

## 4. SALUT I SERVEIS SANITARIS

### 4.1. INTRODUCCIÓ

En exercicis anteriors, aquest apartat va incorporar als aspectes de salut pública, les dades principals de recursos i activitat sanitària pública. Enguany, a més d'actualitzar aquestes dades, es facilita informació econòmica sobre fons destinats a projectes específics i sobre els recursos i activitat del sector privat.

El 2011 es va crear la Conselleria de Salut, Família i Benestar Social, que aglutina l'anterior conselleria de Salut i Consum i la major part de la Conselleria d'Afers Socials, Promoció i Immigració.

Durant aquests dos darrers anys, destacà la tramitació de les següents lleis:

Llei 1/2011, de 24 de febrer, de transformació de fundacions del sector públic sanitari de les Illes Balears i de determinació del règim jurídic de les fundacions públiques sanitàries (BOIB núm. 30, de 28/02/2011).

La Llei 16/2010 de salut pública de les Illes Balears..

La Llei estatal 17/2011 de seguretat alimentària i nutrició.

El primer apartat, salut i qualitat de vida, informa sobre les actuacions en seguretat alimentària i nutrició, i salut ambiental. S'hi presenten les dades de causes de mortalitat i incidència de càncer, així com els indicadors recollits pel sistema d'informació sobre drogues. S'hi mostra la incidència de malalties de declaració obligatòria i s'hi fa èmfasi en la incorporació de la vigilància de la tuberculosi, les dades de la SIDA i de diagnosi de VIH i brots epidèmics, a més d'informació sobre les interrupcions voluntàries de l'embaràs.

L'apartat segon es divideix en dos subapartats. En el primer es mostren les dades de despesa sanitària i el seu ritme de creixement i s'informa sobre dades de despesa sanitària privada, així com d'una sèrie de fonts de finançament (derivades de l'assistència sanitària internacional, la gestió de la incapacitat temporal, i d'estratègies de salut del Ministeri i similars). En el segon es faciliten dades de recursos i activitat sanitària, començant per l'atenció primària per, a

continuació, i dins de l'apartat d'especialitzada, facilitar dades de recursos, activitat hospitalària, activitat concertada, recursos i activitat de la sanitat privada, llistes d'espera, hospitals de mitjana i llarga estada, i salut mental.

## **4.2. SALUT I QUALITAT DE VIDA**

### **4.2.1. ELS DETERMINANTS DE SALUT**

Tradicionalment, la societat ha esperat que el sector sanitari s'ocupàs de les qüestions que afecten la salut i les malalties. Es considera que l'atenció a la salut donada pels serveis a què acudeix la població quan s'emmalalteix no és el factor principal que determina la salut de les persones, sinó que és un altre determinant més. També són importants altres factors que permeten a les persones millorar o mantenir la salut: l'activitat física, hàbits dietètics i nutrició, el consum de tabac, alcohol, les condicions ambientals (contaminació atmosfèrica, inclosa la biològica), la qualitat de les aigües de consum humà i de bany, però també d'altres com les condicions laborals, l'atur, el nivell d'educació o l'habitatge. Aquesta visió integral de la salut és absolutament necessària per comprendre i fer front als problemes de salut que pateix la població, amb l'objectiu últim de maximitzar els guanys en salut i, en la mesura del que sigui possible, reduir-ne les desigualtats.

Respecte de les condicions del medi, pel que fa a les activitats de seguretat alimentària i nutrició, cal destacar dos episodis transcorreguts durant l'any 2011 que si bé no afectaren directament la nostra comunitat autònoma, sí que tengueren repercussions immediates i apuntaren a conseqüències de futur.

El primer d'ells és la crisi en salut pública i mediàtica derivada d'un brot d'infecció alimentària per E. Coli Enterohemorràgica, productora de toxina shiga, esdevinguda al nord d'Alemanya, i que es va atribuir erròniament a productes hortícoles provinents del sud d'Espanya. Aquest fet, que va tenir un impacte econòmic i social importantíssim, va posar de manifest que la nostra societat segueix sent molt sensible a les demandes de protecció de la salut, i exigeix l'aplicació d'estàndards consensuats, coordinats i basats en l'evidència científica per donar-hi resposta.

Un altre fet, que condicionarà l'acció de la seguretat alimentària en els pròxims exercicis, és el dictamen motivat que la Comissió Europea ha dirigit a Espanya a conseqüència de la infracció número 2007/4772, que s'obri el dia 30 de setembre de 2011 arran la denuncia feta pels inspectors de la FVO (Food and Veterinary Office) que durant els darrers anys (2003 al 2010) han detectat reiterats incompliments de les obligacions en seguretat alimentària a Espanya, específicament en els escorxadors i atès que consideren que aquests incompliments són reiterats.

Aquests fets reafirmen l'exigència als operadors econòmics d'implementar sistemes de gestió que ofereixin un alt grau de protecció de la salut, i als responsables del seu control (autoritat sanitària) d'aplicació de les directrius emanades de la Comissió Europea, com a condició *sine qua non* per formar part de la cadena alimentària europea (*vegeu els quadres III-56, III-57 i III-58*).

La salut ambiental comprèn aquells aspectes de la salut humana que vénen determinats per factors ambientals físics, químics, biològics, socials i psicosocials, i representa el control, l'avaluació, la correcció i la prevenció dels factors del medi que poden, potencialment, afectar adversament la salut de generacions presents i futures.

Pel que fa a la producció i la distribució de l'aigua per al consum humà, l'any 2011 s'han realitzat 432 visites d'inspecció i s'han recollit 800 mostres per controlar la qualitat de l'aigua. Se'n van millorant les infraestructures, i l'objectiu és millorar-ne també el manteniment. Quant a la qualitat sanitària de l'aigua, es manté la presència de nitrats i sulfats en diferents zones, en les quals s'ha requerit la presa de mesures als gestors i s'ha informat la població.

Amb relació al control de la propagació de la legionel·la, s'han realitzat 433 visites d'inspecció a les instal·lacions de risc, s'han recollit 462 mostres per investigar la presència d'aquest microorganisme. S'han supervisat 364 certificats de formació de personal de manteniment d'aquestes instal·lacions, qüestió important, ja que la presència de persones formades ajuda a dur un millor control.

Quant a aigües recreatives, es controlen les condicions sanitàries i de seguretat de les piscines, sobre les quals s'han realitzat 311 visites d'inspecció i s'han expedit 1.260 carnets acreditatius de la formació de personal socorrista i 601 de personal de manteniment. Es constata una major conscienciació per invertir amb seguretat.

Pel que fa a la qualitat sanitària de les aigües de les platges, l'any 2011 se n'han recollit 1.813 mostres d'un total de 197 punts de mostreig ubicats a 32 municipis. Hi ha hagut 174 punts excel·lents, 16 de bons, cinc de suficients i dos d'insuficients. Aquest any 2011 hi ha hagut un canvi de qualificació dels resultats de les analítiques de les mostres, de manera que ha passat de ser anual a tenir en compte quatre temporades.

Respecte dels residus sanitaris i els productes químics, entre els quals s'inclouen els plaguicides i biocides, en general, d'ús ambiental i a la indústria alimentària, s'han efectuat 89 visites d'inspecció. L'aplicació del reglament REACH, que regula el registre, l'avaluació, l'autorització i la restricció de les substàncies i els preparats químics amb l'objectiu de garantir un nivell elevat de protecció de la salut humana i del medi ambient, així com la lliure circulació de substàncies en el mercat interior, representa un revulsiu en aquest camp.

En sanitat mortuòria, s'han atorgat 2.957 autoritzacions per realitzar pràctiques mortuòries sobre cadàvers, trasllats i incineracions.

L'entrada en vigor d'una modificació de la normativa sobre consum de tabac va donar lloc a un augment del control dels espais lliures de fum i es varen realitzar 1.272 visites d'inspecció. El compliment de la norma va ser bastant adequat en general.

S'ha incorporat el control de zoonosis no alimentàries, i en control de la ràbia s'han notificat 1.258 casos de persones agredides per mossegades d'animals, sobretot de cans.

S'ha treballat en el risc que representa l'amiant, i s'ha iniciat la gestió de les notificacions de la vigilància de la salut dels treballadors que hi estan exposats.

#### 4.2.2. MORTALITAT I SALUT

L'any 2010 varen morir a les Balears 7.683 persones (3.991 homes i 3.692 dones). Els càncers són la primera causa de mort en els homes, seguida de les malalties del sistema circulatori, mentre que en les dones la primera causa són les malalties del sistema circulatori i la segona els càncers. El 60% de les morts de les Illes Balears són per una d'aquests dues causes. En tercer lloc, i a més distància, se situen les malalties de l'aparell respiratori en els homes i les malalties del sistema nerviós en les dones. En quart lloc se situen les malalties del sistema digestiu en els homes i les malalties del sistema respiratori en les dones. Les causes externes passen a ocupar el cinquè lloc en els homes i els trastorns mentals en les dones. La mortalitat per malalties del sistema circulatori ha seguit una tendència descendent important tant en les dones com en els homes. En canvi, la mortalitat per càncer es manté estable en les dones i disminueix en els homes ([vegeu el gràfic III-6](#)).

El Registre Poblacional de Càncer de Mallorca és un dels 13 registres poblacionals de càncer que hi ha a l'Estat espanyol, que cobreixen aproximadament el 26% de la població espanyola. La darrera informació disponible en el Registre de Mallorca correspon al període 2003-2005. A final del 2012 es disposarà del període 2006-2008.

Durant els anys 2003-2005 s'han diagnosticat a Mallorca 9.412 casos de càncer (exclosos els casos de càncer de pell no melanoma), 3.795 en dones i 5.517 en homes. Això representa que cada any es diagnostiquen uns 1.265 casos de càncer en dones i uns 1.839 en homes ([vegeu els gràfics III-7 i III-9](#)).

En les dones, el càncer més freqüent és, amb diferència respecte dels altres, el càncer de mama, seguit pel càncer de còlon, el de cos d'úter, el de recte i el d'ovari, que passa per davant del càncer de coll d'úter respecte del període anterior.

En els homes, el càncer més freqüent és, per primera vegada, el càncer de pròstata, seguit pel càncer de pulmó i, a distància, pels càncers de bufeta urinària, còlon i recte.

Si els càncers de còlon i recte es consideren junts, ocuparien el primer lloc, si es compten els dos sexes conjuntament.

Per al conjunt de càncers (exclòs el càncer de pell no melanoma), s'observa una estabilització de les taxes d'incidència ajustades a la població mundial, tant en les dones com en els homes. En les dones destaca un increment en les taxes d'incidència de càncer de pulmó respecte dels períodes anteriors, així com en els càncers de ronyó, pròstata i limfomes no hodgkinians, mentre que davallen les taxes de càncer de coll d'úter. En els homes, destaca l'increment important de les taxes de càncer de pròstata. En canvi, s'estabilitzen les taxes de càncer de pulmó en homes i disminueixen les taxes d'altres càncers relacionats amb el tabac (llavi, llengua, cavitat oral, hipofaringe, esòfag, estómac i laringe).

En relació amb el consum problemàtic de drogues d'abús, es presenten les dades consolidades dels tres indicadors recollits pel Sistema estatal d'informació permanent sobre addicció a drogues (SEIPAD), que corresponen al 2010.

Admissions a tractament per consum de substàncies psicoactives: S'han registrat 2.047 notificacions. L'alcohol és la droga més freqüent, seguida de la cocaïna i els opiacis. Es manté la tendència a la baixa de les admissions per cocaïna. El 78,9% són homes i l'edat mitjana és de 37,5 anys. L'edat mitjana d'inici del consum és de 21 anys i no inicien el tractament fins a una mitjana de 16,4 anys després. Les dones són admeses a tractament per alcohol en un percentatge més alt que els homes, són majors que ells, comencen a consumir més tard i es posen en tractament abans. Una de cada tres persones en tractament per opiacis utilitza la via injectada. Tot i que entre els homes hi ha un percentatge més alt d'injectors, la prevalença de VIH és més alta entre les dones ([vegeu el gràfic III-9](#)).

Urgències hospitalàries en consumidors de substàncies psicoactives (dades procedents de la recollida a l'Hospital Can Misses d'Eivissa): s'han registrat 805 casos d'urgències en consumidors de drogues en persones de 15 a 54 anys, la majoria en els mesos d'estiu. L'alcohol, la cocaïna, les amfetamines, l'èxtasi i els fàrmacs són les substàncies que més s'hi relacionen. Dos de cada tres són homes, la majoria té menys de 30 anys i el 6,7% té entre 15 i 19 anys. El 30% són estrangers ([vegeu el gràfic III-10](#)).

Mortalitat per reacció aguda a substàncies psicoactives (dades procedents de la recollida a Mallorca): s'han recollit 40 morts per reacció adversa aguda després del consum no mèdic de substàncies psicoactives (morts RAPSUPSI) en persones de 10 a 64 anys, amb una taxa de 61,3 morts per milió d'habitants. El 92,5% són homes i la mitjana d'edat és de 42,3 anys. En la majoria dels casos està implicat el policonsum. Les substàncies que es detecten amb major freqüència són els opiacis (especialment heroïna), i els hipnòtics i sedants ([vegeu el gràfic III-11](#)).

#### **4.2.3. VIGILÀNCIA EPIDEMIOLÒGICA I MALALTIES TRANSMISSIBLES**

Es presenta la informació del sistema de vigilància de les malalties de declaració obligatòria (EDOS), corresponent a l'any 2011, excepte en sida i nous diagnòstics de VIH, dels quals es presenten dades de 2010.

S'ha detectat una major incidència de l'esperada (índex epidèmic major d'1,25, és a dir, un augment de més del 25% respecte del quinquenni 2006-2010) a la tos ferina, sífilis, varicel·la, grip i leishmaniosi. A les malalties de baixa incidència, diferències de pocs casos poden suposar canvis relatiu importants, com és el cas de la tos ferina. No obstant això, en aquest cas podria indicar un canvi en la tendència, com s'ha vist en altres comunitats i a països del nostre entorn. Destaquen la detecció de dos casos de tètan, els primers des de 2002. El xarampió, amb 34 casos, augmenta per segon any consecutiu després d'una dècada amb menys de tres casos anuals de mitjana ([vegeu el quadre III-59](#)).

Amb relació a la vigilància de la tuberculosi i l'inici d'un registre específic d'aquesta malaltia, cal destacar els canvis en el Programa de vigilància, control i prevenció de la tuberculosi, assumit durant el 2011 pel Servei d'Epidemiologia, amb la creació del Registre de Tuberculosi, que inclou casos, contactes i informació sobre tractament. La tuberculosi, tant la forma pulmonar com la resta (153 i 53 casos, respectivament), es manté estable respecte del quinquenni anterior. Pel que fa al l'estudi de contactes, se n'han pogut localitzar 1.114, una mediana de quatre per cas, amb predomini de nins i joves. Destaca un brot escolar amb 135 contactes estudiats ([vegeu els gràfics III-12 i III-13](#)).

Amb 2.464 casos acumulats de sida a les Illes Balears (anys 1986-2010), continua la tendència descendent de la incidència que es va iniciar a mitjan dels anys 90. En els darrers anys se'n diagnostiquen a les Illes Balears entre 30 i 60 casos anuals. L'any amb màxima incidència va ser el 1995, amb 212 casos ([vegeu el gràfic III-14](#)).

Respecte del registre de nous diagnòstics de VIH, n'hi ha 1.207 casos acumulats des de l'inici del sistema de vigilància (any 2003) amb un perfil global d'estabilitat de la tendència ([vegeu el gràfic III-15](#)).

Una part dels casos detectats de les malalties de declaració obligatòria són pacients (57 en total el 2011) amb origen de la infecció a un altre país (45) o comunitat autònoma (7). Destaquen el paludisme (18 casos) i les malalties de transmissió hídrica i alimentària (disenteria, febre tifoide i hepatitis A, amb 12 casos).

Amb relació als brots epidèmics, se n'han detectat 44 (278 afectats), nou (65 afectats) d'origen alimentari, i la resta (35 brots i 213 afectats) amb mecanismes de transmissió diversos. La proporció alimentaris/no alimentaris s'ha invertit al llarg de la dècada. Les xifres de 2011 són les esperades en



comparar-les amb les del darrer quinquenni (*vegeu el [gràfic III-16](#) i el [quadre III-60](#)*).

Com a darrera dada, destacam la qüestió de les interrupcions voluntàries de l'embaràs (IVE). Les darreres dades consolidades corresponen al 2010 i registren un total de 3.295 IVE, amb una taxa de 13,2 per 1.000 dones de 15 a 45 anys. La incidència global de les IVE a les Illes Balears segueix per sobre de la mitjana nacional, juntament amb Madrid, Catalunya i Múrcia. El 2010 s'ha vist un augment lleuger o una estabilització a tots els grups d'edat, excepte en el de les dones més joves, que ha davallat per tercer any consecutiu. Es mostra l'evolució de les taxes de les Illes Balears i globals d'Espanya de l'any 2001 al 2010 i l'evolució per grups d'edat (*vegeu els [gràfics III-17](#) i [III-18](#)*).

Respecte del perfil de les dones, el canvi principal és l'augment en un 56% de les que estan a l'atur, respecte del quinquenni anterior. El 2010 hi ha hagut una circumstància que ha afectat l'avortament legal a Espanya: la publicació de la Llei orgànica 2/2010, de 3 de març, de salut sexual i reproductiva i de la interrupció voluntària de l'embaràs, que ha suposat el canvi a una llei de terminis (a petició de la dona fins a la setmana 14 de gestació) i, passada la setmana 14, de despenalització en el supòsit de risc greu per a la salut de la dona o del fetus. No obstant això, no s'han vist diferències entre les característiques de les IVE realitzades abans i després de l'entrada en vigor de la llei, el mes juliol, excepte pel que fa als motius (en el primer semestre el principal havia estat la salut de la dona, amb un 97%, mentre que en el segon les IVE a petició de la dona varen suposar el 90,3%).

Al llarg de l'any s'ha editat l'Informe diagnòstic de salut, que inclou els problemes i les necessitats de salut de la població així com els factors determinants que influeixen de manera positiva o negativa en el nivell de salut de la comunitat. A més, s'ha duit a terme la potenciació del microsite

www.epidemiologia.caib.es amb ampliació de continguts dirigits fonamentalment a la xarxa assistencial.

### 4.3. SERVEIS SANITARIS

#### 4.3.1. DESPESA I FINANÇAMENT DE LA SALUT

El pressupost que va destinar la Comunitat Autònoma a salut el 2011 va ser de 1.169 milions d'euros (si bé el pressupost inicial l'1 de gener era de 1.175 milions d'euros). Aquesta xifra representa un 35% del pressupost total de la CAIB.

D'aquest pressupost, un 1,83% correspon als programes de salut de la Conselleria i un 98,17% correspon al Servei de Salut de les Illes Balears (Ib-salut) amb 1.148 milions d'euros.

Segueix confirmant-se que el creixement de la despesa sanitària pública a les Balears, des de 2002, any de les transferències sanitàries, ha estat un dels més alts de tot l'Estat espanyol. Així, i segons l'Estadística de la despesa sanitària pública (EGSP), que permet comparar la despesa sanitària entre comunitats autònomes, en el període 2002 a 2009 les Illes incrementaren la despesa en un 99,93%, amb una taxa anual de creixement d'un 9,64%, el segon més alt de totes les comunitats autònomes, i un poc superior al total estatal, que és d'un 7,56% ([vegeu el quadre III-61](#)).

Tot i així, les Illes Balears segueixen essent el 2009 una de les comunitats autònomes amb un nivell més baix de despesa sanitària pública per càpita. Segons l'EGSP del 2009 la despesa sanitària pública per persona és 135,88 euros inferior al total nacional i més de 390 euros inferior a moltes altres comunitats autònomes. Aquest diferencial tan significatiu respecte de la despesa per habitant es repeteix des del moment de les transferències: des del 2002 les Illes Balears figuren en els darrers llocs pel que fa a despesa sanitària pública per habitant ([vegeu els gràfics III-19 i III-20](#)).

Quant a l'assegurança privada, i segons la font Enquesta de pressupostos familiars de l'INE, la despesa de 2010 ha estat de 434 milions d'euros, un 5,08% inferior a l'any anterior. Segons la mateixa font, el 2010 la quantitat de diners

que cada ciutadà de les Illes Balears destina de mitjana al final de l'any al pagament d'assegurances mèdiques privades és igualment la més alta de totes les comunitats autònomes, igual que va ocórrer el 2009 ([vegeu el gràfic III-21](#)).

Com es veu, les xifres en despesa sanitària indicades no corresponen totes a 2011, donat que la informació en alguns casos s'actualitza lentament. Les xifres de despesa sanitària pública de les comunitats autònomes es publiquen a la pàgina web del Ministeri anualment.

Una vegada comentades les xifres de despesa sanitària, enguany incorporam informació concreta sobre diverses fonts de finançament sanitari. Si bé aquest s'obté bàsicament de l'assignació dins del pressupost de la comunitat autònoma, hi ha altres fonts de finançament del sistema; enguany ens detindrem en els fons amb origen o destí específic en sanitat (vegeu els quadres III-62 i III-63).

Les Balears perceben finançament per assistència sanitària internacional, tant a través del Fons de cohesió sanitària, que s'ha triplicat entre els anys 2006 i 2011, com a través de la transferència de l'INSS per a quotes globals per a assistència sanitària a residents *estrangers*, que ha augmentat en un 28% durant el període 2006-2011 ([vegeu el gràfic III-22](#)).

A més, l'INSS finança les actuacions per a la millora de la gestió de la incapacitat temporal, i ajusta l'import en funció del percentatge de compliment d'objectius de millora de la incapacitat temporal per part dels serveis de salut ([vegeu el gràfic III-23](#)).

Finalment, destaca un altre bloc de finançament rebut del Ministeri de Sanitat, Serveis Socials i Igualtat, per finançar les estratègies en salut i polítiques de cohesió, i altres temes de salut pública o sanitaris. El 2011 ha permès desenvolupar actuacions en estratègies de cures pal·liatives, salut sexual i reproductiva, ictus, cardiopatia isquèmica, malalties rares, MPOC, diabetis, sistemes d'informació suport al CMBD, nova estadística ESCRI-SIAE, SNOMED CT i equipaments, així com el desenvolupament de programes de prevenció i promoció de la salut, especialment en l'àmbit de les malalties emergents, reemergents i de rellevància especial. Els fons per a l'àrea de

drogoaddiccions (Pla nacional de drogues, Fons de béns decomissats per tràfic de drogues) i els fons de la indústria farmacèutica (fons per a programes gestionats per comunitats autònomes per a la millora de la qualitat en l'atenció a pacients polimedocats, i formació continuada per a metges, odontòlegs, farmacèutics i infermers del SNS i Conveni de col·laboració entre la Conselleria, el Servei de Salut de l'Ib-salut, i FARMAINDÚSTRIA, per a la investigació clínica i translacional), així com altres fons destinats a investigació, completen aquest mapa [\(vegeu el gràfic III-25\)](#).

### **4.3.2. ELS SERVEIS ASSISTENCIALS. RECURSOS I ACTIVITAT**

#### **4.3.2.1. Atenció primària**

El 80% dels centres d'atenció primària (centres de salut, unitats bàsiques o consultoris, serveis d'urgències i punts d'atenció continuada) es concentren a Mallorca, amb un 8% a Menorca i un 11% a Eivissa i Formentera [\(vegeu el quadre III-64\)](#).

Les visites al centres d'atenció primària durant l'any 2011 han estat 7.168.668 la qual cosa suposa un increment del 0,3% respecte de 2010, amb 22.603 visites més. Aquest augment és, fonamentalment, per les consultes de pediatria, que han passat d'un descens del 7,7% el 2010 a un increment del 3% el 2011. Aquesta tendència es repeteix a totes les illes. La mitjana de visites per habitant i any està estabilitzada als metges de família i a infermeria. En canvi, a pediatria augmenta un 2,2%, com era d'esperar per l'augment absolut de les visites. Les visites a domicili, globalment, han disminuït un 7,8% a costa del metge de família i d'infermeria, amb un 6,6% i un 7,4%, respectivament [\(vegeu el quadre III-65\)](#).

#### **4.3.2.2. Atenció especialitzada**

L'atenció hospitalària compta amb 1.974 llits instal·lats (1.834 en funcionament), 66 quiròfans (54 programats en funcionament), deu sales de part, 162 llocs d'hospital de dia, 512 llocs de consulta, i amb un equipament tecnològic en el qual destaquen deu aparells de TAC, sis de ressonància magnètica o 140 ecògrafs, juntament amb d'altres recursos materials i els recursos humans. Es

prestà assistència a 1.030.041 persones amb targeta sanitària i a una població flotant de devers 250.000 persones, distribuïdes entre els sis hospitals públics (incloent-hi l'Hospital de Formentera) *(vegeu els quadres III-66 i III-67)*.

Amb 75.860 ingressos i 503.481 estades, s'hauria produït una disminució d'un 3% en l'activitat hospitalària, probablement a causa de la disminució de les intervencions quirúrgiques amb ingrés en 1.000 intervencions menys, la qual cosa suposa un 3% de baixada. Un altre factor que hi ha intervingut ha estat la disminució d'un 5% en els parts. A més, l'estada mitjana ha seguit en descens, com l'any passat. D'altra banda, les intervencions quirúrgiques han seguit el descens de l'any passat en un 2%, a causa de la menor quantitat d'intervencions urgents, que han baixat un 12%. Quant a consultes externes totals, la xifra, d'1.301.361, implica un augment d'un 3%, sobretot, a causa de l'increment del 6% en les primeres consultes, tendència inversa a la de l'any passat, en què varen disminuir. Destaca l'estabilització de les urgències, amb un descens del 0,8%. El nombre d'urgències ingressades i les urgències diàries es manté igual el 2010 *(vegeu el quadre III-68)*.

L'activitat dels dos centres concertats principals (l'Hospital Creu Roja i l'Hospital Sant Joan de Déu), ha estat de 55.834 estades, xifra que representa un 10% del total. Aquests centres assumeixen, a més, part del pes de l'activitat quirúrgica, consultes externes, i d'altres com optometria, rehabilitació i fisioteràpia, principalment *(vegeu el quadre III-69)*.

Quant als recursos de la sanitat privada, segons les dades disponibles a la Conselleria, hi ha 11 hospitals privats que es reparteixen un total de 1.032 llits en funcionament, 48 quiròfans en funcionament, nou equips de TAC. L'activitat es concreta en 282.746 estades hospitalàries, 734.784 consultes externes, 302.037 urgències. Són dades que reflecteixen el pes de la sanitat privada a la nostra comunitat *(vegeu els quadres III-70, III-71, III-72, III-73 III-74 i el gràfic III-24)*.

#### **4.3.2.3. Les llistes d'espera**

La llista d'espera quirúrgica s'ha incrementat en un 14% respecte de 2009 (no hi ha dades de l'HUSE per l'any 2010). La demora mitjana ha augmentat en 13

dies, i ha quedat al nivell de l'any 2004. La llista d'espera de consultes també ha tengut un increment de més del doble respecte de 2009, i la demora mitjana ha passat a 60 dies. Aquest creixement dels pacients en espera es produeix a causa de la disminució progressiva de l'activitat extraordinària als quiròfans i a les consultes [\(vegeu el quadre III-75\)](#).

#### **4.3.2.4. L'àrea sociosanitària**

L'àrea sociosanitària dels hospitals de mitjana i llarga estada i l'Hospital Psiquiàtric disposen de 165 llits, amb un total de 55.458 estades, i 4.358 visites de consultes externes. L'àrea de salut mental compta amb 169 llits de 169, i ha comptabilitzat 56.072 estades [\(vegeu el quadre III-76\)](#).