

Bruselas, 10.5.2016
COM(2016) 243 final

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

**Evaluación ex post del segundo Programa de Salud 2008-2013
con arreglo a la Decisión n.º 1350/2007/CE, por la que se establece el segundo Programa
de acción comunitaria en el ámbito de la salud (2008-2013)**

{SWD(2016) 148 final}
{SWD(2016) 149 final}

1. Introducción

La Comisión está obligada, con arreglo al artículo 13, apartado 3, letra c), de la Decisión n.º 1350/2007/CE¹, a presentar al Parlamento Europeo, al Consejo, al Comité Económico y Social Europeo y al Comité de las Regiones un informe de evaluación *ex post*², externo e independiente, sobre la ejecución y los resultados del segundo Programa de Salud.

El presente informe presenta brevemente el Programa y resume las principales conclusiones de las evaluaciones a medio plazo y *ex post*. Asimismo, destaca tres ámbitos en los que la ejecución del actual tercer Programa de Salud puede mejorarse.

2. El segundo Programa de Salud (2008-2013)

El segundo Programa de Salud fue el principal instrumento de apoyo a la coordinación de la política de salud para aplicar la estrategia de la UE en materia de salud para los años 2008-2013 «Juntos por la salud»³, en consonancia con las prioridades de la Estrategia Europa 2020⁴.

2.1. Los objetivos del Programa

El objetivo general del Programa fue complementar y apoyar las políticas de los Estados miembros, darles valor añadido y contribuir a incrementar la solidaridad y la prosperidad en la Unión Europea mediante la protección y la promoción de la salud y la seguridad humanas y la mejora de la salud pública.

El Programa financió acciones orientadas a la consecución de tres objetivos principales:

- i. ***mejorar la seguridad sanitaria de los ciudadanos*** y protegerlos de las amenazas para la salud y las emergencias sanitarias, tales como las pandemias o los desastres naturales;
- ii. ***promover la salud y reducir las desigualdades en materia de salud*** en toda Europa, ya fuera en relación con el estilo de vida, como el acceso a la práctica de actividades físicas, o con la asistencia sanitaria, como el acceso a las intervenciones médicas necesarias; y
- iii. ***generar información y conocimientos sobre la salud y difundirlos*** entre las partes interesadas, desde el público en general a los responsables políticos y los profesionales de la salud.

2.2. Ejecución del Programa por medio de acciones prioritarias y mecanismos financieros

De conformidad con el artículo 168 del TFUE, la Unión debe fomentar la cooperación entre los Estados miembros y prestar apoyo a su acción, en particular mediante iniciativas tendentes a establecer orientaciones e indicadores, organizar el intercambio de mejores prácticas y apoyar el control y la evaluación. Las responsabilidades de los Estados miembros

¹ Decisión n.º 1350/2007/CE del Parlamento Europeo y del Consejo, de 23 de octubre de 2007, por la que se establece el segundo Programa de acción comunitaria en el ámbito de la salud (2008-2013) (DO L 301 de 20.11.2007, p. 3).

² Se adjunta el informe de evaluación externo, con resúmenes en francés y en inglés.

³ COM(2007) 630 final, de 23.10.2007.

⁴ COM(2010) 2020 final, de 3.3.2010.

por lo que respecta a la definición de su política de salud, así como a la organización y prestación de servicios sanitarios y atención médica, deben ser respetadas.

Las medidas del Programa estuvieron en consonancia con las competencias de la UE en el ámbito de la salud establecidas en el artículo 168 del Tratado y se mantuvieron dentro de sus límites. Se diseñaron para seguir un planteamiento estratégico, con una especial atención a aquellas iniciativas específicas que maximizaran el valor añadido de la UE. Como consecuencia de ello, la ejecución se concentró en prioridades clave para el desarrollo y el crecimiento económicos. Estas acciones prioritarias contribuyen a mejorar la salud de la población, al correcto funcionamiento de los sistemas de asistencia sanitaria y al desarrollo tecnológico y científico.

La estructura global del Programa fue similar a la del primer Programa de Salud Pública, si bien su ámbito de aplicación rebasó los aspectos «clásicos» de la salud pública, como la promoción de la salud y la protección contra las enfermedades transmisibles, y se extendió también a nuevos enfoques como la sanidad electrónica y la evaluación de las tecnologías sanitarias, así como a los medicamentos. Dentro de la amplia gama de aspectos a tratar, las prioridades del Programa se han racionalizado desde 2010 para centrarse más en la Estrategia Europa 2020, tomando como punto de partida la idea de que la salud es un requisito previo para la recuperación económica y el «crecimiento integrador», y el hecho de que el sector sanitario atrae el interés por la innovación y las inversiones «inteligentes».

En virtud de la Decisión n.º 1350/2007/CE, la Comisión estableció prioridades en los planes anuales de trabajo, en estrecha consulta con las autoridades sanitarias de los Estados miembros que participaban en el Comité del Programa. La ejecución del Programa se confió a la Agencia Ejecutiva de Consumidores, Salud, Agricultura y Alimentación (Chafea), que organizó las convocatorias y supervisó los procedimientos de evaluación que llevaron a la concesión de cofinanciaciones a las mejores acciones. Chafea continúa gestionando las subvenciones y contratos en curso y difunde los resultados de las acciones del Programa.

Para ayudar a Chafea a promocionar el Programa y difundir sus resultados se creó una red informal de puntos de contacto nacionales. Con su apoyo, se organizaron jornadas de información nacionales, se impartieron conferencias divulgativas y se tradujo material informativo impreso.

Además de estas subvenciones a proyectos y licitaciones, desde el inicio del Programa se introdujeron nuevos mecanismos de financiación en forma de acciones conjuntas, subvenciones de funcionamiento, conferencias y subvenciones directas a organizaciones internacionales.

Los **proyectos** se utilizan para explorar una amplia gama de temas y mecanismos de ejecución, y para emprender iniciativas de política sanitaria de forma innovadora, casi como si se tratara de «proyectos piloto». Representan la parte más importante del presupuesto del Programa. Sin embargo, a medida que el Programa fue avanzando, la proporción del presupuesto dedicada a los proyectos se redujo en favor de las acciones conjuntas y las licitaciones. Esto se debió también a un esfuerzo por concentrar el Programa en un número reducido de acciones principales en las que participara el mayor número posible de socios, en el mejor de los casos, todos los Estados miembros, con el fin de intensificar su repercusión.

Las **licitaciones** se utilizan para recabar estudios, evaluaciones y encuestas específicos, necesarios para el desarrollo y la aplicación de las políticas y la legislación de la UE en

materia de salud, como por ejemplo las disposiciones en materia de producción, distribución y utilización de los medicamentos. También se utilizan para acciones impulsadas por la Comisión con un ámbito de aplicación y unos objetivos muy concretos, como el diseño y la impartición junto con los Estados miembros de cursos de formación y ejercicios orientados a desarrollar la capacidad para afrontar situaciones de emergencia extrema.

Las **acciones conjuntas** son un tipo de mecanismo financiero, introducido por primera vez en el segundo Programa de Salud, para apoyar la cooperación de los Estados miembros en ámbitos de gran relevancia política. Las acciones conjuntas seleccionadas contribuyeron especialmente a los objetivos de «crecimiento inteligente e integrador» de la Estrategia Europa 2020. Las acciones conjuntas son a menudo el resultado de una larga colaboración entre las autoridades y las partes interesadas y tienen como finalidad garantizar el compromiso político y el refrendo de los resultados por parte de las autoridades de los Estados miembros, así como optimizar la coordinación de las políticas. Las acciones conjuntas suelen desarrollar, compartir y poner a prueba herramientas, métodos y enfoques para cuestiones o actividades específicas, e implicar el desarrollo de las capacidades. Se espera que los beneficios para los Estados miembros participantes en términos de intercambio de conocimientos y experiencia sean considerables y, en algunos casos, den lugar a un ahorro tangible. Por esta razón, el Programa busca la participación más amplia posible de todos los Estados miembros.

Las **subvenciones de funcionamiento** se utilizaron por primera vez en el segundo Programa de Salud para financiar los costes de funcionamiento de organizaciones no gubernamentales paneuropeas y de redes específicas.

Las **subvenciones para conferencias**, también introducidas con el Programa, se utilizaron para financiar conferencias sobre salud durante cada presidencia de turno de la UE y para cofinanciar, mediante un concurso, conferencias paneuropeas sobre importantes cuestiones sanitarias.

Por último, las **subvenciones directas a organizaciones internacionales** se utilizaron para financiar la cooperación internacional en torno a grandes problemas sanitarios (principalmente, para la recopilación y el análisis de información sanitaria).

Cuadro 1: Gastos del segundo Programa de Salud por mecanismo de financiación

Mecanismo de financiación	Total	Porcentaje
Proyectos	106 293 671,24 EUR	36 %
Licitaciones	72 053 873,45 EUR	25 %
Acciones conjuntas	63 962 704,38 EUR	22 %
Subvenciones de funcionamiento	20 825 185,85 EUR	7 %
Convenios de subvención directa	13 805 987,00 EUR	5 %
Subvenciones para conferencias	5 268 308,14 EUR	2 %
Otros ⁵	11 693 227,81 EUR	4 %

⁵ «Otros» comprende las acciones suscritas y comprometidas por la DG Salud y Seguridad Alimentaria y Chafea, tales como remuneraciones especiales a expertos por su participación en los trabajos de los comités científicos de la UE, un acuerdo administrativo con el Centro Común de Investigación, publicaciones y diversas iniciativas de comunicación destinadas a la promoción del segundo Programa de Salud, subdelegaciones en Eurostat, etc.

Total	293 902 957,87 EUR	100 %
-------	--------------------	-------

2.3. Resultados del Programa

El Programa generó conocimientos y datos útiles que servirán de base para una formulación de políticas bien documentada y para posteriores investigaciones. Esto se tradujo en buenas prácticas, herramientas y metodologías que resultan beneficiosas tanto para las comunidades de salud pública como para los ciudadanos directamente (por ejemplo, en lo que respecta a la mejora de las pruebas de diagnóstico, la ayuda a los Estados miembros para elaborar planes de acción nacionales contra el cáncer, la mejora de la atención al paciente, etc.). El Programa contribuyó a la sensibilización y respaldó actividades de integración en redes (por ejemplo, mediante la cofinanciación de conferencias y redes paneuropeas en el ámbito de la salud pública y la promoción de la salud). Asimismo, apoyó la recopilación de datos comparables a escala de la Unión, englobando varios Estados miembros y proporcionado información para la formulación de políticas, como los indicadores esenciales europeos de salud (ECHI) y la base de datos Orphanet sobre enfermedades raras, produjo materiales educativos (por ejemplo, para formar a los profesionales sanitarios sobre la salud de los migrantes y las minorías étnicas) y facilitó orientación. Por último, apoyó el desarrollo de capacidades en el ámbito de la salud pública en distintos niveles (por ejemplo, mediante el fomento de la preparación de los Estados miembros en caso de emergencia sanitaria), a través de la formación y el intercambio de conocimientos entre las instituciones sanitarias de los Estados miembros.

3. Evaluación del Programa

Se llevaron a cabo evaluaciones externas independientes intermedias (2010-2011) y *ex post* (2014-2015). Ambas ofrecieron una valoración positiva del Programa, con limitaciones. Confirmaron la pertinencia de las acciones financiadas, aunque subrayaron las deficiencias en el diseño del Programa (gran alcance y objetivos específicos no explícitos). Llegaron a la conclusión de que el Programa demostraba el valor añadido de la UE, principalmente en relación con la identificación de mejores prácticas, la evaluación comparativa para mejorar el proceso de toma de decisiones y la creación de redes, pero en menor medida en la innovación, la legislación sanitaria de la UE y la economía de escala, mientras que las acciones relativas a las amenazas sanitarias transfronterizas y la libre circulación de personas estaban infrarrepresentadas. Las evaluaciones concluyeron también que no todas las necesidades pertinentes pueden conducir a una acción de alto impacto; solo las acciones con un valor añadido de la UE poseen la capacidad para repercutir en las políticas sanitarias de los Estados miembros. La repercusión depende de la utilización y la aplicación de los resultados por parte de los Estados miembros. Por consiguiente, es importante su divulgación a las partes interesadas, en particular a las autoridades sanitarias nacionales, que establecen y aplican las políticas nacionales en materia de salud. En relación con los contactos con estas partes interesadas, las acciones del Programa tuvieron diferentes grados de éxito. Otro factor que influye en la utilización de los resultados por parte de los Estados miembros es su adhesión a las acciones, que se incrementó mediante una atención más intensa a las acciones conjuntas en la segunda mitad.

3.1. Valoración global

El segundo Programa de Salud refleja la evolución de la política sanitaria de la UE, que hace más hincapié —sumándolos al enfoque tradicional de la salud pública (promoción y prevención de enfermedades, lucha contra las enfermedades transmisibles y otras amenazas transfronterizas, seguridad de los pacientes)— en otros problemas sanitarios derivados de la necesidad de innovar y modernizar los sistemas de salud, manteniendo al mismo tiempo el gasto sanitario bajo control, y de optimizar las acciones en ámbitos como la evaluación de las tecnologías sanitarias (ETS), la sanidad electrónica y la Directiva transfronteriza⁶ para la salud y los derechos de los ciudadanos de la UE. El Programa movilizó a las partes interesadas de los veintiocho Estados miembros (con más Estados miembros de la Europa de los Quince que de la Europa de los Doce) y a tres países AELC del EEE (Noruega, Islandia y Liechtenstein). Abarcó una serie de cuestiones sanitarias comunes (las enfermedades crónicas de alta prevalencia, la salud y el envejecimiento de la población, el desarrollo de capacidades para responder a amenazas sanitarias transfronterizas), proporcionó una amplia gama de herramientas útiles (como la base de datos de la Unión sobre enfermedades raras⁷) y mejores prácticas (por ejemplo, en prevención del VIH/sida⁸, lucha contra la obesidad⁹ o cribado del cáncer) para su uso a nivel nacional y regional y promovió la cooperación y coordinación entre las autoridades sanitarias de los Estados miembros para que dieran prioridad a problemas como las desigualdades en materia de salud¹⁰, la salud mental¹¹ o el envejecimiento.

Sin embargo, ambas evaluaciones señalaron que la falta de objetivos explícitos y de indicadores de progreso en el diseño del Programa favoreció la proliferación de prioridades y dificultó la definición sólida de los resultados globales.

3.2. Evaluación intermedia¹²

La evaluación intermedia incluía una serie de recomendaciones para mejorar la jerarquización de las necesidades, fijar objetivos más selectivos y mejor definidos, reducir el número de acciones de cofinanciación, monitorizar sobre la base de indicadores MARCO y difundir mejor los resultados.

La correspondiente recomendación de racionalizar las prioridades anuales, proporcionando una mejor orientación a los solicitantes y garantizando una mejor difusión de las acciones y sus resultados, se aplicó inmediatamente en los programas de trabajo anuales de 2011-2013. Ello trajo consigo acciones mejor definidas (limitando los temas de salud cubiertos) y una mejor adaptación a la Estrategia Europa 2020. Chafea mejoró la guía para los candidatos y los servicios de atención a los licitadores y se concentró más en la difusión de los resultados.

Las lecciones aprendidas de la evaluación se han aplicado a la evaluación de impacto que acompaña a la propuesta de la Comisión para el tercer Programa de Salud y sirvieron de

⁶ Directiva 2011/24/UE del Parlamento Europeo y del Consejo, de 9 de marzo de 2011, relativa a la aplicación de los derechos de los pacientes en la asistencia sanitaria transfronteriza (DO L 88 de 4.4.2011, p. 45).

⁷ <http://www.orpha.net/consor/cgi-bin/index.php>

⁸ http://ec.europa.eu/chafea/documents/health/hiv-infopack_en.pdf

⁹ http://ec.europa.eu/chafea/documents/health/nutrition-physical-activity-2014_en.pdf

¹⁰ http://ec.europa.eu/chafea/documents/health/health-inequality-brochure_en.pdf

¹¹ http://ec.europa.eu/chafea/documents/health/mental-health_en.pdf

¹² Los resultados y conclusiones de la evaluación intermedia fueron transmitidos al Parlamento Europeo, al Consejo, al Comité Económico y Social Europeo y al Comité de las Regiones, de conformidad con lo dispuesto en la Decisión n.º 1350/2007/CE, mediante el documento de trabajo de los servicios de la Comisión SWD(2012) 83 final, de 29 de marzo de 2012.

referencia en el diseño del nuevo Programa. Como consecuencia de todo ello, el Reglamento (UE) n.º 282/2014¹³:

- prevé explícitamente objetivos específicos e indicadores (artículo 3);
- establece un número limitado de prioridades temáticas claras (anexo I);
- ofrece criterios específicos para medir el valor añadido de la UE (considerando 6) en lo que respecta a la jerarquización de las necesidades (anexo II) y la obtención de financiación;
- reconoce formalmente el papel de los puntos nacionales de contacto (artículo 15); y
- subraya la necesidad de una mejor difusión de los resultados de las acciones y de la comunicación institucional sobre las prioridades políticas de la Unión (artículo 13, apartado 4, y artículo 9).

La evaluación intermedia del tercer Programa de Salud valorará si las citadas modificaciones contribuyen eficazmente a mejorar la aplicación y la consecución de los objetivos del Programa, y en qué medida lo hacen.

3.3. Evaluación¹⁴ ex post

La evaluación *ex post* revisó aspectos clave de la ejecución del Programa, como el seguimiento de las recomendaciones de la revisión intermedia. Se centró en la gestión del Programa, la difusión de sus resultados, su eficacia y las sinergias con otros programas de la UE. Esto hizo posible concentrarse en cuestiones que no habían podido examinarse suficientemente en la evaluación intermedia y evitar la duplicación del trabajo de evaluación anterior. Dado que en materia de salud los resultados y las repercusiones tardan mucho en hacerse patentes y que, en cualquier caso, la repercusión del Programa depende de la asimilación de los resultados de las acciones por parte de los Estados miembros, cosa que el Programa no puede controlar, los evaluadores abordaron la cuestión con vistas al próximo período de programación e intentaron extraer elementos para comprender mejor cómo podría repercutir el Programa en las políticas sanitarias en los Estados miembros. Las conclusiones identificaron tanto factores de éxito como factores que influyen negativamente en la repercusión potencial de las acciones financiadas en el marco del segundo Programa de Salud. Las enseñanzas extraídas se utilizarán para mejorar la ejecución del tercer Programa de Salud y se integrarán en los tres ámbitos de acción principales que se describen a continuación.

a) Mejora del seguimiento, la notificación y la difusión

La gestión del Programa mejoró sustancialmente. Las prioridades del Programa se racionalizaron en la segunda mitad del período en función de las iniciativas de Europa 2020 y sus objetivos de crecimiento inteligente, sostenible e integrador. Los datos de seguimiento eran (y siguen siendo) recopilados, y el enfoque más sistemático para su recopilación, análisis y utilización regular proporcionará una base documental

¹³ Reglamento (UE) n.º 282/2014 del Parlamento Europeo y del Consejo, de 11 de marzo de 2014, relativo a la creación de un tercer programa de acción de la Unión en el ámbito de la salud para el período 2014-2020 y por el que se deroga la Decisión n.º 1350/2007/CE (DO L 86 de 21.3.2014, p. 1).

¹⁴ Los resultados y conclusiones de la evaluación final se abordan en detalle en el documento de trabajo de los servicios de la Comisión adjunto al presente informe.

mejorada para el establecimiento de las prioridades anuales, para la notificación¹⁵ de sus resultados y para orientar mejor su difusión entre las partes interesadas.

El éxito del Programa depende en gran medida de la voluntad de los Estados miembros y los otros países participantes de asumir los resultados e integrarlos en sus iniciativas y políticas nacionales (por ejemplo, la guía para el cribado del cáncer, adoptada ya por todos los Estados miembros, o los planes de preparación de los Estados miembros para responder a las amenazas y las emergencias sanitarias). Por consiguiente, es importante que las principales partes interesadas conozcan las acciones y sus resultados. Este es un elemento clave para la visibilidad del Programa, la rendición de cuentas por lo que respecta a la utilización de sus recursos y, sobre todo, para su utilidad.

La Comisión ha intensificado sus actividades de difusión en los últimos dos años. Las principales herramientas de difusión han sido la base de datos de proyectos de Chafea¹⁶, los folletos¹⁷ que presentan las acciones cofinanciadas por ámbito (por ejemplo, desigualdades en materia de salud, enfermedades raras, etc.), la organización regular de reuniones con los medios¹⁸ (por ejemplo, sobre el trasplante de órganos¹⁹ y el VIH/sida)²⁰ y una conferencia de alto nivel sobre el Programa impartida en 2012²¹. Desde 2014, el Programa ha apoyado a las autoridades de los Estados miembros en la organización de conferencias y otros actos públicos²² para fomentar la difusión de los resultados del Programa sobre temas sanitarios específicos entre el público más importante. Este redoblado esfuerzo de difusión de acciones individuales ha demostrado ser útil y ayudar a ampliar el alcance de los resultados más importantes. No obstante, habida cuenta de la diversidad y la amplitud de la acción, estas iniciativas no pueden compensar el hecho de que algunos proyectos no han promovido sus resultados entre las audiencias específicas para las que son más pertinentes. Por lo tanto, en el tercer Programa de Salud debe definirse una estrategia de difusión efectiva para todas las acciones en una fase temprana.

b) Fomento de la participación de todos los Estados miembros y de los demás países participantes

El Programa es un instrumento de apoyo a la elaboración, la coordinación y la ejecución de políticas en el ámbito de la salud. Aunque las competencias en este ámbito recaen en gran medida en los Estados miembros, el Programa les ha ayudado a desarrollar iniciativas a nivel de la UE para resolver problemas comunes en materia de salud de manera más eficaz y eficiente, como por ejemplo la «Guía europea para la calidad de los programas nacionales de control del cáncer», que proporciona a los responsables políticos un guion sobre los principios básicos de la política de control del cáncer; un mejor conocimiento de la calidad y la eficacia de los sistemas de donación y trasplante de órganos en los países participantes; herramientas de

¹⁵ La Comisión informa anualmente al Parlamento Europeo y al Consejo sobre la aplicación del Programa de Salud (véase http://ec.europa.eu/health/programme/policy/index_es.htm).

¹⁶ <http://ec.europa.eu/chafea/projects/database.html>.

¹⁷ http://ec.europa.eu/chafea/publications/publications_for_health_programme.html.

¹⁸ Reuniones organizadas en cooperación con las autoridades competentes de los Estados miembros para proporcionar a los periodistas y a otros públicos interesados la oportunidad de conocer la política sanitaria de la UE y una cartera de las acciones relevantes del Programa de Salud en un determinado ámbito temático.

¹⁹ http://ec.europa.eu/chafea/health/EAHC_conference_2013_-_Transplantation_Blood_Transfusion.html.

²⁰ http://ec.europa.eu/chafea/health/hiv-athens-2014-presentations_en.html.

²¹ http://ec.europa.eu/health/programme/events/ev_20120503_en.htm.

²² http://ec.europa.eu/chafea/health/events_en.html.

diagnóstico y una red de laboratorios para aumentar la preparación de los Estados miembros y su cooperación en caso de amenazas para la salud; o los derechos de los pacientes que viven y trabajan en un Estado miembro distinto del suyo.

Todos los Estados miembros, los tres países AELC del EEE (Islandia, Liechtenstein y Noruega) y Croacia han participado en el Programa en distinta medida. A pesar de que los Estados miembros de la Europa de los Quince han participado más que los de la Europa de los Doce en el programa en general y como coordinadores de acciones en particular, el Programa de Salud logró una participación de los Estados miembros con bajos niveles de PIB o RNB mayor que la del Séptimo Programa Marco (7PM). La participación del mayor número de países posible crea las redes necesarias para identificar problemas comunes de salud, aumentar la sensibilización sobre los problemas sanitarios emergentes más importantes y transmitir conocimientos con el fin de mejorar la situación sanitaria y abordar las desigualdades. La salud puede ser un estímulo para la inversión inteligente²³ en la economía y desempeña un importante papel en la cohesión y la integración europeas.

Las difíciles circunstancias económicas se señalan como una de las razones de la baja participación de algunos Estados miembros. Para abordar esta cuestión, la Comisión ha incluido el principio de «interés excepcional» en el actual tercer Programa de Salud²⁴, como incentivo financiero para implicar a todos los Estados miembros. Deben seguir organizándose jornadas de información para promover el Programa en todos los Estados miembros y países participantes, con el objetivo de que al menos la mitad de estos acontecimientos tengan lugar en los Estados miembros infrarrepresentados en el anterior Programa. Asimismo, debe proporcionarse más material informativo en todas las lenguas de la Unión.

El Programa también está abierto, en función de los costes, a los países adherentes, los países candidatos y los países candidatos potenciales, donde funciona como un mecanismo que puede ayudarlos a adaptarse al acervo comunitario en el ámbito de la salud a través de su cooperación con los Estados miembros en proyectos y acciones conjuntas.

c) Ejecución del Programa en sinergia con otros programas europeos y con las prioridades de la Comisión

La asimilación de los resultados del Programa y su integración en las políticas nacionales sigue siendo el factor determinante de su éxito. Dado el escaso presupuesto y las enormes necesidades y retos sanitarios, ya se ha trabajado más a fondo, para conseguir el desarrollo de sinergias con otros programas a fin de difundir más ampliamente sus resultados, promover su uso y aprovecharlos, con los programas de investigación de la Unión (7PM y Horizonte 2020) y, en menor medida, con los Fondos Estructurales y de Inversión Europeos (Fondos EIE).

Derribar compartimentos estancos y colaborar más estrechamente con otros programas de la Unión forma parte de la estrategia de la Comisión para la consecución de sus

²³ «Invertir en salud» [documento de trabajo de los servicios de la Comisión SWD(2013) 43 final, de 22 de febrero de 2013].

http://ec.europa.eu/health/strategy/docs/swd_investing_in_health.pdf.

²⁴ La Comisión ofrece hasta un 80 % de cofinanciación como incentivo financiero para las acciones conjuntas en las que intervengan al menos catorce países participantes, de los cuales al menos cuatro sean Estados miembros con una RNB per cápita inferior al 90 % de la media de la Unión, y en las que el 30 % del presupuesto se destine a la participación de dichos países [artículo 7, apartado 3, del Reglamento (UE) n.º 282/2014].

diez prioridades principales²⁵ de forma coordinada. El tercer Programa de Salud ofrece esta posibilidad de cooperación en apoyo de la salud en ámbitos como la migración, el tratamiento de nuevas enfermedades relacionadas con factores medioambientales como el cambio climático, la innovación en temas de salud, la reforma del sector sanitario y la sanidad a nivel mundial. Por último, el Programa implica valoraciones de los sistemas de salud y genera conocimientos específicos a nivel nacional y transfronterizo, útiles para la elaboración de políticas a nivel nacional y europeo.

4. Conclusión

En los próximos años, la Comisión hará un esfuerzo especial por mejorar el seguimiento y la difusión del Programa, así como la presentación de informes en este ámbito, apoyar la participación de los Estados miembros menos activos en él y crear sinergias con otros programas de la UE. Los resultados y las ideas surgidas del Programa podrían comunicarse más activamente a través de las redes de contactos ya existentes en los ministerios de sanidad y mediante una coordinación coherente e integradora con los actores de los programas de la Unión que se ocupan de la salud, aunque no se limiten solo a este ámbito.

Tras dieciocho años de programas de salud de la UE, cuando en 2020 finalice el tercer Programa de Salud la Comisión evaluará hasta qué punto los tres primeros programas han producido efectos positivos en las políticas sanitarias de los Estados miembros de forma eficaz, eficiente, coherente y pertinente, garantizando el valor añadido de la UE. Los mecanismos de seguimiento del tercer Programa de Salud se utilizarán para ayudar a esta evaluación más amplia.

²⁵ Véase http://ec.europa.eu/priorities/index_en.htm.