

4. SALUD, CALIDAD DE VIDA Y SERVICIOS SANITARIOS

RESUMEN

Con respecto a la salud de la población de las Islas Baleares el año 2010, se puede decir que hay dos hitos importantes. Una que a largo plazo tiene que incidir en la mejora de la salud es la Ley 16/2010 de Salud Pública de las Islas Baleares, que tiene que contribuir a dar importancia acciones preventivas y de promoción de la salud, y que actúa desde la vertiente de los determinantes diversos de la salud. El otro ley de gran incidencia, ésta estatal, es la ley que restringe el uso de tabaco en espacios públicos, y que bien seguro conducirá a reducir de manera importante la morbimortalidad por tabaco.

Se tiene que destacar que el año epidémico no ha tenido ningún hecho muy destacado.

En cuanto al sistema sanitario de las Islas Baleares, en el 2010 se recordará por la entrada en funcionamiento del Hospital Universitario Son Espases y el cierre del de Son Dureta, como hospital de referencia de las Islas. El nuevo hospital es dos veces y media mayor que el antiguo, está dotado de la tecnología de vanguardia más alta y de una amplia infraestructura para la docencia y la investigación, que tiene que permitir en el futuro tener estudios de grado de Medicina y un instituto de investigación sanitaria. También hay que reseñar el cierre de una clínica privada en Palma.

Se han ampliado los recursos de atención primaria, con dos centros de salud inaugurados y una nueva unidad básica, en más de continuar muchas obras en centros que se inaugurarán en el 2011 y que son la continuación de la reforma de infraestructuras que se ha llevado a cabo los últimos años.

La actividad asistencial primaria ha disminuido fruto de la implantación de la receta electrónica. Igualmente la actividad hospitalaria ha sido ser ligeramente menor que el año 2009.

Finalmente, hay que destacar que se ha desarrollado el llamado Marco de Calidad, con el fin de garantizar la calidad de la asistencia sanitaria en los centros públicos y privados.

4.1. SALUD Y CALIDAD DE VIDA

Desde una perspectiva social y económica hay motivos sobradamente para que la sociedad se organice para preservar y mejorar la salud de los ciudadanos. La salud es una fuente de bienestar y un recurso insustituible para el progreso de la sociedad.

La estrategia sanitaria de la Unión Europea para el periodo 2008-2013 refuerza la importancia de políticas recogidas a la Estrategia de Lisboa para el crecimiento y la ocupación, ya que se hace resonancia de la vinculación entre la salud y la prosperidad económica. La Estrategia Europa 2020 para un crecimiento inteligente, sostenible e integrador insiste en esta orientación.

La salud se gana y se pierde, dependiendo de las condiciones del medio, de vida y trabajo en que se desarrolla una sociedad.

Mediante el sistema asistencial sanitario se persigue recobrar la salud, evitar los perjuicios que ocasiona la enfermedad, y, en todo caso, que mejore la calidad de vida de los enfermos. Es relevante el impacto en salud en acciones individuales. Pero el principal determinante de la salud de una sociedad no es su sistema asistencial, sino que lo encontraríamos repartido en los diferentes capítulos de este informe.

La primera parte del capítulo se refiere al estado de salud y los suyos determinantes, y la segunda parte se centra en los servicios asistenciales.

Buena parte de las cuestiones analizadas en este apartado se pueden consultar de manera más detallada en el primer Diagnóstico de Salud de las Islas Baleares publicado recientemente. Inicialmente, el informe se hace resonancia de dos hechos importantes que tendrán un impacto importante en la salud de los ciudadanos: la aprobación de la Ley de Salud Pública de las Islas Baleares, que regula el desarrollo de un nuevo modelo de salud pública, y la entrada en vigor de la nueva ley del tabaco.

Ley de Salud Pública

Se entiende por salud pública el esfuerzo organizado de la sociedad por prevenir la enfermedad, proteger, promover y restaurar la salud, y cuidar de la vigilancia de la salud. La salud pública también tiene que ser entendida como la salud de la población en todo el conjunto y su calidad de vida. Aunque hay evidencia científica que las mayores ganancias en salud se deben a la acción en salud pública, ésta permanece invisible y desconocida para nuestra sociedad.

La acción en salud pública se basa a conocer el estado de salud de las personas y el medio físico y social en que se desarrolla su vida, y actuar sobre éstos, a la vez que fomenta que otros actores creen las condiciones más favorables para la salud. Es importante que el conjunto de la sociedad tome conciencia del impacto que las políticas no sanitarias, como son la vivienda, el transporte, el urbanismo, la ocupación, etc., tienen en la salud y en las desigualdades en salud. La salud pública proyecta una mirada en el sector sanitario a la vez que extiende la acción también hacia los sectores ajenos al sector salud.

El 21 de diciembre de 2010 el Parlamento de las Islas Baleares aprobó la Ley 16/2010, de Salud Pública de las Islas Baleares, cuya redacción se hizo bajo el principio que la salud es un valor, un bien en sí misma, pero también es un deber colectivo y un activo económico. Pretende que se desarrollen políticas que creen las condiciones físicas y sociales adecuadas para que las personas se puedan desarrollar completamente, se reduzcan las desigualdades en salud y se contribuya a la racionalización del sistema sanitario.

La Ley 16/2010, de Salud Pública reconoce que los ciudadanos tienen derecho a unas prestaciones en salud pública y establece el marco de relación y cooperación entre entidades territoriales, sociales y políticas diversas.

Ley de tabaco

El tabaquismo es uno de los problemas principales de salud pública que afectan a nuestra sociedad. Es la primera causa de muerte evitable, y es responsable en España del 16% de todas las muertes entre las personas mayores de 35 años. Anualmente causa la muerte a 3.200 fumadores pasivos. De cada 1.000 muertos, 142 lo son a causa del tabaco.

El día 21 de diciembre de 2010 el Congreso de los Diputados aprobó la modificación de la Ley 28/2005, de medidas sanitarias frente al tabaquismo. La medida más destacable es la apuesta firme para que todos los espacios cerrados de uso público y colectivo, independientemente que sean de titularidad pública o privada, sean espacios libres de humo de tabaco. Eso viene motivado porque si bien la Ley 28/2005 tuvo efectos muy positivos porque elevó la conciencia social hacia el tabaquismo, redujo el consumo de tabaco en el ámbito laboral y disminuyó la promoción y publicidad de los productos del tabaco, también vale decir que establecía excepciones, principalmente en el ámbito de la hostelería y restauración, que dificultaron el consenso en la interpretación de la norma, la implantación homogénea en el territorio y la leal competencia empresarial. Además, no protegía adecuadamente los no fumadores, los menores, ni la población trabajadora del sector de hostelería, y daba lugar a claras iniquidades territoriales y sociales.

Estos aspectos han sido acompañados por la nueva ley y desde día 2 de enero de 2011 tenemos un nuevo escenario respecto de las políticas de espacios sin humo que, igual que se ha evidenciado en otros países que han adoptado políticas similares, esperamos que, de aquí a pocos meses, den resultados tangibles con respecto a salud individual y colectiva.

Diagnóstico de Salud

Con el objetivo de conocer el estado de salud de la población de las Islas Baleares y las causas que la determinan, así como la utilización de los servicios sanitarios el año 2010 (publicado en el 2011) se ha elaborado un Diagnóstico de Salud de las Islas Baleares¹⁸. El diagnóstico tiene una visión

¹⁸ Véase la página www.lasalutentot.org

integral y se fundamenta en la evidencia científica que la salud está influida por factores no modificables, como son el sexo, la genética y la edad, pero está especialmente determinada por factores modificables relacionados con las condiciones del medio y los estilos de vida (hábitos tóxicos, alimenticios, ejercicio físico y muchos otros), que dependen de la organización de la sociedad, de las políticas que adopta, de la capacidad de la sociedad para apoyar en sus poblaciones a través de las redes sociales y comunitarias, y de los estilos de vida que adquieren. Todos ellos condicionados por diversos factores sociales como pueden ser la educación recibida, las condiciones laborales, la tipología de los pueblos y ciudades, las condiciones de la vivienda, el acceso a servicios básicos, el entorno, las condiciones ambientales y la composición del alimentos, los medios de transporte, etc.

A partir de esta visión integral, el diagnóstico analiza la situación sociodemográfica de nuestra población y describe aspectos como los estilos de vida y los hábitos preventivos, las condiciones de vida y trabajo, el medio laboral, los elementos del medio ambiente, la seguridad alimenticia, la educación y los servicios sanitarios. A partir de aquí hace una valoración del estado de salud de nuestra población y de los problemas de salud más importantes que le afectan como son las enfermedades transmisibles, cardiocerebrovasculares, oncológicas, diabetes, enfermedades mentales, respiratorias y lesiones. Por último, hace un análisis de las principales causas de muerte de nuestra población. El informe se completa con aspectos relacionados con el derecho a la salud y al gasto sanitario.

4.1.1. LOS DETERMINANTES DE LA SALUD

En los últimos años nuestra sociedad está viviendo profundas transformaciones sociales (la globalización, el movimiento migratorio, la era tecnológica, las nuevas estructuras familiares, la crisis económica...) que conforman un nuevo patrón social y demográfico, y, por lo tanto, un nuevo panorama sanitario. Además, nuestra comunidad no puede ignorar el impulso económico y social que se deriva de la actividad turística, y la sensibilidad que presentan la opinión pública y los sectores económicos enfrente de los problemas de salud pública.

En consecuencia, nuestra sociedad tiene que adoptar mecanismos de vigilancia epidemiológica y protección de la salud apropiadas para esta realidad.

En diez años la población de las Islas Baleares se ha incrementado un 25,9% como consecuencia de la inmigración masiva. Y si el crecimiento demográfico marca de forma determinante nuestra población, su salud está acondicionada no sólo por los estilos de vida que adopta, sino que influyen el entorno social, las condiciones de trabajo, el medio ambiente, el desempleo, el nivel de educación etc., y el panorama, en tiempo de crisis global, no es óptimo. Y si, aunque tenemos unos indicadores aceptables de calidad de vida, las cifras de desempleo, la bajada del PIB, los elevados índices de siniestralidad laboral o los indicadores del nivel de educación, unos de los peores del Estado español, también reflejan situaciones de vulnerabilidad en términos de salud pública.

La población de las Islas Baleares tiene una esperanza de vida elevada (los hombres de 78,5 años y las mujeres de 84,3 años) y tres de cada cuatro personas tienen la percepción de tener buena o muy buena salud. Pero a nuestra sociedad, como las sociedades de nuestro entorno, la salud y la enfermedad no se reparten de manera equitativa, y presentan un gradiente social. Como más baja es la clase social, peor es su estado en salud, más morbilidad, más mortalidad y más mortalidad prematura. Las desigualdades se manifiestan todavía con más fuerza en el análisis por sexos.

En cuanto a **estilos de vida** hay que destacar que nuestra población se hace de cada vez más sedentaria. El 47,9% de la población adulta presenta un exceso de peso (obesidad, 12%), y un 20%, la población infantil. En las Islas, el 30,3% de los mayores de 15 años son fumadores. El alcohol es la droga con más demanda de inicio de tratamientos por adicción, y el consumo es más elevado en hombres (máximos riesgos a partir de los 45 años). En cuanto al consumo de otras drogas, hay que destacar el elevado consumo de cannabis en ambos sexos y el de tranquilizantes en las mujeres estudiantes. La edad de inicio de las relaciones sexuales es más baja que en el conjunto del Estado (17,8 años), y con mayor número de parejas sexuales a lo largo de la vida.

Con respecto a las interrupciones voluntarias del embarazo en mujeres residentes las Islas Baleares, en el 2009 se registraron 3.175, y la tasa de 15 a 45 años fue de 12,6‰. La incidencia global de las interrupciones voluntarias del embarazo (IVE) en las Islas Baleares sigue por encima la media nacional, junto con Madrid, Cataluña y Murcia, aunque en el 2009 bajó ligeramente, globalmente y en todos los grupos de edad. Fijándonos en la evolución de las tasas en las Islas Baleares y globales de España del año 2000 al 2009, el perfil de las mujeres ha cambiado poco respecto de los últimos años, excepto en dos aspectos: el nivel de instrucción, con un aumento importante del grupo que solamente tiene educación primaria, que ha pasado de representar menos del 20% al principio de la serie al 39,1% del 2009. Hay una disminución de las mujeres con trabajo remunerado (65,9% frente del 74-75% de los años anteriores) y un aumento de las mujeres en situación de desempleo (del 10% al 13,3%)¹⁹. (Véase el gráfico III-9).

Los cambios en las estructuras familiares, junto con el aumento de la esperanza de vida, se manifiestan en una gran proporción de personas mayores que viven solas, con las consecuencias de necesidades en servicios sociales y sanitarios que eso comporta. Es de esperar que esta situación se agrave atendida la evolución de la enfermedad crónica y la pluripatología en nuestro entorno.

La percepción de apoyo social es alta, excepto entre las personas con una dinámica familiar grave.

En cuanto a **condiciones de vida y trabajo**, si consideramos el desempleo como uno de los determinantes sociales que más impactan en la salud de la población, es fácil de entender que el momento actual nos sitúa en un escenario poco optimista.

Respecto de las condiciones del medio, nuestros esfuerzos se dirigen a vigilar y proteger la salud de nuestra población, así como de los doce millones de personas que recibe cada año. Se constata que nuestra comunidad autónoma adopta los estándares europeos de organización en **seguridad alimentaria**,

¹⁹ Podéis encontrar la información completa a <http://www.epidemiologia.caib.es>

aunque no tenemos que perder de vista que los distintos procesos tienen que estar adaptados a esta realidad, la de una sociedad de servicios turísticos, lo cual nos diferencia de otros lugares basados en otras formas de producción. Por lo tanto, las acciones de promoción de la seguridad alimentaria y aseguración de la calidad tienen que tener presente esta circunstancia, y se tienen que reforzar en los aspectos relativos a la distribución, preparación, transformación y servicio de alimentos, así como de respuesta a las alertas, y contar con la participación de los operadores económicos para alcanzarlos. (Véase el cuadro III-9).

En cuanto a la **salud ambiental**, hay que decir que, a pesar de que los principales problemas que identifica la ciudadanía se relacionan con la calidad del agua de consumo y la escasez de zonas verdes, se reconoce que se debe incrementar el conocimiento sobre los agentes ambientales a los cuales está expuesta la población, e integrar los sistemas de información de riesgos ambientales con los sistemas de información en salud. El asma, relacionada con la calidad del aire, es la primera causa de enfermedad crónica en la infancia.

4.1.2. MORTALIDAD Y SALUD

En primer lugar, hay que reseñar que durante el año 2010 ha habido la implantación del nuevo boletín de defunciones, así como el proceso iniciado para la codificación automática de las causas de muerte, hechos que han retrasado el procesamiento de los datos de mortalidad del año 2009 por parte del Instituto Nacional de Estadística. Por lo tanto, para información sobre mortalidad, véase a la *Memoria 2009* del CES.

Tal como se ha comentado, los problemas de salud más prevalentes en los residentes de las Islas Baleares son, como las sociedades que nos rodean, las patologías crónicas y la pluripatología.

Las **enfermedades cardiocerebrovasculares** son el primer problema de salud pública debido al impacto sanitario, social y económico que tienen. Y no

debemos esperar que disminuya la importancia, porque de cada vez es más elevada la prevalencia de sus factores de riesgo.

Las enfermedades del aparato circulatorio afectan gran parte de la población, especialmente la más envejecida. De hecho, forman el primer gran grupo de causas de muerte en nuestras Islas, en toda España y en la mayoría de países desarrollados. El año 2008, que es el último año en que tenemos datos de mortalidad específica (publicados a la Memoria CES 2009), de un total de 7.488 muertos contabilizados en las Islas, 2.442 lo serían del grupo de enfermedades mencionado, cosa que representa que una tercera parte de las muertes son por estas causas. En los hombres, fueron la segunda causa con el 28,8% de las muertes (el 32,2% fue por tumores), y en mujeres, el 36,8% (y los tumores solos el 21,5%). En hombres, por edad, estas enfermedades son la primera causa en el grupo de los 40-44 años y a partir de los 80 años. En mujeres, son la primera causa desde los 75 años.

En hombres, las enfermedades cerebrovasculares son la segunda causa (239 muertos el año 2008), serie del infarto agudo de miocardio, que es la tercera causa (221) y la insuficiencia cardíaca (168). En cambio, en mujeres, la insuficiencia cardíaca es la primera causa (303), seguida de las enfermedades cerebrovasculares (291) y, en quinta posición, los infartos agudos de miocardio (154). Aunque en conjunto la tendencia en la mortalidad de este grupo es de reducirse, especialmente en las enfermedades cerebrovasculares, en mujeres las muertes por infarto siguen aumentando, fruto de su incorporación a hábitos tóxicos como el tabaquismo.

Además de las muertes tenemos que tener en cuenta las otras consecuencias. Así, enfermedades cerebrovasculares son la primera causa de discapacidad en adultos y la segunda causa en demencias, lo cual nos hace conscientes de la carga asistencial que estas enfermedades supondrán para el sistema sanitario en el futuro.

Los factores de riesgo clásicos explican buena parte de los problemas cardiocerebrovasculares. Un metanálisis (estudio DARIOS, 2011) que junta los once estudios de base poblacionales españoles más serios hechos a partir de 2000, referidos a factores de riesgo cardiovasculares, incluye el estudio

CORSAIB hecho en las Islas Baleares. Los resultados son bastante coincidentes y dan una idea de la prevalencia elevada de estos factores de riesgo en la población de 35 a 74 años. Así, la prevalencia de diabetes mellitus se sitúa en el 16% en hombres y 11% en mujeres; la hipertensión, en el 46% en hombres y en el 39% de mujeres. La hipercolesterolemia (>240mg/dl) afecta al 40% de los hombres y el 36% de las mujeres (en el conjunto de los estudios la prevalencia es más elevada: 47% y 44% respectivamente). El sobrepeso (IMC 25-29,9) afecta al 48% de hombres y 33% de mujeres, en el cual tenemos que añadir una obesidad (IMC 30 y más) que afecta al 25% de hombres y 27% de mujeres. Si en eso, sumamos que el 39% de hombres y el 20% de mujeres eran fumadores, podemos afirmar que:

- Tenemos éxitos importantes en la reducción de la letalidad de las enfermedades cardíacas y cerebrovasculares, con estrategias de salud y programas como el código infarto y el código ictus (con los cuales las Islas son pioneras en buena parte de las mejoras de organización de la atención aplicada por todo el Estado y de Europa).
- Todavía hay una gran tarea que hacer mediante la prevención de estos factores de riesgo que son tan frecuentes, y que además tienen un gradiente social muy importante que afecta con mayor grado a las clases más desfavorecidas, que, además, no son nada permeables a los mensajes preventivos.
- Hay que continuar centrando los esfuerzos en evitar los factores de riesgo (tabaco, sedentarismo, dietas hipercalóricas), empezando con la gente más joven y, sobre todo, con las clases media-baja y baja.²⁰
- Hace falta que los servicios de atención primaria ayuden a controlar los factores tratables (diabetes, hipertensión...) para reducir las consecuencias indeseables.

²⁰ En este sentido, se ha sido desarrollado normativa, como la Ley 42/2010 de 30 de diciembre, por la cual se modifica la Ley 28/2005, de 26 de diciembre, de medidas sanitarias frente al tabaquismo y reguladora de la venta, lo suministra, el consumo y la publicidad de los productos del tabaco; la Ley 16/2010 de la Comunidad Autónoma de las Islas Baleares, de 28 de diciembre, de Salud Pública; el Proyecto de Ley General de Salud Pública o el Proyecto de Ley de Seguridad Alimenticia y Nutrición.

En cuanto a las **enfermedades oncológicas**, que son nuestra segunda causa de muerte y la primera en años potenciales de vida perdidos, los tumores, el año 2008, representaron el 32,3% de las muertes en hombres y el 21,5% en mujeres. El cáncer de pulmón es la primera causa de muerte en hombres y el de mama es la octava causa de muerte en mujeres.

Las Islas Baleares ocupan el primer lugar de España en índice de cáncer de mama y están entre los primeros puestos en cáncer de pulmón tanto en hombres como en mujeres. (Véase el cuadro III-10).

El Registro de Cáncer de Mallorca, con la ayuda del Instituto Oncológico de Cataluña, ha realizado unas proyecciones de la incidencia de cáncer para el año 2012 a partir de la serie disponible en el registro (1989-2002) y los datos de mortalidad (1994-2008). Para el año 2012, se estima que en Mallorca se diagnosticarán 3.777 casos de cáncer (excluidos los cánceres de piel no melanoma), 1.553 en mujeres y 2.224 en hombres. Eso representa un incremento del 39% en mujeres y del 37% en hombres con respecto a los casos del periodo 1998-2002, el último del cual tenemos información consolidada en el Registro.

En las mujeres destaca un incremento sostenido de las tasas ajustadas de cáncer de mama y de cáncer de pulmón. En cambio, bajan de manera sostenida las tasas de cáncer de cerviz y las de cáncer de ovario desde el periodo 1993-1997.

En los hombres destaca la disminución de las tasas de cáncer de pulmón a partir del periodo 1998-2002 y un incremento importante y sostenido de las tasas ajustadas de cáncer de próstata. Las tasas ajustadas de cáncer de colon y recto también siguen una tendencia ascendente más discreta. Finalmente, se observa un incremento discreto del melanoma de piel.

Las **enfermedades respiratorias** ocupan el tercer lugar como a causa de muerte en las Islas Baleares. El año 2008 representaron el 10,5% de las muertes en hombres y el 8,0% en mujeres. La mortalidad, fundamentalmente, es por enfermedad pulmonar obstructiva crónica (MPOC). Dado que es una

enfermedad muy relacionada con los estilos de vida se tiene que considerar intervenir todavía más agresivamente contra el tabaquismo²¹.

Las **enfermedades mentales** son una patología emergente. La Encuesta de Salud de las Islas Baleares del 2007 dice que el 24.1% de nuestra población corre el riesgo de sufrir un trastorno mental, cifras en consonancia con otros indicadores, tales como un consumo elevado de psicofármacos en nuestra comunidad autónoma. Si consideramos los criterios de evaluación epidemiológica de consenso, se estima que en las Baleares hay 5.000 personas con trastornos mentales graves y tan sólo 2.854 son atendidas en la red pública²².

Los indicadores de consumo problemático de drogas de abuso son útiles para conocer el impacto social y sanitario y las tendencias. En el año 2009 se han registrado 2.257 notificaciones de admisiones a tratamiento por consumo de sustancias psicoactivas, con el alcohol como droga que más admisiones ha generado (el 42,4% del total), seguimiento de la cocaína (28,4%) y los opiáceos (18,1%). Con respecto a las urgencias hospitalarias (recogidas en el Hospital Can Misses) de consumidores de sustancias psicoactivas, en el 2009 se registraron en 518 casos, la mitad de los cuales pertenecen a personas no residentes en las Islas Baleares. La cocaína, el alcohol, las anfetaminas y el éxtasis son las drogas que más se registran. El registro de mortalidad por reacción aguda a sustancias psicoactivas, implantado en Mallorca, en el 2009 recogió 46 casos (70,8 muertos por millón de habitantes), cosa que supone una incidencia similar a los cuatro años anteriores²³. (Véase el gráfico III-10).

En cuanto a **lesiones**, hay que destacar que en los últimos años se ha seguido una tendencia descendente en el número de accidentes con víctimas, muertos y heridos leves provocados por accidentes de tráfico. Pero no tenemos que olvidar que el 50% de las muertes a consecuencia de eso son de gente joven, personas de entre 10 y 44 años. Entre las personas mayores lesionadas, la

²¹ Para más información se puede consultar la web <http://www.ibsalut.es/webibsalut/>

²² Se puede acceder a más información a través de la web <http://portalsalut.caib.es/psalutfront/>.

²³ La información completa es a <http://www.epidemiologia.caib.es>

mayoría son mujeres, lesiones causadas fundamentalmente por caídas accidentales.

4.1.3. VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA Y ENFERMEDADES TRANSMISIBLES

El Sistema de Vigilancia de las Enfermedades de Declaración Obligatoria, el año 2010, ha detectado una mayor incidencia de lo esperado en siete de las enfermedades vigiladas: la diarrea infecciosa aguda, la disentería bacilar, la fiebre recurrente por garrapatas, la hepatitis A, la parotiditis, el sarampión y la enfermedad de Creutzfeldt-Jacobs. (Véase el cuadro III-11).

El aumento de la diarrea infecciosa puede ser consecuencia de una mejor recogida de la información desde atención primaria, que ya había empezado en el 2009. Los índices de las EDO de muy baja incidencia (disentería y enfermedad de Creutzfeldt-Jacobs) experimentan cambios importantes con variaciones de muchos pocos casos, de manera que los cambios puntuales son poco valorables y se tienen que vigilar las tendencias. La falta de diagnósticos de confirmación y la evidencia escasa de cumplimiento de criterios hacen sospechar que hay una sobrenotificación de fiebre recurrente por garrapatas. Con respecto al resto, la variación corresponde a un aumento real de la incidencia. El aumento de la hepatitis A [49 casos delante de los 19 del 2009 y un índice epidémico (IE) de 4,4] es consecuencia, en buena medida, de un brote en una guardería con 23 casos. La parotiditis, con 114 casos y un IE de 1,39, ha aumentado en Ibiza, con un brote con 71 casos, cosa que demuestra que sigue la circulación del virus de la epidemia de 2005.

De sarampión, de dos casos en los cinco últimos años, se ha pasado a 20 en el 2010, en forma de pequeños brotes de dos a ocho casos y la circulación de un genoma viral, el B3, nuevo en nuestro medio, de una forma que parece que se restablece la circulación del virus. Con respecto a la gripe, la situación ha vuelto a ser similar a la preandémica. En la temporada 2010-2011 el virus gripal predominante ha estado el AnH1N1, con una presentación estacional habitual y tasas de incidencia sólo ligeramente superior a la mediana y muy por debajo del máximo de las temporadas precedentes.

Ha disminuido la incidencia de la tuberculosis, tanto la forma pulmonar (108 casos y tasa de 9,8 por ciento mil) como el resto de formas clínicas (36 casos y tasa de 3,3). Estas disminuciones puntuales no son excepcionales, tal como se puede observar a la serie histórica, de manera que hay que esperar a ver si se trata de una tendencia decreciente o de una situación puntual. El 71% de los casos son de personas de entre 25 y 54 años; los hombres representan el 59% de los casos. Hasta los 34 años la proporción de hombres es menor, y mayor a partir de esta edad. Los factores o situaciones de riesgo detectados con mayor frecuencia son el enolismo, con el 13,3%; se tiene constancia de contacto con un caso de TB, con 13,9%; la infección por el VIH, con el 9,3%. El 5,8% de los casos eran inmigrantes procedentes de zonas de alta endemia. (Véase el gráfico III-11).

Respecto a la información sobre sida y sobre nuevos diagnósticos de infección por VIH, hay que decir que se trata de datos que se van actualizando semestralmente. La incidencia de sida, con 2.454 casos acumulados desde el año 1983 continúa con tendencia a la baja. En los últimos años se han diagnosticado entre 50 y 60 casos anuales con un patrón dominado para los hombres usuarios de drogas por vía parenteral. El análisis de los datos de los nuevos diagnósticos de infección por VIH (actualización de 31 de diciembre de 2010), con 1.112 casos acumulados desde el año 2003, ofrece como aspecto más destacable un patrón dominado por las infecciones recientes en hombres homosexuales. En mujeres, dominan los diagnósticos en personas de origen extranjero, heterosexuales y con predominio de los diagnósticos con retraso. La incidencia global muestra una tendencia a la estabilización de los diagnósticos tardíos y al aumento de las infecciones recientes. Mallorca presenta un máximo de casos al año 2008 (147 casos), Menorca entre los cinco y nueve casos anuales y las Pitiüses, entre 15 y 20 casos. El número máximo de casos en un año en las Islas Baleares fueron los 174 del 2008.

Con respecto al retraso diagnóstico, todavía los diagnósticos tardíos son más frecuentes que las infecciones recientes, aunque parece que la tendencia es a la convergencia. (Véase el gráfico III-12).

Una parte de los casos detectados de las enfermedades de declaración obligatoria son importados; es decir, pacientes diagnosticados en las Islas Baleares con origen de la infección en otro lugar; estos casos no se han incluido al análisis anterior. En el 2010 el número total de estos casos fue de 89. Destacan la hepatitis C (18 casos), el paludismo (17 casos) y la sífilis (13 casos).

Con respecto a los brotes epidémicos de origen alimenticio, que en algunos años de la década de los 90, se habían llegado a registrar más de 50, han ido disminuyendo considerablemente, de manera que al principio de la década de los 2000 se detectaban entre 20 y 30 cada año, y en los últimos años la incidencia ha sido mínima, de manera que el año 2010 sólo se han detectado diez brotes, dos más que en el 2009. La mayoría de estos diez brotes -que han supuesto 165 personas afectadas- son de etiología infecciosa y casi todos han afectado establecimientos colectivos. En los últimos años, a un 40-50% no se ha podido identificar el agente etiológico. En el resto, y aunque se ha podido establecer con cierta frecuencia una etiología tóxica (histamina fundamentalmente) o un origen viral, la salmonela continúa siendo el agente más identificado.

Se han detectado, además, 38 brotes no alimenticios, 30 en Mallorca y ocho en las Pitiüses, con un total de 360 afectados y una media de 9,5 afectados por brote, con un rango de dos a 71 casos. Eso ha supuesto un aumento importante respecto del quinquenio 2005-2009, con medianas de 26 brotes y 190 afectados (aumentos respectivos del 46% y 89%) y, sobre todo, del año 2009 (17 brotes y 71 afectados). El mecanismo de transmisión más frecuente fue el respiratorio, con 23 brotes y 210 afectados, les siguen en frecuencia los transmitidos por un mecanismo fecal-oral, con seis brotes y 103 afectados. Los colectivos afectados más frecuentemente son los familiares, pero los escolares son los que destacan en número de casos (143 afectados en 7 brotes). Hay algunos aspectos a destacar en cuanto a los brotes investigados. En primer lugar, la detección de dos brotes nosocomiales, uno de paludismo y una de hepatitis C, por transmisión de persona a persona a partir de un infectado, sin que en ninguno de los dos casos se pudiera identificar el mecanismo exacto de transmisión. Ha habido también cinco brotes de sarampión con un total de 21

afectados. En cuatro de estos afectados se ha identificado algún caso de transmisión hospitalaria. Ha habido también un brote de hepatitis en una guardería infantil, con 23 casos y difusión importante entre familiares adultos de los niños. Los brotes de tuberculosis, que en el 2009 habían descendido en tres y habían devuelto, así, a los niveles anteriores (9 brotes). El año 2010 ha habido nueve, con 19 afectados. Ha habido, como en el 2009, cuatro brotes de sífilis.

4.2. SERVICIOS SANITARIOS

El sistema sanitario de las Islas Baleares durante el 2010 ha tenido como principal novedad la puesta en funcionamiento del Hospital Universitario Son Espases, que coge el relevo de Son Dureta después de más de 55 años de existencia como hospital de referencia de las Islas. Aunque las dimensiones del nuevo hospital son dos veces y media mayores que el del viejo y está dotado de unos equipamientos de alta tecnología de vanguardia, se potencian especialmente los recursos para llevar a cabo la actividad quirúrgica y se dispone de amplia infraestructura para la docencia y la investigación, mantiene el mismo número de profesionales.

Las infraestructuras de la atención primaria también se ampliaron a lo largo del año, con la apertura de dos centros de salud y una unidad básica de salud, finalizando, de esta manera, la amplia reforma de la atención primaria que se ha llevado a cabo los últimos años. La actividad general al primer nivel de asistencia disminuyó a causa, en buena parte, de la introducción gradual de la receta electrónica. Paralelamente, la actividad asistencial en los hospitales del Servicio de Salud fue ligeramente menor que el año 2009. Finalmente, también se ha desarrollado el llamado Marco de Calidad, con el fin de garantizar la calidad de la asistencia sanitaria en los centros públicos y privados.

4.2.1. GASTO Y FINANCIACIÓN DE LA SALUD

El modelo sanitario de las Islas Baleares se caracteriza, en relación a la realidad del resto de comunidades autónomas, por el importante peso de la sanidad privada, que llega al 27% en términos de gasto efectuado. Esta situación se mantiene desde hace años a pesar del importante desarrollo experimentado por la sanidad pública, sobre todo desde la transferencia de las competencias en materia de sanidad a la Comunidad Autónoma (2002).

El sector sanitario privado había jugado tradicionalmente un papel más supletorio que complementario ante el subdesarrollo manifiesto de la sanidad pública, incluso, se situó a la vanguardia de la incorporación de alta tecnología hospitalaria.

La presencia importante de la oferta de carácter privado ha hecho que el sistema sanitario balear haya podido seguir presentando unos ratios de dotación de recursos y de actividad asistencial similares o incluso superiores al del conjunto de comunidades autónomas.

Durante la última década, sin embargo, este equilibrio se está viendo modificado como consecuencia del ritmo de crecimiento del gasto público vinculado principalmente a la construcción de nuevas infraestructuras sanitarias (hospitales, centros de salud) y a los costes asociados a su entrada en funcionamiento (personal, gasto corriente, etc.).

El crecimiento del gasto sanitario público en Baleares desde el 2002 ha sido uno de los más altos de todo el Estado español. Aun así, las Islas Baleares siguen siendo una de las comunidades autónomas con un nivel más bajo de gasto sanitario público por cápita, ya que este incremento del gasto ha coincidido con una etapa de un crecimiento demográfico importante (36% en el periodo 1999-2009).

En concreto, el gasto sanitario público en Baleares creció entre 1995 y 2001 casi un 64%; es decir, a un ritmo de entorno al 10% de crecimiento interanual. En cambio, a partir del 2002, coincidiendo con el traspaso competencial en la comunidad autónoma, el ritmo de crecimiento se acelera hasta el 15% de variación media interanual; eso es un 90% de crecimiento a lo largo del periodo.

Esta dinámica es similar a la que se manifiesta en el resto de comunidades autónomas, si bien Baleares ha sido la tercera (después de Murcia y La Rioja) con un mayor incremento del gasto desde las transferencias. (Véase el gráfico III-13).

El crecimiento del gasto público en sanidad es debido a la apertura de nuevos hospitales²⁴ y a la mejora de la dotación tecnológica, que han necesitado mayor número de profesionales. Al mismo tiempo, el crecimiento de la actividad asistencial en el sistema público ha sido notable, aunque menor que el crecimiento del gasto. (Véanse los gráficos AIII-6 y AIII-7).

Sin embargo, el año 2008 Baleares continuaba siendo una de las comunidades autónomas con un menor gasto por habitante (1.223 euros por habitante, frente a los 1.318 euros de media estatal, y muy lejos de los 1.547 del País Vasco o de los 1.511 de Extremadura). Todo esto sin considerar el impacto de la población flotante derivada del turismo (Véase el gráfico AIII-8).

En esta situación, también está influyendo el efecto de la crisis económica, a causa de la cual en los últimos años se ha tenido que contener el ritmo de crecimiento del gasto sanitario público, cuando ésta todavía no había llegado a los umbrales del resto de comunidades. La incidencia de la crisis sobre las arcas públicas de la comunidad se añade a los problemas endémicos de financiación de las Islas Baleares, al origen de su posición desventajosa en términos de gasto sanitario público. En este sentido, el año 2011 las Baleares siguieron siendo la comunidad autónoma con menos presupuesto por cápita (1.003 euros por habitante), con un descenso del 5,9%. Adicionalmente, se ha observado que en los últimos cinco años ha habido un incremento progresivo de la dispersión de los presupuestos por comunidades autónomas (Véanse los gráficos AIII-9 y AIII-10).

²⁴ El año 2007 el Hospital Comarcal de Inca, el Hospital de Formentera y el Hospital Mateu Orfila de Menorca, que reemplaza el Hospital Virgen del Toro; y el Hospital Universitario Son Espases el año 2010, que es el relevo del Hospital Universitario Son Dureta.

4.2.2. EL SEGURO SANITARIO Y EL NUEVO MARCO DE CALIDAD

El número de personas con tarjeta sanitaria para acceder al sistema sanitario público en las Islas Baleares, el 1 de enero de 2010 ascendió hasta el 1.034.272, de los cuales hacia el 22% son titulares extranjeros, la proporción más alta de todo el Estado.

Con respecto al seguro privado, el porcentaje de población con cobertura sanitaria privada ha sido el más alto de todo el Estado español, hecho que se puede vincular a los elevados niveles relativos de renta per cápita de las Islas Baleares. Eso se traduce en el hecho de que la cantidad de dinero que cada ciudadano de las Baleares destina por término medio al final del año en el pago de seguros médicos privados es igualmente la más alta de todas las comunidades autónomas. (Véanse los gráficos AIII-11 y AIII-12).

Según los datos de la Asociación de Investigación Cooperativa entre Entidades Aseguradoras y Fondo de Pensiones (ICEA) y de la Asociación Empresarial del Seguro (UNESPA), el seguro de salud con algún tipo de prestación sanitaria a las Islas Baleares llega además de uno de cada cuatro habitantes, y en España a uno de cada cinco, aunque este concepto engloba diversas modalidades de seguros.

Así, existen diferentes tipos de prestaciones sanitarias, que básicamente se pueden clasificar en prestaciones de asistencia sanitaria, prestaciones por reembolso de gastos y prestaciones por enfermedad.

Sin duda, el seguro llamado de asistencia sanitario es el mayoritario, y se estima que en las Baleares la tiene contratado aproximadamente un 21,6% de la población de 2011. Un grueso lo bastante considerable de personas que disponen de este tipo de seguro son las que pertenecen a las administraciones públicas; es decir, los asegurados a través del sistema de mutualidades de funcionarios, con un total de 34.000.

Con respecto al llamado seguro por reembolso de gastos, se calcula que dispone un 4% de la población de las Baleares -unas 45.000 personas- mientras que en España este porcentaje es del 2,2%.

Finalmente, a estas cifras hay que añadir a 23.000 personas que están aseguradas mediante el llamado seguro de enfermedad, la cual otorga una prestación al asegurado en caso de que éste esté de baja por enfermedad u hospitalización. En este caso, la tasa de penetración no se calcula sobre la población total sino sobre la población ocupada.

4.2.3. LOS SERVICIOS ASISTENCIALES

La población de las Islas, residente y flotante, es atendida con los recursos asistenciales de primaria, mayoritariamente de titularidad y gestión pública, y de la hospitalaria, tanto de titularidad pública como privada. Dentro de este contexto, el Marco de Calidad es el espacio conceptual sobre el cual trabajan ambos niveles de asistencia.

La calidad asistencial es un doble compromiso ético y legal recogido en la legislación nacional y autonómica. La Ley 16/2003, de 28 de mayo, de cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud, y la Ley 5/2003, de 4 de abril, de salud de las Islas Baleares, recogen en su articulado los principios siguientes:

- Atención integral a la salud, procurando un alto nivel de calidad.
- Mejora de la calidad del sistema sanitario de las instituciones sanitarias públicas y privadas.
- Participación ciudadana, tanto en el con respecto a la autonomía de sus decisiones individuales como en la consideración de sus expectativas.
- Altos niveles de calidad debidamente controlada y evaluada.
- Establecimiento de programas de mejora continua.

Para cumplir con estos principios se dispone, en la misma ley, que las comunidades autónomas garantizarán la calidad de las prestaciones, en todos los centros, públicos y privados, independientemente de la financiación de las prestaciones que estén ofreciendo a cada momento. Es responsabilidad de las

administraciones públicas sanitarias, para los centros de su ámbito, velar por su cumplimiento (art. 29 de la Ley 16/2003).

Con el seguimiento de estos mandatos, el Marco de Calidad es la apuesta estratégica de la Consejería de Salud y Consumo para garantizar la calidad de la asistencia sanitaria a nuestra comunidad autónoma. Está inspirado en el modelo europeo de excelencia, e incluye elementos de los modelos y sistemas de gestión más reconocidos desde el punto de vista asistencial. Se basa en una normativa específica con estándares e indicadores consensuados, y se ha desarrollado una herramienta telemática para que se pueda aplicar. Así pues, comprende un modelo, unas normas y una herramienta en entorno web compatible con otros sistemas de información.

El ámbito de aplicación del marco lo constituyen todos los centros y establecimientos sanitarios, públicos y privados, del sistema sanitario de la Comunidad Autónoma de las Islas Baleares, según la clasificación y las definiciones establecidas en los anexos I y II del Real decreto 1277/2003, de 10 de octubre, que establece las bases generales sobre autorización de centros y establecimientos sanitarios.

Para dar cumplimiento a estas exigencias, la Consejería de Salud y Consumo ha establecido una normativa a través de la cual se pretende regular el procedimiento de acreditación sanitaria, el desarrollo de programas específicos por tipo de centro, la autoevaluación interna y los criterios y estándares exigibles. A la vez, crea la Comisión Autonómica de Acreditación de Centros Sanitarios de las Islas Baleares, como órgano colegiado adscrito a la dirección general de Evaluación y Acreditación de la Consejería de Salud y Consumo, con las funciones de asesoramiento en materia de calidad asistencial y acreditación de centros.

Para dar apoyo al Marco de Calidad, se ha diseñado una herramienta telemática (Sistema de Información de Calidad de Atención Especializada, SIQUAE en sus siglas en catalán) gratuita, en un entorno amigable y de uso fácil, accesible a través de la red y compatible con los sistemas de información ministeriales y autonómicos, de cumplimentación obligada para los centros de

atención especializada (SIAE, Sistema de Información de Atención Especializada).

El proceso de autoevaluación con SIQUAE permite conocer la situación de gestión y prepara el centro sanitario para una acreditación exitosa. El sistema es compatible y alineado con los sistemas de información del Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad²⁵.

4.2.3.1. Los recursos de la atención primaria

La red de atención primaria en las Islas Baleares, en diciembre de 2010, tenía 57 equipos. Estos equipos trabajan en 57 centros de salud y en 103 consultorios locales o unidades básicas de salud (UBS), 12 servicios de urgencias (SUAP) y 23 puntos de atención continuada (PAC). (Véase el cuadro III-12 y el gráfico AIII-13).

A lo largo del año 2010 se han inaugurado dos centros de salud, el de Cala d'Or (Santanyí) y el de Sant Antoni de Portmany, así como también una unidad básica, la de El Terreno (Palma). Adicionalmente, durante este año ha finalizado la reforma del Centro de Salud de Son Serra-La Vileta (Palma).

La infraestructura de la atención primaria en las Islas Baleares ha crecido significativamente en los últimos años. Así, desde el año 2007 se han inaugurado o reformado 16 centros de salud y siete unidades básicas de salud, con una inversión global de 54,6 millones de euros.

El personal sanitario que ha trabajado el año 2010 en la atención primaria ha sido de alrededor de 1.600 personas, más de la mitad de los cuales son facultativos, principalmente médicos de familia y comunitarios, el 42% son enfermeras y el 5%, auxiliares de enfermería.

Los datos de frecuentación de la consulta por médico y día oscilan entre las 30,43 en Mallorca y las 29,5 en las Pitiüses, mientras que las de enfermería de las 18,98 en Mallorca a la 15,1 en Menorca.

²⁵ Véase la página www.qualitat.salut.caib.es

4.2.3.2. Los recursos de la atención hospitalaria

Los hospitales de las Islas Baleares se pueden clasificar desde dos perspectivas, según la titularidad (entre públicos y privados, con y sin ánimo de lucro) o según la finalidad, en hospitales generales, hospitales de salud mental y hospitales de media y larga estancia, atendiendo el Real Decreto 1277/2003 por el cual se establecen las bases generales sobre la autorización de centros, servicios y establecimientos sanitarios. La normativa actual define los hospitales generales como hospitales destinados a la atención de pacientes afectados de patología aguda, los hospitales de salud mental como hospitales destinados a proporcionar diagnóstico, tratamiento y seguimiento de pacientes con enfermedades mentales, y los hospitales de media y larga estancia como hospitales destinados a la atención de pacientes que necesitan cuidados sanitarios, en general de baja complejidad, por procesos crónicos o para pacientes con grado de movilidad reducida.

Nos centramos en los recursos y la actividad del sistema de hospitales públicos -de agudos o de media y larga estancia- ya que para los hospitales de titularidad privada- con y sin ánimo de lucro-, no se ha podido disponer de los datos de 2010 al cierre de esta memoria, a causa de la reforma del sistema SIESCRI (Estadística de Establecimientos Sanitarios con Régimen de Internado). Este sistema ha evolucionado hacia un nuevo sistema de información ministerial nombrado SIAE (Sistema de Información de Atención Especializada). (Véase el cuadro III-13).

Los hospitales de titularidad pública clasificados como generales, siete en total, conforman el grueso del sistema sanitario balear de agudos (Ib-Salut). Sin duda, la novedad más destacada durante el año 2010 ha sido la inauguración del Hospital Universitario Son Espases (HUSE), que coge el relevo del Hospital Universitario Su Dureta, el hospital de referencia durante más de medio siglo.

Son Espases ocupa una superficie edificada total de más de 172 mil metros cuadrados -aproximadamente dos veces y media más que el viejo hospital, además de otros 68.000 m² de aparcamiento-, dispone de 1.020 camas -490

de los cuales en habitaciones individuales-, 26 quirófanos, 107 boxes de cuidados intensivos, 40 boxes para atención a urgencias o 230 espacios para consultas. (Véase el cuadro AIII-58).

Con respecto a los equipamientos de alta tecnología, se ha mejorado notablemente la dotación existente, especialmente con respecto a los equipos de resonancia intraquirúrgica, de radioterapia y cirugía robótica. Asimismo, se ha hecho la integración entre los innovadores sistemas de información y la adelantada tecnología electromédica.

Desde el punto de vista asistencial, en el HUSE se han potenciado los recursos para llevar a cabo la actividad quirúrgica: el número de salas de operaciones pasa de 21 a 26, con una superficie de más de 2.260 metros cuadrados; se crea una unidad independiente del bloque quirúrgico general para la cirugía mayor ambulatoria y se incorporan cuatro salas quirúrgicas de máxima integración (salas de operaciones inteligentes). También se incluyen dos salas de operaciones para los tratamientos especializados híbridos (endovasculares y externos).

El HUSE incide en los cuidados críticos y en las urgencias (se ha multiplicado por cinco el espacio de urgencias de Son Dureta). Otras mejoras son el incremento de la seguridad de los pacientes y la incorporación de nuevas unidades para el cuidado de enfermos que sufren las nuevas patologías de este siglo: trastornos alimenticios, psiquiatría infantil y juvenil.

Se ha creado una unidad de patología infecciosa con tres habitaciones de presión negativa y climatización independiente, convertible en área asistencial de aislamiento de máxima seguridad enfrente de emergencias biológicas. Además, se ha establecido una reserva de espacio para investigación biomédica de 2.400 m² y se ha incluido una nueva Unidad de Reproducción Humana y Fecundación in vitro, que tiene una nueva sala de operaciones, una zona de criopreservación y una nueva zona de laboratorios.

En el ámbito de la investigación y de la docencia, Sueño Espadas dispone de un pabellón de investigación con un estabulario y salas de operaciones experimentales. Se potencian los dispositivos de apoyo a la investigación, se

amplía de forma muy significativa el número de aulas, y se posibilita el uso docente de las salas de operaciones con tecnologías de última generación. Además, se dispone de un proyecto para poder acoger en un futuro los estudios de grado de Medicina en una zona adicional de docencia y de investigación de 3.600 metros cuadrados.

Además del HUSE, en Mallorca se concentran tres hospitales públicos de agudos más, Son Llàtzer, Manacor e Inca. Ibiza, Menorca, y Formentera disponen de un hospital por cada una de las islas.

Por otra parte, los hospitales de media y larga estancia y el único hospital de salud mental, todos éstos ubicados en Mallorca, excepto la Residencia Asistida Cas Serres, en Ibiza que, a pesar de que mal clasificado como hospital, funcionalmente es una residencia geriátrica.

Con respecto a los hospitales de titularidad privada, según la finalidad, se dividen en aquéllos que son con ánimo de lucro (ocho unidades), y los que son sin ánimo de lucro (tres unidades). En cualquier caso, los hospitales sin ánimo de lucro, gracias a los conciertos básicamente de actividad quirúrgica son de uso mayoritariamente público.

Al principio del año 2010 se cerró la Clínica Bellver, antigua Clínica Femenies, que se añade a los cierres del Hospital Puerto de Alcúdia en el 2008 y de la Clínica Salus Menorca en el 2006.

Si comparamos los datos de las Islas con las de España, se observa como en el conjunto del Estado se dispone de 17 hospitales por cada millón de habitantes, mientras que en las Baleares hay 21,4. No obstante, en las Islas Baleares, según el catálogo oficial, no hay hospitales de media y larga estancia privados y, en cambio, hay un porcentaje elevado de hospitales de agudos que son de titularidad privada.

Con todo, después de una fase expansiva de infraestructuras orientadas básicamente a la atención de pacientes de agudos y hacia la especialidad, la menor dotación de hospitales por término medio y larga estancia en las Islas tendría que hacer reorientar los servicios sanitarios hacia niveles de atención con mayor efectividad y eficiencia, incluyendo una atención especial a los

enfermos crónicos -en su gran mayoría pacientes geriátricos- que necesitan a un modelo asistencial no tan orientado a la especialidad sino al paciente con mayor importancia de los cuidados auxiliares.

Con respecto al parque de camas que han funcionado a lo largo de 2010, ha habido 1.857 en los hospitales agudos de titularidad pública, que suponen 1,73 camas por cada mil habitantes, y 315 en los hospitales de media y larga estancia y psiquiátrico. En los hospitales privados, a lo largo del año 2009, ha habido un total de 1.108 camas funcionando.

Con respecto al número de trabajadores del sistema sanitario, según los datos del SIESCRI (Estadística de Establecimientos Sanitarios con Régimen de Internado), estaba un total de 15.108 el año 2008. La estructura del personal que trabaja en el sistema público y en el privado es diferente. Así, en los centros hospitalarios del Ib-Salud un 15,8% de los profesionales son médicos, un 30,7% enfermeras, un 29,0% se clasifican como ayudantes sanitarios - básicamente auxiliares de enfermería- un 22,7% personal no sanitario, propio o vinculado, y el resto constituyen otros profesionales, entre éstos los farmacéuticos. Por otra parte, en la red privada un 33,4% de los profesionales que trabajan son médicos, aunque hay que tener en cuenta que la media de horas trabajadas es significativamente menor que en la pública, y un 21,7%, enfermeras.

Según los datos del último informe publicado sobre indicadores hospitalarios públicos del Instituto de Información Sanitaria del Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad, los colectivos de enfermería y auxiliares de enfermería en las Islas Baleares, en los centros de internamiento son los más numerosos del Estado en relación con el número de camas. En relación con el número de habitantes, las Islas Baleares son la segunda Comunidad Autónoma en número de enfermeros/ras, con 3,73 por cada mil habitantes, y la primera en número de auxiliares de enfermería, 3,38 por cada mil habitantes. El número de médicos de la asistencia hospitalaria se sitúa ligeramente por encima de la media estatal, con 57,46 médicos por cada cien camas y 1,86 médicos por cada mil habitantes. Aún así, hay que destacar que los indicadores no toman en consideración la población flotante.

Con respecto a la tecnología, se dispone de una dotación más elevada que en el resto del Estado en prácticamente todos los tipos de equipamiento.

4.2.4. LA ACTIVIDAD ASISTENCIAL

4.2.4.1. La actividad de la atención primaria

Las visitas atendidas por la red de atención primaria de las Islas Baleares durante el año 2010 han sido de un total de 7.146.065, lo cual supone una disminución del 4,5% con respecto al año anterior. Este descenso ha afectado a todos los colectivos: el número de visitas a los médicos de familia disminuyó un 3,2%, las de pediatría un 7,7% y las de enfermería un 5,4%. (Véase el cuadro III-14).

Por islas, todas han experimentado descensos en el número de visitas, aunque en las Pitiüses la disminución ha sido menos intensa que en el resto de las islas (-0,8% respecto del -4,8% y el 6,0% de Mallorca y Menorca, respectivamente).

En paralelo, con respecto a la media de visitas por habitante y año (frecuentación), ha disminuido en todos los colectivos. Así, la frecuentación por lo que se refiere a los médicos de familia ha descendido un 4,8%; a los pediatras, un 10,3%; y a enfermería, un 7,2%. De esta manera, el número de visitas por habitante y año se ha situado, respectivamente, en las 4,36, 4,56 y 2,52. Sin duda, la introducción gradual de la receta electrónica a lo largo del año ha contribuido de manera determinante a reducir la frecuentación al centro de salud.

De esta manera, el colectivo de médicos de familia ha atendido, por término medio, 30,3 consultas por día; el de pediatría, 21,5; y el de enfermería, 18,5.

Con respecto a los desplazamientos al domicilio del paciente, han aumentado un 4,4% en el caso de los médicos de familia y un 3,6% en el caso de los enfermeros. Por término medio, los médicos de familia se han desplazado una vez cada cuatro días y los enfermeros casi una vez cada día. Las visitas a domicilio, en el caso de la pediatría, son prácticamente inexistentes.

4.2.4.2. La actividad hospitalaria

La actividad a lo largo del 2010 en los hospitales públicos de agudos se ha caracterizado por el descenso en las áreas quirúrgicas y ambulatorias, con lo cual se ha roto la trayectoria de los últimos años, en los que se habían registrado incrementos notables en estos dos segmentos de actividad. Sin duda, el traslado al nuevo hospital de referencia de Son Espases, comentado anteriormente, puede tener que ver con los cambios de actividad que se han dado a lo largo del año.

Así, las intervenciones quirúrgicas totales en los hospitales públicos han disminuido un 1,2% (un 3,0% en términos por cápita), a causa del descenso de dos dígitos de las intervenciones urgentes -10,5% de reducción-, mientras que las intervenciones programadas han aumentado un 0,9%.

Por su parte, las consultas externas totales han disminuido un 1,7% en los hospitales públicos, con una disminución del 3% a las primeras consultas y del 1,1% en las sucesivas. De esta manera, se han llevado a cabo un total de 1.280.600 consultas, cuya tercera parte han sido primeras consultas.

Paralelamente, han sido menos también el número de urgencias atendidas, un 4,3% menos que el año anterior, pero han sido más numerosos los ingresos urgentes, con un 0,5% de aumento. A pesar del alza de los ingresos, el volumen de estancias ha seguido descendiendo, un 0,9% el año 2010, a causa de la reducción de la estancia media.

Con respecto a la actividad concertada en los hospitales privados sin ánimo de lucro, destaca el aumento del 6,3% del número de consultas externas y los crecimientos del número de sesiones de rehabilitación y fisioterapia, del 7,7% y del 17,6%, respectivamente.

Con respecto a los hospitales de titularidad privada, no se ha podido disponer de la información referida en el año 2010, a causa de la reforma ya comentada del sistema SIESCRI y, por lo tanto, no se puede valorar si la disminución

mencionada de la actividad pública ha hecho variar la actividad a los hospitales de titularidad privada.

La actividad sanitaria privada en Baleares, en cualquier caso, tiene una presencia notable. Así, en los hospitales de titularidad privada, el número de ingresos, consultas o de urgencias casi iguala los de titularidad pública, y más de la mitad de las intervenciones quirúrgicas programadas se llevan a cabo en el sector privado (Véase el gráfico III-25 de la *Memoria CES 2009*).

En este sentido, la mayor parte de los indicadores de actividad hospitalaria pública y privada muestran como en las Islas Baleares hay más actividad que en el resto del Estado, de acuerdo con el mayor número de recursos hospitalarios de que se dispone al territorio insular con respecto a las otras comunidades autónomas.

La variación de recursos, de actividad y de gasto del sistema sanitario de las Islas Baleares para el periodo 1997-2008 se sintetiza en el gráfico siguiente. (Véase el gráfico III-14).

4.2.4.3. Listas de espera quirúrgica y consultas

Los datos que se ofrecen se refieren a marzo de 2011, ya que las que están disponibles en diciembre de 2010 no tienen en cuenta a los pacientes adscritos al Hospital Universitario Son Espases durante el periodo de traslado a este hospital. De esta manera, se han analizado los últimos datos disponibles referidos a marzo de 2011. A partir de de la comparación con las de diciembre de 2009, se puede observar que las listas de espera quirúrgica ha disminuido un 3,1% durante este periodo y, en términos por cápita, la disminución ha sido del 4,6%.

Dentro de este contexto, la demora media por intervención quirúrgica ha descendido notablemente, concretamente un 17,8%, a consecuencia de haber reducido una tercera parte el número de pacientes en lista de espera de entre cinco y seis meses, ya que el número de pacientes con menos de tres meses

de espera han aumentado un 9,8%. No ha habido ningún caso de intervención con más de seis meses de espera. (Véase el cuadro III-15).

En cuanto a las consultas, ha aumentado un 5,3% el número de personas en listas de espera, aunque la demora media ha descendido de manera importante hasta situarse en los 27,3 días.

4.2.4.4. Hospitales de media y larga estancia y Hospital Psiquiátrico

Los hospitales de media y larga estancia se definen en el Real Decreto 1277/2003 como hospitales destinados a la atención de pacientes que necesitan cuidados sanitarios, en general de baja complejidad, para procesos crónicos o para pacientes con grado de movilidad reducida.

En el catálogo de hospitales figuran el Hospital General y el Hospital Joan March -dos hospitales públicos del Ib-Salud que gestiona la empresa pública Gesma- como hospitales de media y larga estancia. El año 2010 han ofrecido en conjunto 153 camas de media estancia con diversos programas (con rehabilitación integral y multidisciplinar), subagudos y paliativos, para enfermos de edad adelantada frágiles, según el modelo asistencial propio expresado en el Plan Estratégico Bien atendido. Además, la atención se completa con sendos hospitales de día de reeducación funcional, que están implantando programas, como son el de valoración geriátrica integral o el de demencias, orientados también al apoyo de la asistencia de media estancia. El carácter complementario de la asistencia hospitalaria de agudos y de apoyo a la atención primaria de salud convierte estos centros en el vector de la continuidad asistencial y la comunicación entre niveles.

Además, hay dos hospitales privados que también ofrecen camas de larga estancia, aunque están catalogados como hospitales médico-quirúrgicos, ya que su actividad principal es actualmente la médico-quirúrgica.

Con respecto a los hospitales de salud mental, el Hospital Psiquiátrico ha ofrecido 162 camas de media y larga estancia para enfermos crónicos, y gestiona también un grupo de residencias tuteladas de carácter comunitario.

Además, para atender este tipo de enfermos, también se dispone de los recursos para enfermos agudos, situados en los hospitales de agudos.

4.2.4.5. Los trasplantes y las donaciones de sangre y órganos

4.2.4.5.1. Donaciones de sangre

Las donaciones de sangre en Baleares a lo largo de 2010 han sido 43.414, un registro un 1% inferior al de 2009, año en el cual se produjo el alza más elevada de la década. (Véase el gráfico III-15).

Del total de las donaciones de sangre, el 8,2% han sido aféresis, autotransfusiones y otros. Por islas, en Mallorca e Ibiza y Formentera se ha notado un descenso de las donaciones, mientras que en Menorca han aumentado.

4.2.4.5.2. Donaciones de órganos

Durante el 2010, en Baleares ha habido 30,6 donantes por millón de habitantes (el año anterior fueron 32,7), ligeramente por debajo de la media española, que fue de 32,0.

La bajada en el número de donantes se explica por los cambios epidemiológicos que se están registrando en la muerte encefálica. La disminución de los accidentes de tráfico y de la siniestralidad laboral, las mejoras en la atención de la hipertensión arterial y la aplicación de medidas de limitación del esfuerzo terapéutico son las causas principales de estos cambios.

Durante el año 2010, en las Islas Baleares, ha habido 34 donantes multiorgánicos, 31 en el Hospital Son Dureta, dos en el Hospital Mateu Orfila y uno en el Hospital Can Misses.

A lo largo del año, tres hospitales han generado donaciones, Son Dureta, Menorca y Can Misses. Se han obtenido 104 órganos (61 riñones, 27 hígados,

cinco corazones, siete pulmones y cuatro páncreas) del total de 34 donantes de Baleares.

4.3. FORMACIÓN, INVESTIGACIÓN E INNOVACIÓN EN MATERIA SANITARIA

La actividad de gestión del conocimiento en salud ha sido importante a lo largo del 2010 tanto con respecto a formación, como a la investigación o a la innovación.

Con respecto a la formación continuada, la Comisión de Formación Continuada de los Profesionales Sanitarios de las Islas Baleares se encarga de acreditar la formación continuada de todos los profesionales sanitarios. El año 2010, la actividad ha aumentado un 14%. Se han tramitado hasta 1.076 solicitudes de acreditación de actividades de formación continuada, de las cuales 1.064 han sido acreditadas. Con respecto a la formación especializada, hay 38 especialidades sanitarias acreditadas. En las Islas Baleares existen diez unidades docentes, por una parte, cuatro ubicadas en los Hospitales Son Dureta (ahora Hospital Universitario Son Espases), Son Llàtzer, Manacor y Can Misses, tres de medicina familiar y comunitaria - las de Mallorca, Menorca e Ibiza - y la Unidad Docente del Trabajo y la de comadres. Por último, se ha creado la Unidad Docente Multiprofesional de Salud Mental de las Islas Baleares que formará a partir de 2011 a médicos especialistas en psiquiatría, psicólogos clínicos y enfermeras de salud mental. Para el año 2010, se habían ofrecido 152 nuevas plazas de residente: 126 para médicos, cinco para farmacéuticos, tres para químicos, dos para psicólogos y 16 para enfermería. De éstas, se han cubierto 145. El 31 de diciembre de 2010 había 479 residentes en total en formación (411 residentes el año antes).

Con respecto a los estudios de grado, el Servicio de Salud ofrece las instalaciones para las prácticas de enfermería, fisioterapia y psicología. También, las consejerías de Educación y de Salud, han firmado una declaración de intenciones con la UIB con el fin de poder crear los estudios de grado de Medicina. El Consejo de Gobierno de la UIB ha aprobado el plan de

estudios, enviado a acreditar por el ANECA, a la vez que se ha iniciado la adaptación de instalaciones de la Unidad Docente de Medicina en Son Espases.

El sistema sanitario colabora con diferentes posgrados de la UIB. El año 2010 se ha firmado un convenio para llevar a cabo el máster oficial de Ciencias Médicas y de la Salud del IUNICS.

Con respecto a la investigación, el gasto en el sistema de salud público de las Islas Baleares ha ascendido de 20 millones el año 2009 hasta casi 27 millones de euros el año 2010 en concepto de investigación y desarrollo (I+D), con 900 personas que han participado (740 personas el año 2009), que si se contabilizan en términos de equivalencia en jornada completa han sido 300 (242 el año 2009).

Con el fin de ordenar los esfuerzos investigadores se elabora y se aprueba el Plan Estratégico de las Islas Baleares de Investigación en Salud 2010-2013. Se estructura en siete ejes. Marca como objetivos fundamentales crear un instituto de investigación sanitaria que pueda ser acreditado en el futuro por el Instituto de Salud Carlos III (ISCIII) como instituto de investigación de excelencia. La sede se ubicaría en el Hospital Universitario Son Espases y se pretende crear con la colaboración de la UIB y el CSIC. El Instituto aglutinaría los mejores grupos de investigación básica y clínica de la UIB, Cibera, hospitales y atención primaria, siguiendo el camino iniciado sobre todo por el IUNICS.

Se han modificado los estatutos de las dos fundaciones de investigación sanitaria de las Islas. La Fundación de Investigación Sanitaria de las Islas Baleares (FISIB), con sede en el Hospital Universitario Son Espases, ha sustituido la antigua Fundación Caubet-Cibera y tiene que gestionar el Instituto de Investigación Sanitaria. Por otra parte, se ha dado un nuevo papel de gestión del conocimiento a la Fundación Mateu Orfila, además de gestionar la investigación clínica de todos los hospitales excepto el de Son Espases y Atención Primaria de Mallorca.

El sistema sanitario público soporta la mayor parte del coste de la investigación, aunque también se capta financiación externa, especialmente lo que llega desde el ISCIII, que se destina a proyectos de investigación, a intensificación de investigadores, estabilización de técnicos de apoyo y a favorecer la incorporación de grupos emergentes de investigación. Desde el ISCIII también se da apoyo al Consorcio de Apoyo a la Investigación Biomédica en Red (CAIBER), en concreto a una unidad conjunta entre el Hospital Universitario Son Espases y Atención Primaria de Mallorca, que tiene como objetivo desarrollar ensayos clínicos no comerciales.

Con la ayuda de fondos estatutarios provenientes del Ministerio de Ciencia e Innovación, de tres millones de euros y un crédito adicional de 3,168 millones de euros del ISCIII, el Servicio de Salud dispone de un fondo para adecuar espacios de investigación del Hospital Universitario Son Espases. La mitad del total se destina a obra, y el resto, a equipamiento. El 24 de agosto de 2010 se adjudica el proyecto y a final de año sale a concurso la obra que tiene que estar finalizada en septiembre de 2011. Se construyen aproximadamente 3.000 m², de los cuales la mitad son para la unidad docente de medicina de la UIB y el resto son laboratorios de investigación que completan los que ya tiene el hospital en el nuevo centro. Así, se cuenta con la superficie de investigación exigida para acreditar un instituto de investigación sanitaria.

Por otra parte, se ha firmado un convenio entre Farmaindustria y la CAIB, dentro del Programa +, y de Cooperación de Farmaindustria con las comunidades autónomas, que aporta 1,2 millones de euros para fomentar la investigación clínica y traslacional, en cuatro programas: apoyo a instituto de investigación sanitaria, apoyo a la investigación clínica, apoyo a la investigación a la atención primaria y, por último, apoyo a la creación de biobancos.

Con respecto al Comité Ético de Investigación Clínica de las Islas Baleares (CEIC-IB), ha mantenido una actividad muy similar a la del año 2009. Se han evaluado 212 protocolos, de los cuales 103 eran ensayos clínicos (el CEIC-IB ha sido comité de referencia estatal de dos de los ensayos de los anteriores), 60 proyectos de investigación y 49 estudios postautorización (de los 49

estudios postautorización, 34 han sido presentados a efectos de notificación para la participación de centros de nuestra comunidad autónoma).

Con respecto a la innovación, el año 2010 se ha creado el Cluster Biotecnológico y Sanitario BIOIBAL, que agrupa el tejido empresarial del sector de la biotecnología, como el BioIB y otros agentes de sectores afines, como es ahora el Servicio de Salud de las Islas Baleares, además de la UIB y de otras instituciones de investigación. También se ha colaborado en el Bioclúster del sur de Europa (constituido por las regiones de la Euro-Región Pirineos Mediterráneo).