



CONSEJO DE
LA UNIÓN EUROPEA



9658/06 (Presse 148)

(OR. en)

COMUNICADO DE PRENSA

Sesión n.º 2733 del Consejo

Empleo, Política Social, Sanidad y Consumidores

Luxemburgo, 1 y 2 de junio de 2006

Presidente

D.ª Ursula HAUBNER

Ministra Federal de Seguridad Social, para las Generaciones
y Protección de los Consumidores

D. Martin BARTENSTEIN

Ministro Federal de Economía y Trabajo

D.ª Maria RAUCH-KALLAT

Ministra Federal de Sanidad y de la Mujer de Austria

P R E N S A

Rue de la Loi, 175 B - 1048 BRUSELAS Tfno.: +32 (0)2 281 8716 / 6319 Fax: +32 (0)2 281 8026
press.office@consilium.europa.eu <http://www.consilium.europa.eu/Newsroom>

9658/06 (Presse 148)

1
ES

Principales Resultados del Consejo

*El Consejo ha adoptado por mayoría cualificada, en primera lectura, una Directiva sobre **aditivos alimentarios**.*

El Consejo ha logrado acuerdos políticos sobre:

- un proyecto de Reglamento por el que se crea el **Instituto Europeo para la Igualdad de Género**,*
- un proyecto de Decisión sobre las **directrices para las políticas de empleo de los Estados miembros para 2006**,*
- un proyecto de Decisión por la que se establece un **programa comunitario de fomento del empleo y la solidaridad social**.*

ÍNDICE¹

PARTICIPANTES	5
PUNTOS OBJETO DE DEBATE	
EMPLEO Y POLÍTICA SOCIAL	8
– Estrategia para un desarrollo sostenible: inclusión social.....	8
– Servicios sociales de interés general.....	10
– Seguridad social.....	11
– Instituto Europeo para la Igualdad de Género	12
– Plataforma de Acción de Beijing - Conclusiones del Consejo.....	13
– Flexiguridad.....	17
– Portabilidad de los derechos de pensión complementaria.....	18
– Programa comunitario de fomento del empleo y la solidaridad social – PROGRESS.....	19
– Directrices para las políticas de empleo de los Estados miembros	21
– Tiempo de trabajo	22

¹

- En los casos en que el Consejo haya adoptado formalmente declaraciones, conclusiones o resoluciones, esto se indica en el título del punto correspondiente y el texto va entrecomillado.
- Los documentos de los que se da referencia están disponibles en el sitio Internet del Consejo <http://www.consilium.europa.eu>.
- Los actos adoptados sobre los que se han formulado declaraciones accesibles al público se señalan con un asterisco; esas declaraciones pueden obtenerse por el procedimiento indicado o acudiendo al Servicio de Prensa.

SANIDAD	23
– Aditivos alimentarios	23
– Sanidad de la mujer - Conclusiones del Consejo.....	24
– Promoción de las formas sanas de vida y prevención de la diabetes de tipo 2 - Conclusiones del Consejo	28
– Valores y principios comunes en los sistemas sanitarios de la UE - Conclusiones del Consejo.....	33
– Estrategia de Desarrollo Sostenible de la UE.....	38
– Preparación frente a pandemias de gripe y planificación.....	40
– Lucha contra el VIH/SIDA.....	41
– Medicamentos de terapia avanzada	42
– Productos sanitarios	43
VARIOS	44

OTROS PUNTOS APROBADOS

PESCA

– Bacaladilla y arenque.....	46
------------------------------	----

PARTICIPANTES

Los Gobiernos de los Estados miembros y la Comisión Europea han estado representados de la siguiente manera:

Bélgica:

D. Peter VANVELTHOVEN
D. Rudy DEMOTTE

Ministro de Empleo
Ministro de Asuntos Sociales y Sanidad

República Checa:

D. Ľestmír SAJDA

Viceministro de Trabajo y Asuntos Sociales,
Departamento del Viceministro para la Unión Europea y
las Relaciones Internacionales

Dinamarca:

D. Claus Hjort FREDERIKSEN
D.^a Eva Kjer HANSEN

Ministro de Empleo
Ministra de Asuntos Sociales e Igualdad de Oportunidades

Alemania:

D. Gerd ANDRES

Secretario de Estado parlamentario del Ministerio Federal
de Economía y Trabajo
Secretaria de Estado Parlamentaria adjunta a la Ministra
Federal de Sanidad

D.^a Marion CASPERS-MERK

Estonia:

D. Jaak AAB

Ministro de Asuntos Sociales

Grecia:

D. Savvas TSITOURIDIS
D. Georgios KONSTANTOPOULOS

Ministro de Empleo y Protección Social
Secretario de Estado de Sanidad y Solidaridad Social

España:

D. Jesús CALDERA SÁNCHEZ-CAPITÁN

Ministro de Trabajo y Asuntos Sociales

Francia:

D. Gérard LARCHER

Ministro encargado de Empleo, Trabajo e Integración
Profesional de los Jóvenes
Ministro de Sanidad y Solidaridad

D. Xavier BERTRAND

Irlanda:

D. Séamus BRENNAN
D. Tony KILLEEN

Ministro de Asuntos Sociales y de la Familia
Secretario de Estado del Ministro de la Empresa, del
Comercio y del Empleo, encargado de Asuntos Laborales,
incluida la Formación
Secretario de Estado del Ministerio de Sanidad y de la
Infancia, encargado de la Promoción de la Salud y otros
asuntos

D. Sean POWER

Italia:

D. Cesare DAMIANO
D.^a Franca DONAGGIO

Ministro de Trabajo y Política Social
Secretaria de Estado de Asistencia Social del Ministerio de
Trabajo y Política Social
Ministra de Sanidad

D.^a Livia TURCO

Chipre:

D. Christos TALIADOROS
D. Andreas GAVRIELIDES

Ministro de Trabajo y Seguridad Social
Ministro de Sanidad

Letonia:

D.^a Dagnija STAĶE
D. Gundars BĒRZIŅŠ

Ministra de Asistencia Social
Ministro de Sanidad

Lituania:

D. Rimantas KAIRELIS

Secretario de Estado del Ministerio de Seguridad Social y
Trabajo
Ministro de Sanidad

D. Žilvinas PADAIGA

Luxemburgo:D.^a Marie-Josée JACOBS

D. François BILTGEN

D. Mars DI BARTOLOMEO

Ministra de la Familia y de Integración, Ministra de Igualdad de Oportunidades
Ministro de Trabajo y Empleo, Ministro de Cultura, Enseñanza Superior e Investigación y Ministro de Cultos
Ministro de Sanidad y Seguridad Social**Hungría:**

D. Gábor CSIZMÁR

D. Gábor KAPÓCS

Ministro de Trabajo y Empleo
Subsecretario de Estado, Ministerio de Sanidad**Malta:**

D. Louis GALEA

D. Louis DEGUARA

Ministro de Educación, Juventud y Empleo
Ministro de Sanidad, Tercera Edad y Asistencia Social de Proximidad**Países Bajos:**

D. Aart Jan de GEUS

D. Johannes Franciscus HOOGERVORST

Ministro de Asuntos Sociales y Empleo
Ministro de Sanidad, de Bienestar y de Deportes**Austria:**

D. Martin BARTENSTEIN

D.^a Ursula HAUBNERD.^a Maria RAUCH-KALLATMinistro Federal de Economía y Trabajo
Ministra Federal de Seguridad Social, para las Generaciones y Protección de los Consumidores
Ministra Federal de Sanidad y de la Mujer**Polonia:**D.^a Anna KALATA

D. Jaroslaw PINKAS

Ministro de Empleo y Política Social
Subsecretario de Estado, Ministerio de Sanidad**Portugal:**

D. José VIEIRA DA SILVA

D. António CORREIA DE CAMPOS

Ministro de Trabajo y Solidaridad Social
Ministro de Sanidad**Eslovenia:**

D. Janez DROBNIČ

D. Andrej BRUČAN

Ministro de Trabajo, Familia y Asuntos Sociales
Ministro de Sanidad**Eslovaquia:**

D. Miroslav BEBLAVÝ

D. Rudolf ZAJAC

Secretario de Estado del Ministerio de Trabajo, Asuntos Sociales y Familia
Ministro de Sanidad**Finlandia:**D.^a Tarja FILATOVD.^a Tuula HAATAINEND.^a Liisa HYSSÄLÄMinistra de Trabajo
Ministra de Asuntos Sociales y Sanidad
Ministra de Sanidad y Servicios Sociales**Suecia:**

D. Hans KARLSSON

D. Morgan JOHANSSON

Ministro, Ministerio de Industria, Empleo y Comunicaciones, encargado de Cuestiones Laborales
Ministro, Ministerio de Asuntos Sociales, encargado de Sanidad Pública y Servicios Sociales**Reino Unido:**

D. Alistair DARLING

D.^a Anne McGUIRED.^a Rosie WINTERTONMinistro de Comercio e Industria
Subsecretaria Parlamentaria de Discapitados
Secretaria de Estado de Servicios de Sanidad**Comisión:**

D. Vladimír ŠPIDLA

D. Markos KYPRIANOU

Miembro

Miembro

Otros participantes:

D. Tom MULHERIN
D. Maarten CAMPS

Presidente del Comité Europeo de Protección Social
Presidente del Comité de Empleo

.....

Los Gobiernos de los Estados adherentes han estado representados de la siguiente manera:

Bulgaria:

D.^a Emilia MASLAROVA
D. Valeri TZEKOV

Ministra de Trabajo y Política Social
Viceministro de Asistencia Sanitaria

Rumanía:

D. Gheorghe BARBU
D. Anton Vlad ILIESCU

Ministro de Trabajo, Solidaridad Social y Familia
Secretario de Estado del Ministerio de Sanidad

PUNTOS OBJETO DE DEBATE

EMPLEO Y POLÍTICA SOCIAL

– *Estrategia para un desarrollo sostenible: inclusión social*

El Consejo ha mantenido un amplio debate político (*abierto al público*) y ha respaldado un dictamen conjunto del Comité de Protección Social y del Comité de Empleo (9330/06) sobre la revisión de la Estrategia para un desarrollo sostenible.

Se ha concedido especial importancia al tema de la reducción de la pobreza (en particular, por lo que se refiere a los niños y otras personas) y a reforzar la cohesión social. Se ha prestado especial atención a los temas siguientes:

- un aumento sustancial del empleo, la mejora de la calidad y la productividad del trabajo y el refuerzo de la cohesión social deben seguir siendo elementos fundamentales de la Estrategia para un desarrollo sostenible;
- reforzar la dimensión social de la Estrategia para un desarrollo sostenible, garantizando para ello una estrecha colaboración con los procesos en marcha en el ámbito del método abierto de coordinación aplicado a la protección social y a la inclusión social y la estrategia renovada de Lisboa;
- los Estados miembros deberían seguir apoyando el cambio de rumbo hacia políticas activas y preventivas, en particular, a la vista de los retos que plantea la globalización y el cambio demográfico;
- promover una buena gobernanza resulta esencial. A este respecto, es importante la participación en el proceso de las personas que sufren la pobreza en sus propias carnes y habría que inspirarse de las reuniones anuales a nivel europeo de personas afectadas directamente por la pobreza;
- deben quedar mejor establecidas las prioridades, objetivos y actuaciones clave, así como la combinación de los instrumentos políticos propuestos en la revisión de la estrategia de desarrollo sostenible; el papel de los indicadores resulta especialmente importante a este respecto;
- el Consejo EPSCO debe desempeñar un papel produciendo resultados visibles y progresos cuantificables en la aplicación de la estrategia de desarrollo sostenible de la UE, en particular, consiguiendo mayores sinergias en las políticas y procesos, incluido el programa de Lisboa;
- una ambiciosa estrategia de desarrollo sostenible de la UE debe contribuir a una mayor coherencia de las políticas internas de la UE y de sus compromisos internacionales. En el ámbito social deberían realizarse mayores esfuerzos para promover un trabajo digno.

Como conclusión del debate la Presidencia ha hecho observar que las Delegaciones estimaban que no era necesario un nuevo proceso en este ámbito habida cuenta de que el método abierto de coordinación (en particular, el intercambio de prácticas correctas y la utilización de indicadores para el seguimiento de la evolución del proceso) constituían un marco adecuado para integrar la inclusión social en la estrategia de desarrollo sostenible como elemento fundamental de dicha estrategia.

Cabe recordar que en junio de 2005 el Consejo Europeo adoptó una Declaración sobre los principios rectores del desarrollo sostenible basada en cuatro objetivos: *protección medioambiental, cohesión e igualdad social, prosperidad económica y cumplir con las responsabilidades internacionales.*¹

En diciembre de 2005, el Consejo Europeo, que tomó nota de la presentación por parte de la Comisión de su Comunicación relativa a la revisión de la Estrategia para un desarrollo sostenible para los próximos cinco años (15796/05), expresó el deseo de "*adoptar en junio de 2006 una estrategia ambiciosa y global, que incluya objetivos, indicadores y un procedimiento de seguimiento eficaz; dicha estrategia debería integrar las dimensiones interior y exterior, y basarse en una visión positiva a largo plazo, que combine las prioridades y los objetivos de la Comunidad en materia de desarrollo sostenible en una estrategia clara y coherente que pueda comunicarse de manera simple y eficaz a los ciudadanos.*"²

La Presidencia mantiene consultas con todas las formaciones pertinentes del Consejo para que el Consejo Europeo de junio de 2006 pueda adoptar una estrategia revisada de desarrollo sostenible de la UE.

¹ 10255/05

² Punto 13 de las Conclusiones del Consejo Europeo de diciembre de 2005 (15914/1/05).

– *Servicios sociales de interés general*

La Comisión ha informado al Consejo sobre su Comunicación titulada "*Aplicación del programa comunitario de Lisboa: Servicios sociales de interés general en la Unión Europea*" (9038/06). El Presidente del Comité de Protección Social presentó oralmente la opinión preliminar del Comité sobre esta comunicación.

El objetivo de la Comunicación es determinar las características específicas de los servicios sociales de interés general y clarificar hasta qué punto deben aplicarse a dichos servicios las normas comunitarias en materia de ayudas públicas, mercado interior y contratación pública. La Comunicación debe considerarse en el contexto del debate general sobre el proyecto de Directiva "*servicios*", de cuyo ámbito de aplicación han quedado excluidos los servicios sociales.

La Comunicación presenta una lista abierta de características que reflejan el carácter específico de los servicios sociales de interés general. Además de los criterios tradicionales (universalidad, transparencia, continuidad, accesibilidad, etc.), estas características se refieren a las condiciones y modalidades de organización que les son propias.

La Comunicación constituye el punto de arranque de una consulta, que llevará a cabo la Comisión, de los Estados miembros, los prestadores de servicios y los usuarios de servicios.

– *Seguridad social*

Normas de aplicación

A la espera del dictamen en primera lectura del Parlamento Europeo, el Consejo ha logrado una orientación general parcial¹ sobre un proyecto de Reglamento por el que se adoptan las normas de aplicación del Reglamento (CE) n.º 883/2004² sobre la coordinación de los sistemas de seguridad social (9584/06 + ADD I).

El Reglamento (CE) n.º 883/2004 constituyó el primer paso de un proceso destinado a modernizar y simplificar las normas comunitarias en materia de coordinación de los sistemas nacionales de seguridad social, con el objetivo de que los ciudadanos de la UE puedan desplazarse libremente por Europa, al tiempo que se mantienen sus derechos a las prestaciones de la seguridad social (sanidad, pensiones, subsidios de desempleo, etc.). Este proceso debe completarse con la adopción de normas de aplicación³, en sustitución del Reglamento (CEE) n.º 574/72, y se está estudiando ahora la propuesta correspondiente.

Base jurídica propuesta: los artículos 42 y 308 del Tratado - se requiere unanimidad para la decisión del Consejo; se aplica la codecisión con el Parlamento Europeo.

Anexo XI

A la espera del dictamen en primera lectura del Parlamento Europeo, el Consejo ha logrado una orientación general parcial⁴ sobre un proyecto de Reglamento por el que se modifica el Reglamento (CE) n.º 883/2004 sobre la coordinación de los sistemas de seguridad social, y se determina el contenido de su anexo XI (9613/06).

El Reglamento propuesto establece disposiciones sobre aspectos específicos de las legislaciones de los Estados miembros que formarán parte del contenido del Anexo XI del Reglamento (CE) n.º 883/2004⁵.

Base jurídica propuesta: los artículos 42 y 308 del Tratado - se requiere unanimidad para la decisión del Consejo; se aplica la codecisión con el Parlamento Europeo.

¹ Sobre los Títulos I y II de la propuesta de la Comisión. Se seguirá estudiando la propuesta durante las próximas Presidencias.

² Reglamento del Parlamento Europeo y del Consejo, de 29 de abril de 2004, sobre la coordinación de los sistemas de seguridad social, DO L 166, 30.4.2004, corrigenda DO L 200, 7.6.2004.

³ Véase el artículo 89 del Reglamento (CE) n.º 883/2004.

⁴ Sobre las partes de la propuesta correspondientes a los Títulos I y II de la propuesta de normas de aplicación. Se seguirá estudiando la propuesta durante las próximas Presidencias.

⁵ Véase el artículo 83 del Reglamento (CE) n.º 883/2004.

– *Instituto Europeo para la Igualdad de Género*

El Consejo ha logrado un acuerdo político por unanimidad¹ sobre un proyecto de Reglamento por el que se crea un Instituto Europeo de la Igualdad de Género. La Comisión no ha podido, sin embargo, apoyar la composición del Consejo de Administración adoptada por el Consejo, y prefiere un Consejo de Administración de dimensiones más limitadas, como contempla su propuesta modificada².

El objetivo del proyecto de Reglamento es el establecimiento de un instituto europeo que brinde apoyo técnico a las instituciones comunitarias y a los Estados miembros, en particular, por lo que respecta a la recogida, análisis y difusión de datos comparables y estadísticas, así como al desarrollo de instrumentos metodológicos de ayuda en el proceso de integración de la dimensión de género, así como aumentar la concienciación de los ciudadanos de la Unión Europea sobre estos temas.

La ficha financiera de la Comisión indica que para cubrir los gastos del Instituto se dedicará una cantidad global de 52,5 millones de euros de 2007 a 2013.

Base jurídica propuesta: los artículos 13.2 y 141.3 del Tratado - se aplica el procedimiento de codecisión con el Parlamento Europeo y se requiere mayoría cualificada para la decisión del Consejo. El Parlamento Europeo formuló su dictamen el 14 de marzo de 2006 (5133/06). En el texto presentado al Consejo se han incorporado numerosas enmiendas presentadas por el Parlamento Europeo.

El texto acordado se adoptará como posición común del Consejo en una próxima sesión y se remitirá al Parlamento Europeo con vistas a la segunda lectura.

¹ Con la abstención de Polonia, al estar todavía en curso a nivel nacional el procedimiento de consulta de su Parlamento.

² 9195/06.

– *Plataforma de Acción de Beijing - Conclusiones del Consejo*

El Consejo ha adoptado las siguientes conclusiones sobre el examen de la aplicación por los Estados miembros y las instituciones de la Unión Europea de la Plataforma de Acción de Beijing¹:

"EL CONSEJO DE LA UNIÓN EUROPEA

Considerando lo siguiente:

1. La igualdad de género constituye un principio fundamental de la Unión Europea, consagrado en el Tratado de la CE y uno de los objetivos y tareas de la Comunidad; y la integración de la igualdad entre hombres y mujeres en todas sus actividades constituye una misión específica de la Comunidad.
2. Tras la Cuarta Conferencia Mundial de las Naciones Unidas sobre la Mujer, celebrada en Beijing en 1995, el Consejo Europeo de Madrid (15 y 16 de diciembre de 1995) pidió que se hiciera un examen anual de la aplicación de la Plataforma de Acción de Beijing en los Estados miembros.
3. El proceso de seguimiento de 1996 y 1997 puso de manifiesto la necesidad de que la UE llevara a cabo un control y una evaluación más constantes y sistemáticas de la aplicación de la Plataforma de Acción de Beijing.
4. El 2 de diciembre de 1998, el Consejo convino en que el examen anual de la aplicación de la Plataforma de Acción incluiría una propuesta sobre un conjunto de indicadores e índices de referencia cuantitativos y cualitativos.
5. Desde 1999, las subsiguientes Presidencias han desarrollado series de indicadores cuantitativos y cualitativos en algunos de los doce ámbitos de preocupación críticos de la Plataforma de Acción de Beijing, a saber: 1999 - La participación de la mujer en el proceso de toma de decisiones políticas; 2000 - Mujer y economía (conciliación de la vida profesional y familiar); 2001 - Mujer y economía (sobre igualdad de remuneración); 2002 - La violencia contra la mujer; 2003 - La participación de las mujeres y de los hombres en los procesos de toma de decisiones; 2004 - Acoso sexual en el lugar de trabajo. Cada año el Consejo ha adoptado conclusiones sobre estos indicadores.
6. En el contexto del examen decenal de la Plataforma de Acción de Beijing, los Ministros de la UE responsables de la igualdad de género adoptaron, el 4 de febrero de 2005, una declaración conjunta que, entre otras cosas, reafirma el firme apoyo y compromiso para con la plena y efectiva aplicación de la Declaración de Beijing y de la Plataforma de Acción.

¹ Con la abstención de Alemania.

7. En consonancia con el Consejo Europeo de los días 20 y 21 de marzo de 2003, la Comisión prepara, en colaboración con los Estados miembros de la UE, un informe anual, dirigido al Consejo Europeo de primavera, sobre los avances realizados hacia la igualdad de género y unas orientaciones para la integración del factor de la igualdad de género en las políticas.
8. El 29 de junio de 2000, el Consejo acordó la creación del Comité de Protección Social para favorecer la coordinación entre la Comisión Europea y los Estados miembros de la UE a fin de modernizar y mejorar los regímenes de protección social. El Comité estableció un subgrupo de indicadores para que trabajara en la elaboración de indicadores y estadísticas en apoyo de sus tareas. Parte del mandato del Comité consiste en trabajar en los desafíos políticos para "garantizar una asistencia sanitaria de elevada calidad y sostenible".
9. El 4 de octubre de 2004, el Consejo aprobó el dictamen del Comité de Protección Social sobre la comunicación de la Comisión relativa a la aplicación del método abierto de coordinación a la asistencia sanitaria y a la asistencia de larga duración.
10. El 23 de septiembre de 2002, el Parlamento Europeo y el Consejo adoptaron un programa de acción comunitario en el ámbito de la salud pública (2003-2008), cuyos objetivos globales eran mejorar la información y los conocimientos, aumentar la capacidad de reaccionar rápida y coordinadamente ante los riesgos sanitarios y fomentar la salud y prevenir las enfermedades actuando sobre los factores determinantes de la salud en todas las políticas y actividades.
11. En el marco de la Plataforma de Acción de Beijing, por salud se entiende, según definición de la Organización Mundial de la Salud, un estado pleno de bienestar físico, mental y social, no sólo como la ausencia de enfermedades o dolencias. La Presidencia austriaca de la UE ha publicado un informe que contiene los siguientes tres indicadores referentes a las mujeres y la salud:
 - Años de vida sana

El indicador de los "años de vida sana" es uno de los principales indicadores estructurales europeos.
 - Acceso a la atención sanitaria (demanda no satisfecha)

En 2002, el Consejo Europeo de Barcelona reconoció tres principios rectores para la reforma de los sistemas de atención sanitaria; uno de ellos es la accesibilidad para todos.

– Enfermedades cardiovasculares

Las enfermedades cardiovasculares son la principal causa de mortandad de las mujeres en la Unión Europea.

Estos indicadores deberán desglosarse por sexos.

1. RECUERDA el compromiso asumido por los Estados miembros de garantizar los derechos de las mujeres al disfrute del más alto nivel de salud física y mental durante todo el ciclo vital en igualdad con los hombres, y que la falta de unas perspectivas de género en el ámbito de la salud representa un obstáculo para la consecución de la igualdad de género, según lo establecido en la Plataforma de Acción de Beijing.
2. RECUERDA que en el programa de acción comunitario en el ámbito de la salud pública (2003-2008) el Consejo declara que todas las estadísticas pertinentes deben desglosarse y analizarse en función del género.
3. RECUERDA que los Estados miembros se han comprometido a tomar medidas y a elaborar indicadores y estadísticas apropiados para proseguir la aplicación de la Plataforma de Acción de Beijing, y que en junio de 2005 el Consejo invitó a la Comisión a que incluyera la evaluación de indicadores pertinentes, concebidos para continuar la aplicación de la Plataforma de Acción de Beijing, en su informe anual al Consejo Europeo de primavera.
4. SUBRAYA que el reconocimiento de la dimensión de género en el ámbito de la salud, según se menciona en el "Plan de trabajo para la igualdad entre las mujeres y los hombres 2006-2010" (COM(2006) 92 final), forma parte esencial de las políticas sanitarias de la UE.
5. TOMA NOTA del informe sobre la salud de las mujeres presentado por la Presidencia austriaca y de los tres indicadores para el seguimiento futuro de la Plataforma de Acción de Beijing en lo relativo al ámbito crítico de las mujeres y la salud.
6. RECONOCE
 - que entre las mujeres suele ser más bajo el porcentaje de esperanza de vida sin discapacidad;
 - que la UE ha de tener en cuenta una perspectiva de género específica y determinar las diversas barreras que obstaculizan el acceso a la atención sanitaria y a su disfrute;
 - que la investigación sobre las enfermedades cardiovasculares se ha basado durante mucho tiempo en estudios a largo plazo en hombres, de forma que los resultados no son necesariamente aplicables a las mujeres.

7. INVITA a las próximas Presidencias, en cooperación con los Estados miembros, así como a la Comisión, a que tomen las medidas necesarias para asegurar la consideración de la perspectiva de género en las políticas sanitarias y en el método abierto de coordinación en materia de salud y atención sanitaria a largo plazo y a que presten especial atención, dentro del Subgrupo de indicadores, a la perspectiva de género en los indicadores sobre salud.
8. INVITA a los Estados miembros a que sigan mejorando la recogida, recopilación, análisis y difusión de datos oportunos, fiables, comparables, desglosados por sexo y edad, entre otras cosas mediante la participación de los institutos nacionales de estadística, así como en el marco del programa estadístico comunitario, de modo que puedan presentarse con regularidad estadísticas e información médica sobre los tres indicadores propuestos por la Presidencia austriaca, así como información estadística sobre otros indicadores relativos a los temas de la Plataforma de Beijing, y puedan llevarse a cabo estudios regularmente; INVITA ASIMISMO a los Estados miembros a que recopilen datos específicos de género y a que sigan desarrollando indicadores sobre salud de género a nivel comunitario.
9. SE COMPROMETE a seguir prestando especial atención a los ámbitos de preocupación críticos mencionados en la Plataforma de Acción de Beijing y a revisar periódicamente los avances obtenidos, e invita a las próximas Presidencias a que, en colaboración con los Estados miembros, vuelvan a tratar las cuestiones debatidas con anterioridad y a que evalúen los progresos en dichos ámbitos mediante los indicadores establecidos.
10. INSTA a la Comisión Europea y a los Estados miembros a que si procede, tengan en cuenta en otros procesos comunitarios los problemas debatidos en el contexto del seguimiento de la Plataforma de Acción de Beijing respecto de los cuales se han adoptado ya indicadores.
11. HACE UN LLAMAMIENTO a los Gobiernos para que:
 - determinen los requisitos previos para la buena salud tanto en las mujeres como en los hombres, teniendo en cuenta los aspectos específicos de la salud de la mujer, a fin de establecer un entorno favorable para cada uno de los sexos;
 - promuevan la investigación sobre la igualdad de género en la salud.
12. INVITA a la Comisión y a los Estados miembros a que, según sus competencias respectivas, integren la salud de género en las políticas en materia de salud, haciendo especial hincapié en los tres indicadores (años de vida sana, acceso a la atención sanitaria – demanda no satisfecha– y enfermedades cardiovasculares) propuestos por la Presidencia austriaca.

El Consejo ha tomado nota asimismo del informe de la Presidencia sobre los tres indicadores para el seguimiento futuro de la Plataforma de Acción de Beijing en el ámbito fundamental de la mujer y la salud.

– *Flexiguridad*

El Consejo ha respaldado la contribución conjunta del Comité de Empleo y el Comité de Protección Social sobre flexiguridad (9633/06).

El Consejo Europeo de primavera de 2006 pidió a los Estados miembros que prestaran especial atención a la "flexiguridad" y a promover la flexibilidad de forma combinada con la seguridad en el empleo y a reducir la segmentación del mercado laboral.¹

La contribución conjunta contempla cuatro elementos para lograr un buen equilibrio entre flexibilidad y seguridad en el mercado laboral: disponibilidad de modalidades contractuales adecuadas, políticas activas del mercado de trabajo, sistemas creíbles de aprendizaje permanente y sistemas modernos de seguridad social.

Reconoce que es necesario seguir analizando y debatiendo esta cuestión para tener debidamente en cuenta la situación de cada Estado miembro y, entre otras cosas:

- ejemplos específicos de medidas eficaces en distintos países;
- la flexibilidad interna cuantitativa y funcional (es decir, la organización del trabajo) y diversos aspectos del Derecho del trabajo;
- la medición de la flexiguridad;
- los costes y los beneficios de la flexiguridad para los diferentes grupos del mercado de trabajo, en especial para quienes se encuentran en sus márgenes;
- los costes y los beneficios de la flexiguridad para las finanzas públicas y la sociedad en su conjunto;
- la sostenibilidad de los compromisos sociales y financieros, especialmente en condiciones económicas adversas;
- las diversas vías para alcanzar una (mayor) flexiguridad en Estados miembros con puntos de partida diferentes.

Los Comités hacen observar que la Comisión tiene previsto publicar un libro verde sobre derecho del trabajo, analizar los aspectos relacionados con la flexiguridad en el contexto del Informe de situación anual y adoptar una Comunicación sobre un conjunto de principios comunes en 2007, así como de la intención de la próxima Presidencia finlandesa de incluir este punto en el orden del día de la Cumbre Social Tripartita, que se celebrará en otoño de 2006.

¹ Véase 7775/06

– ***Portabilidad de los derechos de pensión complementaria***

A la espera del dictamen en primera lectura del Parlamento Europeo, el Consejo ha tomado nota de un informe sobre la evolución del examen de la propuesta de Directiva relativa a la mejora de la portabilidad de los derechos de pensión complementaria (9100/1/06).

Teniendo en cuenta la importancia creciente de los regímenes complementarios de pensión en la cobertura de los riesgos de vejez en los Estados miembros, el objetivo de la propuesta de la Comisión es facilitar la libre circulación de los trabajadores entre Estados miembros y su movilidad dentro de un Estado miembro, mediante la supresión de toda disposición restrictiva en relación con dichos regímenes complementarios de pensión, que pueda limitar las oportunidades de los trabajadores desplazados en la constitución de derechos de pensión suficientes a lo largo de la vida laboral.

Sus objetivos principales son:

- facilitar la adquisición de los derechos de pensión en el ámbito profesional,
- garantizar una protección adecuada de los derechos de pensión latentes de los trabajadores desplazados,
- facilitar la transferibilidad de los derechos de pensión adquiridos,
- garantizar que los trabajadores reciban información adecuada en caso de movilidad profesional.

Base jurídica propuesta: los artículos 42 y 94 del Tratado - se requiere unanimidad para la decisión del Consejo y se aplica el procedimiento de codecisión con el Parlamento Europeo.

– *Programa comunitario de fomento del empleo y la solidaridad social – PROGRESS*

Una vez que se ha llegado a un acuerdo sobre el marco financiero 2007-2013, el Consejo ha logrado un acuerdo político global¹ sobre un proyecto de Decisión del Parlamento Europeo y del Consejo por la que se establece un programa comunitario para el empleo y la solidaridad social (PROGRESS).

La finalidad del programa es prestar apoyo financiero a la puesta en práctica de los objetivos de la Unión Europea en el ámbito del empleo y los asuntos sociales, contribuyendo así a la realización de la Estrategia de Lisboa.

Comprende cinco secciones: empleo, protección e inclusión social, condiciones de trabajo, no discriminación y diversidad e igualdad entre hombres y mujeres.

Mediante el establecimiento de un instrumento financiero único y racionalizado, la Decisión consolidará los cuatro programas de acción específicos actualmente en vigor, permitiendo proseguir y desarrollar las actividades iniciadas con arreglo a:

- la Decisión del Consejo por la que se establece un programa de acción comunitario para luchar contra la discriminación (2001-2006)²;
- la Decisión del Consejo por la que se establece un programa sobre la estrategia comunitaria en materia de igualdad entre mujeres y hombres³;
- la Decisión del Parlamento Europeo y del Consejo por la que se aprueba un programa de acción comunitario a fin de fomentar la cooperación entre los Estados miembros para luchar contra la exclusión social⁴;
- la Decisión del Parlamento Europeo y del Consejo relativa a medidas comunitarias de estímulo del empleo⁵; y

¹ El Consejo (EPSCO) de los días 8 y 9 de diciembre de 2005 logró un acuerdo político parcial sobre la propuesta.

² Decisión 2000/750/CE del Consejo, de 27 de noviembre de 2000 (DO L 303 de 2.12.2000, p. 23).

³ Decisión 2001/51/CE del Consejo, de 20 de diciembre de 2000 (DO L 17 de 19.1.2001, p. 22).

⁴ Decisión 50/2002/CE del Parlamento Europeo y del Consejo, de 7 de diciembre de 2001 (DO L 10 de 12.1.2002, p. 1).

⁵ Decisión 1145/2002/CE del Parlamento Europeo y del Consejo, de 10 de junio de 2002 (DO L 170 de 29.6.2002, p. 1).

- la Decisión del Parlamento Europeo y del Consejo por la que se establece un programa de acción comunitario para la promoción de las organizaciones que trabajan a escala europea en el ámbito de la igualdad entre hombres y mujeres¹;

así como las actividades emprendidas a escala comunitaria en materia de condiciones de trabajo.

El presupuesto para todo el período de duración del programa es de 658 millones de euros, a precios de 2004.

Base jurídica propuesta: artículos 13.2, 129 y 137.2.a) del Tratado: se requiere mayoría cualificada para una Decisión del Consejo y se aplica el procedimiento de codecisión con el Parlamento Europeo. El Parlamento Europeo emitió su dictamen el 6 de septiembre de 2005 (11954/05).

El texto acordado se adoptará como posición común del Consejo en una próxima sesión y se remitirá al Parlamento Europeo con vistas a la segunda lectura.

¹ Decisión 848/2004/CE del Parlamento Europeo y del Consejo, de 29 de abril de 2004 (DO L 157 de 30.4.2004, p. 18; corregida en DO L 195 de 2.6.2004, p. 7).

– *Directrices para las políticas de empleo de los Estados miembros*

El Consejo ha logrado un acuerdo político sobre un proyecto de Decisión relativa a las Directrices para las políticas de empleo de los Estados miembros para 2006 (9471/06).

Tal y como ha propuesto la Comisión, se mantienen sin cambios las directrices adoptadas el pasado año (10205/05).

Base jurídica propuesta: artículo 128.2. del Tratado: se requiere mayoría cualificada para una Decisión del Consejo y la consulta del Parlamento Europeo, el Comité Económico y Social, el Comité de Empleo y el Comité de las Regiones.

El texto acordado se remitirá al Consejo Europeo de junio de 2006 para que sea refrendado por el Consejo Europeo y se adopte formalmente en una próxima sesión del Consejo.

– *Tiempo de trabajo*

Tras el debate del mes de diciembre de 2005, el Consejo ha mantenido de nuevo un amplio y pormenorizado debate sobre la propuesta modificada de Directiva del Parlamento Europeo y del Consejo por la que se modifica la Directiva 2003/88/CE relativa a determinados aspectos de la ordenación del tiempo de trabajo¹, a partir de una serie de textos transaccionales presentados por la Presidencia en relación con la controvertida cuestión de la exclusión voluntaria.

Todas las Delegaciones y la Comisión han reconocido la voluntad de la Presidencia de llegar a un acuerdo global considerando la obligación de lograr una solución común para los desafíos que plantean las sentencias SIMAP y Jaeger.

Sin embargo, a pesar de los progresos realizados en la determinación de posibles elementos para un acuerdo, habida cuenta de las diferencias en las situaciones del mercado laboral y de los diferentes puntos de vista de los Estados miembros sobre la posible necesidad y las condiciones de mantenimiento de la cláusula de exclusión voluntaria, no ha sido posible por el momento alcanzar un acuerdo global.

Los objetivos de la propuesta modificada de la Comisión son dos:

En primer lugar, tener en cuenta la jurisprudencia del Tribunal de Justicia, en particular las sentencias en los asuntos SIMAP² y Jaeger³, según las cuales las funciones desempeñadas por un médico cuando se le exige que esté físicamente presente en el hospital deben considerarse como tiempo de trabajo.

En segundo lugar, revisar algunas de las disposiciones de la Directiva 2003/88/CE en relación con la posibilidad de no aplicar duración máxima del tiempo de trabajo semanal (48 horas) si el trabajador da su consentimiento para realizar dicho trabajo (cláusula de exclusión voluntaria).

Los principales aspectos que quedan por resolver se refieren a la cláusula de exclusión voluntaria y a la cuestión de determinar si la duración máxima del tiempo de trabajo semanal ha de calcularse por contrato o por trabajador.

Base jurídica propuesta: artículo 137.2 del Tratado – se requiere mayoría cualificada para una Decisión del Consejo y se aplica el procedimiento de codecisión con el Parlamento Europeo. El Parlamento Europeo emitió su dictamen en primera lectura el 11 de mayo de 2005 (8725/05) y la Comisión su propuesta modificada el 31 de mayo de 2005 (9554/05).

¹ DO L 299 de 18.11.2003, p. 9.

² Sentencia del Tribunal, de 3 de octubre de 2000, in el asunto C-303/98, Sindicato de Médicos de Asistencia Pública (SIMAP) contra Conselleria de Sanidad y Consumo de la Generalidad Valenciana, REC 2000, p. I-07963.

³ Sentencia del Tribunal, de 9 de septiembre de 2003, en el asunto C-151/02, referencia de sentencia preliminar: Landesarbeitsgericht Schleswig-Holstein (Alemania) en los procedimientos pendientes ante el Tribunal entre Landeshauptstadt Kiel y Norbert Jaeger, Rec. 2003, p. I-08389.

SANIDAD– *Aditivos alimentarios*

El Consejo ha adoptado por mayoría cualificada¹, en primera lectura², una Directiva por la que se modifica la Directiva 95/2/CE relativa a aditivos alimentarios distintos de los colorantes y edulcorantes y la Directiva 94/35/CE relativa a los edulcorantes utilizados en los productos alimentarios (*PE-CONS 3663/05*).

La Directiva 95/2/CE relativa a aditivos alimentarios distintos de los colorantes y edulcorantes incluye una lista de los aditivos alimentarios autorizados y sus condiciones de uso. Procede adaptar esta Directiva a la vista de la evolución técnica y científica reciente.

Los cambios se refieren a:

- la revisión de las autorizaciones en vigor (nitritos y nitratos, alimentos de destete, complementos alimenticios y los alimentos destinados a usos médicos especiales, p-hidroxibenzoatos y gelificantes en minicápsulas de gelatina);
- la autorización de nuevos aditivos alimentarios (por ejemplo, el eritritol, el 4-hexilresorcinol, la hemicelulosa de la semilla de soja, la etilcelulosa, el pullulan y la terbutilhidroquinona (TBHQ));
- la autorización para ampliar el uso de aditivos alimentarios autorizados (el carbonato ácido de sodio en queso de leche agria, los sorbatos y benzoatos en los crustáceos, el dióxido de silicio como soporte, los aditivos en los productos tradicionales).

La Directiva 94/35/CE relativa a los edulcorantes utilizados en los productos alimentarios establece una lista de los edulcorantes que pueden utilizarse en la Comunidad y sus condiciones de uso. Procede adaptar esta Directiva a la vista de la evolución técnica y científica reciente.

Los cambios se refieren a la autorización de un nuevo aditivo alimentario (eritritol).

Base jurídica propuesta: artículo 95 del Tratado – se requiere mayoría cualificada para una Decisión del Consejo y se aplica el procedimiento de codecisión con el Parlamento Europeo. El Parlamento Europeo emitió su dictamen en primera lectura el 26 de octubre de 2005 (*13689/05*)

¹ Bélgica, Dinamarca y los Países Bajos votaron en contra.

² El Consejo ha aceptado todas las enmiendas propuestas por el Parlamento Europeo (*13689/05*).

– *Sanidad de la mujer - Conclusiones del Consejo*

El Consejo ha adoptado las siguientes conclusiones:

"EL CONSEJO DE LA UNIÓN EUROPEA:

1. OBSERVA que los ciudadanos de la Unión Europea, más de la mitad de los cuales son mujeres, conceden gran importancia al hecho de que la salud humana alcance los niveles más elevados que sea posible y consideran que ello constituye un requisito previo esencial para una elevada calidad de vida;
2. RECUERDA lo siguiente:
 - El artículo 3, apartado 2, del Tratado CE y el artículo 23 de la Carta de Derechos Fundamentales de la Unión Europea declaran que deberá perseguirse la igualdad entre mujeres y hombres en todos los ámbitos de actuación;
 - El artículo 152 del Tratado CE establece que al definirse y ejecutarse todas las políticas y acciones de la Comunidad, se garantizará un alto nivel de protección de la salud humana y que la acción de la Comunidad complementará las políticas nacionales, se encaminará a mejorar la salud pública, a prevenir las enfermedades humanas y a evitar las fuentes de peligro para la salud humana;
 - El 4 de diciembre de 1997, el Consejo adoptó una Resolución relativa a un Informe¹ sobre la situación sanitaria de la mujer en la Comunidad Europea² ;
 - El 9 de marzo de 1997, el Parlamento Europeo adoptó una Resolución sobre el Informe de la Comisión sobre la situación sanitaria de la mujer en la Comunidad Europea³;
 - El 28 de abril de 2005, el Parlamento Europeo adoptó una Resolución sobre la modernización de la protección social y el desarrollo de una asistencia sanitaria de calidad, e invitó a la Comisión a presentar un nuevo informe sobre la situación sanitaria de la mujer en la Unión Europea⁴ .
3. RECUERDA el informe sobre los avances logrados en la Unión Europea en la aplicación práctica de la Plataforma de Acción de Beijing, elaborado en enero de 2005 por la Presidencia luxemburguesa, que subrayaba que la situación sanitaria de la mujer era todavía un motivo de preocupación y destacaba la importancia de recabar datos relevantes.

¹ 8537/97; COM(97) 224 final.

² DO C 394 de 30.12.1997, p. 1.

³ DO C 175 de 21.6.1999, p. 68.

⁴ A6-0085/2005.

4. RECUERDA el Plan de Acción estratégico para la salud de la mujer en Europa respaldado por la OMS en su reunión de Copenhague los días 5 a 7 de febrero de 2001.
5. RECONOCE que las condiciones sociales y sanitarias, las manifestaciones clínicas, los enfoques terapéuticos, la eficacia y los efectos secundarios del tratamiento de las enfermedades y trastornos pueden variar entre mujeres y hombres.
6. SUBRAYA la importancia de aumentar entre la población en general, y también entre los profesionales sanitarios, la conciencia de que el sexo es un factor determinante clave de la salud.
7. RECONOCE la importancia de atajar las desigualdades que puedan existir entre Estados miembros atendiendo a los factores determinantes de la salud ligados a aspectos sociales y económicos.
8. SALUDA la Comunicación de la Comisión: "Plan de trabajo para la igualdad entre las mujeres y los hombres 2006-2010"¹ en la que se reconoce la dimensión del sexo en el ámbito de la salud, entre otros, procurando incorporar en mayor medida las cuestiones específicas de cada sexo en las actuaciones sanitarias.
9. TOMA NOTA de que el programa de acción comunitario en el ámbito de la salud pública (2003-2008)² tiene por objetivo la protección de la salud humana y la mejora de la sanidad pública, contribuyendo así a atajar las desigualdades en materia de sanidad.
10. SALUDA el hecho de que la propuesta de Decisión del Consejo relativa al Programa Específico "Cooperación" por el que se ejecuta el Séptimo Programa Marco de la Comunidad Europea de Acciones de Investigación, Desarrollo Tecnológico y Demostración (2007-2013)³ tenga la intención de integrar los aspectos de género en la investigación sanitaria.
11. RECONOCE la necesidad de una investigación biomédica relacionada con el sexo, así como de una investigación de los factores socioeconómicos determinantes.
12. RECONOCE que, aunque las mujeres viven más tiempo que los hombres, sufren una mayor carga de años con problemas de salud. La incidencia y prevalencia de determinadas enfermedades, como la osteoporosis, son más elevadas entre las mujeres. Otras enfermedades, tales como las enfermedades cardiovasculares, el cáncer y los problemas de salud mental, afectan a hombres y mujeres de forma diferente. Algunas enfermedades relacionadas con los alumbramientos y los órganos reproductores, como la endometriosis y el cáncer del cuello uterino afectan únicamente a las mujeres.

¹ 7034/06.

² DO L 271 de 9.10.2002, p. 1.

³ 12736/05.

13. DESTACA que las enfermedades cardiovasculares son una de las causas principales de muerte y de una calidad de vida reducida para las mujeres en la Unión Europea, aun cuando en algunos Estados miembros siguen percibiéndose como enfermedades predominantemente masculinas.
14. TOMA NOTA CON PREOCUPACIÓN de que el aumento de mujeres fumadoras en algunos Estados miembros está provocando un incremento sustancial de cánceres de pulmón y enfermedades cardiovasculares.
15. TOMA NOTA CON PREOCUPACIÓN de que en algunos Estados miembros se ha pronosticado que la depresión constituirá la enfermedad más extendida entre las mujeres en 2020. Las enfermedades mentales afectan a la calidad de vida y, por consiguiente, pueden influir sobre la morbilidad y la mortalidad.
16. RECONOCE la importante influencia de los estilos de vida poco saludables sobre un número importante de enfermedades y, por consiguiente, las ventajas potenciales de fomentar, entre otros, dietas saludables y actividad física para reducir las enfermedades cardiovasculares y determinadas formas de cáncer.
17. CONVIENE EN QUE las medidas de prevención, el fomento de la salud y los tratamientos sanitarios que tienen en cuenta los aspectos ligados al sexo contribuyen a reducir la morbilidad y la mortalidad debidas a las principales enfermedades de las mujeres y, en consecuencia, a mejorar su calidad de vida.
18. SUBRAYA que unos datos fiables, compatibles y comparables en cuanto a la situación sanitaria de la mujer son esenciales para mejorar la información al público y para establecer estrategias, políticas y actuaciones adecuadas para garantizar un elevado nivel de protección sanitaria, y que datos e informes desglosados atendiendo al sexo son esenciales para una adecuada toma de decisiones.
19. DESTACA que casi un decenio después de la publicación del anterior, es necesario elaborar un nuevo informe sobre la situación sanitaria de la mujer en la Unión Europea.
20. INVITA a los Estados miembros a:
 - recoger datos sanitarios con mención expresa del sexo, y a desglosar y analizar las estadísticas por sexos;
 - tomar iniciativas para aumentar el conocimiento de la población en general y de los profesionales de la sanidad en cuanto a la relación entre sexo y salud;

- fomentar la salud y prevenir la enfermedad teniendo en cuenta, cuando proceda, la diferencias entre los sexos;
- promover la investigación sobre los diferentes efectos de los medicamentos sobre mujeres y hombres, así como una investigación sanitaria específica por sexos;
- estimular la incorporación de la perspectiva de los sexos en los cuidados sanitarios.
- examinar y abordar las desigualdades sanitarias que puedan existir al respecto, con el fin de reducir las diferencias de salud y asegurar una igualdad de trato y de acceso a los cuidados sanitarios.

21. INVITA a la Comisión Europea a:

- integrar los aspectos ligados al sexo en la investigación sanitaria;
- apoyar el intercambio de información y experiencia sobre buenas prácticas relativas a la promoción de la salud y a la prevención de la enfermedad que tengan en cuenta las diferencias entre los sexos;
- ayudar a los Estados miembros a establecer estrategias eficaces para reducir las desigualdades entre los sexos en lo relativo a la salud;
- promover y mejorar la comparabilidad y compatibilidad de la información sanitaria desglosada por sexos entre los Estados miembros y en el plano comunitario, mediante la elaboración de los datos apropiados;
- presentar un segundo informe sobre la situación sanitaria de la mujer en la Unión Europea.

22. INVITA a la Comisión Europea a aprovechar la pericia de EUROSTAT y del futuro Instituto Europeo de la Igualdad de Género para contribuir a la recogida y análisis de datos y a que se compartan las mejores prácticas al respecto.

23. INVITA a la Comisión Europea a seguir cooperando con las organizaciones internacionales e interestatales correspondientes, en particular la OMS y la OCDE, con el fin de garantizar una coordinación efectiva de las actividades."

– *Promoción de las formas sanas de vida y prevención de la diabetes de tipo 2 - Conclusiones del Consejo*

El Consejo ha adoptado las siguientes conclusiones:

"EL CONSEJO DE LA UNIÓN EUROPEA:

1. OBSERVA que los ciudadanos de la Unión Europea conceden gran importancia a la salud y consideran que es una condición indispensable para una elevada calidad de vida.
2. OBSERVA asimismo que la UE debe orientar su actuación a hacer frente a las principales causas de mortalidad y mortalidad prematura y los principales factores que reducen la calidad de vida de los ciudadanos de la Unión Europea.
3. RECUERDA QUE:
 - El artículo 152 del Tratado CE dispone que la acción de la Comunidad debe complementar las políticas nacionales y encaminarse a mejorar la salud pública, prevenir las enfermedades humanas y evitar las fuentes de peligro para la salud humana. La acción comunitaria en el ámbito de la salud pública debe respetar las responsabilidades de los Estados miembros en materia de organización y suministro de servicios sanitarios y de asistencia médica.
 - El 29 de junio de 2000 el Consejo adoptó una resolución sobre medidas en materia de determinantes sanitarios¹.
 - El 14 de diciembre de 2000, adoptó una resolución sobre la salud y la nutrición².
 - El 2 de diciembre de 2002, adoptó unas conclusiones sobre la obesidad³.
 - El 2 de diciembre de 2003, adoptó unas conclusiones sobre formas sanas de vida⁴.

¹ DO C 218 de 31.7.2000, p. 8.

² DO C 20 de 23.1.2001, p. 1.

³ DO C 11 de 17.1.2003, p.3.

⁴ DO C 22 de 27.1.2004, p. 1.

4. RECUERDA ASIMISMO QUE:

- El 2 de junio de 2004, el Consejo tomó nota de la información de la Presidencia irlandesa sobre el potencial de una estrategia europea contra la diabetes¹.
- El 15 de marzo de 2005, la Comisión Europea puso en marcha una Plataforma europea de acción sobre alimentación, actividad física y salud.
- El 8 de diciembre de 2005, la Comisión Europea adoptó un Libro Verde titulado "Fomentar una alimentación sana y la actividad física: una dimensión europea para la prevención del exceso de peso, la obesidad y las enfermedades crónicas", en el que examina los factores determinantes de la aparición de la diabetes de tipo 2.
- El 3 de abril de 2006, el Parlamento Europeo adoptó una declaración escrita sobre la diabetes².

5. TOMA NOTA de las conclusiones (que se resumen en el anexo) de la Conferencia sobre la prevención de la diabetes de tipo 2, organizada por la Presidencia austriaca y celebrada los días 15 y 16 de febrero de 2006 en Viena, Austria, a la que asistieron expertos de los Estados miembros y de los países candidatos y en vías de adhesión, entre ellos profesionales del sector sanitario y representantes de asociaciones de lucha contra la diabetes y de grupos de pacientes.

6. HACE HINCAPIÉ en que la diabetes es una de las principales causas de mortalidad, mortalidad prematura y pérdida de calidad de vida para los ciudadanos de la Unión Europea.

7. MANIFIESTA que los factores determinantes de la salud influyen en la diabetes y que, aparte de los antecedentes familiares y la edad, los principales factores de riesgo en lo que respecta a la diabetes de tipo 2 son el sobrepeso, la sedentariedad, el consumo de tabaco y la tensión arterial elevada, y que se puede influir en todos ellos actuando sobre los factores subyacentes. También son factores contribuyentes la diabetes gestacional (diabetes que aparece durante el embarazo), los trastornos de la tolerancia a la glucosa y las alteraciones de la glucemia basal.

8. RECONOCE que la diabetes de tipo 2 y sus complicaciones (cardiovasculares, renales, oculares, pie diabético) se diagnostican a menudo demasiado tarde, y que es frecuente que las complicaciones sólo se detecten en el momento del diagnóstico.

9. MANIFIESTA que las medidas preventivas, la detección y el diagnóstico precoces y la buena gestión de la enfermedad pueden reducir la mortalidad causada por la diabetes y aumentar la esperanza de vida y la calidad de vida de las poblaciones europeas.

¹ 9808/04.

² Declaración escrita 1/2006.

10. CONSIDERA PREOCUPANTES los perjuicios para la salud, y para la incidencia de la diabetes en particular, derivados del aumento del sobrepeso y de la obesidad entre la población de todas las edades de la Unión Europea, especialmente entre los niños y los jóvenes. La prevalencia de la diabetes de tipo 2 en las mujeres en los primeros años del periodo fértil es especialmente alarmante.
11. DECLARA que es necesaria una actuación urgente centrada en la diabetes y en los determinantes subyacentes de la salud para hacer frente a la creciente incidencia y prevalencia de la enfermedad y al consiguiente aumento de los gastos directos e indirectos que provoca.
12. RECONOCE que es posible prevenir o retrasar la aparición de la diabetes de tipo 2 y reducir las complicaciones asociadas a ella actuando sobre los determinantes subyacentes de la salud, en particular la mala alimentación y la falta de actividad física, incluso durante los primeros años de la infancia.
13. RECONOCE asimismo que la prevención de la diabetes tiene efectos positivos directos en otras enfermedades no transmisibles como las cardiovasculares, que constituyen también importantes riesgos para la salud de los ciudadanos de la Unión Europea, y en los costes que suponen para los sistemas sanitarios y la economía.
14. ACEPTA la necesidad de efectuar un seguimiento y un control de la diabetes, en particular mediante el intercambio de información sobre la mortalidad y la morbilidad causadas por la enfermedad y sobre los factores de riesgo, y de comprender mejor las formas de vida, conocimientos, actitudes y comportamientos de la población de la UE.
15. RECONOCE que la realización de nuevas investigaciones en Europa sobre los determinantes de la salud que permiten combatir los factores de riesgo en lo que respecta a la diabetes puede aportar una contribución positiva a la lucha contra esta enfermedad en el futuro.
16. RECONOCE asimismo que, para tratar y paliar el sufrimiento que causa la diabetes, es preciso adoptar un planteamiento a largo plazo que incluya medidas dirigidas tanto a la población sana como a las personas que padecen diabetes o que tienen un alto riesgo de padecerla.
17. ADMITE que la promoción de la salud requiere un planteamiento integrado y ha de ser global, transparente, multisectorial, pluridisciplinar y participativa, y basarse en las mejores investigaciones y datos disponibles. En particular, la prevención de la enfermedad debe enfocarse hacia todo el ciclo de vida de las personas, especialmente las que tienen mayor riesgo de padecer diabetes, teniendo en cuenta las diferencias sociales, culturales, de sexo y de edad. Es preciso establecer una evaluación adecuada, incluidos el control y la supervisión de medidas y programas.

18. SE CONGRATULA de que la Comisión haya puesto en marcha la Plataforma europea de acción sobre alimentación, actividad física y salud.
19. RECONOCE el importante papel que puede desempeñar la sociedad civil en la prevención de la diabetes y sus consecuencias.
20. INVITA a los Estados miembros a que, teniendo en cuenta los recursos disponibles, reflexionen, al adoptar o revisar sus estrategias nacionales de salud pública y sus medidas de actuación sobre los factores determinantes de la salud y en el marco de su labor de promoción de formas de vida sanas, sobre la posibilidad de:
 - Recopilar y registrar datos económicos y epidemiológicos exhaustivos sobre la diabetes y sus factores subyacentes, hacer un seguimiento de dichos datos y difundirlos a escala nacional.
 - Elaborar y aplicar planes marco de prevención, detección y gestión de la enfermedad, basados en datos científicos y prácticas idóneas y centrados, según corresponda, en la diabetes y/o sus determinantes, que incluyan un sistema de evaluación con objetivos medibles que permita valorar sus resultados sanitarios y su eficacia en relación con el coste, teniendo en cuenta los respectivos sistemas nacionales de organización y prestación de servicios sanitarios, los aspectos éticos, legales, culturales y demás factores pertinentes y los recursos disponibles.
 - Establecer medidas económicamente racionales, sostenibles y basadas en datos científicos de prevención primaria y de sensibilización de la población, que sean accesibles y asequibles para atender a las necesidades tanto de las personas con mayor riesgo de contraer diabetes como de la población en general.
 - Establecer medidas accesibles y asequibles de prevención secundaria basadas en directrices científicas de ámbito nacional y encaminadas a detectar y prevenir la aparición de complicaciones derivadas de la diabetes.
 - Adoptar un planteamiento de gestión holístico, multisectorial y multidisciplinar orientado a las personas con diabetes que haga hincapié en la prevención y en el que participen los servicios de atención primaria y secundaria, los servicios de atención comunitaria, y los servicios sociales y educativos.
 - Aportar una formación más amplia para el tratamiento de la diabetes a los profesionales de la salud.

21. INVITA a la Comisión Europea a que apoye a los Estados miembros, según corresponda, en su labor de prevención de la diabetes, y a que promueva formas de vida sanas, mediante medidas encaminadas a:
- Lograr que la diabetes sea reconocida como un problema de salud pública en Europa y alentar la creación de redes y el intercambio de información entre los Estados miembros con el fin de promover prácticas idóneas, mejorar la coordinación de las políticas y programas preventivos y de promoción de la salud y de los programas orientados al conjunto de la población y a los grupos de alto riesgo, reducir las desigualdades y optimizar el empleo de los recursos de atención sanitaria.
 - Facilitar y apoyar en Europa la investigación fundamental y clínica sobre la diabetes y garantizar una difusión amplia de los resultados de esa investigación en toda Europa.
 - Analizar y aumentar la comparabilidad de los datos epidemiológicos sobre la diabetes estudiando la posibilidad de establecer una forma normalizada de presentar los resultados del seguimiento, control y notificación de las tasas de mortalidad y morbilidad por diabetes y de los factores de riesgo en todos los Estados miembros.
 - Informar sobre las medidas adoptadas por los Estados miembros para poner de relieve los factores determinantes de la salud y promover formas de vida sanas, sobre los planes nacionales contra la diabetes y las medidas nacionales de prevención, a partir de la información facilitada por los Estados miembros, evaluar la eficacia de las medidas propuestas y reflexionar sobre la necesidad de que se adopten medidas adicionales.
 - Continuar trabajando en el establecimiento de un enfoque integral de los factores determinantes de la salud a escala europea, que incluya una política coherente y global de alimentación sana y actividad física y aborde los efectos en la salud pública de la promoción, comercialización y oferta de alimentos muy calóricos y bebidas azucaradas con azúcar, en particular las dirigidas a los niños.
 - Aprovechar la labor de la Plataforma europea de acción sobre alimentación, actividad física y salud y fomentar la elaboración y aplicación de programas y medidas nacionales de prevención de la diabetes.
 - Tener en cuenta los factores determinantes de la salud y los factores de riesgo de la diabetes en todas las políticas de la UE.
22. INVITA a la Comisión a que siga cooperando con las organizaciones internacionales e intergubernamentales pertinentes, en particular la Organización Mundial de la Salud y la Organización de Cooperación y Desarrollo Económicos (OCDE), a fin de garantizar una coordinación eficaz de las actividades."

– *Valores y principios comunes en los sistemas sanitarios de la UE - Conclusiones del Consejo*

El Consejo ha adoptado las siguientes conclusiones:

"EL CONSEJO DE LA UNIÓN EUROPEA:

1. TOMA NOTA de que la Comisión Europea ha decidido retirar los servicios sanitarios del ámbito de aplicación de su propuesta modificada de Directiva del Parlamento Europeo y del Consejo relativa a los servicios en el mercado interior y, de esta forma, ha integrado las enmiendas propuestas por el Parlamento Europeo.
2. TOMA NOTA de que la Comisión Europea ha declarado que desarrollará un marco comunitario de servicios de salud seguros, eficaces y de gran calidad mediante el refuerzo de la cooperación entre los Estados miembros y mediante la dotación de una información clara y exacta sobre la aplicación de la legislación comunitaria a los servicios de salud y de atención sanitaria.
3. RECONOCE que determinadas sentencias dictadas recientemente por el Tribunal de Justicia de las Comunidades Europeas han puesto de manifiesto la necesidad de aclarar la interacción entre las disposiciones del Tratado CE, en particular sobre la libre circulación de servicios y los servicios sanitarios facilitados por los sistemas sanitarios nacionales.
4. CONSIDERA que los sistemas sanitarios constituyen una parte esencial del alto nivel europeo de protección social y contribuyen considerablemente a la cohesión y justicia social.
5. RECUERDA los valores esenciales de universalidad, acceso a una atención sanitaria de buena calidad, equidad y solidaridad.
6. APRUEBA la declaración que figura como Anexo sobre valores y principios comunes de los sistemas sanitarios de los Estados miembros de la Unión Europea (Anexo).
7. INVITA a la Comisión Europea a garantizar el respeto de los valores y principios comunes recogidos en la declaración al elaborar propuestas específicas que afecten a los servicios sanitarios.
8. INVITA a las Instituciones de la Unión Europea a garantizar en sus trabajos el respeto de los valores y principios comunes recogidos en la declaración.

Declaración sobre los valores y principios comunes

Los 25 Ministros de Sanidad de la Unión Europea hemos realizado la presente declaración sobre los valores y principios comunes de los sistemas sanitarios de Europa. Consideramos importante esta declaración porque proporciona información clara a nuestros ciudadanos, y la consideramos oportuna habida cuenta de la reciente votación del Parlamento y de la propuesta revisada de la Comisión de retirar los servicios sanitarios de la propuesta de Directiva relativa a los servicios en el mercado interior. Estamos convencidos de que el consenso político, y no sólo la jurisprudencia, debe guiar la evolución en este ámbito.

Consideramos también que es importante preservar los valores y principios comunes que se indican más adelante en la aplicación de las normas de la competencia a los sistemas correspondientes.

La presente declaración se basa en los debates mantenidos en el Consejo y con la Comisión en el contexto del método abierto de coordinación y el proceso de reflexión de alto nivel sobre la movilidad de los pacientes y la evolución de la asistencia sanitaria en la UE. También toma en consideración los instrumentos jurídicos a nivel europeo e internacional que tienen repercusiones en el ámbito de la sanidad.

La presente declaración establece los valores y principios comunes compartidos en la Unión Europea sobre la forma en que los sistemas sanitarios responden a las necesidades de la población y de los pacientes. También explica que esos valores y principios se concretan en la práctica de forma diferente en los distintos sistemas sanitarios de los Estados miembros y que así seguirá siendo. En particular, corresponde adoptar a nivel nacional las decisiones sobre la gama de cuidados sanitarios a los que tienen derecho los ciudadanos y los mecanismos de financiación y de prestación de atención sanitaria, tales como la determinación de hasta qué punto procede recurrir a los mecanismos de mercado y la presión de la competencia para gestionar los sistemas sanitarios.

Valores y principios comunes

Los sistemas sanitarios de la Unión Europea constituyen una parte esencial del alto nivel de protección social y contribuyen a la cohesión y justicia social así como al desarrollo sostenible.

Los valores esenciales de *universalidad, acceso a una atención sanitaria de buena calidad, equidad y solidaridad* han sido ampliamente aceptados en los trabajos de las diferentes Instituciones de la UE. Constituyen globalmente un conjunto de valores compartidos en toda Europa. La universalidad supone que no se impida a nadie el acceso a la atención sanitaria; la solidaridad está estrechamente relacionada con las disposiciones en materia de financiación de nuestros sistemas sanitarios nacionales y la necesidad de garantizar que sean accesibles para todos; la equidad está relacionada con la igualdad de acceso en función de las necesidades, independientemente de la etnia, sexo, edad, estatuto social o capacidad de pago. Los sistemas sanitarios de la UE tienen también el objetivo de reducir las desigualdades en el ámbito sanitario, lo que constituye una preocupación de los Estados miembros de la UE, y está estrechamente relacionada con esto la labor de los sistemas de los Estados miembros en la prevención de las enfermedades, en particular, mediante la promoción de modos de vida saludables.

Todos los sistemas sanitarios de la UE tienen el objetivo de centrarse en el paciente y responder a las necesidades individuales.

Sin embargo, los diferentes Estados miembros tienen diferentes planteamientos a la hora de concretar en la práctica esos valores: por ejemplo, responden diferentemente a cuestiones como si la persona debe contribuir personalmente a sus gastos de atención sanitaria o si debe existir una contribución general, y si ésta se abona con cargo a un seguro suplementario. Los Estados miembros han establecido diferentes disposiciones para garantizar la equidad: algunos Estados miembros han optado por expresar la equidad en forma de derechos de los pacientes; otros, en forma de obligaciones de los prestadores de servicios de atención sanitaria. El control de la aplicación de estas disposiciones se lleva a cabo también de diferentes formas: en determinados Estados miembros a través de tribunales, en otros, a través de comités, defensores del paciente, etc.

Un rasgo esencial de todos nuestros sistemas es que tratamos de que sean sostenibles desde el punto de vista financiero, de tal forma que se preserven estos valores en el futuro.

Adoptar un planteamiento centrado en la adopción de medidas preventivas forma parte de la estrategia de los Estados miembros para reducir la carga económica de los sistemas nacionales de atención sanitaria habida cuenta de que la prevención contribuye de manera considerable a la reducción de costes de los sistemas de atención sanitaria y, por consiguiente, a una situación financiera sostenible evitando las enfermedades y, por lo tanto, los costes derivados de las mismas.

Además de estos valores esenciales, existen también un conjunto de principios operativos compartidos en toda la Unión Europea, en el sentido de que todos los ciudadanos de la Unión esperan encontrar estos principios y que existan las estructuras de apoyo necesarias en todos los sistemas sanitarios de la UE. Estos principios son:

– La calidad:

Todos los sistemas sanitarios de la UE procuran proporcionar una atención sanitaria de buena calidad, lo que se consigue, en particular, mediante la obligación de formación permanente del personal sanitario sobre la base de normas nacionales claramente establecidas y garantizando que el personal disponga de acceso a asesoría sobre las mejores prácticas en el ámbito de la calidad, fomentando la innovación y la difusión de buenas prácticas, desarrollando sistemas para garantizar la buena gestión clínica y mediante el seguimiento de la calidad en los sistemas sanitarios. Una parte importante de esta temática tiene relación también con el principio de la seguridad.

– La seguridad:

Los pacientes pueden contar con que cada sistema sanitario de la UE disponga de un planteamiento sistemático que garantice la seguridad del paciente, incluido el seguimiento de los factores de riesgo y formación adecuada para los profesionales sanitarios, y la protección contra la publicidad engañosa de productos y tratamientos sanitarios.

– La atención basada en las pruebas y la ética:

Los retos demográficos y las nuevas tecnologías en el sector médico pueden originar cuestiones difíciles (en el ámbito de la ética y de la asequibilidad), a las que todos los Estados miembros deben ofrecer una respuesta. Garantizar que los sistemas de atención sanitaria se basen en pruebas es esencial, tanto para facilitar un tratamiento de alta calidad como para garantizar una situación sostenible a largo plazo. Todos los sistemas deben abordar el reto de decidir el orden de prioridad en el ámbito sanitario de forma que se logre un equilibrio entre las necesidades de cada paciente y los recursos financieros disponibles para tratar a la totalidad de la población.

– Participación del paciente:

Todos los sistemas sanitarios de la UE tienen el objetivo de centrarse en el paciente, lo que supone que el paciente sea partícipe de su tratamiento, ser transparente con el paciente y ofrecerle la posibilidad de elegir cuando sea posible, por ejemplo, la posibilidad de elegir entre diferentes proveedores de servicios de atención sanitaria. Cada sistema tiene el objetivo de ofrecer a cada persona información sobre su situación sanitaria y el derecho a estar plenamente informado sobre el tratamiento que se le ofrezca y a dar su consentimiento al tratamiento. Todos los sistemas deberían asumir públicamente sus cuentas y garantizar una buena gestión y transparencia.

– Derecho a reparación:

Los pacientes deberían tener derecho a reparación si las cosas salen mal, lo que supone disponer de procedimientos de reclamación transparentes y equitativos, así como información clara sobre las responsabilidades y formas específicas de recurso determinadas por los sistemas sanitarios de que se trate (por ejemplo, indemnizaciones).

– Intimidad y confidencialidad:

La legislación de la UE y la nacional reconocen el derecho de todos los ciudadanos de la UE a la confidencialidad de los datos de carácter personal.

Como Ministros de Sanidad observamos cada vez mayor interés por la cuestión del papel de los mecanismos de mercado (entre ellos la presión de la competencia) en la gestión de los sistemas sanitarios. En este ámbito se están llevando a cabo en los sistemas sanitarios de la Unión Europea medidas políticas orientadas a promover la pluralidad y las posibilidades de elección y a utilizar los recursos de forma más eficiente. Podemos sacar lecciones de estas medidas políticas los unos de los otros, pero corresponde a cada Estado miembro determinar su propio planteamiento mediante intervenciones específicamente diseñadas para el sistema sanitario de que se trate.

Si bien no procede intentar crear sistemas sanitarios normalizados a nivel europeo, tiene un valor incalculable trabajar a nivel europeo en la atención sanitaria. Los Estados miembros se han comprometido a trabajar juntos para compartir experiencias e información sobre planteamientos y buenas prácticas, por ejemplo, en el contexto del Grupo de reflexión de alto nivel sobre servicios de salud y atención médica de la Comisión, o a través del método abierto de coordinación sobre atención sanitaria y cuidados de larga duración, con el fin de lograr el objetivo compartido de promover en Europa una atención sanitaria de alta calidad, eficiente y accesible. Consideramos especialmente valiosas las iniciativas adecuadas sobre servicios de atención sanitaria destinadas a ofrecer información clara sobre los derechos de los ciudadanos europeos cuando se desplacen entre Estados miembros y que consagren los citados valores y principios en un marco jurídico con el fin de garantizar la seguridad jurídica.

En conclusión, nuestros sistemas sanitarios forman parte esencial de la infraestructura social europea. No infravaloramos los retos que nos esperan, por lo que se refiere a conciliar las necesidades individuales con los medios financieros disponibles, habida cuenta del envejecimiento de la población europea, el aumento de las expectativas y los avances de la medicina. Al debatir futuras estrategias, nuestra preocupación común debería ser proteger los valores y principios en los que se basan los sistemas sanitarios de la UE. En nuestra condición de Ministros de Sanidad de los 25 Estados miembros de la Unión Europea, invitamos a las Instituciones Europeas a garantizar que protejan estos valores mientras se sigue estudiando las repercusiones de la Unión Europea en los sistemas sanitarios y la integración de los aspectos sanitarios en todas las políticas."

– *Estrategia de Desarrollo Sostenible de la UE*

El Consejo ha mantenido un debate político en el contexto de la revisión de la Estrategia de desarrollo sostenible de la UE.

En el debate se han abordado los siguientes aspectos:

- la adecuación y suficiencia de los objetivos, finalidades y acciones en relación con la salud pública recogidos en el conjunto de medidas relativas a la revisión de la estrategia de desarrollo sostenible¹ para afrontar los desafíos que plantea el desarrollo sostenible y abordar con eficacia las tendencias insostenibles en el sector sanitario;
- la contribución de la salud al desarrollo económico y para lograr los objetivos de la Estrategia de Lisboa;
- la contribución de una estrategia de desarrollo sostenible de la UE para lograr una coherencia entre las políticas internas de la UE y sus compromisos internacionales y para el desarrollo sostenible en la propia UE y a nivel global.

Las Delegaciones ha acogido con satisfacción la inclusión de la salud pública como ámbito prioritario en la revisión de la estrategia de desarrollo sostenible de la UE. Una mejor salud se considera fundamental para el desarrollo económico y la riqueza.

Varias Delegaciones han subrayado que la relación existente entre el desarrollo sostenible y la salud humana debería quedar recogida de forma más explícita en la estrategia de desarrollo sostenible revisada.

Las Delegaciones han subrayado también que la evaluación de impacto de las nuevas medidas legislativas deberían referirse también al factor "salud", por ejemplo, como instrumento para la integración de la salud en todas las políticas.

También se ha planteado la cuestión de la sostenibilidad financiera de los sistemas sanitarios.

La UE podría desempeñar un papel de liderazgo en la consideración de la temática de la salud pública a nivel internacional y en el desarrollo de medidas de probada eficacia para afrontar los retos que plantea la salud pública a nivel internacional.

¹ 15796/05.

En junio de 2005 el Consejo Europeo adoptó una Declaración sobre los principios rectores del desarrollo sostenible basada en cuatro objetivos: *protección medioambiental, cohesión e igualdad social, prosperidad económica y cumplir con las responsabilidades internacionales*.¹

En diciembre de 2005, el Consejo Europeo, que tomó nota de la presentación por parte de la Comisión de su Comunicación relativa a la revisión de la Estrategia para un desarrollo sostenible para los próximos cinco años², expresó el deseo de "*adoptar en junio de 2006 una estrategia ambiciosa y global, que incluya objetivos, indicadores y un procedimiento de seguimiento eficaz; dicha estrategia debería integrar las dimensiones interior y exterior, y basarse en una visión positiva a largo plazo, que combine las prioridades y los objetivos de la Comunidad en materia de desarrollo sostenible en una estrategia clara y coherente que pueda comunicarse de manera simple y eficaz a los ciudadanos*".³

La Presidencia mantiene consultas con todas las formaciones pertinentes del Consejo para que el Consejo Europeo de junio de 2006 pueda adoptar una estrategia revisada de desarrollo sostenible de la UE.

¹ 10255/05.

² 15796/05.

³ Punto 13 de las Conclusiones del Consejo Europeo de diciembre de 2005 (15914/1/05).

– *Preparación frente a pandemias de gripe y planificación*

El Consejo ha mantenido un cambio de impresiones sobre la preparación frente a pandemias de gripe y planificación, y se ha concentrado especialmente en las medidas que deben adoptarse a nivel comunitario para estar preparados en caso de pandemia de gripe humana.

Las Delegaciones ha expuesto sus puntos de vista sobre la creación de una reserva estratégica europea de antivirales y el número de tratamientos que podrían incluirse en dicha reserva, el carácter virtual o real de la misma y el momento en que habría que crearla.

Se ha realizado este cambio de impresiones como continuación del debate mantenido en las reuniones informales de Ministros de Sanidad celebradas en Viena, en febrero y abril de 2006.

Durante la próxima Presidencia se proseguirá el debate sobre los aspectos jurídicos, técnicos y financieros en relación con este tema.

– *Lucha contra el VIH/SIDA*

El Consejo ha mantenido un cambio de impresiones en relación con la Comunicación de la Comisión *sobre la lucha contra el VIH/SIDA en la Unión Europea y los países de su entorno, 2006-2009*.

Durante el debate se han abordado, sobre todo, los siguientes aspectos:

- Ámbitos en los que se debería incidir especialmente para estimular la lucha contra la amenaza global [por ejemplo: derechos humanos, estigma y discriminación, promoción de la prevención, diagnóstico precoz, acceso al tratamiento, investigación]; intensificación de la prevención primaria; acciones o estrategia necesarias a nivel europeo para respaldar y reforzar las actividades de prevención de los Estados miembros;
- Asistencia a países vecinos en sus esfuerzos de lucha contra la epidemia de VIH/SIDA;
- Necesidad de una implicación futura del Consejo Europeo.

La prevención, la lucha contra el estigma y la discriminación, nuevas campañas de información, acceso fácil y equitativo al tratamiento, la lucha contra la prostitución y el tráfico de estupefacientes, la inversión en la investigación de nuevos tratamientos y vacunas han sido algunas de las iniciativas que se consideran esenciales para detener la expansión de la epidemia.

El continuo seguimiento de la salud pública y sistemas epidemiológicos sólidos ayudaría a los Estados miembros a diseñar políticas adaptadas a los grupos con mayor riesgo de contraer el VIH. Una cooperación reforzada con las autoridades y ONG, y el intercambio de buenas prácticas son fundamentales para ayudar a los países vecinos.

Se ha considerado deseable que los Jefes de Estado y de Gobierno contribuyan al respecto, tanto por lo que se refiere a la dimensión comunitaria como a la exterior, con el fin de aunar esfuerzos para hacer frente a la epidemia y para que el VIH/SIDA se considere una alta prioridad como tema internacional.

Cabe recordar que la epidemia de VIH/SIDA ha constituido un importante tema de preocupación y de actuación en el ámbito de la salud pública de la UE desde finales de la década de los 80.

La UE y sus países vecinos están en estos momentos frente a la amenaza de una "nueva epidemia". Determinadas partes de Europa tienen los índices más altos del mundo de nuevos casos de VIH/SIDA. Los datos difundidos por UN-AIDS confirman que el número de nuevas infecciones está aumentando en los 25 Estados miembros y en sus vecinos del este de Europa. El patrón de transmisión también está cambiando. Si bien la infección por transmisión sexual sigue siendo predominante en determinadas partes del continente europeo, una buena parte del rápido aumento de las infecciones se está produciendo en los usuarios de drogas intravenosas.

– *Medicamentos de terapia avanzada*

A la espera del dictamen de primera lectura del Parlamento Europeo, el Consejo ha tomado nota de un informe de situación sobre una propuesta de Reglamento sobre medicamentos de terapia avanzada (15023/05).

El objetivo principal de la propuesta es crear un marco jurídico único para tres clases de terapia (la genoterapia, la terapia celular somática y los productos derivados de la ingeniería tisular) en las que el desarrollo científico y técnico evoluciona muy rápidamente.

La evolución en este ámbito es muy importante para el tratamiento futuro de estas enfermedades, por lo que resulta muy necesario establecer normas comunitarias con el fin de facilitar la innovación, el desarrollo y pruebas clínicas en un mercado emergente.

La Comisión ha presentado una propuesta que aborda la cuestión de la seguridad y la eficacia de productos basados en terapias avanzadas una vez que el material original está presente, en lugar de basarse en el origen del material, habida cuenta de que estos temas se abordan en otros instrumentos jurídicos (por ejemplo, la directiva sobre tejidos).

Base jurídica propuesta: artículo 95 del Tratado - se requiere mayoría cualificada para una decisión del Consejo; se aplica el procedimiento de codecisión con el Parlamento Europeo.

– *Productos sanitarios*

A la espera del dictamen de primera lectura del Parlamento Europeo, el Consejo ha tomado nota de un informe de situación (9522/06) sobre una propuesta de Directiva relativa a la revisión de las directivas sobre productos sanitarios (5072/06).

El objetivo principal de la propuesta es clarificar la normativa existente (Directivas 90/385/CEE¹, 93/42/CEE² y 98/79/CE³) y crear las bases para una revisión general por parte de la Comisión de la normativa en el ámbito de los productos sanitarios.

Base jurídica propuesta: artículo 95 del Tratado - se requiere mayoría cualificada para una decisión del Consejo; se aplica el procedimiento de codecisión con el Parlamento Europeo.

¹ Directiva 90/385/CEE del Consejo, de 20 de junio de 1990, relativa a la aproximación de las legislaciones de los Estados miembros sobre los productos sanitarios implantables activos, DO L 189 de 20.7.1990, p. 17.

² Directiva 93/42/CEE del Consejo, de 14 de junio de 1993, relativa a los productos sanitarios, DO L 169 de 12.7.1993, p. 1.

³ Directiva 98/79/CE del Parlamento Europeo y del Consejo, de 27 de octubre de 1998, sobre productos sanitarios para diagnóstico in vitro, DO L 331 de 7.12.1998, p. 1.

VARIOS

La Presidencia ha informado al Consejo sobre los siguientes asuntos:

- Propuesta de Reglamento del Parlamento Europeo y del Consejo por el que se crea el Fondo Europeo de Adaptación a la Globalización (9594/06)
- Conferencias de la Presidencia:
 - "Conferencia sobre servicios sociales de interés general" (Viena, 20 abril de 2006) (9459/06)
 - "Quinta reunión europea de personas en situación de pobreza" (Bruselas, 12 y 13 de mayo de 2006) (9682/06)
 - "Conferencia sobre las condiciones culturales y políticas de los modelos sociales europeos" (Viena, 19 y 20 de mayo de 2006) (9849/06)
 - "Conferencia sobre la reducción de la desigualdad de remuneraciones entre hombres y mujeres" (Bruselas, 22 de mayo de 2006) (9841/06)
 - "Resultados de la Primera Conferencia Internacional sobre la gestión de los productos químicos (ICCM 1)" (Dubai, 4 a 6 de febrero de 2006) (8930/06)
 - Conferencia sobre las prácticas tradicionales nocivas (5675/06)
- Expedientes sometidos a procedimiento de codecisión (Propiedades saludables, Vitaminas, Medicamentos pediátricos)

La Comisión ha informado al Consejo sobre los siguientes asuntos:

- Comunicación de la Comisión titulada "Orientaciones en relación con el desplazamiento de trabajadores efectuado en el marco de una prestación de servicios" (9924/06)
- Comunicación de la Comisión titulada "Poner en práctica la asociación para el crecimiento y el empleo: Hacer de Europea un polo de excelencia de la responsabilidad social de las empresas" (9918/06)
- Comunicación de la Comisión sobre la promoción del Trabajo digno (9921/06)

- Año europeo de la igualdad de oportunidades para todos (2007) (9916/06)
- Propuesta de Decisión por la que se establece un programa de acción comunitaria en el ámbito de la salud y la protección de los consumidores (2007-2013)- Informe de situación (9512/06)
- Convenio marco para el control del tabaco (9902/06)
- Grupo de alto nivel de la Comisión sobre servicios de salud y atención médica (9903/06)
- Salud mental (9904/06)
- Estrategia Post G-10 (9906/06)
- Comunicación de la Comisión sobre prevención de traumatismos y fomento de la seguridad (9907/06)
- Comunicación de la Comisión relativa a la estrategia de la UE sobre el alcohol (9908/06)

La Presidencia y la Comisión han informado al Consejo sobre el siguiente asunto:

- Conferencia de Málaga sobre los servicios sanitarios en línea (9783/06 ADD 1)

La Delegación portuguesa ha informado al Consejo sobre el siguiente asunto:

- Conferencia de Ministros encargados de asuntos de la familia del Consejo de Europa: "Cambios en la actividad parental" (9893/06)

OTROS PUNTOS APROBADOS

PESCA

Bacaladilla y arenque

El Consejo ha adoptado un Reglamento del Consejo por el que se modifica el Reglamento (CE) n.º 51/2006¹ con el fin de aplicar el acuerdo alcanzado entre la Comunidad y las Islas Feroe, el 23 de febrero de 2006 sobre el acceso mutuo a las poblaciones de bacaladilla y de arenque en las respectivas zonas pesqueras.

¹ DO L 16 de 20.1.2006, p. 1.