



Congreso de los Diputados

DIRECCIÓN DE RELACIONES INTERNACIONALES

REUNIÓN DEL FORO GLOBAL DE MUJERES PARLAMENTARIAS (WIP) SOBRE “SALUD MATERNA Y MUJERES REFUGIADAS”

Malta, 19-21 de marzo 2017.

Bajo el patronazgo de la Excma. Sra. Marie-Louise Coleiro Preca, Presidenta de Malta, en colaboración con *MSD for mothers*.

Delegación asistente por parte del Congreso de los Diputados:

- Excma. Sra. D^a. Gloria Elizo Serrano (Vicepresidenta Cuarta de la Mesa del Congreso)
- Excmo. Sr. D. Miguel Garaulet Rodríguez (Diputado del Grupo Parlamentario de Ciudadanos, Vocal de la Comisión de Igualdad)
- Ilma. Sra. D^a. Sara Sieira Mucientes (Letrada de la Comisión de Cooperación internacional para el Desarrollo)

La Delegación viajó el domingo, 19 de marzo de 2017.

La Reunión tuvo lugar en la sede del Palacio de Verdala, según programa que se adjunta como ANEXO I, y que puede consultarse en <https://www.womenpoliticalleaders.org/wp-content/uploads/2017/01/Agenda-WIP-Mtg-in-Malta-on-Materna-Health-and-Refugee-Women-final-160317.pdf>



Congreso de los Diputados

DIRECCIÓN DE RELACIONES INTERNACIONALES

Lunes 20 de marzo de 2017.

9.30 Sesión de apertura

Interviene en primer lugar la Sra. Silvana **Koch-Mehrín, Fundadora del Foro Global WIP.**

Señala que Malta es un país a la vanguardia de los problemas de refugio y migración en Europa. La Presidenta de Malta, que ejerce el patronazgo de esta reunión, es una de las líderes europeas en esta materia. La Presidencia de turno de la Unión Europea, en estos momentos, hace de Malta el lugar indicado para situar este tema en la prioridad de la agenda europea. Anuncia que también se contará a lo largo del día con la presencia del Comisario Europeo de Salud y Seguridad alimentaria, Sr. Vytenis Andriukatis.

Uno de los Objetivos de Desarrollo Sostenible acordados el pasado año en Naciones Unidas, como parte integrante de la Agenda de desarrollo 2030 es la salud materna. Aquí se tratará sobre soluciones en salud materna desde la perspectiva de las mujeres refugiadas, en Europa. Sería muy indicado que llegásemos a una serie de puntos comunes en la estrategia política para abordar esta prioridad de modo coordinado en la Unión Europea.

WIP es un movimiento internacional que acaba de cambiar su nombre por el de WPL (*Women Political Leaders*), que tiene la misión de incrementar la influencia de la mujer en el liderazgo político. Un total de 90.000 parlamentarias son mujeres, un 20% de los parlamentarios en el mundo. La diferencia en liderazgo político masculino-femenino es muy desequilibrada. El 94% de los Jefes de Estado son hombres. Esto significa un gran reto para este Foro, cuya principal virtud es poner en contacto a las líderes políticas para intercambiar perspectivas e incrementar su influencia. Participación en Foros mundiales, campañas, estudios, son parte de la labor de WPL.

Los Ministros de Sanidad de la UE se están reuniendo simultáneamente a este encuentro, por lo que será muy importante trabajar coordinadamente con ellos, y resaltar la importancia de los resultados de este encuentro para diseñar las futuras líneas de regulación de esta materia en Europa.



Congreso de los Diputados

DIRECCIÓN DE RELACIONES INTERNACIONALES

La Fundadora del Foro global de WPL presenta a continuación a la Presidenta de Malta, elegida por el Parlamento maltés, y que es miembro activo de WPL, por lo que agradece su labor en esta organización.

Así pues, interviene a continuación la Excma. Sra. Marie-Louise **Coleiro Preca, Presidenta de Malta.**

Su discurso de apertura de esta reunión, al completo, figura como ANEXO II, y puede consultarse en: <https://www.womenpoliticalleaders.org/wp-content/uploads/2017/01/Speeches-President-Malta.pdf>

En primer lugar, da la bienvenida a este Foro de Alto Nivel a los participantes, y resalta que esta ocasión brinda una oportunidad de discutir técnicamente la situación de las mujeres y niñas refugiadas en Europa. ONU señala que la mitad de la población migrante mundial, 244 millones de personas, son mujeres, y ellas constituyen, asimismo, la mitad de los 19.6 millones de refugiados del mundo. El 60% de las muertes maternas en centros de refugiados son previsibles y evitables. Y se estima que al menos una de cada cinco mujeres refugiadas o desplazadas ha sufrido violencia sexual. Debemos continuar trabajando juntos para crear oportunidades para las mujeres y responder a los retos de la migración global. Es necesario entender la migración femenina desde una específica perspectiva de género. Se necesita un esfuerzo de los legisladores para adoptar este enfoque de género, para luchar contra la discriminación en este ámbito, cuya causa puede encontrarse tanto en barreras legales como sociales.

La Comisión de la UE, en uno de sus informes, y también la OMS, señalan cómo las mujeres que no conocen la lengua de los países receptores, incluso muchas de ellas con problemas de analfabetismo en origen, están en una situación de grave riesgo de morbilidad y mortalidad.

Es necesario también un acompañamiento afectivo y psicológico de la maternidad de las migrantes, refugiadas y solicitantes de asilo y es preciso que el mismo se realice en una lengua comprensible para ellas.

Un documento de la Fundación para la igualdad y no discriminación racial (Gran Bretaña), titulado “*The materna mental health of migrant women*” señala la insuficiencia de recursos de salud mental en este ámbito. Así pues, pregunta a



Congreso de los Diputados

DIRECCIÓN DE RELACIONES INTERNACIONALES

este Foro, qué podemos hacer para realizar un tratamiento inclusivo de este problema que supone una importante dimensión de la justicia social. Asimismo, un estudio de 2010 en el marco del proyecto nacional de Salud Mental Perinatal (Gran Bretaña) señala estos riesgos.

Termina su intervención poniendo de manifiesto que estamos en el lugar indicado para realizar el objetivo de este encuentro. Es importante para las migrantes y refugiadas participar en el diseño de políticas, debe existir un plan de la UE, en coherencia con otras políticas, para enfrentar los problemas de las mujeres migrantes y refugiadas en la materia de salud materna, debe invertirse en investigación, para poder plantear el marco de las políticas en esta materia. Que la maternidad segura esté en el lugar más alto de las prioridades de la Agenda internacional, y que la política migratoria de la Unión Europea priorice también este objetivo.

10.15 Situación actual. Mesa de expertos.

Para más información sobre esta materia puede consultarse el ANEXO III (lectura previa para los participantes) así como la nota elaborada especialmente para este evento por el Instituto de Salud global de Barcelona (material pedido por la Letrada).

Interviene en primer lugar la Sra. Mary Ann **Eliebet, Directora Ejecutiva, MSD for mothers**, “Mejorar el acceso a la salud materna. Una prioridad mundial”.

En 2015, murieron en Europa cerca de 1800 mujeres, por problemas relacionados con la maternidad, el parto y la atención perinatal. Proyecta un vídeo sobre esta problemática.

La Institución financiera global (GFF, por sus siglas en inglés), es una iniciativa del Secretario General de las Naciones Unidas Ban Ki-Moon y el Presidente del Banco Mundial Jim Yong Kim de julio de 2015, para apoyar proyectos liderados por países en orden a conseguir los Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS, en adelante) de la Agenda de desarrollo mundial para 2030. Dentro de los ODS, el número 3 es la promoción y la consecución de la vida saludable y el bienestar. Esto implica el acceso equitativo a los servicios de salud de modo universal. En concreto, *MSD for mothers* contribuye para hacer realidad



Congreso de los Diputados

DIRECCIÓN DE RELACIONES INTERNACIONALES

los Objetivos de la Agenda 2030 que tienen relación con la salud materno-infantil. El objetivo es prevenir 3.8 millones de muertes maternas, 101 millones de muertes infantiles y 21 millones de nacimientos prematuros, en países de renta baja y media-baja, para el año 2030.

Todos los días mueren 800 mujeres de complicaciones de parto. Casi todas estas muertes son evitables. Los países en donde hay mayor mortalidad son los del Este de Europa. Las mujeres refugiadas están en un riesgo creciente de mortalidad. También por cada mujer que muere hay 5 casos de alto riesgo de muerte y 20 de morbilidad severa o discapacidad en relación con el parto.

Las causas de la mortalidad materna son 28% de enfermedades preexistentes, malaria, HIV, obesidad. El 27% por pérdidas severas de sangre. Una de cada 10 mujeres gestantes en la Unión Europea no tienen acceso a la sanidad durante los primeros meses de la maternidad.

El objetivo de MSD es que no muera ninguna mujer de parto. Objetivo ambicioso. Para ello se están desarrollando un compromiso de 500 millones de dólares, para 10 años, más de 50 programas, más de 75 socios, trabajo en 30 países.

Finalmente felicita a los organizadores de este Foro, que permite a los parlamentarios y a los expertos desde diversos ámbitos, ofrecer soluciones conjuntas para conseguir este objetivo.

Interviene a continuación el Dr. Nikitas Kanakis, **Secretario General de Médicos del Mundo**, “La realidad de la dispensación de la asistencia materna en la comunidad de refugiados. El programa materno infantil. Grecia”.

La visión que va a compartir es el trabajo de campo, en primera línea. Proyecta un vídeo sobre lo que hacen, para proveer servicios de salud, pero también para trabajar en la prevención, así como dispensar el cuidado paramédico y perinatal adecuado, preparar a las madres para el parto y el cuidado del bebé.

Hay que tener en cuenta que la prioridad de este objetivo que nos reúne es, dicho simplemente, que las mujeres gestantes, no son una persona, son dos.



Congreso de los Diputados

DIRECCIÓN DE RELACIONES INTERNACIONALES

Necesitan ayuda de emergencia, muchas veces no hay casi tiempo para atenderlas.

Las visitas a los campos para dar ayuda médica, consisten en distribuir no sólo ayuda material sino también apoyo psicológico y formación. A veces es más intensa la charla con un médico, un ATS, revelan mucho más sobre su vida o dificultades, que con otros profesionales.

Las actividades de MDM son, en muy buena medida, formativas para los médicos, para enseñar a cubrir este cuidado de emergencia. Una de las dificultades más importantes, como se ha dicho, es la brecha idiomática. Es necesario que se entiendan entre paciente y médico.

Muestra los resultados de su proyecto en Grecia de mayo 2016, hasta enero de 2017. Un 98 % son nacionales de terceros países. Sólo 1% eran ciudadanos de la UE, y un 1% Griegos.

MdM no sólo practica atención de emergencia sino que provee asistencia durante los primeros meses y ayuda a la reunificación familiar. Otra situación frecuente son las mujeres víctimas de violencia sexual y como consecuencia, embarazo no deseado. MdM ayuda al nacimiento, pero también provee asistencia a la familia monoparental, en estos casos, tanto pediátrica, como ginecológica, así como un lugar para vivir, así como asistencia psicológica.

10. 45 Pausa-Café

11.00 Sesión de Alto Nivel. “Una visión de la salud materna en Europa”

Objetivo de esta sesión: Identificar problemas clave y sus soluciones. Identificar diferencias entre legislaciones nacionales y de los EM. El contenido de este panel, al completo, puede consultarse en el ANEXO IV de este Informe, y en <https://www.womenpoliticalleaders.org/wp-content/uploads/2017/01/High-level-Panel-Session-March-20-Speeches.pdf>

Interviene en primer lugar la Sra. Inés Strenja Linic. Presidenta de la Comisión de Política de Salud y Seguridad Social, Croacia.



Congreso de los Diputados

DIRECCIÓN DE RELACIONES INTERNACIONALES

Agradece a la organización, en primer lugar, el haber valorado positivamente la experiencia de Croacia y considerar su importancia en este debate. Ha estado en el frente, durante la guerra civil de Bosnia-Herzegovina, como médico. En ese momento, muchos croatas se exiliaron, pero también hubo muchos refugiados que entraron en el país. Es una experiencia que ha servido en la reciente crisis migratoria.

Según ACNUR, el número de desplazados en 2014 excedieron los 50 millones. En ese año, 220.000 personas cruzaron el mediterráneo, el 50% de ellas, mujeres. La incertidumbre de ese viaje redirigió el flujo migratorio hacia los países del sudeste de Europa, entre ellos, Croacia, que debieron enfrentar la inmigración llegada desde países en conflicto tanto en África como en Asia, principalmente procedentes de Siria, Afganistán, e Irak. La crisis migratoria de 2015 y 2016 generó tensión, como es sabido, en las relaciones entre la Unión Europea y Turquía.

Ante el rápido incremento en la llegada de inmigrantes, Croacia se enfrentó a la dicotomía entre el enfoque basado en la seguridad (estatocéntrico) y el enfoque humanitario (centrado en la persona). El gobierno optó por este último punto desde el 17 de septiembre de 2015, día en que entraron 11.000 inmigrantes, hasta el 15 de abril de 2016, cuando la ruta de los Balcanes se cerró oficialmente, Croacia recibió a más de 600.000 inmigrantes. De ellos, un 17% eran mujeres, un 30% eran menores, y de estos últimos, 40 % niñas, 60 % niños.

En Croacia se habilitaron seis centros de refugiados y tres campos, estos últimos con capacidad para 10.000 personas. Hubo una cobertura normativa adecuada y sobre todo una información a la población que permitió que en Croacia no existiera manifestación alguna en contra de los inmigrantes, ni fue necesario establecer mecanismos militares de protección extraordinaria ni vallas de seguridad en la frontera.

Respecto al tema que nos ocupa hubo casos de nacimientos en Croacia en que las madres insistieron, en la casi totalidad de los mismos, en abandonar la maternidad al día siguiente del parto, para seguir hacia su destino. Incluso una mujer se negó a recibir ayuda médica pues esperaba poder llegar y dar a luz en Alemania, aunque tenía severas contracciones.



Congreso de los Diputados

DIRECCIÓN DE RELACIONES INTERNACIONALES

A continuación, el Sr. José Carreira, Director ejecutivo. Oficina Europea de Apoyo al Asilo (EASO)

Clarifica, en primer lugar, el régimen de actuación de la Oficina que dirige. En EASO actúan a requerimiento de los Estados miembros. En el futuro, podrían actuar de oficio, en cuyo caso podrían incrementar la capacidad de actuación.

FRONTEX hace el primer registro. Las dos rutas fundamentales de llegada son Turquía y Libia; y los países próximos a este último, del Mediterráneo Sur. La ayuda médica de emergencia se presta, previamente a la que presta EASO, en los Estados miembros, el primer servicio de recepción se hace en el Estado miembro. En 2016, ha habido 1.2 millón de solicitantes de asilo, 420.000 de ellos han sido mujeres. Unos 170.000 de ellos, son menores no acompañados. En EASO trabajan en una gran cantidad de lenguas. Tienen muchos materiales para la formación en estas cuestiones, herramientas *on line* que ayudan a los Estados para identificar los casos vulnerables. Es preciso identificar las vulnerabilidades, la entrevista personal es clave a este respecto. Existe una gran cantidad de mujeres gestantes, de menores extranjeros no acompañados. La entrevista es privada, para reducir la vulnerabilidad de género en casos de violencia intrafamiliar. Poseen expertos para formar en la identificación de las vulnerabilidades, para eso es importante la formación en la forma de hacer las entrevistas.

En el contexto del asilo, las mujeres refugiadas se enfrentan con dificultades de todo tipo: la brecha social o cultural que les impide reclamar sus derechos, las experiencias de violencia, trauma, miedo, represalias que hace que sea para ellas muy especialmente difícil el denunciar. En muchos casos no tienen siquiera firma autorizada porque no poseen plena capacidad jurídica en sus países de origen. A todo ello se añade la carencia de conocimiento del sistema sanitario del país receptor, dificultades idiomáticas, pobreza, efectos psicológicos y médicos por persecución o violencia contra la mujer, miedo acerca de su estado de inmigrante e incertidumbre sobre su futuro status.

Los Estados miembros deben realizar el proceso de identificación, y el asesoramiento en sus necesidades especiales, especialmente en lo que respecta a sus derechos en materia sanitaria. EASO interviene apoyando a las administraciones de los estados miembros, o bien actuando directamente junto



Congreso de los Diputados

DIRECCIÓN DE RELACIONES INTERNACIONALES

con los estados miembros, en las fronteras, en todas las labores de identificación y de protección de personas con necesidades especiales. EASO pone especial énfasis en la formación de los profesionales de los servicios receptores en los estados miembros, en materia de salud física y mental, rehabilitación de víctimas de violencia y tortura, así como en el desarrollo de una herramienta *on line* para identificar personas con necesidades especiales, así como el desarrollo de estándares de indicadores sobre las condiciones de recepción, que pueden incluir el acceso a pediatras, ginecólogos, al cuidado prenatal y perinatal, así como al asesoramiento específico a las víctimas de violencia de género y trata.

Finalmente, interviene la Sra. Linda Lanzillotta, Vicepresidenta del Senado de Italia.

Se centra en recordar, en primer lugar, que la pasada Agenda de desarrollo 2000-2015, poseía un Objetivo, ODM (Objetivo del Milenio) número 5: Reducir mortalidad materna en las tres cuartas partes respecto de su nivel en 1990. Es un objetivo que sólo se ha logrado en parte. Hasta 2015 se ha reducido globalmente en un 44%.

Con la nueva Agenda de desarrollo para 2030, el reto en este ámbito que representa la migración es una de las claves. La migración, con los factores de pobreza y exclusión social que conlleva en la mayoría de los casos. La educación de estos colectivos en la maternidad es absolutamente fundamental para su supervivencia. Las políticas de reducción de la pobreza deben seguirse a todos los niveles, global, europeo, nacional.

La migración no requiere solo una aproximación de emergencia, sino mucho más amplia, la reducción de los problemas que la causan en origen. África sigue siendo un área crucial a estos efectos. Los factores de riesgo más significativos son la pobreza, la exclusión social, todo ello causa un insuficiente control durante el embarazo, y a ello hay que añadir los problemas educativos, puesto que la educación es absolutamente fundamental en este ámbito. Es necesario un enfoque de coherencia de políticas y de ayuda al desarrollo en los países de origen como elemento imprescindible para luchar contra la mortalidad materno-infantil.



Congreso de los Diputados

DIRECCIÓN DE RELACIONES INTERNACIONALES

El Gobierno italiano ha apadrinado una estrategia, el “pacto migratorio”, que ha propuesto a la Comisión Europea para enfrentar de un modo permanente, y a largo plazo el fenómeno migratorio, que no puede considerarse en modo alguno como una cuestión coyuntural sino como un reto global de este siglo. Italia puede ofrecer su contribución, su experiencia, sus mejores prácticas, pero no puede luchar sola contra este problema.

Comparte la experiencia italiana. Aunque el sistema nacional de salud en Italia presta completa cobertura al parto y a la atención perinatal de los inmigrantes como si fueran ciudadanos italianos, y, adicionalmente, mediante una iniciativa lanzada en 2012, el sistema italiano de supervisión obstétrica (ITOSS, por sus siglas en inglés) realiza un control muy exhaustivo en esta materia, ciertamente ocurren fallecimientos en el ámbito que nos ocupa y se calcula que la mitad de los mismos son evitables. Tienen lugar en tránsito por las rutas migratorias. Por ello, la salud materno-infantil debe constituir un enfoque transnacional, europeo; en Italia se ha hecho un esfuerzo grande. Cita como ejemplo una reciente iniciativa legislativa aprobada para proteger a los menores no acompañados que son víctimas de trata o solicitantes de protección internacional (asilo o refugio) para dotarles de servicios sanitarios, asesoramiento sicológico ilegal, y poniendo el énfasis en que pase en el menor tiempo posible en los centros para alojarse en emplazamientos más estables de acogida.

A continuación es el turno de intervenciones de los asistentes. Modera la Mesa la Sra. Ahinara Buscuñana López, Directora de Comunicaciones, WIP.

La Sra. Strenja, a una pregunta, señala la importancia de la formación del personal sanitario, así como la financiación de esta formación. Es necesario que expresen cuáles son sus problemas reales para un adecuado tratamiento de su situación.

El Sr. Carreira sostiene que hay ayuda financiera presupuestada, no siempre utilizada. Es muy importante trabajar con la sociedad civil, con las ONG. No forman a médicos, lo que entrena son funcionarios y personal de los Estados para que sean capaces de trabajar con estos colectivos. Hay tres diplomas en el ámbito de EASO: procedimientos, cualificaciones necesarias, y concepciones de recepción. Es una forma de uniformar en formación a los funcionarios y personal receptor de los Estados miembros. La normativa necesaria en esta materia sería



Congreso de los Diputados

DIRECCIÓN DE RELACIONES INTERNACIONALES

un tipo de norma europea, no obligatoria, sino recomendación uniformizadora de estándares mínimos de trato, para que sea posible una aplicación progresiva de estos estándares mínimos. Es preciso una actuación mucho más intensa con la sociedad civil. Utilicemos la financiación en una forma más proactiva sobre todo en lo que respecta a las condiciones de recepción, y la integración en las sociedades que los acogen.

Sra. Lanzillotta. Sobre la ayuda de la UE a los Estados miembros, y en concreto respecto de Italia, la migración es uno de los retos más significativos de nuestro siglo, y la UE debe estar consciente de lo que implica para países como España e Italia. Debería haber *Hotspots* europeos en los países de origen y tránsito, para recibir y guiar la integración de los inmigrantes, para que se reduzcan los riesgos de exclusión social y violencia. Aceptar la idea de que la inmigración es un problema común, una responsabilidad común, y en este sentido, la UE debe adaptar sus competencias para enfrentar de forma comúnmente responsable este reto.

Una intervintente de Gran Bretaña pregunta cómo se están incrementando las competencias de la UE en esta materia. La Sra. Lanzillotta señala la necesidad de coherencia de políticas en el nivel regional y local. También reitera la necesidad del establecimiento de *hotspots* en Libia y Turquía. Reforzar las competencias europeas en migración y atención sanitaria.

Otra intervintente italiana pregunta por la salud mental de las mujeres gestantes. Es importante también la intervención en este ámbito sobre los niños.

Dos propuestas: un fondo europeo para el propósito del tratamiento de la salud mental, para gestantes y menores. Y algo similar, en el nivel europeo, a la Ley italiana sobre menores extranjeros no acompañados que ha mencionado la Sra. Lanzillotta.

La Sra. Strenja pone el foco en los problemas de trata, desaparición de menores y mujeres.

Una intervintente polaca pregunta sobre la financiación del Gobierno de Malta para refugiados. En respuesta, se señala que la atención sanitaria es la misma que para los ciudadanos malteses.



Congreso de los Diputados

DIRECCIÓN DE RELACIONES INTERNACIONALES

Un intervintente, miembro del Parlamento Europeo, pregunta cuál sería la contribución de WIP en los temas de esta conferencia para apoyar el informe del Parlamento europeo en esta cuestión. Sra. Lanzillotta responde que desde aquí se debe animar a las instituciones europeas en la consecución de estos objetivos. Y que esta visión europea común de apoyo tiene que realizarse independientemente de las perspectivas individuales de los Estados y visiones de partido.

Durante la jornada de tarde, tras la comida en el Palacio de Verdala, las delegaciones visitaron un Centro abierto de Refugiados en Malta. Durante la visita, se explicó cómo tienen lugar los procedimientos de recepción de inmigrantes, solicitud de protección internacional, y conducción a los Centros, así como el funcionamiento de los mismos. Los participantes pudieron conversar con personas refugiadas que estaban alojadas en dicho centro, el *Hal Far Open Family Centre*, dependiente de la Agencia para el Bienestar de los solicitantes de Asilo, (AWAS) de Malta.

Tras la visita tuvo lugar la Recepción oficial por parte de la Presidenta de Malta, Marie Louise **Coleiro Da Preca**. Enmarcaron su discurso de bienvenida las palabras del Ministro de Sanidad de Malta, Sr. Christopher Fearne.

Este Discurso puede consultarse en el ANEXO V de este Informe, y en:
<https://www.womenpoliticalleaders.org/wp-content/uploads/2017/01/Speeches-President-Malta.pdf>

La Sra. Coleiro, en su discurso de bienvenida, recuerda que, como se ha dicho esta misma mañana, según los indicadores de Naciones Unidas, el año pasado la mitad de los 244 millones de inmigrantes del mundo, y la mitad de los 19.6 millones de refugiados, son mujeres. El 60% de las muertes maternas evitables tienen lugar en los asentamientos humanitarios. 800 mujeres mueren todos los días por falta de acceso a los servicios de salud materna adecuados. Según *MSD for mothers* una de cada diez mujeres en la Unión Europea no tienen acceso a los servicios de salud materna en los primeros meses del parto, cerca de 1800 muertes maternas ocurrieron en Europa en 2015, el 54% de las mujeres embarazadas en nueve países de la Unión Europea carecen de acceso a los cuidados de paternidad y viven en la pobreza. El acceso a la calidad en los



Congreso de las Diputadas

DIRECCIÓN DE RELACIONES INTERNACIONALES

servicios de salud debería ser un derecho para todas las mujeres europeas; pero en una región donde es una realidad la libre circulación, y en la que existen diversos sistemas de salud, las brechas para tener acceso al cuidado médico se traducen en un acceso desigual e inequitativo.

Este Foro quiere elaborar propuestas constructivas y recomendaciones para la Comisión y el Consejo de Ministros de Sanidad de la Unión Europea. Queremos que los resultados de este Congreso se plasmen en una Declaración que se haga llegar a toda Europa. Uno de los Objetivos de Desarrollo Sostenible, el número 3.1, pide que en 2030 se reduzca la mortalidad relacionada con la maternidad a menos de 70 por 100.000 nacimientos. La salud materna no es sólo una cuestión de igualdad de la mujer sino de derechos humanos fundamentales.

Para terminar, felicita a la fundadora del WPL Forum, la Sra. Silvana Koch-Mehrin, y a todos los participantes en este Congreso por la oportunidad del mismo.

A continuación, toma la palabra el Sr. Vytenis **Andriukatis, Comisario Europeo de Salud y Seguridad Alimentaria**, cuyo discurso puede consultarse en el ANEXO VI de este Informe y en: <https://www.womenpoliticalleaders.org/wp-content/uploads/2017/01/Speech-by-EU-Commissioner-Vytenis-Andriukatis.pdf>

Tras agradecer la invitación de S.E., la Sra. Presidenta, así como al WPL Forum, felicita la organización por la oportunidad de esta iniciativa. Recuerda que la comunidad internacional ha acordado unos objetivos globales de reducción de la mortalidad materna, neonatal e infantil, y que en Europa, como no puede ser de otro modo, se asumen estos objetivos y se ha venido trabajando en este ámbito. Pero existen muchos retos, por ejemplo la necesidad de asegurar que todos los niños están vacunados correctamente, porque ésta sigue siendo una de las tristes e inaceptables causas de mortalidad infantil. Debemos asegurar el acceso universal a los servicios de salud, que alcance a los más excluidos, inmigrantes, refugiados, y en particular, Madres y niños pequeños. En los últimos tres años, millones de personas han abandonado sus países en busca de lugares seguros para vivir, algunos de ellos están viviendo en la Unión Europea. Él mismo tuvo la oportunidad de contemplar en la isla de Lesbos como llegaba una barca pequeña llena de niños pequeños, bebés, mujeres. El sufrimiento de mujeres y niños en este ámbito no puede dejar indiferente a nadie. Mujeres atendidas en tiendas de



Congreso de los Diputados

DIRECCIÓN DE RELACIONES INTERNACIONALES

campaña con el suelo húmedo, sin electricidad o equipo médico, bebés con hipotermia a causa del viaje por el mar. Estas cuestiones son una prioridad para la Unión Europea.

La Comisión Europea ha tomado medidas. El año pasado propuso revisar la normativa de la Unión para permitir a los refugiados el acceso a la atención médica en las mismas condiciones que a los ciudadanos europeos, con énfasis en las personas con necesidades especiales, como las mujeres embarazadas. También se propuso que todas las personas que solicitasesen el estatuto del refugiado tuvieran derecho al sistema sanitario del país como sus propios ciudadanos. Estas propuestas están siendo ahora discutidas en el Consejo y el Parlamento.

Por lo que respecta a la atención materna, es un derecho según la Convención de Naciones Unidas de los Derechos del Niño, ratificada por todos los Estados miembros de la Unión Europea. Pero la ley puede ser muy diferente de la realidad. A pesar de la obligación legal, las mujeres gestantes en grupos vulnerables encuentran dificultades en acceder a los servicios de salud prenatal y postnatal o reciben ayuda de urgencia y poco más. Pueden surgir problemas derivados de las barreras idiomáticas, o más aún, por la exclusión social. Riesgos de parto prematuro, niños con poco peso, se han reducido significativamente en países con una política de integración fuerte.

Por esta razón, la Comisión ha desarrollado un Plan de acción de Integración de nacionales de terceros países, y trabajan con los Estados miembros para poder canalizar posibles fondos de la Unión Europea para sanidad, educación y alojamiento.

También la Unión Europea ayuda a los Estados miembros en la provisión del servicio de salud a los inmigrantes mediante el Fondo de Asilo, Migración e Integración, que puede financiar sanidad y alojamiento. Algunos Estados miembros usan este fondo para proyectos de salud materna, por ejemplo, Polonia financia con cargo a este fondo la información específica a mujeres refugiadas en este ámbito; también España ha desarrollado proyectos para promover la salud materna en mujeres y niños inmigrantes. La Comisión ha otorgado fondos de emergencia a Grecia, Italia y Bulgaria para ayuda médica a los inmigrantes. Por ejemplo en Grecia, se han otorgado 27 millones al Ministerio de Sanidad y 88



Congreso de los Diputados

DIRECCIÓN DE RELACIONES INTERNACIONALES

millones al Ministerio de Defensa, todo ello para ayuda sanitaria y medicinas en los centros de refugiados.

También, a través del Programa de Salud de la Unión Europea, se apoya a las ONGs y organizaciones internacionales en las siguientes materias:

- Formación de mediadores, muchos de ellos son, ellos mismos, refugiados, para solucionar barreras idiomáticas y culturales.
- Elaboración de protocolos de actuación para el personal sanitario y formación del personal sanitario y trabajadores sociales.
- Utilización de los registros sanitarios para que la Organización de la Migración pueda identificar las necesidades de los inmigrantes en Grecia, Italia, Eslovaquia y Croacia.
- Recientemente, ha lanzado un proyecto en salud materna.

Finaliza su intervención recordando que el Consejo de Ministros de Sanidad de la Unión Europea, reunido simultáneamente a este Congreso, recibirá las propuestas que emanen de este Foro con los brazos abiertos.

Martes, 21 de marzo.

En la misma sede, del Palacio de Verdala, tiene lugar a las 9 de la mañana una **intervención de recapitulación** de la jornada del día de ayer, que sirve a su vez de introducción al trabajo en equipo que tendrá lugar a continuación en cinco mesas de trabajo, reunidas simultáneamente en el mismo salón en que se celebró la sesión del día anterior.

Dicha intervención corrió a cargo de la Exma. Sra. D^a. Gloria **Elizo Serrano, Vicepresidenta Cuarta del Congreso de los Diputados**, perteneciente al Grupo parlamentario de Unidos Podemos-En Comú Podem-En Marea.

La Sra. Elizo agradece en primer lugar, a la organización, la oportunidad de hacer un pensamiento conjunto sobre las importantes cuestiones que nos reúnen en este Congreso. Desea compartir las reflexiones personales que le suscitaron ayer los datos trágicos que tienen que ver con las mujeres migrantes y refugiadas que llegan a Europa. Estos datos, absolutamente trágicos, deben hacernos



Congreso de los Diputados

DIRECCIÓN DE RELACIONES INTERNACIONALES

reflexionar sobre cuál es la responsabilidad política de Europa en acometer soluciones para estos graves problemas. Con la intervención de los diferentes ponentes en el día de ayer, una de las primeras reflexiones que personalmente hace es sobre la necesidad de una visión específica de género en el ámbito del tratamiento del fenómeno migratorio. Esta visión de género, particularmente subrayada por el Foro que organiza este acto, es la única adecuada para enfrentarnos correctamente a estos retos. Esta visión de género debe verse complementada con la participación de las propias mujeres migrantes y refugiadas en la toma de decisiones, en la elaboración de protocolos y normas de alcance europeo en ámbitos específicos como son las mutilaciones femeninas, la necesidad de luchar contra las violaciones que se producen en el viaje hacia Europa, los matrimonios forzados de menores, en las que ellas mismas deben aportar soluciones, tanto desde el punto de vista cultural y social (muchas de ellas proceden de culturas absolutamente violentas con respecto de sus derechos) como político.

Una anécdota que leyó en un informe de Amnistía Internacional hablaba de que las mujeres cuando iniciaban su camino hacia Europa tomaban píldoras anticonceptivas preparadas ya para las violaciones que pudieran sufrir a lo largo de esa ruta, y evitar posibles embarazos. Esto es sólo una muestra de las agresiones que se producen contra los inmigrantes y refugiados, en general, y demuestra la importancia de llegar a acuerdos tanto con los países de origen como con los países de tránsito en África y en el Oriente Próximo para adecuar rutas legales y seguras para la inmigración, de cara a evitar las vulneraciones de derechos que sufren particularmente las mujeres y los menores en tránsito. Europa no puede permanecer ajena, y esto fue una reflexión importante en el día de ayer, a lo que pasa en esos lugares de tránsito que no están en Europa. El problema de la migración y de los refugiados y refugiadas no es un problema puntual, sino que es un problema con el que Europa va a tener que lidiar, y sólo con políticas integradoras y de largo plazo y con una visión global del desarrollo, en los países de origen y de destino va a poder se trabajar adecuadamente por la protección de los derechos humanos.

Termina volviendo a agradecer a la organización la posibilidad de esta reflexión conjunta y la oportunidad de incorporar las políticas de largo plazo para que las tragedias que estamos viviendo en el mar Mediterráneo finalicen cuanto



Congreso de los Diputados

DIRECCIÓN DE RELACIONES INTERNACIONALES

antes, con su estela de muertes evitables y constantes vulneraciones de los derechos humanos.

Seguidamente la organización dispuso el trabajo en **cinco mesas de reflexión**.

Número 1. Seguridad, Calidad y Estándares.

Número 2. Accesibilidad y rapidez.

Número 3. Resiliencia y eficiencia.

Número 4. Igualdad.

Número 5. Enfoque centrado en la persona.

Todas ellas trabajaron para llegar a unas conclusiones generales que pudieran presentarse como puntos de una Declaración final, que sirviera para establecer estándares normativos comunes en Europa en esta materia desde un enfoque multidisciplinar: tratamiento de refugiados, pero también, de salud y de género. El diseño del marco no sólo implica objetivos, sino indicadores de medición del cumplimiento de objetivos. En estas mesas se trata de realizar un enfoque global, desde la *expertise* de cada cual, sobre la visión del tratamiento ideal de las mujeres refugiadas en Europa, y qué políticas concretas deberían llevarse a cabo desde las Instituciones.

Dicha **Declaración final** puede consultarse en el ANEXO VII de esta Informe y en:

<https://www.womenpoliticalleaders.org/wp-content/uploads/2017/01/Outcome-Declaration-Meeting-in-Malta-on-Maternal-Health-and-Refugee-Women-FINAL.pdf>

Bajo el distinguido patronazgo de S.E. Marie Louise Coleiro Preca, Presidenta de Malta, la Reunión de Alto Nivel sobre Salud Materna y Mujeres Refugiadas, convocada por el Foro Global de Mujeres Líderes Políticas (WPL Global Forum), en asociación con *MSD for Mothers*, tuvo lugar en Malta, el 20 y el 21 de marzo de 2017.

La Reunión de Alto Nivel sobre Salud materna y Mujeres refugiadas ha acordado evaluar los retos con los que se enfrentan las mujeres inmigrantes y refugiadas respecto al acceso a la asistencia sanitaria materna de alta calidad y



Congreso de los Diputados

DIRECCIÓN DE RELACIONES INTERNACIONALES

temprana. Los parlamentarios y actores participantes de esta Reunión han concluido y acordado la siguiente Declaración Final:

- La salud materna es un derecho humano fundamental que debe ser protegido en condiciones de igualdad y equidad para todos y todas.
- Los Estados miembros de la Unión Europea han ratificado la Convención de Naciones Unidas sobre los Derechos del Niño, en particular su artículo 24 d) relativo a la atención sanitaria materna prenatal y postnatal.
- Los Estados miembros de la Unión Europea han firmado los Objetivos de Desarrollo Sostenible, en particular, el número 3.1 que pide que el ratio de mortalidad materna se reduzca para 2030 a menos de 70 de cada cien mil nacimientos.
- Aunque se ha realizado en Europa un gran progreso en la reducción de la mortalidad materna, hay todavía diferencias significativas en la calidad y en el acceso a los servicios de salud materna entre los diversos Estados miembros de la Unión Europea, en particular para las mujeres inmigrantes y refugiadas,
- A pesar de los progresos, todavía hoy, una de cada diez mujeres no tienen acceso a los servicios de salud materna en los primeros meses del embarazo en la Unión Europea, cerca de 1800 muertes maternas ocurrieron en Europa en 2015, y el 54 % de las mujeres embarazadas en nueve Estados miembros de la Unión Europea carecieron de acceso a los servicios de salud materna y viven en la pobreza.
- Los grupos vulnerables, como las mujeres inmigrantes es refugiadas, son discriminadas en lo relativo al acceso a la salud materna en Europa; teniendo en cuenta que la raíz del problema está en los países de destino y tránsito, todo ello demanda una consideración como parte de la política común exterior y de cooperación al desarrollo de la Unión Europea, así como de políticas basadas en la condicionalidad, como la Política europea de vecindad común, asegurando tanto rutas seguras de tránsito como un sistema de salud que responda a la violencia ocurrida durante el tránsito.
- Las sinergias entre las agendas políticas en migración y salud a nivel de la Unión Europea deben ser creadas y reforzadas (por ejemplo, la inclusión de la sanidad en la Agenda Europea de Migración) en orden a crear estrategias efectivas y coordinadas para la provisión de un servicio de



Congreso de los Diputados

DIRECCIÓN DE RELACIONES INTERNACIONALES

salud materna de alta calidad para las mujeres inmigrantes es refugiadas; una mejor coordinación entre la Unión Europea y el nivel nacional es esencial.

Bajo el distinguido patronato de su excelencia, Marie-Louise Coleiro Preca, la Presidenta de Malta, los parlamentarios y actores participantes en la Reunión de Alto Nivel sobre Salud Materna y Mujeres Refugiadas instan al Comisario europeo de Sanidad y Seguridad alimentaria y a todos los miembros del Consejo de Ministros de Sanidad de la Unión Europea a:

- Hacer de la salud de toda madre y su hijo, independientemente de su nacionalidad, etnia, religión, cultura, habilidades, capacidad física o mental, o status administrativo, una prioridad política en Europa.
- Hacer de Europa un modelo de salud materna de alta calidad, accesible y equitativa, asegurando que sea situada en la prioridad de toda discusión política relevante y de la legislación en materia de inmigración y asilo, respetando la seguridad y dignidad de todas las mujeres inmigrantes y refugiadas.
- Garantizar un mecanismo de financiación supranacional dirigido a los países vecinos de la Unión Europea así como a los Estados miembros, asegurando la distribución de un paquete gratuito de servicios de salud materna estandarizados, desarrollados por los Estados miembros de la Unión Europea para toda mujer inmigrante y refugiada; dicho paquete deberá incluir servicios de salud materna, cuidado prenatal y postnatal, servicios de salud mental, junto con suministros esenciales, que debería ser financiado por un mecanismo supranacional establecido al nivel de la Unión Europea con el apoyo conjunto de los Estados miembros de la Unión Europea, el sector privado y la sociedad civil
- Basándose en iniciativas existentes de compilación de datos y de capacidades y experiencia sobre las tendencias migratorias actuales en Europa, desarrollar una hoja de ruta en materia de salud materna y mujeres inmigrantes y refugiadas para ser implementada en el nivel europeo. El enfoque de dicha hoja de ruta debería ser doble: mecanismos y coordinación para la recopilación de datos y la investigación sobre salud materna y necesidades de las mujeres inmigrantes y refugiadas, así como



Congreso de los Diputados

DIRECCIÓN DE RELACIONES INTERNACIONALES

la compilación de datos para registros médicos digitales en orden a promover el tránsito intraeuropeo, protegiendo los datos personales y su privacidad como salvaguardia respecto de las autoridades migratorias

- Basándose en los resultados de la hoja de ruta, desarrollar un enfoque común europeo utilizando instrumentos efectivos relevantes para evaluar la atención a la salud materna desde una perspectiva holística, basada en las necesidades y no en el estatuto, tomando en consideración determinantes sociales de salud y asegurando la seguridad física, mental y económica.
- Lanzar una iniciativa de información supranacional así como también en el nivel nacional, y una campaña de concienciación sobre la salud materna centrada en la migración, así como en los beneficios de construir sociedades inclusivas, dirigido al público general pero también a las mujeres inmigrantes y refugiadas específicamente, que será adaptada individualmente para los Estados miembros de la Unión Europea
- Asegurar acciones de apoyo para la formación sistemática y coordinada del personal de los servicios de salud y trabajadores sociales en los Estados miembros de la Unión Europea, incluyendo aspectos culturales y desarrolladas con la participación de las mujeres inmigrantes y refugiadas; dicho entrenamiento y formación optimizará la coordinación eficiente de los recursos humanos y financieros para programas específicos dirigidos a mejorar la situación de las mujeres inmigrantes y refugiadas.

La Delegación del Congreso de los Diputados regresó a Madrid el martes 21 de marzo de 2017.

Palacio del Congreso de los Diputados, 18 de abril de 2017.

Sara Sieira Mucientes

Letrada de la Comisión de Cooperación Internacional para el Desarrollo

ANEXOS



DRAFT AGENDA - Women in Parliaments Global Forum (WIP)

Meeting in Malta on Maternal Health and Refugee Women

Under the Patronage of H.E. Marie-Louise Coleiro Preca, President of Malta
In partnership with MSD for Mothers

20-21 March 2017, Malta (Verdala Palace)

MONDAY, 20 MARCH

- 08.15 Buses leave from the Corinthia Palace Hotel to the Verdala Palace
- 09.00-09.30 COFFEE AND REGISTRATION
- 09.30-10.15 OPENING SESSION
- **Silvana Koch-Mehrin**, Founder of the Women in Parliaments Global Forum
 - **H.E. Marie-Louise Coleiro Preca**, President of Malta
- 10.15-10.45 SETTING THE SCENE
- **Dr. Mary-Ann Etebet**, Executive Director, MSD for Mothers
"Improving access to quality maternal Health as a Global priority"
 - **Dr. Nikitas Kanakis**, Secretary General, Médecins du Monde
"The reality of delivering maternal health care to the refugee community – The Mother and Child Programme, Greece"
- 10.45-11.00 COFFEE BREAK
- 11.00-12.00 HIGH LEVEL PANEL SESSION: "A VISION FOR MATERNAL HEALTH IN EUROPE"

The health of mother and child remains a critical concern – not only in the developing world but also in Europe. Despite progress in recent decades, there are still considerable maternal health inequalities across EU Member States. The panellists of this session will highlight the long term vision for maternal health in Europe, as well as the lessons learned from the national level. They will also address the links between the European and the national levels, as well as between health and human mobility.

Speakers:

- **Linda Lanzillotta**, Vice President of the Italian Senate
- **Jose Carreira**, Executive Director, European Asylum Support Office
- **Ines Strenja Linic**, Doctor of Medicine, Chair of the Health and Social Policy Committee, Croatia

Moderator: **Ahinara Bascuñana López**, Communications Director, WIP



- 12.00-12.30 **BRIEFING**
A short introduction to the visit of the Refugee Open Center and a briefing on the procedure for next day's interactive sessions.
- **Jacqueline Bowman-Busato**, Principal, Third-I
- **Michael Creek**, Senior Advisor, Third-I
- 12.30-14.00 **LUNCH AT THE VERDALA PALACE (INCLUDING A TOUR OF THE VERDALA PALACE)**
- 14.00-17.30 **SITE VISIT TO REFUGEE OPEN CENTRE**
Malta is the first point of entry for many refugees fleeing across the Mediterranean Sea. The participants of the meeting will get the opportunity to visit the Hal Far Open Family Centre hosted by the Maltese Agency for the Welfare of Asylum Seekers (AWAS). The visit will include the possibility to interact with refugee women with children and infants and to hear their personal experiences.
- 19.00-21.00 **DINNER RECEPTION HOSTED BY H.E. THE PRESIDENT OF MALTA**
VENUE: SAN ANTON PALACE
Welcome remarks by **H.E. Marie-Louise Coleiro Preca**, President of Malta
Remarks by **Christopher Fearne**, Minister of Health, Malta

Keynote speech:
- **Vytenis Andriukaitis**, EU Commissioner for Health and Food Safety
- TUESDAY, 21 MARCH**
- 08.15 Buses leave from the Corinthia Palace Hotel to the Verdala Palace
- 09.00-09.15 **OPENING AND RECAP OF DAY ONE**
- Member of Parliament, WIP (Name tbc)
- 09.15-11.45 **INTERACTIVE PARALLEL SESSIONS: "WORKING TOGETHER FOR MATERNAL HEALTH"**
The purpose of this highly interactive session will be to answer the question: **What concrete policy steps should the EU institutions and national governments take to ensure that every woman in Europe has the equally high quality and affordable access to maternal healthcare?** The participants will get the chance to join one out of five different parallel discussions which will address different topics and focus on providing concrete solutions and recommendations to improve the current status:

- **TABLE 1 “SAFETY, QUALITY AND STANDARDS”**

How do we ensure that national policies and complementing EU action work hand in hand to identify best practices and benchmarks for safety, quality and standards that will serve to improve the health and wellbeing of all women across Europe?

Table Facilitator: Mary-Ann Etiebet, Executive Director, MSD for Mothers

- **TABLE 2 “TIMELINESS AND ACCESSIBILITY”**

Why is Europe also the target of the SDGs? While maternal morbidity is an issue of global importance, in Europe, many women are still unable to gain access to timely and quality healthcare. How to ensure that migrant and refugee women, having to face new systems access the proper knowledge and information in order to receive the services and treatments required?

Table Facilitator: Member of Parliament (Name tbc)

- **TABLE 3 “RESILIENCE AND EFFICIENCY”**

Maternal health and women’s health represent the broader issue of resilient and efficient healthcare systems and healthcare systems in Europe are increasingly interacting with each other, facing challenges such as the economic crisis and ageing demographics. How to create stronger, effective health systems, capable of facing common challenges through a closer cooperation?

Table Facilitator: Francois Fille, European Advocacy Coordinator, Médecins du Monde

- **TABLE 4 “EQUITY”:**

Today, many migrant and refugee women are unable to access quality care, due to a number of reasons, from linguistic barriers to difficulty reaching their healthcare provider. Maternal health is an issue of equity - how do we make the healthcare system work for all women?

Table Facilitator: Michelle LeVoy, Director, PICUM

- **TABLE 5 “PERSON-CENTRIC APPROACH”**

Maternal health must be at the heart of people-centred healthcare. However, many women are still subjected to outdated practices and stigmatisation when it comes to maternal health. How do we place women in the centre of all policies and solutions?

Table Facilitator: Maria Cutajar, President, Malta Union of Midwives and Nurses

11.30-11.45 **COFFEE BREAK**

11.45-12.00 **VOTE**

Participants will get the chance to vote on the main issues emerging from the different table discussions which will form the basis of the meeting’s outcome report.



12.00-12.15 **WRAP-UP OF PARALLEL SESSIONS**

- Reports from Parallel Sessions

12.15-13.00 **PANEL DISCUSSION:**

"THE WAY FORWARD – POLICY MAKERS RESPONSE TO IMPROVING MATERNAL HEALTH IN EUROPE "

Building on the outcomes of the discussions held at this WIP meeting, the panellists will outline the way forward, by connecting actions needed between the EU and the national level. They will share best practices and instruments that can be applied for the improvement of maternal health in Europe. The speakers will continue to address the need for a joint approach on maternal health, highlighting that this is an issue that concerns everyone and which needs to be tackled by all.

Speakers:

- **Claudette Buttigieg**, Member of Parliament and Shadow Minister for Health, Malta
- **Dr. Elena Grech**, Head of European Commission Permanent Representation in Malta
- **Mervi Jokinen**, President, European Midwife Association
- **Regina Catrambone**, Founder and Director of Migrant Offshore Aid Station

Moderated by **Dr. Paul Robinson**, Executive Director, Scientific Medical & Patient Perspective, MSD

13.00-13.15 **CONCLUDING REMARKS AND NEXT STEPS**

- **Silvana Koch-Mehrin**, Founder of Women in Parliaments Global Forum
- **Dr Justyne Caruana**, Member of Parliament, WIP Ambassador, Malta

13.15-14.15 **FAREWELL LUNCH**

14.15- **PARTICIPANTS DEPART**

PROGRAMA PROVISIONAL - Foro Global Mujeres Parlamentarias (WIP)

Reunión en Malta sobre Salud materna y Mujeres refugiadas

Bajo el patronazgo de la Excma. Marie-Louise Coleiro Preca, presidenta de Malta, en colaboración con MSD for Mothers

20-21 de marzo de 2017, Malta (Palacio Verdala)

LUNES, 20 DE MARZO

08.15 Salida en autobús del Corinthia Palace Hotel al Palacio Verdala

09.00-09.30 CAFÉ E INSCRIPCIÓN

9.30-10.15 SESIÓN DE APERTURA

- **Silvana Koch-Mehrin**, Fundadora del Foro Global WIP

- **Excma. Sra. Marie-Louise Coleiro Preca**, Presidenta de Malta

10.15-10.45 SITUACIÓN ACTUAL

- **Dra. Mary-Ann Etiebet**, Directora Ejecutiva, MSD for Mothers

“Mejorar el acceso a la salud materna - una prioridad mundial”

- **Dr. Nikitas Kanakis**, Secretario General, Médicos del mundo

“ La realidad de ofrecer asistencia materna en la comunidad de refugiados, el Programa materno-infantil, Grecia”

10.45-11 PAUSA CAFÉ

11.00-12.00 SESIÓN DE ALTO NIVEL: “Una visión de la salud materna en Europa”

La salud materna y perinatal sigue siendo una cuestión capital, no sólo en el mundo en vías de desarrollo, sino también en Europa. A pesar de los progresos alcanzados en las últimas décadas, sigue habiendo considerables desigualdades en la asistencia materna y perinatal en los Estados miembros de la UE. Los ponentes expondrán durante esta sesión cuál es su visión a largo plazo de la salud materna en Europa, así como las lecciones que se han extraído en el plano nacional. También hablarán de los vínculos entre los niveles europeos y nacionales, así como las relaciones entre salud y movilidad humana.

Ponentes:

- **Linda Lanzillotta**, Vicepresidenta del Senado de Italia

- **José Carreira**, Director ejecutivo, Oficina Europea de Apoyo al Asilo (p/c)

Modera: **Ahinara Buscuñana López**, Directora de Comunicaciones, WIP

12.00-12.30 CHARLA SOBRE CUESTIONES ORGANIZATIVAS

Una breve introducción a la visita del Centro Abierto de Refugiados y exposición sobre el procedimiento de las sesiones interactivas de la próxima jornada

- **Michael Creek**
- **Jaqueline Bowman-Busato**

12.30-14.00 ALMUERZO EN EL PALACIO VERDALA (con visita guiada al Palacio)

14.00-17.30 VISITA AL CENTRO ABIERTO DE REFUGIADOS

Malta es el primer punto de entrada de muchos de los refugiados que huyen atravesando el mar Mediterráneo. Los participantes en la reunión tendrán la oportunidad de visitar el Hal Far Centro Abierto familiar, que regenta la Agencia Maltesa de los Solicitantes de asilo procedentes de países en guerra (AWAS). La visita incluirá la posibilidad de relacionarse con mujeres refugiadas madres, y con niños, y escuchar sus experiencias personales.

19.00-21.00 RECEPCIÓN Y CENA OFRECIDA POR EL EXCMO. PRESIDENTE DE MALTA

LUGAR: PALACIO SAN ANTON

Palabras de bienvenida a cargo de la **Excma. Sra. Marie-Louise Coleiro Preca**, presidenta de Malta

Observaciones de **Christopher Fearne**, Ministro de Salud, Malta

Discurso de ideas clave:

- **Vytenis Andriukaitis**, Comisario de la UE de Salud y Seguridad Alimentaria

MARTES, 21 DE MARZO

08.15 Salida en autobús del Corinthia Palace Hotel al Palacio Verdala

09.00-09.15 APERTURA Y RECAPITULACIÓN DE LA JORNADA ANTERIOR

- Diputado, WIP (pendiente de designar)

09.15-11.45 SESIONES PARALELAS INTERACTIVAS: "TRABAJAR JUNTOS EN PRO DE LA SALUD MATERNA"

El objetivo de estos paneles interactivos es responder a la pregunta: **¿Qué medidas políticas concretas deben adoptar las instituciones de la UE y los gobiernos nacionales para garantizar que todas las mujeres tengan en Europa acceso una asistencia materna de alta calidad y asequible?** Los participantes tendrán ocasión de unirse a cualquiera de los cinco debates en paralelo. Se

tratarán distintos temas en busca de soluciones concretas y recomendaciones para mejorar la situación actual:

- Panel 1 “SEGURIDAD, CALIDAD Y ESTÁNDARES”

¿Cómo garantizamos que las medidas nacionales y la acción comunitaria complementaria se conjugan para identificar buenas prácticas y los necesarios parámetros de seguridad, calidad y estándares que permitirán mejorar la salud y el bienestar de las mujeres en toda Europa?

Modera: **Mary-Ann Etiebet**, Directora Ejecutiva, *MSD for Mothers*

- Panel 2 “ATENCIÓN PRONTA Y ACCESIBLE”

¿Por qué se incluye también a Europa en los ODS (Objetivos del Desarrollo Sostenible)? Aunque la morbilidad materna es una cuestión de importancia internacional, en Europa muchas mujeres no tienen la posibilidad de acceder a tiempo a una asistencia de calidad. ¿Cómo podemos garantizar que las mujeres migrantes y refugiadas pueden acceder a la información necesaria para que se beneficien de los servicios y tratamientos que requieren?

Modera: **Parlamentario (pendiente de designación)**

- Panel 3 “RESILIENCIA Y EFICIENCIA”

La salud materna y la salud de las mujeres representa un capítulo aparte en los sistemas eficientes y resilientes de asistencia sanitaria en Europa, y cada vez interactúan más entre sí, abordando retos como la crisis económica o el envejecimiento de la población. ¿Cómo se pueden crear sistemas sanitarios más sólidos y efectivos, capaces de afrontar estos retos comunes con una mejor cooperación?

Modera: **François Fille**, Coordinador Europeo de Incidencias, *Médecins du Monde*

- Panel 4 “IGUALDAD”

Hoy, muchas migrantes y mujeres refugiadas son incapaces de acceder a una atención de calidad, por muchas razones, que van desde las barreras lingüísticas hasta las dificultades para acceder físicamente a quien debe atenderlas. La salud materna es una cuestión de igualdad: ¿cómo conseguir que el sistema sanitario funcione para todas las mujeres?

Modera: **Michelle LeVoy**, Directora, PICUM

- Panel 5 “ENFOQUE CENTRADO EN LA PERSONA”

La salud materna debe estar en el núcleo de un sistema de salud centrado en las personas. Sin embargo, muchas mujeres aún deben sufrir prácticas obsoletas y estigmatización cuando se trata de la salud materna. ¿Cómo conseguir que la mujer sea el centro de todas estas políticas y soluciones?

Modera: **Marija Kutajar**, Presidenta, Asociación de Comadronas y Enfermeras de Malta

11.30-11.45 PAUSA CAFÉ

11.45-12.00 VOTACIÓN

Los participantes tendrán ocasión de votar en muchos de los principales temas que emanen de los debates en los paneles. Esto dará pie al informe de la reunión.

12.00-12.15 RESUMEN DE LAS SESIONES PARALELAS

- Informes de las Sesiones Paralelas (paneles)

12.15-13.00 DEBATE EN MESA REDONDA

“EL CAMINO HACIA ADELANTE – RESPUESTA DE LOS LEGISLADORES A LA MEJORA DE LA SALUD MATERNA EN EUROPA”

Basándose en los resultados de los debates mantenidos en esta reunión WIP, los ponentes indicarán la vía que hay que seguir vinculando las actuaciones que se precisan en el plano nacional y el comunitario. Compartirán buenas prácticas y los instrumentos que cabe usar para la mejora de la salud materna en Europa. Los ponentes seguirán refiriéndose a la necesidad de un enfoque conjunto en este campo, dado que es una cuestión que afecta a todos y en la que todos deben cooperar.

Ponentes:

- **Claudette Buttigieg**, Diputada y Ministra de Salud de la oposición, Malta
- **Dra. Elena Grech**, Jefa de la Representación Permanente de la Comisión Europea en Malta
- **Mervi Jokinen**, Presidenta, Asociación Europea de Comadronas
- Diputado (nombre, p/c)
- Eurodiputado (nombre, p/c)

Modera: **Dr. Paul Robinson**, Director Ejecutivo, Perspectiva científica médico-paciente, MSD

13.00-13.15 OBSERVACIONES FINALES Y PRÓXIMOS PASOS

- **Silvana Koch-Mehrin**, Fundadora del Foro Global Mujeres Parlamentarias
- **Dra. Justyne Caruana**, Diputada, Embajadora WIP, Malta

13.15-14.15 ALMUERZO DE DESPEDIDA

14.15- SALIDA DE LOS PARTICIPANTES



**High-level Meeting on maternal health and refugee women
Malta, March 20-21**

Opening Speech by Her Excellency, Marie-Louise Coleiro Preca, President of Malta – March 20

It is my pleasure to address this meeting of the Women Political Leaders Global Forum, tackling issues of maternal health of migrant and refugee women.

This high-level meeting provides us with a unique opportunity. We will focus our discussions, on the difficulties faced by women who are pregnant, or raising newborn children; particularly, the added challenges, faced by women by displacement and migration.

The phenomenon of human movement has always been part of our global history. Today, more and more people are migrating to escape poverty or to flee conflict.

According to last year's indicators from the UN General Assembly, women represent:

- almost half of the world's 244 million migrants; and
- half of the 19.6 million refugees worldwide.

Reports from the United Nations Economic and Social Council tell us that:

- 60 percent of preventable maternal deaths take place in humanitarian settings; and
- at least 1 in 5 refugees or displaced women are estimated to have experienced sexual violence.

According to data from the Internal Displacement Monitoring Centre:

- women living in long-term displacement slightly outnumber men, and their hardships get worse over time.

For these reasons, it is unacceptable that the voices of refugee and migrant women, are rarely heard during the design or implementation of policies that should address their needs.

These indicators, must make us more resolved to give visibility, to the plight of migrant and refugee women, in their essential needs.

We must continue to work together, to create opportunities, and to support all women, to take up active roles in decision-making.

We need women to be present, as essential stakeholders, in our efforts to achieve effective and sustainable responses, to global migration.

Undoubtedly, women's participation is essential at all times and in all sectors.

This is further emphasised by the UN Committee on the Elimination of Discrimination Against Women, and I quote;

"To understand the specific ways in which women are impacted, female migration should be studied from the perspective of gender inequality, traditional female roles, a gendered labour market, the universal prevalence of gender-based violence, and the worldwide feminization of poverty and labour migration."

End quote.

Each of these issues can be best spoken about, by the people who are affected the most. In this case, by migrant and refugee women themselves.

Therefore, we must call upon our authorities, and our policy makers, to place more focus on the intersectional forms of discrimination which refugee women often face, including, discrimination on the basis of ethnicity, of race, and of poverty.

Furthermore, legal and social barriers, can prevent vulnerable women, from accessing essential health services. These obstacles are often compounded by a lack of sensitivity to differences of custom or culture.

A joint report on migrant women's health, released last year by the European Commission and the World Health Organisation, states plainly, that, and I quote, "*refugee women who are unable to speak the native language, or who come from less affluent parts of the world, are at an increased risk of higher maternal morbidities, mortality and poor perinatal outcomes.*" End quote.

Therefore, it is imperative to create stronger synergies, between the relevant stakeholders involved in the care of pregnant women and their infants, and to value the voices of migrant and refugee women themselves.

In this way, we can create effective coordinated strategies, for the provision of the necessary care, for these women.

In this way, also, we can formulate, and implement higher levels of quality care, for the benefit of migrant and refugee women, their families, their communities, and our societies as a whole.

We must ensure that the safety and the dignity of migrant and refugee women, are at the heart of all policies, which tackle issues of maternal health.

Our policies must reflect a united and unwavering commitment to universal human rights, which must be applied equally, and equitably, to all.

There is a clear need to safeguard all aspects of an expectant mother's experience. This is especially necessary, because of the vast differences in approach and practice, which characterise the maternal health systems of our different countries. These differences are even present across the member states of the European Union.

Accessing effectively, maternal care is made all the more difficult for women migrants, refugees and asylum seekers. We must continuously remember that these women, are also coping with the complex traumas of their horrific journeys.

Migrant and refugee women are dealing with the loss of their families and communities. Many are even struggling to overcome the effects of war, violence, torture, or rape.

The physiological, psychological, and social experiences of migrant and refugee women during pregnancy, must therefore, be addressed holistically. Their mental and emotional health must be an integral part of a united, powerful, and far-reaching approach to address the needs of maternal health of migrant and refugee women.

A briefing paper from the UK-based Race Equality Foundation, entitled “The Maternal Mental Health of Migrant Women”, makes it clear that issues of mental health among refugee women must receive more focus.

The report states, and I quote, *“Existing mental health services may not provide appropriate support to migrant women. Tools which help to diagnose maternal mental health illnesses are often tailored to meet the needs of Western populations and are dependent on women self-reporting their symptoms to practitioners.”* End quote.

Let me take one example of such symptoms. For example, the way postpartum depression manifests itself, can vary from culture to culture, and nation to nation.

The Race Equality Foundation’s report continues, and I quote, that *“the risk of being stigmatised prevents [many] women from disclosing their real feelings to practitioners. Attitudes towards women’s mental health in some migrant communities were derogatory; women often believed if their mental health problems became public knowledge they would be exposed and stigmatised by families and communities.”* End quote.

To help stimulate further thoughts for your deliberations during this conference, I would like to pose some questions:

What more can we do?

How can we ensure that paradigms of maternal healthcare become more inclusive?

How can we make such paradigms more accessible to the needs of migrant and refugee women, when they are still tailored for Western population?

How can we work together to prioritise the different social and cultural requirements presented by migrant and refugee women?

In what ways can we ensure that our nations are truly and effectively upholding the ideals of social justice and participative human rights?

How can we create a more equitable status quo, which is of benefit to all the members of our societies?

The practical barriers that prevent migrant and refugee mothers from accessing mental health service provision, can include difficulties of language. A lack of social support and living in poverty or precarity, are factors which make such a situation of isolation and confusion even worse.

For this reason, while I agree that focusing on issues of language is vital, they are only one part of a more holistic approach. We must do more to understand the cultural complexities, which sometimes impede women from seeking professional help.

We must do more to investigate the needs of migrant, asylum seeking and refugee women, working hand-in-hand with these women themselves.

A 2010 study by the United Kingdom’s National Perinatal Mental Health Project noted that, service providers believed that they were ill-equipped to manage the range of diverse and complex needs of migrant and refugee women.

I believe that this level of complexity, is still a major concern, as our different countries struggle, to find effective responses to the needs of an increasingly diverse population.

I truly believe that we must work together, in synergy with all stakeholders, to find a better understanding of cultural differences and attitudes towards maternal health.

While we must continue to promote programmes, that address practical barriers, focusing on issues like language or translation services, we need to place just as much emphasis, on the cultural factors, that can stop a woman accessing adequate health services.

Let me take this opportunity to commend the ongoing work of Malta's Migrant Health Liaison Office in Primary Health Care. In particular, its focus on nurturing cultural sensitivities between service providers and service users.

For example, focus groups conducted with Somali and Ethiopian women in Malta, have explored the pressure that is placed by immediate family members on new mothers, to permit female genital cutting to be performed upon their daughters, at some stage during childhood.

The focus groups were assisted by a female cultural mediator, who engaged with the experiences of these women, sharing knowledge and moving forward together.

I hope that these efforts shall continue to bear fruit, and be paralleled by equally strong developments in other European countries, and around the world.

There is so much we can learn from one another, to further improve the wellbeing of our communities and our societies.

In conclusion,

- I believe that we must, first of all, commit ourselves to develop respectful policies, which target the diverse needs and requirements, of pregnant and postnatal migrant and refugee women, in credible and effective ways.
- Migrant and refugee women, must be invited, to be at the table of discussion, so as to be active participants, in the development of such policies.
- Migrant and refugee women must be empowered to access services and treatments which are theirs, by right.
- A migration action plan of the European Union must embrace the issue of maternal health for migrant and refugee women.
- The European Union must have a harmonized set of policies.
- We must continue to create opportunities to share good practices.
- We must encourage more training on topics of cultural competence, offered to medical and allied health professionals, students, social workers, teachers, police personnel, and other stakeholders working with migrants and refugees, within the European Union, and across the world.
- We must invest in further research, to gain the necessary information about the particular needs of the migrant and refugee women population. In this way, we shall be in a better position to develop appropriate and culturally sensitive health care, while also supporting the maternal health practitioners in our countries to develop new skills.



- We must ensure that the intrinsic dignity, the fundamental human rights, and the holistic wellbeing of each and every woman, whether she is a migrant, an asylum seeker, a refugee, or not, is fully respected.
- Making motherhood safer for all women, for all families, and for all communities must be a top priority on the agenda of the international community.

Maternal health is not simply a women's issue... it is an issue of fundamental human rights.

Thank you, and I look forward to learning the outcomes of your deliberations.

**Speech by Her Excellency, Marie-Louise Coleiro Preca, President of Malta –
Evening reception, March 20**

It is my great pleasure to welcome you all to Sant' Anton Palace.

Dear Commissioner

Dear Minister

The Women Political Global Leaders Forum has come together to give visibility to the important issue of Maternal Health and Refugee Women.

Ahead of your contributions, Commissioner and Minister, I would like to share some reflections regarding our discussions.

To put this important issue in focus, as we have done at the beginning of our discussions this morning, I would like to remind us all that, according to last year's United Nations indicators, half of the world's 244 million migrants and half of the 19.6 million refugees, are women.

60% of the preventable maternal deaths take place in Humanitarian settings, while approximately 1 in 5 refugees or displaced women, have experienced sexual violence.

800 women worldwide, die every day due to lack of access to proper maternal health.

According to MSD for Mothers:

- 1 in 10 women in the European Union have no access to maternal health services in the first months of pregnancy
- Nearly 1800 maternal deaths occurred in Europe in 2015
- 54% of pregnant women in nine European countries, seen at Doctors of the World clinics, lacked access to Maternal Health Care and were living in poverty

I would also like to reiterate what MSD for Mothers has stated, and I quote:

"Equitable access to high-quality maternal healthcare should be a fundamental right for all women living in Europe. Unfortunately, the reality is different for millions of women who give birth in the European Union



Women in Parliaments Global Forum (WIP)
Meeting in Malta on Maternal Health and Refugee Women

Under the Patronage of H.E. Marie-Louise Coleiro Preca, President of Malta
 In partnership with MSD for Mothers

20-21 March 2017, Malta (Verdala Palace)

Participants pre - read

Objective of the meeting:	Within the framework of Malta's Presidency of the Council of the EU and in collaboration with MSD for Mothers, this meeting will convene carefully selected Parliamentarians and other stakeholders to address the issue of migrant and refugee women's health. Following the activities of the previous day, and after receiving a deeper overview on the issue of refugee and migrant women, the purpose of the session will be to answer the question: <i>What concrete policy steps should the EU institutions and national governments take to ensure that every woman in Europe has equally high quality and affordable access to maternal healthcare?</i> The participants will get the chance to address different topics and focus on providing concrete solutions and recommendations to improve the current status of migrant and refugee women.
Desired outcome:	<ul style="list-style-type: none"> ● Discussing concrete outcomes and solutions on improving maternal health in Europe, particularly on the issue of refugee and migrant women ● Committing to a common vision and next steps for actions at European and national level ● Establishing actionable and workable policy priorities for migrant and refugee women in the EU
What is the impact the session hopes to achieve?	Throughout the two days in Malta, but also particularly focusing on the interactive session, all participants will be actively encouraged to provide input and feedback towards common solutions on the topic. With this in mind, it is important to note that the outcomes of our mutual work will: <ul style="list-style-type: none"> ● Serve to feed into a Joint WIP Call to Action (CTA) that will outline the main priorities and solutions to be taken forward; the CTA will be communicated to the relevant bodies and institutions that focus on the topic



Context to keep in mind:

Focus	Summary
Global	<p>At the global level, maternal health initiatives focus on decreasing maternal and newborn deaths, through advocacy, program creation, health system strengthening research and innovation, and education programs. Private charities, international organizations, private-public partnerships, and local CSOs work on this topic globally.</p>
Post - Sustainable Development Goals	<p>Maternal health has been a major focus-point of global health initiatives as political will coalesced to create change as part of the Millennium Development Goals (MDGs). As we shift towards the Sustainable Development Goals (SDGs), maternal health remains an area of action for healthcare initiatives world-wide, focusing on reducing mortality and morbidity due to causes that are largely preventable and treatable. At the European level, this has become a focus as the SDGs incite universal action on the areas of focus, with the current refugee and human mobility issues highlighting the connection between global and European even further.</p>
European	<p>Maternal health initiatives must be in focus as we set goals for 2030, in conjunction with the World Health Organization's European Health Policy Framework Health 2020. As part of the implementation of these frameworks, the EU and its Member States committed to improve the health in the region by strengthening health systems, prevent and combat communicable diseases, secure affordable medicines and vaccines for all.</p> <p>It is therefore important to keep in mind the need for including the problematic of maternal health for migrant and refugee women in light of its connection to topics such as:</p> <ul style="list-style-type: none"> ● European Semester ● European Pillar of Social Rights ● Proposal for a new European Consensus on Development, Our World, our Dignity, our Future ● A European Agenda for Migration ● Europe's Migration and Asylum Policy
What can you do to contribute to the session?	<ul style="list-style-type: none"> ● In line with your background and expertise, think about success stories and case studies that demonstrate solutions towards improving the situation of migrant and refugee women ● Based on your expertise, what would be the best way to address different issues of maternal health and human mobility? Which are the relevant bodies and institutions that already have the mandate/ need to be included as part of the solution? ● Think about your ideal vision for refugee and migrant women's health in Europe, and globally. What is the first step that needs to happen to move towards making this a reality?

Foro Global de Mujeres Parlamentarias (WIP)
Reunión en Malta sobre salud materna y mujeres refugiadas

Bajo el patrocinio de la Excma. Sra. Marie-Louise Coleiro Preca, Presidenta de Malta
En colaboración con MSD para madres
20-21 de marzo de 2017, Malta (Palacio de Verdala)

Lectura previa para los participantes

Objetivo de la reunión:

Dentro del marco de la Presidencia maltesa del Consejo de la UE, y en colaboración con MSD Madres, este encuentro reunirá a destacados parlamentarios y otros interlocutores para abordar el tema de la salud de las mujeres migrantes y refugiadas.

Tras las actividades del día previo y recibir información más detallada sobre el tema de las mujeres migrantes y refugiadas, el objetivo de la sesión será responder a la siguiente pregunta: **¿Qué medidas políticas concretas deberían adoptar las instituciones de la UE y los gobiernos nacionales para garantizar que todas las mujeres en Europa cuentan con el mismo acceso a una atención sanitaria de gran calidad y accesible?** Los participantes tendrán la oportunidad de abordar diferentes temas y centrarse en ofrecer soluciones y recomendaciones específicas para mejorar la situación actual de las mujeres migrantes y refugiadas.

Resultado que pretendemos lograr:

- Debatir soluciones concretas para mejorar la salud materna en Europa, especialmente por lo que respecta a las mujeres migrantes y refugiadas.
- Comprometerse con una visión común y con medidas a adoptar a nivel europeo y nacional
- Establecer prioridades políticas factibles para las mujeres migrantes y refugiadas en la UE

Impacto que pretendemos lograr:

Durante los dos días de reunión en Malta, y especialmente en la sesión interactiva, se animará a todos los participantes a que aporten su opinión y experiencia sobre soluciones comunes en torno al tema que nos ocupa. En esta línea, resulta importante señalar que el resultado de nuestra labor común será:

- contribuir a una Llamada a la Acción Conjunta del WIP (LAC) que establecerá las prioridades y soluciones principales a adoptar; la LAC se comunicará a los organismos e instituciones relevantes que trabajan en este ámbito.

Contexto a tener en cuenta:

Tema principal

Global

Resumen

A nivel global, las iniciativas de salud materna se centran en reducir la mortalidad materno-infantil, mediante el apoyo, la creación de programas, el refuerzo del sistema de salud, la investigación, la innovación y los programas educativos. Entidades sin ánimo de lucro privadas, organizaciones internacionales, asociaciones público-privadas y CSO locales trabajan en este ámbito en el plano global.

Post-Objetivos de Desarrollo Sostenibles

La salud materna ha sido un punto central de iniciativas globales en materia de salud, dentro del marco de la voluntad política común de propiciar cambios como parte de los Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODMs). Conforme avanzamos hacia los Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODSs), la salud materna sigue siendo un área destacada de las iniciativas globales en materia de salud, centradas en reducir la mortalidad y la morbilidad achacables a causas que en gran medida se pueden evitar y tratar. A nivel europeo, este tema se ha convertido en una prioridad dentro de los ODSs, que exhortan a adoptar acciones globales en este ámbito, y la situación actual de movilidad humana y de refugiados que viene a resaltar la conexión entre el nivel europeo y global aun más.

Europa

Las iniciativas de salud materna han de ser una prioridad a la hora de fijar los objetivos de 2030, junto con el Marco Europeo de Política en materia de Salud 2020. Como parte de la puesta en marcha de estos marcos, la EU y sus Estados miembros se han comprometido a mejorar la salud en la región reforzando a tal fin los sistemas sanitarios, previniendo y luchando contra las enfermedades contagiosas y garantizando medicamentos y vacunas accesibles para todos.

Por lo tanto, resulta importante recordar la necesidad de incluir la problemática de la salud materna para las mujeres migrantes y refugiadas y su relación con:

- El Semestre Europeo

- El Pilar Europeo de Derechos Sociales
- Propuesta de un nuevo Consenso Europeo para el Desarrollo, nuestro mundo, nuestra Dignidad y nuestro Futuro.
- Agenda Europea de la Migración
- Política de Asilo y de Migración Europea

¿Cómo puede contribuir a la sesión?

- De acuerdo con su experiencia y conocimiento, piense en historias de éxito de las que quepa extraer soluciones para mejorar la situación de las mujeres migrantes y refugiadas.
- Conforme a su experiencia, cuál sería la mejor manera de abordar diferentes aspectos de la salud materna y la movilidad humana. Qué organismos e instituciones ya cuentan con el mandato/habrá que incluir como parte de la solución.
- Piense en su visión ideal de la salud de las mujeres migrantes y refugiadas en Europa y en el plano global. Qué primera medida habría que adoptar para convertirlo en una realidad.

Mujeres embarazadas en la crisis europea de refugiados y migrantes

Antecedentes

- Por primera vez desde la Segunda Guerra Mundial, Europa está experimentando un movimiento masivo de refugiados y migrantes, mujeres, hombres y niños de todas las edades, huyendo de conflictos armados, asesinatos masivos, persecución y violencia generalizada sexual y de género. Muchos se refugian en Europa de los conflictos armados en curso que han desgarrado sus sociedades y tienen derecho a protección en virtud de la Convención de 1951 sobre los Refugiados, y otros tratados internacionales.
- **De enero a noviembre de 2015, se estima que 950.469 personas llegaron a Europa a través del Mediterráneo**, Grecia recibió la gran mayoría de llegadas (797.372). Los que llegan por mar huyen de Siria (49%), Afganistán (20%), Iraq (8%), Eritrea (4%), Nigeria (2%), Pakistán (2%), Somalia (2%), Sudán (1%), Gambia (1%) y Malí (1%). La mayoría viajaban a Turquía, desde donde emprenden un viaje por mar a Grecia y desde allí hacia la ex República Yugoslava de Macedonia, Serbia, Croacia, Eslovenia y Austria en un intento de llegar a sus países de destino, incluyendo Alemania y Suecia. Los refugiados y los migrantes viajan en masa, tratando de llegar con urgencia a su destino por temor a los cierres fronterizos, y mayores restricciones en las políticas de asilo. Es un viaje extremadamente peligroso, durante el que refugiados y migrantes a menudo se aviolencia (incluyendo violencia sexual y de género), extorsión y explotación a lo largo del camino. Miles de refugiados recurren a traficantes de personas a falta de vías legales para alcanzar un lugar seguro.
- Tras el cierre de fronteras en los Balcanes (Albania, Macedonia o Bulgaria) que deja cientos de refugiados atrapados en Grecia y la firma del acuerdo de la UE y Turquía en marzo de 2016, el número de llegadas marítimas por la ruta Oriental cae en picado. **Grecia se ha convertido en una opción menos atractiva para refugiados y migrantes que optan por rutas más peligrosas y mortíferas como la ruta del Mediterráneo Central desde el Norte de África a Italia se ha convertido en el principal punto de entrada a Europa y también se incrementa el número de llegadas a través de la ruta del Mediterráneo Occidental hacia España, tanto desde Marruecos y Argelia como a través de los enclaves de Melilla y Ceuta.**
- Entre los **grupos que están especialmente en situación de riesgo** de extorsión y explotación, y de sufrir violencia, y requieren una respuesta de protección coordinada y eficaz en esta crisis encontramos: **a las mujeres solteras que viajan solas, mujeres con niños, mujeres embarazadas y lactantes, adolescentes, niños no casados, las niñas casadas -a veces ellas mismas viajando con sus recién nacidos- las personas con discapacidades y los hombres y mujeres de edad avanzada.**
- En febrero de 2016, las mujeres y los niños constituyeron casi el 60% de las llegadas por mar en comparación con el 27% en septiembre de 2015. **Por primera vez desde que la crisis de refugiados y migrantes golpeó Europa, ahora hay más mujeres y niños en movimiento que los hombres adultos.** (Fuente: ACNUR)
- Se estima que alrededor de **uno de cada 10 refugiados que viajan por Europa es una mujer embarazada.**
- En 2016, más de **90.000 niños no acompañados** o separados registraron y solicitaron asilo o fueron atendidos en Europa, principalmente en Alemania y Suecia.

Situación en los campos de refugiados en Grecia y Macedonia

La Agencia de las Naciones Unidas para los Refugiados (ACNUR), junto con el Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA) y la Comisión de Mujeres Refugiadas (CMR) llevaron a cabo una **evaluación¹** en noviembre de 2015 para examinar la situación de las mujeres y niñas refugiadas y migrantes en Grecia y Macedonia.

El informe recoge conclusiones y recomendaciones clave para los gobiernos de la Unión Europea (UE), los gobiernos de los países de tránsito y de destino, los agentes humanitarios y las organizaciones de la sociedad civil (OSC). Entre los resultados destacan:

- La evaluación constató que las mujeres y las niñas refugiadas y migrantes enfrentan graves riesgos de protección y que la respuesta de los gobiernos, los agentes humanitarios, las instituciones y los organismos de la UE y las OSC era inadecuada, poco coordinada e insuficiente.
- Hay una necesidad urgente de aplicar **soluciones innovadoras y reforzar los mecanismos y servicios de protección transfronterizos** para hacer frente adecuadamente a las amenazas de protección que enfrentan las mujeres y las niñas.
- La mayoría de las mujeres en Grecia y Macedonia sufrieron **estrés físico y psicológico** durante su viaje a Europa. Incluso si estaban sanas, corrían mayor riesgo de complicaciones, parto prematuro o incluso de muerte.
- En su recorrido a pie por Europa, las mujeres embarazadas o recientes madres, **no recibieron prácticamente ninguna atención prenatal o postnatal**. Muchas experimentaron fatiga por caminar, sangrado abundante u otras complicaciones relacionadas con el embarazo o parto reciente o debido a la deshidratación y la mala nutrición. A ello se suma la dificultad de encontrar un lugar donde pernoctar o tener acceso a suministros básicos como pañales y leche. Algunas además tenían a su cargo ya a un niño o más.
- En cuanto a la atención en **salud sexual y reproductiva** procurada: las mujeres embarazadas esperaban hasta el último momento posible para ir a un hospital y a menudo abandonan el hospital menos de 24 horas después de dar a luz, algunas de ellas tras haber tenido una cesárea.
- Las mujeres embarazadas y lactantes, incluso aquellas con problemas de salud, eran reticentes a acceder a los servicios o visitar hospitales por temor a retrasar su viaje, perder su bebé o ser separadas de su familia.
- Otros desafíos en la atención detectados incluyen: proporcionar **acceso a anticoncepción y asesoramiento sobre planificación familiar**, proporcionar un **entorno seguro** dentro de los centros, así como proporcionar información en un **idioma** que las mujeres embarazadas entiendan y tener traductoras en los centros de tránsito.

¹ <http://www.unhcr.org/569f8f419.html>

Respuesta a la crisis

- Durante la **Cumbre Mundial Humanitaria** (Estambul, 23-24 Mayo 2016) se apoyaron por parte de los estados, diversos compromisos² en relación a salud y derechos sexuales y reproductivos entre los que se incluyen: asegurar financiamiento específico para la acción humanitaria incluya el acceso a la salud sexual y reproductiva, así como asegurar que los programas humanitarios atiendan las necesidades de género, y se refuerzan los mecanismos para impedir la violencia de género y la violencia sexual durante las crisis humanitarias.
- UNFPA en colaboración con otros actores humanitarios está trabajando para implementar el despliegue del **Paquete de servicios iniciales mínimos** (Minimum initial service package, MISP3) **dentro de las 48 horas de una emergencia**, y que sea aplicado sistemáticamente en todas las nuevas emergencias y como un estándar mínimo en situaciones de emergencia en curso. Así como el compromiso de procurar la atención integral de la salud sexual y reproductiva para todas las mujeres y niñas adolescentes tan pronto como se estabilice la situación. Esta serie de acciones críticas tienen el un objetivo para prevenir la enfermedad y muerte materna y neonatal.
 - Los cinco objetivos del MISP son:
 1. Asegurar que una organización sea identificada para liderar la implementación del MISP;
 2. Prevenir y controlar las consecuencias de la violencia sexual⁴;
 3. Reducir la transmisión del VIH;
 4. Prevenir la muerte y la enfermedad materna y neonatal;
 5. Plan de atención integral de la salud sexual y reproductiva, integrado en la atención primaria de salud, según lo permita la situación.
- En febrero de 2016, cuando las mujeres y los niños representaban dos tercios de los que cruzan a Europa, el ACNUR **comenzó la puesta en marcha de 20 centros “Blue Dot”**: centros de apoyo para niños y familias ubicados en sitios estratégicos (como puntos fronterizos de entrada o salida, centros urbanos) a lo largo de las rutas migratorias de Europa, para proporcionar un paquete de básico de servicios -a través de diferentes organizaciones, incluyendo Cruz Roja y ONGs- que incluyen espacios seguros para que madres y bebés/niños duerman, asesoramiento jurídico, primeros auxilios psicosociales y trabajadores sociales, restauración de vínculos familiares (niños y adolescentes que viajan solos) o reunificación familiar.
- En marzo 2016 comenzó a funcionar **4 clínicas móviles del FNUAP** con equipos de ultrasonido para proporcionar servicios de salud sexual y reproductiva en Serbia y Macedonia a las mujeres en los centro de tránsito, aunque los cierres de fronteras limitan el acceso de las mujeres a éstos.

² www.agendaforhumanity.org

³ <http://www.unfpa.org/resources/what-minimum-initial-service-package>

⁴ Hay una necesidad de una atención sostenida a la de violencia de género, dado que una parte de las mujeres están embarazadas como consecuencia del tráfico de personas, violación, sexo transaccional o la violencia doméstica.

Conclusiones

- Se necesitan urgentemente enfoques mejor coordinados de los estados, las agencias de Naciones Unidas, otras organizaciones internacionales y las ONG para garantizar una protección eficaz y mantener a las mujeres y sus recién nacidos seguros y sanos en la crisis europea actual.
- Es necesario que la **Unión Europea**, en cumplimiento de los compromisos internacionales y sus valores fundacionales, fortalezca los recursos destinados a las personas con necesidades específicas y aquellos que se encuentran en mayor riesgo en sus fronteras y dentro de su territorio.
- A diferencia de otras categorías de migrantes, las **mujeres embarazadas indocumentadas son un fenómeno creciente, por lo que existen muy pocos datos y evidencia disponible; se necesitan estudios de ciencias sociales y de salud pública para abordar la atención de la maternidad migrante en la UE**. Esta falta de investigación académica tiene implicaciones directas en la prestación de atención en las fronteras de la UE, ya que el personal clínico y no clínico que presta atención prenatal y perinatal a las mujeres migrantes tiene que encontrar nuevas soluciones a los retos que esta situación presenta.

**High-level Meeting on maternal health and refugee women
Malta, March 20-21**



**High-level Panel Session
'A vision for maternal health for migrant and refugee women in Europe'**

Jose Carreira, Executive Director of the European Asylum Support Office (EASO)

Background: Facts and figures

In 2016, 415.210 women¹ sought asylum in the EU+ territory (roughly 35% of all applicants for international protection), among which 164.705 were under 18 years old.

In some countries of origin, women would not be involved and informed about their husbands' affairs; or may not be used to sharing private information with strangers, especially of the opposite sex. In many situations they are not right-holders (they may be transferred from the father's protection to the husband's protection after marriage). In other words, refugee women often are not used to be heard.

In the specific asylum context, refugee women are confronted with the following issues:

- difficulties to present or substantiate their claim because of social or cultural reasons;
- furthermore, women may not know that the violation or discrimination against them can be relevant for the determination of their protection needs;
- women may face difficulties in discussing experiences of violence because of shame or trauma, fear of reprisals or shaming by the family;
- it is often assumed that female applicants' claims are dependant of male relatives' claims (husband or male relative is the householder);
- the experience of discrimination and/or denial of opportunities, services, obstructive legislative practice, and denial of education for girls or women;

In addition pregnant women or pregnant girls (below 18 years), are vulnerable on multiple accounts (as refugees- as women- as pregnant women-sometimes as underage pregnant women, and so on...) and particular consideration of their special needs must be given.

For example, asylum seeking women (and girls) may be giving birth earlier than the estimated date of delivery, and have more complications than the host female population, due to complications arising from experienced persecution/serious harm, the flight from the country of origin, or having undergone female genital mutilation (FGM).

1 This data is available from Eurostat (<http://appsso.eurostat.ec.europa.eu/nui/submitViewTableAction.do>):

European Asylum Support Office, MTC Block A, Winemakers Wharf, Grand Harbour Valletta, MRS 1917, Malta 1/3 Tel: +356 22487500, website: www.easo.europa.eu

Overall, asylum seeking women's physical and psychological health may be affected by:

- lack of knowledge about the country's health system
- languages difficulties
- a poor overall health status
- Underlying and possibly undiagnosed medical conditions
- psychological and medical effects of experienced persecution or serious harm
- psychological and medical effects of the flight from the country of origin
- fears about their immigration status and future.

**High-level Meeting on maternal health and refugee women
Malta, March 20-21**



**High-level Panel Session
'A vision for maternal health for migrant and refugee women in Europe'**

Response to these challenges

1. MS are obliged to identify, assess the special needs of the applicants and to respond to them in a timely manner. Therefore, authorities shall:
 1. provide information to women on their rights as the right to health care,
 2. empower them to express their needs, including medical issues, assist them to exercise these rights as right to medical and psychological support,
 3. provide the services and support they are entitled to even if they do not express these needs or they do not demand them.
2. EASO shall continue assisting the authorities on the identification and provision of adequate support to persons with special needs.

EASO is committed to promote the highest standards in asylum and reception for women who find themselves in need of international protection.

This concern is translated by the mainstreaming gender issues reflected in all of its activities whether:

- when supporting national administrations in building capacity;
- or, when acting directly in the field together with frontline Member States where EASO provides support on the identification and protection of persons with special needs.

In supporting Member States in ensuring an adequate standard of living for all applicants for international protection, including those with special reception needs, EASO considers an appropriate health care provision of utmost importance.

In this sense, EASO Tools and training Modules refer to health care as encompassing:

- a) mental and physical health care
- b) counselling of applicants suffering from serious illnesses and
- c) necessary measures to promote the rehabilitation of victims of violence and torture.

In light of this, EASO has addressed healthcare provision in its activities, such as:
European Asylum Support Office, MTC Block A, Winemakers Wharf, Grand Harbour Valletta, MRS 1917, Malta 2/3 Tel: +356 22487500, website: www.easo.europa.eu

- the development of an online practical tool for the identification of persons with special needs (IPSN):

It addresses in particular the special gender-related needs of female applicant, for example, referring the female applicant to any additional assistance that may be available for women such as medical services or child care or ensuring that she has the opportunity to lodge an independent application from her husband or male relatives.

- The development of operational standards and indicators on reception conditions:

Those standards include specific arrangements for applicants with special medical needs (pregnant women, single mothers with children, etc):

High-level Panel Session
'A vision for maternal health for migrant and refugee women in Europe'

Ensure provision of information on reception conditions, including health care; This would include, for example, access to a paediatrician, gynaecologist or prenatal health care; It would also include counselling provided to victims of trafficking and (gender-based) violence as well as victims of torture or other forms of psychological and physical violence.

The provision of relevant training to asylum and reception officials:

The EASO training curriculum includes inter alia modules on:

Interviewing vulnerable persons

Reception

Gender, gender identity and sexual orientation

- Deployment of experts to support MS under particular pressure to identify and better protect vulnerable applicants.

In general, EASO supports strengthening the reception capacity in the MS under particular pressure (Operating Plans to Italy, Greece, Cyprus or Bulgaria) to ensure that special procedural needs and special reception needs are appropriately addressed.

Conclusion:

As you can see, EASO is particularly committed and active in the protection of asylum seeking women and girls. However, the situation on the ground is a constant reminder that much more needs to be done together with national administrations and that we cannot rest on our laurels.

Since most of the services are provided by national health care system and regional or local services or intergovernmental organisations and NGOs, the ultimate responsibility and decisions fall under the competence of the national authorities.

As the Executive Director, I will continue highlighting this issue and collaborate with all stakeholders in order to support authorities to adapt the reception conditions and the asylum procedures to the special needs of refugee women and girls.

High-level Panel Session
'A vision for maternal health for migrant and refugee women in Europe'

Ines Strenja, Doctor of Medicine and Chair of the Health and Social Policy Committee, Croatia

Dear Madam President, Ms. Marie-Louise Coleiro Preca,

Dear Ms. Silvana Koch-Mehrin, Founder of the Women in Parliaments Global Forum

Ladies and Gentlemen,

It is a great honor for me to speak about Croatian experiences in assessing medical care to refugee women going through hard times these days.

Introduction

Besides being on Eastern Mediterranean migrant-refugee route within the European Union, unfortunately Croatia has had its own experiences with its own nationals exiled during the Homeland War but also with a large number of refugees from neighboring Bosnia and Herzegovina.

For this reason, I thank Women in Parliaments for recognized Croatia's experience as a valuable contribution to the debate on improved health care system in the area of migrant and refugee women health. Even more so, since I myself, being a doctor, was the commander of the medical bataglion in Guardian brigade during the War.

Croatian experience during the actual migration crises

First time, after Second World War, number of forced displaced person worldwide exceeded 50 million as stated in the UNHCR Global trends in 2014.

Migration trends over approximately the past 15 years, mainly driven by conflicts in Africa and the Middle East, were primarily directed towards Western Europe via the Mediterranean Sea. Furthermore, it is said that more than 219,000 refugees and migrants in Europe crossed the Mediterranean Sea in 2014. The proportion of refugee girls and women has been gradually increasing, in 2011 it was 48%, in 2014 50%, which means one of every two refugees today is a female.

The uncertainty of travel through the Mediterranean Sea redirected the migration flow across the countries of South-Eastern Europe. Therefore, the migrant crisis of 2015/2016 was characterized by shifting the direction of migratory movement towards the Eastern Mediterranean migrant-refugee route so-called Balkan route. This shift had implications for the Republic of Croatia, which is located on the route of mixed migration flows² consisting of migrants³ originating from unstable and war-affected areas of Asia and Africa, mostly from Syria, Afghanistan and Iraq.

The refugee/migrant crisis of 2015/2016 in Europe generated numerous issues at EU level and negatively affected the EU-Turkey relations, especially the relations between the countries along the Balkan route. The absence of a unified position on how the EU should respond to this situation has marked the relations among certain EU members themselves, whereby Eastern European states sharply criticized the approach adopted by Germany but also the whole conduct by Brussels in this extraordinary situation.

Due to its very modest experience as a migrant-receiving country, up until recently the Republic of Croatia has not paid any significant attention to the need of creating a long-term migration policy (and integration policy) or to security aspect of migrations exceeding usual declarations in strategic documents of the highest rank and the leading state officials' statements. Such self-perception of the state as an undesirable destination for migrants and as a transit area towards the rich countries of Western Europe, along with the

High-level Panel Session
'A vision for maternal health for migrant and refugee women in Europe'

sudden increase in the number of migrants that were provided with a fast and safe passage through the territory of the Republic of Croatia, presented favourable factors for perceiving the situation predominantly within the dichotomy between the security-based approach (statecentric) and humanitarian approach (human-centric).

The then government opted for the humanitarian approach, to be applied to this issue in spite of pressures from part of the general public and the then opposition to securitize it. The humanitarian approach implied organized reception, short-lasting accommodation and a safe transit towards the Hungarian and Slovenian borders, i.e. further ahead – mostly towards Austria and Germany. A well-organized reception and transportation of refugees as well as good conveyance of information to the public account for the fact that an anti-migration atmosphere did not take place in Croatia. Moreover, a significant number of citizens and part of non-government organizations participated in organizing humanitarian assistance, aimed at helping refugees. Due to this, securitization advocates did not have enough arguments to persuade the public about the need to undertake extraordinary measures protecting the Croatian border, including the military involvement and putting up a wire fence. This influenced the formation of the public that, unlike the public in some other European countries, is not currently showing a negative attitude towards refugees. His statement is supported by the absence of any public demonstrations directed against migrants.

A large influx of migrants over the Croatian border began on 17 September 2015, when over 11,000 migrants crossed the border in just one day. Since then until 15 April 2016, when the Eastern Mediterranean migrant-refugee route (so-called Balkan route) was officially closed, Croatia received over 600,000 migrants. Vast majority of them were only transiting through Croatia. All of them documented, photographed and registered. 17% were women, 30% minors, of which 40% girls and 59% boys. Statistics show that single males represent the most numerous group while women arriving alone or with their families and children represent particularly vulnerable group with need of special care.

In order to ensure adequate shelter, food, sanitation and health, Croatian Government established the Headquarters for the coordination of activities. All activities during the migrant crisis were based on several legal documents such as the Act on Protection of Population against Communicable Diseases, Regulation on the Content of Medical Examination of Asylum Seekers, Asylums, Foreigners under Temporary Protection and Foreigners under Subsidiary Protection, and the Act on International and Temporary Protection.

During the migrant crisis several reception centres (Kutina, Ježovo, Porin, Zagreb fair) and two transit refugee camps, camp Opatovac (September to November 2015, capacity app. 4,000 persons) and camp Slavonski Brod (November 2015 to April 2016, capacity app. 5,000 persons) were operational. A 24/7 emergency health care, free of charge, was provided to all migrants who were actively seeking medical help. 25,815 medical visits were carried out (primary health care (GP) 18,901, emergency health care 4,563, inpatient care within camp Sl. Brod 1,557, and hospital health care 794).

In order to prevent and control infectious diseases in such a specific environment, a number of public health activities were performed which also included regular epidemiological field team visits as well as availability of epidemiologists at the national level.

Unlike refugees, migrants transiting through Croatia are placed under mandatory 21-days health monitoring. Moreover, all of them undergo an initial medical examination by contracted GPs with the provision of a translator. During the medical examination medical history and vaccination status are obtained, physical examination is performed, and blood and stool samples are collected. All children should receive, free of

High-level Panel Session
'A vision for maternal health for migrant and refugee women in Europe'

charge, all vaccines appropriate for their age according to the Croatian mandatory immunization programme.

A large number of women are exposed to some kind of stress or are victims of torture, causing them mental difficulties and problems in adapting to the new environment. According to unofficial data, it can be concluded with great certainty that numerous women refugees are victims of sexual and other forms of violence, and many of them are victims of human trafficking, rape, other mental, physical and sexual violence, such as victims of female genital mutilation. In addition, these women come as pregnant women, nursing mothers and single mothers with small children.

Examples of issues at providing medical care to refugees – as a conclusion to the first part of my intervention

In 2015 during their stay in the Republic of Croatia 6 women gave birth but all of them (at their own insistence) left the maternity ward the day after and proceeded with their families towards their intended destinations.

There was also a case when a pregnant woman had strong contractions, but despite the suggestions and advice of doctors that she should give birth in Croatia, did not agree to that and went on her way, saying she would give birth in Austria or Germany.

We deem it important to mention that migrants and refugees present a very heterogeneous group with some subgroups which are more susceptible to diseases and illness, and therefore require a very specific type of medical health care and protection.

***** topics for discussion*****

I.

Primary health problems of young mothers and children

Experience shows that primary health problems of young mothers and children are

- Mental health conditioned by socioeconomic factors (poverty and housing) or stay in a new environment
- Children's health
- Mental health conditioned by trauma

Sporadic research in the field of female migrants' healthcare indicates that they generally suffer from stress-related illnesses (cardiovascular disorders, gastric and duodenal ulcers, rheumatoid arthritis, neuropathic diseases). (Poor) conditions on migrant routes and maladjustment to new climatic conditions are fertile ground for the development of "social diseases" such as tuberculosis, infectious and parasitic diseases, which the native (European) population has long fought off. All of these cause frequent pathological pregnancies and deliveries, and the lack of concern for the child's health and progress.

Migrant women during pregnancy have fewer check-ups and are not under continuous medical supervision, which according to some studies, results in a higher perinatal mortality, frequent pregnancy complications, premature births and births of children of low birth weight.

Using healthcare services in the host country is affected by a number of factors – lack of general and health education, weak contacts with neighbours and the local population in general, lack of information, and often

High-level Panel Session
'A vision for maternal health for migrant and refugee women in Europe'

language difficulties in communicating with health staff. Doctors' interaction with foreigners also has to be taken into account (it is often more superficial than their interaction with the local population).

Given the inadequate attention they devote to themselves and the insufficient care by the society for their state of health, it can be assumed that the prevention and early diagnosis of many diseases frequent today in the local population is neglected when it comes to migrants.

The psychosocial component of health can by no means be ignored.

II.

Financing health care of refugee women and children

Health services for migrants and refugees are financed from the State Budget.

Since the beginning of the migrant crisis on 16th September 2015, 1,100, 000, 00 euros were spent for medical services provided to migrants, leading to an average monthly value of 200 000, 00 euros for this purpose, with the register of total 24,628 patients, of which outpatient hospital emergency room 4452 patients, family medicine 18,204, infirmary reception center 1,268 and 704 hospital patients.

Medical documentation shows that we have provided most health services to women and children.

Medical records of providing health care to children show advanced pediatric services provided: pediatric trauma, dehydration, infection of wounds, fatigue, post-traumatic stress, pneumonia, hypothermia and frostbite.

CARE Project

Croatia is participating in the project "CARE – Common Approach for Refugees and other migrants' health", which received funding from the European Union's Health Programme (2014-2020). The aim of the project is to promote a better understanding of refugees and migrants' health condition as well as to support the adaptation of the appropriate clinical attitude towards refugees and migrants' health needs and in particular towards the health needs of vulnerable subgroups, such as minors, pregnant women and victims of violence. CARE project focuses on promoting and sustaining the good health of migrants and populations in Member States experiencing strong migration pressure.

Upon completion of the project, more appropriate health care deliveries, increased control of infectious disease risk in the early phase of migrant's care and better taking care of migrants' health over the European territory will have been obtained. Within the project all involved partners, including Croatia, have produced materials such as leaflets and booklets to improve health literacy of migrants, printed in several languages (Arabic, Farsi, English and Croatian), as well as posters and pocket calendars aimed at raising awareness among domicile population and reducing misconceptions related to migrants frequently present in our society.

Taking into account our own experiences in the recent migrant crisis in Croatia and the high degree of uncertainty about future developments, migrants and refugees are to be recognized as specifically vulnerable groups whose health, social and other needs are to be addressed with respect to human rights and equality principle.

High-level Panel Session
'A vision for maternal health for migrant and refugee women in Europe'

III.

Vision - Perspective, suggestions and recommendations

Health promotion is a process which seeks to encourage those habits and behaviours of individuals and communities that improve the health of individuals and groups. It aims to awaken an individual's sense of responsibility for his/her own health, the health of those around us as well as for the health of the environment in which we live and work.

Learning is an active process, and people of all ages are able to change their habits, behaviours and beliefs. Health promotion needs to take account of what people already know, think and feel about certain things. It is not enough just to explain to people the harmfulness of existing habits or benefit of the new ones. They should be encouraged to do something for their own health and the health of their environment.

Conversation is the main method used in health visitor services and counselling.

Speeches, lectures and radio-broadcast lectures are used to reach a bigger audience.

Discussion - several people speak about the same problem from a different point of view and this is followed by a discussion. Small groups have 10-15 members who have a common health problem. Large groups consist of 30 members or more and are less effective.

Presentation - showing a certain procedures (preparing food for infants, breast self-examination, exercises for recovery...)

The most common health-promotion resources are visual means (since through the senses of sight we receive more than 80% of the information), such as exhibitions, motion pictures (films), still images (film strips, paintings, drawings), printed (written) material. Spoken word is also used as tool. Means of mass communication such as the Internet (social networks), television, radio, newspapers and magazines are particularly popular.

Ministry of Interior, Ministry of Health and MDM Belgique (Medecins du Monde) signed a Memorandum of Understanding under which MDM's medical team is present in the reception centre in Zagreb every day from 16:00 to 20:00. The primary task of MDM is conducting initial medical examination.

Finally, I would like to stress the importance of a coordinated and coherent response to health care needs of migrants and refugees, which can only be achieved through the intersectoral, whole-of-government approach and health-in-all-policy, both at the national and the international level.

Vision

- facilitating the broadest possible access to health services for uninsured and/or unidentified persons;
- improving the provision of medical care in extremely difficult weather conditions (cold, snow, rain);
- more rigorous application of general hygiene and epidemiological measures, immediate notification to a higher-level service and application of control measures, as reception centres are environments conducive to the emergence of pathogens;
- organizing medical care for chronic patients along migration routes;
- analysing and reducing the large exposure of medical and other staff in the reception centre to health risks (so far the focus has been on the victims of the crisis, not the health needs of the staff in the services that help them);

High-level Panel Session
'A vision for maternal health for migrant and refugee women in Europe'

- more significant support from all EU institutions as well as financial support to ensure mobile modules for field work: a mobile surgical clinic, a fully mobile laboratory and a pharmacy (temporary medication storage).

Linda Lanzillotta, Vice President of the Italian Senate

Dear colleagues Members of Parliaments, dear friends, good morning and thank you to Women Political Leaders Global Forum and to Silvana for inviting me to take part to this important and interesting discussion on maternal health and mortality and thank you to Maltese Presidency for hosting me in such a beauty castle.

United Nations Millennium Goal no. 5 set the ambitious target of reducing maternal mortality by three quarters from its 1990 level. This is a very ambitious target, this is, true, but it is also a key goal for reducing substantially inequalities for women and more generally between different parts of our world.

This goal has still far to be achieved also if something has been done. In fact, between the early 1990s and 2015, maternal mortality has been reduced by 44% globally.

Africa remains the most critical area even if significant progress has been registered with a 45% reduction in deaths between 1990 and 2015, from 987 to 546 deaths per 100,000 live births. And Africa is also the crucial area from which wars and extremely poor conditions of life feed migration flows toward Mediterranean Sea and toward European countries.

We know and we can observe that women's social condition, together with wars and regional conflicts, are the most significant critical factors in maternal health. The most significant risk factors are poverty and situation of social exclusion in which some women live, exposing them to risks that, in the majority of cases, are the result of insufficient monitoring during pregnancy, precluding the chance of preparing for complications that may arise. Educating women and girls, particularly the most socially excluded, is therefore vital to ensure that they possess the knowledge they need to question traditional practices that endanger their own and their children's survival. That's why we can reduce maternal mortality only fighting against poverty and all its consequences with coherent policies to be adopted at all level of government-national, European as well global. Migration Compact is the strategy proposed by the Italian Government to the European Commission to tackle migration phenomenon and it is oriented exactly in this direction. We cannot anymore consider migration as a temporary problem but we have to be aware that it is one of the global, permanent, challenge of this new century. And this is true also for women conditions. We have to help migrant and refugee women when they arrive in Europe (and you know that Italy is doing a lot for this, very often without any European involvement as many time remembered) but we have also to look at a medium and long term perspective. From this point of view we are convinced that migration can be reduced fighting against wars but also supporting economic and social development of countries that migrants escape.

In health sector Italy has the capacity and is available to give its concrete contribution offering our experience and best practices and concrete help which has to be funded at European level. A single Country cannot face alone such an enormous task.

Italy's National Health Service is a European and global benchmark for safeguarding pregnancy and maternity, placing women at the centre of its focus without any distinctions whatsoever. In Italy, during

High-level Panel Session
'A vision for maternal health for migrant and refugee women in Europe'

pregnancy all women are guaranteed healthcare, regardless of whether or not they are EU citizens, or regular or irregular migrants. Healthcare is offered free of charge for those who are impoverished (irregular migrants are entitled to healthcare via an STP - Temporary Present Foreigner code which is valid nationwide across Italy). For us the focus of health policy and of the National Health System has to be human being whatever is nationality or legal condition. This is our constitutional principle.

Although it is rare for maternal deaths to occur in a socially-advanced nation like Italy, they are a public healthcare priority owing to the fact that they are unquestionably dramatic events, and because it has been documented that around 50% of such cases are avoidable.

Low as Italy's figure may be, it is particularly challenging to reduce it to zero. As we have seen, Italy's National Health Service provides complete pregnancy coverage and guarantees very high standards of care. As well as continuing to invest in advanced diagnostics in the future to improve current levels of performance, we must closely monitor the phenomenon of maternal mortality in order to meticulously identify the biggest causes of this phenomenon, however limited it may be.

For this purpose, in 2012, the Istituto Superiore di Sanità (ISS) launched ITOSS, the Italian Obstetric Surveillance System.

But, even if, as we have seen, Italy's National Health Service offers high standards of care for both pregnancy and childbirth. Moving on to pediatrics, here too healthcare is guaranteed for all, including the children of individuals who lack a valid residency permit.

In order to make an exhaustive assessment of neonatal and children's healthcare, we must take into consideration the circumstances on the ground in Europe over the last few years. Thousands of minors have arrived in Europe via the Balkan route or by crossing the Mediterranean. As a result of a lack of hygiene and the privations they suffer on their journeys, these extremely vulnerable children are exposed to infections, some of which can be acute.

As a consequence, maternal and children's health must be reconsidered from a transnational and European – if not to say global – viewpoint. In a globalized world characterized by the rapid and unending movement of people, healthcare is still run on a strictly national basis, resulting in sometimes huge differences between bordering nations. World Health Organization (WHO) guidelines offer a significant pathway, clearly identifying the critical nature of the objectives to be reached in the coming decades.

It is estimated that more than 60 million refugees in the world have permanently or temporarily had to leave their countries of origin as a consequence of conflict or natural disaster. Refugee status changes many things in these people's lives; it does not alter their right to healthcare or health. Every single one of these people, especially women and children, have health needs that vary depending upon where they come from, their ethnicity and age.

This is without even considering the extreme risk of attempting to cross the Mediterranean Sea: in the last three months, 1,354 migrants have died trying to reach the coast of Europe, one hundred and ninety of whom were children. Last year, over 700 children died at sea. Between January and September 2016, more than 664,500 children sought asylum in Europe. On the central Mediterranean route alone, 28,223 of the 181,436 migrants who set foot in Italy were children: 16% of the total.

Nine out of ten minors who arrived in Italy were unaccompanied.

It is clear that these experiences have deeply scarred these women and children, entailing significant psychological and social repercussions. The dramas of these people are inextricably bound up with the future

**High-level Meeting on maternal health and refugee women
Malta, March 20-21**



**High-level Panel Session
'A vision for maternal health for migrant and refugee women in Europe'**

of Europe: Europe can no longer turn its back on the vulnerable, women and children; they must be guaranteed protection from abuse and violence; they must be offered help and the opportunity of a better life.

As Europe's frontier on the Mediterranean, Italy has never shirked its key role in receiving migrants. This March, by a wide majority the Italian Senate, thanks to the fundamental contribution and support of my colleagues women Senate's members, voted in favor of a Law Bill to introduce measures that protect and safeguard unaccompanied foreign minors. For these children, the provisions ensure a ban on "push back", basic assistance and reception. The Bill places a special focus falls on two categories: victims of trafficking and minors who request international protection, including specialist psychosocial, healthcare and legal support, especially for the first category. The Law Bill ensures that the length of time minors spend in reception centres will be significantly reduced in favor of foster placement.

The pathway that Italy is mapping out for these minors is based on two factors: safeguarding the psychophysical health of these children as the weakest members of society, while at the same time setting them on a virtuous pathway towards social inclusion in Italy, saving them from a future of exclusion and difficulties that all too often can lead to crime and, as we have seen in recent years in Europe, fundamentalism and terrorism.

We have to think that migrants are a great resource for demographic declining countries as European countries are; so we have to consider these children as our compatriot in the future.



Women Political Leaders – Maternal health and refugee women – March 2017

Women Political Leaders – Maternal health and refugee women – March 2017

Women Political Leaders – Maternal health and refugee women – March 2017

Women Political Leaders – Maternal health and refugee women – March 2017

Speech by Her Excellency, Marie-Louise Coleiro Preca, President of Malta – Evening reception, March 20

It is my great pleasure to welcome you all to Sant' Anton Palace.

Dear Commissioner

Dear Minister

The Women Political Global Leaders Forum has come together to give visibility to the important issue of Maternal Health and Refugee Women.

Ahead of your contributions, Commissioner and Minister, I would like to share some reflections regarding our discussions.

To put this important issue in focus, as we have done at the beginning of our discussions this morning, I would like to remind us all that, according to last year's United Nations indicators, half of the world's 244 million migrants and half of the 19.6 million refugees, are women.

60% of the preventable maternal deaths take place in Humanitarian settings, while approximately 1 in 5 refugees or displaced women, have experienced sexual violence.

800 women worldwide, die every day due to lack of access to proper maternal health.

According to MSD for Mothers:

- 1 in 10 women in the European Union have no access to maternal health services in the first months of pregnancy
- Nearly 1800 maternal deaths occurred in Europe in 2015
- 54% of pregnant women in nine European countries, seen at Doctors of the World clinics, lacked access to Maternal Health Care and were living in poverty

I would also like to reiterate what MSD for Mothers has stated, and I quote:

"Equitable access to high-quality maternal healthcare should be a fundamental right for all women living in Europe. Unfortunately, the reality is different for millions of women who give birth in the European Union



each year. In a region characterized by free movement and differing health systems, the gaps in access to care result in health inequalities, including poor maternal health."

This is the setting to our discussions; a scenario that we cannot possibly ignore, if we, as Europeans, truly believe in women's rights as universal fundamental human rights.

We have come together as Women Political Leaders Global Forum to put forward constructive proposals and recommendations to the Commission and the Council of Health Ministers, of the European Union.

We want our outcomes of this Conference, in the form of a Declaration, to be taken up across our Europe.

This conference purposely coincides with the Informal Meeting of the European Union Health Ministers in Malta, with the hope that the issue of Maternal Health for all women, including migrant and refugee Women, is given the proper focus.

We believe that it is the time for us to call for practical action to be taken, by working in synergy together with all stakeholders, to ensure that the maternal health of all women, including migrant and refugee women, is effectively accessible and appropriate to one and all.

Commissioner Minister,

Our conference is evidence of our shared commitment:

- to ensure that the rights of every woman are respected;
- to ensure that our international commitment to protect all children is strengthened; and
- to ensure that we continue to uphold the value of human dignity, in all our laws and our policies.

Let us also remember our international commitment to the Sustainable Development Goals, and in this particular case, to SDG 3.1 which states that by 2030, we must reduce the global maternal mortality ratio to less than 70 per 100,000 live births.

Let me urge you, and all Members of the Council of Health Ministers of the European Union, to make Europe, a model of accessible and equitable maternal health care for the world.

Let me encourage you to make the health of each mother and her children, whoever they might be, a priority.

We must admit that despite the great progress we have made in Europe, we must do much more to address the inequalities and lacunae, which exist in our own maternal health systems across our Union.

I feel proud that my country upholds an equitable and accessible health care system for all Maltese and all those who make Malta their home.

Migrants and refugees in my country have full access to a completely free health care system, as much as the Maltese have.

Earlier today, we had the opportunity to share our knowledge with a number of experts in the field, who spoke of an impending long-term strategy, which should uphold an accessible and harmonized maternal health system in Europe.



**Speech by Vytenis Andriukatis, EU Commissioner of Health and Food Safety –
Evening reception, March 20**

Your Excellency Madam President,

Ministers,

Distinguished guests,

Thank you for giving me the honour of speaking to you this evening about the important issue of maternal health and in particular the health of refugee women.

First I would like to warmly thank our host, Madam President, and the Women in Parliament Global Forum, for bringing us together on this important issue.

Maternal health is about timely access to quality care, for every woman and every infant who needs it. I endorse the five pillars you have identified for maternal care: safety and quality, accessibility; efficiency; equity – particularly important for refugee women – and a person-centred approach to care.

I am pleased that the conference you held today followed up on discussions on maternal health linked to the Sustainable Development targets, which were held at the last Gastein Forum.

Indeed, the international community has agreed on worldwide maternal health targets to reduce maternal, neonatal and infant mortality. In the European Union overall we already achieve – and go beyond - such targets.

However, many challenges remain. Take, for example, the need to ensure that all children are vaccinated.

I want to see an end to the preventable deaths of babies and children from diseases for which vaccines are available. Yet we currently have an outbreak of measles in the EU – and sadly, a number of related deaths.

This is unacceptable, needless and tragic when there is an easy and reliable method of prevention at hand.

We also have the challenge of ensuring universal access to healthcare, reaching out to the most vulnerable, the excluded, the migrants and refugees, in particular mothers and small children.

In the last three years, millions of people left their home countries to seek a safe place to live. Some of these are now living in EU countries. And like all of us, they have health needs.

Entire families – men, women, children, elders – are fleeing war-zones, seeking safety, looking for a new life – free from fear and persecution.

I saw it myself when I went to the island of Lesbos in Greece; I was there when a small boat full of people – babies, small children, women – reached the shore.

I witnessed the suffering of women and infants: women being treated in mud tents with no electricity or medical equipment; babies with hypothermia caused by a dangerous sea crossing.

Helping refugees, finding solutions to the migration crisis, is a key European Union priority. The European Commission has taken a series of measures to address the situation, with a particular regard to health.

Last summer, the Commission proposed to revise EU law to enable refugees to access healthcare under the same conditions as national citizens of the State where they live; with particular attention to persons with special needs, such as pregnant women.

In addition, we proposed that all migrants who apply for refugee status are entitled to healthcare. These proposals are currently being discussed in the Council and the Parliament.

As regards maternal care, this is already covered by an international convention – the United Nations convention of the Rights of the Child.

All the EU Member States ratified the convention, which requires countries to ensure appropriate pre-natal and post-natal healthcare to mothers.

The law is one thing; the reality may be quite different.

Despite this International obligation, pregnant women within vulnerable groups encounter difficulties in accessing pre-natal and post natal healthcare; or they are just given emergency care and nothing else.

Gaining access to health services is not, of course, only a matter of legal rights. Migrants can face practical problems in accessing health services – such as dealing with unfamiliar systems or difficulties in communicating with healthcare staff.

Studies show that migrant mothers often experience worse pregnancy outcomes than resident women, and can suffer from discrimination and stress.

Social integration plays a major role on the wellbeing of refugee and migrant pregnant women, as well as on their postnatal health.

Risks such as low birth weight, pre-term delivery – even death at birth - are significantly reduced in countries with a strong integration policy.

For this reason, the Commission has developed an Action Plan on integration of third-country nationals and works with the Member States to channel all possible EU funds for health, and also for education and housing.

The EU has been working very hard to respond to the health needs of migrants.

We have been helping the national authorities in the Member States provide healthcare to migrants using the Asylum, Migration and Integration Fund – which can finance shelter, accommodation and healthcare.

Some Member States are using the Asylum Fund to finance projects on maternal care. For example, Poland is using such funds to inform migrant and refugee women about pregnancy and childcare; and Spain developed a series of projects to promote maternal and child health in migrant women.

In addition, the Commission provided substantial emergency funds to Greece, Italy and Bulgaria specifically to help these countries provide healthcare and medicines to migrants.

High-level Meeting on maternal health and refugee women
Malta, March 20-21



In Greece, for example, the Commission provided over 27 million to the Ministry of Health and over 88 million to the Ministry of Defence to help finance healthcare and medicines at refugee centres.

Through the small EU Health Programme, I have also been supporting NGOs and international organisations on the ground to help migrants' access healthcare.

- I am supporting the training of health mediators, most of them refugees themselves, who can support pregnant women in their contacts with health services. I had the opportunity to meet some mediators in Gastein last year.
- I am providing a grant to WHO to support clinical guidance to health professionals involved in work with migrants.
- I am financing the training of health professionals and social workers who provide healthcare and support to migrants.
- I am also giving grants to the International Organisation for Migration to use Patient Health Records to identify the health needs of migrants in Greece, Italy, Slovenia, and Croatia.
- Finally, I have recently launched a project on maternal health - Operational Refugee and Migrant Maternal Approach
- This project aims to promote safe motherhood, improve access and delivery of maternal healthcare for refugee and migrant women and improve health equality.

President, Ministers, Honourable Members,

I believe all people living in the EU should have access to the healthcare they need – regardless of their nationality, origins, or income.

Priority must be given to maternal health - to pregnant women, young mothers, babies and infants.

I will continue to appeal to national governments to do their outmost to meet the health needs of migrants and to pay particular attention to maternal health.

The Commission will continue to use all its legal and financial tools to help Member States in this regard.

Let us work together to ensure that each migrant mother and each infant receive the best possible healthcare in Europe.

Thank you.



Meeting in Malta on Maternal Health and Refugee Women OUTCOME DECLARATION

**Taking Effective Policy Action to Ensure Maternal Health
for Refugee and Migrant Women**
Malta, 20-21 March 2017

Under the Distinguished Patronage of Her Excellency, Marie-Louise Coleiro Preca, the President of Malta, a High-Level Meeting on Maternal Health and Refugee Women, hosted by the Women Political Leaders Global Forum, in partnership with MSD for Mothers, took place in Malta on 20 and 21 March 2017.

The High-Level meeting on Maternal Health and Refugee Women was convened to address the challenges migrant and refugee women face with regard to accessing high quality, affordable, timely and equitable maternal healthcare across Europe. Parliamentarians and Stakeholders attending the High-Level Meeting make the following outcome declaration:

- Maternal Health is an issue of Fundamental Human Rights, which must be applied equally, and equitably, to all;
- EU Member States are committed internationally to the UN Convention on the Rights of the Child, in particular art. 24 (d), which refers to appropriate pre-natal and post-natal health care for mothers;
- EU Member States are committed internationally to the Sustainable Development Goals, in particular to SDG 3.1, stating that the global maternal mortality ratio must be reduced to less than 70 per 100,000 live births by 2030;
- Although great progress has been made to reduce maternal mortality in Europe, there are still significant differences in the quality of, and access to, maternal healthcare across the Member States of the European Union, including for migrant and refugee women;
- In spite of positive developments, still today, 1 in 10 women in the European Union have no access to maternal health services in the first months of pregnancy, nearly 1800 maternal deaths occurred in Europe in 2015 and 54% of pregnant women seen at Doctors of the World clinics in nine European countries lack access to maternal healthcare and are living in poverty;
- Vulnerable groups such as migrant and refugee women are especially marginalised with regard to accessing maternal healthcare in Europe; taking in to account the root of the problem in countries of destination and transit which needs to be addressed as part of the EU external and development policy actions as well as in conditionality-based policies such as the European Neighbourhood Policy; also ensuring safer transit routes and a health system response to violence that occurs during transit;

- Synergies between Migration and Health Policy Agendas on EU level must be created and reinforced (for example, the inclusion of healthcare in the European Agenda on Migration) as currently these policies operate in silos, in order to create effective and coordinated strategies for the provision of high quality maternal healthcare for migrant and refugee women; better coordination between EU and national level is essential;

Under the Distinguished Patronage of Her Excellency, Marie-Louise Coleiro Preca, the President of Malta, Parliamentarians and Stakeholders attending the High-Level Meeting on Maternal Health and Refugee Women, urge the EU Commissioner on Health and Food Safety and all Members of the Council of Health Ministers of the European Union to:

- Make the health of every mother and her child, regardless of nationality, ethnicity, religion, culture, skills, physical or mental capacity or administrative status, a political priority in Europe;
- Make Europe a role model for high quality, accessible and equitable maternal healthcare, ensuring that maternal health is mainstreamed in all relevant policy discussions and legislation on migration and asylum, respecting the safety and dignity of all migrant and refugee women;
- Guarantee a supranational funding mechanism targeted at EU neighbourhood countries and EU Member States, ensuring the delivery of a free package of standard maternal healthcare developed with the EU Member States for every migrant and refugee woman; the package must take into consideration maternal health services, including ante and postnatal care, mental health care and provide essential supplies. The maternal healthcare package should be financed through a supranational funding mechanism, established through a EU level initiative, with the joint support of EU Member States, Private sector and Civil Society;
- Building on existing initiatives on data collection and expertise on current migration trends in Europe, develop a roadmap on Maternal Health and Migrant and Refugee Women to be implemented at EU level. The focus of the roadmap should be twofold: improved mechanisms and coordination for data collection and research on the maternal healthcare needs of migrant and refugee women, as well as improved data collection for digital medical records serving to improve intra EU-transit, while still protecting personal data privacy as a safeguard towards migration authorities;
- Based on the outcomes of the roadmap, develop a common EU approach using effective and relevant policy instruments to address high quality maternal healthcare in a holistic way, based on need not status, taking into account social determinants of health and ensuring physical, mental and economic safety.
- Launch a supra-national and national level information and awareness-raising campaign on maternal health focusing on migration as well as the benefits of inclusive societies, which targets the general public but also migrant and refugee women specifically, and is adapted for individual EU Member States;



- Ensure support actions for systematic and coordinated training of the health- and social care workforce in Member States, including aspects of cultural competence, and which is co-developed with migrant and refugee women; the training will also optimise the efficient finance and human resource coordination for specific programmes aimed at improving the situation of migrant and refugee women;

A handwritten signature in blue ink that reads "H.E. Marie-Louise Coleiro Preca".

H.E. Marie-Louise Coleiro Preca
President of Malta

A handwritten signature in blue ink that reads "Silvana Koch-Mehrin".

Silvana Koch-Mehrin
Founder of the Women Political
Leaders Global Forum