



Optimizacion del gasto sanitario de una enfermedad en la comunidad autónoma de Aragon. Gestion Publica versus Gestión Privada

Area tematica: Sector Publico, Financiación Aitonómica y Local

Autor. Maria Carmen Pallas Bafaluy - E-mail:7bpallas@unizar.es

INDICE

- 1) Introduccion
- 2) El tipo de cáncer que mas recursos sanitarios consume en Aragon
- 3) El papel de Las administraciones autonomicas en la financiación del sistema nacional de salud
- 4) Nuevos modelos de financiación hospitalaria
- 5) Personal Hospitalario en Aragon durante los años 2010-2011 y 2013
- 6) Comparacion de las tecnologías de Aragon con resto comunidades en la red publica del SNS
- 7) Dotacion de camas hospitalarias en Aragon de los hospitales públicos y de los hospitales privados en el año 2013
 - 7-1 Dotacion hospitalaria segun titularidad de hospital .Aragon 2013
 - 7-2 Actividad hospitalaria según titularidad de hospital aragon 2013
- 8) 8-1Plan de choque para atajar las listas de espera en Aragon
 - 8-2Profesionales de enfermería en atención especializada del sistema Nacional de Salud por 1000 habitantes
 - 8-3Médicos de atención especializada en el sistema Nacional de salud por 1.000 habitantes.
- 9) Principales indicadores hospitalarios según titularidad publica o privada. Aragon 2013
- 10)Morbilidad causas de ingreso en hospital
- 11)Causas de defuncion
- 12)Aragon en la Union Europea de los 27
- 13)Resumen

Bibliografia

1) Introduccion

Los tumores constituyen actualmente en Aragon la primera causa de muerte en los hombres y la segunda en las mujeres. La primera causa de defunción en las mujeres son las enfermedades del sistema circulatorio.

A nivel nacional la situación es muy parecida, las tres principales causas de muerte fueron a :

las enfermedades del sistema circulatorio

los tumores

las enfermedades del sistema respiratorio

La mayor parte de los cánceres y muchas enfermedades crónicas están directamente relacionadas con los hábitos de vida de las personas. El tabaco, el alcohol, la dieta, la exposición solar, la falta de ejercicio, la obesidad ...pueden modificar la probabilidad de desarrollar un determinado tipo de cáncer.

Los estudios de costes de una enfermedad consisten en la medición e identificación de todos los costes tanto directos como indirectos e intangibles.

El coste directo está formado por el consumo de todos los recursos de atención sanitaria el cual se divide en tres grandes grupos:

a) atención hospitalaria,

b) atención ambulatoria especializada

c) otros costes que incluyen el tratamiento farmacológico y la atención primaria.

El coste indirecto designa las pérdidas potenciales de producción o los recursos que dejan de generarse por su causa.

El coste intangible hace referencia a aquellas pérdidas de bienestar relacionadas con el dolor y la ansiedad que ocasiona una enfermedad a la persona que la sufre y a su entorno.

Existen enfoques alternativos como el de los costes de fricción.

Según este método un trabajador que se ve obligado a abandonar su actividad laboral por una enfermedad , no provoca una pérdida de productividad para la sociedad , pues será sustituido por otro trabajador. El único coste se produce durante el período de adaptación del nuevo trabajador al puesto vacante. La aplicación de este método lleva a valoraciones mucho más reducidas de las pérdidas de producción laboral.

A pesar de estas discrepancias de los métodos de análisis de costes, lo que no cabe ninguna duda de que aportan una información muy valiosa para las personas que en una sociedad deciden cómo asignar los recursos sanitarios y sociales disponibles.

Autores como (Donaldson y Venkay-Narayan) critican este tipo de estudios, insistiendo en que lo que importa no es el coste total de la enfermedad , sino lo que se pueda hacer para prevenirla ,mitigarla o erradicar la, así como los recursos necesarios para ello.

El objeto de este estudio se centra en estimar los costes directos de de la atención hospitalaria, siendo el único coste del sistema nacional de la salud que no descendió en el año 2011.

2) El tipo de cáncer que mas recursos sanitarios consume en Aragon

Aragón es la Comunidad autónoma con mayor incidencia en cáncer de vejiga , su tasa de incidencia es de 30 casos por 100.000 habitantes, supera a la tasa de incidencia de España y Europa que es del 25 casos por 100.000 habitantes.

El principal factor de riesgo es el tabaco, se achaca un 70% de los tumores de vejiga a este factor .

Según la doctora jefa de Urología del Miguel Servet M^o Jesus Gil Saez, otro factor decisivo con este tipo de cáncer es la edad.

El principal problema de este tumor es su diagnóstico, no existen unos marcadores que ayuden a la detección precoz. Se sigue diagnosticando con los mismos procedimientos que hace 10 años. Se ha avanzado en técnicas quirúrgicas, posoperatorias, anestesia, terapias, pero no en el diagnóstico.

La primera investigación realizada en España de esta enfermedad se realizó en el año 2011, en la que han participado 26 hospitales de toda España y 4.285 pacientes, obtuvo los siguientes resultados:

- 1) El 85% de los diagnósticos corresponden a varones y un 15% corresponden a mujeres
- 2) Se trata del tumor más prevalente en los hombres y el 8º en las mujeres.
- 3) Su incidencia aumenta notablemente en los mayores de 60 años
- 4) Un paciente mayor de 70 años, fumador o ex fumador, y con sobrepeso es el perfil del paciente con este cáncer.
- 5) En España se detectan al año más de 12.000 nuevos casos de este tipo de cáncer
- 6) Para la mayor parte de pacientes de este cáncer, que son el 80%, su mayor riesgo son la reaparición de nuevos tumores en la vejiga, que ocurre en más de la mitad de los pacientes en los siguientes tres años.
- 7) En cada recurrencia obliga a llevar a cabo tratamientos preventivos controles más o menos cercanos para su detección precoz, y someterse a intervenciones quirúrgicas.
- 8) Por estas razones concluye el doctor Miñana , este tipo de tumor es el que mas coste tiene su tratamiento.

3) El papel de Las administraciones regionales o autonómicas en la financiación del SNS

las administraciones regionales con una participación del 91,5% en el gasto total sanitario, soportan la mayor carga en la financiación de la sanidad pública. Si el gasto total del sistema sanitario español ascendió en el año 2011 a 98.860 millones de euros, solamente un 6,8% fue financiado con recursos públicos y un 2,5 con recursos privados, el resto del gasto sanitario lo financia cada comunidad autónoma.

El gasto privado fue financiado en un 76,6% por los hogares

En 2011 disminuyó el gasto en todo el sistema nacional de salud, con excepción de los hospitales, servicios de prevención y salud pública, servicios prestados a pacientes de ambulatorios y de atención de larga duración.

El gasto farmacéutico generado por las recetas medicas de l SNS fue de 9.770,9 millones de euros, lo que significa que descendió en 12,3% sobre la facturación del 2011

En los años 2010 y 2011 no se incrementaron las recetas facturadas y en 2012 se produjo un descenso del 6,1% respecto al 2011.

4) Nuevos modelos de financiación de los costes hospitalarios

El gasto hospitalario no descendió debido reciente incremento en el número de Hospitales acaecido en algunas comunidades autónomas al adoptar nuevos modelos de financiación como los PPP/PFI, fórmulas de financiación y gestión mixtas público-privadas que han permitido la construcción de nuevos grandes Hospitales con financiación de la construcción a cargo de UTEs, optando por extender al ámbito sanitario un sistema ya existente en España de construcción y gestión de infraestructuras públicas por sociedades privadas, mediante el contrato de concesión de obra pública, que permite aplicar fórmulas innovadoras de financiación y construcción, como el *Private Finance Initiative* (PFI) que permiten la participación de la actividad pública y privada, *Public Private Partnership* (PPP) en la construcción y explotación de infraestructuras sanitarias.

Esta figura de concesión de obra pública está regulada por la Ley 13/2003, de 23 de mayo. Esta modalidad de colaboración público-privada es una herramienta de gestión de alto interés ya que permite el desarrollo rápido de iniciativas de inversión y aporta como ventaja adicional en un sistema de déficit presupuestario y de control del déficit público, la no computación de la financiación en la contabilidad pública a efectos de la Normativa sobre Estabilidad Presupuestaria y del Sistema Europeo de Cuentas (SEC 95).

Recientemente el gobierno de Aragon busca inversores privados que estén dispuestos a ayudarles en la construcción de un hospital publico en la localidad turolense de Alcañiz. Para el Ejecutivo regional la colaboración publico-privada es el medio mas rápido y barato para que la ciudad cuente con estas instalaciones.

Alcañiz lleva años esperando a que se construya el hospital.

El déficit del sector publico autonomico y el coste que supone poner en marcha una infraestructura de estas dimensiones ha llegado a la Diputacion General de Aragon a optar por este método.

La empresa elegida junto con el ejecutivo autonómico financiará las obras. Una vez construido el hospital, la empresa se encargará de gestionar los servicios no asistenciales del hospital, como seguridad, limpieza, cocina, mantenimiento, quiosco de prensa.

La gestión del área sanitaria será completamente pública.

Esto significa que todo el personal sanitario será de la plantilla del Salud y los pacientes que tengan este hospital de cabecera no tendrán que pagar la asistencia médica.

Esta fórmula facilitara que su construcción sea posible, ya que la Comunidad Autonoma no tiene en estos momentos los recursos económicos necesarios para construirlo.

El ejecutivo aragonés asegura que otras ciudades españolas como Madrid, Burgos, Valladolid o Valencia ya cuentan con fórmulas mixtas parecidas a las que se van a utilizar en Alcañiz

5) Personal Hospitalario en Aragon en los años 2010,2011 y 2013 tabla n°1 y tabla n°2, tabla n°3, tabla n°4

El personal sanitario disminuyó en el año 2011 con respecto al año 2010, siguiendo la tendencia a nivel nacional de reducción de gasto sanitario en el año 2011. La dotación de personal se incrementó en el año 2013 alcanzando la cifra de (18.460) por encima de la dotación del 2010 cuya cifra ascendía a (18.132)

Tabla n° 1 INDICADOR PERSONAL HOSPITALARIO ARAGON 2010-2011

Año 2010	Total	Publicos	%	Privados	%
Total año 2010	18.132	16.684	92,01	1.448	7,99%
Directivo	106	77	72,64%	29	27,36%
Sanitario	12.826	11.792	91,93%	1034	8,07%
Titulados Superiores	2841	2.668	93,91%	173	6,09%
Medicos	2.772	2.606	94,011%	166	5,99%
Farmaceuticos	50	45	90%	5	10%
Otros	19	17	89,47%	2	10,53%
Titulados medios	5.185	4.856	93,65%	329	6,35%
ATS-Due	4.826	4.569	94,67%	257	5,33%
Matronas	129	125	96,9%	4	3,1%
Fisioterapeutas y T.O.	204	151	74,02%	53	5,98%
Otros	26	11	42,31%	15	57,69%
Otros	4.800	4.268	88,92%	532	11,08%
Tecnicos sanitarios	845	711	84,24%	134	15,86%
Auxiliares sanitarios	3.955	3.557	89,94%	398	10,06%
No sanitario	4.598	4.214	90,65%	385	8,35%
Titulados superiores	72	64	88,89%	8	11,11%
Titulados medios	164	149	90,85%	15	6,7%
Personal administración	1.493	1.393	93,3%	100	6,7% %
Otros	2.869	2.608	90,90	262	9,1%
En formación	602	602		0	
año 2011	Total	Publicos	%	Privados	%
Total año 2011	16929	15.530	91,73%	1.399	8,27%
Directivo	98	74	75,51%	24	24,48%
Sanitario	12.001	11.005	91,7%	996	8,29%
Titulados Superiores	2.627	2.461	93,68%	166	6,32%
Medicos	2.570	2.411	93,81%	159	6,19%
Farmaceuticos	46	41	89,13%	5	10,86%
Otros	11	9	81,81%	2	18,18%
Titulados medios	5.673	5216	91,94 %	4	8.05%
ATS-Due	4.511	4.261	94,45%	2	5,54 %
Matronas	127	123	96,85%	4	3,15%
Fisioterapeutas y T.O.	207	154	74,4 %	53	25,6%
Otros	828	678	81,88 %	150	18,12%
Otros	3.701	3.328	89,92%	373	10,08%
Tecnicos sanitarios	803	668	89,81%	135	20,19%
Auxiliares sanitarios	3701	3328	89,92%	373	10,08%

No sanitario	4157	3790	91,17%	368	8,83%
Titulados superiores	67	57	85,07%	10	14,93%
Titulados medios	154	140	90,90%	14	9,1%
Personal administración	1378	1283	93,1%	95	6,9%
Otros	2.558	2.310	90,3%	249	9,7%
En Formacion	673	662	98,36 %	11	1,64%

Fuente: Instituto Aragonés de Estadística.Gobierno de Aragón

Tabla nº2 INDICADOR PERSONAL HOSPITALARIO ARAGON 2013

Año 2013	Total	Publicos	Privados
Total año 2013	18.460	17.135	1.325
Directivo	99	72	27
Sanitario	13.084	12.189	895
Titulados Superiores	2.880	2.692	168
Medicos	2791	2628	163
Farmacéuticos	51	46	5
Otros	18	18	0
Titulados medios	5422	5102	320
ATS-Due	5055	4793	262
Matronas	136	132	4
Fisioterapeutas y T.O.	218	165	53
Otros	13	12	1
Otros	4802	4395	407
Técnicos sanitarios	903	768	135
Auxiliares sanitarios	3898	3626	272
Otro personal sanitario	1	1	0
No sanitario	4557	4178	379
Titulados superiores	89	83	6
Titulados medios	165	150	15
Personal administración	1424	1321	103
Otros	2879	2624	255
En formación	720	696	24

El personal es correspondiente a 22 hospitales, excluidos los 7 hospitales de salud mental.Fuente:Instituto Aragonés de estadística .Gobierno de Aragón

Tabla nº 3 Médicos de atención especializada en el SNS por 1.000 habitantes

	2008	2009	2010	2011
Aragón	2,4	2,5	2,5	2,6
Asturias	2,3	2,3	2,4	2,5
Madrid	2,3	2,3	2,3	2,5
País V	1,9	1,8	2,3	2,4
Cantabria	2,2	2,2	2,2	2,2
Castilla y León	1,9	2,1	2,1	2,2
Castilla - La Mancha	2,0	2,3	2,2	2,2
Cataluña	2,4	2,4	2,2	2,2
Navarra	2,0	2,2	3,0	2,2
España	2,0	2,0	2,1	2,1

Galicia	2,0	2,1	2,1	2,1
Murcia	1,8	1,8	2,0	2,1
Baleares	1,8	1,9	2,0	2,0
Comunidad Valenciana	1,8	1,9	2,0	2,0
Extremadura	1,8	1,9	2,1	1,9
La Rioja	2,0	1,9	1,8	1,9

Ta bla nº4 PROFESIONALES DE ENFERMERIA EN ATENCION ESPECIALIZADA DEL Sistema Nacional de Salud por 1000 habitantes datos (SIAE)

	2008	2009	2010	2011
Aragon	3,6	3,7	3,7	3,9
Asturias	3,2	3,2	3,3	3,5
País vasco	2,2	2,5	3,5	3,5
Cantabria	3,2	3,1	3,2	3,2
Madrid	2,9	3,0	3,1	3,2
Navarra	2,8	3,1	4,8	3,2
Castilla León	2,9	3,0	3,1	3,1
Castilla –la mancha	2,7	2,7	3,2	3,1
La Rioja	3,3	2,9	3,0	3,1
España	2,7	2,7	3,0	3,0
Catsluña	2,6	2,6	3,1	3,0
Galicia	2,9	3,0	3,1	3,0
Baleares	2,9	2,8	3,1	2,9
Ceuta y Melilla	2,8	2,9	2,9	2,9
Extremadura	2,8	2,7	2,7	2,8
Murcia	2,7	2,7	2,8	2,8
Canarias	2,5	2,5	2,7	2,7
Andalucia	2,4	2,4	2,7	2,6
Comunidad Valencina	2,3	2,4	2,6	2,6

6-Comparacion de altas tecnología de la comunidad Aragon con resto comunidades en la red publica del SNS

Las tecnologías medicas de los hospitales constituyen uno de los mas importantes factores de mejora en el proceso del diagnóstico y tratamiento posterior de muchas enfermedades.

6-1 La tomografía Axial computeizada y la resonancia magnetica son fundamentales para que los médicos diagnostiquen un gran numero de enfermedades.

La dotación en Aragon por 1.000.000 de habitantes supera a la dotación del resto de comunidades y por lo tanto la media nacional en equipos de Resonancia magnetica y es la segunda comunidad despues de Extremadura en equipos de Topografía Axial computerizada.. Tabla nº

Tabla nº 5 de aparatos de topografía Axial computerizada y Resonancia Magnetica Nuclear en la red pública SNS. Tasa por 1.000.000 Habitantes

	Tomografía Axial computerizada		Resonancia Magnetica	
	Equipos	Tasa	Equipos	Tasa
Extremadura	17	15,7	7	6,5
Aragon	20	15,2	10	7,6
Castilla-la Mancha	29	14,2	11	5,4
Ceuta y Melilla	2	13,2	1	6,6
Galicia	35	12,8	21	7,7
La Rioja	4	12,8	2	6,4
Asturias	13	12,3	7	6,6
Cantabria	7	12,1	4	6,9
Comunidad Valenciana	58	11,6	34	6,8
Murcia	17	11,6	9	6,1
Cataluña	84	11,5	59	8,1
España	521	11,3	279	6,1
Pais vasco	24	11,3	8	3,8
Navarra	7	11,2	2	3,2
Andalucia	92	11,1	26	3,1
Castilla León	25	10,1	14	5,6
Madrid	62	9,7	51	8,0
Baleares	10	9,2	8	7,3
Canarias	15	7,1	5	2,4

Fuente: SIAE 2011,

6-2 la mamografía es fundamental en el diagnostico del cáncer de mama, que es el más frecuente en el caso de las mujeres..

Un diagnostico precoz seguida de una intervención y un tratamiento elevan significativamente las tasas de supervivencia de este tipo de tumor.

Aragon ocupa la primera posición en la dotación de mamografos en la red publica del SNS.

La tasa por 1.000.000 de habitantes es 20,5, que es mas del doble de la tasa nacional que es del 9,1

Tabla nº6 Dotación de mamografos en la red publica del SNS .Tasa por 1.000.000 habitantes.

	Equipos	Tasa 1.000.000 hab.
Aragón	27	20,5
Asturias	14	13,3
Ceuta y Melilla	2	13,2
Extremadura	14	12,9
La Rioja	4	12,8
Castilla y León	28	11,3
Cataluña	77	10,5
España	421	9,1

.....

Canarias	14	6,6
Cominidad Valenciana	33	6,6
Navarra	4	6,4

6-3 la radioterapia se emplea en el tratamiento de muchos tipos de cáncer. Un elevado porcentajes de pacientes con un diagnostico tumoral son tratados con radioterapia. La dotación de bombas de tele-cobaltoterapia y aceleradores lineales en el SNS fue de 176 equipos lo que supone una tasa de 3,8 aparatos por 1.000.000 de habitantes. Aragon se siru en la cola en esta dotación ocupando el puesto nº16 dentro de la dotación del resto de comu idades autónomas, siendo su tasa por 1.000.000 habitantes (3,0) inferior a la nacional en casi un punto (3,8)

Esto es una gran deficiencia del SNS en Aragon, porque si realizamos un diagnostico precoz a continuación se requiere un tratamiento sin demora alguna en los tumores para elevar la tasa de supervivencia de las enfermedades tumorales.

No sirve de nada un diagnostico precoz sino va acompañado de un trtamiento adecuado.

Tabla nº7 Dotacion de equipos de radioterapia en el SNS

	Equipos	Tasa 1.000.000 Hab.
La Rioja	2	6,4
Asturias	6,	5,7
Cantabria	3	5,2
Galicia	13	4,8
Navarra	3	4,8
País Vasco	10	4,7
Canarias	9	4,3
Cataluña	30	4,1
Castilla-Leon	10	4,0
España	176	3,8
Extremadura	4	3,7
Andalucia	30	3,6
Comunidad Valenciana	18	3,6
Madrid	23	3,6
Murcia	5	3,4
Aragon	4	3,0

7-Dotacion de camas hospitalarias en Aragon de los hospitales públicos y de los hospitales privados en el año 2013

La población en cuestiones de salud es cada vez mas exigente, debido al aumento del nivel cultural y una mayor información obtenida a través de los medios de comunicación.

Por otra parte unimos la razón del incremento de la población debido al aumento reciente de la natalidad como consecuencia de la población inmigrante joven que reside en nuestro país y la mayor edad de supervivencia de la población que supone un planteamiento de debates sanitarios sobre la valoración de cambios en el estado de bienestar alcanzado, esto también se ha ocasionado en países de nuestro entorno como Francia, Alemania..

El saldo vegetativo de nuestro país (diferencia entre el numero de nacimientos y el numero de defunciones) se encuentra muy por debajo de Francia, Reino unido y países bajos y por delante del resto de los países de la CEE.

Aragon y España tiene la tasa de natalidad más baja de la CEE despues de Irlanda con 1,25 hijos de media.

Esta nueva situación supone un incremento de las necesidades en sanidad, que en caso de no verse acompañada de un incremento de recursos sanitarios produce un deterioro de la calidad asistencia, masificación de hospitales, incremento de listas de espera tanto de diagnosticos como de intervenciones quirúrgicas

Para evitar esta situación se ha recurrido a la implantación de medidas correctoras del gasto anitario a expensas de la población (tasa de consumo de carburante, copago..)

Tabla nº8 DOTACION HOSPITALARIA SEGÚN TITULARIDAD DEL HOSPITAL ARAGON 2013

	Total	Publicos	Privados
Total hospitales	29	20	9
Dotacion Hospitalaria			
Camas instaladas	4.346	3.730	636
Camas funcionantes	3.977	3.373	604
Quirofamos instalados	140	108	32
Qirofanos Funcionantes	123	91	32
Paritorios	25	18	7
Salas de consulta externa	852	52	100
Puestos Hemodiálisis	149	109	40
Puestos plazas hospital dia	453	416	37

Numero de boxes de urgencia	151	129	22
Salas de diagnóstico por imagen	74	63	11

La dotación hospitalaria es la correspondiente a 22 hospitales excluidos los 7 de salud mental

Tabla nº9 ACTIVIDAD HOSPITALARIA SEGÚN TITULARIDAD DEL HOSPITAL Aragon año 2013

	Total	Publicos	Privados
Ingresos	165.168	132.994	32.174
Altas Totales	164.440	132.801	31.639
Estancias	1.064.982	932.801	132.892
Intervenciones Qirúrgicas	133.827	99.573	34.254
Partos(incluye cesareas)	11.136	8.966	2.169
Urgencias atendidas	708.927	554.508	154.419
Consultas externas	2.593.521	2.459.522	133.999

Fuente: Instituto Aragonés de Estadística con datos de la D.G. de Planificación y aseguramiento

Los hospitales públicos aragoneses realizaron en el año 2013 unas 10.294 intervenciones quirúrgicas mas en horario ordinario con respecto al año 2011 , lo que supone un incremento del 24,15% con respecto al año 2011.

8) Plan de choque para atajar las listas de espera en Aragon

El Hospital Universitario Miguel Servet de Zaragoza por su volumen y tamaño, es el que más intervenciones hizo, con un total de 22.918.

Le sigue el hospital Clinico Lozano Blesa con 14.875 intervenciones quirúrgicas

Y el Hospital Royo Villanova con 5.836 ambos en la capital aragonesa.

El departamento de sanidad piensa que la situación de las listas de espera es mejorable y ha puesto un plan de choque para atajarlas

Los pacientes están siendo derivados a los centros privados que están llevando a cabo 1.500 nuevas operaciones, con una financiación pública de 1.500.000 de euros.

El plan de choque para atajar las listas de espera tiene una inversión de 11.706.000 euros y la realización de 10.560 operaciones.. para conseguirlo se incrementa la actividad quirúrgica en los hospitales públicos por la tarde y la contratación de más de 220 profesionales.

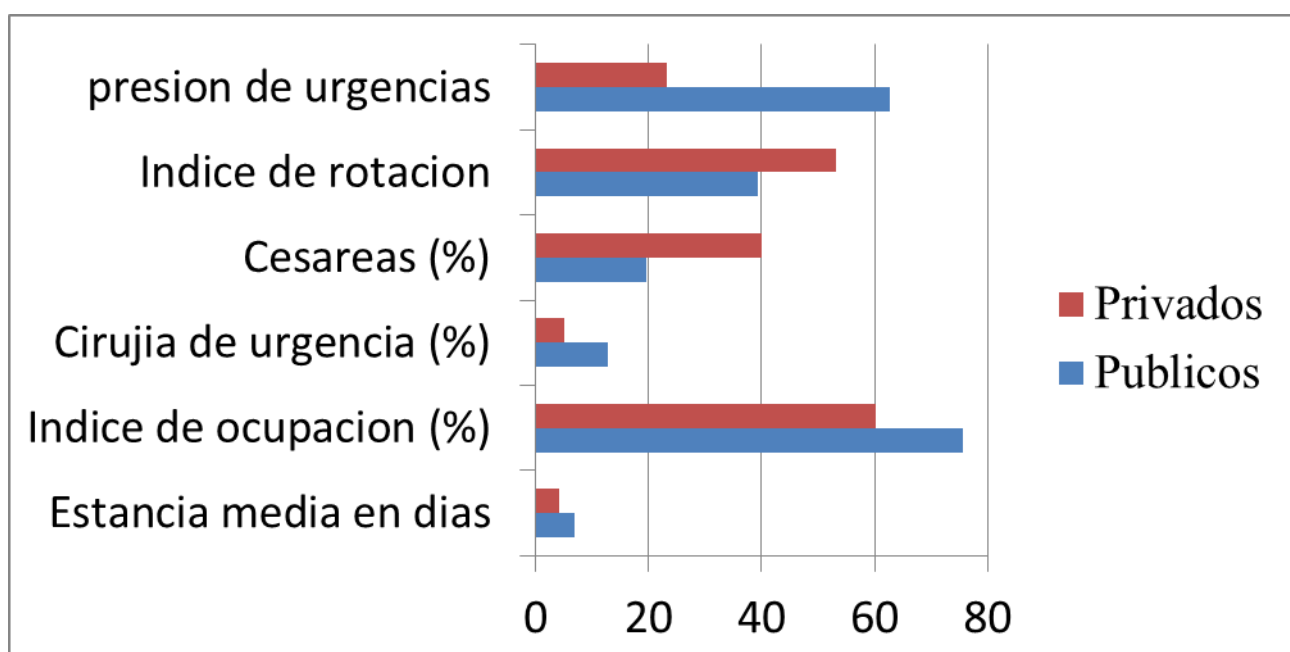
De las 10.560 intervenciones quirúrgicas, 9.260 se realizaran en los hospitales públicos y 1.300 en clínicas concertadas.

Un total de 6,29 millones de euros se destinarán al personal que trabajará por la tarde en los hospitales públicos , donde se invertirán 3,9 millones de euros en material y se abrir 16 quirófanos adicionales.

El coste del plan de choque será 10.206.000 euros destinados a intervenciones quirúrgicas en hospitales públicos por la tarde y 1.500.000 euros para un plan de derivaciones a las distintas clínicas concertadas.

El plan, con el que se prevee suprimir una lista de espera de 4.683 personas , incluye contratar a 50 especialistas (anestrsistas, traumatólogos, cirujanos, neurocirujanos y radiólogos) 90 titulados en enfermería y 65 auxiliares de enfermería.

9-Principales indicadores hospitalarios según titularidad del hospital en aragon año 2013



	Hospitales públicos	Hospitales privados
Estancia media (días)	7,01	4,13
Índice de ocupación(%)	75,75	60,24
Cirujia de urgencia (%)	12,76	5,09
Cesareas (%)	19,99	40,11
Índice de rotación	39,43	53,25
Presión de urgencias	62,75	23,34
Índices		

Índice de ocupación: % de camas ocupadas durante el periodo

Índice de rotación: pacientes que pasan por cada cama en el periodo estudiado

Presión de urgencias: % de ingresos producidos por urgencias.

El número de camas públicas y privadas en los hospitales españoles por cada 1000 habitantes es más bajo que en el resto de la Unión Europea.

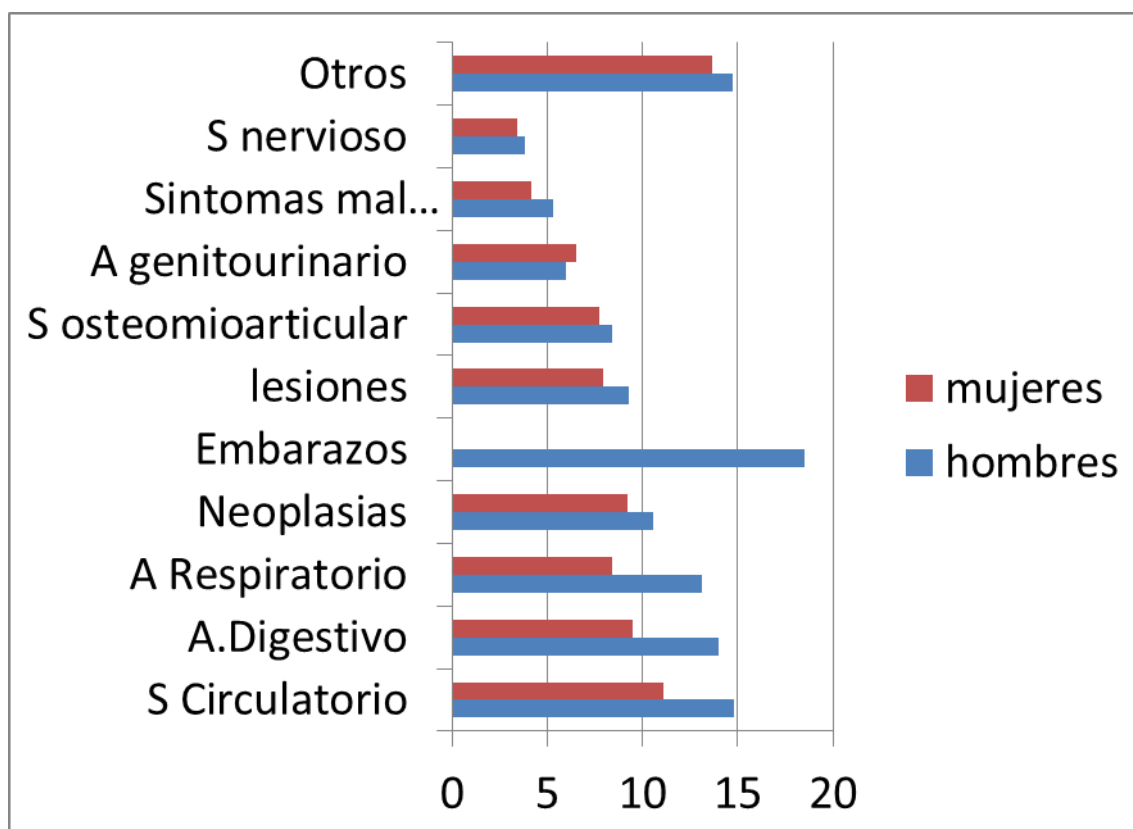
Este en el año 2008 el porcentaje era 3,8 , con un porcentaje de ocupación del 79,6% y un índice de rotación del 32,4

Según el informe anual del SNS 2012 la dotación de camas a nivel nacional por 1000 habitantes era de 2,5%

En Aragón no se alcanza en el año 2013 el índice de ocupación ni en hospitales públicos ni privados que había en España en el año 2008, en cambio el índice de rotación es superior en los hospitales públicos con una diferencia de 7 puntos y en los privados también es superior con una diferencia de 20 puntos.. Esto significa una rentabilidad mayor en las camas hospitalarias en Aragón ya que el número de días de permanencia de los pacientes en los hospitales es menor, al ser mayor la rotación. Por otra parte se necesitan menor número de camas para atender a las mismas necesidades hospitalarias.

Comparando los hospitales públicos con los privados la gestión hospitalaria de las camas es más eficiente en los hospitales privados , ya que la estancia media en días es 50% mayor en los hospitales públicos que en los privados.

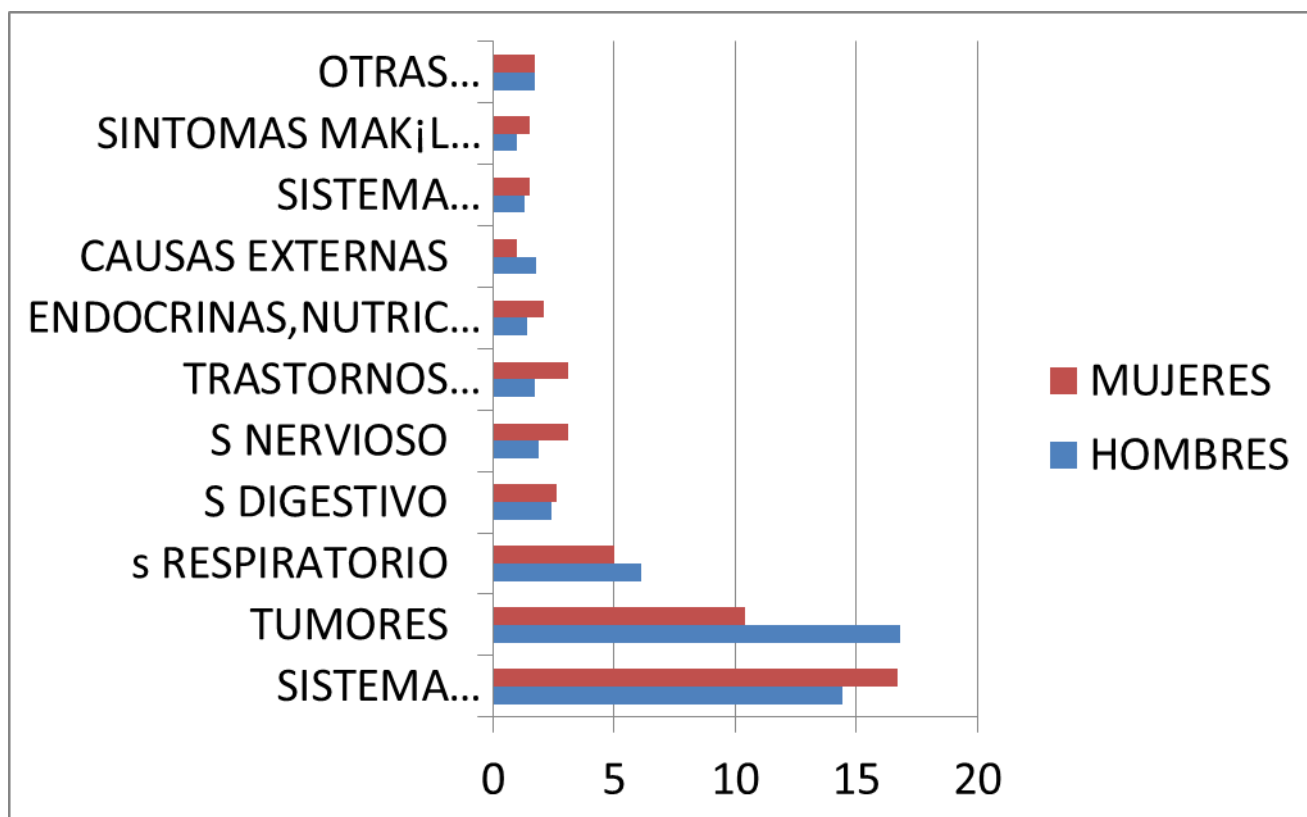
10- Morbilidad hospitalaria en Aragon 2012. Distribucion de las principales causas de ingresos hospitalarios por sexo



Sistema circulatorio	14,81	11,11
Aparato digestivo	13,99	9,46
Aparato respiratorio	13,09	8,43
Neoplasias	10,53	9,2
Complicaciones embarazo		18,50
Lesiones y envenenamientos	9,3	7,9
Sistema osteomioarticular	8,38	7,71
Aparato genitourinario	6,01	6,5
Sintomas, signos y estados mal definidos	5,32	4,17
Otros	14,74	13,63

Fuente: Instituto Aragonés de Estadística con datos de la Encuesta de Morbilidad Hospitalaria 2012
INE

10-Grafico causas de defunción en Aragon



Sistema circulatorio	14,4	16,7
Tumores	16,8	10,4
Aparato digestivo	2,4	2,6
Aparato respiratorio	6,1	5,0
S nerviso	1,9	3,1
Trastornos mentales	1,7	3,1
endocrinas,nutricionales,	1,4	2,1
Causas Externas	1,8	1
Aparato genitourinario	1,3	1,5
Sintomas, signos y estados mal definidos	1,0	1,5
Otrasw enfermedades	1,7	2,7

Fuente: Instituto Aragonés de Estadística con datos del Movimiento Natural de la población, año 2012 INE

12- Aragon en la Union Europea de los 27

Indicadores de Mortalidad, Numero de camas de hospital y Medicos

Indices	por 100.000 habitantes/mujeres/hombres			
ESTANDARIZADO	PERIODO	ARAGON	ESPAÑA	UE-27
CAUSA CANCER	2007-2009	151,4	154,9	173
Cáncer laringe, traquea				
Bronquitis o pulmones	2007-2009	34,9	36,4	39,5
Cancer de pecho en				
Mujeres	2007-2009	17,9	18,1	23,7
Cancer de protata				
En Hombres	2007-2009	19,3	17,3	21,3
CAUSA CANCER	2008-2010	151,1	153,3	169,3
S CIRCULATORIO	2008-2010	133	144	216,8
S RESPIRATORIO	2008-2010	42,1	48,4	43
CAMAS Hospital	2011	377,1	309	535
NUMERO DE MEDICOS				
Con aacidad	2011	509,5	398,7	347,2

Los indicadores han sido tomados del libro Eurostat regiona yearbook I 2011

Los Indicadores de mortalidad cuya causa fue el cáncer durante el periodo 2007-2008 y 2008-2010 fueron superiores en España y en la unión europea que en Aragón, en los cuatro tipos de cáncer, si bien la diferencia es poco significativa entre Aragón y España, es mas significativa entre aragon y la UE:27

Los indicadores de mortalidad del sistema circulatorio y respiratorio son muy semejantes entre España y aragon.

Con respecto a las camas de hospital, supera aragon en Dotacion a las de España, repercutiendo en los costes sanitarios de del sistema de salud en aragon,

La dotación de recursos en médicos también supera ampliamente a la europea y aunque superas a la nacional no es tan marcada la diferencia., siendo el coste sanitario en personal elevado en la comunidad autónoma de aragon dentro de los costes hospitalarios. Correspondiendo este exceso de coste de personal a los hospitales públicos. Tablas nº1 y nº2

12-Conclusiones sobre los costes en hospitales públicos y hospitales privados en Aragón

Si consideramos la distinción de costes de personal sanitario de hospitales públicos versus hospitales privados en Aragón llegamos a las siguientes conclusiones:

- 1) El numero total de hospitales en Aragón de 29, de los cuales 22 son públicos y 9 privados, hay mas del doble en numero de hospitales públicos que privados.
- 2) La dotación de personal según las tablas nº1 y nº2 para 2010-2011 y 2013 son del 91% o 92% para hospitales publicos y del 8% o 9% para hospitales privados.
- 3) Los costes de personal de los hospitales públicos son excesivos con respecto a los privados ya que el personal sanitario del SNS de hospitales privados no llegan al 10% y el resto el 90% corresponde al personal de hospitales públicos. Siendo la proporción del nº de hospitales de 2,4 x numero hospitales privados / 9 = aproximadamente 22 que es el numero de hospitales públicos.
- 4) El numero de personal directivo de ambos tipos de hospitales públicos o privados es muy semejante, no hay diferencias prácticamente
- 5) Todas las demás categorías, médicos, enfermerías,la dotación de los hospitales públicos en personal es muy elevada con respecto a los hospitales privados, por lo tanto habría que reducirla e igualarla.
- 6) En la Tabla nº 3 Médicos de atención especializada en el SNS por 1.000 habitantes, el primer lugar lo ocupa La Comunidad autónoma de aragon, viene a afirmar que los costes de personal en los hospitales públicos de aragon son muy elevados
- 7) Tabla nº4 PROFESIONALES DE ENFERMERIA EN ATENCION ESPECIALIZADA DEL Sistema Nacional de Salud por 1000 habitantes datos (SIAE) La comunidad autonoma de aragon ocupa también el primer lugar en

dotación, viene a confirmar que los costes de personal en los hospitales públicos de aragon son muy elevados

8) Tabla nº 5 de aparatos de topografía Axial computerizada y Resonancia Magnetica Nuclear en la red pública SNS. Tasa por 1.000.000 Hbitantes

La comunidad Autónoma de Aragon ocupa la primera posición e tecnología con respecto a las demás comunidades. Esta tecnología es para el diagnostico de enfermedades

Tabla nº6 Dotación de mamografos en la red publica del SNS .Tasa por 1.000.000 habitantes. La comunidad autónoma de aragon ocupa la primera posición con respecto a las demás comunidades autónomas , se ùede considerar tanto para hospitales públicos comoprivados Esta tecnología es para el diagnostico de cáncer de mama.

9-Tabla nº7 Dotacion de equipos de radioterapia en el SNS Tasa 1.000.000 Hab.

La posición que ocupa la comunidad autónoma de aragon es la nº16, luego en esta tecnología dedicada al tratamiento postoperatoio o bien utilizada para evitar la intervencion quirúrgica debe aumentar considerablemente la dotación en equipos de radioterapia. Tnato en hospitales públicos como privados.

10-Con respecto al coste de las camas hospitalarias, son mas eficientes los hospitaes privados porque su rotación es mayor que los hospitales públicos. Se debería estudiar las causas de esta diferencia para reducirla y disminuir los costes hospitalarios.

11-La estancia en días de las altas en hospitales en hospitales Públicos es muy elevada con respecto a los privados, casi es el doble. En este aspecto habría que intentar reducir la estancia en los hospitales públicos, para reducir el coste hospitalario.

13-Resumen costes sanitarios en Aragon y España

Las necesidades sanitarias crecen año tras año en Aragon como en el resto de comunidades autónomas. Las razones fundamentales son el envejecimiento de la población, causado por el aumento de los años de la esperanza de vida , la baja tasa de nacimientos, en parte paliada por la inmigración de población joven en edad fértil y estas causas unidas a la fundamental: " la mejora de tratamientos sanitarios que conducen a una ampliación de los años de vida de las enfermedades crónicas."

Todos estos factores presionan hacia una reivindicación de mejora del Sistema de Sanidad Publica apoyado en varios pilares

- 1) Mantener los conciertos con la sanidad privada cuando lo requieran las necesidades sanitarias
- 2) Mantener los sistemas de financiación mixtos, recurriendo a la inversión privada cuando persista el déficit publico sanitario.
- 3) Mantener la misma calidad de la asistencia sanitaria e independientemente de la titularidad de los recursos sanitarios: bien públicos, privados

- 4) Potenciar los seguros privados para aquellas necesidades sanitarias que no puedan ser cubiertas por la sanidad pública.
- 5) Educar a la población para en su planificación familiar tenga una ponderación importante el estado de salud de sus miembros, con el fin de evitar que los malos hábitos produzcan enfermedades que a largo plazo deberán ser atendidas con recursos sanitarios independientemente que estos sean públicos o privados.

El gasto sanitario en relación con el PIB de Aragón y el España sigue creciendo.

- a) Entre los años 2000 y 2006 el peso del gasto sanitario dentro del total del PIB ha aumentado A UN RITMO ANUAL DEL 3,5%
- b) En el año 2006 la cifra era del 8,1% PIB
- c) Durante el periodo 2.007-2011 la tasa media de crecimiento del gasto sanitario fue del 2,5% (un 3% para el gasto público y 1,4% para el gasto privado)
- d) En el año 2011 disminuyó el gasto sanitario en todas las funciones, excepto la hospitalaria. En este año el gasto sanitario público se redujo un 3,4% y el gasto sanitario privado se incrementó un 2,5%
- e) Las principales disminuciones de gasto sanitario se produjeron en .
 - los establecimientos de atención medicalizada y residencial (11,2%),
 - los minoristas y proveedores de productos médicos (5,9)
 - La administración general de la salud y los seguros médicos. (2,2%)
- f) El gasto total del sistema sanitario en 2011 ascendió a 98.000 millones de euros, lo que representa un 9,3% del PIB nacional, del cual un 6,8 % fue financiado con recursos públicos y un 2,5% con recursos privados.
- g) En la actualidad también sigue creciendo, porque aunque se haya conseguido un ahorro de recursos como los farmacéuticos, siempre hay una presión asistencial por parte de la sociedad que obliga a mejorar la asistencia sanitaria. De lo que se trata es de conseguir una optimización de los recursos empleados en la salud pública.

Bibliografía

-La carga y el coste de cáncer en España (2.003) Vplimen 6 nº3B pg 141-147

Autores Jonsson, U. Staginuss y N. Wilking

-Lopez Abente G, Poloan M. Aragonés N et al Situación del cáncer en España, incidencia. An Sit. Sanit Bavar 2004, 27(2): 165-173

- Ministerio de Sanidad y Consumo. Informe anual del Sistema Nacional de la salud año 2011

-Projections of the Cost of Cancer Care in the United States: 2010-2020

JNC Journal of the National Cancer Institute Advance Access published January 12, 2011

Autor: Angela B. Mariotto, K. Robin Yabroff, Yongwu Shao, Eric L. Feurr, Martin L. Brouw

-Informe anual del sistema nacional de salud año 2012-13, Ministerio de Sanidad, Servicios sociales e Igualdad.

-Tesis doctoral de la Doctora Eva Mallén, dirigida por María Jesús Gil Sanz y Pedro Gil Martínez

-Registro nacional del Cáncer de Vejiga, Congreso LXXVII Nacional de Urología, celebrado en Palacio de Congresos Mar de Vigo. Investigación realizada por (AEU)

-Economic burden of cancer survivorship among adults in the United States

Journal of Clinical Oncology (2013) volume nº 30, autor: Gery P. Guy Jr, Donatus U. Ekwueme, K. Robin Yabroff