

Encuesta de Morbilidad Hospitalaria

Metodología

1. Antecedentes

La Encuesta de Morbilidad Hospitalaria atendida en los hospitales es una investigación de carácter muestral 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.

Las reuniones de este Grupo de Trabajo dieron como resultado el Proyecto por el que se ha venido desarrollando esta Encuesta desde el año 1977. Los objetivos que se proponen para esta Encuesta son los siguientes:

Conocer la morbilidad general atendida en los hospitales del país en función del diagnóstico definitivo o de salida.

Determinar la estancia media en el hospital por tipo de diagnóstico.

Servir de base para determinar el ámbito de influencia o grado de atracción de los hospitales.

Servir de punto de partida a estudios en profundidad sobre determinadas enfermedades.

A partir de 1977, el cumplimiento de estos objetivos quedó garantizado con la implantación de dos documentos sanitarios básicos como son el Libro de Registro de Enfermos y la Ficha de Enfermo, que suponían un registro sistemático de todos los enfermos que ingresaban y salían del hospital.

En los últimos años, como consecuencia de la necesidad de disponer de un buen sistema de información que facilite el funcionamiento de los sistemas sanitarios y, en concreto, disponer de un sistema de información hospitalario adaptado a la realidad autonómica y funcional del Sistema Nacional de Salud, y comparable al de otros países de la UE, ha surgido el desarrollo del concepto de *Conjunto Mínimo Básico de Datos al alta hospitalaria del enfermo* (CMBD).

Este sistema de información representa un conjunto de variables obtenibles en el momento del alta hospitalaria del paciente y que responden a las necesidades de múltiples usuarios (gestión, planificación,

investigación epidemiológica, investigación clínica, etc.). El desarrollo de este núcleo de información ha supuesto un proceso de adecuación al nuevo sistema por parte de los hospitales, permitiendo hoy en día disponer de bases de datos hospitalarios normalizadas que proporcionan información clínica-asistencial, demográfica y administrativa, que sirve de apoyo a la planificación y a la ordenación sanitaria.

El desarrollo de este nuevo sistema de información hospitalaria basado en el CMBD y obtenido de la historia clínica ha alcanzado una notable consolidación en los hospitales públicos, pero en mucha menor medida en los hospitales privados del país, en los que su implantación se produce con mayor retraso y en los que se sigue utilizando en muchos centros información basada en el Libro de Registro de Enfermos.

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.

1.1 Disposiciones legales

El Real Decreto 1360/1976 de 21 de mayo estableció el uso obligatorio en todos los hospitales del país, tanto públicos como privados, de un Libro de Registro de Enfermos normalizado en el que habían de consignarse al menos los siguientes datos:

Número de orden de ingreso, correlativo para todos los enfermos.

Número de historia clínica del paciente.

Fecha y hora de ingreso en el centro hospitalario.

Apellidos, nombre, sexo, fecha de nacimiento, estado civil y residencia habitual del enfermo.

Motivo del ingreso en el hospital especificando si se trata de orden facultativa, peti-

ción propia, petición familiar, orden judicial o gubernativa u otro motivo y si lo fue con carácter urgente u ordinario.

Diagnóstico provisional o de ingreso.

Diagnóstico definitivo o de salida.

Fecha de alta y motivo de la misma, especificando si es por curación o mejoría, traslado a otro centro, defunción u otro motivo.

Número de orden de salida.

Quedó asimismo determinado el carácter reservado de los datos consignados en el Libro al establecer que las autoridades competentes sólo podrán tener acceso a dichos datos para fines estadísticos o de estudio, manteniéndose en todo caso el absoluto anonimato de las personas que se hallen incluidas en él.

Este Real Decreto entró en vigor el 1 de enero de 1977.

Posteriormente, la Orden de 14 de noviembre de 1977 del Ministerio de Defensa hizo preceptivo el uso del Libro de Registro en los hospitales militares, con lo que se extendió el ámbito de implantación del mismo a todos los hospitales del país.

El elemento básico para la cumplimentación del Libro de Registro lo constituía la *Ficha del Enfermo* que consta de dos partes. La parte A que cumplimenta el Servicio de Admisión del Hospital y la parte B en la que el Servicio Clínico o Facultativo que da el alta definitiva al paciente debe cumplimentar los datos correspondientes a dicha alta (diagnóstico definitivo, fecha, motivo) y que debe ser devuelta al Servicio de Admisión cuando el enfermo sea dado de alta.

Una vez transcritos los datos de la misma al Libro de Registro, se separa la parte A de la ficha que se archiva por orden de salida, pasando la parte B a completar la documentación clínica del enfermo.

El Libro de Registro continúa vigente en determinados hospitales (privados), pero la necesidad de disponer de instrumentos que permitan el control de la gestión en los hospitales ha influido en la adaptación de

los sistemas de información existentes en los mismos a la nueva situación, incorporando conceptos y herramientas que permitan la mejora continua en la calidad y homogeneidad de dichos sistemas.

En 1975, el Comité de Información y Documentación en Ciencia y Tecnología de las Comunidades Europeas crea un Grupo de Trabajo formado por expertos y representantes de los distintos países para conocer los sistemas de información hospitalarios existentes en los centros.

De esta manera se seleccionaron diferentes datos (administrativos y clínicos) que se podían obtener de las historias clínicas.

En 1981, se presenta el informe *El Conjunto Mínimo Básico de Datos para las Estadísticas Hospitalarias en las Comunidades Europeas* (CMBD-E), desarrollado por diferentes expertos en sistemas de información y estadísticas sanitarias pertenecientes a los distintos países, entre ellos España.

El CMBD fue apoyado por las CCEE, la OMS- Europa, el Comité Hospitalario de las CCEE y la Asociación Internacional de Informática Médica y, posteriormente, el Consejo de Europa lo incluyó como parte integrante del sistema de información hospitalaria.

En España, el 14 de diciembre de 1987 el Consejo Interterritorial del Ministerio de Sanidad y Consumo aprobó establecer un Conjunto Mínimo Básico de Datos (CMBD) al alta hospitalaria, de acuerdo con los aceptados tanto por el Comité Nacional de Estadísticas Vitales y de Salud de EE.UU., como por la Comisión de las Comunidades Europeas sobre el conjunto mínimo básico de datos europeo.

La primera Comunidad Autónoma que establece el CMBD es Cataluña por Orden de 23 de noviembre de 1990, obligando su cumplimentación tanto a los hospitales públicos como privados. La siguiente entidad que establece la obligatoriedad del CMBD para los hospitales propios y administrados es el Instituto Nacional de la Salud (INSALUD), por Resolución de la Secre-

taría General de Sistema Nacional de Salud de 24 de enero de 1992.

Posteriormente, el Ministerio de Sanidad y Consumo en colaboración con las comunidades autónomas con gestión sanitaria transferida y el INSALUD, acuerdan en reunión del 22 de abril de 1992 la creación de un Comité Director para el Desarrollo del CMBD en el Sistema Nacional de Salud. A partir del desarrollo de este proyecto, el resto de las comunidades autónomas fueron publicando decretos o resoluciones para implantar este sistema de información (C. Valenciana, País Vasco, Galicia, Andalucía, Navarra, Canarias, Madrid, Murcia, Castilla-La Mancha, Castilla y León, Aragón, etc.).

La obligatoriedad de realizar un informe de alta hospitalaria del paciente que debe cumplir con el Conjunto Mínimo Básico de Datos se establece por Orden del Ministerio de Sanidad y Consumo de 6 de septiembre de 1984.

El desarrollo del sistema de información hospitalario (administrativo y clínico) basado en el CMBD ha permitido disponer de información homogénea entre los diferentes hospitales y administraciones en la misma medida que anteriormente lo garantizaba el Libro de Registro de Enfermos.

Actualmente su implantación en los hospitales privados no está generalizada, si bien su regulación obliga a hospitales públicos y privados. En muchos de estos 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 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 objetivos** son: Número de altas hospitalarias y estancia media 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.

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 motivó el ingreso en el hospital, según 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 es la Clasificación Internacional de Enfermedades v9, modificación clínica (CIE9 MC).

Hasta el año 1991 se recogen como variables el estado civil del enfermo y si el ingreso se considera caso nuevo o caso antiguo pero con los cambios en los sistemas de información hospitalarios experimentaron una elevada falta de respuesta, por lo que a partir de dicho año se dejan de publicar en las tablas de la Encuesta. El motivo del ingreso (orden facultativa, petición propia, etc.) se deja de publicar a partir del año 1998 por la misma razón.

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. Diseño de la muestra

Para realizar el diseño de la muestra se ha tenido en cuenta que la unidad objeto de estudio es el enfermo internado y salido de un centro hospitalario, siendo este último el punto de acceso a aquél. Por consiguiente, se ha realizado un muestreo estratificado en dos etapas donde los hospitales constituyen las unidades de primera etapa y los enfermos las unidades de segunda etapa o unidades elementales objeto de investigación.

Los hospitales se han estratificado atendiendo a la finalidad de los mismos (generales, quirúrgicos, maternos, ...) dado que el diagnóstico principal de los enfermos, que es la característica básica de la encuesta, está en función directa del tipo de asistencia, es decir, de la finalidad. A estos efectos se han considerado un total de 13 finalidades. Los hospitales que tienen más de una finalidad con servicio de admisión independiente y donde se exige un registro de información para cada una de ellas se tratan como si hubiese tantos hospitales como finalidades independientes abarcan.

Por otra parte, con el fin de poder proporcionar una información desglosada por provincias, cada una de éstas se ha considerado como una subpoblación objeto de estudio, obteniéndose muestras independientes en cada provincia.

La muestra de unidades de primera etapa, es decir, de hospitales, ha sido exhaustiva en las provincias en que el número de centros es pequeño y tienen distintas finalidades, porque es necesario contar con una representación de enfermos de cada estrato, entendiendo por estrato el conjunto de hospitales de la misma finalidad dentro de cada provincia.

En aquellas provincias en que el número de centros de una misma finalidad es elevado, se ha seleccionado una muestra de hospitales atendiendo a su importancia y a la homogeneidad de los diagnósticos tratados en cada tipo de centro.

La muestra de unidades de segunda etapa se ha seleccionado teniendo en cuenta el volumen de enfermos salidos del hospital en el año anterior. Por ello, todos los años se requiere de cada hospital (esté o no esté incluido en la muestra) el número total de altas producidas durante el año y, en los hospitales que tienen más de un servicio de admisión en función de las especialidades, es necesario conocer dicho dato para cada uno de los registros de información independientes.

En los casos en que la información del hospital se recoge a través del CMBD, no se extrae muestra de enfermos sino que se recoge el total de enfermos dados de alta en un periodo determinado.

El volumen global de la muestra de hospitales recogida es del 90,6 por ciento y, en la actualidad, el volumen de enfermos recogido alcanza el 97,1 por ciento.

No se recogen altas hospitalarias correspondientes a determinadas enfermedades de declaración obligatoria que por su propia naturaleza, o bien son controladas numéricamente de modo unitario por el Centro Nacional de Epidemiología (botulismo, cólera, triquinosis, sarampión, tétanos, lepra, rubéola congénita, sífilis congénita, tétanos neonatal, fiebre recurrente por garrapatas, carbunco, tularemia, fiebre Q), o son enfermedades sin casos (difteria, poliomielitis, rabia, fiebre amarilla, peste, tifus exantemático, viruela) o que corresponden a enfermedades endémicas de

ámbito regional (fiebre botonosa, leishmaniasis, equinococosis, carbunco).

La no inclusión de estas enfermedades en la encuesta se debe a que la información recogida a través de muestra puede dar lugar a valores elevados en los errores de muestreo.

Para determinados diagnósticos incluidos en el capítulo de los trastornos mentales (psicosis orgánica senil y presenil, trastornos esquizofrénicos, trastornos neuróticos de la personalidad, otros trastornos mentales no psicóticos y retraso mental, etc.) la estancia media se eleva de manera significativa en algunas provincias debido a las altas producidas por fallecimiento, traslado a otros centros u otras causas, en enfermos con estancias prolongadas en hospitales de larga estancia.

Para separar el efecto que las estancias prolongadas tienen sobre el resto de los enfermos dados de alta, se han incluido tablas nacionales y provinciales considerando distintos intervalos de estancia (de 1 a 30 días, de 31 días a 6 meses, más de 6 meses a 1 año, superior a 1 año) y/o las variables sexo, grupos de edad y comunidad autónoma de hospitalización.

Se recogen las altas hospitalarias (que hayan dado lugar como mínimo a un día de estancia) correspondientes a diagnósticos principales; no se recogen diagnósticos secundarios ni procedimientos.

5.1 Selección de enfermos y estimación

La selección de enfermos en cada hospital incluido en la muestra se realiza aplicando un muestreo sistemático con arranque aleatorio en función del número de salida del enfermo.

Dentro de cada provincia el total de enfermos que presenta una determinada característica X se estima mediante la fórmula:

$$\widehat{X} = \sum_{j=1}^{13} \frac{N_j}{\sum_{i=1}^{H_j} N_{ij}} \sum_{i=1}^{H_i} \frac{N_{ij}}{n_{ij}} X_{ij}$$

donde el subíndice i hace referencia al número de hospital y el subíndice j a la finalidad del mismo (General, Quirúrgico, Maternal, etc.) siendo:

X_{ij} = Número de enfermos de la muestra que poseen la característica X en el hospital i de la finalidad j .

N_{ij} = Número total de enfermos salidos en el año del hospital ij de la muestra.

n_{ij} = Número anual de enfermos investigados en la muestra en el hospital ij .

H_j = Número de hospitales investigados en la muestra de finalidad j .

N_j = Número total de enfermos salidos en el año en el conjunto de hospitales de la población de finalidad j .

5.2 Errores de muestreo

Las estimaciones obtenidas en toda investigación por muestreo vienen afectadas del denominado error de muestreo, consecuencia del hecho de utilizar únicamente una parte del colectivo objeto de estudio, ya que diferentes muestras nos proporcionarían, en general, diferentes estimaciones.

Lógicamente, cuanto mayor sea el tamaño de la muestra y cuanto más homogénea sea la población objeto de estudio tanto menores serán las fluctuaciones debidas a las diferentes muestras posibles o, dicho de otra manera, menor será la medida de estas fluctuaciones (errores de muestreo) y mayor será la fiabilidad de la estimación.

Una de las principales ventajas del muestreo probabilístico, que es el utilizado en esta Encuesta, en relación con otros tipos de muestreo, es poder determinar la fiabilidad de las estimaciones a través del cálculo de los errores de muestreo.

Dado que la muestra de hospitales es prácticamente exhaustiva en casi todas las provincias, se puede hacer la simplificación para el cálculo de los errores de muestreo de que estos provienen exclusivamente del muestreo de enfermos en cada hospital. Por tanto, el error de muestreo absoluto correspondiente a una característica X se ha estimado mediante la fórmula:

$$\widehat{EM}(\widehat{X}) = \sqrt{\sum_{j=1}^{13} \sum_{i=1}^{H_i} \frac{N_{ij}^2}{n_{ij}^2} X_{ij} \left(1 - \frac{X_{ij}}{n_{ij}}\right)}$$

con la notación ya establecida.

El estadístico, al calcular y publicar el error de muestreo de una estimación, proporciona al usuario un medio para obtener un intervalo numérico que presenta una cierta confianza (medida en términos de probabilidad) de contener el valor verdadero que se desea estimar. La teoría del muestreo determina que, en el intervalo comprendido entre la estimación menos dos veces el error de muestreo absoluto y la estimación más dos veces el error de muestreo absoluto, existe una confianza del 95 por ciento de que se encuentre el valor verdadero o parámetro que pretendemos estimar. De aquí que a este intervalo se le denomine intervalo de confianza del 95 por ciento, que puede interpretarse como que, en promedio, de cada 100 muestras obtenidas bajo el mismo diseño y condiciones generales, esos intervalos de confianza obtenidos a partir de cada muestra contendrían el valor verdadero en 95 casos de los 100. A partir de la estimación de una determinada característica y su error de muestreo pueden formarse con análoga interpretación otros intervalos de confianza. Por ejemplo:

- Estimación ± 1 vez el error de muestreo.
= intervalo de confianza del 69 por ciento.
- Estimación $\pm 2,5$ veces el error de muestreo.
= intervalo de confianza del 99 por ciento.

- Estimación ± 3 veces el error de muestreo.
- = intervalo de confianza del 99,7 por ciento.

Además de los errores de muestreo absolutos se pueden obtener los coeficientes de variación o errores de los coeficientes de variación o errores relativos de las características estudiadas, que expresan el error de muestreo como porcentaje del valor estimado.

Para ello, los coeficientes de variación proporcionan una medida de la fiabilidad de la estimación pero con independencia del valor numérico de la misma (lo que no ocurre con el error de muestreo absoluto), permitiendo así comparar de manera inmediata la fiabilidad de distintas estimaciones:

$$\widehat{CV}(\widehat{X}) = \frac{\widehat{EM}(\widehat{X})}{\widehat{X}} \cdot 100$$

Coefficientes de variación elevados asocian a la estimación intervalos de confianza que pueden ser tan grandes como para invalidar la utilización del dato. En cualquier caso, corresponde al usuario determinar si un dato le es útil o no para su toma de decisiones de acuerdo con el grado de fiabilidad que precise.

No debe confundirse el coeficiente de variación de la estimación (o error de muestreo relativo en porcentaje del valor de la estimación) del número de enfermos que figura en la tabla 22 provincial, y del que se ha hablado hasta ahora, con el coeficiente de variación poblacional de la variable edad que aparece en las tablas 18 y 19 provinciales y 17 nacional. El coeficiente de variación poblacional de estas tablas es una característica descriptiva que permite comparar el grado de homogeneidad de la variable edad de los enfermos dados de alta entre los diferentes diagnósticos. Así por ejemplo, si el coeficiente de variación de la variable edad de los enfermos del aparato respiratorio es inferior a la de los enfermos del aparato digestivo, quiere

decir que en lo que se refiere a la variable edad, la población de enfermos es más homogénea en el primer grupo que en el segundo.

6. Recogida de información

La mayoría de los hospitales disponen de información mecanizada sobre las altas que se producen en los mismos, bien basada en el sistema CMBD o en el Libro de Registro. Para estos hospitales, los agentes del INE recogen en soporte magnético la información necesaria para la EMH sobre la base de unas características y diseños de registro establecidos. No obstante, en un elevado número de hospitales, para lograr un mejor aprovechamiento de los recursos disponibles y no sobrecargar innecesariamente al hospital informante, el INE recoge la información de la EMH en el mismo formato (CMBD) que utiliza el hospital y con la misma periodicidad, para posteriormente transformarlo a diseño propio.

Para aquellos hospitales que no disponen de información mecanizada, la información se recoge manualmente en cuestionarios. Este cuestionario es cumplimentado directamente a partir de los datos del Libro de Registro y del fichero de enfermos asociado que siguen llevando algunos hospitales.

La recogida manual de la información se lleva a cabo por agentes del INE mediante visita a los hospitales seleccionados y la periodicidad de la visita varía de acuerdo con el tamaño de la muestra a obtener de los diferentes hospitales.

Así, en los hospitales con muestra de hasta 100 enfermos se realiza una visita al año; para muestras comprendidas entre 101 y 200 enfermos se hacen dos visitas al año, una cada seis meses; para muestras comprendidas entre 201 y 400 enfermos se hace una visita trimestral; en los hospitales con muestra comprendida entre 401 y 1.200 enfermos se efectúa una visita al mes y, por último, para los hospitales con muestra mayor de 1.200 enfermos la visita es quincenal. Esta distribución de las visi-

tas se efectúa con el único fin de facilitar la labor de la recogida de información, pero una alteración en la periodicidad de la visita no afecta al resultado de la encuesta, ya que la muestra recogida es la que está determinada.

7. Explotación de la información

La mayor parte de la información se recoge en soporte magnético y los datos se reciben desde las delegaciones provinciales a través de una aplicación informática que realiza un primer control de calidad de la información recogida y agiliza la entrada de la información en Servicios Centrales. Sólo en aquellos casos en que el hospital no dispone de información en soporte magnético, se procede a la grabación manual de los datos recogidos en cuestionarios.

El diagnóstico principal se publica a nivel de 3 dígitos numéricos de la 9ª Revisión Modificación Clínica de la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE) de la Organización Mundial de la Salud. En las tabulaciones se ha utilizado una agrupación de diagnósticos atendiendo a la demanda social de información y a las agrupaciones utilizadas por la OCDE, Eurostat y la OMS.

A partir de la información del año 2002 y 2003 se ha ampliado el número de diagnósticos publicados y se ha incluido una nueva lista de agrupación de diagnósticos CIE, desglosada en Capítulos y grandes grupos de diagnósticos.

Asimismo, a partir del año 2003 se amplían los grupos de edad (de 85 a 89 años, de 90 a 94 años, de 95 años y más) y se publican nuevas tablas a nivel nacional y regional para enfermos dados de alta, estancias absolutas y estancias medias considerando en ellas distintos *intervalos de la variable estancia* (de 1 a 30 días, de 31 días a 6 meses, más de 6 meses a 1 año, superior a 1 año) y/o las variables sexo, grupos de edad, diagnóstico principal y comunidad autónoma de hospitalización.

Las tablas nuevas considerando *distintos intervalos de estancia* se han incluido con la finalidad de separar el efecto que sobre el total de enfermos, estancias absolutas y estancias medias tienen los enfermos dados de alta en hospitales e instituciones de larga estancia incluidos en la Encuesta.

A partir de la Encuesta de Morbilidad 2005 se incluyen en la publicación ocho tablas nuevas, formando los Capítulos III y IV, correspondientes a la Lista Reducida Internacional de agrupación de diagnósticos (consensuada por Eurostat, OCDE y OMS) para la difusión de datos de Morbilidad Hospitalaria, de fecha 24/11/2006. Esta lista permitirá la comparación homogénea de cifras y diagnósticos entre países e incluye, para diagnósticos individuales o agrupaciones de ellos, 149 ítems con un nivel de desarrollo a cuatro dígitos según la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE-9-MC). Para ampliar información relacionada se puede consultar la web de Eurostat en <http://www.ec.europa.eu/eurostat>

A partir de la Encuesta de Morbilidad 2007, las tablas de los Capítulos III y IV se publican con la Lista Reducida Internacional Eurostat/OCDE/OMS actualizada, de fecha 19/01/2008, mientras que desde la Encuesta de Morbilidad 2008 estas mismas tablas incorporan la Lista Reducida Internacional definitiva de fecha 11/10/2008. Las modificaciones realizadas en la 6ª Edición y 7ª Edición de la CIE-9-MC se incluyen en la Encuesta de Morbilidad de 2008 y 2010, respectivamente.

8. Publicación de resultados

La publicación es anual, dentro del año t+1 del año de referencia de la encuesta. Se publican tablas nacionales y provinciales con cifras absolutas de altas hospitalarias y estancias causadas, así como distribuciones e índices de las características más relevantes (sexo, edad, diagnóstico principal, etc.)

A partir de la información correspondiente al año 1997 se dispone de publicación

electrónica y se puede acceder a la información de la encuesta a través de la página web del INE.

Se dispone también del fichero de microdatos debidamente anonimizado, y mediante petición expresa se pueden realizar tabulaciones específicas de dos, tres o más variables, dado que el alto volumen muestral (97%) de altas hospitalarias recogido en la Encuesta en los últimos años ha facilitado minimizar los errores de muestreo.

A partir de la información del año 2005, los microdatos se distribuyen con un nivel de desarrollo de 4 dígitos para el campo del diagnóstico principal (CIE-9-MC), permitiendo la posibilidad de realizar peticiones a medida con este detalle de información.