



FEANTSA

Salud y Bienestar para Todas las personas _ Servicios de Salud Holísticos para las personas en situación de Sin Hogar

Junio de 2013

Salud y Bienestar para todas las personas _ Servicios de Salud Holísticos para las personas en situación de Sin Hogar

■ European Federation of National Associations Working with the Homeless AISBL

Fédération Européenne d'Associations Nationales Travaillant avec les Sans-Abri AISBL

194 Chaussée de Louvain ■ 1210 Brussels ■ Belgium ■ Tel.: +32 2 538 66 69 ■ Fax: +32 2 539 41 74 ■ office@feantsa.org ■ www.feantsa.org

Este documento pretende proporcionar elementos de decisión a las personas encargadas de diseñar políticas en el área de la salud como marco para abordar las necesidades de salud de las personas que están sin hogar. Identifica los elementos clave de un sistema salud y de asistencia social coordinados que puedan guiar la implementación, desarrollo y diseño de la política de servicio y salud integrada y coordinada. También reflexiona sobre el papel de la UE en relación a invertir y promover este tipo de políticas.¹

Estado de la cuestión: Sin hogarismo, vivienda y salud

Una persona está en situación de sin hogar cuando no tiene un lugar para vivir en seguridad, paz y dignidad². Falta de vivienda y exclusión de la vivienda puede tomar diversas formas: gente durmiendo al raso y viviendo en espacios públicos, personas usuarias de centros de día o de noche para sin hogar o en alojamiento temporal, así como personas que actualmente viven bajo la tutela del Estado, hospitales, en la cárcel, sin una vivienda adecuada a la que incorporarse y personas que viven en alojamientos inadecuados o inseguros que pueden ser no aptos como vivienda, sufrir hacinamiento o que no tengan un derecho reconocido de tenencia/usufructo³. El sin hogarismo es causado por los problemas estructurales o de interacción como la falta de vivienda o desempleo y causas individuales interrelacionadas como por ejemplo deudas, desintegración familiar o mala salud.

Disponer de una vivienda en condiciones es un determinante social de salud que afecta a la capacidad para mantener una vida sana. La mala calidad del alojamiento es la causa de muchos de los problemas de salud de las personas sin hogar y a menudo complica el abordaje de la situación así como la recuperación y la salida de la misma. Disponer de vivienda estable y adecuada está relacionado directamente con tener buena salud, mientras que permanecer en alojamientos inseguros, inasequibles e inestables aumenta el riesgo de problemas de salud.

Hay claros vínculos causales entre los resultados de la falta de vivienda y la mala salud. La enfermedad puede causar, contribuir y agravar la falta de vivienda, y ésta puede causar o contribuir a exacerbar los problemas de salud. No hay una respuesta fácil a este debate, pero sabemos que la situación de sin hogar genera un impacto importante, tanto en su salud física como mental. Las personas que están sin hogar experimentan niveles más altos de mala salud física y mental que sus iguales que no están en esta situación⁴. Además, personas sin hogar consumidoras de drogas y alcohol tienden a usar estas sustancias con más frecuencia, aumentado en cantidad y en formas menos seguras de consumo. El comportamiento de riesgo se correlaciona con la inestabilidad residencial, con los más altos niveles de riesgo para quienes están en espacios públicos y recursos de emergencia y primera acogida⁵.

Algunas personas sin hogar, en particular quienes están en espacios públicos, así como personas usuarias a largo plazo en centros de primera acogida y emergencia, se ven particularmente afectadas por una morbilidad múltiple incluyendo alcohol o dependencia a otras drogas, problemas de salud mental y problemas de salud

¹ N. del T.: Este Policy Paper, ha sido realizado por el Grupo de Salud y Protección Social, de FEANTSA. La versión original del mismo, en inglés, en:

http://www.feantsa.org/spip.php?action=acceder_documento&arg=1636&cle=954b24c2eca7e32b1303c2147740a4de4f748ea6&file=pdf%2Ffeantsa_health_policy_paper-2.pdf

La traducción al castellano ha sido realizada por Joan Uribe Vilarrodona, miembro del citado grupo

² CESCR General Comment No 4

³ Para más información sobre categorías: ver definición ETHOS <http://feantsa.org/spip.php?article120>

⁴ La identificación de problemas crónicos de salud para personas sin hogar incluye virus transmitidos por sangre, especialmente Hepatitis C, infecciones de la piel, tuberculosis. También enfermedades cardiovasculares, depresión, trastorno de estrés posttraumático, desnutrición, afecciones odontológicas, entre otros.

⁵ Lawless and Corr, 2005

física⁶ así como a altas tasas de mortalidad prematura. A pesar de esta importante carga de riesgo en la salud, las personas sin hogar no tienen acceso a una atención médica de calidad. Esta relación entre la necesidad de atención a la salud y su disponibilidad real se ha denominado como *ley de cuidados inversos*. En otras palabras, aquellos que más la necesitan son los menos propensos a recibirla⁷.

Contexto: Un enfoque basado en los derechos a la salud de las personas en situación de sin hogar

Salud y falta de vivienda deben entenderse en el contexto de un abordaje multidimensional e integral⁸ la salud y en el marco de los derechos humanos y las desigualdades en la salud⁹. La mortalidad en las personas sin hogar es un ejemplo de desigualdad extrema. Personas que viven en la calle mueren un promedio de 20 años antes de que la población general¹⁰. El enfoque de salud deseado implica el reconocimiento de la responsabilidad del Estado para reducir estas desigualdades de salud y proteger el derecho a la salud para todos. Los cuatro elementos que son esenciales para la realización del derecho a la salud para todos son: la disponibilidad, la accesibilidad, la adecuación y el coste asequible.

- Disponibilidad: el cuidado de la salud debe estar disponible para todos los segmentos de la población. Esto implica que los servicios sean capaces de prestar realmente atención a todos, incluyendo a las personas sin hogar.
- Accesibilidad: Servicios de salud, bienes y servicios no sólo deben ser nominalmente disponibles, también se debe poder acceder de manera efectiva. Incluso cuando las personas sin hogar tienen derecho a recibir el servicio a menudo se enfrentan barreras informales como: barreras burocráticas, organizativas, financieras o sociales que limitan el acceso a esos servicios. El estigma, el prejuicio y la discriminación que impiden a las personas sin hogar recibir la adecuada atención de salud constituyen una barrera importante para la accesibilidad. La falta de información sobre los derechos de atención médica puede considerarse también como una barrera de acceso.
- Adecuación: los servicios de salud general pueden no ser adecuados para atender las necesidades complejas de salud de las personas sin hogar. Pueden ser insuficientes, a menudo implican largas esperas, precisan de numerosos formularios y/o documentación e implican esperas en abarrotadas salas de espera, de las que con frecuencia son rechazados, formal o informalmente. Debido a la falta de flexibilidad para adaptarse a las necesidades de las personas sin hogar, los servicios de salud convencional también pueden ser inadecuados para prever la continuidad de la atención de personas sin hogar.
- Coste asequible: En muchos países, hay considerables costos asociados al acceso a la salud que convierten la atención sanitaria como inasequible a las personas sin hogar.

Es importante tener en cuenta que la plena realización del derecho a la salud¹¹ va más allá de la provisión del acceso a la atención médica. Por otra parte, además del sector de la salud, se requiere la acción de los sectores sociales y económicos para abordar los determinantes sociales más amplios que afectan directamente a la salud. Nos referimos a aspectos tales como la vivienda, la educación y el empleo. Además, los enfoques de salud pública, centrados en la lucha contra las desigualdades en la salud, deben abordar la tenencia de vivienda como parte de sus estrategias preventivas y deben reconocer la vivienda inadecuada y la falta de vivienda como un problema de salud.

⁶ El carácter complejo e interdependiente de las necesidades de salud de las personas sin hogar se recoge en la siguiente definición: persona sin hogar con múltiples necesidades que presente tres de los siguientes y sin contacto efectivo con los correspondientes servicios de salud; problemas de salud mental, abuso de sustancias diversas, trastornos de personalidad, comportamiento agresivo, dificultades por inteligencia límite, discapacidad, problemas de salud física, comportamientos problemáticos, vulnerabilidad debido a su edad. (homeless link, 2002)

⁷ Hart, Inverse care law, The Lancet, 1971

⁸ Al considerar los problemas de salud de las personas sin hogar, es útil tener en cuenta el amplio concepto de salud establecido por la OMS: "La salud es un estado de completo bienestar físico, mental y social y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades". Une los tres aspectos de la salud de una manera interconectada y no puede ser considerada separadamente.

⁹ Las desigualdades de la salud se entienden como las "diferencias sistemáticas en el estado de salud entre los diferentes grupos socio-económicos".

¹⁰ Trastornos psiquiátricos y la mortalidad entre personas en recursos de emergencia para personas sin hogar en Dinamarca: un estudio de cohorte basado en el registro a nivel nacional. (The Lancet, 2011)

¹¹ Right to health (Art 12 International Covenant on Economic, Social and Cultural Rights (ICESCR))

Ocho elementos para el desarrollo de un sistema de Asistencia Social y salud integrada y coordinada

En relación a la población general las personas sin hogar experimentan índices significativamente más altos de mortalidad, discapacidad y enfermedades crónicas. La mala salud a largo plazo de las personas sin hogar y los obstáculos identificados para la realización del derecho en estas personas, muestran que las estructuras de los servicios de salud, en relación a las necesidades de este colectivo, deberían ser repensadas. Debido al modelo de servicio de salud fragmentado, los pacientes sin hogar no siempre reciben el tratamiento adecuado en los ámbitos de atención diferenciados. Así pues, la coordinación de las diferentes partes del sistema de salud, tales como centros básicos de salud – o de asistencia primaria-, hospitales, salud mental, programas de drogas y alcohol podría evitar la situación que viven a menudo las personas sin hogar de ser ignorados de servicio o ser tratados sólo en relación a problemas de salud. Cambiar la mirada, permitiría que el conjunto de la situación de salud pudiera abordarse de una manera holística.

Para lograr mejores resultados de salud, hay también la necesidad de integrar mejor los servicios de salud con servicios sociales y de alojamiento. La evidencia muestra que sólo una respuesta multisectorial que incluya organizaciones de alojamiento, servicios sociales y servicios de salud puede encontrar soluciones a largo plazo a las necesidades de salud de las personas sin hogar. Los servicios integrados generan beneficios para la salud de las personas sin hogar, ya que reducen las barreras organizativas entre los distintos servicios y permite a las personas sin hogar recibir el apoyo que necesitan. Es importante tener en cuenta que los diferentes sistemas de financiación no deben ser una barrera para la integración de los servicios. Un sistema de asistencia social y salud integrada y coordinada debería incluir las siguientes ocho bases:

1. Servicios flexibles y adaptados a las personas sin hogar

Los servicios deben ser orientados al paciente, organizando el cuidado alrededor de la persona y en base a las necesidades del individuo. Esta personalización de servicios permitiría actuar en el mejor interés del paciente y permitiría la flexibilidad necesaria para facilitar el acceso de las personas sin hogar a la atención sanitaria. Un servicio de salud adecuado para las personas que están sin hogar es el que ofrece umbral bajo, alta calidad, respuestas flexibles, tolerantes y adaptadas a dar respuesta a sus necesidades de salud. Generalmente trabajan sobre la base de superar el modelo de cita médica y pueden dar servicio en espacios del ámbito social (por ejemplo, un centro médico en un centro de día o albergue) o servicios de calle, sobre el terreno (visitar en diferentes sitios o emplazamientos, incluyendo a las personas que habitan a la intemperie). Mientras que este modelo contribuye a la mejora de la prestación de atención médica para personas sin hogar, los servicios clásicos pueden reforzar aún más, en lugar de romper con ellos, los estereotipos hacia las personas que están sin hogar, pudiendo llegar los proveedores del servicio a sentirse absueltos de su obligación de proporcionar una atención de salud para todos. Los servicios especializados, por lo tanto, tienen un papel importante para ayudar a las personas sin hogar a hacer la transición para incorporarse a los servicios de salud.

2. Servicios de salud accesibles

Existe una clara necesidad para los proveedores de los servicios de salud de adaptar sus modelos existentes para poder cubrir las necesidades de salud de las personas sin hogar. El solo hecho de eliminar las barreras de acceso administrativo y físico con el que cargan las personas sin hogar no tiene porque implicar en sí mismo un mayor acceso a la salud de estas personas. En cambio, ampliar y mejorar la información sobre los servicios de salud y sus derechos facilita significativamente el acceso. Además, quienes están sin hogar deberían poder disponer de los servicios de "cuidadores flotantes" (enfermeras, trabajadores sociales o acompañantes profesionales) que ayudan a estos pacientes en la coordinación de todos los aspectos de la salud y en la "navegación" y acompañamiento continuado en el sistema de salud.

3. Entorno propicio

La desconfianza hacia el sistema de salud es una barrera de acceso particularmente importante para las personas sin hogar. Esta desconfianza a menudo tiene sus raíces en experiencias negativas anteriores con los proveedores de salud con el resultado de sensación de incomodidad e inseguridad en entornos de atención

médica. Para eliminar el estigma y la discriminación contra las personas sin hogar, es necesario aumentar la conciencia y comprensión de la naturaleza compleja e interdependiente de las necesidades de salud de estas personas entre profesionales de la salud, a través de la formación. El tratamiento desde el respeto y dentro de un ambiente de apoyo es crucial para el éxito, facilitando así su acceso a los servicios de salud.

4. Protocolos de alta hospitalaria centrados en el paciente

Los pacientes sin hogar a menudo son dados de alta cuando la atención más visible o en fase más aguda en relación a su admisión se ha resuelto, aunque frecuentemente, sin que situaciones tales como enfermedades mentales y consumos abusivos de sustancias adictivas, entre otras, no se hayan podido tratar. El alta temprana, a menudo deja a pacientes que carecen de vivienda demasiado enfermos para recuperarse de la enfermedad en un entorno de calle, recursos de emergencia o primera acogida, que no permiten la recuperación efectiva y, en consecuencia, a menudo vuelven a necesitar de la atención de emergencia¹². Por lo tanto es esencial para identificar a los pacientes que están sin hogar tan pronto como sea posible después de la admisión en el hospital con el fin de introducir medidas eficaces para hacer frente a sus necesidades de alojamiento en el momento de su alta. Un modelo de éxito son los hospitales que trabajan con equipos de especialistas que consisten en un profesional de enfermería especializado en personas salud sin hogar y un técnico de acompañamiento¹³ para asegurar que las personas sin hogar son alta cuando tienen un lugar adecuado para residir y el apoyo necesario para sus necesidades de atención continua. Como regla general, la vivienda debe ser una parte clave del alta hospitalaria.

5. Prevención y promoción de la salud

Las personas sin hogar tienen una auto percepción de su estado de salud por encima de la misma, lo que a menudo contrasta con las enfermedades realmente diagnosticadas. Esto es debido al mecanismo de supervivencia necesario para hacer frente a las condiciones de vida extremas. Además, se refiere a otras prioridades como el buscar refugio, alimentos y seguridad, que acaba siendo prioritario a atender su salud. Como resultado, las personas que están sin hogar ignoran los síntomas por un período más largo que el público en general y el acceso a los servicios de salud suele ser en una fase ya avanzada de la enfermedad y por lo general a través de servicios de emergencia. Las intervenciones de promoción de la salud y estrategias de prevención deben desarrollarse donde sean más asequibles para las personas sin hogar. Algunos ejemplos incluyen exámenes en clínicas móviles, o los programas de vacunación en los departamentos de emergencias. Una creciente alfabetización/formación¹⁴ en relación a la salud y los hábitos de vida saludables también debe ser parte de un enfoque proactivo para atender las necesidades de salud de las personas sin hogar.

6. Reducción de daños

La reducción de daños es un enfoque de salud que tiene como objetivo reducir y eliminar las consecuencias sociales y económicas del abuso de sustancias. Su enfoque se centra en minimizar los daños asociados al abuso de sustancias, en lugar de limitar su uso. Aporta opciones distintas a la abstinencia, como el uso más seguro y/o más administrado y reconoce que diferentes personas necesitan ayuda y apoyo diferente. También a menudo apoya intervenciones que no sólo tratan la adicción, pero también considera los factores estructurales subyacentes. La reducción de daños es vista como una respuesta apropiada para abordar la problemática del abuso de sustancias y la falta de vivienda. Un ejemplo de este enfoque es el modelo de Housing First. Comienza con el apoyo a la persona donde sea que ésta se ubique (espacio público, vivienda inadecuada, otros). Busca activamente ubicar a las personas en una vivienda segura y apropiada sin que ello dependa de la sobriedad o voluntad de aceptar el tratamiento. Una vez ubicada, el soporte a la persona puede variar de poco

¹² La investigación muestra que las tasas de reingreso emergencia dentro de 28 días de alta hospitalaria son particularmente altas entre personas sin hogar.

¹³ N. Del T.: En el texto original, se hace referencia a un GP (General Practitioner): perfil profesional inexistente en España, del ámbito de la salud. Es un técnico que desde una visión holística de la salud, acompaña a la persona a través de la educación en la salud y de la formación en cuidados preventivos.

¹⁴ El conocimiento de la salud y la capacidad para entender y procesar información relacionada

apoyo para asistir a esta persona a un apoyo¹⁵ asertivo continuo para asegurar que la persona pueda mantener su autonomía en la vivienda. Las evidencias demuestran que una vivienda adecuada y un programa especializado de soporte, favorecen la estabilización y puede reducir el uso de drogas y alcohol en caso de personas que están crónicamente sin hogar y sufren problemas de salud complejos. Este enfoque separa tratamiento de derecho de vivienda, considera el tratamiento como voluntario y la vivienda como un derecho¹⁶ humano fundamental. Otras estrategias de reducción de daños incluyen servicios de intercambio de agujas, terapia de sustitución¹⁷, sitios de consumo seguro y programas de bebida controlados.

7. Participación y apoyo de sus compañeros

La participación significativa de personas sin hogar en el diseño e implementación de intervenciones de salud que están dirigidas al colectivo pueden ser un medio eficaz para mejorar su acceso a la salud. De esta manera los servicios pueden estar mejor informados sobre las necesidades de salud de las personas sin hogar y de las deficiencias existentes en los servicios para atender estas necesidades. Actividades tales como la promoción de la salud, trabajadas con un Peer¹⁸, pueden proporcionar un apoyo adicional y ayudar a mejorar el acceso a la salud y mejorar la salud general de las personas sin hogar.

8. Vida independiente y enfoque Housing-Led

La vida institucionalizada puede tener efectos adversos sobre la salud mental y el bienestar emocional. Por ejemplo, personas que se alojen a largo plazo en alojamientos temporales a menudo tienen niveles más altos de angustia mental y baja autoestima¹⁹. Estos entornos de vida carecen de privacidad, restringen la libertad y autonomía y a menudo están superpobladas. Está claro que algunos de los problemas de salud presentes en las personas sin hogar provienen de entornos institucionales. Por otra parte, la vivienda permanente en soledad no resuelve a largo plazo los problemas de las personas que están desamparadas.

En cambio, el enfoque Housing Led que incorpora la prestación de apoyo adecuado para las personas en sus hogares en función de sus necesidades han demostrado ser eficaces. La creciente evidencia, sugiere que la mayoría de personas sin hogar con perfil vulnerable pueden estar alojadas con éxito cuando los soportes recibidos existen y se adaptan a la necesidad. Además, en relación a los modelos de atención a largo plazo estandarizados, los enfoques basados en Housing Led pueden proporcionar mejores resultados a un costo menor que la tradicional atención institucional de alto costo²⁰. Este enfoque puede conducir a la reducción en el uso de los servicios médicos de emergencia, menos hospitalizaciones y puede producir resultados de mejora de la salud. También la vida independiente y la posibilidad de realizar cambios en su vida contribuyen positivamente a su bienestar, apunta a la recuperación y previene las recaídas. El modelo de Housing Led, por lo tanto, puede entenderse como una intervención positiva sobre la salud, ya que mejora ésta así como el bienestar de la gente, ayudando a gestionar bien su salud, pudiendo evitar la necesidad de servicios más costosos.

¹⁵ Housing First facilita la gestión de casos para aquellas personas con mayores necesidades de apoyo, utilizando el modelo de tratamiento asertivo de la comunidad que ofrece soporte proactivo, intensivo, basado en la comunidad, a menudo en la residencia del individuo. Si fuera necesario, el soporte debe estar disponible todo el día. Para aquellos con apoyo moderado, se fundamenta en un modelo de equipo de apoyo, en el que los administradores de casos solos actúan como intermediarios, conectando a los clientes del servicio con diversos servicios y apoyo de la comunidad.

¹⁶ Tsemberis, 2006

¹⁷ Procedimiento de sustitución de un medicamento generalmente heroína con un sustituto medicamento prescrito (p. e.: metadona).

¹⁸ N. Del T.: Peer: Un “par”, en el sentido de “un igual”. En algunas zonas de Europa, se está integrando la figura del Peer, persona que ha estado en la situación de sin hogar y que, desde su experiencia y con una formación específica a nivel profesional, se incardina en equipos multidisciplinares para realizar un trabajo de acompañamiento sobre el terreno y desde la intervención directa con personas en situación de sin hogar.

¹⁹ Una comparación a través de la configuración, un estudio de personas sin hogar en Londres en: Moore, J. (1995)

²⁰ El enfoque Housing Led, es una ruptura con el modelo de “escalera” que domina las políticas de vivienda en toda Europa. Según éste la vivienda estable, debe estar a disposición y alcance de las personas sin hogar, en lugar de ir superando etapas/listones/barreras en forma de modelos residenciales, cambios de referentes, etc.

El papel de la UE

La crisis económica ha hecho aflorar más si cabe los problemas estructurales en el sector de la salud y la necesidad de brindar salud eficiente frente a la reducción de los presupuestos públicos. La crisis también ha reforzado el papel de la UE²¹ en influir en la reforma de los sistemas de salud en los estados miembros por medio de recomendaciones específicas a cada país para la reforma de las políticas de salud en el marco de cada Semestre Europeo²². Invertir en salud es una prioridad del paquete de Inversión Social²³ recientemente publicado por la Comisión Europea, cuyo objetivo es orientar a los miembros de los Estados a utilizar sus presupuestos sociales y de salud de manera más eficiente y efectiva. Declara la salud como un valor en sí mismo y también lo considera una inversión. En su opinión, invertir en buena salud puede evitar altos costes económicos y sociales en el futuro. El marco descrito para abordar las necesidades de salud de las personas que están sin hogar está en consonancia con el enfoque de la inversión social propuesto por la Comisión Europea. Por ejemplo, ésta destaca la necesidad de mejores servicios específicos, individualizados e integrados, que parece ser el modelo más eficaz para atender las necesidades de las personas sin hogar. La Comisión propone una serie de estrategias que pueden mejorar la eficiencia y la eficacia de los sistemas de salud. Una vez más, vemos se puede articular más eficiencia a la par que ahorro fortaleciendo el acceso de las personas que están sin hogar a la atención primaria, reduciendo el uso innecesario de los hospitales y servicios de urgencias. Es importante tener en cuenta, sin embargo, que las reformas en el sector de la salud deben ir más allá de simples medidas de ahorro y alentar cambios que pueden mejorar la salud para todos, incluyendo a las personas sin hogar. Para ello, es necesario invertir en la reducción de las desigualdades de la salud y mejorar el acceso para todas las personas a la salud a través de una integración y coordinación de los sistemas de salud y de asistencia social.

²¹ Mientras que la salud es esencialmente un área de competencia nacional, el Tratado de Lisboa otorga a la UE el derecho para complementar las acciones de los Estados miembros para proteger y mejorar la salud, fomentando la cooperación y el apoyo entre ellos. El papel clave de la salud ha sido reconocido durante mucho tiempo en la UE. Abordar las desigualdades de salud es una acción clave de la estrategia de salud de la UE. Hay muchos instrumentos disponibles para ayudar a los Estados miembros para abordar el tema. En consonancia con el enfoque de las políticas de "Health in all", la salud se incorpora en ámbitos relevantes de la política de EU.

²² El semestre europeo es una estructura de gobernanza económica de nivel de la UE que ayuda a coordinar las políticas de reforma macroeconómica, presupuestarias y estructurales de los Estados miembros.

²³ http://ec.europa.eu/health/strategy/docs/swd_investing_in_health.pdf



FEANTSA is supported by
the European Community Programme for Employment and Social Solidarity (2007-2013).

This programme was established to financially support the implementation of the objectives of the European Union in the employment and social affairs area, as set out in the Social Agenda, and thereby contribute to the achievement of the Lisbon Strategy goals in these fields. The seven-year Programme targets all stakeholders who can help shape the development of appropriate and effective employment and social legislation and policies, across the EU-27, EFTA and EU candidate and pre-candidate countries. To that effect, PROGRESS purports at:

- providing analysis and policy advice on employment, social solidarity and gender equality policy areas;
- monitoring and reporting on the implementation of EU legislation and policies in employment, social solidarity and gender equality policy areas;
- promoting policy transfer, learning and support among Member States on EU objectives and priorities; and
- relaying the views of the stakeholders and society at large.

For more information see:

http://ec.europa.eu/employment_social/progress/index_en.html

The views expressed herein are those of the authors and the Commission is not responsible for any use that may be made of the information contained herein.