



COMISIÓN DE LAS COMUNIDADES EUROPEAS

Bruselas,
COM(2009) 567/4

**COMUNICACIÓN DE LA COMISIÓN AL PARLAMENTO EUROPEO, AL
CONSEJO, AL COMITÉ ECONÓMICO Y SOCIAL EUROPEO Y AL COMITÉ DE
LAS REGIONES**

**SOLIDARIDAD EN MATERIA DE SALUD:
REDUCCIÓN DE LAS DESIGUALDADES EN SALUD EN LA UE**

{SEC(2009) 1396}

{SEC(2009) 1397}

COMUNICACIÓN DE LA COMISIÓN AL PARLAMENTO EUROPEO, AL CONSEJO, AL COMITÉ ECONÓMICO Y SOCIAL EUROPEO Y AL COMITÉ DE LAS REGIONES

SOLIDARIDAD EN MATERIA DE SALUD: REDUCCIÓN DE LAS DESIGUALDADES EN SALUD EN LA UE

(Texto pertinente a efectos del EEE)

1. LA IGUALDAD DE OPORTUNIDADES Y LA SOLIDARIDAD EN MATERIA DE SALUD

Los ciudadanos de la Unión Europea (UE) viven, de media, más tiempo y con mejor salud que anteriores generaciones. Sin embargo, la UE se enfrenta a un importante desafío: las grandes diferencias en materia de salud que existen entre los Estados miembros y dentro de ellos. Además, hay indicios de que estas diferencias podrían estar incrementándose. Por otra parte, el aumento del desempleo y la incertidumbre como consecuencia de la actual crisis económica están agravando aún más esta situación. Con la presente Comunicación se inicia el debate necesario para definir posibles medidas de acompañamiento a nivel de la UE en apoyo de las actuaciones emprendidas por los Estados miembros y otros agentes para hacer frente a este problema.

Las instituciones de la UE y muchos interesados han expresado, entre otras cosas a través de la consulta sobre la presente Comunicación, su preocupación por la magnitud y las consecuencias de las desigualdades en salud que existen tanto dentro de los Estados miembros como entre ellos. Asimismo, en el Consejo Europeo de junio de 2008 se insistió en la importancia de reducir las diferencias en materia de salud y esperanza de vida que existen entre los Estados miembros y dentro de ellos¹. En 2007, la Estrategia de Salud de la UE² declaró la intención de la Comisión de seguir trabajando con el fin de reducir las desigualdades en salud. Esta intención volvió a declararse en la Comunicación de la Comisión de 2008 sobre una Agenda Social Renovada³, en la que se reafirmaron los objetivos sociales fundamentales de Europa a través de la igualdad de oportunidades, el acceso y la solidaridad, y se anunció una Comunicación de la Comisión sobre las desigualdades en salud.

La Comisión considera que la magnitud de las desigualdades en salud entre personas que viven en diferentes partes de la UE y entre ciudadanos socialmente favorecidos y desfavorecidos de la misma representa un desafío para los compromisos de la UE en favor de la solidaridad, la cohesión económica y social, los derechos humanos y la igualdad de oportunidades. Por consiguiente, la Comisión tiene la intención de apoyar y complementar los esfuerzos de los Estados miembros y otros interesados para hacer frente a este problema.

2. LAS DESIGUALDADES EN SALUD EN LA UE

Si bien el nivel medio de salud en la UE ha seguido mejorando en las últimas décadas, siguen existiendo importantes diferencias en materia de salud entre personas que viven en diferentes

¹ <http://tinyurl.com/n2xl6b>

² COM(2007) 630.

³ COM(2008) 412.

partes de la UE y entre los sectores más favorecidos y más desfavorecidos de la población, que, en algunos casos, incluso se han incrementado. Las diferencias que existen entre Estados miembros de la UE son, por ejemplo, un nivel cinco veces superior de fallecimientos de niños menores de un año de edad, así como una diferencia de esperanza de vida al nacer de catorce años para los hombres y de ocho años para las mujeres. También existen grandes diferencias en materia de salud entre regiones, zonas rurales y urbanas, y barrios.

En toda la UE puede observarse la existencia de una gradación social en lo que respecta a la salud, ya que las personas con menor nivel educativo, con profesiones menos valoradas o con bajos ingresos suelen fallecer más jóvenes y, entre ellos, la prevalencia de la mayor parte de los problemas de salud suele ser más elevada⁴. Los trabajadores que realizan predominantemente tareas manuales o repetitivas rutinarias tienen peor salud que los que realizan tareas no manuales y menos repetitivas. Las diferencias de esperanza de vida al nacer entre los grupos socioeconómicos más bajos y más elevados alcanzan los diez años para los hombres y los seis años para las mujeres. También existe una importante dimensión de género, ya que, en general, las mujeres viven más tiempo que los hombres pero pueden pasar una parte mayor de sus vidas con mala salud.

Los grupos vulnerables y socialmente excluidos, tales como las personas de origen inmigrante o pertenecientes a minorías étnicas, las personas con discapacidad o las personas sin hogar, tienen unos niveles de salud especialmente deficientes⁵. Por ejemplo, la población gitana tiene una esperanza de vida estimada diez años inferior a la de la población en general⁶. La salud deficiente de estos grupos de personas puede deberse a las viviendas en malas condiciones, la mala nutrición y los comportamientos que repercuten en la salud, así como a la discriminación, la estigmatización y las barreras para acceder a la atención sanitaria y a otros servicios⁷.

Las desigualdades en salud tienen su origen en las diferencias entre grupos de población en lo que respecta a una amplia serie de factores que afectan a la salud. Entre ellos se incluyen: las condiciones de vida; los comportamientos que afectan a la salud; la educación, la profesión y la renta; los servicios de atención sanitaria, prevención de enfermedades y promoción de la salud; y las políticas públicas que influyen en la cantidad, la calidad y la distribución de estos factores. Las desigualdades en salud se inician al nacer y persisten hasta la vejez. Las desigualdades experimentadas en las primeras etapas de la vida en lo que respecta al acceso a la educación, el empleo y la atención sanitaria, así como las basadas en el género y la raza, pueden tener una influencia capital en el estado de salud de las personas a lo largo de su vida. La combinación de la pobreza con otros factores que hacen vulnerable a una persona, tales como la infancia o la vejez, la discapacidad o la pertenencia a una minoría, incrementa aún más los riesgos para la salud.

Las diferencias en salud están relacionadas con una serie de factores socioeconómicos⁸. Las condiciones económicas pueden influir en muchos aspectos de las condiciones de vida, que, a su vez, pueden tener repercusiones en la salud. Algunas zonas de la UE todavía carecen de

⁴ «Health inequalities: Europe in profile». Mackenbach J., 2006.

⁵ SEC(2006) 410.

⁶ SEC(2008) 2172.

⁷ «Breaking the barriers: Romani women and access to public health care». Observatorio Europeo del Racismo y la Xenofobia, 2003.

⁸ «Monitoring progress towards the objectives of the European Strategy for Social Protection and Social Inclusion», 2008.

equipamientos básicos tales como servicios de suministro de agua y saneamiento adecuados. Asimismo, los factores culturales que afectan al estilo de vida y los comportamientos que tienen repercusiones en la salud presentan grandes diferencias entre las regiones y los grupos de población. Muchas regiones, especialmente en algunos de los Estados miembros que se han adherido más recientemente, realizan grandes esfuerzos para proporcionar a sus poblaciones unos servicios de atención sanitaria de los que tienen gran necesidad. Las barreras al acceso a la atención sanitaria pueden incluir la falta de seguro, el elevado coste de la atención médica, la falta de información sobre los servicios prestados y las barreras lingüísticas y culturales. Algunas investigaciones han apuntado a que los grupos sociales más pobres recurren en menor medida a la atención sanitaria que los grupos de mayor renta en los mismos casos de necesidad médica.

Dado que las desigualdades en salud no son únicamente una cuestión de suerte, sino que están muy influidas por la actuación de los individuos, los gobiernos, los interesados y las comunidades, no son inevitables. La actuación destinada a reducir las desigualdades en salud debe hacer frente a los factores que repercuten de manera desigual en la salud de la población de una manera que pueda evitarse y abordarse mediante políticas públicas.

3. POLÍTICAS DE ACOMPAÑAMIENTO ACTUALES DE LA UE

En 2006, el Consejo acordó unas Conclusiones sobre los valores y principios comunes de los sistemas sanitarios de la Unión Europea, en las que se subrayaba el objetivo global de reducir las desigualdades en el ámbito de la salud⁹. Es bien cierto que la mejora del acceso a la atención sanitaria y a los sistemas de prevención de enfermedades y promoción de la salud podría reducir algunas de las desigualdades en salud, tal como se señalaba en la Estrategia de Salud de la UE. Debería garantizarse la contribución a la reducción de las desigualdades en salud a la hora de poner en práctica iniciativas tales como la Recomendación del Consejo sobre el cribado del cáncer, la Comunicación sobre telemedicina¹⁰, la Comunicación sobre la seguridad de los pacientes¹¹ o la propuesta de Directiva relativa a la aplicación de los derechos de los pacientes en la asistencia sanitaria transfronteriza.

La lucha contra las desigualdades en salud es una acción clave de la Estrategia de Salud de la UE (2008-2013), en la que se considera que la equidad en la salud es un valor fundamental, y que ha desembocado en una orientación para que se tengan en cuenta las desigualdades en salud en ámbitos tales como la salud mental, el consumo de tabaco, la juventud, el cáncer y el VIH/SIDA. El Programa de Salud Pública de la UE ha apoyado la identificación y el desarrollo de actividades a fin de hacer frente a las desigualdades en salud, incluido un directorio europeo de buenas prácticas¹². Se han dado los primeros pasos para mejorar la recogida de datos y la creación de redes de Estados miembros e interesados clave.

Mediante el Método Abierto de Coordinación en materia de protección social y de inclusión social (MAC social)¹³ los Estados miembros de la UE acordaron el objetivo de hacer frente a las desigualdades en los resultados de salud. Esta acción se ve apoyada por una serie de indicadores comunes basados en el trabajo de Eurostat sobre estadísticas de salud pública. El

⁹ DO C 146 de 22.6.2006, p. 1.

¹⁰ COM(2008) 689.

¹¹ COM(2008) 836.

¹² «European Directory of Good Practices to reduce health inequalities». <http://tinyurl.com/ybrpdy2>

¹³ COM(2005) 706.

análisis a nivel de la UE de los informes nacionales de estrategia de los Estados miembros en materia de protección social e inclusión social ha contribuido a estimular el debate y las acciones en los Estados miembros. Desde 2005, un grupo de expertos a nivel de la UE ha examinado las pruebas e intercambiado información sobre políticas y prácticas¹⁴. Los programas sanitarios de la UE han apoyado una serie de iniciativas relativas a las desigualdades en salud. Los Programas Marco de Investigación (en la actualidad, VII PM) proporcionan un importante apoyo a la investigación en este ámbito, y una gran variedad de programas de acción, incluido el Programa de Salud y el Programa PROGRESS para el empleo y la solidaridad social de la UE¹⁵, financian estudios, ejemplos de buenas prácticas e innovaciones en las políticas.

Otras políticas de la UE también pueden contribuir a la reducción de las desigualdades en salud, lo cual también es un objetivo para los desafíos en materia de salud pública identificados en la Estrategia de Desarrollo Sostenible de la UE¹⁶. El objetivo de una distribución más equitativa de la salud se ve reforzado por los objetivos generales de la UE de crear crecimiento económico con solidaridad social, es decir, la Estrategia de Lisboa. La legislación de la UE en los ámbitos de la legislación laboral y la seguridad y salud en el trabajo contribuye a reducir los accidentes en el trabajo y las enfermedades profesionales. La política de medio ambiente de la UE y las políticas de mercado en el marco de la Política Agrícola Común apoyan una serie de iniciativas que pueden contribuir a la mejora de la salud. La UE proporciona ayudas financieras a través de la Política de Cohesión y el Fondo Europeo Agrícola de Desarrollo Rural, que pueden utilizarse para reducir las diferencias entre las regiones mediante inversiones en los factores determinantes de las desigualdades en salud, tales como las condiciones de vida, los servicios de empleo y formación, el transporte, las tecnologías y las infraestructuras sanitarias y de asistencia social. En la evaluación de impacto que acompaña a la presente Comunicación se analiza en más detalle la contribución de las políticas actuales de la UE.

4. EMPRENDER ACCIONES CONTRA LAS DESIGUALDADES EN SALUD: UN ENFOQUE DE COLABORACIÓN

Aparece la necesidad de nuevas acciones debido a la acumulación de pruebas sobre la magnitud y la omnipresencia de las desigualdades en salud en toda la UE y a las preocupaciones que suscitan las consecuencias negativas para la salud, la cohesión social y el desarrollo económico si no se combaten eficazmente dichas desigualdades. Las acciones en marcha parecen no haber tenido más que un efecto limitado y existe el riesgo de que las diferencias existentes se amplíen como consecuencia de las recientes dificultades económicas. Además, a fin de contribuir a la sostenibilidad de los sistemas de protección social, es de capital importancia conseguir unos mejores niveles de salud en todos los grupos de población en un contexto de envejecimiento de la población de la UE.

Si bien la principal responsabilidad de las políticas de salud sigue correspondiendo a los Estados miembros, no todos ellos disponen de los mismos recursos, herramientas o reservas de experiencia para poder hacer frente a las diferentes causas de las desigualdades en salud. La contribución de la Comisión Europea puede consistir en garantizar que las políticas y

¹⁴ <http://tinyurl.com/dmycvx>.

¹⁵ DO L 354 de 31.12.2008, p. 70.

¹⁶ Consejo de la Unión Europea. Doc. 10117/06. 9 de junio de 2006.

acciones pertinentes de la UE tengan en cuenta el objetivo de la lucha contra los factores que crean, o contribuyen a crear, las desigualdades en salud entre la población de la UE.

Para ello, la UE debería utilizar de la manera más eficaz posible los mecanismos y las herramientas disponibles. Por ejemplo, puede desempeñar un papel importante mediante el incremento de la concienciación y la promoción y la asistencia al intercambio de información y conocimientos entre los Estados miembros afectados, así como identificando y difundiendo las buenas prácticas y facilitando la concepción de políticas adaptadas a los problemas específicos que predominan en los Estados miembros o en grupos sociales especiales. Asimismo, supervisará y evaluará el progreso en la aplicación de estas políticas.

5. CUESTIONES CLAVE QUE DEBEN ABORDARSE

La experiencia obtenida hasta la fecha pone de relieve una serie de importantes desafíos a los que es preciso hacer frente para reforzar las actuaciones presentes destinadas a reducir las desigualdades en salud.

Una distribución equitativa de la salud como parte del desarrollo social y económico general

En términos generales, el nivel de salud está asociado con la riqueza. Los países y las regiones más ricos tienen, de media, una mejor salud, medida mediante diferentes índices. Pero esta relación no es sistemática. Unos mayores recursos económicos proporcionan un mayor potencial para mantener y mejorar la salud, pero solamente si se utilizan de una manera que permita que esto ocurra. Resulta evidente que no todos los grupos se han beneficiado en la misma medida del progreso económico. Lo importante es crear una pauta de desarrollo económico y social general que conduzca a un mayor crecimiento económico, así como a una mayor solidaridad, cohesión y salud. Los fondos estructurales de la UE deben desempeñar un papel vital a este respecto.

El fin de la Agenda de Lisboa es conseguir los objetivos de crecimiento económico y mayor cohesión social. El indicador de esperanza de vida con buena salud es la unidad de medida que se utiliza en la actualidad para supervisar los progresos de la Agenda de Lisboa en lo que respecta a la dimensión de la salud. Podría estudiarse si una supervisión rigurosa de los indicadores de las desigualdades de salud sería una herramienta adecuada para controlar su dimensión social.

Mejora de la base de conocimientos y datos y mecanismos de medición, supervisión, evaluación y transmisión de la información

La medición de las desigualdades en salud es un primer paso fundamental para una actuación eficaz. A pesar de que existan pruebas sólidas en una serie de ámbitos, se precisa una información más detallada sobre las repercusiones y la importancia de los diferentes factores determinantes de la salud si se quiere actuar con eficacia en relación con grupos de población y factores determinantes específicos.

También deben mejorarse los conocimientos sobre la eficacia de las políticas destinadas a luchar contra las desigualdades. A pesar de la existencia de un conjunto de investigaciones sobre la eficacia de las intervenciones en materia de salud pública y el efecto de otras políticas y acciones en la salud, solamente se han evaluado específicamente las diferentes

repercusiones en la salud de grupos sociales o zonas de un pequeño número de ellas. La evaluación del efecto de las políticas fuera del sector de la salud pública es aún más limitada.

El hecho de que no se disponga habitualmente de datos y conocimientos procedentes de investigaciones a escala de la UE comparables representa un obstáculo para evaluar la situación actual, reconsiderar las prioridades políticas, realizar comparaciones, descubrir las mejores prácticas y reasignar los recursos a los fines más necesarios. Los datos existentes y futuros disponibles a nivel de la UE, especialmente a través de la plena aplicación de encuestas de la misma tales como la encuesta comunitaria sobre la renta y las condiciones de vida (EU-SILC), la encuesta comunitaria de salud mediante entrevista y la encuesta de la UE sobre discapacidades, así como los reglamentos de aplicación en todos los ámbitos de las estadísticas sobre salud pública, deberían utilizarse para crear unidades de medida de las desigualdades en salud que permitan realizar comparaciones en el tiempo y a través de la UE. También debería garantizarse la coherencia con otros conjuntos de datos internacionales.

Las causas de las desigualdades en salud varían entre los Estados miembros y los grupos específicos de población. Los Estados miembros deberían tener como objetivo establecer, en estrecha colaboración con la Comisión, una serie común de indicadores a fin de supervisar las desigualdades en salud y una metodología para auditar la situación de la salud en los Estados miembros, con el fin de identificar los ámbitos que pueden mejorarse y las mejores prácticas, y clasificarlos según su prioridad. La Comisión podría ayudar a los Estados miembros a lograr sus objetivos proporcionando análisis y apoyo sobre la base de la información disponible. Esto podría convertirse en una herramienta útil para los Estados miembros a la hora de diseñar, clasificar en función de la prioridad y aplicar políticas más eficientes y eficaces ajustadas a su situación específica, así como usar mejor las herramientas de la UE existentes en apoyo de sus acciones.

La financiación de proyectos piloto y de hermanamiento y los programas de evaluación *inter pares* podrían ayudar a los Estados miembros en la aplicación de estas políticas. Las evaluaciones *inter pares* deberían incluir el análisis de las políticas, los programas o los acuerdos institucionales existentes que se han identificado como buenas prácticas.

Acciones a nivel de la UE:

Apoyar el desarrollo y la recogida de datos e indicadores sobre las desigualdades en salud por edad, sexo, situación socioeconómica y dimensión geográfica.

Desarrollar enfoques de auditoría de la desigualdad en salud a través del Programa de Salud en una acción conjunta con los Estados miembros que deseen participar.

Orientar las investigaciones de la UE hacia la reducción de las lagunas que existen en lo que se refiere a los conocimientos sobre las desigualdades en salud, incluidas actividades en el marco de los temas de Salud y Ciencias Socioeconómicas y Humanidades del VII Programa Marco de Investigación.

Insistir en la investigación y la difusión de buenas prácticas relativas a la lucha contra las desigualdades en salud por las agencias de la UE, incluidas la Fundación Europea para la Mejora de las Condiciones de Vida y de Trabajo, el Centro Europeo para la Prevención y el Control de las Enfermedades y la Agencia Europea para la Seguridad y la Salud en el Trabajo.

Conseguir el compromiso de diferentes agentes sociales

La reducción de las desigualdades en salud tiene un impacto en la salud de las personas en su vida cotidiana, así como en el trabajo, la escuela y el ocio en la comunidad. Además de los gobiernos nacionales, las autoridades regionales de muchos países tienen una importante función en materia de salud pública y servicios de salud y, por tanto, deben participar activamente. El sector sanitario debe desempeñar un papel de liderazgo tanto a la hora de garantizar un acceso equitativo a la atención sanitaria como de apoyar el conocimiento y la formación de los profesionales de la sanidad y de otros sectores. Asimismo, los gobiernos locales, los lugares de trabajo y otros interesados pueden realizar una contribución vital.

Así pues, la mejora del intercambio de información y conocimientos y la mejora de la coordinación de las políticas entre diferentes niveles de la administración y a través de una serie de sectores (atención sanitaria, empleo, protección social, medio ambiente, educación, juventud y desarrollo regional) puede desembocar en una actuación más eficaz y conseguir un efecto más amplio y coherente. También existe la necesidad de crear asociaciones más eficaces con los interesados que puedan ayudar a promover la actuación en relación con diferentes factores determinantes de carácter social y, de esta manera, mejorar los resultados en materia de salud.

Este es un ámbito en el que los Estados miembros pueden aprender unos de otros a la hora de diseñar las estrategias de sus políticas. La UE puede contribuir reforzando los mecanismos de coordinación de las políticas y facilitando el intercambio de información y buenas prácticas entre los Estados miembros y los interesados. Iniciativas tales como el Foro Europeo sobre Política Sanitaria, la Asociación de Acción contra el Cáncer, el Foro sobre el Alcohol o la Plataforma Europea de Acción sobre Alimentación, Actividad Física y Salud son instrumentos importantes para poner en práctica la agenda de la política contra las desigualdades de salud.

La Comisión ha señalado¹⁷ su intención, en el marco del MAC social, de recurrir en mayor medida a la evaluación *inter pares* y a la financiación del Programa PROGRESS, así como de estudiar la introducción de objetivos en materia de situación sanitaria para apoyar el compromiso y la consecución de objetivos comunes.

La Comisión también tendrá en cuenta el interés mostrado por el Comité de las Regiones cuando fue consultado sobre la presente Comunicación y se fijará el objetivo de conseguir que los acuerdos de cooperación regional sobre salud tengan en cuenta las desigualdades en salud.

Acciones a nivel de la UE:

Crear vías para que los interesados pertinentes a nivel europeo se comprometan a promover la incorporación y la difusión de buenas prácticas.

Incluir las desigualdades en salud como uno de los ámbitos prioritarios dentro de los actuales acuerdos de cooperación sobre salud entre las regiones europeas y la Comisión.

Crear acciones y herramientas sobre formación profesional para combatir las desigualdades en salud utilizando el Programa de Salud, el FSE y otros mecanismos.

¹⁷ COM(2008) 418.

Estimular la reflexión sobre el desarrollo de objetivos dentro del Comité de Protección Social mediante documentos de debate.

Satisfacer las necesidades de los grupos vulnerables

Para abordar con eficacia las desigualdades en salud se precisan políticas que incluyan tanto acciones para hacer frente a la gradación en materia de salud que se extiende por toda la sociedad como acciones que estén específicamente destinadas a grupos vulnerables. Debe prestarse especial atención a las necesidades de las personas en situación de pobreza, los grupos de inmigrantes desfavorecidos y pertenecientes a minorías étnicas, las personas con discapacidad, las personas mayores o los niños que viven en la pobreza. En el caso de algunos grupos, puede considerarse que la cuestión de la desigualdad en salud, incluido el acceso reducido a una atención sanitaria adecuada, afecta a sus derechos fundamentales.

En la Carta de los Derechos Fundamentales de la Unión Europea se especifica el derecho a una ayuda social y a una ayuda de vivienda para garantizar una existencia digna a todos aquellos que no dispongan de recursos suficientes, a la prevención sanitaria y a beneficiarse de la atención sanitaria, y a unas condiciones de trabajo que respeten la salud. En la Carta sobre los Derechos del Niño de las Naciones Unidas se especifican varios derechos clave relativos a las necesidades básicas de los niños que, a su vez, afectan a su salud, mientras que, en la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad de las Naciones Unidas, se especifican los derechos de acceso de las personas con discapacidad a los servicios de salud. Las desigualdades en salud se incluyen como una de las cuatro prioridades de la Iniciativa de la Comisión sobre la salud de los jóvenes, que se puso en marcha en 2009.

El cambio demográfico y el envejecimiento de nuestras sociedades crearán nuevos desafíos en materia de salud.

El Consejo ha determinado que es necesario emprender más acciones en relación con las necesidades de salud de los inmigrantes, la población gitana¹⁸ y los jóvenes con menos oportunidades¹⁹. La Comisión está iniciando un proyecto piloto sobre la inclusión de la población gitana, incluidas la salud y las intervenciones integradas en el ámbito educativo, social y económico, así como la cooperación transfronteriza.

Debería recurrirse en mayor medida a la Política de Cohesión y los fondos estructurales asociados para promover intervenciones en favor de la salud de grupos vulnerables, como por ejemplo la población gitana.

Acciones a nivel de la UE:

Poner en marcha iniciativas, en colaboración con los Estados miembros, a fin de incrementar la concienciación y promover acciones para mejorar el acceso a los servicios de salud y su adecuación, y promoción de la salud y la atención sanitaria preventiva para los inmigrantes y las minorías étnicas y otros grupos vulnerables, mediante la identificación y el intercambio de buenas prácticas con el apoyo del Programa de Salud y otros programas.

Velar por que se aborde plenamente la reducción de las desigualdades en salud en las futuras iniciativas sobre «un envejecimiento sano».

¹⁸ Conclusiones del Consejo sobre la integración de la población gitana. <http://tinyurl.com/kne9s5>

¹⁹ Resolución del Consejo, de 20 de noviembre de 2008, relativa a la salud y al bienestar de los jóvenes.

Preparar para la Cumbre de 2010 sobre la población gitana un informe sobre el uso de instrumentos y políticas comunitarios para la inclusión de este grupo de población, incluida una sección sobre las desigualdades en salud.

Examinar de qué manera la Agencia de Derechos Fundamentales podría, dentro de su mandato, recopilar información sobre el grado en que los grupos vulnerables pueden sufrir las desigualdades en salud en la UE, especialmente en lo que respecta al acceso a una atención sanitaria y una asistencia social y en materia de vivienda adecuadas.

Llevar a cabo actividades relativas a las desigualdades en salud como parte del Año Europeo de Lucha contra la Pobreza y la Exclusión Social 2010.

Desarrollar la contribución de las políticas de la UE

Tal como se mencionaba en el apartado 3, existen diferentes políticas de la UE que pueden contribuir directa o indirectamente a la lucha contra las desigualdades en salud, y se dispone de diversas herramientas a nivel comunitario que podrían utilizarse. Existe todavía margen para mejorar la contribución de las políticas de la UE mediante una mejor comprensión de su impacto en la salud y a través de una mayor integración de las políticas. Con ello se establecerían mejor las prioridades y se utilizarían de manera más eficaz las herramientas existentes.

Si bien hay un acuerdo general sobre el principio de la reducción de las desigualdades en salud, existen grandes diferencias en lo que respecta al nivel de concienciación y el grado en que se está actuando. En las políticas de más de la mitad de los Estados miembros de la UE no se insiste en la reducción de las desigualdades en salud y existe una carencia de estrategias intersectoriales globales²⁰. Además, no se evalúan ni divulgan las políticas aplicadas, lo cual limita la capacidad para conocer su eficacia. La UE tiene un papel que desempeñar para mejorar la coordinación de las políticas y promover que se compartan las mejores prácticas.

Diferentes políticas de la Comisión deberían seguir apoyando a los Estados miembros a fin de conseguir un acceso más equitativo a una atención sanitaria de gran calidad y a los sistemas de prevención y promoción de la salud. La UE podría desempeñar un papel promoviendo una mejor cooperación entre sistemas sanitarios, tal como se prevé en la propuesta de Directiva sobre la aplicación de los derechos de los pacientes en la asistencia sanitaria transfronteriza. También podría contribuir a una mejor comprensión y proponer soluciones para los desafíos a que hacen frente los sistemas sanitarios en lo que respecta a la capacidad de los profesionales sanitarios europeos. Asimismo, puede contribuir a evaluar de qué manera pueden utilizarse eficazmente las nuevas tecnologías en el sector sanitario.

La Política de Cohesión de la UE es importante para conseguir los objetivos de Lisboa de cohesión económica y social y puede ser una poderosa herramienta para hacer frente a las desigualdades en salud. Las actuales Directrices Estratégicas Comunitarias establecen la posibilidad de utilizar los fondos para acciones relacionadas con la salud. Los Estados miembros han asignado alrededor de 5 000 millones EUR (1,5 % del total disponible) de los fondos en la categoría de infraestructuras de salud para el período 2007-2013. Para conseguir una mayor utilización de las oportunidades de financiación que ofrece la Política de Cohesión con el fin de hacer frente a las desigualdades en salud sería preciso conocer mejor las oportunidades de utilizar fondos en este ámbito y mejorar la coordinación entre los diferentes

²⁰ SEC(2006) 410.

departamentos nacionales responsables de las políticas y la capacidad técnica para desarrollar inversiones en este campo. Debería hacerse un esfuerzo a fin de incrementar la atención que se presta a la salud en el próximo período de programación y conseguir que los documentos estratégicos en el marco de la Política de Cohesión de la UE se ajusten en mayor medida a las prioridades identificadas en el MAC social.

La aplicación nacional de la legislación comunitaria en materia de salud y seguridad en el trabajo, así como la Estrategia Comunitaria de Salud y Seguridad en el Trabajo 2007-2012, ofrecen la oportunidad de reducir las desigualdades en salud en la UE protegiendo la salud de los trabajadores y reduciendo el impacto negativo de alguno de sus factores determinantes. Debería prestarse más atención a las desigualdades en salud en el contexto de la promoción de la igualdad de oportunidades entre hombres y mujeres.

En la actualidad, solamente se evalúa un pequeño número de actuaciones en el marco de las políticas de la UE después de su aplicación en lo que respecta a su impacto en las desigualdades en salud. Basándose en el trabajo existente, es preciso seguir desarrollando mecanismos para evaluar el impacto en la salud de las políticas existentes (ex post) en diferentes grupos de población para producir información destinada a un posterior desarrollo de las políticas. Estos mecanismos no pueden ser iguales para todos y deberían aprovechar las buenas prácticas desarrolladas en los Estados miembros. Además, la UE puede utilizar los informes existentes, incluido el informe sobre cohesión, el informe sobre empleo y el informe sobre Lisboa, para analizar la relación entre estas políticas y los resultados en materia de salud en todas las zonas y grupos de población de la UE.

La UE también se ha comprometido a ayudar a otros países en relación con la salud y los ámbitos relacionados con ella. La Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud de la OMS²¹ ha descrito recientemente las gigantescas diferencias en materia de salud que existen entre los países y los grupos sociales en todo el mundo, y ha instado a que se emprenda una actuación concertada a todos los niveles gubernamentales para hacer frente a esta situación. Las actividades de la UE pueden afectar a la salud en terceros países de una serie de maneras, incluido el comercio, la ayuda al desarrollo, el trabajo con organizaciones internacionales y el intercambio de conocimientos. La experiencia de la UE a la hora de hacer frente a las desigualdades en salud también puede ser relevante fuera de la UE. Por consiguiente, deberían estudiarse posibles sinergias entre la ayuda al desarrollo de la Comisión y las actividades dentro de la UE relacionadas con las desigualdades en salud. Asimismo, la UE debería establecer vínculos con las organizaciones internacionales pertinentes que actúan en este ámbito.

Acciones a nivel de la UE:

Apoyar en mayor medida los mecanismos existentes para la coordinación de las políticas y el intercambio de buenas prácticas en relación con las desigualdades en salud entre Estados miembros, tales como el Grupo de expertos de la UE sobre los determinantes sociales de la salud y las desigualdades en salud²², estableciendo vínculos tanto con el Comité de Protección Social como con el Grupo «Salud Pública» del Consejo.

²¹ Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud - Informe Final. OMS, 2008.

²² Puede consultarse su mandato actual en: <http://tinyurl.com/1947z8>.

Examinar las posibilidades de asistir a los Estados miembros para que utilicen mejor la Política de Cohesión de la UE y los fondos estructurales en apoyo de actividades destinadas a abordar los factores que contribuyen a las desigualdades en salud.

Alentar a los Estados miembros a utilizar en mayor medida las opciones existentes en el marco de la política de desarrollo rural de la PAC y la política de mercado (programa de distribución de leche en las escuelas, de alimentos para las personas con mayores carencias y de fruta en las escuelas) en apoyo de los grupos vulnerables y las zonas rurales con grandes necesidades.

Celebrar diálogos sobre las políticas con los Estados miembros y los interesados en los que se aborden la equidad y otros valores fundamentales clave de la salud, tal como se establece en la Estrategia de Salud de la UE.

Proporcionar financiación en el marco del Programa PROGRESS, incluido para evaluaciones *inter pares*, y poner en marcha una convocatoria de propuestas en 2010 para asistir a los Estados miembros en el desarrollo de estrategias pertinentes.

Celebrar un foro sobre la salud y la reestructuración con el fin de examinar las medidas adecuadas para reducir las desigualdades en salud.

La iniciativa de la Comisión sobre el papel de la UE en la salud global.

6. PRÓXIMOS PASOS

La lucha contra las desigualdades en salud es un proceso a largo plazo. Las acciones descritas en la presente Comunicación están destinadas a establecer un marco para una actuación sostenida en este ámbito. Sobre la base de la presente Comunicación y de los futuros debates en el seno del Consejo, la Comisión tiene la intención de trabajar activamente en colaboración con los Estados miembros y los interesados en un futuro próximo. En 2012 se elaborará un primer informe sobre la evolución de la situación.