

Progetto co-finanziato da



UNIONE
EUROPEA



MINISTERO
DELL'INTERNO

FONDO ASILO, MIGRAZIONE E INTEGRAZIONE (FAMI) 2014-2020

Obiettivo Specifico 2: Integrazione / Migrazione legale • Obiettivo Nazionale 3: Capacity building / Scambio di buone Pratiche

D.I.S.CO.R.S.I.

migranti



DIALOGO INTERREGIONALE sui SERVIZI in tema di COMPETENZE, RESIDENZA e SALUTE
per l'INTEGRAZIONE dei MIGRANTI in Piemonte, Auvergne-Rhône-Alpes e Catalogna

Progetto 275 – CUP H19D17000780005

SALUD MATERNO-INFANTIL DE LAS MUJERES MIGRANTES EN CATALUÑA

Autor: Massoud Sharifi Dryaz

Diciembre de 2017

Esta investigación ha sido producida gracias a la contribución de la Unión Europea y del Ministerio del Interior italiano en el cuadro de las actividades del proyecto "D.I.S.Co.R.S.I. Migranti".

El contenido de la presente publicación es responsabilidad del autor y en ningún caso puede considerarse representativa de la posición de la Unión Europea y del Ministerio del Interior italiano.

Todos los materiales del proyecto "D.I.S.Co.R.S.I. Migranti" están disponibles en el blog: <https://migrazionicop.wordpress.com/>



in partenariato con



con la collaborazione di



SALUD MATERNO-INFANTIL DE LAS MUJERES MIGRANTES EN CATALUÑA

Resumen

En Cataluña, en 2016 la población extranjera representa el 13,6% del total. El 48,08% de esta población son de sexo femenino y el 16% son menores de 0 a 15 años. Se observa que el 30% de los recién nacidos tienen la madre extranjera y las mujeres extranjeras con acceso al servicio sanitario público en Cataluña representan el 13% del total de mujeres dadas de alta. El propósito de este estudio es examinar las políticas, estrategias y acciones específicas implementadas en materia de salud materno-infantil de los migrantes en Cataluña. Tiene como objetivo identificar las actividades existentes, emergentes o

recientemente practicadas en Cataluña que muestren un potencial para ser extrapolable a otros territorios que también supongan un éxito del servicio de la sa

lud materno-infantil ofrecido. El estudio está basado en análisis cuantitativos y cualitativos. En la primera fase se ha procurado a la recolección, examen y análisis

de las fuentes documentales existentes sobre salud materno-infantil, en la segunda fase, se celebraron entrevistas semiestructuradas con distintos interesados identificados entre funcionarios gubernamentales, organizaciones de la sociedad civil i el sector privado. Se entrevistó en total a 10 personas. Para completar los datos obtenidos, en esta investigación se utilizó la técnica de la observación participante. Después de elaborar la dimensión territorial y demográfica de la población migrante, el estudio examina el acceso al

servicio sanitario de las mujeres y niños migrantes en Cataluña para presentar al final cinco buenas prácticas seleccionadas en el ámbito de la salud materno-i

nfantil, entre todas las prácticas y los servicios gestionados y / o prestados por el sector público, sector privado y las asociaciones. Basándose en el análisis de la experiencia catalana y los testimonios recogidos, se presentan las recomendaciones para el diseño/implementación de buenas prácticas en materia de salud materno-infantil a tres niveles: en el ámbito institucional, en el sistema sanitario y en la sociedad civil.

Índice

1. Introducción	3
2. Nota metodológica	4
3. Población migrante en Cataluña	5
a. Evolución y características de la población extranjera en Cataluña	6
b. Las mujeres y los niños en la población migrante en Cataluña	9
4. Acceso al servicio sanitario de la población migrante en Cataluña	13
a. Marco Legislativo.....	13
b. Acceso a la asistencia sanitaria en Cataluña.....	15
6. Buenas prácticas	18
a. Práctica I: Mediación Intercultural.....	20
b. Práctica II: Protocolo de atención a niños inmigrantes.....	21
c. Práctica IV: La prevención y el cuidado de la mutilación genital femenina (MGF) 23	
d. Práctica V: Protocolo de cribado y diagnostic de la enfermedad de Chagas en mujeres embarazadas Latinoamericanas y sus hijos	24
7. Conclusiones y recomendaciones	24
8. Anexos	27
9. Notas	39

1. Introducción

En las últimas décadas, Europa se ha convertido en uno de los principales destinos migratorios del mundo. Según el Eurostat, en enero de 2016 había 35.1 millones de personas nacidas fuera de la UE-28 que vivían en un Estado miembro de la Unión Europea, así como 19,3 millones de personas nacidas en un Estado miembro de la UE diferente al que residían. Se estima que, en 2015, 2,7 millones de personas de terceros países emigraron a la UE-28. Además, 1,9 millones de personas que residían en un Estado miembro emigraron a otro Estado miembro. En cuanto al sexo de los inmigrantes en los Estados miembros de la UE en 2015, los datos de la misma fuente corroboran que había ligeramente más hombres que mujeres (56% de hombres frente a 44% de mujeres).ⁱ

No cabe duda de que los migrantes forman una población muy heterogénea – con las diferencias en el seno del propio grupo, debido entre otras cosas, a la edad, el sexo, el lugar de residencia o la situación socioeconómica- pero comparadas con la población en general están también confrontados a otras formas de precariedad que pueden llevarlos a una situación de mayor vulnerabilidad social, legal y epidemiológica.

El aumento de los flujos migratorios ha generado en los sistemas de salud de todo el mundo la necesidad de proporcionar atención sanitaria a una sociedad cada vez más diversa. Debido al aumento masivo de la migración en Europa destaca la necesidad de mejorar el conocimiento sobre los factores que influyen sobre la salud de estas poblaciones, identificar las mejores prácticas, así como adaptar las acciones a implementar para mejorar la salud de los migrantes. Las personas que inician un proceso migratorio por necesidades económicas deben afrontar diversos retos que representan un gran esfuerzo en todos los ámbitos de su vida. Uno de los aspectos más destacados que acentúa la vulnerabilidad del colectivo que nos ocupa es, como podrá comprobarse, el acceso a los servicios preventivos y a los sistemas sanitarios. Cabría imaginar que, durante la migración, determinados factores, vinculados a las condiciones de vida, como son la pobreza, el desempleo, la inseguridad laboral, los problemas de vivienda, la discriminación, pueden poner en peligro la salud y el bienestar de los migrantes.ⁱⁱ Además, algunos migrantes se ven debilitados psicológicamente y físicamente por una historia de violencia en el país de origen, como los exiliados víctimas de tortura o mujeres víctimas de la violencia de género o de mutilación sexual. Para hacer efectivo el derecho al disfrute de un nivel satisfactorio de salud física y mental a las personas migrantes, las acciones de salud deben tener en cuenta todas las especificidades estas poblaciones. Obviamente, los migrantes de uno y otro sexo se ven confrontados a situaciones diferentes con su salud y, por lo tanto, a la hora de abordar la salud de los migrantes, deberían tomarse en consideración las cuestiones de género y las necesidades particulares de las mujeres. En este sentido, por ejemplo, las investigaciones realizadas en el ámbito de la salud materno infantil de los migrantes destacan que, por diferentes razones, algunas poblaciones migrantes tienen un mayor riesgo de complicaciones graves durante el embarazo.ⁱⁱⁱ

El propósito de este estudio es examinar las políticas, estrategias y acciones específicas implementadas en materia de salud materno-infantil de los migrantes en Catalunya. En este estudio, según la OMS^{iv}, por salud materna, se entiende la salud de la mujer durante el embarazo, el parto y el puerperio. Se pretende esclarecer la situación, el acceso al servicio sanitario, las buenas prácticas, los retos y desafíos de la salud materno-infantil de las mujeres migrantes, abordando de forma sistemática y dinámica las diferentes dimensiones de esta pregunta. Así, este análisis intenta dar un paso más, no solo en la comprensión de la situación

de la salud materno-infantil, sino también en la identificación de las experiencias exitosas y las buenas prácticas existentes sobre este tema en Cataluña.

2. Nota metodológica

El estudio está basado en análisis cuantitativos y cualitativos. En la primera fase del proyecto, se analizó la literatura científica más importante con objetivo de examinar las principales aportaciones científicas realizadas sobre la salud materno-infantil a nivel de Cataluña. Para analizar las políticas públicas, el marco legislativo y los servicios públicos y privados existentes se consultaron las referencias legislativas españolas y catalanes, los principales planes y protocolos existentes en Cataluña que inciden sobre la salud de los inmigrantes, y las principales bases de datos del Instituto de Estadística de Cataluña (Idescat) y del Instituto Nacional de Estadística (INE), las bases de datos del *Departament de Salut de la Generalitat de Catalunya* y la Red de acogida y acompañamiento para personas inmigradas en Barcelona. Para la obtención de información de fuentes primarias sobre la situación de acogida y seguimiento materno-infantil de las pacientes migrantes en los centros sanitarios de Cataluña, se realizó una identificación de los distintos actores que pueden estar en relación. Concretamente se ha trabajado con expertos de las administraciones, asociaciones, así como con profesionales sanitarios y usuarios.

Después de la recolección, examen y análisis de las fuentes documentales existentes sobre la salud materno-infantil, en la segunda fase, se celebraron entrevistas semiestructuradas con distintos interesados identificados entre funcionarios gubernamentales, organizaciones de la sociedad civil i el sector privado. Se entrevistó en total a 10 personas.^v Entre los entrevistados se incluyeron expertos y responsables de la inmigración del gobierno autónomo, instituciones académicas, organizaciones no gubernamentales (ONGs), el sector privado, y personal encargado del cuidado de la salud. La guía de entrevista incluyó:

- el proceso de atención al colectivo de las mujeres inmigrantes,
- facilidades, dificultades en el ámbito materno infantil,
- los recursos y necesidades en el ámbito materno infantil,
- conocimiento y opiniones sobre otros recursos y buenas prácticas en el ámbito materno infantil
- datos adicionales sobre la organización / asociación, la persona entrevistada y la buena práctica identificada.

Para completar los datos obtenidos, en esta investigación se utilizó también la técnica de la observación participante. El investigador participó en los cursos de Preparación al Parto y Recuperación Postparto del Centro de Atención Primaria (CAP) de Barcelona de agosto 2017 hasta noviembre 2017. En este curso además de las mujeres españolas, participaron mujeres migrantes de origen de otros países, como Italia, Francia, Guinea y China. La observación participante permitió observar situaciones concretas de la interacción entre el cuerpo médico y las mujeres migrantes antes y después del parto. En una ocasión, el investigador tuvo también la oportunidad de acompañar una mujer embarazada de origen sirio que necesitaba acompañamiento médico. Esta experiencia no solo permitió entender mejor las complicaciones que deben hacer frente las mujeres de origen extranjero en su acceso al servicio médico en Cataluña, sino que también sirvió de prueba complementaria para evaluar los problemas relacionados con la aplicación de las directivas.

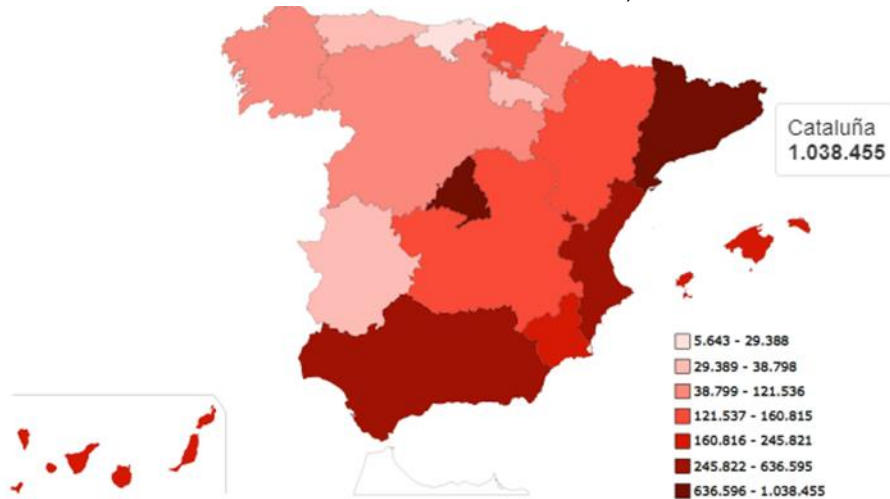


Las limitaciones metodológicas de este estudio fueron las siguientes: a) dificultades para entrevistar a informadores clave de las asociaciones de migrantes; b) la falta de respuesta de algunos actores privados; c) la falta de datos y pruebas de evaluación de las actividades realizadas.

3. Población migrante en Cataluña

En España viven actualmente 4.549.858 personas extranjeras según el Instituto Nacional de Estadística, de las cuales el 49,55% son mujeres. Las personas extranjeras representan el 9,5% de la población total residente en España en 2017. ^{vi} Geográficamente se reparten de la siguiente manera:

Estadística del Padrón continuo, Ambos sexos, Comunidades y provincias (Fuente: INE, setiembre 2017).

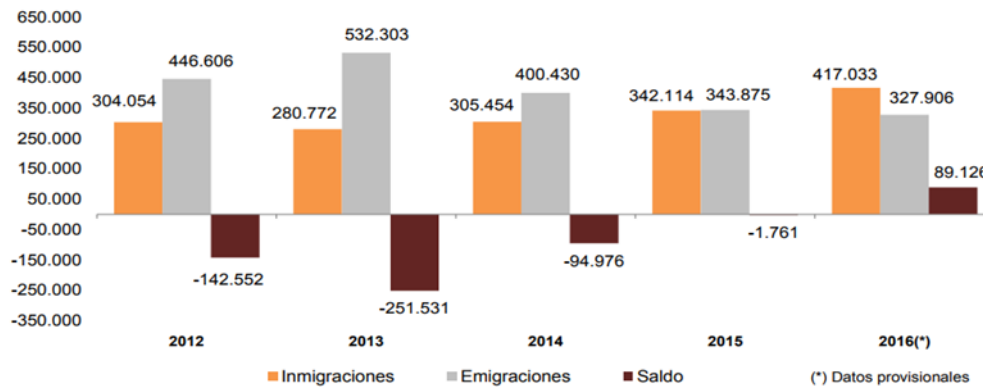


Como se puede observar, la mayoría de Comunidades Autónomas del arco mediterráneo, así como la comunidad de Madrid y las islas, concentran la mayor presencia de personas extranjeras en España. Concretamente, Cataluña es la comunidad autónoma con un número de extranjeros más elevada. Es la única comunidad que presenta más de 1 millón de personas extranjeras empadronadas. Por lo que se refiere a la población extranjera femenina, también es la comunidad con más mujeres extranjeras en su territorio.

Cabe destacar que desde 2016 el saldo migratorio en España ha cambiado. Como se puede observar en el siguiente gráfico, desde el 2012 eran más las personas que emigraban de España que las que inmigraban. Esta tendencia se podría explicar debido a los efectos de la profunda crisis económica vivida en el país desde 2007. En 2016 la tendencia muestra un cambio que se presupone que se mantendrá también en 2017 gracias a la recuperación económica.

Evolución de la migración exterior de España por años (2012-2016).

(Fuente: INE, Cifras de Población a 1 de enero de 2017, Notas de prensa, 29 de junio de 2017)



a. Evolución y características de la población extranjera en Cataluña

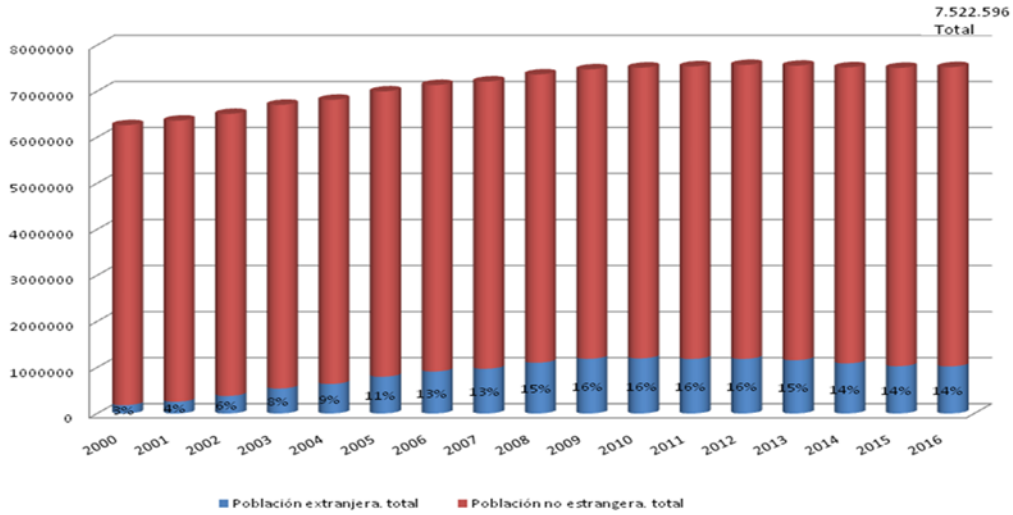
A continuación, y a lo largo del estudio se analizará más en detalle la situación en la Comunidad Autónoma de Cataluña, territorio de análisis del presente estudio. Para ello se utilizarán las estadísticas proporcionadas por el Instituto de Estadística de Cataluña (IDESCAT)^{vii}.

Volumen y evolución global de la inmigración en Cataluña

En Cataluña, con una población total en 2016 de 7.522.596 personas, la población extranjera representa el 13,6% del total (1.023.398 personas). La evolución del porcentaje de personas extranjeras respecto a la población total de Cataluña se estabilizó a partir del 2009 y empezó a bajar a partir 2013. Concretamente el saldo migratorio en Cataluña fue negativo entre los años 2012 y 2014 incluidos. A partir de 2015 el saldo volvió a ser ligeramente positivo. De la misma forma que para el resto del estado español, se podría considerar que, con la lenta recuperación económica, Cataluña vuelve a ser territorio de acogida de personas extranjeras más que un país de emigrantes.



Evolución de la población total y extranjera. Cataluña 2000-2016. (Fuente: Idescat).



Inmigración según lugar de destino en Cataluña

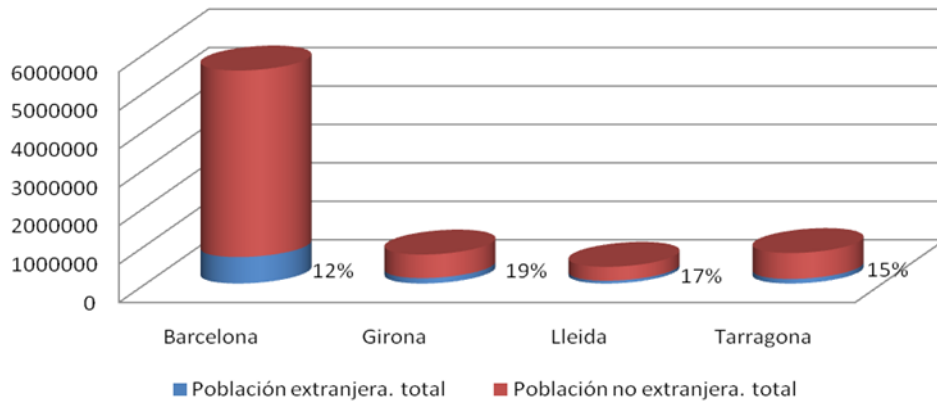
Cataluña cuenta con 4 provincias: Barcelona, Girona, Tarragona y Lleida. La provincia de Barcelona es la que concentra la mayor parte de población de la Comunidad Autónoma. De la misma manera, también concentra el mayor número de personas extranjeras, concretamente la provincia de la ciudad de Barcelona concentra el 67% de todos los extranjeros residentes en Cataluña.

Provincia	Población total 2016	Población extranjera. total	Población no extranjera. Total
Barcelona	5542680	688463	4854217
Tarragona	792299	119738	672561
Girona	753576	141902	611674
Lleida	434041	73295	360746
Total	7522596	1023398	6499198

Fuente: Idescat

Sin embargo, al ser también la provincia con más población total, los extranjeros representan solo un 12% respecto a la población total. Se trata de la provincia con una relación de población extranjera menor respecto a la población total. La provincia con un porcentaje más alto de extranjeros es Girona: el 18,8% de su población es extranjera.

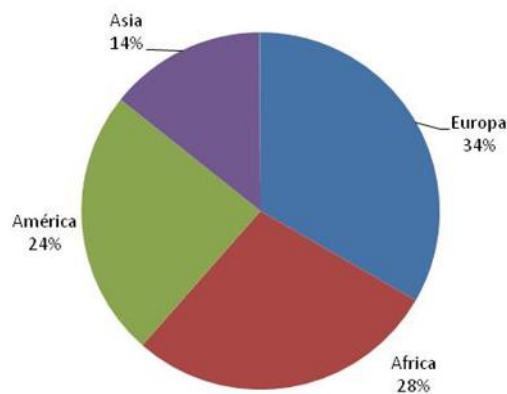
Población extranjera por provincias 2016. (Fuente: Idescat)



Immigración en Cataluña según procedencia de la población extranjera

Cataluña cuenta con población extranjera de todos los continentes, aunque la inmigración procedente del continente europeo es la más importante, concretamente fueron 341.032 los que residían en el país en 2016, el 34% del total de extranjeros. La mayor parte de ellos (81%) fueron originarios de países de dentro de la Unión Europea (UE de los 28).

Población extranjera por continentes en Cataluña. 2016. (Fuente: Idescat).

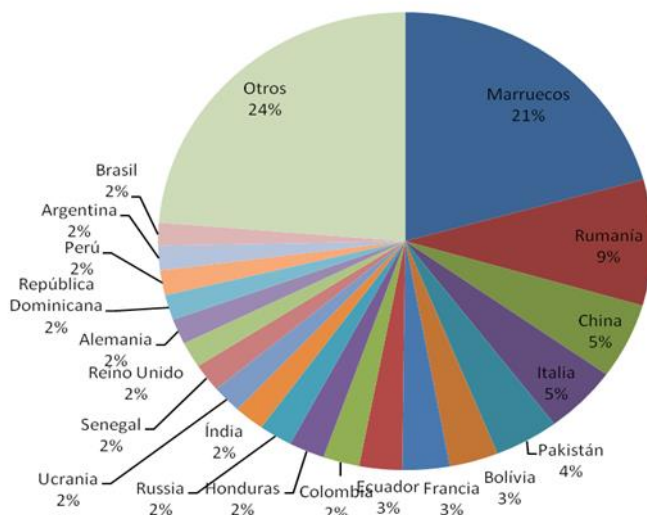


Analizando un poco más en detalle las cifras, se pueden identificar grandes zonas de origen de los extranjeros residentes en Cataluña, en cada uno de los continentes:

- En África, las personas procedentes de países del Norte de África (el Magreb) representan el 77% de extranjeros africanos residentes en Cataluña.
- Del continente americano, el 72% de los extranjeros provienen de Suramérica.
- De Asia, el 49% proviene de los países de Asia meridional o del sur (India, Pakistán, Bangladesh, Nepal, Bután, Sri Lanka, Afganistán y las Maldivas) y el 39% de Asia oriental (China, Mongolia, Corea del Norte, Corea del Sur, Japón, Hong Kong, Macao y Taiwán).
-

Si se analizan más en detalle los países de origen de los extranjeros, se obtiene la siguiente distribución:

Población extranjera por países en Cataluña. 2016.^{viii} (Fuente: Idescat).



Marruecos	211.384
Argentina	90.874
Italia	54.545
India	49.421
Pakistán	43.093
China	32.734
Rumanía	31.716
Ecuador	28.667
Colombia	24.373
Honduras	23.874

Estos datos son importantes ya que aportan información relevante respecto a las identidades lingüísticas, religiosas y culturales de los extranjeros residentes en Cataluña y deberían ser tenidas en cuenta para las propuestas en materia de salud para inmigrantes.

b. Las mujeres y los niños en la población migrante en Cataluña

Como comentado anteriormente, en 2016 residían en Cataluña 1.023.398 personas extranjeras. El 48,08% eran de sexo femenino (492.030) y el 16% eran menores de 0 a 15 años (164.466).

La población extranjera objeto de este estudio

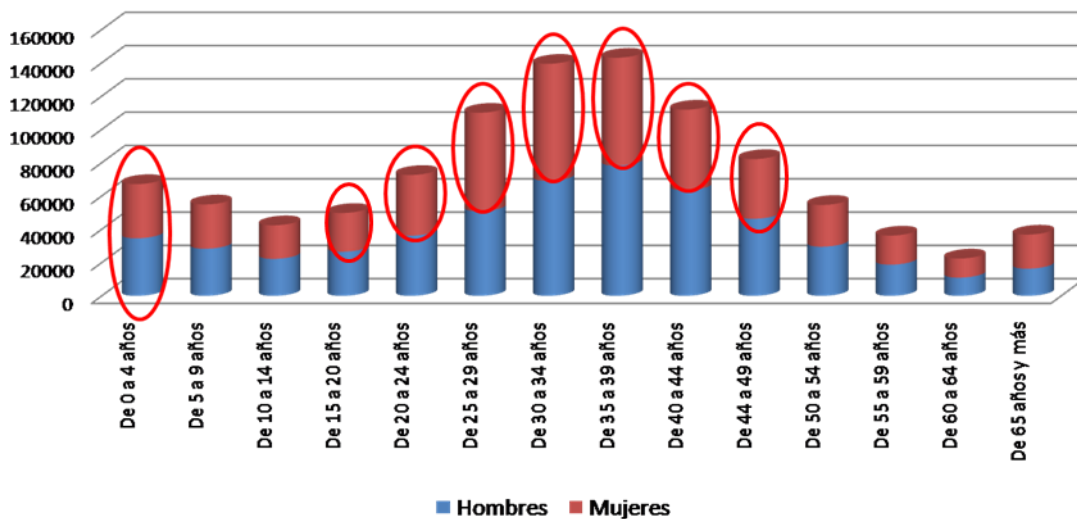
En 2016, las mujeres extranjeras en edad reproductiva, situando esta edad entre los 15 y los 49 años^x, representan el 33% del total de población extranjera residente en Cataluña. Si añadimos la población extranjera de 0 a 4 años, llegamos a la conclusión que casi el 40% de la

población extranjera es potencialmente objeto de este estudio. Concretamente, más de 400.000 personas extranjeras pueden tener necesidades en el ámbito de la salud materno infantil en Cataluña.

Población objeto del estudio	Personas	% sobre total de extranjeros
Población Infantil extranjera (0-4 años)	67.140	6,56%
Mujeres extranjeras de 15 a 49 años	338.158	33,04%
Total	405.298	39,60%

Fuente: Idescat. 2016

Población extranjera por sexo y edad quinquenal. 2016. Cataluña. (Fuente: Idescat).

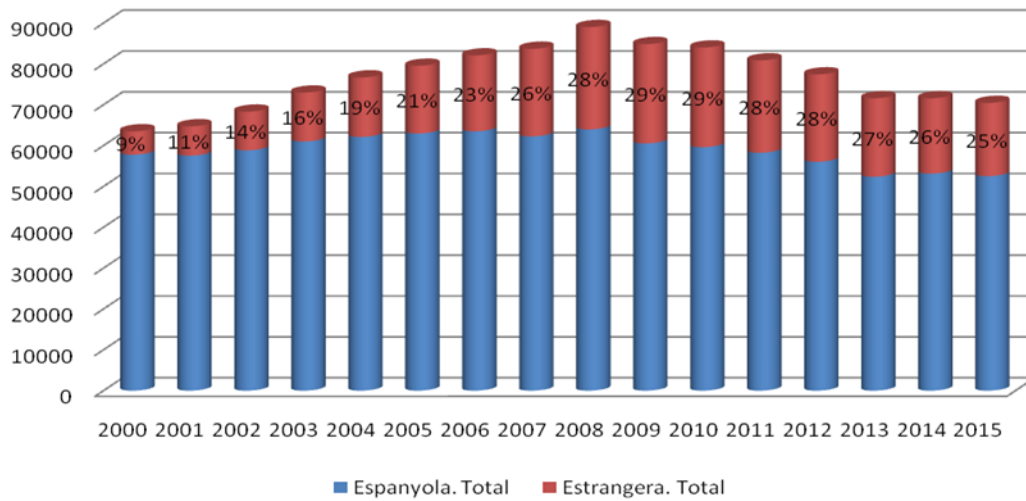


Nacimientos de madre extranjera: número y evolución

Por lo que se refiere a la natalidad en Cataluña, en el siguiente gráfico se puede observar claramente el efecto de la crisis económica en el número de nacimientos. Se observa un descenso desde el 2008 hasta el 2015, tanto en los nacimientos de madres españolas como de madres extranjeras.

Según los últimos datos que se disponen, en 2015 los nacimientos de madres extranjeras representaban el 25% del total de nacimientos anuales en Cataluña, concretamente 17.929 nacimientos. El 75% restante son nacimientos de madres españolas.

Evolución de nacimientos en Cataluña según nacionalidad de la madre. (Fuente: Idescat).



Nacimientos de madre extranjera	Niños	Niñas	Total
Total 2015	9271	8658	17929

En el conjunto del estado español, el porcentaje de nacimientos de madres extranjeras en comparación con los nacimientos de madres españolas es inferior que, en Cataluña, concretamente el 18,6% son nacimientos de madres extranjeras y el 81,4% lo son de madres españolas. Cabe destacar que estas cifras son del 2014 y representan un gran cambio si se comparan con cifras del año 2000, ya que, en ese momento, el 93,80% de los nacimientos fueron de madres españolas^x.

Nacimientos según edad de la madre

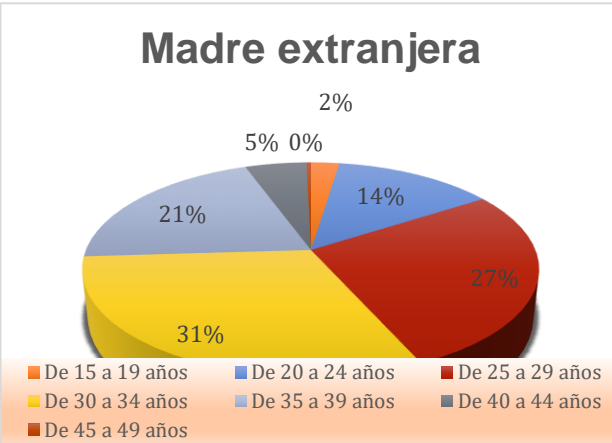
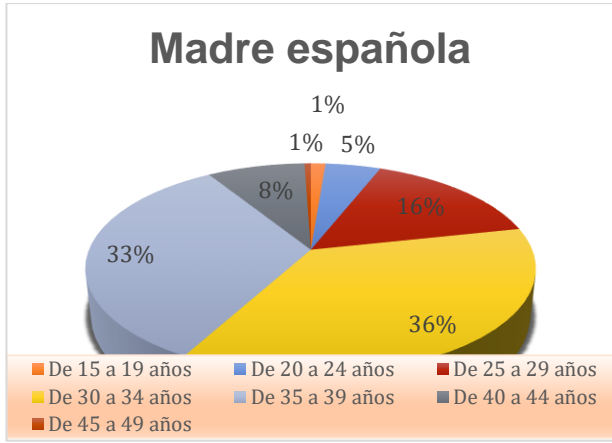
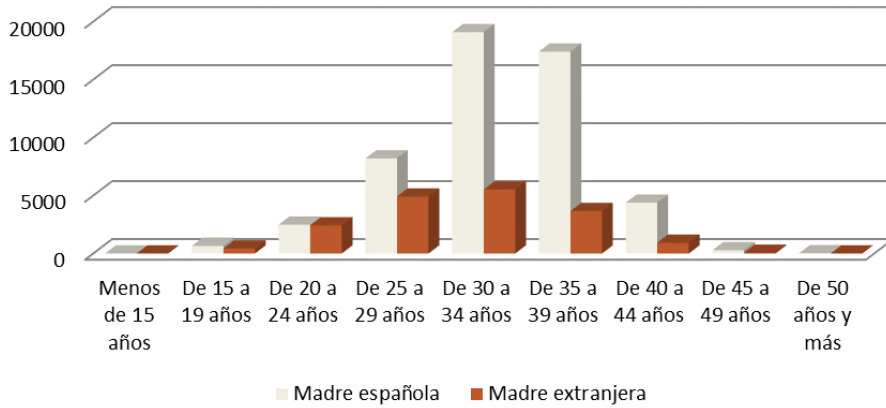
La decisión de ser madre se toma cada vez más tardíamente en España. En 2013 la edad media se situó en 31,6 años existiendo diferencias según a la nacionalidad de la madre. La maternidad es más temprana de media entre las mujeres extranjeras, a los 29,1 años. Las mujeres españolas tienen hijos tres años más tarde de media, a los 32,2 años. Esta diferencia se observa en todas las Comunidades Autónomas de España.

En Cataluña, la edad media de maternidad en 2015 se sitúa en los 31,9 años y como se avanzaba anteriormente, se ha retrasado de 1 año respecto a la media de 2005 debido a la disminución de la fecundidad entre las mujeres jóvenes y por el aumento de la fecundidad entre las mujeres de 25 a 39 años^{xi}.

Analizando las diferentes franjas de edad, las mujeres entre 30 y 34 años dan a luz el 35% de todos los nacimientos de Cataluña y en segundo lugar las mujeres entre 35 y 39 años, con el 30% de los nacimientos.



Nacidos vivos según edad y nacionalidad de la madre. Cataluña. 2015. (Fuente: Idescat)



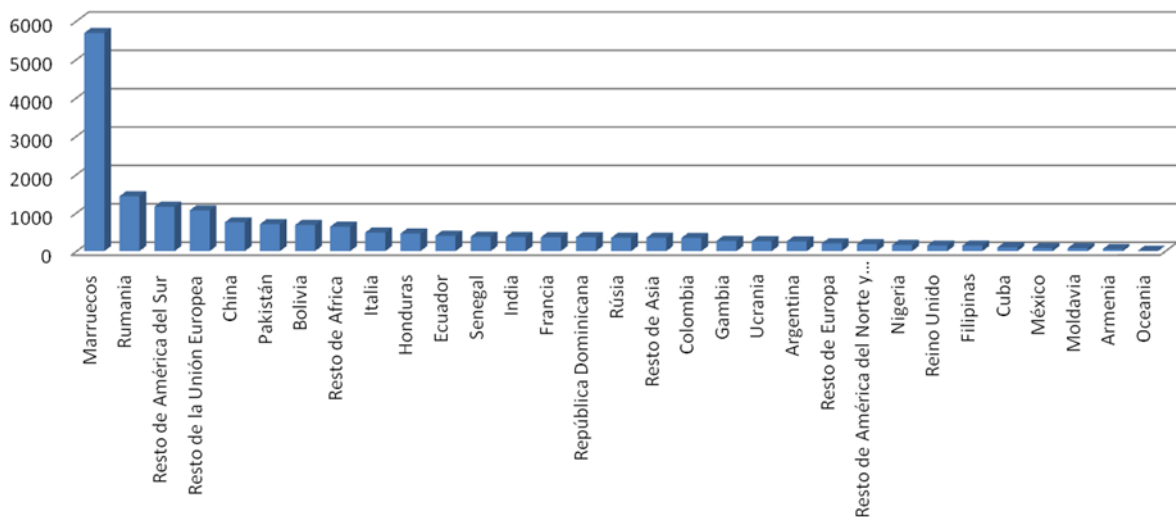
Si se compara la edad de la madre en función de su nacionalidad, se puede observar que las mujeres extranjeras son madres a más temprana edad. La franja de 20 a 24 años representa el 14% de las madres en las de nacionalidad extranjera mientras que solo el 5% en las madres españolas. También se observan diferencias entre las madres de 25 a 29 años.

Nacimientos según nacionalidad de la madre

A nivel español, en 2015 el número medio de hijos por mujer no llega a 1,3. Se producen comportamientos diferentes entre españolas y extranjeras, de forma que en las españolas apenas es del 1,23, frente a 1,53 hijos de media de las mujeres extranjeras^{xii}. En Cataluña el índice de fecundidad es ligeramente mayor, siendo de 1,39 hijos por madre.

Por un lado, se constata que las mujeres extranjeras tienen de media más hijos y los tienen a más temprana edad. Por otro lado, si se analiza en detalle el número de nacimientos de madre extranjera según su nacionalidad, se constata que las madres de nacionalidad marroquí representan el 32% del total de nacimientos de madres extranjeras. Se trata de la nacionalidad con más peso relativo, tal y como se puede observar en el gráfico siguiente:

Nacimientos según país de origen de la madre en Cataluña. 2015. (Fuente: Idescat).



4. Acceso al servicio sanitario de la población migrante en Cataluña

a. Marco Legislativo

El acceso a los servicios sanitarios de la población viene determinado por ley y se especifica mediante diferentes normativas. A nivel estatal, la base legislativa es la Ley española 14/1986 de 25 de abril, ley general de sanidad.

Posteriormente se aprobó el Real Decreto ley 16/2012 de 20 de abril de medidas urgentes para garantizar la sostenibilidad del sistema nacional de salud. Esta ley tiene un carácter más restrictivo debido a las medidas que se tomaron a nivel español a causa de la crisis económica. Las medidas restrictivas también afectaron al acceso de los extranjeros al servicio sanitario. Concretamente en este Real Decreto se establece quién puede estar cubierto por el Sistema Nacional de Salud, qué servicios se prestan des de este servicio, cual es la relación con las comunidades autónomas españolas, cómo funcionan los pagos del servicio sanitario, cuáles son los recursos en materia de recursos humanos y cuáles son las medidas sobre la prestación farmacéutica.

Seguidamente se aprobó el Real Decreto 1192/2012, de 3 de agosto, por el que se regula la condición de asegurado y de beneficiario a efectos de la asistencia sanitaria en España, con cargo a fondos públicos, a través del Sistema Nacional de Salud^{xiii}.

A nivel español existe también un Real Decreto específico solamente para los extranjeros miembros de la UE y del EEE, el Real Decreto 240/2007, de 16 de febrero, sobre entrada, libre circulación y residencia en España de ciudadanos de los Estados miembros de la Unión Europea y de otros estados miembros del espacio económico europeo.

Una vez contextualizado el marco legal de la asistencia sanitaria en España, cabe destacar que en este país existe una división de competencias entre la Administración Estatal y las Comunidades Autónomas. El Estado tiene competencias exclusivas sobre la sanidad exterior, las bases y coordinación general de la sanidad, la legislación sobre productos farmacéuticos, la legislación básica y el régimen económico de la seguridad social. Todas estas competencias se regulan mediante la legislación mencionada anteriormente. A nivel autonómico en cambio, las competencias en materia de salud son todas aquellas que no corresponden al Estado. En este sentido, la Generalitat de Cataluña ha dictado normas complementarias y de desarrollo de las leyes básicas del Estado, que amplían la cobertura sanitaria que ofrece el Estado.

Tras la aprobación del Real Decreto ley 16/2012 a nivel estatal, el ejecutivo catalán manifestó públicamente que seguirían recibiendo atención sanitaria mediante la Instrucción autonómica 10/2012 todas aquellas personas residentes en esta región que pudiesen quedar excluidas en la legislación estatal debido a su carácter más restrictivo. En este contexto, diversas organizaciones y colectivos sociales (en total 41) se unieron para crear la *Plataforma per l'assistència sanitària Universal de Catalunya* (PASUCAT) y velar por garantizar el acceso a los servicios de la salud a todas las personas que viven en Cataluña. Finalmente, en Cataluña se ha aprobado la reciente Ley 9/2017 de 27 de junio de universalización de la asistencia sanitaria a cargo de fondos públicos mediante el *Servei Català de la Salut*^{xiv}.

Esta reciente ley catalana 9/2017 amplía la cobertura sanitaria de los residentes en Cataluña y tiene como principal objetivo alcanzar la universalización de la asistencia sanitaria a cargo de fondos públicos, eliminando así cualquier desigualdad entre residentes en Cataluña. La ley pretende dar servicio a toda la población, sin exclusiones, en todos los ámbitos de la medicina y en todas las etapas de la vida. Solo se establece como condición la justificación de estar empadronado en un municipio de Cataluña. En caso de no poder aportar el justificante de empadronamiento, está previsto que se publique un reglamento en el que se especificarán los procedimientos a seguir para todas aquellas personas de colectivos con riesgo de exclusión social que por sus características personales no puedan justificar su residencia en Cataluña y que igualmente podrán acceder a la asistencia sanitaria pública^{xv}.

A la espera de este reglamento específico que desarrolle la disposición adicional primera de la ley 9/2017, se considera de aplicación vigente lo dispuesto en la Instrucción 8/2015 del *Servei Català de la Salut* (CatSalut), de acceso a la asistencia sanitaria de cobertura pública del CatSalut a los ciudadanos extranjeros empadronados en Cataluña que no tienen la condición de asegurados o beneficiarios del Sistema Nacional de Salud^{xvi}. Básicamente esta instrucción incluye a las personas que han quedado excluidas en el Sistema nacional de Salud por la ley española 16/2012. En la instrucción 8/2015 se añaden como beneficiarios básicamente las personas extranjeras que no están cubiertas por el Sistema Nacional de Salud español, que no disponen de acceso a una cobertura sanitaria pública a cargo de otra entidad o gracias a reglamentos comunitarios o convenios internacionales.

La instrucción 8/2015 también determina el nivel de asistencia del cual se pueden beneficiar los extranjeros que acaban de llegar. Desde el momento del empadronamiento y hasta los 3 meses, todos los residentes (en situación regular o no) pueden beneficiarse de los programas de interés sanitario del departamento de salud de Cataluña:

- Atención urgente hospitalaria en caso de no tener recursos económicos
- Drogodependencias
- Sida/VIH
- Enfermedades de transmisión sexual
- Infancia con salud (vacunas, enfermedades infantiles, etc.)
- Seguimiento del embarazo
- Prestaciones farmacéuticas relacionadas con estos programas prioritarios
- Otros que se decidan desde la Conselleria de Salud

Como se puede observar, la salud materno-infantil (seguimiento embarazo y salud infantil) son programas prioritarios en Cataluña y el acceso sanitario relacionado está asegurado.

A partir de los 3 meses de residencia justificada en Cataluña, se pasa al segundo nivel de asistencia sanitaria, que incluyen los siguientes servicios:

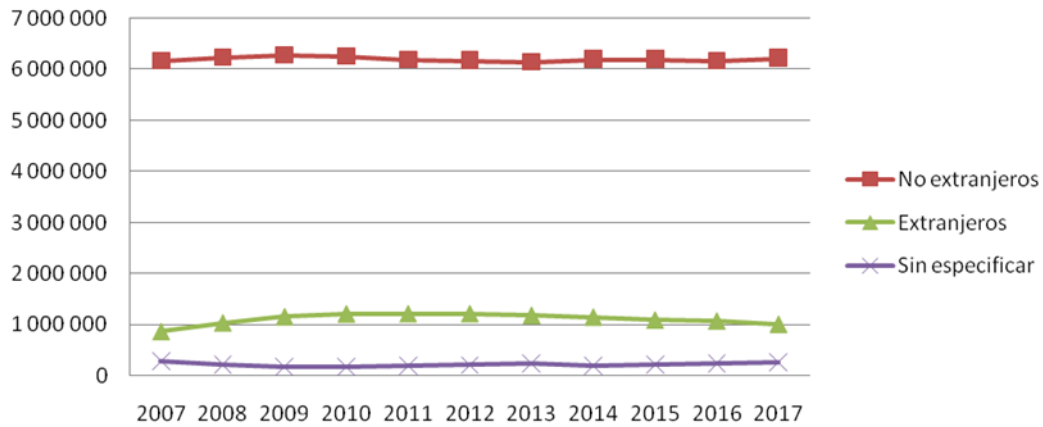
- Todos los del 1r nivel de asistencia
- Atención primaria
- Atención especializada
- Atención psiquiátrica y de salud mental
- Atención sociosanitaria
- Atención farmacéutica
- Transporte sanitario
- Rehabilitación
- Trasplantes
- Prestaciones complementarias

Destacar que los menores extranjeros se benefician directamente del 2n nivel de asistencia desde su llegada a Cataluña.

b. Acceso a la asistencia sanitaria en Cataluña

Si se analiza el acceso a la sanidad pública en Cataluña en cifras, se observa que en 2017 hay 1.014.636 personas extranjeras dadas de alta como usuarios de CatSalud, el 48% de las cuales son mujeres. En total, la población asegurada en Cataluña es de 7.488.302 personas.

Evolución de la población asegurada por CatSalut 2007-2017 según nacionalidad
 (Fuente: SIIS (Sistema Integrat d'Informació de Salut), de 2007-2017 (31/12/2006-31/12/2016).
 CatSalut.)



Las mujeres extranjeras con acceso al servicio sanitario público en Cataluña representan el 13% del total de mujeres dadas de alta, concretamente son 491.791.

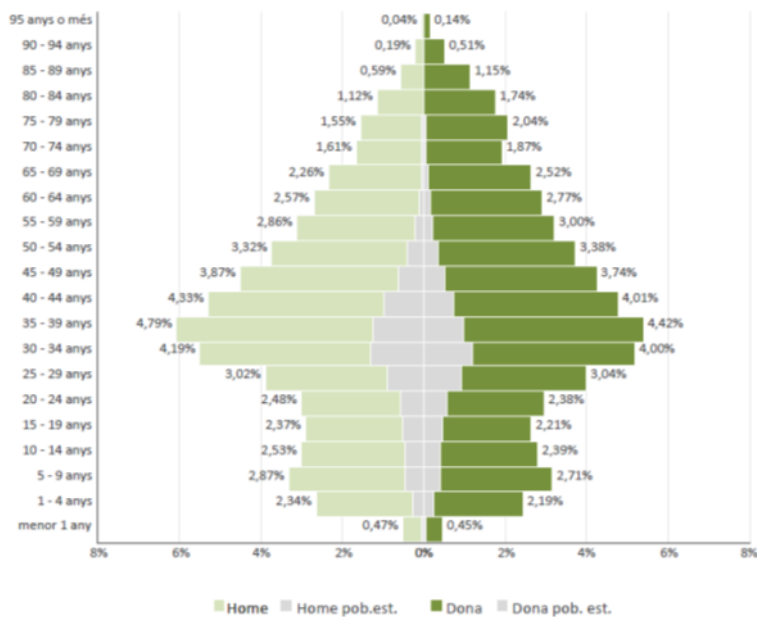
Mujeres aseguradas en CatSalud según nacionalidad. 2017.
 (Fuente: SIIS (Sistema Integrat d'Informació de Salut), CatSalut.)



Las mujeres extranjeras en edad fértil aseguradas por CatSalud en 2013 eran 366.667 (mujeres entre 15 y 44 años). Esta cifra representa casi el 65% del total de mujeres extranjeras dadas de alta (566.444 mujeres)^{xvii}.

En la siguiente pirámide de población se puede observar el peso de las mujeres inmigrantes en el total de personas con acceso a la asistencia sanitaria pública en Cataluña. Son datos de 2013 y desafortunadamente no se han podido obtener datos más actualizados:

Porcentaje de población asegurada por grupos de edad, sexo y origen. 2013. (Fuente: Població assegurada Catalunya 2013).



Como se ha comentado en el apartado anterior, el acceso a la asistencia sanitaria pública de las mujeres extranjeras embarazadas está garantizado en Cataluña, ya sea vía el Sistema Nacional de Salud español o vía CatSalud en caso de no cumplir con los requisitos a nivel estatal. También los menores, sean residentes legales o no, se benefician de la asistencia sanitaria. Sin embargo, a la práctica, el hecho de no poder justificar una documentación de identidad de la persona y/o un justificante acreditativo del empadronamiento dificulta o en algunos casos puede llegar a impedir el acceso al servicio sanitario. Sobre todo, en los casos de atención en los Centros de Atención Primaria en Cataluña (CAP), dónde el personal administrativo desconoce la legislación o los procedimientos establecidos en casos excepcionales. Estas barreras se comentarán más detalladamente en otros apartados de este estudio.

5. Salud materno-infantil

En Cataluña, en el análisis específico de las estadísticas para los inmigrantes extranjeros, del año 2016, se observa que el 30% de los recién nacidos tienen la madre extranjera (de los cuales 2,4% son ciudadanos de países comunitarios); y el 28,9%, el padre extranjero (de los cuales 3% son ciudadanos de países comunitarios).^{xviii} En 2001, la natalidad de este colectivo representaba el 8,1% de todos los nacimientos.^{xix} En el año 2016 han nacido 68.902 recién nacidos de familias residentes en Cataluña. El número de nacimientos continúa decreciendo desde 2009, año en que se inició la reducción anual de nacimientos después de 14 años de incrementos. La reducción en el número de nacimientos de este año ha sido de un 2,2% respecto al año 2015 y es especialmente relevante en la población autóctona (reducción de un 3,9%), mientras que en la población extranjera se observa un ligero incremento (de un 1,9%).

A pesar de que las comunidades de inmigrantes son muy diferentes entre ellas respecto a sus características de salud, se observan tendencias similares que las distinguen de la población



autóctona. Algunos datos del registro del *Departement de Salut* son favorables a la población inmigrada, como por ejemplo la prevalencia de cesáreas en madres extranjeras fue inferior a la de las mujeres autóctonas y también la prevalencia de lactancia materna, que fue más elevada en las mujeres inmigradas. En el año 2016 la prevalencia de lactancia materna al nacer es del 87,5%. Con la excepción de las madres procedentes de Asia (con 83,9), las madres extranjeras presentan un porcentaje de lactancia más alto que le madres autóctonas (94% versus 84,8%). Las madres procedentes del Magreb y el valle del Nilo, resto de África y Centro y Sur América tienen los porcentajes más altos con un 97,3% de, 95,5% y 95,2%, respectivamente^{xx}.

Por lo que se refiere a la edad del embarazo, debe subrayarse que hay una divergencia en las tendencias entre la población autóctona y la población inmigrante. En la población inmigrada hay una mayor frecuencia de embarazos de adolescentes. En 2016, el 44,5% de los nacimientos de madres de 14 a 17 años corresponde a mujeres extranjeras. Este porcentaje se ha incrementado un 16,2%, respecto al año anterior.

Son limitados los datos disponibles acerca de la Interrupción Voluntaria del Embarazo (IVE). Aun así, según los datos del Programa de Atención a la Maternidad A Riesgo llevado a cabo por la Asociación Salud y Familia, “respecto las mujeres residentes en Cataluña atendidas en los ámbitos de crisis de un embarazo no deseado, contracepción inmediata y solicitud de acceso al sistema sanitario el 63,1% eran de procedencia extranjera y el 36,9% españolas”,^{xxi}.

A veces las mujeres inmigrantes se encuentran en una situación de vulnerabilidad frente a unas prácticas culturales determinadas por el género, o unas enfermedades endémicas. Por ejemplo, según los datos provisionales de 2015, en Cataluña hay un colectivo de riesgo de 6.595 niñas y jóvenes de 0 a 19 años que provienen de países con etnias que practican mutilaciones genitales femeninas (MGF)^{xxii}. También, se calcula que en Cataluña hay alrededor de 11.000 personas infectadas por el *Trypanosoma cruzi* que son inmigrantes que proceden de zonas endémicas de América latina.

Otros datos importantes a tener en cuenta son los riesgos relacionados con la falta de vacunación de las mujeres extranjeras. “Un ejemplo sería la cobertura contra la rubéola.” También existen otras patologías médicas subyacentes según el país de origen de la madre que deben ser tenidas en cuenta por los profesionales de la salud materno-infantil. “Algunos ejemplos son la anemia, tuberculosis, desnutrición, hemoglobinopatías, talasemias, consanguinidad, hipocalcemia, hepatitis B y C, infecciones de transmisión sexual (VIH, Sífilis, VPH), infecciones transmitidas por artrópodos, alimentos y agua. La mayoría de estas patologías están estrechamente relacionadas con el tiempo de llegada y con los viajes recientes que realiza la madre”^{xxiii}.

Según el Plan Director de Inmigración y Salud de la Generalidad de Cataluña redactado en 2006, se pone de manifiesto que “la mujer inmigrada presenta una mayor vulnerabilidad en cuanto a la salud afectivo-sexual y reproductiva, que la somete a un riesgo más alto”. Esto se puede deber a varios factores, incluidas las barreras idiomáticas, culturales y religiosas, el desconocimiento del funcionamiento de los servicios sanitarios, la falta de información o el conocimiento deficiente, las dificultades propias del sistema sanitario en Cataluña, las barreras administrativas, etc.

6. Buenas prácticas

Este apartado tiene como objetivo identificar las actividades existentes, emergentes o recientemente practicadas en Cataluña que muestren algún potencial para el éxito en el servicio ofrecido para la salud materno-infantil. Cabe recordar que, con pocas excepciones, las prácticas sanitarias planeadas para las mujeres y niños migrantes, en la mayoría de los casos, forman parte del plan general de salud de los migrantes.

En Cataluña las primeras experiencias en el ámbito de la salud de los inmigrantes se iniciaron en el hospital de Mataró a principios de la década de los ochenta. El objetivo era de adaptar los recursos disponibles a las nuevas necesidades que planteaban las comunidades africanas instaladas en Cataluña. La *Unitat de Medicina Tropical i Salut Internacional Drassanes* (UMTSID) y el Hospital de Mataró iniciaron las primeras iniciativas de atención médica a la población inmigrante^{xxiv}.

El Plan de Salud de Cataluña de 1993-95 propuso un conjunto de líneas de actuación para la mejora de la atención de la población inmigrante extranjera en Cataluña. Desde entonces, las diferentes ediciones del Plan de Salud, que funcionan como un instrumento de planificación de salud y servicios, siguen desarrollando objetivos específicos en materia de salud de los migrantes.

En 2001, con el Plan Interdepartamental de Inmigración 2001-2004, se concretó un programa de salud para la población inmigrante extranjera en Cataluña.

En 2003, para coordinar las diversas iniciativas y dirigir las políticas en relación con de la atención sanitaria a la población inmigrante se creó *la Oficina de Cooperació sanitària Internacional i Salut Migracional*. Entre las principales actividades de la Oficina cabe mencionar:

- la elaboración de protocolos específicos (enfermedades parasitarias, salud mental e inmigración, programa del niño sano, embarazo, parto y puerperio, etc.),
- la elaboración de un Cuaderno de buena praxis del Consejo de los Colegios de Médicos de Cataluña, dedicado a "Los inmigrantes y su salud",
- un Plan de formación para los profesionales,
- inicio del proyecto de página web sobre salud e inmigración.

Mediante el Decreto 40/2006, de 14 de marzo, se creó el Plan director de inmigración y cooperación en el ámbito de la salud y su Consejo Asesor, como instrumento de información, estudio y propuesta, mediante el cual el Departamento de salud podía determinar las líneas directrices para impulsar, planificar, coordinar y evaluar las actuaciones a desarrollar para dar respuesta a los problemas de salud específicos de la población inmigrante y la atención a la diversidad. Los objetivos eran el de mejorar la accesibilidad de la población inmigrante a la salud y los servicios sanitarios mediante los Planes de acogida, de mediación y de formación de los profesionales.

Cabe destacar algunas de las herramientas y servicios que se pusieron en práctica y que algunos siguen funcionando gracias a este Plan: edición y distribución de materiales pedagógicos audiovisual y escrito dirigido a la población recién llegada, programas de acogida

al entorno sanitario, servicio de traducción/asistencia lingüística telefónica "Sanidad Responde" o folletos informativos en 9 idiomas sobre la asistencia sanitaria en Cataluña.

Además de las medidas adoptadas por el sector público, la acción de las entidades y ONG siguen siendo punteras en muchos casos, tanto a nivel de discurso como en el desarrollo de acciones. A menudo, son estas organizaciones las que ejercen una presión sobre los ayuntamientos y el gobierno autónomo de Cataluña y participan activamente en programas conjuntos con la Administración.

En este trabajo se han seleccionado cinco buenas prácticas en el ámbito de la salud materno-infantil, entre todas las prácticas y los servicios gestionados y / o prestados por el sector público, sector privado y las asociaciones. En términos generales, el concepto de "buenas prácticas" se refiere a toda experiencia que puede servir de modelo o aportar conocimiento para aquellos que trabajan en el mismo ámbito. Más concretamente, por "buena práctica" se entenderá una práctica que ha demostrado producir buenos resultados y / o contiene elementos de éxito / innovación y que puede convertirse en un modelo. Es una experiencia exitosa, probada, que se puede repetir y compartir, cuyos elementos sobresalientes se pueden adoptar (en todo o en parte) en otros contextos.

a. Práctica I: Mediación Intercultural

Organizadores: En diciembre de 2007 el Departamento de Salud de la Generalitat de Cataluña y la Fundación La Caixa rubricaron un convenio de colaboración con el objetivo de consolidar la red de mediadores interculturales desplegados en los centros de salud de las diferentes regiones sanitarias de Cataluña.

Otros colaboradores: *l'Institut d'Estudis de la Salut* y el *Servei de Psiquiatria de l'Hospital Universitari Vall d'Hebron*.

Descripción: El proyecto, que cuenta con una inversión por parte de la Obra Social "la Caixa" de 2,4 millones de euros, se centra en tres ejes de actuación: programa de formación de dos años de los mediadores / facilitadores interculturales que intervienen en los servicios de salud; aumento de los recursos profesionales de mediación para garantizar una atención adecuada en todo el territorio catalán, y creación de un centro coordinador capaz de ajustar la gestión del proyecto a las necesidades territoriales. Las intervenciones entre el año 2008 y el mes de septiembre de 2009 ascendieron a 25.042.^{xxv}

Durante los cursos de formación, los mediadores recibieron formación también sobre la salud materno-infantil:

- Maternidad sin riesgo,
- El embarazo no deseado,
- La violencia contra las mujeres.

Principales factores de éxito	Factores a considerar en el diseño / implementación de esta práctica
<p>Herramientas innovadoras</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Se puso en marcha un programa de formación de los mediadores interculturales para los servicios de salud, garantizando que todos estos profesionales tuviesen una formación homogénea y de calidad. ➤ Se elaboraron unos contenidos formativos adecuados de acuerdo con el perfil y funciones de los mediadores interculturales en salud, que iban desde aspectos culturales y antropológicos y del sistema sanitario de Cataluña, hasta interpretación, relación asistencial y salud comunitaria.^{xxvi} <p>Función principal</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ facilita el intercambio de información detallada y reduce las posibilidades de malentendidos a través de la expresión y el relato del paciente. ➤ optimiza la atención sanitaria hacia la población inmigrada en términos de efectividad y eficiencia. 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ El Programa de mediación intercultural debería convertirse en un servicio habitual a disposición de los profesionales sanitarios y de todos aquellos usuarios que desconocen las lenguas vehiculares del territorio y presentan bagajes culturales diversos. ➤ Asegurar que la planificación del programa vaya acompañada de una dotación de recursos que garantice la implementación. ➤ Adecuar la distribución de los servicios de mediación a las necesidades reales de los territorios. ➤ Profundizar en la profesionalización del perfil del mediador. ➤ Impulsar la formación de los profesionales sanitarios en la utilización de los servicios de mediación.

b. Práctica II: Protocolo de atención a niños inmigrantes^{xxvii}

<p>Organizadores: Generalitat de Catalunya- Departament de Salut (2005 hasta la fecha).</p> <p>Descripción: Destinado al seguimiento médico de los niños inmigrados y los hijos de personas inmigradas. Se les hace un seguimiento cuidadoso teniendo en cuenta las costumbres y la cultura de su país de origen, factores que pueden tener trascendencia para su salud. Se les practica una exploración física completa, así como los análisis y pruebas complementarias adecuadas, y también se valora su estado nutricional y el desarrollo psicomotor.</p> <p>El protocolo se ha estructurado de acuerdo con las diversas situaciones en que se ha de intervenir:</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Niños inmigrantes que llegan por primera vez a España, ➤ Niños, hijos de inmigrados, nacidos en España a los que se aplica el Programa de seguimiento del niño sano, ➤ Niños que realizaran estancias en el país de origen de los padres, ➤ Niños que vuelven de pasar estancias del país de origen de los padres. 	
Principales factores de éxito	Factores a considerar en el diseño / implementación de esta práctica
<p>Herramientas innovadoras</p> <p>Una atención especial a los aspectos sociosanitarios como:</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Acogida e información a las familias inmigrantes en la consulta de pediatría, ➤ Prevención de accidentes en niños inmigrados, ➤ Prevención del maltrato infantil en colectivos de inmigrantes, 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Ofrecer actividades de capacitación sobre el Protocolo y la concienciación del personal médico sobre la importancia de su aplicación. ➤ La atención a los problemas pediátricos deberá contemplar las particularidades de la población inmigrante y en especial

<ul style="list-style-type: none"> ➤ La salud mental en niños inmigrados: el duelo migratorio, ➤ Prevención de la mutilación genital femenina (MGF). <p>Función principal</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Atención médica especial a los niños inmigrantes, ➤ Establecimiento de una historia clínica detallada, ➤ Evaluación de los hábitos alimentarios y dar consejos para la mejora de los hábitos alimentarios de los niños, ➤ Prevención de enfermedades de los niños migrantes. 	<p>de aquellos que lo hacen de forma irregular.</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Analizar y difundir conocimientos acerca de los efectos de la migración en los niños. ➤ Fomentar la concienciación sobre las cuestiones relativas a la salud mental de los niños migrantes. ➤ Generar los datos y análisis para abordar los nuevos problemas de los niños migrantes.
--	--

c. Práctica III: Programa madres entre dos culturas

<p>Organizador: Asociación Salud y Familia</p> <p>Otros colaboradores: Secretaría General de Inmigración y Emigración y El Fondo de Asilo Migración e Integración (FAMI), Hospital Clínic de Barcelona, Ajuntament de Barcelona.</p> <p>Descripción: El Programa “Madres entre dos culturas” en colaboración activa con hospitales públicos de Cataluña, ofrece actividades grupales de educación intercultural dirigidas a madres inmigrantes de diversas procedencias con hijos/as menores de tres años.</p> <p>El objetivo es mejorar la cobertura de necesidades insatisfechas en el ámbito de la prevención y promoción de la salud materno-infantil, fortaleciendo las competencias maternas y las redes de apoyo social funcionales para las madres. La cartera de prestaciones incluye:</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Los grupos son un punto de encuentro para que las madres expresen y compartan con otras madres sus proyectos, sus dudas y sus dificultades. ➤ Orientación sobre recursos públicos de planificación familiar, apoyo para mejorar la formación y recursos para buscar trabajo y ayudas sociales. ➤ Orientación e información útil para criar a los hijos y las hijas de una manera saludable. <p>La participación en los grupos es gratuita y en horarios que faciliten la asistencia. Durante las sesiones hay servicio de guardería gratuita.</p> <p>En la memoria de 2016 se constata que el programa ha atendido personalmente durante el año 2016 a 703 madres de todos los orígenes y ha tenido contacto directo con un total de 4.218 madres.^{xxviii}</p>	
<p>Principales factores de éxito</p> <hr/> <p>Herramientas innovadoras</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ El apoyo a las relaciones interculturales, ➤ Desarrollo de redes de apoyo, ➤ Posibilidad de recurrir a servicios de guardería para niños, ➤ Grupos de apoyo y orientación a sus beneficiarias. <p>Función principal</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Crear un punto de encuentro para que las madres expresen y compartan con otras madres sus proyectos, sus dudas y sus dificultades, ➤ Orientación sobre recursos públicos de planificación familiar, apoyo para mejorar la 	<p>Factores a considerar en el diseño / implementación de esta práctica</p> <hr/> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Fomentar la visibilidad y la accesibilidad del servicio. ➤ Creación de oportunidades de colaboración y coordinación conjunta con las demás entidades presentes sobre el terreno. ➤ Desarrollo de las normas de trabajo para convertirlo en una contribución duradera e identificable a la mejora de las vidas de las mujeres migrantes. ➤ La mejora de la calidad por medio de la divulgación de resultados de evaluación y el intercambio de ideas y experiencias.

<p>formación y recursos para buscar trabajo y ayudas sociales.</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Orientación e información útil para criar a los hijos y las hijas de una manera saludable. ➤ Apoyo para hacer crecer las aspiraciones vitales de las madres y afrontar los retos y las dificultades sociales y personales. 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Ampliar este programa para incluir mujeres de diferentes orígenes con lenguas vehiculares distintas al castellano.
--	--

c. Práctica IV: La prevención y el cuidado de la mutilación genital femenina (MGF)

<p>Organizador: Fundació Wassu UAB.</p> <p>Otros colaboradores: La Fundació Universitat Autònoma de Barcelona (FUAB), el Parc de Recerca-UAB, Fundació "la Caixa".</p> <p>Descripción: Actúa para la prevención de la Mutilación Genital Femenina (MGF) a través de la investigación antropológica y médica, aplicada a la transferencia de conocimiento. La Fundación Wassu-UAB propone una metodología innovadora y sostenible. El equipo, formado por profesionales de diversas ciencias sociales (demografía, derecho, antropología, trabajo social, pedagogía, etc.) y profesionales de la salud (gineco-obstetricia, pediatría, enfermería, medicina familiar y salud pública), realizan investigación aplicada y actividades de formación en España, promoviendo un enfoque preventivo con respecto a la MGF.</p> <p>Las principales actividades de investigación son:</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Investigación cualitativa, ➤ Cuestionarios CAP (Conocimientos, Actitudes y Prácticas), ➤ Estudios clínicos, ➤ Registros clínicos, ➤ Mapas y estudios de prevalencia basados en datos demográficos. 	
<p>Principales factores de éxito</p> <hr/> <p>Herramientas innovadoras</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ El desarrollo de un programa de investigación aplicada que permite el establecimiento de una estrategia holística para prevenir la MGF, incorporando la vasta experiencia de terreno en Gambia y el conocimiento adquirido del estudio de los procesos de aculturación e integración social de la población inmigrada procedente de África subsahariana en España. <p>Función principal</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Mejorar las condiciones de vida de mujeres y niñas, así como la salud materno-infantil. ➤ Diseñar una metodología científica y transferir conocimiento para promover el abandono de la MGF en África y en la diáspora. 	<p>Factores a considerar en el diseño / implementación de esta práctica</p> <hr/> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Organizar actividades enfocadas a la sensibilización y capacitación de los colectivos implicados e informarlos sobre las consecuencias legales, físicas y psicológicas que implican las mutilaciones, ➤ Cursos de formación específica para profesionales de la salud. ➤ Asesoramiento y orientación a los y las profesionales de los centros educativos. ➤ Trabajo en red con las asociaciones que trabajan para la prevención de las MGF en las actuaciones de información y educación sanitaria. ➤ Incorporar los agentes activos de la propia comunidad en el trabajo de reflexión y sensibilización que se promueva con los grupos practicantes.

d. Práctica V: Protocolo de cribado y diagnóstico de la enfermedad de Chagas en mujeres embarazadas Latinoamericanas y sus hijos

Organizadores: Generalitat de Catalunya- Departament de Salut (2010).
Descripción: Es un protocolo, mediante el cual los profesionales sanitarios disponen de los elementos esenciales para la realización del cribado en la población seleccionada y a partir del cual se espera lograr la detección y el tratamiento precoz de los casos de la enfermedad en población susceptible. La población a la que van dirigidas las intervenciones son:

- mujeres embarazadas de origen latinoamericano (excepto las islas del Caribe),
- madres de origen latinoamericano, aunque la paciente haya nacido a España (excepto las islas del Caribe),
- estancia en cualquier país latinoamericano superior a 1 mes (excepto las islas del Caribe).^{xxix}

Según las estimaciones del *Departament de Salut* en 2010, hay alrededor de 11.000 personas infectadas por *Trypanosoma cruzi* en Cataluña.

Principales factores de éxito

Herramientas innovadoras

- La identificación de las medidas más adecuadas en el momento actual para limitar el impacto de la transmisión vertical de la enfermedad de Chagas en Cataluña.

Función principal

- Cribado de la infección por *T.cruzi* en mujeres embarazadas,
- Diagnóstico de la enfermedad de Chagas,
- Atención a la mujer embarazada con infección por *T.cruzi*,
- Atención al recién nacido con infección por *T.cruzi*,
- Atención a la mujer adulta con infección por *T.cruzi* y los otros hijos,
- Diagnóstico y tratamiento de la enfermedad de Chagas.

Factores a considerar en el diseño / implementación de esta práctica

- Consenso sobre las pruebas de laboratorio a aplicar para la detección y la confirmación de la infección por *T.cruzi*,
- Establecimiento de recomendaciones técnicas en relación con la enfermedad de Chagas,
- Difusión de información a todos aquellos que la necesitan para conseguir una acción preventiva efectiva en los diferentes niveles de control.

7. Conclusiones y recomendaciones

Pensar en la salud materno infantil requiere ampliar las vistas más allá de la atención sanitaria. La salud mental y física de las madres y de sus hijos está condicionada por los factores sociales y económicos de esta población, así como por el modelo general de las políticas sanitarias, la capacidad institucional y la calidad de los servicios en los planos nacional y local. Algunas prácticas culturales pueden proporcionar apoyo para la salud materna, mientras que otras pueden tener un impacto negativo importante, como la práctica de la mutilación genital femenina.^{xxx} Además algunas mujeres y niñas son víctimas de agresiones sexuales, dentro y

fuera del matrimonio y en el contexto del trabajo sexual. Esas violaciones las exponen al riesgo de infección del VIH, a otras infecciones de transmisión sexual o a embarazos no deseados.

Las estructuras sanitarias y el funcionamiento del sistema sanitario determinaran el acceso a una atención materno infantil de calidad durante el embarazo, el parto y el postparto. Los recursos materiales, técnicos y humanos que proporciona la administración sanitaria repercuten en el acceso a la atención sanitaria de las mujeres migrantes y de sus hijos, a la atención posterior al aborto y medidas encaminadas a garantizar el acceso seguro de la mujer a los abortos legales sin riesgo, y al diagnóstico y tratamiento de las infecciones de las vías reproductivas.

Es evidente que el sistema nacional de salud español y catalán ha entrado en un período de crisis. A partir de 2008, los cambios que han tenido lugar en las políticas de sanidad han dado como resultado los recortes en el acceso a la salud, con el aumento de los copagos, el aumento de los precios de los medicamentos, y los recortes de salario y personal en los centros de salud^{xxxi}. Una de las consecuencias más visibles de esta regresión es la interrupción de los programas especiales de salud que se habían puesto en marcha, des de 2001, para la población inmigrante extranjera en Cataluña. En este nuevo contexto, el sector privado amplía su espacio y poder y actúa de manera selectiva y discontinua en el ámbito de la salud materno-infantil de las mujeres de procedencia extranjera. Por su parte, el tercer sector se está reconstruyendo para hacer frente a los efectos de la crisis. Actualmente intenta establecer una dinámica de mejora continua para dar respuesta a las necesidades de los colectivos inmigrantes. Las circunstancias de incertidumbre y provisionalidad pueden impedir el establecimiento de buenas prácticas sostenibles en el ámbito de salud materno-infantil de los inmigrantes y frenar su desarrollo^{xxxii}.

Partiendo de estas constataciones, y basándose sobre el análisis de la experiencia catalana y los testimonios recogidos, las recomendaciones para el diseño/implementación de buenas prácticas en materia de salud materno-infantil de los inmigrantes se pueden resumir a continuación:

A nivel institucional

- Avanzar hacia la cobertura universal (a) aumentando la financiación de los servicios de salud, (b) gestionando mejor la financiación de la salud en situaciones de crisis, (c) y reconociendo el acceso a la salud como un derecho de todas las personas que residen en el país, incluido las personas extranjeras no registradas ni autorizadas como residentes en el territorio.
- Garantizar la cobertura general a todas aquellas personas residentes en el territorio con independencia de su situación administrativa y del tiempo de permanencia de las mismas en el territorio.
- Facilitar la acogida del inmigrante en el sistema sanitario y simplificar y estandarizar los procedimientos y trámites para hacer la tarjeta sanitaria.
- Iniciar las medidas legislativas para las personas con problemas para justificar el empadronamiento (sin domicilio fijo, recién llegadas, sin documentación necesaria para tramitar el empadronamiento, etc.) a fin de impedir que sean privados del acceso a la asistencia sanitaria.

- Establecer ayudas específicas para las personas con problemas económicos que no pueden pagar los gastos derivados de la asistencia sanitaria básica: medicamentos, rehabilitación, desplazamientos, etc.
- Homogeneizar los protocolos específicos de la población inmigrante.
- Elaborar normas y directrices de política sanitaria para asegurar la prestación de una serie de servicios de salud y nutrición materno infantil eficaces y de calidad que tengan en cuenta los diferentes contextos socioculturales sin hacer diferencia innecesaria entre las mujeres autóctonas y las de procedencia extranjera.

A nivel del sistema sanitario

- Realizar estudios dirigidos a conocer los problemas específicos de salud materno infantil de las mujeres y niños de procedencia extranjera.
- Evaluar la efectividad y eficiencia de los programas de salud destinados a las mujeres migrantes.
- Elaborar un programa de acción para conocer las necesidades en el sector de la salud materno infantil.
- Incrementar la sostenibilidad de los recursos financieros, disponibilidad, accesibilidad, aceptabilidad de los servicios de salud materno infantil.
- Establecer una coordinación eficaz entre los servicios sanitarios y sociales.
- Promover el conocimiento del derecho de la cobertura sanitaria pública de las mujeres embarazadas y menores por parte del personal sanitario y las personas usuarias.
- Implementar formaciones especialmente diseñadas para los profesionales de la salud que mejorarían su conocimiento de la diversidad de las mujeres y niños migrantes, los protocolos de atención a niños y mujeres migrantes y los problemas específicos de salud que la población migrante puede presentar.
- Elaborar una política amplia sobre salud mental de los migrantes que incluya la promoción de la salud mental de las mujeres y niños de procedencia extranjera.
- Institucionalizar un programa de mediación intercultural e impulsar la formación de los profesionales sanitarios en la utilización de los servicios de mediación.

A nivel de la sociedad civil

- Incluir de forma activa las mujeres migrantes en la organización de actividades para el cuidado de su salud.
- Desarrollar programas de salud comunitaria, y realizar intervenciones preventivas, con la participación, y la incorporación de las mujeres migrantes.



- Organizar campañas de sensibilización dirigidas especialmente a los recién llegados.
- Intensificar de forma sostenible las actividades de promoción y comunicación con objeto de incrementar la demanda de la comunidad en materia de salud.
- Elaborar recursos y materiales de educación sanitaria para las mujeres migrantes y sus familias en los idiomas de los grupos de inmigrantes más comunes.
- Favorecer la creación y mantenimiento de redes de apoyo sociales para las mujeres migrantes.
- Las ONG y las organizaciones de la sociedad civil pueden desempeñar un importante papel de promoción y de prestación de los servicios experimentales y abandonados. Es muy recomendable el establecimiento de asociaciones de colaboración en el sector de la salud materno infantil.
- Ofrecer apoyo a asociaciones y entidades representantes de las comunidades migrantes para mejorar la difusión de información de salud materno infantil.
- Trabajar en coordinación con las asociaciones de las comunidades migrantes.

8. Anexos

a. Anexo 1: Lista de personas entrevistadas

Entidad	Persona entrevistada
Agencia de Salud Pública de Cataluña	Responsable Inmigración i Salut Internacional de la Agencia de Salud Pública de Cataluña
La Unitat de Medicina Tropical i Salut Internacional Drassanes-Vall d'Hebron	Médico
La Unitat de Medicina Tropical i Salut Internacional Drassanes-Vall d'Hebron	Coordinador de Grupo Técnico en Información, Educación y Comunicación en Chagas
Ajuntament de Barcelona/Barcelona City Council	Coordinador. Barcelona Ciutat Refugi. Tercera Tinència d'Alcaldia.
ISGlobal. Barcelona Institute for Global Health	Asistente de investigación
Hospital Clínic - Universitat de Barcelona	
Associació catalana de llevadores	Directora
La Plataforma per una Atenció Sanitària Universal a Catalunya (PASUCat)	Pediatra
La red de mediadores interculturales	Mediadora intercultural
Fundación Wassu-UAB	Asistente de Coordinación
Asociación Salud y Familia	Directora General

b. Anexo 2: Guía entrevista

A continuación, se presenta la guía de entrevista básica utilizada para las entrevistas realizadas entre los meses de octubre y noviembre de 2017. En cada caso, se ha adaptado y ampliado en función de la persona o institución entrevistada.

Fecha	
Nombre de la organización	
Hora de inicio i de finalización de entrevista	
Hora de finalización	
Entrevistado/a	
Edad	
Profesión	
Cargo que ocupa	
Tiempo en cargo	

A: El público destinatario del servicio

- Tipología de los inmigrantes al que atiende con más frecuencia (origen, sexo, edad, etc.)
- Estado de salud de los inmigrantes en general y de las mujeres en particular
- Conocimiento del sistema de salud por parte de las inmigrantes

B: Proceso de atención al colectivo de las mujeres inmigrantes

- ¿Cómo es la atención a las mujeres inmigrantes?
- ¿Cómo es el acceso a los servicios sanitarios para las mujeres inmigrantes?
- ¿Qué procesos y estrategias se emplea para asegurar que las mujeres inmigrantes tienen acceso a los servicios sanitarios?
- ¿Qué medidas específicas en el ámbito de la asistencia materno infantil se han adoptado?
- ¿Cómo es el seguimiento de las mujeres embarazadas?
- Educación maternal, preparación del nacimiento
- Embarazo y bienestar
- El proceso de parto
- Postparto (Lactancia materna, atención al nado)

C: Facilidades, dificultades en el ámbito materno infantil

- Factores que facilitan actuar en este ámbito
- Dificultades para atender este colectivo

D: Recursos, Necesidades en el ámbito materno infantil

- Recursos que hay para dar servicio a este colectivo
- Necesidades de soporte para dar respuesta a este colectivo

E: Conocimiento y opiniones sobre otros recursos i buenas prácticas en el ámbito materno infantil

- Nombre:
- Objetivos de la práctica:
- Grupo destinatario:
- Asociados que participen:
- Duración de la práctica
- Financiación:
- Breve reseña de la práctica
- ¿Cómo esta práctica cumple los criterios de la disponibilidad?
- ¿Cómo esta práctica cumple los criterios de la accesibilidad?
- ¿Cómo esta práctica cumple los criterios de la aceptabilidad por parte del público destinatario?
- ¿Cuál es el impacto de la práctica?
- ¿La práctica es sostenible?

F: Observaciones

- ¿Según su experiencia como se podría mejorar la atención a las mujeres inmigrantes?
¿Desea formular otras observaciones o sugerencias sobre la salud maternal de las inmigrantes?

c. Anexo 3: Hospitales y assir de referencia en Cataluña en 2016

Por lo que se refiere a las infraestructuras hospitalarias, Cataluña dispone de los siguientes hospitales especializados en atención materno-infantil:

Atención materno-infantil y atención a la salud sexual y reproductiva (ASSIR). Relación de hospitales y ASSIR de referencia en Cataluña en 2016.

Alt Pirineu i Aran

Aran	Espitau Val d'Aran, Vielha
Cerdanya	Hospital de Cerdanya
Lleida Nord	Fundació Sant Hospital, la Seu d'Urgell Hospital Comarcal del Pallars, Tremp

Lleida

Lleida	Hospital Universitari Arnau de Vilanova de Lleida
--------	---

Camp de Tarragona

Alt Camp-Conca De Barberà	Pius Hospital de Valls
Baix Penedès(El Vendrell)	Hospital del Vendrell
Tarragona	Hospital Universitari Joan XXIII de Tarragona.
Tarragonès Xarxa	Hospital Sant Pau i Santa Tecla, Tarragona
Baix Camp(Reus-Altebrat)	Hospital Sant Joan de Reus

Terres de l'Ebre

Terres de l'Ebre	Hospital Comarcal Móra d'Ebre Hospital Verge de la Cinta, Tortosa Hospital Comarcal de Amposta
------------------	--

Girona

Alt Empordà	Hospital de Figueres
Baix Empordà	Hospital de Palamós
Garrotxa	Hospital d'Olot i Comarcal de la Garrotxa
Ripollès	Hospital de Campdevàrol
Alt Maresme-Selva Marítima	Hospital Comarcal Sant Jaume, Calella Hospital Comarcal de la Selva
Gironès-Pla de l'Estany	Hospital Universitari Doctor Josep Trueta, Girona
Selva Interior	Hospital Santa Caterina, Salt

Catalunya Central

Anoia	Hospital d'Igualada
Osona	Hospital General de Vic
Bages-Solsonès	Hospital de Sant Joan de Déu, Manresa
Berguedà	Hospital Comarcal Sant Bernabé, Berga

Barcelona Nord

Mollet	Fundació Privada Hospital de Mollet
Granollers	Hospital Sant Celoni (ginecologia) Hospital General de Granollers
Rubí-Terrassa-Sant Cugat	Hospital Mútua de Terrassa
Rubí-Terrassa	Hospital de Terrassa
Cerdanyola-Ripollet Sabadell	Hospital de Sabadell
Badalona	Hospital Germans Trias i Pujol Hospital Municipal de Badalona (ginecologia)
Santa Coloma de Gramenet	Hospital de l'Esperit Sant
Mataró-Maresme	Hospital de Mataró

Barcelona Sud

Alt Penedès	Hospital Comarcal Alt Penedès
Garraf	Hospital Residència Sant Camil
Martorell	Sant Joan de Déu de Martorell
Olesa de Montserrat	
Sant Boi de Llobregat	Hospital Parc Sanitari Sant Joan de Déu, Sant Boi
Gavà	Hospital Parc Sanitari Sant Joan de Déu, Sant Boi/Hospital Viladecans (ginecologia)
Cornellà de Llobregat	Hospital Sant Joan de Déu, Esplugues de Llobregat
Sant Feliu de Llobregat	
L'Hospitalet de Llobregat	L'Hospitalet Nord: CSI. HG Hospitalet/HSJ Despi Moisès Broggi L'Hospitalet Sud: CSI. HG Hospitalet/ Hospital de Bellvitge (ginecologia)
El Prat de Llobregat	CSI. HG Hospitalet/ Hospital de Bellvitge (ginecologia)

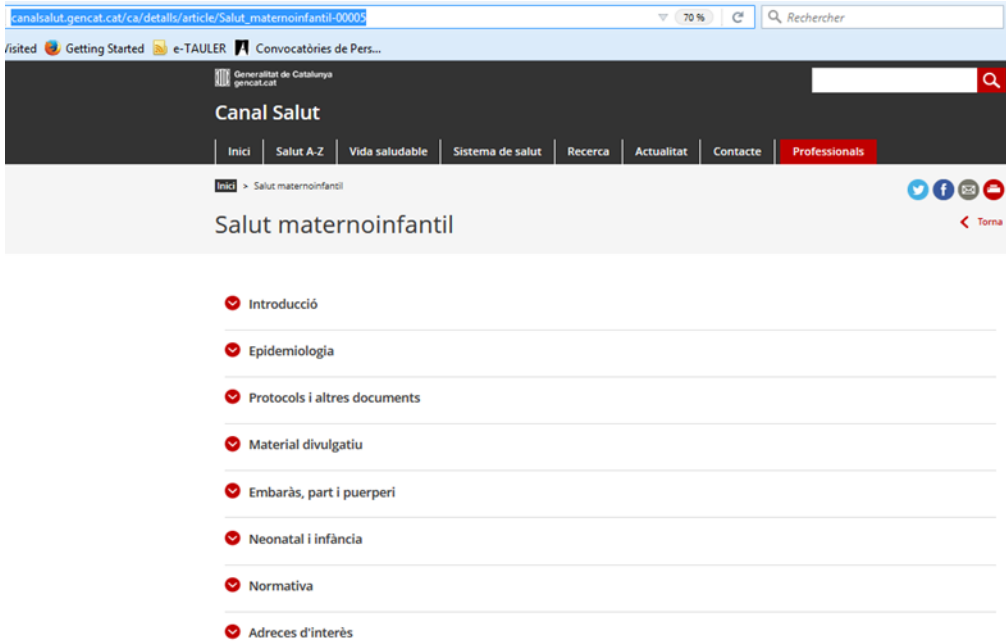
Barcelona Ciutat

Ciutat Vella	Hospital del Mar
Sant Martí	
La Mina	
Les Corts-CAPSE	Hospital Casa de la Maternitat
Esquerra	Hospital Casa de la Maternitat
Muntanya	Hospital Vall d'Hebron
Guinardó	Hospital de la Santa Creu i Sant Pau
Dreta	

Fuente: Memoria Catsalud 2016

d. Anexo 5: Ejemplo de materiales educativos sanitarios par alas mujeres

Página web de canal salud



Guía de acogida en el web de la *Generalitat de Catalunya*





Reception Guide

Catalonia | Reception | Legislation | Neighbourhood and co-existence | Economic activity and work | Education | **Health** | Housing | Social services | Citizen participation

- Personal health card
- Public health system
- Official prescriptions
- Before leaving
- Women's health
- Children's health

Home **Health** > Women's health

WOMEN'S HEALTH LA SALUT DE LA DONA

Primary healthcare centres (CAPs) offer a **gynaecology service** (*servei de ginecologia*) and a **family planning** (*planificació familiar*) service.

if you think you might be pregnant, you should ask to see a gynaecologist at your CAP. With the help of nurses and **midwives** (*llevadores*), your gynaecologist will monitor your pregnancy and carry out all the necessary examinations until your child is born. You will be given a document called a **pregnancy record** (*carnet d'embarassada*) when you first see the gynaecologist, and you should take it to all your other appointments.

A midwife will tell you about **prenatal classes** (*clases de preparació al part*). These classes are very useful, as they provide a lot of information about pregnancy, childbirth and looking after newborn children. The classes are given in your CAP and are free of charge.

After giving birth, you will need to continue to see the specialist to undergo the appropriate gynaecological examinations.

Further information:

www.gencat.net/salut/depsan/units/sanitat/html/ca/dir441/doc12018.html

- Questions and answers
- Dialogues
- Expressions
- Glossary
- Audiovisual



Catalonia | Reception | Legislation | Neighbourhood and co-existence | Economic activity and work | Education | **Health** | Housing | Social services | Citizen participation

- Personal health card
- Public health system
- Official prescriptions
- Before leaving
- Women's health
- Children's health

Home **Health** > Children's health

CHILDREN'S HEALTH LA SALUT DELS NOSTRES FILLS I FILLES

In the hospital in which your child is born, you will be given a document called a **health record** (*carnet de salut*), where a note will be made of all the most important details related to their birth. Later, your paediatrician will add information on your child's development and the vaccinations they are given.

Your child will be attended to by your paediatrician at your primary health centre (CAP) from the time they are born until the age of 14. Newborn children have to visit the paediatrician every 1 or 2 months. When they are older, they need to go for annual check-ups and must follow their vaccination schedule. If your child becomes ill, you can take them to see the paediatrician without having made an appointment, from Monday to Friday. If they become ill at the weekend, you will need to go directly to a paediatric urgent treatment service in a hospital.

You will need your child's vaccination certificate when you enrol them at a school. If your child was not born in Catalonia, you will have to tell your paediatrician which vaccinations they received in your country of origin. If any vaccinations have been overlooked, your paediatrician will administer them. Almost all vaccinations are free of charge.

Once they reach the age of 14, your child will be attended to by a family doctor. When your son or daughter is given their last childhood vaccination, they will receive a new **vaccination certificate** (*carnet de vacunació*) showing all the vaccinations they received as a child and on which a record will be made of any vaccinations they are given as an adult.

Further information:

www.gencat.net/salut/depsan/units/sanitat/html/ca/dir441/doc12018.html

- Questions and answers
- Dialogues
- Expressions
- Glossary
- Audiovisual

(...intravenosa) آپ کو یہ بھی پڑنا ل کر لینی چاہیے کہ اس کی مقدار کتنی ہونی چاہیے دن میں کتنی بار لینی ہے اور کتنے دن تک لینی ہے۔
- اگر میں زائد طبی ٹیسٹ کرنے ہیں، جیسا کہ (radiografies) تجزیہ (anàlisis clíniques)، الٹراساؤنڈنگ (ecografies) ...
اس کے لیے ہمیں دن اور وقت مقرر کرنا ہوگا اور اس ادارے کا پتہ ہونا چاہیے جہاں ہمارا معائنہ ہوگا۔
- ہمیں واپس دوبارہ ڈاکٹر سے کب ملنا ہوگا۔

صحت نسواں

LA SALUT DE LA DONA

ابتدائی حفاظت صحت کے مراکز (CAP) ماہر خدمت نسواں (servei de ginecologia) اور خاندانی منصوبہ بندی (planificació familiar) کی خدمت کی پیش کرتے ہیں۔

اگر آپ کو لگتا ہے کہ آپ حاملہ ہیں تو آپ کو اپنے ماہر امراض نسواں سے ملاقات کے لیے وقت لینا چاہیے۔ ڈاکٹر بزموں اور دائیوں (llevadores) کی مدد سے، بچے کی پیدائش تک آپ کے حمل کی دیکھ بھال کرے گا اور ضروری کنٹرول وغیرہ کرے گا۔ جب آپ پہلی بار گائین کالوجسٹ سے ملیں گی تو آپ کو دوران حمل ریکارڈ (carnet d'embarassada) نامی ایک دستاویز دی جائے گی اور آپ کو اپنی دوسری تمام ملاقاتوں کے دوران اسے اپنے ساتھ لے کر جانا ہوگا۔

ایک دائی آپ کو تیاری کی کلاسز (clases de preparació al part) کے متعلق بتائے گی۔ یہ کلاسز بڑی مفید ہوتی ہیں۔ اس طرح وہ حمل بچے کی پیدائش اور بچے کی دیکھ بھال کے بارے میں بہت سی معلومات فراہم کرتے ہیں۔ کلاسز آپ کے CAP میں اور بلا معاوضہ دی جاتی ہیں۔

بچے کی پیدائش کے بعد آپ کو مخصوص کانا کالوجیکل ٹیسٹوں کے لیے اپنی ماہر ڈاکٹر کے پاس! تھامنے سے جانے کی ضرورت ہوگی۔
مزید معلومات لینے مندرجہ ذیل ویب سائٹ سے رابطہ کر سکتے ہیں

<http://www.gencat.cat/salut/depsalut/html/ca/dir472/index.html>

صحت بچوں

LA SALUT DELS NOSTRES FILLS I FILLES

ہسپتال میں جہاں آپ کا بچہ پیدا ہوا ہے آپ کو میڈیکل ریکارڈ جسے (carnet de salut) کہتے ہیں ایک دستاویز دی جائے گی جہاں آپ کے بچے کی پیدائش سے متعلق تمام ضروری تفصیلات درج ہوں گی۔ بعد میں آپ کے بچوں کا ڈاکٹر آپ کے بچے کی نشوونما اور اسے دیکھ جانے والے حفاظتی ٹیکوں کے بارے میں معلومات شامل کر دے گا

آپ کا بچہ اپنی پیدائش سے لیکر 14 سال تک کی عمر تک آپ کے ابتدائی صحت کے مرکز (CAP) میں آپ کے بچوں کے ڈاکٹر کی زیر نگرانی رہے گا۔ نو زائیدہ بچے کو ہر 1 مہینے یا 2 مہینے بعد بچوں کے ڈاکٹر کے پاس جانا چاہیے۔ جب وہ بڑے ہو جائیں تو انہیں سالانہ چیک اپ کے لیے جانے کی ضرورت ہوتی ہے اور انہیں اپنے حفاظتی ٹیکوں کے شیڈول کی ضرورت پوری کرنی چاہیے۔ اگر آپ کا بچہ بیمار ہو جائے تو آپ سووار سے جو تک ملاقات کا وقت لئے بھرا اپنے بچوں کے ڈاکٹر کو دکھانے لے سکتے ہیں۔ اگر وہ بچے کے آخری دنوں میں بیمار ہو جائیں تو آپ کو فوری طور پر اپنے ہسپتال میں بھر چینی بچوں کے ڈاکٹر سے رجوع کرنا چاہیے

جب آپ اپنے بچے کو سکول میں داخل کرتے ہیں تو آپ کو بچے کے حفاظتی ٹیکوں کے سرٹیفکیٹ کی ضرورت پڑے گی۔ اگر آپ کا بچہ کھلونا میں پیدا نہیں ہوا تو آپ اپنے بچوں



تصالح أساسية الأمومة

يجب أن تتأكد من أنك:

- المتضمنين للتأمين لمرکز ASSIR هو بظرف
- متى ينبغي أن التوجه إلى مركز ASSIR
- أين التفتيح الثاني المتضمن
- عند التفتيح الثاني متى وأين يجب أن يتصلوا
- أريد التفتيح الثاني أريد

• التفتيح بجمعية الإسعافات والتفتيح المتضمن:

- التفتيح الثاني أريد
- إذا لم تعرف أين التوجه، يمكن أن الاتصال
- مباشرة بجمعية الإسعافات والتفتيح (902 111 444) Santitat Responsa
- مركز الإسعافات والتفتيح
- المتضمن الذي يمكن أن التوجه إليه

وبعد أو ماذا؟

- تحتاج إلى التوجه تلقى بطفلك بصحة
- فور تبدأ تفتيح
- يمكن أن التفتيح بالمرکز خلال بضع الأسابيع
- ينبغي أن التفتيح التوجه إلى التفتيح بمرکز ASSIR
- فبذلك سوف يقدّمون لك المعلومات المتعددة مدع العمل
- قبل ما يقدّمون التفتيح، يجب أن التفتيح بجمعية
- من طرف مكتب مخصص بمرکز الإسعافات والتفتيح
- المتضمن

Generalitat de Catalunya
Departament de Salut

www.gencat.cat/viatge

902 111 444

متى يجب التفتيح إلى المستشفى؟

تبدأ بحدوث أو لا؟

- عند التفتيح الرشح و يسحب سلس
- كل 5 دقائق، مدة ساعة كاملة
- عند التفتيح عند التفتيح
- عند التفتيح بعض التفتيح

إذا حصل هذا قبل 37 أسبوع من مدة التفتيح، يجب على الاتصال بمرکز ASSIR.

متى أو لا؟

- يمكن أن التوجه للمستشفى رفقة الشخص الذي
- تريد أن يكون حاضرا، الذي تريد فيه
- التفتيح التفتيح والتفتيح وصحة التفتيح والتفتيح
- والتفتيح التفتيح، يمكن أن التفتيح من التفتيح أو لا؟

ما يجب القيام به لكي يكون التفتيح سليما؟

- من المتضمنين التفتيح عن عدالت بظرف
- والتفتيح الشخصية والتفتيح التي تتصل بالتي
- وعن الأوبئة التي التفتيح
- ويتضمن التفتيح وحسب التفتيح بظرف التفتيح
- ولا يجب الأكل بضع التفتيح التفتيح
- ويجب الإلتزام عن التفتيح والتفتيح بظرف التفتيح
- وكذلك التفتيح التفتيح التفتيح
- من المتضمنين الإسعافات التفتيح التفتيح بظرف التفتيح
- مدة التفتيح
- إذا التفتيح بظرف أو بجمعية الإسعافات والتفتيح
- بجمعية الإسعافات بمرکز ASSIR.

أنا حامل، ما يجب أن أفعل بعد؟

أنا تفتيح بظرف التفتيح، يجب أن التفتيح إلى مركز التفتيح، في أقرب وقت ممكن، التي التفتيح من مرکز التفتيح التفتيح

في مدة التفتيح بظرف التفتيح؟

- سوف التفتيح بظرف التفتيح والتفتيح
- التفتيح والتفتيح التفتيح
- سوف التفتيح بمرکز التفتيح التفتيح
- الشخصية والتفتيح (ASSIR) التفتيح بظرف التفتيح
- مع الشخص الذي التفتيح
- ينبغي أن التفتيح بظرف التفتيح التفتيح
- الإلتزام التفتيح التفتيح
- التفتيح والتفتيح التفتيح
- والاتصالات مع التفتيح والأسعافات التفتيح التفتيح
- التفتيح يمكن أن التفتيح

مرکز التفتيح التفتيح

والتفتيح (ASSIR) بظرف التفتيح التفتيح

في مجموعات التفتيح التفتيح

رفقة النساء التفتيح التفتيح

9. Notas

ⁱ Eurostat. *Migration and migrant population statistics*. Recuperado, diciembre 2017 (http://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php/Migration_and_migrant_population_statistics).

ⁱⁱ Almeida LM, Caldas J, Ayres-de-Campos D, Salcedo-Barrientos D, Dias S. *Maternal healthcare in migrants: a systematic review*. *Matern Child Health J*. 2013;17(8):1346–54.

ⁱⁱⁱ Luque-Fernandez MA, Franco M, Gelaye B, Schomaker M, Gutierrez Garitano I, D’Este C et al. “Unemployment and stillbirth risk among foreign-born and Spanish pregnant women in Spain”, 2007–2010: a multilevel analysis study. *European Journal of Epidemiology*. December 2013. Volume 28, Issue 12, pp 991–999.

^{iv} *Health in 2015: from MDGs, Millennium Development Goals to SDGs, Sustainable Development Goals*. World Health Organization. Geneva. 2015.

^v En el Anexo 1 y 2, se puede consultar la guía de entrevista utilizada, y la lista de personas entrevistadas.

^{vi} I INE. Instituto Nacional de Estadística. Cifras de Población a 1 de enero de 2017, Notas de prensa, 29 de junio de 2017.

^{vii} Se puede dar el caso que alguna cifra no coincida entre el Instituto Nacional de Estadística español (INE) i el Instituto de Estadística de Cataluña (IDESCAT). Al centrar el estudio en Cataluña, se han priorizado las cifras de IDESCAT.

^{viii} La categoría “Otros” incluye la suma de 148 nacionalidades diferentes pero que ninguna de ellas representa más de 15.000 personas de la misma nacionalidad.

^{ix} Las mujeres entre 15 y 49 años tuvieron el 99,6% de los hijos nacidos vivos en Cataluña en 2015.

^x *PIAF2015-2017. Plan integral apoyo a las familias Ministerio*. Aprobado por Acuerdo de Consejo de Ministros de 14 de mayo de 2015. Gobierno de España.

^{xi} Institut d'Estadística de Catalunya. Generalitat de Catalunya. Recuperado, septiembre 2017. (<http://www.idescat.cat/novetats/?id=2451>).

^{xii} *PIAF2015-2017. Plan integral apoyo a las familias Ministerio*. Aprobado por Acuerdo de Consejo de Ministros de 14 de mayo de 2015. Gobierno de España.

^{xiii} El gobierno incluyó en el RD 576/2013 una disposición final que aclaraba la atención a menores y a mujeres embarazadas:

«Disposición adicional octava. Asistencia sanitaria pública en supuestos especiales.

1. Los extranjeros menores de dieciocho años no registrados ni autorizados como residentes en España a los que se refiere el artículo 3 ter de la Ley 16/2003, de 28 de mayo, tendrán derecho a la asistencia sanitaria pública por el Sistema Nacional de Salud con la misma extensión reconocida a las personas que ostentan la condición de aseguradas, siendo el tipo de

aportación del usuario para las prestaciones de la cartera de servicios del Sistema Nacional de Salud que la exijan el correspondiente a los asegurados en activo.

2. Las mujeres extranjeras embarazadas no registradas ni autorizadas como residentes en España a las que se refiere el artículo 3 ter de la Ley 16/2003, de 28 de mayo, tendrán derecho a que el Sistema Nacional de Salud les proporcione la asistencia al embarazo, parto y postparto con la misma extensión reconocida a las personas que ostentan la condición de aseguradas, siendo el tipo de aportación de la usuaria para las prestaciones de la cartera de servicios del Sistema Nacional de Salud que la exijan el correspondiente a los asegurados en activo».

^{xiv} CatSalut. Servei Català de la Salut. Recuperado, diciembre 2017. (<http://catsalut.gencat.cat/ca/coneix-catsalut/>).

^{xv} LLEI 9/2017, del 27 de juny, d'universalització de l'assistència sanitària amb càrrec a fons públics per mitjà del Servei Català de la Salut. CVE-DOGC-A-17178114-2017. Diari Oficial de la Generalitat de Catalunya. Núm. 7401 - 29.6.20171.

^{xvi} En virtud de lo dispuesto en el artículo 7 del Decreto 188/2001 de la Generalitat de Catalunya, los ciudadanos extranjeros que estén empadronados en España en el domicilio de su residencia, si carecen de recursos económicos suficientes, tendrán igualmente derecho a las prestaciones de asistencia sanitaria pública y gratuita, con idéntica extensión, contenido y régimen que la prevista en el Régimen General de la Seguridad Social.

^{xvii} Quadre de comandament de gestió. *Població assegurada oficial CatSalut 2013*. Generalitat de Catalunya. Departament de Salut.

^{xviii} *Indicadors de salut perinatal a Catalunya, Any 2016*. Informe complet. Generalitat de Catalunya. Departament de Salut. 2017.

^{xix} *Quaderns de la bona praxi. Els immigrants i la seva salut*. Col·legi Oficial de Metges de Barcelona. Centre d'Estudis Col·legials i Servei de Responsabilitat Professional. Barcelona. 2003. P.6.

^{xx} *Indicadors de salut perinatal a Catalunya, Any 2016*. Informe complet. Generalitat de Catalunya. Departament de Salut. 2017.

^{xxi} *Programa Atención a la Maternidad a Riesgo*. Memoria 2015. Asociación salud y familia. 2015.

^{xxii} *Mutilación Genital Femenina*. Generalitat de Catalunya. Recuperado, diciembre 2017. (<http://web.gencat.cat/es/actualitat/detall/Mutilacio-Genital-Femenina>).

^{xxiii} *Pla Director d'Immigració en l'Àmbit de la Salut*. Generalitat de Catalunya 2006. Departament de Salut. Direcció de Planificació i Avaluació. Generalitat de Catalunya. Barcelona. 2006. P. 39.

^{xxiv} *Quaderns de la bona praxi. Els immigrants i la seva salut*. Col·legi Oficial de Metges de Barcelona. Centre d'Estudis Col·legials i Servei de Responsabilitat Professional. Barcelona. 2003.

^{xxv} Carratalà Pérez Pau. *Avaluació dels serveis de mediació intercultural en l'àmbit de l'atenció sanitària de Catalunya*. Departament de Salut. Direcció de Planificació i Avaluació. Generalitat de Catalunya. Barcelona. 2010.

^{xxvi} Casas Miquel, Collazos Francisco, Qureshi Adil (Coor.). *La mediación intercultural en el ámbito de la salud. Programa de formación*. Fundació "la Caixa", Barcelona, 2009.

^{xxvii} *Protocol d'atenció a infants immigrants*. Programa de seguiment del nen sa. Direcció General de Salut Pública. Barcelona. 2005.

^{xxviii} *Memoria de Actividades de la Asociación Salud y Familia 2016*.

^{xxix} *Protocol de cribatge i diagnòstic de malaltia de Chagas en dones embarassades llatinoamericanes i en els seus nadons*. Departament de Salut. Direcció de Planificació i Avaluació. Generalitat de Catalunya. Barcelona. 2010.

^{xxx} *Health in 2015: from MDGs, Millennium Development Goals to SDGs, Sustainable Development Goals*. World Health Organization. Geneva. 2015. P.45.

^{xxxi} Cabrero, Gregorio Rodríguez (coord.). "Transformaciones, cambios institucionales e impactos sociales en el Estado de bienestar en España (2000-2013)". En *VII Informe sobre exclusión y desarrollo social en España*, Madrid, Fundación Foessa. 2014. pp. 315-368.

^{xxxii} *Dos años de reforma sanitaria: más vidas humanas en riesgo*. Médicos del Mundo. Madrid. 2014. Recuperado, diciembre 2017. (<https://www.medicosdelmundo.org/sites/default/files/migrate/documents/impacto-reforma-sanitaria-medicos-del-mundo-mdm-es.pdf>).