

LA VALIDEZ DE LA ESTADÍSTICA HOSPITALARIA, UN PROBLEMA CRUCIAL

Sr. Director:

Las estadísticas de morbilidad hospitalaria¹ desempeñan un papel dentro de nuestros hospitales, dado que constituyen una metodología útil para la gestión de aspectos administrativos y clínicos, y que por su sentido descriptivo nos ayuda en los procesos de control de calidad asistencial.

El desarrollo de ésta información obliga a pasar por una serie de fases o etapas básicas como son: a) origen de la información, que se ha de realizar en cada servicio con un formulario adecuado y un personal sensibilizado en el tema; b) transmitir la información al servicio o persona encargada, con el menor tiempo posible; c) recibir y controlar la calidad de estos datos de una manera científica; d) procesar, analizar y retransmitir de nuevo esta información a los órganos directivos y a los servicios de origen, es decir, formar un feedback útil de motivación para todos. Este ciclo presenta deficiencias ya sean de conocimiento o de organización en la mayoría de nuestros hospitales.

Estamos de total acuerdo cuando en un reciente estudio presentado en su revista²,

se demuestra una deficiencia en la cumplimentación en los datos de la información y también que las variables administrativas se recogen más satisfactoriamente que las clínicas.

En este aspecto, en un trabajo sobre la validez del diagnóstico principal de alta hospitalaria³ realizado por cinco hospitales comarcales de Catalunya (incluido el nuestro) ya se demostró un 12,5% de error tanto por selección como por codificación⁴, cifra que está muy en desacuerdo con el 5,5% de O'Gorman⁵ en Irlanda, por citar un ejemplo.

Son muchas las deficiencias que nos alejan de otros países en la validez y fiabilidad de los datos de los registros hospitalarios. En este sentido, estamos trabajando para que a principios de año se ponga en marcha una nueva «hoja de resumen de hospitalización», que a través del Consorcio Hospitalario de Catalunya agrupará los conceptos y variables para unificar y comparar la información recogida en la CEE⁶, en una línea más avanzada, siendo imprescindible que se formen en los hospitales centros de cálculo o de estadística y epidemiología que garanti-

cen el control y la autenticidad de los actos.

Antonio Sicras Mainar

Ruth Navarro Artieda

Hospital Municipal de Badalona (Barcelona)

Bibliografía

1. Instituto Nacional de Estadística. Estadística de Morbilidad Hospitalaria: *Anuario Estadístico*. Madrid: INE, 1984.
2. García F, Alen M, Escandon C. *Gaceta Sanitaria* 1987; 2: 49.
3. González CA, Agudo A, Costa et al. Validez del diagnóstico principal de alta hospitalaria. *Med Clin (Barc)* 1987; 89: 269-71.
4. Clasificación Internacional de Enfermedades OMS. Revisión 1975. Washington: Organización Panamericana de la Salud, 1978.
5. O'Gorman J. Data accuracy and reliability. En: Lambert P, Roger F, eds. *Hospital Statistics in Europe*. Bruxelles, Luxembourg: North Holland Publishing Company, 1982.
6. Roger FH. The minimum basic data set for hospital statistics in the EEC. En: Lambert PH, Roger FH. *Hospital Statistics in Europe* Bruxelles, Luxembourg: North Holland Publishing Company, 1982: 83-112.

UNA EXPERIENCIA EN SALUD COMUNITARIA: PLAN DE SALUD BUCO-DENTAL EN UNA COMARCA GRANADINA

Sr. Director:

El camino iniciado por la reforma sanitaria española, acorde con las directrices de la OMS y la conferencia mundial de Alma Atta (1978), incide especialmente sobre los aspectos preventivos de la salud pública, contemplando en un primer escalón los de mayor importancia para el conjunto de la población.

En la zona objeto de nuestro estudio y por el retraso dentro del marco provincial en integrarse en zona básica de salud, el equipo sanitario local ha elaborado el siguiente plan de salud bucodental por considerarlo como problema de salud preferente debido a su envergadura, a la ventajosa relación coste-beneficio y, con-

textualizándolo dentro de nuestro país y más aún dentro de los países civilizados, al ser esta una enfermedad en continua expansión en los últimos dos siglos^{1, 2}.

Mediante la clásica metodología de trabajo en atención primaria³ y a partir de los datos obtenidos en el estudio descriptivo previo de la situación bucodental de la población escolar de Huetor Vega y Cajar (Granada), se estructurará un plan de salud para dichas poblaciones.

a) *Diagnóstico de la situación de salud*. En este apartado deben realizarse tanto: 1. la descripción de la situación, (tal como aparece en la tabla nuestra situación es mejor que la general en la tabla nuestra situación

de situación es mejor que la general en la Comunidad Andaluza para el mismo periodo, primer trimestre de 1987⁵; 2. la identificación y análisis del problema de salud (la caries dental constituye, tanto por su alta prevalencia como por los factores que condicionan, un problema de salud que origina un incremento de la morbilidad, de los costos de tratamiento y de demanda de servicios sanitarios); 3. el pronóstico de la situación (que no será positivo si no coincidimos sobre el problema).

b) *Formulación del Plan de Salud Bucodental*. Aquí incluimos las siguientes etapas: 1. Identificación del problema como prioritario (por la gran magnitud, pues lo