



21/03 dijous_Centre Flassaders

1. Ponència "EL DOL MIGRATORI". Dr. Joseba Achotegui

El Dr. Achotegui és psiquiatre expert en dol migratori. Professor titular de la Universitat de Barcelona. Autor de diversos llibres i articulista habitual d'un blog al diari *Público*. Va descriure la Síndrome d'Ulisses l'any 2002. Secretari general reelecte de la Secció de Psiquiatria Transcultural de l'Associació Mundial de Psiquiatria. Director del curs de postgrau Salut mental i intervencions psicològiques amb immigrants, minories i persones excloses socials; director del SAPPIR (Servei d'Atenció Psicopatològica i Psicosocial a Immigrants i Refugiats) de l'Hospital Pere Claver de Barcelona.

L'objectiu de la ponència és oferir una visió global sobre el dol migratori, ja que és una temàtica molt extensa. Es tracta d'aprofundir en el coneixement dels efectes de la migració en la salut de les persones que han realitzat processos migratoris. Hi parlarem de la Síndrome d'Ulisses, com el quadre de la persona migrant amb estrès crònic i múltiple.

Segons el Dr. Achotegui, també cal tenir en compte altres aspectes de caire sociològic que han fet retrocedir el fenomen migratori en els darrers anys, entre d'altres:

- La criminalització de la migració. Ha passat de ser un dret a ser un delictes.
- És molt més complicat emigrar en els darrers anys.
- En realitat, la migració és mínima en comparació amb el nombre de conflictes armats que hi ha arreu del món, en el moment actual.
- Es genera una alerta social que no es correspon a l'índex real de persones migrades existent al país.

Achotegui vol remarcar que la migració és un fenomen que ocorre des dels inicis de la història de la humanitat. D'alguna manera, per tant, tots els humans estam relacionats des d'unes 7.000 generacions abans. Així, l'evolució demostra que els humans han migrat amb èxit i per a la supervivència de l'espècie.

- ❖ La migració és un canvi vital que du al dol. Quan aquest no es pot elaborar en condicions positives, es pot arribar a un dol extrem, a l'anomenada Síndrome d'Ulisses. La vulnerabilitat no és en si mateixa una causa de trastorn mental sinó un factor de risc si el nivell d'estrès és molt alt; és a dir, si el medi d'acollida és molt hostil. Migrar és, a la vegada que un procés físic i de moviment, un viatge interior.
- ❖ Avui en dia migrar s'ha convertit per a milions de persones en un procés que implica nivells d'estrès tan intensos que arriben a superar la capacitat d'adaptació dels éssers humans. Actualment el procés de migració es dona, més que en circumstàncies difícils, en circumstàncies extremes. A més, la Mediterrània s'ha convertit en una gran barrera, en una gran frontera que en dificulta encara més el procés.

Segons el Dr. Achotegui, s'assenyalen 3 grans diferències entre les migracions anteriors al segle XXI i les actuals:

- Les ruptures familiars són molt importants. Ja no migren famílies senceres, sinó que migren homes, dones, fins i tot infants, però ja no viatgen junts.
- Existeix una exclusió social estructural. Les persones migrades pateixen una radical absència d'oportunitats.
- Tendència a la criminalització de les persones migrades. Migrar es considera un delicte. S'ha passat del concepte de dret a migrar al delicte de migrar.

L'estrès i el dol migratori tenen característiques diferents que el diferencien d'altres dols:

- El dol parcial: quan existeix la possibilitat de retornar un dia al lloc d'origen.
- El dol recurrent: quan els processos d'elaboració de la separació funcionen de manera recurrent; és fàcil reavivar els vincles amb el país de procedència.
- El dol vinculat: dirigit cap a aspectes infantils molt arrelats. Quan la persona migra, ja està condicionada pel que ha viscut en la seva infància i pot tenir dificultats per a adaptar-se plenament a la nova situació.
- El dol múltiple: es parla en realitat de 7 grans dols:
 1. La família i els amics
 2. La llengua
 3. La cultura (costums, religió, valors)
 4. La terra (paisatge, colors, olors...)
 5. L'estatus social (situació administrativa, treball, habitatge, possibilitats d'ascens social...)
 6. El contacte amb el grup ètnic
 7. Els riscos per a la integritat física (viatges perillosos, risc d'expulsió, indefensió...)
- Afecta la identitat: La multiplicitat d'aspectes que suposa l'elaboració del dol migratori dona lloc a profunds canvis en la personalitat del migrant, fins al punt que modifiquen la seva pròpia identitat.
- Comporta una regressió psicològica: La persona migrada pot tenir tendència a sentir-se aclaparada i insegura, i a adoptar actituds regressives, més infantils i menys autònomes.
- L'elaboració del dol migratori té lloc en una sèrie d'etapes.

- L'elaboració del dol utilitza una sèrie de defenses psicològiques i errors en el processament de la informació.
- Es dona una ambivalència cap al país d'origen i el país d'acollida.
- Afecta també les persones autòctones i els que es queden al país d'origen.
- El retorn de la persona migrada és una nova migració.
- És un dol transgeneracional.

En qualsevol cas, si no es pot elaborar el dol i no es pot gaudir dels avantatges del procés migratori, parlariem de dol extrem. Els nivells d'estrès tan intensos que implica el procés migratori poden arribar a superar les capacitats d'adaptació dels éssers humans. Mai s'havien donat situacions tan dramàtiques com les actuals i, això no obstant, existeix una gran deshumanització en abordar les migracions d'avui dia.

La Síndrome d'Ulisses és un quadre reactiu d'estrès davant situacions de dol migratori extrem que no poder ser elaborades. Els estressors més importants que determinen la Síndrome d'Ulisses són: la separació forçada de la família, dels éssers estimats, que suposa una ruptura de l'instint d'afecció i provoca soledat forçada; el sentiment de desesperança pel fracàs del projecte migratori i l'absència d'oportunitats; la lluita per la supervivència (alimentar-se, un sostre on viure); la por, el terror que viuen en els viatges migratoris, les amenaces de les màfies, de la detenció i l'expulsió, o la indefensió pel fet de no tenir drets. La seguretat, entesa com un fet molt important, ja que una persona no és lliure si no es pot sentir segura.

Aquests estressors es veuen incrementats per factors com la cronicitat, el sentiment d'indefensió i la impotència, l'absència d'autoeficàcia i els dèficits en les xarxes de suport. A més, amb freqüència, el sistema sanitari i assistencial no atén adequadament aquesta síndrome, ja que es donen casos en què els professionals banalitzen aquesta problemàtica, per desconeixement o per insensibilitat. De vegades, aquest quadre tampoc no es diagnostica adequadament com un quadre reactiu d'estrès i es tracten les persones migrades com a malalts depressius, psicòtics, somàtics... Així, en aquests casos, el sistema sanitari pot actuar com un nou estressor per a les persones migrades.

La Síndrome d'Ulisses es descriu per primera vegada el 2002, arran del tancament de fronteres de l'any 2000. És un quadre reactiu d'estrès davant situacions de dol migratori extrem que no poder ser elaborades. La simptomatologia pròpia inclou estrès molt intens, tristesa i plors, insomni, migranya, confusió, etc. A aquesta simptomatologia, se li afegeix, en molts de casos, una interpretació basada en la cultura del mateix subjecte. Es fa necessari en qualsevol cas respectar la cultura de la persona migrant en la interpretació de la simptomatologia. Es donen molts de casos de persones amb simptomatologia que no acudeixen a la consulta especialista per por o per desconeixement.

Cal tenir present un diagnòstic diferencial, la Síndrome d'Ulisses no és una malaltia; és un quadre reactiu d'estrès davant situacions de dol migratori extrem que no poden ser elaborades. Plantejar la denominació de Síndrome d'Ulisses contribueix a evitar que aquestes persones migrades, per no existir un concepte per a identificar la seva problemàtica, siguin víctimes de la desvalorització dels seus patiments, que se'ls digui que no tenen res, malgrat que pateixen nombrosos símptomes. Per altra banda, hi ha el perill

que siguin incorrectament diagnosticades com a malalts depressius o com a persones amb trastorns adaptatius o amb trastorn per estrès posttraumàtic.

La Síndrome d'Ulisses es troba immersa en l'àrea de la prevenció sanitària i psicosocial més que en l'àrea de tractament, i la intervenció haurà de ser de tipus psicoeducatiu i de contenció emocional. Al 15% del gruix de persones migrades que acudeix a consulta mèdica, se li diagnostica Síndrome d'Ulisses, però es calcula que aquestes dades només són la punta de l'iceberg.

Així com existeixen escales que permeten diagnosticar si una persona pateix depressió o una altra malaltia psicològica, també existeix una escala per a determinar si la persona migrant presenta la Síndrome d'Ulisses. L'escala d'Ulisses compta amb dos eixos de mesurament: vulnerabilitat i estressors.

La vulnerabilitat es refereix a les característiques de la persona que migra. Per exemple, si la persona està sana o malalta, si parla l'idioma del lloc de destinació o no, si migra en situació regular o no, etc. Aquestes característiques fan que la persona sigui més o menys vulnerable en el moment de migrar i, per tant, determinen els riscos que corre la seva salut mental. És bàsic establir criteris de delimitació de tot allò que pot afavorir que l'individu tingui dificultats en la migració.

Els estressors són les circumstàncies que afecten les persones després de migrar. És molt important analitzar en el subjecte avaluat quines dificultats ha viscut en el procés migratori, partint de la base que, amb majors dificultats, major risc.

Tant la vulnerabilitat com els estressors poden ser simples, complicats o extrems. Els simples són el que es donen en bones condicions i poden ser elaborats adequadament. En els complicats existeixen serioses dificultats per a l'elaboració del dol migratori, encara que també és possible elaborar-lo. En els casos d'extrems, les dificultats són tan grans que no és possible elaborar el dol migratori.

El test del Kayak avalua específicament les estratègies d'afrontament de l'estrès i de l'elaboració del dol. Permet mesurar la intensitat dels mecanismes tant sans com patològics, estructurats en 24 possibilitats d'avaluació. El plantejament del test es basa en la idea d'un equilibri entre els diferents mecanismes, considerats des del model evolucionista com a estratègies d'adaptació.

2. Taller "EL DOL MIGRATORI EN ELS MAPES CORPORALS DE LES DONES". *Sra. Alejandra González*

Alejandra González és una professional compromesa durant anys amb la població migrada i, específicament, amb les dones migrades. Actualment és tècnica de participació social i ciutadania i la responsable de la seu territorial de les Illes Balears d'Aliança per la Solidaritat.

És antropòloga amb experiència en la investigació social qualitativa i enfocaments feministes i decolonials. Ha participat en projectes que involucren poblacions migrants, ètniques, pageses, i dones en territoris fronterers amb alta dispersió geogràfica. La seva trajectòria en activismes acadèmics en estudis relacionats amb l'equitat en salut i la salut col·lectiva la va

motivar a transitar en l'àmbit de l'educació per a la transformació social i la cooperació internacional social.

Aliança per la Solidaritat és una ONG que ja fa anys que desenvolupa processos i activitats a Espanya. També té presència en altres països com Colòmbia o Senegal, amb projectes amb un enfocament feminista. Desenvolupa projectes de cooperació internacional i d'educació per a la transformació social enfocats a la sensibilització i a desenvolupar política als territoris on actua.

Aquesta és la història recent dels mapes corporals, des de 2001 fins avui:

- El psicòleg Jonathan Morgan va crear el 2001 aquest projecte de Memory Box Project a la Universitat de Cape Town per a ajudar les dones seropositives a documentar les seves vides. Arteràpia per a dones seropositives
- L'any 2008 l'artista sud-africana Jane Solomon va adaptar el mapatge corporal com a mètode de teràpia artística a través del qual aquestes dones usaven imatges i paraules per a narrar la seva història.
- El 2009 se'n va fer el projecte d'investigació, creat per Denise Gastaldo, Christine Carrasco i Lilian Magalhães.
- L'any 2016 Shirley Gunn va crear el Mapatge corporal per al suport comunitari: caixa d'eines.
- L'any 2019 Lilian Magalhães i Denise Gastaldo varen fer els mapes corporals narrats; delineant i contant històries corporals en recerca del canvi social i econòmic.

Usos del mapatge segons Solomon:

- Eina terapèutica, de conscienciació, d'investigació, bibliogràfica, de creació artística, de diàleg internacional...
- La pràctica de la investigació com a exercici polític: per a promoure el canvi social (feminisme decolonial).

La ponent explica "Voces de las mujeres", projecte participatiu per a l'anàlisi i la prioritització d'impactes generats per la crisi de la covid en dones en situació migratòria irregular a Mallorca. La mostra està realitzada amb la participació de 15 dones en total. El primer grup està constituït per 10 dones majors d'edat, residents a Mallorca, l'origen/la nacionalitat de les quals és un país del sud global, que es troben en situació migratòria irregular en el moment de participar en la recerca. A més, són dones que exerceixen treball reproductiu i de cura informal amb llars monoparentals i/o amb famílies dependents als seus països d'origen.

Els mapes corporals narrats es defineixen com a imatges corporals de grandària natural creades a partir del dibuix, la pintura o altres tècniques basades en l'art. L'elaboració del mapa va acompanyada de 3 entrevistes per a reflexionar sobre l'experiència migratòria, la vida com a treballadora indocumentada durant la pandèmia i les seves estratègies d'afrontament. Tota la informació sobre el projecte, la podem trobar al web <https://mamigra.uib.es/>.

Un cop explicat, el públic es distribueix i va observant els diferents mapes corporals exposats per la sala. Es crea una interacció entre els participants del taller, observadors dels mapes,

que van comentant el que aquests els suggereixen. També es fan preguntes a la ponent i als col·laboradors del projecte que es troben a la sala.

Finalment, els assistents tornen als seus seients i es posen en comú les observacions, amb l'acompanyament de la conductora del taller. Es crea un debat en el qual s'exposen les emocions i l'impacte que generen els mapes corporals, pensant què ens volen transmetre.

3. Taula rodona "EXPERIÈNCIES"

Yetli Hernández, Daniella Nicholl Bandrés i Stella Mosquera. Modera Eddie Ramírez, agent de canvi de Metges del Món.

Introducció amb la projecció del curt *Agentes de cambio*, realitzat per Metges del Món.

A la taula es compta amb la participació de persones migrades, que compartiran el seu sentir envers el dol propi.

Stella M., dona, colombiana. Explica la seva experiència des del punt de vista de persona racialitzada, amb l'estigma que això pot tenir al mateix país de procedència, i posteriorment a Espanya. Afronta el procés migratori després de la pèrdua del seu espòs i fill, assassinats. Exposa la necessitat de tirar endavant, de com va haver de "titularitzar" la seva professió (ella és cuinera) en arribar a Espanya, la de xef de cuina, i com la va afectar el fet d'haver de justificar-ne els coneixements.

Yetlanezi H., Yetli n'és el diminutiu; dona, mexicana. Resident a Palma des de fa 5 anys. Exposa el dol que va patir envers l'activisme. Havia estat una persona molt activa en el seu país, en contacte amb molts de moviments socials i pertanyent a diferents associacions, i explica com va haver de tornar a començar aquest camí un cop va arribar. També manifesta la sensació de viure l'experiència de ser una persona racialitzada, de la qual cosa no tenia consciència. El pròxim mes de juny acaba el Grau de Desenvolupadora Comunitària, Feminista Decolonial i Activista Social.

Daniela N. B., dona, peruana. Des de gairebé sempre, immigrant i ciutadana de molts de llocs. Integradora social de professió. Amb 30 anys, explica el dol migratori des del punt de vista d'una nina que ha viscut un procés de reagrupació. En primer lloc, experimenta la separació de sa mare, qui deixa la llar per a iniciar l'aventura migratòria, i com, després de vuit anys de viure separades, és ella qui deixa el país de procedència per a venir a Espanya. Després experimenta dol migratori a nivell de grup d'iguals, l'estigma pel fet de l'accent (diferent per primer cop a la seva vida) i també exposa, com una de les conseqüències, el fet d'haver hagut d'assumir rols que no corresponien a la seva edat, per haver hagut de fer feina precoçment, en l'àmbit de les cures.

1. Ponència “DEL PRIVILEGIO BLANCO A LOS APRENDIZAJES DESDE EL ANTIRRACISMO”. *María Fernández*

María Fernández ha treballat en l'àmbit de la protecció de la infància i l'adolescència. Compta també amb una àmplia trajectòria dins l'activisme. Actualment participa a Mil Colinas, ONGD que va néixer el 2011, amb l'objectiu de fomentar un desenvolupament humà que, a través de l'educació i la cultura, lluiti per la justícia social. Es tracta d'una associació amb alguns anys de trajectòria, enfocada a la cooperació amb Ruanda, país amb un marc de dictadura militar i un genocidi recent, i a realitzar accions de sensibilització antiracista.

La seva missió és promoure accions educatives, socials i culturals des dels pobles de Ruanda i Espanya per a generar canvis orientats a afavorir un desenvolupament comunitari, humà i sostenible. La seu de Mil Colinas a Espanya es troba a Madrid, on realitza la majoria de les seves activitats, encara que també s'actua en altres ciutats i pobles. La seu a Ruanda es troba a Rukara, una població rural al nord-est del país, on hi ha el Centre Educatiu Social i Cultural en el qual realitza activitats amb nines, nins, joves i famílies, així com de participació comunitària. L'equip a Ruanda s'anomena Urubuto.

La seva visió és creure en una educació integral i transformadora que contribueixi a assolir la justícia social i que permeti als pobles exercir plenament i lliure els seus drets i tenir una vida digna.

Es posa molta d'èmfasi en la necessitat de fer un exercici d'introspecció entorn de la influència en el subconscient col·lectiu de la societat occidental a la qual pertanyem, alimentada per aspectes d'herència cultural amb discursos xenòfobs o reduccionistes, quant a les diferències entre els grups humans, sobretot basades en les seves característiques físiques, mantenint la discriminació fonamentada en classificacions retrògrades, encara existents. També es reflexiona sobre com s'ha de posicionar la intervenció en cooperació internacional i quins n'han de ser els posicionaments, tenint en compte que partim de la base de l'hegemonia blanca i el seu privilegi.

Es defineixen els conceptes de violència, racisme, raça, la piràmide de l'odi.

No podem parlar de racisme sense parlar d'història. 12,5 milions de persones esclavitzades formen part de la història. El racisme no és una qüestió moral, sinó un problema estructural; la seva justificació és una forma de violència. Cal visibilitzar la veritat, la justícia i la reparació.

La piràmide de l'odi és una figura que classifica diferents nivells de discurs i delictes d'odi. S'hi cataloguen diferents tipus d'actituds i actes que creixen en complexitat des de la base fins la seva cúspide.

També s'ha parlat de com ens travessen les diferents interseccions segons les teories de Kimberlé Crenshaw.

Un altra factor a tenir en compte és la influència de com ens conten la història. Les fronteres al continent africà parlen per si soles; la representació del mapa, que no correspon a l'escala real, sinó que es representa com un continent més petit. El colonialisme intens que les nacions europees imposaren a Àfrica provocà que la seva projecció política, i per tant també visual, cap a la resta del planeta no fos important. El mapa que va dissenyar Mercator podria haver tingut una projecció merament comercial, però la resta de la humanitat s'encarregà de pensar Àfrica en termes disminuïts. Va ser un empetitiment fruit tant de les necessitats tècniques de la cartografia com de la ideologia que se'n va alimentar.

Finalment, es fan diferents recomanacions:

- Toni Morrison, pseudònim de Chloe Ardelia Wofford, fou una novel·lista, assagista, editora i professora, guanyadora del Premi Pulitzer l'any 1988 i del Premi Nobel de Literatura l'any 1993. Important exemple de com utilitzam el llenguatge: les definicions pertanyen als definidors, no a les persones definides.
- Desirée Bela-Lobedde, escriptora i comunicadora espanyola afrodescendent, activista antiracista i feminista. Columnista del diari *Público.es* i autora del llibre *Ser mujer negra en España*.

2. ISABELLA. *Microteatre social i col·loqui sobre el tràfic amb finalitat d'explotació sexual*

Sinopsi: microteatre basat en una història real. Isabella és una al·lota colombiana que té vint anys, però la seva vida es va aturar quan en tenia dotze. De nina, tenia molts de somnis per a complir. Volia estudiar, tenir una feina, comprar una casa i compartir-la amb la seva pròpia família. Ara només desitja amagar-se a l'habitació més petita del club per a deixar passar les hores i fugir de la realitat. La prostitució, la violència i el tràfic amb finalitat d'explotació sexual formen part del seu dia a dia, malgrat que ella encara no ho té gaire clar. Arran de tot això ha anat perdent la seva identitat i ja no sap qui és. Durant aquests vint minuts coneixerem la seva història i entendrem com és que ha acabat dins un club de Palma fent "massatges".

Isabella és una història de vida concreta que parla de milions d'històries de dones reals, que per desgràcia s'han vist dins la prostitució i el tràfic. A partir d'aquest testimoni volem mostrar una realitat que pateix la nostra societat i de la qual normalment no es parla. La prostitució és avui en dia la segona indústria del món econòmicament més potent, només superada per les drogues. Amb *Isabella* volem deixar de posar el focus únicament en les víctimes i començar a prevenir els futurs consumidors. Una de les millors maneres d'erradicar la prostitució és amb l'educació. Per aquest motiu, després de la representació, es fa un col·loqui interactiu, moderat per Xisca Monserrat, treballadora social que ha passat més de sis anys acompanyant en processos de tràfic i prostitució.

Finalment, es llegeix un poema d'una víctima de tràfic d'una xarxa nigeriana i es reflexiona sobre l'abolició de la prostitució, sobre el dol i les dificultats d'accés a la salut de les dones explotades. Al col·loqui final es parla dels estereotips de la dona prostituïda, del que la societat en pensa i del que realment és, i que s'oposa, sobretot, al mite de la lliure elecció.

3. *Taula rodona* "PROGRAMES QUE TREBALLEN PER A L'ATENCIÓ DE LES PERSONES DINS EL MARC DE LA DIGNITAT I ELS DRETS HUMANS"

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

Creu Roja_Programa Salut, Socors i Medi Ambient. Sra. Victòria Avellà

Modera: Sra. Cristina Moreno. Degana de la Facultat d'Infermeria i Fisioteràpia (UIB)

S'inicia la taula amb la intervenció de la professional de Creu Roja, que explica com es fa la primera resposta en emergències amb població immigrant.

Si revisam l'evolució dels darrers anys de les acollides de persones que han arribat en pastera des de 2007, en què va arribar el primer vaixell rescatat en aigües de Malta, fins a 2017, s'ha donat un augment de les d'entre 16 i 30 anys; en total 307. L'any 2019 comença una certa preocupació pel creixement d'aquest fenomen, fins que l'any 2020, postconfinament, arribaren 1.452 persones i Mallorca i Eivissa es consolidaren com a punts d'arribada. Entre 2021 i 2023 arriben unes 2.500 persones/any.

El equip d'emergència són equips consolidats, multidisciplinars. El tipus d'atenció que es presta en primer lloc és l'avaluació i l'assistència sanitària. En segon lloc, la cobertura de necessitats bàsiques: alimentació i hidratació; en tercer lloc, l'anàlisi de vulnerabilitats, la mediació i el restabliment de contacte familiar.

L'activació se sol realitzar a través de la Guàrdia Civil o Salvament Marítim, que són els encarregats de donar la primera informació sobre el nombre de persones i el perfil. Segons el protocol, segons el nombre de persones que es preveu, es fa el dimensionament material i de l'equip (cap d'equip, personal sanitari, mediació i intèrprets), atenció més enllà de la primera resposta (equip de trasllat, CAED Centre d'Estada Temporal d'Emergència).

Algunes dades a tenir en compte:

Darrers 5 anys (2019-2023): 9.062 persones. 545 intervencions amb 350 persones voluntàries.

Perfil: 84% de magrebins, 15% d'Àfrica del Sud. De cada vegada arriben més famílies; el nombre de dones també augmenta. Si bé solen arribar a través d'Alger, es troben amb persones que provenen de Bangla Desh, Somàlia, Guinea Conakry, Mali, Benín; fins i tot es va donar el cas d'una persona xinesa. S'identifiquen diferents perfils de pasteres; és a dir, amb graus de vulnerabilitat diferents.

El més important és la humanització del tracte.

Explica que no es fan devolucions en calent. Abans els homes anaven a un CIE. Actualment, la majoria de persones estan de pas. Es detecten menors no acompanyats, cada vegada més joves, entre 11-12 i 17 anys.

La professional de Metges del Món continua amb un repàs de la normativa en assistència sanitària; es comenta la desinformació que tenen els usuaris sobre el dret a la salut i les greus conseqüències de no poder ser atesos. A més, s'expliquen les diferents dades que ha recollit l'entitat durant els darrers anys, en què es poden veure les principals barreres per a accedir a la targeta sanitària. Es destaca que s'han trobat casos en què es retira la targeta sanitària a persones amb NIE per formació.

Una vegada acabades les diferents intervencions, s'inicia un debat entre els participants en què es parla sobre els diferents problemes d'accés al sistema de salut per a les persones migrades, tant en condició administrativa regular com per a les que es troben en situació irregular, i és l'empadronament el primer escaló problemàtic. Alguns professionals apunten que existeix una tendència durant els darrers anys a privatitzar el sistema de salut, oferint assegurances a les persones en situació administrativa irregular en forma de convenis d'accés a l'Ib-salut. S'explica que en determinats centres de salut fan un ús més restrictiu de la llei, depenent de la voluntat dels professionals que hi treballen. Per altra banda, des del servei públic de salut s'ha creat el servei POAAS, per a poder donar solucions a aquestes qüestions, però igualment detecten que no s'hi dona resposta a totes les necessitats.

Conclusions

El contingut d'aquests tallers, jornades, ponències o activitats ha palesat la dificultat d'accés al dret de la salut de les persones migrades. A més, és evident la correlació entre major grau de vulnerabilitat (situació administrativa irregular, nouvinguts, dona, etc.) i la major dificultat d'accés.

L'esforç realitzat per part de les entitats socials per a assegurar un accés equitatiu al sistema de salut no es veu acompanyat per les institucions, les quals, mitjançant una visió restrictiva de la llei, no en són facilitadores.

No podem oblidar que la legislació internacional i els convenis signats, com la Declaració universal dels drets humans, apunten cap a una altra direcció.