



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 las Comunidades Europeas

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 las Comunidades Europeas sobre las estadísticas de salud. Los puntos que debe examinar la Comisión figuran en los párrafos 11 y 69.

* E/CN.3/2003/1.



Informe de la Oficina de Estadística de las Comunidades Europeas sobre las estadísticas de salud

Índice

	<i>Párrafos</i>	<i>Página</i>
I. Introducción	1–11	3
II. Programas de política de la Unión Europea y necesidades de información	12–20	4
III. Sistema de estadísticas de salud en la Unión Europea	21–26	6
IV. Situación actual de las estadísticas de salud en la Unión Europea	27–41	7
V. Cooperación internacional.	42–49	10
VI. Disposiciones de trabajo concertadas con organizaciones internacionales	50–57	11
VII. Nuevas reflexiones sobre el mejoramiento de la colaboración internacional	58–69	12

I. Introducción

1. Los proyectos relativos a las estadísticas de salud se iniciaron en la Unión Europea (UE) hace algunos decenios. Estos proyectos todavía no estaban agrupados sino que correspondían a la esfera de la demografía (por ejemplo, estadísticas de los grupos de causas de defunción, por regiones) u otras esferas de la estadística social, (por ejemplo, estadísticas de la salud y la seguridad en el trabajo).

2. En 1993, al aprobarse el Tratado de la Unión Europea (Tratado de Maastricht, en particular el artículo 129), la Unión Europea tuvo por primera vez una base jurídica para sus actividades en la esfera de la salud pública. Un requisito previo para las actividades de esta índole es que se conozcan la naturaleza y extensión de los problemas existentes, de modo que el indicado Tratado constituyó un punto de partida para la revisión y ampliación de numerosas estadísticas sociales en la Unión Europea en general y en la Oficina de Estadística de las Comunidades Europeas (Eurostat) en particular. Las estadísticas de salud se mencionaron por primera vez como esfera separada en el programa estadístico de la comunidad para 1993-1997.

3. Se iniciaron diversos programas específicos en la esfera de la salud pública (uno de los cuales fue el programa de acción de vigilancia de la salud (1997-2001)) y también en otras esferas sociales. Estos programas contenían referencias explícitas a la necesidad de reunir información y datos, por ejemplo, sobre la situación en materia de salud y los factores que la determinan, sobre la participación social y sobre la igualdad de oportunidades.

4. Esta evolución normativa originó la urgente necesidad de disponer de más y mejores estadísticas sobre la situación de la salud y los factores que la determinan y sobre la utilización de los servicios sociales y de salud y los recursos correspondientes a esos servicios.

5. Hace poco se revisó el marco de las actividades de la Unión Europea en materia de salud pública, lo que dio por resultado una nueva estrategia que hicieron suya el Parlamento y el Consejo Europeos en una decisión de fecha 23 de septiembre de 2002 sobre un nuevo programa de acción en la esfera de la salud pública (2003-2008).

6. De este modo, desde 1994 los Estados miembros y la Eurostat han establecido gradualmente, en el marco del Sistema Estadístico Europeo, redes de asociaciones con el fin de reunir los conocimientos prácticos y los esfuerzos necesarios para la elaboración armonizada de las estadísticas de salud tanto a nivel de la Unión Europea como de los Estados miembros. Los 10 países candidatos que pasarán a ser miembros de la Unión Europea en 2004 ya han empezado a incorporarse a esas redes.

7. Los esfuerzos mencionados se llevaron a cabo al mismo tiempo que se aprovechaban los conocimientos prácticos y la experiencia de organizaciones y órganos internacionales como la División de Estadística de las Naciones Unidas, la Organización Mundial de la Salud (OMS), la Organización de Cooperación y Desarrollo Económicos (OCDE), y la Organización Internacional del Trabajo (OIT), en cuya labor participan muchos expertos de Estados miembros de la Unión Europea.

8. Con el paso de los años se han establecido entre la Eurostat y organizaciones internacionales que participan en la esfera de la información sobre la salud, como la OMS y la OCDE, acuerdos de trabajo de índole práctica para reunir datos y metodología estadística, por ejemplo, sobre clasificaciones.

9. Los últimos adelantos y la creciente atención dada a la salud pública requieren mayor ayuda de estadísticos capacitados y experimentados en muchas esferas específicas de las estadísticas de salud. De ahí que aparezca la necesidad aún más urgente de una colaboración más eficiente entre los organismos estadísticos que trabajan a nivel internacional y a nivel supranacional.

10. Un caso que requiere colaboración es el que se planteó cuando la OMS expresó su intención de iniciar el Estudio sobre la Salud en el Mundo cuya publicación se señaló a la atención de la Comisión en su 33º período de sesiones. En esa ocasión los jefes de las autoridades de estadística de los Estados miembros de la Unión Europea, junto con Y. Franchet, Director General de la Eurostat, pidieron explícitamente a la OMS que garantizase una cuidadosa coordinación de sus actividades con la labor actual y la prevista en el futuro de los Estados miembros de la Unión Europea antes de iniciar un nuevo estudio mundial sobre la salud y en todo caso antes de que se pidiera ningún acuerdo oficial para la participación de los Estados miembros.

11. Se nos ha informado de que el Estudio se inició en los últimos meses de 2002 y el principio de 2003. Según la información disponible mediante el Sistema Estadístico Europeo, los servicios responsables de las oficinas o autoridades de estadística nacionales no han participado ni han sido consultados, salvo raras excepciones, en la fase de preparación. La OMS se puso en relación con los ministerios nacionales de salud pero no se cercioró de que participasen todos los servicios responsables de las oficinas o autoridades de estadística nacionales de la región de la Comisión Económica para Europa (CEPE), según requerían la Comisión de Estadística y el plenario y la Mesa de la Conferencia de Estadísticos Europeos (CES). Esta situación destaca la necesidad de señalar nuevamente a la atención de la Comisión de Estadística la cuestión de la cooperación internacional en materia de estadísticas de salud.

II. Programas de política de la Unión Europea y necesidades de información

12. A nivel nacional los Estados miembros de la Unión Europea se enfrentan a una difícil evolución social y de política que impone una pesada carga en los servicios sociales y de salud y en los recursos para financiarlos. La estructura de los servicios nacionales de atención de salud es diferente en cada Estado miembro. No sólo varían los niveles de tratamiento en instituciones, atención de pacientes externos y tratamiento ambulatorio sino que además, en los Estados miembros que disponen tradicionalmente de seguro nacional de enfermedad existe una tendencia hacia la sanidad privada, un reembolso más limitado, o ambas cosas.

13. Los principios básicos que la sociedad acepta ampliamente, como los de igualdad de oportunidades y posibilidad de acceder a los servicios sociales y de salud, conducen a exigir medidas de política y servicios específicos. Las conocidas consecuencias negativas de algunos tipos de vida, por ejemplo, fumar o hábitos

alimenticios contrarios a la salud, requieren mucha atención, y se han llevado a cabo muchas campañas de promoción de la salud.

14. El envejecimiento de la población tiene consecuencias tanto en lo que se refiere al aumento de la demanda de atención en los sectores de mayor edad como en el tipo de tratamiento y de atención necesario. A esto debe añadirse la demanda de tratamientos más perfeccionados y caros que todavía resultan innovadores. De hecho, la demanda de atención de las personas de edad avanzada aumenta más que el número total de esas personas, pero los recursos para atender esta mayor demanda no aumentan proporcionalmente, ni en términos monetarios ni de personal. Por el contrario, en algunos Estados miembros existe gran déficit de personal capacitado, lo que origina el cierre de salas de hospital.

15. La evolución registrada en los Estados miembros se refleja en los diferentes programas de la Unión Europea, en los que se expresan pormenorizadamente cuestiones de interés común y de política. Estos programas también aclaran las funciones muy específicas de los Estados miembros y de la Unión Europea y, cuando procede, de los organismos nacionales e internacionales y de la comunidad investigadora. En el caso de los programas de estadística o información también se describen las funciones de las autoridades nacionales de estadística y de la Eurostat.

16. Como se ha dicho antes, entre 1996-1997 y 2002 hubo ocho programas de acción específicos en materia de salud pública, que se ocuparon desde esferas concretas como, por ejemplo, enfermedades raras, enfermedades transmisibles, cáncer y drogas, hasta cuestiones de promoción y de vigilancia de la salud. El 23 de septiembre de 2002, el Parlamento y el Consejo Europeos aprobaron un nuevo programa de salud pública, el cual será válido durante el período 2003-2008 y combina en un solo programa de acción las cuestiones y actividades de política de salud convenidas comúnmente en la Unión Europea.

17. Este programa tiene los tres objetivos generales siguientes:

- a) Mejorar la información y el conocimiento para el desarrollo de la salud pública;
- b) Mejorar la capacidad de responder con rapidez y de manera coordinada a las amenazas contra la salud;
- c) Fomentar la salud y evitar la enfermedad teniendo en cuenta los factores que determinan la salud en todas las políticas y actividades.

18. Los objetivos primero y último, sobre todo, apelan en especial a las estadísticas de salud, y el programa se refiere explícitamente al elemento estadístico que es preciso desarrollar en colaboración con los Estados miembros, empleando en caso necesario el programa estadístico de la comunidad para promover la sinergia y evitar duplicaciones (lo cual se incluye en el programa estadístico de la comunidad para 2003-2008).

19. Por consiguiente, se adoptarán acuerdos adecuados entre los grupos de trabajo que se establecerán en virtud del nuevo programa de salud pública y las estructuras con arreglo al programa estadístico de la comunidad.

20. Uno de los temas en apoyo de la política de salud pública es la elaboración de indicadores de salud, que en parte son indicadores estadísticos pero que también pueden deducirse de los sistemas administrativos y de las conclusiones alcanzadas

por la investigación. El programa se aplicará mediante programas anuales de apoyo financiero a las redes de instituciones. Varios proyectos tienen por finalidad mejorar las estadísticas o colmar deficiencias del sistema estadístico.

III. Sistema de estadísticas de salud en la Unión Europea

21. A partir de 1994, la Eurostat, junto con expertos de Estados miembros, elaboró un sistema general y duradero de estadísticas de salud. En su primera reunión celebrada a principios de 1996, el grupo de trabajo de la Eurostat sobre estadísticas de la salud pública recomendó seguir desarrollando la labor con arreglo a los tres factores siguientes: estadísticas sobre las causas de defunción, datos de los estudios de salud y relacionados con la salud, y estadísticas de la atención de salud.

22. En 1997, estadísticos de cuatro Estados miembros adoptaron la iniciativa de establecer una asociación con la Eurostat para apoyar la nueva labor basada en el mandato convenido en el grupo de trabajo sobre estadísticas de la salud pública. Esta primera experiencia de trabajo en un grupo conjunto (Grupo de orientación específico sobre la salud) fue debida al Comité del Programa Estadístico, ante el que debe responder dicho Grupo. Cada colaborador aportó recursos humanos, y el ejercicio contó con el apoyo económico de la Eurostat que aportó una contribución para financiar en especial la participación en reuniones. Se establecieron grupos de tareas para cada una de las tres esferas estadísticas antes mencionadas: estadísticas sobre las causas de defunción, datos de los estudios de salud y relacionados con la salud (incluyendo también de manera gradual estadísticas de la morbilidad y la discapacidad), y estadísticas de la atención de salud, todo ello dirigido por el Grupo de orientación específico sobre la salud. Cada colaborador, junto con la Eurostat, asumió la responsabilidad de uno de los grupos de tareas y, conjuntamente, lograron la sinergia necesaria para todo el sistema de estadísticas de salud. Cada Estado miembro contribuyó mediante la participación activa en la labor de los grupos de tareas.

23. Al principio cada grupo de tareas designó un marco para la esfera de que se trataba, estableció las prioridades y convino en las actividades que debían incluirse en los programas de trabajo anuales para su aprobación por el grupo de trabajo sobre estadísticas de la salud pública. En 1998, las propuestas de los grupos de tareas y del grupo de trabajo permitieron establecer un marco para estadísticas de salud generales y duraderas de la Unión Europea, que ese mismo año aprobó el Comité del Programa Estadístico.

24. El desarrollo escalonado de la labor de los grupos de tareas permitió la elaboración de metodología, principalmente mediante diferentes proyectos financiados por la Eurostat u otros servicios de la Comisión, la aplicación de la metodología mediante la reunión periódica de datos, y el análisis y la difusión.

25. En la actualidad, se está pasando de la elaboración de metodología a la aplicación y la reunión de datos. Esto, junto con la necesidad de prepararse para la ampliación, propició una forma revisada de asociación para la salud que los Directores de Estadísticas Sociales hicieron suya en la reunión que celebraron en abril de 2002 para que entrara en vigor en 2004.

26. La nueva forma de asociación prevé una estructura revisada en virtud de la cual los diferentes grupos desempeñan diferentes funciones: desde la orientación hasta el desarrollo y la aplicación práctica.

IV. Situación actual de las estadísticas de salud en la Unión Europea

Datos de los estudios (encuestas) sobre la salud y relacionados con la salud

27. La reunión de datos empezó hace aproximadamente cuatro años, después de una amplia labor de inventario de los estudios realizados en los Estados miembros acerca de los temas abarcados por los estudios (encuestas) sobre la salud y relacionados con la salud y los instrumentos empleados. Al principio se reunieron datos sobre 12 partidas seleccionadas, que recientemente se ampliaron a 18. Los datos sobre estas partidas se reunieron empleando un formato común con desgloses convenidos conjuntamente, por edades, sexo y variables socioeconómicas fundamentales, como la educación y la actividad económica.

28. La labor relativa a la armonización de los instrumentos dio por resultado la aplicación en toda la Unión Europea de un módulo mínimo europeo de salud que se incluirá en los estudios anuales de la Unión Europea, por ejemplo, en las Estadísticas sobre Ingresos y Condiciones de Vida. Cuando proceda, los Estados miembros incluirán dicho módulo en los estudios nacionales para fomentar la comparación internacional de los diversos resultados de esos estudios.

29. En 2003 deberían estar disponibles módulos más amplios para medir de manera armonizada las condiciones de salud, los factores determinantes de la salud y las variables fundamentales de las personas y las familias. Estos módulos se construyen con arreglo a las directrices siguientes: acuerdo sobre un concepto común válido para su empleo en toda la Unión Europea con partidas (variables) convenidas bien definidas y los correspondientes instrumentos de referencia de la Unión Europea. A nivel nacional, los elementos de referencia de la Unión Europea podrían adaptarse después a los instrumentos operacionales con arreglo a las especificaciones culturales (por ejemplo, calibrados en caso necesario) y traducirse al idioma nacional.

30. Además de esta armonización de los insumos, quizá se requiera ajustar los resultados con arreglo a reglas estrictas y técnicas convenidas (armonización posterior).

Estadísticas de discapacidad

31. Se efectuó un primer examen amplio de las necesidades de los usuarios que dio por resultado la aprobación de dos líneas principales. Como primera "línea rápida", el Sistema Estadístico Europeo convino en que el módulo mínimo europeo de salud sirviera como medida mínima de la discapacidad en los estudios generales de población. Además, se convino en una lista de temas, y en 2003 se iniciarán nuevos trabajos sobre conceptos, partidas e instrumentos de referencia, basándose en los inventarios amplios disponibles. Entretanto, se han analizado y publicado las variables sobre discapacidad disponibles desde 1993 del Grupo Especial de la Comunidad Europea sobre las familias 1994-2001, que han proporcionado la primera serie de datos armonizados de la Unión Europea sobre discapacidad.

32. En los últimos 10 años se ha llevado a cabo en toda la Unión Europea una multitud de estudios demográficos que abarcan la salud, temas relacionados con la salud y la discapacidad, algunos de ellos subvencionados por la propia Unión Europea. También se han iniciado recientemente nuevos estudios multinacionales, por ejemplo el Estudio sobre la Salud en el Mundo.

33. Esta proliferación de estudios conducirá sin duda a resultados diferentes para los mismos conceptos, añadiendo de este modo confusión en vez de resolver el problema de su comparación. Para contribuir a establecer sistemas duraderos al mismo tiempo que se aprovechan de manera óptima los recursos escasos y los conocimientos prácticos, y con miras a aumentar las posibilidades de comparación y de homogeneidad y mayor calidad, evitando al mismo tiempo repeticiones y duplicaciones, y también para el desarrollo de instrumentos, los Directores de Estadísticas Sociales, en su reunión más reciente, celebrada en septiembre de 2002, dieron una opinión favorable a la propuesta encaminada a establecer un nuevo sistema, denominado Sistema Europeo de Estudios de Salud.

34. El Sistema Europeo de Estudios de Salud se define provisionalmente como un conjunto general y coordinado de estudios que permita comparaciones entre los países, es decir, establecido en torno a un estudio central básico de aplicación flexible y modular, encaminado a vigilar los posibles cambios que se registren en materia de salud y cuestiones conexas a lo largo del tiempo. El Sistema descansa en tres pilares:

a) El Estudio Europeo de Encuestas de Salud, que es el estudio central del Sistema de las mediciones estadísticas generales en el marco de las estadísticas de salud;

b) Una serie complementaria de estudios especiales (grupos de edad específicos, grupos de enfermedad, etc.), que deberían ocuparse de una serie de temas específicos orientados al usuario, de los que podrían encargarse redes especiales de investigadores o instituciones;

c) Una base de datos, que incluye los instrumentos de referencia y otros instrumentos recomendados, que se está procediendo a establecer.

35. Para el Estudio ya se ha establecido el módulo mínimo europeo de salud anual en las Estadísticas sobre los Ingresos y las Condiciones de Vida, y por lo menos cada 5 años los Estados miembros deberían incluir durante el mismo período cuatro módulos armonizados contruidos en torno a conceptos comunes para los que se disponga o se dispondrá de instrumentos de referencia: el módulo europeo general, el módulo europeo del estado de salud, el módulo europeo de la atención de salud y el módulo europeo de los factores determinantes de la salud.

Estadísticas de morbilidad

36. Excepto en lo que se refiere a los datos habituales relacionados con el diagnóstico disponibles por medio de los servicios de salud y redes específicas, por ejemplo, sobre enfermedades transmisibles o cáncer, no existe realmente ningún marco básico para enfocar de manera genérica y medir los datos de morbilidad relacionados con el diagnóstico a nivel de población. El trabajo de desarrollo de la metodología todavía está en curso y recibirá especial atención en 2003, aprovechando la labor que se realiza en esta esfera en la Unión Europea.

Estadísticas de las causas de defunción

37. La situación en la Unión Europea se caracteriza por la existencia de normativas nacionales sobre la notificación y diferentes prácticas nacionales en la aplicación de las reglas de la Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y Problemas de Salud Conexas, Décima Revisión (CIE-10) sobre

clasificación y codificación. Gracias a la red de expertos estadísticos se han alcanzado progresos sustanciales para intercambiar experiencias con el fin de mejorar la calidad y las posibilidades de comparación. La introducción de la CIE-10 se llevará a cabo a lo largo de unos 10 años en la Unión Europea, lo que obstaculizará de manera sustancial las comparaciones pormenorizadas entre Estados miembros. En consecuencia se ha introducido una lista abreviada de 65 códigos que también puede aplicarse para reunir datos a nivel subnacional, lo que permite contribuir a entender mejor las diferencias regionales en materia de estructuras de mortalidad.

38. Todavía queda mucho por hacer en esta esfera en lo que respecta a la introducción de sistemas de codificación automatizada, que en la Unión Europea presentan una característica especial debido a la existencia de tantos idiomas, lo que significa que el sistema estadounidense de codificación automatizada, ampliamente aceptado, requiere inversiones nacionales sustanciales para su adaptación. El problema reside en transferir de forma automatizada a los códigos de la CIE la tecnología médica empleada en los certificados de defunción. La finalidad es aplicar, a más tardar en 2005, las reglas de codificación automatizada en todos los Estados miembros, al mismo tiempo que en toda la Unión Europea, bajo los auspicios de la Eurostat y sus asociados, se procederá a la capacitación en codificación manual y entrada de datos.

Estadísticas de atención de salud

39. Las estadísticas de hospitales y personal de salud, existentes desde hace muchos años, se han revisado y ampliado radicalmente, por ejemplo con datos relativos al diagnóstico al dar de alta en el hospital. El primer proyecto en gran escala consistió en reunir metainformación acerca de la estructura y organización de los sistemas nacionales de atención de salud. Las diferencias entre los Estados miembros de la Unión Europea son sustanciales, lo que podría obstaculizar gravemente la comparación de los datos en esta esfera. Los tipos de hospitales son diferentes y los servicios que proporcionan también son diferentes. Por ejemplo, algunos Estados miembros cuentan con varias clases de hospitales especializados, los servicios ambulatorios son diferentes y, lo más destacable, las instalaciones de atención prolongada difieren sustancialmente (por ejemplo, algunos Estados miembros no disponen de residencias de ancianos).

40. Además, los límites de la atención son diferentes y también lo son los sistemas de financiación. En consecuencia, se ha establecido un sistema muy pormenorizado de metainformación, para llevar a cabo una clasificación cruzada de los proveedores con las funciones, que proporciona una base para la comparación funcional y para establecer un sistema verdaderamente comparable de cuentas de salud con arreglo al manual correspondiente elaborado por la OCDE con una importante aportación y apoyo del Sistema Estadístico Europeo, y para el que se están elaborando actualmente directrices adicionales destinadas a los Estados miembros de la Unión Europea.

41. El primer desglose funcional del Sistema de Cuentas de Salud en la Unión Europea se hará por edad y género, y los primeros resultados preliminares son prometedores. Se ha elaborado un prototipo de estadísticas del personal y se está empezando a aplicar un prototipo del Sistema de Cuentas de Salud.

V. Cooperación internacional

42. Ya se dispone de importante experiencia internacional en la esfera de los datos sobre la salud y el empleo de indicadores de salud, en especial por parte de la OMS y la OCDE. La cooperación entre estas organizaciones y la Unión Europea (Dirección General de Salud y Protección del Consumidor y Eurostat) en lo que se refiere a la vigilancia de la salud y las estadísticas sobre la salud pública se fomenta mediante su participación en las reuniones de los grupos de tareas de la Eurostat y su asistencia en calidad de observadores en reuniones del grupo de trabajo sobre estadísticas de la salud pública. Asimismo, representantes de la OMS y de la OCDE son invitados a menudo, en calidad de participantes o de observadores, a las reuniones organizadas en el contexto de actividades iniciadas en virtud del programa de vigilancia de la salud.

43. La Conferencia de Estadísticos Europeos de la CEPE permite efectuar un intercambio regular de información sobre las actividades estadísticas de las organizaciones respectivas. Dicha Conferencia designó la OCDE como centro de coordinación de las estadísticas de salud. Además, el intercambio de cartas entre la OMS y la Unión Europea ha establecido un nuevo marco de cooperación, y se procede a intercambiar regularmente información en las reuniones de funcionarios de alto nivel de la OMS y la Unión Europea.

44. Durante sus debates sobre estadísticas de salud, el Comité del Programa Estadístico ha apoyado dar preferencia, en esa colaboración con los organismos internacionales, al “empleo de cuestionarios comunes” o a la “división territorial”, en vez de a la división con arreglo a temas, por ejemplo, mortalidad, o estudios o costo de la atención de salud.

45. Esta preferencia se debe a motivos tanto formales como prácticos: los mandatos no pueden transferirse entre organizaciones internacionales o supranacionales, y el enfoque general de la Eurostat requiere datos regulares y adecuados de todos los componentes. Los modelos territorial y del cuestionario común se aplican con éxito en varias esferas, por ejemplo en las estadísticas de agricultura, educación, población o evaluación ambiental de emplazamientos. Estos modelos ya incluyen otros organismos u órganos de las Naciones Unidas, por ejemplo, la Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura y la División de Estadística de las Naciones Unidas, y también podrían aplicarse para estadísticas de salud, incluida la presentación de informes a la OMS y quizá a otros organismos.

46. Una nueva medida podría consistir en buscar soluciones de trabajo prácticas para evitar duplicaciones de esfuerzos y aumentar la transparencia. Las relaciones de trabajo entre las organizaciones podrían mejorarse aún más con arreglo a los tres pilares técnicos siguientes:

a) Los marcos de los sistemas estadísticos de los Estados miembros, incluido el apoyo general a dichos Estados, a las normas e instrumentos para la reunión de datos, y a las definiciones y clasificaciones;

b) La reunión de datos propiamente dicha, su cotejo y su posible transmisión;

c) El empleo de datos con fines de gestión, planificación, análisis y publicaciones, investigación, etc.

47. El centro de coordinación internacional del primer pilar debería ser el lugar donde mejor pudieran movilizarse los conocimientos prácticos, por ejemplo, en la OMS, la CIE y la Clasificación Internacional de Funciones, Discapacidades y Salud (CIF), y en la OCDE, la clasificación de gastos de salud, lo cual no debería impedir que otros organismos trabajasen conjuntamente con el centro de coordinación.

48. El segundo pilar debería seguir los dos modelos antes mencionados (ya aprobados por la OCDE, la Eurostat y algunas otras organizaciones). Las posibles desviaciones respecto de las normas en lo que se refiere a la aplicación deberían demostrarse de manera adecuada.

49. En lo relativo al tercer pilar, cada organización tiene que poder actuar libremente de acuerdo con su mandato, por ejemplo, los *Informes sobre la Salud en el Mundo* en el caso de la OMS, y los *Informes sobre la Salud Pública* en lo que se refiere a la Unión Europea.

VI. Disposiciones de trabajo concertadas con organizaciones internacionales

50. Basados en el enfoque arriba sugerido, ya existen los siguientes acuerdos prácticos de trabajo.

Estadísticas de las causas de defunción

51. La CIE, establecida por la OMS, se emplea como clasificación básica para las estadísticas de las causas de defunción. Se ha elaborado con la OMS-Ginebra y la OMS-Euro un procedimiento para un enfoque común de la reunión de datos sobre las causas de defunción.

Estadísticas de discapacidad

52. En un seminario internacional sobre medición de la discapacidad, organizado por la División de Estadística de las Naciones Unidas, celebrado del 4 al 6 de junio de 2001 en Nueva York y patrocinado por o en colaboración con el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia, los Centros de Control y Prevención de Enfermedades (CDC) de los Estados Unidos y la Eurostat, todos los participantes convinieron en que la CIF, establecida y hecha suya por la OMS en 2001, proporciona el marco necesario para medir la discapacidad.

53. A propuesta del seminario, la Comisión de Estadística creó el Grupo de Washington sobre medida de la discapacidad, en el que participan activamente la Eurostat y sus asociados del Sistema Estadístico Europeo que se ocupan de las estadísticas de discapacidad.

Datos del estudio de encuestas de salud y relacionadas con la salud

54. La Eurostat fomenta, para su empleo en estudios europeos y nacionales, los instrumentos de referencia convenidos comúnmente y comprobados que se utilizan en estudios de salud, como los establecidos por la OMS-Euro en su proyecto de estudio de encuestas de salud.

55. En 1998 se efectuó una primera reunión de datos comunes sobre 12 partidas de salud seleccionadas. La segunda reunión de datos, de 18 partidas de salud seleccionadas, se llevó a cabo en 2002. En ambos casos se concertaron acuerdos de trabajo con organizaciones internacionales. Los datos disponibles también se pondrán a disposición de la OCDE.

56. El Sistema Estadístico Europeo, por medio del grupo de tareas sobre estadísticas de atención de salud y el grupo de trabajo sobre estadísticas de salud pública, ha apoyado activamente el establecimiento de un manual del sistema de cuentas de salud por la OCDE y en la actualidad la Eurostat proporciona nuevas orientaciones a los Estados miembros para la aplicación de dicho manual, que actualmente se realiza mediante proyectos experimentales.

57. En el marco del intercambio de datos entre la OCDE y la Eurostat, se ha convenido en que la Eurostat reunirá, directamente de los Estados miembros, datos sobre el personal y el equipo de salud, y enviará copia a la OCDE de la respuesta de dichos Estados (archivos y documentación original de los datos).

VII. Nuevas reflexiones sobre el mejoramiento de la colaboración internacional

58. Aunque existen buenas relaciones de trabajo entre las organizaciones internacionales que intervienen en la esfera de las estadísticas de salud, es necesario explorar la manera de perfeccionar la cooperación, sobre todo para servir mejor a la amplia variedad de usuarios, que se enfrentan cada vez más a la creciente y urgente necesidad de disponer de datos fiables que justifiquen las consecuencias, a menudo de largo alcance, de decisiones y medidas adoptadas en esta esfera. La mejora de la coordinación se centra principalmente en compartir el trabajo de la mejor manera y de forma más eficiente.

59. Las organizaciones y órganos internacionales que trabajan a nivel mundial (División de Estadística de las Naciones Unidas, OMS, OCDE) podrían centrarse más en la elaboración de normas, por ejemplo, conceptos y clasificaciones, marcos y metodología, preparando “cajas de herramientas” (instrumentos de trabajo) para la reunión y el análisis de datos.

60. Para reunir los datos estadísticos habituales las organizaciones y órganos internacionales sólo deberían recurrir a fuentes secundarias, es decir, a los totales facilitados por los diferentes países.

61. Las organizaciones internacionales que trabajan en una región concreta del mundo, por ejemplo, la OMS-Euro y la Unión Europea como organización supranacional, podrían centrarse más en la adaptación de los instrumentos de trabajo mundiales a las diferentes situaciones regionales. Las organizaciones regionales podrían reforzar su apoyo a nivel mundial en lo que respecta a dichos instrumentos.

62. A nivel nacional el interés debería centrarse en la aplicación de los conceptos comunes y los instrumentos de referencia en el contexto de las diferencias culturales e idiomáticas. Los países deberían reunir los datos primarios y proporcionar los totales a las organizaciones internacionales y supranacionales.

63. Es importante centrarse en la función del Sistema Estadístico Europeo cuando se concertan acuerdos —en el contexto del programa estadístico de la Unión Europea—, para reunir, procesar y analizar de forma armonizada las estadísticas de la Unión Europea por medio de la Eurostat en asociación con los Estados miembros.

64. La Eurostat podría, desde una perspectiva mundial, asumir una función de coordinación para suministrar a las organizaciones internacionales los datos estadísticos necesarios de los Estados miembros de la Unión Europea.

65. Solamente cuando exista una necesidad urgente de series de datos complementarios que no estén incorporados en el marco estadístico nacional y supranacional/internacional, las organizaciones internacionales podrían, en caso necesario, encargarse de reunir directamente datos primarios o datos ajenos a los gremios estadísticos, pero en tales casos esas iniciativas sólo deberían adoptarse después de amplias consultas con las organizaciones nacionales y supranacionales a fin de evitar duplicaciones de trabajo y resultados desviados.

66. Todas las disposiciones sobre colaboración internacional en la esfera de las estadísticas de salud deberían adoptarse en consulta y de acuerdo con las autoridades de estadística competentes de los diferentes países y con la Eurostat en el contexto del Sistema Estadístico Europeo.

67. En muchos casos se consulta de manera insuficiente a las autoridades nacionales de estadística. Las propias organizaciones internacionales deberían adoptar la iniciativa de garantizar que se adoptan disposiciones adecuadas de acuerdo con las autoridades nacionales encargadas de las estadísticas de salud y sociales.

68. Si no se respetan esas disposiciones y las organizaciones internacionales proceden a reunir datos sobre temas similares, existe un grave riesgo de incompatibilidad entre diversas series de datos. En tales situaciones, para no poner en peligro la credibilidad de otros estudios, en especial las grandes encuestas nacionales sobre la salud y esferas conexas, un grupo de alto nivel de expertos en estudios demográficos y metodología estadística organizado conjuntamente por las autoridades nacionales y las organizaciones supranacionales e internacionales cooperadoras, debería ante todo evaluar completamente los datos obtenidos, antes de proceder a difundir los resultados.

69. Esta cooperación podría fijarse en un estatuto (código de conducta) convenido y establecido por la Comisión de Estadística, los organismos internacionales especializados (es decir, la OMS), las organizaciones supranacionales e internacionales (es decir, la Eurostat de la Unión Europea) y las autoridades estadísticas competentes de los Estados miembros.