http://documentacion.meh.es/doc/PortalVarios/FinanciacionTerritorial/Autonomica/IGTGS2005.pdf>
- López-Casasnovas, G. ed. (2003): El interfaz público-privado en sanidad. Barcelona: Masson, 2003.
- López-Casasnovas, G. (2006): La medicina privada en el sistema nacional de salud: Retos y estrategias de la sanidad privada en el siglo XXI. Presentació realitzada en el XX aniversari de la Unió Balear d'Entitats Sanitàries (UBES).

- López-Casasnovas, G., Ferragut, G. (2009): El sistema de salut a les Illes Balears. A memòria del CES, sobre l'economia el treball i la societat de les Illes Balears. Consell Econòmic i Social de les Illes Balears, pp:478-482.
- Mahal, A. Berman, P. NandaKumar, A. (2002) "Health Expenditures and the Elderly: A Survey of Issues in Forecasting, Methods Used, and Relevance for Developing Countries", Global Burden Of Disease Project, 2002.
- Ministerio de Sanidad y Consumo (1999): Análisis y desarrollo de los GDR en el Sistema Nacional de Salud. Madrid.
- Ministerio de Sanidad y Consumo (2006). Cuentas Satélite del Gasto Sanitario Público (1988-2004) y Gasto Territorializado (1995-2004). Mimeo. Accessible a:<http://www.msc.es/estadEstudios/estadisticas/inforRecopilaciones/gastoSanitario2005/home.htm>
- Ministerio de Sanidad y Consumo (2007): Indicadores clave del Sistema Nacional de Salud. Instituto de Información sanitaria.
- Ministerio de Sanidad y Consumo (2008): Aspectos relacionados con la planificación y desarrollo de recursos humanos. Informe anual del Sistema Nacional de Salud 2007.
- Ministerio de Sanidad y Consumo (2008): Informe anual del Sistema Nacional de Salud 2007.
- Ministerio Sanidad y Consumo (2009a): Establecimientos Sanitarios con Régimen de Internado (1997-2007).
- Ministerio de Sanidad y Consumo (2009b): Recursos del Sistema Nacional de Salud. Presupuestos iniciales para Sanidad de las Comunidades Autónomas, la Administración Central y la Seguridad Social.2002-2009.
- Ministerio de Sanidad y Consumo (2009c): Distribución del Fondo de Cohesión Sanitaria. Año 2008. DG de Cohesión del Sistema Nacional de Salud y Alta Inspección. Mimeo.
- Ministerio de Sanidad y Consumo (2010): Barómetro Sanitario.
- Ministerio de Sanidad y Política Social (2010): Informe anual del Sistema Nacional de Salud 2010.
- Moranta, F. (2007): Finançament de la sanitat balear. Referent. Papers de la Fundació Unió. Unió Catalana d'Hospitals.
- Moranta, F. (2010): Informe de la deuda al cierre del ejercicio 2009. Implicaciones ejercicio 2010 (document intern de l'Ib-Salut).
- Mossialos E, Allin S, Figueras J (2007): Health Systems in Transition: Template for analysis. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe on behalf of the European Observatory on Health Systems and Policies.

- Namkee Ahn, García J, Herce J, (2005) “Demographic Uncertainty and Health Care Expenditure in Spain”. FEDEA.
- Narayan, P. (2006) “Examining structural breaks and growth rates in international health expenditures”, *Journal of Health Economics*: 25 (2006) 877–890.
- OCDE (2006): Projecting OECD health and long-term care expenditures: what are the main drivers? Economics Department Working Paper No. 477, Paris.
- OCDE (2009): Health Data 2009. A www.oecd.org
- Organización Médica Colegial de España (2009): Demografía médica. Apuntes para la eficiencia del Sistema Sanitario. OMC, Madrid.
- Peiró S, Librero J, Ridao M, Bernal E y Grupo de Variaciones en la Práctica Médica del SNS (2010): Variabilidad en la utilización de los servicios de urgencia hospitalarios del Sistema Nacional de Salud.. *Gaceta Sanitaria*; 24(1): 6-12.
- Puig-Junoy J, Castellanos A, Planas I. (2004): Análisis de los factores que inciden en la dinámica del crecimiento del gasto sanitario público. Registro histórico y proyecciones 2004-2013. Cap. 3. A: Puig-Junoy J, López-Casasnovas, Ortún V. ¿Más recursos para la salud? Barcelona: Masson.
- Puig Junoy, J. Marín, D. Puig Peiró, R. (2007a): “Impacte de l’envelliment sobre les necessitats de finançament sanitari a Catalunya: Projeccions fins l’any 2030”, Centre de Recerca en Economia i Salut – CRES (Mimeo).
- Puig-Junoy, J. et al. (2007b): La corresponsabilidad individual en la financiación pública de la atención sanitaria. Barcelona: Fundació Rafael Campalans.
- Rico A. (2004): La opinión de los ciudadanos sobre el sistema nacional de salud, 1994-2003. A: Ministerio de Sanidad y Consumo. Informe Anual del Sistema de Nacional de Salud 2003. Madrid: Ministerio de Sanidad de Consumo.
- Rivera B, Casal D, Cantarero D, Pascual M. (2008): Adaptación de los servicios de salud a las características específicas y de utilización de los nuevos españoles. *Gaceta Sanitaria*, número especial, Informe SESPAS.
- Regidor E (dir.), Díaz Olalla JM, Lostao L, Pascual C, Sánchez E, Sanz B.(2008): Diferencias en la utilización de servicios sanitarios entre la población inmigrante y la española. Madrid: Fundación de Ciencias de la Salud.
- Sorenson C, Drummond M, Kanavos P (2009): Ensuring value for money in Health Care. The role of health technology assessment in the European Union. European Observatory on Health Systems and Policies. Observatory Studies Series nº11.
- World Health Organization (2009) The European health report 2009: Health and health systems. World Health Organization, Copenhagen.

ANNEX

ANNEX 1: Perfils d'utilització (Apartat 3.3)

Taula A.1: Grandària mostral mostra Registre Assegurats Ib-Salut

Grandària Mostral						
Eivissa		Mallorca		Menorca		Total
Homes	Dones	Homes	Dones	Homes	Dones	
198	188	1349	1203	152	141	3231
180	170	1214	1141	173	136	3014
169	164	1141	1086	126	121	2807
187	174	1247	1191	132	127	3058
265	253	1512	1501	160	165	3856
404	364	2096	2025	229	222	5340
445	383	2424	2197	257	242	5948
386	339	2258	2061	251	218	5513
349	303	2035	1907	222	210	5026
297	265	1755	1698	193	183	4391
255	229	1490	1495	160	159	3788
225	197	1352	1347	154	146	3421
187	163	1235	1227	130	126	3068
127	110	927	930	98	115	2307
106	114	811	942	86	89	2148
86	91	627	823	64	78	1769
65	68	404	659	43	67	1306
34	35	290	611	28	54	1052
Total mostra						61043

Taula A.2: Despesa hospitalària per càpita

grup d'edat	Despesa Hospitalària								
	Eivissa i Formentera			Mallorca			Menorca		
	Homes	Dones	Total	Homes	Dones	Total	Homes	Dones	Total
0-4	121,67	43,21	83,46	1303,84	199,44	783,23	197,15	0	102,27
5-9	21,79	51,04	36,00	71,74	75,08	73,36	1518,97	13,63	856,42
10-14	9,22	15,35	12,24	356,60	143,73	252,79	15,48	0	7,89
15-19	101,78	1059,28	563,29	101,99	153,23	127,02	6,07	17,63	11,74
20-24	33,31	52,38	42,63	274,06	244,85	259,51	215,50	333,67	275,49
25-29	136,63	88,22	113,69	210,55	229,29	219,76	13,57	15,34	14,44
30-34	41,41	202,51	115,93	161,47	422,82	285,73	18,32	62,49	39,74
35-39	25,01	254,74	132,43	286,19	297,30	291,49	64,87	58,21	61,77
40-44	251,15	805,70	508,86	253,77	296,83	274,60	154,44	71,01	113,88
45-49	1560,69	94,96	869,56	4953,70	559,80	2793,02	79,38	254,28	164,51

50-54	1170,94	360,19	787,34	2038,73	1002,05	1519,52	1670,59	194,21	934,71
55-59	309,39	316,46	312,69	1044,27	403,81	724,63	541,86	586,70	563,68
60-64	1635,88	623,89	1164,58	1399,59	344,77	873,89	2182,06	162,36	1187,99
65-69	787,06	1953,19	1328,30	1905,39	590,14	1246,70	567,46	604,92	587,68
70-74	931,03	958,11	945,06	2050,56	1907,10	1973,47	1235,98	551,71	887,98
75-79	2163,45	1269,84	1704,02	2893,10	1657,21	2191,63	1084,02	2631,05	1933,80
80-84	2865,73	1104,05	1965,02	2074,65	2341,50	2240,08	756,45	1496,90	1207,45
>84	1364,49	2541,27	1961,41	1500,28	1326,71	1382,58	293,46	736,43	585,17

Elaboració pròpia a partir de la mostra del Registre d'Assegurats (TSI)

Taula A.3: Despesa farmacèutica per càpita

Despesa Farmaceutica								
Eivissa i Formentera			Mallorca			Menorca		
Homes	Dones	Total	Homes	Dones	Total	Homes	Dones	Total
24,41	13,77	19,23	28,72	27,28	28,04	19,85	9,05	14,65
14,60	15,89	15,23	22,31	17,80	20,12	13,12	12,92	13,03
13,96	10,65	12,33	30,05	16,45	23,42	27,80	18,04	23,02
15,49	14,12	14,83	36,19	19,70	28,14	45,07	24,81	35,14
12,39	11,41	11,91	53,80	43,05	48,44	21,72	18,99	20,33
25,27	13,41	19,65	34,91	37,86	36,36	25,05	15,21	20,20
21,55	29,33	25,15	53,56	36,35	45,38	25,53	23,64	24,61
25,99	33,68	29,58	63,95	59,08	61,63	57,21	29,88	44,50
43,52	58,91	50,67	97,74	101,17	99,40	34,07	42,12	37,98
98,04	75,31	87,32	88,09	146,03	116,58	39,59	159,61	98,00
122,13	118,76	120,53	132,79	209,63	171,27	115,58	114,78	115,18
184,07	168,44	176,78	253,82	254,36	254,09	98,97	154,10	125,80
274,94	300,56	286,87	316,09	473,36	394,47	392,33	298,09	345,95
448,90	362,36	408,73	483,68	571,28	527,55	415,06	752,90	597,46
532,05	542,64	537,54	680,82	752,16	719,15	559,26	591,94	575,88
782,69	677,13	728,42	852,58	850,99	851,68	972,17	809,36	882,74
1365,46	701,87	1026,18	814,25	933,03	887,89	800,15	798,42	799,10
869,13	393,18	627,71	603,51	754,00	705,57	619,18	741,04	699,43

Elaboració pròpia a partir de la mostra del Registre d'Assegurats (TSI)

Taula A.4: Despesa en Atenció Primària per càpita

Despesa Atencio Primaria								
Eivissa			Mallorca			Menorca		
Homes	Dones	Total	Homes	Dones	Total	Homes	Dones	Total
515,753	471,787	494,339	531,72	513,313	523,043	567,441	460,773	516,109
250,467	246,476	248,529	272,013	271,377	271,705	184,318	292,743	232,039
181,858	162,768	172,456	204,561	224,193	214,135	215,786	203,678	209,854
135,508	199,885	166,537	196,349	257,362	226,155	141,098	180,819	160,575
117,253	236,166	175,332	203,181	292,53	247,692	166,287	205,279	186,083
141,96	222,308	180,042	190,408	290,425	239,555	148,245	225,009	186,031
135,261	267,689	196,517	196,321	303,73	247,388	183,518	269,012	224,98
142,363	278,805	206,161	220,543	337,268	276,243	140,39	243,367	188,256
189,662	298,485	240,235	258,64	331,499	293,887	218,347	262,414	239,769
240,502	338,362	286,646	278,726	404,906	340,775	209,021	332,273	269,008
295,259	346,362	319,438	376,146	503,191	439,775	322,081	355,434	338,705
368,147	433,949	398,865	446,004	580,131	512,943	319,773	483,918	399,657

417,209	540,337	474,551	602,504	662,774	632,541	521,277	449,048	485,727
668,709	485,073	583,477	592,81	691,574	642,272	552,286	763,522	666,333
586,179	685,079	637,427	733,691	823,28	781,833	601,14	618,831	610,137
826,419	697,791	760,288	945,692	874,394	905,224	665,172	710,628	690,141
799,108	804,706	801,97	862,72	931,97	905,651	666,605	872,537	792,036
713,176	631,286	671,638	737,359	756,594	750,403	708,786	633,852	659,439

Elaboració pròpia a partir de la mostra del Registre d'Assegurats (TSI)

ANNEX 2: Taules Input-Output (Capítol 9)

Taula A5: Productivitat a Balears

		Llocs de treball equivalents a temps complet total	Producció a preus bàsics balears (Milers d'euros)	Productivitat	Índex de productivitat
40	Altres serveis annexos als transports de passatgers	8.477	4.219.029	497,72	5,935
36	Serveis de transport marítim de passatgers	723	356.339	493,00	5,878
45	Serveis immobiliaris - lloguer d'immobles.	5.512	2.225.361	403,74	4,814
37	Serveis de transport marítim de mercaderies	624	239.119	383,49	4,573
38	Serveis de transport aeri de passatgers	2.757	824.979	299,25	3,568
39	Servei de transport aeri de mercaderies	600	179.697	299,25	3,568
2	Electricitat, aigua i gas	2.681	773.578	288,50	3,440
44	Serveis immobiliaris - compravenda d'immobles i activitats auxiliars.	3.333	829.717	248,94	2,968
43	Serveis d'intermediació financera	5.799	1.168.423	201,49	2,402
42	Serveis de telecomunicacions	4.694	794.981	169,36	2,019
4	Minerals no-energètics	297	48.105	161,71	1,928
14	Ciment, calç i guixos	1.037	167.764	161,71	1,928
25	Serveis de recuperació de materials secundaris en brut	115	18.382	160,52	1,914
58	Serveis de sanejament públic de no mercat	677	105.827	156,26	1,863
15	Vidre i productes de vidre. Articles de ceràmica	522	81.211	155,61	1,855
16	Altres productes minerals no metàl·lics	726	109.719	151,22	1,803
52	Serveis de sanejament públic de mercat	961	144.184	150,11	1,790
8	Begudes alcohòliques. Tabac manufacturat.	596	76.171	127,88	1,525
41	Altres serveis annexos als transports de mercaderies	2.157	272.016	126,13	1,504
7	Begudes no-alcohòliques	1.636	170.714	104,34	1,244
21	Naus i material de transport navier.	969	91.666	94,59	1,128
22	Altre material de transport	729	66.449	91,15	1,087
6	Productes alimentaris. Aliments preparats per a animals.	6.754	607.174	89,90	1,072
12	Pasta de paper, paper i cartó; Articles de paper i cartó. Productes de l'edició, productes impresos i material gravat	2.297	195.069	84,92	1,013
51	Serveis sanitaris i veterinaris de mercat; Serveis socials de mercat	8.248	695.630	84,34	1,006
19	Material electrònic; Equips i aparells de ràdio, televisió i comunicacions. Equip i instruments mèdic-quirúrgics, de precisió, òptica i rellotgeria	55	4.675	84,28	1,005
13	Productes químics. Productes de cautxú; Productes de matèries plàstiques	1.160	97.576	84,13	1,003
20	Vehicles de motor, remolcs i semiremolcs	27	2.281	83,75	0,999
3	Productes energètics, refi de petroli i combustibles nuclears	42	3.529	83,75	0,999
46	Serveis de lloguer de maquinària i equip sense operari (incloent automòbils i naus), i d'efectes personals i efectes domèstics	4.588	377.532	82,28	0,981
18	Maquinària d'oficina i equip informàtic	108	8.879	81,95	0,977
17	Maquinària i equip mecànic. Maquinària i material elèctric	1.619	130.137	80,36	0,958
59	Serveis proporcionats per sindicats; serveis d'altres tipus d'associacions	2.631	210.100	79,86	0,952
60	Serveis turístics de no mercat de les Administracions Públiques	800	63.373	79,26	0,945
24	Mobles; altres articles manufacturats n.c.o.p.	1.757	138.782	78,99	0,942
30	Serveis d'allotjament en establiment	25.756	2.031.742	78,88	0,941
11	Fusta i suro i productes de fusta i suro	1.533	120.593	78,65	0,938
27	Serveis de comerç i reparació de vehicles i motocicletes; Serveis de comerç a detall de combustible	8.338	641.771	76,97	0,918
26	Treballs de construcció general d'immobles i obres d'ingenieria civil	67.029	5.063.353	75,54	0,901
32	Serveis de restauració	43.125	2.915.908	67,62	0,806
9	Productes tèxtils; roba	1.417	90.490	63,88	0,762
10	Peces de pell; Cuir preparat, assaonat i acabat; Articles de marroquineria i viatge, d'albarberia i talabarteria; Calçat	3.984	253.919	63,73	0,760
1	Productes de l'agricultura, ramaderia, caça, selvicultura, explotació forestal i pesca	7.709	478.315	62,05	0,740
5	Productes de la metal·lúrgia bàsica i foses	4.052	251.265	62,00	0,739
61	Serveis recreatius, culturals i esportius de no mercat	2.050	124.011	60,49	0,721
28	Comerç a l'engròs i intermediaris, excepte de vehicles de motor i motocicletes	13.839	833.942	60,26	0,719
57	Serveis sanitaris i veterinaris de no mercat; Serveis socials de no mercat	11.351	676.988	59,64	0,711
35	Serveis de transport terrestre de mercaderies	6.135	362.840	59,14	0,705
48	Serveis d'investigació i desenvolupament	759	44.457	58,56	0,698
55	Serveis d'Administració Pública, defensa i serveis de seguretat social obligatòria	22.523	1.267.185	56,26	0,671
53	Serveis recreatius, culturals i esportius de mercat	7.748	416.174	53,72	0,640
49	Altres serveis empresarials, Serveis proporcionats per organitzacions empresarials, professionals i patronals	27.851	1.469.598	52,77	0,629
47	Serveis d'informàtica	1.522	79.223	52,04	0,621
33	Serveis de transport terrestre de passatgers regular	1.032	51.297	49,71	0,593
34	Serveis de transport de passatgers terrestre discrecional	3.812	187.952	49,31	0,588
23	Joieria, orfebreria, argenteria, bijuteria i articles similars.	780	37.348	47,88	0,571
50	Serveis d'educació de mercat	5.353	225.277	42,09	0,502
56	Serveis d'educació de no mercat	11.864	498.693	42,03	0,501
29	Serveis de comerç al detall, excepte el comerç de vehicles de motor, motocicletes i ciclomotors; serveis de reparació d'efectes personals i estris domèstics	49.366	1.689.910	34,23	0,408
54	Altres serveis personals	4.852	141.884	29,24	0,349
62	Serveis de les llars que col·loquen personal domèstic	21.170	168.942	7,98	0,095
31	Serveis d'allotjament en segons habitatges per compte propi o de forma gratuïta	0	496.953	0,00	0,000
		430.658	36.118.201	83,87	1,000

Taula A6: Consums intermedis de Balears que realitza el sector de serveis sanitaris, veterinaris i socials de mercat a Balears				% Vertical
1	51	Serveis sanitaris i veterinaris de mercat; Serveis socials de mercat	38.405	29,44
2	45	Serveis immobiliaris - lloguer d'immobles.	18.892	14,48
3	43	Serveis d'intermediació financera	16.268	12,47
4	49	Altres serveis empresarials, Serveis proporcionats per organitzacions empresarials, professionals i patronals	15.229	11,67
5	29	Serveis de comerç al detall, excepte el comerç de vehicles de motor, motocicletes i ciclomotors; serveis de reparació d'efectes personals i estris domèstics	6.097	4,67
6	42	Serveis de telecomunicacions	5.829	4,47
7	26	Treballs de construcció general d'immobles i obres d'ingenieria civil	3.846	2,95
8	2	Electricitat, aigua i gas	3.375	2,59
9	13	Productes químics. Productes de cautxú; Productes de matèries plàstiques	3.352	2,57
10	6	Productes alimentaris. Aliments preparats per a animals.	3.210	2,46
11	54	Altres serveis personals	2.815	2,16
12	27	Serveis de comerç i reparació de vehicles i motocicletes; Serveis de comerç a detall de combustible	1.711	1,31
13	44	Serveis immobiliaris - compravenda d'immobles i activitats auxiliars.	1.423	1,09
14	32	Serveis de restauració	1.397	1,07
15	12	Pasta de paper, paper i cartó; Articles de paper i cartó. Productes de l'edició, productes impresos i material gravat	1.149	0,88
16	35	Serveis de transport terrestre de mercaderies	1.100	0,84
17	9	Productes tèxtils; roba	990	0,76
18	52	Serveis de sanejament públic de mercat	926	0,71
19	28	Comerç a l'engròs i intermediaris, excepte de vehicles de motor i motocicletes	702	0,54
20	34	Serveis de transport de passatgers terrestre discrecional	587	0,45
21	24	Mobles; altres articles manufacturats n.c.o.p.	440	0,34
22	38	Serveis de transport aeri de passatgers	429	0,33
23	7	Begudes no-alcohòliques	373	0,29
24	37	Serveis de transport marítim de mercaderies	342	0,26
25	18	Maquinària d'oficina i equip informàtic	323	0,25
26	47	Serveis d'informàtica	204	0,16
27	25	Serveis de recuperació de materials secundaris en brut	193	0,15
28	39	Servei de transport aeri de mercaderies	155	0,12
29	17	Maquinària i equip mecànic. Maquinària i material elèctric	117	0,09
30	46	Serveis de lloguer de maquinària i equip sense operar (incloent automòbils i naus), i d'efectes personals i efectes domèstics	106	0,08
31	1	Productes de l'agricultura, ramaderia, caça, selvicultura, explotació forestal i pesca	98	0,08
32	19	Material electrònic; Equips i aparells de ràdio, televisió i comunicacions. Equip i instruments mèdic-quirúrgics, de precisió, òptica i rellotgeria	75	0,06
33	30	Serveis d'allotjament en establiment	67	0,05
34	53	Serveis recreatius, culturals i esportius de mercat	37	0,03
35	23	Joieria, orfèbreria, argenteria, bijuteria i articles similars.	27	0,02
36	59	Serveis proporcionats per sindicats; serveis d'altres tipus d'associacions	26	0,02
37	8	Begudes alcohòliques. Tabac manufacturat.	24	0,02
38	50	Serveis d'educació de mercat	22	0,02
39	3	Productes energètics, refi de petroli i combustibles nuclears	19	0,01
40	40	Altres serveis annexos als transports de passatgers	14	0,01
41	5	Productes de la metal·lúrgia bàsica i foses	14	0,01
42	41	Altres serveis annexos als transports de mercaderies	10	0,01
43	22	Altres material de transport	9	0,01
44	15	Vidre i productes de vidre. Articles de ceràmica	4	0,00
45	10	Peces de pell; Cuir preparat, assaonat i acabat; Articles de marroquineria i viatge, d'albarberia i talabarberia; Calçat	4	0,00
46	36	Serveis de transport marítim de passatgers	3	0,00
47	4	Minerals no-energètics	3	0,00
48	21	Naus i material de transport navier.	3	0,00
49	14	Ciment, calç i guixos	1	0,00
50	48	Serveis d'investigació i desenvolupament	1	0,00
51	11	Fusta i suro i productes de fusta i suro	0	0,00
52	20	Vehicles de motor, remolcs i semiremolcs	0	0,00
53	16	Altres productes minerals no metàl·lics	0	0,00
54	31	Serveis d'allotjament en segons habitatges per compte propi o de forma gratuïta	0	0,00
55	33	Serveis de transport terrestre de passatgers regular	0	0,00
56	55	Serveis d'Administració Pública, defensa i serveis de seguretat social obligatòria	0	0,00
57	56	Serveis d'educació de no mercat	0	0,00
58	57	Serveis sanitaris i veterinaris de no mercat; Serveis socials de no mercat	0	0,00
59	58	Serveis de sanejament públic de no mercat	0	0,00
60	60	Serveis turístics de no mercat de les Administracions Públiques	0	0,00
61	61	Serveis recreatius, culturals i esportius de no mercat	0	0,00
62	62	Serveis de les llars que col·loquen personal domèstic	0	0,00
			130.448	100

Taula A7: Consums intermedis de la resta d'Espanya que realitza el sector de serveis sanitaris, veterinaris i socials de mercat a Balears				% Vertical
1	13	Productes químics. Productes de cautxú; Productes de matèries plàstiques	30.231	44,15
2	19	Material electrònic; Equips i aparells de ràdio, televisió i comunicacions. Equip i instruments mèdic-quirúrgics, de precisió, òptica i rellotgeria	18.784	27,43
3	43	Serveis d'intermediació financera	8.066	11,78
4	3	Productes energètics, refi de petroli i combustibles nuclears	2.909	4,25
5	6	Productes alimentaris. Aliments preparats per a animals.	2.590	3,78
6	49	Altres serveis empresarials, Serveis proporcionats per organitzacions empresarials, professionals i patronals	2.393	3,49
7	18	Maquinària d'oficina i equip informàtic	1.623	2,37
8	12	Pasta de paper, paper i cartó; Articles de paper i cartó. Productes de l'edició, productes impresos i material gravat	1.027	1,50
9	17	Maquinària i equip mecànic. Maquinària i material elèctric	183	0,27
10	48	Serveis d'investigació i desenvolupament	126	0,18
11	46	Serveis de lloguer de maquinària i equip sense operari (incloent automòbils i naus), i d'efectes personals i efectes domèstics	87	0,13
12	8	Begudes alcohòliques. Tabac manufacturat.	86	0,13
13	47	Serveis d'informàtica	81	0,12
14	7	Begudes no-alcohòliques	71	0,10
15	38	Serveis de transport aeri de passatgers	56	0,08
16	53	Serveis recreatius, culturals i esportius de mercat	49	0,07
17	5	Productes de la metal·lúrgia bàsica i foses	27	0,04
18	41	Altres serveis annexos als transports de mercaderies	22	0,03
19	37	Serveis de transport marítim de mercaderies	12	0,02
20	24	Mobles; altres articles manufacturats n.c.o.p.	9	0,01
21	14	Ciment, calç i guixos	9	0,01
22	4	Minerals no-energètics	6	0,01
23	36	Serveis de transport marítim de passatgers	5	0,01
24	1	Productes de l'agricultura, ramaderia, caça, selvicultura, explotació forestal i pesca	4	0,01
25	35	Serveis de transport terrestre de mercaderies	3	0,01
26	10	Peces de pell; Cuir preparat, assaonat i acabat; Articles de marroquineria i viatge, d'albarderia i talabarteria; Calçat	3	0,00
27	20	Vehicles de motor, remolcs i semiremolcs	2	0,00
28	22	Altre material de transport	1	0,00
29	21	Naus i material de transport navier.	1	0,00
30	15	Vidre i productes de vidre. Articles de ceràmica	1	0,00
31	9	Productes tèxtils; roba	0	0,00
32	34	Serveis de transport de passatgers terrestre discrecional	0	0,00
33	11	Fusta i suro i productes de fusta i suro	0	0,00
34	2	Electricitat, aigua i gas	0	0,00
35	16	Altres productes minerals no metàl·lics	0	0,00
36	23	Joieria, orfebreria, argenteria, bijuteria i articles similars.	0	0,00
37	25	Serveis de recuperació de materials secundaris en brut	0	0,00
38	26	Treballs de construcció general d'immobles i obres d'ingenieria civil	0	0,00
39	27	Serveis de comerç i reparació de vehicles i motocicletes; Serveis de comerç a detall de combustible	0	0,00
40	28	Comerç a l'engròs i intermediaris, excepte de vehicles de motor i motocicletes	0	0,00
41	29	Serveis de comerç al detall, excepte el comerç de vehicles de motor, motocicletes i ciclomotors; serveis de reparació d'efectes personals i estris domèstics	0	0,00
42	30	Serveis d'allotjament en establiment	0	0,00
43	31	Serveis d'allotjament en segons habitatges per compte propi o de forma gratuïta	0	0,00
44	32	Serveis de restauració	0	0,00
45	33	Serveis de transport terrestre de passatgers regular	0	0,00
46	39	Servei de transport aeri de mercaderies	0	0,00
47	40	Altres serveis annexos als transports de passatgers	0	0,00
48	42	Serveis de telecomunicacions	0	0,00
49	44	Serveis immobiliaris - compravenda d'immobles i activitats auxiliars.	0	0,00
50	45	Serveis immobiliaris - lloguer d'immobles.	0	0,00
51	50	Serveis d'educació de mercat	0	0,00
52	51	Serveis sanitaris i veterinaris de mercat; Serveis socials de mercat	0	0,00
53	52	Serveis de sanejament públic de mercat	0	0,00
54	54	Altres serveis personals	0	0,00
55	55	Serveis d'Administració Pública, defensa i serveis de seguretat social obligatòria	0	0,00
56	56	Serveis d'educació de no mercat	0	0,00
57	57	Serveis sanitaris i veterinaris de no mercat; Serveis socials de no mercat	0	0,00
58	58	Serveis de sanejament públic de no mercat	0	0,00
59	59	Serveis proporcionats per sindicats; serveis d'altres tipus d'associacions	0	0,00
60	60	Serveis turístics de no mercat de les Administracions Públiques	0	0,00
61	61	Serveis recreatius, culturals i esportius de no mercat	0	0,00
62	62	Serveis de les llars que col·loquen personal domèstic	0	0,00
			68.470	100

Taula A8: Consums intermedis de Balears que realitza el sector de serveis sanitaris, veterinaris i socials de no mercat a Balears			% Vertical	
1	51	Serveis sanitaris i veterinaris de mercat; Serveis socials de mercat	30.423	25,86
2	49	Altres serveis empresarials, Serveis proporcionats per organitzacions empresarials, professionals i patronals	18.766	15,95
3	29	Serveis de comerç al detall, excepte el comerç de vehicles de motor, motocicletes i ciclomotors; serveis de reparació d'efectes personals i estris domèstics	7.558	6,42
4	42	Serveis de telecomunicacions	7.455	6,34
5	43	Serveis d'intermediació financera	6.928	5,89
6	2	Electricitat, aigua i gas	6.304	5,36
7	45	Serveis immobiliaris - lloguer d'immobles.	4.524	3,84
8	13	Productes químics. Productes de cautxú; Productes de matèries plàstiques	4.329	3,68
9	32	Serveis de restauració	4.150	3,53
10	9	Productes tèxtils; roba	2.943	2,50
11	54	Altres serveis personals	2.887	2,45
12	26	Treballs de construcció general d'immobles i obres d'ingenieria civil	2.851	2,42
13	52	Serveis de sanejament públic de mercat	2.762	2,35
14	12	Pasta de paper, paper i cartó; Articles de paper i cartó. Productes de l'edició, productes impresos i material gravat	2.750	2,34
15	24	Mobles; altres articles manufacturats n.c.o.p.	1.868	1,59
16	6	Productes alimentaris. Aliments preparats per a animals.	1.857	1,58
17	35	Serveis de transport terrestre de mercaderies	1.786	1,52
18	34	Serveis de transport de passatgers terrestre discrecional	1.418	1,20
19	38	Serveis de transport aeri de passatgers	1.294	1,10
20	28	Comerç a l'engròs i intermediaris, excepte de vehicles de motor i motocicletes	978	0,83
21	18	Maquinària d'oficina i equip informàtic	773	0,66
22	7	Begudes no-alcohòliques	742	0,63
23	37	Serveis de transport marítim de mercaderies	434	0,37
24	27	Serveis de comerç i reparació de vehicles i motocicletes; Serveis de comerç a detall de combustible	290	0,25
25	30	Serveis d'allotjament en establiment	287	0,24
26	47	Serveis d'informàtica	190	0,16
27	39	Servei de transport aeri de mercaderies	186	0,16
28	53	Serveis recreatius, culturals i esportius de mercat	163	0,14
29	17	Maquinària i equip mecànic. Maquinària i material elèctric	120	0,10
30	46	Serveis de lloguer de maquinària i equip sense operari (incloent automòbils i naus), i d'efectes personals i efectes domèstics	108	0,09
31	1	Productes de l'agricultura, ramaderia, caça, selvicultura, explotació forestal i pesca	100	0,09
32	19	Material electrònic; Equips i aparells de ràdio, televisió i comunicacions. Equip i instruments mèdic-quirúrgics, de precisió, òptica i rellotgeria	84	0,07
33	5	Productes de la metal·lúrgia bàsica i foses	67	0,06
34	41	Altres serveis annexos als transports de mercaderies	47	0,04
35	22	Altres material de transport	43	0,04
36	59	Serveis proporcionats per sindicats; serveis d'altres tipus d'associacions	43	0,04
37	23	Joieria, orfèbreria, argenteria, bijuteria i articles similars.	27	0,02
38	8	Begudes alcohòliques. Tabac manufacturat.	25	0,02
39	3	Productes energètics, refi de petroli i combustibles nuclears	19	0,02
40	36	Serveis de transport marítim de passatgers	16	0,01
41	4	Minerals no-energètics	16	0,01
42	21	Naus i material de transport navier.	14	0,01
43	40	Altres serveis annexos als transports de passatgers	14	0,01
44	50	Serveis d'educació de mercat	9	0,01
45	14	Ciment, calç i guixos	5	0,00
46	15	Vidre i productes de vidre. Articles de ceràmica	4	0,00
47	48	Serveis d'investigació i desenvolupament	4	0,00
48	10	Peces de pell; Cuir preparat, assaonat i acabat; Articles de marroquineria i viatge, d'albarberia i talabarteria; Calçat	4	0,00
49	11	Fusta i suro i productes de fusta i suro	0	0,00
50	20	Vehicles de motor, remolcs i semiremolcs	0	0,00
51	16	Altres productes minerals no metàl·lics	0	0,00
52	25	Serveis de recuperació de materials secundaris en brut	0	0,00
53	31	Serveis d'allotjament en segons habitatges per compte propi o de forma gratuïta	0	0,00
54	33	Serveis de transport terrestre de passatgers regular	0	0,00
55	44	Serveis immobiliaris - compravenda d'immobles i activitats auxiliars.	0	0,00
56	55	Serveis d'Administració Pública, defensa i serveis de seguretat social obligatòria	0	0,00
57	56	Serveis d'educació de no mercat	0	0,00
58	57	Serveis sanitaris i veterinaris de no mercat; Serveis socials de no mercat	0	0,00
59	58	Serveis de sanejament públic de no mercat	0	0,00
60	60	Serveis turístics de no mercat de les Administracions Públiques	0	0,00
61	61	Serveis recreatius, culturals i esportius de no mercat	0	0,00
62	62	Serveis de les llars que col·loquen personal domèstic	0	0,00
			117.667	100

Taula 22: Demandes intermèdies totals que rep el sector de serveis sanitaris, veterinaris i socials de mercat a Balears.				
			% Vertical	
1	1	Productes de l'agricultura, ramaderia, caça, selvicultura, explotació forestal i pesca	822	0,78
2	2	Electricitat, aigua i gas	458	0,43
3	3	Productes energètics, refi de petroli i combustibles nuclears	2	0,00
4	4	Minerals no-energètics	93	0,09
5	5	Productes de la metal·lúrgia bàsica i foses	55	0,05
6	6	Productes alimentaris. Aliments preparats per a animals.	684	0,65
7	7	Begudes no-alcohòliques	182	0,17
8	8	Begudes alcohòliques. Tabac manufacturat.	66	0,06
9	9	Productes tèxtils; roba	90	0,09
10	10	Peces de pell; Cuir preparat, assaonat i acabat; Articles de marroquineria i viatge, d'albarberia i talabarteria; Calçat	241	0,23
11	11	Fusta i suro i productes de fusta i suro	178	0,17
12	12	Pasta de paper, paper i cartó; Articles de paper i cartó. Productes de l'edició, productes impresos i material gravat	143	0,14
13	13	Productes químics. Productes de cautxú; Productes de matèries plàstiques	100	0,09
14	14	Ciment, calç i guixos	324	0,31
15	15	Vidre i productes de vidre. Articles de ceràmica	153	0,15
16	16	Altres productes minerals no metàl·lics	201	0,19
17	17	Maquinària i equip mecànic. Maquinària i material elèctric	73	0,07
18	18	Maquinària d'oficina i equip informàtic	5	0,00
19	19	Material electrònic; Equips i aparells de ràdio, televisió i comunicacions. Equip i instruments mèdic-quirúrgics, de precisió, òptica i rellotgeria	3	0,00
20	20	Vehicles de motor, remolcs i semiremolcs	1	0,00
21	21	Naus i material de transport navier.	116	0,11
22	22	Altre material de transport	74	0,07
23	23	Joieria, orfebreria, argenteria, bijuteria i articles similars.	4	0,00
24	24	Mobles; altres articles manufacturats n.c.o.p.	124	0,12
25	25	Serveis de recuperació de materials secundaris en brut	8	0,01
26	26	Treballs de construcció general d'immobles i obres d'ingenieria civil	244	0,23
27	27	Serveis de comerç i reparació de vehicles i motocicletes; Serveis de comerç a detall de combustible	687	0,65
28	28	Comerç a l'engròs i intermediaris, excepte de vehicles de motor i motocicletes	4.726	4,49
29	29	Serveis de comerç al detall, excepte el comerç de vehicles de motor, motocicletes i ciclomotors; serveis de reparació d'efectes personals i estris domèstics	328	0,31
30	30	Serveis d'allotjament en establiment	7.284	6,92
31	31	Serveis d'allotjament en segons habitatges per compte propi o de forma gratuïta	0	0,00
32	32	Serveis de restauració	4.854	4,61
33	33	Serveis de transport terrestre de passatgers regular	6	0,01
34	34	Serveis de transport de passatgers terrestre discrecional	18	0,02
35	35	Serveis de transport terrestre de mercaderies	18	0,02
36	36	Serveis de transport marítim de passatgers	221	0,21
37	37	Serveis de transport marítim de mercaderies	196	0,19
38	38	Serveis de transport aeri de passatgers	0	0,00
39	39	Servei de transport aeri de mercaderies	0	0,00
40	40	Altres serveis annexos als transports de passatgers	115	0,11
41	41	Altres serveis annexos als transports de mercaderies	124	0,12
42	42	Serveis de telecomunicacions	3.840	3,65
43	43	Serveis d'intermediació financera	1	0,00
44	44	Serveis immobiliaris - compravenda d'immobles i activitats auxiliars.	260	0,25
45	45	Serveis immobiliaris - lloguer d'immobles.	588	0,56
46	46	Serveis de lloguer de maquinària i equip sense operari (incloent automòbils i naus), i d'efectes personals i efectes domèstics	239	0,23
47	47	Serveis d'informàtica	52	0,05
48	48	Serveis d'investigació i desenvolupament	230	0,22
49	49	Altres serveis empresarials, Serveis proporcionats per organitzacions empresarials, professionals i patronals	738	0,70
50	50	Serveis d'educació de mercat	583	0,55
51	51	Serveis sanitaris i veterinaris de mercat; Serveis socials de mercat	38.405	36,47
52	52	Serveis de sanejament públic de mercat	399	0,38
53	53	Serveis recreatius, culturals i esportius de mercat	628	0,60
54	54	Altres serveis personals	59	0,06
55	55	Serveis d'Administració Pública, defensa i serveis de seguretat social obligatòria	3.649	3,47
56	56	Serveis d'educació de no mercat	1.029	0,98
57	57	Serveis sanitaris i veterinaris de no mercat; Serveis socials de no mercat	30.423	28,89
58	58	Serveis de sanejament públic de no mercat	324	0,31
59	59	Serveis proporcionats per sindicats; serveis d'altres tipus d'associacions	588	0,56
60	60	Serveis turístics de no mercat de les Administracions Públiques	75	0,07
61	61	Serveis recreatius, culturals i esportius de no mercat	171	0,16
62	62	Serveis de les llars que col·loquen personal domèstic	0	0,00
			105.303	100

Taula 26: Multiplicador de la producció (MP) i multiplicador d'una expansió uniforme de la demanda (MD) per Balears

		MP	MD
1	Productes de l'agricultura, ramaderia, caça, selvicultura, explotació forestal i pesca	1,28334	1,52883
2	Electricitat, aigua i gas	1,35849	2,77737
3	Productes energètics, refi de petroli i combustibles nuclears	1,21506	1,00934
4	Minerals no-energètics	1,42994	1,08688
5	Productes de la metal·lúrgia bàsica i foses	1,31140	1,28574
6	Productes alimentaris. Aliments preparats per a animals.	1,45964	1,21257
7	Begudes no-alcohòliques	1,46630	1,10070
8	Begudes alcohòliques. Tabac manufacturat.	1,47295	1,02421
9	Productes tèxtils; roba	1,36793	1,08709
10	Peces de pell; Cuir preparat, assaonat i acabat; Articles de marroquineria i viatge, d'albarberia i talabarteria; Calçat	1,36407	1,02817
11	Fusta i suro i productes de fusta i suro	1,73004	1,36327
12	Pasta de paper, paper i cartó; Articles de paper i cartó. Productes de l'edició, productes impresos i material gravat	1,25436	1,38226
13	Productes químics. Productes de cautxú; Productes de matèries plàstiques	1,35691	1,08262
14	Ciment, calç i guixos	1,42994	1,13192
15	Vidre i productes de vidre. Articles de ceràmica	1,42666	1,33290
16	Altres productes minerals no metàl·lics	1,41429	1,05604
17	Maquinària i equip mecànic. Maquinària i material elèctric	1,24101	1,12756
18	Maquinària d'oficina i equip informàtic	1,21755	1,01245
19	Material electrònic; Equips i aparells de ràdio, televisió i comunicacions. Equip i instruments mèdic-quirúrgics, de precisió, òptica i rellotgeria	1,22121	1,00053
20	Vehicles de motor, remolcs i semiremolcs	1,21506	1,00689
21	Naus i material de transport navier.	1,56159	1,40610
22	Altres material de transport	1,48533	1,16439
23	Joieria, orfèbreria, argenteria, bijuteria i articles similars.	1,31279	1,02473
24	Mobles; altres articles manufacturats n.c.o.p.	1,72565	1,07376
25	Serveis de recuperació de materials secundaris en brut	1,24669	1,13113
26	Treballs de construcció general d'immobles i obres d'enginyeria civil	1,73852	3,41457
27	Serveis de comerç i reparació de vehicles i motocicletes; Serveis de comerç a detall de combustible	1,18352	2,02748
28	Comerç a l'engròs i intermediaris, excepte de vehicles de motor i motocicletes	1,47693	1,82543
29	Serveis de comerç al detall, excepte el comerç de vehicles de motor, motocicletes i ciclomotors; serveis de reparació d'efectes personals i estris domèstics	1,41380	2,41944
30	Serveis d'allotjament en establiment	1,36885	1,82278
31	Serveis d'allotjament en segons habitatges per compte propi o de forma gratuïta	1,00000	1,00000
32	Serveis de restauració	1,40329	1,25931
33	Serveis de transport terrestre de passatgers regular	1,27190	1,00000
34	Serveis de transport de passatgers terrestre discrecional	1,26845	1,18826
35	Serveis de transport terrestre de mercaderies	1,29861	1,93538
36	Serveis de transport marítim de passatgers	1,68633	1,23582
37	Serveis de transport marítim de mercaderies	1,67756	1,34375
38	Serveis de transport aeri de passatgers	1,45218	1,20428
39	Servei de transport aeri de mercaderies	1,45218	1,06205
40	Altres serveis annexos als transports de passatgers	2,12829	1,63990
41	Altres serveis annexos als transports de mercaderies	1,42622	1,78839
42	Serveis de telecomunicacions	1,30120	2,14858
43	Serveis d'intermediació financera	1,16822	1,92341
44	Serveis immobiliaris - compravenda d'immobles i activitats auxiliars.	1,51634	1,01380
45	Serveis immobiliaris - lloguer d'immobles.	1,48746	2,61794
46	Serveis de lloguer de maquinària i equip sense operari (incloent automòbils i naus), i d'efectes personals i efectes domèstics	1,33046	1,39036
47	Serveis d'informàtica	1,31631	1,28111
48	Serveis d'investigació i desenvolupament	1,29108	1,03712
49	Altres serveis empresarials, Serveis proporcionats per organitzacions empresarials, professionals i patronals	1,30624	4,03086
50	Serveis d'educació de mercat	1,16159	1,20021
51	Serveis sanitaris i veterinaris de mercat; Serveis socials de mercat	1,25010	1,21137
52	Serveis de sanejament públic de mercat	1,79880	1,79130
53	Serveis recreatius, culturals i esportius de mercat	1,50165	1,17813
54	Altres serveis personals	1,38556	1,21100
55	Serveis d'Administració Pública, defensa i serveis de seguretat social obligatòria	1,34966	1,00000
56	Serveis d'educació de no mercat	1,12076	1,00000
57	Serveis sanitaris i veterinaris de no mercat; Serveis socials de no mercat	1,23352	1,00000
58	Serveis de sanejament públic de no mercat	1,86273	1,00000
59	Serveis proporcionats per sindicats; serveis d'altres tipus d'associacions	1,47165	1,02367
60	Serveis turístics de no mercat de les Administracions Públiques	1,43251	1,00000
61	Serveis recreatius, culturals i esportius de no mercat	1,56247	1,00000
62	Serveis de les llars que col·loquen personal domèstic	1,00000	1,00000

Taula 19: Consums intermedis de la resta d'Espanya que realitza el sector de serveis sanitaris, veterinaris i socials de no mercat a Balears				% Vertical
1	13	Productes químics. Productes de cautxú; Productes de matèries plàstiques	39.050	46,81
2	19	Material electrònic; Equips i aparells de ràdio, televisió i comunicacions. Equip i instruments mèdic-quirúrgics, de precisió, òptica i rellotgeria	21.008	25,18
3	43	Serveis d'intermediació financera	7.606	9,12
4	18	Maquinària d'oficina i equip informàtic	3.885	4,66
5	3	Productes energètics, refi de petroli i combustibles nuclears	2.986	3,58
6	49	Altres serveis empresarials, Serveis proporcionats per organitzacions empresarials, professionals i patronals	2.957	3,54
7	12	Pasta de paper, paper i cartó; Articles de paper i cartó. Productes de l'edició, productes impresos i material gravat	2.456	2,94
8	6	Productes alimentaris. Aliments preparats per a animals.	1.498	1,80
9	48	Serveis d'investigació i desenvolupament	595	0,71
10	53	Serveis recreatius, culturals i esportius de mercat	220	0,26
11	17	Maquinària i equip mecànic. Maquinària i material elèctric	188	0,23
12	38	Serveis de transport aeri de passatgers	172	0,21
13	7	Begudes no-alcohòliques	141	0,17
14	5	Productes de la metal·lúrgia bàsica i foses	130	0,16
15	41	Altres serveis annexos als transports de mercaderies	106	0,13
16	8	Begudes alcohòliques. Tabac manufacturat.	89	0,11
17	46	Serveis de lloguer de maquinària i equip sense operari (incloent automòbils i naus), i d'efectes personals i efectes domèstics	89	0,11
18	47	Serveis d'informàtica	74	0,09
19	37	Serveis de transport marítim de mercaderies	58	0,07
20	14	Ciment, calç i guixos	42	0,05
21	4	Minerals no-energètics	28	0,03
22	36	Serveis de transport marítim de passatgers	25	0,03
23	22	Altres material de transport	7	0,01
24	21	Naus i material de transport navier.	6	0,01
25	1	Productes de l'agricultura, ramaderia, caça, selvicultura, explotació forestal i pesca	4	0,01
26	10	Peces de pell; Cuir preparat, assaonat i acabat; Articles de marroquineria i viatge, d'albarberia i talabarteria; Calçat	3	0,00
27	20	Vehicles de motor, remolcs i semiremolcs	2	0,00
28	15	Vidre i productes de vidre. Articles de ceràmica	1	0,00
29	34	Serveis de transport de passatgers terrestre discrecional	0	0,00
30	11	Fusta i suro i productes de fusta i suro	0	0,00
31	2	Electricitat, aigua i gas	0	0,00
32	9	Productes tèxtils; roba	0	0,00
33	16	Altres productes minerals no metàl·lics	0	0,00
34	23	Joieria, orfèbreria, argenteria, bijuteria i articles similars.	0	0,00
35	24	Mobles; altres articles manufacturats n.c.o.p.	0	0,00
36	25	Serveis de recuperació de materials secundaris en brut	0	0,00
37	26	Treballs de construcció general d'immobles i obres d'ingenieria civil	0	0,00
38	27	Serveis de comerç i reparació de vehicles i motocicletes; Serveis de comerç a detall de combustible	0	0,00
39	28	Comerç a l'engròs i intermediaris, excepte de vehicles de motor i motocicletes	0	0,00
40	29	Serveis de comerç al detall, excepte el comerç de vehicles de motor, motocicletes i ciclomotors; serveis de reparació d'efectes personals i estris domèstics	0	0,00
41	30	Serveis d'allotjament en establiment	0	0,00
42	31	Serveis d'allotjament en segons habitatges per compte propi o de forma gratuïta	0	0,00
43	32	Serveis de restauració	0	0,00
44	33	Serveis de transport terrestre de passatgers regular	0	0,00
45	35	Serveis de transport terrestre de mercaderies	0	0,00
46	39	Servei de transport aeri de mercaderies	0	0,00
47	40	Altres serveis annexos als transports de passatgers	0	0,00
48	42	Serveis de telecomunicacions	0	0,00
49	44	Serveis immobiliaris - compravenda d'immobles i activitats auxiliars.	0	0,00
50	45	Serveis immobiliaris - lloguer d'immobles.	0	0,00
51	50	Serveis d'educació de mercat	0	0,00
52	51	Serveis sanitaris i veterinaris de mercat; Serveis socials de mercat	0	0,00
53	52	Serveis de sanejament públic de mercat	0	0,00
54	54	Altres serveis personals	0	0,00
55	55	Serveis d'Administració Pública, defensa i serveis de seguretat social obligatòria	0	0,00
56	56	Serveis d'educació de no mercat	0	0,00
57	57	Serveis sanitaris i veterinaris de no mercat; Serveis socials de no mercat	0	0,00
58	58	Serveis de sanejament públic de no mercat	0	0,00
59	59	Serveis proporcionats per sindicats; serveis d'altres tipus d'associacions	0	0,00
60	60	Serveis turístics de no mercat de les Administracions Públiques	0	0,00
61	61	Serveis recreatius, culturals i esportius de no mercat	0	0,00
62	62	Serveis de les llars que col·loquen personal domèstic	0	0,00
			83.426	100

Taula A12: Classificació dels sectors econòmics de Balears

		IPD	ISD	
21	Naus i material de transport navier.	1,11718	1,00595	SECTORS CLAU
26	Treballs de construcció general d'immobles i obres d'ingenieria civil	1,24376	2,44283	
28	Comerç a l'engròs i intermediaris, excepte de vehicles de motor i motocicletes	1,05662	1,30594	
29	Serveis de comerç al detall, excepte el comerç de vehicles de motor, motocicletes i ciclomotors; serveis de reparació d'efectes personals i estris domèstics	1,01146	1,73090	
40	Altres serveis annexos als transports de passatgers	1,52260	1,17321	
41	Altres serveis annexos als transports de mercaderies	1,02034	1,27944	
45	Serveis immobiliaris - lloguer d'immobles.	1,06415	1,87291	
52	Serveis de sanejament públic de mercat	1,28689	1,28152	SECTORS AMB CAPACITAT DE ARROSSEGAMENT
4	Minerals no-energètics	1,02300	0,77757	
6	Productes alimentaris. Aliments preparats per a animals.	1,04425	0,86749	
7	Begudes no-alcohòliques	1,04901	0,78746	
8	Begudes alcohòliques. Tabac manufacturat.	1,05377	0,73273	
11	Fusta i suro i productes de fusta i suro	1,23770	0,97530	
14	Ciment, calç i guixos	1,02300	0,80979	
15	Vidre i productes de vidre. Articles de ceràmica	1,02066	0,95357	
16	Altres productes minerals no metàl·lics	1,01180	0,75551	
22	Altres material de transport	1,06262	0,83302	
24	Mobles; altres articles manufacturats n.c.o.p.	1,23455	0,76818	
32	Serveis de restauració	1,00393	0,90093	
36	Serveis de transport marítim de passatgers	1,20643	0,88412	
37	Serveis de transport marítim de mercaderies	1,20015	0,96133	
38	Serveis de transport aeri de passatgers	1,03891	0,86156	
39	Servei de transport aeri de mercaderies	1,03891	0,75981	
44	Serveis immobiliaris - compravenda d'immobles i activitats auxiliars.	1,08481	0,72529	
53	Serveis recreatius, culturals i esportius de mercat	1,07430	0,84285	
58	Serveis de sanejament públic de no mercat	1,33263	0,71541	
59	Serveis proporcionats per sindicats; serveis d'altres tipus d'associacions	1,05284	0,73235	
60	Serveis turístics de no mercat de les Administracions Públiques	1,02484	0,71541	
61	Serveis recreatius, culturals i esportius de no mercat	1,11781	0,71541	
1	Productes de l'agricultura, ramaderia, caça, selvicultura, explotació forestal i pesca	0,91812	1,09375	SECTORS ESTRATÈGICS
2	Electricitat, aigua i gas	0,97188	1,98697	
27	Serveis de comerç i reparació de vehicles i motocicletes; Serveis de comerç a detall de combustible	0,84671	1,45049	
30	Serveis d'allotjament en establiment	0,97929	1,30404	
35	Serveis de transport terrestre de mercaderies	0,92904	1,38460	
42	Serveis de telecomunicacions	0,93090	1,53712	
43	Serveis d'intermediació financera	0,83576	1,37603	
49	Altres serveis empresarials, Serveis proporcionats per organitzacions empresarials, professionals i patronals	0,93450	2,88374	RESTA DE SECTORS
3	Productes energètics, refi de petroli i combustibles nuclears	0,86927	0,72210	
5	Productes de la metal·lúrgia bàsica i foses	0,93819	0,91983	
9	Productes tèxtils; roba	0,97864	0,77772	
10	Peces de pell; Cuir preparat, assaonat i acabat; Articles de marroquineria i viatge, d'albarberia i talabarteria; Calçat	0,97588	0,73556	
12	Pasta de paper, paper i cartó; Articles de paper i cartó. Productes de l'edició, productes impresos i material gravat	0,89738	0,98889	
13	Productes químics. Productes de cautxú; Productes de matèries plàstiques	0,97075	0,77452	
17	Maquinària i equip mecànic. Maquinària i material elèctric	0,88784	0,80667	
18	Maquinària d'oficina i equip informàtic	0,87105	0,72432	
19	Material electrònic; Equips i aparells de ràdio, televisió i comunicacions. Equip i instruments mèdic-quirúrgics, de precisió, òptica i rellotgeria	0,87367	0,71579	
20	Vehicles de motor, remolcs i semiremolcs	0,86927	0,72034	
23	Joieria, orfèbreria, argenteria, bijuteria i articles similars.	0,93919	0,73310	
25	Serveis de recuperació de materials secundaris en brut	0,89190	0,80923	
31	Serveis d'allotjament en segons habitatges per compte propi o de forma gratuïta	0,71541	0,71541	
33	Serveis de transport terrestre de passatgers regular	0,90994	0,71541	
34	Serveis de transport de passatgers terrestre discrecional	0,90747	0,85010	
46	Serveis de lloguer de maquinària i equip sense operari (incloent automòbils i naus), i d'efectes personals i efectes domèstics	0,95183	0,99468	
47	Serveis d'informàtica	0,94170	0,91652	
48	Serveis d'investigació i desenvolupament	0,92365	0,74197	
50	Serveis d'educació de mercat	0,83102	0,85864	
51	Serveis sanitaris i veterinaris de mercat; Serveis socials de mercat	0,89434	0,86663	
54	Altres serveis personals	0,99125	0,86636	
55	Serveis d'Administració Pública, defensa i serveis de seguretat social obligatòria	0,96557	0,71541	
56	Serveis d'educació de no mercat	0,80181	0,71541	
57	Serveis sanitaris i veterinaris de no mercat; Serveis socials de no mercat	0,88248	0,71541	
62	Serveis de les llars que col·loquen personal domèstic	0,71541	0,71541	

Taula A13: Producció directa, indirecta i induïda necessària per satisfer la demanda dirigida als serveis sanitaris, veterinaris i socials a Balears

		Producció a preus bàsics	Nova producció	% vertical	% horitzontal
1	Productes de l'agricultura, ramaderia, caça, selvicultura, explotació forestal i pesca	478.315	19.566	1,12	4,09
2	Electricitat, aigua i gas	773.578	40.320	2,31	5,21
3	Productes energètics, refi de petroli i combustibles nuclears	3.529	148	0,01	4,20
4	Minerals no-energètics	48.105	362	0,02	0,75
5	Productes de la metal·lúrgia bàsica i foses	251.265	2.113	0,12	0,84
6	Productes alimentaris. Aliments preparats per a animals.	607.174	28.195	1,62	4,64
7	Begudes no-alcohòliques	170.714	6.232	0,36	3,65
8	Begudes alcohòliques. Tabac manufacturat.	76.171	3.652	0,21	4,79
9	Productes tèxtils; roba	90.490	7.037	0,40	7,78
10	Peces de pell; Cuir preparat, assaonat i acabat; Articles de marroquineria i viatge, d'albarberia i talabarteria; Calçat	253.919	8.260	0,47	3,25
11	Fusta i suro i productes de fusta i suro	120.593	1.410	0,08	1,17
12	Pasta de paper, paper i cartó; Articles de paper i cartó. Productes de l'edició, productes impresos i material gravat	195.069	11.471	0,66	5,88
13	Productes químics. Productes de cautxú; Productes de matèries plàstiques	97.576	7.470	0,43	7,66
14	Ciment, calç i guixos	167.764	1.363	0,08	0,81
15	Vidre i productes de vidre. Articles de ceràmica	81.211	1.091	0,06	1,34
16	Altres productes minerals no metàl·lics	109.719	634	0,04	0,58
17	Maquinària i equip mecànic. Maquinària i material elèctric	130.137	2.593	0,15	1,99
18	Maquinària d'oficina i equip informàtic	8.879	1.011	0,06	11,39
19	Material electrònic; Equips i aparells de ràdio, televisió i comunicacions. Equip i instruments mèdic-quirúrgics, de precisió, òptica i rellotgeria	4.675	133	0,01	2,83
20	Vehicles de motor, remolcs i semiremolcs	2.281	57	0,00	2,48
21	Naus i material de transport navier.	91.666	637	0,04	0,69
22	Altres material de transport	66.449	929	0,05	1,40
23	Joieria, orfebreria, argenteria, bijuteria i articles similars.	37.348	1.004	0,06	2,69
24	Mobles; altres articles manufacturats n.c.o.p.	138.782	5.760	0,33	4,15
25	Serveis de recuperació de materials secundaris en brut	18.382	333	0,02	1,81
26	Treballs de construcció general d'immobles i obres d'ingenieria civil	5.063.353	45.970	2,64	0,91
27	Serveis de comerç i reparació de vehicles i motocicletes; Serveis de comerç a detall de combustible	641.771	30.947	1,78	4,82
28	Comerç a l'engròs i intermediaris, excepte de vehicles de motor i motocicletes	833.942	5.986	0,34	0,72
29	Serveis de comerç al detall, excepte el comerç de vehicles de motor, motocicletes i ciclomotors; serveis de reparació d'efectes personals i estris domèstics	1.689.910	100.432	5,76	5,94
30	Serveis d'allotjament en establiment	2.031.742	7.107	0,41	0,35
31	Serveis d'allotjament en segons habitatges per compte propi o de forma gratuïta	496.953	12.015	0,69	2,42
32	Serveis de restauració	2.915.908	135.497	7,78	4,65
33	Serveis de transport terrestre de passatgers regular	51.297	3.228	0,19	6,29
34	Serveis de transport de passatgers terrestre discrecional	187.952	5.064	0,29	2,69
35	Serveis de transport terrestre de mercaderies	362.840	13.978	0,80	3,85
36	Serveis de transport marítim de passatgers	356.339	3.662	0,21	1,03
37	Serveis de transport marítim de mercaderies	239.119	5.303	0,30	2,22
38	Serveis de transport aeri de passatgers	824.979	8.094	0,46	0,96
39	Servei de transport aeri de mercaderies	179.697	1.289	0,07	0,72
40	Altres serveis annexos als transports de passatgers	4.219.029	10.235	0,59	0,24
41	Altres serveis annexos als transports de mercaderies	272.016	3.349	0,19	1,23
42	Serveis de telecomunicacions	794.981	47.070	2,70	5,92
43	Serveis d'intermediació financera	1.168.423	60.828	3,49	5,21
44	Serveis immobiliaris - compravenda d'immobles i activitats auxiliars.	829.717	3.415	0,20	0,41
45	Serveis immobiliaris - lloguer d'immobles.	2.225.361	125.047	7,18	5,62
46	Serveis de lloguer de maquinària i equip sense operari (incloent automòbils i naus), i d'efectes personals i efectes domèstics	377.532	4.035	0,23	1,07
47	Serveis d'informàtica	79.223	2.460	0,14	3,11
48	Serveis d'investigació i desenvolupament	44.457	532	0,03	1,20
49	Altres serveis empresarials, Serveis proporcionats per organitzacions empresarials, professionals i patronals	1.469.598	56.761	3,26	3,86
50	Serveis d'educació de mercat	225.277	3.935	0,23	1,75
51	Serveis sanitaris i veterinaris de mercat; Serveis socials de mercat	695.630	177.581	10,19	25,53
52	Serveis de sanejament públic de mercat	144.184	6.730	0,39	4,67
53	Serveis recreatius, culturals i esportius de mercat	416.174	13.319	0,76	3,20
54	Altres serveis personals	141.884	10.121	0,58	7,13
55	Serveis d'Administració Pública, defensa i serveis de seguretat social obligatòria	1.267.185		0,00	0,00
56	Serveis d'educació de no mercat	496.693	1.471	0,08	0,29
57	Serveis sanitaris i veterinaris de no mercat; Serveis socials de no mercat	676.988	671.835	38,56	99,24
58	Serveis de sanejament públic de no mercat	105.827	76	0,00	0,07
59	Serveis proporcionats per sindicats; serveis d'altres tipus d'associacions	210.100	253	0,01	0,12
60	Serveis turístics de no mercat de les Administracions Públiques	63.373		0,00	0,00
61	Serveis recreatius, culturals i esportius de no mercat	124.011	371	0,02	0,30
62	Serveis de les llars que col·loquen personal domèstic	168.942	12.642	0,73	7,48
		36.118.201	1.742.420	100	4,82
			4,82		

Annex metodològic Taules Input-Output:

L'equilibri entre oferta i demanda en tots els sectors econòmics requereix que es satisfaci el següent sistema de equacions

$$(1) \quad Y_i = \sum_j X_{ij} + D_i$$

on Y_i és la producció, $\sum_j X_{ij}$ la demanda intermèdia del producte i i D_i la demanda final.

Si es defineixen els coeficients tècnics a_{ij} com els consums intermedis necessaris per portar a

terme la producció $a_{ij} = \frac{X_{ij}}{Y_j}$, llavors la demanda intermèdia del producte i es pot expressar de

la següent manera $\sum_j a_{ij} Y_j$ i substituint aquesta expressió a l'equació (1) s'obté que

$$Y_i = \sum_j a_{ij} Y_j + D_i.$$

El sistema d'equacions anterior sol expressar-se de manera més compacta en notació matricial

$$Y = AY + D.$$

Per tant, els nivells de producció que garantitzen la igualtat entre ofertes i demandes són

$$Y = (I - A)^{-1} D = MD$$

on els elements m_{ij} de la matriu $(I - A)^{-1}$, coneguda com la inversa de Leontief, són els nivells de producció de cada un dels sectors i que permeten satisfer una unitat de demanda final del bé j i zero unitats de demanda final de la resta de productes.

Sumant els elements de les columnes de la inversa de Leontief s'obté el multiplicador de la producció, que recull l'efecte final sobre tots els sectors d'un increment d'una unitat en la demanda final del sector j .

Amb la suma dels elements de les files de la inversa de Leontief s'obté el multiplicador d'una expansió uniforme de la demanda, que calcula l'efecte final sobre la producció d'un sector i d'un increment d'una unitat en la demanda final de tots els sectors.

2. Efectes directes i indirectes del sector de serveis sanitaris, veterinaris i socials a l'economia balear:

Els efectes que genera la sanitat sobre la *producció* total de l'economia es poden estimar a través del producte de la matriu inversa de Leontief i del vector que recull la demanda final que rep el sector de serveis sanitaris, veterinaris i socials.

$$Y = [I - A]^{-1} * SAN$$

Per altra banda, els requeriments totals d'ocupació que es generen a tota l'economia a través del sector de serveis sanitaris, veterinaris i socials es poden obtenir a través de la expressió:

$$E = [I - A]^{-1} * SAN * \lambda$$

on λ és un vector d'ocupació per unitat d'output.

De la mateixa manera podem analitzar els requeriments de valor afegit brut.

3. Efectes directes, indirectes i induïts del sector de serveis sanitaris, veterinaris i socials a l'economia balear:

En el marco del modelo input-output endogeneitzarem el consum dels residents, ampliant la matriu de transaccions intersectorials per incloure el sector d'economies domèstiques com si es tractés d'un altre sector productiu. Els elements de la darrera fila de la nova matriu indiquen la renda salarial directament generada al obtenir una unitat del sector i . La darrera columna de la nova matriu representa les necessitats directes de producte i per la obtenció d'una unitat final de consum privat.

$$\begin{pmatrix} Y_1 \\ Y_2 \\ L \end{pmatrix} = \begin{pmatrix} a_{11} & a_{12} & cr_1 \\ a_{21} & a_{22} & cr_2 \\ l_1 & l_2 & \end{pmatrix} * \begin{pmatrix} Y_1 \\ Y_2 \\ L \end{pmatrix} + \begin{pmatrix} SAN_1 \\ SAN_2 \\ \end{pmatrix} \quad (12)$$

$$\text{on } a_{ij} = \frac{x_{ij}}{Y_j}, \quad l_i = \frac{L_i}{Y_i} \text{ y } cr_i = \frac{CR_i}{L}$$

a_{ij} és el coeficient tècnic que recull les compres intermèdies (x_{ij}) dividit entre la producció, cr_i és la ràtio entre el consum de residents (CR_i) i la remuneració salarial (L). Finalment, SAN_i és la demanda de serveis sanitaris, veterinaris i socials

Obtinguts els efectes directes, indirectes i induïts sobre la producció de l'economia balear necessària per satisfer la demanda final que rep el sector de serveis sanitaris, veterinaris i socials podem analitzar els efectes sobre l'ocupació, i el valor afegit brut de manera similar a l'apartat anterior.