

_4. SALUD, CALIDAD DE VIDA Y SERVICIOS SANITARIOS

RESUMEN

_Este año, en cuanto a salud, se incorporan datos procedentes del Sistema de Vigilancia Epidemiológica de Enfermedades de Declaración Obligatoria y Brotes Epidémicos, del Registro de las Interrupciones Voluntarias del Embarazo y del Registro de Mortalidad. La encuesta de salud de las Illes Balears se hace cada cuatro años, por lo cual no se pueden presentar datos nuevos.

El sistema sanitario de las Illes Balears tiene que atender tanto una población residente, con un colectivo numeroso que dispone de doble seguro, como un notable volumen de población flotante. Estas circunstancias, junto con la insularidad, determinan la estructura, altamente dotada tecnológicamente. La atención primaria y los hospitales por término medio y larga estancia presentan un menor peso relativo a las Illes Balears. A lo largo del 2009 la actividad asistencial siguió creciendo. El aumento fue más intenso en la red privada, y así rompió la tendencia de los últimos años en que el sistema público había ganado progresivamente más presencia dentro del conjunto del sistema sanitario balear. Por su parte, la actividad en atención primaria manifestó un ascenso del 0,9% respecto del año anterior.

El sistema sanitario público soporta la mayor parte de la investigación, aunque también se capta financiación externa, la cual se destina a proyectos de investigación, a la intensificación de investigadores, a la estabilización de técnicos de apoyo y a favorecer la incorporación de grupos emergentes de investigación.

A lo largo del 2009 el número de donaciones de sangre han alcanzado un nuevo máximo histórico, ya que han superado en un 6,5% las donaciones del

año 2008, y continúa la evolución ascendente iniciada hace un año. Las donaciones de órganos se han reducido de forma considerable

4.1. SALUD Y CALIDAD DE VIDA

La salud y la calidad de vida tienen una fuente de información directa, expresada por los ciudadanos y que periódicamente se recoge en la encuesta de salud de las Illes Balears. En los informes del CES de los años anteriores se presentaron los principales resultados tanto de salud como de movilidad percibida, así como de prevalencia de hábitos sanos o hábitos tóxicos y otros factores de riesgo, y también la información más relevante del análisis por género y clase social.

En el informe de 2009 se incorporan datos procedentes del Sistema de Vigilancia Epidemiológica de Enfermedades de Declaración Obligatoria y Brotes Epidémicos, del Registro de las Interrupciones Voluntarias del Embarazo y del Registro de Mortalidad.

Desdichadamente, a la hora de cerrar esta publicación no disponemos de datos de los dos registros, los de morbilidad hospitalaria y los de cáncer, ni de información procedente de la encuesta de salud, por diferentes causas.

Con respecto al Registro de Cáncer de Mallorca, en este momento se acaba el procesamiento del periodo 2001-2002, por lo cual no se pueden todavía presentar datos nuevos. Perdonamos el lector a la memoria del 2008 o a la publicación «El cáncer en Mallorca 1997-2000, incidencia y mortalidad».

La modificación en la codificación de la encuesta de morbilidad hospitalaria (EMH) que el INE introdujo el año 2009, a estas alturas no ha permitido todavía disponer de datos consolidados y, por lo tanto, no se puede mostrar el análisis del volumen de altas hospitalarias, el diagnóstico principal que las causa y la estancia media asociada. Como la codificación del CMBD todavía no está extendida a todos los hospitales privados, el EMH es la única fuente que puede aportar información conjunta de la actividad pública y privada.

La encuesta de salud de las Illes Balears se hace cada cuatro años, por lo cual no se pueden presentar datos nuevos para el informe de este año. El informe CES del año pasado recogía información sobre las desigualdades sociales en salud y desigualdades por género. Para obtener más datos de la encuesta de salud, perdonamos el lector a la publicación en línea: <http://portalsalut.caib.es/psalutfront/info?id=137026>, en el que podrá encontrar, además de los datos de las Illes Balears, las globales de España, de manera que se pueden comparar los resultados obtenidos a nuestra comunidad con la media nacional.

4.1.1. ENFERMEDADES DE DECLARACIÓN OBLIGATORIA

El Sistema de Vigilancia de las Enfermedades de Declaración Obligatoria (MDO) y Brotes Epidémicos consiste en un sistema de detección y respuesta de determinadas enfermedades consideradas de interés para la salud pública. Se trata de un sistema consolidado en España desde hace muchos de años, es universal (todos los médicos y centros sanitarios están obligados a notificarlo), exhaustivo (intenta recoger todos los casos diagnosticados) y sensible (se tienen que notificar las sospechas de caso, eso para asegurar intervenciones de salud pública oportunas en el tiempo). Las MDO se notifican semanalmente, excepto algunas que son de declaración urgente y, según los datos requeridas, hay dos modalidades de notificación: una, exclusivamente numérica (número semanal de casos), para detectar cambios puntuales en la incidencia y agrupaciones temporoespaciales de casos y monitorear las tendencias, y la otra, individualizada, que comporta la recogida de datos clínicos y epidemiológicos de cada uno de los casos notificados. La información que genera tiene que ser útil para dar respuesta rápida a los problemas de salud que la requieren y para generar intervenciones a medio y largo plazo. La declaración parte de los médicos clínicos, que notifican las sospechas del caso a salud pública. No obstante, los cambios tecnológicos de los últimos años han permitido modificaciones en la organización del trabajo que la hace más eficiente. El año 2009, el pleno funcionamiento de la historia clínica informatizada a la Atención Primaria del IB-Salud ha permitido automatizar el envío del número de casos

de MDO que diagnostican los médicos de familia y pediatras, cosa que permite una recepción más rápida y exhaustiva de los casos y simplifica el trabajo de los médicos que tienen que hacer la notificación, mientras que la declaración individualizada sigue siendo responsabilidad de éstos.

La recogida de datos, la depuración de la información y las actividades de investigación y control que se derivan de la detección de casos y brotes se lleva a cabo en el ámbito insular y, en el caso de Menorca e Eivissa y Formentera, esta tarea la asumen las unidades de epidemiología de los centros insulares de Menorca y de Eivissa, que dependen de la Direcció General de Salut Pública i Participació. El Servicio de Epidemiología, también de la DG de Salut Pública i Participació, actúa como servicio central y asume la vigilancia insular en Mallorca. Cuando se menciona como fuente de información el Servicio de Epidemiología, se tiene que entender que incluye las unidades insulares.

El año 2009 ha habido nueve enfermedades con una incidencia más alta que la esperada, cosa a la cual ha contribuido el cambio en la recepción de las notificaciones que se ha comentado. Estas enfermedades son la diarrea infecciosa aguda, la gripe, la sífilis, la disentería bacilar, la fiebre recurrente por garrapatas, la hepatitis A, la hepatitis B, otras hepatitis víricas y la legionelosis. En el cuadro III-13 se muestra la incidencia de las MDO por islas, capital y global de las Balears (número de casos y tasa por 100.000), la comparación con el quinquenio anterior mediante el índice epidémico (entre el número de casos del año en estudio y la mediana del quinquenio, IE) y el número de casos importados.

Con respecto a las enfermedades incluidas en el programa de vacunación sistemática, destaca la disminución por la incidencia de la parotiditis, que en los años anteriores había causado brotes importantes en Eivissa. El año 2009 se han detectado 35 casos, con una tasa de 2,9 casos por 100.000 habitantes, que en el quinquenio anterior había oscilado entre 3,3 y 52,8 por 100.000. De hepatitis B, con 30 casos y una tasa de 2,7, se ha visto un aumento considerable de tres años consecutivos de incidencia baja con tasas por debajo

de los 2 casos por 100.000. Tres de las enfermedades inmunoprevenibles, poliomielitis, sarampión y forma congénita de la rubéola, están sometidos a un plan global de eliminación de la OMS. Eso comporta unos programas de detección y control estrictos que incluyen la investigación de todos los casos de pacientes que compartan determinadas características clínicas con las entidades vigiladas. Así, se han investigado 3 casos de parálisis flácida aguda en niños, los tres con el diagnóstico definitivo de síndrome de Guillain-Barré, y 3 casos de sarampión, con dos descartados y uno confirmado como sarampión importado del Reino Unido, sin que se detectara transmisión autóctona posterior. De rubéola, no se ha detectado ningún caso sospechoso que se tuviera que investigar. De las enfermedades sometidas a programas de vacunación sistemática, no se han dado casos en vacunados, con la excepción de la parotiditis y la tos ferina.

En cuanto a otras enfermedades de transmisión respiratoria sometidas a vigilancia, este año tenemos que destacar la aparición de una pandemia gripal causada por una nueva cepa del virus de la gripe A. El 24 de abril de 2009, la OMS alertó de la aparición de un nuevo virus gripal de origen porcino, el A (H1N1), capaz de transmitirse entre humanos. El 11 de junio, fue declarada la fase pandémica 6. Los servicios de salud pública se tuvieron que adaptar a una situación cambiando de forma muy rápida. Se pasó de una estrategia inicial de contención con cuarentena de los casos y profilaxis para los contactos - hasta mediados de julio-, a otra de mitigación y control de riesgos. Entre las actividades que se pusieron en marcha destacan: a) prolongación del funcionamiento de la red de médicos centinelas de gripe durante el verano; b) puesta en marcha (temporal) de la red de centros de salud centinelas; c) vigilancia de casos graves de gripe ingresados en las UCI de los hospitales de las Illes Balears; d) vigilancia microbiológica de frotis fuera de la red, recogidos a las urgencias hospitalarias, y e) vacunación contra la gripe estacional y la gripe pandémica dirigida especialmente en grupos de riesgo. En las Balears se detectaron los primeros casos del nuevo virus al principio de mayo en Eivissa, por transmisión secundaria de un enfermo procedente de Valencia que había tenido contacto con casos importados de México. A final de junio, la red centinela pudo detectar la circulación del virus a nuestra comunidad y a

mediados de julio se detectó el primer ingreso al UCI y la primera defunción. La tasa máxima de incidencia semanal fue la semana 47/2009 (final de noviembre), con casi 190 casos por 100.000 habitantes. El grupo de edad de 5 a 14 años llegó a tasas de 800 casos por 100.000. El 75% de los casos confirmados tenían menos de 30 años y el grupo de edad menos afectado fue el de más de 65 años. Hubo 43 casos graves ingresados en el UCI, cuya edad media era de 37 años, casi todos tenían factores de riesgo y 6 murieron. Respecto de la campaña de vacunación de gripe pandémica, se tiene que decir que tuvo una tasa de respuesta mucho más baja de lo que habría sido deseable. En el gráfico III-10 se presentan las tasas semanales de gripe en las Illes Balears durante las temporadas 2008-2009 y 2009-2010, que muestran el pico estacional de 2008-2009, el inicio de la pandemia en el verano de 2009 y el pico pandémico y un pico no muy diferente de los estacionales de los últimos años, con incidencia ligeramente más alta y avanzado en el tiempo, ya que tuvo lugar dos meses antes de lo que es habitual en las Illes Balears.

La tuberculosis, tanto la forma pulmonar (135 casos y tasa de 12,3) como el resto de formas clínicas (45 casos y tasa de 4,1), se ha mantenido dentro de los límites esperados y sin cambios significativos en las características de los enfermos; más de la mitad de los casos tienen entre 25 y 49 años; a los hombres representan el 66,1% de los casos y la proporción de hombres supera la media en los grupos de 35 años y más. Los factores o situaciones de riesgo detectados con más frecuencia son el enolismo, con el 15,6%; tener constancia de contacto con un caso de tuberculosis, con el 13,9%; la infección por el VIH, con el 9,4%, y ser usuarios de drogas por vía parenteral (UDVP), con el 6,1%. El 36,1% de pacientes (65 casos) eran personas de origen extranjero -cosa que significa una disminución tanto en porcentaje (44%) como en números absolutos (84 casos)-, y de éstos, el 32,3% eran de Bolivia (10 casos) o el Marruecos (11 casos). Del resto se habían consignado 24 nacionalidades, con un rango de 1 a 6 casos por país. El número de extranjeros ha descendido sensiblemente respecto del año 2008 (84 casos, el 44% del total). El gráfico III-11 muestra las tasas anuales de tuberculosis de los últimos 10 años.

Con respecto a la legionelosis (transmisión vía aerógena ambiental, no persona

a persona), con 61 casos y una tasa de 5,6 casos por 105 habitantes, la incidencia en el 2009 ha estado más alta que en el quinquenio anterior, con un índice epidémico de 1,33, pero un 40% más baja que la del año 2008, en el que se detectaron 104 casos. En el 2009 sólo ha habido un brote de legionelosis, con 3 casos. De los 61 casos, 24 eran turistas, y hubo 22 establecimientos de hostelería asociados a casos.

Las enfermedades de transmisión alimenticia y fecal-oral se mantienen en incidencias muy bajas desde hace años gracias al saneamiento ambiental, con dos excepciones, la diarrea infecciosa aguda y la hepatitis A. con Respecto a la diarrea infecciosa aguda (49.041 casos y una tasa de 4.477), posiblemente el aumento es consecuencia en parte del ya comentado cambio en el mecanismo de declaración de la enfermedad, ya que no se han detectado aumentos localizados en zonas determinadas, ni tampoco agrupaciones de casos asociadas a algún establecimiento o servicio público, como las redes de agua potable. De disentería bacilar, que sigue con una incidencia alta, se han detectado 3 casos, 2 menos que el año 2008. La incidencia de hepatitis A, con 19 casos y una tasa de 2,4, ha estado más del doble de la esperada, sin que se pueda atribuir el aumento a un brote determinado. La mayor incidencia es en la isla de Eivissa (4 casos y una tasa de 2,9) y a Palma (10 casos y una tasa de 2,5), responsable del aumento de la incidencia respecto del 2008; son adultos con una edad media de 34 años, sólo dos casos menores de 18, y el 73,7% son hombres.

La incidencia de las zoonosis también ha sido baja, con la única excepción de la fiebre recurrente para garrapatas, que ha experimentado un ligero aumento (5 casos y una tasa de 0,5), mientras que no ha habido ningún caso de brucelosis ni de triquinosis.

De lepra, enfermedad sometida a vigilancia especial por la OMS, se comunicaron 2 casos importados, ambos procedentes de Bolivia.

Con respecto a las enfermedades de transmisión sexual y parenteral, la sífilis sigue más alta de lo que se esperaba, con 98 casos y una tasa de 8,9; la

incidencia más alta es en la isla de Eivissa y en Palma (tasas respectivas de 14,4 y 13,7). En cambio, no ha habido ningún caso de sífilis congénita. Han aumentado también las hepatitis víricas, tanto la B (30 casos, tasa de 1,58) como el resto de hepatitis víricas (66 casos y tasa de 6). Los casos de hepatitis B son mayoritariamente hombres (73,3%), con una edad media de 35 años, cabe menor de 18 años y un caso con antecedente de vacunación correcta. Los factores de riesgo más frecuentes son tener parejas múltiples (20%), ser homosexual (13,3%) y haber vivido en países endémicos (10,7%). Con respecto a las otras hepatitis víricas, el año 2009 todas han estado del tipo C, mayoritariamente en hombres (63,6%), con una media de edad de 38 años, y como antecedentes de riesgo principales constan el uso de drogas por vía parenteral (28,8%), haber tenido parejas múltiples y estar en la prisión (16,7%).

Respecto del sida y nuevos diagnósticos de infección por VIH, se tiene que decir que se actualiza periódicamente, por lo cual la incidencia puede cambiar, en especial la de los últimos años, por la incorporación de casos detectados con retraso, y es también por este motivo por el cual se presentan datos agrupados de todo un periodo y no de año en año. Con respecto al sida (2.422 casos acumulados desde el año 1983), los años 2004-2009 se han notificado 386 casos (338 en Mallorca, 13 en Menorca, 32 en Eivissa y 3 sin isla asignada). La distribución por sexo es de 303 hombres y 83 mujeres. Aproximadamente el 70% de los casos tienen entre 30 y 50 años. El 45% de los hombres y casi la mitad de las mujeres tienen entre 30 y 39 años. Sólo un caso es de edad pediátrica. La categoría de transmisión más frecuente es la de UDVP, con 145 casos (37%). Un total de 70 casos son de categoría heterosexual y 63 homosexual. Un total de 84 casos son de origen extranjero. En el gráfico III-12 se muestran las tasas anuales de sida por islas y global de las Balears.

Los nuevos diagnósticos de infección VIH desde el inicio del registro (enero 2003-diciembre 2009) han sido 947, el 78% de los cuales son hombres. De los 947 casos, 810 corresponden a Mallorca, 39 en Menorca y 98 en las Pitiüses. Dos casos tienen asignada Formentera como residencia al diagnóstico. Con respecto a la edad, sólo 2 casos tienen edad pediátrica y la media de edad de

los 947 casos no pediátricos es de 37 años (rango 15-78). Respecto de la distribución por categorías de transmisión, hay que destacar que el primer grupo en importancia es el de la transmisión heterosexual (377 casos; 40%) serie de la categoría homosexual-bisexual (277 casos; 29%) y UDVP (156 casos; 16%). Hay 135 casos sin categoría asignada. El gráfico 4 muestra la distribución anual, en porcentajes, de los casos de infección por VIH por categoría de transmisión. Para los hombres, la categoría homosexual supone el 38% de los casos, el heterosexual, un 31% y la de UDVP, un 17%. A las mujeres, la categoría heterosexual representa un 70% y la de UDVP, un 16%. Hay 945 casos con país de origen conocido, que se distribuyen en 7 regiones de origen: las más frecuentes son la Unión Europea, incluida España (675 casos; 72%), el África sub-saharai (108 casos; 11%) e Iberoamérica (136 casos; 14%). Los casos de origen español presentan un porcentaje considerablemente más alto de categoría UDVP (21,6 enfrente de 7,4) y más bajo de heterosexual (32,8 enfrente de 52,7) que los de origen extranjero. (Ver los gráficos III-12 y III-13.)

Una parte de los casos detectados de las enfermedades de declaración obligatoria son importados, es decir, pacientes diagnosticados a las Illes Balears con origen de la infección en otro lugar; estos casos no se han incluido en el análisis anterior. En el 2007 el número total de estos casos fue de 38. En la tabla se presentan los casos detectados y la comparación con el quinquenio anterior. Destacan la disminución del paludismo (8 casos, IE de 0,33) y de la tuberculosis respiratoria (7 casos, IE de 0,70), y el aumento de la hepatitis A (8 casos, IE de 2) y la legionelosis (8 casos, IE de 2,67).

Con respecto a los casos importados, la enfermedad más frecuente es el paludismo, con 12 casos. Una buena parte (7 casos) corresponde a personas inmigradas que van a pasar un tiempo en su país; la mayoría de los casos proceden de Nigeria (7 casos). La sigue en frecuencia la tuberculosis respiratoria, con 9 casos de procedencias muy diversas. Entre las enfermedades que raramente se han detectado hasta horas de ahora, destacan 3 casos de dengue, los tres procedentes de Bolivia. Respecto de los brotes epidémicos, se puede destacar el siguiente:

a) Brotes de origen alimenticio: en el 2008 se han detectado 8 brotes de transmisión alimenticia, el número más bajo desde el año 1988. El total de personas afectadas ha estado de 75, con 23 ingresados. El número de afectados es de casi el doble que el del año 2008, a causa de un brote con 33 casos, probablemente por norovirus. Los brotes de carácter colectivo han sido siete, mientras que sólo ha habido uno de familiar. Se han identificado alimentos en cuatro brotes (huevo en dos brotes, pescado y marisco en otros dos). Los agentes implicados han sido la salmonela en cuatro brotes y la histamina en uno. Del resto, en dos casos la sospecha diagnóstica es vírica y en uno es un tóxico desconocido.

b) Brotes de origen no alimenticio: dentro de este epígrafe se agrupan todos los brotes que se transmiten por mecanismos diferentes del alimenticio o hídrico y, por lo tanto, tanto la etiología como la presentación clínica y el patrón de transmisión son heterogéneos. Se incluyen también brotes por ingesta accidental de agentes tóxicos o infecciosos que no estaban presentes, como contaminantes de alimentos o de bebidas (ingesta accidental de agua de baño contaminada, intoxicaciones por medicamentos y sustancias psicoactivas). El año 2009 se han detectado 17 brotes no alimenticios, 12 en Mallorca, 1 en Menorca y 4 en las Pitiüses, con un total de 72 afectados. La media es de 4,2 afectados por brote y el rango va de 2 a 16 enfermos. Al comparar el número de brotes con la media del quinquenio anterior resulta un índice epidémico de 0,55, casi la mitad de lo que se esperaba. También el número de afectados ha descendido respecto del quinquenio anterior, con un 77% de afectados menos que la mediana. El mecanismo de transmisión más frecuente es el contacto directo, con 8 brotes y 22 afectados, y sigue en frecuencia la vía respiratoria, con 6 brotes. Han aumentado los brotes por contacto directo por comparación al quinquenio anterior, todo y que el número de afectados ha disminuido, mientras que los respiratorios han disminuido tanto en número de brotes como en número de afectados. Destaca la disminución de los brotes de tuberculosis, 3 en el 2009, cosa que representa la tercera parte de lo que se esperaba (IE 0,33) y la detección de 4 brotes de sífilis, enfermedad de la cual no se había declarado ningún brote en el quinquenio anterior. Ha habido también un brote

por *Mycobacterium abscessus*, por inoculación de un material contaminado durante la práctica de mesoterapia, que además ha sido el brote con un número de casos más elevado (17). Con respecto a los colectivos afectados, los más frecuentes son los de ámbito escolar.

4.1.2. INTERRUPCIONES VOLUNTARIAS DEL EMBARAZO

En el 2008 (último año en que ya se dispone de la información completa),¹³ el número de abortos voluntarios en las Illes Balears fue de 3.387, y la tasa de 15 a 45 años fue de 13,7‰. La incidencia de las IVE en las Illes Balears se mantiene muy por encima de la media nacional y ha ocupado el primer lugar entre las comunidades autónomas, hasta los últimos años, en que ha sido superada por Madrid desde 2006, y en el 2008 también por Catalunya y Murcia. El gráfico III-14 muestra la evolución de las tasas de las Illes Balears y globales de España de 1999 en el 2008.

La media de edad fue de 27,5 años, con un rango de 13 a 48 años. La mayor incidencia corresponde a las mujeres de 20 a 24 años (22,6‰ casos). La tasa de las más jóvenes, que desde hace años se mantenía más elevada que la media, este año ha sido igual que ésta. Las tasas anuales por grupos de edad quinquenales del periodo 1999-2008 se muestran en el cuadro III-14.

El perfil de las mujeres ha cambiado poco respecto de los últimos años. La mayoría (68,1%) eran jóvenes y cerca de la mitad (53,9%) vivían con una pareja. El nivel de instrucción más frecuente es el de segundo grado (el 37,8% de primer ciclo y el 31,1% de segundo ciclo). El 75,9% tenía ingresos propios y el 74,3% trabajaba. El 51,6% ya tenía algún hijo y el 24,4% ya se había sometido a alguna IVE anteriormente. Había utilizado algún servicio de planificación familiar el 78,9%, con más frecuencia de público. El 43,2% de las mujeres habían sido informadas de la posibilidad del IVE en lugares diferentes de centros sanitarios. El motivo era materno en el 96,98% de los casos y la media de semanas de gestación en el momento de la intervención era de 8,4.

¹³ _Queremos destacar que en el 2010 ha entrado en vigor la Ley orgánica 2/2010, de 3 de marzo, de salud sexual y reproductiva y de la interrupción voluntaria del embarazo. Ya habrá tiempo para analizar los efectos sobre la evolución de las IVE.

El 82,9% de las intervenciones se hicieron en centros privadas de las Illes Balears, el 4,1% en centros públicos y hay un 13% que acudió a centros de otras comunidades autónomas.

Por primera vez, el lugar de nacimiento de la mujer se recoge en toda España y se tienen datos del año completo. Las mujeres de origen extranjero supusieron el 47,1% del total (1.596 mujeres). La mayoría de mujeres de origen extranjero son de Iberoamérica (58,8%) o de la Unión Europea (24,7%) y las 5 nacionalidades más frecuentes son Bolivia (19,7%), Ecuador (11,3%), Argentina (6,8%), Rumania (6,0%) y Colombia (5,6%) y, en total, hay mujeres de 73 nacionalidades. A pesar de que la media de edad de las mujeres extranjeras y españolas es similar, la distribución presenta algunas diferencias en el grupo de 15 a 19 años, con porcentajes más bajos para las extranjeras, y en el de 25 a 29, con menor proporción de las españolas.

4.1.3. MORTALIDAD Y SALUD

El año 2008 murieron en las Illes Balears 7.488 personas (3.581 mujeres y 3.907 hombres). La esperanza de vida en el nacimiento del año 2008 fue de 84,3 años para las mujeres y de 78,5 para los hombres. Los tumores son la primera causa de muerte en los hombres, seguimiento de las enfermedades del sistema circulatorio, mientras que en las mujeres la primera causa son las enfermedades del sistema circulatorio y la segunda los cánceres. En tercer lugar, y a más distancia, se sitúan las enfermedades del aparato respiratorio tanto en hombres como en mujeres. En cuarto lugar, se sitúan las causas externas en los hombres y las enfermedades del sistema nervioso en las mujeres. En quinto lugar, se encuentran las enfermedades del sistema digestivo en los hombres y las enfermedades mentales en las mujeres. (Ver el cuadro III-15.)

Por grupos de edad, los tumores constituyen la primera causa de muerte entre 25 y 74 años en las mujeres y entre 45 y 79 años en los hombres. A partir de los 75 años en las mujeres y a partir de los 80 en los hombres, las enfermedades circulatorias pasan a ser la primera causa de muerte. En los

hombres, hasta los 39 años, las causas externas son la primera causa de muerte. (Ver el cuadro III-16.)

Por enfermedades, el cáncer de pulmón es la causa más frecuente de muerte en los hombres y la insuficiencia cardíaca en las mujeres. Las enfermedades cerebrovasculares ocupan el segundo lugar, tanto en los hombres como en las mujeres. El tercer lugar es ocupado por el infarto agudo de miocardio en los hombres y las demencias en las mujeres. No obstante, si se consideran conjuntamente las demencias y la enfermedad de Alzheimer, ocuparían el primer lugar en las mujeres. (Ver el cuadro III-17.)

Con relación a los años anteriores, la mortalidad ajustada parece que se estabiliza después de un periodo de descenso, tanto en los hombres como en las mujeres. Por grupos de enfermedades, la mortalidad por las enfermedades del sistema circulatorio podría estabilizarse. La mortalidad por tumores se mantiene globalmente estable, aunque la mortalidad por algunos tumores como cáncer de mama en las mujeres y los cánceres de pulmón y de próstata en los hombres disminuye. La mortalidad por causas externas disminuye en los hombres, principalmente por la disminución en los accidentes de tráfico. (Ver los gráficos III-15 en III-19.)

4.1.4. ESTRATEGIA DE CUIDADOS PALIATIVOS DE LAS ILLES BALEARS¹⁴

Conceptualmente, hoy por hoy, definimos los cuidados paliativos como el acercamiento a una mejora de la calidad de vida de los pacientes y de sus familiares cuando se enfrentan a los problemas asociados a una enfermedad adelantada e irreversible en que la muerte está presente, o bien de manera percibida o bien de manera manifiesta, mediante la prevención y el alivio del padecimiento en términos de pronta identificación, impecable asesoramiento y tratamiento del dolor y de otros problemas físicos, psicosociales y espirituales.

En esta definición, además, hay implícita una serie de aspectos sobre los cuales se tiene que hacer un especial inciso, ya que los cuidados paliativos son

¹⁴ Este apartado ha sido elaborado por Micaela Comendeiro y Juli Fuster.

mucho más que los cuidados de los últimos días (al final de la vida). De hecho, los cuidados paliativos son un modelo integral de atención en que el objetivo principal del cuidado es la calidad de vida, entendimiento ésta como objetivo a consensuar entre el enfermo, los profesionales y las familias en los cuales se integran los aspectos espirituales y psicológicos en la atención al paciente. Gracias a este consenso, se pueden aplicar de forma conjunta otros tratamientos como quimioterapia o radioterapia, siempre que se tenga presente el objetivo de calidad de vida. Es un modelo de atención que afirma la vida y que considera la muerte como un proceso de esta vida. La intención no es acelerar ni retrasar la muerte, se habla de calidad y por lo tanto de como y no de cuando. Es un modelo que ayuda a los pacientes a vivir tan activamente como sea posible, tanto físicamente como de forma cognitiva, hasta el final. Ayuda a la familia a adaptarse a este proceso durante la enfermedad y el luto, y da apoyo emocional cuando el luto lo hace necesario.

Los cuidados paliativos son, además de una prestación sanitaria, un derecho que tienen las personas, tal como queda recogido tanto en la legislación española¹⁵ como en la europea.¹⁶

En las Illes Balears, a lo largo de este siglo, por término medio, el 42% de los éxitus de cada año mueren a causa de alguna de las patologías que se consideran tributarias de recibir cuidados paliativos (46% en hombres y 37% en mujeres),¹⁷ un punto porcentual por encima de la media del conjunto nacional,

¹⁵ _Pleno del Senado, 14 de septiembre de 1999, en los que se aprobó una moción por la cual se instaba al Gobierno a elaborar un Plan Nacional de Cuidados Paliativos.

Pleno del Consejo Interterritorial de 2001, a raíz del cual se publicó el documento Bases para el desarrollo del Plan Nacional de Cuidados Paliativos.

Ley 16/2003, de 28 de mayo, de cohesión y calidad del SNS, artículo 7.1.

Real decreto 1030/2006, de 15 de septiembre, que actualiza el Decreto de 1995 y añade los cuidados paliativos a la cartera de servicios del SNS.

¹⁶ _Resolución 613, de 1976, sobre los derechos de los enfermos y moribundos a morir en paz y dignidad. Recomendación 779, de 1976, que considera que el médico tiene que hacer todo el posible para aliviar el sufrimiento.

Resolución sobre el respeto a los derechos humanos, de 1995, en los que se instan los estados para que den prioridad a la creación de los cuidados paliativos.

Recomendación 1.418, de 1999, sobre protección de los enfermos en la última etapa de su vida.

Recomendación 24, de 2003, sobre la organización de los cuidados paliativos.

17 VIH-sida: paciente ≥ 50 años. ADVP CD4 < 50 mm³. Carga viral > 100.000 copias/ml. Estadio C del CDC.

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

_ELA y enfermedades de motoneurona: Índice Katz D o peor. Albúmina $< 2,5$ gr / dl $< 10\%$ peso en los últimos 6 meses.

Enfermedad de Parkinson: fase 6-7 clasificación de Reisberg (GDS/FAUSTO).

que es del 41% (46% en hombres y 36% en mujeres). Según los expertos, estos porcentajes de los éxitos hacen referencia a un grado de cobertura mínima,¹⁸ que llevado a su máxima expresión englobaría la totalidad de las personas que mueren de manera no aguda o abrupta, ya que en definitiva todos somos tributarios de recibir atención paliativa en la fase previa a nuestro traspaso.

Más concretamente, para el último año del cual se tienen datos consolidados (año 2007), la tasa bruta de mortalidad a causa de estas patologías en las Illes Balears se sitúa en 297 de cada cien mil personas. Las tasas por islas y el conjunto nacional se muestra en el gráfico III-20.

No obstante, por motivos de disparidad en la evolución y la composición actual por grupos etáris de la población, tanto por islas como para el conjunto de la comunidad respecto del conjunto del Estado, los datos del gráfico III-20 aunque sean datos reales pasan a ser por heterogeneidad no comparables. Se hace necesario ajustar las tasas anteriores, y en esta ocasión utilizamos la población estándar europea. Los resultados de las tasas ajustadas a la población estándar europea se muestran en el gráfico III-21.

Vista la gran diferencia que en términos de incidencia representan cada una de las patologías englobadas en la población diana, susceptible de recibir cuidados paliativos respecto del total, y el hecho que no todas las personas antes de la muerte pasan con la misma intensidad y durante el mismo periodo de tiempo por los diferentes estadios de la enfermedad, se hace necesaria una ponderación para llegar a una estimación que cuantifique las potenciales necesidades de una adecuada cobertura. Siguiendo las recomendaciones de

Demencia de Alzheimer: fase 6-7 clasificación de Reisberg (GDS/FAUSTO).

Insuficiencia cardíaca: grado IV de la NYHA. FE < 20. Frecuentes descompensaciones.

Insuficiencia hepática: estadio C de Child. Frecuentes descompensaciones.

Enfermedad pulmonar obstructiva crónica: disnea de reposo sin respuesta a los broncodilatadores. FEV1 < 30. Hipoxemia < 55. Hipercapnia > 50. Taquicardia. Agudizaciones frecuentes.

Insuficiencia renal: aclaramiento de creatinina < 10 y creatinina sérica > 8 mg/dl, sin indicación de diálisis.

Diuresis < 400 ml/dl

¹⁸ McNamara, B.; Rosenwax, L. K.; Holman, C. D. (2006), «A method for defining and estimating the palliative care population», *J. Pain Symptom Manage*, núm. 32, pág. 5-12.

los expertos,¹⁹ cogemos el 60% de los éxitos oncológicos y el 30% de los a causa de las otras patologías del grupo diana, y en el periodo analizado llegamos a una cifra que para nuestra comunidad autónoma oscila entre las 1.450 y las 1.550 personas con necesidad de atención paliativa. Estas estimaciones por islas se recogen en el cuadro III-18.

La elaboración de la Estrategia de cuidados paliativos de las Illes Balears está motivada por el firme compromiso por parte de la Conselleria de Salut i Consum de impulsar y desarrollar la estrategia en cuidados paliativos del SNS en nuestra comunidad autónoma, y proponer a partir de un exhaustivo análisis de situación, tanto de la población como de los recursos y de las líneas recogidas en el documento nacional, una serie de objetivos principales y específicos a conseguir en el próximo periodo 2009-2014. El objetivo principal, es proporcionar a los pacientes en fase avanzada e irreversible de la enfermedad y a sus familiares una valoración y atención integral adaptada a cada situación, en cualquiera de los niveles asistenciales y durante todo el proceso, basada en el reconocimiento del derecho de cada persona a recibir, durante este periodo, el mejor tratamiento posible, siempre siguiendo criterios de eficiencia, equidad y calidad. Por ello, se propone un modelo de trabajo integrado y coordinado entre los diferentes niveles asistenciales, con el objetivo claro de asegurar una máxima cobertura, tanto poblacional como horaria.

4.2. LOS SERVICIOS SANITARIOS

El sistema sanitario de las Illes Balears tiene que atender tanto una población residente (que ha presentado un constante crecimiento), de la cual un colectivo numeroso dispone de doble seguro, como un notable volumen de población flotante. Estas circunstancias, junto con la insularidad, determinan la estructura, caracterizada por una amplia red hospitalaria de agudos -tanto

¹⁹ Currow, D. C.; Nigthingale, E. M. (2003), «A planning guide: Developing a consensus document for palliative care service provision», *Med. J. Aust.*, núm. 179 (6 supl.), S23-5.

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

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

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

pública como privada-, altamente dotada tecnológicamente. La atención primaria y los hospitales por término medio y larga estancia presentan un menor peso relativo a las Illes Balears.

A lo largo del 2009 la actividad asistencial siguió creciendo. El aumento fue más intenso en la red privada, y así rompió la tendencia de los últimos años en que el sistema público había ganado progresivamente más presencia dentro del conjunto del sistema sanitario balear. Por otra parte, un año más, se continuó generando déficit, de acuerdo con el insuficiente sistema de financiación. Mientras tanto, se siguió fomentando la actividad en formación y se impulsó la investigación y la innovación sanitarias. Asimismo, desde la Conselleria de Salut i Consum se trabajó en la reforma de la salud pública y en el desarrollo de un nuevo marco de calidad.

4.2.1. FINANCIACIÓN DE LA SALUD

El gasto sanitario lo podemos clasificar entre pública y privada. Del total de gasto sanitario en las Balears, un 73% se hace en el sistema público y un 27% en los centros de titularidad privada. Por una parte, el gasto sanitario público se destina principalmente a la atención especializada (63%), la cual se presta en un 93% a partir de medios propios y en un 7% a partir de servicios concertados. La atención primaria representa un 32% del gasto sanitario público. (Ver el gráfico III-22.)

Respecto del gasto en atención primaria, hay que considerar que ésta engloba el gasto farmacéutico (que también está inducida por la atención especializada), el cual representa aproximadamente el 16% del total del gasto sanitario público.²⁰ (Ver el gráfico AIII-1.)

En términos de gasto sanitario público por persona protegida, las Illes Balears se sitúan bastante por debajo de la media española. Así, si comparamos los presupuestos per cápita correspondientes al ejercicio 2010 de las diferentes

²⁰ _Según los datos de gasto sanitario público de 2008 publicados por el Ministerio de Sanidad y Política Social.

comunidades autónomas, se puede observar cómo las Illes Balears son la comunidad autónoma con una menor financiación por habitante (1.066 euros). El diferencial con la media estatal es de 278 euros, mientras que el infrafinanciamiento respecto de la comunidad autónoma con un mayor presupuesto sanitario per cápita (el País Vasco) es de 557 euros. (Ver el gráfico AIII-2.)

Por otra parte, y en contraposición con los datos de gasto público, el gasto sanitario privado supuso un gasto per cápita de 443 euros, el 27% del gasto total. Este porcentaje se tiene que relacionar con el volumen de población con seguro privado en las Illes Balears (26%), que proporcionalmente es el más alto de todas las comunidades autónomas. En el 2008, el diferencial se mantiene a pesar de la importante disminución en las Illes Balears del gasto en primas de seguros relacionadas con la salud (-12%), una dinámica que bien seguro tiene que ver con el efecto de la crisis económica y que impacta al mismo tiempo en más demanda de utilización de los recursos sanitarios públicos. (Ver el gráfico AIII-3.)

El modelo de financiación determina los recursos que la CAIB puede destinar a la cobertura de las necesidades sanitarias de la población. En este sentido, el nuevo modelo de financiación vigente desde enero de 2009, y más teniendo en cuenta la gradualidad a la hora de aplicarlo, no ha compensado la reducción de los ingresos derivados del efecto de la crisis económica sobre la recaudación fiscal. Este nuevo modelo de financiación sigue obviando aspectos relacionados directamente con la utilización de los servicios sanitarios como la magnitud de la población flotante.

Otro dato que hay que considerar en este análisis es el del gasto real en términos de ejecución presupuestaria, que se sitúa por encima del presupuesto inicial a cada ejercicio y que refleja la necesidad de endeudamiento que tiene el sistema para garantizar la prestación de los servicios. Así, el gasto sanitario público en el 2009, en términos de presupuesto ejecutado, fue de 1.328,62 millones de euros, un 5% superior al 2008. Correspondió al servicio de Salud el 98% del gasto sanitario total, con 1.301,96 millones de euros. El gasto por

habitante se sitúa en 1.212,88 euros, con un incremento del 2,6% respecto del 2008.²¹ (Ver el cuadro AIII-33.)

Por capítulos de gasto, son las de personal y los gastos corrientes en bienes y servicios las de más peso sobre el presupuesto ejecutado del Servicio, que en conjunto representan el 78% del gasto. (Ver el cuadro AIII-34.)

Por programas, el mayor peso corresponde a la atención especializada, que supone el 63% del presupuesto ejecutado del IB-Salud, seguido de la atención primaria, con el 32% (teniendo en cuenta, en este caso, la matización hecha antes respecto de la inclusión del gasto farmacéutico); en conjunto representan el 95% del gasto. (Ver el cuadro AIII-35.)

Desde el punto de vista del flujo del gasto sanitario, el gasto sanitario privado alcanza los 475,3 millones de euros y representa el 27% del total del gasto sanitario agregado. Los seguros privados (primas) facturan 150,1 millones de euros (el 32% del total); los productos, aparatos y equipos médicos, de euros (el 33%); los servicios dentistas representan 136,2 millones de euros (el 29%), y otros servicios sanitarios suman 34,1 millones de euros (el 7% restante). De lo contrario, a cargo del Servicio de Salud de las Illes Balears, a través de la atención especializada, se han facturado a los servicios concertados 57,8 millones de euros (el 7% del total). (Ver el cuadro AIII-36.)

Los problemas de financiación del gasto sanitario público motivan ejercicio tras ejercicio la existencia de un diferencial entre presupuesto y gasto real que se traduce en la generación de déficits presupuestarios. La deuda acumulada en el periodo 2002-2009 por el Servicio de Salud sube a 213,55 millones de euros, en el cual hay que añadir las pérdidas acumuladas hasta el 31 de diciembre de 2009 por GESMA y las fundaciones Hospital Son Llätzer y Hospital de Manacor, que representan un montante de 140,87 millones de euros. Como se puede observar, en los últimos años el crecimiento de la deuda del IB-Salud ha sido exponencial. (Ver el cuadro AIII-37 y el gráfico AIII-4.)

²¹ _Según las cifras del padrón de las Illes Balears de 1 de enero de 2009. Fuente: INE.

La evolución de la deuda en el ámbito de la sanidad pública ha alcanzado unos niveles que comprometen la sostenibilidad y que requieren el arbitraje de algún tipo de solución. El escenario actual de crisis económica, que, como se ha dicho antes, impacta negativamente sobre los ingresos públicos, también hace inviable continuar dando apoyo a los problemas de financiación de la sanidad pública en la demora de los plazos de pago a proveedores, los cuales (que se ven afectado igualmente por la crisis) recurren cada vez más a la reclamación de intereses, cosa que no hace sino acentuar el problema.

4.2.2. EL SEGURO SANITARIO

El número de personas con tarjeta sanitaria en las Illes Balears el 1 de enero de 2009 ascendió hasta 1.015.123, con más de una quinta parte de los titulares extranjeros. De hecho, la proporción de personas extranjeras en las Illes alcanzó a comienzo del año 2009 el 21,7% de la población empadronada, casi el doble que al conjunto del Estado y 4 veces más respecto de 1999, año en que el porcentaje de extranjeros en el archipiélago se situó en el 5,5%.

En este contexto, la llegada de un numeroso colectivo de extranjeros con bajo poder adquisitivo, combinada con el estancamiento de la renta per cápita y el aumento de la oferta asistencial pública, han provocado que en la última década se haya experimentado una disminución de la proporción de personas con cobertura sanitaria mixta en las Illes Balears.

Así, las Illes Balears, que hasta hace pocos años habían encabezado el ranking de comunidades autónomas con cobertura sanitaria mixta, ha visto cómo lentamente ha descendido posiciones con relación al resto de regiones. Según los datos de la asociación Investigación Cooperativa entre Entidades Aseguradoras y Fondo de Pensiones (ICEA) y de la Asociación Empresarial del Seguro (UNESPA), las Illes presentaban el año 2001 un 26,5% de población con cobertura de asistencia sanitaria privada, mientras que el año 2009 este porcentaje ha bajado aproximadamente hasta un 20%. Los datos referidos en las Balears de las diferentes encuestas de salud elaboradas por el

Ministerio de Salud y Política Social, la detrás de las cuales se refiere al año 2006, también cogen una tendencia descendente.

Paralelamente, al conjunto del Estado, el seguro privado ha experimentado una tendencia inversa que en las Balears. El año 2001, en España, el porcentaje de población cubierta privadamente era del 13,8%, mientras que el año 2009 ha alcanzado el 17,8%. (Ver el gráfico III-23.)

4.2.3. LOS RECURSOS ASISTENCIALES

La población a las Illes, 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.

4.2.3.1. Los recursos de la atención primaria

La red de atención primaria en las Illes Balears, en diciembre de 2009, estaba compuesta por 57 equipos de atención primaria. Estos equipos trabajan a 57 centros de salud y a 103 consultorios locales o unidades básicas de salud (UBS), 6 en servicios de urgencias (SUAP) y 33 en puntos de atención continuada (PAC). (Ver el cuadro III-19.) A lo largo del 2009 se han abierto 2 centros de salud: uno en Mallorca y otro en Eivissa.

El personal sanitario que ha trabajado el año 2009 a la atención primaria superó a las 1.600 personas. Según los datos de la Subdirección de Recursos Humanos, por colectivos, más de la mitad son facultativos -un 32,5% de los profesionales son médicos de familia y comunitarios, un 8,2% pediatras y un 11,2% son médicos de urgencias-, un 42,9% son enfermeras, sean o no de urgencias, y aproximadamente el 5,2% son auxiliares de enfermería.

El número de trabajadores en atención primaria en las Illes Balears es de los más bajos del Estado y, de hecho, el gasto sanitario en atención primaria en las Illes Balears es un 16% inferior a la de la media española.

4.2.3.2. Los recursos de la atención hospitalaria

Además de su titularidad, según si son públicos o privados, los hospitales de las Illes Balears se pueden clasificar, según su finalidad, en hospitales generales, hospitales de salud mental y hospitales por término medio y larga estancia, de acuerdo con 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 los 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 por término medio y larga estancia como hospitales destinados a atender pacientes que necesitan cuidados sanitarios, en general de baja complejidad, para procesos crónicos o pacientes con un grado de movilidad reducida.

El cuadro III-20 dibuja el escenario del sistema sanitario balear, según los recursos y la actividad de cada grupo de hospitales, tanto si son públicos -de agudos o por término medio y larga estancia- como privados -con ánimo de lucro y sin.

En primer lugar, en la parte superior del cuadro, hay los 7 hospitales de titularidad pública clasificados como generales, que conforman el grueso del sistema sanitario balear de agudos (IB-Salut). En Mallorca se concentran 4 hospitales públicos de agudos, los dos mayores situados en la ciudad de Palma -Son Dureta y Son Llàtzer- y a la espera que se inaugure el nuevo Hospital de Son Espases a final de 2010, y los otros dos situados en Manacor y a Inca para acercar la asistencia al ciudadano. El hospital de esta última ciudad fue inaugurado el año 2007.

Por su parte, Eivissa, Menorca, y Formentera disponen de un hospital en cada isla. El año 2007 se inauguró el Hospital Mateu Orfila en Menorca, que

sustituía el antiguo Monte Toro, y también se puso en funcionamiento el Hospital de Formentera.

Al otro subgrupo de hospitales públicos lo constituyen los hospitales por término medio y larga estancia y el único hospital de salud mental, todos éstos ubicados en Mallorca, excepto la Residencia Asistida Cas Serres en Eivissa, que, todo y que mal clasificado como hospital, funcionalmente es una residencia geriátrica.

Por otra parte, la parte inferior del cuadro se encuentra integrada por los hospitales de titularidad privada. Según su finalidad, se dividen con ánimo de lucro (con 8 unidades) y sin ánimo de lucro (con 3), aunque esta distinción es difusa. De todas maneras, 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 ha cerrado la Clínica Bellver, antigua Femenies, que se añade a los cierres del Hospital Puerto de Alcúdia, en el 2008, y de la Clínica Salus Menorca, SL, en el 2006.

Comparando los datos de las Illes respecto de España, se observa como en el conjunto del Estado se dispone de 17 hospitales por cada millón de habitantes, mientras que en las Balears hay 21,4.

Además, hay otras diferencias significativas entre España y las Balears con respecto a la tipología de los hospitales. Así, en las Illes Balears, según el catálogo oficial, no hay hospitales por término medio y larga estancia privados y, en cambio, hay un porcentaje elevado de hospitales de agudos que son de titularidad privada.

El parque de camas instaladas en las Balears fue de 3.433 a lo largo del 2009, el 56,8% de los cuales correspondieron a hospitales generales públicos, el 4,7% en hospitales por término medio y larga estancia, el 4,8% en el hospital psiquiátrico, el 27,3% en hospitales privados con ánimo de lucro y el 6,4% en

hospitales privados sin ánimo de lucro. Éstos últimos en parte se tienen que contabilizar como de uso público fruto de los conciertos establecidos. Los hospitales de agudos conforman, pues, la gran mayoría de la infraestructura de la asistencia en atención especializada.

Con respecto al número de trabajadores del sistema sanitario, según los datos del SIESCRI («estadística de establecimientos sanitarios cono régimen de internado») del año 2008, hay un total de 15.108. La estructura del personal que trabaja al sistema público y 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 son otros profesionales, entre éstos los farmacéuticos. Mientras tanto, en la red privada un 33,4% de los profesionales que trabajan son médicos, aunque hace falta tener en cuenta que la media de horas trabajadas es significativamente menor que en la pública, y un 21,7% enfermeras.

Hay que destacar que el número de trabajadores del sistema sanitario ha experimentado un crecimiento muy notable durante la última década (casi ha doblado los efectivos durante el periodo). Eso ha hecho que colectivos como los de enfermería y auxiliares de enfermería sean los más numerosos del Estado con relación al número de camas (Ver el cuadro III-21 y gráfico III-24) y, con respecto al número de habitantes, las Balears son las segundas en número de enfermeros, con 3,73 por cada 1.000 habitantes, y las primeras en número de auxiliares de enfermería, 3,38 por cada 1.000 habitantes.

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, excepto con respecto a aceleradores lineales, PET y gammacámaras. En los hospitales de titularidad privada destaca la más alta concentración de equipos de litotricia renal, de salas de hemodinámica, de equipos de resonancia magnética y la única PET de las Illes. Mientras tanto, en la red hospitalaria pública se ubica la

única bomba de cobalto que hay a la Comunidad Autónoma y dispone de la gran mayoría de salas de hemodiálisis y de incubadoras.

4.2.4. LA ACTIVIDAD ASISTENCIAL

4.2.4.1. La actividad de la atención primaria

A lo largo del 2009, un total de 7.480.085 visitas fueron atendidas por la red de atención primaria de las Illes Balears, hecho que supone un crecimiento del 0,9% respecto del año anterior. Este aumento se explica por el ascenso de las visitas en pediatría (5,4%) y de enfermería (1,1%), ya que el número de visitas en medicina de familia fueron las mismas que el año anterior. (Ver el cuadro III-22.)

Por islas, las dinámicas se convirtieron en divergentes, ya que el notable ascenso de las visitas registrado a las Pitiüses, del 6,6%, contrastó con el descenso del 2,1% anotado en Menorca. En Mallorca el aumento fue del 0,4%.

Paralelamente, con respecto a la media de visitas por habitante y año (frecuentación), creció en todos los colectivos. Así, la frecuentación con respecto a los médicos de familia aumentó un 5,2%, a pediatría un 6,5% y en enfermería uno 5,8. De esta manera, el número de visitas por habitante y año se situó, respectivamente, en las 4,58, 5,08 y 2,72.

Además, los médicos de familia continuaron siendo el colectivo que atendió más consultas por día, hasta llegar a las 31,3 por término medio diaria por médico. Mientras tanto, las consultas por facultativo y día en el caso de los pediatras se situaron en las 22,9 por término medio y de los enfermeros en el 19,2.

Los médicos de familia se desplazaron al domicilio del paciente por término medio sólo 0,25 veces cada día, aunque con respecto al colectivo de enfermería esta proporción ascendió hasta las 0,86 veces por día. Las visitas a domicilio en el caso de la pediatría son prácticamente inexistentes.

A la atención primaria se han llevado a cabo diversos programas a lo largo del 2009, entre los cuales destaca el impulso que se ha dado al Programa de Atención Dental Infantil (PADI). El programa PADI, impulsado por la Conselleria de Salut i Consum, persigue que los niños reciban una atención personalizada en la prevención y en la asistencia de las enfermedades bucodentales que puedan sufrir y, de esta manera, contribuir a disminuir las diferencias sociales con relación al cuidado y al mantenimiento de la salud dental.

A lo largo del año 2009, gracias al PADI, se ha ofrecido asistencia dental básica a 52.039 niños nacidos entre los años 1999 y 2003 y se ha alcanzado una cobertura del 32,01% de la población diana, compresa entre 6 y 15 años.

4.2.4.2. La actividad hospitalaria

El sistema hospitalario balear a lo largo del 2009 ha seguido manifestando una notable actividad en los hospitales de agudos, tanto si son de titularidad pública como privada, una de las más elevadas de las comunidades autónomas con relación a los habitantes que residen. En cambio, la actividad en los hospitales por término medio y larga estancia todavía quedan lejos de los registros del resto del Estado, de acuerdo con la menor presencia de estos tipos de hospitales en las Illes Balears.

En cuanto a los hospitales de agudos, la actividad a lo largo del 2009 se ha caracterizado, siguiendo la tendencia de los últimos años, por el crecimiento de la actividad quirúrgica y ambulatoria y por el estancamiento o menor incremento de los indicadores de hospitalización. Así, mientras que a final de la década de los noventa el sistema hospitalario se basaba en el cuidado del paciente más bien en el hospital, es decir, a intensificar el número de estancias e ingresos, diez años más tarde sólo se ingresan los pacientes cuya situación lo hace estrictamente necesario, y se tiende cada vez más a la utilización de las consultas externas y al ambulatorización.

De esta manera, en primer lugar, en los hospitales públicos de agudos

crecieron las intervenciones quirúrgicas -uno 6,1% de programadas y un 3% de urgentes-, las consultas -las primeras consultas un 7,2% y las sucesivas uno 3,7%- y las urgencias un 2,5%. Por contra, con respecto a la hospitalización, se observó una merma de los ingresos del 1,7% y de las estancias del 4,1% y, por lo tanto, una disminución de la estancia media hospitalaria, que pasó del 7,1 en el 2008 en el 6,8 en el 2009.

Por otra parte, en los hospitales privados generales de agudos con ánimo de lucro, prácticamente todos los indicadores de actividad crecieron. En el área de hospitalización, el número de camas funcionando fue de 72 más que el año 2008. y las altas y las estancias aumentaron un 9,4% y 12,6% respectivamente. Con respecto al área ambulatoria, el número de personas atendidas al servicio de urgencias fue un 1,0% más que el año anterior, aunque el pespunte más considerable se obtuvo en el área de las consultas externas, con un incremento superior a los dos dígitos tanto con respecto a las primeras consultas -15,7% de aumento- como las sucesivas -10,8% más que el año anterior. En el bloque quirúrgico, el número de intervenciones programadas también creció con fuerza, hasta un 17,4% más respecto del año anterior, aunque las urgentes experimentaron un descenso del 22,2%.

Con referencia a los hospitales privados sin ánimo de lucro, todo y que el número de altas fue prácticamente idéntico al año anterior, el número de estancias descendió un 4,4%. En conjunto, se hicieron más intervenciones quirúrgicas -un 3,0% más respecto del 2008- y, con respecto a la actividad ambulatoria, hubo una disminución del 1,1% del número de primeras consultas, pero que se combinó con el notable aumento del número de consultas sucesivas, cifrado en el 15,1%.

En el conjunto de hospitales, el descenso de la natalidad en el 2009 hizo que el número de partes en los hospitales públicos bajara un 4,0%. La tasa de cesáreas en los hospitales públicos fue significativamente menor que en la privada (20% enfrente del 34% de la privada).

También se tiene que destacar que el año 2009 hubo 347 camas que, a pesar

de estar instalados, no se hicieron servir, la mayoría de los cuales en los centros privados.

Con todo, el sector privado de hospitalización de agudos a lo largo del 2009 ha aumentado la actividad con relación en el sector sanitario público y ha roto la tendencia de los últimos años, en los que la pérdida del número de unidades hospitalarias privadas y la apertura de hospitales públicos condujo hacia una menor presencia relativa de los centros de titularidad privada en el sistema sanitario balear.

Así pues, con respecto al área de hospitalización, aunque el número de camas funcionantes tanto en el público como en el privado se ha incrementado, sólo en los centros de titularidad privada ha aumentado el número de altas y de estancias a lo largo de 2009.

Mientras tanto, las intervenciones quirúrgicas programadas se hicieron en un 54,9% en el sector privado -con un total de 59.633 intervenciones, aunque 10.259 de éstas fueron intervenciones derivadas de hospitales públicos en hospitales concertados-, mientras que en el 2008 este porcentaje se situaba en el 52%. La alta dotación tecnológica de los hospitales privados y la más alta frecuencia en la utilización de esta tecnología por parte de los privados respecto de los públicos permitió llevar a cabo una intensa actividad quirúrgica, aunque el gran número de personas recién llegadas durante la última década ha sido absorbido por el sistema público.

Para acabar, tanto las primeras consultas como las sucesivas, el año 2009, también crecieron más en la privada que en la pública.

Al conjunto del Estado, la mayoría de indicadores de actividad en términos per cápita son más altos en las Balears. (Ver el gráfico III-25.)

4.2.4.3. Listas de Espera quirúrgica y consultas

La evolución de las listas de espera quirúrgica y de consultas se tiene que

enmarcar dentro de un contexto de creciente actividad, tanto en el área quirúrgica como en el área de consultas. De hecho, en las Balears, las intervenciones quirúrgicas públicas y privadas por habitante son, junto con Catalunya, las más altas del Estado, y con respecto a las consultas, también ocupan una posición destacada.

Adicionalmente, las listas de espera se tienen que relacionar con la frecuentación. En este sentido, se tiene que indicar que las Illes Balears es la tercera comunidad autónoma con más frecuentación, con más de 108 intervenciones quirúrgicas por cada 1.000 habitantes, 57,5 en las públicas - mientras que en España están 60- y 50,5 en las privadas.

Las listas de espera quirúrgica, según los datos de diciembre de 2009, crecieron un 3,2% respecto del mismo mes que el año anterior, lo cual supone un aumento inferior al conjunto de las intervenciones quirúrgicas programadas a los hospitales públicos, que fue del 6,1%. Por lo tanto, se redujo el porcentaje de pacientes con listas de espera sobre el total de intervenciones quirúrgicas programadas (Ver el cuadro III-23).

Con respecto a la demora media quirúrgica, se situó en los 62,53 días, similar a la de diciembre de 2008, y no hubo ningún caso que se demorara más de 6 meses. El tiempo medio de espera en los hospitales de agudos del IB-Salud sigue siendo inferior al del conjunto de los hospitales públicos del Estado, que se encuentra en torno a los 75 días.

En cuanto a las listas de espera por consultas, aumentaron un 7,6%, porcentaje dos puntos porcentuales superior al volumen de consultas totales. De esta manera, la demora media por consultas se situó en los 38,5 días.

4.2.4.4. Hospitales por término medio y larga estancia y hospital psiquiátrico

El Real decreto 1277/2003, por el cual se establecen las bases generales sobre la autorización de centros, servicios y establecimientos sanitarios, define

los hospitales por término medio y larga estancia como hospitales destinados a atender pacientes que necesitan cuidados sanitarios, en general de baja complejidad, por procesos crónicos o pacientes con grado de movilidad reducida.

En el catálogo de hospitales del 2003 figuran el Hospital General y el Hospital Joan March -dos hospitales públicos del IB-Salud que gestiona la empresa pública Gesma- como hospitales por término medio y larga estancia. Ofrecen en conjunto 154 camas por término medio estancia con programas de convalecencia (con rehabilitación integral y multidisciplinar), subagudos y paliativos, para enfermos mayores frágiles, según el modelo sociosanitario propio expresado en el plano estratégico Ben Atès. Además, la atención se completa con hospitales de día de reeducación funcional, que implantan programas, como el de valoración geriátrica integral o el de demencias, orientados también a la asistencia por término medio 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. (Ver el cuadro III-24.)

Además, hay dos hospitales privados que 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 Real decreto 1277/2003 los define como hospitales destinados a proporcionar diagnóstico, tratamiento y seguimiento de la enfermedad a los pacientes que necesitan estar ingresados y que sufren enfermedades mentales. En este sentido, el hospital psiquiátrico ofrece 157 camas por término medio 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

A lo largo del 2009 las donaciones de sangre en las Balears alcanzaron un nuevo máximo histórico al llegar a las 43.869. Este registro supera en un 6,5% las donaciones del año 2008 y sigue la evolución ascendente iniciada hace un año. (Ver el gráfico III-26 A y B.)

El aumento de las donaciones por cada una de las Illes fue bastante homogéneo, con lo cual la estructura porcentual no varió mucho respecto del 2008. El 73,2% de las donaciones se hicieron a Mallorca, el 11,7% en Eivissa y Formentera y el 8,5% en Menorca; mientras que el resto, un 6,5%, serán aféresis.

4.2.4.5.2. Donaciones de órganos

Durante el 2009, en las Balears hubo 32,7 donantes por millón de habitantes, un 14,4% menos que el año anterior y ligeramente por debajo de la media española, que fue del 34,3.

A lo largo del año, tres hospitales generaron donaciones, Son Dureta, Menorca y Can Misses. Del total de 36 donantes de las Balears, se obtuvieron 115 órganos (68 riñones, 31 hígados, 5 coros y 11 pulmones).

Paralelamente, hubo un trasplante renal menos que en el 2008 (se registraron un total de 45). Asimismo, la actividad global de implantes de tejidos y de donación de tejidos se estancó.

4.3. FORMACIÓN, INVESTIGACIÓN E INNOVACIÓN EN MATERIA SANITARIA

La actividad de formación, de investigación y de innovación en materia de salud fue intensa a lo largo del 2009.

Con respecto a la formación continuada, la Comisión de Formación Continuada de los Profesionales Sanitarios de las Illes Balears se encarga de acreditar la formación continuada de todos los profesionales sanitarios establecidos a la Ley de ordenación de las profesiones sanitarias. El año 2009, la actividad ha aumentado cerca de un 40% respecto del año anterior, en el que se tramitaron 941 solicitudes de acreditación de actividades de formación continuada, 914 de las cuales han sido acreditadas.

De la parte de formación especializada, están acreditadas en 34 especialidades sanitarias. En las Illes Balears hay 9 unidades docentes: 4 ubicadas en los hospitales Son Dureta, Son Llàtzer, Manacor y Can Misses, 3 de Medicina Familiar y Comunitaria -las de Mallorca, Menorca y Eivissa-, la Unidad Docente del Trabajo y la Unidad de Comadres.

A lo largo del año 2009, se han ofrecido 152 nuevas plazas de residente: 126 para médicos, 5 para farmacéuticos, 3 para químicos, 2 para psicólogos y 16 para enfermeros. Este año se han formado en total 411 residentes.

Con respecto a la investigación, el gasto en el sistema de salud pública de las Illes Balears el año 2009 ascendió hasta casi 20 millones de euros en concepto de investigación y desarrollo (R+D), con 740 personas que participaron, que si se contabilizan en términos de equivalencia en jornada completa fueron 242. Estos valores suponen un incremento del 37% del número personal de R+D y un incremento del 31% en términos de equivalencia en jornada completa respecto del año anterior.

El sistema sanitario público soporta la mayor parte de la investigación, aunque también se capta financiación externa, especialmente lo que llega del Instituto de Salud Carles III, el cual se destina a proyectos de investigación, a la intensificación de investigadores, la estabilización de técnicos de apoyo y a favorecer la incorporación de grupos emergentes de investigación.

Desde el Instituto de Salud Carles III también se da apoyo a crear estructuras

de investigación, como el Consorcio de Apoyo a la Investigación Biomédica en Red (CAIBER). En las Illes Balears se ha aprobado una unidad conjunta entre el Hospital Universitario Son Dureta y Atención Primaria de Mallorca para formar parte del CAIBER.

Adicionalmente, el Instituto de Salud Carles III ha otorgado un crédito al servicio de Salud para adecuar espacios de investigación en el futuro hospital ubicado a Son Espases. El 61% del crédito es para adaptar instalaciones, el 37% para adquirir equipamiento y el 2,6% para contratar personal.

Por otra parte, se ha preparado un convenio entre Farmaindustria y la Comunidad Autónoma de las Illes Balears, dentro del Programa +i de Cooperación de Farmaindustria con las comunidades autónomas y en coordinación con el Ministerio de Sanidad y Política Social, para fomentar la investigación clínica y traslacional.

Con respecto al Comité Ético de Investigación Clínica de las Illes Balears (CEIC-IB), ha mantenido una actividad muy similar a la del año 2008. Se han evaluado 205 protocolos, 117 de los cuales eran ensayos clínicos (el CEIC-IB ha sido comité de referencia estatal de 4 de los ensayos anteriores), 74 proyectos de investigación y 14 estudios postautorización.

Se tiene que tener en cuenta que la Fundación Mateu Orfila (FMO), creada el año 2003, es la institución que gestiona la mayor parte de la investigación en ciencias de la salud en las Illes Balears. Durante el año 2009 el FMO ha gestionado 145 ensayos clínicos y 9 proyectos de investigación financiados por el Instituto de Salud Carles III, 1 proyecto financiado por el Ministerio de Ciencia e Innovación, 1 por el Ministerio de Sanidad y Consumo y 7 por la Conselleria d'Innovació.

Para acabar, con respecto a la investigación, el Instituto Universitario de Investigaciones en Ciencias de la Salud (IUNICS), que pertenece a la UIB y que tiene firmado un convenio de colaboración con la Conselleria de Salut i Consum, dispone de 33 grupos de investigación integrados en 5 áreas de

investigación. Buena parte de éstos son grupos del sistema sanitario y otros son mixtos universidad-servicios sanitarios. A lo largo del 2009, los miembros de los grupos del IUNICS han conseguido la aprobación de 78 proyectos, han publicado 174 artículos en revistas científicas y han registrado 2 patentes.

La innovación en las Illes Balears es uno de los motores principales que hay que tener en cuenta en el ámbito de la investigación en salud. Las iniciativas de innovación en R+D en las Illes Balears se centran en el desarrollo de plataformas tecnológicas de apoyo como el parque tecnológico ParcBIT e iniciativas de cooperación públicas y privadas como BioIB.

Recientemente, se han promovido diferentes iniciativas innovadoras, como ahora la creación del futuro clúster biotecnológico y sanitario en salud BIOIBAL (representado por el tejido empresarial del sector de la biotecnología, como BioIB y otros sectores afines, por agentes del Servicio de Salud, la UIB y otras instituciones de investigación) y el BioClúster Sur de Europa (constituido por las regiones integrantes de la denominada Euro-Región Pirineos-Mediterráneo).

4.4 REFORMA DE LA SALUD PÚBLICA

Hoy en día sabemos que la salud de la población se debe, en gran parte, a factores que se encuentran fuera del sector sanitario. La influencia sobre los determinantes de salud (las causas de las causas) se imprescindible para mejorar la salud, el bienestar y la economía de las sociedades. La iniciativa "salud en todas las políticas" marcará las políticas de salud pública del siglo XXI. Con esta visión, absolutamente necesaria para hacer frente a la sostenibilidad del sistema asistencial, la Direcció General de Salut Pública i Participació ha empezado un profundo proceso de reforma que tiene como objetivo mejorar la eficacia y eficiencia de las acciones y programas de Salud Pública, y cuantificar los beneficios en salud mediante una evaluación económica del impacto en salud de determinadas políticas, programas y acciones.

Los esfuerzos de la DGSP se han concretado en la redefinición e integración de los sistemas de información en salud pública, la identificación de las desigualdades en salud, la referenciación geográfica de los riesgos asociados a la salud y los efectos que provocan. La monitorización de las acciones implementadas en los distintos entornos sociales, y la comunicación y coordinación con los principales actores implicados (trabajadores, empresarios, educadores, investigadores, grupos sociales, gestores y responsables políticos) mediante plataformas web2.0, constituyen uno de los ejes principales de esta reforma.

Igualmente, la Ley de Salud de las Illes Balears especifica que se tiene que garantizar la eficacia y la eficiencia en la gestión de los recursos sanitarios, con la incorporación de la mejora continuada de la calidad, mediante la acreditación y la evaluación continuada.

El año 2007 se promovió desde el Gobierno de las Illes Balears el II Plan Estratégico de Calidad, que definió los fundamentos de evaluación de la administración, centros y empresas públicas.

Dentro de este contexto, el año 2008 y 2009 se hicieron las primeras actuaciones por parte de la Dirección General de Evaluación y Acreditación para impulsar las políticas de calidad incluidas en el II Plan Estratégico de Calidad del Gobierno y con el Plan de Calidad del Sistema Nacional de Salud, y a establecer un marco de calidad en la Conselleria de Salut i Consum para garantizar al ciudadano prestaciones seguras, de alta calidad y profesionalmente adecuadas tanto al ámbito público como el privado.

Concretamente, en el 2009, se establecieron contactos con otras comunidades autónomas para conocer su experiencia en material de calidad en el ámbito sanitario. Con el fin de que el Marc de Qualitat resultante fuera compatible con otras iniciativas en materia de calidad se realizaron múltiples reuniones de consenso para definir los estándares y los principales indicadores de calidad y seguridad que conforman el modelo. Este Marco

pone las bases para gestionar la mejora continua de la organización y, a la vez, cumplir con la necesaria sostenibilidad del sistema actuando de manera eficiente.

Finalmente para que el marco de calidad disponga de un apoyo jurídico, se ha preparado el decreto que regula el procedimiento de acreditación de centros sanitarios de las Illes Balears.