

Encuesta de Morbilidad Hospitalaria.

1. Antecedentes

La Encuesta de Morbilidad Hospitalaria atendida en los hospitales es una investigación estadística que se inicia en el año 1977, después de constituirse a comienzos de 1974, a propuesta del INE, un Grupo de Trabajo con representantes de la Dirección General de Sanidad, del Instituto Nacional de Previsión, de la Comisión Central de Coordinación Hospitalaria y del propio INE.

En 2015 se publica una nueva normativa sanitaria donde se crea el Registro de actividad de atención sanitaria especializada basado en el actual Conjunto Mínimo de Base de Datos (RAE-CMBD).

Este nuevo sistema de información hospitalaria, obtenido desde la historia clínica del paciente, tiene una naturaleza administrativa. Afecta tanto a centros públicos como a privados, y engloba procesos de hospitalización, así como al resto de modalidades asistenciales.

1.1 Disposiciones legales

En 2015, el Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad publica el R.D. 69/2015, de 6 de febrero, por el que se regula el Registro de Actividad de Atención Sanitaria Especializada con la finalidad de cubrir la demanda de información que permita una correcta planificación y evaluación de los servicios sanitarios. Para su tramitación han sido consultadas todas las comunidades y ciudades autónomas. Todo ello acompañado del uso de una nueva clasificación para el diagnóstico principal de la enfermedad, la Clasificación Internacional de Enfermedades 10ª revisión, modificación clínica para diagnósticos (CIE10ES- diagnósticos).

En un número minoritario de hospitales se sigue utilizando el Libro de Registro de Enfermos normalizado, regulado por Real Decreto 1360/1976 de 21 mayo cuyo uso obligaba tanto a hospitales públicos como privados.

La confidencialidad de los datos recogidos al alta hospitalaria del enfermo, tanto por el sistema RAE-CMBD como a través del Libro de Registro, queda garantizada, al establecerse en las respectivas normativas, que las autoridades competentes sólo podrán tener acceso a dichos datos para fines estadísticos o de estudio, manteniéndose en todo caso el carácter reservado de la información consignada y el anonimato de las personas afectadas.

2. Objetivos de la encuesta

Los **objetivos** que persigue esta estadística son los siguientes:

1. Conocer la morbilidad general atendida en los hospitales en función del diagnóstico principal a través del número de altas.
2. Determinar la estancia media en el hospital en función del diagnóstico principal asociado al alta hospitalaria.
3. Servir de base a estudios epidemiológicos sobre determinados diagnósticos.

4. Conocer la distribución geográfica de la morbilidad atendida en los hospitales, en base a la provincia de hospitalización del enfermo y a su provincia de residencia.
5. Proporcionar una base de información normalizada para el conjunto de los hospitales del país, tanto públicos como privados, en base a unas variables seleccionadas.
6. Servir de base para estudios comparativos nacionales e internacionales.

3. Variables: definiciones y conceptos

Las **variables objetivo** son: Número de altas hospitalarias y estancia de las altas.

Se define alta hospitalaria como el procedimiento por el que un paciente ingresado en un Centro o Establecimiento Sanitario deja de ocupar una cama de hospitalización por curación, mejoría, fallecimiento, traslado o alta voluntaria.

A efectos de la encuesta se considera paciente o enfermo a toda persona que haya ingresado en un centro hospitalario para ser atendida, diagnosticada u observada en régimen de internado y haya dado lugar a una alta hospitalaria.

La estancia se define como la fecha de alta menos la de ingreso, no computándose estancias iguales a cero días.

Las **variables de clasificación** utilizadas son: diagnóstico principal, tipo de ingreso hospitalario, motivo de alta y provincia de hospitalización. Respecto a los pacientes se recogen la edad, sexo y lugar de residencia.

Como lugar de residencia se considera el habitual del enfermo identificándose por el código numérico de la provincia.

La provincia de hospitalización se identifica con los dígitos provinciales correspondientes a la identificación del hospital.

Se define el diagnóstico principal como la afección que después del estudio necesario se establece que fue causa del ingreso en el hospital de acuerdo con el criterio del servicio clínico o facultativo que atendió al enfermo, aunque durante su estancia hayan aparecido complicaciones importantes e incluso otras afecciones independientes. Esta definición se establece en la Orden del Ministerio de Sanidad y Consumo de 06/09/1984. La clasificación utilizada hasta 2015 fue la Clasificación Internacional de Enfermedades 9ª revisión, modificación clínica (CIE9 MC), a partir del 2016 se emplea la Clasificación Internacional de Enfermedades 10ª revisión, modificación clínica para diagnósticos (CIE10ES - diagnósticos).

4. Ámbitos de la encuesta

Ámbito territorial: El ámbito de la encuesta es nacional, es decir, se extiende a todos los hospitales establecidos en el territorio nacional, comprendiendo tanto a los del sector público como a los del privado, así como a los hospitales militares dado el importante contingente de personal civil que es atendido en los mismos.

Se considera hospital a efectos de esta encuesta a todo centro sanitario que, con independencia de su denominación, tenga como finalidad principal la prestación de asistencia médica, quirúrgica o médico-quirúrgica a los enfermos ingresados en los mismos.

No se incluyen, por tanto, las residencias de mayores, orfanatos, guarderías infantiles, casas de beneficencia, instituciones de reeducación psicopedagógica, etc., por no ajustarse a la definición propuesta.

Ámbito temporal: Se consideran las altas hospitalarias que han tenido lugar a lo largo del año de referencia de la encuesta, independientemente de la fecha de ingreso.

5. Recogida de información

La mayoría de los hospitales disponen de información mecanizada sobre las altas que se producen en los mismos. Para estos hospitales, los agentes de INE recogen en soporte magnético la información necesaria para la EMH.

Para la minoría de hospitales que no disponen de información mecanizada, los datos se recogen manualmente en cuestionarios.

Con fecha 8 de Junio de 2004 se firmó un Convenio de Colaboración entre el Instituto Nacional de Estadística y el Departamento de Sanidad y Seguridad Social de la Generalitat de Cataluña por el cual este último, mediante el Servicio Catalán de la Salud, envía en soporte magnético al INE (a través de sus Delegaciones Provinciales) la información correspondiente a la base de datos del CMBD de los hospitales públicos y militares incluidos en su ámbito territorial, y la de aquellos hospitales privados de los cuales se disponga información en dicha base de datos.

6. Procesamiento de la información

Una vez recibidos los ficheros se lleva a cabo un a primera validación. La primera parte del tratamiento informático se lleva a cabo por lotes agrupando un determinado de conjunto de ficheros que van a ser objeto de un procesamiento común.

La asignación de códigos a los literales se enfermedad se ejecuta en dos etapas: de manera automática para aquellos literales que son localizados en los diccionarios y manualmente para el resto.

Se controlan los posibles duplicados y se calculan las edades y las estancias.

La detección e imputación de incompatibilidades entre variables y la depuración de valores inválidos es realizada mediante el software informático DIA (Detección e Imputación Automática) un sistema generalizado de edición e imputación desarrollado por el INE de amplia aplicación en diferentes encuestas.

DIA está basado en la metodología de depuración e imputación de Fellegi & Holt y en un modelo matemático asociado que garantiza el cumplimiento de los principios básicos del sistema: a) Principio del cambio mínimo. b) La imputación es realizada automáticamente por el propio sistema a partir de las reglas de edición previamente establecidas. c) La imputación automática

debe mantener, en la medida de lo posible, las distribuciones marginales de frecuencias de las distintas variables correspondientes a los registros sin error.

En la definición de las especificaciones para DIA se han tenido en cuenta los criterios establecidos para la validación de códigos CIE-10ES que tienen su base en las directrices para la codificación creadas tanto por los Centros de Servicios Medicare y Medicaid (CMS) como por el Centro Nacional de Estadísticas de Salud (NCHS), organizaciones pertenecientes al Gobierno Federal de EE.UU.

Una vez ejecutada y analizada la fase DIA, el procesamiento de la encuesta concluye con el cálculo de los factores de ajuste que permiten corregir la “no respuesta” y con la obtención de unas tabulaciones para control de calidad, un instrumento que permitiría, en su caso, detectar a nivel macro algunos posibles errores que no hubiesen sido corregidos en fases anteriores. Tras esa última revisión se generan las tablas de resultados correspondientes a la difusión de la encuesta, así como los correspondientes ficheros de datos anonimizados que se van a poner a disposición de los usuarios en la web.

7. Difusión de los resultados

La difusión de los resultados de la encuesta se lleva a cabo mediante tres vías fundamentales: la publicación de las tablas de resultados en la web del INE, la puesta a disposición de los usuarios interesados de los ficheros de microdatos de la encuesta y, por último, la posibilidad de realizar peticiones de información a medida ajustadas a las necesidades específicas de cada usuario.

Desde un punto de vista analítico, las principales variables de las que se ofrece información en las tablas de la encuesta son el **número de altas hospitalarias** que se han producido en los distintos centros hospitalarios durante el año de referencia, las **estancias totales** (en número de días) y la **estancia media** asociadas a los distintos internamientos, la **edad media** de los pacientes ingresados y las **tasas de morbilidad hospitalaria** que permiten valorar los enfermos ingresados y dados de alta en relación con el total de habitantes de la población.

La principal variable de clasificación reflejada en las tablas es el diagnóstico principal de la enfermedad por la que el paciente fue ingresado en el correspondiente centro hospitalario. La codificación de los diagnósticos se ha llevado a cabo en 2016 de acuerdo a la Clasificación Internacional de Enfermedades versión 10 Modificación Clínica (CIE10-MC), y el desglose de los diagnósticos que se ofrece toma como referencia la “International Shortlist for Hospital Morbidity Tabulation (ISHMT)” lista que ha sido establecida a nivel internacional y adoptada por la Oficina Estadística de las Comunidades Europeas (Eurostat) para difundir resultados y realizar intercambios de información, lo que va a facilitar a los distintos usuarios la comparabilidad con otros países de la Unión Europea. Hasta el año de referencia 2015 las tablas de la encuesta se presentaban de acuerdo a la anterior Clasificación de Enfermedades (CIE-9 MC).

Otras variables de clasificación, al margen del diagnóstico principal, que se recogen en las tablas son el sexo y la edad (grupo de edad) del paciente, el motivo y la urgencia del ingreso, la dependencia del hospital y el motivo del alta.