



PARLAMENTO EUROPEO

2009 - 2014

Documento de sesión

A7-0340/2012

18.10.2012

INFORME

sobre la prevención de las enfermedades de la mujer relacionadas con la edad
(2012/2129(INI))

Comisión de Derechos de la Mujer e Igualdad de Género

Ponente: Roberta Angelilli

ÍNDICE

	Página
PROPUESTA DE RESOLUCIÓN DEL PARLAMENTO EUROPEO	3
EXPOSICIÓN DE MOTIVOS	19
RESULTADO DE LA VOTACIÓN FINAL EN COMISIÓN	22

PROPUESTA DE RESOLUCIÓN DEL PARLAMENTO EUROPEO

sobre la prevención de las enfermedades de la mujer relacionadas con la edad (2012/2129(INI))

El Parlamento Europeo,

- Visto el artículo 168 del Tratado de Funcionamiento de la Unión Europea,
- Vista la Carta de los Derechos Fundamentales de la Unión Europea,
- Visto el Libro Blanco titulado «Juntos por la salud: un planteamiento estratégico para la UE (2008-2013)» (COM(2007)0630),
- Visto el Libro Blanco titulado «Estrategia europea sobre problemas de salud relacionados con la alimentación, el sobrepeso y la obesidad» (COM(2007)0279),
- Visto el informe de la Comisión sobre el estado de salud de las mujeres en la Unión Europea,
- Vista la Comunicación de la Comisión titulada «La telemedicina en beneficio de los pacientes, los sistemas sanitarios y la sociedad» (COM(2008)0689),
- Vista la Comunicación de la Comisión titulada «Abordar los efectos del envejecimiento de la población de la UE» (COM(2009)0180),
- Vista la Comunicación de la Comisión titulada «Solidaridad en materia de salud: reducción de las desigualdades en salud en la UE» (COM(2009)0567),
- Vista la Comunicación de la Comisión titulada «Acción contra el cáncer: una Asociación Europea» (COM(2009)0291),
- Visto el informe titulado «Empower Women – Combating Tobacco Industry Marketing in the WHO European Region» (OMS, 2010),
- Visto el informe de la Comisión titulado «The 2012 Ageing Report: Underlying Assumptions and Projection Methodologies» (*European Economy* nº 4/11 - Comisión Europea, 2011),
- Vista la Decisión nº 1350/2007/CE del Parlamento Europeo y del Consejo, de 23 de octubre de 2007, por la que se establece el segundo Programa de acción comunitaria en el ámbito de la salud (2008-2013)¹,
- Vista la Decisión nº 940/2011/UE del Parlamento Europeo y del Consejo, de 14 de septiembre de 2011, sobre el Año Europeo del Envejecimiento Activo y de la

¹ DO L 301 de 20.11.2007, p. 3.

Solidaridad Intergeneracional¹,

- Vistas las Conclusiones del Consejo «Planteamientos innovadores para las enfermedades crónicas en los sistemas de salud pública y de atención sanitaria», de 7 de diciembre de 2010,
- Visto el informe de la Presidencia belga, de 23 de noviembre de 2010, sobre la brecha salarial entre hombres y mujeres,
- Vistas las conclusiones de la Cumbre de las Naciones Unidas sobre enfermedades no transmisibles, celebrada los días 19 y 20 de septiembre de 2011,
- Visto el Programa Marco de Investigación e Innovación «Horizonte 2020» (COM(2011)0808),
- Visto el informe de Eurostat titulado «Envejecimiento activo y solidaridad intergeneracional - Panorama estadístico de la UE en 2012»,
- Visto el informe del Eurobarómetro titulado «Envejecimiento activo» (2012),
- Vista la Comunicación de la Comisión titulada «Llevar adelante el Plan Estratégico de Aplicación de la cooperación de innovación europea sobre el envejecimiento activo y saludable» (COM(2012)0083),
- Visto el Libro Blanco titulado «Agenda para unas pensiones adecuadas, seguras y sostenibles» (COM(2012)0055),
- Vista su Resolución, de 18 de octubre de 2006, sobre el cáncer de mama en la Unión Europea ampliada²,
- Vista su Resolución, de 6 de diciembre de 2006, sobre el Libro Verde «Fomentar una alimentación sana y la actividad física: una dimensión europea para la prevención del exceso de peso, la obesidad y las enfermedades crónicas»³,
- Vista su Resolución, de 12 de julio de 2007, sobre las medidas para combatir las enfermedades cardiovasculares⁴,
- Vista su Resolución, de 19 de febrero de 2009, sobre la salud mental⁵,
- Vista su Resolución, de 6 de mayo de 2009, sobre la inclusión activa de las personas excluidas del mercado laboral⁶,
- Vista su Resolución, de 12 de noviembre de 2009, sobre la programación conjunta de la investigación al servicio de la lucha contra las enfermedades neurodegenerativas, en

¹ DO L 246 de 23.9.2011, p. 5.

² Textos Aprobados, P6_TA(2006)0449.

³ DO C 250 E de 25.10.2007, p. 93.

⁴ Textos Aprobados, P6_TA(2007)0346.

⁵ Textos Aprobados, P6_TA(2009)0063.

⁶ Textos Aprobados, P6_TA(2009)0371.

- particular contra la enfermedad de Alzheimer¹,
- Vista su Resolución, de 19 de enero de 2011, sobre una iniciativa europea acerca de la enfermedad de Alzheimer y otras demencias²,
 - Vista su Resolución, de 6 de mayo de 2010, sobre la Comunicación de la Comisión titulada «Acción contra el cáncer: una asociación europea»³,
 - Vista su Resolución, de 7 de septiembre de 2010, sobre el papel de la mujer en una sociedad que envejece⁴,
 - Vista su Resolución, de 11 de noviembre de 2010, sobre los retos demográficos y la solidaridad entre las generaciones⁵,
 - Vista su Resolución, de 8 de marzo de 2011, sobre el rostro de la pobreza femenina en la Unión Europea⁶,
 - Vista su Resolución, de 13 de septiembre de 2011, sobre la situación de las mujeres que se acercan a la edad de jubilación⁷,
 - Vista su Resolución, de 15 de septiembre de 2011, sobre la posición y el compromiso de la UE con miras a la reunión de alto nivel de las Naciones Unidas sobre la prevención y el control de las enfermedades no transmisibles⁸,
 - Vista su Resolución, de 14 de marzo de 2012, sobre la respuesta a la epidemia de diabetes en la UE⁹,
 - Vista su Resolución, de 24 de mayo de 2012, con recomendaciones destinadas a la Comisión sobre la aplicación del principio de igualdad de retribución entre trabajadores y trabajadoras para un mismo trabajo o para un trabajo de igual valor¹⁰,
 - Vista su Resolución, de 13 de marzo de 2012, sobre la igualdad entre mujeres y hombres en la Unión Europea - 2011¹¹,
 - Visto el artículo 48 de su Reglamento,
 - Visto el Informe de la Comisión de Derechos de la Mujer e Igualdad de Género (A7-0340/2012),

¹ Textos Aprobados, P7_TA(2009)0065.

² Textos Aprobados, P7_TA(2011)0016.

³ Textos Aprobados, P7_TA(2010)0152.

⁴ Textos Aprobados, P7_TA(2010)0306.

⁵ Textos Aprobados, P7_TA(2010)0400.

⁶ Textos Aprobados, P7_TA(2011)0086.

⁷ Textos Aprobados, P7_TA(2011)0360.

⁸ Textos Aprobados, P7_TA(2011)0390.

⁹ Textos Aprobados, P7_TA(2012)0082.

¹⁰ Textos Aprobados, P7_TA(2012)0225.

¹¹ Textos Aprobados, P7_TA(2012)0069.

Contexto general

- A. Considerando que la Unión Europea promueve la dignidad humana y reconoce que toda persona tiene derecho a una atención sanitaria preventiva y a tratamiento médico, y que el artículo 168, apartado 7, del Tratado de Funcionamiento de la Unión Europea indica claramente que los Estados miembros serán responsables de la organización, gestión y prestación de servicios sanitarios y atención médica, así como de la asignación de los recursos que se destinan a dichos servicios; y que es fundamental que las personas de edad avanzada tengan derecho a llevar una vida digna e independiente y a participar en la vida social y cultural;
- B. Considerando que el envejecimiento de la población constituye uno de los retos más importantes para Europa; que, en la Unión Europea, los mayores de 65 años son más de 87 millones (un 17,4 % de la población total) y que, según las previsiones, superarán los 150 millones en 2060 (alrededor del 30 %);
- C. Considerando que, pese al notable aumento de la esperanza de vida, acompañado de una mejora constante del nivel de vida en los países industrializados, lo que permite que las personas mayores sean hoy mucho más activas que hace unas décadas, los estereotipos negativos y los prejuicios sobre la tercera edad siguen constituyendo un importante obstáculo para la integración social de las personas de edad avanzada, con su consiguiente exclusión social, que afecta directamente a su calidad de vida y su salud mental;
- D. Considerando que las mujeres tienen una esperanza de vida mayor que los hombres (82,4 años para las mujeres frente a 76,4 para los hombres); que la diferencia por lo que respecta a la esperanza de vida con buena salud es menor (61,7 años en el caso de los hombres frente a 62,6 años en el de las mujeres);
- E. Considerando que la tasa de empleo de las mujeres con edades comprendidas entre los 55 y los 64 años fue de un 38,6 % en 2010, mientras que, en el caso de los hombres de la misma edad, se situó en un 54,5 %; que, según los objetivos de la UE, el 75 % de la población comprendida entre los 20 y los 64 años de edad debería tener un empleo para 2020;
- F. Considerando que el salario de las mujeres es inferior al de los hombres (en la UE, la brecha salarial media entre hombres y mujeres es del 17,5 %); que la brecha salarial entre hombres y mujeres con edades comprendidas entre los 55 y los 64 años es superior al 30 % en algunos Estados miembros y alcanza el 48 % en el caso de las personas de más de 65 años; que la brecha salarial entre hombres y mujeres conduce a una diferencia en las pensiones, que a menudo tiene como resultado pensiones de menor cuantía para las mujeres y que estas se encuentren por debajo del umbral de la pobreza;
- G. Considerando que a menudo las mujeres, con el fin de conciliar la vida familiar y laboral, eligen trabajos flexibles, a domicilio, a tiempo parcial, temporales o atípicos, que perjudican el avance de su carrera profesional y repercuten de forma considerable en sus contribuciones al régimen de pensiones, lo que las hace especialmente

vulnerables a la precariedad y la pobreza;

- H. Considerando que la generación de las mujeres de más de 50 años, a menudo descrita como «la generación sándwich» o como «hijas y madres trabajadoras», suele tener menos posibilidades de ocuparse de su propia salud ya que con frecuencia cuidan de sus padres y de sus nietos;
- I. Considerando que, en Europa, el 23,9 % de la población entre los 50 y los 64 años se encuentra en riesgo de pobreza, siendo un 25,9 % mujeres y un 21,7 %, hombres; que las cifras en la Unión Europea oscilan entre el 39 y el 49 % en función de los países y ascienden al 51 % en un país concreto de la UE;
- J. Considerando que el 75,8 % de las mujeres mayores de 65 años viven solas, principalmente después de un divorcio, separación o viudez, y que, de media, tres de cada diez hogares en la Unión Europea son unipersonales, en su mayoría hogares en los que viven mujeres solas, en concreto mujeres de edad avanzada, y que este porcentaje no deja de aumentar; que en la mayoría de los Estados miembros los hogares unipersonales o con una única fuente de ingresos reciben un trato desfavorable, tanto en términos absolutos como relativos, por lo que respecta a la fiscalidad, la seguridad social, la vivienda, la atención sanitaria, los seguros y las pensiones; que las políticas públicas no deben penalizar a quienes viven solos, ya sea de forma voluntaria o involuntaria;
- K. Considerando que, en 2009, el 7,6 % de las mujeres mayores de 65 años sufrían graves privaciones materiales, en comparación con el 5,5 % de los hombres del mismo grupo de edad;
- L. Considerando que las mujeres de edad avanzada, como grupo desfavorecido, a menudo son víctimas de discriminación múltiple (por ejemplo, por motivos de edad, sexo u origen étnico); que estas mujeres, que tienen, con frecuencia, una mala situación socioeconómica y se enfrentan a un gran número de problemas, se beneficiarían de medidas de protección social y del acceso a los sistemas nacionales de atención sanitaria;
- M. Considerando que en las zonas rurales el acceso a la asistencia sanitaria primaria es más difícil que en las zonas urbanas, en especial como consecuencia de la escasez de personal sanitario especializado y de estructuras hospitalarias, también de urgencias;
- N. Considerando que a menudo las mujeres de edad avanzada, en especial las mujeres mayores que viven aisladas, tienen una situación socioeconómica desfavorecida que afecta a su calidad de vida y a su estado de salud física y mental;
- O. Considerando que, para tratar adecuadamente las necesidades de las mujeres de edad avanzada, es necesaria una mejor comprensión de las enfermedades que padecen;
- P. Considerando que todos estos factores, incluido el aislamiento, afectan a la capacidad de las mujeres de edad avanzada para crear y/o mantener redes sociales y, por lo tanto, llevar una vida activa;

Enfermedades asociadas con el envejecimiento

- Q. Considerando que, dadas su mayor esperanza de vida y su vulnerabilidad a ciertas enfermedades, las mujeres se ven más afectadas por las enfermedades crónicas y discapacitantes y, por tanto, sufren un mayor deterioro de la calidad de vida;
- R. Considerando que entre hombres y mujeres hay diferencias en la incidencia, progresión y consecuencias de numerosas patologías;
- S. Considerando que, según los últimos datos disponibles del Centro Internacional de Investigaciones sobre el Cáncer, los tumores diagnosticados con mayor frecuencia en las mujeres son el cáncer de mama (29,7 %), el cáncer colorrectal (13,5 %) y el cáncer de pulmón (7,4 %);
- T. Considerando que, cada año, las enfermedades cardiovasculares causan más de 2 millones de muertes en los Estados miembros, lo que representa el 42 % de todas las muertes en la Unión Europea, y provocan el 45 % de las muertes entre las mujeres, en comparación con el 38 % en el caso de los hombres;
- U. Considerando que la diabetes, una de las enfermedades no transmisibles más comunes, afecta a más de 33 millones de ciudadanos de la Unión Europea, cifra que probablemente aumentará a 38 millones en 2030; que, en 2010, aproximadamente el 9 % de la población adulta (entre 20 y 79 años) de la UE era diabética;
- V. Considerando que la edad es un factor de riesgo en el desarrollo de enfermedades neurodegenerativas como la enfermedad de Alzheimer (la forma de demencia más corriente); que las enfermedades neurodegenerativas son más frecuentes en las personas mayores de 65 años (afectan aproximadamente a 1 de cada 20 personas de más de 65 años, a 1 de cada 5 de más de 80 años y a 1 de cada 3 de más de 90 años); que más de 7,3 millones de personas padecen alguna demencia en Europa; que los estudios muestran que la tasa de prevalencia de la enfermedad de Alzheimer en las mujeres mayores de 90 años es del 81,7 %, frente al 24 % entre los hombres; que el estigma y la falta de concienciación en relación con las enfermedades neurodegenerativas como la demencia conducen a un diagnóstico tardío y a un tratamiento con resultados poco satisfactorios;
- W. Considerando que la demencia es más frecuente en personas mayores de 65 años, que afecta a aproximadamente 1 persona de cada 20 de más de 65 años, a 1 de cada 5 de más de 80 años y a 1 de cada 3 de más de 90 años; que, generalmente, afecta más a las mujeres que a los hombres de edad avanzada;
- X. Considerando que las mujeres corren un riesgo mayor de desarrollar enfermedades óseas y de las extremidades (por ejemplo, osteoartritis, artritis reumatoide, osteoporosis y fragilidad ósea); que alrededor del 75 % de las fracturas de cadera debidas a la osteoporosis se dan en mujeres;
- Y. Considerando que los principales factores de riesgo para contraer enfermedades cardiovasculares, cáncer, diabetes, obesidad y enfermedades crónicas obstructivas son el

tabaquismo, la inactividad física, una alimentación poco saludable, el abuso de alcohol y la contaminación medioambiental;

- Z. Considerando que la depresión y la ansiedad son formas graves de trastornos mentales que afectan más a las mujeres que a los hombres; que, en el caso de las mujeres, la OMS calcula que su incidencia en Europa varía entre el 2 y el 15 % en el grupo de edad de más de 65 años;
- AA. Considerando que las deficiencias auditivas y los trastornos oculares también contribuyen en gran medida a los problemas que surgen con el paso de los años con limitaciones funcionales y que un diagnóstico adecuado a tiempo, un buen tratamiento y el acceso a dispositivos médicos de calidad pueden prevenir un mayor deterioro de dichas funciones o permitir su recuperación parcial;
- AB. Considerando que, de los aproximadamente 600 000 europeos que padecen esclerosis múltiple, la mayoría son mujeres; que se trata de la patología neurodegenerativa más común, así como de una de las principales causas de discapacidad de origen no traumático en las mujeres de edad avanzada;

Acceso a los servicios de salud

- AC. Considerando que es necesario garantizar un acceso equitativo a los servicios de salud para hombres y mujeres, así como mejorar la calidad de la asistencia sanitaria, prestando especial atención a la situación particular de las mujeres en las zonas rurales, muchas de las cuales viven solas, con arreglo al artículo 168, apartado 7, del Tratado de Funcionamiento de la Unión Europea;
- AD. Considerando que la situación económica de las mujeres de edad avanzada, resultado de las desigualdades por razón de género en materia de salarios, pensiones y otros ingresos, las hace especialmente vulnerables a la precariedad y la pobreza y las dota de menos recursos financieros para la atención sanitaria y los tratamientos médicos que necesitan;
- AE. Considerando que la telemedicina puede facilitar el acceso a la asistencia médica, no disponible en zonas de difícil acceso, y mejorar la calidad y frecuencia de la asistencia especializada requerida por las personas de edad avanzada dado su estado de salud;

Investigación y prevención

- AF. Considerando que las inversiones en investigación e innovación son fundamentales para mantener un alto nivel de calidad de vida y afrontar así el gran reto que plantea el envejecimiento;
- AG. Considerando que la prevención y la detección temprana conducen a una mejora de la salud física y mental de los hombres y las mujeres, lo que permite alargar la esperanza de vida con buena salud y disminuir el gasto en asistencia sanitaria, asegurando así su sostenibilidad a largo plazo;
- AH. Considerando que es necesario que las medidas preventivas sean una prioridad en la atención sanitaria, con especial atención a los grupos desfavorecidos;

- AI. Considerando que la alfabetización sanitaria es un requisito necesario para que los ciudadanos puedan orientarse mejor en sistemas sanitarios complejos, así como entender mejor la función que ellos mismos pueden desempeñar en la prevención de las enfermedades asociadas a la edad a lo largo de la vida;
- AJ. Considerando que en la actualidad la sensibilidad a ciertas enfermedades y medicamentos en función del sexo de la persona no está lo suficientemente estudiada porque los ensayos clínicos se centran principalmente en hombres jóvenes;
- AK. Considerando que, según el Centro Internacional de Investigaciones sobre el Cáncer, si la tasa de cobertura de las mamografías fuera superior al 70 %, podría reducirse del 20 al 30 % la mortalidad por cáncer de mama en mujeres mayores de 50 años;
- AL. Considerando que las mujeres recurren en mayor medida a los medicamentos y a los remedios botánicos, sobre cuyo impacto es necesario investigar más a fin de minimizar el riesgo de interacción;
- AM. Considerando que a lo largo de su vida las mujeres afrontan muchos cambios hormonales y utilizan fármacos específicos asociados a los periodos de edad fértil y menopausia;
- AN. Considerando que el 9 % de las mujeres recurren con frecuencia a los antidepresivos, en comparación con el 5 % de los hombres;
- AO. Considerando que, según la Organización Mundial de la Salud (OMS), entre el 4 y el 6 % de las personas mayores han experimentado alguna forma de maltrato en sus propios hogares, que puede ser físico, sexual o psicológico, o explotación económica, negligencia o abandono;

Contexto general

1. Reconoce que, aunque las mujeres viven más que los hombres, no disfrutan de muchos más años de buena salud, es decir, sin limitaciones en su actividad o incapacidades importantes (62,6 años para las mujeres y 61,7 años para los hombres);
2. Constata que las mujeres de edad avanzada necesitan un acceso suficiente a la atención sanitaria, así como ayuda en el hogar, para poder llevar una vida autónoma en igualdad de derechos;
3. Pide a la Comisión que publique un nuevo informe sobre la salud de las mujeres, prestando especial atención a las mujeres de más de 65 años y a los indicadores de envejecimiento activo;
4. Subraya que las políticas destinadas a promover la conciliación de la vida familiar y la vida laboral, así como la participación social, facilitan que la mujer tenga un envejecimiento activo y saludable, por lo que pide a los Estados miembros que intensifiquen sus esfuerzos en esta dirección;
5. Pide a los Estados miembros que fomenten la plena integración, una mayor implicación

- y una participación activa de las mujeres de edad avanzada en la vida social;
6. Defiende la importancia de una oferta cultural y formativa dedicada a la tercera edad;
 7. Insta a que se tomen medidas concretas y efectivas, tales como la adopción de una directiva sobre la igualdad de trato que aborde los casos de discriminación múltiple a los que a menudo se enfrentan las mujeres de edad avanzada;
 8. Defiende las iniciativas dirigidas a mejorar la prevención de las enfermedades y la promoción de la salud, así como a preservar la autonomía de las personas de edad avanzada;
 9. Pide a la Comisión y al Consejo que publiquen un informe sobre las medidas adoptadas por los Estados miembros en apoyo del envejecimiento activo y sobre el impacto de las mismas, con el fin de determinar las mejores prácticas y valorar las futuras acciones que deben emprenderse a escala europea;
 10. Pide a la Comisión y a los Estados miembros que difundan una actitud más positiva hacia el envejecimiento, así como que aumenten la concienciación de los ciudadanos de la UE sobre la problemática del envejecimiento y sus verdaderos efectos, lo que ha constituido uno de los principales mensajes en 2012 como Año Europeo del Envejecimiento Activo y de la Solidaridad Intergeneracional;
 11. Considera que el camino a seguir en relación con la política sobre el envejecimiento es la adopción de un enfoque que se base en toda la vida, en el que se tengan en cuenta las interrelaciones existentes entre el envejecimiento y el género;
 12. Destaca que el gasto público sanitario en la UE representa el 7,8 % de su PIB y, para 2060, se prevé que, debido al envejecimiento de la población, el gasto público en asistencia sanitaria a largo y corto plazo aumente en un 3 %;
 13. Exhorta a los Estados miembros a que presten atención a las mujeres inmigrantes de edad avanzada, que padecen difíciles condiciones económicas y sociales y a menudo se enfrentan a dificultades para acceder a las medidas de protección social y a la asistencia sanitaria; considera que se debe prestar especial atención a las mujeres solas, las viudas y las separadas, cuya situación afecta a su calidad de vida y su estado de salud;
 14. Pide a la Comisión y a los Estados miembros que reconozcan plenamente la dimensión de género en la salud como parte esencial en las políticas sanitarias nacionales y de la UE;
 15. Insta a los Estados miembros a que alcancen un equilibrio justo en la aplicación de medidas drásticas contra la crisis económica y financiera y la asignación de fondos adecuados y suficientes a la asistencia sanitaria y social para poder hacer frente a la tendencia demográfica de envejecimiento de la población;
 16. Pide a la Comisión que publique un estudio sobre la repercusión de la crisis económica y financiera en las mujeres de edad avanzada, prestando especial atención al acceso a la asistencia sanitaria preventiva y curativa;

17. Señala que las estrategias integrales y exhaustivas en materia de salud requieren la cooperación de gobiernos, profesionales del sector sanitario, ONG, organismos de salud pública, organizaciones de pacientes, medios de comunicación y demás partes interesadas en un envejecimiento saludable;
18. Reitera la necesidad de construir y promover una Unión Europea más sensible a las necesidades e intereses de las mujeres y los hombres de edad avanzada, incluyendo una perspectiva de género en todas las medidas y políticas de sensibilización e información que se apliquen, con vistas a garantizar un envejecimiento activo y saludable para todos;

Enfermedades asociadas con el envejecimiento

19. Señala que a menudo se pasan por alto muchas enfermedades de las mujeres, como sucede con las enfermedades cardiovasculares que se consideran un problema masculino; lamenta que muchos casos de ataque cardíaco en las mujeres no se diagnostiquen porque los síntomas son generalmente diferentes de los de los hombres; resalta que también los tratamientos deberían tener en cuenta las especificidades biológicas de cada sexo;
20. Pide a los Estados miembros que pongan en marcha programas de información pública dirigidos a las mujeres con el fin de dar a conocer los factores de riesgo asociados con las enfermedades cardiovasculares, así como programas especializados para la formación continua de los profesionales de la salud;
21. Lamenta la falta de atención prestada al problema del aumento del consumo de alcohol entre las mujeres de edad avanzada en Europa y pide a la Comisión Europea y a los Estados miembros que realicen estudios para abordar este problema y su repercusión sobre la salud física y mental de dichas mujeres;
22. Observa con preocupación el aumento del número de fumadoras, con el consiguiente incremento del riesgo de cáncer de pulmón y enfermedades cardiocirculatorias en las mujeres; pide a los Estados miembros y a la Comisión que elaboren programas destinados a combatir el tabaquismo, con especial atención a las mujeres jóvenes (la OMS calcula que en Europa el porcentaje de mujeres que fuman aumentará del 12 % actual a aproximadamente un 20 % en 2025);
23. Pide a la Comisión que fomente iniciativas para promover la mejora de la salud, también mediante información adecuada sobre los riesgos asociados con el consumo de tabaco y alcohol y los beneficios de una dieta correcta y una actividad física adecuada como medio de prevenir la obesidad y la hipertensión, así como sus complicaciones;
24. Pide a la Comisión y a los Estados miembros que organicen campañas de información dirigidas a las mujeres que se encuentran en la menopausia o en la transición hacia ella;
25. Insta a los Estados miembros a que fomenten la sensibilización pública en relación con las enfermedades óseas y de las extremidades mediante la organización de campañas de divulgación y formación sobre su prevención y tratamiento;
26. Pide a la Comisión que ponga en marcha un plan de acción europeo sobre enfermedades

no transmisibles para dar continuidad a los resultados de la Cumbre de las Naciones Unidas sobre enfermedades no transmisibles de septiembre de 2011 y del proceso de consulta pública abierto por la Comisión entre marzo y abril de 2012;

27. Pide a la Comisión que haga especial hincapié en los jóvenes con ocasión de la futura revisión de la Directiva 2001/37/CE relativa a la aproximación de las disposiciones legales, reglamentarias y administrativas de los Estados miembros en materia de fabricación, presentación y venta de los productos del tabaco;
28. Pide a la Comisión que elabore y ponga en marcha una estrategia específica de la Unión Europea, en forma de recomendación del Consejo, sobre la prevención, el diagnóstico y el tratamiento de la diabetes, así como sobre la información y la investigación en este ámbito, con un enfoque transversal de género y de igualdad entre hombres y mujeres, con arreglo al artículo 168, apartado 7, del Tratado de Funcionamiento de la Unión Europea;
29. Pide a la Comisión y a los Estados miembros que adopten un enfoque holístico que tenga en cuenta la dimensión de género en relación con la enfermedad de Alzheimer y otras demencias, a fin de mejorar la calidad de vida y la dignidad de los pacientes y de sus familias;
30. Pide a la Comisión y a los Estados miembros que elaboren campañas de información dirigidas al gran público sobre la enfermedad de Alzheimer (información sobre la enfermedad y las posibilidades de tratamiento) en colaboración con las asociaciones nacionales y europeas que se ocupan de esta enfermedad;
31. Pide a los Estados miembros que creen urgentemente, si aún no lo han hecho, estrategias y planes nacionales para la enfermedad de Alzheimer;
32. Constata con preocupación que en la Unión Europea la tasa más alta de suicidio se registra entre las personas mayores de 65 años y que las tentativas de suicidio entre las mujeres son mayores que entre los hombres y están aumentado como consecuencia del mayor impacto de la recesión económica en las mujeres de edad avanzada; insta a la Comisión a que publique un estudio sobre la relación entre estas estadísticas y el impacto desproporcionado de la crisis económica en las mujeres mayores;
33. Pide a los Estados miembros que, en cooperación con la Comisión y Eurostat, mejoren la recogida de datos, desglosados por sexo y edad, así como la información sobre la salud mental y la relación entre esta y los años de vida saludable;
34. Pide a los Estados miembros que impartan cursos de formación específica sobre la prevención y el tratamiento de enfermedades neurodegenerativas y trastornos depresivos, dirigidos a los médicos generalistas y los profesionales de los servicios de psiquiatría, incluyendo a médicos, psicólogos y enfermeros, prestando especial atención a los desafíos adicionales a los que se enfrentan las mujeres de edad avanzada;
35. Pide a los Estados miembros que concedan prioridad a acciones en el ámbito de enfermedades discapacitantes que afectan a la memoria, como la demencia, y hagan todo lo posible para que avance la investigación médica y social, a fin de mejorar la

calidad de vida de las personas que padecen demencia y de sus cuidadores, garantizar la sostenibilidad de los servicios sanitarios y de asistencia y potenciar el crecimiento a nivel europeo;

36. Pide a los Estados miembros que garanticen que los trabajadores de los sectores público y privado que prestan cuidados a personas mayores participen en programas de formación continua y se someten a una evaluación periódica;
37. Pide a los Estados miembros que fomenten los estudios médicos especializados en gerontología en las universidades públicas;

Acceso a los servicios de salud

38. Insta a los Estados miembros a que apoyen las iniciativas necesarias para facilitar el acceso de las mujeres de edad avanzada a los servicios de salud, incluidas las mujeres que viven lejos de los grandes núcleos de población y en lugares de difícil acceso, independientemente de su situación socioeconómica personal, con especial atención a la asistencia individualizada, incluidos los cuidados a domicilio durante el mayor tiempo posible, a formas específicas de ayuda y apoyo para los cuidadores y a la telemedicina, ya que puede mejorar la calidad de vida de los pacientes que padecen enfermedades crónicas y contribuir a reducir las listas de espera;
39. Insta a los Estados miembros a que, al elaborar los presupuestos relativos a los servicios sanitarios, analicen, supervisen y garanticen la dimensión de género;
40. Pide a los Estados miembros que sigan desarrollando servicios de salud electrónica y soluciones de asistencia en la vida cotidiana que tengan en cuenta la perspectiva de género, con el fin de promover una vida independiente en el hogar, y velen por que los servicios sanitarios sean más eficientes y accesibles para las mujeres de edad avanzada, que viven aisladas por razones de movilidad y quedan, con mayor frecuencia, excluidas de las ventajas que ofrecen estos servicios, así como que establezcan una red de asistencia telefónica las 24 horas del día;
41. Pide que se adopte un enfoque basado en los derechos, con el fin de que las personas de edad puedan participar activamente en las decisiones relativas a la elección y el diseño de los servicios sociales y de cuidados que se les prestan;
42. Pide a los Estados miembros que los sistemas de protección social, y en especial de seguros de enfermedad, tengan en cuenta el desempleo y las dificultades sociales de las mujeres para que estas últimas no queden sin protección;
43. Considera importante apoyar y facilitar el acceso a los servicios de salud y de asistencia para las mujeres que, a pesar de sus problemas personales de salud, deben cuidar de otras personas dependientes;
44. Insta a que las instituciones públicas y privadas de asistencia a las personas mayores, que a menudo funcionan como hospitales, se reconviertan en instalaciones adaptadas a sus inquilinos en las que, además de brindarse asistencia médica, se dé prioridad a cualquier forma de actividad autónoma u ocupación creativa a fin de prevenir el

fenómeno de la institucionalización;

45. Cree firmemente que debe consultarse a las personas mayores que viven en instituciones de asistencia públicas y privadas en relación con el funcionamiento de dichas instituciones;
46. Insiste en la necesidad de que más personal médico y paramédico esté altamente capacitado y preparado para adoptar un enfoque que, dadas las particularidades asociadas a su sexo y edad, tenga en cuenta las necesidades específicas de las mujeres de edad avanzada en materia psicológica, relacional y de información;
47. Pide que en los estudios de medicina se incluyan más formaciones sobre la capacidad de escucha y la psicología; pide asimismo una mayor participación de los trabajadores sociales en esta política de prevención;
48. Alienta el trabajo de las asociaciones y las líneas telefónicas de ayuda que brindan cuidados, protección y apoyo psicológico a las personas mayores;
49. Pide a los Estados miembros y a la Comisión que recopilen información e intercambien buenas prácticas, velando por que se tenga en cuenta la perspectiva de género, para contribuir a la determinación de las mejores prácticas en materia de acceso a los servicios de salud, evitando, en particular, pesados procedimientos administrativos y elaborando medidas y políticas concretas que permitan mejorar la calidad de vida de las mujeres de edad avanzada, así como que se asesore a los gobiernos sobre la creación de un entorno propicio a la concienciación en torno a las enfermedades relacionadas con el envejecimiento en los Estados miembros;
50. Anima a los Estados miembros a que fortalezcan la atención sanitaria preventiva para las mujeres de edad avanzada facilitando, por ejemplo, un acceso regular a las mamografías y citologías, con el fin de eliminar los límites de edad a la hora de acceder a la prevención sanitaria, como el cribado mamográfico, y para aumentar la concienciación sobre la importancia de dichos cribados;
51. Pide a la Comisión que incremente sus esfuerzos para difundir en toda la Unión Europea una cultura de prevención, y a los Estados miembros que intensifiquen las campañas de información y sensibilización en escuelas, universidades, lugares de trabajo y centros para personas mayores, con la cooperación de los profesionales del sector, las autoridades locales y las ONG;

Investigación y prevención

52. Observa con preocupación los resultados de investigaciones de la UE, publicados en abril de 2011, que revelan que aproximadamente el 28 % de las mujeres de 60 años de edad o más han sido maltratadas en los últimos 12 meses; considera que la protección de las personas mayores frente a los abusos, el maltrato, el abandono y la explotación, ya sea de manera consciente e intencionada o por negligencia, debe tener carácter prioritario; pide a los Estados miembros que refuercen sus actuaciones para prevenir el maltrato infligido a las personas mayores en sus hogares y en las instituciones;

53. Considera importante garantizar que la investigación médica se basa en un enfoque que tenga en cuenta las particularidades de los hombres y las mujeres;
54. Resalta que la Estrategia para la igualdad entre mujeres y hombres 2010-2015 reconoce que los hombres y las mujeres están expuestos a enfermedades y riesgos para la salud específicos, que deben tenerse debidamente en cuenta en la investigación médica y en los servicios sanitarios;
55. Pide que, en el marco de Horizonte 2020, se desarrolle un plan estratégico de investigación sobre la salud de las mujeres para el próximo decenio y que, para garantizar la aplicación de dicho plan, se cree un instituto de investigación sobre la salud de las mujeres;
56. Considera importante garantizar la presencia de mujeres expertas en las comisiones consultivas técnico-científicas nacionales de evaluación de los medicamentos;
57. Pide al Consejo, a la Comisión y a los Estados miembros que incluyan el maltrato infligido a las personas de edad avanzada como un tema de investigación en el Programa conjunto sobre enfermedades neurodegenerativas, para medir su prevalencia e impacto en las personas con demencia;
58. Apoya la cooperación de innovación europea sobre el envejecimiento activo y saludable como proyecto piloto dirigido a aumentar en dos años la esperanza de vida con buena salud de los ciudadanos de la UE de aquí a 2020 y se propone alcanzar tres objetivos para Europa, mejorando la salud y la calidad de vida de las personas de edad avanzada, así como la sostenibilidad y la eficacia de los sistemas de asistencia;
59. Acoge favorablemente los proyectos e iniciativas tendentes a mejorar los hábitos alimentarios y el estilo de vida (proyecto EATWELL; Plataforma Europea de Acción sobre Alimentación, Actividad Física y Salud; marco de la UE para la reducción del consumo de sal), así como la asociación europea de acción contra el cáncer;
60. Resalta que todos los objetivos y acciones contemplados en el segundo Programa de Acción Comunitaria en el ámbito de la Salud deberían contribuir a promover una mejor comprensión y un mayor reconocimiento de las necesidades respectivas de hombres y mujeres y de los correspondientes enfoques en materia de salud;
61. Acoge con satisfacción la propuesta de la Comisión relativa a un paquete de medidas para la política de cohesión (2014-2020), que incluye el envejecimiento activo y saludable y la innovación entre sus prioridades en materia de inversiones;
62. Lamenta que el 97 % del presupuesto sanitario se dedique al tratamiento de enfermedades no transmisibles y solo el 3 % a inversiones en el ámbito de la prevención, a pesar de que el coste del tratamiento y gestión de estas enfermedades va en notable aumento debido a la mayor disponibilidad de diagnósticos y tratamientos; pide, en este sentido, a los Estados miembros que aumenten su presupuesto para incluir las actividades de prevención;
63. Insta a la Comisión a que trate con mayor profundidad las causas de las enfermedades y,

con este fin, fomente la prevención transversalmente en todos los niveles de la sociedad; pide a la Comisión que promueva la salud a través del diagnóstico precoz de las enfermedades, el mantenimiento de un estilo de vida sano, una atención sanitaria adecuada y la garantía de unas condiciones de trabajo adecuadas para los empleados de edad avanzada;

64. Pide a los Estados miembros que hagan más hincapié en campañas de concienciación sobre la osteoporosis y que faciliten una información más clara sobre el diagnóstico precoz de esta enfermedad, para prevenir fracturas, en particular mediante un mejor acceso a los exámenes de densitometría ósea;
65. Comparte el «desafío de género» lanzado por la OMS, que implica la necesidad de una mejor evaluación de los factores de riesgo que afectan a la salud de las mujeres; acoge con agrado, en este sentido, las recomendaciones de la OMS para crear entornos adaptados a las personas de edad avanzada y aumentar las oportunidades que se brindan a las mujeres de más edad para contribuir productivamente a la sociedad, incluida la colaboración intersectorial que permita determinar y fomentar acciones fuera del sector sanitario que puedan mejorar la salud de las mujeres;
66. Pide a los Estados miembros que, en la formación del personal médico y paramédico, hagan hincapié en los diferentes cuadros clínicos y síntomas de las enfermedades cardiovasculares en las mujeres, destacando las ventajas de una intervención precoz;
67. Pide a la Comisión y al Consejo que, en el marco de Horizonte 2020, alienten una colaboración científica más estrecha y el desarrollo de investigaciones comparativas sobre la esclerosis múltiple en la Unión Europea, a fin de poder determinar más fácilmente los tratamientos y cuidados preventivos de esta patología, que genera graves limitaciones motrices, en especial en las mujeres de edad avanzada;
68. Pide a la Comisión que siga apoyando campañas de sensibilización dirigidas, en particular, a las mujeres de edad avanzada y que se centren en recomendaciones, adaptadas en función del sexo y la edad, sobre una nutrición adecuada y la importancia de la actividad física, ya que estos factores pueden contribuir a la prevención de las caídas y reducir la aparición de enfermedades cardiocirculatorias, osteoporosis y ciertos tipos de cáncer;
69. Pide, en consecuencia, que se pongan en marcha acciones informativas y educativas, tanto en la escuela como a través de mensajes sanitarios, sobre la importancia de una alimentación adecuada y los riesgos que la mala alimentación entraña para la salud;
70. Insta a la Comisión a que consulte al Consejo para reactivar y aplicar eficazmente la recomendación sobre la detección del cáncer, centrándose en los grupos de población desfavorecidos desde el punto de vista socioeconómico, a fin de reducir las desigualdades sanitarias; insta a los Estados miembros que aún no lo hayan hecho a que apliquen dicha recomendación, de conformidad con las directrices europeas en materia de garantía de calidad;
71. Pide a la Comisión y al Consejo que adapten el límite de edad para el acceso a los programas de detección, al menos en los países en los que la incidencia de la

enfermedad haya sido más elevada y en los casos de antecedentes familiares de riesgo, y que también incluyan en estos programas a las mujeres de edad avanzada, en razón de su mayor esperanza de vida;

72. Pide a la Comisión y a los Estados miembros que promuevan los derechos de la mujer con vistas a combatir todos los actos de violencia y discriminación asociados al envejecimiento y al género, también mediante campañas de sensibilización e información dirigidas a toda la población europea desde la edad más temprana;
73. Pide a los Estados miembros que refuercen la investigación clínica sobre las mujeres y considera que la reciente propuesta de Reglamento del Parlamento Europeo y del Consejo sobre los ensayos clínicos de medicamentos de uso humano, y por el que se deroga la Directiva 2001/20/CE, puede ir en esta dirección;
74. Insta a los Estados miembros a que desarrollen soluciones innovadoras en colaboración directa con los pacientes, y, de esta forma, atiendan mejor las necesidades de las personas de edad avanzada;
75. Encarga a su Presidente que transmita la presente Resolución al Consejo y a la Comisión.

EXPOSICIÓN DE MOTIVOS

La población de la Unión Europea se enfrenta a un envejecimiento progresivo debido a la baja tasa de natalidad y al aumento de la esperanza de vida. Esta dimensión está cada vez más integrada en las políticas europeas, como lo demuestra el Año Europeo 2012 del Envejecimiento Activo y la Solidaridad Intergeneracional. El objetivo es promover un envejecimiento saludable para todos a través del acceso a una atención sanitaria de calidad y de medidas de prevención que permitan a las personas de edad avanzada mantenerse independientes durante el mayor tiempo posible.

El informe tiene por objeto ofrecer una visión general de la situación y proponer, de manera programática, una serie de acciones que deben emprenderse a escala nacional y europea.

No existe una definición única de «persona mayor». En algunos casos, se hace referencia a la edad cronológica (para la OMS, a partir de los 65 años) o a las etapas de la vida (tercera y cuarta edad); otras veces se parte de la función social, el nivel de actividad (cese de la actividad profesional), la salud o el grado de dependencia.

La encuesta del Eurobarómetro «Envejecimiento activo» (2012) muestra que la definición de «personas jóvenes» y «personas de edad avanzada» difiere según los países. En promedio, para los europeos una persona puede ser considerada «de edad avanzada» en el umbral de los 64 años y «no joven» a partir de los 41,8 años.

El segmento de la población mayor de 65 años presenta una desproporción en cuanto al género: de un total de más de 87 millones de personas en la UE-27 en este grupo de edad, 50,6 millones son mujeres.

La brecha es aún más evidente en las personas mayores de 80 años: 3,1 % de mujeres y 1,6 % de hombres sobre el total de la población.

Las mujeres sienten que la vejez comienza un poco más tarde que los hombres (65 años frente a 62,7 años). Es interesante poner de manifiesto la autopercepción de la propia salud: a los 65 años los hombres piensan que tienen una expectativa de buena salud para 8,2 años, las mujeres, para 8,4.

Según Eurostat, solo el 48,9 % de las personas de entre 50 y 64 años es optimista sobre su futuro, dato que desciende hasta el 44,9 % para los mayores de 65 años.

A pesar del aumento de la longevidad, entre las mujeres de edad avanzada se da una mayor incidencia de enfermedades invalidantes —fracturas por osteoporosis, artritis reumatoide y osteoartritis, derrame cerebral, incontinencia urinaria y cáncer— que en los hombres de la misma edad. Lo mismo se aplica a la aparición progresiva de una discapacidad debido a la ralentización psicomotora o a episodios de confusión mental y de demencia (por ejemplo, enfermedad de Alzheimer), cuya incidencia aumenta exponencialmente con la edad.

Las enfermedades que afectan especialmente a las mujeres de edad avanzada son las enfermedades cardiovasculares, las de las vías respiratorias, el cáncer (que sigue siendo la causa principal de muerte en mujeres de edad avanzada en la UE), la diabetes, las enfermedades musculoesqueléticas, las enfermedades degenerativas y la depresión.

Los principales factores de riesgo, que deben evaluarse teniendo en cuenta su interdependencia, son la hipertensión, la hiperglucemia, el sedentarismo, el tabaquismo, el sobrepeso y la obesidad, la hipercolesterolemia y, en el caso de las mujeres, los cambios hormonales debidos a la menopausia.

En particular, el tabaquismo mata a 6 millones de personas cada año, de las cuales el 21 % en Europa; el abuso de alcohol es el tercer factor de riesgo de muerte y discapacidad en la Unión Europea después del tabaco y la hipertensión, causando 195 000 muertes cada año y el 12 %

de las muertes prematuras entre los hombres y el 2 % en las mujeres; en más de la mitad de los países de la OCDE, por lo menos una de cada dos personas tiene sobrepeso o es obesa y, según las previsiones, en diez años en algunos países dos de cada tres personas serán obesas. La actividad física puede desempeñar un papel muy importante para mejorar la calidad de vida de las personas mayores, ya que mejora las condiciones fisiológicas y psicológicas. Según una encuesta realizada por Eurobarómetro sobre «El deporte y la actividad física», más de la mitad (61 %) de los encuestados de 15 a 24 años practican un deporte al menos una vez a la semana, dato que se reduce al 44 % para el grupo de edad 25-39 años, al 40 % para el grupo de edad 40-54 años, al 33 % para el grupo de edad 55-69 años y al 22 % para los mayores de 70 años.

La promoción de la salud es importante durante toda la vida.

La prevención y la información son elementos esenciales de una estrategia que debe incluir a todos los responsables políticos, en particular, las asociaciones del sector, las instituciones nacionales y europeas, los medios de comunicación y las autoridades locales.

Según la OMS, una alimentación adecuada, la actividad física y la lucha contra el tabaquismo y el abuso de alcohol deben ser constantes a lo largo de toda la vida.

Incluso después del Año Europeo del Envejecimiento Activo y la Solidaridad Intergeneracional, las instituciones de la UE deben colaborar con los socios nacionales y locales para informar al público en general sobre las estrategias de prevención destinadas a promover comportamientos beneficiosos en aras de un envejecimiento saludable y activo.

Más allá de los programas de detección, es necesario considerar las dificultades (que a menudo se convierten en imposibilidad) para acceder a los servicios de salud: la complejidad de los sistemas, la falta de directrices, las dificultades para conseguir una consulta con un especialista o una prueba diagnóstica, y las largas listas de espera, desalientan a los pacientes de edad avanzada, en particular, a las mujeres de más edad, que a menudo viven solas.

Aun cuando la asistencia sanitaria pudiera responder adecuadamente a las necesidades de la mujer de edad avanzada, la falta de información hace que no se aprovechen las oportunidades que existen. Cabe señalar que la calidad de la atención sanitaria depende también, y sobre todo para las mujeres mayores, de un enfoque médico-paciente que tenga en cuenta la especificidad de dicho segmento de la población.

La investigación clínica debe prestar mayor atención al género, haciendo hincapié no solo en la prevalencia de algunas enfermedades específicas de las mujeres, sino también en los factores causales o predisponentes (en particular, los cambios hormonales).

Para las mujeres, el envejecimiento (y el inicio de la menopausia) constituye una crisis profunda. A medida que envejece, la mujer vive cambios profundos: su función social y laboral se ve alterada y los cambios físicos son a menudo difíciles de aceptar.

Las consecuencias psicológicas del envejecimiento pueden llevar a un sentimiento de soledad (agravado por el hecho de que a menudo las mujeres mayores viven solas), una profunda sensación de aislamiento y pérdida de la autoestima. Todo esto puede conducir a la depresión. Más de la mitad (50,6 %) de las mujeres de edades comprendidas entre los 50 y los 64 años en la UE no realizó ninguna actividad laboral en 2010.

Según datos del Eurobarómetro, un tercio de los ciudadanos europeos declara que le gustaría continuar trabajando después de la edad de la jubilación.

Dos terceras partes de los ciudadanos europeos están a favor de combinar un trabajo a tiempo parcial con una pensión parcial para evitar que, con la jubilación, se encuentren de repente excluidos de la vida social y laboral.

La actividad que las personas mayores pueden realizar después de la jubilación y su contribución a la sociedad en dicho periodo pueden revestir muchas formas, incluyendo el

voluntariado, el apoyo a los familiares, la ayuda a las personas de su entorno enfermas o vulnerables (cuidadores informales) y la participación en actividades políticas, culturales, medioambientales o religiosas. A escala local, se podrían hacer esfuerzos para adecuar la realidad local a las personas de edad avanzada. Se podrían mejorar las instalaciones deportivas y el transporte público, aumentar las oportunidades para establecer encuentros e intercambios (actividades sociales y recreativas), con el apoyo de las autoridades locales y las organizaciones de voluntariado. El fomento del uso de Internet (tal vez a través de una formación gratuita) también puede ayudar a las personas mayores a mantener una vida social, combatir la soledad y seguir siendo autónomas e independientes (según Eurostat, en 2010 el 46 % de las personas de entre 55 y 64 años utilizaban Internet al menos una vez a la semana, mientras que para el segmento comprendido entre los 65 y los 74 años el porcentaje era del 25 %).

RESULTADO DE LA VOTACIÓN FINAL EN COMISIÓN

Fecha de aprobación	10.10.2012
Resultado de la votación final	+ : 31 - : 0 0 : 1
Miembros presentes en la votación final	Regina Bastos, Edit Bauer, Andrea Češková, Edite Estrela, Iratxe García Pérez, Mikael Gustafsson, Mary Honeyball, Livia Járóka, Teresa Jiménez-Becerril Barrio, Constance Le Grip, Astrid Lulling, Barbara Matera, Elisabeth Morin-Chartier, Krisztina Morvai, Norica Nicolai, Angelika Niebler, Siiri Oviir, Antonyia Parvanova, Raúl Romeva i Rueda, Joanna Katarzyna Skrzydlewska, Britta Thomsen, Anna Záborská
Suplente(s) presente(s) en la votación final	Roberta Angelilli, Izaskun Bilbao Barandica, Minodora Cliveti, Mariya Gabriel, Sylvie Guillaume, Ulrike Lunacek, Ana Miranda, Chrysoula Paliadeli, Antigoni Papadopoulou, Angelika Werthmann
Suplente(s) (art. 187, apdo. 2) presente(s) en la votación final	Jacek Włosowicz