



Consejo Económico y Social

Distr. general
20 de diciembre de 2002
Español
Original: inglés

Comisión de Estadística

34º período de sesiones

4 a 7 de marzo de 2003

Tema 3 b) del programa provisional*

Estadísticas demográficas y sociales: estadísticas de salud

Informe de la Oficina de Estadística de Australia sobre las estadísticas de salud

Nota del Secretario General

El Secretario General tiene el honor de transmitir a la Comisión de Estadística el informe de la Oficina de Estadística de Australia sobre estadísticas de salud. En el informe se describe brevemente el sistema de estadísticas de salud existente actualmente en Australia, se indica quiénes son los principales interesados, se describen las funciones y responsabilidades de algunos organismos y comités que impulsan el desarrollo del sistema de información sanitaria de Australia, se consignan las fuentes de datos más destacadas, se hace mención de los diversos marcos que se utilizan para organizar las actividades de reunión de datos y preparación de informes, se exponen las actividades que lleva a cabo Australia en el ámbito internacional y se señalan ámbitos donde la colaboración internacional podría ser de utilidad para mejorar los sistemas de estadísticas de salud de los países. Tal vez la Comisión desee formular observaciones sobre las cuestiones planteadas en el párrafo 58.

* E/CN.3/2003/1.



Informe de la Oficina de Estadística de Australia sobre estadísticas de salud

Índice

	<i>Párrafos</i>	<i>Página</i>
I. Introducción	1–9	3
II. Impulsores de políticas	10–18	4
A. Salud de la población	10–11	4
B. Salud de los aborígenes y de la población de las islas del estrecho de Torres	12	4
C. Rendimiento y trabajadores del sistema sanitario	13–15	5
D. Seguridad, calidad y coordinación de la atención de la salud	16–18	5
III. Fuentes principales de datos sobre salud existentes en Australia	19–28	6
IV. Cuestiones estadísticas	29–42	7
A. Normas y clasificaciones	30–32	7
B. Marcos y planes de desarrollo de la información	33–35	8
C. Gestión de la información sanitaria	36	8
D. Interconexión de datos	37–38	9
E. Mediciones bioquímicas y físicas	39	9
F. Datos sobre la salud de la población indígena	40–41	9
G. Deficiencia de las encuestas de población	42	10
V. Infraestructura de información sanitaria	43–51	10
A. Marco nacional de resultados en materia de salud	45–46	11
B. Conjuntos nacionales de datos mínimos	47	11
C. Diccionario y base de conocimientos nacionales sobre salud	48	11
D. Clasificaciones en materia de salud	49	12
E. Clasificaciones geográficas	50	12
F. Difusión	51	12
VI. Actividades internacionales	52–54	12
VII. Cuestiones relacionadas con las actividades internacionales	55–57	13
VIII. Cuestiones que convendría examinar	58	14
 Anexo		
Compilaciones de datos sobre salud y actividades conexas en Australia		15

I. Introducción

1. Australia dispone de un conjunto de estadísticas de salud extenso que se utiliza ampliamente y es producto de un nivel de colaboración y cooperación elevado entre varios organismos gubernamentales y el sector de la prestación de servicios de atención de la salud. En el presente informe, además de describirse las principales fuentes de datos sobre salud, se indica la infraestructura creada para mejorar la normalización e integración de las actividades estadísticas en Australia. Si bien los estadísticos dedicados al sector de la salud desearían que siguieran mejorando muchos aspectos, el sistema australiano de información sanitaria es relativamente copioso y eficaz.

2. El sistema sanitario de Australia cuenta con diversos mecanismos de planificación, financiación, ejecución y regulación de los servicios sanitarios, en los cuales participan en grados diversos los sectores privado y público. El sistema sanitario está fundamentalmente a cargo de los niveles primero y segundo de gobierno, representados por el Departamento de Salud y Envejecimiento del Commonwealth y las autoridades sanitarias de los estados y territorios.

3. Junto con el Instituto de Salud y Bienestar de Australia y la Oficina de Estadística de Australia, esos organismos gubernamentales desempeñan funciones destacadas en la reunión y presentación de información sobre salud y bienestar. Con arreglo al Acuerdo Nacional sobre Información Sanitaria, existe un Plan Nacional de Desarrollo de la Información Sanitaria en que se especifican las prioridades nacionales convenidas en relación con la información sanitaria que debe examinar el Consejo Asesor de los Ministros de Salud de Australia. Para supervisar la aplicación del Acuerdo se creó el Grupo Nacional de Gestión de la Información Sanitaria.

4. La Oficina de Estadística de Australia se encarga de una amplia gama de estadísticas económicas y de población. Realiza un censo quinquenal de población, compila estadísticas sobre acontecimientos vitales y causas de fallecimiento basadas en sistemas de registro y lleva a cabo una gran variedad de encuestas por hogares que incluyen varias sobre salud y cuestiones conexas. Asimismo, obtiene datos de las empresas del sector sanitario sobre el comportamiento económico.

5. El Instituto de Salud y Bienestar de Australia se encarga de elaborar un conjunto amplio de estadísticas e información sobre salud y bienestar. Compila datos de sistemas vinculados a la prestación de servicios de salud y bienestar, registros de enfermedades y otras muchas fuentes; utiliza ampliamente los datos sobre salud reunidos por la Oficina de Estadística de Australia y lleva a cabo algunas encuestas. El Instituto prepara cada dos años un informe de envergadura sobre la salud en Australia.

6. El Instituto de Salud y Bienestar de Australia y la Oficina de Estadística de Australia colaboran para lograr la máxima coherencia, cobertura y utilización de los datos que genera cada uno de ellos.

7. Reconociendo la necesidad de que exista un enfoque nacional común de la salud pública y la promoción de la salud, los Gobiernos del Commonwealth, los estados y los territorios han creado una asociación nacional de salud pública. Se trata de un mecanismo de colaboración destinado a mejorar la salud de los australianos, en particular de los grupos de población de más riesgo. Las estadísticas de salud pública son uno de los principales ámbitos de trabajo de la asociación.

8. En 1999 se creó el Grupo de Trabajo Nacional de Registros Electrónicos sobre Salud con el fin de preparar un enfoque coordinado de los registros electrónicos sobre salud. El Grupo de Trabajo recomendó que se estableciera una red nacional de información sanitaria, *HealthConnect*, que se encarga de la reunión (en el lugar de prestación de la asistencia), transferencia, almacenamiento y recuperación sistemáticas de información clínica y demográfica en forma de resúmenes de eventos. Una parte del proyecto consistirá en procurar que los gobiernos de los estados y el Commonwealth acuerden trabajar para proteger debidamente la confidencialidad de la información relativa a los pacientes. El proyecto podría ofrecer importantes posibilidades desde el punto de vista estadístico, aunque probablemente tendrá carácter facultativo, lo cual podría limitar su pertinencia.

9. Se ha formado un Comité Asesor Nacional sobre Normas en Materia de Información Sanitaria con el fin de establecer normas convenidas a nivel nacional en ámbitos diversos, como la terminología, la comunicación y la privacidad en la esfera de la salud.

II. Impulsores de políticas

A. Salud de la población

10. En el plan nacional de desarrollo de la información sobre salud pública de 1999 se recomendaban varias estrategias e iniciativas encaminadas a mejorar el alcance, el uso y la difusión de la información sobre salud pública y aumentar la capacidad en esa materia con el fin de obtener pruebas que sirvieran para promover la aplicación de estrategias de salud pública o efectuar el seguimiento de su progreso.

11. Comprender mejor los determinantes en materia de salud, especialmente en lo que se refiere a las principales enfermedades crónicas, tendrá particular importancia para la salud de la población. Cada vez se está prestando mayor atención a los efectos de esos determinantes en grupos de necesidades especiales, incluidos los niños y los jóvenes, los aborígenes y la población de las islas del estrecho de Torres. Esos determinantes serán objeto de intervenciones de política pública.

B. Salud de los aborígenes y de la población de las islas del estrecho de Torres

12. La salud de los aborígenes y de la población de las islas del estrecho de Torres sigue siendo una de las principales cuestiones sanitarias a que se enfrenta Australia. Los gobiernos del Commonwealth, los estados y los territorios están demostrando un empeño cada vez mayor en vigilar la eficacia de los programas y evaluar las políticas que tienen por objeto mejorar la salud de esas poblaciones y la prestación de los servicios a ellas destinados. De ese modo se ha logrado que aumente la demanda de información periódica de calidad sobre la población indígena de diversos niveles geográficos que permita elaborar indicadores de resultados de la prestación de servicios, examinar los determinantes sociales y de otra índole de la salud y elaborar series cronológicas sobre el estado de salud.

C. Rendimiento y trabajadores del sistema sanitario

13. La eficacia de la prestación de servicios sanitarios depende de la disponibilidad de personal debidamente calificado. La demanda de personal de enfermería especializado ha empezado a ser superior a la oferta, al igual que en el caso de algunas especialidades médicas. Asimismo, los cambios tecnológicos y otros cambios estructurales afectan a la combinación de conocimientos especializados necesarios en las profesiones sanitarias. La distribución regional de los servicios, que con frecuencia depende de la disponibilidad de profesionales calificados, sigue siendo una de las principales esferas de atención en materia de políticas para los proveedores de servicios y los encargados de planificar la formación de profesionales de la salud.

14. El aumento de la equidad es una de las metas clave desde el punto de vista de rendimiento del sistema sanitario, ya que la situación en esa materia no es uniforme en toda la comunidad. Además de los aborígenes y la población de las islas del estrecho de Torres, otros grupos siguen siendo vulnerables debido a su situación socioeconómica, edad, ubicación geográfica y otras circunstancias, como la de encontrarse en prisión.

15. Junto con la preocupación relativa a los trabajadores del sector de la salud, prosigue el debate en la comunidad sobre la presión a que está sometido el sistema sanitario, si es posible mantenerlo en su forma actual y si puede seguir teniendo buenos resultados. Los sistemas existentes aportan una gran variedad de información al debate, pero se siguen solicitando más datos y análisis basados en la información existente. El Consejo Asesor de los Ministros de Salud ha creado el Comité Nacional de Resultados en Materia de Salud con el fin de establecer referencias y elaborar informes sobre el rendimiento del sistema sanitario.

D. Seguridad, calidad y coordinación de la atención de la salud

16. Los ministros de salud han creado el Consejo Australiano de Seguridad y Calidad de la Atención de la Salud con el fin de elaborar una estrategia nacional para mejorar la seguridad y la calidad de la atención sanitaria en hospitales y otros entornos, elaborar un marco nacional de vigilancia, gestión y prevención de sucesos adversos, y medición del rendimiento y preparación de informes al respecto, incluida la investigación y la elaboración de sistemas de información clínica y administrativa.

17. Los usuarios y proveedores de los servicios de atención de la salud, así como quienes los financian, han detectado que es necesario que la prestación de esos servicios esté más integrada con el fin de mejorar la continuidad de la atención y los resultados para la salud de la población.

18. La evolución de la tecnología de la información y las comunicaciones que tiene por objeto mejorar la integración de los sistemas de atención de la salud generará una demanda de vigilancia de una combinación más compleja de servicios y ofrecerá oportunidades para que se desarrolle la información. La creación de una red de información y registros electrónicos sobre salud en Australia, *HealthConnect*, diseñada para mejorar los resultados en materia de salud para todos los australianos, salvaguardando al mismo tiempo la privacidad de los usuarios de los servicios sanitarios, debería constituir una contribución importante en esta esfera.

III. Fuentes principales de datos sobre salud existentes en Australia

19. Australia dispone de un sistema estadístico bien desarrollado que, inicialmente, se basaba en un conjunto de registros civiles de larga tradición. Esos registros incluyen los de fallecimientos, en que se vienen recogiendo datos sobre las causas de fallecimiento desde 1907. En 1997 se introdujo la codificación de las causas múltiples simultáneamente a la aplicación de la Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y Problemas de Salud Conexos, Décima Revisión (CIE-10).

20. También se reúne y difunde una información considerable procedente de registros administrativos de centros sanitarios como los hospitales. En la base de datos sobre morbilidad hospitalaria del Instituto de Salud y Bienestar de Australia se recogen datos sobre utilización, diagnósticos, procedimientos y costos, así como características demográficas de los pacientes, mientras que la base de datos sobre establecimientos hospitalarios del Instituto incluye datos sobre gastos, tipo, número y tamaño de los hospitales públicos. La Oficina de Estadística de Australia reúne datos similares sobre los hospitales privados.

21. En el censo de población y vivienda de la Oficina de Estadística se compila información sobre la composición de la población activa en el ámbito de la salud, mientras que la información sobre quiénes reciben capacitación como profesionales de la salud puede obtenerse en las compilaciones de datos sobre universidades del Departamento de Educación, Ciencia y Capacitación. También se reúnen datos sobre los trabajadores del sector de la salud como parte de procesos habituales de registro. Con el fin de elaborar informes sobre los gastos en materia de salud y las fuentes de financiación se obtienen datos de diversas fuentes que incluyen la base de datos del fondo de seguros médicos privados, las autoridades sanitarias de los estados y los territorios, el fondo de indemnización por accidentes de trabajo y el fondo de seguros de responsabilidad civil de vehículos automotores.

22. Los datos sobre las afecciones de los pacientes y los tratamientos que reciben de los médicos generalistas se reúnen en el estudio para la mejora de la evaluación y la atención en materia de salud. La Oficina de Estadística de Australia obtiene datos de los profesionales de la medicina sobre demografía, calificaciones, horas trabajadas y número de pacientes visitados a la semana en la recopilación de datos sobre prácticas médicas privadas, mientras que los datos sobre empleo, ingresos y gastos en diversos sectores relacionados con la salud, los servicios dentales y la optometría se reúnen en un estudio sobre servicios sanitarios amplios.

23. Otros datos se basan en registros, es decir que se notifica a un depositario central cuando los profesionales de la salud diagnostican determinadas enfermedades. Por ejemplo, el cáncer es una enfermedad de la cual hay que informar en todos los estados y territorios y la cobertura de los datos sobre incidencia del cáncer es casi completa. Sin embargo, estas compilaciones sólo suelen incluir datos demográficos limitados y únicamente en relación con los individuos que han estado en contacto con servicios sanitarios.

24. Con el fin de proporcionar información sobre la población de Australia en general y prestar apoyo a la investigación de cuestiones como las desigualdades en materia de salud asociadas a las desventajas sociodemográficas, se ha establecido un sistema amplio de encuestas de población cuyo objetivo es reunir datos sobre salud y relacionados con la salud.

25. La Oficina de Estadística de Australia realiza una encuesta nacional sobre salud cada tres años y una encuesta sobre discapacidades, envejecimiento y personas encargadas de prestar atención cada seis años, utilizando una amplia muestra de hogares. Asimismo, diversas instituciones y organismos llevan a cabo otras encuestas de población cuyo contenido y cobertura varían según sus objetivos.

26. El Instituto de Salud y Bienestar de Australia compila datos sobre servicios prestados a personas con discapacidades a partir de los procesos administrativos asociados a la prestación de servicios.

27. Recientemente la Oficina de Estadística de Australia ha llevado a cabo la primera encuesta social general (hogares), en la cual se han reunido datos seleccionados sobre diversos temas de interés social. Los resultados estarán disponibles el año próximo y servirán para analizar las interrelaciones entre una serie de cuestiones sociales que incluyen la salud y las discapacidades. Asimismo, la Oficina ha realizado recientemente una encuesta sobre la salud de la población indígena y una encuesta social general sobre esa población, que aportan datos al análisis de políticas. Los resultados referentes a la salud de la población indígena de Australia son significativamente peores a los de la población general, cuestión que se trata en mayor detalle más adelante. Sin embargo, hay posibilidades considerables de aumentar la coordinación y la armonización de las encuestas y se está trabajando ya en ese sentido.

28. Los componentes del sistema de información sanitaria de Australia mencionados se describen en mayor detalle en el anexo.

IV. Cuestiones estadísticas

29. Las cuestiones relacionadas con el sistema australiano de información sanitaria y sus múltiples actividades, como la elaboración, reunión, gestión y difusión de datos, son diversas. Mejorar la rentabilidad del sistema es una cuestión general que guarda relación con la mejora de la calidad y la pertinencia de las compilaciones de datos, el aumento de la comparabilidad entre compilaciones de datos adoptando definiciones y metodologías normalizadas y el incremento del acceso de los investigadores a los datos al tiempo que se protege la privacidad de los usuarios y personas que responden a las encuestas y la confidencialidad de los datos. El aumento de la utilización de registros electrónicos genera importantes inquietudes en las comunidades y los sectores profesionales respecto de cuestiones como la privacidad, la ética y la propiedad de los datos. A continuación se tratan algunas cuestiones concretas.

A. Normas y clasificaciones

30. En general, las normas internacionales, incluidas las revisiones de la CIE y la nueva Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la Discapacidad y de la Salud (CIF), se incorporan con rapidez en las estadísticas oficiales sobre salud.

31. Australia seguirá elaborando y aplicando normas y clasificaciones nacionales. La importante ampliación propuesta del sistema nacional de información sobre salud mediante la inclusión de registros electrónicos, redes, salud pública y resultados y seguridad del sistema de salud hará necesario fortalecer la estructura actual de normas y los mecanismos de coordinación para asegurar que, al iniciarse esos procesos,

se introduzca una “práctica óptima” nacional con el fin de evitar en el futuro los costos y tensiones generados por la concertación de prácticas fragmentadas.

32. Es preciso ampliar la labor de elaboración de conjuntos nacionales de datos mínimos que se está realizando para que abarque ámbitos como los servicios basados en la comunidad y los motivos por que se utilizan los servicios de urgencias de los hospitales. Asimismo, es preciso estudiar la medida en que quienes se ocupan de reunir datos cumplan esos requisitos mínimos y las normas asociadas.

B. Marcos y planes de desarrollo de la información

33. En Australia son diversos los marcos que rigen la medición de la salud y la preparación de informes al respecto. Algunos se centran en elementos del sistema sanitario de Australia y consisten en requisitos para la preparación de informes, mientras que otros se ocupan de las relaciones entre factores que inciden en los resultados sanitarios, incluidos los comportamientos de los individuos derivados de su estilo de vida, los factores ambientales y las respuestas del sistema sanitario. En algunos casos, un conjunto de indicadores para la preparación de informes convenido a nivel nacional, como el marco nacional de resultados en materia de salud, que se describe en mayor detalle más adelante, complementan el marco.

34. En muchas ocasiones, el marco se utiliza como base de un plan de desarrollo de la información o en conjunción con éste. Ese plan constituye la estrategia que se aplica a nivel nacional para determinar prioridades y mejorar los datos. Las prioridades pueden estar relacionadas con la racionalización o la ampliación de actividades de reunión de datos, la mejora de la utilización y difusión de información, el aumento del uso de normas en todas las actividades y, lo que es más importante, la determinación de funciones y responsabilidades de los organismos competentes.

35. Se han preparado o se están preparando marcos y planes de desarrollo de la información en ámbitos como la salud pública y la salud mental, así como algunos dedicados a grupos de población como los aborígenes y los habitantes de las islas del estrecho de Torres, los niños y los adolescentes, y las personas que viven en las zonas rurales y remotas de Australia.

C. Gestión de la información sanitaria

36. Para que la información sanitaria se ajuste a las necesidades de los gestores del sistema sanitario, quiénes lo financian y sus usuarios, debe tener una calidad suficiente, ser oportuna y ser accesible para quienes la necesitan. Así pues, la elaboración y aplicación de directrices sobre prácticas óptimas, protocolos y normas de desarrollo, reunión, compilación, análisis y difusión de datos son elementos básicos de un sistema que produzca información económica y de calidad. Se ha trabajado mucho en la elaboración de diccionarios de datos, clasificaciones de normas, conjuntos de datos, etc. Si bien los datos de Australia sobre salud han sido muy útiles, podría hacerse más, y así está previsto.

D. Interconexión de datos

37. La interconexión de los datos sobre salud se ha aceptado como instrumento de gran valor para efectuar el seguimiento de los servicios sanitarios y los resultados en materia de salud. La interconexión de los registros sanitarios podría mejorar la calidad de la atención prestada a los clientes asegurando la coordinación en todo el sistema sanitario. Con ese fin, sería necesario establecer interconexiones entre sectores como los médicos generalistas, los hospitales, las residencias de ancianos y la atención en los hogares. Desde el punto de vista de la investigación, los conjuntos de datos interrelacionados constituyen un modo útil y relativamente económico de examinar el movimiento de los clientes en el sistema de atención de la salud.

38. Las técnicas aplicadas para establecer interconexiones entre los datos dependerán del carácter de éstos, por ejemplo, si se trata de registros administrativos o de salud. Sin embargo, es esencial que la interconexión de los datos se lleve a cabo de modo que se salvaguarde la privacidad de los clientes y se disipen las inquietudes del público. Es preciso elaborar, asumir, aplicar y hacer cumplir directrices sobre confidencialidad a nivel nacional. Esos procedimientos y los proyectos de investigación que se lleven a cabo sobre los grupos de datos interrelacionados deben ser aprobados por comités de ética. Más adelante se describen algunas actividades sobre interrelación de datos que se llevan a cabo en Australia.

E. Mediciones bioquímicas y físicas

39. Las compilaciones de datos administrativos suelen incluir algunos sobre diagnósticos, mientras que las encuestas de población suelen comprender datos aportados por los propios interesados. La inexistencia de un programa de encuestas periódicas para reunir mediciones físicas y bioquímicas es una deficiencia importante de los datos sobre la salud de la población de Australia. Para estimar la prevalencia del exceso de peso y la obesidad en la población es preciso contar con datos físicos básicos como la estatura y el peso. Los datos sobre los factores de riesgo biológicos como la presión sanguínea y los niveles de colesterol, son necesarios para estudiar los problemas sanitarios prioritarios, como la diabetes, las enfermedades cardiovasculares, la hipertensión y otras enfermedades crónicas. El Departamento de Salud y Envejecimiento, el Instituto de Salud y Bienestar de Australia y la Oficina de Estadística de Australia colaboran para corregir esta deficiencia. Se ha previsto que en febrero de 2003 se realice una encuesta piloto para la medición de la salud en Australia y, si tiene éxito, se ha propuesto que el Instituto realice otra a nivel nacional, en conjunción con la próxima encuesta nacional de salud de la Oficina, que se llevará a cabo en 2004-2005.

F. Datos sobre la salud de la población indígena

40. La identificación de los ciudadanos australianos indígenas sigue siendo deficiente en muchos aspectos. La Oficina de Estadística de Australia ha preparado preguntas normalizadas para identificar a los aborígenes y la población de las islas del estrecho de Torres mediante el censo, los registros vitales, las compilaciones de datos administrativos y las encuestas de población. Sin embargo, no en todas las jurisdicciones se identifica a los indígenas de manera adecuada para las estadísticas vitales como las relativas a fallecimientos, y la labor de los hospitales en este ámbito

varía en gran medida. La Oficina, el Instituto y los organismos del Gobierno trabajan para mejorar la cobertura de todas las compilaciones de datos pertinentes. Esta labor se ha basado en amplias consultas con los pueblos indígenas. La Oficina ha elaborado una estrategia de encuesta de los aborígenes y los pueblos de las islas del estrecho de Torres, reconociendo de ese modo que las metodologías adecuadas para los pueblos indígenas que viven en comunidades discretas diferirán de las utilizadas en otras encuestas nacionales. La Oficina se propone mejorar la cobertura, frecuencia, pertinencia y oportunidad de los datos reunidos en las encuestas de las poblaciones indígenas.

41. Puesto que se ha reconocido de manera generalizada que los resultados en materia de salud correspondientes a los australianos indígenas son peores que los de ningún otro grupo de población de Australia, la presión para que se reúnan datos oportunos y pertinentes sobre su estado de salud es considerable. No obstante, conviene determinar en qué medida este grupo puede ser objeto de un número excesivo de estudios en un intento de obtener los datos necesarios para formular y evaluar políticas. Con el fin de evitar esa situación, es preciso esforzarse para aprovechar al máximo los datos de que se dispone actualmente, mejorar la coordinación de las actividades de reunión de datos y colaborar con los pueblos indígenas para lograr que se atiendan sus preocupaciones y necesidades principales en materia de datos.

G. Deficiencias de las encuestas de población

42. Pese a que el programa de encuestas de población nacionales es amplio, éste tiene importantes carencias, como las encuestas longitudinales y las destinadas a reunir datos detallados en ámbitos como la nutrición y la salud mental. Aunque en 1995 se llevó a cabo una encuesta nacional sobre nutrición (en asociación con la encuesta nacional de salud de la Oficina de Estadística de Australia) y en 1997 se realizó una encuesta sobre la salud y el bienestar mental, actualmente no se prevé repetir ninguna de ellas de manera periódica. No obstante, en la encuesta nacional sobre salud (hogares) que realiza cada tres años la Oficina y varias autoridades sanitarias de los estados y territorios se incluyen algunos indicadores básicos relacionados con los hábitos de alimentación y una medición general de la salud mental.

V. Infraestructura de información sanitaria

43. Por medio de procesos como el Acuerdo Nacional sobre Información Sanitaria, Australia ha creado una infraestructura de apoyo a la reunión y difusión de datos comparables y, por lo tanto, contribuye a que el sistema de información sea rentable. A continuación figuran algunos de los elementos fundamentales de esa infraestructura:

- a) Los marcos como el marco nacional de resultados en materia de salud, que constituye una estructura conceptual y operacional;
- b) Los conjuntos nacionales de datos mínimos en ámbitos donde los datos administrativos de los estados y territorios están integrados con miras a la presentación de informes nacionales;
- c) Los criterios y definiciones nacionales que se incorporan en el diccionario nacional de datos sobre salud;

d) La adopción de clasificaciones de salud internacionales, a los cuales se incorporan modificaciones aprobadas en el plano nacional cuando es necesario.

44. Los elementos mencionados se tratan a continuación.

A. Marco nacional de resultados en materia de salud

45. El marco nacional de resultados en materia de salud es un marco clave que guía las actividades de reunión de datos y preparación de informes en Australia. En 1999 los Ministros de Salud establecieron el Comité Nacional de Resultados en Materia de Salud para informar sobre el sistema sanitario nacional, que abarca los sectores de los servicios de urgencia, la atención comunitaria de la salud y la salud pública. Por medio de un proceso de consulta amplio, el Comité ha elaborado el marco y los indicadores adecuados, que sirven de base de sus informes.

46. El marco australiano abarca tres niveles básicos de información: el estado de salud y los resultados en esa materia, los determinantes de la salud, y el rendimiento del sistema sanitario. Este marco en tres niveles permite estudiar cómo las intervenciones del sistema sanitario, por ejemplo, en los programas de salud pública y los directamente relacionados con el tratamiento de enfermedades, pueden incluir en la gestión de determinantes.

B. Conjuntos nacionales de datos mínimos

47. Se han establecido conjuntos nacionales de datos mínimos que deben ser reunidos obligatoriamente por las diversas circunscripciones y en los cuales se sustenta la preparación de informes nacionales basados en compilaciones de datos administrativos relacionados con las actuaciones sanitarias. Hasta la fecha se ha creado una veintena de conjuntos nacionales de datos mínimos, como los relativos a la atención de los pacientes ingresados y a los hospitales públicos. Las circunscripciones se encargan de suministrar los datos y, en la mayoría de los casos, el Instituto de Salud y Bienestar de Australia compila y difunde los resultados nacionales.

C. Diccionario y base de conocimientos nacionales sobre salud

48. Según se dispone en el Acuerdo Nacional sobre Información Sanitaria, el diccionario nacional de datos sobre salud constituye la fuente autorizada de definiciones de los datos sobre salud utilizada en Australia cuando se requiere coherencia a nivel nacional. Apareció por primera vez (con otro nombre) en 1989 y lo publica anualmente el Comité Nacional de Datos sobre Salud, un comité permanente del Grupo Nacional de Gestión de la Información Sanitaria. El diccionario va acompañado de la base de conocimientos en la Web, que constituye el registro australiano de metadatos sobre salud, servicios comunitarios y vivienda. El contenido del diccionario de datos y la base de conocimientos se ha ampliado a lo largo de los años para abarcar no sólo las compilaciones de datos administrativos sino también las definiciones normalizadas que se utilizan en las compilaciones de datos sobre salud de la población. Además, recientemente el diccionario de datos se ha convertido en depositario de los términos necesarios para los registros electrónicos sobre salud futuros.

D. Clasificaciones en materia de salud

49. Cuando corresponde, Australia utiliza clasificaciones internacionales como la Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y la Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la Discapacidad y de la Salud en compilaciones de datos administrativos de salud basados en la población. Dentro de Australia, el Centro Nacional de Clasificaciones en Materia de Salud ha adaptado la CIE-10 para que incluya detalles adicionales con miras a la codificación de la morbilidad en entornos clínicos. Cada dos años se publican revisiones de la clasificación ampliada, la CIE-10-Modificación Australiana, y cada revisión cuenta con el apoyo de un programa nacional de educación. Además, el Centro Nacional ha elaborado manuales sobre el uso de la CIE-10-Modificación Australiana en ámbitos como los servicios comunitarios de salud mental y los centros para padres precoces. La elaboración y adopción de clasificaciones para los registros electrónicos sobre salud deben coordinarse con la labor de la Organización Mundial de la Salud (OMS) en este ámbito.

E. Clasificaciones geográficas

50. Está aumentando la demanda de datos sobre salud y demográficos referentes a zonas pequeñas, en particular para utilizarlos en la planificación y gestión de los servicios sanitarios y la vigilancia de los resultados en ese ámbito en zonas rurales y remotas. Si bien siguen pendientes cuestiones importantes relacionadas con la reunión y confidencialidad de los datos, la mejora de los datos referentes a zonas pequeñas es una cuestión prioritaria que se vería beneficiada por la geocodificación de las instalaciones, proveedores y servicios de salud. Ello permitiría aplicar las clasificaciones geográficas a las compilaciones de datos sobre salud de manera más flexible con el fin de facilitar los análisis. Se han producido adelantos en los archivos de direcciones electrónicas que harán más viable la geocodificación de los distintos archivos de datos.

F. Difusión

51. El Instituto de Salud y Bienestar de Australia publica numerosos informes, tanto impresos como de acceso gratuito en www.aihw.gov.au. También la Oficina de Estadística de Australia publica diversos informes basados en sus encuestas, a los cuales puede accederse asimismo a través de www.abs.gov.au.

VI. Actividades internacionales

52. Lo mismo que en muchos ámbitos de la labor estadística, Australia trata de prestar apoyo y asistencia a otros países en el desarrollo de sus sistemas sobre salud. Por ejemplo, ha participado en la capacitación de países de la región de Asia y el Pacífico en estadísticas vitales y sistemas de registro civil, certificación de la causa de fallecimiento y procesos de codificación, así como en la utilización de las estadísticas sobre morbilidad. Aunque la labor de Australia se centra fundamentalmente en países de la región de Asia y el Pacífico, la asistencia que presta va mucho más allá de esos países. Por ejemplo, ha intervenido en un proyecto de capacitación que forma parte de un proceso de reforma sanitaria en Rumania.

53. Existe todavía margen para seguir organizando ese tipo de asistencia; con tal fin, Australia quisiera cooperar con la División de Estadística de las Naciones Unidas y la Organización Mundial de la Salud para aprovechar al máximo los recursos y mejorar rápidamente la disponibilidad y el uso de datos sobre salud en otros países.

54. Asimismo, Australia es miembro activo del Comité de Actualización de Referencias de la OMS, que recomienda actualizaciones de la CIE-10, y participa en la elaboración de clasificaciones internacionales sobre salud por conducto del Instituto de Salud y Bienestar, que es el centro colaborador de la OMS en Australia para la familia de clasificaciones internacionales sobre salud. Esta labor corre principalmente a cargo del Centro Nacional de Clasificaciones en Materia de Salud. Por ejemplo, se ha manifestado un interés considerable en la utilización de la CIE-10-Modificación Australiana en entornos clínicos. Además, el Centro Nacional ha elaborado una versión abreviada de la clasificación australiana de intervenciones sanitarias a modo de prototipo de clasificación internacional específicamente orientada hacia las necesidades de los países que precisan una clasificación de intervenciones sencilla.

VII. Cuestiones relacionadas con las actividades internacionales

55. En el sistema australiano de información sanitaria se asigna gran importancia a la elaboración y aplicación de normas nacionales. Esas normas están relacionadas con toda la gama de actividades estadísticas, como las clasificaciones, los marcos conceptuales en que se sustentan los requisitos y definiciones de los datos, los protocolos de reunión de datos, la privacidad y la confidencialidad de la información, los análisis y la preparación de informes. Cuando es posible, las normas nacionales de Australia se ajustan a las internacionales, como las respaldadas por la OMS, para cumplir las obligaciones internacionales que le incumben en materia de presentación de informes. En relación con el cumplimiento de esas obligaciones, a Australia le preocupan las cuestiones de comparabilidad derivadas de que organizaciones internacionales como las Naciones Unidas, la OMS y la Organización de Cooperación y Desarrollo Económicos (OCDE) elaboren informes comparativos sobre los sistemas sanitarios de diversos países pero con marcos distintos. Del mismo modo que Australia procura aplicar normas nacionales en todas las actividades y circunscripciones, esas organizaciones internacionales deberían colaborar para aplicar normas internacionales. Una colaboración amplia mejoraría la rentabilidad del sistema internacional y aumentaría la utilidad de las comparaciones. Para ello es necesario que se tome la iniciativa; en particular, que lo haga la OMS, del mismo modo que otras organizaciones internacionales lo han hecho en distintos ámbitos de la estadística. Para prestar apoyo a esa labor podrían utilizarse los centros colaboradores, de manera similar a lo ocurrido en las clasificaciones en materia de salud.

56. Sin embargo, es esencial que la OMS colabore con organizaciones estadísticas nacionales para evitar la situación surgida en algunos proyectos, como las encuestas internacionales, que han utilizado prácticas estadísticas deficientes y generado datos de calidad cuestionable. Sería conveniente que la OMS utilizara más ampliamente los conjuntos de datos nacionales sobre salud disponibles en lugar de realizar sus propias encuestas.

57. Sigue existiendo una enorme necesidad de que se establezcan sistemas de estadísticas vitales que generen datos de cobertura y calidad adecuadas en los países en

desarrollo. Es preciso que las Naciones Unidas y la OMS cooperen para prestar apoyo a los países que todavía no dispongan de esos datos básicos.

VIII. Cuestiones que convendría examinar

58. Tal vez la Comisión desee examinar:

a) Modos en que la OMS podría prestar apoyo a los países en la realización de encuestas para medir los cambios del estado de salud y los factores de riesgo y hacer su seguimiento de manera fiable;

b) Mecanismos para mejorar la cooperación entre la División de Estadística de las Naciones Unidas, sus comisiones regionales, la OMS, sus centros colaboradores regionales y países concretos, con el fin de prestar apoyo al establecimiento de sistemas de datos sobre salud mejores y el análisis y uso eficaces de datos sobre salud en todos los países, con particular atención a los países donde actualmente los datos disponibles son inadecuados;

c) La posibilidad de que un grupo de ciudad (con participación de la OMS y la OCDE) se ocupe de cuestiones prioritarias en el ámbito de la salud. La Comisión podría examinar la posibilidad de crear conjuntos de datos sobre salud basados en procesos administrativos;

d) Medios por los cuales podría utilizarse la tecnología actual y los adelantos tecnológicos futuros para contribuir al establecimiento de sistemas estadísticos en ese ámbito y la utilización de datos sobre salud, en particular los extraídos de sistemas administrativos.

Referencias:

Australian Bureau of Statistics, *Measuring Wellbeing: Frameworks for Australian Social Statistics*, No. de catálogo 4160.0 (Canberra, 2001).

Australian Institute of Health and Welfare, *Australia's Health 2002*, octavo informe bienal del Instituto de Salud y Bienestar de Australia (Canberra, 2002).

Stevenson C., R. Madden, D. Gibson, y J. Goss 2002, "Information needs and the implications for monitoring health systems: the Australian experience", ponencia presentada en el seminario de la OCDE sobre diferencias entre las naciones en cuanto a las enfermedades relacionadas con el envejecimiento Instituto de Salud y Bienestar de Australia (Canberra, 2002).

Anexo

Compilaciones de datos sobre salud y actividades conexas en Australia

Encuestas nacionales sobre salud

1. Están a cargo de la Oficina de Estadística de Australia. Después de un examen reciente de todo su programa de encuestas por hogares, la Oficina ha puesto en marcha un programa ampliado de encuestas por hogares que incluye:

a) *Encuesta nacional sobre salud (cada 3 años)*. Los temas abarcados comprenden las características demográficas, socioeconómicas y geográficas, los indicadores del estado de salud, los factores de riesgo para la salud y las medidas relacionadas con la salud. Además se incluyen algunos temas complementarios relativos a la salud de las mujeres, como el uso de anticonceptivos y la participación en las pruebas de detección del cáncer de mama y de útero. El aumento de la frecuencia de la encuesta nacional sobre salud es posible gracias a una asociación con el Departamento de Salud y Envejecimiento del Commonwealth para su financiación. Se han publicado los resultados correspondientes a 2001 y se ha iniciado la planificación para 2004-2005;

b) *Encuesta sobre discapacidad, envejecimiento y personas encargadas de prestar atención (cada 6 años)*. Esta encuesta se centra en las limitaciones de las actividades y las restricciones de la participación a que se enfrentan las personas que sufren afecciones y genera las estimaciones de Australia sobre la prevalencia de discapacidades, así como sobre el uso de servicios de los sectores estructurado y no estructurado. La preparación de la encuesta que se llevará a cabo en 2003 se encuentra en etapa avanzada;

c) *Encuesta social general (cada 4 años)*. Abarca ámbitos amplios de inquietud social que incluyen la demografía, el estado de salud según los propios interesados, la vivienda, la educación, el trabajo, los ingresos, el estrés financiero, los activos y pasivos, la tecnología de la información, el transporte, el capital social y la delincuencia;

d) *Encuesta sobre la salud de los pueblos indígenas (cada 6 años)*. Junto con la encuesta nacional sobre salud de 2001 se llevó a cabo una pequeña encuesta complementaria sobre los pueblos indígenas, que aporta indicadores de la salud de esos pueblos y permite establecer comparaciones entre las características de los australianos indígenas y no indígenas desde el punto de vista de la salud. A partir de 2004-2005, junto con encuestas nacionales sobre salud alternas, se llevará a cabo una encuesta complementaria de envergadura sobre los pueblos indígenas;

e) *Encuesta social sobre los pueblos indígenas (cada 6 años)*. La encuesta social sobre los pueblos indígenas comparte aproximadamente la mitad de su contenido con la encuesta social general e incluye temas adicionales de salud como el consumo de tabaco, alcohol y drogas y las discapacidades. La primera encuesta se realizó en 2001.

2. Actualmente, el Instituto de Salud y Bienestar de Australia, con financiación del Departamento de Salud y Envejecimiento del Commonwealth, tiene un programa independiente de encuestas nacionales por hogares sobre estrategias en materia de drogas cuyo objetivo es reunir información sobre el consumo de tabaco, alcohol y drogas en la comunidad. Acaban de hacerse públicos los resultados de 2001.

Encuestas sobre salud de los estados y territorios

3. Varias demarcaciones llevan a cabo encuestas sobre salud utilizando entrevistas telefónicas asistidas por ordenador para obtener información oportuna y flexible relativa a factores de riesgo, patrones de enfermedades y utilización de los servicios sanitarios. De conformidad con el Pacto Nacional de Salud Pública, se ha establecido el Grupo Nacional de referencia técnica de encuestas sobre salud basadas en entrevistas telefónicas asistidas por ordenador con el fin de promover el uso de normas nacionales sobre datos y preguntas y metodologías unificadas en todas las demarcaciones en las encuestas sobre salud basadas en entrevistas telefónicas asistidas por ordenador.

Datos administrativos

4. Son varias las recopilaciones importantes de datos sobre salud que se basan en datos administrativos. En el sistema sanitario nacional de Australia, la Comisión de Seguros Médicos mantiene una base de datos sobre actuaciones médicas reembolsadas con arreglo al sistema Medicare y una base de datos de recetas extendidas con arreglo al plan de prestaciones farmacéuticas. El Instituto de Salud y Bienestar de Australia tiene una base de datos de visitas e ingresos hospitalarios obtenidos de la mayoría de los hospitales australianos, públicos y privados. Esos datos constituyen una fuente de información importante sobre la prestación de servicios sanitarios en Australia.

5. Sin embargo, los datos se reúnen con fines de administración de los servicios y no de vigilancia del sistema. Ello tiene dos grandes inconvenientes cuando se intenta utilizar los datos para hacer el seguimiento de los resultados en materia de salud. El primero es que los datos no se reúnen necesariamente de forma útil para realizar ese seguimiento. Por ejemplo, los datos sobre el sistema Medicare no contienen información sobre las afecciones o motivos de la actuación médica y, si bien la base de datos sobre hospitales del Instituto de Salud y Bienestar de Australia contiene información sobre cada una de las visitas o ingresos hospitalarios de los hospitales participantes, no pueden establecerse interconexiones para crear registros de los pacientes. El segundo inconveniente importante está relacionado con las cuestiones de privacidad, ya que el acceso con fines de vigilancia de la salud puede estar limitado por el hecho de que los datos no se proporcionaran originalmente con esos fines. El Instituto de Salud y Bienestar de Australia recopila también gran cantidad de datos administrativos sobre discapacidad y servicios conexos.

6. Pese a esos inconvenientes, las recopilaciones de datos administrativos constituyen la fuente de una gran parte de los datos utilizados en la medición directa del rendimiento del sistema sanitario.

Registros sobre salud

7. Australia dispone de un registro prácticamente completo de todos los fallecimientos. Cada uno de los estados y territorios mantiene un registro propio. Las causas de fallecimiento son codificadas por la Oficina de Estadística de Australia de conformidad con el sistema de la CIE-10. En la Oficina de Estadística y el Instituto de Salud y Bienestar de Australia pueden obtenerse conjuntos de datos anónimos sobre las características demográficas y las causas de fallecimiento en relación con la mayoría de los análisis de la mortalidad. Además, el Instituto cuenta con el Índice Nacional de Fallecimientos, que contiene datos de identificación y se utiliza para compararlos con otros datos con el fin de determinar circunstancias y causas de fallecimiento.

8. El Centro Nacional de Coordinación de las Estadísticas sobre el Cáncer, que está a cargo del Instituto de Salud y Bienestar de Australia y de la Asociación de Registros Australianos sobre el Cáncer, recopila datos generados por los registros de los estados y los territorios sobre el cáncer. Ésta es una enfermedad que debe notificarse en todos los estados y territorios y los datos sobre su incidencia son casi exhaustivos.

9. En 1990 se creó la Red en Enfermedades Contagiosas de Australia y Nueva Zelandia con el fin de aumentar la capacidad de esos países de vigilar y hacer frente a las enfermedades contagiosas. La Red coordina la vigilancia de las enfermedades contagiosas por medio de un sistema especializado que incluye el Sistema Nacional de Vigilancia de las Enfermedades Notificables, con arreglo al cual las autoridades sanitarias de los estados y territorios presentan informes sobre notificaciones de enfermedades contagiosas para que los recopile el Departamento de Salud y Envejecimiento del Commonwealth.

10. Asimismo existen los registros siguientes:

a) Registro australiano de inmunización infantil, dependiente de la Comisión de Seguros Médicos;

b) Registro nacional sobre la diabetes, dependiente del Instituto de Salud y Bienestar de Australia;

c) Registro de cirugía cardíaca y angioplastia coronaria, dependiente del Instituto de Salud y Bienestar de Australia;

d) Sistema nacional de información forense, gestionado por el Centro Nacional de la Universidad de Monash para la Información Forense, en nombre de la Sociedad Forense Australiana.

Proyectos de interrelación de datos

11. El índice nacional de fallecimientos y el Centro Nacional de Coordinación de Estadísticas sobre el Cáncer, dependientes del Instituto de Salud y Bienestar de Australia, han sido utilizados por investigadores ajenos a ese Instituto para interrelacionar sus datos con esos registros de fallecimientos o cáncer, en condiciones estrictas de confidencialidad y éticas, con el fin de determinar circunstancias y causas de fallecimiento o comprobar diagnósticos de cáncer. Asimismo, el Instituto ha utilizado ese vínculo para determinar la supervivencia después de un diagnóstico de cáncer.

12. Asimismo, varios estados están creando conjuntos de datos interrelacionados con registros de recopilaciones sobre morbilidad de hospitales locales, recopilaciones sobre mortalidad y otros registros. En particular, Australia occidental ha utilizado ampliamente la interconexión de registros de salud en los análisis e investigaciones relativos a los servicios sanitarios. En los últimos cinco años se han llevado a cabo diversos proyectos basados en datos sobre hospitales y atención primaria interrelacionados con arreglo a acuerdos entre los estados y el Commonwealth.

13. El Instituto de Salud y Bienestar de Australia, en colaboración con los departamentos de salud del Commonwealth y de Australia occidental, la Universidad de Australia Occidental y la Comisión de Seguros Médicos, está también preparando un proyecto piloto para interrelacionar datos hospitalarios, médicos y sobre fallecimientos correspondientes a pacientes diabéticos. El Comité de Ética del Instituto de Salud y Bienestar de Australia ha aprobado el proyecto, que debe ser un modelo de

prácticas óptimas en la utilización de datos administrativos para producir archivos de datos anónimos interrelacionados. El proyecto todavía no ha concluido pero ya se está estudiando el modelo para aplicarlo a otros proyectos de interconexión de registros, que incluyen la interconexión de los datos sobre participación en las pruebas de detección del cáncer de mama y los datos sobre resultados, las bases de datos sobre fallecimientos y cáncer del Instituto de Salud y Bienestar de Australia y la base de datos sobre Medicare de la Comisión de Seguros Médicos.
