Dictamen del Comité Económico y Social Europeo sobre la Comunicación de la Comisión al Parlamento Europeo, al Consejo, al Comité Económico y Social Europeo y al Comité de las Regiones — Construir una Unión Europea de la Salud: reforzar la resiliencia de la UE ante las amenazas transfronterizas para la salud

[COM(2020) 724 final]

sobre la propuesta de Reglamento del Parlamento Europeo y del Consejo relativo al papel reforzado de la Agencia Europea de Medicamentos en la preparación y gestión de crisis con respecto a los medicamentos y los productos sanitarios

[COM(2020) 725 final — 2020/321(COD)]

sobre la propuesta de Reglamento del Parlamento Europeo y del Consejo que modifica el Reglamento (CE) n.º 851/2004 por el que se crea un Centro Europeo para la Prevención y el Control de las Enfermedades

[COM(2020) 726 final — 2020/320 (COD)]

y sobre la propuesta de Reglamento del Parlamento Europeo y del Consejo sobre las amenazas transfronterizas graves para la salud y por el que se deroga la Decisión n.º 1082/2013/UE

[COM(2020) 727 final — 2020/322 (COD)]

(2021/C 286/20)

Ponente: **Ioannis VARDAKASTANIS (EL-III)**

Consultas	Consejo, 14.12.2020
	Parlamento Europeo, 14.12.2020
	Comisión, 12.11.2020
Fundamento jurídico	Artículos 168, apartado 5, y 304 del Tratado de Funcionamiento de la Unión Europea
Sección competente	Empleo, Asuntos Sociales y Ciudadanía
Aprobado en la sección	16.4.2021
Aprobado en el pleno	27.4.2021
Pleno n.º	560
Resultado de la votación	
(a favor/en contra/abstenciones)	232/3/7

1. **Conclusiones y recomendaciones**

1.1. Mediante este paquete de medidas para una «Unión Europea de la Salud», la Unión Europea y los Estados miembros deben responder al deseo de las personas que viven en la UE de que la Unión desempeñe un papel más activo en la protección de su salud y la promoción del derecho a la salud. Según una encuesta reciente de la UE, el 66 % de los ciudadanos desearía que la UE tuviera más voz sobre cuestiones relacionadas con la salud. El 54 % de los encuestados afirmaron que la salud pública debería ser una prioridad de gasto en el presupuesto de la UE [1]. Debe mejorarse especialmente la capacidad de la UE para prevenir, detectar, preparar y gestionar eficazmente las amenazas transfronterizas para la salud. En este sentido, debe llevarse a cabo un debate y contemplarse una posible revisión de la subsidiariedad, el reparto de competencias y las referencias a las amenazas transfronterizas para la salud y la preparación en los Tratados de la UE, una vez que haya tiempo para evaluar pormenorizadamente esta pandemia y las respuestas nacionales y de la Unión. Mientras tanto, deben proseguirse una acción ambiciosa en el marco actual de los Tratados.

[1] Public opinion in the EU in time of coronavirus crisis 3 (europa.eu).

1.2. Durante la pandemia, las personas residentes en Europa han observado y sentido lo mal preparada que estaba la UE para mantener la seguridad de la población, con su arquitectura sanitaria y su estrategia de prevención tan fragmentadas, y tras décadas de austeridad e inversión insuficiente en servicios sanitarios y de asistencia social, lo que ha repercutido en la pérdida de vidas y el aumento de la desigualdad y las tasas de pobreza. También puso de relieve que muchas personas siguen desprotegidas frente a la discriminación en la UE o carecen de acceso a la información sobre la salud pública y a la asistencia sanitaria. El CESE ha pedido de manera persistente una convergencia al alza de los sistemas sanitarios y sociales, así como la adopción de principios generales comunes de la UE ([2]). Las medidas de protección de la salud deben respetar siempre todos los derechos fundamentales y estar basadas en sistemas sanitarios solidarios. El procedimiento del Semestre Europeo debe evaluar el rendimiento y las condiciones de los sistemas sanitarios y de gestión de crisis de los Estados miembros.

1.3. La pandemia de COVID-19 ha demostrado que los servicios sanitarios y de asistencia son vitales y que la salud constituye un bien público. Por ello, la UE y los Estados miembros deben garantizar a todas las personas la igualdad de acceso a unos servicios sanitarios y sociales de calidad, con personal suficiente y bien equipados.

1.4. Durante la pandemia, los trabajadores sanitarios, los trabajadores sociales, los mediadores sanitarios, los agentes de la sociedad civil y los proveedores de servicios esenciales (alimentación, transporte) han estado en la primera línea del combate contra la pandemia y han demostrado un alto grado de solidaridad en los momentos más difíciles. Deberá prestarse especial atención al personal sanitario y a la necesidad de mejorar sus condiciones de trabajo, incluidos los salarios, la contratación y la retención, así como su salud y su seguridad. La presión de la pandemia ha llevado a muchos de ellos a sopesar la posibilidad de abandonar la profesión. Este paquete de medidas debe tomar nota de esta circunstancia y del papel que pueden desempeñar todos los agentes mencionados en el ámbito de la salud. Asimismo, debe consultarse más exhaustivamente a las autoridades locales, a los proveedores de servicios y al personal sanitario. Una mejor coordinación entre los niveles de la UE, nacional, regional y local (incluida la sociedad civil) aumentará la eficiencia en beneficio de la población de la Unión.

1.5. Aunque el Comité Económico y Social Europeo (CESE) elogia a la UE por la solidaridad demostrada en la estrategia de vacunación, se observan graves retrasos en la llegada de las vacunas a la población. El CESE pide a la Comisión Europea que garantice que el acceso a la vacunación sigue siendo, como declaró originalmente la Comisión, un bien público gratuito para todas las personas. La disponibilidad de futuras vacunas no debería verse afectada por los derechos de propiedad intelectual ni por la legislación de la UE sobre datos y exclusividad comercial. Además, deben existir obligaciones legales para que los beneficiarios de los fondos de la UE compartan conocimientos sobre la tecnología sanitaria relacionada con la COVID-19.

1.6. La pandemia ha puesto de manifiesto la relación perniciosa existente entre enfermedades transmisibles y no transmisibles. La inmensa mayoría de las muertes por COVID-19 estaban relacionadas con problemas de salud subyacentes y preexistentes. Otro efecto observado de la pandemia ha sido el impacto en los pacientes con enfermedades crónicas cuyo acceso al tratamiento se vio dificultado por la pandemia. Por lo tanto, el mecanismo de respuesta a las crisis y la Unión Europea de la Salud también deberían prestar atención a las enfermedades no transmisibles. Asimismo, deberían hacer un gran hincapié en la crisis de salud mental preexistente a la pandemia pero que podría explotar debido a la presión que sufren muchas personas en la actualidad.

1.7. Por lo que atañe al Reglamento de la UE sobre las amenazas transfronterizas graves para la salud, el CESE subraya la necesidad de almacenar y desarrollar medicamentos que sean útiles y asequibles para toda la población; de prepararse para que la protección de los grupos de alto riesgo comience de inmediato, sobre todo de aquellos que se encuentran en entornos e instituciones cerrados; de desglosar mejor los datos recabados para comprender con más claridad cuáles son las personas que corren un mayor riesgo; y de que las innovaciones y las respuestas médicas sean accesibles para todos, con independencia de sus ingresos, Estado miembro o región de residencia.

1.8. A la luz del mandato renovado del Centro Europeo para la Prevención y el Control de las Enfermedades, el CESE subraya la importancia de procurar que la reducción de las desigualdades en materia de salud en la UE sea fundamental en el trabajo del Centro, al igual que la inclusión de las enfermedades no transmisibles; de que esté plenamente equipado para recopilar datos anonimizados y perfectamente desglosados y formular recomendaciones sobre los determinantes sociales y comerciales de la salud ([3]); y de que obtenga un mandato para supervisar las inversiones y generar recomendaciones sobre la financiación de la vigilancia, la evaluación de riesgos, la preparación y la respuesta en materia sanitaria, tanto a escala de la UE como nacional.

([2]) DO C 13 de 15.1.2016, p. 40; DO C 14 de 15.1.2020, p. 1.
([3]) Policy & practice: Commercial determinants of health and sport.

1.9. Por lo que respecta al papel reforzado de la Agencia Europea de Medicamentos (EMA), el CESE insta a que el Grupo Director sobre Medicamentos y el Grupo Director sobre Productos Sanitarios incluyan y consulten de manera significativa a la sociedad civil y a los interlocutores sociales; y a que el suministro de medicamentos y productos sanitarios en toda la UE no solo sea coherente y suficiente sino que la EMA colabore también con todas las partes interesadas en el ámbito de la salud para establecer un modelo europeo de fijación de precios de los medicamentos de manera justa, responsable y transparente.

1.10. El nuevo paquete de medidas sanitarias de la UE debe combinarse con el despliegue del pilar europeo de derechos sociales, en particular de sus principios 12, 16, 17 y 18, y el plan de acción sobre el pilar europeo de derechos sociales, que propone, entre otras actuaciones, un espacio europeo de datos sanitarios. También debe formar parte de la consecución del Objetivo de Desarrollo Sostenible (ODS) n.º 3.

1.11. Es necesario abordar el solapamiento entre los objetivos de los diferentes Reglamentos y aclarar los mandatos de las distintas agencias, con el fin de aumentar la eficiencia y evitar confusiones respecto a quién es responsable de las diferentes acciones. Además, deben seguirse las observaciones formales emitidas recientemente por el Supervisor Europeo de Protección de Datos (SEPD) sobre el paquete de medidas propuesto de la Unión Europea de la Salud.

1.12. El CESE considera que algunos elementos de este paquete de Reglamentos tal vez llega demasiado pronto, ya que aún nos encontramos en plena pandemia de la COVID-19 y seguimos aprendiendo sobre sus efectos. Al mismo tiempo, considera necesario adoptar medidas urgentes en determinados ámbitos de la coordinación sanitaria de la UE. Invita a la Comisión Europea a presentar un informe en junio de 2021 a más tardar sobre las lecciones aprendidas de la pandemia hasta la fecha.

2. **Observaciones generales**

2.1. El CESE acoge con satisfacción el paquete de medidas propuesto por la Comisión para construir una Unión Europea de la Salud fuerte. El paquete propuesto incluye: a) la Comunicación titulada *Construir una Unión Europea de la Salud: reforzar la resiliencia de la UE ante las amenazas transfronterizas para la salud*; b) la adopción de un nuevo Reglamento sobre las amenazas transfronterizas graves para consolidar la preparación, reforzar la vigilancia y mejorar la notificación de datos; c) la mejora de la capacidad del Centro Europeo para la Prevención y el Control de las Enfermedades (ECDC) y la Agencia Europea de Medicamentos (EMA) para proteger mejor a las personas que viven en la UE y hacer frente a las amenazas transfronterizas para la salud; d) la creación de una Autoridad Europea de Preparación y Respuesta ante Emergencias Sanitarias (HERA) para apoyar eficazmente la respuesta a escala de la UE a las amenazas transfronterizas para la salud; y e) el establecimiento de una nueva Agencia Ejecutiva Europea en los ámbitos de la Salud y Digital (HaDEA) que tendrá el mandato de desplegar y gestionar los programas de trabajo anuales del programa UEproSalud.

2.2. El CESE pide a la UE y a los Estados miembros que respondan a la petición de los ciudadanos europeos de hacer de la salud una prioridad. Tal y como señala la Comisión en su Comunicación, «los ciudadanos europeos han manifestado cada vez con mayor claridad que esperan que la UE desempeñe un papel más activo en la protección de su salud, especialmente protegiéndolos de las amenazas para la salud que trascienden las fronteras nacionales».

2.3. El paquete propuesto por la Comisión constituye el punto de partida para el ejercicio del derecho a una salud de calidad, y para el refuerzo de unos sistemas sanitarios y de salud inclusivos para toda la población de la UE, los países vecinos y los países candidatos a la adhesión a la Unión. También refuerza la plataforma para la contribución de la UE a la salud pública mundial. Además, la Comisión debe dar prioridad a la protección social en el ámbito de la salud en las asociaciones internacionales.

2.4. Aunque el paquete de la «Unión Europea de la Salud» supone un avance en la dirección correcta, es necesario ir más allá de la coordinación. Las nuevas medidas deben combinarse con una posible revisión de los Tratados de la UE, en concreto el párrafo segundo del artículo 168, apartado 1, del TFUE, con el fin de ampliar las competencias de la Unión en el ámbito de las emergencias sanitarias y las amenazas transfronterizas para la salud y definir la protección de la salud como bien público. El artículo 35 de la Carta de los Derechos Fundamentales de la Unión Europea establece que «toda persona tiene derecho a la prevención sanitaria y a beneficiarse de la atención sanitaria en las condiciones establecidas por las legislaciones y prácticas nacionales. Al definirse y ejecutarse todas las políticas y acciones de la Unión se garantizará un nivel elevado de protección de la salud humana». A tal fin, debe garantizarse que los Estados miembros inviertan adecuadamente en la sanidad pública y la asistencia social. También debe tenerse en cuenta el equilibrio adecuado entre los sistemas nacionales de salud y asistencia sancionados democráticamente y las necesidades comunes de Europa. Todas las fuentes científicas pertinentes deben contribuir a la toma de decisiones políticas responsables y debe acometerse una evaluación

obligatoria del impacto sobre la salud de todas las iniciativas políticas de la UE. Por último, las medidas de protección de la salud deben respetar todos los derechos fundamentales. Las limitaciones de estos derechos deben ser proporcionadas, estar sujetas al control de los tribunales y atenerse a los principios de la democracia y del Estado de Derecho.

2.5. El CESE ha adoptado ya dictámenes en el ámbito de la salud ([4]). En junio de 2020, el pleno del CESE aprobó también una Resolución sobre las propuestas del CESE para la reconstrucción y la recuperación tras la crisis de la COVID-19 ([5]).

2.6. El intento de mejorar la capacidad de la UE para prevenir, preparar y gestionar eficazmente las amenazas transfronterizas para la salud de un modo global debe combinarse con el despliegue del pilar europeo de derechos sociales, en particular de sus principios 12, 16, 17 y 18 y el plan de acción sobre el pilar europeo de derechos sociales, que propone, entre otras actuaciones, un espacio europeo de datos sanitarios. El espacio debe regularse como un bien público. Esta iniciativa también debe formar parte de la consecución de los ODS y vincularse a las reformas financiadas por el Mecanismo de Recuperación y Resiliencia, lo que podría allanar el camino a los avances hacia una sanidad electrónica y una telemedicina accesibles. El CESE aguarda con interés el cuadro de indicadores del Mecanismo de Recuperación y Resiliencia, que pondrá de relieve las inversiones realizadas a través de este mecanismo en el sector sanitario.

2.7. A pesar de los programas de cooperación europea entre regiones transfronterizas, que suman más de veinte años de inversiones con cargo a los fondos de la UE para promover la movilidad sanitaria en estas zonas, aún no se ha logrado implantar un modelo más integrado de asistencia transfronteriza. Se requieren un nuevo impulso y una visión a largo plazo para que los territorios transfronterizos se conviertan en motores de solidaridad y cooperación en materia de salud. En cuanto a los Estados miembros que comparten una frontera terrestre, la «planificación de la prevención, la preparación y la respuesta» debería incluir el conocimiento de las estructuras de salud pública y del personal del Estado limítrofe, así como la realización de ejercicios transfronterizos conjuntos.

2.8. La pandemia ha incrementado drásticamente las tasas de pobreza y exacerbado las desigualdades preexistentes, en especial en los Estados miembros que se vieron gravemente azotados por la crisis económica en la década anterior. La crisis sanitaria ha afectado duramente a la economía, al mercado laboral y a la cohesión social. Entre las repercusiones notables en el mercado laboral figuran el aumento del desempleo, la congelación de la contratación, la ausencia de creación de nuevos puestos de trabajo y la reducción del horario laboral. Las cifras de Eurostat muestran un claro impacto de la pandemia en las tasas de desempleo en la UE, y es probable que la situación siga empeorando en los próximos años. La tasa de desempleo en la Unión era del 7,6 % en octubre de 2020, frente al 6,6 % de noviembre de 2019. En el caso de las personas jóvenes, la situación es aún peor, ya que el desempleo se ha disparado del 14,9 % al 17,7 % entre los meses de noviembre de 2019 y de 2020 ([6]). Cabe señalar que el artículo 31, apartado 1, de la Carta de los Derechos Fundamentales de la Unión Europea establece que «todo trabajador tiene derecho a trabajar en condiciones que respeten su salud, seguridad y dignidad». El artículo 3, apartado 3, del TUE también hace referencia al objetivo del pleno empleo.

2.9. Los sistemas sanitarios existentes en toda la UE —en particular, los de los Estados miembros que se han visto afectados por políticas de austeridad, una insuficiencia continua en la inversión y recortes extremos del gasto público en la década anterior— no pudieron responder eficazmente a la inmensa presión generada por la pandemia de la COVID-19. Esta pandemia ha puesto de manifiesto las deficiencias de los sistemas sanitarios en toda Europa, así como la necesidad de cambiar nuestro punto de vista sobre la asistencia sanitaria, que no puede tratarse como una mercancía. La igualdad de acceso al tratamiento, el aumento de la dotación de personal en el sector de la salud y la mejora de las condiciones de los trabajadores sanitarios deben convertirse en una prioridad.

2.10. La estrategia coordinada de vacunación de la UE y la adquisición conjunta de vacunas han demostrado no ser suficientes. La UE también sigue experimentando dificultades con la capacidad de producción, lo que está provocando una pérdida innecesaria de vidas humanas. El CESE pide una revisión exhaustiva del sistema centralizado de adquisición de vacunas contra la COVID-19 de la UE. Una vez superada la pandemia, sería útil ver cómo se organizó esta adquisición centralizada, qué funcionó y qué podría haberse hecho mejor. Es fundamental aprender todas las lecciones posibles de la situación actual e incluirlas en la futura planificación.

2.11. Durante la pandemia, la sociedad civil y los interlocutores sociales han desempeñado un papel crucial en la protección y la promoción de los derechos. En todas las acciones futuras dirigidas a mejorar la salud de los europeos más afectados por la COVID-19 (personas de edad avanzada —en particular las que viven en instituciones de atención residencial—, personas sin hogar, personas que sufren pobreza, personas con discapacidad, personas con enfermedades crónicas, migrantes, refugiados, minorías étnicas y la comunidad LGBTIQ+), las organizaciones de la sociedad civil y los interlocutores sociales deberán estar en el centro de su diseño y ejecución.

([4]) DO C 429 de 11.12.2020, p. 251; DO C 440 de 6.12.2018, p. 150; DO C 242 de 23.7.2015, p. 48; DO C 181 de 21.6.2012, p. 160; DO C 14 de 15.1.2020, p. 1; DO C 13 de 15.1.2016, p. 40.

([5]) EESC resolution (DO C 311, 18.9.2020, p. 1).

([6]) https://ec.europa.eu/eurostat/en/web/products-euro-indicators/-/3-08012021-ap

2.12. La pandemia ha puesto de relieve que en la UE muchas personas siguen desprotegidas frente a la discriminación o carecen de acceso a la información sobre la salud pública y a la asistencia sanitaria. Además, se ha observado un crecimiento de los denominados desiertos médicos ([7]). Con arreglo a los Tratados de la UE, a las personas también les asiste el derecho a la no discriminación. Actualmente, en la esfera de la UE la protección contra la discriminación en el ámbito de la asistencia sanitaria no abarca todos los aspectos. El hecho de que el Consejo no haya adoptado la Directiva sobre la igualdad de trato publicada en 2008 significa que sigue sin garantizarse la protección contra la discriminación en la asistencia sanitaria por motivos de edad, discapacidad, género u orientación sexual, por ejemplo. Esto quedó patente durante la pandemia. Deben abordarse las brechas existentes en los servicios, el acceso y la protección contra la discriminación en la UE.

2.13. El CESE está dispuesto a constituirse en el centro de referencia fundamental para la participación de las organizaciones de la sociedad civil en los procesos relacionados con la Unión Europea de la Salud, reuniendo a los representantes de las instituciones de la UE, los Estados miembros y las organizaciones de la sociedad civil, tanto a escala nacional como de la Unión.

2.14. La «Unión Europea de la Salud» constituye una novedad importante. Debe contribuir a mejorar el acceso a la asistencia sanitaria, así como la seguridad y el bienestar de las personas que viven en la UE, reforzar la apreciación del compromiso de la Unión de servir a su población y proteger también a los Estados miembros frente a las amenazas derivadas del auge del nacionalismo y el populismo. Por tanto, esta cuestión debe incluirse en la Conferencia sobre el Futuro de Europa. A tal fin, el CESE llama la atención sobre las recomendaciones del informe de la Comisión de Alto Nivel sobre el Empleo en el Ámbito de la Salud y el Crecimiento Económico de la OMS titulado «Working for health and growth: investing in the health workforce» (Trabajar por la salud y el crecimiento: invertir en el personal sanitario) y el Plan de acción quinquenal sobre el empleo en el ámbito de la salud y el crecimiento económico integrador (2017-2021), que debería ejecutarse como parte de la mejora de la preparación de la UE ante futuras emergencias sanitarias.

2.15. Una Unión Europea de la Salud genuina e inclusiva no puede lograrse solo con las medidas propuestas. Debe ir más allá de la mera gestión de crisis y, en última instancia, aspirar a una Europa en la que toda la población disfrute del nivel sanitario más elevado posible con igualdad de acceso a un tratamiento de alta calidad. Debería servir para impulsar un cambio sistémico para estar mejor preparada no solo para la próxima pandemia, sino también para otros retos sanitarios transfronterizos como la resistencia a los antimicrobianos y las epidemias de obesidad y enfermedades no transmisibles que afectan a todos los países europeos. Asimismo, debería hacer suyo el concepto «Una sola salud», que profundiza en el vínculo entre el bienestar humano, animal y medioambiental para preservar nuestra salud.

2.16. Dado que, en numerosos Estados miembros, son los entes de nivel regional o local los que se encargan de la prevención y de prestar servicios sanitarios, reviste una enorme importancia que el paquete de medidas sanitarias de la UE prevea una gobernanza multinivel que incluya plenamente a las autoridades locales y regionales, las organizaciones de emergencia y los proveedores de servicios. Debe quedar claro que, en caso de un incidente sanitario grave, las autoridades locales desempeñarán un papel esencial en la transmisión de información y datos y en la comunicación de la disponibilidad de camas hospitalarias, personal de enfermería y dispositivos y medicamentos capaces de salvar vidas en su localidad. Esta información debe recabarse de manera centralizada a escala de la Unión y, en el caso de las regiones fronterizas, debe demostrarse solidaridad entre los Estados miembros en lo que respecta al apoyo a las regiones vecinas y los países candidatos a la adhesión a la UE cuya capacidad para prestar asistencia sanitaria de emergencia se haya visto desbordada. En algunos Estados miembros, los servicios sanitarios los prestan empresas de la economía social como entidades sin ánimo de lucro, como las mutuas de seguros de enfermedad. En todos los Estados miembros deberían existir marcos jurídicos y financieros adecuados para este tipo de servicios, con el fin de garantizar su participación directa en las medidas de la UE, una competencia leal y una convergencia al alza en términos de calidad y accesibilidad, al mismo tiempo que se asegura el mantenimiento del principio de la salud como bien público. Además, teniendo en cuenta su Dictamen «Hacia un marco jurídico europeo adaptado para las empresas de la economía social», el CESE propone introducir en la legislación de la UE un marco jurídico adecuado para procurar un mejor reconocimiento de las empresas de la economía social. El equipo central de recogida de datos de la UE debe dirigirse a todas las partes interesadas de los Estados miembros de forma directa, digital y rápida, para maximizar la precisión de los datos recogidos y la calidad de la respuesta coordinada de la UE.

2.17. La UE también deberá examinar con mayor detenimiento la contratación, la retención y las condiciones laborales de los trabajadores de la asistencia sanitaria y social. Debe otorgarse prioridad, asimismo, a la seguridad de estos trabajadores, dado el número de víctimas mortales registrado durante la pandemia. Además, la UE deberá recopilar datos pertinentes y transparentes sobre el impacto de la COVID-19 en los trabajadores de la asistencia sanitaria y social. Esto permitirá a la UE y a los Estados miembros evaluar con mayor precisión las repercusiones a largo plazo de la COVID-19 y desarrollar medidas para garantizar que los sistemas de asistencia sanitaria estén mejor preparados para futuras emergencias sanitarias.

([7]) https://www.aim-mutual.org/mediaroom/tackling-medical-deserts-across-the-eu/.

2.18. Parece existir un solapamiento entre los objetivos de los distintos Reglamentos. No está claro cómo funcionará en la práctica el reparto de competencias. Tampoco queda claro qué agencia u organismo asumirá la gestión en situaciones de solapamiento de las actuaciones, lo que podría dar lugar a confusión e ineficiencia en los esfuerzos de coordinación de la UE. Es preciso aclarar este punto. En aquellos casos en que se mantenga la duplicación en los diferentes Reglamentos, se deberá actuar con cuidado para garantizar que se dispone de un conjunto común de definiciones de todos los conceptos evocados, como por ejemplo qué constituye una «crisis de salud pública».

2.19. La COVID-19 ha puesto el foco en la fragmentación de la arquitectura sanitaria de la UE y la necesidad de reforzar el papel de todas las agencias europeas pertinentes. A pesar de la financiación de la UE, la inversión sigue siendo insuficiente a la vista de la magnitud de los retos, también en el ámbito de la prevención. El CESE también lamenta que la inversión en salud del Mecanismo de Recuperación y Resiliencia se haya reducido en comparación con la prevista en la propuesta de la Comisión. A su juicio, se trata de un error importante.

2.20. El CESE insta a que se actúe con cautela a la hora de adoptar propuestas en el marco del paquete. Aunque, en líneas generales, apoya el paquete de Reglamentos, el CESE espera que se lleve a cabo una evaluación de la situación y de la adecuación del conjunto de medidas una vez que haya finalizado la pandemia y se tenga una imagen más clara de su impacto.

3. **Reglamento de la UE sobre las amenazas transfronterizas graves para la salud**

3.1. El CESE acoge favorablemente este Reglamento, que dará lugar a la creación de un marco jurídico más sólido y exhaustivo que permitirá a la Unión prepararse mejor y reaccionar con rapidez ante las amenazas transfronterizas para la salud.

3.2. En opinión del CESE, los mecanismos de coordinación actuales son altamente insuficientes para contener la pandemia de la COVID-19 y proteger a las personas que residen en la UE, en la medida en que:

3.2.1. los mecanismos actuales de seguridad sanitaria, basados en el sistema de alerta precoz y respuesta para la vigilancia y control de las enfermedades transmisibles (SAPR) y el intercambio de información y la cooperación en el seno del Comité de Seguridad Sanitaria, poco pudieron hacer para activar una respuesta común oportuna a escala de la UE, coordinar los aspectos cruciales de la comunicación de riesgos o garantizar la solidaridad entre los Estados miembros.

3.2.2. Se adoptó un enfoque fragmentado para contener el virus, lo que socavó la capacidad de Europa para evitar su propagación. En demasiados Estados miembros, las medidas adoptadas no se llevaron a cabo con arreglo al asesoramiento científico. Estas deficiencias se han visto reflejadas en la tasa de infección de los países que tardaron en adoptar medidas preventivas, no impusieron confinamientos u optaron por un enfoque basado en la «inmunidad de grupo». Las circunstancias geográficas específicas de los Estados miembros, como las fronteras que comparten con otros países con altas tasas de infección o los que experimentan un flujo significativo de migrantes y refugiados, no se tuvieron suficientemente en cuenta.

3.2.3. Las personas residentes en centros de asistencia institucional fueron especialmente propensas a contraer la infección, lo cual desembocó en un número desproporcionado de las víctimas mortales. Por ejemplo, los datos disponibles indican que las personas en dichos centros registraron, y siguen registrando, las tasas más altas de infección y mortalidad por COVID-19. En Eslovenia, por ejemplo, el 81 % de las muertes por COVID-19 se produjeron entre residentes en centros de asistencia ([8]). El virus ha ejercido un impacto devastador en estos entornos y la futura acción de la UE en materia de seguridad sanitaria debería subsanar plenamente estas deficiencias.

3.2.4. Cuando las unidades de atención primaria y de urgencias se saturaron, las personas con mayor riesgo de infección y de sufrir complicaciones graves de salud fueron las primeras a las que se les negó el tratamiento con arreglo a sistemas de *triaje*. Las personas de edad avanzada y las personas con discapacidad corrieron un riesgo especial de que se les denegara un tratamiento de urgencia.

3.2.5. Al inicio de la pandemia se registraron graves carencias de equipos de protección individual (EPI) y de equipos médicos en general. La pandemia expuso la existencia de grietas en la solidaridad de la UE, y algunos Estados miembros impidieron la exportación de EPI o respiradores a otros Estados miembros que los necesitaban urgentemente. La ausencia de evaluación de tecnologías sanitarias centralizada por la UE para los medicamentos y los productos sanitarios también se hizo patente como un problema considerable. Se trata de cuestiones que la UE nunca debería tener que afrontar de nuevo.

([8]) A. Comas-Herrera y cols., *Mortality associated with COVID-19 outbreaks in care homes: early international evidence* (mayo de 2020).

3.2.6. Escasearon los datos desglosados sobre los colectivos más afectados por la COVID-19, lo que dificultó los intentos de identificar y proteger a las personas con mayor riesgo.

3.2.7. La comunicación incoherente con la población y las distintas partes interesadas, como los profesionales sanitarios de toda la UE, así como entre los Estados miembros, repercutió negativamente en la eficacia de la respuesta desde la perspectiva de la salud pública. También existe una falta de aplicación efectiva de las herramientas de sanidad electrónica de la UE y de las nuevas tecnologías de inteligencia artificial.

3.3. En opinión del CESE, el Reglamento de la UE sobre las amenazas transfronterizas graves para la salud podría ayudar a aliviar estos problemas en futuras crisis sanitarias a escala de la UE mediante:

3.3.1. El establecimiento de un procedimiento de contratación pública conjunta de la UE y la creación de reservas estratégicas a través de rescEU para ayudar a mitigar carencias similares durante futuras crisis sanitarias a escala de toda la Unión. Será especialmente importante proporcionar medicamentos que sean útiles para toda la población y, en los casos en los que determinados colectivos requieran formas de tratamiento adaptadas o alternativas debido a su edad, sexo y género, estado de salud o discapacidad, estas situaciones deberán tenerse plenamente en cuenta.

3.3.2. La instauración de un marco legislativo completo que regule e implemente eficazmente la actuación a escala de la Unión en materia de preparación, vigilancia, evaluación de los riesgos, y alerta precoz y respuesta. La preparación para proteger a los grupos de alto riesgo debe comenzar de inmediato, sobre todo respecto de quienes habitan en agrupamientos e instituciones en las que, según se ha demostrado, resulta muy difícil brindar a los residentes un grado suficiente de protección y respetar sus derechos; también debe garantizarse la salud y la seguridad en lo relativo a las condiciones de trabajo y una dotación adecuada de personal tanto en el sector sanitario como en el asistencial. Este Reglamento debe prever igualmente un mejor seguimiento de la escasez de personal sanitario y asistencial con el fin de ayudar a los Estados miembros, a la Comisión Europea y a los interlocutores sociales nacionales y europeos a estudiar soluciones para hacer más atractivo el trabajo en el sector y, de este modo, mejorar la contratación y la permanencia.

3.3.3. Movilizar los conocimientos científicos especializados y el diálogo interdisciplinario de manera coordinada. A juicio del CESE, esta labor debe ir de la mano de la utilización de los recursos técnicos especializados de la sociedad civil, en particular de las organizaciones que representan a colectivos que corren un alto riesgo en situaciones de pandemia como las personas de edad avanzada, las personas sin hogar, las personas pertenecientes a minorías étnicas y las personas con discapacidad. También debe incluir al sector sanitario, al sector de la investigación y a otros agentes pertinentes, como las empresas de la economía social.

3.3.4. Habilitar al Comité de Seguridad Sanitaria (CSS) de la UE para que formule directrices respecto a la adopción de medidas comunes a escala de la Unión a fin de hacer frente a una futura amenaza transfronteriza para la salud. Debería consultarse e incluirse en la gobernanza del Comité a los interlocutores sociales europeos del sector de la salud (por ejemplo, en el Comité de Diálogo Social Europeo para el Sector Sanitario).

3.3.5. Facilitar la notificación de datos del sistema sanitario y otros datos pertinentes para la gestión de amenazas transfronterizas. Los datos así recabados deben desglosarse para obtener una visión más clara a escala de la Unión de los colectivos que corren mayor riesgo y pueden verse más afectados por las amenazas para la salud. Los datos deben tener en cuenta el género, la edad, la etnia, el origen migrante, la discapacidad y las enfermedades crónicas. También deben incluir datos sobre la disponibilidad de profesionales de la salud y la asistencia social, las existencias de medicamentos, productos sanitarios y equipos de protección personal, la capacidad y las camas de cuidados intensivos y cuidados agudos y las camas en uso, los respiradores y respiradores en uso, la capacidad para efectuar pruebas y las pruebas realizadas, así como datos sobre la dotación de recursos para los servicios de salud pública para garantizar dotaciones de personal adecuadas y orientadas a las necesidades, en particular la dotación de personal por habitante para la medicina comunitaria. También es importante recopilar información sobre el carácter inclusivo de los sistemas sanitarios nacionales para garantizar una mayor igualdad de acceso. Estos datos deberían utilizarse para adoptar recomendaciones, también sobre las ratios de recursos por habitante, en particular el número de profesionales de la salud y la asistencia social, elaboradas sobre la base de buenas prácticas y evaluaciones de políticas.

3.3.6. La creación de nuevas redes de laboratorios de la UE. Debe prestarse atención a la manera de garantizar que las innovaciones y respuestas médicas sean accesibles para todos, con independencia de su Estado miembro o región de residencia, y a cómo procurar que resulten asequibles para toda la población.

3.3.7. Programas de formación para especialistas, que también deberán tener en cuenta las necesidades específicas de los diferentes perfiles de pacientes y trabajadores sanitarios y asistenciales y el avance hacia la sanidad electrónica y la telemedicina. Durante la pandemia de la COVID-19 se ha comprobado que la edad y la preexistencia de diversas afecciones y discapacidades han ejercido un enorme impacto en el riesgo de presentar síntomas graves y fallecer. En lo que atañe, en

particular, a las personas con discapacidad y enfermedades crónicas, es crucial que los especialistas comprendan cómo consultar correctamente a los pacientes, respetar la libre voluntad de todos y garantizar que nadie sea obligado a recibir tratamiento alguno. La formación debe ser coherente con el concepto «Una sola salud». Además, en las regiones fronterizas, deben fomentarse los ejercicios transfronterizos conjuntos y el conocimiento de los sistemas de salud pública.

4. **Centro Europeo de Prevención y Control de Enfermedades**

4.1. El CESE acoge con satisfacción el refuerzo del mandato del Centro Europeo para la Prevención y el Control de las Enfermedades (en lo sucesivo, CEPCE o «el Centro»), que aborda la vigilancia, la preparación, la alerta temprana y la respuesta en un marco reforzado de seguridad sanitaria de la UE.

4.2. Esta extensión y ampliación del mandato del Centro se produce en un momento oportuno y, si tiene éxito, constituirá un pilar fundamental para que la Unión pueda abordar mejor la pandemia de COVID-19. También puede propiciar que se aborden las carencias que la pandemia ha puesto de relieve en la sanidad pública y la respuesta a la crisis sanitaria a escala nacional y de la UE.

4.3. En opinión del CESE, el Centro no contaba con el mandato, los mecanismos y los recursos necesarios para responder a la pandemia de COVID-19 de manera coherente y eficaz.

4.4. El principio de subsidiariedad se aplica a las cuestiones de salud pública nacional. Sin embargo, en nuestra Unión, que conlleva un desplazamiento significativo de personas y mercancías a través de las fronteras, todas las enfermedades transmisibles representan, potencialmente, amenazas transfronterizas para la salud que han de ser objeto de actuaciones de vigilancia, preparación, evaluación de riesgos, alerta temprana y respuesta a escala de la UE.

4.5. La pandemia ha puesto de manifiesto la relación perniciosa existente entre enfermedades transmisibles y no transmisibles. La gran mayoría de las muertes por COVID-19 se han relacionado con problemas de salud subyacentes y preexistentes, y el acceso de los pacientes con enfermedades crónicas al tratamiento se ha visto dificultado por la pandemia. Por ello, el mecanismo de respuesta a las crisis y la Unión Europea de la Salud también deberían contemplar las enfermedades no transmisibles.

4.6. La evaluación externa del Centro publicada en septiembre de 2019 puso de relieve vías importantes para la consolidación de la entidad. Se destacó la necesidad de reforzar la pertinencia respecto a los Estados miembros, y de centrarse en abordar las brechas y deficiencias estructurales existentes en los sistemas de salud pública de los Estados miembros que afectan a su capacidad para contribuir eficazmente a las actividades del CEPCE y beneficiarse de manera óptima de estas. La evaluación subrayó la necesidad de revisar y ampliar el mandato del Centro, así como de modificar el Reglamento vigente.

4.7. El CESE señala que la protección de la salud es fundamental para la protección de los derechos humanos. Que no se aborden adecuadamente las tareas de investigación, preparación, alerta y respuesta frente a las amenazas para la salud, como se ha seguido observando durante la pandemia, socava los derechos humanos, en concreto el derecho a la salud, y agrava las desigualdades.

4.8. La propuesta incluye mejoras importantes en las capacidades del Centro:

— refuerzo de la capacidad para supervisar la situación sanitaria con la ayuda de sistemas de vigilancia digitalizados;

— una mejor preparación de los Estados miembros, mediante la formulación de planes nacionales de prevención y respuesta, y capacidades reforzadas para la integración de respuestas sanitarias rápidas;

— medidas reforzadas para controlar epidemias y brotes con arreglo a recomendaciones vinculantes en materia de gestión de riesgos;

— ampliación de la capacidad de movilización y despliegue del Grupo de Trabajo sobre Salud de la UE;

— seguimiento y evaluación de la capacidad de los sistemas sanitarios para el diagnóstico, la prevención y el tratamiento de enfermedades transmisibles y no transmisibles específicas;

— refuerzo de la capacidad para identificar a los grupos de población de mayor riesgo y que necesitan medidas de respuesta concretas;

— consolidación de los vínculos entre la investigación, la preparación y la respuesta, y coordinación de políticas entre el ámbito de la salud pública y las comunidades de investigación;

— desarrollo de competencias para la protección de la salud mediante la coordinación de una nueva red de laboratorios de referencia de la Unión, y una nueva red de servicios nacionales que apoye las transfusiones, los trasplantes y la reproducción médicamente asistida;

— ampliación de los estudios sobre enfermedades transmisibles;

— contribución al compromiso de la UE con la seguridad y la preparación en materia sanitaria a escala mundial.

4.9. El CESE ha abogado reiteradamente por el fortalecimiento de la inversión en salud pública en la UE. A tal efecto, mediante el refuerzo del mandato del Centro, será importante tener en cuenta lo siguiente:

4.9.1. el Centro debe disponer del mandato y los recursos necesarios para abordar las desigualdades en materia de salud y garantizar que las respuestas sanitarias de la UE se dirijan a aquellos clasificados como grupos de mayor riesgo por expertos científicos multidisciplinares. La identificación de las personas con mayor riesgo debe basarse en datos desagregados de calidad que incluyan a estas poblaciones. Esta labor debe contar con la participación significativa de la sociedad civil, los interlocutores sociales, los proveedores de servicios y los miembros de las comunidades más afectadas. La coordinación entre los sistemas de salud pública, la profesión médica y la sociedad civil, incluidos los interlocutores sociales y las empresas de la economía social que trabajan en el ámbito de la salud, es clave para la puesta en común de información.

4.9.2. La salud no es una cuestión aislada sino que está estrechamente vinculada a un nivel de vida digno, un trabajo decente, una vivienda y una nutrición adecuadas, así como una gama completa de servicios y ayudas. La UE ya se ha comprometido a impulsar una Europa social a través del pilar europeo de derechos sociales. El Centro debe equiparse, asimismo, para calibrar la situación y formular recomendaciones a las estructuras pertinentes de la UE, como las que supervisan el proceso del Semestre Europeo y el nuevo cuadro de indicadores sociales del pilar europeo de derechos sociales. En coordinación con estas estructuras, debe ser capaz de orientar a los Estados miembros en relación con los determinantes sociales y la manera de mejorar la salud abordando estos determinantes.

4.9.3. El Centro debe recibir el mandato de supervisar las inversiones y formular recomendaciones sobre la financiación de la vigilancia de la salud, la evaluación de riesgos, la preparación y la respuesta, tanto a escala de la UE como nacional.

4.9.4. El CEPCE y los centros nacionales para el control de enfermedades deben colaborar en las tareas de vigilancia sistemática. Juntos, deben supervisar sobre quién se ciernen mayores amenazas para la salud, detectar casos y puntos críticos, determinar tendencias y formular recomendaciones.

5. **Reglamento de la UE sobre un papel reforzado de la Agencia Europea de Medicamentos**

5.1. El CESE acoge con satisfacción el renovado papel de la Agencia Europea de Medicamentos (en lo sucesivo «la Agencia» o EMA, por sus siglas en inglés) y su mayor capacidad para mitigar la escasez de medicamentos y productos sanitarios en toda la UE.

5.2. A su juicio, hasta ahora el papel de la EMA era insuficiente para afrontar los retos que plantea la pandemia de la COVID-19, sobre todo teniendo en cuenta que, al inicio de la misma en particular, la UE adoleció de graves carencias de equipos médicos capaces de salvar vidas, como los respiradores. La escasez fue especialmente notable en algunos Estados miembros, y la coordinación en la distribución de dispositivos y EPI resultó insuficiente en toda la Unión.

5.3. El papel renovado y la capacidad ampliada de la EMA, que se activarán en caso de que se produzca otra crisis sanitaria a escala de la UE, contribuirán a aliviar los problemas observados durante la pandemia de la COVID-19 mediante:

5.3.1. la creación de un Grupo Director sobre Medicamentos y un Grupo Director sobre Productos Sanitarios que informarán a la Comisión y los Estados miembros sobre las carencias o los riesgos de futuras carencias. Los Grupos Directores, constituidos por expertos de toda la UE para ofrecer un enfoque coordinado, deben contar con profesionales especializados en el tratamiento médico adaptado para aquellas personas con mayor riesgo de sufrir complicaciones sanitarias en situaciones de pandemia como la que acabamos de experimentar. Por supuesto, esto dependerá del tipo de

crisis sanitaria que atraviese la UE, pero normalmente exigirá conocimientos sobre el tratamiento adaptado de personas de edad avanzada, personas con discapacidad y personas con enfermedades graves, siempre en función de su sexo y género. Las organizaciones de la sociedad civil también deberán ser incluidas y consultadas adecuadamente;

5.3.2. la reacción antes de que se dé una escasez de medicamentos y la detección de posibles carencias. Así se deberá actuar no solo en el caso de los medicamentos más comúnmente utilizados en el mercado en la UE, sino también para garantizar la disponibilidad continua de medicamentos y productos sanitarios para enfermedades más raras, en todos los Estados miembros y en todas las localidades cuando sea necesario;

5.3.3. la coordinación de estudios junto con el Centro Europeo para la Prevención y el Control de las Enfermedades (CEPCE), con el fin de supervisar la eficacia y la seguridad de las vacunas, y la facilitación de una «revisión continua» en la que un grupo de trabajo analizará los datos y las pruebas procedentes de ensayos clínicos en tiempo real para acelerar el proceso. Este grupo de trabajo también prestará asesoramiento científico sobre los proyectos de ensayos clínicos de medicamentos y vacunas. En cumplimiento de este mandato, el grupo de trabajo deberá fomentar el establecimiento de los objetivos de rendimiento más pertinentes clínicamente para los medicamentos que deben medirse en ensayos clínicos. La Agencia ya ofrece asesoramiento científico, pero este se abordará ahora de forma acelerada en un plazo de veinte días y de manera gratuita.

5.4. Existen varios retos para la EMA en cuanto a sus actividades futuras. La Agencia debe garantizar que el suministro de medicamentos y productos sanitarios en toda la UE no solo sea coherente y suficiente, sino que se disponga además de existencias asequibles para los ciudadanos.

5.5. En estos momentos, el mayor reto consiste en el despliegue de las vacunas contra la COVID-19. Hay que lamentar que la estrategia de la UE en materia de vacunación pase por alto que ciertos grupos de alto riesgo puedan optar a una vacunación por vía rápida, como en el caso de las personas con discapacidad y las que padecen enfermedades crónicas El orden del tratamiento debe definirse mediante análisis científicos multidisciplinares que tengan en cuenta la discriminación y la exposición de los grupos de personas al virus. La vacuna debe tratarse como un bien público y, como tal, es crucial garantizar que la administración oportuna de vacunas a la población no se vea obstaculizada en exceso por restricciones vinculadas a aspectos como los derechos de propiedad intelectual. Aunque salvar vidas debe seguir siendo una prioridad absoluta de la UE, la Comisión Europea también reconoce que el respeto adecuado de los derechos de propiedad intelectual es crucial para que Europa siga siendo el continente líder en el desarrollo de vacunas.

5.6. Durante la pandemia de COVID-19, la EMA ha compartido proactivamente datos sobre vacunas y medicamentos aprobados e información sobre la realización de las actividades de la Agencia. La EMA también ha explicado al público los procesos reglamentarios. Este nivel de transparencia se considera muy beneficioso y debería garantizarse también en el futuro. A tal fin, el Reglamento debe incluir una disposición que establezca que deben publicarse todos los datos de ensayos clínicos basándose en los cuales la Agencia autoriza medicamentos o vacunas, así como los protocolos de ensayos clínicos sobre los que la Agencia presta asesoramiento, en consonancia con el Reglamento sobre ensayos clínicos.

5.7. El CESE anima a la EMA a que colabore con todas las partes interesadas en el ámbito de la salud con el fin de establecer un modelo europeo para la fijación justa, responsable y transparente de los precios de los medicamentos y para las innovaciones farmacéuticas accesibles.

6. **Autoridad Europea de Preparación y Respuesta ante Emergencias Sanitarias**

6.1. La UE prevé la creación de una Autoridad Europea de Preparación y Respuesta ante Emergencias Sanitarias (HERA, por sus siglas en inglés). La propuesta legislativa para crear la Agencia debe publicarse en el cuarto trimestre de 2021, pero el esbozo de la HERA ya ha aparecido en la Estrategia Farmacéutica para Europa recientemente publicada.

6.2. El plan consiste en que la HERA subsane un importante déficit estructural en la infraestructura de preparación y respuesta a las crisis de la UE. Reforzará la coordinación entre los Estados miembros mediante el desarrollo de inversiones estratégicas destinadas a la investigación, el desarrollo, la fabricación, el despliegue, la distribución y el uso de contramedidas médicas. Para lograrlo, la HERA ayudará a la UE a responder mejor a las necesidades sanitarias que se planteen mediante las siguientes actuaciones:

— anticipar «amenazas específicas y la tecnologías habilitadoras mediante el análisis y la prospección del horizonte». Esto requerirá un nivel considerable de difusión entre los grupos de la sociedad civil que representan a personas que normalmente corren un mayor riesgo durante las emergencias sanitarias, con el fin de calibrar la medida en que las posibles amenazas pueden ejercer un efecto desproporcionado en dichas personas;

— identificar y abordar brechas de inversión en contramedidas clave, incluido el avance de antimicrobianos innovadores;

— realizar un seguimiento y concentrar la capacidad de producción, los requisitos y la disponibilidad de materias primas, abordando así las vulnerabilidades de la cadena de suministro;

— apoyar el desarrollo de soluciones tecnológicas transversales, como las tecnologías de las plataformas de vacunación, en las que se fundamentan la preparación y la planificación de las respuestas frente a futuras amenazas para la salud pública;

— desarrollar contramedidas específicas, también mediante la investigación, los ensayos clínicos y la infraestructura de datos.

6.3. El CESE pone en cuestión el solapamiento entre los objetivos previstos en el marco de la HERA y los del CEPCE, la EMA y el Reglamento sobre amenazas transfronterizas graves para la salud. Las cuestiones relativas a la preparación ante crisis, la investigación, los datos y la distribución coordinada de medicamentos y productos sanitarios parecen estar contempladas por los Reglamentos citados. Por tanto, el valor añadido de la HERA parece poco claro, y quizá incluso podría difuminar las líneas que delimitan qué organismo es responsable respecto de qué área de coordinación sanitaria. Por ejemplo, no está claro si las recomendaciones procedentes de la HERA prevalecerían sobre las formuladas por la EMA en caso de que estalle otra epidemia que afecte a la UE.

6.4. La HERA debe ser una organización exclusivamente pública con una misión de salud pública clara, que no pueda asimilarse a determinadas facetas de la política industrial, y estar en situación de pronunciarse con independencia de la industria farmacéutica y diseñar soluciones orientadas por consideraciones de salud pública (por ejemplo, en el ámbito de la lucha contra la resistencia a los antimicrobianos). Debe contar con un presupuesto considerable que permita una planificación independiente a largo plazo. Debe contemplarse una cláusula de precios razonables en los textos jurídicos que rigen el funcionamiento de la HERA.

6.5. Sin embargo, lo que puede percibirse como valor añadido de la HERA es la función de coordinación respecto a la fabricación de equipos médicos y de protección, así como de medicamentos. El seguimiento y la puesta en común de capacidades de producción, los requisitos de materias primas y la disponibilidad de estas constituyen, asimismo, un ámbito en el que la HERA se disociará de la labor que llevan a cabo la EMA y el CEPCE. El éxito de la HERA dependerá de que sea una agencia pública fuerte, independiente y transparente. El interés público debe ocupar un lugar central y plasmarse en sus prioridades, su gobernanza y sus acciones. Garantizar un mejor desglose de los datos por grupos vulnerables será un requisito previo para luchar contra las desigualdades en materia de salud.

6.6. El CESE considera que quedan cuestiones sin abordar y que, lógicamente, podría habilitarse a la HERA para ejercer una labor de supervisión, y que a tales cuestiones no se ha aludido hasta ahora en ningún documento. La HERA constituye una auténtica oportunidad para aprovechar la excelencia de la ciencia europea, extraer las lecciones de la crisis actual y garantizar que el sector público actúe como un inversor prudente que impulse una innovación significativa y basada en las necesidades de salud pública. A la luz de los solapamientos con la labor de otras autoridades, podría resultar conveniente adaptar el alcance y las responsabilidades de la HERA para incluir:

6.6.1. la coordinación de un grupo de trabajo de la UE centrado específicamente en el impacto que ejercen las emergencias sanitarias en los grupos sociales de alto riesgo así como en los trabajadores sanitarios y asistenciales. Este grupo de trabajo podría centrarse, aunque no exclusivamente, en las personas de edad avanzada, las personas con enfermedades y las personas con discapacidad;

6.6.2. la priorización de la no discriminación en la respuesta de la UE a futuras pandemias, garantizando que las medidas preventivas, la atención y los tratamientos médicos de urgencia estén disponibles para todos, incluidas las personas sin hogar, las comunidades itinerantes y los indocumentados residentes en la UE, todos los cuales corren el riesgo de que no se les tenga en cuenta durante una respuesta pública a una crisis sanitarias;

6.6.3. campañas de comunicación durante las emergencias sanitarias para que las personas tengan un mejor nivel de conocimientos sobre cómo protegerse, qué adaptaciones deben realizar en sus actividades diarias para preservar su seguridad y, en caso de disponer de tratamientos y cuando los haya, cómo acceder a los mismos. Esta comunicación debe dirigirse directamente al público, ser accesible para todas las personas y tener en cuenta las necesidades particulares de grupos de alto riesgo como las personas de edad avanzada, las personas con enfermedades y las personas con discapacidad. Durante la actual pandemia de la COVID-19, esta comunicación ha dependido en gran medida de la labor realizada por las organizaciones de la sociedad civil. Por lo tanto, deben ser consultadas a este respecto.

6.6.4. La estructura de gobernanza de la HERA debe ser transparente y equilibrada, incluir a las organizaciones de pacientes y de salud pública, la sociedad civil y los interlocutores sociales, así como a representantes de la comunidad investigadora. Aunque las empresas serán socios importantes, no deberán formar parte de ninguna estructura de gobernanza de esta nueva organización pública. El sector de la salud pública identificará por sí mismo las necesidades mundiales pendientes y el objetivo estribará en ser partícipes en el desarrollo de nuevos productos para introducirlos en el mercado.

Bruselas, 27 de abril de 2021.

La Presidenta
del Comité Económico y Social Europeo
Christa SCHWENG