

3

SALUT, QUALITAT DE VIDA I SERVEIS SANITARIS

RESUM

Aquest any, quant a salut, s'ha volgut fer èmfasi en l'anàlisi de desigualtats socioeconòmiques i per gènere. Per primera vegada, s'incorporen dades del Registre Poblacional de Càncer de Mallorca, integrat en el Servei d'Epidemiologia de la Direcció General de Salut Pública i Participació des del mes de gener del 2008. D'altra banda, també s'ha incorporat com a font d'informació l'enquesta de morbiditat hospitalària que elabora l'Institut Nacional d'Estadística.

El sistema sanitari balear es caracteritza per la insularitat i l'alta presència de població amb doble assegurança. Atesa aquesta singularitat del sistema balear, és necessari tenir una visió global i fer el seguiment de l'activitat tant del sistema públic com del privat. En aquest context, l'activitat assistencial en atenció hospitalària en el sistema públic va créixer moderadament per l'ascens de la despesa sanitària pública. Per contra, l'activitat privada va contreure el creixement en l'àrea d'hospitalització pel tancament al llarg de l'any de dos hospitals. Per la seva part, l'activitat en atenció primària, majoritàriament de titularitat pública, va manifestar un ascens, tot i que força menys intens que l'any anterior.

Mentrestant, el finançament insuficient de la salut va continuar generant dèficit. Al llarg del 2008, es va dur a terme una gran activitat legislativa en matèria de salut, així com una intensa activitat en formació, investigació i innovació sanitàries. Per últim, el nombre de donacions de sang varen assolir un nou màxim històric i les donacions d'òrgans varen créixer notablement.

3.1.

SALUT I QUALITAT DE VIDA

La salut i la qualitat de vida tenen una font d'informació directa, expressada pels ciutadans i que periòdicament es recull en l'enquesta de salut de les Illes Balears. L'informe del CES de l'any 2007 recollia els principals resultats tant de salut com de mobilitat percebuda, així com de prevalença d'hàbits sans o hàbits tòxics i altres factors de risc. Es decidí que les dades de l'enquesta de salut mereixien una anàlisi per gènere i classe social, que es presenta enguany.

A més, seguint les memòries anteriors, s'aporten les dades de morbiditat de les quals hi ha registres poblacionals exhaustius (càncer, accidents de trànsit i totes les de declaració obligatòria). Com a novetat, a l'apartat de morbiditat s'ha inclòs informació de la morbiditat atesa a hospitals i quins motius creen més ingressos segons el registre CMBD. Pel que fa a la mortalitat, en aquest cas sí que es recullen les morts per totes les causes.

3.1.1. PERCEPCIÓ DE SALUT I QUALITAT DE VIDA

El gènere i la classe social són uns dels determinants clau de l'estat de salut equitatiu. L'OMS, a partir de la IV Conferència Mundial de la Dona, que va tenir lloc a Pequín l'any 1995, va considerar marcar com a prioritat reduir les desigualtats de gènere en tots els àmbits i en particular dins l'àmbit de la salut. A més a més, el 2008, l'OMS publica ja un programa d'acció: «Esmenar les desigualtats en una generació o com arribar a l'equitat actuant sobre els determinants socials de la salut», en què torna a insistir en el fet de la classe social com un determinant clau de l'estat de salut. L'enquesta de salut de les Illes Balears de 2007 (ESIB 2007) no fa res més que confirmar el que s'ha dit fins ara.

L'enquesta de salut de les Illes Balears de 2007¹⁵ posa de manifest un percentatge més elevat de dones que d'homes sense estudis i analfabetes, amb ingressos més baixos o que no reben cap pensió contributiva. El percentatge de contractats temporals o amb contracte verbal també és superior en aquest col·lectiu.

La dona es declara, amb més freqüència que no l'home, principal responsable dels infants de menys de 15 anys i de la cura de persones més grans de 74 anys i de persones amb discapacitats o limitacions. Lògicament, també dediquen més temps a aquestes tasques. Entre el principals motius per deixar de treballar esmenten la

dedicació exclusiva a la família i la incompatibilitat entre la família i treball.

També manifesten haver experimentat discriminació amb més freqüència que no els homes per raons d'ètnia i país i per la condició de ser dona.

Sobre l'estat de salut, en general, les dones manifesten tenir una pitjor percepció i declaren tenir més problemes crònics que els homes. De la mateixa manera, la probabilitat en dones adultes de patir un trastorn mental és més elevada que no en homes, sobretot en la cohort d'edat de 25 a 64 anys. En nines, la major diferència comparada amb els nins respecte als problemes de salut mental radica en els símptomes emocionals.

A partir de 65 anys, les dones tenen més limitacions per fer les activitats de la vida diària i menys autonomia funcional.

Les dones fumen menys i ho fan en menys quantitat, excepte les dones més joves. ([Vegeu el gràfic A III-20.](#))

A més, les dones de totes les edats fumen més que fa dos anys, i beuen menys que els homes i ho fan de manera ocasional.

Quant a l'activitat física feta en la jornada laboral, amb menys freqüència que els homes duen a terme activitats que comporten desplaçaments o esforços. En la infantesa, els nins practiquen més activitat física en el lleure que les nines, i el percentatge d'aquestes que no practicaven habi-

15. Univers: població no institucionalitzada resident a les Illes Balears. Recollida d'informació entre juny del 2006 i juny del 2007. Mostreig polietàpic estratificat. Mostra: 2.233 persones (1.696 ≥16 anys i 537 ≤15 anys).

tualment cap activitat era més del doble que el dels nins.

Pel que fa als hàbits alimentaris, el consum diari de fruites i verdura és més freqüent entre les dones així com seguir dietes o règims especials. La freqüència del sobrepès era superior entre els homes. [\(Vegeu el gràfic A III-21.\)](#)

Quant al descans, la proporció de dones que manifesten que les hores que dormen no els permeten descansar prou és superior a la d'homes, també tenen més problemes per dormir la majoria dies o tots els dies i més sovint es desperten unes quantes vegades a la nit.

Les dones freqüenten més els serveis sanitaris, sobretot el metge de capçalera, els serveis d'urgències de la sanitat pública i el dentista, i es fan més proves no urgents. El percentatge d'ingressos hospitalaris és més elevat (sobretot en dones grans) i consumeixen més medicaments que els homes.

Utilitzen més els serveis de la sanitat pública que els homes. Entre els motius per no rebre assistència mèdica quan ho necessitaven, hi havia les obligacions familiars.

Pel que fa a la classe social, entre les persones de classe social desfavorida hi ha una major proporció de gent en atur i una menor proporció d'estudiants o de treballadors insatisfets amb el seu treball, a més d'un nivell d'estrès més baix.

Tant en percepció de la salut, en nombre de trastorns crònics, en probabilitat de

patir un trastorn mental o en limitacions per fer les activitats de la vida diària, és a dir, en quasi tots els paràmetres de l'estat de salut, les classes socials desfavorides se n'enduen la pitjor part.

Amb referència als estils de vida, excepte que s'observa una major proporció de gent que fa un gran esforç físic en la seva jornada laboral i una menor proporció de bevedors de risc, pel que fa a la resta d'hàbits, constatarem el mateix, la balança del risc elevat cau del costat de les mateixes classes, les desfavorides. Les classes desfavorides fumen més, especialment els homes, i presenten una major prevalença d'obesitat que les persones de classe benestant. [\(Vegeu els gràfics A III-22 i A III-23.\)](#)

El mateix esdevé a l'hora de dur a terme pràctiques preventives com la mamografia i la citologia.

Per acabar, les classes desfavorides tenen una cobertura més baixa de serveis sanitaris privats, i freqüenten més el sistema sanitari per problemes de salut, sobretot el metge de família. Utilitzen amb més freqüència el servei d'urgències per ingressar a l'hospital i consumeixen més medicaments pel dolor, antidepressius i antihipertensius. En canvi, consumeixen amb menys freqüència anticonceptius orals que les persones de classe benestant.

3.1.2. LA MORBIDITAT

L'Institut Nacional d'Estadística du a terme l'enquesta de morbiditat hospitalà-

ria a tot el territori espanyol i amb periodicitat anual. Com que té la possibilitat de desagregar-se per comunitats autònomes, ens permet conèixer la morbiditat general atesa, en el nostre cas, als hospitals de les Illes Balears, tant públics com privats, segons el diagnòstic de sortida, i també ens permet determinar la durada de les estades per diagnòstic i estades mitjanes. Resulta no tan sols un mitjà per conèixer les característiques demograficosanitàries de la població ingressada, sinó també un dels mitjans de mesura resum de la freqüentació i la utilització dels recursos hospitalaris en l'any de referència.

Durant l'any 2007 es varen produir a les Illes Balears un total de 134.180 altes hospitalàries, 13.044 altes per cada 100.000 habitants, de les quals el 52,65% varen correspondre a dones. La taxa d'altes de les Illes Balears és la més elevada de tot l'Estat. L'ingrés del 62,66% es va fer per via d'urgència.

Per subgrups d'edat i sexe, els homes que presenten una major incidència pel que fa al nombre d'altes són els de 65 a 74 anys (10.555 altes), seguits pels de 55 a 64 anys (10.295 altes). Mentre que en el cas de les dones, la major incidència es troba en les del subgrup d'edat compresa entre 25 i 34 anys (13.935 altes), seguides per les de 35 a 44 anys (9.511 altes), motivada principalment pel grup diagnòstic de complicacions de l'embaràs, part i puerperi.

A diferència del que succeeix a l'Estat, on les complicacions de l'embaràs, el part i el puerperi suposen el grup diagnòstic de més incidència quant a altes durant l'any analitzat, a les Illes Balears és el grup

corresponent al de malalties en l'aparell digestiu, amb un total de 16.116 altes (12%) i que representa un taxa de 1.567 altes per cada 100.000 habitants.

Aquesta divergència en els resultats entre les Illes Balears i el conjunt de l'Estat podria ser deguda al major pes que hi té l'activitat privada (és la comunitat amb el percentatge més alt de doble assegurança). Per la mateixa raó, els resultats tampoc no coincideixen amb els del CMBD que es mostren més endavant, que només recullen l'activitat pública.

A continuació, es mostren els cinc grups diagnòstics amb més nombre d'altes durant l'any 2007 a les Illes Balears, el percentatge que representen respecte al total d'altes i la taxa per cada 100.000 habitants. Així mateix, a cada un d'aquests cinc grups es mostra la desagregació per sexes i els tres subgrups d'edat que presenten una major incidència, juntament amb el percentatge que representen dins el mateix grup. (Vegeu el quadre III-23.)

Un altre aspecte que s'ha de destacar de la informació disponible sobre les altes hospitalàries durant el període d'anàlisi és que la via d'ingrés principal han estat les urgències, un 61,1%. De forma específica, han suposat el 61,5% de les malalties del sistema circulatori; el 77,9% de les malalties de l'aparell respiratori; el 70,6% de les complicacions de l'embaràs, el part i el puerperi, i el 72,9% de les lesions i els enverinaments.

Respecte al temps d'estada als hospitals, les Illes Balears és la comunitat autònoma amb l'estada mitjana més curta: 5,8 dies.

**QUADRE III-23. CINC GRUPS DIAGNÒSTICS MÉS FREQUENTS
ALS HOSPITALS DE LES BALEARS (PÚBLICS I PRIVATS) (2007)**

Grup diagnòstic		Nre. altes	Percentatge	Taxa
520 579 IX	Malalties de l'aparell digestiu	16.116	12%	1.567
	Homes: 8.652 altes (53,7%)	Dones: 7.474 altes (46,3%)		
	1r grup 60-64 anys: 737 altes (8,5%)	1r grup 75-79 anys: 593 altes (7,9%)		
	2n grup 55-59 anys: 714 altes (8,3%)	2n grup 70-74 anys: 557 altes (7,5%)		
	3r grup 50-54 anys: 679 altes (7,9%)	3r grup 80-84 anys: 549 altes (7,4%)		
390 459 VII	Malalties del sistema circulatori	15.445	11,5%	1.470
	Homes: 8.699 altes (56,3%)	Dones: 6.746 altes (43,7%)		
	1r grup 70-74 anys: 1.201 altes (13,8%)	1r grup 75-79 anys: 1.045 altes (15,5%)		
	2n grup 75-79 anys: 1.162 altes (13,4%)	2n grup 80-84 anys: 1.031 altes (15,3%)		
460 519 VIII	Malalties de l'aparell respiratori	14.719	11,0%	1.431
	Homes: 8.631 altes (58,6%)			
	1r grup 0-4 anys: 1.479 altes (17,1%)			
	2n grup 75-79 anys: 963 altes (11,2%)			
630 677 XI	Complicacions de l'embaràs, el part i el puerperi	14.620	11,0%	1.421
	3r grup 70-74 anys: 920 altes (10,7%)			
800 999 XVII	Lesions i enverinaments	13.863	10,3%	1.348
	Homes: 7.790 altes (56,2%)			
	1r grup 30-34 anys: 676 altes (8,7%)			
	2n grup 20-24 any: 628 altes (8,1%)			
	3r grup 25-29 anys: 626 altes (8%)			

Font: Enquesta de morbiditat hospitalària. Elaboració pròpia.

Els grups diagnòstics que presentaren estades mitjanes més llargues foren: psicosis orgàniques senils i presenils, amb 24,58 dies; altres tuberculosi, amb 23,91 dies, i leucèmies, amb 20,43 dies. Per sexe, els homes presentaren estades mitjanes més llargues en els grups diagnòstics com altres tuberculosi, amb

27,79 dies; trastorns esquizofrèncs, amb 20,63 dies, i leucèmies, amb 19,51 dies. Les dones presentaren estades mitjanes més llargues en els grups diagnòstics com psicosis orgàniques senils i presenils, amb 29,04 dies; trastorns esquizofrèncs, amb 22,71 dies, i leucèmies, amb 22,41 dies.

**QUADRE III-24. ESTADES MITJANES HOSPITALÀRIES PER SEXE
DELS CINC GRUPS DIAGNÒSTICS MÉS FREQUËNTS**

Grups diagnòstics	Homes	Dones
Malalties de l'aparell digestiu	4,70 dies	4,79 dies
Malalties del sistema circulatori	7,09 dies	7 dies
Malalties de l'aparell respiratori	6,79 dies	6,91 dies
Complicacions de l'embaràs, el part i el puerperi	—	3,07 dies
Lesions i enverinaments	5,54 dies	6,16 dies

Font: Enquesta Morbiditat Hospitalària. Elaboració pròpia.

Per sexe, les estades mitjanes hospitalàries dels cinc grups diagnòstics de més incidència es mostren en el quadre III-24.

D'altra banda, d'acord amb el CMBD dels hospitals públics de les Illes Balears, els capítols de la CIE-9 que generen més ingressos són, en les dones, les complicacions de gestació, part i puerperi, que representen una quarta part de les altes, seguit de les malalties de l'aparell circulatori, digestiu, respiratori les causes externes i, en sisè lloc, les neoplàsies. En els homes, el primer lloc l'ocupen les malalties de l'aparell circulatori, seguit de les de l'aparell respiratori, digestiu, les causes externes i, en cinquè lloc, les neoplàsies. Entre el 2003 i el 2008 només s'observen petites variacions. (Vegeu el quadre III-25.)

Pel que fa als diagnòstics concrets, els més freqüents en les dones són la colelitiasi, la insuficiència cardíaca, la bronquitis i bronquiolitis aguda, la fractura del coll del fèmur i l'osteoartrosi. En els homes, els diagnòstics més freqüents són la bronquitis crònica, la insuficiència cardíaca, la pneumònia, l'infart agut de miocardi i l'hèrnia inguinal. (Vegeu el quadre III-26.)

3.1.3. EL CÀNCER

Les Balears disposen d'informació sobre la incidència del càncer del Registre de Càncer de Mallorca. Creat l'any 1989 pel Grup d'Estudis del Càncer Colorectal a partir d'un registre monogràfic de càncer colorectal, el Registre de Càncer de Mallorca es va integrar el mes de gener del 2008 en el Servei d'Epidemiologia de la Direcció General de Salut Pública de la Conselleria de Salut i Consum.

La darrera informació disponible d'aquest registre correspon al període 1997-2000. En aquests moments es processen les dades dels anys 2001 i 2002.

Durant el període 1997-2000 es varen diagnosticar a Mallorca 14.827 casos de càncer, 10.406 si se n'exclouen els casos de càncer de pell no melanoma. Això representa que cada any es diagnostiquen uns 1.000 casos de càncer en les dones i uns 1.500 en els homes (llevat dels càncers de pell no melanoma).

En les dones, el càncer més freqüent és el de mama, seguit pel càncer de colon, el de còs d'úter, el de recte i el de cèrvix uterí. (Vegeu el gràfic A III-24.)

QUADRE III-25. CMBD DELS HOSPITALS PÚBLICS PER CAPÍTOLS CIE-9 (2003-2008)

Sexe	Capít. CIE-9	2003		2004		2005		2006		2007		2008	
		N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Homes	M. infeccioses i parasitàries	989	2,8	947	2,8	960	2,7	950	2,7	857	2,4	933	2,5
	Neoplàsies	2.987	8,4	3.002	8,9	2.984	8,5	3.213	9,3	3.366	9,4	3.473	9,2
	M. endocrines, nutrició, metabòliques i t. immunitat	610	1,7	643	1,9	646	1,8	645	1,9	659	1,8	703	1,9
	M. sang i o. hematopoiètics	233	0,7	257	0,8	315	0,9	328	0,9	345	1,0	364	1,0
	T. mentals	1.195	3,3	1.166	3,5	1.079	3,1	1.088	3,1	1.175	3,3	1.321	3,5
	M. sist. nerviós i òrgans sensorials	2.176	6,1	1.230	3,7	1.216	3,5	1.107	3,2	997	2,8	1.835	4,9
	M. aparell circulatori	5.223	14,6	5.354	15,9	5.533	15,8	5.553	16,0	5.791	16,1	6.001	15,9
	M. aparell respiratori	5.212	14,6	4.929	14,6	5.379	15,4	4.765	13,8	5.305	14,8	5.423	14,4
	M. aparell digestiu	5.138	14,4	5.095	15,1	5.140	14,7	5.054	14,6	4.928	13,7	5.316	14,1
	M. aparell genitourinari	2.271	6,4	1.931	5,7	2.076	5,9	2.085	6,0	2.293	6,4	2.220	5,9
	Complicacions en la gestació, el part i el puerperi	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
	M. pell i teixits subcutanis	465	1,3	398	1,2	428	1,2	467	1,3	420	1,2	466	1,2
	M. aparell muscular i esquelètic i teixits connectius	1.667	4,7	1.579	4,7	1.648	4,7	1.585	4,6	1.653	4,6	1.778	4,7
	Anomalies congènites	434	1,2	460	1,4	438	1,3	384	1,1	314	0,9	375	1,0
	Condicions amb origen al període perinatal	610	1,7	634	1,9	650	1,9	684	2,0	783	2,2	743	2,0
	Síntomes, signes i estats mal definits	2.221	6,2	1.660	4,9	2.214	6,3	2.202	6,4	2.185	6,1	1.730	4,6
	Lesions i enverinaments	3.251	9,1	3.493	10,4	3.366	9,6	3.626	10,5	3.814	10,6	3.678	9,8
	Codis V	1.019	2,9	912	2,7	934	2,7	907	2,6	855	2,4	1.044	2,8
	No consta	0	0,0	0	0,0	9	0,0	8	0,0	220	0,6	319	0,8
	Total	35.701	100,0	33.690	100,0	35.015	100,0	34.651	100,0	35.960	100,0	37.722	100,0

Continua

QUADRE III-25. CMBD DELS HOSPITALS PÚBLICS PER CAPÍTOLS CIE-9 (2003-2008)

Sexe	Capit. CIE-9	2003		2004		2005		2006		2007		2008	
		N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Dones	M. infeccioses i parasitàries	660	1,7	589	1,6	586	1,6	623	1,7	556	1,4	551	1,3
	Neoplàsies	2.564	6,8	2.564	7,1	2.568	7,0	2.665	7,2	2.800	7,2	2.749	6,6
	M. endocrines, nutrició, metabòliques i t. immunitat	688	1,8	669	1,9	681	1,8	756	2,0	720	1,8	765	1,8
	M. sang i o. hematopoètics	284	0,7	414	1,2	343	0,9	305	0,8	309	0,8	344	0,8
	T. mentals	1.047	2,8	1.079	3,0	973	2,6	907	2,4	1.083	2,8	1.207	2,9
	M. sist. nerviós i òrgans sensorials	2.786	7,3	1.222	3,4	1.156	3,1	1.000	2,7	983	2,5	1.477	3,5
	M. aparell circulatori	3.628	9,6	3.651	10,2	3.808	10,3	3.629	9,8	3.899	10,0	4.115	9,8
	M. aparell respiratori	3.206	8,4	2.824	7,9	3.389	9,2	2.887	7,8	3.265	8,3	3.653	8,7
	M. aparell digestiu	3.707	9,8	3.788	10,5	3.767	10,2	3.698	10,0	3.900	10,0	3.990	9,5
	M. aparell genitourinari	2.098	5,5	2.091	5,8	2.117	5,7	2.372	6,4	2.371	6,1	2.545	6,1
	Complicacions en la gestació, el part i el puerperi	8.909	23,5	8.836	24,6	9.204	24,9	9.920	26,8	10.351	26,5	11.209	26,7
	M. pell i teixits subcutanis	367	1,0	290	0,8	310	0,8	336	0,9	308	0,8	362	0,9
	M. aparell muscular i esquelètic i teixits connectius	2.128	5,6	2.122	5,9	2.140	5,8	1.939	5,2	2.079	5,3	2.145	5,1
	Anomalies congènites	247	0,7	263	0,7	221	0,6	234	0,6	250	0,6	259	0,6
	Condicions amb origen al període perinatal	485	1,3	528	1,5	457	1,2	520	1,4	522	1,3	631	1,5
	Síntomes, signes i estats mal definits	1.499	3,9	1.315	3,7	1.552	4,2	1.481	4,0	1.573	4,0	1.509	3,6
	Lesions i enverinaments	2.613	6,9	2.819	7,8	2.854	7,7	2.951	8,0	3.150	8,0	3.243	7,7
	Codis V	1.036	2,7	900	2,5	781	2,1	819	2,2	860	2,2	962	2,3
	No consta	1	0,0	0	0,0	8	0,0	7	0,0	154	0,4	253	0,6
	Total	37.953	100,0	35.964	100,0	36.915	100,0	37.049	100,0	39.133	100,0	41.969	100,0

Continua

QUADRE III-25. CMBD DELS HOSPITALS PÚBLICS PER CAPÍTOLS CIE-9 (2003-2008)

Sexe	Capít. CIE-9	2003		2004		2005		2006		2007		2008	
		N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
No													
consten													
malalties													
	M. infeccioses i parasitàries	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	12,5	0	0,0	0	0,0
	Neoplàsies	0	0,0	0	0,0	1	33,3	1	12,5	0	0,0	0	0,0
	M. endocrines, nutrició, metabòliques i t. immunitat	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
	M. sist. nerviós i òrgans sensorials	1	12,5	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	33,3	0	0,0
	M. aparell circulatori	0	0,0	1	10,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
	M. aparell respiratori	1	12,5	2	20,0	0	0,0	1	12,5	0	0,0	0	0,0
	M. aparell digestiu	0	0,0	3	30,0	0	0,0	1	12,5	0	0,0	0	0,0
	M. aparell genitourinari	0	0,0	1	10,0	1	33,3	0	0,0	0	0,0	0	0,0
	M. aparell muscular i esquelètic i teixits connectius	2	25,0	2	20,0	0	0,0	0	0,0	2	66,7	0	0,0
	Condicions amb origen al període perinatal	1	12,5	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	2	66,7
	Síntomes, signes i estats mal definits	0	0,0	0	0,0	1	33,3	1	12,5	0	0,0	0	0,0
	Lesions i enverinaments	3	37,5	1	10,0	0	0,0	2	25,0	0	0,0	1	33,3
	Codis V	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	12,5	0	0,0	0	0,0
	Total	8	100,0	10	100,0	3	100,0	8	100,0	3	100,0	3	100,0

Font: Servei de Salut de les Illes Balears.

QUADRE III-26. CMBD DELS HOSPITALS PÚBLICS PER DIAGNÒSTICS CIE-9 A 3 DÍGITS (2007-2008)

CIE-9 (3 dígits)	2007		2008		
	Homes	%	N	N	%
491	Bronquitis crònica	1.294	3,6	1.169	3,1
428	Insuficiència cardíaca	792	2,2	827	2,2
486	Pneumònia de l'organisme sense especificar	901	2,5	825	2,2
410	Infart agut de miocardi	740	2,1	823	2,2
550	Hèrnia inguinal	545	1,5	675	1,8
466	Bronquitis i bronquiolitis agudes	590	1,6	658	1,7
574	Colelitiasi	529	1,5	647	1,7
327	Trastorns orgànics de la son	0	0,0	624	1,7
414	Altres formes de malalties cardíaques i isquèmiques cròniques	635	1,8	616	1,6
434	Oclusió d'artèries cerebrals	598	1,7	587	1,6
540	Apendicitis aguda	533	1,5	495	1,3
599	Altres alteracions de la uretra i vies urinàries	479	1,3	466	1,2
188	Neoplàsia maligna de la bufeta	435	1,2	437	1,2
250	Diabetis mellitus	418	1,2	437	1,2
600	Hiperplàsia prostàtica	443	1,2	437	1,2
162	Neoplàsia maligna tràquea, bronquis i pulmó	385	1,1	412	1,1
715	Osteoartrosi/Malalties afins	337	0,9	390	1,0
427	Disrítmies cardíaques	419	1,2	386	1,0
Dones					
574	Colelitiasi	851	2,2	953	2,3
428	Insuficiència cardíaca	845	2,2	885	2,1
466	Bronquitis i bronquiolitis agudes	570	1,5	713	1,7
820	Fractura del coll del fèmur	666	1,7	687	1,6
715	Osteoartrosi/Malalties afins	571	1,5	618	1,5
486	Pneumònia organisme sense especificar	550	1,4	546	1,3
434	Oclusió d'artèries cerebrals	445	1,1	446	1,1
780	Síntomes generals	545	1,4	424	1,0
599	Altres alteracions de la uretra i vies urinàries	385	1,0	418	1,0
174	Neoplàsia maligna a la mama de la dona	459	1,2	387	0,9
493	Asma	351	0,9	377	0,9

Continua

**QUADRE III-26. CMBD DELS HOSPITALS PÚBLICS PER DIAGNÒSTICS
CIE-9 A 3 DÍGITS (2007-2008)**

CIE-9 (3 dígits)	Dones	2007		2008	
		%	N	N	%
518	Altres malalties pulmonars	289	0,7	377	0,9
427	Disrítmies cardíaques	305	0,8	366	0,9
540	Apendicitis aguda	334	0,9	343	0,8
590	Infeccions renals	271	0,7	323	0,8
519	Altres malalties de l'aparell respiratori	285	0,7	315	0,8
410	Infart agut de miocardi	314	0,8	305	0,7
250	Diabetis mellitus	274	0,7	300	0,7

Font: Servei de Salut de les Illes Balears.

En els homes, el càncer més freqüent és el de pulmó, seguit pel càncer de pròstata, el de bufeta urinària, el de colon, el de recte i el de laringe ([Vegeu el gràfic A III-25.](#))

Si el càncer de colon i el de recte es consideren junts, ocupen el primer lloc si es compten els dos sexes conjuntament o el segon en les dones i el tercer en els homes.

Globalment, en el període 1989-2000 les taxes d'incidència de càncer ajustades a la població mundial s'incrementaren tant en les dones com en els homes. ([Vegeu el gràfic A III-26.](#))

Els càncers que incrementen les taxes d'incidència són el càncer de mama en les dones, el càncer de pròstata en els homes i el càncer de recte, tant en els homes com en les dones. En canvi, s'observa una estabilització del càncer de colon tant en els homes com en les dones i del càncer de còs d'úter en les dones. Pel que fa al càncer de pulmó i de bufeta urinària en els

homes, i al càncer de cèrvix en les dones, podria produir-se un descens que s'hauria de confirmar.

3.1.4. ELS ACCIDENTS DE TRÀNSIT

Malgrat la tendència decreixent dels accidents de trànsit arreu de la Unió Europea dels 25, la mortalitat, la morbiditat i els costos econòmics que se'n deriven són aspectes força preocupants en la societat actual. Les projeccions que s'han fet estimen que la càrrega de la morbiditat per aquesta causa, situada el 2002 en el vuitè lloc, passarà a ocupar-ne el quart.

Actualment, es pretén resoldre aquest problema des de moltes perspectives i no tan sols des del punt de vista sanitari; les mesures han de prendre un caire de pluralisme que abasti l'àmbit del transport, el urbanisme, l'educació i el temps d'oci, entre d'altres. Aquesta inclinació es plasma en el programa sanitari de la UE de 2008-2013 amb el lema «Salut en totes les polítiques».

Segons les dades d'estudis preliminars elaborats a escala nacional, des de la implantació del sistema de permís de conduir per punts (1 de juliol de 2006) ha disminuït la mortalitat en carretera d'una manera important.

A les Balears des de l'any 2003 es veu un descens notable d'accidents amb víctimes i morts, amb les xifres més baixes d'accidentalitat i de víctimes entre els anys estudiats. Això no obstant, la mortalitat encara és alta. Segons l'IBESTAT, l'any 2006 la taxa bruta de mortalitat va ser de 9,6 morts per 100.000 habitants, superior en homes (15,5/100.000 habitants) que en dones (3,6/100.000 habitants). El 50% dels morts per accident de trànsit tenia entre 10 i 44 anys i, en la franja d'edat entre 10 i 34 anys, va ser la primera causa de mort.

La Direcció General de Salut Pública i l'Ib-Salut han fet un estudi per conèixer el perfil i les lesions de les persones que havien patit un accident de trànsit prou greu per ingressar en un hospital de la xarxa sanitària pública de les Illes. Així, sabem que en el període comprès entre els anys 2005 i 2006 varen ingressar de manera urgent 1.678 persones amb alguna lesió a causa d'un accident de trànsit. Tres de cada quatre ingressats varen ser homes (74,8% respecte a un 25,2% de dones). La meitat dels accidentats tenien menys de 30 anys. En aquest grup, el 40,3% tenia entre 15 i 29 anys.

El tipus de lesió més freqüent varen ser fractures (65,8%) i després lesions internes (22,6%). Les regions anatòmiques més afectades varen ser les extremitats seguides de les lesions traumàtiques cerebrals.

La meitat dels ingressats varen sofrir lesions moderades, i un terç, lesions greus (34,1%); el percentatge de lesions molt greus és superior entre els homes (6,2%) que entre les dones (3,9%).

Més de la meitat de les lesions més greus afectaven el cap i el coll, i un 29,0% es varen localitzar al tòrax. Quasi la meitat de les lesions molt greus eren internes, mentre que tres de cada quatre lesions moderades eren fractures.

El tipus d'usuari que es va atendre amb més freqüència varen ser els motoristes (33,7%). Més de la meitat dels motoristes eren joves entre 15 i 29 anys i majoritàriament homes.

L'estada mitjana dels lesionats per accidents de trànsit fou de 8 dies. Un 2,6% varen morir durant l'estada a l'hospital (83,7% homes i 16,3% dones). El 16,3% va morir en les primeres 24 hores d'hospitalització. Un 41,9% dels morts tenia menys de 30 anys i un 27,9% més de 60.

El cost econòmic dels lesionats per accident de trànsit va suposar l'1,6% del cost total dels ingressos hospitalaris. Un ingrés hospitalari per un accident de trànsit suposa una despesa mitjana de 5.300 euros.

3.1.5. MALALTIES DE DECLARACIÓ OBLIGATÒRIA

Els casos detectats de la majoria de les malalties de declaració obligatòria de moderada o alta incidència durant el 2008 s'han mantingut dins els límits els esperats o per sota d'aquests, i només set

QUADRE III-27. CASOS IMPORTANTS DE MALALTIES DE DECLARACIÓ OBLIGATÒRIA, ANY 2008. DISTRIBUCIÓ PER MALALTIA. COMPARACIÓ AMB EL PERÍODE 2003-2007

	2003	2004	2005	2006	2007	2008	IE
Malaltia meningocòccica	3	5	2	—	1	1	0,40
Xarampió	—	—	—	—	—	1	—
Altres hepatitis (C i delta)	—	—	1	—	1	2	2,00
F. tifoidea i paratifoidea	1	1	1	1	1	3	3,00
Tuberculosi respiratòria	4	8	10	11	10	7	0,70
Hepatitis A	—	6	3	2	5	8	2,00
Legionel·losi	3	3	2	5	—	8	2,67
Paludisme	26	18	25	24	24	8	0,33

Font: Servei d'Epidemiologia.

malalties han presentat una incidència per sobre de l'esperada (sífilis, febre exantemàtica mediterrània, febre recurrent per paparres, altres hepatitis víriques —incloses C i delta— i legionel·losi). (Vegeu el quadre III-27.)

Pel que fa a les malalties incloses en un programa de vacunació sistemàtica, la malaltia meningocòccica, amb 18 casos i una taxa d'1,7 casos per 100.000 habitants, ha estat dins els límits esperats o per sota d'aquests. S'ha detectat un sol cas de xarampió autòcton. La parotiditis, que en els anys anteriors havia causat brots i epidèmies importants, ha disminuït considerablement, amb 35 casos, 69% menys que la mediana dels 5 anys anteriors, i una taxa de 3,3. La tos ferina ha augmentat lleugerament (9 casos i una taxa de 0,8). La varicel·la, amb 4.336 casos i una taxa de 404, es manté dins els límits esperats. D'hepatitis B se n'han declarat 16 casos (una taxa d'1,5) i no hi ha hagut cap cas de malaltia invasora per *Haemophilus influenzae*, de rubèola,

tètan ni poliomièlitis. Pel que fa a les malalties que es poden prevenir amb vacunació i incloses en calendari, únicament s'han donat casos de parotiditis i tos ferina en persones que haguessin estat vacunades. (Vegeu el gràfic A III-27.)

Quant a altres malalties de transmissió respiratòria sotmeses a vigilància, la incidència de la grip ha estat mitjana, tant pel que fa a la temporada 2007-2008 (període que va des de la setmana 40 d'un any fins a la 20 del següent, aproximadament d'octubre a maig), amb 555 casos, com a l'any natural 2008 (10.736 casos, taxa de 1.007 casos per 10).

La tuberculosi, tant la forma pulmonar (146 casos i una taxa de 13,6) com la resta de formes clíniques (45 casos i una taxa de 4,2), s'ha mantingut dins els límits esperats, en més de la meitat dels casos tenen entre 25 i 49 anys; els homes representen el 65,4% dels casos, i la proporció d'homes supera la mitjana en els grups de 25 a 64 anys.

Els factors o situacions de risc detectats amb més freqüència són l'enolisme (13,6%), la infecció VIH (13,1%), tenir constància de contacte amb un cas de TB (8,4%) i ser UDVP (6,3%); el 44% de pacients (84 casos) eren persones d'origen estranger i, d'aquests, el 40,5% eren de Bolívia (19 casos) o el Marroc (15 casos). De la resta s'havien consignat 25 nacionalitats, amb un rang d'1 a 7 casos per país. [\(Vegeu el gràfic A III-28.\)](#)

Pel que fa a la legionel·losi (transmissió via aerògena ambiental, no persona a persona), amb 104 casos i una taxa de 9,7 casos per 10⁵ habitants, ha augmentat considerablement respecte al període anterior, amb un índex epidèmic de 2,3. [\(Vegeu el gràfic A III-29.\)](#)

A Eivissa, 8 dels 17 casos estaven associats a un brot, de manera que l'augment es pot atribuir a aquest, mentre que a Mallorca la majoria de casos (73 de 81) eren pacients que no es varen poder associar a una font comuna d'exposició amb altres casos; la incidència a Menorca (6 casos) ha estat lleugerament superior a l'esperada, però molt per sota de la resta d'illes. Dels 104 casos, 42 eren turistes, 40 allotjats en establiments d'hosteleria i 2 en domicilis particulars.

Les malalties de transmissió alimentària i fecal-oral s'han mantingut amb incidències molt baixes des de fa anys gràcies al sanejament ambiental, tot i que enguany destaquen els 5 casos de disenteria bacil·lar. També ha estat baixa la incidència de les zoonosi: la leishmaniosi, amb 11 casos i una taxa d'1, ha disminuït un 50% respecte a la mediana del quinquenni

anterior i no hi ha hagut cap cas de brucel·losi ni de triquinosi.

De lepra, malaltia sotmesa a vigilància especial per l'OMS, no se n'ha comunicat cap cas ni autòcton ni importat. Durant el 2008 no hi havia cap cas actiu o en vigilància.

Pel que fa a les malalties de transmissió sexual i parenteral, la infecció gonocòccica ha quedat, tal com s'esperava, dins els límits baixos (37 casos i una taxa de 3,4), mentre que la sífilis ha continuat augmentant (99 casos, una taxa de 9,2 i un índex epidèmic d'1,48) i hi ha hagut un cas de sífilis congènita. La resta d'hepatitis víriques —epígraf que inclou la C i la delta— han presentat un índex epidèmic (IE) d'1,88, amb 45 casos i una taxa de 4,2, amb la màxima incidència a Palma (taxa de 7,2) i el major augment a les Pitiüses (índex epidèmic de 6).

Respecte a la sida i nous diagnòstics d'infecció pel VIH, s'ha de dir que s'actualitza periòdicament, i que la incidència pot canviar, en especial la dels darrers anys més propers a l'actualització, per la incorporació de casos detectats amb retard. Per aquest motiu es presenten dades agrupades d'un període. Pel que fa a la sida, en els anys 2003-2007 es varen notificar 349 casos (302 a Mallorca, 15 a Menorca, 29 a Eivissa i 3 sense illa assignada). El 78,5% eren homes. Aproximadament el 70% dels casos tenia entre 30 i 50 anys. El 40% dels homes i quasi la meitat de les dones tenien entre 30 i 39 anys. Només dos casos eren d'edat pediàtrica. La mitjana d'edat dels casos no pediàtrics era de 40 anys (41 anys els homes i 36 les dones). La

categoria de transmissió més freqüents va ser la d'UDVP, amb 144 casos (41,3%), i la diferència entre sexes era escassa: 40% entre els homes i un 44% entre les dones. Un total de 72 casos eren de categoria heterosexual, dels quals quasi un 60% tenien parelles múltiples com a subcategoria. Un total de 70 casos (20%) tenia el país d'origen diferent d'Espanya.

Els nous diagnòstics d'infecció pel VIH des de l'inici del registre (gener 2003-juny 2008) han estat 519, el 76,3% dels quals eren homes. Dels 519 casos, 447 corresponien a Mallorca, 27 a Menorca i 45 a Eivissa. Cap cas tenia assignada Formentera com a residència en el diagnòstic. Pel que fa a l'edat, només 2 casos tenien edat pediàtrica, i la mitjana d'edat dels 517 casos no pediàtrics era de 38 anys (rang 16-78), 39 els homes (rang 19-78) i 35 les dones (rang 16-59). Respecte a la distribució per categories de transmissió, cal destacar que el primer grup en importància va ser el de la transmissió heterosexual (174 casos; 33,5%), seguit de la categoria homosexual-bisexual (105 casos; 20,2%) i UDVP (86 casos; 16,6%); hi ha 152 casos sense categoria assignada. Quant als homes, la categoria heterosexual va suposar un 27,8% dels casos (la meitat per parelles múltiples), l'homosexual un 26,5% i la d'UDVP un 17%. A les dones, la categoria heterosexual representava un 52% (un terç per parella amb sida o VIH) i la d'UDVP un 15%. Hi havia 515 casos amb país d'origen conegut, distribuïts en 7 regions d'origen; les més freqüents són la Unió Europea, inclosa Espanya (71%), l'Àfrica subsahariana (13,5%) i Amèrica Llatina (11,8%). Els casos d'origen espanyol pre-

senten un percentatge considerablement més alt de la categoria UDVP (21,9 enfront de 6,6) i més baix de l'heterosexual (26,6 enfront de 47) que els d'origen estranger.

Una part dels casos detectats de les malalties de declaració obligatòria eren importats, és a dir, pacients diagnosticats a les Illes Balears amb origen de la infecció en un altre lloc; aquests casos no s'han inclòs a l'anàlisi anterior. El 2007 el nombre total d'aquests casos va ser de 38. En el quadre 5 es presenten els casos detectats i la comparació amb el quinquenni anterior. Destaquen la disminució del paludisme (8 casos, IE de 0,33) i de la tuberculosi respiratòria (7 casos, IE de 0,70), i l'augment de l'hepatitis A (8 casos, IE de 2) i la legionel·losi (8 casos, IE de 2,67)

Brots epidèmics

- a) Brots d'origen alimentari: El 2008 es varen detectar 11 brots de transmissió alimentària, un nombre molt més baix que en els anys precedents (IE 0,40), i tots varen tenir lloc a Mallorca. El total de persones afectades va ser de 39, amb 8 ingressats. Els brots de caràcter col·lectiu havien estat 7, i els familiars 4. Es va identificar l'aliment en 7 brots (ou i conserves industrials: 2 brots; productes de pastisseria, peix i aigua d'un dipòsit: 1 brot). Els agents implicats varen ser la *Salmonella* i la histamina (2 brots), i *E. Coli* i estafilococ (1 brot); en 4 brots no es va identificar l'agent.
- b) Brots d'origen no alimentari: En aquest epígraf s'agrupen tots els brots que es transmeten per mecanismes diferents a l'alimentari o hídric i, per tant, tant l'e-

tiologia com la presentació clínica i el patró de transmissió són heterogenis. S'hi inclouen també brots per ingesta accidental d'agents tòxics o infecciosos que no hi eren presents com a contaminants d'aliments o de begudes (ingesta accidental d'aigua de bany contaminada, intoxicacions per medicaments i substàncies psicoactives). L'any 2008 es varen detectar 26 brots no alimentaris, 20 a Mallorca, 2 a Menorca i 4 a les Pitiüses, amb un total de 190 afectats i una mitjana de 7 afectats per brot. En comparar el nombre de brots amb la mitjana del quinquenni anterior resulta un índex epidèmic de 0,80, un 20% més baix de l'esperat. Va davallar també el nombre d'afectats respecte al quinquenni anterior, amb un 33% d'afectats menys que els que s'esperaven. El mecanisme de transmissió més freqüent va ser el respiratori, amb 13 brots i 37 afectats, cosa que representa una disminució (mediana del quinquenni anterior: 17 brots i 107 afectats); la majoria de brots d'aquesta classe eren microepidèmies familiars de tuberculosi amb dos o tres casos. Seguia en freqüència

la transmissió fecal-oral amb 5 brots, igual que la mediana dels anys anteriors, però amb un augment del nombre d'afectats (118, IE 1,59), a causa sobretot d'un brot amb 71 casos en una residència geriàtrica. Destaca la disminució de la parotiditis, que va presentar un nombre de brots semblant als anys anteriors però amb una disminució important del nombre d'afectats. Cal esmentar també un brot per intoxicació aguda per cànnabis per via digestiva a 5 adolescents que havien acudit a un concert; en algun dels casos es varen detectar també altres substàncies psicoactives.

3.1.6. INTERRUPCIONS VOLUNTÀRIES DE L'EMBARÀS

El 2007 (darrer any en què ja es disposa de la informació completa), el nombre d'avortaments voluntaris a les Illes Balears varen ser 3.494 i la taxa de 15 a 45 anys va ser de 14,6 per 1.000. La incidència de les interrupcions voluntàries de l'embaràs (IVE) a les Illes Balears es manté molt per sobre la mitjana nacional i ha ocupat el

QUADRE III-28. INTERRUPCIONS VOLUNTÀRIES DE L'EMBARÀS A LES ILLES BALEARS. DISTRIBUCIÓ PER GRUPS D'EDAT (1998-2007)

Taxa per 1.000	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007
De 15 a 19	9,7	10,2	11,5	12,7	13,6	12,2	13,4	13,7	14,5	16,2
De 20 a 24	15	16	20,2	20,6	20,5	18,9	19,2	20,3	22,2	24,9
De 25 a 29	12,9	12,9	14,2	14,6	15,6	15,3	15,4	15,6	17,7	20,9
De 30 a 34	10,8	10,3	10,4	10,9	12,7	10,9	11,6	12,3	13,8	14,4
De 35 a 39	7,9	8,5	8,5	7,8	8,2	9	8,9	8,1	10,4	9,7
De 40 a 44	2,9	3,7	3,3	3,8	3,4	3,6	4	3,6	4	3,8
Taxa global 15-44	9,9	10,3	11,3	11,6	12,2	11,5	12	12,1	13,5	14,6

Font: Servei d'Epidemiologia.

primer lloc entre les comunitats autònomes fins als darrers dos anys, en què ha estat superada per Madrid. (Vegeu el gràfic A III-30.)

La mitjana d'edat va ser de 27,5 anys, amb un rang de 13 a 48 anys. La distribució per grups d'edat es mostra a continuació. La major incidència ha correspost a les dones de 20 a 24 anys, i destaca la taxa de les més joves, que des de fa anys es manté més elevada que la mitjana. (Vegeu el quadre III-28.)

La majoria de dones (66,7%) eren fadrines, i prop de la meitat (50,8%) vivien amb una parella. El nivell d'instrucció més freqüent va ser el de segon grau (el 35,9% de primer cicle i el 32,7% de segon cicle). El 76,4% tenia ingressos propis i el 74,6% treballava. El 51,2% ja tenia algun fill i el 22,8% ja s'havia sotmès a alguna IVE anteriorment. El 76,1% havia utilitzat algun servei de planificació familiar, amb més freqüència públic. El 46,3% de les dones havien estat informades de la possibilitat de l'IVE a llocs diferents dels centres sanitaris. El motiu va ser matern en el 96,8% dels casos, i la mitjana de setmanes de gestació en el moment de la intervenció va ser de 8,4. El 83% de les intervencions es varen fer en centres privats de les Illes Balears, el 3,7% en centres públics i un 12,5% va anar a centres d'altres comunitats autònomes.

El lloc d'origen de la dona es coneix en els casos en què l'IVE s'ha fet a les Illes Balears. Les dones d'origen estranger suposaren el 45,8% del total (1.400

dones). La majoria de dones d'origen estranger eren d'Amèrica Llatina (58,8%) o de la Unió Europea (24,9%), i les 5 nacionalitats més freqüents varen ser: Bolívia (21,1%), Equador (11,1%), Romania (6,8%), Colòmbia (5,7%) i Argentina (5,6%); en total hi havia dones de 70 nacionalitats. Tot i que la mitjana d'edat de les dones estrangeres i espanyoles va ser similar, la distribució presentava algunes diferències en el grup de 15 a 19 anys, amb percentatges més baixos per a les estrangeres, i en el de 25 a 29, amb més proporció de les espanyoles.

3.1.7. MORTALITAT I SALUT¹⁶

Cada any moren a les Illes Balears més de 7.000 persones. Concretament, l'any 2007 en moriren 7.233 (3.812 homes i 3.421 dones). L'esperança de vida en néixer en el període 2005-2007 va ser de 86,4 anys en el cas de les dones i de 79,1 en el cas dels homes. Els tumors varen ser la primera causa de mort en els homes, seguida de les malalties del sistema circulatori; mentre que en les dones la primera causa són les malalties del sistema circulatori i la segona els càncers. Dos de cada tres homes i dues de cada tres dones de les Balears moren per una d'aquestes dues causes. En tercer lloc, i a més distància, se situen les malalties de l'aparell respiratori tant en homes com en dones. En quart lloc hi ha les causes externes en els homes i les malalties del sistema nerviós en les dones, que des de l'any 2000 s'han incrementat de manera important. (Vegeu el quadre III-29.)

16. Sobre l'anàlisi de la mortalitat des del punt de vista demogràfic vegeu l'apartat 2.2.3.

QUADRE III-29. NOMBRE DE MORTS, TAXA AJUSTADA DE MORTALITAT I MORTALITAT PROPORCIONAL A LES ILLES BALEARS (2007)

Homes	Nombre de morts	Taxa ajustada	Mortalitat proporcional
I. Malalties infeccioses i parasitàries	79	15,71	2,07
II. Tumors	1.247	255,48	32,71
III. Malalties de la sang i òrgans hematopoètics	20	5,60	0,52
IV. Malalties endocrines, nutricionals i metabòliques	91	22,26	2,39
V. Transtorns mentals i del comportament	77	21,00	2,02
VI. Malalties del sistema nerviós	113	29,03	2,96
IX. Malalties del sistema circulatori	1.080	270,23	28,33
X. Malalties del sistema respiratori	443	115,59	11,62
XI. Malalties del sistema digestiu	200	41,66	5,25
XII. Malalties de la pell i del teixit subcutani	3	0,57	0,08
XIII. Malalties del sistema osteomuscular	21	5,80	0,55
XIV. Malalties del sistema genitourinari	84	22,04	2,20
XVI. Certes afeccions del període perinatal	9	1,78	0,24
XVII. Malformació congènita i alt. cromosòmiques	2	0,68	0,05
XVIII. Síntomes, signes i estats mal definits	76	21,01	1,99
XX. Causes externes	267	44,12	7,00
Total	3.812	871,99	100,00
Dones	Nombre de morts	Taxa ajustada	Mortalitat proporcional
I. Malalties infeccioses i parasitàries	66	11,45	1,93
II. Tumors	768	141,00	22,45
III. Malalties de la sang i òrgans hematopoètics	20	3,30	0,58
IV. Malalties endocrines, nutricionals i metabòliques	137	23,41	4,00
V. Transtorns mentals i del comportament	143	23,30	4,18
VI. Malalties del sistema nerviós	191	32,06	5,58
IX. Malalties del sistema circulatori	1.270	211,52	37,12
X. Malalties del sistema respiratori	283	47,68	8,27
XI. Malalties del sistema digestiu	169	29,43	4,94
XII. Malalties de la pell i del teixit subcutani	12	1,90	0,35
XIII. Malalties del sistema osteomuscular	48	8,11	1,40
XIV. Malalties del sistema genitourinari	126	21,11	3,68
XV. Embaràs, part i puerperi	1	0,25	0,03

Continua

**QUADRE III-29. NOMBRE DE MORTS, TAXA AJUSTADA DE MORTALITAT
I MORTALITAT PROPORCIONAL A LES ILLES BALEARS (2007)**

Homes	Nombre de morts	Taxa ajustada	Mortalitat proporcional
XVI. Certes afeccions del període perinatal	9	2,25	0,26
XVII. Malformació congènita i alt. cromosòmiques	6	1,40	0,18
XVIII. Síntomes, signes i estats mal definits	84	14,09	2,46
XX. Causes externes	88	15,44	2,57
Total	3.421	587,70	100,00

Font: IBESTAT i Servei d'Epidemiologia.

Per grups d'edat, les causes externes constitueixen la primera causa de mort a les Illes Balears entre 5 i 39 anys en els homes i entre 1 any i 35 anys en les dones. Els tumors són la primera causa de mort entre 40 i 75 anys en els homes i entre 35 i 75 en les dones, i les malalties del sistema circulatori són la primera causa de mort en ambdós sexes a partir de 75 anys.

L'evolució de les taxes ajustades de mortalitat de les Balears mostra des de final dels anys noranta una lleu tendència descendent, tant en dones com en homes. (Vegeu el gràfic A III-31.)

Si comparem les Balears amb el conjunt d'Espanya, veiem que les taxes segueixen la mateixa tendència, tant en homes com en dones. (Vegeu el gràfic A III-32.)

Pel que fa als principals grups de malalties, s'observa que la mortalitat per malalties del sistema circulatori ha seguit una tendència descendent important tant en les dones com en les homes. Aquesta disminució és més important en les malalties cerebrovasculares que en les coronàries en

tots dos sexes. En canvi, la mortalitat per tumors es manté globalment estable, malgrat que disminueix la mortalitat per càncer de mama en les dones i per càncer de pulmó i de pròstata en els homes. (Vegeu els gràfics A III-33 i A III-34.)

3.2.

ELS SERVEIS SANITARIS

El sistema sanitari de les Illes Balears és un sistema singular que es caracteritza per la insularitat i l'alta presència de població amb doble assegurament, ja que ha d'atendre tant una població resident amb constant creixement com una important població flotant, fet que condiona l'estructura de l'oferta assistencial. Per això, en aquest apartat de serveis s'ha intentat evidenciar aquesta estructura des dels diferents àmbits en què es manifesta.

En aquest marc, l'activitat assistencial va experimentar un creixement sostingut, tot i que en termes generals menys intens que l'any anterior. A més a més, el finançament insuficient de la salut va

continuar generant dèficit. Mentrestant, es varen publicar al llarg del 2008 un gran nombre de decrets en matèria de salut i es va dur a terme una intensa activitat en formació, investigació i innovació sanitàries.

3.2.1. FINANÇAMENT DE LA SALUT

A l'hora de parlar de finançament pertoca aproximar la despesa en serveis de salut que es produeix a les Illes Balears. Per tant, quan ens referim a la despesa sanitària, cal considerar, a banda de la despesa pública, la despesa que efectuen els ciutadans a partir de la seva renda disponible, això és, una vegada descomptats els impostos de la seva renda bruta. Aquesta despesa l'anomenem despesa privada i es pot estimar a partir dels conceptes de despesa relacionats amb la sanitat que ens proporciona l'enquesta de pressuposts familiars de l'INE. El flux de la despesa sanitària de les Illes Balears s'aproxima en el [gràfic A III-35](#).

L'esquema posa en relleu que, del total de despesa sanitària a les Balears, un 71% s'efectua en el sistema públic i la resta als centres de titularitat privada. Per una banda, la despesa sanitària pública es destina a l'atenció primària (30%) i sobretot a l'atenció hospitalària (63%). La despesa amb atenció especialitzada pública es presta en un 93% a partir de mitjans propis, mentre que el 7% restant correspon a l'activitat concertada, aquesta darrera també coberta amb proveïdors privats d'assegurança sanitària.

Per l'altra banda, la despesa sanitària privada, no coberta per l'Estat, va suposar una despesa per càpita de 475 euros, el 29% de la despesa total. Aquest percentatge s'ha de relacionar amb el volum de població amb assegurança privada a les Illes Balears (25%), que proporcionalment és el més alt de totes les comunitats autònomes. (Vegeu l'apartat 3.2.3 sobre l'assegurament sanitari).

A més, tradicionalment la despesa farmacèutica pública per habitant des de l'any 1991 es troba per sota de la mitjana estatal, segons l'Institut Nacional d'Estadística i, concretament, l'any 2008 les Illes Balears estan a la coa de les comunitats autònomes, amb 197 euros per habitant. ([Vegeu el gràfic A III-36](#).)

És evident que distints factors expliquen la divergència de despesa farmacèutica entre regions, com ara el percentatge de gent gran, el PIB per càpita o la població mutualista.

Amb tot, la despesa sanitària pública per habitant es va situar encara lluny de la mitjana espanyola, que es troba en els 1.331 euros per càpita l'any 2007.¹⁷ Això explica que els hospitals de titularitat privada històricament hagin desenvolupat un paper supletori davant una xarxa pública que fins fa pocs anys era clarament precària, a banda de la influència que hagi pogut tenir el progrés socioeconòmic de la població balear.

Així, pel que fa al finançament públic de la sanitat, hi ha consens respecte als problemes financers que pateixen les comu-

17. Segons les dades que publica el Ministeri de Sanitat i Política Social el 2007, subjectes a revisió.

nitats autònomes.¹⁸ En el cas de les Illes Balears, aquest fet es pot concretar en tres punts clau:

- Es tracta d'un model de finançament estàtic que no recull l'increment de població experimentat a partir de l'any 1999. En aquest sentit, segons l'Institut Nacional d'Estadística, la població va créixer a Espanya entre els anys 2000 i 2008 un 14,0%, mentre que a les Balears ho va fer en un 26,9%, taxa d'augment que és pràcticament el doble de la mitjana estatal.
- El model no considera la població flotant. El contingent de persones que visiten les Illes al llarg de l'any, l'anomenada població flotant, suposa una càrrega mitjana diària de prop del 30% de la població permanent.¹⁹
- Per últim, cal destacar els condicionaments derivats de la insularitat i el

sobrecost important que implica aquesta circumstància. A més, s'ha de considerar la doble insularitat de Menorca i Eivissa i la triple insularitat de Formentera.

La despesa sanitària, en termes de pressupost executat, corresponent al 2008 va ser de 1.268 milions d'euros, cosa que representa un increment del 7,9% respecte a l'exercici anterior. D'aquesta forma, en els darrers cinc anys la despesa sanitària a les Illes Balears ha crescut un 50%.

Si s'analitza el pressupost executat pel Servei de Salut per capítols, s'observa que les despeses de personal i les despeses en béns i serveis concentren el 78% de la despesa. Destaca a més l'augment important de les transferències de capital. (Vegeu el quadre III-30.)

QUADRE III-30. PRESSUPOST EXECUTAT SECCIÓ 60 – SERVEI DE SALUT (PER CAPÍTOLS)

	Pressupost executat 2008	% s / total	Pressupost executat 2007
Cap. 1 Despeses de personal	464.238.241	37,50%	418.477.262
Cap. 2 Despeses corrents en béns i serveis	498.987.610	40,30%	445.928.682
Cap. 3 Despeses financeres	7.983.028	0,60%	2.738.177
Cap. 4 Transferències corrents	214.716.144	17,30%	209.080.196
Cap. 6 Inversions reals	43.961.253	3,60%	70.024.111
Cap. 7 Transferències de capital	8.319.698	0,70%	1.284.815
Total Servei de Salut de les Illes Balears	1.238.205.974	100,00%	1.147.533.243

Font: Estat d'execució de despeses SAP IBSA. Data: 01/04/09 (dades de la Secció 60)

18. El sistema de finançament de les comunitats autònomes de règim comú, regulat per la Llei 21/2001, preveu tant el finançament dels serveis comuns com el finançament de la gestió dels serveis de sanitat i dels serveis socials de la Seguretat Social.

19. Mateu, J.; Riera, A. «Un indicador diari de pressió humana per a les Balears». *Monogràfics CRE*, núm. 9, 2006.

3.2.2. L'ASSEGURAMENT SANITARI

El nombre de persones amb targeta sanitària a les Illes Balears a final de desembre del 2008 varen ascendir fins a 1.015.123. Al voltant d'una cinquena part dels titulars de les targetes varen ser d'origen estranger i, com és habitual en els darrers anys, aquesta proporció va continuar augmentant amb relació a l'any anterior. Així, els estrangers a les Illes Balears varen representar l'1 de gener de 2008 el 20,8% de la població empadronada, tres dècimes més que l'any anterior, percentatge molt superior a la mitjana espanyola (11,4%).

Les Balears encapçalen, segons les dades de l'enquesta nacional de salut, el rànquing de comunitats autònomes amb cobertura sanitària mixta, amb una quarta part de la població que en té. [\(Vegeu el gràfic A III-37.\)](#)

Aquest percentatge és gairebé el doble de la mitjana estatal, i és encara més la diferència si es compara amb altres comunitats autònomes amb renda per càpita similar o fins i tot superior a la de les Balears, com Navarra o La Rioja. [\(Vegeu el gràfic A III-38.\)](#)

A més d'això, s'ha de tenir en compte que moltes de les persones que visiten les Illes

gaudeixen d'assegurança vinculada al viatge, la qual, en cas de necessitat, s'utilitza fonamentalment a la xarxa sanitària privada.

3.2.3. ELS RECURSOS ASSISTENCIALS

Els recursos assistencials de què disposen les Balears per atendre aquesta població resident i flotant són els de l'atenció primària i de l'atenció hospitalària pública i privada.

Pel que fa als recursos d'atenció primària, la majoria són de titularitat i de gestió pública. Mentrestant, els recursos de l'atenció hospitalària comprenen els 10 hospitals públic (7 d'aguts, 2 de mitjana i llarga estada i 1 de psiquiàtric) i els 13 hospitals privats (10 amb afany de lucre i 3 sense afany de lucre).

3.2.3.1. Els recursos de l'atenció primària

La Xarxa d'Atenció Primària a les Illes Balears consta de 55 equips d'atenció primària que treballen a 55 centres de salut i a 104 unitats bàsiques de salut (UBS), 5 serveis d'urgències (SUAP) i 26 punts d'atenció continuada (PAC). [\(Vegeu el quadre III-31.\)](#)

QUADRE III-31. RECURSOS DE L'ATENCIÓ PRIMÀRIA (2008)

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

Font: IB-Salut.

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

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

3.2.3.2. Els recursos de l'atenció hospitalària

Els hospitals de les Illes Balears es poden classificar des de dues perspectives, segons la seva titularitat, entre públics i privats, amb afany de lucre i sense, o segons la seva finalitat, en hospitals generals, hospitals de salut mental i hospitals de mitjana i llarga estada, d'acord amb el Reial decret 1277/2003, pel qual s'estableixen les bases generals sobre l'autorització de centres, serveis i establiments sanitaris. La normativa actual defineix els hospitals generals com els hospitals destinats a atendre pacients afectats per patologies agudes; els hospitals de salut mental com a hospitals destinats a proporcionar diagnòstic, tractament i seguiment de pacients amb malalties mentals, i els hospitals de mitjana i llarga estada com a hospitals destinats a atendre pacients que necessiten cures sanitàries, en general de baixa complexitat, per processos crònics o pacients amb un grau de mobilitat reduïda. (Vegeu el quadre III-32.)

El quadre III-32 ofereix l'escenari del sistema sanitari balear, diferenciat de la resta

de comunitats autònomes, com s'ha comentat, per l'alta presència de població amb doble assegurança (resident i flotant) i d'hospitals de titularitat privada.

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

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

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

QUADRE III-32. SISTEMA HOSPITALARI A LES ILLES BALEARS

Tipus	Hospital	Llits			TIPIUS hos	Hospitalització				Activitat quirúrgica			Activitat ambulatòria			
		Funcionants		Instal·lats		LlITS funcionants	Ingressos / altres	Estades mitjana	Int. quirúrgi- ques programades % d'ambulabories	Int. quirúrgics urgents	Parts (% cesàries)	1es consultes / successives	Urgències (% ingressos per aquesta via)			
		Funcionants	Instal·lats	I-F												
Públics	Aguts 7	Hospital Son Dureta	745	810	65	G										
		Hospital Mateu Orfila	142	142	0	G										
		Hospital d'Inca	155	158	3	G										
		Hospital Can Misses	175	181	6	G	1.834	77.355	547.154	7.1	46.214 (57%)	10.566	9.101	382.472/	840.081	450.627
		Hospital de Manacor	228	231	3	G										
		Hospital Son Llàtzer	377	426	49	G										
		Hospital de Formentera	12	12	0	G										
	Mitjana i llarga estada 4	Hospital Joan March	102	108	6	ML	174	2.277	53.355	23,4	2.199 **	0	5.440/	12.461	0	
		Hospital General de Mallorca	72	75	3	ML										
		Hospital Psiquiàtric Residència assistida Cas Serres****	156	171	0	SM	156	66*	53.497							
		152	166	14	L											
		2316	2480	149												
Privats	Amb ànim de lucre	USP Clínica Palmaplanas	123	174	51	G										
		Sanitària Balear, SA	193	194	1	G										
		Policlínica Miramar	191	215	24	G	822	63.013	202.672	3,2	41.066	1.479	265.442/	324.822		
		Policlínica Verge de Gràcia, SA	25	25	0	G							3.353	328.686		
		Hospital General de Muro, SL	44	84	40	G										

Continua

QUADRE III-32. SISTEMA HOSPITALARI A LES ILLES BALEARS

Tipus	Hospital	Llits		TIPIUS hos	Hospitalització			Activitat quirúrgica			Activitat ambulatòria			
		Instal·lats			LLITS funcionants	Ingressos / altes	Estades mitjana	Int. quirúrgi- ques programades % d'ambulatores	Int. quirúrgiques urgents	Parts (%) cesàries	1es consultes /successives	Urgències (%) ingressos per aquesta via)		
		Funcionants	I-F											
Privats Amb ànim de lucre	Policlínica Nostra Senyora del Rosari, SA	80	82	2	G									
	Serveis Integrals de Sanitat, SL (Juaneda)	76	109	33	G									
	Gestió Hospit Balear, SL (Clínica Femenia)	90	95	5	G									
	Clínica Menorca, SL***	31	31	0	G									
	Hospital d'Alcúdia***	32	32	0	G									
Sense lucre	Mútua Balear	29	40	11	M	29	1.544	4.077	2,6	1.151	87	0	17.667 / 26.581	12.597 (3,1%)
	Hospital Sant Joan de Déu	150	150	0	MQ	192	4.227	65.687	15,5	9.942 (16,2%)	0	0	48.957 / 40.691	0
	Hospital Creu Roja	42	78	36	MQ									
	Total	1.108	1.309	201		3.424	148.482	926.442	6,2	100.572	12.132	12.454	719.978 / 1.248.500	788.046

* En aquest cas es refereix a altes i no a ingressos

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

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

**** La major part dels llits instal·lats són residencials, a pesar que el centre està integrat com a residència.

G: general, ML: mitjana i llarga estada, SM: salut mental, L: llarga estada - residència, M: mútua d'accidents de treball i malalties professionals, MQ: mèdicoquirúrgic

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

A final del 2008 es varen tancar dos centres privats, mentre que l'antiga Clínica Femenia va passar a denominar-se Clínica Bellver.

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

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

Pel que fa al nombre de treballadors del sistema sanitari, aproximadament el 36% es troba la xarxa privada. L'estructura del personal que treballa en el sistema públic i privat és diferent. Així, als centres hospitalaris de l'IB-Salut un 15,8% dels professionals són metges, un 30,7% infermers, un 29,0% es classifica com a ajudants sanitaris -bàsicament auxiliars d'infermeria-, un 22,7% és personal no sanitari, propi o vinculat, i la resta són altres professionals, entre els quals hi ha els farmacèutics. A la xarxa privada un 33,4% dels professionals que hi treballen són metges, tot i que cal

tenir en compte que la mitjana d'hores treballades és significativament menor que a la pública, i un 21,7% són infermers.

Pel que fa a l'equipament tecnològic, es distribueix entre hospitals públics i privats segons el [gràfic A III-39](#)

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

La singularitat del model assistencial balear es caracteritza per la molt alta presència de tecnologia a la xarxa privada i té la seva translació en termes de comparació territorial en el fet que a les Illes Balears hi ha més dotació d'alta tecnologia, per milió d'habitants, que a la resta d'Espanya, com s'observa en el [gràfic A III-40](#)

3.2.4. L'ACTIVITAT ASSISTENCIAL

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

3.2.4.1. L'activitat de l'atenció primària

A la Xarxa d'Atenció Primària de les Illes Balears es varen atendre al llarg de 2008 un total de 7.413.591 visites, un 2,3%

més que l'any anterior. Aquest increment s'explica per l'ascens significatiu de les visites en pediatria (6,4%) i en infermeria (3,7%), ja que el nombre de visites en medicina general va experimentar un creixement per sota de l'1%. (Vegeu el quadre III-33.)

Paral·lelament, pel que fa a la mitjana de visites per habitant i any (freqüentació), es va mantenir la tendència a la baixa que es registra des del 2005 pel que fa als metges de família, ja que hi ha hagut 4,35 visites per habitant i any. Per contra, quant

als pediatres i el personal d'infermeria, aquesta ràtio va augmentar en relació amb l'any anterior, fins a arribar a les 4,77 i 2,57 visites per habitant susceptible de ser atès i any respectivament.

D'altra banda, els metges de família varen continuar essent el col·lectiu que va atendre més consultes per dia, fins a arribar a les 32,5 de mitjana diària per metge. Mentrestant, les consultes per facultatiu i dia en el cas dels pediatres varen ser 22,2 de mitjana, i dels infermers, 19,5.

QUADRE III-33. ATENCIÓ PRIMÀRIA A LES ILLES BALEARS (2008)

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

Font: IB-Salut.

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

3.2.4.2. L'activitat hospitalària

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

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

Així, mentre que els ingressos hospitalaris estan pràcticament equilibrats entre tots dos sectors, el nombre d'estades és força superior a la sanitat pública. Això s'explica perquè hi ha més rotació als hospitals privats amb afany de lucre, on l'estada mitjana dels pacients és menys de la meitat que als públics d'aguts (3,2 dies enfront dels 7,1 dels públics d'aguts). Ara bé, s'ha de tenir en compte el tipus d'ingrés i el fet que presumptament impliquin menys complexitat.

Més de la meitat de les intervencions quirúrgiques programades es fan en el sector privat, tot i que part d'aquesta activitat està concertada. Això, no tan sols es deu a l'alta dotació tecnològica dels hospitals

privats, sinó també a la més alta freqüència en la utilització d'aquesta tecnologia per part dels privats respecte als públics. Per contra, les intervencions quirúrgiques urgents les fa molt majoritàriament el sector públic.

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

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

Comparant amb el conjunt de l'Estat, la majoria d'indicadors d'activitat en termes per càpita són més alts a les Balears, la qual cosa pot ser provocada perquè hi ha més accessibilitat al sistema en el cas dels habitants d'aquesta regió i per l'alt volum de població no permanent que suporta el territori insular. ([Vegeu el gràfic A III-41.](#))

Quant a l'evolució, l'activitat hospitalària als hospitals públics d'aguts va manifestar un ascens moderat, després del fort augment experimentat l'any anterior,

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

Font: FIC, gerències d'hospitals d'aguts.

d'acord amb el que mostren pràcticament tots els indicadors disponibles. (Vegeu el quadre III-34.)

Així, el nombre de llits funcionant va experimentar un augment de l'1,4%, fins a arribar als 1.837. Paral·lelament, els ingressos i les estades varen créixer un 4,4%, de manera que el percentatge d'ocupació dels llits hospitalaris va passar del 79,3% del 2007 al 81,6%. El nombre de parts va créixer un 11,0%. L'activitat a l'àrea quirúrgica va palesar també un creixement força pronunciat, un 8,5%, atribuïble a l'increment de les intervencions programades, atès que les inter-

vencions quirúrgiques urgents varen experimentar un descens del 3,4%. Finalment, el nombre d'urgències varen pujar un 3,4%. El percentatge d'urgències que varen haver d'ingressar a l'hospital es va situar en l'11,8%, set dècimes més que l'any anterior.

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

QUADRE III-35. LLISTES D'ESPERA QUIRÚRGICA (LEQ)

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

Font: Elaboració pròpia.

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

3.2.4.3. Llistes d'espera quirúrgiques i consultes

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

Així, si s'analitzen tan sols les llistes d'espera quirúrgiques amb dades de desembre del 2008, sense considerar l'augment d'activitat, aquestes s'incrementaren un 7,5% respecte al mateix mes que l'any anterior. (Vegeu el quadre III-35.)

Això no obstant, atès que les intervencions quirúrgiques programades varen créixer un notable 11,7%, augment més intens que el de les llistes d'espera, es reduí el percentatge de pacients en llistes d'espera sobre el total d'intervencions quirúrgiques programades. De fet, a les Balears les intervencions quirúrgiques per habitant són, juntament amb Catalunya, les més altes de l'Estat. (Vegeu el gràfic A III-42.)

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

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

QUADRE III-36. HOSPITALS DE MITJANA I LLARGA ESTADA (2008)

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

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

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

Font: IB-Salut.

3.2.4.4. Hospitals de mitjana i llarga estada i hospital psiquiàtric

El nombre de llits funcionants de mitjana i llarga estada va ser d'un 5,1% del total de parc de llits de les Balears i d'un 4,6% pel que fa a l'hospital de salut mental. L'empresa pública GESMA (Gestió Hospi-

talària de Mallorca) s'encarrega de gestionar l'Hospital General i l'Hospital Joan March, ambdós de mitjana i llarga estada, i l'Hospital Psiquiàtric. S'ha d'anotar que dos hospitals privats estan classificats com a hospitals d'aguts o medicoquirúrgics, però una part de la seva dotació de llits es destina a aquesta tipologia de malalts.

Als hospitals de mitjana i llarga estada, durant l'any 2008 varen disposar de 179 llits funcionant i varen tenir un total de 53.351 estades, fet que va situar l'ocupació en el 81,7%. (Vegeu el quadre III-36.)

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

3.2.4.5. Els trasplantaments i les donacions de sang i òrgans

En aquest subapartat s'analitzen les donacions de sang i les donacions d'òrgans.

3.2.4.5.1. Les donacions de sang

Les donacions de sang a les Balears al llarg del 2008 varen superar els registres dels anys anteriors i varen situar el nou màxim en les 41.185 donacions. El creixement respecte al 2007 va ser del 6,7%, d'aquesta manera s'ha trencat, de cop, la tendència a retrocedir que s'observava des del 2005. (Vegeu el gràfic A III-43.)

Per illes, el 73% de les donacions es varen fer a Mallorca, el 12% a Eivissa i Formentera i el 9% a Menorca; mentre que la resta, un 7%, foren afèresis.

3.2.4.5.2. Les donacions d'òrgans

Durant el 2008, a les Balears hi va haver 38,2 donants per milió d'habitants, un 19,4% més que l'any anterior, però és encara menor dels màxims assolits durant el trienni 2004-2006, en què les

taxes se situaren per sobre dels 40 donants per milió d'habitants. (Vegeu el gràfic A III-44.)

Al llarg de l'any, tres hospitals varen generar donacions: Son Dureta, Menorca i Can Misses. Del total de 41 donants de les Balears, se n'obtingueren 126 òrgans (75 ronyons, 36 fetges, 8 cors i 7 pulmons).

Paral·lelament, el nombre de trasplantaments renals també va augmentar, fins a situar-se en 46, enfront dels 28 de l'any 2007. Així mateix, l'activitat global d'implants de teixits i de donació de teixits va experimentar una alça generalitzada de l'activitat. (Vegeu el quadre III-37.)

3.2.5. FORMACIÓ, INVESTIGACIÓ I INNOVACIÓ EN MATÈRIA SANITÀRIA

En matèria de salut, al llarg de l'any es varen dur a terme un gran nombre d'activitats de formació, d'investigació i d'innovació.

Pel que fa a la formació, cal destacar l'activitat de la Comissió de Formació Continuada de les professions sanitàries, de la Conselleria de Salut i Consum, que el 2008 ha revisat 676 activitats de formació, de les quals 637 han estat acreditades.

En formació sanitària especialitzada, s'ha donat formació a 381 residents, s'han acreditat 5 noves places d'especialitats, i en la convocatòria 2008-2009 s'ha fet una oferta de 145 places de residents.

Quant a la investigació, la despesa en el Sistema de Salut de les Illes Balears l'any 2007 va ascendir fins als gairebé 11

QUADRE III-37. ACTIVITAT GLOBAL DE DONACIÓ DE TEIXITS

	2008	2007
T. osteotendinós	21	18
H. Can Misses	7	1
H. Son Dureta	14	17
T. ocular (còrnies)	58	42
H. Son Dureta	25	19
H. Son Llätzer	22	16
H. Can Misses	6	4
H. Manacor	3	2
F. Banc de Sang i Teixits		1
H. Inca	1	
H. General	1	
Membrana amniòtica	9	2
H. Son Llätzer	3	2
H. Son Dureta	6	
Sang del cordó umbilical	222	211
H. Son Llätzer	53	49
H. Manacor	43	39
H. Son Dureta	91	113
H. Can Misses	35	
Vàlvules cardíques	8	5
H. Son Dureta	8	4
H. Can Misses		1

Font: CATIB.

milions d'euros en concepte de recerca i desenvolupament (R+D), amb 556 persones que hi varen participar, que si es comptabilitzen en termes d'equivalència en jornada completa varen ser 188. Això suposa el 12,6% del total de la despesa generada en R+D a les Illes Balears i el 12,1% de professionals dedicats a la recerca.

Aquesta investigació es completa amb el finançament extern, especialment el que arriba de l'Institut de Salut Carlos III, el

qual es dirigeix a l'estabilització d'investigadors i de tècnics de suport i afavoreix la incorporació de grups d'investigació.

D'altra banda, el Pla de Ciència, Tecnologia i Innovació de les Illes Balears 2009-2012 identifica com una oportunitat la creació d'un pol d'R+D+I de salut, amb un eix principal (Son Espases, UIB, Parc BIT) amb diferents estructures de recerca, empreses biotecnològiques i concentració del talent. En aquest sentit, és una línia

QUADRE III-38. EVOLUCIÓ DELS ASSAIGS CLÍNICS PRESENTATS AL COMITÈ ÈTIC D'INVESTIGACIÓ DE LES ILLES BALEARS

	2003	2004	2005	2006	2007	2008
Assaigs aprovats	64	60	89	85	85	88
Assaigs denegats	6	7	8	9	3	3
Pendants de resolució	19	9	16	29	33	16
Suspesos	—	6	2	—	6	4
Total assaigs presentats	89	82	115	123	127	111

Font: Conselleria de Salut i Consum. Direcció General d'Avaluació i Acreditació.

prioritària d'aquest pla alinear accions de complicitat entre els camps de la biotecnologia, la biomedicina i les ciències de la salut amb les tecnologies de la informació i la comunicació (TIC).

Així mateix, s'ha de destacar l'activitat d'R+D que avalua el Comitè Ètic d'Investigació Clínica de les Illes Balears. Aquest comitè es va crear l'any 2000 per vetllar pel compliment de la normativa en l'experimentació de productes, substàncies, fàrmacs i tècniques diagnòstiques o terapèutiques en éssers humans, i, especialment, per la seguretat, la integritat i el respecte als drets dels individus que participen en els programes d'investigació. A més, avalua projectes d'estudi de fàrmacs ja comercialitzats per assessorar la Conselleria, que té l'autoritat de permetre que es duiguin a terme aquests estudis a la nostra comunitat.

L'any 2008, es varen avaluar 189 protocols (111 assaigs clínics, 63 projectes d'investigació i 15 estudis de postautorització). Del total d'assaigs clínics presentats, 88 es varen aprovar, 3 es varen denegar, 16 estaven pendants de resolució i 4 es varen suspendre. L'evolució del nombre i

les avaluacions dels assaigs clínics presentats en els darrers 6 anys es mostra en el quadre III-38.

La innovació en la sanitat pública és un dels eixos prioritaris d'actuació, especialment en el camp de les noves tecnologies de la informació i comunicació (TIC). El Servei de Salut de les Illes Balears al llarg del 2008 ha desenvolupat diversos projectes per millorar l'accessibilitat, la seguretat del pacient, els sistemes d'informació i la gestió clínica, entre quals destaquen els següents:

- La implantació a tot el territori de la recepta electrònica. Les Illes Balears ha estat la primera comunitat autònoma de l'Estat que ha implantat al 100% els centres de salut i oficines de farmàcia. S'ha assolit una bona cobertura a Eivissa i Formentera i una bona progressió a les àrees en què la implantació és més recent (abril de 2009), en què la cobertura se situa entorn del 30% dels pacients.
- Història de salut. És una eina d'integració de tota la informació sanitària dels ciutadans que permet que en qualsevol

moment estigui a disposició dels professionals sanitaris de la Comunitat Autònoma. Té les mesures pertinents de seguretat i de confidencialitat. La història de salut permet a més tenir registres d'aspectes rellevants en matèria de salut, com ara les voluntats anticipades. Durant l'any 2008 s'ha iniciat la segona fase d'aquest projecte, que consisteix a implantar la gestió inte-

grada de processos assistencials mitjançant l'aplicació informàtica.

- Factoria d'informació corporativa. És un sistema d'informació del Servei de Salut que permet integrar la informació d'activitat i els indicadors de qualitat assistencial de tots els centres. Aquesta informació disponible actualitzada permet una gestió d'orientació clínica efectiva.

COL·LABORACIÓ:

EL SISTEMA DE SALUT
A LES ILLES BALEARS

GUILLEM LÓPEZ CASASNOVAS (UPF)

GABRIEL FERRAGUT (UPF)

L'anàlisi dels sistemes sanitaris no es poden fer només des d'una òptica quantitativa en la qual únicament es mesuri el volum de l'oferta o la utilització que se'n fa dels recursos, per a vincular-los exclusivament després amb els resultats de salut generals (dependents altrament de molts altres factors aliens al propi sistema sanitari). I menys encara fer-ho en una estàtica comparativa respecte d'altres indrets o països del nostre entorn. Tot i que aquests indicadors ens poden donar una idea de quina és o ha estat la dotació de recursos en un moment concret del temps, —i tal vegada en la seva evolució, quin ha estat el grau de prioritització política que han donat els governs a la política sanitària—, no ens dóna informació efectiva sobre el rendiment dels recursos utilitzats (humans, organitzatius, de “know how” del sistema, de tecnologia...) ni de quin és la seva causalitat envers l'estat de salut de la població. Així la conseqüència més directa d'anàlisi mitjançant comparatives parcials, quan no es complementen amb un estudi exhaustiu de les necessitats de morbi/mortalitat ni de l'avaluació del rendiment, consisteix en generar una

tendència incrementalista (de pressuposts i recursos) que no permet tancar l'abisme de l'efectivitat; és a dir, la diferència entre el que és eficaç en condicions ideals (que l'evidència determina com a bona medicina) i l'efectivitat de l'aplicació a la realitat concreta. L'error parteix de la consideració positiva de que el fet d'incrementar el pressupost respecte als anys anteriors, o que la disposició de més recursos que d'altres, donarà una avantatge comparativa en rendiments d'anys de vida ajustats per qualitat; obviant, entre d'altres, la millora assistencial efectiva en termes de benestar social, a quin cost (o a costa de què) s'assumeixen determinades prestacions, els efectes que un increment de l'oferta poden induir sobre la demanda en un context d'accés gratuït i escassa responsabilització dels professionals sobre les conseqüències econòmiques de les seves decisions, o també d'altres aspectes de caràcter més clínic, com la iatrogènia, la utilització indeguda, insuficient o inapropiada, la mala pràctica, etc. que podrien ser identificades mitjançant indicadors com els de mortalitat evitable però que generalment són menystinguts en anàlisis generals sobre la qualitat del sistema sanitari.

En tot cas, i com a punt de partida per a anàlisis posteriors que hauran de plantejar de forma exhaustiva les qüestions esmentades, necessitem tant per la banda de l'oferta com de la demanda dels serveis, situar el context de la realitat sanitària a les Illes Balears, i dels problemes que es poden plantejar en el futur a fi i efectes de reorientar-los als objectius i

prioritats que implica impregnar de salut totes les polítiques, i no només les assistencials. Els estudis que han comparat a nivell autonòmic diferents tipus d'indicadors descriuen, en termes generals i molt resumidament, (i) nivells de morbiditat i mortalitat que es troben favorablement en la franja mitjana-baixa de la distribució pel conjunt de les autonomies, (ii) malgrat enregistrar uns pitjors indicadors relatius als estils de vida (iii) possiblement vinculats als impactes socials, derivant-se de l'evolució del nostre sistema productiu, i per tant aliens al sistema sanitari, (iv) respostos amb una infraestructura inicialment precària que ha millorat, tot i disposant avui encara d'una remarcable baixa dotació de recursos (v) amb un finançament de la despesa pública associada que en alguns períodes s'ha caracteritzat per ser la més baixa de l'Estat per persona protegida, (vi) tot i l'elevada utilització dels recursos (situada en la franja mitja-alta), com correspon a una Comunitat que ha tingut una renda per càpita relativament elevada (vii) que es canalitza en bona part cap a alguns components de l'oferta privada, i (viii) que fan per un sistema sanitari que mereix una satisfacció global dels ciutadans similar (i no més) a la mitjana estatal .

Així, per explicar el cas de les Illes Balears, hem de destacar a priori una sèrie d'elements que aporten alguns indicis sobre quins poden ser els principals dèficits del sistema sanitari actual i quins els reptes de futur que s'hauran d'encarar a mig termini. A partir de l'observació dels components de la "demanda" sanitària, entesa aquesta

com les necessitats assistencials de la població, cal destacar l'envelliment relatiu de la població tot i que retardat conjunturalment per l'arribada d'un important contingent d'immigrants a les Illes, que marcarà en bona part la direcció de l'evolució de les necessitats de salut. Aquests dos fenòmens sociodemogràfics, que no expliquen per si mateixos un increment en la utilització dels serveis sanitaris per càpita (són la freqüentació mitjana i la prestació sanitària real els components decisius), seran previsiblement determinants en la modificació dels patrons d'utilització i els circuits d'accés als serveis afectats. Aquesta alteració pot incidir negativament en les variables que en bona part expliquen l'estat de salut dels habitants de les illes (condicionants d'accés, les desigualtats en utilització...) i en la satisfacció dels potencials usuaris, (i) si la tipologia de les prestacions assistencials ofertes i el desplegament dels recursos (probablement amb una major rellevància de les prestacions sociosanitàries) no s'adapta a les noves necessitats, i si (ii) resulta insuficient l'ajustament financer que ha de compensar l'augment de població experimentat.

El grau més elevat de desenvolupament econòmic, i la corresponent millora de les condicions i expectatives de vida dels ciutadans de les Illes, "contorna" els factors de demanda que incideixen a la vegada i de forma significativa en l'oferta de serveis. Aquest major desenvolupament situa la salut com una de les prioritats de la ciutadania, la qual exigeix serveis de qualitat i una àmplia cartera

de noves prestacions, de components amb cost-efectivitat/ cost-utilitat diferents. La dinàmica esperada sobre la despesa sanitària total serà en aquest sentit previsiblement implacable. Més dubtós resulta la capacitat que pugui tenir l'evolució del component públic d'aquesta despesa pel que fa a les seves vies de finançament tradicional, basat avui en impostos quasi exclusivament. La pressió expansiva dels factors de demanda es confronten ara amb la incapacitat de l'oferta de situar-se al seu mateix nivell. Ja en el moment del traspass de les competències sanitàries, la comunitat heretà una organització sanitària amb un important dèficit estructural i financer (fou l'única comunitat autònoma amb una despesa per càpita inferior als 600 euros i un diferencial de 100 euros respecte de la mitjana de l'Estat), i amb la necessitat en aquell moment d'afrontar un canvi important del parc públic d'infraestructures sanitàries que no han contemplat les assignacions financeres posteriors. La insuficiència del finançament autonòmic global (entorn de 16 punts per sota de la mitjana) també ha suposat que el finançament sanitari, es trobi a casa nostra per sota de la despesa contreta, determinada en gran part per les pressions inflacionàries pel costat de la demanda i també, a diferència d'altres autonomies, pels elevats costos operatius de la doble insularitat (el 0.5% com a factor d'ajust global en el sistema de finançament dels serveis comuns, pareix bastant insuficient) i de la notable incidència de la població flotant (la qual no es considera en el model de finançament). Tot i les

mesures de finançament extraordinàries adoptades en els darrers anys per part del govern central, i la cada vegada major proporció dels pressupostos autonòmics dedicats a salut, el deute sanitari acumulat ha anat progressivament augmentant (superant avui els 200 milions d'euros). Amb l'actual canvi de cicle econòmic, la caiguda dels ingressos tributaris (la caiguda dels ingressos als pressupostos de la CAIB del 2009 s'estima en més de 400 milions) i la superació de límits assumibles d'endeutament, obliguen a ser molt curosos a l'hora de plantejar estratègies tant pel que fa al nou direccionament que han de prendre els dispositius del sistema sanitari per a ser rellevants d'acord als nous reptes de salut, com pel que fa a la seva sostenibilitat financera.

La sostenibilitat del sistema sanitari públic, depèn en gran mesura de com es prioritzin els serveis que aquest pot oferir i els mecanismes de finançament i racionalització de la despesa que s'estableixin per fer front a l'augment de demanda descrit anteriorment. Amb una sanitat que intenta respondre a les demandes, aspiracions i voluntats d'una societat desenvolupada com la nostra, —i així medicalitzada i sobreconsumidora, que no es conforma amb l'objectiu curatiu del sistema, sinó que aspira també a que ofereixi l'esforç de cuidar, el pal·liatiu, el confort, la qualitat de vida, etc.— seria d'esperar que el finançament públic coactiu concentrés els seus recursos coactius i solidaris a les prestacions de cost efectivitat provades i perdés pes a favor d'altres formes de

finançament, més lligades a l'usuari que no al contribuent, per tal de fer front a aquestes necessitats de despesa generades o expressades. En aquest sentit, les Illes Balears compten amb algunes particularitats que obliguen a actuar en aquest sentit si es vol mantenir la desitjabilitat social del sistema sanitari públic, però que també poden facilitar la implementació de solucions. La frustració generada pel diferencial entre les expectatives socials associades a la major renda per càpita de la comunitat balear, i el nivell de despesa sanitària pública insuficient (fins i tot per sota de la mitjana espanyola), és una de les causes que ha fet que un dels trets més característics del sistema sanitari balear sigui el pes que hi té la sanitat de titularitat privada- amb el percentatge de població amb cobertura privada (26%) més alt de totes les comunitats autònomes, gairebé el doble de la mitjana estatal (14%) i la presència d'un important nombre d'hospitals de titularitat privada (el 40% dels

llits d'hospitalització al 2007). Aprofitant l'extensió i arrelament d'aquest sector sembla raonable i factible, doncs, que es busquin alternatives d'estructuració en la provisió i producció dels serveis sanitaris. Així es podrien generar oportunitats de millora en la qualitat de la prestació dels serveis i en el rendiment dels dos sectors, revertint globalment en un estalvi de recursos.

Tal com dèiem a l'inici de l'article, a l'hora de valorar els sistemes sanitaris és necessari fer un esforç per comprendre tots els factors que hi interactuen, oferir una perspectiva àmplia i no només de macromagnituds, amb indicadors que permetin millorar la gestió quotidiana i responsabilitzar-se'n, i també transparència informativa per a que política i socialment s'assumeixi una prioritització ineludible, la qual assegurui la funció social del sistema sanitari.

Setembre, 2009

