



Documento de sesión

A8-0380/2016

12.12.2016

INFORME

sobre el fomento de la igualdad de género en los ámbitos de la salud mental y la investigación clínica
(2016/2096(INI))

Comisión de Derechos de la Mujer e Igualdad de Género

Ponente: Beatriz Becerra Basterrechea

ÍNDICE

	Página
PROPUESTA DE RESOLUCIÓN DEL PARLAMENTO EUROPEO	3
EXPOSICIÓN DE MOTIVOS.....	22
OPINIÓN DE LA COMISIÓN DE DESARROLLO	26
RESULTADO DE LA VOTACIÓN FINAL EN LA COMISIÓN COMPETENTE PARA EL FONDO	31
VOTACIÓN FINAL NOMINAL EN LA COMISIÓN COMPETENTE PARA EL FONDO	32

PROPUESTA DE RESOLUCIÓN DEL PARLAMENTO EUROPEO

sobre el fomento de la igualdad de género en los ámbitos de la salud mental y la investigación clínica (2016/2096(INI))

El Parlamento Europeo,

- Visto el Tratado de Funcionamiento de la Unión Europea y, en particular, su artículo 19 y su artículo 168, que incluye entre las finalidades de todas las políticas de la Unión la garantía de un alto nivel de protección de la salud humana,
- Vista la Carta de los Derechos Fundamentales de la Unión Europea y, en particular, sus artículos 21, 23 y 35,
- Visto el Reglamento (UE) n.º 536/2014 del Parlamento Europeo y del Consejo, de 16 de abril de 2014, sobre los ensayos clínicos de medicamentos de uso humano, y por el que se deroga la Directiva 2001/20/CE,
- Vista la Directiva 2001/20/CE del Parlamento Europeo y del Consejo, de 4 de abril de 2001, relativa a la aproximación de las disposiciones legales, reglamentarias y administrativas de los Estados miembros sobre la aplicación de buenas prácticas clínicas en la realización de ensayos clínicos de medicamentos de uso humano («la Directiva sobre ensayos clínicos»),
- Vista la Comunicación de la Comisión, de 3 de marzo de 2010, titulada «Europa 2020: Una estrategia para un crecimiento inteligente, sostenible e integrador» (COM(2010)2020),
- Visto el Libro Verde de la Comisión Europea titulado «Mejorar la salud mental de la población. Hacia una estrategia de la Unión Europea en materia de salud mental» (COM(2005)0484),
- Vista la Orientación de la UE para la Actuación en materia de Salud y Bienestar Mental,
- Visto el plan de acción integral sobre salud mental 2013-2020 de la Organización Mundial de la Salud (OMS),
- Vista la Estrategia Mundial para la Salud de la Mujer, el Niño y el Adolescente (2016-2030) de la OMS,
- Vista la Declaración sobre la Salud Mental para Europa de 2005, firmada por la OMS, la Comisión Europea y el Consejo de Europa,
- Visto el plan de acción europeo sobre la salud mental 2013-2020 de la OMS,
- Visto el Pacto Europeo para la Salud Mental y el Bienestar de 2008,
- Vista la Acción Común sobre Salud y Bienestar Mentales de la Comisión (2013- 2016),

- Vista la Observación general n.º 14 del Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales de las Naciones Unidas titulada «El derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud» (documento de las NN.UU. E/C.12/2000/4), y su Observación general n.º 20 titulada «La no discriminación y los derechos económicos, sociales y culturales» (documento de las NN.UU. E/C.12/GC/2009),
 - Vista la Recomendación CM/Rec(2010)5 del Comité de Ministros del Consejo de Europa a los Estados miembros sobre medidas para combatir la discriminación por motivos de orientación sexual o identidad de género,
 - Visto el artículo 52 de su Reglamento,
 - Vistos el informe de la Comisión de Derechos de la Mujer e Igualdad de Género y la opinión de la Comisión de Desarrollo (A8-0380/2016),
- A. Considerando que el derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental es un derecho humano fundamental y comprende una obligación de no discriminación; que todos deben tener derecho a la atención sanitaria; que el acceso a la atención sanitaria mental reviste una enorme importancia para la mejora de la calidad de vida de los ciudadanos europeos, el fomento de la integración y la inclusión social, y el desarrollo económico y cultural de la Unión;
 - B. Considerando que, en la situación mundial actual, con una crisis económica que no cesa y un elevado incremento del desempleo, en especial el juvenil y el femenino, no dejan de aumentar los casos de trastornos psicológicos como la depresión, el trastorno bipolar, la esquizofrenia, la ansiedad y la demencia;
 - C. Considerando que la OMS define la salud mental como un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente como la ausencia de afecciones o enfermedades; que, según la OMS, los «trastornos mentales» engloban una gran variedad de trastornos mentales y de la conducta, como la depresión, el trastorno afectivo bipolar, la esquizofrenia, los trastornos de ansiedad, la demencia y el autismo; que, con la expresión salud mental, la OMS define un estado de bienestar emocional y psicológico en el cual el individuo es consciente de sus propias capacidades cognitivas y emocionales y puede desempeñar su función en la sociedad, afrontar las tensiones normales de la vida, establecer relaciones satisfactorias y maduras con los demás, participar de forma constructiva en los cambios del entorno y adaptarse a las condiciones externas y a los conflictos internos;
 - D. Considerando que la salud debe contemplarse y abordarse de forma holística, teniendo en cuenta los factores sociales, económicos y medioambientales, lo que exige un enfoque psicosocial de toda la sociedad para alcanzar el nivel más alto posible de bienestar mental para todos los ciudadanos;
 - E. Considerando que una estrategia holística sobre salud mental y bienestar debe incluir una perspectiva del ciclo de vida, teniendo en cuenta los distintos factores que afectan a personas de diferentes edades; que se deben tener en cuenta las vulnerabilidades específicas de las adolescentes y las mujeres mayores;

- F. Considerando que la salud física y mental están interrelacionadas y son fundamentales para el bienestar general; que se reconoce que una salud mental deficiente puede conducir a enfermedades físicas crónicas y que las personas con enfermedades físicas crónicas tienen más posibilidades de desarrollar enfermedades mentales; y que, a pesar de los conocidos vínculos entre las dos, a menudo se da prioridad a la investigación sobre la salud física frente a la investigación sobre la salud mental;
- G. Considerando que la salud mental de las mujeres y las niñas se ve perjudicada por una variedad de factores, incluidos la discriminación y los persistentes estereotipos de género, la cosificación, la violencia de género y el acoso, el entorno laboral, el equilibrio entre vida privada y vida laboral, las condiciones socioeconómicas, la ausencia o calidad deficiente de educación en materia de salud mental y el acceso limitado a la asistencia sanitaria mental;
- H. Considerando que casi nueve de cada diez personas que sufren problemas de salud mental afirman que se han visto afectadas por el estigma y la discriminación, y que más de siete de cada diez manifiestan que el estigma y la discriminación reducen su calidad de vida;
- I. Considerando que se debe prestar atención a los factores geográficos de la salud mental y el bienestar y a las diferencias entre los medios rurales y urbanos, en particular en términos de demografía, acceso a la asistencia y la prestación de servicios;
- J. Considerando que los cambios hormonales durante la perimenopausia, y el tiempo después de la menopausia, pueden afectar a la salud emocional de las mujeres y dar lugar a problemas de salud mental que incluyen la depresión y la ansiedad; que la hipersensibilidad a los síntomas puede dificultar la detección oportuna y el tratamiento apropiado;
- K. Considerando que los factores determinantes de la salud mental y el bienestar varían entre hombres y mujeres y entre los grupos de edad; que factores entre los que figuran la desigualdad de género, las diferencias de ingresos, la mayor exposición de las mujeres a la pobreza y al exceso de trabajo, la discriminación socioeconómica, la violencia de género, la malnutrición y el hambre exponen a las mujeres aún más a problemas de salud mental; que, según la OMS, no hay diferencias de género significativas en el caso de los trastornos mentales severos, pero las mujeres presentan índices más elevados de depresión, ansiedad, estrés, somatización y trastornos de la alimentación, mientras que los hombres presentan índices más elevados de consumo de drogas y de trastornos antisociales; que la depresión es el trastorno neuropsiquiátrico más común y suele afectar más a las mujeres que a los hombres; que se trata además de la enfermedad más común entre las mujeres de edades comprendidas entre los 15 y los 44 años;
- L. Considerando que los problemas de salud mental y el bienestar mental son a menudo pasados por alto, ignorados o reprimidos, debido al estigma, los prejuicios o la falta de conocimiento o recursos; que esto conduce a que muchas de las personas con problemas de salud mental no busquen asistencia, y a que los médicos no logren diagnosticar a los pacientes, o a veces, realicen un diagnóstico incorrecto; que el diagnóstico de los problemas de salud mental está condicionado en gran medida por un sesgo de género,

ya que las mujeres tienen más probabilidades de que se le diagnostiquen determinadas enfermedades que los hombres;

- M. Considerando que, en particular, las mujeres lesbianas y bisexuales y las personas trans e intersexuales se enfrentan a problemas de salud mental derivados del estrés de las minorías, que se define como los altos niveles de ansiedad y estrés causados por prejuicios, estigmatización y experiencias de discriminación, así como por medicalización y patologización; que las personas LGBTI pueden enfrentarse a problemas de salud mental y bienestar específicos que deben tenerse en cuenta en cualquier estrategia de salud mental;
- N. Considerando que, entre las somatizaciones más frecuentes en las mujeres, y que estas tienen más posibilidades de que se le diagnostiquen que los hombres, figuran la fibromialgia y la fatiga crónica, destacando, como síntomas principales, el dolor y el agotamiento, si bien las mujeres tienen otros muchos síntomas que son comunes a otras patologías;
- O. Considerando que las identidades trans no son patológicas pero lamentablemente todavía se consideran trastornos de salud mental, y que la mayoría de los Estados miembros requieren diagnósticos para tener acceso al reconocimiento de género legal o a la asistencia sanitaria relacionada con las personas trans, a pesar de que las investigaciones han demostrado que el diagnóstico de «trastorno de identidad de género» es una fuente de gran angustia para las personas trans;
- P. Considerando que los trastornos depresivos constituyen el 49,1 % de los casos de discapacidad por trastornos neuropsiquiátricos entre las mujeres y el 29,3 % entre los hombres;
- Q. Considerando que la OMS ha estimado que la depresión afecta a 350 millones de personas y provoca 850 000 muertes cada año; que, en 2020, esta enfermedad representará la segunda causa de incapacidad laboral;
- R. Considerando que los niños prepúberes con variantes de género siguen sometidos a prácticas de diagnóstico perjudiciales e innecesarias, a pesar de que todos los niños deben poder explorar de forma segura su identidad y expresión de género;
- S. Considerando que, debido a una variedad de factores relacionados principalmente con los diferentes roles de género y las desigualdades y discriminación de género, los casos de depresión son aproximadamente el doble de frecuentes entre las mujeres que entre los hombres, y que las personas trans muestran niveles significativamente altos de ideación suicida e intentos de suicidio; que los estudios demuestran que los roles de género tradicionales impuestos afectan negativamente a la salud mental y el bienestar de las mujeres;
- T. Considerando que no se presta suficiente atención a la salud mental y el bienestar en los sistemas educativos entre los Estados miembros, o en el lugar de trabajo, dado que la salud mental es a menudo objeto de una gran estigmatización o un tema tabú; que la educación sobre salud mental combate el estigma que rodea al asunto y debe abordar las vulnerabilidades específicas de género, los estereotipos de género y la discriminación a la que se enfrentan las mujeres y las niñas;

- U. Considerando que los hombres y los niños sufren enfermedades de salud mental específicos; que en Europa los hombres tienen cinco veces más probabilidades de suicidarse que las mujeres y que el suicidio es la mayor causa de muerte entre los hombres menores de 35 años; que los hombres tienen tres veces más probabilidades que las mujeres de convertirse en alcohólicos y más probabilidades de consumir drogas ilegales (y fallecer por estas); que los hombres tienen menos probabilidades de acceder a terapias psicológicas que las mujeres; que los hombres y los niños se enfrentan a estereotipos de género sobre la masculinidad que pueden fomentar la represión de emociones o hacer que recurran a la ira, y que esto tiene repercusiones sobre la salud mental de los hombres, así como sobre el fenómeno de la violencia de género;
- V. Considerando que en la Unión se producen cerca de 58 000 suicidios al año y que una cuarta parte de ellos son cometidos por mujeres, y que el suicidio sigue siendo una causa importante de fallecimiento;
- W. Considerando que el enfoque psicosocial de toda la sociedad para la salud mental requiere una coherencia política para el bienestar, la coordinación de la asistencia sanitaria, la educación, el empleo, las políticas sociales y económicas con el fin de alcanzar los niveles generales más altos de bienestar mental;
- X. Considerando que los trastornos alimentarios, como la anorexia y la bulimia, están aumentado entre las chicas adolescentes y postadolescentes;
- Y. Considerando que los efectos para la salud física y mental a largo plazo de trastornos alimentarios como la anorexia y la bulimia están bien documentados, al igual que la dimensión de género de sus causas;
- Z. Considerando que en el entorno laboral las mujeres están más expuestas a actos de acoso psicológico y sexual, que provocan a la víctima problemas psicofísicos;
- AA. Considerando que los modelos de asistencia social que abordan las enfermedades mentales mediante el deporte, el arte o actividades sociales deben tenerse en cuenta en los programas de salud pública con vistas a la prevención, el tratamiento y la rehabilitación;
- AB. Considerando que las personas con discapacidad corren el riesgo de sufrir enfermedades de salud mental agravadas;
- AC. Considerando que la educación en materia de sexual y relacional es fundamental para superar los estereotipos de género, afrontar la violencia de género y mejorar la salud mental y el bienestar para las niñas y los niños y las mujeres y los hombres;
- AD. Considerando que los problemas y las enfermedades de salud mental constituyen una de las principales causas de incapacidad, ya que afectan negativamente a la salud, la educación, la economía, el mercado de trabajo y los sistemas de bienestar social de la Unión, con importantes costes económicos y un impacto adverso significativo en la economía de la Unión, lo que da nuevos motivos para afrontar la asistencia sanitaria mental de manera holística, exhaustiva y con una perspectiva de género; que, según un estudio de la European Depression Association (EDA), en Europa un trabajador de cada

diez está de baja por depresión, con unos costes para la sociedad estimados en 92 000 millones EUR, principalmente por la consiguiente pérdida de productividad;

- AE. Considerando que, dentro de la Unión, mientras Malta dispone de 185 camas psiquiátricas por 100 000 habitantes, Italia cuenta con 8; que mientras en Finlandia existen 163 enfermeras de salud mental por 100 000 habitantes, la cifra en Grecia es de 3;
- AF. Considerando que la salud mental de las mujeres depende de factores como la educación que han recibido, la interiorización de los valores, normas y estereotipos sociales y culturales, de cómo han vivido e integrado sus experiencias, de las actitudes que tienen hacia ellas mismas y hacia los demás, de los roles que desempeñan y de los obstáculos y presiones a que se enfrentan, más que de las características biológicas;
- AG. Considerando que tener en cuenta la diversidad de las mujeres y su diferencia fisiológica de los hombres, e integrar estos factores en políticas sanitarias preventivas y orientadas al tratamiento destinadas a la mujer, con medidas específicas centradas en los grupos vulnerables y marginados, reforzaría la eficacia de dichas políticas;
- AH. Considerando que, por diversos motivos, se ha excluido a las mujeres de las investigaciones toxicológicas y biomédicas y de los ensayos clínicos, y que estas grandes brechas de género en la investigación limitan nuestros conocimientos acerca de las diferencias en cuestiones de salud entre mujeres y hombres; que, como consecuencia, la investigación biomédica ha tendido a reflejar principalmente una perspectiva masculina, asumiendo erróneamente que las mujeres y los hombres son idénticos en áreas en las que existen diferencias fisiológicas; que existe una falta de investigaciones sobre las necesidades específicas de las mujeres intersexuales;
- AI. Considerando que la exclusión y la infrarrepresentación de la mujer como sujeto, y de la cuestión de género y el sexo como factores en la investigación biomédica y en los ensayos clínicos ponen la vida y la salud de las mujeres en peligro;
- AJ. Considerando que el Reglamento (UE) n.º 536/2014 sobre los ensayos clínicos de medicamentos de uso humano introduce requisitos para tener en cuenta la cuestión de género en los ensayos, pero que debe evaluarse la aplicación del Reglamento; que el Reglamento no especifica ninguna observación sobre las mujeres a no ser para las embarazadas y las mujeres lactantes;
- AK. Considerando que la Agencia Europea de Medicamentos (EMA) aún no ha desarrollado estrategias específicas para poner en práctica las directrices para el estudio y la valoración de las diferencias de género en la evaluación clínica de los medicamentos, pese a haber reconocido que algunos de los factores que influyen en el efecto de un medicamento en la población pueden ser importantes a la hora de examinar las posibles diferencias de respuesta entre hombres y mujeres, y que las influencias específicas de género también pueden desempeñar un papel significativo en el efecto del medicamento¹;

¹ EMEA/CHMP/3916/2005 - ICH

http://www.ema.europa.eu/docs/en_GB/document_library/Scientific_guideline/2010/01/WC500059887.pdf.

- AL. Considerando que todavía se conoce muy poco de las repercusiones que tienen medicamentos o medicación como los dispositivos anticonceptivos, los antidepresivos y los tranquilizantes sobre la salud mental y física de las mujeres, y se requiere más investigación para eliminar los efectos secundarios perjudiciales y mejorar la prestación de asistencia;
- AM. Considerando que las dimensiones de sexo y de género en materia de salud conllevan que las mujeres se enfrenten a una serie de riesgos sanitarios específicos a lo largo de su vida;
- AN. Considerando que existe una falta de datos comparables, disponibles, accesibles y de calidad sobre la asistencia sanitaria específica para personas trans y que los productos utilizados en las terapias hormonales sustitutivas no se han probado ni autorizado debidamente;
- AO. Considerando que la mortalidad materna es considerada como un indicador importante del funcionamiento, la eficacia y la calidad de los sistemas de salud;
- AP. Considerando que la falta de acceso a los derechos sexuales y reproductivos, incluidos unos servicios de aborto seguro y legal, pone en peligro la vida y la salud de las mujeres y las niñas, y de todas las personas con capacidad reproductora, aumenta la mortalidad y la morbilidad maternas, y da lugar a la denegación de cuidados vitales y a un aumento del número de abortos clandestinos;
- AQ. Considerando que en todos los países con datos disponibles existen diferencias significativas entre los grupos socioeconómicos y entre las mujeres y los hombres, en el sentido de que las personas con niveles más bajos de educación, ocupación o ingresos tienden a tener sistemáticamente índices más elevados de morbilidad y mortalidad; que estas desigualdades en materia de salud son uno de los principales retos para las políticas de salud pública en la actualidad; que las condiciones socioeconómicas adversas, la pobreza y la exclusión social tienen un impacto negativo significativo en la salud mental y el bienestar;
- AR. Considerando que una educación sexual integral, apropiada para cada edad, con base empírica, científicamente correcta e imparcial, unos servicios de planificación familiar de calidad y el acceso a la contracepción ayudan a evitar embarazos no planeados y no deseados, reducen la necesidad de recurrir al aborto y contribuyen a la prevención del VIH y de las ETS; que enseñar a los jóvenes a responsabilizarse de su propia salud sexual y reproductiva tiene efectos positivos a largo plazo que se prolongan durante toda su vida e influyen positivamente en la sociedad;
- AS. Considerando que, actualmente en la Unión, uno de cada cuatro niños nace mediante cesárea y que, según las estadísticas, aumentan los problemas de salud materna e infantil asociados a ella;
- AT. Considerando que el cierre de hospitales de maternidad y el marcado descenso del número de matronas y obstetras en algunos Estados miembros de la Unión ya están causando peligrosos vacíos de asistencia;

- AU. Considerando que las restricciones y los recortes presupuestarios impuestos por los Gobiernos nacionales en el ámbito de la salud pública y la educación contribuyen igualmente a dificultar el acceso a los servicios de salud y de salud mental, y esto afecta a las mujeres de forma desproporcionada, en particular a las madres solteras y a las familias numerosas;
- AV. Considerando que las mujeres migrantes, refugiadas y solicitantes de asilo pueden además enfrentarse a patologías, en ocasiones muy graves, por la ausencia de un tratamiento adecuado en su país de origen o verse confrontadas a problemas específicos relacionados con la salud reproductiva, como complicaciones durante el embarazo y el parto, traumas psicológicos adicionales como depresión prenatal o posnatal, así como al riesgo de exposición traumática a la violencia y abusos (sexuales), o a sus consecuencias, y a riesgos específicos para su salud mental y bienestar; que existen varios retos específicos para la prestación de asistencia sanitaria mental a los refugiados, cuyo alcance varía en función de una serie de factores, incluidos el lugar del que vienen y la cantidad de tiempo que han pasado en el país de acogida;
- AW. Considerando que las mujeres sufren de ciertos tipos de cáncer como el cáncer de mama, de útero y de cuello uterino que se dan de manera predominante o exclusiva en las mujeres;
- AX. Considerando que, en la mayoría de los casos, las mujeres afectadas por el cáncer y sometidas a intervenciones y tratamientos invasivos, como la radioterapia y la quimioterapia, son más vulnerables a caer en situaciones de depresión;
- AY. Considerando que solo diez Estados miembros de la Unión han establecido el objetivo de detección del cáncer de mama en toda la población femenina, y que solo ocho tienen un objetivo similar para la detección del cáncer de cuello de útero;
- AZ. Considerando que enfermedades tales como la osteoporosis, los problemas musculoesqueléticos y las enfermedades del sistema nervioso central como la enfermedad de alzhéimer y/o la demencia están relacionadas con cambios hormonales que experimentan las mujeres durante la menopausia, o más tempranamente a causa de tratamientos hormonales; que, si bien se sabe que las mujeres se ven afectadas por estas enfermedades con mayor frecuencia que los hombres, la investigación ha tenido muy poco en cuenta la dimensión de género en relación con estas enfermedades;
- BA. Considerando que la endometriosis es una enfermedad incurable que afecta aproximadamente a una de cada diez mujeres y niñas (es decir, cerca de 180 millones de mujeres en todo el mundo y 15 millones en la Unión); que esta enfermedad es causa frecuente de infertilidad y a menudo provoca elevados niveles de dolor y problemas de salud mental, incapacitando considerablemente a las mujeres que lo sufren en varios aspectos de su vida profesional, personal y social;
- BB. Considerando que la violencia física y psicológica de género y la violencia ejercida contra las mujeres y su impacto en la salud de las víctimas constituyen un obstáculo fundamental para la consecución de la igualdad de género y el ejercicio pleno por las mujeres de las libertades garantizadas por los principales derechos humanos;

- BC. Considerando que las mujeres y las niñas sometidas a la mutilación genital femenina están expuestas a graves efectos a corto y a largo plazo sobre su salud física, psicológica, sexual y reproductiva;
- BD. Considerando que las personas intersexuales sujetas a mutilación genital también sufren consecuencias en su salud física, psicológica y sexual y reproductiva;
- BE. Considerando que las personas trans todavía están expuestas a una esterilización forzada en los procedimientos de reconocimiento de género en 13 Estados miembros;
- BF. Considerando que la recogida de datos sistemática y adecuada sobre la violencia contra las mujeres es fundamental para garantizar una elaboración de políticas eficaz en ese ámbito, tanto a escala regional y local como central, y hacer un seguimiento de la aplicación de la legislación:
- BG. Considerando que las mujeres que han sufrido violencia de género padecen secuelas, muchas veces de por vida, en su salud física y mental; que, según el Informe Mundial sobre Violencia y Salud de la OMS¹, las repercusiones de la violencia de género sobre las mujeres pueden ser de diversa índole: consecuencias físicas (contusiones, fracturas, síndromes de dolor crónico, discapacidad, fibromialgia, fracturas, trastornos gastrointestinales, etc.), consecuencias psicológicas y conductuales (abuso de alcohol y drogas, depresión y ansiedad, trastornos alimentarios y del sueño, sentimientos de vergüenza y de culpa, fobias y trastorno de pánico, baja autoestima, trastorno de estrés postraumático, trastornos psicósomáticos, conducta suicida y autodestructiva, inseguridad en las relaciones posteriores, etc.), consecuencias sexuales y reproductivas (trastornos ginecológicos, infertilidad, complicaciones en el embarazo, abortos, disfunción sexual, enfermedades de transmisión sexual, embarazo no deseado, etc.) y consecuencias fatales (homicidio, suicidio, muerte a raíz de una enfermedad de transmisión sexual contraída, etc.);

Igualdad de género en la salud mental

1. Pide a la Comisión y a los Estados miembros que realicen un seguimiento de la Orientación de la UE para la Actuación en materia de Salud y Bienestar Mental con una nueva y ambiciosa estrategia sobre salud mental, promoviendo un enfoque holístico psicosocial de toda la sociedad, que incluya un pilar fundamental de género y que garantice una coherencia política en materia de salud mental;
2. Observa que, en la Unión, el 27 % de la población adulta, tanto mujeres como hombres, ha sufrido al menos un episodio de enfermedad mental;
3. Pide a los Estados miembros que adopten medidas y asignen recursos suficientes para asegurar el acceso a la asistencia sanitaria y específicamente a la asistencia sanitaria mental —incluidos los centros de acogida para mujeres— para todas las mujeres, independientemente de su situación legal, posible discapacidad, orientación sexual, identidad de género, características sexuales, raza u origen étnico, edad o religión; pide a los Estados miembros y a la Comisión que aborden la disparidad en el acceso a los cuidados de salud mental;

¹ Krug, Dahlberg, Mercy, Zwi & Lozano, 2002.

4. Observa que son necesarias más investigaciones sobre las repercusiones para la salud mental de la violencia de género, incluida la violencia verbal y psicológica, el acoso y la intimidación;
5. Pide a la Comisión, a los Estados miembros y a las autoridades locales que garanticen que sus estrategias en materia de salud mental aborden los retos de salud mental a los que podrían enfrentarse las personas LGBTI; anima a los Estados miembros a que apliquen las recomendaciones que figuran en el documento CM/Rec(2010)5 del Consejo de Europa y tengan en cuenta las necesidades específicas de las personas lesbianas, bisexuales y trans en el desarrollo de las políticas, programas y protocolos sanitarios;
6. Pide a los Estados miembros que incentiven la creación de estructuras de apoyo psicológico para pacientes oncológicos que les acompañen durante el tratamiento y la rehabilitación prestándoles apoyo psicológico;
7. Alerta de la grave situación a la que se enfrentan las mujeres con discapacidad, a menudo no solo derivadas de dicha discapacidad, sino también debidas a un mayor aislamiento social y a una involuntaria falta de actividad; pide a los Estados miembros que amplíen de manera sistemática el acceso a la atención psicológica preventiva para las mujeres con discapacidad, y que se ofrezca apoyo psicológico a las madres al cuidado de sus hijos con discapacidad grave; subraya la necesidad de una estrategia y de compartir las mejores prácticas sobre salud mental y bienestar de las mujeres y niñas con discapacidad;
8. Pide a la Comisión y a los Estados miembros que organicen campañas de información y prevención y otras iniciativas a fin de sensibilizar más a la opinión pública sobre los problemas de salud mental y luchar contra el estigma que suponen; insta a los Estados miembros y a la Comisión a que inviertan en educación formal, informal y no formal para la salud mental y el bienestar de todos los grupos de edad, con énfasis en las enfermedades de salud mental con dimensión de género como la depresión, la ansiedad o el consumo de drogas; pide a los Estados miembros que garanticen que las escuelas tienen marcos apropiados establecidos para identificar y apoyar a las personas que sufren problemas de salud mental, incluidos los aspectos de género, y garantizar la accesibilidad a los servicios de salud mental; observa que el 70 % de los niños y los jóvenes que sufren un problema de salud mental no han recibido los cuidados adecuados a una edad lo suficientemente temprana;
9. Pide a la Comisión, a los Estados miembros y al Instituto Europeo de la Igualdad de Género (EIGE) que aumenten la recopilación regular de datos sobre salud mental a nivel nacional y de la Unión y, concretamente, sobre la prevalencia de la depresión, desglosando los datos recopilados al menos por sexo, identidad de género, grupo de edad y situación socioeconómica, con inclusión de indicadores de salud sexual y reproductiva;
10. Considera que las acciones que se tomen para la salud mental y el bienestar al nivel de la Unión deben implicar a las personas más relevantes de la esfera política, del sector sanitario, educativo y del ámbito social, y a los interlocutores sociales y organizaciones de la sociedad civil; que es importante que la salud mental deje de ser considerada aún como tabú en ciertos ámbitos sociales;

11. Insiste en que el vínculo entre las condiciones socioeconómicas y la salud mental y el bienestar es fundamental para la coherencia política sobre la salud mental, ya que la que la pobreza y la exclusión social conducen a problemas mayores de salud mental; observa que la feminización de la pobreza y las políticas de austeridad que afectan desproporcionadamente a las mujeres ponen el bienestar mental de las mujeres en mayor riesgo;
12. Subraya la importancia de la atención y los tratamientos de salud mental sociales, por ejemplo mediante el deporte, la música, el arte o las actividades culturales, como un elemento importante en la prestación de servicios sanitarios, y uno que reduce el coste económico y humano que los problemas de salud mental pueden causar en las personas y la sociedad en su conjunto; pide a la Comisión y a los Estados miembros que inviertan más en programas sociales de asistencia sanitaria mental, como la prescripción social;
13. Observa con preocupación que la OMS solo tiene conocimiento de que 13 Estados miembros de la Unión tienen una estrategia nacional de prevención del suicidio; pide a la Comisión y a los Estados miembros que establezcan e implementen una estrategia nacional de prevención del suicidio y tomen medidas que ayuden a reducir los factores de riesgo de suicidio como el abuso de alcohol, las drogas, la exclusión social, la depresión y el estrés; pide, además, que se establezcan mecanismos de apoyo tras intentos de suicidio;
14. Reconoce el impacto de los medios de comunicación, y, en particular, internet y las redes sociales, sobre la salud mental y el bienestar, concretamente en las mujeres jóvenes y en las niñas, y observa que se deben realizar más investigaciones sobre el asunto; señala que la cultura de los medios de comunicación que hace hincapié en la edad y en la apariencia física de las mujeres puede tener en las mujeres y niñas efectos adversos como ansiedad, depresión o comportamientos obsesivos; subraya que deben desarrollarse instrumentos eficaces, incluidas medidas legales, para abordar el acoso en la red, el acoso y la cosificación; hace hincapié en la necesidad de desarrollar una estrategia ambiciosa sobre la salud mental y el bienestar electrónicos, y de fomentar y trabajar con las partes interesadas en el desarrollo de terapias electrónicas emergentes; reconoce que una estrategia para los medios de comunicación sobre salud mental debe incluir a todas las partes interesadas, incluidos los editores y el sector de la publicidad, que deben adoptar normas éticas para evitar la cosificación de las mujeres y la promoción de estereotipos de género;
15. Señala que en algunos casos las mujeres tienen una percepción distorsionada de su imagen debido a los medios de comunicación, la publicidad estereotipada y la presión social, y llegan a sufrir trastornos de la alimentación y la conducta como la anorexia, la bulimia, la ortorexia, el trastorno por atracón y la vigorexia; apoya un enfoque que tenga en cuenta la dimensión de género respecto a los trastornos alimentarios y la necesidad de integrarlo en el discurso sobre la salud y en la información dirigida al público en general; pide a los Estados miembros que creen en las escuelas ventanillas de ayuda y escucha para prestar apoyo psicológico a los estudiantes, en particular a las adolescentes, que son más vulnerables a caer en trastornos alimentarios;
16. Acoge con satisfacción el hecho de que, por primera vez, los líderes mundiales reconozcan la promoción del bienestar y la salud mental y la prevención y el

tratamiento del consumo de drogas como prioridades sanitarias en el marco de la agenda mundial para el desarrollo;

17. Plantea serias preocupaciones sobre la prestación de asistencia sanitaria mental y las instalaciones para las mujeres y niñas refugiadas en Europa, especialmente aquellas que viven en condiciones de provisionalidad en los Estados miembros; señala que el internamiento de refugiados y solicitantes de asilo sin una tramitación eficaz y eficiente de sus solicitudes de asilo viola el Derecho internacional, y repercute negativamente en su salud mental y bienestar; pide a los Estados miembros que protejan a las mujeres solicitantes de asilo internadas que denuncien abusos, y subraya que esas mujeres deben recibir de inmediato protección, incluidos el fin del internamiento, la aceleración de la reubicación y la promoción de apoyo y asesoramiento; pide a los Estados miembros que desvinculen las políticas sanitarias del control de la inmigración permitiendo el acceso a los servicios básicos de asistencia sanitaria y no imponiendo el deber de informar sobre los migrantes indocumentados a los profesionales sanitarios; pide, asimismo, a los Estados miembros que apliquen las directrices multiinstitucionales sobre la protección y apoyo de la salud mental y el bienestar psicosocial de los refugiados, solicitantes de asilo y migrantes en Europa, elaboradas por la Oficina Regional de la OMS para Europa, el ACNUR y la OIM;
18. Hace hincapié en que en muchos casos las mujeres se ven obligadas a realizar una doble jornada, una en el centro de trabajo y otra en casa, debido a que los hombres no se implican de forma suficiente en la responsabilidad del trabajo doméstico y la educación de las hijas e hijos, lo que genera en muchas mujeres depresión, ansiedad y estrés, además de sentimientos de culpa de no atender suficientemente a la familia, que es el rol tradicional asignado a la mujer;
19. Denuncia un nuevo estereotipo sexista imperante que es el de la mujer moderna que debe destacar en los estudios y la vida laboral, pero sin dejar de satisfacer las expectativas tradicionales de ser buena esposa y ama de casa, madre perfecta y mantenerse atractiva, comportamiento que genera estrés y ansiedad en muchas mujeres;
20. Pide a la Comisión, a los Estados miembros y a las autoridades locales que desarrollen políticas adaptadas específicas con el fin de prestar servicios de salud mental a los grupos de mujeres vulnerables en comunidades marginales, y a aquellos que se enfrentan a discriminación interseccional, como las mujeres refugiadas y migrantes, las mujeres que se enfrentan a la pobreza y la exclusión social, las personas trans e intersexuales, las mujeres pertenecientes a minorías étnicas, las mujeres con discapacidad, las mujeres mayores y las mujeres de las zonas rurales;
21. Subraya la importancia de un enfoque para la salud mental centrado en el ciclo de vida, en el que todas las necesidades de los grupos de edad se aborden de forma coherente y exhaustiva, con énfasis en las niñas adolescentes y las mujeres mayores, que, de media, afirman tener un índice más bajo de satisfacción personal que los hombres de los mismos grupos de edad;
22. Recomendando que, en caso de embarazo, la asistencia sanitaria mental comience lo antes posible en el primer trimestre para que sea posible identificar los problemas específicos que puedan requerir vigilancia, detectar problemas sociales para los que las mujeres puedan necesitar ayuda de los servicios sociales o de salud mental, e informar a las

mujeres sobre cuestiones relacionadas con el embarazo; pide que se garantice en todos los Estados miembros de la Unión una obstetricia más local y general que incluya a las matronas y los obstetras independientes, y destaca la especial importancia que supone este reto para las regiones rurales; insiste en que la asistencia sanitaria psicológica es tan importante como la asistencia sanitaria física y observa que entre el 10 % y el 15 % de las mujeres en la Unión que acaban de dar a luz sufren depresión posparto; subraya la importancia para las mujeres del acceso a asistencia sanitaria y psicológica tras la interrupción espontánea o provocada del embarazo y la necesidad de un trato sensible e individualizado; pide a la Comisión y a los Estados miembros que fomenten, desarrollen y proporcionen una detección precoz y tratamientos para la psicosis puerperal y la depresión posparto;

23. Subraya que las políticas sociales y de empleo, en particular la políticas sobre el equilibrio entre vida privada y vida laboral, deben adoptar un enfoque holístico que tenga en cuenta la salud mental y el bienestar de las mujeres, y pide a la Comisión y a los Estados miembros que trabajen conjuntamente con los sindicatos, los empleadores, los profesionales de la salud y la sociedad civil con el fin de desarrollar un enfoque holístico y de género para el bienestar mental en el trabajo; observa la importancia de ofrecer formación sobre salud mental a las personas con puestos directivos en los sectores público y privado;
24. Reconoce la importancia del papel de los cuidadores profesionales y no profesionales, en su gran mayoría mujeres, en la asistencia sanitaria mental; pide que se preste atención específica al papel de los cuidadores profesionales y no profesionales en la asistencia sanitaria mental, y en particular al papel de las mujeres cuidadoras, y se actúe para proteger la salud mental y el bienestar de los propios cuidadores;
25. Insta a la Comisión y a los Estados miembros a que incluyan los retos de salud mental y bienestar a los que se enfrentan los hombres y los niños debido a estereotipos de género que conducen a una probabilidad mayor de consumo de drogas y suicidios que en el caso de las mujeres; subraya que las políticas sobre salud mental de los hombres también deben tener en cuenta las perspectivas de la edad y la esperanza de vida, las condiciones socioeconómicas, la exclusión social y los factores geográficos;

Igualdad de género en los ensayos clínicos

26. Subraya la necesidad de que los ensayos clínicos de medicamentos se realicen tanto con hombres como con mujeres, y que estos sean inclusivos, no discriminatorios y realizarse en condiciones de igualdad, inclusión y no marginalización, así como que reflejen razonablemente la población que utilizaría esos productos; propone que los ensayos clínicos tengan igualmente en cuenta a los grupos de población especialmente vulnerables como los pacientes pediátricos y geriátricos y las personas pertenecientes a minorías étnicas; opina que los datos desglosados por sexo deben recopilarse también después de la comercialización de los productos, con el fin de registrar los diferentes efectos secundarios, junto con la investigación y los datos sobre la aplicación de la legislación de la Unión pertinente por parte de los Estados miembros;
27. Expresa su profunda preocupación por el hecho de que la ausencia de mejora de la representación de las mujeres en los ensayos clínicos y la investigación biomédica ponga en riesgo la vida y la salud de las mujeres, y hace hincapié en que las

metodologías y el diseño de los ensayos clínicos deben permitir el análisis estratificado por edad y sexo; subraya la necesidad urgente de integrar las diferencias entre hombres y mujeres en la intervención clínica en salud mental;

28. Subraya la importancia de la publicación de los resultados de los ensayos clínicos, para que la metodología sea transparente y accesible;
29. Recuerda que es en los países de renta media o baja donde son más frecuentes las enfermedades infecciosas (como la infección por el VIH y la malaria) y los resultados adversos del embarazo (por ejemplo, la muerte fetal); pide que se incluya a las mujeres embarazadas en los ensayos clínicos, como medio para reducir la morbilidad y la mortalidad en madres y lactantes;
30. Pide que las etiquetas de los medicamentos indiquen claramente si se han realizado o no ensayos con mujeres y si los efectos secundarios pueden variar en función del sexo de la persona; pide a los Estados miembros que fomenten la investigación sobre los efectos a largo plazo de los productos usados en las terapias hormonales sustitutivas;
31. Pide a la Comisión que incentive proyectos a escala de la Unión que incidan en la forma en que se trata a las mujeres en la investigación clínica; considera que dichos proyectos deben involucrar a las autoridades sanitarias a todos los niveles así como a la industria farmacéutica mediante la elaboración de estrategias específicas para la aplicación de orientaciones relacionadas con el estudio y la evaluación de las diferencias entre hombres y mujeres en la evaluación clínica de los medicamentos;
32. Pide a la Comisión y a los Estados miembros que inviertan en campañas de sensibilización para animar a las mujeres a participar en ensayos clínicos;
33. Insta a la EMA a que elabore directrices específicas para las mujeres en cuanto grupo especial en el ámbito de los ensayos clínicos;
34. Pide a los Estados miembros que, cuando apliquen el Reglamento (UE) n.º 536/2014 sobre los ensayos clínicos de medicamentos de uso humano, utilicen un enfoque metodológico para los ensayos clínicos que garantice una representación adecuada de mujeres y hombres, prestando especial atención a la transparencia por lo que respecta a la composición por sexo de los grupos de participantes, y que, cuando examinen si el Reglamento se ha aplicado adecuadamente, verifiquen en particular el nivel de representación de hombres y mujeres;
35. Insta a los Estados miembros, a la EMA y a las partes interesadas pertinentes a que garanticen que los factores de sexo y de género se introducen en las fases más tempranas de investigación y desarrollo de la medicación, antes de la fase de ensayos clínicos; insiste en la necesidad de mejorar el intercambio de las mejores prácticas entre las instituciones de investigación y los proveedores de asistencia sanitaria en toda Europa sobre el asunto;
36. Subraya que es necesaria una acción urgente para corregir las diferencias de género en los ensayos clínicos en los ámbitos de la salud cuando tales diferencias sean particularmente perjudiciales, como en la medicación para el alzhéimer, el cáncer, el tratamiento de los ictus, los antidepresivos y las enfermedades cardiovasculares;

37. Hace hincapié en que los investigadores y todas las partes interesadas pertinentes deben llevar a cabo una acción conjunta para eliminar los efectos secundarios perjudiciales de la medicación que afectan específicamente a las mujeres, como en el caso de los antidepresivos, los anticonceptivos y otros medicamentos, con el fin de mejorar la salud de las mujeres y la calidad de la asistencia sanitaria;
38. Observa con preocupación la desigualdad y discriminación por motivos de género en la investigación en materia de atención sanitaria y social en los países en desarrollo, lo que repercute negativamente en el desarrollo de tratamientos apropiados y específicos; señala, en particular, que los pacientes de los países en desarrollo cuentan con una representación inadecuada en la investigación farmacológica; señala que se ha descuidado la atención de grupos de población específicos, incluidos los niños y las mujeres embarazadas, en el desarrollo de medicamentos contra la tuberculosis; hace hincapié en la necesidad de recoger y almacenar muestras para el estudio farmacogenético en futuros ensayos clínicos con arreglo al sexo; recuerda que las distintas constituciones biológicas y fisiológicas de las mujeres requieren una información adecuada sobre el efecto de los medicamentos en su cuerpo;
39. Observa con preocupación que la creciente deslocalización de la realización de ensayos clínicos de medicamentos a África y otras regiones subdesarrolladas puede conllevar importantes violaciones éticas y de los principios fundamentales de la Unión, como por ejemplo el derecho a la protección y la salvaguardia de la salud; señala que, debido a la falta de acceso a una asistencia sanitaria asequible, a un seguro médico o a medicamentos asequibles, la única opción que tienen las personas vulnerables, en particular las mujeres, para recibir tratamiento médico es participar en ensayos clínicos, posiblemente sin ser conscientes de los riesgos que entrañan;
40. Señala que es un hecho contrastado que las mujeres consumen más psicofármacos que los hombres, pero existen muy pocos estudios sobre las diferencias de género acerca del efecto de estos fármacos, que se prescriben indistintamente a hombres y mujeres con las mismas dosis; muestra su preocupación por el hecho de que las mujeres sufren más efectos adversos de los psicofármacos debido a su exclusión en los ensayos clínicos y que, por tanto, no se tiene en cuenta la fisiología femenina; señala también que las mujeres recurren con más frecuencia que los hombres a la psicoterapia para resolver sus problemas psíquicos;

Observaciones generales

41. Pide a la Comisión y a los Estados miembros que:
 - a) promuevan la salud garantizando un fácil acceso a los servicios, la facilitación de información adecuada a las necesidades específicas de hombres y mujeres y el intercambio de buenas prácticas en materia de salud mental e investigación clínica;
 - b) hagan un balance de las necesidades sanitarias específicas de las mujeres y los hombres y que garanticen la integración de una perspectiva de género en sus políticas, los programas y las investigaciones en el ámbito de la salud, desde su desarrollo y diseño hasta la evaluación del impacto y el presupuesto;
 - c) garanticen que las estrategias de prevención se destinan específicamente a las

mujeres que corren riesgo de discriminación interseccional, como las mujeres romaníes, las mujeres con discapacidad, las mujeres lesbianas y bisexuales, las migrantes y las refugiadas, las mujeres que viven en situación de pobreza y las personas trans e intersexuales;

- d) reconozcan la violencia de género y la violencia contra las mujeres como un problema de salud pública, que afecta directamente a la salud mental y el bienestar de las mujeres, como se indica en la Resolución WHA49.25 de la OMS de 25 de mayo de 1996;
 - e) garanticen el rápido desarrollo de un estudio a escala de la Unión sobre la prevalencia de la violencia de género para su inclusión dentro del Sistema Estadístico Europeo, como se confirmó en el programa de trabajo de 2016 de Eurostat, y la recopilación regular de datos desglosados, en particular sobre la prevalencia de la depresión, desglosando los datos recopilados al menos por sexo, grupo de edad y situación socioeconómica;
 - f) apoyen a la sociedad civil y a las organizaciones de defensa de los derechos de las mujeres a la salud, y velen por que las mujeres hagan oír su voz en cuestiones relacionadas con las políticas de salud europeas y nacionales y que estas respondan a sus necesidades;
 - g) incentiven programas que aborden las necesidades específicas de las mujeres por lo que respecta a enfermedades tales como la osteoporosis, los problemas musculoesqueléticos y las enfermedades del sistema nervioso central como el alzhéimer y/o la demencia, incluidos los programas destinados a informar a las mujeres de los métodos preventivos y a ofrecer formación al personal médico;
 - h) presten más atención a las necesidades especiales de las mujeres diagnosticadas con el síndrome de fatiga crónica o fibromialgia proporcionándoles servicios de asistencia sanitaria adecuados y de alta calidad;
 - i) aumenten la financiación para fomentar la investigación sobre las causas y el posible tratamiento de la endometriosis, así como la elaboración de directrices clínicas y la creación de centros de referencia; promuevan campañas de información, prevención y sensibilización sobre la endometriosis, y proporcionen los medios para la formación de profesionales sanitarios especializados y para las iniciativas de investigación;
42. Pide a los Estados miembros que adopten políticas para mejorar el nivel medio de salud de la población a través de la eliminación de las desigualdades sanitarias que afectan a los grupos socioeconómicamente desfavorecidos; pide, en este contexto, el compromiso activo en varios ámbitos políticos, en relación no solo con los sistemas de salud pública y asistencia sanitaria, sino también con la educación, la seguridad social, el equilibrio entre vida privada y vida laboral y la planificación urbanística, participando siempre con una perspectiva de igualdad de género clara;
43. Pide a los Gobiernos de los países en desarrollo que integren la perspectiva de género en sus políticas de salud mental y que elaboren políticas y programas para dar respuesta a las necesidades específicas de las mujeres en materia de tratamientos de salud mental,

así como al origen social de los trastornos psicológicos; observa con preocupación que, en particular en los países menos avanzados, la exclusión de las mujeres de la investigación biomédica a menudo se debe a la falta de campañas de información y sensibilización, las funciones que desempeñan como madres y cuidadoras y su falta de libertad a la hora de tomar decisiones en su hogar; abriga el pleno convencimiento de que un mejor equilibrio de las funciones y obligaciones entre los hombres y las mujeres, la seguridad de los ingresos, el acceso igualitario a la educación, la integración en el mercado laboral, una mayor eficacia de las medidas destinadas a promover la conciliación entre la vida personal y la profesional, sobre todo en el caso de las madres solteras, el desarrollo de redes de protección social y la reducción de la pobreza contribuirían a reducir las disparidades de género en materia de salud mental;

44. Considera que los derechos sexuales y reproductivos incluyen el acceso al aborto legal y seguro, a una contracepción fiable, segura y asequible, y a una educación integral en materia de sexualidad y relaciones;
45. Considera lamentable que los derechos sexuales y reproductivos estén muy limitados y/o se ejerzan solo sujetos a determinadas condiciones en diversos Estados miembros;
46. Opina que el número creciente de profesionales del sector médico que se niegan a practicar abortos en los Estados miembros representa otra amenaza contra la salud y los derechos de las mujeres; insta a los Estados miembros a que garanticen que haya al menos un número mínimo de profesionales sanitarios disponibles para realizar abortos en los hospitales;
47. Pide a los Estados miembros que prevengan, prohíban y condenen la esterilización forzosa de mujeres, un fenómeno que afecta en particular a las mujeres con discapacidad, a las personas trans e intersexuales y a las mujeres romaníes;
48. Subraya el hecho de que los procedimientos de detección en las fases iniciales de un cáncer y los programas de información se consideran una de las medidas más eficaces para prevenir el cáncer, y pide a los Estados miembros que garanticen el acceso de todas las mujeres y las niñas a estos procedimientos;
49. Hace hincapié en que el empoderamiento de las mujeres y la promoción de la igualdad de género son cruciales para acelerar el desarrollo sostenible y, de este modo, poner fin a todas las formas de discriminación contra mujeres y niñas, incluidas las que se producen en el ámbito de la salud mental y la investigación clínica, y en que no solo se trata de un derecho humano básico, sino que también tiene un efecto multiplicador en todas las demás áreas del desarrollo (ODS 5);
50. Considera que los Estados miembros deben garantizar un servicio de obstetricia local como parte de los servicios de interés general y asegurar la disponibilidad de matronas también en las regiones rurales y montañosas;
51. Pide a las autoridades sanitarias de los Estados miembros que reconozcan la endometriosis como una enfermedad incapacitante, lo que permitiría a las mujeres afectadas recibir un tratamiento gratuito, incluso en el caso de tratamientos caros o de cirugía, así como permitir una baja especial por enfermedad para ausentarse del trabajo durante los períodos más graves, evitando así la estigmatización en el lugar de trabajo;

52. Insta a los Estados miembros, a la Comisión y a las agencias pertinentes que aseguren el acceso pleno a una asistencia sanitaria física y mental de calidad para todas las mujeres refugiadas, solicitantes de asilo y migrantes, en particular las niñas y mujeres vulnerables, como una cuestión de derechos humanos universales, y que, a largo plazo, dispongan sus respectivos sistemas nacionales de salud de forma adecuada para los futuros refugiados y solicitantes de asilo; subraya la necesidad de formación en materia de salud mental que tenga en cuenta la dimensión de género para el personal de inmigración, asilo y las fuerzas y cuerpos de seguridad que trabajan con refugiados, solicitantes de asilo e inmigrantes, en particular los que trabajan con mujeres y niñas vulnerables; considera que estas medidas sanitarias necesarias deben incluir disposiciones como el alojamiento seguro y las instalaciones sanitarias para las mujeres y los niños, asesoramiento jurídico y acceso a la salud y a los derechos sexuales y reproductivos, incluida la contracepción, el apoyo a los supervivientes de violencia sexual y el aborto seguro y legal;
53. Pide a la Unión y a los Estados miembros que pongan fin de inmediato a las políticas de austeridad actuales y a los recortes en el gasto público que afectan a servicios que son fundamentales para alcanzar un nivel alto de protección de asistencia sanitaria para todas las mujeres y los hombres, niñas y niños de la Unión, independientemente de sus antecedentes o condición jurídica;
54. Pide a los Estados miembros que garanticen el acceso gratuito a los servicios de salud de las mujeres desempleadas, de las mujeres del medio rural y de las mujeres pensionistas con ingresos bajos que no pueden financiarse su control y tratamiento médico;
55. Recomendando que las mujeres que hayan dado a luz a un hijo discapacitado o afectado por una enfermedad que amenace su vida tengan garantizado un apoyo especial que incluya, principalmente, el acceso gratuito a cuidados pediátricos domiciliarios a largo plazo, cuidados paliativos pediátricos y ayuda psicológica especializada y de fácil acceso;
56. Destaca que la consecución del derecho universal a la salud prevalece sobre la protección de los derechos de propiedad intelectual y depende de la inversión en investigación sanitaria europea, en particular en tecnologías sanitarias y medicamentos para enfermedades desatendidas y relacionadas con la pobreza;
57. Lamenta los recortes presupuestarios en salud pública por parte de los Estados miembros y se manifiesta decepcionado por el hecho de que los presupuestos anuales destinados a programas de prevención de la violencia de género y la violencia contra las mujeres en todos los Estados miembros son muy inferiores al coste real que supone dicha violencia, tanto en términos económicos, como sociales o morales; alienta a los Estados miembros a que aumenten los fondos destinados a programas de prevención de la violencia contra las mujeres, y de asistencia y protección eficaz de las víctimas.
58. Pide a los Estados miembros que establezcan actuaciones en el ámbito sanitario de detección precoz y apoyo asistencial a las víctimas de la violencia de género, así como la aplicación de protocolos sanitarios ante las agresiones sufridas por las víctimas, que se remitirán a los tribunales correspondientes con objeto de agilizar el procedimiento judicial; pide también a los Estados miembros que garanticen el derecho de acceso a la

información y a la asistencia social integrada, a través de servicios de atención permanente, urgente y con especialización de prestaciones profesionales multidisciplinares;

59. Acoge con satisfacción las acciones de la Comisión para que la Unión ratifique el Convenio de Estambul, y lamenta que muchos Estados miembros todavía no lo hayan hecho; insta al Consejo a que garantice la adhesión de la Unión al Convenio de Estambul lo antes posible;
60. Hace hincapié en que la prostitución es también una cuestión de salud, puesto que tiene efectos perjudiciales en las personas que la ejercen, que tienen más probabilidades de sufrir traumas sexuales, físicos y mentales, ser adictas al alcohol y las drogas, perder el respeto por sí mismas y presentar un mayor índice de mortalidad que la población en general; añade y destaca que muchos de los compradores de sexo piden sexo comercial sin protección, lo que incrementa el riesgo de efectos perjudiciales para la salud, tanto para las personas que ejercen la prostitución como para los clientes;
61. Pide a los Estados miembros que prevengan, prohíban y condenen la mutilación genital femenina y la mutilación genital que afecta a las personas intersexuales, y que presten asistencia sanitaria mental, conjuntamente con asistencia sanitaria física, a las víctimas y aquellas personas con probabilidad de sufrirla;
62. Anima a la Comisión y a los Estados miembros a que presten especial atención a los grupos más vulnerables o desfavorecidos y pongan en marcha programas de intervención para estas personas;
63. Considera que la ausencia de datos desglosados por sexo comparables, exhaustivos, fiables y regularmente actualizados se traduce en una discriminación para la salud de las mujeres;
64. Recuerda que tanto la asistencia sanitaria como las políticas de salud son competencia de los Estados miembros y que la Comisión Europea desempeña un papel complementario al respecto;
65. Encarga a su Presidente que transmita la presente Resolución al Consejo y a la Comisión.

EXPOSICIÓN DE MOTIVOS

La salud es algo más que una cuestión biológica, es, según la Organización Mundial de la Salud, «un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades»¹. Tanto el concepto biológico de sexo como el constructo social de género son importantes en materia de salud a todos los niveles y tienen un impacto diferente para las mujeres y para los hombres en lo relativo a la salud y el acceso a los servicios de salud y a la asistencia sanitaria².

El acceso desigual a los recursos, sumado a otros factores sociales, genera desigualdades entre mujeres y hombres en lo que respecta a los riesgos sanitarios, así como en el acceso a la información, a la asistencia y a los servicios sanitarios. Además, las diferencias biológicas suponen para las mujeres preocupaciones y necesidades sanitarias específicas, particularmente en lo que respecta a su salud sexual y reproductiva. La ciencia ha demostrado que existen diferencias biológicas entre hombres y mujeres más allá de los órganos reproductores. Por ejemplo, las enfermedades cardíacas son la principal causa de muerte entre las mujeres. Los signos y síntomas de los ataques cardíacos son distintos en los hombres que en las mujeres y estas tienen más probabilidades de morir durante el año siguiente a haber sufrido un infarto. Investigaciones recientes sobre los síntomas y las enfermedades del corazón en las mujeres han demostrado que un número mucho más elevado de mujeres que de hombres sufren enfermedades cardiovasculares³, pero estas enfermedades aparecen en fases posteriores de la vida, se manifiestan mediante síntomas diferentes que en los hombres y deben tratarse de forma distinta en lo que respecta a la medicación. No obstante, la investigación y la práctica siguen sin tener en cuenta de forma adecuada las diferencias entre hombres y mujeres en términos de salud, enfermedad y tratamiento médico. A pesar de que constituyen más de la mitad de la población de la Unión, las mujeres están infrarrepresentadas en la investigación biomédica.

La investigación pone de manifiesto la existencia de desigualdades de género en el estado de salud, en los comportamientos relacionados con la salud y en el acceso a la asistencia sanitaria y al tratamiento médico. Los responsables de la elaboración de políticas y la investigación médica deben investigar y analizar las causas de estas desigualdades y ofrecer respuestas eficaces. Por ejemplo, la investigación biomédica sigue basándose en la suposición de que las mujeres y los hombres son fisiológicamente iguales en todos los aspectos a excepción de sus aparatos reproductores y no tiene en cuenta otras diferencias biológicas, sociales y de género

¹ Preámbulo de la Constitución de la OMS.

² «La inequidad de género en la salud: desigual, injusta, ineficaz e ineficiente. Por qué existe y cómo podemos cambiarla», Informe final de la Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud de la OMS, de septiembre de 2007.

³ Consideradas tradicionalmente enfermedades de hombres, las enfermedades cardiovasculares son la principal causa de muerte de las mujeres en todo el mundo. También son la principal causa de enfermedades graves o discapacidades, que implican costes elevados para los sistemas de salud y la destrucción de la calidad de vida de las mujeres. En la Unión las enfermedades cardiovasculares siguen siendo la principal causa de muerte entre las mujeres en cada uno de los veintisiete países de la Unión. Solo en las últimas décadas se ha registrado un aumento de la sensibilización sobre el modo en que las enfermedades cardiovasculares afectan a las mujeres de manera diferente que a los hombres, alertándolas de este peligro. En la Unión, las muertes por enfermedades cardiovasculares representan el 43 % entre las mujeres y el 36 % entre los hombres. Véase: <http://eurohealth.ie/wp-content/uploads/2013/02/Women-and-CVDfin.pdf>.

que tienen un impacto considerable en la salud.

Es el caso del dolor: las mujeres sufren dolor con más frecuencia e intensidad y los analgésicos son menos eficaces en las mujeres que en los hombres. En muchos casos, las mujeres reciben tratamientos preventivos o curativos que solo han sido probados en hombres y que podrían, por tanto, ser poco efectivos o incluso contraproducentes.

El informe incluye, en concreto, el caso de la endometriosis como ejemplo de discriminación en la investigación y el tratamiento de las enfermedades propias de la mujer.

Por lo que respecta a la **salud mental**, según la OMS, los índices de prevalencia a lo largo de la vida para cualquier tipo de trastorno psicológico son más elevados de lo que se creía anteriormente, siguen aumentando y afectan a casi la mitad de la población. Aunque los índices generales de trastornos psiquiátricos son casi idénticos en el caso de los hombres que en el de las mujeres, existen diferencias de género considerables en los patrones de las enfermedades mentales. Estas diferencias determinan la disparidad en cuanto al poder y el control que los hombres y las mujeres tienen sobre los factores socioeconómicos que determinan su salud mental, su vida, su posición social, su estatus y tratamiento en la sociedad, así como su vulnerabilidad y exposición a determinados riesgos para la salud mental. Las diferencias de género se aprecian particularmente en los índices de trastornos mentales comunes, como la depresión o la ansiedad.

Algunas veces, las políticas públicas en el sector sanitario reconocen, en teoría, que el género es un importante factor determinante en materia de salud a lo largo de todo el ciclo de vida¹. Sin embargo, las necesidades sanitarias de las mujeres no están integradas plenamente y de forma coherente en las políticas sanitarias europeas y nacionales. Es necesario encontrar una solución urgente a la falta de un planteamiento coherente e integrado en materia de derechos de la mujer y cuestiones de género dentro de la política sanitaria, algo que es fundamental para alcanzar un alto nivel de protección de la salud humana para todos, en los términos garantizados por los Tratados de la Unión². Para ser eficaz, todos los aspectos de las políticas sanitarias (que actualmente, en la práctica, no tienen en cuenta la cuestión del género en su mayoría) deben incluir un enfoque específico sobre la mujer y utilizar plenamente el instrumento de integración de la perspectiva de género.

Política sanitaria de la Unión: la falta de una perspectiva de igualdad de género

La Unión está obligada por sus tratados constitutivos a garantizar la protección de la salud humana como parte de todas sus políticas y a colaborar con los países de la Unión para mejorar la salud pública, prevenir las enfermedades humanas y eliminar las fuentes de peligro para la salud física y mental. La Estrategia Europa 2020 se propone lograr que la economía de la Unión sea inteligente, sostenible e integradora y que promueva el crecimiento para todos y, para ello, uno de los requisitos es el buen estado de salud de la población.

La política de salud de la Unión, aplicada a través de la Estrategia sanitaria, se centra en la prevención, la igualdad de posibilidades para todos de gozar de buena salud y tener acceso a

¹ Consejo de la Unión Europea, Conclusiones sobre la mujer y la salud, 2005; Conclusiones sobre la salud y la inmigración en la UE, 2007; Conclusiones sobre la integración de la población gitana, 2008; Resolución relativa a la salud y el bienestar de los jóvenes, 2008.

² Artículo 168 del TFUE.

una asistencia sanitaria de calidad (independientemente de los ingresos, el género, el origen étnico, etc.), la lucha contra las amenazas graves para la salud que afectan a más de un país de la Unión, la preservación de la salud de las personas en la vejez y el fomento de sistemas sanitarios dinámicos y nuevas tecnologías.

El Consejo ha adoptado la universalidad, el acceso a una atención sanitaria de buena calidad, la equidad y la solidaridad como valores y principios comunes en los que se basan los sistemas sanitarios de los Estados miembros de la Unión¹. El concepto de universalidad establece que no puede impedirse a nadie el acceso a la asistencia sanitaria. La solidaridad está relacionada con la estructuración financiera de los sistemas sanitarios nacionales para garantizar este acceso universal. La equidad implica la igualdad de acceso en función de las necesidades, independientemente del origen étnico, el sexo, la edad, la situación social o la capacidad de pago.

Además, la Carta de los Derechos Fundamentales de la Unión Europea garantiza que todas las personas tengan derecho a acceder a la atención sanitaria preventiva y a beneficiarse del tratamiento médico en las condiciones establecidas por las legislaciones y prácticas nacionales. Estos principios se complementan con una obligación general de integración de la perspectiva de género consagrada en el Tratado europeo, que también se aplica al trabajo de todos los responsables políticos europeos y nacionales en el ámbito de la política sanitaria.

Los sistemas sanitarios deben aspirar a reducir las desigualdades en materia de salud, entre las cuales el factor de género constituye un factor determinante. Por lo tanto, integrar plenamente las necesidades y las experiencias de las mujeres a la hora de definir las políticas públicas del sector sanitario es una responsabilidad tanto jurídica como social de los responsables políticos correspondientes a escala europea y nacional. Lamentablemente, el panorama de la situación actual muestra que, por el momento, este no es el caso.

La principal responsabilidad de las políticas sanitarias de la Unión recae en los Estados miembros. Sin embargo, la Unión dispone de competencias en materia de promoción de la salud y prevención de enfermedades y desempeña un papel de coordinación y apoyo a los Estados miembros con el fin de alcanzar un alto nivel de protección de la salud humana. La salud de las mujeres ha sido abordada como una cuestión política a escala de la Unión en el contexto de los determinantes sociales y económicos de la salud y de grupos de edad concretos. En teoría, la Unión reconoce que el factor de género, junto con la edad, la educación, la condición económica y el estado civil, es un importante factor en materia de salud y asistencia sanitaria. La Dirección General de Salud Pública de la Comisión Europea ha publicado varios informes que incluyen datos relativos a la situación de la salud de las mujeres y su acceso a la asistencia sanitaria. En la práctica, tras estos documentos no se emprendieron acciones ni programas políticos concretos para abordar las necesidades sanitarias de las mujeres y, en general, las políticas europeas de salud pública siguen ignorando las cuestiones de género.

A pesar de la obligación que impone el Tratado de integrar una perspectiva de igualdad de género en todas las actividades de la Unión (integración de la perspectiva de género), esto rara vez se incluye en los documentos políticos de la Comisión Europea, y menos aún en sus

¹ Conclusiones del Consejo sobre los valores y principios comunes de los sistemas sanitarios de la Unión Europea (2006) [http://eur-lex.europa.eu/legal-content/ES/TXT/?uri=CELEX:52006XG0622\(01\)](http://eur-lex.europa.eu/legal-content/ES/TXT/?uri=CELEX:52006XG0622(01))

acciones y programas. En particular, en la investigación patrocinada por la Unión en materia de salud no se destinan los recursos ni la atención suficientes a las cuestiones relativas a la igualdad de género y a las necesidades de las mujeres.

OPINIÓN DE LA COMISIÓN DE DESARROLLO

para la Comisión de Derechos de la Mujer e Igualdad de Género

sobre el fomento de la igualdad de género en los ámbitos de la salud mental y la investigación clínica
(2016/2096(INI))

Ponente de opinión: Florent Marcellesi

SUGERENCIAS

La Comisión de Desarrollo pide a la Comisión de Derechos de la Mujer e Igualdad de Género, competente para el fondo, que incorpore las siguientes sugerencias en la propuesta de Resolución que apruebe:

1. Destaca que la consecución del derecho universal a la salud prevalece sobre la protección de los derechos de propiedad intelectual y depende, entre otras cosas, de la inversión en investigación sanitaria global, incluidos las tecnologías sanitarias y los medicamentos para enfermedades desatendidas y relacionadas con la pobreza;
2. Recuerda que las enfermedades desatendidas y relacionadas con la pobreza afectan a más de mil millones de personas, se cobran millones de vidas cada año y son fundamentalmente endémicas en los países en desarrollo; observa que los instrumentos para prevenir, diagnosticar y tratar las enfermedades desatendidas y relacionadas con la pobreza a menudo escasean o no se adecúan a las condiciones de las personas y comunidades de los países en desarrollo;
3. Recuerda que el objetivo del EDCTP 2 (segundo programa en el marco de la cooperación de los países europeos y de los países en desarrollo sobre ensayos clínicos) es contribuir a reducir la carga socioeconómica de las enfermedades relacionadas con la pobreza en los países en desarrollo, en particular los subsaharianos, acelerando el desarrollo clínico de procedimientos médicos eficaces, seguros, accesibles, adecuados y asequibles contra dichas enfermedades, en asociación con los países subsaharianos;
4. Observa con preocupación la existencia de desigualdades y discriminación por motivos de género en la investigación en materia de atención sanitaria y social en los países en desarrollo, lo que repercute negativamente en el desarrollo de tratamientos apropiados específicos; señala, en particular, que los pacientes de los países en desarrollo cuentan con una representación inadecuada en la investigación farmacológica; señala que se ha

descuidado la atención de grupos de población específicos, incluidos los niños y las mujeres embarazadas, en el desarrollo de medicamentos contra la tuberculosis; hace hincapié en la necesidad de recoger y almacenar muestras para el estudio farmacogenético en futuros ensayos clínicos, sobre la base del género; recuerda que las distintas constituciones biológicas y fisiológicas de las mujeres requieren una información adecuada sobre el efecto de los medicamentos en su cuerpo;

5. Recuerda que es en los países de renta media o baja donde son más frecuentes las enfermedades infecciosas (como la infección por el VIH y la malaria) y los resultados adversos del embarazo (por ejemplo, la muerte fetal); pide que se incluya a las mujeres embarazadas en los ensayos clínicos, como medio para reducir la morbilidad y la mortalidad en madres y lactantes;
6. Recuerda que, según la OMS, si los «trastornos mentales» engloban un abanico de trastornos mentales y de comportamiento, como la depresión, el trastorno bipolar, la esquizofrenia, los trastornos de ansiedad, la demencia y el autismo, la «salud mental» se conceptualiza como un estado de bienestar en el que el individuo es consciente de sus propias capacidades, puede enfrentarse a las exigencias normales de la vida y trabajar de forma productiva y fructífera y es capaz hacer una contribución a su comunidad; acoge con satisfacción el hecho de que, por primera vez, los líderes mundiales reconozcan la promoción del bienestar y la salud mental y la prevención y el tratamiento del consumo de drogas como prioridades sanitarias en el marco de la agenda mundial para el desarrollo;
7. Recuerda que la salud mental está condicionada en gran medida por el género; insiste en que la desigualdad de género, las diferencias de ingresos, la mayor exposición de las mujeres a la pobreza y al exceso de trabajo, la discriminación socioeconómica y la violencia de género, incluida la violación de sus derechos sexuales y reproductivos, la desnutrición y el hambre exponen a las mujeres aún más a los trastornos de la salud mental de la depresión y la ansiedad; pide a la Comisión que aborde las causas profundas de que no se incluya a las mujeres en los ensayos clínicos y que destine más recursos a servicios de apoyo, prevención, tratamiento e investigación para las mujeres; subraya, en un sentido más amplio, la necesidad de promover la inclusión económica de todos (ODS 10), por ejemplo a través de la mejora de la regulación y supervisión de los mercados e instituciones financieros, y de mejorar, a través de la educación permanente, la competencia de los proveedores de asistencia sanitaria primaria para reconocer y tratar los trastornos de la salud mental de las mujeres con miras a corregir la discriminación por motivos de género en la asistencia sanitaria;
8. Destaca que la Organización Mundial de la Salud (OMS) no ha informado de ninguna diferencia significativa en función del género en el caso de los trastornos mentales graves tales como la esquizofrenia y el trastorno bipolar, mientras que persiste una gran diferencia de género en cuanto a la depresión y la ansiedad;
9. Hace hincapié en que la capacitación de las mujeres y la promoción de la igualdad de género son cruciales para acelerar el desarrollo sostenible y, de este modo, poner fin a todas las formas de discriminación contra mujeres y niñas, incluidas las que se producen en el ámbito de la salud mental y la investigación clínica, y en que no solo se trata de un derecho humano básico, sino que también tiene un efecto multiplicador en todas las demás áreas del desarrollo (ODS 5);

10. Pide a los Gobiernos de los países en desarrollo que integren la perspectiva de género en sus políticas de salud mental y que elaboren políticas y programas para dar respuesta a las necesidades específicas de las mujeres en materia de tratamientos de salud mental, así como al origen social de los trastornos psicológicos; observa con preocupación que, en particular en los países menos avanzados, la exclusión de las mujeres de la investigación biomédica a menudo se debe a la falta de campañas de información y sensibilización, el desempeño de su función como madres y cuidadoras y su falta de libertad a la hora de tomar decisiones en su hogar; abriga el pleno convencimiento de que un mejor equilibrio de las funciones y obligaciones entre los hombres y las mujeres, la seguridad de los ingresos, el acceso igualitario a la educación, la integración en el mercado laboral, una mayor eficacia de las medidas destinadas a promover la conciliación entre la vida personal y la profesional, sobre todo en el caso de las madres solteras, el desarrollo de redes de protección social y la reducción de la pobreza contribuirían a reducir las disparidades de género en materia de salud mental;
11. Lamenta que la Unión no haya incorporado los principios de su política sanitaria mundial en su estrategia de innovación; lamenta, asimismo, que ninguno de los mecanismos prevea disposiciones vinculantes que garanticen que las actividades de I+D en materia de enfermedades desatendidas y relacionadas con la pobreza, financiadas a través de la Unión, darán lugar a productos médicos accesibles, asequibles y adecuados para las categorías de población más vulnerables y en peligro, o que los datos de la investigación serán accesibles al público; destaca la necesidad de reforzar la investigación y el desarrollo locales a la medida de las necesidades de cada país y, en general, de invertir en I+D en el ámbito sanitario a escala global para reforzar los sistemas sanitarios nacionales y conseguir una cobertura sanitaria universal, también mediante la puesta en común de recursos; pide a la Unión que incremente su gasto a tal fin;
12. Observa que, aunque 26 enfermedades desatendidas y relacionadas con la pobreza representaron el 14 % de la carga global de las enfermedades, solo se destinó a ellas el 1,4 % del gasto sanitario global en I+D¹;
13. Pide a la Unión que fomente una financiación eficaz y justa de la investigación que redunde en beneficio de la salud de todos y garantice que las innovaciones e intervenciones conduzcan a soluciones asequibles y accesibles; considera, en particular, que deben estudiarse modelos en los que se disocien los costes de I+D y los precios de los medicamentos, incluyendo las posibilidades de transferencia tecnológica a los países en desarrollo;
14. Observa que en los últimos veinte años se ha producido un cambio considerable en la localización de los ensayos clínicos de medicamentos patrocinados por el sector, que, con creciente frecuencia, estos ensayos se llevan a cabo en países de renta media o baja, donde es más fácil encontrar sujetos para realizarlos y menos costosa su realización y donde las restricciones normativas son menos estrictas o se someten a una supervisión menos activa;
15. Observa con preocupación que la creciente deslocalización de la realización de ensayos clínicos de medicamentos a África y otras regiones subdesarrolladas puede conllevar importantes violaciones éticas y de los principios fundamentales de la Unión, como por

¹ *Research and development expenditure for poverty-related and neglected diseases: an analysis of economic and epidemiological data.* The Lancet, 2013.

ejemplo el derecho a la protección y la salvaguardia de la salud; señala que, debido a la falta de acceso a una asistencia sanitaria asequible o a un seguro médico, así como de acceso a medicamentos asequibles, la única opción que tienen las personas vulnerables, en particular las mujeres, para recibir tratamiento médico es participar en ensayos clínicos, posiblemente sin ser conscientes de los riesgos que entrañan;

16. Pide a las empresas farmacéuticas transnacionales que cumplan su responsabilidad empresarial de respetar los derechos humanos, como estipulan los Principios Rectores de las Naciones Unidas sobre las empresas y los derechos humanos, cuando realicen ensayos clínicos en países de renta media o baja; considera que estas deberían garantizar la protección adecuada de la seguridad y los derechos de los participantes, así como la conformidad de sus prácticas con las normas éticas más estrictas y las directrices internacionales establecidas en la Declaración de Helsinki de la Asociación Médica Mundial, así como las directrices del Consejo de Organizaciones Internacionales de Ciencias Médicas y la OMS sobre buenas prácticas clínicas;
17. Insta a las autoridades reguladoras de la Unión a que verifiquen, antes de conceder la autorización de comercialización de los medicamentos, que se cumplen las mismas normas relativas a los ensayos clínicos dentro y fuera de su jurisdicción;
18. Pide a los países en desarrollo que desarrollen un sólido marco legislativo con un sistema de control independiente y funcional que se ajuste a las directrices de la Organización Mundial de la Salud (OMS) sobre buenas prácticas clínicas para ensayos con productos farmacéuticos y la Declaración de Helsinki de la Asociación Médica Mundial;

RESULTADO DE LA VOTACIÓN FINAL EN LA COMISIÓN COMPETENTE PARA EMITIR OPINIÓN

Fecha de aprobación	8.11.2016
Resultado de la votación final	+: 20 -: 1 0: 3
Miembros presentes en la votación final	Louis Aliot, Nicolas Bay, Beatriz Becerra Basterrechea, Ignazio Corrao, Raymond Finch, Enrique Guerrero Salom, Maria Heubuch, György Hölvényi, Teresa Jiménez-Becerril Barrio, Arne Lietz, Linda McAvan, Norbert Neuser, Cristian Dan Preda, Elly Schlein, Eleni Theoharous, Paavo Väyrynen, Bogdan Brunon Wenta, Anna Záborská
Suplentes presentes en la votación final	Marina Albiol Guzmán, Agustín Díaz de Mera García Consuegra, Bernd Lucke, Judith Sargentini, Patrizia Toia
Suplentes (art. 200, apdo. 2) presentes en la votación final	Maria Grapini

**RESULTADO DE LA VOTACIÓN FINAL
EN LA COMISIÓN COMPETENTE PARA EL FONDO**

Fecha de aprobación	29.11.2016
Resultado de la votación final	+: 19 -: 11 0: 0
Miembros presentes en la votación final	Daniela Aiuto, Beatriz Becerra Basterrechea, Malin Björk, Vilija Blinkevičiūtė, Iratxe García Pérez, Anna Hedh, Mary Honeyball, Teresa Jiménez-Becerril Barrio, Elisabeth Köstinger, Agnieszka Kozłowska-Rajewicz, Florent Marcellesi, Angelika Mlinar, Angelika Niebler, Maria Noichl, Marijana Petir, João Pimenta Lopes, Michaela Šojdrová, Ernest Urtasun, Elissavet Vozemberg-Vrionidi, Jadwiga Wiśniewska, Jana Žitňanská
Suplentes presentes en la votación final	Biljana Borzan, Stefan Eck, Rosa Estaràs Ferragut, Clare Moody, Sirpa Pietikäinen, Marc Tarabella, Monika Vana, Julie Ward, Anna Záborská

VOTACIÓN FINAL NOMINAL EN LA COMISIÓN COMPETENTE PARA EL FONDO

19	+
ALDE	Beatriz Becerra Basterrechea, Angelika Mlinar
EFDD	Daniela Aiuto
GUE/NGL	Malin Björk, Stefan Eck, João Pimenta Lopes
PPE	Sirpa Pietikäinen
S&D	Vilija Blinkevičiūtė, Biljana Borzan, Iratxe García Pérez, Anna Hedh, Mary Honeyball, Clare Moody, Maria Noichl, Marc Tarabella, Julie Ward
VERTS/ALE	Florent Marcellesi, Ernest Urtasun, Monika Vana

11	-
ECR	Jadwiga Wiśniewska, Jana Žitňanská
PPE	Rosa Estaràs Ferragut, Teresa Jiménez-Becerril Barrio, Agnieszka Kozłowska-Rajewicz, Elisabeth Köstinger, Angelika Niebler, Marijana Petir, Michaela Šojdrová, Elissavet Vozemberg-Vrionidi, Anna Záborská

0	0
---	---

Explicación de los signos utilizados:

+ : a favor

- : en contra

0 : abstenciones