



21/03 jueves_Centre Flassaders

1. Ponencia "EL DUELO MIGRATORIO". Dr. Joseba Achotegui

El Dr. Achotegui es psiquiatra experto en duelo migratorio. Profesor titular de la Universidad de Barcelona. Autor de varios libros y articulista habitual de un blog en el diario *Público*. Describió el Síndrome de Ulises en el año 2002. Secretario general reelecto de la Sección de Psiquiatría Transcultural de la Asociación Mundial de Psiquiatría. Director del curso de posgrado Salud mental e intervenciones psicológicas con inmigrantes, minorías y personas excluidas sociales; director del SAPPIR (Servicio de Atención Psicopatológica y Psicosocial a Inmigrantes y Refugiados) del Hospital Pere Claver de Barcelona.

El objetivo de la ponencia es ofrecer una visión global sobre el duelo migratorio, ya que es una temática muy extensa. Se trata de profundizar en el conocimiento de los efectos de la migración en la salud de las personas que han realizado procesos migratorios. Hablaremos del Síndrome de Ulises, como el cuadro de la persona migrante con estrés crónico y múltiple.

Según el Dr. Achotegui, también hay que tener en cuenta otros aspectos de carácter sociológico que han hecho retroceder el fenómeno migratorio en los últimos años, entre otros:

- La criminalización de la migración. Ha pasado de ser un derecho a ser un delito.
- Es mucho más complicado emigrar en los últimos años.
- En realidad, la migración es mínima en comparación con el número de conflictos armados que existen en todo el mundo, en el momento actual.
- Es genera una alerta social que no se corresponde al índice real de personas migradas existente en el país.

Achotegui quiere remarcar que la migración es un fenómeno que ocurre desde los inicios de la historia de la humanidad. De alguna manera, por tanto, todos los humanos estamos

relacionados desde unas 7.000 generaciones antes. Así, la evolución demuestra que los humanos han migrado con éxito y para la supervivencia de la especie.

La migración es un cambio vital que lleva al duelo. Cuando éste no se puede elaborar en condiciones positivas, se puede llegar a un duelo extremo, al llamado Síndrome de Ulises. La vulnerabilidad no es en sí misma una causa de trastorno mental sino un factor de riesgo si el nivel de estrés es muy alto; es decir, si el medio de acogida es muy hostil. Migrar es, a la vez que un proceso físico y de movimiento, un viaje interior.

Hoy en día migrar se ha convertido para millones de personas en un proceso que implica niveles de estrés tan intensos que llegan a superar la capacidad de adaptación de los seres humanos. Actualmente el proceso de migración se da, más que en circunstancias difíciles, en circunstancias extremas. Además, el Mediterráneo se ha convertido en una gran barrera, en una gran frontera que dificulta aún más su proceso.

Según el Dr. Achotegui, se señalan 3 grandes diferencias entre las migraciones anteriores al siglo XXI y las actuales:

- Las rupturas familiares son muy importantes. Ya no migran familias enteras, sino que migran hombres, mujeres, incluso niños, pero ya no viajan juntos.
- Existe una exclusión social estructural. Las personas migradas sufren una radical ausencia de oportunidades.
- Tendencia a la criminalización de las personas migradas. Migrar se considera un delito. Se ha pasado del concepto de derecho a migrar al delito de migrar.

El estrés y el duelo migratorio tienen características diferentes que lo diferencian de otros duelos:

- El duelo parcial: cuando existe la posibilidad de regresar un día al lugar de origen.
- El dolor recurrente: cuando los procesos de elaboración de la separación funcionan de manera recurrente; es fácil reavivar los vínculos con el país de procedencia.
- El duelo vinculado: dirigido hacia aspectos infantiles muy arraigados. Cuando la persona migra, ya está condicionada por lo que ha vivido en su infancia y puede tener dificultades para adaptarse plenamente a la nueva situación.
- El duelo múltiple: se habla en realidad de 7 grandes duelos:
 1. La familia y los amigos
 2. El idioma
 3. La cultura (costumbres, religión, valores)
 4. El territorio (paisaje, colores, olores...)
 5. El estatus social (situación administrativa, trabajo, vivienda, posibilidades de ascenso social...)
 6. El contacto con el grupo étnico
 7. Los riesgos para la integridad física (viajes peligrosos, riesgo de expulsión, indefensión...)
- Afecta a la identidad: La multiplicidad de aspectos que supone la elaboración del duelo migratorio da lugar a profundos cambios en la personalidad del migrante, hasta el punto de que modifican su propia identidad.

- Conlleva una regresión psicológica: La persona migrada puede tener tendencia a sentirse abrumada e insegura, y a adoptar actitudes regresivas, más infantiles y menos autónomas.
- La elaboración del duelo migratorio tiene lugar en una serie de etapas.
- La elaboración del duelo utiliza una serie de defensas psicológicas y errores en el procesamiento de la información.
- Se da una ambivalencia hacia el país de origen y el país de acogida.
- Afecta también a las personas autóctonas y a los que se quedan en el país de origen.
- El retorno de la persona migrada es una nueva migración.
- Es un duelo transgeneracional.

En cualquier caso, si no se puede elaborar el duelo y no se puede disfrutar de las ventajas del proceso migratorio, hablaríamos de duelo extremo. Los niveles de estrés tan intensos que implica el proceso migratorio pueden llegar a superar las capacidades de adaptación de los seres humanos. Nunca se habían dado situaciones tan dramáticas como las actuales y, sin embargo, existe una gran deshumanización al abordar las migraciones de hoy en día.

El Síndrome de Ulises es un cuadro reactivo de estrés ante situaciones de duelo migratorio extremo que no poder ser elaboradas. Los estresores más importantes que determinan el Síndrome de Ulises son: la separación forzada de la familia, de los seres queridos, que supone una ruptura del instinto de afección y provoca soledad forzada; el sentimiento de desesperanza por el fracaso del proyecto migratorio y la ausencia de oportunidades; la lucha por la supervivencia (alimentarse, un techo donde vivir); el miedo, el terror que viven en los viajes migratorios, las amenazas de las mafias, de la detención y la expulsión, o la indefensión por el hecho de no tener derechos. La seguridad, entendida como un hecho muy importante, ya que una persona no es libre si no se puede sentir segura.

Estos estresores se ven incrementados por factores como la cronicidad, el sentimiento de indefensión y la impotencia, la ausencia de autoeficacia y los déficits en las redes de apoyo. Además, con frecuencia, el sistema sanitario y asistencial no atiende adecuadamente este síndrome, ya que se dan casos en que los profesionales banalizan esta problemática, por desconocimiento o por insensibilidad. A veces, este cuadro tampoco se diagnostica adecuadamente como un cuadro reactivo de estrés y se tratan las personas migradas como enfermos depresivos, psicóticos, somáticos... Así, en estos casos, el sistema sanitario puede actuar como un nuevo estresor para las personas migradas.

El Síndrome de Ulises se describe por primera vez en 2002, a raíz del cierre de fronteras del año 2000. Es un cuadro reactivo de estrés ante situaciones de duelo migratorio extremo que no poder ser elaboradas. La sintomatología propia incluye estrés muy intenso, tristeza y llantos, insomnio, migraña, confusión, etc. A esta sintomatología, se le añade, en muchos casos, una interpretación basada en la cultura del mismo sujeto. Se hace necesario en cualquier caso respetar la cultura de la persona migrante en la interpretación de la sintomatología. Se dan muchos casos de personas con sintomatología que no acuden a la consulta especialista por miedo o por desconocimiento.

Hay que tener presente un diagnóstico diferencial, el Síndrome de Ulises no es una enfermedad; es un cuadro reactivo de estrés ante situaciones de duelo migratorio extremo

que no pueden ser elaboradas. Plantear la denominación de Síndrome de Ulises contribuye a evitar que estas personas migradas, por no existir un concepto para identificar su problemática, sean víctimas de la desvalorización de sus padecimientos, que se les diga que no tienen nada, aunque sufren numerosos síntomas. Por otra parte, existe el peligro de que sean incorrectamente diagnosticadas como enfermos depresivos o como personas con trastornos adaptativos o con trastorno por estrés postraumático.

El Síndrome de Ulises se encuentra inmerso en el área de la prevención sanitaria y psicosocial más que en el área de tratamiento, y la intervención deberá ser de tipo psicoeducativo y de contención emocional. Al 15% del grueso de personas migradas que acude a consulta médica, se le diagnostica Síndrome de Ulises, pero se calcula que estos datos solo son la punta del iceberg.

Así como existen escalas que permiten diagnosticar si una persona sufre depresión u otra enfermedad psicológica, también existe una escala para determinar si la persona migrante presenta el Síndrome de Ulises. La escala de Ulises cuenta con dos ejes de medición: vulnerabilidad y estresores.

La vulnerabilidad se refiere a las características de la persona que migra. Por ejemplo, si la persona está sana o enferma, si habla el idioma del lugar de destino o no, si migra en situación regular o no, etc. Estas características hacen que la persona sea más o menos vulnerable en el momento de migrar y, por lo tanto, determinan los riesgos que corre su salud mental. Es básico establecer criterios de delimitación de todo aquello que puede favorecer que el individuo tenga dificultades en la migración.

Los estresores son las circunstancias que afectan a las personas después de migrar. Es muy importante analizar en el sujeto evaluado qué dificultades ha vivido en el proceso migratorio, partiendo de la base de que, con mayores dificultades, mayor riesgo.

Tanto la vulnerabilidad como los estresores pueden ser simples, complicados o extremos. Los simples son lo que se dan en buenas condiciones y pueden ser elaborados adecuadamente. En los complicados existen serias dificultades para la elaboración del duelo migratorio, aunque también es posible elaborarlo. En los casos de extremos, las dificultades son tan grandes que no es posible elaborar el duelo migratorio.

El test del Kayak evalúa específicamente las estrategias de afrontamiento del estrés y de la elaboración del duelo. Permite medir la intensidad de los mecanismos tanto sanos como patológicos, estructurados en 24 posibilidades de evaluación. El planteamiento del test se basa en la idea de un equilibrio entre los diferentes mecanismos, considerados desde el modelo evolucionista como estrategias de adaptación.

2. Taller "EL DUELO MIGRATORIO EN LOS MAPAS CORPORALES DE LAS MUJERES". *Sra. Alejandra González*

Alejandra González es una profesional comprometida durante años con la población migrada y, específicamente, con las mujeres migradas. Actualmente es técnica de

participación social y ciudadanía y la responsable de la sede territorial de las Islas Baleares de Alianza por la Solidaridad.

Es antropóloga con experiencia en la investigación social cualitativa y enfoques feministas y decoloniales. Ha participado en proyectos que involucran poblaciones migrantes, étnicas, campesinas, y mujeres en territorios fronterizos con alta dispersión geográfica. Su trayectoria en activismos académicos en estudios relacionados con la equidad en salud y la salud colectiva la motivó a transitar en el ámbito de la educación para la transformación social y la cooperación internacional social.

Alianza por la Solidaridad es una ONG que ya lleva años desarrollando procesos y actividades en España. También tiene presencia en otros países como Colombia o Senegal, con proyectos con un enfoque feminista. Desarrolla proyectos de cooperación internacional y de educación para la transformación social enfocados a la sensibilización y a desarrollar política en los territorios donde actúa.

Esta es la historia reciente de los mapas corporales, desde 2001 hasta hoy:

- El psicólogo Jonathan Morgan creó en 2001 este proyecto de Memory Box Project en la Universidad de Cape Town para ayudar a las mujeres seropositivas a documentar sus vidas. Arterapia para mujeres seropositivas.
- En el año 2008 la artista sudafricana Jane Solomon adaptó el mapeo corporal como método de terapia artística a través del cual las mujeres seropositivas usaban imágenes y palabras para narrar su historia.
- En 2009 se hizo el proyecto de investigación, creado por Denise Gastaldo, Christine Carrasco y Lilian Magalhães.
- En 2016 Shirley Gunn creó el Mapaje corporal para el soporte comunitario: caja de herramientas.
- En 2019 Lilian Magalhães y Denise Gastaldo hicieron los mapas corporales narrados; delineante y contando historias corporales en búsqueda del cambio social y económico.

Usos del mapeo según Solomon:

- Herramienta terapéutica, de concienciación, de investigación, bibliográfica, de creación artística, de diálogo internacional...
- La práctica de la investigación como ejercicio político: para promover el cambio social (feminismo decolonial).

La ponente explica "Voces de las mujeres", proyecto participativo para el análisis y la priorización de impactos generados por la crisis de la covid en mujeres en situación migratoria irregular en Mallorca. La muestra está realizada con la participación de 15 mujeres en total. El primer grupo está constituido por 10 mujeres mayores de edad, residentes en Mallorca, cuyo origen/la nacionalidad es un país del sur global, que se encuentran en situación migratoria irregular en el momento de participar en la investigación. Además, son mujeres que ejercen trabajo reproductivo y de cuidado informal con hogares monoparentales y/o con familias dependientes en sus países de origen.

Los mapas corporales narrados se definen como imágenes corporales de tamaño natural creadas a partir del dibujo, la pintura u otras técnicas basadas en el arte. La elaboración del mapa va acompañada de 3 entrevistas para reflexionar sobre la experiencia migratoria, la vida como trabajadora indocumentada durante la pandemia y sus estrategias de afrontamiento. Toda la información sobre el proyecto, la podemos encontrar en la web <https://mamigra.uib.es/>.

Una vez explicado, el público se distribuye y va observando los diferentes mapas corporales expuestos por la sala. Se crea una interacción entre los participantes del taller, observadores de los mapas, que van comentando lo que estos les sugieren. También se hacen preguntas a la ponente y a los colaboradores del proyecto que se encuentran en la sala.

Finalmente, los asistentes vuelven a sus asientos y se ponen en común las observaciones, con el acompañamiento de la conductora del taller. Se crea un debate en el que se exponen las emociones y el impacto que generan los mapas corporales, pensando qué nos quieren transmitir.

3. Mesa redonda "EXPERIENCIAS"

Yetli Hernández, Daniella Nicholl Bandrés y Stella Mosquera. Modera Eddie Ramírez, agente de cambio de Médicos del Mundo.

Introducción con la proyección del corto *nivel de cambio*, realizado por Médicos del Mundo.

En la mesa se cuenta con la participación de personas migradas, que compartirán su sentir hacia el duelo propio.

Stella M., mujer, colombiana. Explica su experiencia desde el punto de vista de persona racializada, con el estigma que esto puede tener en el mismo país de procedencia, y posteriormente en España. Afronta el proceso migratorio tras la pérdida de su esposo e hijo, asesinados. Expone la necesidad de salir adelante, de cómo tuvo que "titularizar" su profesión (ella es cocinera) al llegar a España, la de chef de cocina, y cómo la afectó el hecho de tener que justificar sus conocimientos.

Yetlanezi H., *Yetli* es su diminutivo; mujer, mexicana. Residente en Palma desde hace 5 años. Expone el duelo que sufrió hacia el activismo. Había sido una persona muy activa en su país, en contacto con muchos movimientos sociales y perteneciente a diferentes asociaciones, y explica cómo tuvo que volver a empezar este camino una vez llegó. También manifiesta la sensación de vivir la experiencia de ser una persona racializada, de lo cual no tenía conciencia. El próximo mes de junio termina el Grado de Desarrolladora Comunitaria, Feminista Decolonial y Activista Social.

Daniela N. B., mujer, peruana. Desde casi siempre, inmigrante y ciudadana de muchos lugares. Integradora social de profesión. Con 30 años, explica el duelo migratorio desde el punto de vista de una niña que ha vivido un proceso de reagrupación. En primer lugar, experimenta la separación de su madre, quien deja el hogar para iniciar la aventura migratoria, y cómo, después de ocho años de vivir separadas, es ella quien deja el país de procedencia para venir a España. Después experimenta duelo migratorio a nivel de grupo de

iguales, el estigma por el hecho del acento (diferente por primera vez en su vida) y también expone, como una de las consecuencias, el hecho de haber tenido que asumir roles que no correspondían a su edad, por haber tenido que hacer trabajo precozmente, en el ámbito de los cuidados.

22/03 viernes_UIB

Ponencia “DEL PRIVILEGIO BLANCO A LOS APRENDIZAJES DESDE EL ANTIRRACISMO”. María Fernández

María Fernández ha trabajado en el ámbito de la protección de la infancia y la adolescencia. Cuenta también con una amplia trayectoria dentro del activismo. Actualmente participa en Mil Colinas, ONGD que nació en 2011, con el objetivo de fomentar un desarrollo humano que, a través de la educación y la cultura, luche por la justicia social. Se trata de una asociación con algunos años de trayectoria, enfocada a la cooperación con Ruanda, país con un marco de dictadura militar y un genocidio reciente, y a realizar acciones de sensibilización antirracista.

Su misión es promover acciones educativas, sociales y culturales desde los pueblos de Ruanda y España para generar cambios orientados a favorecer un desarrollo comunitario, humano y sostenible. La sede de Mil Colinas en España se encuentra en Madrid, donde realiza la mayoría de sus actividades, aunque también se actúa en otras ciudades y pueblos. La sede en Ruanda se encuentra en Rukara, una población rural en el noreste del país, donde se encuentra el Centro Educativo Social y Cultural en el que realiza actividades con niñas, niños, jóvenes y familias, así como de participación comunitaria. El equipo en Ruanda se llama Urubuto.

Su visión es creer en una educación integral y transformadora que contribuya a alcanzar la justicia social y que permita a los pueblos ejercer plena y libremente sus derechos y tener una vida digna.

Se pone mucho énfasis en la necesidad de hacer un ejercicio de introspección en torno a la influencia en el subconsciente colectivo de la sociedad occidental a la que pertenecemos, alimentada por aspectos de herencia cultural con discursos xenófobos o reduccionistas, en cuanto a las diferencias entre los grupos humanos, sobre todo basadas en sus características físicas, manteniendo la discriminación fundamentada en clasificaciones retrógradas, todavía existentes. También se reflexiona sobre cómo se debe posicionar la intervención en cooperación internacional y cuáles deben ser sus posicionamientos, teniendo en cuenta que partimos de la base de la hegemonía blanca y su privilegio.

Se definen los conceptos de violencia, racismo, raza, la pirámide del odio.

No podemos hablar de racismo sin hablar de historia. 12,5 millones de personas esclavizadas forman parte de la historia. El racismo no es una cuestión moral, sino un problema

estructural; su justificación es una forma de violencia. Hay que visibilizar la verdad, la justicia y la reparación.

La pirámide del odio es una figura que clasifica diferentes niveles de discurso y delitos de odio. En ella se catalogan diferentes tipos de actitudes y actos que crecen en complejidad desde la base hasta su cúspide.

También se ha hablado de cómo nos atraviesan las diferentes intersecciones según las teorías de Kimberlé Crenshaw.

Otro factor para tener en cuenta es la influencia de cómo nos cuentan la historia. Las fronteras en el continente africano hablan por sí solas; la representación del mapa, que no corresponde a la escala real, sino que se representa como un continente más pequeño. El colonialismo intenso que las naciones europeas impusieron en África provocó que su proyección política, y por lo tanto también visual, hacia el resto del planeta no fuera importante. El mapa que diseñó Mercator podría haber tenido una proyección meramente comercial, pero el resto de la humanidad se encargó de pensar África en términos disminuidos. Fue un empequeñecido fruto tanto de las necesidades técnicas de la cartografía como de la ideología que se alimentó.

Finalmente, se hacen diferentes recomendaciones:

- Toni Morrison, seudónimo de Chloe Ardelia Wofford, fue una novelista, ensayista, editora y profesora, ganadora del Premio Pulitzer en 1988 y del Premio Nobel de Literatura en 1993. Importante ejemplo de cómo utilizamos el lenguaje: las definiciones pertenecen a los definidores, no a las personas definidas.
- Desirée Bela-Lobedde, escritora y comunicadora española afrodescendiente, activista antirracista y feminista. Columnista del periódico *Público.es* y autora del libro *Ser mujer negra en España*.

1. ISABELLA. Microteatro social y coloquio sobre el tráfico con finalidad de explotación sexual

Sinopsis: microteatro basado en una historia real. Isabella es una alegoría colombiana que tiene veinte años, pero su vida se detuvo cuando tenía doce. De niña, tenía muchos sueños para cumplir. Quería estudiar, tener un trabajo, comprar una casa y compartirla con su propia familia. Ahora solo desea esconderse en la habitación más pequeña del club para dejar pasar las horas y huir de la realidad. La prostitución, la violencia y el tráfico con finalidad de explotación sexual forman parte de su día a día, aunque ella todavía no lo tiene muy claro. A raíz de todo esto ha ido perdiendo su identidad y ya no sabe quién es. Durante estos veinte minutos conoceremos su historia y entenderemos cómo es que ha acabado dentro de un club de Palma haciendo "masajes".

Isabella es una historia de vida concreta que habla de millones de historias de mujeres reales, que por desgracia se han visto dentro de la prostitución y el tráfico. A partir de este testimonio queremos mostrar una realidad que sufre nuestra sociedad y de la que

normalmente no se habla. La prostitución es hoy en día la segunda industria del mundo económicamente más potente, sólo superada por las drogas. Con *Isabella* queremos dejar de poner el foco únicamente en las víctimas y empezar a prevenir a los futuros consumidores. Una de las mejores maneras de erradicar la prostitución es con la educación. Por este motivo, tras la representación, se hace un coloquio interactivo, moderado por Xisca Monserrat, trabajadora social que ha pasado más de seis años acompañando en procesos de tráfico y prostitución.

Finalmente, se lee un poema de una víctima de tráfico de una red nigeriana y se reflexiona sobre la abolición de la prostitución, sobre el duelo y las dificultades de acceso a la salud de las mujeres explotadas. En el coloquio final se habla de los estereotipos de la mujer prostituida, de lo que la sociedad piensa y de lo que realmente es, y que se opone, sobre todo, al mito de la libre elección.

2. Mesa redonda "PROGRAMAS QUE TRABAJAN PARA LA ATENCIÓN DE LAS PERSONAS DENTRO DEL MARCO DE LA DIGNIDAD Y LOS DERECHOS HUMANOS"

ODAS_Observatori de l'Accés a la Salut de Metges del Món. Sra. M. José Fernández

Cree Roja_Programa Salud, Socorro y Medio Ambiente. Sra. Victòria Avellà

Modera: Sra. Cristina Moreno. Decana de la Facultad de Enfermería y Fisioterapia (UIB)

Se inicia la mesa con la intervención de la profesional de Cruz Roja, que explica cómo se hace la primera respuesta en emergencias con población inmigrante.

Si revisamos la evolución de los últimos años de las acogidas de personas que han llegado en patera desde 2007, en los que llegó el primer barco rescatado en aguas de Malta, hasta 2017, se ha dado un aumento de las de entre 16 y 30 años; en total 307. El año 2019 comienza una cierta preocupación por el crecimiento de este fenómeno, hasta que, en el año 2020, postconfinamiento, llegaron 1.452 personas y Mallorca e Ibiza se consolidaron como puntos de llegada. Entre 2021 y 2023 llegan unas 2.500 personas/año.

Los equipos de emergencia son equipos consolidados, multidisciplinares. El tipo de atención que se presta en primer lugar es la evaluación y la asistencia sanitaria. En segundo lugar, la cobertura de necesidades básicas: alimentación e hidratación; en tercer lugar, el análisis de vulnerabilidades, la mediación y el restablecimiento de contacto familiar.

La activación se suele realizar a través de la Guardia Civil o Salvamento Marítimo, que son los encargados de dar la primera información sobre el número de personas y el perfil. Según el protocolo, según el número de personas que se prevé, se realiza el dimensionado material y del equipo (jefe de equipo, personal sanitario, mediación e intérpretes), atención más allá de la primera respuesta (equipo de traslado, CAED Centro de Estancia Temporal de Emergencia).

Algunos datos a tener en cuenta:

Últimos 5 años (2019-2023): 9.062 personas. 545 intervenciones con 350 personas voluntarias.

Perfil: 84% de magrebí, 15% de África del Sud. De cada vez llegan más familias; el número de mujeres también aumenta. Si bien suelen llegar a través de Argel, se encuentran con personas que provienen de Bangla Desh, Somalia, Guinea Conakry, Mali, Benín; incluso se dio el caso de una persona china. Se identifican diferentes perfiles de pasteras; es decir, con grados de vulnerabilidad diferentes.

Lo más importante es la humanización del trato.

Explica que no se hacen devoluciones en caliente. Antes los hombres iban a un CIE. Actualmente, la mayoría de personas están de paso. Se detectan menores no acompañados, cada vez más jóvenes, entre 11-12 y 17 años.

La profesional de Médicos del Mundo continúa con un repaso de la normativa en asistencia sanitaria; se comenta la desinformación que tienen los usuarios sobre el derecho a la salud y las graves consecuencias de no poder ser atendidos. Además, se explican los diferentes datos que ha recogido la entidad durante los últimos años, en los que se pueden ver las principales barreras para acceder a la tarjeta sanitaria. Se destaca que se han encontrado casos en los que se retira la tarjeta sanitaria a personas con NIE por formación.

Una vez terminadas las diferentes intervenciones, se inicia un debate entre los participantes en el que se habla sobre los diferentes problemas de acceso al sistema de salud para las personas migradas, tanto en condición administrativa regular como para las que se encuentran en situación irregular, y es el empadronamiento el primer escalón problemático. Algunos profesionales apuntan que existe una tendencia durante los últimos años a privatizar el sistema de salud, ofreciendo seguros a las personas en situación administrativa irregular en forma de convenios de acceso al Ib-salut. Se explica que en determinados centros de salud hacen un uso más restrictivo de la ley, dependiendo de la voluntad de los profesionales que trabajan en ella. Por otro lado, desde el servicio público de salud se ha creado el servicio POAAS, para poder dar soluciones a estas cuestiones, pero igualmente detectan que no se da respuesta a todas las necesidades.

Conclusiones

El contenido de estos talleres, jornadas, ponencias o actividades ha revelado la dificultad de acceso al derecho de la salud de las personas migradas. Además, es evidente la correlación entre mayor grado de vulnerabilidad (situación administrativa irregular, recién llegados, mujer, etc.) y la mayor dificultad de acceso.

El esfuerzo realizado por parte de las entidades sociales para asegurar un acceso equitativo al sistema de salud no se ve acompañado por las instituciones, las cuales, mediante una visión restrictiva de la ley, no son facilitadoras.

No podemos olvidar que la legislación internacional y los convenios firmados, como la Declaración universal de los derechos humanos, apuntan hacia otra dirección.