

REGIONES

La Equidad en Salud y desarrollo regional en la UE

La aplicación de los Fondos Estructurales de la UE

La traducción al español de este documento ha sido co-financiada por el Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad y la Unión Europea en el marco de la Equity Action



EQUITY*ACTION*

TOOLS • REGIONS • KNOWLEDGE • STAKEHOLDERS •



Este trabajo es parte de la Acción conjunta EQUITY ACTION, la cual ha recibido financiación de la Unión Europea en el marco del Programa de Salud. La responsabilidad de este trabajo recae únicamente en su autor



Este informe se elaboró en el marco de Equity Action: la Acción Conjunta en desigualdades en salud cofinanciada por la Unión Europea. Equity Action es una colaboración entre 15 países miembros de la UE y Noruega, organizaciones no gubernamentales y la Comisión Europea. Su objetivo es proporcionar resultados prácticos que mejoren la elaboración e implementación de políticas que aborden las desigualdades en salud a través de los determinantes sociales de la salud. El programa comenzó en febrero de 2011 y tiene una duración de tres años. La financiación total del programa es de aproximadamente 3,6 millones de euros, de los cuales 1,7 millones proceden de la Comisión Europea.

EuroHealthNet coordina la línea de trabajo de Equity Action sobre enfoques regionales para disminuir las desigualdades en la UE. Con el objetivo de entender mejor cómo emplear los Fondos Estructurales para abordar la equidad en salud a nivel regional, se creó una red de regiones para capturar y compartir ejemplos de políticas e iniciativas subnacionales. Los resultados de este trabajo están descritos en el presente informe.

Los informes de los estudios de casos regionales están disponibles en www.equityaction.eu, mientras que los informes de la Revisión de los Fondos Estructurales de los países involucrados pueden encontrarse en www.fundsforhealth.eu.



Este informe ha sido escrito por Ingrid Stegeman y Yoline Kuipers - EuroHealthNet, Brussels (Octubre 2013) -
Contacto: i.stegeman@eurohealthnet.eu, y.kuipers@eurohealthnet.eu -
Dirección: EuroHealthNet, Rue de la Loi 67, BE-1040 Bruselas (Bélgica) -
Teléfono: +32 (0)2 235 0320 -
www.eurohealthnet.eu -
www.healthpromotion.eu -
www.health-inequalities.eu -

Traducción

Bárbara Navaza. Traductora independiente e Intérprete especializada en el ámbito de la salud.

Edición y Maquetación

Pedro Borrego Márquez. Subdirección General de Promoción de la Salud y Epidemiología. Dirección General de Salud Pública, Calidad e Innovación. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad.

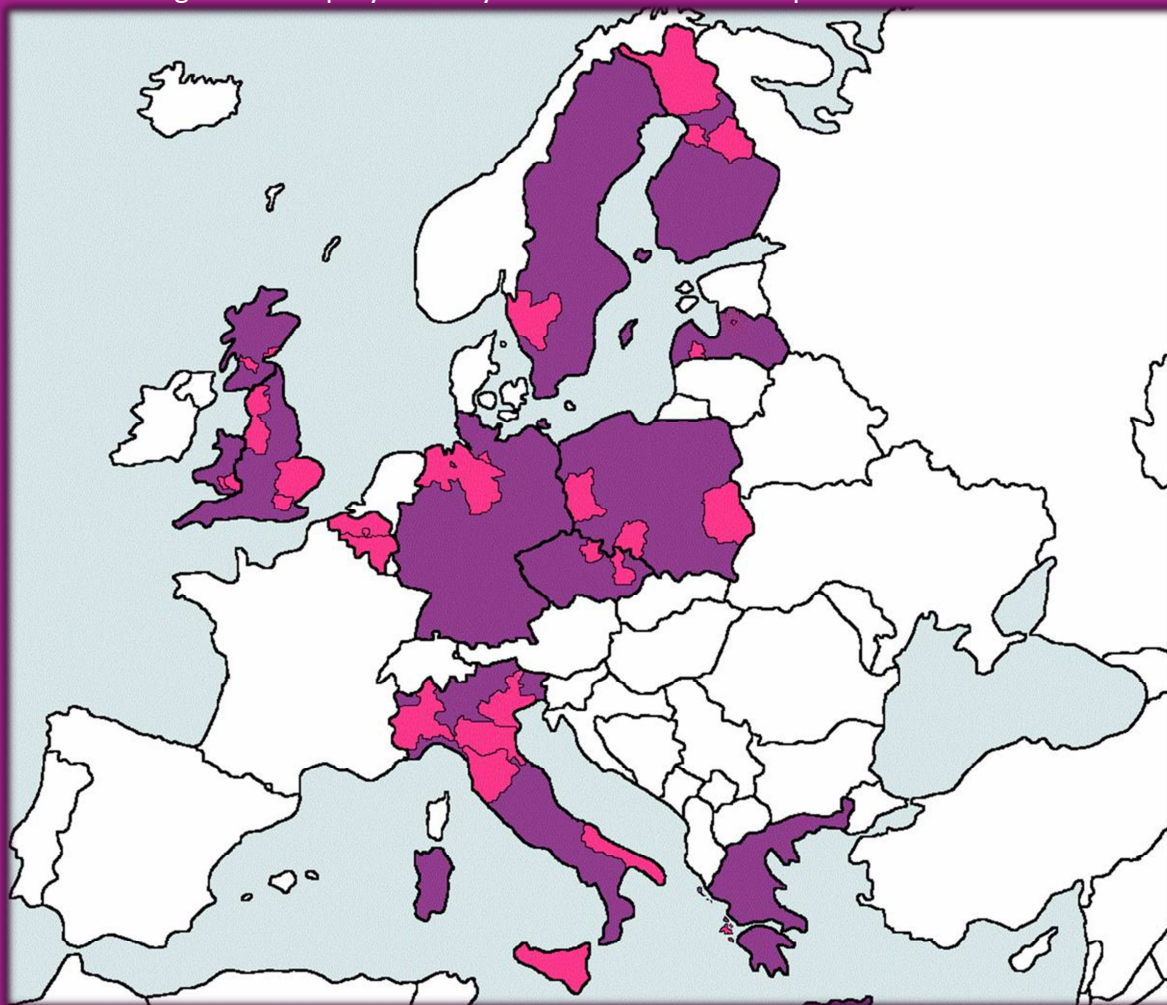


Este trabajo es parte de la Acción conjunta EQUITY ACTION, la cual ha recibido financiación de la Unión Europea en el marco del Programa de Salud. La responsabilidad de este trabajo recae únicamente en su autor.

La Red Regional Equity Action

La Red Regional Equity Action reúne a representantes de 30 regiones en 10 Estados miembros de la UE con el objetivo de capturar y compartir los enfoques regionales para reducir las desigualdades en salud y para entender mejor cómo ejercer influencia y emplear los Fondos Estructurales en aras de abordar asuntos relativos a la equidad en salud a nivel regional. Los socios han escrito los estudios de casos basándose en sus experiencias a la hora de afrontar las desigualdades en salud. También han revisado el uso de los Fondos Estructurales de la UE para el abordaje de las desigualdades en salud en sus regiones y países y han identificado oportunidades y barreras para emplearlos a nivel regional, nacional y de la UE.

Todos los informes producidos por los socios de la Red Regional Equity Action están disponibles en la página web de Equity Action (www.equityaction.eu) y en la Herramienta de orientación sobre los Fondos Estructurales disponible online en lengua inglesa (www.fundsforhealth.eu). Este documento presenta las conclusiones del trabajo de la Red Regional de Equity Action y las recomendaciones que se derivan del mismo.



Índice -

Resumen -	6
Agradecimientos -	9
Introducción -	13
I. El porqué de este informe	
II. Los vínculos entre la equidad en salud y el “crecimiento inteligente, innovador e integrador”	
III. La Equidad en Salud y la Unión Europea	

PARTE 1: ¿Que puede hacerse (a nivel subnacional) para mejorar la equidad en salud? 20

- I. Introducción
- II. Soluciones heterogéneas
- III. Resultados de los estudios de casos subnacionales de Equity Action
 - A. Datos
 - B. Estrategias y Planes de Acción
 - C. Práctica
 - D. Herramientas y Evaluación

PARTE 2: ¿Cómo se pueden emplear los Fondos Estructurales de la UE para mejorar la equidad en salud? 32

- I. Introducción
- II. La política de Cohesión y los Fondos Estructurales de la UE
 - A. Breve reseña sobre la Política de Cohesión: 2014-2020
 - B. ¿Cómo se desarrolla y se implementa la Política de Cohesión de la UE?
- III. Objetivos Temáticos (2014-2020) y Equidad en Salud
- IV. Resultados de las revisiones de los Fondos Estructurales de Equity Action
 - A. Enfoques Sistemáticos
 - a. -(Equidad en) Salud como un criterio de selección y evaluación/ tema transversal de los Fondos Estructurales (FE)
 - b. -Cláusulas sociales en los procedimientos de contratación
 - c. - Iniciativas existentes
 - B. Proyectos y Programas
 - a. -Centrados en la reducción de las desigualdades en salud
 - b. -Dedicados al abordaje de los determinantes subyacentes de la salud con la participación del sector sanitario
 - c. -Dedicados al abordaje de los determinantes subyacentes de la salud sin la participación del sector sanitario
- V. Ejemplos de cómo se puede implicar el sector de salud pública

PARTE 3: Recomendaciones - 76

para los responsables de la toma de decisiones políticas y para los profesionales que trabajen a nivel de la UE, nacional o regional sobre cómo emplear los FE para la equidad en salud <http://www.qualityaction.eu/login/>

RESUMEN -

Esta publicación demuestra la necesidad de considerar la salud y la equidad en salud como parte esencial del desarrollo económico y social de las sociedades y como un elemento fundamental para alcanzar los objetivos de una de las estrategias primordiales de la UE: la Estrategia 2020 para el “Crecimiento inteligente, innovador e integrador”. El contenido de este informe se basa en los resultados de dos estudios desarrollados por la Red Regional Equity Action. Se trata de una red de treinta regiones europeas en diez Estados miembros que se reunió como parte del programa de Equity Action (La Acción conjunta en desigualdades en salud cofinanciada por la UE). Esta red ha identificado ejemplos concretos sobre cómo las desigualdades en salud se pueden abordar a nivel subnacional y ha demostrado cómo los profesionales de la salud pública y los responsables de la toma de decisiones políticas pueden usar los Fondos Estructurales de la UE para lograr una mayor equidad en salud en Europa.

Las desigualdades en salud son las distribuciones injustas de la salud que se producen en las sociedades. Son las diferencias sistemáticas en materia de salud que se dan entre grupos sociales y que reflejan el gran número de personas a las que se les niegan los recursos y las capacidades en materia de salud y que por lo tanto disminuyen las posibilidades para alcanzar su máximo potencial en salud. Si bien existe cierto grado de desigualdad en salud en todas las sociedades, se pueden observar diferencias en la pendiente del gradiente de la salud entre regiones y entre Estados miembros. Estas diferencias son el resultado directo de políticas y programas financieros, económicos, sociales o de otro tipo que se están implementando en los países. Las variaciones en las desigualdades en salud dentro y entre los países ponen en evidencia que estas están construidas socialmente, que pueden reducirse mediante los medios pertinentes y que son, por tanto, evitables e injustas.

Estudios de casos en desigualdades en salud

Acabar con ciclos de desventajas depende en último término de la capacidad y el compromiso de los ciudadanos y los gobiernos para actuar. Los socios de la Red Regional Equity Action emprendieron los estudios de casos para describir lo que se estaba haciendo en regiones o comunidades para reducir las desigualdades en salud. En total, se produjeron 24 informes de estudios de casos, los cuales se centraban en los siguientes aspectos: gobernanza, política, práctica, herramientas, actores implicados y evaluación. Los informes de los estudios de casos reflejan que la desigualdad en salud está en la agenda de muchas regiones, aunque la dimensión de las acciones que están en marcha es muy diversa. Algunos informaron sobre estrategias y enfoques integrales mientras que otros mostraron iniciativas ad hoc y otros, ninguna acción.

Resultados de los estudios de casos en desigualdades en salud -

- Conseguir un avance real hacia la reducción de las desigualdades en salud requiere un compromiso más allá del sector de la salud. Los gobiernos y los sectores deben trabajar juntos para cambiar sus enfoques de manera que aseguren que las políticas y las prácticas consigan mejorar las condiciones para los segmentos más desfavorecidos de la población y no aumenten las desigualdades.
- La primera dificultad con la que se encuentra la salud pública radica en involucrar a esos actores y sectores que pueden llegar a tener un fuerte impacto en la reducción de las desigualdades y en que se produzcan cambios en políticas específicas ligadas a las desigualdades en salud.
- Existen datos que demuestran que la reducción de las desigualdades en salud redundará en beneficio de todos. La salud comunitaria debe adoptar un enfoque estratégico para transmitir este mensaje de la manera más amplia y efectiva posible con el fin de integrar este tema en los procesos políticos y de gobernanza a nivel nacional y subnacional y también para implicar a otros actores y sectores.

Para más información: remitirse a la parte I de este informe o visitar www.equityaction.eu

Los Fondos Estructurales de la UE para abordar la equidad en salud

El segundo estudio está centrado en los Fondos Estructurales de la UE, uno de los mayores programas de financiación de la UE, con un valor estimado de 347 mil millones de euros entre el período de programación 2007-2013 o el 35,7% del total del presupuesto de la UE. Los Fondos Estructurales son el instrumento financiero para implementar la Política de Cohesión de la UE, la cual pretende reducir las desigualdades económicas, sociales y territoriales significativas que existan entre las regiones europeas. De ese modo se convierte en uno de los mecanismos más importantes para avanzar hacia los objetivos 2020 de la UE. Sin embargo, a pesar de que existen oportunidades para utilizar los Fondos Estructurales para mejorar la equidad en salud en la UE, en muchas regiones y países, el sector de la salud ha carecido de la implicación suficiente para activar este potencial.

Por esta razón, la Red Regional Equity Action llevó a cabo la revisión de los Fondos Estructurales de la UE y exploró si se habían usado en los países y regiones para reducir las desigualdades en salud e indagó en estos procesos. Los socios identificaron ejemplos concretos de proyectos o programas beneficiarios de los Fondos Estructurales que habían contribuido (in)directamente a la equidad en salud y también dieron ejemplos de estructuras de gobernanza que habían sido beneficiosas para el uso de los Fondos Estructurales en aras de la equidad en salud. Varios socios de la Red también se involucraron en los procesos de negociación para el período de programación de 2014-2020 y pusieron en marcha acciones e iniciativas para influir en los procesos y para sensibilizar acerca del potencial de los Fondos Estructurales para atender las desigualdades en salud. Ciertos socios también desarrollaron ideas para nuevas propuestas de proyectos que podrían financiarse durante el período de programación 2014-2020.

Los resultados de la revisión de los Fondos Estructurales

Las oportunidades existen pero a menudo las dejamos pasar. Para solucionar esto, los profesionales y los responsables de la toma de decisiones en salud pública deben adoptar un enfoque estratégico para:

- ➔ Sensibilizar a los compañeros de los Fondos Estructurales para que trabajen a nivel internacional, regional y local sobre el potencial mecanismo de cofinanciación de iniciativas que puedan mejorar directa o indirectamente la equidad en salud.
- ➔ Ensalzar su imagen de cara a los gestores y otros actores de los Fondos Estructurales y establecer los contactos y vínculos necesarios.
- ➔ Abogar para que los enfoques sistemáticos incluyan la equidad en salud en las iniciativas que reciban Fondos Estructurales.
- ➔ Invertir en la capacitación dentro de los sistemas sanitarios y promover a expertos en salud que entiendan tanto los Fondos Estructurales como los determinantes sociales de la salud y la equidad en salud y que puedan vincular esto a otros factores.
- ➔ Identificar y trabajar a través de asociaciones ya existentes y desarrollar otras nuevas asociaciones intersectoriales. Aprender el lenguaje de los demás y compartir conocimientos y experiencias.

Tal y como se muestra en este informe, existen muchas oportunidades para mejorar la salud y reducir las desigualdades en salud a nivel subnacional, sobre todo usando los Fondos Estructurales de la UE, los cuales representan un gran potencial para el sector de la salud. Si está interesado en saber más sobre los Fondos Estructurales y quiere ponerse en contacto con otras regiones interesadas en Europa, participe dejando sus datos de contacto aquí: www.fundsforhealth.eu/get-involved.

AGRADECIMIENTOS

Nos gustaría expresar nuestro agradecimiento a los socios de la Red Regional Equity Action de los siguientes países y regiones por desarrollar estudios de casos que explican cómo las desigualdades en salud se están abordando en sus regiones, así como las revisiones de cómo los Fondos Estructurales se habían empleado y se pueden emplear para este fin. Los informes completos y los resúmenes elaborados por los socios están disponibles en: www.equityaction.eu.

BELGICA

Pol Gerits	National Project Partner Federal Public Service Health, Food Chain Safety and Environment
Annouk Billiet	Wallonia Walloon Observatory of Health
Peter Verduyck	Brussels-Capital Observatory for Health and Wellbeing
Sol Wallyn	Flanders Flemish Agency Care and Health

REPUBLICA CHECA

Hana Janatová	National Project Partner National Institute of Public Health
Roman Klíma	Hradec Králové Hradec Králové Regional Authority
Kateřina Kupečková	Hradec Králové Hradec Králové Regional Authority
Dana Strniskova	Olomouc Region Public Health Authority of the Olomouc Region

INGLATERRA

Stephen Gunther	National Project Partner Department of Health UK
Ray Earwicker	National Project Partner Department of Health UK
Hamira Sultan	Specialty Registrar (Public Health) Seconded to the Department of Health UK
Justine Cawley	Greater London area Justine Cawley Associates
Jane Connor	Greater London area NHS East London and the City London
Simon How	East of England East of England Public Health Directorate

David Ritchie **North West Region**
North West Health Brussels Office

Paula Wheeler **North West Region**
NHS North West Offices

FINLANDIA

Niina Mustonen **National Project Partner**
National Institute of Health and Welfare

Tuulia Rotko **National Project Partner**
National Institute of Health and Welfare

Marita Pikkarainen **Kainuu Region**
Joint Authority of Kainuu Region

Ilpo Tapaninen **Oulu Region**
Council of Oulu Region

Tytti Tuulos **Northern Finland**
Regional State Administrative Agency for Northern Finland

ALEMANIA

Helene Reemann **National Project Partner**
Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung, BZgA

Caren Wiegand **National Project Partner**
Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung, BZgA

Antje Richter **Lower Saxony**
Landesvereinigung für Gesundheit & Akademie für Sozialmedizin Niedersachsen

Marcus Waechter **Lower Saxony**
Landesvereinigung für Gesundheit & Akademie für Sozialmedizin Niedersachsen

Petra Hofrichter **Hamburg**
Hamburgische Arbeitsgemeinschaft für Gesundheitsförderung e.V. (HAG)

Wiebke Sannemann **Hamburg**
Hamburgische Arbeitsgemeinschaft für Gesundheitsförderung e.V. (HAG)

GRECIA

John Yfantopoulos **National Project Partner**
EKKE

Kyriaki Nikolaidou **Region of Ionian Islands**
Municipality of Kefallonia

ITALIA

Michele Marra **Regional Project Partner, Piemonte**
Social Epidemiology Department

Carla Cogo **Regional Project Partner, Veneto**
Registro Tumori del Veneto

Pier Paolo Benetollo	Regional Project Partner, Veneto Azienda Ospedaliera Universitaria Integrata Verona
Francesca Avolio	Puglia Regional Healthcare Agency
Salvatore Scondotto	Sicilia Epidemiological Observatory
Valentina Barletta	Tuscany Health Agency of Tuscany Region
Manuele Falcone	Tuscany Health Agency of Tuscany Region
Andrea Ranzi	Emilia Romagna Environmental Health Reference Centre
Nicola Caranci	Emilia Romagna Regional Health and Social Agency
Pier Paolo Benetollo	Verona Azienda Ospedaliera Universitaria Integrata

LETONIA

Gunta Rozentale	National Project Partner The Centre for Disease Prevention and Control
Ingrida Kuzniece	Saldus Region Biznesa Konsultantu Grupa, Ltd.
Alina Dudelea	Valmiera municipality Biznesa Konsultantu Grupa, Ltd.

POLONIA

Bożena Moskalewicz	National Project Partner National Institute of Public Health, National Institute of Hygiene
Małgorzata Krasowska-Marczyk	Lubuskie Lubuskie Voivodship
Edyta Kolano	Lubelskie Lubelskie Voivodship
Krystyna Zuk	Lubelskie Lubelskie Voivodship
Katarzyna Suchon	Opolskie Opolskie Voivodship

ESCOCIA

Elaine Bell	National Project Partner Scottish Government Public Health Division
Jo-Anne Valentine	Fife NHS Fife
Fiona Mackay	Greater Glasgow & Clyde NHS Greater Glasgow & Clyde

SUECIA -

Åse Enkvist	Regional Project Partner, Västra Götaland Public health Department
Lars Paulsson	Regional Project Partner, Västra Götaland Public health Department

GALES

Cathy Weatherup	National Project Partner Welsh Government
Nicola John	Cwm Taf Cwm Taf Health Board
Gill Richardson	Aneurin Bevan Aneurin Bevan Health Board
Jane Layzell	Aneurin Bevan Public Health Wales
Jon West	Aneurin Bevan Public Health Wales
Marcus Longley	Welsh Institute for Health and Social Care University of Glamorgan
Amy Simpson	Welsh Institute for Health and Social Care University of Glamorgan

También nos gustaría agradecer a Caroline Costongs (directora adjunta de EuroHealthNet) y a Clive Needle (director de EuroHealthNet) por su orientación y sus contribuciones para este informe y por sus valiosas aportaciones durante todo el proyecto.



I. EL PORQUÉ DE ESTE INFORME

Este informe se publicó como parte de Equity Action, la “Acción Conjunta en Desigualdades en Salud” (2011-2014) cofinanciada por la UE. Equity Action es una colaboración entre 15 Estados miembros y Noruega, organismos no gubernamentales y la Comisión Europea. El programa tiene como objetivo lograr resultados prácticos que mejoren la formulación e implementación de políticas abordando las desigualdades en salud a través de los determinantes sociales de la salud.

El presente informe demuestra la necesidad de considerar la salud y la equidad en salud como parte esencial del desarrollo económico y social y como algo fundamental para lograr los objetivos de la Estrategia 2020 de la Unión Europea para el “Crecimiento inteligente, innovador e inclusivo”. En él se profundiza en lo que se necesita para mejorar la equidad en salud y se deja constancia de los resultados de los estudios de casos de la Red Regional Equity Action para ilustrar cómo se están implementando las medidas requeridas en las regiones que participan en la red.

El informe se enfoca después en los Fondos Estructurales de la UE, el mayor programa de financiación y por ende uno de los mecanismos más importantes para avanzar en los objetivos 2020 de la UE. Sin embargo, a pesar de que existen oportunidades para utilizar los Fondos Estructurales para mejorar la equidad en salud en la UE, en muchas regiones y países el sector de la salud ha carecido del compromiso suficiente para activar este potencial. Por esta razón, este informe explora, basándose en ejemplos prácticos, si los Fondos Estructurales se han utilizado para reducir las desigualdades en salud y en tal caso, explora cómo se han usado para tal fin y extrae lecciones para la ronda de financiaciones para 2014-2020. La información se basa mayormente en las Revisiones de los Fondos Estructurales que llevaron a cabo los socios regionales de Equity Action para valorar cómo los Fondos estructurales han sido o hubieran podido ser empleados para reducir las desigualdades en salud en sus regiones. Este informe demuestra que existen oportunidades para aplicar los Fondos Estructurales para mejorar la equidad en salud y explica cómo las autoridades en salud pública pueden involucrarse. El informe pretende animar a los profesionales de la salud pública a que usen estos fondos para alcanzar sus objetivos.

El informe acaba con recomendaciones dirigidas a los actores de la salud pública en la UE o a nivel nacional o regional en las que se explica como pueden usar los Fondos Estructurales para mejorar la salud y para asegurar una mejor distribución de la salud en la sociedad, considerando que estas acciones serían una importante contribución para el desarrollo a nivel nacional y regional en la UE



II. LOS VÍNCULOS ENTRE LA EQUIDAD EN SALUD Y EL - “CRECIMIENTO INTELIGENTE, INNOVADOR E INTEGRADOR” -

El tratado de la UE declara que la Unión Europea tiene como fin promover la paz, sus valores, incluyendo el respeto por la dignidad humana, la democracia, la igualdad, la justicia y la solidaridad así como el bienestar de sus gentes¹. La Estrategia 2020 de la Unión Europea para el “Crecimiento inteligente, sostenible e integrador” (2011-2020), fundamental para la UE, fija objetivos cruciales para ayudarlo a alcanzar sus fines. Para que los esfuerzos se focalicen y tengan impacto, la Estrategia incluye cinco objetivos principales relativos al trabajo, la educación, la pobreza y el crecimiento sostenible que tienen que traducirse en objetivos y planes nacionales (ver Cuadro 1). Todas las políticas fundamentales de la UE deben estar en consonancia con estas políticas básicas y al mismo tiempo los Estados miembros deben traducirlas en objetivos y planes nacionales.

Cuadro 1

Objetivos principales de la estrategia Europa 2020

Crecimiento inteligente: desarrollar una economía basada en el conocimiento y la innovación.

Crecimiento sostenible: promocionar una economía que utilice los recursos de manera más eficaz, que sea verde y que sea más competitiva.

Crecimiento integrador: fomento de una economía con un alto nivel de empleo que redunde en la cohesión económica, social y territorial.

- El 75% de la población de entre 20 y 64 años debería tener un empleo;
- El porcentaje de abandono escolar debería ser inferior al 10% y al menos el 40% de las generaciones más jóvenes debería tener estudios superiores completos;
- El riesgo de pobreza debería amenazar a 20 millones de personas menos;
- El 3% del PIB de la UE debería invertirse en I+D/innovación;
- Deberían reducirse las emisiones que causan el cambio climático/ emisiones de gases de efecto invernadero al menos en un 20% en comparación con los niveles de 1990; e incrementar el porcentaje de las fuentes de energía renovables hasta en un 20% , así como aumentar en un 20% la eficacia energética.

Las “iniciativas emblemáticas” de Europa 2020 para avanzar en la consecución de los objetivos principales (relativos a la equidad en salud).

- Juventud en movimiento para revitalizar los sistemas educativos y facilitar la entrada de los jóvenes en el mercado de trabajo;
- La Agenda de nuevas cualificaciones y empleos para modernizar los mercados de trabajo y empoderar a las personas para que desarrollen sus competencias a lo largo de su vida, con la intención de aumentar la participación en el mercado de trabajo y mejorar la complementariedad de la oferta y la demanda laboral, incluyendo la movilidad laboral;
- La Plataforma europea contra la pobreza para asegurar la cohesión territorial y social de manera que beneficie el crecimiento y que favorezca el reparto de trabajo de modo que las personas que estén experimentando pobreza y exclusión social sean capaces de vivir con dignidad y de tomar parte activa en la sociedad..

¹ Artículo 1 y 3 del Tratado de la UE: http://eur-lex.europa.eu/es/treaties/dat/12002M/htm/C_2002325ES.000501.html

Cuadro 1 (continuación) -

Se pidió a los Estados miembros que implementaran la estrategia Europa 2020 aplicando diez directrices integradas para las políticas económicas y laborales que fueron desarrolladas por la UE y que establecieron las reformas que deberían llevarse a cabo para avanzar hacia la consecución de los objetivos principales de 2020.

Los Estados miembros fijan sus propios objetivos basándose en las directrices y desarrollan los Programas Nacionales de Reforma (PNR) en los que detallan las acciones que llevarán a cabo para lograr dichos objetivos, con un particular énfasis en las medidas para eliminar los escollos que impiden un desarrollo sostenible a nivel nacional.

Como las políticas sociales son una parte esencial de la Estrategias Europa 2020, la Comisión adoptó en febrero de 2013 el llamado Conjunto de Medidas sobre Inversión Social (CMIS) para el Crecimiento y la Cohesión. El CMIS tiene como fin estimular a los Estados miembros para fomentar las capacidades de las personas y apoyar su participación en la sociedad y en el mercado de trabajo. El Programa cuenta con una Comunicación marco, acompañada de una Recomendación sobre la Pobreza infantil y varios documentos de trabajo, uno de ellos llamado La inversión en salud. Este documento establece el papel central de la salud como parte esencial de la estrategia Europa 2020 y reafirma que la salud es un valor en sí mismo y también un condicionante de la prosperidad económica. El gasto en salud se describe como un gasto favorable al crecimiento. El documento de la Inversión en salud está articulado alrededor de cuatro elementos principales: (1) Sistemas de salud sostenibles, (2) La salud humana como capital humano; (3) La reducción de las desigualdades; y (4) el apoyo adecuado de los fondos de la UE para la salud (como por ejemplo, los Fondos Estructurales).

La OMS ha definido la salud como el “estado de completo bienestar físico, mental y social y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades”². La salud es un elemento que nos capacita para la participación económica y social y para nuestra vida diaria. Por lo tanto, es un determinante clave para el bienestar de las personas, la felicidad y la satisfacción. No sorprende que en encuestas de la UE las personas valoren sistemáticamente su salud por encima de otros aspectos de sus vidas³.

Mientras que la salud no se menciona directamente en los objetivos de Europa 2020, forma parte de ellos. Las personas que están física, mental y socialmente bien tienen más posibilidades de tener mejores resultados en los sistemas educativos y en el ámbito laboral así como más posibilidades de no caer en la pobreza. El crecimiento económico y el medioambiente “sostenibles” suelen ser beneficiosos para la salud y viceversa. La salud es un facilitador del desarrollo económico así como un valor en sí mismo, tal y como se ha reconocido en el próximo Programa⁴ de la UE “Salud para el Crecimiento”⁵.

Sin embargo, la salud es ciertamente un elemento distribuido de manera desigual a lo largo de las sociedades. Cuanto mayor sea el nivel socioeconómico de la persona, normalmente determinado por los ingresos o el nivel educativo, mayores serán las probabilidades para que la persona pueda disfrutar de una buena salud. La siguiente afirmación corresponde a cualquiera de las 271 regiones de los 27 Estados miembros: seleccionemos a una persona, identifiquemos su nivel socio-económico con respecto al resto de personas en su misma región y ello reflejará sus probabilidades para que enfermen de manera prematura o se vuelvan obesos o mueran prematuramente. Estas son las denominadas

² World Health Organization. 2006. [Constitution of the World Health Organization](#) – Basic Documents, Forty-fifth edition, Supplement, October 2006.

³ EuroFound, 2012. Quality of Life Survey: <http://www.eurofound.europa.eu/surveys/eqls/index.htm>

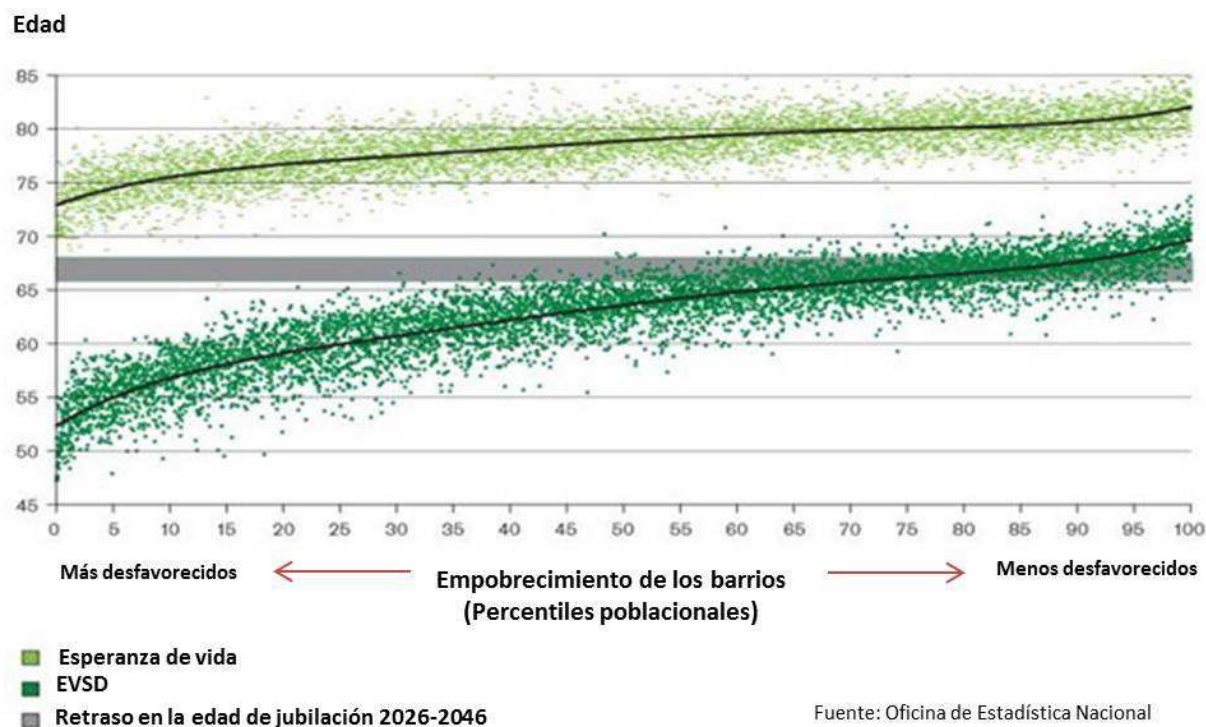
⁴ http://ec.europa.eu/health/programme/policy/proposal2014_en.htm

⁵ [Towards Social Investment for Growth and Cohesion – including implementing the European Social Fund 2014-2020.](#)

desigualdades en salud entre los grupos sociales. La situación social y de salud disminuye de manera directamente proporcional al denominado: “gradiente social en salud”.

En la Figura 1 se muestra un gradiente social en salud típico: la esperanza de vida en Inglaterra aumenta continuamente si nos vamos desplazando desde los barrios más desfavorecidos hacia los barrios menos desfavorecidos. Los gradientes en la esperanza de vida sin discapacidades (EVSD), o la cantidad de tiempo que una persona puede esperar vivir sin sufrir discapacidades, son todavía más pronunciados.

Figura 1: Esperanza de vida y esperanza de vida sin discapacidades (EVSD) al nacer, personas de barrios de renta alta, Inglaterra, 199-2003 (Marmot Review, 2010).



Las desigualdades en salud reflejan cómo a un gran número de personas se le niega los recursos y las capacidades para la salud y cómo estas no están consiguiendo alcanzar la totalidad de su potencial en materia de salud. También reflejan cómo el principio de igualdad de oportunidades no se está consiguiendo poner en práctica⁶. Las estimaciones sugieren que las pérdidas en salud relacionadas con la desigualdad son responsables de más de 700.000 muertes al año y de 33 millones de casos de salud deficiente en el conjunto de la UE⁷. Esto supone una tragedia para los individuos implicados y un reto para los valores típicos de la UE como la igualdad, la solidaridad y la justicia; además, resulta perjudicial para el bienestar social en lo que respecta a:

- Los altos niveles de desigualdad en salud suponen un mayor gasto público. Las estimaciones sugieren que las pérdidas en salud representan el 20% de la totalidad de los costes sanitarios y el 15% de la totalidad de las prestaciones de la seguridad social. Se estima que el valor monetario de la desigualdad en salud relacionado con las pérdidas en términos de bienestar se sitúa en 980 mil millones de euros al año o en el 9,4% del PIB⁷.
- Las personas con un nivel de salud deficiente son menos productivas y menos capaces de contribuir a los ingresos públicos y al crecimiento económico. Un estudio encargado por la UE

⁶ Anand, S. The concern for equity in health. *J Epidemiol Community Health*, 56 (7), 485-487. Doi: 10.11136/jech.56.7.485.

⁷ Mackenbach J P, Meerding W J, Kunst A E. Economic Costs of Health Inequalities in the European Union. 2011.

reveló que si las desigualdades en salud en la UE se redujesen en un 10%, los beneficios económicos llegarían a alcanzar los 14 mil millones de euros por medio de ganancias en salud, vista esta como un “bien capital” (cómo la salud contribuye a las capacidades productivas), y los 70 mil millones a través de ganancias en salud en calidad de “bien de consumo” (la salud vista como un bien que proporciona satisfacción y utilidad)⁷.

- Por último, las investigaciones epidemiológicas demuestran que los altos niveles de desigualdad social, los cuales pueden desencadenar desigualdades en salud, minan el bienestar de todas las personas en una sociedad, incluso de aquellas que se encuentran en una mejor posición. Según los investigadores, esto se debe a que las desigualdades reducen la cohesión social, lo que conlleva unos mayores niveles de estrés, miedo e inseguridad para todos. Las poblaciones con un mayor grado de cohesión social y educación tienen, por el contrario, más posibilidades de tener unas tasas menores de crimen y desorden social así como una mano de obra más cualificada⁸.

Si bien en todas las sociedades existe cierto grado de desigualdad, las diferencias en la pendiente del gradiente en salud se pueden constatar entre las regiones y entre los países de los Estados miembros de la UE⁹. Estas diferencias son una consecuencia directa del tipo de políticas y programas financieros, económicos y políticos que se están implementando en los países. Las variaciones en las desigualdades en salud dentro y entre los países ponen en evidencia que estas están construidas socialmente, que pueden reducirse mediante los medios pertinentes y que son, por tanto, evitables e injustas¹⁰.

Asegurar que los beneficios del crecimiento económico se distribuyan de manera justa en las comunidades, regiones y también entre los Estados miembros, va en la línea de los objetivos para la UE en 2020. Los niveles de las desigualdades en salud proporcionan un buen indicador para verificar si se está logrando un crecimiento económico de manera “inteligente, innovadora y sostenible” y de modo que se contribuya a una de las prioridades más comunes entre los ciudadanos: su salud.

⁸ Wilkinson RG, Pickett, K. *The Spirit Level: Why More Equal Societies Almost Always Do Better*. London, 2009.

⁹ WHO, *European Health Report 2012. Charting the way to well-being*. WHO Regional Office of Europe. 2013.

¹⁰ CSDH (2008). *Closing the gap in a generation: health equity through action on the social determinants of health. Final Report of the Commission on Social Determinants of Health*. Geneva, World Health Organization.



III. LA EQUIDAD EN SALUD Y LA UNIÓN EUROPEA -

La Unión Europea es consciente del vínculo existente entre las desigualdades en salud y los objetivos generales para la UE en 2020. Desde que la Unión Europea ganó competencias específicas en salud pública en 1992¹¹, el tema de las desigualdades en salud se ha ido introduciendo poco a poco en la agenda europea y ha ido ganando importancia a lo largo de la última década. Abordar las desigualdades en salud fue una acción clave en la estrategia europea: “Juntos por la salud: Un enfoque estratégico para la Unión Europea (2008-2013)”¹². En 2008, la Comisión Europea estableció un grupo de trabajo de expertos en determinantes sociales y desigualdades en salud¹³. Adicionalmente, la Comisión adoptó en 2009 una Comunicación conjunta por parte de la DG SANCO y la DG EMPL, con el nombre de “Solidaridad en materia de salud: reducción de las desigualdades en salud en la UE” y cuyo objetivo era reducir las desigualdades por medio del fomento del papel activo de los Estados miembros y los actores implicados así como por medio de las políticas de la UE.

El Consejo de la Unión Europea también ha trabajado en relación a las desigualdades en salud. En 2004, el Consejo estableció un comité de protección social¹⁴, con carácter consultivo, para promover la cooperación en políticas de protección social entre los Estados miembros. Los objetivos del comité de protección social son, entre otros, promover la inclusión social para garantizar una asistencia sanitaria de alta calidad y sostenible.

Además, varias presidencias de la UE se han centrado explícitamente en la necesidad de reducir las desigualdades en salud en la UE. Por ejemplo, la presidencia española (1er semestre de 2010), la cual adoptó las conclusiones del Consejo sobre: “La equidad y la salud en todas las políticas: Solidaridad en materia de salud”¹⁵ y organizó la conferencia de alto nivel: “Avanzando hacia la equidad en salud”. La presidencia belga (2º semestre de 2010) también organizó varios eventos de alto nivel para tratar la equidad en salud, tales como la conferencia internacional: Reducing health inequalities from a regional perspective. What works, what doesn't? (Reduciendo las desigualdades en salud desde una perspectiva regional. ¿Qué funciona y qué no funciona¹⁶?). En esta conferencia se consideraron las mejores maneras para que las políticas regionales influyeran en los determinantes sociales de la salud con el fin de reducir la brecha entre ricos y pobres en todas las etapas de la vida.

En junio de 2011, la presidencia húngara adoptó las conclusiones del Consejo: “Hacia unos sistemas sanitarios modernos, reactivos y sostenibles”¹⁷, e hizo un llamamiento a la necesidad de alejarse de los sistemas centrados en hospitales y de encaminarse hacia los sistemas de cuidados integrados para mejorar el acceso equitativo a la asistencia de calidad y para reducir las desigualdades. Tras la presidencia húngara, la presidencia polaca organizó durante el segundo semestre de 2011 una

¹¹ Treaty on European Union (Treaty on Maastricht), OJ C 191 of 29.7.1992

http://europa.eu/legislation_summaries/institutional_affairs/treaties/treaties_maastricht_en.htm

¹² White Paper: Together for Health: A Strategic Approach for the EU 2008-2013 - EU Health Strategy: Brussels, 23.10.2007 - COM(2007) 630 final http://ec.europa.eu/health-eu/doc/whitepaper_en.pdf

¹³ Meetings of the EU Expert Group on Social Determinants and Health Inequalities

http://ec.europa.eu/health/social_determinants/events/index_en.htm

¹⁴ Council Decision 2004/689/EC of 4 October 2004 establishing a Social Protection Committee Decision 2000/436/EC

http://europa.eu/legislation_summaries/employment_and_social_policy/social_protection/c10119_en.htm

¹⁵ Council Conclusions on Equity and Health in All Policies: Solidarity in Health – 3019th Employment, Social Policy, Health and Consumer Affairs Council Meeting (Brussels, 8 June 2010).

¹⁶ Belgian Presidency, international conference: “Reducing health inequalities from a regional perspective. What works and what doesn't?” (8-9 November 2010). <http://www.eutrio.be/reducing-health-inequalities-regional-perspective-what-works-what-doesn-t>

¹⁷ Conclusiones del Consejo. Hacia unos sistemas sanitarios modernos, reactivos y sostenibles. Reunión 3095 sobre Empleo, Política Social, Salud y Política del Consumidor. Reunión del Consejo. Temas de salud. Luxemburgo, 6 de junio de 2011

http://www.consilium.europa.eu/uedocs/cms_data/docs/pressdata/en/lsa/122395.pdf

conferencia ministerial sobre “Solidaridad en materia de salud: Reduciendo la brecha entre los Estados de la Unión Europea”.

El Parlamento europeo adoptó el 8 de marzo de 2011 la resolución: “Reducir las desigualdades en salud en la UE¹⁸”, la cual enfatizó la necesidad de que los objetivos generales para el desarrollo social y económico incluyesen la necesidad de hacer una distribución más equitativa de la salud para así construir un compromiso en las sociedades en aras de la reducción de las desigualdades en salud y la satisfacción de las necesidades de los grupos más vulnerables. También reconoce que, en muchas ocasiones, las razones que provocan las diferencias en salud son injustas y se podrían evitar porque son una consecuencia de las diferencias de oportunidades, de acceso a los servicios y de recursos materiales, así como de las diferencias en cuanto a las opciones de estilo de vida de los individuos.

Más recientemente, a principios de 2013, la Comisión Europea lanzó un documento de trabajo denominado “Invertir en salud”, como parte del paquete de trabajo en Inversión social¹⁹ (ver Cuadro 1). La inversión en la reducción de las desigualdades en salud y la inversión en salud a través del apoyo de los fondos europeos son dos de los cuatro temas desarrollados en este documento. La Comisión también ha publicado un documento de trabajo sobre las desigualdades en salud en la Unión Europea (septiembre de 2013)²⁰, el cual presenta una visión general de la amplitud y las tendencias de las desigualdades en salud en la UE y describe el progreso que se ha alcanzado al implementar la Comunicación de la Comisión Europea “Solidaridad en salud”. El documento de trabajo refleja que, a pesar de que la brecha entre la mayor y la menor esperanza de vida encontradas en la UE de los 27 ha disminuido y también se ha reducido la media de mortalidad infantil en la UE entre 2006/2007 y 2011, todavía existen desigualdades en salud significativas y de dimensiones inadmisibles entre los Estados miembros de la UE y dentro de ellos. En efecto, las disparidades en salud continúan siendo amplias (incluso están aumentando en algunos casos) y es preciso poner en marcha más acciones a nivel regional, nacional y de la UE.

La OMS es también una gran defensora y promotora de las acciones para frenar las desigualdades en salud. La OMS ha publicado recientemente una Revisión europea de las desigualdades en Salud²¹. Este documento habla de los desarrollos en el campo desde la publicación de la Revisión global de las desigualdades en salud de la OMS en 2008²², la cual fue el informe final de la Comisión sobre Determinantes sociales de la salud de la OMS, liderada por Sir Michael Marmot. La revisión europea se basa en estos datos globales y proporciona recomendaciones políticas para reducir las desigualdades en salud y las disparidades de salud a través de los 53 países de la región europea de la OMS.

¹⁸ European Parliament Resolution (8 March 2011): ‘Solidarity in Health’

<http://www.europarl.europa.eu/sides/getDoc.do?type=REPORT&reference=A7-2011-0032&language=EN>

¹⁹ Commission Staff Working Document “Investing in Health”, accompanying the document “Towards Social Investment for Growth and Cohesion - including implementing the European Social Fund 2014-2020” - Brussels, 20.2.2013 - SWD(2013) 43 final http://ec.europa.eu/health/strategy/docs/swd_investing_in_health.pdf

²⁰ Commission Staff Working Document “Report on health inequalities in the European Union” - Brussels, September 2013 - SWD(2013) 328 final http://ec.europa.eu/health/social_determinants/docs/report_healthinequalities_sw_d_2013_328_en.pdf

²¹ World Health Organisation Regional Office for Europe (Sept 2013), Review of social determinants and the health divide in the WHO European Region: final report <http://www.euro.who.int/en/what-we-publish/abstracts/review-of-social-determinants-and-the-health-divide-in-the-who-european-region.-final-report>

²² World Health Organisation (2008) - Closing the gap in a generation: health equity through action on the social determinants of health: final report of the Commission on Social Determinants of Health http://www.who.int/social_determinants/thecommission/finalreport/en/index.html

PARTE 1

¿Qué puede hacerse (a nivel subnacional) para mejorar la equidad en salud?

I. INTRODUCCION -

La primera parte de este informe se centra en los resultados de los estudios de casos que los socios de la Red Regional Equity Action llevaron a cabo para identificar y describir lo que se estaba haciendo en sus regiones o comunidades para reducir las desigualdades en salud. Muchos gobiernos regionales poseen competencias importantes en salud pública y en áreas que regulan otros determinantes claves de la salud y pueden identificar y abordar los puntos de entrada para reducir las desigualdades en salud que reflejan las condiciones socioeconómicas específicas en sus regiones. La primera parte comienza con una visión general de lo que, en teoría, puede hacerse para lidiar con las desigualdades en salud y luego se muestra lo que se está haciendo en la práctica, basándose en la información compartida por las 24 regiones de 12 Estados miembros de la UE en relación a los siguientes aspectos: gobernanza, política y práctica.

II. SOLUCIONES HETEROGÉNEAS

Durante la última década, se ha prestado especial atención a la temática de las desigualdades en salud²³. Los informes que tratan sobre las desigualdades en salud reflejan que se puede hacer mucho desde el sector sanitario para crear y aumentar el nivel de sensibilización y para asegurar que los sistemas de salud se basen en valores fundamentales tales como la universalidad, el acceso, los bienes, la equidad y la solidaridad. No obstante, a pesar de que el sector de la salud puede tratar la enfermedad y promover la salud, no puede modelar la salud de las personas. Más bien, son las “condiciones en las que las personas nacen, crecen, viven, trabajan y envejecen”, circunstancias a las que también se las denomina “determinantes sociales de la salud”, las que influyen en la salud²⁴. Por lo tanto, para mejorar la equidad en salud es fundamental lograr el compromiso de un gran número de actores para que modelen, de manera colectiva, los determinantes de la salud.

Se han desarrollado modelos, por ejemplo, desde la Comisión para los Determinantes sociales de la OMS (2008), para reflejar las causas profundas, interrelacionadas y cíclicas de las desigualdades en salud. Los modelos reflejan cómo las estructuras de poder en las sociedades afectan a la estratificación social y provocan un impacto en las condiciones socioeconómicas y culturales en las que las personas crecen, en sus resultados educativos y en su nivel de ingresos. A su vez, esto afecta la capacidad de las personas para cambiar las condiciones en las que viven, trabajan y crían a sus hijos, así como la probabilidad que tienen, por ejemplo, de fumar, hacer ejercicio y comer verduras y frutas frescas. El cúmulo de todos estos factores influye en la posibilidad que las personas tienen de sufrir una aparición temprana de enfermedades o una muerte prematura.

Romper estos círculos viciosos de desventajas supone identificar las causas fundamentales o los determinantes de las desigualdades en salud que pueden encontrarse, por ejemplo, en las condiciones del desarrollo de la primera infancia, los ingresos, el entorno físico y el entorno laboral. Romper estos

²³ E.g:

- CSDH (2008). Closing the gap in a generation: health equity through action on the social determinants of health. Final Report of the Commission on Social Determinants of Health. Geneva, WHO
- Marmot M, Allen J, Bell R, Bloomers E Goldblatt P. WHO European review of social determinants of health and the health divide. The Lancet, Volume 380, Issue 9846, Pages 1011 - 1029, September 2012
- Stegeman I, Costongs C eds. The Right Start to a Healthy Life, EuroHealthNet (2012)
- EuroHealthNet, The Story of DETERMINE (2010)
- Mackenbach JP. Health Inequalities: Europe in Profile (2005)
- Judge K, Platt S, Costongs C, Jurczak K. Health Inequalities: A challenge for Europe (2005)

²⁴ CSDH (2008). Closing the gap in a generation: health equity through action on the social determinants of health. - Final Report of the Commission on Social Determinants of Health. Geneva, World Health Organization -

círculos depende en último término de las habilidades y el compromiso de los ciudadanos y los gobiernos para actuar sobre tales determinantes. Los gobiernos deben establecer sistemas que adopten enfoques holísticos y que se ocupen no solo de los síntomas sino también de las raíces de las causas de los problemas sociales. Los ciudadanos deben apoyar y tomar partido en las medidas que contribuyan a lograr sociedades más justas y sanas. El sector de la salud, por su parte, tiene un importante papel a la hora de concienciar y proporcionar los datos que pongan en evidencia las desigualdades y el tipo de medidas que los gobiernos y los actores sociales podrían adoptar de manera efectiva para reducirlas, de manera que se pueda promover una acción conjunta. El sector de la salud debe asegurar también que las desigualdades en salud figuren como un tema central en sus servicios y programas y debe identificar y actuar en aquellos determinantes clave de la enfermedad (por ejemplo, el consumo de tabaco y de alcohol) así como en los que generan consecuencias desiguales frente a las enfermedades (por ejemplo, el acceso a los servicios sanitarios).

Una medida fundamental para reducir los niveles de desigualdades es invertir más en la promoción de la salud, particularmente entre aquellos en los que la prevalencia de la enfermedad es mayor. Cada vez más estudios reflejan que invertir en prevención es hacer una “buena compra” ya que es rentable y al mismo tiempo puede ayudar a ahorrar dinero a largo plazo, aportando beneficios económicos y sociales²⁵. Cuesta menos, en términos de recursos y de sufrimiento humano, prevenir la enfermedad que curarla. Sin embargo, el gasto público en promoción de la salud representa, como promedio, aproximadamente un 3% de los gastos sanitarios²⁶, y estos presupuestos son los primeros que sufren recortes durante programas de austeridad. A pesar de que ello pueda producir un ahorro a corto plazo, a largo plazo conllevará un mayor gasto sanitario.

No obstante, para que las medidas de promoción de la salud y prevención de enfermedades sean efectivas, el sector sanitario debe sobrepasar los estrechos confines de las medidas dirigidas a modificar los comportamientos que repercuten en la salud. Muchas de las medidas más efectivas para promover la salud y prevenir la enfermedad se encuentran más allá de los límites de los sistemas de salud. Se trata de las medidas de protección social que proporcionan asistencia en función de la necesidad existente, así como los sistemas educativos que proporcionan igualdad de oportunidades y que capacitan a las personas para el desarrollo de sus capacidades y en el control sobre sus vidas para que puedan hacer elecciones que sean beneficiosas para la salud. También se incluyen las normas de mercado y medidas de planificación urbana que crean entornos en los que la “opción saludable es la opción fácil”. El sector de la salud debe trabajar con los responsables para la implementación de tales políticas y medidas, para mejorar las oportunidades y para asegurar una distribución más equitativa de la salud.

En último lugar, un papel importante para el sector de la salud es proporcionar una imagen clara de la situación en relación con las desigualdades en salud y de la efectividad y el impacto de estrategias, medidas políticas y prácticas relevantes que se están poniendo en práctica para abordarlas. Tales informaciones pueden impulsar la práctica y ser de gran utilidad para identificar las medidas con más posibilidades de lograr una mayor equidad.

²⁵ La OMS estima, por ejemplo, que reduciendo factores de riesgo (como la nutrición, la actividad física, el alcohol, el tabaco y el estrés) a través de la promoción de la salud y de la prevención de enfermedades, se llegarían a reducir en un 80% las muertes prematuras por problemas cardíacos, en un 80% los casos de diabetes tipo 2 y en un 40% los casos de cáncer.

²⁶ OECD Health Data 2012: www.oecd.org/health/healthdata.

III. RESULTADOS DE LOS ESTUDIOS DE CASOS SUBNACIONALES -

Los informes reflejaban que la desigualdad en salud está en la agenda de muchas regiones, aunque también ponían de manifiesto que la dimensión de las acciones puestas en marcha para abordar este tema difiere enormemente; algunos informaron sobre estrategias y enfoques integrales y concretos mientras que otros mostraron iniciativas ad hoc y otros no relataron ninguna acción.

Los estudios de casos, tanto al completo como los resúmenes correspondientes, así como un informe de análisis general, están disponibles en www.health-inequalities.eu. Estos proporcionan una pincelada de los resultados e incluyen esfuerzos ejemplares que se han llevado a cabo para reducir las desigualdades en salud.



A. DATOS

A pesar de que la mayoría de los Estados miembros de la UE tienen datos a nivel nacional sobre las desigualdades en salud por medio de, por lo menos, los datos sociales y sanitarios que se recopilan a nivel europeo²⁷, muchas regiones no fueron capaces de proporcionar información específica sobre los niveles de desigualdad dentro de sus fronteras. En algunos países, solo es posible establecer una correlación de los datos socioeconómicos y los datos sanitarios a un nivel comunitario más generalizado. No sorprende que aquellos países y regiones que regularmente recopilaban datos que reflejaban las desigualdades a nivel nacional, regional y local sean también los que llevan a cabo acciones más integrales a este respecto. Un número de socios de la Red Regional Equity Action proporcionó informaciones relativas a enfoques innovadores de recogida y diseminación de datos, como se ilustra a continuación.

Ejemplo 1.1: Los sistemas de monitorización de la Desigualdad en Salud

Inglaterra

En Inglaterra, la [Herramienta para la intervención de desigualdades en salud](#) proporciona información sobre la esperanza de vida por autoridad local y permite la comparación de la diferencia en esperanza de vida de la población general con aquellas personas que viven en los quintiles más desfavorecidos de cada municipio. La herramienta permite estimar el efecto de ciertas intervenciones sobre la esperanza de vida determinadas poblaciones.

La [herramienta de huellas](#) dactilares del Observatorio de Salud Pública de la Región Este (OSPRE) presenta indicadores clave para medir las desigualdades en salud. La herramienta, desarrollada por la agencia gubernamental británica para la Salud Pública (Public Health England), permite la comparación de la información usando datos demográficos, medidas de tiempo y áreas geográficas. También permite la comparación entre los quintiles más desfavorecidos y el resto de la población.

Las innovaciones metodológicas para recopilar desigualdades de materia de salud en la región noroeste de Inglaterra se introdujeron usando datos sobre la mortalidad casi a tiempo real. La [Oficina Nacional de Estadística \(ONE\)](#) proporciona datos de mortalidad a tiempo real a nivel de autoridad local sobre la cifra provisional de muertes en los últimos meses.

²⁷ Vea por ejemplo "Health in Europe: Information and Data Interface (HEIDI)": http://ec.europa.eu/health/indicators/indicators/index_en.htm

Ejemplo 1.2: Los sistemas de monitorización de la desigualdad en salud -

Escocia

Escocia tiene la tradición de recopilar, analizar y facilitar una serie de informaciones para entender las desigualdades en salud y también ha establecido indicadores a largo plazo de desigualdades en salud que se actualizan anualmente. La región de Fife ha desarrollado la herramienta [Know-Fife data set](#), mediante la que las personas pueden recabar información relacionada con la salud en sus barrios.

Ejemplo 1.3: Los sistemas de monitorización de la desigualdad en salud -

Finlandia

En Finlandia, la Ley de atención en salud ([Health Care Act](#)) que entró en vigor el uno de mayo de 2011 requería que las autoridades locales hicieran un seguimiento de la salud de la población en sus municipios por grupos de población, incluyendo grupos socioeconómicos. A las autoridades locales se les solicita preparar un informe sobre el bienestar en cada período electoral.



B. ESTRATEGIAS Y PLANES DE ACCIÓN -

Es más probable alcanzar un progreso real en equidad en materia de salud en la población a través de compromisos y acciones intersectoriales. Los estudios de casos de los socios de la Red Regional Equity Action reflejan que existen muchos países en los que se han desarrollado acciones integrales, tales como Escocia y Finlandia (ver Ejemplo 3). Aquí, los gobiernos han expresado su compromiso para reducir los niveles de desigualdad en materia de salud y han hecho esfuerzos para ajustar las políticas de modo que contribuyan a este fin. Estos esfuerzos se extienden a través de sectores del gobierno y se implican a nivel regional y local. Los gobiernos nacionales establecen los motores estratégicos entorno a la salud y la equidad en salud y hacen un seguimiento de las acciones y los resultados pero dejan que estas se desarrollen y se implementen a nivel regional y local para abordar las necesidades específicas, como se refleja en los datos locales.

En Escocia, la reducción de las desigualdades en salud es hoy por hoy una de las seis prioridades para la Planificación Comunitaria, el proceso mediante el que los gobiernos locales, las autoridades sanitarias y otros organismos públicos trabajan juntos en Escocia con comunidades locales, empresas y grupos de voluntarios para planear y proporcionar mejores servicios con el fin de mejorar las vidas de las personas en Escocia. En Finlandia, la Estrategia contra las desigualdades de la salud está liderada por el sector sanitario.

Ejemplo 2.1: Países y regiones con estrategias para reducir las desigualdades en salud

Escocia

Escocia parece tener uno de los enfoques más integrales e intersectoriales para reducir las desigualdades en salud, como se refleja en las políticas y programas del gobierno escocés tanto a nivel nacional como regional y local. La estructura necesaria para ello la proporciona el Marco de actuación nacional ([National Performance Framework](#)) el cual tiene cinco objetivos estratégicos. Estos objetivos pretenden conseguir que Escocia sea un país más rico y justo, más inteligente, más saludable, más seguro, más fuerte y más verde. El marco de actuación nacional establece 15 resultados nacionales, uno de los cuales es “haber abordado las desigualdades significativas en la sociedad escocesa”, incluyendo las desigualdades en salud. El documento de la política [“Equally Well”](#) (“Igualmente Bien”) establece el enfoque acordado para abordar las desigualdades en salud y otras desigualdades en Escocia e identifica prioridades y principios clave para la reducción de las desigualdades en materia de salud.

El plan de implementación de “Equally Well” anunció los detalles de ocho puntos locales para pilotar y valorar enfoques innovadores, reflejando estas prioridades y principios a nivel local. Tomando como referencia los puntos, se podría aplicar esta metodología de manera más extensa y generalizada en Escocia. En 2011 se publicó una evaluación de estos proyectos piloto.

La región de Fife de Escocia representa un buen ejemplo de planificación comunitaria puesta en práctica. El plan comunitario de Fife para 2011-2020 aspira a conseguir tres objetivos de alto nivel: reducir las desigualdades, aumentar el empleo y abordar el cambio climático. Desde su comienzo, en 1999, se han ido creando convenios estratégicos para avanzar en cinco áreas clave (Economía, Educación y Competencias, Medioambiente, Seguridad comunitaria y Salud y Bienestar). La alianza entre las áreas de salud y bienestar de Fife se estableció para liderar el trabajo dirigido a mejorar la salud, el bienestar y a reducir las desigualdades en salud en Fife y para asegurar que las organizaciones trabajasen juntas e involucrasen realmente a las comunidades en el proceso. La estrategia tiene tres años de duración (el tercer Plan de bienestar y salud (2011-2014)), y su objetivo general es reducir las desigualdades en salud.

El plan propone trabajar en tres ámbitos: apoyar estilos de vida más saludables para los individuos y sus familias; crear y mantener lugares y comunidades más saludables; y cambiar la manera en la que trabajan las organizaciones. La alianza de Salud y Bienestar también está en contacto con otros convenios que tratan determinantes de la salud en un sentido más amplio, como el Acuerdo para la Vivienda de Fife o el Acuerdo para la Infancia de Fife.

Los mayores recursos para reducir las desigualdades en salud se encuentran integrados en sus servicios generales y en los presupuestos destinados a socios y organizaciones para la planificación comunitaria. En Escocia, Fife también es un lugar para pilotar y valorar enfoques innovadores para reducir las desigualdades en salud que abordan, fundamentalmente, los comportamientos antisociales que tienen lugar en un barrio específico y que están relacionados con el consumo de alcohol en adultos y en menores.

Ejemplo 2.2: Países y regiones con estrategias para reducir las desigualdades en salud

Finlandia

Uno de los objetivos del Programa de Salud Pública finlandés para 2015 (Ministerio de Asuntos Sociales y Sanidad, 2001) es reducir las desigualdades en salud e incrementar el número de años de vida saludable. El Ministerio de Asuntos Sociales y Sanidad solicita a los organismos administrativos regionales que diseñen planes que esbocen cómo pretenden promocionar la salud. Desde que la Ley de Atención Primaria de 2006 enfatizó la importancia de promover la salud y el bienestar de los menos favorecidos y de reducir las desigualdades, este se ha convertido en el foco de los planes regionales.

También se ha desarrollado un Plan Nacional para reducir las desigualdades en salud (2008-2011) en aras de lograr el objetivo nacional de reducir las desigualdades en salud. El proyecto para la reducción de las desigualdades socioeconómicas en materia de salud en Finlandia (TEROKA) desempeñó un importante papel en el desarrollo y la implementación de este Plan Nacional de Acción. En una primera fase (2004-2006), el proyecto TEROKA recopiló información sobre las desigualdades en salud y la utilizó para aumentar el grado de sensibilización.

El proyecto se centró luego en la cooperación con las regiones de Kainuua y el norte de Ostrobothnia y con la ciudad de Turku, la cual sirvió como punto de referencia para pilotar cómo se podrían abordar en la práctica las desigualdades en salud (2006-2008). Se incluyó el desarrollo de dos informes exhaustivos sobre las desigualdades en materia de salud en esas dos regiones así como unas directrices sobre cómo deberían abordarse. También se incluyó el establecimiento de grupos de Salud y Bienestar multisectoriales a nivel suprarregional (autoridad estatal) así como a nivel regional y municipal. Estos grupos reunieron a todos aquellos actores responsables de promover la salud y el bienestar en estos distintos niveles. Se les otorgó la tarea estatutaria de procesar y considerar la información sobre las diferencias socioeconómicas en la salud y, en base a esa información, implicarse en cooperación intersectorial para la salud.

El papel del grupo de Salud y Bienestar a nivel de autoridad estatal es aconsejar y supervisar el trabajo de los grupos regionales y municipales y facilitar un intercambio de experiencias y de aprendizaje sobre cómo mejorar el bienestar entre los menos favorecidos y reducir las desigualdades en salud.

En la mayoría de los casos, el alcance de la acción que se desarrolla a nivel regional depende directamente de si las desigualdades en salud son una prioridad a nivel nacional, aunque existen algunas excepciones. A pesar de que el objetivo general de la Política de Salud Pública (2004) en Suecia es “crear las condiciones sociales para alcanzar una buena salud en términos de igualdad para toda la población”, en los últimos años, el gobierno nacional ha colocado el énfasis en la responsabilidad individual para mejorar los comportamientos relacionados con la salud en vez de colocarlo en los factores estructurales subyacentes que podrían contribuir a una salud deficiente. Las regiones y municipalidades de Suecia tienen un alto grado de auto-determinación. La Región Västergötland, la cual ha identificado la buena salud como una de sus principales prioridades, reconoce

que esto implica “crear las condiciones para unas condiciones de vida equitativas”. El gobierno regional, por tanto, encargó el desarrollo de un Plan de Acción para la Equidad en Salud para lograr este objetivo.

Ejemplo 2.3: Países y regiones con estrategias para reducir las desigualdades en salud

Suecia

En los presupuestos de 2011, el Consejo regional le encargó a la junta ejecutiva regional preparar un [Plan de Acción para la Equidad en Salud](#) en la región de Västra Götaland con el fin de contribuir a la estrategia general a largo plazo de la región titulada “La visión Västra Götaland – una buena vida”. Diferentes actores, tales como ayuntamientos, agencias de empleo, confederaciones y organizaciones sindicales como el consejo municipal y las ONG han sido invitados a participar en el desarrollo del Plan de Acción.

El Plan de Acción se centra en las condiciones de la infancia, en la participación en el mercado laboral y en el envejecimiento y tiene dos temas transversales: el aprendizaje permanente y los hábitos saludables. Aquellos actores implicados están participando actualmente en un proceso de identificación de los tipos de medidas que se podrían tomar para contribuir a la reducción de las desigualdades en salud y cómo podrían lograrse dichas medidas. El Comité de Salud Pública tiene la responsabilidad de coordinar el desarrollo del Plan de Acción y debe informar a la Junta Ejecutiva regional a finales de 2012/comienzos de 2013.

Una barrera considerable para lograr una acción efectiva que aborde las desigualdades en salud, incluso en aquellos países y regiones en los que se está llevando a cabo una acción integral, se encuentra en la dificultad para implicar a aquellos sectores y actores que pueden influir en los factores “fuertes” y en las condiciones subyacentes que desembocan en desigualdades en salud. Al igual que en Suecia, en Italia no existe actualmente una estrategia integral para afrontar las desigualdades en materia de salud. Sin embargo, en Italia, las regiones tienen un alto nivel de autonomía en lo que respecta a la salud y la política social. En 2007, la región de Piedmont, por ejemplo, aprobó el Plan y Perfil de Salud, una ley regional por la que se estipulaba que las autoridades regionales debían medir las desigualdades en salud e implementar políticas locales para mejorar la salud general y para reducir dichas desigualdades. Sin embargo, no se ha demostrado que esta ley haya tenido buenos resultados ya que, según el informe de su Estudio de caso, “muchas políticas locales con un gran impacto en la salud y en las desigualdades en salud tendían a evitar el diálogo y la cooperación con temas sociales o relacionados con la equidad”. Esto pone de manifiesto la necesidad de fomentar la sensibilización y el compromiso desde los más altos niveles del gobierno para involucrar a todos los sectores en planes claros sobre qué acciones hay que poner en marcha y cuáles pueden proporcionar un impacto real en la población.



C. PRÁCTICA -

Mientras que solo algunos de los países y regiones que forman parte de la Red Regional Equity Action tenían estrategias y planes de acción integrales para afrontar las desigualdades en salud, todos identificaron prácticas en sus regiones que estaban específicamente dirigidas a este objetivo o que podían contribuir para alcanzarlo. Como se verá en las próximas páginas, la mayoría de los socios

identificaron prácticas que abordaban las causas más inmediatas de las desigualdades en salud y facilitaban el acceso a los servicios sanitarios o bien que se ocupaban de comportamientos que repercutían en la salud (por ejemplo, el consumo de alcohol, de tabaco o la dieta).

Ejemplo 3.1: Actividades/iniciativas que abordan las causas inmediatas de las desigualdades en salud -

Letonia

En Letonia, los servicios sanitarios están financiados por el estado, por pagos personales y por regímenes de seguro voluntario. En 2008, la crisis económica forzó a Letonia a recortar el gasto público, incluyendo el gasto sanitario. En comparación con 2008, los presupuestos sanitarios se redujeron en un 13% en 2009 y en un 12% adicional en 2010. Los copagos de los pacientes también aumentaron de manera significativa después de 2009.

El Estudio de caso de Letonia describe la Estrategia relativa a la Red de Seguridad Social que se implementó en Letonia en septiembre de 2009 como parte de las medidas de seguridad de emergencia relacionadas con el bienestar para ayudar a las personas necesitadas y de renta baja. La estrategia incluía medidas para asegurar que las personas necesitadas y de renta baja pudieran tener acceso a los servicios de atención primaria y hospitalaria así como a cualquier servicio farmacéutico necesario. Una valoración de la estrategia reveló que reducía las desigualdades de manera significativa en la provisión de servicios sanitarios entre la población meta. Su única debilidad era que los destinatarios debían conocerla y buscar activamente las oportunidades disponibles para conseguir beneficiarse de ellas.

Ejemplo 3.2: Actividades/iniciativas que abordan las causas inmediatas de las desigualdades en salud -

Alemania

Los datos de Hamburgo ilustran que las desigualdades en salud son más visibles en los distritos de las ciudades; es por lo tanto importante abordar este tema ahí. Los distritos de las ciudades son particularmente aptos para implementar nuevos conceptos de promoción de la salud. Por medio de un enfoque socioecológico, los residentes locales pueden estar más integrados en las tareas comunicativas de planificación, implementación y evaluación de las medidas para reducir las desigualdades en salud.

El centro de promoción de la salud “Lurup” está localizado en un distrito heterogéneo de la zona oeste de la región de Hamburgo en la que se pueden encontrar condiciones sociales precarias. El centro se estableció para asesorar a organizaciones relevantes y para prestarles apoyo, también en el sentido financiero y de planificación de proyectos, en lo relativo a la promoción de la salud con poblaciones desfavorecidas. El centro fue fundado por la Oficina para la Salud y la Protección del Consumidor de Hamburgo y por la compañía de seguros médicos Techniker.

‘Lenzgesund’ (Lenz-salud) es otro programa que se está implementando en un distrito de la ciudad con condiciones desfavorecidas desde un punto de vista social. Este es un programa de prevención de la Oficina de Sanidad y Medio Ambiente del distrito de Hamburg-Eimsbüttel, dirigido a los residentes del complejo de viviendas sociales de Lenz. El programa incluye una atención especial a los inmigrantes y pretende coordinar las actividades de todos los actores e instituciones implicadas en la provisión de cuidados pre y post natales en la zona así como otras actividades de promoción de la salud y de prevención, por ejemplo, vacunas, salud dental, nutrición y ejercicio.”

Ejemplo 3.3: Actividades/iniciativas que abordan las causas inmediatas de las desigualdades en salud



Inglaterra

En el este de Inglaterra han puesto en marcha una iniciativa con el objetivo de asegurar que los servicios del Servicio Nacional de Salud para tratar el tabaquismo se dirijan a aquellas personas que se encuentren entre el 5% de las personas más desfavorecidas, las cuales tienen la mayor tasa de consumo de tabaco, de manera que la proporción de las personas que dejen de fumar en las áreas más desfavorecidas sea comparable a la de las que viven en zonas menos desfavorecidas. La iniciativa dio pistas sobre qué estrategias podrían ser efectivas a la hora de trabajar con este segmento de la población y tuvo como resultado una mejoría en los sistemas de recogida de datos y de vigilancia.

En el noroeste de Inglaterra, los ingresos hospitalarios relacionados con el alcohol han aumentado en un 73 por ciento durante los últimos siete años y han contribuido, por lo tanto, a aumentar las desigualdades en la región. La iniciativa Drink Wise North West (“Bebe con Inteligencia Noroeste”) es una iniciativa implementada en 24 fundaciones de atención primaria en la región, cuyo objetivo era reducir los ingresos hospitalarios relacionados con el alcohol en un 5% en dos años. Estas fundaciones de atención primaria están aplicando un enfoque de “cambio a gran escala” (CGE) lo que requiere que todos aquellos miembros de equipos de proyectos intersectoriales (los servicios del sector público, incluyendo las fundaciones del Servicio Nacional de Salud, asistencia social y vivienda así como las autoridades locales, la policía y el sector del voluntariado) se organicen de manera muy diferente.

El modelo del CGE se nutre de la mejor práctica internacional del sector privado, público y del voluntariado y usa herramientas y técnicas que ayudan a crear y a mantener el impulso al mismo tiempo que orientan e implican a las personas y a los socios a llevar a cabo cambios pragmáticos en los sistemas, procesos y comportamientos de manera incipiente. En septiembre de 2011 se evaluó la implementación de un proyecto y hubo resultados positivos. La iniciativa parece que va a ganar impulso puesto que se considera como “invertir en un modelo seguro”.



D. HERRAMIENTAS Y EVALUACIÓN -

El uso sistemático de herramientas como la Evaluación del Impacto de las Desigualdades en la Salud (EIDS), la cual mide el impacto distributivo de las políticas y de otras medidas sanitarias, puede suponer una contribución importante para lograr una mayor equidad. Los informes de los estudios de casos de los socios de la Red Regional Equity Action reflejan que el uso de tales herramientas no es, sin embargo, común. En Escocia, Fife era la única región que indicaba que las herramientas de EIDS se estaban desarrollando a nivel nacional. Fife aplica evaluaciones de impacto integradas como parte de los esfuerzos para mejorar la política y la práctica locales, a pesar de que las herramientas de Evaluación del Impacto de la Igualdad suelen usarse con mayor frecuencia debido a requisitos legislativos. Hubo otras regiones que también informaron acerca del uso de valoraciones en el impacto a la salud pero de manera puntual.

La evaluación de políticas y prácticas (similares a la ex post EIDS) es importante en la lucha por la reducción de las desigualdades en salud. Existen, no obstante, muchas complejidades en torno a la evaluación del impacto de políticas y medidas en las desigualdades en salud, relacionadas con la

disponibilidad de datos, el tiempo que los resultados tardan en aparecer y la dificultad de aislar relaciones causales. Sin embargo, el Estudio de caso de Bruselas, Bélgica, refleja cómo los métodos cualitativos también pueden ser útiles para valorar el impacto de proyectos y para identificar nuevas medidas que puedan contribuir a generar más equidad en salud.

Ejemplo 4.1: Ejemplos de métodos/herramientas de evaluación de equidad en salud

Bélgica

El [Observatorio Social y de Salud](#) en Bruselas adoptó una evaluación cualitativa de cinco proyectos diferentes financiados por la [Fundación King Boudewijn](#), cuyo objetivo era reducir las desigualdades en salud entre los jóvenes (15-25 años). La evaluación se basaba en entrevistas semi-estructuradas con todos los actores involucrados en los proyectos para establecer sus puntos de vista sobre, por ejemplo, las hipótesis en las que se basaban, los objetivos y la efectividad de los proyectos.

Los agentes sobre el terreno de cinco proyectos y los organismos financiadores se juntaron durante dos días para debatir e intercambiar ideas. Las partes debatieron sobre los facilitadores y las barreras para alcanzar una buena salud así como sobre las buenas prácticas y también desarrollaron recomendaciones. En este sentido, negociaron un marco común en desigualdades en salud en Bruselas y cómo deberían reducir dichas desigualdades.

Entre las lecciones aprendidas se identificó esta “evaluación realista” como un enfoque y un proceso que conseguía que los socios y los participantes estuvieran mejor informados y fueran más capaces de reconocer y crear nuevas oportunidades para la acción y para la colaboración. Socios y participantes emplearán los resultados de la evaluación para debatir más a fondo y para clarificar cómo las desigualdades en salud podrían reducirse en Bruselas y cómo se podrían implementar y analizar aquellos enfoques exitosos que ya hayan sido identificados, como las medidas para mejorar la autoestima de la juventud vulnerable.

El siguiente Estudio de caso de Aneurin Bevin (Gales) pone de manifiesto la importancia de evaluar, en este caso, un programa a gran escala, para afrontar las desigualdades en salud en aras de modificar y mejorar las medidas para lograr una mayor efectividad.

Ejemplo 4.2: Ejemplos de métodos/herramientas de evaluación de equidad en salud -

Gales

[Community First](#) (“La Comunidad Primero”) es un programa de regeneración de la comunidad en Gales, nacional y a gran escala, cuyo presupuesto asciende a 40 millones de euros y cuyo fin es implicar a una amplia diversidad de actores y sectores, mejorar las condiciones generales y así reducir las desigualdades en salud en las partes más desfavorecidas del país. Tras rigurosas evaluaciones del programa se concluyó que hubo resultados loables como, por ejemplo, un mayor compromiso por parte de los ciudadanos y la mejora de los procesos de planificación ciudadana. Sin embargo, el programa también recibió críticas por no ajustar los resultados al gasto que habían supuesto ya que no estaba teniendo un “fuerte” impacto en los factores que impulsaban la pobreza tales como el desempleo y los logros en materia de salud y educación.

Como consecuencia, en abril de 2012, Community First se adaptó al “Programa para abordar la pobreza desde una perspectiva comunitaria” que se estaba poniendo en marcha en 52 zonas más extensas, a las cuales se las conoce como áreas. Las acciones apoyadas por la comunidad se desarrollarán de manera paralela con otros programas para reducir las brechas en la equidad en materia de educación, capacidades y salud entre las zonas más desfavorecidas de Gales. El programa está siendo orientado por el Marco de resultados nacionales y tiene el apoyo de los planes de desarrollo individuales para cada área. El objetivo es que por medio de esta orientación se consigan resultados a nivel individual que sean medibles y necesarios para reducir las desigualdades en salud en las áreas.

Este ejemplo destaca la importancia de la evaluación para asegurar que los recursos se están usando de manera óptima para alcanzar los objetivos deseados. Los resultados de la evaluación, de nuevo, enfatizan que reducir las desigualdades en salud solo se puede conseguir implicando y coordinando las actividades de los sectores clave. Si bien se trata de una tarea ambiciosa, el éxito, medido a través de las reducciones en los niveles de las desigualdades en salud, también representa la efectividad de las políticas públicas para crear sociedades justas, cohesivas y eficientes que mejoren el bienestar de todos. Como se discutirá en la siguiente sección, la financiación pública, incluyendo los Fondos Estructurales de la UE, puede y debería, por lo tanto, emplearse de manera que contribuya a este objetivo.

PARTE 2

¿Cómo se pueden emplear los Fondos Estructurales de la UE para mejorar la equidad en salud?

I. INTRODUCCIÓN -

La política de Cohesión de la UE, también denominada “Política regional de la UE”, es una política de financiación que apoya la creación de empleo, la competitividad, el crecimiento económico, la mejora de la calidad de vida y el desarrollo sostenible. Tiene como fin reducir las disparidades significativas en materia económica, social y territorial que existen entre las regiones de Europa y es una expresión de la solidaridad de la UE con las regiones y países menos desarrollados, reconociendo que tales disparidades minan los objetivos de la UE. Los Fondos Estructurales son el instrumento de la Unión Europea para implementar la Política de Cohesión de la UE.

Un enfoque coherente para el desarrollo económico en las regiones se basa en asegurar que también se reducirán las desigualdades en salud. Como se explicó en la primera parte de este informe, mayores niveles de equidad en salud dan lugar a mayores niveles de productividad, niveles menores de gasto en bienestar social y una estabilidad social más sólida. El sector de la salud puede contribuir a este fin si se emplean los Fondos Estructurales para mejorar el acceso de toda la población a la atención sanitaria, para aumentar las capacidades dentro de los sistemas de salud para abordar las desigualdades en salud y para coordinar las acciones a través entre sectores y niveles para promover la equidad en salud. El sector de la salud puede además emplear las dotaciones de los Fondos Estructurales para ayudar a aprovechar las iniciativas existentes en las regiones para contribuir a la reducción de las desigualdades en salud.

La presidencia húngara puso de manifiesto la importancia de los Fondos Estructurales para abordar las desigualdades en salud en junio de 2011. En las Conclusiones del Consejo “Hacia sistemas sanitarios modernos, reactivos y sostenibles²⁸” se invita a los Estados miembros a hacer un “uso inteligente de los programas de financiación de la UE, incluyendo los Fondos Estructurales, los cuales pueden contribuir a la innovación de los sistemas de salud y a reducir las desigualdades en salud y que pueden impulsar un mayor crecimiento económico”.

Los proyectos y programas que reciben Fondos Estructurales y que se implementan en otros sectores también pueden tener un efecto directo significativo en la equidad en salud en el caso de que aborden determinantes claves para la salud. El sector de la salud pública puede, por tanto, ayudar a asegurar que las dotaciones de los Fondos Estructurales contribuyan a la salud pública (y a la equidad en salud en particular), demandando medidas para valorar el impacto relacionado con la equidad en salud en todas las iniciativas que reciban financiación. También pueden trabajar en proyectos y programas gestionados por otros sectores para maximizar el impacto en salud.

En esta parte del informe, primero haremos una introducción a la Política de Cohesión de la UE y a los Fondos Estructurales de la UE y veremos cómo encajar la salud pública y la equidad en salud. A esto le sigue un resumen de los resultados clave de las Revisiones de los Fondos Estructurales que se desarrollaron por parte de la Red Regional Equity Action dentro de sus países y regiones. Estos resultados facilitan un mejor entendimiento de los enfoques esbozados anteriormente relativos a cómo el sector de la salud pública puede implicarse para garantizar que los Fondos Estructurales de la UE sirvan para reducir las desigualdades en salud.

²⁸ Conclusiones del Consejo. Hacia unos sistemas sanitarios modernos, reactivos y sostenibles. Reunión 3095 sobre Empleo, Política Social, Salud y Política del Consumidor. Reunión del Consejo. Temas de salud. Luxemburgo, 6 de junio de 2011.
<http://eur-lex.europa.eu/LexUriServ/LexUriServ.do?uri=OJ:C:2011:202:0010:0012:ES:PDF>

II. LA POLÍTICA DE COHESIÓN Y LOS FONDOS - ESTRUCTURALES DE LA UE -

En siete años, durante el período de programación de 2007-2013, se invirtió una cantidad total de 347 mil millones de euros a través de los Fondos Estructurales o lo que es lo mismo, un 35,7% del total del presupuesto de la UE. En el próximo período 2014-2020, la Política de Cohesión recibirá aproximadamente 325 mil millones, o el 34% del total del presupuesto de la UE²⁹. Los Fondos Estructurales y el Fondo de Cohesión representan una de las partidas presupuestarias mayores de la Unión Europea, actualmente solo ligeramente por debajo de las partidas para la Política Agraria Común (PAC).

Todas las regiones europeas pueden recibir financiación pero las regiones más pobres reciben la mayor parte de este apoyo. Más del 80% de la financiación total se destinó a las regiones menos desarrolladas en Europa durante el período 2007-2013. La financiación puede usarse para proyectos y programas que, por ejemplo, apoyen la creación de empleo y la competitividad, que mejoren la calidad de vida y que promuevan el desarrollo sostenible. Los Fondos Estructurales se han empleado, por lo tanto, en mejorar la comunicación por medio del transporte y de internet en las regiones, promoviendo medianas empresas en áreas desfavorecidas, desarrollando nuevos productos y métodos de producción, invirtiendo en un medioambiente más limpio y mejorando la educación y las competencias.

En muchas de las regiones relativamente más pobres de la UE, los Fondos Estructurales representan una amplia proporción del presupuesto total para el desarrollo. En Hungría, por ejemplo, el 75% de los fondos disponibles para el desarrollo nacional derivan actualmente de los Fondos Estructurales³⁰. En las regiones “menos desarrolladas” o en “transición” de Europa (ver abajo), los Fondos Estructurales pueden, por tanto, tener un enorme impacto en la naturaleza del desarrollo de estos países y regiones.

Cuadro 2

La historia de la Política de Cohesión de la UE

El principio de solidaridad entre las regiones europeas se remonta al Tratado de Roma (1957), el cual estableció la Comunidad Económica Europea (CEE), aunque el uso de iniciativas e instrumentos financieros solo se aplicó de manera ad hoc durante la década de 1960 y 1970. La base legal para una Política de Cohesión se introdujo por primera vez en el Acta Única Europea seguida de cerca por la adopción de la primera directiva en 1988 para el período 1989-1993. La Política de Cohesión se ha seguido implementando mediante una serie de períodos de programación los cuales han aumentado tanto de tamaño como de importancia. Las instituciones de la UE revisan la Política de Cohesión y los Fondos Estructurales una vez cada siete años. La próxima ronda de programas se lanzará en 2014.

²⁹ En el momento de la redacción (octubre de 2013), el Marco Financiero Multianual de la UE todavía estaba pendiente de la aprobación del Parlamento Europeo y del Consejo y no se pudieron confirmar estas cifras.

³⁰ Comentario hecho por un socio húngaro de Equity Action en la tercera Reunión de los actores del Paquete de Trabajo, en Colonia, el dos de mayo de 2013.



A. BREVE RESEÑA SOBRE LA POLÍTICA DE COHESIÓN: 2014-2020

Lo que viene a continuación proporciona una visión introductoria de la Política de Cohesión de la UE y de los Fondos Estructurales para 2014-2020. Los principales objetivos de la Política de Cohesión para 2014-2020 son invertir en crecimiento y puestos de trabajo y estimular la cooperación territorial europea. Las inversiones apoyan la implementación de la estrategia 2020 para promover un crecimiento inteligente, sostenible e integrador.

Se han establecido diversos Fondos Estructurales y de Inversión para la implementación de la Política de Cohesión 2014-2020. Estos incluyen el Fondo Europeo de Desarrollo Regional (FEDER), el Fondo Social Europeo (FSE), el Fondo de Cohesión (FC), el Fondo Europeo Agrícola de Desarrollo Rural (FEADER) y el Fondo Europeo Marítimo y de Pesca (FEMP). Como el FEADER y el FEMP ofrecen mayores posibilidades para que el sector de la salud pública trabaje a favor de la equidad en salud, este informe se centrará en estos dos programas de financiación.

1. Fondo Europeo Agrícola de Desarrollo Rural (FEADER)

El FEADER apoya a los programas que abordan el desarrollo regional, el cambio económico, una mejora de la competitividad y de la cooperación territorial en la UE. Las prioridades de financiación incluyen la modernización de las estructuras económicas, la creación de trabajos sostenibles y el crecimiento económico, la investigación y la innovación, la protección medioambiental y la prevención de riesgos. La inversión en infraestructuras también desempeña un papel importante, especialmente en las regiones menos desarrolladas.

➤ *La Cooperación Territorial Europea*

Algunos fondos del FEADER (alrededor del 4,5% del total de la financiación del FEADER durante el período 2007-2013) se han destinado a promover la cooperación entre las regiones europeas así como al desarrollo de soluciones comunes para asuntos relacionados con el desarrollo urbano, rural y de las zonas costeras y con la mejora de las redes de transporte. El objetivo se aplica a todas las regiones del territorio de la UE. Estos fondos están divididos en diferentes líneas: la cooperación transfronteriza, la cooperación transnacional y la cooperación interregional.

2. El Fondo Social Europeo (FSE)

El FSE se centra en cuatro áreas clave: el aumento de la adaptabilidad de los trabajadores y las empresas, la mejora en el acceso al trabajo y a la participación en el mercado laboral, el refuerzo de la inclusión social por medio de la lucha contra la discriminación y la facilitación del acceso al mercado laboral y la promoción de acuerdos para llevar a cabo reformas en el ámbito del empleo y la inclusión.

Sin bien los cimientos son similares a los de la Política de Cohesión de 2007-2014, la Figura 2 refleja de qué manera se han revisado y cómo los objetivos de los Fondos se han simplificado (formalmente, estos eran: convergencia, competitividad y empleo y cooperación europea) para reforzar la dimensión estratégica de las políticas.

Figura 2: Arquitectura de la Política de Cohesión

ARQUITECTURA DE LA POLÍTICA DE COHESIÓN				
2007-2013		2014-2020		
Objetivos		Metas	Categoría de regiones	Fondos
Convergencia	FEDER FSE	Inversión en crecimiento y empleo	Regiones menos desarrolladas	FEDER FSE
Convergencia (eliminación gradual)			Regiones en transición	
Competitividad regional y empleo (inclusión gradual)				Fondo de Cohesión
	Fondos de Cohesión		Regiones más desarrolladas	FEDER FSE
Competitividad regional y empleo	FEDER FSE			
Cooperación territorial europea	FEDER	Cooperación territorial europea		FEDER

El producto interior bruto (PIB) de la región con respecto a la media de la UE determina la categoría a la que pertenece la región y, por tanto, la cantidad de Fondos Estructurales que esta puede recibir (Figura 3). Para el período de programación 2014-2020, las regiones se encuentran en una de las **tres principales categorías de receptores**:

1. Regiones “menos desarrolladas”

Son las regiones en las que el PIB per cápita está por debajo del 75% de la media de la UE. Las regiones en esta categoría, en las que viven 119,2 millones de personas, continúan siendo una prioridad principal para la Política de Cohesión y continuarán beneficiándose de un apoyo significativo desde los Fondos Estructurales.

2. Las regiones “en transición”

En estas regiones, en las que viven 72,4 millones de personas, el PIB per cápita se encuentra entre el 75% y el 90% de la media de la UE. Esta es una nueva categoría diseñada para proporcionar un impulso extra a las regiones que se han vuelto más competitivas en los últimos años pero que todavía podrían beneficiarse de una inversión dirigida. Se ha introducido con la visión de reemplazar el sistema de la “inclusión gradual” y la “exclusión gradual” que existía durante el período de programación 2007-2013.

3. Las regiones “más desarrolladas”

Son las regiones en las que el PIB per cápita está por encima del 90% de la media. Esta categoría cubre 307 millones de personas.

La Figura 4 proporciona un esbozo del presupuesto (desglosado) de la Política de Cohesión para 2014-2020.

Figura 3: Las tres categorías de regiones europeas (Fuente: DG de Política Regional InfoREGIO) -

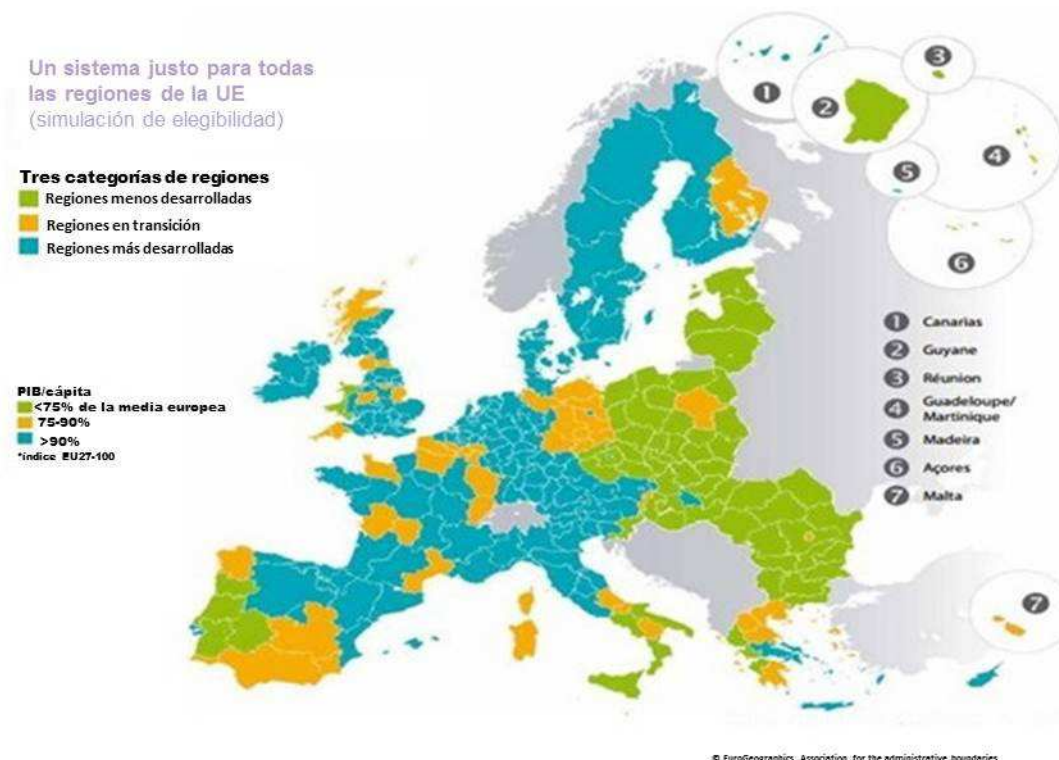
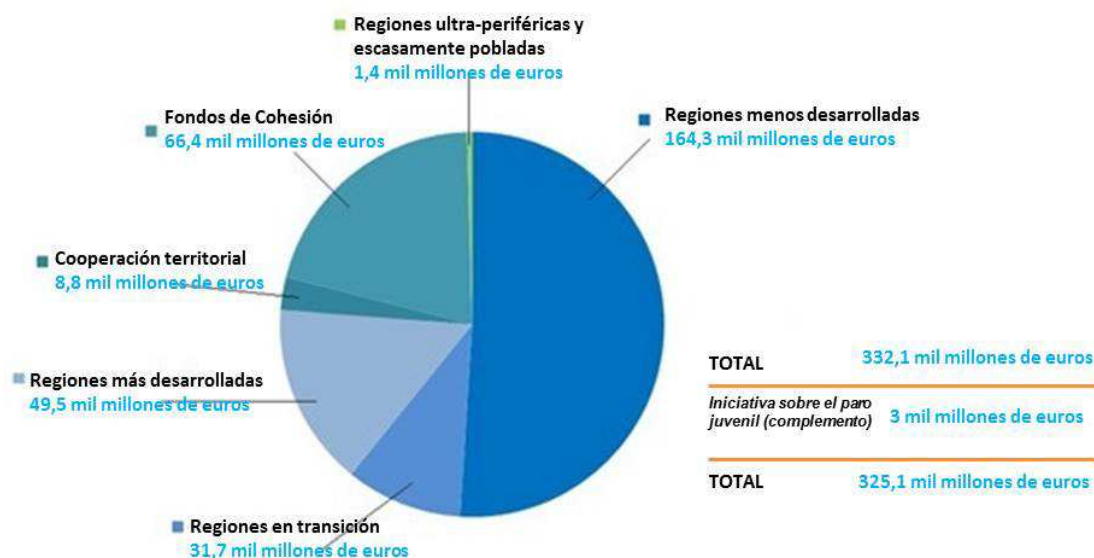


Figura 4: Presupuesto para la Política de Cohesión 2014-2020³¹



Recibir Fondos Estructurales siempre implica tener cofinanciación. Los programas de los Fondos Estructurales en las regiones con un PIB inferior al 75% de la media de la UE pueden recibir hasta el 85% del total de la financiación, mientras que las regiones más desarrolladas en Europa (con un PIB per cápita por encima del 90%) recibirán una cofinanciación del 50%. Todas las iniciativas cofinanciadas deben cumplir con la legislación de la UE, en particular con respecto a la competencia, medioambiente y adjudicación de contratos públicos.

³¹ Esta Figura se desarrolló en base a una carta de la Comisión relativa a la lista de programas bajo el marco financiero plurianual (MFP) 2014-2020 y un desglose indicativo tras las conclusiones de la CE que refleja el acuerdo político alcanzado entre el Parlamento Europeo y el Consejo a finales de junio de 2013. Ref. Ares(2013)2708589 – 19/07/2013. <http://register.consilium.europa.eu/pdf/en/13/st12/st12602.en13.pdf>



B. ¿CÓMO SE DESARROLLA Y SE IMPLEMENTA LA POLÍTICA DE COHESIÓN DE LA UE?

El desarrollo de la implementación de los Fondos Estructurales es una responsabilidad compartida entre la Comisión Europea (DG de Política Regional y DG de Empleo, Asuntos Sociales e Inclusión), los Estados miembros y las regiones. La Figura 5 proporciona una visión general del proceso. Esta sección contiene información sobre las principales normativas de la UE, que establecen la nueva Política de Cohesión (el Paquete legislativo de la UE) y resaltan las disposiciones más relevantes para aplicar los Fondos Estructurales combatiendo las desigualdades en salud. También se esbozan los procedimientos y actores involucrados en la implementación de los Fondos Estructurales. En el texto se incluyen consejos clave para los profesionales de la salud que optan por emplear los Fondos Estructurales para afrontar las desigualdades en salud y se mencionan algunas de las oportunidades que se les presentan para actuar.

Es preciso apuntar que en el momento en el que se redactó este informe, las propuestas de la Comisión Europea no habían sido adoptadas aún por el Parlamento Europeo ni por el Consejo. La información proporcionada puede, por tanto, verse sujeta a cambios.

Figura 5: La gestión compartida de los Fondos Estructurales y de Inversión 2014-2020



El paquete legislativo de la UE

Un hito clave en la implementación de la próxima Política de Cohesión fue la adopción, el 6 de octubre de 2011, de un borrador avanzado sobre el paquete legislativo que enmarcó la Política de Cohesión de la UE para 2014-2020. El “**Reglamento sobre Disposiciones Comunes**” (RDC (2011) 615 Final)³² establece la dirección general y los principales cambios previstos para la nueva Política de Cohesión. El Reglamento se aplica al Fondo Europeo de Desarrollo Regional (FEDER), al Fondo Social Europeo (FSE), al Fondo de Cohesión (FC), al Fondo Europeo Agrícola de Desarrollo Rural (FEADER) Marítimos y al Fondo Europeo Marítimo y de Pesca (FEMP). En programas anteriores de Fondos Estructurales, existían diferentes directrices para diferentes Fondos pero el Reglamento sobre Disposiciones Comunes atañe ahora a todos ellos con el fin de simplificar el desarrollo de la Política de Cohesión y para asegurar una compatibilidad con Europa 2020 y con la gobernanza económica de la UE.

El Reglamento sobre Disposiciones Comunes establece una serie de reglas básicas relativas a todos los instrumentos de los Fondos Estructurales. La Comisión propone que la nueva política debería concentrar la financiación en un número menor de prioridades que estén muy vinculadas a la Estrategia Europa 2020. El reglamento establece para ello once objetivos temáticos de la Política de Cohesión y los Fondos Estructurales (ver parte II, subcapítulo III), los cuales están muy en la línea de la Estrategia Europa 2020.

CONSEJO CLAVE Y OPORTUNIDAD EXISTENTE

La nueva Política de Cohesión está diseñada para apoyar la implementación de la Estrategia 2020 de la UE para el Crecimiento Inteligente, Sostenible e Integrador. Si el sector de la salud pública quiere emplear los Fondos Estructurales para apoyar sus objetivos, es crucial que sea capaz de demostrar cómo la salud y una mayor equidad en salud pueden contribuir al logro de los objetivos 2020 de la EU. La información incluida al principio del informe puede ayudar a argumentar esto mientras que el subcapítulo III que consta a continuación se centra en las oportunidades existentes en el marco de los objetivos temáticos establecidos.

El reglamento también propone que la nueva Política de Cohesión se centre en los resultados, aumente el uso de condicionalidades, optimice sinergias y la eficiencia en el uso de los diferentes instrumentos de financiación de la UE, mejore el control y seguimiento de los progresos hacia los objetivos fijados y simplifique el desarrollo y los procesos. El Reglamento sobre Disposiciones Comunes establece que este último punto se conseguirá a través de un enfoque más coherente a la hora de planificar y simplificar y digitalizar los procedimientos en la medida de lo posible. Además, la Comisión Europea ha especificado que la carga administrativa para los beneficiarios y las autoridades de gestión debería reducirse de manera significativa.

³² Propuesta para un Reglamento del Parlamento Europeo y del Consejo en la que se establecen las disposiciones generales en el Fondo Europeo de Desarrollo Regional, el Fondo Europeo Agrícola de Desarrollo Rural y el Fondo Europeo Marítimo y de Pesca englobados en el Marco de la Estrategia Común que se deroga en el Reglamento (FC) N. 1083/2006- Bruselas 6.10.2011-2011-COM (2011) 615 final <http://eur-lex.europa.eu/LexUriServ/LexUriServ.do?uri=COM:2011:0615:FIN:EN:PDF> Se adoptó una propuesta modificada el 22/04/2013 en Bruselas (22/04/2013).- COM(2013) 246 final <http://eur-lex.europa.eu/LexUriServ/LexUriServ.do?uri=COM:2013:0246:FIN:EN:pdf>

OPORTUNIDADES EXISTENTES

Una de las dificultades para acceder a los Fondos Estructurales ha sido que los procedimientos para solicitar la financiación y administrar los proyectos y programas de los Fondos Estructurales son complejos, complicados y requieren un conocimiento especializado. Esto ha permitido que ciertos sectores que han desarrollado esta experiencia se beneficien más que otros y ha desalentado a algunos, incluyendo a los nuevos actores, para (volver a) solicitarlos. El objetivo de la nueva Política de Cohesión es conseguir que nuevos actores relevantes (como la salud pública) consigan un acceso más fácil a los Fondos.

El Reglamento introduce condicionalidades macroeconómicas e incluye condicionalidades ex ante. Estas son condiciones que deben establecerse antes de que se repartan los fondos para asegurar que no se mine la efectividad de los fondos de la UE debido a políticas macrofiscales que carezcan de solidez. Esto implica asegurar que las medidas que reciben los Fondos Estructurales contribuyan a las estrategias y marcos políticos existentes. La condicionalidad también tomará forma de condicionalidades ex post supeditadas a los resultados.

Se han propuesto varias de las condicionalidades ex ante relevantes para los actores en salud pública que podrían tener un impacto para la reducción de las desigualdades en salud. Las condicionalidades ex ante incluyen condicionalidades temáticas, tales como la investigación y la innovación, la salud, el abandono escolar, el envejecimiento activo y saludable, la inclusión y el acceso al empleo de la población gitana, las condicionalidades horizontales tales como la igualdad de género y la no-discriminación. A continuación se proporcionan ejemplos de condicionalidades ex ante. El documento de orientación (versión borrador)³³ ha sido desarrollado por la DG REGIO para establecer las condicionalidades ex ante y proporcionar un marco en el que la Comisión pueda valorar la información proporcionada por los Estados miembros en la aplicabilidad y cumplimiento de las condicionalidades.

Condicionalidad ex ante: SALUD

Algunas de las inversiones en el sector de la salud apoyadas durante el período de programación 2008-2013 de los Fondos Estructurales no consiguieron los objetivos ni el impacto esperados con respecto a los sistemas de atención sanitaria efectivos, sostenibles y de calidad. La experiencia ha mostrado que las intervenciones carecen de un pensamiento estratégico y de una planificación presupuestaria.

Para evitar este problema en el período de programación 2014-2020, el condicionante ex ante en salud requiere la adopción de una política estratégica y un marco para la salud coherentes. La definición de marco político estratégico es: “un documento integral (o un conjunto de documentos complementarios) que proporcionen una dirección estratégica y prioridades para la provisión de la atención sanitaria y de la salud pública, el cual es definido y aprobado por las autoridades nacionales o regionales competentes”. El marco de política estratégica puede ser un documento anual o multianual o un instrumento jurídico que incluya aspectos programáticos.

³³ European Commission, DG Regional and Urban Policy, Draft Guidance on ex-ante conditionalities – Part II, 12 April 2013 - http://ec.europa.eu/regional_policy/what/future/pdf/preparation/part2_guidance_ex-ante_conditionalities_guidance.pdf

Es preciso que esta condicionalidad esté establecida en caso de que un Estado miembro seleccione las siguientes prioridades para la inversión:

- FSE: Aumentar el acceso a servicios de alta calidad, sostenibles y asequibles, incluyendo servicios sanitarios y sociales de interés general
- FEADER: Invertir en salud e infraestructura social contribuyendo al desarrollo nacional, regional y local, reduciendo las desigualdades en términos de estado de salud, e invertir en la transición de servicios de base institucional a servicios de base comunitaria

Condicionalidad ex ante: **INCLUSIÓN ACTIVA**

Debido a los cambios demográficos así como a las limitaciones presupuestarias como resultado de la crisis económica y financiera, hay un riesgo cada vez mayor de pobreza y exclusión social y del mercado de trabajo en muchos países. Esta condicionalidad ex ante exige que los Estados miembros tengan un marco político estratégico nacional para la reducción de la pobreza con fin de llevar a cabo una inclusión activa. Este debería proporcionar datos suficientes que puedan fundamentar el desarrollo de políticas para reducir la pobreza y hacer un seguimiento del proceso y también debería estar en la misma línea que los objetivos nacionales de exclusión y pobreza (tal y como se definieron en los Programas Nacionales de Reforma).

El marco de política estratégica debería incluir medidas para que la asistencia dejase de estar basada en el ámbito institucional y comenzase a depender más del nivel comunitario, incluyendo todos los socios relevantes para la lucha contra la pobreza, tales como el gobierno, los proveedores de servicios educativos, los actores del mercado de trabajo, los interlocutores sociales, etc. Se entiende por atención con base comunitaria a una amplia gama de servicios, incluyendo los servicios de prevención y de promoción de la salud que permitirán a la persona vivir en un ambiente de comunidad o familia en contraposición con las instituciones. Aquí se incluyen servicios tales como la vivienda, la sanidad, la educación, el empleo, la cultura y el ocio, todos los cuales deberían estar a disposición de cualquier persona, independientemente de la naturaleza de sus discapacidades o del nivel de apoyo que necesite. También se refiere a los servicios especializados, tales como la asistencia personal para las personas con discapacidades.

Esta condicionalidad debe estar establecida en el caso de que un Estado miembro opte por las siguientes prioridades de inversión:

- FSE: Inclusión activa
- FEADER: Invertir en salud e infraestructura social de modo que se contribuya al desarrollo nacional, regional y local, reduciendo las desigualdades en términos de estado de salud y promoviendo un cambio para que los servicios dejen de depender en las instituciones y dependan más de las comunidades
- FEADER: Apoyo para la regeneración física y económica de comunidades desfavorecidas en entornos urbanos y rurales

Condicionalidad ex ante: **INCLUSIÓN DE LA POBLACIÓN GITANA**

Para el período 2014-2020 se han establecido prioridades de inversión para beneficiar a las comunidades gitanas. Se ha propuesto un condicionante ex ante para que los Estados miembros tengan que demostrar que tienen establecidas estrategias o medidas políticas para la inclusión de los gitanos, que estas son adecuadas y que se están implementando. Esto garantizará una inversión eficiente de los fondos del FSE y el FEADER, mejor dirigida y que contribuirá de manera más efectiva a la implementación de las Estrategias nacionales para la integración de los gitanos.

La estrategia o las medidas políticas para la inclusión de la población gitana deberían establecer objetivos alcanzables a nivel nacional para la integración de los gitanos (abordando objetivos relacionados con el acceso a la educación, el empleo, la sanidad y la vivienda) con el fin de reducir las diferencias con respecto a la población general. La estrategia o las medidas políticas también deberían identificar aquellas micro-regiones más desfavorecidas o aquellos barrios segregados en los que las comunidades se encuentren más desfavorecidas, por medio de indicadores socioeconómicos y territoriales ya existentes tales como un muy bajo nivel educativo y el desempleo de larga duración. Por último, deberían incluir métodos sólidos de seguimiento y evaluación del impacto de las acciones para la integración de la población gitana. Asimismo, deberían estar diseñadas, implementadas y monitorizadas en estrecha cooperación con la sociedad civil gitana y las autoridades regionales y locales.

Esta condicionalidad debe establecerse en caso de que un Estado miembro opte por las siguientes prioridades de inversión:

- FSE: La integración de las comunidades marginadas tales como la población gitana
- FEADER: Invertir en infraestructura sanitaria y social que contribuya al desarrollo nacional, regional y local, reduciendo las desigualdades en términos de estado de salud y promoviendo un cambio para que los servicios pasen de depender de las instituciones a depender de las comunidades
- FEADER: Apoyo para la regeneración física y económica de comunidades desfavorecidas en entornos urbanos y rurales

CONSEJO CLAVE

La importancia otorgada a las condicionalidades ex ante refleja que los países y regiones deberían tener estrategias y marcos establecidos en lo que respecta a las desigualdades en salud y/o que incluyan la reducción de las desigualdades en salud como un objetivo. La reducción de las desigualdades en salud debería, por lo tanto, ser un objetivo específico en las estrategias o los marcos políticos (de salud) existentes. Además, las desigualdades en salud deberían estar incorporadas en las estrategias y los marcos políticos de otros sectores como aquellos relacionados con la Inclusión activa, el desarrollo sostenible y el transporte. Esto facilitará la aplicación de los Fondos Estructurales para iniciativas encaminadas a reducir las desigualdades en salud y a colaborar con otros sectores para este fin.

OPORTUNIDADES EXISTENTES

La Comisión Europea está particularmente comprometida a apoyar a los Estados miembros en las estrategias para la integración de los gitanos. Los Fondos Estructurales también se han destinado a este propósito. Los profesionales de la salud pública deberían explorar las oportunidades existentes para desarrollar iniciativas que promuevan la salud en la población gitana y para incorporar dimensiones de salud pública y de la promoción de la salud en iniciativas más amplias que aborden este grupo beneficiario.

El RDC establece que, para el próximo período de financiación, se permitirá que los programas de los Fondos Estructurales en los Estados miembros de la UE combinen objetivos y gastos desde distintas líneas de financiación (por ejemplo, el FSE y el FEADER) con el fin de lograr una mayor flexibilidad a la hora de conseguir resultados y maximizar los efectos de las inversiones. El Reglamento propone ciertos mecanismos para impulsar enfoques integrados en la programación para coordinar y crear sinergias durante la implementación.

El Reglamento sobre Disposiciones Comunes también refuerza el Fondo Social Europeo:

- Cada categoría de regiones debe gastarse un mínimo del total de los fondos que reciban en las prioridades del FSE (al menos un 25% en las regiones menos desarrolladas, un 40% para las regiones en transición y un 52% en las regiones más desarrolladas). Esta proporción de inversión se corresponde con al menos 84 mil millones de euros para el presupuesto del FSE, comparado con los 75 mil millones de euros de los que disponía el FSE para el período 2007-2014;
- Hay un mayor énfasis para combatir el desempleo juvenil, promoviendo el envejecimiento activo y saludable en los grupos más desfavorecidos y en las comunidades más marginadas como pueden ser los gitanos;
- Se proporcionará más apoyo para la innovación social, por ejemplo, pilotando y aumentando las soluciones innovadoras para abordar las necesidades sociales, por ejemplo, la inclusión social;
- Una mayor participación de los interlocutores sociales y de la sociedad civil a la hora de implementar las actividades del FSE;
- Se podrá solicitar apoyo al FSE para la adquisición de equipamiento vinculado al capital social y humano (por ejemplo, ordenadores para las escuelas);
- Al menos un 20% de los FSE deberían estar destinados a acciones de inclusión social.

OPORTUNIDADES EXISTENTES

El hecho de que al menos un 25% de los Fondos Estructurales tengan que destinarse a programas del FSE y que al menos el 20% de las partidas del FSE deban emplearse para la inclusión social es una gran oportunidad para que el sector de la salud pública se involucre. Los fondos del FSE deberían emplearse para generar oportunidades de empleo, promoción de la salud y un aprendizaje continuo, aumentando la inclusión social, combatiendo la pobreza y mejorando la capacidad de las administraciones públicas para atender mejor a los ciudadanos y a los demandantes de empleo. Estos son los objetivos que están estrechamente unidos a combatir las desigualdades en salud.

El sector de la salud pública en particular, debería identificar cómo podrían reforzarse los elementos de promoción de la salud en los programas y proyectos del FSE, tales como los programas de activación de empleo. Para ver ejemplos específicos, remitirse a la parte 2, subcapítulo IV.

Marco Estratégico Común (nivel de la UE)

Tras las propuestas legislativas de la Política de Cohesión, la Comisión presentó, en marzo de 2012, el “**Marco Estratégico Común**” (MEC)³⁴, el cual proporciona una orientación más estratégica para que los Estados miembros desarrollen programas nacionales y regionales que aborden sus necesidades específicas y al mismo tiempo cumplan con los objetivos de la Política de Cohesión. Además de orientar a los Estados miembros sobre cómo establecer sus prioridades estratégicas, sirve de guía para, por ejemplo, coordinar los Fondos Estructurales y otras políticas e instrumentos de la UE, establecer principios horizontales y objetivos para políticas intersectoriales e identificar las modificaciones necesarias para afrontar los retos territoriales.

Con el fin de ayudar a los Estados miembros y a las regiones de la UE a identificar cuáles son las estrategias prioritarias en las que se deberían centrar y cómo estas podrían financiarse, el Marco Estratégico Común detalla cómo cada una de las **prioridades temáticas** identificadas en el Reglamento de Disposiciones Comunes (ver parte II, subcapítulo III) se relaciona con las metas y los objetivos políticos de Europa 2020. También establece las acciones principales para cada uno de los Fondos. El **FSE**, por ejemplo, apoya las cuatro prioridades temáticas (PT) siguientes: empleo y movilidad laboral (PT 8); educación, competencias y aprendizaje permanente (PT 10); promoción de inclusión social y lucha contra la pobreza (PT 9); y refuerzo de la capacidad administrativa (PT 11). El **FEADER**, por otra parte, contribuirá a todas las prioridades temáticas y se centrará en las áreas de inversión vinculadas al contexto empresarial (por ejemplo, infraestructuras, apoyo para los negocios, innovación, TIC e investigación) y para la provisión de servicios para los ciudadanos en ciertos campos (energía, servicios online, educación, salud, infraestructuras sanitarias, sociales y de investigación, accesibilidad y calidad del medioambiente).

CONSEJO CLAVE Y OPORTUNIDAD EXISTENTE

Las once prioridades temáticas están relacionadas con el desarrollo de capacidades. Esto facilita la adquisición de experiencia en el sector de la salud pública para abordar los determinantes sociales de la salud y las desigualdades en salud, como se refleja en el Ejemplo 10 (parte II, subcapítulo IV) de esta publicación. Estos fondos pueden emplearse, por ejemplo, para fomentar las capacidades de administradores y profesionales de la salud pública para hacer un seguimiento de las desigualdades en salud e incorporar la equidad en salud en el diseño e implementación de programas y maximizar el impacto en la equidad en salud tanto en los sectores en los que se lleve a cabo las iniciativas como en otros sectores.

El Marco Estratégico Común también indica que la cantidad de retos a los que se enfrentan las regiones y los Estados miembros traspasa las fronteras nacionales y regionales. Dar una respuesta a tales retos requiere de una acción conjunta, cooperativa y de intercambio de conocimiento en el nivel de territorio apropiado. Este tema se aborda en los programas de cooperación territoriales³⁵, los cuales se centran específicamente en los retos trasfronterizos a los que se enfrentan las zonas ultraperiféricas y las regiones escasamente pobladas. El Anexo II del MEC detalla las áreas en las que se deberían centrar las actividades de la cooperación territorial.

³⁴ Commission Staff Working Document: Elements for a Common Strategic Framework 2014 to 2020, Part I - Brussels, 14.3.2012 - SWD(2012) 61 final http://ec.europa.eu/regional_policy/sources/docoffic/working/strategic_framework/csf_part1_en.pdf and Commission Staff Working Document: Elements for a Common Strategic Framework 2014 to 2020, Part II - Brussels, 14.3.2012 - SWD(2012) 61 final http://ec.europa.eu/regional_policy/sources/docoffic/working/strategic_framework/csf_part2_en.pdf

³⁵ http://ec.europa.eu/regional_policy/cooperate/cooperation/index_en.cfm

CONSEJO CLAVE

Aquellos actores que deseen solicitar Fondos Estructurales en sus países deberían revisar cuidadosamente el Anexo I del Marco Estratégico Común para una mejor comprensión del tipo de acciones que serían susceptibles de recibir financiación. Si tienen una idea en mente sobre un proyecto o programa, deberían identificar qué prioridades de financiación se han establecido en los Acuerdos de Asociación de sus países y cómo estos han dado lugar a los Programas Operativos (ver abajo).

El MEC también invita a los Estados miembros a identificar áreas temáticas para la financiación en base a las prioridades económicas y a las recomendaciones desarrolladas anualmente a nivel de la UE. Cada primavera, los Estados miembros presentan sus **Programas Nacionales de Reforma** (PNR), destacando las medidas políticas que llevarán a cabo para tratar las prioridades políticas de la UE para fomentar el crecimiento y el trabajo y para alcanzar los objetivos nacionales en relación con objetivos económicos más amplios establecidos en el nivel de la UE.

En base a los PNR, la Comisión propone **recomendaciones específicas por país**³⁶ (REP). Estas cubren un amplio abanico de temas tales como: medidas para crear empleo y para luchar contra el desempleo, reformas del sistema de pensiones, educación y reformas en los sistemas sanitarios. La última incluye recomendaciones para mejorar la rentabilidad de los sistemas sanitarios, haciendo un giro desde lo institucional a la atención domiciliaria, mejorar el acceso a la atención primaria, proporcionar cobertura a los grupos desfavorecidos y hacer más hincapié en la prevención y en la vida independiente.

Las REP son relevantes en lo que atañe a los Fondos Estructurales ya que reflejan profundos retos estructurales subyacentes que es preciso abordar en cada Estado miembro de la UE. Los Fondos Estructurales deberían usarse para que las medidas esbozadas en las recomendaciones específicas por país afronten las brechas en relación con los objetivos principales de Europa 2020.

CONSEJO CLAVE

Los actores de la salud pública que estén interesados en solicitar Fondos Estructurales deberían familiarizarse con las Recomendaciones Específicas por País emitidas por sus Estados miembros. Deberían formular cómo los proyectos pueden abordar las recomendaciones específicas y ayudar a realizar el cambio recomendado.

El MEC también se centra en los mecanismos para conseguir una coordinación intersectorial y fomentar posibles sinergias entre programas de financiación para maximizar la eficacia al mismo tiempo que se reducen las cargas administrativas para los solicitantes y los beneficiarios. Se pide que los Estados miembros:

- Identifiquen áreas de intervención en las que los Fondos puedan actuar juntos de manera complementaria para lograr los objetivos temáticos establecidos en el Reglamento de Disposiciones Comunes. Esto puede lograrse por medio de una estrecha coordinación de programas con una única financiación para asegurar que son complementarios y que contribuyen a lograr los objetivos comunes, o los Estados miembros pueden preparar e implementar programas con fuentes diversas de financiación combinando los fondos del FEDER, el FSE y el Fondo de Cohesión en un solo programa;

³⁶ Country-specific recommendations 2013: <http://ec.europa.eu/europe2020/making-it-happen/country-specific-recommendations/>

- Involucrar a los ministerios y a las autoridades de gestión pertinentes en el desarrollo de - esquemas de apoyo para asegurar sinergias y evitar solapamientos; -
- Establecer comités de seguimiento conjuntos y acuerdos de gestión y control;
- Hacer un uso mayor de las soluciones de e-gobernanza y de “ventanillas únicas” para reducir la carga administrativa para los beneficiarios.

También explica como los Estados miembros pueden promover enfoques integrados para el desarrollo territorial. Más allá de la cohesión económica y social, el Tratado de Lisboa refuerza la importancia de la cohesión territorial y la necesidad de afrontar el papel de las ciudades y de las regiones subregionales que enfrentan problemas geográficos y demográficos específicos. El MEC propone, por tanto, dos nuevos mecanismos para facilitar esta tarea. El primero es el **Desarrollo Local Comunitario**, el cual delega la toma de decisiones y la implementación a un acuerdo local de actores públicos, privados y actores de la sociedad civil y permite así diferentes estructuras para compartir la responsabilidad de programas específicos. El segundo es el mecanismo de la **Inversión Territorial Integrada**, que permite financiar desde varias áreas prioritarias y agrupar programas bajo una estrategia de financiación integrada para un territorio en concreto o para ciertas áreas de inversión.

OPORTUNIDAD EXISTENTE

Los mecanismos de Desarrollo Local Comunitario e Inversión Territorial Integrada pueden ofrecer oportunidades para los actores de la salud pública a nivel local a la hora de hacer parte de acuerdos que tengan como objetivo regenerar áreas locales. Los actores de la salud pública deberían, por tanto, investigar si estos instrumentos pueden y están siendo aplicados en sus áreas y cómo podrían involucrarse.

Acuerdos de Asociación (a nivel de los Estados Miembros)

“Acuerdos de Asociación” para el período de programación 2014-2020, el cual establece las prioridades y enfoques a nivel nacional y regional. Los contratos deben estar vinculados a los objetivos de la Estrategia Europa 2020 y a los Programas de Reforma Nacionales y proporcionar un marco para una estrecha coordinación.

El Reglamento de Disposiciones Comunes enfatiza el componente de “cooperación” en el desarrollo de los Acuerdos de Asociación. El Reglamento declara:

“Para el Acuerdo de Asociación y para cada programa respectivo, el Estado miembro debería organizar una cooperación con los representantes de las autoridades regionales y locales competentes, así como con otras autoridades públicas, interlocutores económicos y sociales, entidades que representen a la sociedad civil y que incluyan socios medioambientales, organizaciones no gubernamentales y entidades responsables de la promoción de la igualdad y la no discriminación. La intención de tal cooperación es respetar el principio de la gobernanza a múltiples niveles, asegurar la participación en las intervenciones planeadas por parte de los actores involucrados y fomentar la experiencia y el saber hacer de los actores relevantes”

El reglamento también establece que los socios deberían involucrarse en la preparación, implementación, seguimiento y evaluación de los Acuerdos de Asociación y programas de una manera consistente.

CONSEJOS CLAVE Y OPORTUNIDADES EXISTENTES

El RDC proporciona un claro mandato a los profesionales de la salud pública a todos los niveles para que se impliquen en el desarrollo, implementación, seguimiento y evaluación de los Acuerdos de Asociación. Es, por tanto, importante que los profesionales de la salud pública se involucren en estos procesos para asegurar que los intereses y objetivos de la salud pública están representados de manera adecuada en los Contratos y en los programas de los Fondos Estructurales.

En el momento de la redacción, los Acuerdos de Asociación y los Programas Operativos están finalizando en muchos Estados miembros. Numerosos socios de Equity Action se implicaron en la preparación de estos procesos aunque todavía se pueden hacer muchas mejoras en relación a la participación del sector de la salud pública. Una vez que los Acuerdos de Asociación y los Programas Operativos se establecen, los actores de la salud pública todavía pueden implicarse al identificar oportunidades existentes dentro de los programas establecidos y al realizar un seguimiento de la implementación y los resultados de las inversiones con respecto al impacto de estos programas en la salud pública y en las desigualdades en salud.

Cada Acuerdo de Asociación puede realizarse entre la Comisión y el país específico de la UE, y agrupará todos los compromisos del país para contribuir a los objetivos y metas europeas. El Acuerdo de Asociación incluirá un Marco de Actuación con metas claras y medibles. De acuerdo con el Reglamento de Disposiciones Comunes, los Estados miembros deben establecer, en sus Acuerdos de Asociación, lo siguiente:

- Acuerdos para asegurar una armonía con la Estrategia 2020 para la UE, incluyendo un análisis de las disparidades y de las necesidades de desarrollo con referencia a los objetivos temáticos, al MEC, a los objetivos establecidos en las recomendaciones específicas por país y para cada uno de los objetivos temáticos, un resumen de los resultados esperados de cada uno de los Fondos;

- Un enfoque integrado para el desarrollo territorial apoyado por los Fondos;
- Un enfoque integrado para abordar las necesidades específicas de aquellas áreas geográficas más afectadas por la pobreza o de aquellos grupos destinatarios que enfrenten el mayor riesgo de discriminación o exclusión, prestando especial atención a las comunidades marginadas, incluyendo asignación financiera orientativa para los Fondos pertinentes;
- Acuerdos para garantizar una implementación efectiva, incluyendo, por ejemplo, un cuadro de etapas y metas establecidas en los programas para el Marco de Actuación, junto con la metodología y mecanismos necesarios para asegurar la consistencia en los programas y Fondos;
- Acuerdos para asegurar una implementación eficiente de los Fondos, incluyendo, por ejemplo, una valoración de si existe la necesidad de reforzar la capacidad administrativa de las autoridades y, si corresponde, identificar los beneficiarios y acciones que necesitan llevarse a cabo para este fin. Los acuerdos también deben incluir un resumen de las acciones planeadas para lograr una reducción en la carga administrativa para los beneficiarios.

Muchas inversiones de los Fondos Estructurales se han realizado en el pasado en áreas ricas de regiones desfavorecidas. Por ello, la UE está impulsando un proceso voluntario de **mapeo de la pobreza** para identificar las localidades más desfavorecidas. Tal y como se estableció en los requisitos para los Acuerdos de Asociación, y también como se argumentó en la última comunicación de la Comisión titulada “Reforzar la dimensión social de la Unión Económica y Monetaria³⁷”, se espera que los Estados miembros proporcionen una visión integral de cómo los Fondos Estructurales llegarán a aquellos grupos más pobres dentro de la sociedad. Depende de los Estados miembros determinar qué grupos en sus sociedades son considerados “marginados”.

CONSEJO CLAVE Y OPORTUNIDAD EXISTENTE

El proceso de mapeo de la pobreza contribuye a la reducción de las desigualdades en salud asegurando que los Fondos estructurales se empleen de tal modo que beneficien a los grupos más pobres y más vulnerables de la sociedad, en contraste con lo que muchas veces ha sucedido en la práctica:

- *Aumentar el nivel de sensibilización con respecto a las desigualdades en salud entre grupos específicos como la población gitana, los inmigrantes indocumentados, las comunidades de gays y lesbianas y asegurando que los Fondos Estructurales se destinan a estos grupos;*
- *Hacer un seguimiento para garantizar que los Fondos Estructurales llegan verdaderamente a las zonas más desfavorecidas y a los grupos más desfavorecidos dentro de las regiones.*

³⁷ Comunicación de la Comisión dirigida al Parlamento Europeo y al Consejo: “Strengthening the social dimension of the Economic and monetary Union” – Brussels, 2.10.2013 – COM(2013) 690 provisoire: http://ec.europa.eu/commission_2010-2014/president/news/archives/2013/10/pdf/20131002_1-emu_en.pdf

Programas Operativos (a nivel de los Estados Miembros)

Mientras que los objetivos generales de la Política de Cohesión se deciden a nivel de la UE, la gestión de la Política tiene lugar a nivel de los Estados miembros. En base a las prioridades identificadas en los Acuerdos de Asociación, los gobiernos nacionales, regionales y locales desarrollan los Planes Operativos (PO) que establecen la cantidad de financiación que se destinará a cada área para el período de programación 2014-2020, y cómo se gestionará todo ello. Los Estados miembros de la UE tienen libertad para determinar cómo se gestionarán esos fondos en sus políticas, lo cual significa que los enfoques y estructuras que se han desarrollado para este fin pueden diferir por país y región en la UE. Los estados miembros deben, no obstante, asegurar que los ministerios y las autoridades de gestión responsables para la implementación de los fondos trabajen estrechamente vinculadas en la preparación, implementación, seguimiento y evaluación de los Acuerdos de Asociación y de los Programas operativos.

Los Programas Operativos pueden basarse en prioridades temáticas (por ejemplo, la inclusión social o el transporte) y pueden implementarse a nivel nacional, abarcando diferentes regiones, o pueden establecerse a nivel regional. Cada región en la UE está cubierta por al menos un Programa Operativo. Cada proyecto cofinanciado a través de los Fondos Estructurales deberá enmarcarse en las prioridades estipuladas en un Programa Operativo que se aplique en la región en la que el proyecto esté siendo implementado. Los Programas Operativos tienen que ser aprobados por la Comisión Europea antes de su implementación para asegurar que los programas contribuirán al logro de los objetivos generales de la Política de Cohesión y que están en armonía con la Estrategia Europa 2020.

La página web de la DG de Política Regional³⁸ proporciona resúmenes de los Programas Operativos que fueron adoptados oficialmente por la Comisión Europea al principio de un período de programación. Estos están disponibles en inglés, francés, alemán y en la lengua del país en cuestión. Estos Programas Operativos están financiados con el Fondo Europeo de Desarrollo Regional o el Fondo de Cohesión. La página web de la DG de Empleo, Asuntos Sociales e Inclusión³⁹ proporciona ejemplos de Programas Operativos adoptados y financiados por el Fondo Social Europeo.

³⁸ http://ec.europa.eu/regional_policy/country/prordn/index_en.cfm

³⁹ <http://ec.europa.eu/esf/main.jsp?catId=45&langId=en>

Autoridad de Gestión (a nivel de los Estados Miembros)

Los Estados miembros tienen varias **Autoridades de Gestión** responsables de administrar los Fondos y de decidir qué proyectos y beneficiarios específicos deberían recibir apoyo. Una autoridad administrativa puede ser un ministerio nacional, una autoridad regional, un ayuntamiento u otra entidad pública o privada que haya sido nominada y aprobada por un Estado miembro. Las autoridades de gestión determinan cómo se gastarán los fondos, en relación con los Acuerdos de Asociación. Sus principales atribuciones son informar a los potenciales beneficiarios, seleccionar los proyectos y, por lo general, realizar un seguimiento de la implementación.

Después de que los Programas operativos se hayan aprobado por parte de la Comisión Europea, se pagará una cantidad previa a la financiación. Una vez que esto suceda, la autoridad administrativa empezará el proceso de selección y financiación. Además de las Autoridades de gestión, existen otros dos organismos implicados: la entidad de certificación, que garantiza que las solicitudes dirigidas a la Comisión Europea no tengan errores, y la autoridad encargada de realizar la auditoría, la cual asegura que los sistemas de control y gestión funcionen y también comprueba si los proyectos están cumpliendo con la normativa de la UE. Antes de que se paguen Fondos adicionales, las autoridades tendrán que demostrar que existen marcos institucionales, reglamentarios y estratégicos adecuados para asegurar que los Fondos se empleen de modo efectivo. La entrega de fondos adicionales dependerá de los resultados.

CONSEJO CLAVE

Aquellos que quieran saber más sobre los Programas Operativos existentes en sus países o regiones y sobre los proyectos y programas derivados, deben ponerse en contacto con sus autoridades de gestión. Las páginas web de la DG REGIO y de la DG EMPL facilitan los detalles de contacto de todas las autoridades de gestión por Estado miembro.

III. OBJETIVOS TEMÁTICOS (2014-2020) Y EQUIDAD EN SALUD

Los Estados miembros y regiones deben identificar cómo pueden invertir los Fondos Estructurales en línea con los objetivos temáticos que se han establecido para 2014-2020 (ver Cuadro 4 abajo), para lograr los objetivos 2020 de la UE para el Crecimiento inteligente, sostenible e integrador. A pesar de que la salud no se menciona de manera explícita en los mensajes principales de las prioridades temáticas, existen oportunidades en todas las demás áreas temáticas para promover la salud y reducir las desigualdades en salud. Esta sección explorará y destacará estas oportunidades.

Durante el período de programación 2007-2013 de los Fondos Estructurales, la salud se identificó como un área de intervención prioritaria dentro del marco del FEADER y el FSE. Las actividades sanitarias se clasificaron como una subsección dentro del ámbito de la Inclusión Social, Empleo, Educación y Formación. Se destinaron cinco mil millones de euros a la salud, lo que representó el 1,5% del total de los Fondos Estructurales. Algunos de estos fondos se gastaron en iniciativas relacionadas con la e-Salud, el acceso a los servicios y la promoción de la salud, aunque la mayoría se destinaron a proyectos de infraestructuras sanitarias como la construcción o la modernización de los hospitales. Si bien es cierto que existe una necesidad para realizar tales inversiones en muchas de las regiones menos desarrolladas de los Estados miembros de la UE, no siempre está claro que los fondos gastados, por ejemplo, en infraestructuras sanitarias, vayan a beneficiar más a los sectores vulnerables de la población y por tanto contribuir a la equidad en salud.

Ejemplo 5: El gasto de los Fondos Estructurales en infraestructuras sanitarias en Letonia












Letonia

Durante el período de programas 2007-2013, Letonia ocupaba un lugar muy prioritario en las inversiones de los Fondos Estructurales. La proporción de presupuesto en estructuras sanitarias (219,6 millones de euros o el 4,6% del total de los fondos recibidos de la UE, procedentes de dos Programas Operativos: Recursos humanos y Empleo (FSE) e Infraestructura y Servicios (FC/FEADER)) era el segundo mayor entre los países de la UE. La decisión de invertir grandes cantidades en infraestructura sanitaria se tomó debido a necesidades urgentes en esta área. Letonia pretendía usar la mayor parte posible de los fondos en aras de la renovación y creación de infraestructura sanitaria durante el período de programas 2007-2014 y poder centrarse en los servicios en el siguiente período de programación.

La mayor parte de la inversión en estructura sanitaria se destinó a regiones cerca de Riga ya que allí se ubicaban todos los hospitales y clínicas universitarias. Esto significa que la distribución per cápita de los fondos destinados a salud estaba entre las más altas en esta área, lo cual podía perjudicar la equidad en salud creando diferencias más acentuadas en la disponibilidad y calidad de los servicios sanitarios entre las regiones.

Según las nuevas prioridades temáticas de los Fondos Estructurales 2014-2020, la salud está explícitamente incluida en las prioridades relativas al “Empleo” y la “Inclusión social y la lucha contra la pobreza” pero no se ha asignado ninguna línea de financiación específica para ello. Sin embargo, existen distintas posibilidades para que el sector de la salud desarrolle proyectos y programas en la mayoría de las prioridades temáticas que pueden tener un impacto directo o indirecto sobre la equidad en salud.

Cuadro 4 -

Objetivos temáticos para el período de programación 2014 2020	
	1. Reforzar la investigación, el desarrollo tecnológico y la innovación
	2. Incrementar el acceso, el uso y la calidad de las tecnologías de la información y la comunicación
	3. Aumentar la competitividad de las PYME, el sector agrícola y los sectores de la pesca y la acuicultura
	4. Acelerar el paso a una economía con bajas emisiones de carbono en todos los sectores
	5. Promover la adaptación al cambio climático y gestión y prevención de riesgos
	6. Proteger el medio ambiente y promover la eficiencia de recursos
	7. Promover el transporte sostenible y la eliminación de congestión en las infraestructuras de redes principales
	8. Promover el empleo y la movilidad laboral
	9. Promover la integración social y luchar contra la pobreza
	10. Educación, competencias y aprendizaje permanente
	11. Aumentar la capacidad institucional

Existen vínculos claros entre los objetivos temáticos, la salud pública y la equidad en salud que proporcionan puntos de entrada para emplear los Fondos Estructurales para reducir las desigualdades en salud. Para las regiones desarrolladas, el 80% de los fondos del FEADER deben destinarse a la Innovación (**Prioridad temática (PT) 1**), el apoyo a las PYME (**PT 3**), las economías con bajas emisiones de carbono (**PT4**) y la eficiencia energética (**PT 6**), ya que estas se encuentran estrechamente vinculadas a la consecución de los objetivos de la UE para 2020. Las regiones menos desarrolladas deben gastarse el 50% de los fondos del FEADER en estas prioridades. Esto significa que es importante identificar y construir los vínculos entre estas prioridades temáticas y la equidad en salud.



La prioridad temática en **investigación, desarrollo tecnológico e innovación (PT 1)** puede estar estrechamente unida a otras prioridades temáticas y los sectores de la salud pública y de la promoción de la salud deben identificar cuándo es preciso tener un mayor conocimiento para alcanzar los objetivos de otras prioridades temáticas de modo que también mejore la salud y la equidad en salud. La Comisión Europea fomenta vínculos entre las iniciativas financiadas según esta prioridad y otros programas de financiación de la UE tales como el Horizon 2020, el cual incluye “Sociedades innovadoras y seguras” como un área susceptible de financiación. EL FSE y el FEADER pueden emplearse para mejorar las capacidades de investigación y para promover las redes transnacionales entre centros de enseñanza así como entre educación, empresas e investigación.



Las PYME son un motor clave para el crecimiento, la creación de empleo y la cohesión en las regiones de la UE. Las PYME representan dos de cada tres trabajos en el sector privado y contribuyen en un 58% al valor total creado por las empresas en la UE. Pueden contribuir a lograr una mayor equidad en salud generando empleo en áreas desfavorecidas. También pueden favorecer la equidad en salud desarrollando productos innovadores y servicios que mejoren el acceso universal a los servicios sociales y sanitarios, y fomenten una economía con bajas emisiones de carbono y la eficiencia energética. El sector sanitario puede implicarse asegurando que las estrategias, programas e iniciativas para **incrementar la competitividad de las PYME (PT 3)** generen buenas oportunidades de trabajo en zonas desfavorecidas al mismo tiempo que contribuyen al desarrollo sostenible y a la economía social.





Las iniciativas que **apoyan el cambio hacia una sociedad con bajas emisiones de carbono (PT 4) protegen el medioambiente y promueven la eficiencia de los recursos (PT 6)** también promueven la salud. Las iniciativas que abordan los problemas medioambientales tales como la contaminación del aire interior y exterior, la calidad pobre del agua, las deficiencias en el saneamiento y la liberación de productos químicos peligrosos pueden contribuir a la reducción de enfermedades respiratorias y cardiovasculares, cáncer, asma, alergias y trastornos del desarrollo neurológico. Las personas que pertenecen a grupos con menos ingresos tienen más probabilidades de padecer las consecuencias de un uso ineficiente de la energía o de la degradación medioambiental y tienen menos acceso a los espacios verdes. La salud pública y el sector de la promoción de la salud deben involucrarse en esta prioridad temática asegurando que las medidas que se tomen en estas áreas presten especial atención a las necesidades de las personas en las posiciones socioeconómicas más bajas. Pueden, por ejemplo, lanzar iniciativas para considerar la relación entre la posición socioeconómica y la contaminación o la exposición a elementos químicos y establecer la necesidad de actuar en áreas desfavorecidas. De modo similar, aquellos grupos vulnerables tales como las personas pobres o ancianas son, por lo general, más susceptibles a sufrir más los efectos de los riesgos para la salud asociados con el **cambio climático**, como olas de calor e inundaciones (PT 5).




Incrementar el acceso, el uso y la calidad de las tecnologías de la información y la comunicación (PT 2) puede resultar beneficioso para los individuos y los sistemas de salud ya que puede facilitar la provisión de la e-inclusión, incluyendo la e-Salud o la m-Salud. Las innovaciones tecnológicas en e-Salud o m-Salud están recibiendo cada vez más atención debido a su potencial para reducir las diferencias en la creciente demanda en salud y cuidados a largo plazo y la escasez de profesionales de la salud y las restricciones financieras. Tales innovaciones pueden remodelar de manera radical el modo en el que se estructuran y proporcionan los servicios sanitarios. Los desarrollos en e-Salud y m-Salud incluyen, por ejemplo, los historiales sanitarios

electrónicos, la provisión de servicios de tele-medicina, tecnologías de seguimiento, las tecnologías de apoyo a los comportamientos, recursos de información online y comunidades sanitarias online. Mientras la gente con pocos ingresos, con más edad o discapacitada así como aquellos en áreas remotas o con pocos servicios pueden beneficiarse de ellas, por lo general, suelen ser ignoradas por dichas tecnologías. Si la equidad no ejerce una influencia práctica en las tecnologías TIC tales como las aplicaciones y soluciones de la e-Salud o la e-gobernanza, estas pueden acabar aumentando las desigualdades en salud en y entre los Estados miembros de la UE. El sector de la salud pública puede ayudar a garantizar que las estrategias, programas e iniciativas pertinentes relativas a esta área prioritaria también se centren en cómo podrían llegar a los grupos marginales y mejorar sus vidas.

 De manera similar, es crucial que el sector de la salud pública se implique en iniciativas que **promuevan el transporte sostenible y que eliminen la congestión (PT 7)** en las redes de infraestructuras claves. Los sectores de la salud pública y de la promoción de la salud deberían asegurar que las iniciativas promuevan el transporte a pie y en bicicleta y que se implementen de manera que mantengan la calidad del aire y minimicen la contaminación sonora y los accidentes de tráfico. Deberían asegurar que las estrategias relacionadas con el transporte incrementen el acceso a los servicios, los alimentos nutritivos y el empleo por parte de las comunidades más desfavorecidas. Las personas en los grupos socioeconómicos más bajos suelen ser las más expuestas a las consecuencias negativas del desarrollo de infraestructuras de transporte.

 El **empleo (PT 8)** no es solo una fuente de ingresos sino que también permite a los individuos, - por ejemplo, la realización personal, la estructuración del tiempo y el establecimiento de - contactos sociales. Las limitaciones materiales y el estrés psicológico que deriva de la pérdida de trabajo afecta tanto a los individuos como a sus familias. Los altos niveles de desempleo son relevantes para el conjunto de la sociedad ya que influyen en los sistemas de productividad, competitividad y bienestar sostenible. Las condiciones laborales deben, no obstante, ser buenas, de modo que no minen la salud física y mental. Una buena salud, por otra parte, es un elemento necesario para que los individuos consigan y mantengan un empleo. El sector de la salud pública puede por tanto, contribuir a la PT 8 a través de iniciativas que creen nuevas oportunidades de trabajo y promuevan la salud física y mental de las personas desempleadas y mejoren sus oportunidades de conseguir y mantener un empleo. Podría, a este respecto, incluir elementos de promoción de la salud en los proyectos para la creación de empleo dirigidos por otros, para maximizar los resultados relativos a la salud. El sector de la salud pública también puede tomar partido en iniciativas para promover condiciones saludables de los lugares de trabajo, por ejemplo, PYME.

 Las iniciativas para mejorar la **Educación y Formación (PT 10)** están en consonancia con las prioridades temáticas en empleo e inclusión social ya que los logros educativos influyen en el acceso al empleo, ingresos, vivienda y otros determinantes subyacentes de la salud. La educación y el aprendizaje permanente son importantes para desarrollar buenas habilidades para la vida y para lograr y mantener un empleo así como la inclusión social y el bienestar. El sector de la salud puede involucrarse en la consecución de esta prioridad temática proporcionando educación para la salud en las escuelas y asegurando que los centros y programas educativos promueven la salud, especialmente en áreas desfavorecidas. El sector de la salud pública también puede ayudar a asegurar que la educación y los cursos formativos sean accesibles a grupos con bajos ingresos y otros grupos vulnerables como personas ancianas y migrantes, puesto que estos pueden potenciar sus habilidades para la vida, prepararlos para el empleo y contribuir a la inclusión social, reduciendo

así las desigualdades en salud.



Para el período de programación para 2014-2020 de los Fondos Estructurales se enfatiza mucho la **Inclusión Social y la Lucha contra la Pobreza (PT 9)**, ya que está también en consonancia con los Objetivos 2020 de la UE. El 20% del presupuesto del Fondo Social Europeo (FSE) se debería destinar a promover la inclusión social y a combatir la pobreza, lo cual significa que las regiones desarrolladas deberían gastarse el 52% de los fondos percibidos del FSE en esta prioridad, y las zonas en transición y las menos desarrolladas, un 40% y un 25%, respectivamente. La salud, la pobreza y la inclusión social están íntimamente interrelacionadas. Si las iniciativas promueven la salud, también pueden contribuir a la reducción de la pobreza y a la inclusión social y viceversa⁴⁰. El sector de la salud puede, por tanto, tomar partido en apoyar esta prioridad temática, alentando o haciendo parte de iniciativas que promuevan la inclusión social de los grupos marginados como aquellos con bajos ingresos, las personas migrantes y las personas ancianas. También puede tomar partido en proyectos de regeneración, para maximizar los beneficios para la salud de, por ejemplo, las iniciativas de vivienda y urbanismo, y estimular iniciativas que incrementen el capital social, el cual se ha vinculado a unos mejores resultados en equidad en materia de salud⁴¹. El sector de la salud pública también puede promover esta prioridad estableciendo un umbral bajo en los centros comunitarios para servicios sociales o sanitarios.



La prioridad temática para Incrementar la **Capacidad Institucional y la Eficiencia de la Administración Pública (PT 11)** ofrece oportunidades para cofinanciar iniciativas para mejora de la reglamentación y la buena gobernanza, así como la capacitación para que las partes interesadas desarrollen políticas sanitarias, educativas y sociales a nivel nacional, regional y de los gobiernos locales. El sector de la salud pública puede usar esta oportunidad para fomentar enfoques de gobierno integrados para asegurar la equidad en salud en todas las políticas. También puede organizar cursos de formación para el personal que trabaje en salud pública sobre estrategias para abordar las desigualdades en salud; y crear capacidades institucionales que respondan a las desigualdades en salud dentro y fuera del sector de la salud por medio de, por ejemplo, la mejora de competencias para medir las desigualdades en salud y valorar el impacto en la equidad en salud de las medidas políticas.

⁴⁰ Ver: Stegeman I, Costongs, C. Health, poverty and social inclusion in Europe. Literature review on concepts, relations and solutions. EuroHealthNet. September 2003, and Stegeman I, Costongs, C. Promoting Social Inclusion and Tackling Health Inequalities in Europe, an overview of good practices from the health field. EuroHealthNet, December 2004.

⁴¹ Ver, por ejemplo: Putland C. et al. Enabling pathways to health equity: developing a framework for implementing social capital in practice. BMC Public Health 2013, 13:517.

IV. RESULTADOS DE LAS REVISIONES DE LOS - FONDOS ESTRUCTURALES DE EQUITY ACTION -

A pesar de la existencia de estas oportunidades, el sector de la salud pública ha desempeñado hasta el momento un papel marginal en la Política de Cohesión y en la aplicación de los Fondos Estructurales. Por ello, los socios nacionales, regionales y locales implicados en la Red Regional Equity Action llevaron a cabo una revisión dentro de los países para valorar si los Fondos Estructurales estaban siendo usados para paliar las desigualdades en salud y en tal caso, cómo lo estaban haciendo. Identificaron ejemplos concretos de proyectos o programas que recibieron Fondos Estructurales y podían contribuir (in)directamente a la equidad en salud y proporcionaron ejemplos de estructuras de gobernanza que podían apoyar el uso de los Fondos Estructurales para la equidad en salud.

Como el próximo período de programación para los Fondos Estructurales arrancará el 2014, se están produciendo negociaciones entre los Estados miembros y la Comisión Europea para definir las prioridades y los programas. Varios socios de la Red Regional Equity Action participaron en estos preparativos y llevaron a cabo acciones e iniciativas para influir los procesos y para aumentar la sensibilización del potencial de los Fondos Estructurales para abordar las desigualdades en salud. Un número de socios también desarrolló ideas para nuevas propuestas de proyecto que podrían ser financiadas en el período de programación 2014-2020. Los resultados de las Revisiones de los Fondos Estructurales se describen a continuación.



A. ENFOQUES SISTEMÁTICOS

a) **(Equidad en) Salud como criterio de selección y evaluación // un tema transversal en los FS**

La manera más efectiva para asegurar que los Fondos Estructurales contribuyan a una mayor equidad en salud sería hacer de la equidad en salud un criterio tanto de selección como de evaluación para todos los proyectos y programas que reciban Fondos Estructurales. Un primer paso para que los gobiernos nacionales y regionales reconozcan la salud como un medio y como una meta para el desarrollo, como es el caso de los planes de programación de Italia:

Ejemplo 6: La salud como un tema transversal en el desarrollo regional de Italia y en la programación de los Fondos Estructurales

Italia

El Marco de referencia estratégico nacional de Italia para 2007-2013 reconoce que la promoción de la salud es clave para el desarrollo del país. Se identificó la salud, la calidad de vida y el bienestar físico, mental y social como un principio que era transversal dentro del modelo conceptual de política regional. El Marco estratégico Nacional estipula que “aumentar el bienestar y la salud de los ciudadanos... debe tener una importancia primordial y convertirse en la medida determinante a la hora de comparar políticas regionales a nivel político y social”.

Todos los planes operativos de las regiones del sur incluyen referencias a la importancia de promover la salud en la población. Mejorar el bienestar físico y mental no es un elemento independiente en los varios documentos que definen las áreas que serán financiadas por la Política de Cohesión sino que están esparcidos a lo largo de las áreas de prioridad identificadas por las PO de cada región.

A pesar de que Italia identificó la salud como un principio transversal en la política regional, no ha ido tan lejos a la hora de poner en práctica la teoría y hacer del “impacto en salud y en equidad en salud” un criterio para la selección y evaluación de medidas que reciban Fondos Estructurales. Los defensores de la salud pública a nivel de la UE abogaron por esto en los procesos de consulta que tuvieron lugar a nivel de la UE y concernían al desarrollo de la Guía para la Política de Cohesión de 2014-2020, pero no se adoptaron. Sin embargo, todavía existen oportunidades para hacer del impacto en las desigualdades en salud un criterio de selección y evaluación para los gastos de los Fondos Estructurales a nivel nacional o regional. Los socios escoceses de la Red Regional Equity Action, por ejemplo, animaron a socios clave en la salud, el gobierno (local y nacional) y en el tercer sector para que abogaran por esto.

Otro enfoque sistemático, el cual guarda una estrecha relación a este respecto, sería el de incluir la salud y la equidad en salud como un tema transversal en los programas de los Fondos Estructurales. Esto implica que se considere que la equidad en salud no provoca impacto solo al principio y al final de los proyectos sino que también lo hace mientras dura el proyecto y su implementación de modo que se podrían revisar las consecuencias inesperadas que podrían incrementar las desigualdades en salud. Las autoridades de gestión del Fondo Social Europeo se esforzaron para incluir la salud como tema transversal en Londres:

Ejemplo 7: La salud como un tema transversal en el programa del FSE de Londres: una oportunidad perdida

Inglaterra

La salud se introdujo como un tema transversal en el programa del FSE de Londres (2007-2013), junto con la igualdad de oportunidades y la sostenibilidad. Esto sucedió porque la gestión de los Fondos Estructurales en Londres anterior a 2007 dependía del alcalde, quien también poseía el derecho estatutario para reducir las desigualdades en salud en la región. Además, la Agencia de Desarrollo de Londres (ADL) era la que lideraba en el ámbito de la salud para todas las Autoridades de Desarrollo Regional (ADR) que gestionaban los programas del FSE en el país.

Estas estructuras estaban, sin embargo, descentralizadas, lo cual significaba que las entidades cofinanciadoras en Londres se volvieron las responsables de la financiación del FSE. Cada una de estas entidades tenía un enfoque diferente y no estaban lo suficientemente sensibilizadas con el concepto de salud como tema transversal. Sin presiones desde más altos niveles para implementar el tema transversal y con una falta de comprensión acerca de cómo abordando los DSS se podía influir en los resultados de trabajo y de formación (incluso entre aquellos que tenían formación sanitaria), se perdió esta oportunidad.

Esta situación podría haberse evitado si las personas dentro de las agencias cofinanciadoras se hubieran identificado como “defensoras” de los temas transversales y se hubiese proporcionado una formación básica sobre cómo “entender la mejora de la salud” tanto a las agencias cofinanciadoras como a los potenciales organismos de ejecución para aumentar la sensibilización con respecto al papel desempeñado por los determinantes de la salud de tipo más general.

El manual titulado “La salud como un tema transversal, guía y marco de gestión para los proveedores del FSE” se desarrolló como parte de este proceso y puede ser un recurso útil para implementar este enfoque. El manual está disponible en el Kit de Herramientas de los Fondos Estructurales (www.fundsforhealth.eu), en la sección de “recursos”

La introducción de la equidad en salud como criterio de selección y evaluación así como criterio transversal supone mayores capacidades para implementar esto en el sector de la salud pública y entre las autoridades de gestión de los Fondos Estructurales. Las autoridades de gestión y las potenciales agencias ejecutoras deben tener acceso a los conocimientos en salud pública para aumentar su nivel de sensibilización en lo concerniente a cómo los determinantes de la salud más generales operan en las desigualdades en salud. Los ejemplos de Italia e Inglaterra reflejan que cualquier esfuerzo por introducir la equidad en salud como un tema transversal en la programación de los Fondos Estructurales a nivel nacional y regional deben acompañarse de grandes capacidades y programas de apoyo para implementar esta práctica o si no se convertirá en la responsabilidad de todo el mundo y de nadie.

Los temas intersectoriales como el Desarrollo sostenible, la igualdad de oportunidades y la sostenibilidad medioambiental también pueden emplearse para avanzar en la agenda de bienestar ya que salud es una parte fundamental en estos ámbitos. La revisión de los Fondos Estructurales de Gales indica que el gobierno galés, por ejemplo, usa la Herramienta para la integración del desarrollo sostenible (Creating Sustainable Places) para valorar las iniciativas que podrían recibir Fondos

Estructurales. La Herramienta incorpora factores socioeconómicos y ambientales incluyendo los beneficios para la salud. A pesar de que no es tan integral como si se estuviera empleando una herramienta para la evaluación del impacto en salud o de la equidad en salud, puede ser de ayuda a la hora de demostrar los beneficios potenciales de un proyecto para la salud y para la equidad en salud.

b) Cláusulas sociales en los procedimientos de contratación

Otro enfoque intersectorial que podría contribuir a la equidad en salud sería incluir cláusulas sociales en los procedimientos de contratación de manera que estipularan, por ejemplo, que el trabajo local, las oportunidades de trabajo y servicios y bienes específicos (por ejemplo, Empresas sociales) se usen en la implementación del proyecto. Esto ayudaría a garantizar que cualquiera de las iniciativas que recibieran financiación se implementara de un modo en el que beneficiaría socialmente a grupos o individuos vulnerables. En la práctica, sin embargo, esto puede resultar difícil. El informe nacional sobre los Fondos Estructurales de Gales relata que, a pesar de poder incluir cláusulas sociales en las normativas de contratación del sector público británico, es difícil asegurar que se cumplan y penalizar el no cumplimiento. Los requisitos de sostenibilidad medioambiental parecen ser más fáciles de regular que las cláusulas sociales.

c) Enfoques existentes

El sector de la salud pública también puede asegurar que los Fondos Estructurales se apliquen de tal modo que reduzcan las desigualdades en salud garantizando que los fondos se usen para aprovechar las estrategias e iniciativas locales y regionales relativas a este objetivo. Un ejercicio importante para las autoridades en salud pública es comparar sus prioridades de desarrollo local y regional con las prioridades de programación de los Fondos Estructurales e identificar cómo se pueden complementar. Los Fondos Estructurales podrían entonces aplicarse a los objetivos regionales ya existentes relacionados con la equidad en salud, como se hizo en el proyecto “Desarrollar el bienestar en el norte de Ostrobothnia” (ver Ejemplo 11). Los informes sobre la revisión de los Fondos Estructurales también incluyen más ejemplos de este tema.

Ejemplo 8: La Cooperación escocesa para la planificación comunitaria**Escocia**

La planificación comunitaria tiene una base estatutaria en Escocia. La planificación comunitaria es un proceso mediante el que se ayuda a las agencias de salud pública a trabajar junto con la comunidad para planear y desarrollar servicios mejores y para ir en consonancia con las prioridades a nivel nacional, regional, local y de barrio.

El gobierno escocés decidió usar la Cooperación para la planificación comunitaria (CPC) para repartir los Fondos Estructurales para el período de financiación de 2007-13 de manera estratégica de modo que se destinaran en la misma línea que las prioridades comunitarias, las cuales incluirían en muchos casos la reducción de las desigualdades en salud. Durante este período, los Fondos Estructurales estaban dirigidos a las 13 zonas más desfavorecidas de las áreas de CPC, identificadas por medio del Índice escocés de privación múltiple. Una evaluación de este enfoque concluyó que había tenido éxito porque permitió dar respuesta a las necesidades locales, y conllevó numerosos ejemplos de buenas prácticas. Uno de los beneficios identificados fue el hecho de que el presupuesto cubría los servicios principales y aseguraba la sostenibilidad. También garantizaba la implicación de políticas locales ya que los representantes locales electos también formaban parte de los procesos-

Ejemplo 9: El mapeo galés de las prioridades en salud a nivel local y regional en comparación con las prioridades de los FE**Gales**

En la revisión galesa de los Fondos Estructurales, las autoridades locales de Gales que tomaron parte mapearon las prioridades de sus Juntas de salud así como los resultados en salud deseados por sus socios regionales e identificaron cómo estos podrían combinarse con las prioridades temáticas relacionadas con las Competencias educativas y el Empleo: (1) Infancia y juventud seguras, saludables y equipadas para la madurez; (2) Adultos en edad laboral con vidas saludables y felices por más tiempo; (3) Personas ancianas con una buena entrada en la jubilación; (4) Reducir la prevalencia del tabaquismo; (5) Aumentar las tasas de participación en la actividad física y reducir los hábitos alimenticios no saludables; (6) Mejorar el bienestar mental; (7) Frenar los daños provocados por el alcohol y las drogas; (8) Mejorar la salud laboral; (9) Reducir las desigualdades en salud.

Se vio que estas podían financiarse a través de las siguientes prioridades de los Fondos Estructurales:

Competencias en educación y aprendizaje permanente

Los Fondos Estructurales se pueden usar para, por ejemplo:

- Reducir la prevalencia del tabaquismo a través de intervenciones educativas para asegurar que las personas sean conscientes de los daños del consumo de tabaco y sepan cómo conseguir apoyo para dejar de fumar;
- Proporcionar a las personas los conocimientos, habilidades y apoyos para incrementar sus niveles de actividad física y mejorar sus hábitos alimenticios;
- Mejorar el bienestar mental, lo cual es importante para alcanzar logros educativos;
- Reducir el uso indebido de las drogas, reducir el absentismo, los malos resultados y los comportamientos antisociales y mejorar los resultados educativos.

Gales (continuación)

Emplea los Fondos Estructurales para, por ejemplo:

- Reducir el uso indebido del tabaco, alcohol y sustancias, ya que estas pueden actuar como elementos perjudiciales para la vida laboral;
- Incrementar los niveles de actividad física y reducir los hábitos alimenticios poco saludables para evitar la aparición de enfermedades crónicas y para ayudar a que los individuos alcancen y mantengan su empleo;
- Mejorar el bienestar mental para ayudar a los individuos a conseguir y mantener un empleo.

Los ejemplos anteriormente citados reflejan enfoques sistemáticos que pueden aplicarse en sectores de la salud pública y de Autoridades de gestión nacionales y regionales para asegurar que los Fondos Estructurales contribuyan a la reducción de las desigualdades en salud. A pesar de que existen muchas promesas en estos enfoques estratégicos, los informes regionales de los Fondos Estructurales sugieren que estos solo se están empleando, en cierto grado, en el Reino Unido y en Finlandia.

**B. PROYECTOS Y PROGRAMAS**

Los Fondos Estructurales pueden emplearse para cofinanciar proyectos y programas específicos directamente diseñados para reducir las desigualdades en salud o que las reducen indirectamente, abordando los determinantes subyacentes de la salud. Los informes de las Revisiones de los Fondos Estructurales incluyen muchos ejemplos de iniciativas que podrían culminar en la reducción de las desigualdades en salud y que estaban dirigidas tanto por el sector de la salud como por otros sectores pero con la implicación del sector sanitario, o que en las que el sector sanitario no estaba involucrado en ningún aspecto. En las últimas categorías de proyectos y programas parece haber potencial para lograr una colaboración mayor entre el sector sanitario y el resto de sectores con el fin de resaltar el impacto en materia de salud de estas iniciativas.

a) Centrados en la reducción de las desigualdades en salud

Los informes de las Revisiones de los Fondos Estructurales incluyeron dos ejemplos de iniciativas que recibieron los Fondos Estructurales que se centraron específicamente en la reducción de las desigualdades en salud.

Ejemplo 10: Reforzar las capacidades para valorar el impacto de las intervenciones sociales y en salud a lo largo del gradiente

**Italia**

El Plan para la reorganización y la capacitación de los sistemas sanitarios del sur de Italia recibe el nombre de POAT Salute. El Plan, el cual está cofinanciado por los Fondos Estructurales desde 2010, no se centra en la infraestructura sanitaria sino en abordar el déficit de conocimientos y competencias que limita el rango de acción y la efectividad de los sistemas sanitarios. Esto incluye el refuerzo de las capacidades de la administración pública para hacer frente a las desigualdades en salud y para promocionar una serie de intervenciones de asistencia técnica con el fin de incrementar las competencias técnicas y especializadas en este tema.

Italia (continuación)

El proyecto A.T.S.E.SI en Sicilia, por ejemplo, se centró en la implementación de proyectos piloto que tenían como meta reforzar las capacidades de las autoridades en salud para implementar acciones que abordaran las desigualdades en salud, para evaluar intervenciones y su impacto en distintos grupos socioeconómicos y para aplicar la perspectiva de la equidad de manera sistemática en la programación de salud.

Estas intervenciones son parte del Plan: “Reorganización y Capacitación” (11 millones de euros) que el Ministerio de Sanidad presentó al Departamento de la Administración Pública según el Programa de gobernanza nacional y asistencia técnica, el cual permitía que las administraciones solicitasen asistencia técnica para avanzar en los objetivos de la Política de Cohesión. Las Regiones pueden adaptar estos fondos a sus necesidades específicas en esta área.

Ejemplo 11 El programa regional de bienestar en Finlandia -

Finlandia

El proyecto para “Desarrollar el bienestar en el norte de Ostrobothnia”, que se llevó a cabo desde 2008 hasta 2011, estaba orientado a avanzar en los objetivos relativos a la equidad en salud en el Programa regional de bienestar. El Bienestar es uno de los temas principales del Programa regional de Ostrobothnia. El foco principal del Programa de bienestar se encuentra en promocionar la salud y en reducir las desigualdades en salud y en prevenir la exclusión social. El programa tiene una duración de diez años (2008-2017) y está dividido en tres períodos de implementación.

El objetivo del proyecto para “Desarrollar el bienestar” era “implementar e incorporar el Programa de bienestar de Ostrobothnia en el funcionamiento cotidiano de la región”. El Programa de bienestar y el proyecto nacieron de una observación que detectó que el noroeste de Ostrobothnia estaba altamente polarizado tanto de manera externa (las tasas de enfermedad era 1,4 veces mayores que la media nacional) como interna. Se detectó también que las necesidades de la población en materia de servicios estaban cambiando. Hacía falta encontrar nuevas soluciones y modelos operativos para satisfacer las necesidades de los ciudadanos y de las áreas.

Además, en la región se acordó establecer como prioridades el trabajo preventivo y el apoyo temprano. Una falta de recursos cualesquiera significaba que seguía prevaleciendo un tratamiento correctivo sobre la atención al paciente externo y a la prevención. Se precisó de una gran cooperación entre distintas áreas, actores y responsables de decisiones para cambiar esta situación. Uno de los objetivos claves del proyecto para “Desarrollar el bienestar en el norte de Ostrobothnia” fue por tanto coordinar acciones y proyectos para el desarrollo del bienestar a nivel extenso, regional y de área, así como fomentar una cooperación en red, especialmente entre las empresas y el sector público con respecto las innovaciones en los servicios.

El proyecto también fue de ayuda para integrar numerosos programas y proyectos nacionales en el norte de Ostrobothnia. Se centró tanto en conseguir plasmar en las estrategias las desigualdades en salud como en involucrar a las autoridades locales y a las partes interesadas para que aunaran sus esfuerzos con el fin de reducir las desigualdades en salud.

Se pueden observar ejemplos sólidos sobre cómo aplicar los Fondos Estructurales para apoyar a programas que reduzcan las desigualdades en salud a nivel regional. Ninguno de estos programas -

estaba financiado en virtud de los objetivos temáticos que mencionaban la salud. Tampoco estaban financiados por los programas del FSE. Estos fueron cofinanciados por los programas del FEADER, bajo las prioridades temáticas relacionadas con la “Promoción de la innovación y las redes y fortalecimiento de las estructuras de conocimiento” y “Reorganización y capacitación”, reflejando de nuevo cómo la mayoría de las prioridades temáticas podían proporcionar oportunidades para cofinanciar iniciativas en este campo

b) - Dedicados al abordaje de los determinantes subyacentes de la salud con la participación del sector sanitario health sector involvement

Los socios de la Red Regional Equity Action también identificaron muchas otras iniciativas que se beneficiaban de los Fondos Estructurales y que no estaban específicamente diseñadas para reducir las desigualdades en salud pero que, sin embargo, por medio del abordaje de determinantes de la salud subyacentes, podían contribuir a este objetivo. Durante el período de programación 2014-2020, estas iniciativas estaban relacionadas principalmente con las prioridades temáticas (Cuadro 4) por ejemplo, promover el empleo, la inclusión social, luchar contra la pobreza, la educación, el transporte sostenible y la capacidad institucional.

Muchos de los proyectos y programas que se identificaron estaban destinados a jóvenes, en particular a aquellos que estaban en riesgo de abandono escolar. Varios proyectos estaban también destinados a apoyar a las personas en sus esfuerzos para entrar o pertenecer en el mercado laboral, para reducir la discriminación y para promover la inclusión social. Los ejemplos que se presentaron incluyeron proyectos y programas de regeneración destinados a mejorar la salud mental de la comunidad por medio del aumento de la calidad de vida, de la protección y del acceso al medio natural. Los proyectos enmarcados en esta categoría más amplia también aumentaron las oportunidades para la actividad física.

A continuación se proporcionan ejemplos de dichos proyectos y programas con implicación del sector sanitario:

Esquema de Financiación: Promover la inclusión social y combatir la pobreza

Ejemplo 12: “Informantes expertos” -

Belgica

Este enfoque innovador implica el empleo de “expertos con experiencia en la pobreza y la inclusión social” en los servicios públicos federales. La iniciativa emplea personas en situación de pobreza en hospitales o en el servicio de justicia, por ejemplo, para apoyar a otros ciudadanos en la misma situación que deben usar estos servicios. La iniciativa intenta por tanto proporcionar un “vínculo perdido entre la administración y los ciudadanos más pobres”.

Entre 2008 y 2011, 27 informantes expertos trabajaron en diferentes servicios de las administraciones federales y ayudaron a sensibilizar a los funcionarios sobre las realidades y problemas de aquellas personas que estaban en situación de pobreza y exclusión social.

Mientras que los profesionales implicados en estos servicios eran en un principio muy escépticos, llegaron a ser conscientes de los beneficios y la iniciativa tuvo una evaluación positiva. La Plataforma Europea contra la Pobreza y la Exclusión Social la señaló como una “buena práctica”. El proyecto recibió financiación del programa federal del FSE centrado en el Eje 2 “planificación laboral, promoción de la diversidad y la lucha contra la discriminación”. Este proyecto piloto depende del Ministerio de Integración Social y tiene un presupuesto destinado de 2.800.000 euros.

Ejemplo 13: “Casas Multigeneracionales II” -**Alemania**

Las Casas multigeneracionales (CMG) son centros comunitarios ubicados en distritos con una necesidad particular para el desarrollo que proporcionan apoyo a grupos desfavorecidos. El Programa Federal del FSE “Casas generacionales II” fue lanzado por el Ministerio Federal de Familia, Tercera Edad, Mujeres y Juventud a principios de 2012. Existen 450 CMG dentro del II Programa a lo largo de Alemania, las cuales están cofinanciadas por el Fondo Social Europeo durante un período de 3 años.

La CMG en Braunschweig ofrece servicios de promoción de la salud (folletos, panfletos y páginas web) y de atención a la infancia y servicios educativos, primeros auxilios para niños, yoga o danza para adultos, servicios de consejería y servicios relacionados con la nutrición y la dieta. Esta CMG recibe 120.000 euros de financiación por parte del FSE para un período de tres años, para complementar los aproximadamente 175.000 euros que recibe de otras fuentes de financiación.

Ejemplo 14: “Ayuda en casa” -**Grecia**

Este programa proporciona servicios de apoyo para gente de la tercera edad que vive en sus casas en Grecia, les permite valerse por ellos mismos con la ayuda de su familia y su entorno social y previene que se vean avocados a la exclusión social. La gente mayor puede por tanto evitar tener que ir a los servicios de cuidados institucionalizados, los cuales tienen un impacto negativo en su bienestar psicológico y físico. Se otorga prioridad a las personas mayores que son dependientes, viven solas y tienen bajos ingresos. El proyecto fue diseñado por el Ministerio de Sanidad y Bienestar y recibe el apoyo financiero del FSE.

Esquema de Financiación: Promover el empleo y la movilidad laboral**Ejemplo 15:** El Programa de áreas del Norte de Londres -**Inglaterra**

El Programa de áreas del norte de Londres (“North London Cluster programme”), el cual recibió financiación del FSE, ayuda a los jóvenes de entre 14 y 21 años que están riesgo de convertirse en lo que en inglés denominan NEET (jóvenes sin empleo, ni educación ni formación). El principal objetivo de este proyecto es conseguir introducir a las personas en el mercado de trabajo, también se enfatiza la promoción de la salud ya que los líderes del proyecto reconocieron que la buena salud física y mental está estrechamente correlacionada con el éxito de los individuos en el mercado de trabajo. Se incorporaron módulos en el programa para discutir temas como el estrés, la dieta y el ejercicio con gente joven y para debatir cómo estos elementos podían modificar los comportamientos que minaban la salud y cómo podían mejorar el bienestar en general.

Ejemplo 16: “El bienestar a través del trabajo” -**Gales**

El proyecto “Well-being though Work” (“El bienestar a través del trabajo”) se desarrolla en cooperación con Remploy, la Junta de Salud de la Universidad Abertawe Bro Morgannwg y la agencia gubernamental de Salud Pública de Gales y proporciona una intervención temprana en salud y en los servicios laborales con el fin de mantener a las personas en su puesto de trabajo.

El programa “Peer Mentoring programme”, (“Pares mentores”), está patrocinado por el gobierno galés y lleva en marcha desde 2009 en Gales. Su meta es que los participantes consigan una independencia a través del trabajo remunerado con el apoyo de los “pares mentores”, muchos de los cuales han padecido en primera persona situaciones como el uso indebido de sustancias.

Ejemplo 17: Centro para la enseñanza y la investigación para el medioambiente y la salud (CERES) -**Belgica**

El Centro de la Universidad de Lieja lleva a cabo investigaciones y proporciona recursos formativos en Salud y Comunicación, y en medioambiente y Comunicación. Este centro y los programas formativos están orientados a ayudar a las personas en desempleo a reincorporarse en el mercado de trabajo. Las desigualdades en salud son un concepto central en el curso, centrándose en la (promoción de) la salud. El programa está gestionado por la Universidad pero el sector laboral y el sector sanitario contribuyen a través de apoyo financiero y asesoramiento. El proyecto ha sido financiado por el FSE desde 1987

Esquema de Financiación: Invertir en educación, competencias y aprendizaje permanente por medio del desarrollo de infraestructuras para la educación y la de formación

Ejemplo 18: “Komm auf Tour” -**Germany**

La cooperación plasmada en “Komm auf Tour” entre el Centro Federal para la Educación en Salud (BZgA), la Agencia Federal de Empleo y los respectivos ministerios de distintas regiones de Alemania ayudaron a apoyar a jóvenes que cursaban la educación secundaria para que consiguieran descubrir sus fortalezas e intereses a una edad temprana por medio de asesoramiento y ayuda para la toma de decisiones con respecto a períodos de prácticas en compañías y para que descubriesen las opciones vocacionales que podían esperarles. También se proporcionaba información adecuada a la edad con respecto a la amistad, la sexualidad y la anticoncepción.

Esquema de Financiación: Regeneración urbana y contaminación del aire**Ejemplo 19:** Parque Regional de Valleys -**Gales**

El Parque regional de Valleys es un extenso programa de regeneración de una antigua coalición de regiones que incorporan algunas de las áreas más desfavorecidas en el sur de Gales entre los beneficiarios del FEADER (21,7 millones de euros). El programa tiene como objetivo transformar esta área en un destino para visitantes y en una ubicación principal para vivir y para trabajar debido a la alta calidad medioambiental y a las oportunidades para el ocio al aire libre y la interpretación medioambiental y del patrimonio. Los patrocinadores juntaron a nueve autoridades locales con entidades dedicadas al medioambiente y entidades benéficas.

Como parte de una implementación más amplia del Plan del Parque regional de Valleys, se estableció un subgrupo en “salud y bienestar” con el objetivo de maximizar las ganancias en salud en los distintos proyectos que incluía y de animar a los residentes locales a acceder a los servicios y actividades disponibles. Este grupo incluyó a una persona de la Sección para la Mejora de la Salud Pública del Departamento de Salud y Servicios Sociales del gobierno nacional y a un profesional sanitario vinculado a la Junta local de Salud. Las aportaciones del sector sanitario se materializaron en términos de asesoría proporcionada de manera gratuita como parte del deber general de mejorar la salud de la población. Sin embargo, debido a los enfoques de las varias fuentes de financiación, los beneficios en salud nunca se han examinado tan minuciosamente como otros de los beneficios percibidos. Esto significa que mientras el proyecto proporcione beneficios en salud en el área, su potencial a este respecto no se ha maximizado.

Una de las aspiraciones iniciales del programa con respecto a la salud, por ejemplo, era promover el ejercicio en medios naturales como una alternativa a la farmacoterapia. Ha sido difícil avanzar a ese respecto debido a las dificultades para implicar de manera amplia y sistemática al sector sanitario. Un efecto inesperado del programa, sin embargo, fue que ahora hay un estudiante de posgrado de una universidad local trabajando con diversos grupos que se han implicado en clubs de caminata, actividades hortícolas y de conservación del suelo para estudiar los efectos fisiológicos de tales actividades como parte de una tesis doctoral

Las Revisiones de los Fondos Estructurales contienen pocos ejemplos de proyectos o programas con la participación del sector de la salud pública en las iniciativas relativas a las prioridades temáticas en investigación, el acceso a las tecnologías de la información y la comunicación y el cambio climático (Cuadro 4). Existen, no obstante, varias maneras en las que el sector de la salud pública puede contribuir al logro de estos objetivos temáticos sin por ello dejar de contribuir a una mayor equidad en salud. El siguiente ejemplo procedente de Inglaterra refleja como los Fondos Estructurales fueron empleados por el sector sanitario para estimular el desarrollo de productos innovadores para ayudar al sector y, de manera paralela, beneficiar a las personas desfavorecidas:

Ejemplo 20: Health Enterprise East -**Inglaterra**

“Health Enterprise East” (“La Agencia de Salud Este”) se encuentra ubicada en el este de Inglaterra y es una organización que se fundó para proporcionar viabilidad y costes iniciales para que las pequeñas y medianas empresas fueran capaces de desarrollar productos que mejorasen la eficiencia del Servicio Nacional de Salud (NHS). Se acordó que para acelerar la adopción de productos y servicios innovadores de tecnología médica para mejorar la calidad de la atención sanitaria y el apoyo y desarrollo de nuevos productos y servicios innovadores para satisfacer las necesidades del NHS. El proyecto se desarrolló entre 2009 y 2013 y recibió un millón de euros a través del FEADER así como el apoyo de otras organizaciones. Los proyectos financiados fueron seleccionados a través de dos competiciones de “retos para las empresas” a nivel nacional que tuvieron lugar en 2009 y 2011.

Entre las compañías que recibieron financiación por parte de la Empresa de Salud Este estaba una que desarrollaba un producto llamado “Outminder”, el cual fomentaba la vida independiente de las personas que habían sufrido, por ejemplo, daños o infartos cerebrales o grados de demencia que afectaban a su memoria y a sus capacidades para recordar las direcciones. La iniciativa generó empleo y al mismo tiempo contribuyó a la inclusión social y al bienestar de las personas con discapacidades. Por consiguiente, también contribuyó a aumentar la equidad en salud. Otro proyecto que recibió financiación durante seis meses pretendía promocionar la actividad física entre los niños y permitir que ellos mismos la controlasen a través de una muñequera e información que se podían descargar en las escuelas.

c) Dedicados al abordaje de los determinantes subyacentes de la salud sin la participación directa del sector de la salud

A continuación se da ejemplos de proyectos y programas que pueden contribuir indirectamente a la reducción de las desigualdades en salud. A pesar de que el sector sanitario no estaba involucrado en estos proyectos, existen posibilidades para ello en futuras iniciativas que sean de naturaleza similar.

Estos ejemplos sirven para resaltar cómo el sector de la salud pública puede aplicar los Fondos Estructurales a las iniciativas que pueden reducir directa o indirectamente las desigualdades en salud y por tanto pueden contribuir al objetivo global de los Fondos Estructurales de reducir las disparidades económicas, sociales y territoriales entre las regiones de la UE.

Esquema de Financiación: Promover la inclusión social y combatir la pobreza**Ejemplo 21:** El proyecto Transnacional “Net-Roma” -**Transnacional**

“Net-Roma” es una cooperación interregional (cofinanciada a través del FEADER) que agrupa a nueve países europeos, incluyendo a Escocia, y que tiene como fin integrar a las poblaciones gitanas, superar las actitudes negativas y mejorar la consulta a la comunidad gitana así como su implicación.

Esquema de financiación: Promover el empleo y la movilidad laboral**Ejemplo 22:** “Coompanion Gothenburg” y el Centro “NoLimit Business” -**Suecia**

“Coompanion Gothenburg” es una organización en Suecia que desarrolla dos proyectos separados diseñados para ayudar a las personas excluidas de la vida laboral. La compañía proporciona información para las autoridades gubernamentales, las agencias, las compañías, el sector empresarial y las asociaciones sobre lo que suponen las “cooperativas” o las compañías sociales. Con ello se pretende fomentar que den empleo a individuos que hayan sido excluidos del mercado laboral y que apoyen tales empresas sociales. Esta organización también coordina el Centro “NoLimit Business” el cual contrata a individuos que hayan sido excluidos del mercado laboral y sirve como modelo de empresa social sostenible.

A pesar de que el Centro “NoLimit Business” no incluyó un componente específico de promoción de la salud, se llevaron a cabo esfuerzos al final del proyecto para valorar cómo se había contribuido a la salud de las personas. Esto reflejó la existencia de un estrecho vínculo entre el empleo de las personas y la salud y sugirió que existen oportunidades en dichas iniciativas para colaborar con los profesionales de la promoción de la salud y para mejorar los resultados del proyecto relacionados con la salud.

Ejemplo 23: Café Bistro con dos amigos -**República Checa**

El Café Bistro está ubicado en la región de Hradec Králové y proporciona oportunidades laborales para adultos jóvenes con discapacidades mentales. El Bistro tiene capacidad para unas 30 personas aproximadamente y tiene una zona de juego para niños y un jardín de verano, ofrece comida como baguettes, tortillas y gofres. También distribuye tentempiés en escuelas y empresas. La iniciativa, gestionada por la fundación benéfica llamada “Jump into Life” (“salto a la vida”) da a los adultos jóvenes con discapacidades mentales en la región una oportunidad para ganar nuevas competencias y ser más autosuficientes. Se desarrolló desde el 1 de diciembre de 2011 hasta el 30 de noviembre de 2013 y recibió aproximadamente 194.000 euros del FSE.

Ejemplo 23: Tres ejemplos de programas en Inglaterra

E

Inglaterra

- El proyecto de huerta orgánica “Growing Well” (“Creciendo bien”) en la región norte de Inglaterra ayuda a los usuarios de servicios de salud mental a avanzar en términos de educación y de empleo.
- El Ministerio de Trabajo y Pensiones y las oficinas de empleo “Job-Centre Plus” son agencias cofinanciadoras del FSE, se centran en proyectos dirigidos a familias afectadas por el desempleo multigeneracional e intentan ayudarlas a incorporarse al mercado de trabajo y al mismo tiempo se ocupan de temas relacionados con la salud, la vivienda y las deudas.

Inglaterra (continuación)

- Enabled4Growth (FEADER), en Londres, tiene como meta reforzar la capacidad y las oportunidades para el crecimiento empresarial de dueños de negocios que tengan discapacidades y ayudarles a garantizar la financiación necesaria para expandirse y crear más trabajos.

V. - EJEMPLOS DE COMO SE PUEDE IMPLICAR EL SECTOR - DE LA SALUD PÚBLICA -

Si bien los Fondos Estructurales ofrecen oportunidades para avanzar y financiar los objetivos relativos a la salud pública, el sector de la salud pública se enfrenta en Europa el reto de involucrarse en un área en la que tiene poca experiencia. Algunos de los socios regionales de Equity Action expresaron su preocupación al principio de las Revisiones de los Fondos Estructurales y el temor a no conseguir avanzar mucho. Algunos indicaron que los Fondos Estructurales en sus países habían estado tradicionalmente reservados para sectores específicos que habían desarrollado experiencia y control, dificultando a los “nuevos” sectores el acceso a dichos fondos. Además, las autoridades de la salud pública en algunas de las regiones relativamente desarrolladas indicaron que ellos veían pocas oportunidades para aplicar los Fondos Estructurales ya que sus regiones recibían una financiación relativamente escasa y estos estaban destinados a sectores específicos. A pesar de esta preocupación, todos los socios entraron en contacto con las autoridades de gestión de los Fondos Estructurales e identificaron ejemplos de cómo los Fondos Estructurales contribuían directa o indirectamente a la salud y a la equidad en salud en sus regiones y países. Esto les dio la base para seguir adelante. Si no se ponen en marcha nuevas iniciativas, el sector de la salud pública continuará perdiendo oportunidades potenciales brindadas por los Fondos Estructurales para avanzar y financiar los objetivos de la salud pública y la equidad en salud.

Las estructuras políticas y los procesos de elaboración de políticas, los cuales determinan cómo se gestionarán los Fondos Estructurales, cómo se establecen las prioridades de financiación, de qué modo se puede influir sobre estas prioridades y cómo se pueden garantizar, difieren según el Estado miembro. Esto significa que los enfoques para la participación también son diferentes según la región y el Estado miembro. Existen, sin embargo, muchas maneras para que las autoridades de la salud pública puedan involucrarse, como se refleja a través de los próximos ejemplos. A continuación se indica cómo los socios de Equity Action se han propuesto como meta influir en el establecimiento de las prioridades de los Fondos Estructurales en sus países y cómo han sensibilizado al sector de la salud pública.

Ejemplo 24.1: Acciones llevadas a cabo para sensibilizar y asentar bases

Inglaterra

Los representantes del Ministerio de Sanidad de Inglaterra se reunieron con los funcionarios del Ministerio de Economía, Innovación y Competencias (BIS, por sus siglas en inglés), los cuales desarrollaron las propuestas inglesas para que los Fondos Estructurales sirvieran para sensibilizar sobre las oportunidades para mejorar la salud y abordar las desigualdades en salud a través del uso de los Fondos Estructurales. Las autoridades de la salud pública participaron en un proceso de consulta nacional sobre los Fondos Estructurales e hicieron referencia al tema de la salud y sus determinantes más generales.

Se ha debatido con responsables de la de Salud Pública (a nivel local y regional) para que estuvieran al corriente de los Fondos Estructurales y de las acciones que ellos podrían llevar a cabo a nivel local. Se redactó un informe (disponible en www.fundsforhealth) entre los miembros de Equity Action para estos directores, sensibilizando a los equipos de Salud Pública sobre las próximas consultas sobre los FE para 2014-2020, y animándolos a vincularse a los

Inglaterra (continuación)

departamentos de regeneración y negocios de las autoridades locales quienes desarrollarán propuestas, ahora que se han transferido equipos locales de salud pública desde el NHS al gobierno local.

Los miembros ingleses de Equity Action han fomentado y apoyado los socios del NHS y de la Salud Pública para que incluyan la salud como un tema transversal a nivel local y regional y para que influyan de manera activa en el contenido de los programas que se estén desarrollando para maximizar el impacto en salud y para abordar los principales determinantes y desigualdades en salud.

Los socios regionales de Equity Action, como resultado de su trabajo en el contexto del programa, fueron invitados a debatir cómo los Fondos Estructurales podrían gastarse en seis de los barrios que acogieron los pasados Juegos Olímpicos y Paralímpicos¹ (o subregiones, ahora denominadas “Barrios de Crecimiento”) en Londres. El gobierno de Reino Unido anunció que la asignación nacional de los fondos del FSE/FEADER sería de 748,6 millones de libras para Londres. La Autoridad Metropolitana del Gran Londres será la responsable de gestionar los fondos y presentará en julio de 2014 sus planes relativos a las prioridades y criterios de financiación. Se han reunido a las partes interesadas para debatir acerca de este asunto, el cual incluye actualmente la financiación para afrontar las barreras que la salud mental puede suponer para el empleo y para promover el bienestar mental como un tema transversal en todas las propuestas así como usar los fondos para apoyar a las PYME en el “trabajo interno” y en la “asistencia a los empleados”. El socio regional de Equity Action procedente de Londres fue invitado a tomar partido en estos debates.

Ejemplo 24.2: Acciones desarrolladas para sensibilizar y asentar las bases -

Escocia

Los socios regionales de la Red Equity Action en Escocia prepararon una nota informativa para los Directores de Salud Pública (DsSP) en Escocia, en la que esbozaban como podían usarse los Fondos Estructurales para abordar las desigualdades en materia de salud. Más tarde, presentaron a Equity Action en una reunión entre el Director Médico de Escocia y los DsSP. En la reunión, instaron a los DsSP a responder a la consulta escocesa sobre el futuro uso de los Fondos Estructurales para que se abogara por la inclusión de las desigualdades en salud, por ejemplo, en los nuevos criterios de selección. Además, prepararon una nota informativa para el Grupo de Salud y Bienestar de la Convención de las Autoridades Escocesas (COSLA, por sus iniciales en inglés), en la que se explicaba de manera general como se podrían usar los Fondos Estructurales para afrontar las desigualdades en salud e instar al Grupo a que respondiera a la consulta.

Los socios escoceses de la Red Regional Equity Action también se encontraron con compañeros de la Sección del gobierno escocés encargada de los Fondos Estructurales en numerosas ocasiones para debatir cómo la reducción de las desigualdades en salud puede contribuir a los objetivos Europa 2020. Por último, lograron en consentimiento del Departamento del gobierno escocés encargado de los Fondos Estructurales para que se incluyera a un representante del sector de la salud en uno de los acuerdos para el desarrollo de la inclusión social y el desarrollo local en Escocia.

Ejemplo 24.3: Acciones llevadas a cabo para sensibilizar y asentar bases -

Polonia

Los socios de la Red Regional Equity Action participaron en grupos de trabajo ad hoc organizados por los Departamentos de Fondos Europeos del Ministerio de Desarrollo y del Ministerio de Sanidad en la preparación del período de financiación de 2014-2020. Se mencionó el tema de la equidad en salud en las reuniones y fue ampliamente aceptado, estableciendo las bases para que las autoridades locales desarrollaran e implementaran acciones en esta área.

Si bien otros socios de Equity Action acabaron con una sensación de ser menos capaces de influir en los procesos para establecer la prioridad de los Fondos Estructurales en sus países, están al mismo tiempo planeando y desarrollando acciones para compartir y trabajar en el aprendizaje alcanzado a través de su trabajo en Equity Action. A continuación, los ejemplos de la República Checa, Letonia, Alemania e Italia reflejan iniciativas para compartir la información, desarrollar contactos relevantes y aplicar el aprendizaje adquirido gracias a Equity Action para asegurar que se empleen más Fondos Estructurales para apoyar los objetivos de la salud pública y mejorar la equidad en salud.

health objectives and improve health equity.

Ejemplo 25.1: Acciones llevadas a cabo para aplicar y compartir el aprendizaje adquirido a través del trabajo de Equity Action



República Checa

Los socios regionales de Equity Action procedentes de la región de Hradec Kralove creían que los potenciales solicitantes de los Fondos Estructurales procedentes de las zonas periféricas y fronterizas de la región no tenían la información suficiente para solicitar e implementar las iniciativas que podían contribuir a la reducción de las desigualdades en salud. Por esta razón, iban a transmitir la información disponible a distintos destinatarios con el fin de proporcionar información sobre las oportunidades de financiación que giraba en torno a esta cuestión, así como sobre proyectos interesantes e inspiradores que los potenciales solicitantes podrían implementar y expandir.

Los socios regionales de Equity Action procedentes de la región de Hradec Kralove también organizarán una conferencia regional a principios de 2014 para presentar y debatir los resultados de Equity Action en la que se incluirán visitas in situ a proyectos financiados a través de los Fondos Estructurales. Además, desarrollarán un apartado del portal web en la página web regional (<http://zdravotnictvi.kr-kralovehradecky.cz>) sobre “Los subsidios europeos para la salud en la región de Hradec Kralove”.

Ejemplo 25.2: Acciones llevadas a cabo para aplicar y compartir el aprendizaje adquirido a través del trabajo de Equity Action

Letonia

Los socios letones de Equity Action organizaron un taller en abril de 2012 para las autoridades locales letonas sobre los resultados y recomendaciones del proyecto de Equity Action. Representantes del Ministerio de Sanidad informaron acerca del próximo período de programación y acerca de las posibilidades de las autoridades locales de implicarse en la planificación.

Ejemplo 25.3: Acciones llevadas a cabo para aplicar y compartir el aprendizaje adquirido a través del trabajo de Equity Action



Alemania

Los socios alemanes de Equity Action se habían centrado en cómo BzGA, en tanto que institución federal de educación sanitaria podía involucrarse a la hora de aplicar los Fondos Estructurales para cofinanciar su trabajo. En abril del 2013, BzGA organizó un taller e invitó a representantes del Fondo Social Europeo (FSE), autoridades de gestión en el Ministerio Federal de Familia, Tercera Edad, Mujer y Juventud (BMFSFJ, por sus siglas en alemán) para debatir las perspectivas futuras de emplear el FSE para iniciar proyectos de promoción de la salud financiados por el FSE con un enfoque basado en la equidad. Está prevista una reunión adicional en la segunda mitad de 2013.

Ejemplo 25.4: Acciones llevadas a cabo para aplicar y compartir el aprendizaje adquirido a través del trabajo de Equity Action

Italia

En Italia se creó un grupo técnico interregional, “Equidad en Salud en el Sector Sanitario” (EES), para analizar datos y estudios sobre este tema e identificar prioridades para la acción. El informe final tendrá recomendaciones y se presentará la Conferencia de Estado-Regiones italiana y podría asentar las bases para una futura estrategia nacional. Los resultados de Equity Action, incluyendo aquellos relacionados con los Fondos Estructurales pueden emplearse para orientar esta estrategia.

Otros socios están desarrollando iniciativas que propondrán para la financiación durante el próximo período de programación de los Fondos Estructurales (2014-2020). El socio de Equity Action procedente del municipio de Kefallonia en Grecia está planeando, por ejemplo, emplear los Fondos Estructurales para apoyar el desarrollo de la Alianza para la Prosperidad de la Infancia:

Ejemplo 26: Potencial destinatario de los Fondos Estructurales: La Alianza para la Prosperidad de la Infancia

Grecia

Lo que sucede en la temprana infancia puede tener consecuencias a lo largo de toda nuestra vida, haciendo que sea una puerta de entrada clave para reducir las desigualdades en salud. Dada la carencia de enfoques holísticos integrados en los servicios sanitarios, sociales y educativos para los niños y niñas en Grecia, al socio de Equity Action del municipio de Kafallonia le gustaría desarrollar una “Alianza para la Prosperidad de la Infancia” con el fin de promover y proteger el desarrollo físico y social del desarrollo de los niños en base a ese enfoque. El programa tiene como meta sensibilizar a las partes implicadas sobre las necesidades que esto conlleva y desarrollar las infraestructuras que consigan satisfacer dichas necesidades. Los actores clave incluyen a los padres, tutores, profesores, educadores, trabajadores sociales, actores políticos locales, funcionarios, investigadores sociales y a la comunidad médica. La iniciativa incluirá seminarios abiertos y una intensa campaña mediática. La iniciativa tratará varias prioridades temáticas relativas a la inclusión social, la educación, la capacitación y las TIC y podrían por tanto estar cubierta por el FSE y por el FEADER.

A continuación se explican dos ideas más que han sido desarrolladas por los socios regionales de Equity Action sobre iniciativas en las que se involucra al sector de la salud pública y que podrían contribuir a la reducción de las desigualdades en salud:

Ejemplo 27 Los monitores comunitarios de bienestar

Gales

Las autoridades galesas visionan un proyecto potencial que implique a los “monitores comunitarios de bienestar”, basándose en un proyecto piloto que se ha venido desarrollando en la región durante 12 meses. Los monitores comunitarios de bienestar son contratados por compañía de interés comunitario de las comunidades locales y estos reciben formación para llegar a las personas que quieran adoptar estilos de vida más saludables pero que tienen poco contacto con los servicios existentes. La intención no es crear un nuevo servicio sino trabajar específicamente con aquellas personas que tradicionalmente no han accedido a los servicios. La propuesta es ofrecer unos servicios individualizados para apoyar a aquellos que carezcan de confianza, autoestima o habilidades para acceder a los servicios existentes solos y trabajar con ellos para asegurar unos buenos resultados. La iniciativa podría enmarcarse en el área de prioridad de los FE de inclusión social y lucha contra la pobreza.

Los comportamientos son una de las principales causas de la enfermedad y la muerte prematura. Si se establecen objetivos personales para el cambio y se usan estrategias para lograr este fin, las personas pueden desarrollar un mayor sentido del control y mejorar tanto su salud como su bienestar. Si se establecen acciones dirigidas a las personas que quieran cambiar sus comportamientos pero que son “difíciles de alcanzar” por los servicios existentes, el monitor comunitario de bienestar es la figura con el potencial necesario para reducir las desigualdades en salud.

Ejemplo 28: La prevención de embarazos no deseados entre chicas jóvenes -

Letonia

Los embarazos en la adolescencia son un tema de relevante en Letonia, donde el 9% de las adolescentes se quedan embarazadas y la mitad de estas deciden continuar el proceso para tener a sus bebés. Muchos de los jóvenes progenitores proceden de grupos socioeconómicos bajos y por lo tanto se exponen, tanto a sí mismo como a sus niños, a situaciones aun más desfavorecidas. Por ello, a los socios letones de la Red Regional les gustaría desarrollar una propuesta para afrontar este asunto, el cual tendría cabida en las prioridades de los FE en el área de inclusión social y lucha contra la pobreza.

El proyecto estará particularmente dirigido a los y las jóvenes de familias de renta baja y tendrá como objetivo disminuir el número de nacimientos no deseados entre ellos así como mejorar su salud por medio de una creciente sensibilización y conocimiento sobre la salud sexual y también mediante la provisión de los servicios asistenciales y de apoyo necesarios. Se podría desarrollar en las escuelas y en cooperación entre estas y proveedores de servicios sanitarios, médicos de cabecera y servicios sociales. Además, incluiría, entre otras cosas, el desarrollo de un paquete de información que podría usarse en conferencias y estar disponible en internet, revistas y medios de comunicación social. El objetivo es colaborar con otras regiones y diseñar una iniciativa que se vuelva sostenible.

Estos ejemplos dejan constancia de que todos los actores de la salud pública a nivel nacional y regional pueden llevar a cabo acciones que se amolden a sus contextos para aplicar (y solicitar) Fondos Estructurales para conseguir los objetivos en salud pública y mejorar la equidad en salud.

PARTE 3

Recomendaciones para responsables de decisiones en salud pública y profesionales a nivel nacional, regional y de la UE sobre cómo usar los FE a favor de la equidad en salud

Existen numerosas oportunidades en el marco de la Política de Cohesión y los Fondos Estructurales para mejorar la salud y reducir las desigualdades en salud. Los objetivos de la Política de Cohesión están, de hecho, íntimamente relacionados con aquellos que pretenden mejorar la salud y el bienestar y asegurar que las oportunidades de disfrutar de una buena salud se distribuyen de manera equitativa en la UE.

Cuando los Fondos Estructurales se han destinado al sector de la salud ha sido principalmente para financiar la asistencia sanitaria y no tanto para promover la salud y prevenir la enfermedad o asegurar que las oportunidades para disfrutar de una buena salud se distribuyan de manera justa en las poblaciones. Este informe, el cual refleja los resultados del trabajo de la Red Regional Equity Action sugieren cómo el sector de la salud pública podría hacer un mayor uso de los Fondos Estructurales para avanzar en sus objetivos, sensibilizando, trabajando sus propias capacidades y trabajando con otros sectores. El instrumento de orientación online para la Equidad en Salud de los Fondos Estructurales www.fundsforhealth.eu también se ha desarrollado en este contexto para ayudar a crear e intercambiar conocimientos.

Las siguientes recomendaciones establecen de manera más específica lo que podría hacer el sector de salud pública para asegurar que Fondos Estructurales contribuyan en mayor medida a la salud y a la equidad en salud.

I. ADOPTAR UN ENFOQUE ESTRATÉGICO

Los responsables de la toma de decisiones en salud pública deberían reconocer el potencial de los Fondos Estructurales para fomentar la reorientación de los sistemas sanitarios y sociales con el fin de desarrollar servicios sostenibles que contribuyan a la equidad en salud; además, deberían adoptar un enfoque estratégico para aprovechar este potencial.

Se prevé que entre 2014 y 2020, la Política de Cohesión de la UE reciba 325 mil millones de euros. Esto significa que alrededor de un tercio del presupuesto de la UE se gastará a través de los Fondos Estructurales, convirtiéndolo en el segundo mayor mecanismo de financiación, a poca distancia de la Política Agraria Común (PAC). Los Fondos Estructurales son una fuente de financiación que puede usarse para ayudar a financiar las prioridades de desarrollo regionales en un momento en el que la financiación es escasa.

El Reglamento sobre Disposiciones Comunes de la UE incluye direcciones claras para todos los socios de todos los sectores y niveles se impliquen más a la hora de identificar las prioridades de financiación estratégicas de los Fondos estructurales a nivel nacional y regional, y para que se involucren más a la hora de desarrollar, implementar y realizar un seguimiento de los programas de los Fondos Estructurales. Esto supone un claro mandato para una mayor implicación de la salud pública. La sección II, subcapítulo II de este informe esboza algunas de las oportunidades existentes tales como las que ofrecen el FSE, el Mecanismo de Desarrollo Local Comunitario, y la prioridad temática once sobre capacitación para aplicar los Fondos Estructurales a favor de la equidad en salud.

Estas oportunidades solo pueden maximizarse si los profesionales de la salud pública no se limitan a aplicar estos Fondos Estructurales de manera ad hoc y a corto plazo. Las autoridades en salud pública deberían, por el contrario, adoptar enfoques estratégicos para estar involucradas en la implementación de la Política de Cohesión. Esto incluye un enfoque estratégico para lograr que los sistemas de salud sean capaces de aprovechar las oportunidades existentes y así asegurar que los intereses de la salud pública reciban el apoyo de los Fondos Estructurales.

El sector de la salud pública debe seguir argumentando de manera moral y económica la importancia de la equidad en salud y asegurando que se convierta y se perpetúe como un elemento importante en las Estrategias en Salud nacionales, regionales y de la UE.

Asegurar que los Fondos Estructurales se inviertan de tal modo que se promueva directa o indirectamente la equidad en salud es importante para garantizar que la equidad en salud se convierta y se perpetúe como prioridad política. La importancia de reducir las desigualdades en salud se basa en argumentos presentados en la primera parte de este informe. Las comunidades con un buen nivel de salud que además se distribuye de manera justa en la población son más capaces de generar desarrollo económico y social, y de conseguir que los costes relacionados con la salud y el bienestar social sean sostenibles. Progresar en el cambio hacia unos niveles mayores de equidad requiere una recogida y revisión sistemática de datos relevantes, una acción coordinada e intersectorial a todos los niveles de gobierno y un uso regular de herramientas como las Evaluaciones de Impacto en Salud (EIS) centradas en la equidad.

La importancia de la nuevas disposiciones de condicionalidad en el próximo programa del Fondo Estructural significa que las posibilidades para que los Fondos impulsen la equidad en salud serán mucho mayores si la equidad en salud es un objetivo estratégico de los sistemas de salud y se incorpora a los objetivos estratégicos de otros sectores (por ejemplo, la política social, el desarrollo sostenible, la investigación, las TIC, el transporte, etc.).

II. ABOGAR Y SENSIBILIZAR

Las autoridades en salud pública deben ser más conscientes del potencial que los Fondos Estructurales tienen para cofinanciar iniciativas que promuevan los objetivos en salud pública y mejoren la equidad en salud.

Los profesionales de la salud pública a todos los niveles de gobierno deben sensibilizarse entre ellos así como sensibilizar al sector sanitario más amplio del potencial para usar los Fondos en el avance hacia los objetivos de la salud pública y de la equidad en salud. Esto puede lograrse por medio de informes, talleres, conferencias y eventos, y presentaciones a altos funcionarios de la salud pública a nivel nacional, regional y local. La parte II, sección IV de este informe incluye ejemplos de cómo los funcionarios de la salud pública habían sensibilizado a sectores de la salud pública en sus países y comunidades. Para informar y sensibilizar pueden utilizarse los documentos y otra información adicional disponibles en www.health-inequalities.eu, www.fundsforhealth.eu, y en www.equityaction.eu.

El sector de la salud pública debería mejorar su prestigio en relación con los gestores de los Fondos Estructurales y con otros sectores así como hacer los contactos y vínculos necesarios

Para maximizar las oportunidades de usar los Fondos Estructurales para mejorar la salud y reducir las desigualdades en salud, los profesionales de la salud pública a nivel nacional y regional deben asentar las bases. Como la salud pública no ha tenido una participación destacada en el desarrollo e implementación de la Política de Cohesión, no ha sido escuchada en los procesos. Desde 2012, muchos gobiernos nacionales han organizado consultas públicas para identificar sus prioridades nacionales de financiación de los Fondos Estructurales. Las autoridades sanitarias nacionales, regionales y locales

deberían identificar cómo se están desarrollando las prioridades del Fondo Estructural en sus países e intentar involucrarse más en estos procesos. Deberían abogar por las acciones en salud y por la equidad en salud como medios para alcanzar los objetivos del programa de los Fondos Estructurales de sus países y regiones; idealmente, también deberían estar informados de los desarrollos relacionados a los programas de los Fondos Estructurales. Asimismo, deberían reforzar los vínculos entre la salud pública y otros sectores, demostrando a los demás sectores el efecto que tienen sobre la salud pública y la equidad en salud y por qué y cómo podrían cooperar para abordar este fenómeno.

Un desarrollo importante que tuvo lugar durante los Fondos Estructurales correspondientes a 2007-2014 fue el énfasis en las disposiciones de condicionalidad, en la cooperación entre los sectores y en las sinergias entre las iniciativas que recibían Fondos Estructurales para maximizar su efectividad estratégica. Por tanto, es importante que el sector de la salud pública esté implicado siempre que exista la posibilidad en los procesos de planificación estratégicos de otros sectores, para identificar vínculos entre las iniciativas concebidas, la salud pública, las desigualdades en salud y el desarrollo sostenible. Esto puede facilitar que el sector de la salud pública consiga fondos para proyectos y programas financiados a través de diferentes Programas Operativos que pueden contribuir a la equidad en salud.

El sector de la salud pública debería abogar por enfoques sistemáticos para tener en cuenta las desigualdades en salud.

Un modo ambicioso pero efectivo de conseguir que los Fondos Estructurales contribuyan a reducir las desigualdades en salud es convertir la equidad en salud en un criterio de selección para las iniciativas que soliciten Fondos Estructurales y convertirla también en un indicador de éxito en la implementación. Otro enfoque es incluir las desigualdades en salud como tema transversal en los programas de los Fondos Estructurales (ver la parte II, sección IV de este informe). Las desigualdades en salud también pueden incorporarse a conceptos como la “sostenibilidad social”, la cual podría ser a su vez un criterio de evaluación o selección o un tema transversal.

III. PREPARAR MEDIDAS

El sector de la salud pública debería identificar qué regiones, áreas en regiones y grupos específicos tienen el peor estado de salud y hacer un seguimiento del gasto procedente de los Fondos Estructurales para asegurar que está llegando a aquellos que lo necesitan. También debería desarrollar iniciativas que pudiesen mejorar la salud de aquellos que necesitan mejoras, como la población gitana.

El sector de la salud pública debería hacer presión y apoyar las iniciativas para realizar mapeos de pobreza en sus países y regiones para así asegurar que las localidades y los grupos destinatarios más desfavorecidos son los que se benefician de los Fondos estructurales. Pueden lograr este objetivo identificando qué localidades en las regiones tienen un nivel particularmente bajo de salud y considerándolas prioritarias; y también pueden explorar como se está (o no) empleando el micro-mapeo de las situaciones desfavorecidas (incluyendo los resultados relacionados con la salud como un indicador) para asignar los Fondos Estructurales. Los actores de la salud pública también pueden identificar qué grupos en los Estados miembros se consideran marginados y qué departamento es el responsable de definir estos grupos para ver en qué medida concuerda con los grupos excluidos y

vulnerables desde una perspectiva sanitaria. Deberían, por lo tanto, identificar y rastrear las oportunidades de financiación para desarrollar iniciativas que mejoren el estado de salud en aquellas regiones, micro-regiones o entre aquellos grupos destinatarios más necesitados en sus respectivos países.

La Comisión Europea está particularmente comprometida a apoyar a los Estados miembros en la integración de la población gitana nacional. Ello debería incluir mejorar el acceso a los servicios de salud y a reducir la diferencia entre la población gitana y la población general. Los funcionarios públicos deberían, por lo tanto, identificar si sus países tienen estrategias para la integración del pueblo gitano y si se han incorporado de manera adecuada medidas relacionadas con la salud. Como una proporción significativa de la financiación del FSE debe destinarse a la integración del pueblo gitano, el sector de la salud pública debería identificar cómo podrían contribuir a los esfuerzos en esta área.

El sector sanitario debería identificar las oportunidades existentes y usar los Fondos Estructurales para aprovechar las prioridades y actividades regionales que están relacionadas con la equidad en salud.

Los Fondos Estructurales pueden usarse para cofinanciar acciones o iniciativas regionales existente o planeadas que puedan contribuir a una mayor equidad en salud. Las autoridades en salud pública deberían investigar las prioridades de los Fondos Estructurales en sus países y regiones y compararlas con sus prioridades políticas regionales en las áreas de, por ejemplo, la salud pública, la promoción de la salud, la equidad y el bienestar social, para identificar cómo podrían usarse para avanzar en estas prioridades existentes.

Antes de tomar partido y desarrollar iniciativas para financiar, el sector de la salud pública debe investigar y establecer vínculos...

...Entre potenciales iniciativas y los objetivos de un Programa Operativo relevante:

Aquellos funcionarios de la salud pública que han identificado iniciativas que les gustaría proponer para ser cofinanciadas deben asegurarse de que estas puedan estar vinculadas a los objetivos específicos de un Programa Operativo específico. Si una iniciativa quiere recibir financiación, cuanto más se pueda formular de acuerdo a la lógica de un Programa Operativo, mejor.

...Entre iniciativas potenciales y sus Recomendaciones Específicas por País:

Las Recomendaciones Específicas por País son documentos preparados por la Comisión Europea para los Estados miembros de la UE, en los que analizan la situación económica y se dan recomendaciones sobre medidas, que deberían ser adoptados durante los próximos 12 meses. Están adaptados a los temas particulares que el Estado miembro está afrontando y cubren una amplia variedad de temas: el estado de las finanzas públicas, las reformas de los sistemas de pensiones, las medidas para crear empleo y para luchar contra el desempleo, los retos de la educación y la innovación, etc. También incluyen recomendaciones relacionadas con la sostenibilidad de los sistemas de salud y con el acceso a los servicios sanitarios de calidad para todos. Los Estados miembros, por ejemplo, han recibido recomendaciones para mejorar la rentabilidad de los sistemas sanitarios, para pasar de los cuidados basados en instituciones a cuidados basados en el hogar, para mejorar el acceso a la atención primaria,

para proporcionar cobertura a los grupos desfavorecidos y para enfatizar más la prevención y la vida independiente.

Las Recomendaciones Específicas por País son adoptadas por los líderes nacionales en el Consejo Europeo. En el futuro, habrá un mayor vínculo entre la distribución de los Fondos Estructurales y las Recomendaciones Específicas por País. Es importante, por lo tanto, demostrar qué puede hacer el sector de la salud pública para ayudar a avanzar en las recomendaciones.

...Con sus autoridades de gestión Authorities:

Las autoridades de la salud pública y las organizaciones que estén interesadas en aplicar los Fondos Estructurales para apoyar o implementar iniciativas que reduzcan las desigualdades en salud deberían ponerse en contacto con sus autoridades de gestión para debatir sus ideas, identificar cómo se pueden amoldar a las prioridades ya existentes e identificar a sus potenciales socios. Algunas de las autoridades de gestión regionales y nacionales han establecido un servicio de “ventanilla de ayuda” para proporcionar orientación sobre los Fondos Estructurales y el proceso de solicitud por escrito. Es importante identificar si este es el caso de tu región o averiguar si dichos servicios están disponibles en otro lugar de tu país. La información sobre las autoridades de gestión de cada Estado miembro está disponible en www.fundsforhealth.eu.

IV. IDENTIFICAR Y CAPACITAR

El sector de la salud pública debería capacitar a las autoridades subnacionales de la salud pública para solicitar Fondos Estructurales, en base a los principios de la Salud en Todas las Políticas y a la equidad en salud.

Además de sensibilizar, el sector de la salud pública también tiene que capacitar al sector para solicitar Fondos Estructurales. Esto podría hacerse por medio de la organización de talleres y de sesiones formativas para informar a los profesionales de la salud pública que trabajen a nivel regional y local sobre las oportunidades existentes para usar los Fondos Estructurales en el avance hacia los objetivos de la salud pública y la reducción de las desigualdades en salud. Podrían invitar a los representantes de los proyectos y programas que están recibiendo o que ya han recibido Fondos Estructurales para debatir sus experiencias. También podrían invitar a las autoridades de gestión para presentar los Programas Operativos relevantes que ofrecen oportunidades y para hablar sobre cuestiones de procedimiento.

El sector de la salud pública debería invertir en promover a expertos en salud que entiendan la Política de Cohesión y los Fondos Estructurales, así como los determinantes sociales de la salud y de la equidad en salud y que puedan transmitir estas ideas a otros actores.

Promover la salud y prevenir la enfermedad por medio del trabajo con otros sectores para abordar los determinantes subyacentes de la salud es un campo complejo que requiere conocimientos especializados y habilidades. De modo similar, el proceso de solicitar e implementar los Fondos Estructurales requiere experiencia. Si las autoridades de la salud pública quieren realmente solicitar Fondos Estructurales para asegurar que contribuyen a la equidad en salud, deberían invertir para promocionar a aquellos expertos que sean capaces de unir estas dos áreas de experiencia. Estos expertos pueden actuar como defensores de la salud dentro de la Política de Cohesión, y pueden

también ayudar a evaluar y aumentar el impacto en equidad en salud de diferentes proyectos y programas que reciben Fondos Estructurales.

A pesar de que se han hecho esfuerzos para simplificar los procedimientos, la solicitud y los procesos administrativos de los Fondos Estructurales son, y probablemente continúen siendo, muy complicados. Para aquellos con poca experiencia con estos procedimientos es mejor involucrarse o involucrar a individuos u organizaciones que ya estén familiarizados con ellos, ya sea dentro o fuera del sector sanitario.

El sector de la salud pública debería buscar las oportunidades existentes en los Fondos Estructurales para fomentar las capacidades.

El sector de la salud pública debería diseñar iniciativas de acuerdo a la Prioridad Temática 11 de Aumentar la Capacidad Institucional para fomentar las capacidades en los sistemas de salud para mejorar la equidad en salud. Deberían estar orientados a conseguir financiación para formar a los profesionales de la salud pública para hacer un seguimiento sistemático de las desigualdades en salud y para incorporar un enfoque que incluya la equidad en salud en el diseño, implementación y evaluación de todas las políticas y programas relevantes. También deberían aspirar a conseguir financiación para fomentar las capacidades de los profesionales de la salud pública para trabajar con otros sectores y promover la salud así como garantizar una distribución más justa de las oportunidades de gozar de una buena salud. Ver Ejemplo 10 en la parte II de este informe sobre cómo se han aplicado los Fondos Estructurales para capacitar dentro del sistema sanitario con el fin de abordar las desigualdades en salud en el sur de Italia.

V. COOPERAR

El sector de la salud pública debería identificar y trabajar a través de asociaciones ya existentes y desarrollar nuevas asociaciones intersectoriales.

Si bien el sector de la salud pública puede desarrollar sus propias iniciativas para la cofinanciación en el marco de los Fondos Estructurales, también debería buscar oportunidades para tomar partido en proyectos y programas liderados desde otros sectores y ampliar el radio de actuación para la equidad en salud, como los programas de regeneración o aquellos que pretenden mejorar el acceso al empleo. El sector de la salud pública podría implicarse para maximizar el impacto relacionado con la salud y la equidad en salud de tales iniciativas. Ver, por ejemplo, los casos en los ejemplos 17 y 22 expuestos en la parte II de este informe. Esto implica ser pro-activo en la búsqueda de redes, identificar organizaciones relevantes que están desarrollando o implementando dichos proyectos y programas en otros sectores y ponerse en contacto ellas. El sector de la salud pública podría involucrarse en dichos proyectos y ayudar en su diseño o podría implicarse en proyectos que ya estén recibiendo financiación para aportar o reforzar la parte relativa a la salud.

Aprende y emplea la lengua de los demás

Los profesionales de la salud pública no deberían asumir nunca que los profesionales de otros sectores entienden y priorizan conceptos como la promoción de la salud y las desigualdades en salud. Es responsabilidad de los profesionales de la salud pública aprender la lengua de otros sectores y

demostrar cómo los esfuerzos para mejorar la salud y para reducir las desigualdades en salud también actuarán en interés del otro sector. A este respecto, cuando cooperamos con otros sectores es recomendable hablar de la salud en términos de bienestar, sostenibilidad, resiliencia y otros determinantes sociales. También es responsabilidad de los profesionales sanitarios proporcionar sugerencias concretas sobre cómo otros sectores pueden contribuir a lograr una mayor equidad en salud.

Compartir conocimientos y experiencias

Los resultados de las Revisiones de los Fondos Estructurales de Equity Action reflejan que existen conocimientos y experiencia en los Estados miembros y sus regiones sobre cómo aplicar los Fondos Estructurales para abordar los determinantes sociales de la salud y para promover la equidad en salud. Sin embargo, en muchos países y regiones todavía es difícil para el sector de la salud pública involucrarse y aumentar las inversiones en estas áreas. Las informaciones sobre enfoques, argumentos, propuestas efectivas y datos empleados pueden dar ideas e inspirar a otras regiones de la UE así como asentar una base para la acción.

La Herramienta online de Guía para la Equidad en Salud de los Fondos Estructurales www.fundsforhealth.eu se ha desarrollado con este fin y proporciona una puerta de entrada para crear y compartir conocimientos y experiencias. Las partes interesadas pueden participar dejando sus detalles en: <http://fundsforhealth.eu/get-involved/>. También pueden unirse a redes como EuroHealthNet o la Red Regional Equity Action para intercambiar experiencias y conocimientos.



www.healthpromotion.eu

www.health-inequalities.eu -

www.eurohealthnet.eu

www.fundsforhealth.eu -



La traducción al español de este documento ha sido co-financiada por el Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad y la Unión Europea en el marco de la Equity Action