

OMI-AP

UNA HERRAMIENTA PARA VALORAR EL ESTADO DE SALUD DE LA POBLACIÓN ARAGONESA

Programa

9.00-10.00h. Medición del Estado de Salud de la Población

- ¿Qué son las desigualdades en salud?. Estado de Salud de la población y sus determinantes sociales.
- ¿De dónde se obtiene la información? Fuentes de información. Ventajas y limitaciones.
- ¿Cómo se mide el estado de salud de la población? Experiencias nacionales e internacionales
- Medición de la desigualdad: Índice de Privación



10.00-11.00h. El Atlas de Morbilidad de Aragón, un instrumento para medir el Estado de salud

- ¿Cuáles son las fuentes de información? OMI AP. BDU
- ¿Cómo se realiza el tratamiento y análisis de datos?
- ¿Qué utilidad puede tener la información generada?
- ¿Qué opinan los profesionales de esta herramienta?



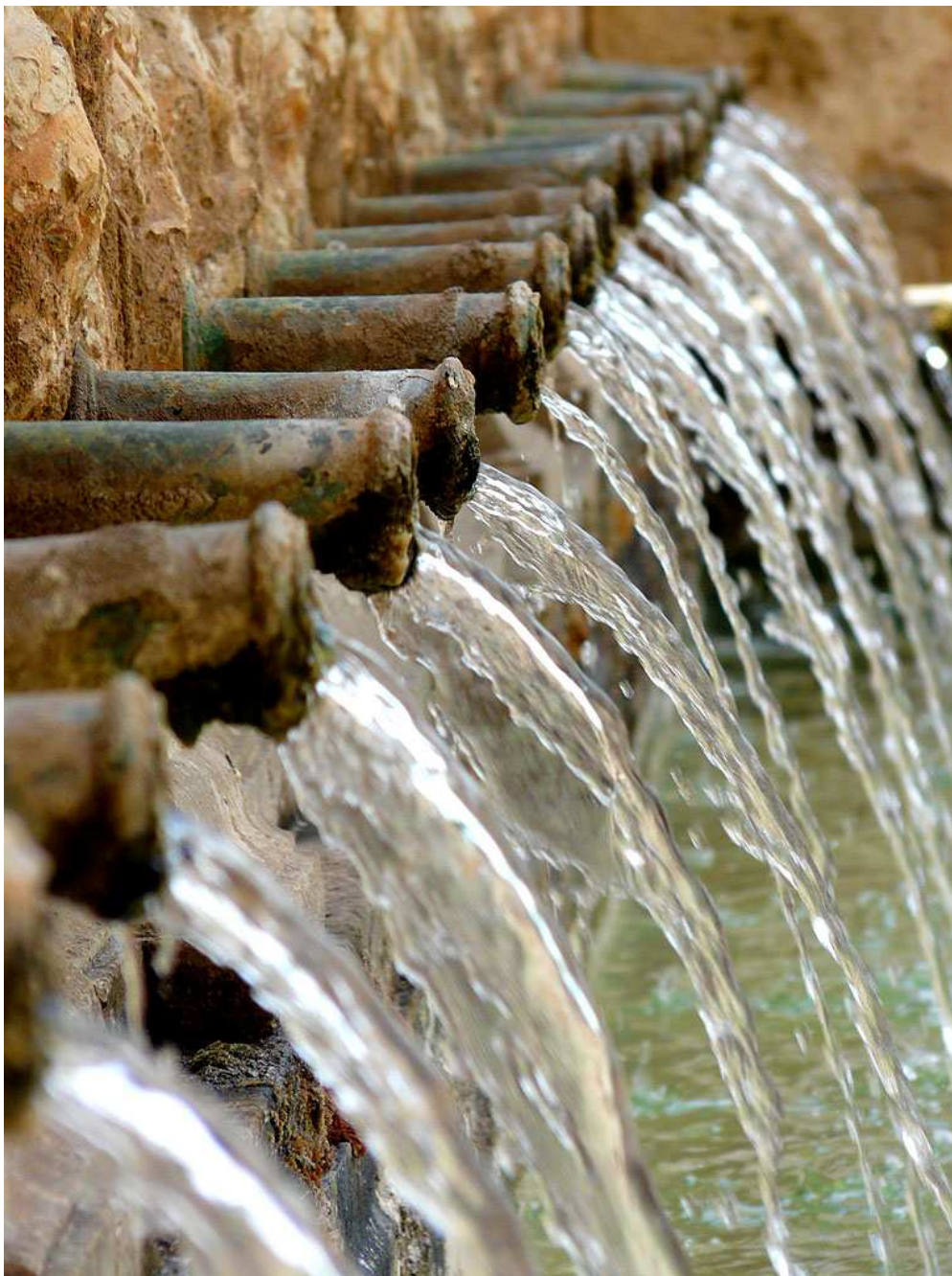
11.00-11.30h. Café. Descanso



11.30-12.30h. Evaluación de nuestro estado de salud

- Trabajo en grupos.
- A partir de informes ya publicados sobre algunos de los problemas de salud se analiza e interpreta la información obtenida y se debate sobre oportunidades de mejora.

12.30-13.00h. Puesta en común. Conclusiones.



**FUENTES
DE
INFORMACIÓN
DEL ATLAS
DE
MORBILIDAD**



SISTEMAS DE INFORMACIÓN DE SERVICIOS ASISTENCIALES

OMI AP

BASE DE DATOS DE USUARIO
DE TARJETA SANITARIA

¿Por qué utilizamos estas fuentes de información?



Los sistemas de información de Salud Pública (SISP) eran desarrollados y gestionados por SP sin tener conexión con otros sistemas. (Registro de mortalidad, Registro de Cáncer, EDO...)

En las últimas décadas se ha iniciado el acceso y en ocasiones la **integración entre los SISP** y los sistemas de información de los **servicios sanitarios asistenciales**.

Para responder a la estrategia

SALUD EN TODAS LAS POLÍTICAS

los SISP deben sincronizarse

Sistemas de información Asistenciales	Sistemas Externos al Ámbito Sanitario
CMBD Base de datos de usuario tarjeta sanitaria Historia Clínica electrónica Omi Ap	IAEST Ordenación territorial-SITAR Medio ambiente Agricultura....

Tendremos que incorporar herramientas que nos permitan generar y compartir conocimiento.



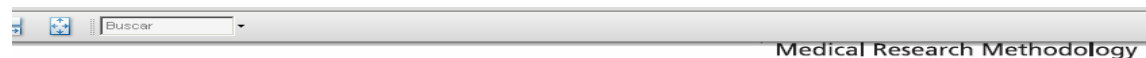


Opinión de los
expertos sobre
utilización de
datos sanitarios
electrónicos

Cartas a la directora/Gac Sanit. 2013;27(3):282-285.

Incidencia y prevalencia de diabetes en una población adulta de Madrid: Estudio
Mediante la Historia Clínica informatizada de Atención Primaria

VALIDEZ PARA LA REALIZACIÓN DE ESTUDIOS EPIDEMIOLÓGICOS



RESEARCH ARTICLE

Open Access

Validation of diabetes mellitus and hypertension diagnosis in computerized medical records in primary health care

Carmen de Burgos-Lunar^{1*}, Miguel A Salinero-Fort², Juan Cárdenas-Valladolid³, Sonia Soto-Díaz³,
Carmen Y Fuentes-Rodríguez⁴, Juan C Abánades-Herranz⁵ and Isabel del Cura-González^{5,6}

Sensibilidad del 99,53%,
Especificidad del 99,49%
VP(+) 91,23%
VP(-) 99,98%

Kuhle et al. *BMC Medical Research Methodology* 2011, **11**:173
<http://www.biomedcentral.com/1471-2288/11/173>



RESEARCH ARTICLE

Open Access

Comparison of ICD code-based diagnosis of obesity with measured obesity in children and the implications for health care cost estimates

Stefan Kuhle¹, Sara FL Kirk², Arto Ohinmaa¹ and Paul J Veugelers^{1*}

El diagnóstico de la
obesidad
en los datos de salud
administrativos
subestima la prevalencia
de la obesidad infantil

Cartas a la directora/Gac Sanit. 2013;27(3):282-285.

Incidencia y prevalencia de diabetes en una población adulta de Madrid: Estudio
Mediante la Historia Clínica informatizada de Atención Primaria

SISTEMA DE INFORMACIÓN EFICIENTE

Aten Primaria. 2011;43(3):125–126



Atención Primaria

www.elsevier.es/ap



COMENTARIO EDITORIAL

Bases de datos clínico-administrativas: información que añade valor a la investigación sobre reingresos en población anciana

Clinical-administrative databases: information that adds value to the investigation of re-admissions in the elderly population

Enrique Ramalle-Gómara^{a,*} y María-Josefa Gilde Gómez-Barragán^b

BCAP; Base de datos representativa de la población residente en España y que acude a los servicios de AP del SNS. El proyecto está en fase de pilotaje y carga de datos.

PROYECTO BASE DE DATOS CLÍNICOS DE ATENCIÓN PRIMARIA-BDCAP

El proyecto Base de Datos Clínicos de Atención Primaria (BDCAP) pretende poner en marcha una BDCAP, conjunto de datos relacionados con la atención prestada en el primer nivel de atención, recogidos de un modo homogéneo y sistemático y con perspectiva histórica o temporal, que permita conocer el contenido efectivo de la atención a partir de las fuentes primarias, esto es, las historias clínicas utilizadas en Atención Primaria. La BDCAP se concibe como una base de datos representativa de la población residente en España y que acude a los servicios de Atención Primaria del SNS. El proyecto está en fase de pilotaje y de carga de datos.

Ambos riesgos no son exclusivos de los registros electrónicos. Es necesaria una mirada crítica de los datos electrónicos y una evaluación de todo sistema teniendo en cuenta su finalidad.

Riesgos electrónicos

European Journal of Public Health, Vol. 23, No. 3, 350–351

© The Author 2013. Published by Oxford University Press on behalf of the European Public Health Association. All rights reserved.

Viewpoints

Public health surveillance with electronic medical records: at risk of surveillance bias and overdiagnosis

La accesibilidad no implica una alta calidad de datos. Se deben utilizar con prudencia.
Sesgo de vigilancia y sobrediagnóstico



Encuesta Nacional de Salud

VS

OMI AP



Ambos sexos	OMIAP2011	ENSE2011
HTA>15AÑOS	20,6% *	19,3%
DM>15AÑOS	6,1% *(INCLUIDA GESTACIONAL)	4,8%
DISLIPEMIA>15AÑOS	22,3%*	16,4% (COLESTEROL ALTO)
BAJO PESO AL NACIMIENTO	7,2%	8% (EUROPERISTAT 2013)

*tasas brutas por 100 habitantes

UTILIDADES DEL ATLAS DE MORBILIDAD

Generar un espacio de conocimiento sobre el estado de salud y las diferencias geográficas.

Garantizar que la información llegue al máximo de **agentes sociales** posibles.

Poder vincular la información en salud a actuaciones.

- La salud es un asunto de todos

(autoridades, asociaciones, profesionales, ciudadanía)

- La utilización de niveles de salud es una forma de hacer más visibles los resultados

No se trata de comparar y señalar o culpabilizar

- Es una herramienta pedagógica para entender mejor los datos
- Mejorar la salud desde la perspectiva de los determinantes de salud es más que desarrollar nuevos servicios o tecnologías sanitarias

A rooster is depicted holding a large, metallic megaphone to its beak. The rooster is dark brown with a prominent red comb and wattle. It stands on a small, dark, circular base. The background is a bright, cloudy sky with a warm, golden light, suggesting a sunrise or sunset. The overall style is that of a classic illustration or a stylized photograph.



- Para **involucrar** al mayor número de personas y agentes sociales en este proceso

-

-



19 MAYO, 9 H
★ NORDIC WALKING INTEGRAL
 Clase de iniciación y paseo por el entorno del barrio. Te enseñaremos a caminar con salud. Actividad para mayores de 14 años impartida por la Escuela Española de Nordic Walking. Plazas limitadas. Inscripciones en civicomiralbueno@zaragoza.es

SÁBADO 7 DE JUNIO DE 2013
PLAZA SAN BRUNO
 DE 9.00 A 14.00H
 Y DE 19.00 A 21.30H

FIESTA DE LOS HUERTOS ESCOLARES Y LA AGRICULTURA ECOLÓGICA
VEN A CELEBRAR EL DÍA MUNDIAL DEL MEDIO AMBIENTE

conocer y mejorar mi barrio

<http://www.zaragoza.es/miBarrio/>

mejorando el barrio, 20/nov./2012
somos ciudadanía activa

IX PLENO INFANTIL MUNICIPAL



Ventajas e inconvenientes del uso de bases de datos clínicas en epidemiología

- ¿A quién hay que proporcionar la información sobre el estado de salud?
- ¿Crees que la población debe conocer su estado de salud?

¿Cómo se realiza el tratamiento y análisis de datos?

– Obtención de la información

- Solicitamos los datos a la Comisión de OMI- AP (Febrero 2011)
- Primer corte: todos los casos hasta 31/12/2011.

– Depuración de datos.

- Identificamos y seleccionamos a **un único episodio por paciente** independientemente de que generen varios episodios.
- Nos quedamos con la **primera fecha de diagnóstico del paciente**.
- Se asignan a las zonas básicas de salud en función de la tarjeta sanitaria, y no del centro de atención.

¿Cómo se realiza el tratamiento y análisis de datos?

ANÁLISIS ESPACIAL DE LOS DATOS

El impacto total de la enfermedad se mide mediante tasas de incidencia o de prevalencia.

La tasa bruta de incidencia es el número de casos nuevos dividido por la población total en un determinado periodo.

La tasa bruta de prevalencia el número de personas con una enfermedad determinada dividido para el total de la población en un determinado periodo de tiempo.

¿Cómo se realiza el tratamiento y análisis de datos?

Es lógico que las poblaciones más envejecidas tengan mayor carga de enfermedad. Si queremos saber el peso de otras causas que no sea la edad debemos de comparar las **tasas específicas por edad**.

Si queremos comparar las tasas del total de la enfermedad y no sólo de un grupo de edad obtenemos una medida resumen que se obtiene a partir del **ajuste de tasas por edad**.

¿Cómo se realiza el tratamiento y análisis de datos?

TASAS ESTANDARIZADAS

Tasas Ajustada por edad. Método directo

Proyección de la morbilidad de las unidades geográficas consideradas sobre una población estándar o de referencia.

$$ASR_A = \sum_i \frac{N_i t_i}{N_i}$$

Razón de morbilidad estandarizada por edad (REM). Método indirecto

Proyección de la morbilidad de una región estándar o de referencia sobre las unidades geográficas consideradas.

$$REM_i = O_i / E_i \cdot 100$$

Se construyen a partir de las tasas específicas por edad.

¿Cómo se realiza el tratamiento y análisis de datos?

INTERVALOS DE CONFIANZA

Dado que los cálculos basados en pequeños números de acontecimientos están a menudo sujetos a fluctuaciones aleatorias, se han calculado los **intervalos de confianza** en el entorno de la tasa de morbilidad estandarizada.

Los intervalos de confianza de las tasas son una medida de la precisión estadística y muestran la amplitud de la incertidumbre alrededor de la cifra estimada.

EJEMPLO 129 IC95%(120-138)

Los intervalos de confianza sirven para indicar el nivel de incertidumbre del cálculo.

ATLAS DE MORBILIDAD DE ARAGÓN

Atlas: (Del lat. *Atlas*, y este del gr. "Ἀτλας, nombre del gigante a quien se suponía que sostenía con sus hombros la bóveda celeste).

Nuestro estado de salud en un mapa

Dirección General de Salud Pública
Dirección General de Planificación y Aseguramiento

PRÓLOGO

Tradicionalmente los atlas se han utilizado para representar la geografía de un país o una región. Pueden ser políticos, físicos, económicos..

Pero este Atlas es diferente. Sus mapas ilustran las diferencias de morbilidad y factores de riesgo entre las diferentes Zonas Básicas de Salud.

La salud se distribuye de forma desigual entre ellas y eso es lo que muestra este atlas. ¹

Las causas o factores que producen estas diferencias pueden ser muy variadas, como la diferente recogida de datos. Pero es importante pensar que las diferencias en salud están fuertemente correlacionadas con los determinantes sociales en salud. ²

Esperamos que la información que se muestra en estos mapas sea útil para entender y conocer la situación sanitaria de Aragón.

1. Borrell C, Cano-Serral G, Martínez-Beneito MA, Mari-Dell'Omo M, Maica Rodríguez-Sanz, y el grupo MEDEA. Atlas de mortalidad en ciudades de España (1996-2003). Barcelona: Dit I Fet, 2009. Enlace: http://www.aspb.es/quefem/docs/libro_atlas_alta_2009_inter.pdf

2. Avanzando hacia la equidad PROPUESTA DE POLÍTICAS E INTERVENCIONES PARA REDUCIR LAS DESIGUALDADES SOCIALES EN SALUD EN ESPAÑA. Comisión para Reducir las Desigualdades Sociales en Salud en España. Ministerio de Sanidad y Política Social.2010.Enlace: http://www.msc.es/profesionales/saludPublica/prevPromocion/promocion/desigualdadSalud/docs/Propuesta_Politicas_Reducir_Desigualdades.pdf

INTRODUCCIÓN

El Departamento de Sanidad, Bienestar Social y Familia, desde la Dirección General de Salud Pública, Sección de Información e Investigación Sanitaria, del Gobierno de Aragón presenta el primer informe a partir de una base de datos administrativa que puede permitir observar la salud en Aragón, el OMI AP, midiendo en esta primera etapa la **prevalencia y la distribución geográfica** de los principales indicadores, para identificar el nivel de riesgo o estado de salud de cada Zona Básica de Salud (ZBS) y planificar las estrategias pertinentes.

El objetivo de este proyecto es valorar el estado de salud en Aragón e identificar las ZBS con mayor riesgo a través de la recogida sistemática y análisis actualizado de los indicadores de salud.

METODOLOGÍA

Fuente de información

Base de datos de Atención Primaria: OMI-AP.

Tipo de estudio

Descriptivo de prevalencia.

Selección de los casos

Se incluyeron todos los *registros* recogidos en la base de datos de OMI-AP hasta el 31/12/2011 con el código seleccionado de la Clasificación Internacional de enfermedades de Atención Primaria-CIAP.

A partir de los registros, se identificaron *usuarios*, es decir se eliminaron registros duplicados por nombre de paciente, código CIA o por código CIP (códigos únicos para cada paciente).

Criterios de exclusión

Se eliminaron los registros duplicados, los usuarios que se encontraban en estado No Activo (fallecidos o situación

desconocida) a fecha 31/12/2011, aquellos que no contenían datos de zona de residencia o en los que en la descripción literal se evidencie una incongruencia con el código asignado.

Variables analizadas

Socio-demográficas:

- Edad: edad en años de los usuarios, calculada a fecha del 31/12/2011
- Sexo.

Geográficas:

- El Sector Sanitario de residencia (Huesca, Barbastro, Zaragoza I, Zaragoza II, Zaragoza III, Calatayud, Teruel y Alcañiz) y
- La ZBS de residencia (125).

Ambas se asignaron según figuraba en Tarjeta Sanitaria.

Los programas utilizados fueron: Excel , R versión 2.9.2

ATLAS DE MORBILIDAD

Para cada uno de los códigos CIAP seleccionados se realizó el siguiente análisis, **DISPONIBLES EN LOS PDF ADJUNTOS.**

PREVALENCIA

ANÁLISIS GEOGRÁFICO: MAPAS

1. $REM < 100$ (REM con ICI e $ICS < 100$), en el mapa son las ZBS de color verde.
2. $REM = 100$ (REM que no cumplen criterios del grupo 1 o del grupo 3), en el mapa las ZBS de color amarillo.
3. $REM > 100$ (REM con ICI e $ICS > 100$), en el mapa las ZBS de color anaranjado.

Para el estudio de Zaragoza capital se presenta un gráfico ampliado. En cada código, se detallan las ZBS de los grupos 1 y 3, que corresponderían a las ZBS con los mejores y los peores resultados de salud respectivamente.

¹ REM: Observados/Esperados *100. Los casos Esperados se calculan a partir del total de casos en Aragón.

ICS: intervalo de confianza superior

ICI: intervalo de confianza inferior

NIVELES DE SALUD

Con el fin de identificar aquellas ZBS en las que su estado de salud puede presentar una situación inferior a otras, se ha realizado un análisis conjunto de los diferentes indicadores analizados. SE ENCUENTRAN DISPONIBLES EN **MORBILIDAD_NIVELES POR ZBS.**

ARAGON. ENERO 2013.xls

Cada ZBS se acompaña del valor de la REM y su IC 95% para cada indicador, para el total de la población, hombres y mujeres. Según el valor de dicha REM el indicador aparece en diferente color, y se le asigna un nivel o número. Así:

1: VERDE

REM con IC 95% superior <100; son ZBS con casos observados inferiores a los esperados.

2: AMARILLO

REM con IC95%, superior e inferior, que incluyen a 100; son ZBS con casos observados iguales a los esperados.

3: ANARANJADO

REM con IC 95% inferior >100 son ZBS con casos observados superiores a los esperados.

Para estimar el **NIVEL DE SALUD GLOBAL O VALORACIÓN TOTAL DEL ESTADO DE SALUD** de cada ZBS en función de los códigos analizados, se ha calculado un indicador que resulta del **valor medio de los niveles alcanzados para cada indicador**.

De acuerdo a este valor las ZBS se pueden clasificar en Nivel de Morbilidad :

1: Morbilidad Baja

2: Morbilidad Intermedia

3: Morbilidad Alta

RESULTADOS

POBLACIÓN Y PIRÁMIDES DE POBLACIÓN POR ZONA BÁSICA DE SALUD. <http://goo.gl/wJ3cL>

INFORMES:

INFORME_OMIAP_K86_87_HTA_2012. <http://goo.gl/So3ev>

INFORME_OMIAP_P17_Tabaco_2012. <http://goo.gl/7UJ1T>

INFORME_OMIAP_T82-83_ObesidadSobrepeso_2012. <http://goo.gl/nz1ha>

INFORME_OMIAP_T82_Obesidad_2012. <http://goo.gl/1JqmG>

INFORME_OMIAP_T83_Sobrepeso_2012. <http://goo.gl/GX5KO>

INFORME_OMIAP_T90_DMII_2012. <http://goo.gl/iGIBL>

INFORME_OMIAP_T93_DLP_2012. <http://goo.gl/TEUjx>

INFORME_OMIAP_Z28_2012. <http://goo.gl/yKdqw>

INFORME_OMIAP_BAJO PESO AL NACIMIENTO_2012. <http://goo.gl/pPNux>

INFORME_OMIAP_R96_R96_ASMA EM MENORES 15 AÑOS_2012. <http://goo.gl/EhTXr>

INFORME_OMIAP_P15_ABUSO CRONICO DEL ALCOHOL_2012. <http://goo.gl/NtvUG>



MORBILIDAD_NIVELES POR ZBS. ARAGON. MAYO 2013.xls

MORBILIDAD POR ZBS ARAGÓN

yenda

VEL 1: VERDE- MORBILIDAD BAJA

EM con IC 95% superior <100; son ZBS con casos observados inferiores a los esperados.

VEL 2: AMARILLO -MORBILIDAD INTERMEDIA

EM con IC 95%, superior o inferior, que incluyen a IVU; son ZBS con casos observados iguales a los esperados.

VEL 3: ANARANJADO-MORBILIDAD ELEVADA

EM con IC 95% inferior >100 son ZBS con casos observados superiores a los esperados.

* Valoración total: Resultante del promedio del nivel obtenido en cada categoría diagnóstica

Zona de Salud	T93 DISLIPEMIA	T83 SOBREPESO	T82 OBESIDAD	Z28 INCAPACIDAD Y MINUSVALIA	T90 DIABETES MELLITUS II	K86-87 HIPERTENSIÓN ARTERIAL	P17 TABACO	R96 ASMA < 15 AÑOS	P15 ABUSO CRÓNICO ALCOHOL >10 AÑOS	BAJO PESO AL NACER (2006-2011)	Valoración Total
MUDEYAR	125,4	63,9	127,0	151,7	108,2	107,3	104,3	104,4	78,2	106,1	2
VERBE	106,8	44,6	80,1	41,7	86,8	111,7	136,8	91,3	234,1	167,8	2
ESCAS-VALLE DE TENA	109,9	90,8	108,5	160,6	88,9	96,4	145,6	71,2	123,0	107,2	2
ROTO	96,2	204,0	125,5	93,1	74,8	106,4	119,4	99,5	100,5	0,0	2
BAÑEN	117,6	54,4	53,0	100,5	102,9	101,1	78,2	63,2	90,1	62,4	2
ECHO	103,2	50,9	153,5	230,0	86,3	96,4	192,6	28,4	141,9	24,3	2
JESCA CAPITAL N° 1 (PERPETUO)	114,7	158,4	166,3	104,8	122,0	105,0	143,1	220,3	196,4	98,9	3
JESCA CAPITAL N° 3 (PIRINEOS)	121,8	153,2	148,4	139,7	102,7	107,9	186,1	166,6	144,6	84,5	3
JESCA RURAL	83,0	44,1	55,7	85,7	93,5	84,7	67,7	103,2	63,8	0,0	1
ACA	102,7	71,7	96,4	87,7	91,2	95,6	87,1	90,9	102,1	107,6	2
ERDUN	116,6	136,9	137,0	95,6	86,1	95,0	139,4	48,1	455,4	0,0	2
ABIÑANIGO	96,1	86,4	117,0	33,3	95,3	91,1	122,1	79,2	128,2	112,3	2
ARIÑENA	91,6	22,7	68,6	126,2	92,0	107,8	77,9	87,5	86,7	86,2	2
JESCA CAPITAL N° 2 (SANTO GREGORIO)	115,2	296,6	147,0	44,9	88,0	90,8	130,1	70,4	141,1	78,4	2
BIEGO	80,8	11,8	147,4	110,6	80,3	101,4	168,5	103,8	190,6	71,5	2
NSA	80,0	128,2	76,6	146,3	87,4	90,4	59,5	44,5	101,4	54,7	2
LBALATE DE CINCA	84,2	15,2	102,2	72,9	95,2	105,0	128,2	41,0	161,3	101,2	2
ARBASTRO	84,1	38,3	56,2	85,3	104,2	91,4	58,2	137,9	85,7	89,4	2
ENABARRE	59,8	43,7	47,6	74,2	107,9	103,2	95,5	111,3	67,2	238,2	2
ERBEGAL	106,8	33,0	117,0	127,0	112,7	97,0	165,9	158,0	94,2	61,2	2
NEFAR	100,2	40,2	90,5	107,5	115,2	106,2	86,8	27,6	71,9	163,0	2
ASTEJON DE SOS	84,0	87,2	95,9	170,5	86,4	88,6	134,6	87,1	167,8	104,8	2
LAGA	80,8	83,1	121,6	65,5	116,2	113,4	111,2	92,4	82,9	87,9	2
RAUS	76,9	40,9	41,3	54,2	96,4	78,6	45,1	53,1	65,8	37,8	1
LFORTUNADA	110,5	74,4	101,1	233,6	86,6	96,8	194,5	66,2	175,0	177,4	2
ONZON URBANO	97,6	70,7	108,5	83,4	106,3	89,0	97,1	85,4	115,5	98,9	2
AMARITE DE LITERA	78,8	54,0	43,4	51,8	95,5	95,6	44,1	68,8	68,7	109,3	1
ONZON RURAL	83,3	46,5	149,5	126,2	138,4	104,2	169,1	81,8	113,2	0,0	2
ZUARA	44,5	154,5	49,2	54,2	88,8	75,0	87,3	100,7	176,1	128,6	2
ELCUTE	77,9	58,4	66,1	62,6	76,2	99,9	70,2	62,2	66,4	101,5	4



ENCUESTA ATLAS DE MORBILIDAD POR ZBS

Con tu participación generamos conocimiento sobre el estado de salud

***Obligatorio**

¿Te parece interesante y útil tener información por ZBS? *

- ☐ Sí
☐ No

¿Crees que esta información refleja la realidad de tu ZBS? *

	1	2	3	4	
nada	☐	☐	☐	☐	mucho

Con el conocimiento de tu ZBS, ¿cuál es la credibilidad de la información de los siguientes grupos? *

Enfermedades Crónicas (HTA, DM, Cáncer...)

	1	2	3	4	
nada	☐	☐	☐	☐	mucho

Factores de Riesgo (Tabaco, Alcohol, Sobrepeso...)

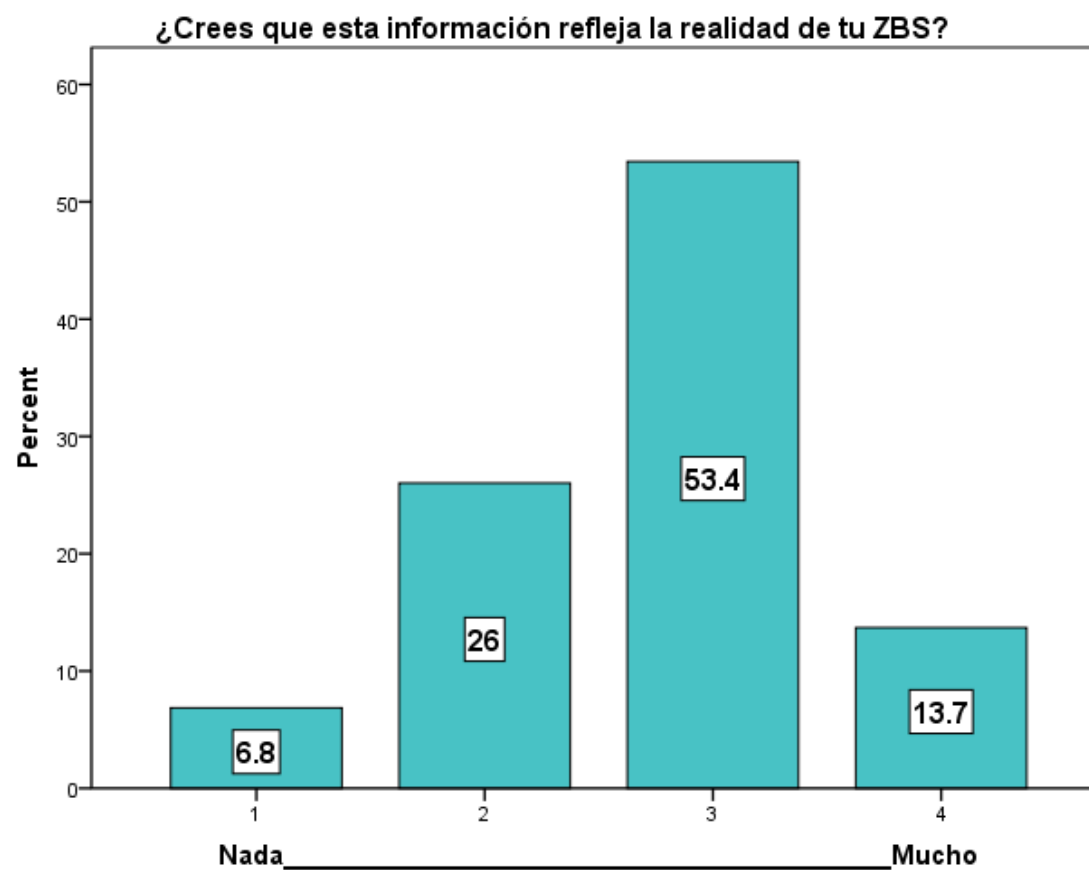
	1	2	3	4	
nada	☐	☐	☐	☐	mucho

Indicadores Sociales (minusvalía, desempleo, nivel de estudios...)

<i>Profesión</i>		<i>%</i>
Médico	51	69.86
Enfermero	19	26.03
Otros	3	4.11

¿Te parece OMIAP útil como sistema de información del estado de salud?

<i>Utilidad</i>		<i>%</i>
Si	65	89.04
No	8	10.96



¿Sobre qué otros temas de Salud Pública te interesaría tener información?

Fiabilidad del registro OMI
/ Mejora de registro

Fiabilidad
de algunos códigos
por múltiples causas
(Tabaco, Alcohol,
Peso, Dependencia)

Salud Mental

Salud infantil

Drogodependencias

Otros temas de interés:

Envejecimiento
Embarazo
Cáncer
EPOC/ Respiratorias
Nº de altas hospitalarias por ZBS
TBC
Cobertura vacunal por ZBS
EDOS/ Infectocontagiosas
Enfermedades Reumatológicas
Hábitos saludables
Datos microbiológicos
Comparar con carga asistencial del CS
y consumo de recursos
Patologías mas importantes en AP
Hipotiroidismo

Algunas opiniones...

*...La actualización del **peso** de los pacientes **sólo es fiable para los crónicos y ancianos que visitan frecuentemente al centro de salud**. Por ello, el análisis de las curvas de datos con el pico a partir de 60 años puede indicar falta de registro, y no el hecho de que todo el mundo empeore en cuanto a problemas de salud a partir de esa edad...*



*...El OMIAP no es una herramienta fidedigna, su utilidad es más que nada, debida a que es la única herramienta actual que contempla la administración, me encantaría se realizara una auditoria real y de campo sobre ella. **La dependencia y la planificación de los recursos reales para el futuro es el gran reto a que nos estamos enfrentando aún sin ser conscientes...***

Algunas opiniones...

La utilidad de OMI sobre el estado de salud es subjetiva, dado que depende de muchas variables en el registro, de tener la historia totalmente al día, cerrando episodios que ya están resueltos (por ejemplo) , los centros "mas antiguos" tienen mayores prevalencias creo que por este motivo.

*...Con la organización actual, en la que no están incluidas **intervenciones comunitarias** de forma sistemática, la información recogida en OMI carece de indicadores adecuados que representen a la población de la zona básica...*

*Sobre la **concienciación de los profesionales en mejorar** la información **me parece utilísima**.
La explotación de datos de OMI debería estar asequible a los estudios de investigación en general. En salud pública el tema de factores de riesgo , por zona básica ,nos ayudaría a **priorizar actuaciones de promoción / prevención. EPS grupos, adolescentes....***

