

Trabajo Fin de Grado

Título:

***¿Cómo afecta la migración a la salud?
Estudio observacional: Necesidades de
salud en migrantes en la frontera sur
española.***

Alumno: Irene Moreno Olmo

Director: Carlos Valencia Rodríguez

Madrid, mayo de 2024

A todas las personas que ejercen su derecho a migrar.

*Gracias Mohamed, Abderahim, Nawfal, Imad, Zouhair,
Moussa, Adama... por haber venido a España, haber
aparecido en mi vida y habérmela cambiado.*

*Y gracias a No Name Kitchen por su trabajo de
denuncia en las fronteras. Celia, Alessia, Rafa, Irene,
Francesca, Ana, Rubén, Zhabia, todas las personas
que forman Elín, gracias por permanecer en la lucha
cada día.*

Índice

Resumen.....	1
Abstract.....	1
Presentación.....	2
Estado de la cuestión.....	3
1. Fundamentación.....	3
1.1 La migración.....	4
1.2 La frontera sur.....	6
1.2.1 Ceuta y Melilla.....	6
1.2.2 La frontera.....	7
1.3 Política de gestión de fronteras	9
1.3.1 Historia	9
1.3.2 Externalización de fronteras.....	10
1.3.3 En Europa: nuevo pacto de migración y asilo.....	13
1.4 Vías de acceso a España.....	15
1.4.1 Inmigración a través de la frontera sur.....	15
1.4.2 Rutas migratorias.....	16
1.4.3 Asilo.....	19
1.4.4 Centros de internamiento, estancia y acogida temporales en España	21
1.5 Migración y salud.....	25
1.5.1 Barreras de acceso a la población migrante a acceder al sistema sanitario.....	26
1.5.2 Acceso de migrantes no regularizados al sistema sanitario.....	28
1.5.3 Consecuencias en la salud mental	30
1.5.3.1 Síndrome de Ulises.....	30
1.5.4 Consecuencias en la salud física.....	33
2. Justificación.....	36
Estudio observacional.....	37
Objetivos e hipótesis.	37
Objetivos.....	37
Hipótesis.....	37
Metodología.....	38
Diseño del estudio.	38
Sujetos de estudio.	39

Variables.....	40
Procedimiento de recogida de datos.....	40
Fases de estudio, cronograma.....	41
Análisis de datos.....	41
Aspectos éticos.....	41
Limitaciones del estudio.....	42
Bibliografía	43
Anexos	48
Anexo I – Exploración física	49
Anexo II – Permiso a los CETI.....	50
Anexo III – Entrevista a los participantes.....	51
Anexo IV – Hoja de recogida de datos.....	52
Anexo V – Hoja de información al participante.....	54
Anexo VI – Consentimiento informado	56

Resumen

Introducción: la migración constituye un fenómeno complejo que involucra a personas de diversas regiones del mundo en busca de oportunidades y seguridad. Sin embargo, a menudo la falta de vías legales y seguras para migrar, hacen de este proceso un auténtico riesgo para la salud y la vida de los personas, especialmente para aquellos que cruzan las fronteras de forma irregular. En este contexto, es crucial comprender y abordar las consecuencias para la salud que ocasionan las políticas migratorias. **Objetivo:** detectar la magnitud en la que el trayecto migratorio afecta a la salud de las personas que migran. **Metodología:** se realizará un estudio observacional descriptivo longitudinal, en el cual se realizará una exploración física y una entrevista personal, a las personas que lleguen a Ceuta y Melilla de forma irregular, que acepten participar en el estudio en el periodo de recogida de datos. **Implicaciones para enfermería:** es crucial comprender las necesidades de salud de las personas migrantes para proporcionarles una atención adecuada y centrada en sus particularidades. La identificación precoz de lesiones y problemas de salud derivados del viaje migratorio permitirá una intervención oportuna y eficaz por parte de los profesionales de enfermería, contribuyendo así a mejorar la salud y el bienestar de esta población vulnerable.

Palabras clave: Migración, salud, frontera sur, Ceuta, Melilla, necesidades de salud, lesiones.

Abstract

Introduction: Migration constitutes a complex phenomenon involving individuals from diverse regions of the world seeking opportunities and security. However, the lack of legal and safe pathways for migration often renders this process a genuine risk to the health and lives of individuals, especially for those who cross borders irregularly. In this context, it is crucial to understand and address the health consequences of migration policies. **Objective:** To detect the extent to which the migratory journey affects the health of migrating individuals. **Methodology:** A longitudinal descriptive observational study will be conducted, involving physical examination and personal interviews with individuals arriving irregularly in Ceuta and Melilla who agree to participate in the study during the data collection period. **Nursing implications:** It is crucial to understand the health needs of migrant people to provide them with appropriate and culturally sensitive care. Early identification of injuries and health problems resulting from the migratory journey will allow timely and effective intervention by nursing professionals, thereby contributing to improving the health and well-being of this vulnerable population.

Keywords: Migration, health, southern border, Ceuta, Melilla, health needs, injuries.

Presentación

La migración es noticia cada día en los telediarios y a menudo se presenta como una “amenaza” para los países receptores. Vivimos en un mundo globalizado, en el que todo el mundo está conectado a través de las redes sociales, las personas viajan cada vez más a países que hace unos años no tenían tanto turismo, y cada vez consumimos más productos procedentes de otros países. España sufrió una guerra civil, por lo que durante años fue un país emisor de refugiados, sin embargo, en este momento acoger refugiados parece ser un gran problema. Europa cada vez endurece más su legislación intentando frenar las migraciones, mientras continúa explotando los recursos de África, invadiendo este continente con su basura, y en definitiva perpetuando el colonialismo. A lo largo de la historia todos los pueblos en algún momento de su historia tuvieron que emigrar. Huir de un país buscando mejores oportunidades o huyendo de la violencia y la persecución, no debería ir de la mano con la constante vulneración de derechos humanos que sufren las personas que migran. Durante la guerra de Ucrania, se ha objetivado que la migración legal y regular puede llevarse a cabo. Desde 2006, la ruta de Canarias no alcanza el número de personas ucranianas acogidas, en cambio, comprobamos como cada día se presenta la acogida de migrantes como algo imposible a realizar y que supondrá consecuencias negativas para nuestro país. Que las personas ucranianas hayan sido acogidas con las manos abiertas, mientras que las personas de otros países que también huyen de guerras tengan que jugarse la vida en el mar o saltando una valla, pone de manifiesto que el problema no es la migración, sino el país de procedencia y el estatus económico de las personas que migran.

He realizado este trabajo de fin de grado sobre este tema porque creo que todas las personas, independientemente de su lugar de nacimiento, tienen derecho a moverse libremente, al igual que hacemos las personas que tenemos pasaporte rojo. Por eso, reconociendo mi posición de privilegio, mi intención futura es contribuir a lograr un cambio en una situación injusta que requiere atención, en lugar de ignorarla como hace bastante gente. Mi objetivo a largo plazo es trabajar con personas cuyos derechos son vulnerados por ser migrantes. He sido voluntaria en Ceuta con una asociación llamada No Name Kitchen, proporcionando asistencia legal, médica, alimentos, y denunciando las constantes vulneraciones de derechos humanos perpetradas y normalizadas. Sigo teniendo contacto con dicha asociación y formarán parte del estudio. También, he impartido clases español en diferentes asociaciones y a día de hoy continúo con esta labor junto con otras dirigidas a este colectivo vulnerable en la Cruz Roja. Vivir estas experiencias ha supuesto un absoluto privilegio y me ha motivado a tratar este tema en el presente trabajo, así como a enfocar mi futuro profesional.

Estado de la cuestión

1. Fundamentación

Este trabajo está estructurado en 5 bloques. Primero se compone de una introducción, en la cual se explican los principales términos relacionados con la migración. En el segundo bloque se explica la anatomía y las particularidades de la frontera sur española, es decir de las ciudades de Ceuta y Melilla, y la frontera que separa a estas ciudades de Marruecos. El tercer bloque está constituido por la política de gestión de fronteras actual y en la historia, y en el bloque cuarto se explican las vías de acceso a España y la solicitud que muchas personas migrantes realizan una vez que llegan al país, el asilo. Por último, se habla de la relación entre la migración y la salud, así como del acceso y las barreras que tienen las personas migrantes para acceder al sistema sanitario. Finalmente se exponen las consecuencias que tienen las políticas migratorias en la salud física y mental de las personas.

Para desarrollar este trabajo se ha efectuado una búsqueda de artículos y estudios en diferentes bases de datos de internet: biblioteca de la Universidad Pontificia Comillas, Scielo, Google académico o Dialnet, mediante la utilización de descriptores en ciencias de la salud tanto en español como en inglés y francés. Además del filtro del idioma, no se incluyeron artículos anteriores a 2010, ya que se utilizó este filtro de fecha. También se usaron libros en formato papel.

Término DeCS	Término MeSH
Migración	Migration
Migrantes, inmigrantes	Migrants, Immigrants
Salud	Health
Ceuta	Ceuta
Melilla	Melilla
Frontera Sur	Southern Border
Asilo	Asylum Seekers
Externalización	Externalization
Acceso	Access to Healthcare
Sistema sanitario	Health Care System

Tabla 1 – Términos DeCS y Mesh empleados en la búsqueda bibliográfica. Elaboración propia.

Para realizar el trabajo también he incluido estudios y artículos de múltiples ONG y asociaciones que se encuentran en frontera o que trabajan con personas migrantes. Estos escritos los he encontrado buscando de forma individual en la página web de cada organización. Además, he incluido datos otorgados por el director del CETI de Ceuta, tras solicitarlos formalmente vía e-mail y telefónica.

Cabe destacar, que ha sido complicado encontrar artículos que traten específicamente sobre las necesidades de salud que surgen como resultado del proceso migratorio, especialmente en las fronteras españolas. He logrado recopilar y reunir la información que se encuentra en este trabajo.

1.1 La migración

La Organización Internacional para las Migraciones define **migración** como “movimiento de personas fuera de su lugar de residencia habitual, ya sea a través de una frontera internacional o dentro de un país”. Por tanto, una persona **migrante** es “toda persona que se traslada fuera de su lugar de residencia habitual, ya sea dentro de un país o a través de una frontera internacional, de manera temporal o permanente, y por diversas razones”.

Según la OIM una persona **inmigrante** es una “persona que se traslada a un país distinto al de su nacionalidad o de residencia habitual, de manera que el país de destino se convierte efectivamente en su nuevo país de residencia habitual” (1).

Es necesario recalcar la diferencia entre persona inmigrante y refugiada.

De acuerdo con el artículo 1.A.2 de la Convención de Ginebra sobre el Estatuto de los Refugiados de 1951, un **refugiado** es una “*persona que debido a fundados temores de ser perseguida por motivos de raza, religión, nacionalidad, pertenencia a determinado grupo social u opiniones políticas, se encuentre fuera del país de su nacionalidad y no pueda o, a causa de dichos temores, no quiera acogerse a la protección de tal país; o que, careciendo de nacionalidad y hallándose, a consecuencia de tales acontecimientos, fuera del país donde antes tuviera su residencia habitual, no pueda o, a causa de dichos temores, no quiera regresar a él*” (2).

Por tanto, una persona migrante toma la decisión de cambiar de país, mientras que una persona refugiada es obligada a huir de su país por falta de seguridad en él.

La OIM diferencia entre distintos tipos de migración:

- **Internacional:** “movimiento de personas dentro de un país que conlleva el establecimiento de su residencia temporal o permanente”.
- **Internacional:** “es el movimiento de personas fuera de su lugar de residencia habitual y a través de una frontera internacional hacia un país del que no son nacionales”.

- **Irregular:** “movimiento de personas que se produce al margen de las leyes, las normas o los acuerdos internacionales que rigen la entrada o la salida del país de origen, de tránsito o de destino”.
- **Regular:** “movimiento de personas que se produce de conformidad con las leyes del país de origen, de tránsito y de destino”.
- **Laboral:** “movimiento de personas de un país a otro, o dentro del mismo país de residencia, con fines laborales”.
- **Migración por motivos climáticos:** “movimiento de una persona o grupo de personas que, principalmente debido a un cambio repentino o gradual en el medio ambiente como consecuencia del cambio climático, se ven obligadas a abandonar su lugar de residencia habitual, o deciden hacerlo, con carácter temporal o permanente, dentro de un país o a través de una frontera internacional” (1).

Por tanto, podríamos clasificar las migraciones en forzadas e involuntarias, siendo las forzadas las que se dan involuntariamente, debido a violencia, persecuciones..., mientras que las voluntarias se ocasionan por iniciativa propia y generalmente por una causa económica.

Por otro lado, cabe resaltar las fases de la migración:

1. Fase previa a la partida: consiste en la planificación y la obtención de los recursos necesarios para realizar el trayecto migratorio. En los casos de desplazamientos forzados esta fase se ve acotada o incluso suprimida.
2. Tránsito: se trata del viaje que realizan las personas migrantes, que puede ser directo al destino o con paradas en otros lugares previos al destino final.
3. Llegada: la llegada al destino puede darse por tierra, mar o aire, y de una forma regular, cumpliendo con los requisitos del país de destino al obtener un visado si se requiere, o de forma irregular, en cuyo caso las personas se exponen a una posible expulsión. En los casos de menores y solicitantes de asilo, la resolución de la expulsión es mucho más difícil, pues la devolución de estas personas a sus países puede suponer un riesgo vital para ellos. Cabe destacar que los solicitantes de asilo no pueden ser expulsados de un país hasta que no se dictamine una resolución sobre su caso.
4. Estancia: normalmente supeditada a un periodo de tiempo concreto, y siendo necesario el cumplimiento de las leyes y requisitos según cada situación. Todos los migrantes independientemente de su régimen de migración tienen derecho a la protección de los derechos humanos, así como a otros adicionales que dictaminen las leyes de cada país.
5. Migración circular y retorno: a pesar de que ciertos migrantes optan por no volver a sus lugares de origen, muchos sí lo hacen. Además, hay quienes migran de manera

recurrente, yendo y viniendo entre dos o más países en diferentes momentos. Este fenómeno se conoce como migración circular (3).

Según el Instituto Nacional de Estadística, en 2023 la población española aumentó y llegó a 48.592.909 habitantes en enero de 2024. Las principales nacionalidades de inmigrantes fueron la colombiana, la venezolana y la marroquí (4).

1.2 Frontera sur

1.2.1 Ceuta y Melilla

En el norte de África se encuentran dos ciudades españolas, Ceuta y Melilla. Estas ciudades son dos enclaves españoles, ubicados en la costa noreste de Marruecos. Un enclave es un territorio rodeado completamente por el territorio de otro estado. Ceuta y Melilla son españolas, pero están rodeadas por territorio marroquí. La única diferencia con un enclave común es que una de sus fronteras es el Mar Mediterráneo (5).

El estatus de Ceuta y Melilla como territorios españoles en continente africano tiene raíces en la historia colonial europea. Durante la Edad Media, específicamente en el siglo XV, las monarquías española y portuguesa concluyeron la Reconquista de la Península Ibérica, que había estado bajo dominio musulmán desde el año 711, conocido como Al-Ándalus. La conquista de Granada por los Reyes Católicos, Fernando II de Aragón e Isabel I de Castilla, marcó el final de esta era. En ese período, Ceuta fue tomada por los portugueses en 1415 y posteriormente transferida a España mediante el Tratado de Lisboa en 1668. Por otro lado, Melilla fue conquistada en 1497 por los Reyes Católicos como parte de su estrategia de establecer puestos militares en la costa norte de África para proteger las costas del sur de España (6).

A pesar de la independencia de Marruecos de España y Francia en 1956, la situación de Ceuta y Melilla sigue siendo un tema no resuelto y constituye una parte fundamental del actual escenario geopolítico entre España y Marruecos, ya que este último nunca ha reconocido la soberanía española sobre los dos enclaves. Además de Ceuta y Melilla, es importante mencionar la existencia de otros islotes semihabitados bajo administración española que Marruecos reclama por razones históricas y geográficas, como las Islas Alhucemas, las Islas Chafarinas, el Peñón de Vélez de la Gomera, la Isla de Alborán y la Isla de Perejil (7).

En la actualidad, Ceuta cuenta con una superficie de 20 km² y se encuentra a una distancia de 14 km de la península (8), mientras que Melilla tiene una superficie de 13 km² y está

distanciada de la península por 130 km (9). La población residente en 2023 en Ceuta, es de 83.039 personas (10), mientras que en Melilla es de 85.491 personas (11). Cabe destacar, que en estos datos no se incluyen a las personas indocumentadas que residen en las ciudades, por lo que se puede prever un mayor número de habitantes en los enclaves.

Estas ciudades representan la única frontera terrestre de España y la Unión Europea en el continente africano. Separadas por una distancia de 382 kilómetros, el área comprendida entre ellas, junto con las zonas de Tánger y Nador, constituye el punto de concentración más significativo de migrantes que aspiran a llegar a Europa, ya sea por tierra o por mar. Ambas ciudades tienen peculiaridades geográficas ya que ambas se encuentran fuera del régimen arancelario de la Unión, se encuentran dentro del espacio Schengen, pero figuran en este como excepciones a la libre circulación de personas, por lo que hay controles fronterizos para llegar a la Península, y son ciudades que están fuera de la cobertura de la OTAN (12).

Ceuta y Melilla se distinguen por la presencia de una gran cantidad de personas migrantes en movimiento, que se ven atrapadas en estas ciudades debido a un limbo legal diseñado para detener su migración. Esto se logra no solo a través de medidas físicas como vallas, alambres de púas, controles, detenciones y rechazos, sino también mediante obstáculos administrativos y burocráticos que hacen extremadamente difícil salir de los enclaves de manera segura y legal (13).

1.2.2 La frontera

Las fronteras simbolizan la soberanía de los Estados. Un Estado nación puede imaginarse sólo a través de sus fronteras. Éstas ya no son simplemente contornos de un Estado, ya que “las fronteras conforman la nuestra percepción del mundo [...]. Su existencia marca nuestra cosmovisión”. Las fronteras son la referencia esencial del sentido comunitario, de la identidad. No son sólo realidades externas sino también “barreras de color” situadas en todas partes y en ninguna parte.

Shahram Khosravi (14)

Las vallas de Ceuta y Melilla constituyen los primeros muros europeos que aparecieron tras la construcción del Muro de Berlín (15).

En Melilla, la primera división conocida se remonta a un alambrado militar colocado en 1971 debido a una epidemia de cólera en Marruecos. En 1998 se empieza a construir una única

valla inicial de 6m de alto y 12km de largo, lo que hoy conocemos como la valla de Melilla. La barrera fronteriza de esta ciudad, construida con alambre de acero, se compone a su vez de 3 vallas distintas. Por orden, desde territorio español hacia territorio marroquí, se encuentra la primera valla de tipo malla y 6 metros de altura, seguida de esta se observa la segunda valla con 3 metros de altura y con alrededor de 300 puertas verdes numeradas, usadas para deportaciones inmediatas. Algunas de estas puertas coinciden con la tercera valla, también de 6 metros de altura, pero inclinada 15 grados hacia Marruecos y con un peine invertido en su parte superior para evitar el paso. Además, en el lado marroquí, se observa una gran montaña de tierra seguida de un profundo foso de aproximadamente 2 metros de profundidad y 4 metros de ancho, seguido por otra gran montaña de tierra (16).

En Ceuta la construcción de la valla comenzó en 1993. La valla de esta ciudad también consta a su vez de otras tres. La primera y más cercana a Marruecos, es de aproximadamente dos metros de altura, completamente cubierta de alambre de púas. Está controlada por Marruecos, y separa al país de la zona neutral entre las fronteras. La segunda valla, de diez metros de altura, separa la zona neutral de la primera valla española. Bajo control de la Guardia Civil española, está siendo modificada: los peines invertidos están siendo reemplazados por tubos fijos, aumentando la altura de la valla. Más allá de esta valla es territorio español oficialmente. La tercera valla, también de diez metros de altura, está colocada en paralelo a la anterior. Entre ambas vallas se crea un espacio cerrado donde los agentes de la Guardia Civil patrullan, impidiendo que las personas crucen. Si logran pasar, son automáticamente expulsadas a través de puertas especializadas en la valla (17).

Ambas vallas españolas están vigiladas por cámaras fijas. Además, destaca un uso intensivo de helicópteros para la vigilancia de las fronteras exteriores, y el SIVE, Sistema Integrado de Vigilancia Exterior, que custodia la frontera (17). SIVE es uno de los mayores sistemas de vigilancia utilizados para monitorizar las costas más afectadas por los flujos migratorios. El sistema está constituido por radares, sensores que pueden incluso detectar los latidos del corazón a distancia, cámaras térmicas y barcos que patrullan el mar, entre otras cosas (18).

Cabe destacar, que estas no son las únicas barreras con las que cuenta España, pues el Mediterráneo constituye en sí mismo una valla, al ser custodiado tanto por FRONTEX como por las autoridades españolas (19)

En el pasado los muros servían como defensa ante los ataques de otros territorios. En la actualidad, a pesar del uso de las TIC y la globalización, no se han desvirtuizado las fronteras, sino que éstas se han ido fortaleciendo. Además, a pesar de la construcción de las

vallas y el aumento de la vigilancia en las fronteras, las llegadas irregulares no solo no han disminuido, sino que han aumentado, pues han aparecido nuevas formas cada vez más peligrosas de cruzar las fronteras (15).

1.3 Política de gestión de fronteras

1.3.1 Historia

Con la firma del tratado de Roma en 1957 se crea la Comunidad Económica Europea, que tiene como objetivo el desarrollo y el crecimiento económico, para lograrlo en el artículo 48.1 de este tratado se establece la libre circulación de los trabajadores dentro de la Comunidad (20).

En 1985 con el acuerdo Schengen, que establece la libre circulación dentro de las fronteras de los Estados miembro, se eliminan las fronteras interiores y se establece por primera vez el concepto de frontera exterior de la UE (21).

A partir de este momento surge el problema de llevar a cabo unas políticas comunitarias que consigan que la seguridad y la inmigración vayan de la mano (22). En 1992 se firma el tratado de Maastricht o Tratado de la Unión Europea (TUE), que estableció los requisitos para los migrantes que llegan a la UE, estableciendo la base de política de visados. Además, introdujo los 3 pilares de la Unión; la Comunidad Europea, la política exterior y de seguridad común (PESC) y la cooperación en los ámbitos de la justicia y de los asuntos de interior (23).

El Tratado de Ámsterdam firmado en 1997 amplió las competencias de la Unión Europea para abordar el control fronterizo, el asilo y la inmigración. Estas medidas se integraron en el espacio de libertad, seguridad y justicia, y se distribuyeron entre el título IV del Tratado de la Comunidad Europea y el tercer pilar, la cooperación policial y judicial en materia penal (24). El capítulo 2 del Tratado de Funcionamiento de la UE, “Políticas sobre controles en las fronteras, asilo e inmigración” establece las bases de la política migratoria de la UE (25).

Cabe destacar, que a pesar de los acuerdos en políticas migratorias, según el artículo 5.1 del Tratado de la Unión Europea (TUE), el ejercicio de las competencias de la Unión se rige por los principios de subsidiariedad y proporcionalidad, en los ámbitos que no sean de su competencia exclusiva (artículo 5.3 del TUE). El espacio de libertad, seguridad y justicia, según el artículo 4.2 de dicho tratado es competencia compartida entre la Unión y los Estados, por lo que cada Estado puede establecer las políticas fronterizas que considere necesarias, siempre y cuando no se contrapongan a los intereses de la UE, y siempre que los objetivos de la acción pretendida puedan ser alcanzados de manera suficiente por los Estados miembro (23).

Para ayudar a los Estados miembro a aplicar el Sistema Europeo Común de Asilo se encuentra la Agencia de Asilo de la Unión Europea (AAUE). Esta es una agencia descentralizada de la UE encargada de proporcionar asistencia operativa, técnica y de formación a las autoridades nacionales de los Estados miembro de la Unión. Su objetivo es facilitar la implementación de la legislación de la UE relacionada con el asilo y promover una mayor armonización de los procedimientos y las condiciones de acogida en este campo (26).

Bajo la idea de la Europa amenazada tras el 11S, comenzaron a justificarse las políticas de seguridad fronteriza, y en 2004 se crea la Agencia europea de guardia de fronteras y costas (FRONTEX), para garantizar la seguridad fronteriza. A largo de los años Europa ha seguido creando mecanismos tanto de retorno de migrantes como de control de sus fronteras, algunos ejemplos son; en 2008 la directiva de retorno que devolvía a numerosos inmigrantes a sus países de origen, el plan de acción África-UE 2008-2010 que acordaba una cooperación en la gestión de flujos migratorios y el refuerzo de fronteras entre ambos continentes, en 2015 el acuerdo UE-Turquía para el control de los flujos migratorios procedentes de Siria, en 2019 el nuevo pacto mundial sobre migraciones o en 2022 el refuerzo de la seguridad fronteriza mediante la política militar de la OTAN frente a la guerra de Ucrania.

Para reforzar la seguridad también se mejoraron las infraestructuras en frontera como es el caso de Ceuta, que en 2022 se invirtieron 4 millones de euros en la modernización de la valla que rodea a la ciudad. También se aumentó la valla que separa Hungría a Serbia, incrementando su perímetro a 119 km, y se creó una valla Hungría-Croacia de 41 km (22).

1.3.2 Externalización de fronteras

Como consecuencia de esa “amenaza” que supone la delincuencia, la inmigración ilegal o el terrorismo, conceptos que en multitud de ocasiones se trata de asociar, se extendió la seguridad más allá de las fronteras exteriores, externalizando las fronteras. Esto supone otorgar responsabilidades a un tercer Estado (22). Esto se consigue mediante tres estrategias; el control remoto de las fronteras a través de países de origen o tránsito, la protección “a distancia” de los potenciales solicitantes de asilo y la transferencia de materiales y tecnología a dichos países para lograr lo anterior (27).

El principal problema de esta práctica, aparte de las vulneraciones de derechos humanos que genera, es que a menudo esos terceros países utilizan las migraciones como medio de presión a la UE para conseguir sus intereses. Desde 2011 para la gestión de los refugiados sirios, Turquía ha continuado exigiendo fondos a la Unión Europea y presionando para que la UE no critique su ocupación militar en Kurdistán. En el caso de España, en 2017 el ministro de

agricultura y pesca de Marruecos advirtió a España y a la UE de las consecuencias que tendría obstruir el flujo de los productos de origen marroquí, ya que podrían aumentar las llegadas de inmigrantes a Ceuta y Melilla. El 17 de febrero de 2017 se produjo un salto de 800-900 personas en Ceuta. El 20 de febrero se volvió a producir otro salto de 300 personas en la misma ciudad. Ante esta situación la UE se comprometió a mejorar las ventajas comerciales UE-Marruecos y le otorgó 30 millones de un paquete de 140 millones para gestionar mejor las fronteras. Con la llegada del COVID-19, aumentó el control fronterizo que desvió los flujos migratorios al Sáhara occidental, lo que desembocó en el aumento de llegadas de inmigrantes al archipiélago canario. Durante los primeros meses de pandemia aumentó la tensión debido al aumento de llegadas de migrantes, y esto unido a la hospitalización, y por tanto acogida, en 2021 de Brahim Gali, líder del Frente Polisario, un rebelde nacionalista saharaui (movimiento de liberación reivindicante del Sáhara Occidental), desencadenó de nuevo otro salto. Con la crisis de 2021, la Unión Europea otorgó a Marruecos 500 millones de euros para el periodo 2021-2027 para el control de flujos migratorios (22).

Las relaciones España-Marruecos se remontan a 1767, cuando Carlos III y el emperador de Marruecos firmaron un Tratado de paz y de comercio entre los dos países, en el que constaban las delimitaciones de cada reino. En 1860 con la guerra de África se firma el Tratado de paz y amistad de España-Marruecos y se redefinen las fronteras de Ceuta y Melilla. Más tarde, en 1956 con la independencia de Marruecos, se crean las fronteras de Ceuta y Melilla tal y como las conocemos a día de hoy. En 1992 se firma el primer acuerdo de migración con Marruecos; “Acuerdo entre el Reino de España y el Reino de Marruecos relativo a la circulación de personas, el tránsito y la readmisión de extranjeros entrados ilegalmente” (22).

Este acuerdo tiene como objetivo principal facilitar el proceso de expulsión de inmigrantes irregulares, asegurando un procedimiento similar al de la expulsión ordinaria, tal y como consta en su artículo 1: *“Las autoridades fronterizas del Estado requerido readmitirán en su territorio, a petición formal de las autoridades fronterizas del Estado requirente, a los nacionales de países terceros que hubieren entrado ilegalmente en el territorio de este último procedente del de Estado requerido”* (28).

Sin embargo, al ser un acuerdo bilateral, ambas partes deben cumplirlo para que sea efectivo. Esto implica que España puede devolver a los inmigrantes ilegales que llegan desde Marruecos, siempre y cuando este último país esté de acuerdo. Además, para que España pueda devolver a los inmigrantes, debe demostrar que entraron ilegalmente desde Marruecos. Esto puede ser complicado en el caso de los migrantes que llegan en barco, ya que es difícil probar su punto de partida desde las costas marroquíes. Además, España tiene un plazo de diez días para solicitar la devolución de cada persona. Después de este periodo, el proceso

de retorno habitual puede tardar hasta seis meses, ya que implica verificar los datos personales de cada individuo, lo cual puede ser complicado debido a la falta de documentos de identidad válidos y la posibilidad de que los migrantes proporcionen información falsa para evitar la deportación (28).

A pesar de las dificultades, el acuerdo ha sido ampliamente utilizado en la última década. Por ejemplo, en octubre de 2018, alrededor de 200 personas cruzaron la valla en Melilla y 116 entraron en Ceuta en agosto del mismo año. Todos fueron devueltos a Marruecos de acuerdo con el acuerdo bilateral. Después de una investigación, El Tribunal Europeo de Derechos Humanos estableció que las 'devoluciones en caliente' ejecutadas por España eran ilegales y violaban el artículo 9 de la Directiva 2013/32/UE y el Convenio Europeo sobre Derechos humanos. De hecho, este artículo prohíbe la expulsión colectiva y garantiza el derecho a un procedimiento de recurso para cada persona devuelta (29). A pesar de estas sentencias, a lo largo de los años se han producido numerosas expulsiones y rechazos colectivos, afectando no solo a adultos, sino también a menores.

Más tarde, a este acuerdo le seguirían otros muchos, como en 2006 con Senegal, 2007 con Mali, Níger en 2008... Estos acuerdos suponen una gran cantidad de dinero; de los años 2014 a 2018 fueron invertidos 350 millones de euros en acuerdos con la región de África Occidental. Además, estos acuerdos no solo generan un gran coste económico, sino que se ven influenciados por los intereses económicos y políticos de ambas partes y en la mayoría de ocasiones generan vulneraciones de los derechos humanos, denunciadas a diario por múltiples ONG. (22)

Observamos el rechazo a la inmigración ilegal frente a las trabas para una entrada legal a la UE, la asociación del término migrante con potencialmente delincuente, sin tener en cuenta que la mayoría de los delitos son considerados de subsistencia, debidos a su situación de precariedad, y a menudo la asociación migrante y terrorismo, a pesar de que la mayoría de personas que han cometido estos actos no eran migrantes sino nativos de sus propios países. Estas asociaciones constituyen la llamada "amenaza migrante" o "Europa amenazada" bajo la que se justifica que los gobiernos traten de impedir el acceso a la protección internacional a los migrantes mediante la desterritorialización de fronteras, como el caso España-Marruecos, la modernización de vallas, las devoluciones en caliente, las faltas de vías en frontera para solicitar protección internacional, o el impedimento de que los solicitantes de asilo lleguen a la península desde Ceuta o Melilla, impidiendo su libertad de movimiento (30).

1.3.3 En Europa: nuevo pacto de migración y asilo

Este acuerdo, impulsado durante la presidencia española en el Parlamento Europeo se basa en cinco propuestas legislativas: Reglamento de control, Reglamento Eurodac, Reglamento sobre procedimientos de asilo, Reglamento de gestión de la migración de asilo y Reglamento de crisis y fuerza mayor.

Un punto a destacar es que se creará una lista común de países de origen seguros. Se podrá rechazar una solicitud de asilo si se considera que el solicitante podría ser devuelto porque procede de un país seguro. Por tanto, no se garantiza un análisis individual, pues el concepto de país de origen seguro se basa únicamente en la situación global del país y no en las condiciones particulares del solicitante. Además, las diferencias en el procesamiento de las solicitudes de protección internacional según la nacionalidad del solicitante constituyen una forma de discriminación.

Por otro lado, si la persona no procede de un país considerado seguro, se crea un procedimiento de *screening* por el que las personas tendrán que pasar antes de acceder formalmente al procedimiento de protección internacional. Se identificará el procedimiento a seguir, es decir, si se retorna a la persona a su país de origen o si se da comienzo a un procedimiento de asilo, y además se realizarán pruebas de identificación, seguridad y salud, así como la toma de huellas dactilares y registro en la base de datos Eurodac. Ya que se trata de un procedimiento tan corto, las personas quedan expuestas a ser devueltas “en caliente” sin que su solicitud se haya estudiado en profundidad, pudiendo resultar su devolución un riesgo para su vida. Este procedimiento de control se realizará en las fronteras exteriores de la UE, pues todas las personas que estén sometidas a este proceso de control no podrán ingresar al territorio de un Estado miembro. Por tanto, las personas permanecerán en centros de régimen cerrado fuera de suelo europeo y en países que vulneran los derechos humanos. Además, cabe destacar que este proceso de aplica a personas mayores de 6 años, por lo que los menores quedan desprotegidos en esos terceros países y quedan incluso expuestos a devoluciones a sus países de origen. Este acuerdo refuerza la dependencia de la UE de Estados situados fuera de sus fronteras para gestionar la migración. En lugar de invertir en una acogida digna dentro de la UE y de ampliar las vías seguras y regulares para permitir que la gente alcance la protección en Europa, esto constituye un paso más para eludir las responsabilidades europeas de protección a las personas refugiadas (31).

Otro punto que recalcar es la creación de reglas más estrictas sobre qué países son responsables de procesar las solicitudes de asilo. Esto se hace para evitar que los solicitantes de asilo elijan dónde presentar su solicitud. Por defecto, los solicitantes de asilo deben

presentar sus solicitudes en el primer Estado miembro al que lleguen o donde tengan residencia legal. Antes, si un solicitante llegaba a un país y no presentaba su solicitud de inmediato, podía intentar trasladarse a otro país para presentarla allí. Ahora, el nuevo reglamento limita esta opción para reducir los "movimientos secundarios", ya que establece plazos más largos durante los cuales el primer país de llegada es responsable de procesar la solicitud. Por tanto, las personas solicitantes tendrán aún más reducida su libertad. Además, se aplicará un mecanismo de solidaridad entre países para ayudar a los países que lidian con mayor número de solicitudes de asilo, y distribuir su estudio de una manera más justa. Los países menos receptores podrán decidir su contribución; recibir trasladados de personas solicitantes de asilo procedentes de los estados con mayor número de solicitudes, podrán aportar económico para apoyar a esos países u otras medidas como aportar desplegando personal. Sin embargo, hay unos objetivos mínimos que deberán cumplirse cada año. Si un país no cumple con estos objetivos, podría tener que encargarse de procesar las solicitudes de asilo de otras personas en lugar de reubicarlas en otro país. Se ha establecido un número mínimo anual de personas que deben ser trasladadas de los países con mayor número de solicitudes de asilo hacia los países que no reciben tantas solicitudes. Este número mínimo es de 30.000 personas al año. Además, se ha establecido la contribución financiera mínima al año en 600 millones de euros. Estas cifras podrán cambiar según la situación. Para compensar si no se logra trasladar a suficientes personas, se introducirán medidas adicionales de solidaridad. Esto significa que los países que no cumplen con su cuota de trasladados deberán procesar las solicitudes de asilo de algunas personas que normalmente habrían sido trasladadas a otro país. Esta medida será obligatoria si los trasladados no alcanzan al menos el 60% de la cantidad total requerida por el Consejo en ese año o si no se alcanza la cifra de 30.000 reubicaciones al año. De esta manera se busca apoyar a los Estados a los que las personas migrantes llegan primero como Italia, España o Grecia, sin embargo, el resto de Estados podrán limitarse a pagar para evitar responsabilidades (31).

En cuanto a la Eurodac, esta se verá ampliada, pues incluso incluirá imágenes faciales y el lugar de solicitud de protección internacional. De esta forma se evitará que las personas puedan presentar varias solicitudes en diferentes países.

Desde la segunda guerra mundial, desde la redacción de la Declaración Universal de los Derechos Humanos, es la primera vez que se quiere legalizar la vulneración de derechos. Europa se blinda cada vez más y pese a los nuevos acuerdos siguen faltando vías legales y seguras de acceso al territorio (31). El nuevo pacto de migración y asilo se aprobó el 10 de abril de 2024, a pesar de las advertencias de múltiples organizaciones como Save the Children, CEAR o Amnistía Internacional.

“Este acuerdo hará retroceder durante decenios el derecho de asilo europeo. Su resultado probable es un aumento del sufrimiento en cada paso del viaje de quienes busquen asilo en la UE. Desde la forma en que los países no pertenecientes a la UE traten a estas personas, el acceso de éstas al asilo y al apoyo jurídico en la frontera europea, hasta su recepción dentro de la UE, este acuerdo está concebido para dificultar el acceso de las personas a la seguridad”, Eve Geddie, directora de la Oficina de Amnistía Internacional (32).

1.4 Vías de acceso a España

1.4.1 Inmigración a través de la frontera sur

Según el Ministerio del Interior en su informe 2023, titulado “Inmigración irregular 2023”, que abarca datos desde el 1 de enero al 31 de diciembre de dicho año, el total de inmigrantes llegados a España de forma irregular por vía marítima y terrestre en 2023 fue de 56.852 personas, un 82,1% más que en el mismo periodo de 2022.

El total de personas llegadas a España por vía marítima fue de 55.618 personas, de los cuales 15.435 llegaron a la península y Baleares y 39.910 a Canarias. A Ceuta, por vía marítima llegaron 67 personas mientras que el año anterior llegaron 124. En Melilla, en el año 2023 llegaron por vía marítima 206 personas, 37 más que en 2022. 1.068 personas llegaron por vía terrestre a Ceuta en 2023, frente a las 1.114 que llegaron en 2022. En Melilla, por vía terrestre llegaron 166 personas en 2023 mientras que en 2022 llegaron 1.175 (33).

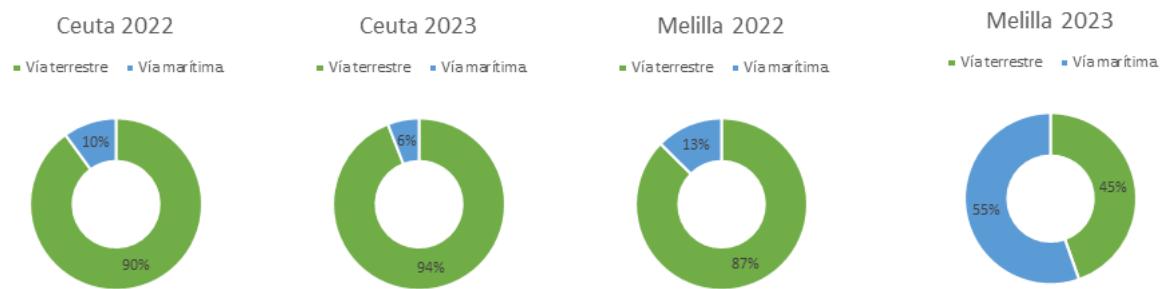


Gráfico 1 - Llegadas a Ceuta y Melilla por vía marítima y terrestre. Elaboración propia a través de (33)

La OIM define “Migración irregular” como el movimiento de personas que se produce al margen de las leyes, las normas o los acuerdos internacionales que rigen la entrada o la salida del país de origen, de tránsito o de destino. Por otro lado, la migración regular se produce con conformidad con las leyes del país de origen, de tránsito y de destino. (1)

El número de extranjeros en España a 30 de junio del 2023 con autorización de residencia en

vigor se sitúa en 2.855.995, de los cuales 794.463 tienen nacionalidad marroquí; con certificado de registro 3.649.600, siendo 1.117.007 personas con nacionalidad rumana; y con TIE-Acuerdo de retirada, 206.005, de los cuales 202.711 son personas de Reino Unido. (34) Según el Ministerio de la Presidencia, Justicia y Relaciones con las Cortes en el año 2023 se concedieron 242.342 nacionalidades por residencia, el mayor número de ellas fueron otorgadas a ciudadanos de origen mexicano. (35)

1.4.2 Rutas migratorias

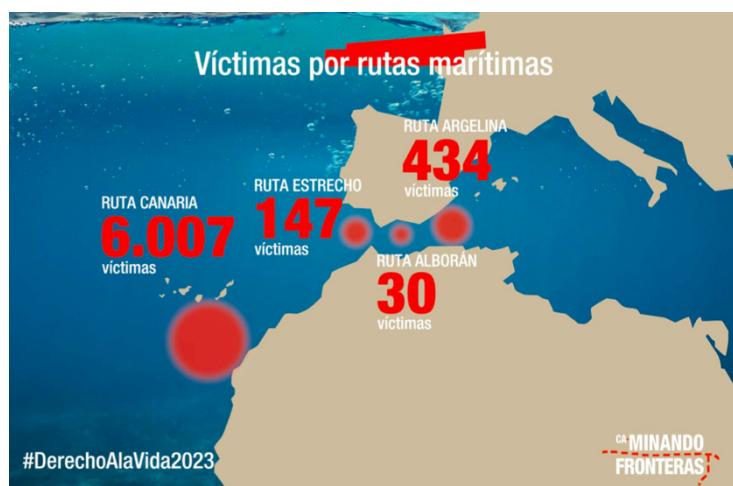


Imagen 1- Víctimas por rutas marítimas. Fuente: Caminando Fronteras (36)

La organización Caminando Fronteras, mediante su Observatorio de Derechos Humanos en la Frontera Occidental Euroafricana, ha llevado a cabo un seguimiento exhaustivo en colaboración con las comunidades y familiares, y ha constatado que el año 2023 ha sido el año con más muertes desde que la organización tiene registros. Este año un total de **6618** personas perdieron la vida tratando de alcanzar las costas españolas, de los cuales 384 eran menores. Esto supone un total de 18 muertes al día. Los meses de junio y octubre concentran la mayoría de las víctimas.

A pesar de estas cifras, los Estados siguen poniendo el foco en el número de llegadas y no en el número de muertes y desapariciones. A lo largo del tiempo, se han normalizado las consecuencias que tienen las políticas fronterizas, y no se ha efectuado una reflexión acerca del impacto de las políticas migratorias. En su lugar, se ha producido un aumento en la difusión de mensajes racistas y xenófobos, incluso por medio de responsables institucionales.

En lo que respecta al rescate marítimo, se ha producido una externalización en materia de salvamento. Países como Marruecos se están haciendo cargo de rescates en zonas que

históricamente eran responsabilidad española. Estas responsabilidades se ceden sin tener en cuenta que otros países no tienen medios ni voluntad de realizar rescates. Salvamento Marítimo se centra en garantizar el control migratorio, y los rescates se ceden a terceros países. Además, cabe destacar, que en una operación de salvamento solo se interviene en ese momento, no se continúa con la búsqueda de supervivientes ni de cadáveres, algo que facilitaría la reparación de las familias. La organización Caminando Fronteras, denuncia que muchos naufragios se producen por el cuestionamiento por parte de las autoridades, de la información otorgada por las ONG. Además, muchos de estos hechos se produjeron tras el cese por parte de las autoridades de la búsqueda de las embarcaciones, a pesar de tener la posición exacta de dónde se encontraban (36).

Rutas atlánticas

Agadir à Dajla – 1418 personas fallecidas

En esta ruta, que abarca la línea costera entre estas dos ciudades hasta las Islas Canarias, la mayoría de las personas parten en embarcaciones neumáticas, que por tanto tienen una flotabilidad muy limitada. Estas embarcaciones son mixtas, pues están compuestas por personas en tránsito y por magrebíes. La mayoría de las salidas se efectúan desde Tan Tan hacia Canarias. Esta ruta es frecuentada por mujeres que han tenido hijos en medio de un largo proceso migratorio.

El informe de esta ONG relata casos en los que la gendarmería marroquí mató a varias personas disparándolas con balas. Las personas que sobrevivieron, pero se cayeron del barco en el que navegaban, fueron llevadas al desierto sin posibilidad de denunciar lo ocurrido.

Senegal – 3176 personas fallecidas.

Esta ruta que va desde Senegal hasta Canarias, también se le conoce como la ruta de los cayucos, pues las personas que navegan siguiendo este trayecto utilizan este tipo de embarcaciones.

En este país, durante los primeros meses de 2023 se vive una gran inestabilidad política. Se producen numerosas revueltas por el encarcelamiento del líder de la oposición y por el cambio de la Constitución, efectuado con el fin de que siguiera en el cargo el que en ese momento era el presidente del país. Esta represión junto a la destrucción de la pesca tradicional provoca un aumento en las huidas del país. Y es que muchas personas senegalesas que viven de la pesca tienen muchos problemas para llevarla a cabo. Esto se debe a las numerosas licencias de pesca que tienen terceros países. Las multinacionales francesas o los atuneros españoles provocan que los pescadores locales apenas puedan pescar para poder vivir, y tengan que turnarse para lograrlo. Estas situaciones han producido un aumento en las huidas del territorio

y un incremento del porcentaje de menores en la ruta migratoria; “*Según organizaciones en la zona, el número de salidas ha triplicado al de llegadas*” (36).

Las familias que se manifiestan por las desapariciones también han sido objeto de represión, llegando incluso a ser detenidas por pedir justicia para las víctimas. Además, con el aumento de huidas se aumentan los controles en las salidas del país. Ya que se produce un aumento del control marítimo senegalés, apoyado por España y Mauritania, las personas se alejan de la línea de costa para no ser detectadas y se adentran en el Atlántico, con el fin de llegar a la isla de El Hierro. Debido a la gran extensión marítima que abarca esa zona, cuando se denuncian desapariciones en esa área, no se efectúan búsquedas. Se relatan casos de personas que se tiraron el agua porque perdieron la razón o muertes por deshidratación, hipotermia y hambre.

Mauritania — 395 personas fallecidas

Esta ruta que parte desde Mauritania con el objetivo de llegar a Canarias, se compone mayormente de personas que huyen del Sahel, por lo que la mayoría son refugiados malienses. Parten mayormente en cayucos más pequeños que los senegaleses.

Gambia — 1018 personas fallecidas

Esta ruta que también tiene como destino Canarias, es la ruta más larga, y que por tanto, conlleva más riesgo. Además, para encontrar las embarcaciones desaparecidas en esta zona, se requeriría de la colaboración de varios países, algo que no sucede.

Rutas mediterráneas

Ruta argelina — 434 personas fallecidas

En esta ruta desaparecieron 22 embarcaciones, para las que no se activaron medios de búsqueda a pesar de haber sido informadas, las autoridades encargadas de llevar a cabo el rescate. Esto sucede ya que los servicios del Estado español sostienen que sin geolocalización no buscarán embarcaciones. Además, la ONG sostiene que dichos servicios se niegan a tomar datos de la situación, a pesar de estar siendo informados de situaciones críticas.

Ruta del estrecho — 147 personas fallecidas

La mayoría de víctimas son personas que van a nado hacia Ceuta. También se utilizan Toys, zodiacs de recreo con remos hechos a mano, que parten desde la ciudad de Tánger. También se observaron neumáticas saliendo del sur de Larache.

Las personas de África occidental suelen cruzar con Toys o saltando la valla, mientras que las personas marroquíes llegan a la costa a nado.

Cabe destacar la existencia de la valla invisible. En las coordenadas 35° 50', los medios de rescate no operan, pero sí lo hacen los servicios de control marroquíes. Esto refleja la externalización incluso en materia de rescate, y cómo el rescate se supedita al control migratorio.

Ruta de Alborán — 30 personas fallecidas

La mayoría de las personas cruzan a nado hacia Melilla, aunque también se observó alguna embarcación. En esta zona también existen las coordenadas 35° 50', que limitan la acción del salvamento español. Cabe destacar, que tras un naufragio no existen búsquedas posteriores de supervivientes ni de cadáveres. Además, en el supuesto de encontrar personas fallecidas, éstas son enterradas en los cementerios de Ceuta y Melilla, con una lápida en blanco, sin nombre. Ya que estas ciudades cuentan con cementerio católico y musulmán, las personas son enterradas según la religión de los supervivientes, o de forma indistinta si no hay indicios de cuál era su religión. No existe búsqueda o investigación sobre la identidad de las personas, las familias no pueden viajar para identificar a sus hijos y no hay mecanismo entre países para facilitar el proceso de identificación corporal, por lo que muchas familias viven sin saber si sus familiares murieron, qué les sucedió o dónde se encuentran enterrados. Esas familias sufren una gran dificultad para llevar a cabo un duelo correcto, con el silencio de las administraciones (36).

1.4.3 Asilo

El artículo 149 de la Constitución Española establece que la nacionalidad, inmigración, emigración, extranjería y derecho de asilo son competencia exclusiva del Estado. En el artículo 13.4 de la CE se reconoce el asilo como un derecho que requiere una regulación legal para poder llevarse a cabo (37).

La ley actual de asilo es la 12/2009 reguladora del derecho de asilo y la protección subsidiaria. Esta ley, en su artículo 3 establece que; *“la condición de refugiado se reconoce a toda persona que, debido a fundados temores de ser perseguida por motivos de raza, religión, nacionalidad, opiniones políticas, pertenencia a determinado grupo social, de género u orientación sexual, se encuentra fuera del país de su nacionalidad y no puede o, a causa de dichos temores, no quiere acogerse a la protección de tal país, o al apátrida que, careciendo de nacionalidad y hallándose fuera del país donde antes tuviera su residencia habitual, por los mismos motivos no puede o, a causa de dichos temores, no quiere regresar a él, y no esté incurso en alguna*

de las causas de exclusión del artículo 8 o de las causas de denegación o revocación del artículo 9” (38).

En cuanto al trámite; “*la Oficina de Asilo y Refugio, dependiente del Ministerio del Interior, es el órgano competente para la tramitación de las solicitudes de protección internacional, sin perjuicio de las demás funciones que reglamentariamente se le atribuyan*” (Art 23.1 LO 12/2009). Se puede solicitar asilo en los puestos fronterizos de Ceuta y Melilla, en un CIE, o dentro del territorio español. Para solicitar el asilo es necesario conseguir una cita a través de una web, un teléfono o de forma presencial, pues dependiendo de la comunidad autónoma se solicita de diferente forma. Desde el momento que se tiene la cita, queda registrada la voluntad de solicitar protección internacional por lo que la persona no puede ser devuelta a su país de origen (Art 19.1 LO 12/2009) (38). El día de la cita la policía realiza una entrevista confidencial a la persona solicitante, en la que puede haber un abogado si se solicita y un intérprete. Tras dicha entrevista se emite la “hoja blanca”, que es el Resguardo de Presentación de Solicitud de Protección Internacional, válido en toda España, y que otorga al solicitante un NIE (Número de Identificación de Extranjero).

Si en un mes desde la fecha de la entrevista no se ha notificado una resolución de “no admisión a trámite”, la hoja blanca seguirá siendo válida hasta la segunda fecha de validez del documento. La segunda fecha de validez es de 9 meses desde la fecha de la entrevista, si la solicitud ha sido admitida a trámite y no se ha notificado una resolución de inadmisión.

Además, transcurridos 6 meses desde fecha de la entrevista la persona está autorizada a trabajar en España. Si durante el primer mes la solicitud no se admite a trámite, se puede solicitar un recurso, y si no se recibe respuesta en ese mes, la solicitud habrá sido admitida a trámite (o aceptada), y se estudiará más en profundidad. Al renovar la hoja blanca se otorga un nuevo documento, la tarjeta roja (38).

Como hemos visto anteriormente, España constituye la frontera exterior occidental de la UE, así como es el único país europeo con dos fronteras terrestres con África. Tres años de guerra y 40 de dictadura hicieron a España un país emisor de refugiados (39), sin embargo, en 2022 España recibió 117.945 solicitudes de asilo, siendo el tercer país de la Unión Europea con mayor número de solicitudes. En 2022 Alemania recibió un 25%, Francia un 16%, España un 12%, Austria un 11% e Italia un 9%. (40)

A pesar de que el derecho al asilo lleva regulado desde 1984, año en el que se creó la primera ley sobre asilo en España, no fue hasta 2014 en Melilla, cuando se hizo la primera solicitud en un puesto fronterizo en la historia de España. El aumento de solicitudes hizo que ese mismo año el Ministerio del Interior crease las oficinas de asilo y protección internacional en los puestos fronterizos de Ceuta y Melilla. Sin embargo, observamos como las autoridades

marroquíes no permiten acercarse la frontera a las personas subsaharianas, obligándoles a cruzar de forma irregular para solicitar protección internacional a través de vallas, embarcaciones...(39)

Otra particularidad que observamos en estas ciudades respecto al asilo, es la restricción de movimiento. La ley de asilo no establece ningún tipo de restricción de movimiento, de hecho, la Constitución y el Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos reconocen dicha libertad. Sin embargo, en 2010 las autoridades empezaron a impedir que los solicitantes de asilo admitidos a trámite llegaran a la península desde Ceuta y Melilla, justificándolo en el estatuto especial de estas ciudades y a que España tiene el derecho a ejercer controles en las conexiones entre las comunidades autónomas, según el acuerdo Schengen (39).

En 2021 el Tribunal Supremo español confirmó que toda persona que haya solicitado protección internacional en Ceuta o Melilla tiene derecho a libertad de circulación, y a fijar su residencia en cualquier otra ciudad española (41). Este cambio supuso que, tras la primera entrevista en Ceuta o Melilla, el solicitante de asilo debe esperar un mes y un día, y si durante este tiempo las autoridades españolas no notifican nada a los solicitantes, se les entregará el llamado 'papel blanco'. Este documento afirma que la persona es un solicitante de asilo y, por lo tanto, tiene derecho a abandonar los dos enclaves.

Las trabas que pone el Estado a la protección internacional se deben al etiquetado de la migración como una migración exclusivamente laboral, que supedita la gestión del refugio al control migratorio. Entre 1998 y 2014 las solicitudes de asilo en España no fueron más del 1,5% del total de la Unión Europea, y a pesar de su localización solo el 14,26% de todas las solicitudes en España se realizaron en Ceuta y Melilla (42).

1.4.4 Centros de internamiento, estancia y acogida temporales en España

Al unirse a la Comunidad Económica Europea (CEE) y posteriormente a la Unión Europea (UE), España se convierte en un punto clave en las fronteras de Europa, sirviendo como entrada principal desde África al continente europeo, con apenas trece kilómetros de separación entre ambos continentes. En este contexto, se establecen instalaciones de detención o internamiento de extranjeros en todos los estados del continente europeo. La primera legislación sobre extranjería en España data en 1985, introduciendo por primera vez la medida cautelar del internamiento de extranjeros que se encontraran en situación irregular, sin la documentación adecuada o que hubieran intentado ingresar por lugares no autorizados.

El propósito de este internamiento era facilitar la posterior expulsión. A las personas que arriesgan sus vidas tratando de ingresar a Europa en precarias embarcaciones y han presenciado las muertes de sus compañeros de viaje, no se les brinda atención médica y psicológica, sino que se les somete a privación de libertad. A pesar de que la Constitución Española, en su artículo 25.3, prohíbe la imposición de sanciones que impliquen privación de libertad por parte de la administración civil, en España se ha utilizado la privación de libertad de personas extranjeras en situación irregular como instrumento administrativo.

El modelo migratorio actual promueve la inmigración legal y ordenada como la ideal, mientras que considera la inmigración irregular como negativa, respondiendo a esta última con la expulsión y utilizando el internamiento para este propósito. Esto ocurre a pesar de que las vías legales para migrar desde ciertos países, especialmente desde África subsahariana, son prácticamente inexistentes, siendo este grupo poblacional el más afectado por las expulsiones y el internamiento. El aumento de llegadas a España, Italia y Grecia no se debe a que los métodos disuasorios para reducir las llegadas no funcionen, sino a que las condiciones en los diversos países de origen de muchas personas que llegan a estos países siguen siendo precarias o han empeorado, y no se abordan como una posible consecuencia del neocolonialismo europeo en los países africanos y asiáticos (43).

- CIES

Los Centros de Internamiento de Extranjeros son instalaciones donde se retiene a personas migrantes de manera forzada con el propósito de deportarlas a sus países de origen. En estos centros se encuentran tanto personas migrantes en situación administrativa irregular que no han cometido delitos, como aquellas que han sido condenadas y optan por la deportación en lugar de cumplir una pena privativa de libertad. La retención en estos lugares puede durar hasta 60 días. Hay un total de 9 CIES en España.

Estas instalaciones, financiadas con fondos europeos para Asilo, Migración e Integración, han sido escenario de múltiples violaciones de derechos humanos a lo largo del tiempo. Por ejemplo, se documentó el caso de una mujer rusa que fue violada a punta de pistola y se le impidió denunciarlo, porque se consideró que mentía para obtener la documentación, siendo posteriormente ingresada en el CIE de Aluche por orden judicial. En 2006, un grupo de mujeres denunció que fueron obligadas por la policía a participar en fiestas sexuales en el CIE de Capuchinos en Málaga, y cuando se juzgó el caso nueve años después, los policías quedaron absueltos.

Entre noviembre de 2017 y enero de 2018, se encerraron a 577 personas argelinas, incluidos menores y solicitantes de asilo, en la cárcel de Málaga II de Archidona, un lugar no destinado para este fin. Durante casi dos semanas, estas personas estuvieron sin acceso a agua potable

ni comida caliente, sin poder cambiarse de ropa ni comunicarse con sus familias, vulnerando sus derechos establecidos por ley y bajo la custodia de unidades antidisturbios. Estas personas, que acababan de arriesgar su vida en el Mediterráneo, vivieron una situación de tal violencia que comenzaron a autolesionarse y una persona se suicidó después de 18 horas de aislamiento sin agua, comida ni supervisión. A pesar de las denuncias de organizaciones y colectivos, no se llevó a cabo una investigación ni se buscaron responsables, ni se cambiaron las políticas de encierro de personas migrantes. Aunque la legislación prohíbe el internamiento de menores en los CIE y cárceles, el Gobierno reconoció dos semanas después del cierre de este lugar, que al menos 11 menores estuvieron internados en la cárcel-CIE de Archidona. Aunque hasta el día de hoy no se ha vuelto a internar a personas migrantes en cárceles, este suceso quedará en la historia como un ejemplo del existente racismo institucional (43).

- CETIS

Los Centros de Estancia Temporal de Inmigrantes (CETI) son instalaciones que se crearon en Ceuta y Melilla para atender a personas migrantes que se encontraban en situación de calle tras llegar a través de la valla fronteriza o por mar. A diferencia de los CIE, en los CETI no se realiza la filiación de personas y estas pueden residir allí durante un tiempo indeterminado, generalmente meses, hasta obtener un permiso policial para viajar a la península. Aunque Ceuta y Melilla son territorio de la UE, no forman parte del espacio Schengen, lo que dificulta la movilidad de los migrantes, pues se encuentran atrapados en estos dos enclaves. Los CETI son gestionados directamente por el Ministerio de Inclusión, Seguridad Social y Migraciones. Aunque no son centros que priven la libertad como los CIE, tienen horarios y un registro de acceso. Sin embargo, carecen de normativas claras y públicas que regulen su funcionamiento y garanticen la aplicación de la normativa.

En cuanto al procedimiento de ingreso en uno de estos centros, las personas deben solicitar acceso verbal o escrito en la entrada, y después realizar por una entrevista. Si cumplen los requisitos de entrada, se les informa sobre las normas y servicios del centro y se les proporciona una tarjeta de identificación con la que podrán entrar y salir del centro, dentro de los horarios establecidos. No hay un límite de tiempo para permanecer en un CETI, y los trasladados a la península dependen de decisiones políticas y de la capacidad de los centros. Dentro del centro, las personas pueden optar por dos programas de asistencia: uno de ayuda humanitaria, destinado a aquellos en tránsito que no cumplen los requisitos para solicitar protección internacional, y otro de protección internacional, dirigido a quienes solicitan asilo.

El Centro de Estancia Temporal de Inmigrantes (CETI) en Melilla comenzó su operación en 1999 con una capacidad inicial de 480 plazas, que se ha expandido hasta alcanzar las 800.

Sin embargo, ha llegado a alojar a más de 2.000 personas migrantes en ocasiones de alta demanda. El CETI representa la única opción de vivienda para aquellos que han logrado entrar en territorio español, pero que quedan atrapados en la ciudad autónoma.

Es importante señalar la falta de claridad en los criterios de acceso, ya que no hay justificación legal para negar la entrada a ninguna nacionalidad. Durante el cierre de la frontera debido a la pandemia de COVID-19, los criterios de acceso se redujeron para las personas de nacionalidad marroquí, limitando el ingreso solo a aquellos que solicitaran asilo y demostraran estar en situación de vulnerabilidad. Esto dejó a muchos jóvenes marroquíes en situación de calle durante meses, mientras había plazas vacías en el CETI. Además, la solicitud y denegación de acceso se realizaron en su mayoría de manera verbal y sin explicación, lo que dificultó la posibilidad de presentar reclamos.

Después de años de reivindicaciones, en septiembre de 2023 se logró un cambio en estos criterios. Actualmente, todas las personas que soliciten asilo, independientemente de su nacionalidad, pueden acceder al CETI sin necesidad de demostrar una vulnerabilidad específica.

El Centro de Estancia Temporal de Inmigrantes en Ceuta, inaugurado en el año 2000 con capacidad para 512 personas, ha sido conocido por denegar sistemáticamente el acceso a migrantes de nacionalidad marroquí, hasta hace muy poco. Esta exclusión, combinada con la escasez de recursos para proporcionar una acogida digna en la ciudad, dejó a muchas personas sin hogar. En enero de 2023, Moussa, un joven guineano, se quitó la vida después de ser expulsado del centro en plena ola de frío y sin tener ningún lugar donde refugiarse. Después de varios días a la intemperie y sin la posibilidad de regresar al CETI, su cuerpo fue descubierto colgado de un árbol cerca del centro.

En marzo del mismo año, se descubrió el cuerpo de Mamadou Balde en el mar. Este joven guineano estaba sufriendo graves problemas de salud mental debido a las dificultades de su viaje migratorio y las experiencias traumáticas que había vivido. A pesar de los intentos de sus compañeros por alertar sobre su estado, no se pudo evitar que se lanzara al mar y se ahogara. Una vez más, esta tragedia puso de manifiesto la falta de recursos psicosociales y la ausencia de una respuesta efectiva por parte del centro (43).

- CATES

Los Centros de Recepción Provisional de Inmigrantes son instalaciones donde se retiene a las personas que han ingresado de manera irregular a España a través de la ruta marítima. En estos lugares se lleva a cabo el proceso de identificación y filiación de estas personas, proporcionándoles además el acuerdo de repatriación. La retención en estos centros tiene una duración máxima de 72 horas y funcionan de manera similar a una extensión de la unidad

de extranjería de una comisaría de policía. En España existen 10 de estos centros. Más de 126.000 personas, incluyendo 7.280 menores de edad, han pasado por estas instalaciones, las cuales carecen de un marco jurídico o regulación específica. La creación de los CATES como una alternativa a los polideportivos y comisarías policiales para la gestión migratoria podría ser considerada positiva, sin embargo, la falta de un marco legal que asegure la seguridad, la falta de transparencia, el trato que reciben las personas, las condiciones de los centros y la falta de voluntad real para abordar estos problemas, han convertido a estos centros en instrumentos que vulneran gravemente los derechos de las personas recién llegadas.

83.133 personas han sido objeto de privación de libertad desde el 2011 en los distintos centros de internamiento ubicados en el territorio español.

De esta población, la mayoría corresponde al género masculino, específicamente 78.768 individuos, representando un porcentaje del 94.75%. Durante los años 2016 y 2017, solamente se procedió a la expulsión del 29% y 34% de los internos respectivamente, a pesar de que la razón primordial de la privación de libertad en estas instalaciones, según dictamina el Tribunal Constitucional, es facilitar el proceso de repatriación del individuo (43).

1.5 Migración y salud

La migración en sí misma no constituye un riesgo para la salud, sin embargo las circunstancias en las cuales se lleva a cabo la migración pueden afectar tanto a la salud física como a la salud mental.

Según la etapa de la migración, hay diferentes aspectos que pueden afectar a la salud en cada una de ellas. Antes de la partida, pueden afectar los eventos y traumas previos a la migración, el perfil epidemiológico, la cultura, el idioma y el origen. Durante el tránsito, la salud se puede ver afectada por la duración y las circunstancias del viaje, si el viaje se ha hecho solo o en grupo, si se han producido abusos o violencia, o si se ha tenido acceso a servicios de salud básicos durante el trayecto. A la llegada, durante la estancia e integración, va a afectar la situación legal para acceder a los servicios de salud, la exclusión, discriminación, explotación, la cultura y el idioma, así como la separación de sus allegados. Por último, durante el retorno y reintegración, afectará la duración de la ausencia, los servicios de salud que hay en ese momento en su país de origen, los lazos que perduran con esa comunidad y los cambios en su salud durante el tiempo en el que la persona vivió fuera.

Aunque las personas migrantes no son un riesgo directo para la salud de las comunidades receptoras, la carencia de acceso adecuado a servicios de salud completos, asequibles y adaptados a sus necesidades durante su travesía puede acarrear un riesgo potencial para la salud pública. Mejorar el acceso de los migrantes a servicios sociales y de salud no solo les garantizará un estado de salud óptimo, sino que también contribuirá de manera positiva al bienestar general de las comunidades donde se establezcan (44).

1.5.1 Barreras de acceso a la población migrante a acceder al sistema sanitario

Los servicios sanitarios se han confeccionado sin tener en cuenta a la población migrante y sus necesidades de salud. Es necesario tener en cuenta la diversidad (origen, idioma, cultura...), su adaptación, su concepto de salud y de atención sanitaria, la desigualdad de género, el trayecto migratorio y el nivel de entendimiento de prevención.

El duelo migratorio, el desconocimiento, el miedo, los derechos restringidos o los problemas comunicativos hacen a estas personas más vulnerables también en el ámbito de la salud. Todos estos sentimientos se pueden somatizar y acabar en una acudida recurrente a los servicios de salud. La poca formación cultural en los profesionales, la falta de tiempo asistencial y en ocasiones la poca sensibilidad con estas personas, puede provocar la cronificación de los síntomas o generar frustración tanto a la persona migrante como al profesional.

Los factores tanto internos como externos que interfieren y obstaculizan el acceso de las personas a una buena atención sanitaria son los que determinan las restricciones para acceder a los servicios de salud.

Existen restricciones internas primarias y secundarias, y restricciones externas.

En las restricciones internas, que son de la propia persona, podemos encontrar la auto-restricción primaria. Los factores internos que influyen en la decisión de una persona de buscar atención médica pueden diferir de lo que los servicios de salud consideran necesario. Esta discrepancia se acentúa en los migrantes, ya que sus percepciones de salud/enfermedad pueden ser diferentes de las de la sociedad que los acoge. Además, su experiencia previa en sistemas de salud con atención primaria menos presente, puede resultar en una falta de comprensión sobre las opciones disponibles en el sistema de salud del país en el que se encuentran. Es importante destacar que, en este escenario, la persona puede no ser consciente de estas limitaciones.

Una vez que se decide buscar atención médica, pueden surgir restricciones externas que dificultan este proceso. Estas restricciones pueden derivar de aspectos legales-

administrativos, estructurales, socioeconómicos, culturales, de comunicación o de relación con el personal sanitario. Estos factores externos pueden generar un efecto negativo que lleva a una auto-restricción interna secundaria, donde la persona reconoce la necesidad de atención médica, pero decide no buscarla debido a experiencias previas o percepciones, ya sean objetivas o subjetivas (45).

Para reducir dichas restricciones es esencial que los programas de actividad comunitaria faciliten a los migrantes el acceso a recursos de salud e información sanitaria. Para ello, es necesario adaptar los servicios de salud, ofertando formación en aspectos culturales a los profesionales, tanto a los que se encuentran en activo como a los que están formándose. También es necesario llevar a cabo programas de captación de personas migrantes que no acuden a dichos servicios, así como añadir al equipo sanitario personas de diferentes culturas, no solo como figura asistencial sino también como traductores, mediadores o agentes comunitarios de salud. El agente de comunitario de salud forma parte del equipo con el propósito de servir como enlace entre la comunidad y los servicios de atención e información sanitaria. Su misión es mejorar la comunicación y el intercambio de información, iniciativas y recursos entre ambas partes, además de incentivar acciones de promoción de la salud tanto desde la comunidad como desde los servicios de salud, de manera colaborativa. El perfil de esta persona requiere además de buena capacidad de comunicación, que su origen sea el mismo que el paciente, ya que las culturas son muy diferentes unas de otras. Su labor abarca tres áreas principales: socio-cultural, sanitaria y comunitaria.

En el ámbito socio-cultural, se busca reducir las barreras causadas por las diferencias culturales entre los migrantes y el personal sanitario. Se incluyen actividades como traducción, mediación cultural, formación del personal sanitario en competencia cultural y detección de obstáculos para acceder a los servicios de salud.

En el ámbito sanitario, el objetivo es incrementar la información sobre salud y desarrollar habilidades para reducir la vulnerabilidad de individuos y comunidades frente a problemas de salud. Esto implica colaborar en la explicación de tratamientos, dar a conocer los recursos de apoyo disponibles y promover la participación en iniciativas de salud comunitaria.

En el ámbito comunitario, se busca fortalecer el tejido social de las comunidades mediante la mejora de la comunicación, el apoyo a iniciativas locales, la coordinación de recursos y la inclusión de la salud en las agendas comunitarias. Se fomenta la participación de las comunidades en la identificación de necesidades y en la elaboración de políticas de salud.

En la atención a este tipo de personas es esencial la observación, la escucha y hacer que las personas se sientan acogidas, creando un clima de confianza y seguridad. También es muy importante la comunicación, que incluye preguntar a la otra persona lo que se desconozca de su cultura con el objetivo de brindarle una mejor asistencia. (45)

1.5.2 Acceso de migrantes no regularizados al sistema sanitario

En el artículo 43 de la Constitución Española de 1978 establece “el derecho a la protección de la salud” (37) y el preámbulo de la Ley General de Sanidad de 1986 lo reafirma: “Todos los ciudadanos españoles, así como los ciudadanos extranjeros que tengan residencia en el país tienen derecho a la protección de su salud y al acceso a la atención sanitaria”(46). Sin embargo, en ese momento el SNS no era realmente universal, pues esto se logró de manera gradual a lo largo del tiempo. Un hito fundamental en este proceso fue la Ley Orgánica sobre derechos y libertades de los extranjeros en España (4/2000) (47) que incluyó a los inmigrantes indocumentados en el SNS mediante el empadronamiento, vinculando así el acceso al sistema a la residencia y no a la nacionalidad. Por lo tanto, los inmigrantes en situación irregular tenían libre acceso a los servicios del SNS en igualdad de condiciones que los nacionales, siempre y cuando estuvieran registrados en el padrón de su municipio y tuvieran la tarjeta sanitaria individual. El proceso de universalización de la sanidad en España culminó en enero de 2012 con la entrada en vigor de la Ley General de Salud Pública (LGSP) (33/2011) (48), que buscaba eliminar las últimas brechas por las cuales algunos ciudadanos quedaban excluidos del acceso a las prestaciones del SNS. Con este paso, el SNS fue finalmente un sistema con cobertura plenamente universal, basado en el criterio de residencia (49).

Sin embargo, unos meses después, el 24 de abril del 2012, se publica el Real Decreto Ley 16/2012 de “Medidas urgentes para garantizar la sostenibilidad del Sistema Nacional de Salud mejorar la calidad y seguridad de sus prestaciones” (50). Esto llevó a la interrupción de la provisión de atención sanitaria universal y gratuita en España a los inmigrantes irregulares, entre otras medidas dirigidas a reducir los gastos (como el aumento de los copagos por medicamentos, la limitación de la cartera de servicios sanitarios prestados por los servicios de salud regionales de las comunidades autónomas, etc.).

A partir del 1 de septiembre de 2012, las tarjetas sanitarias de los inmigrantes indocumentados (a excepción de los menores de edad y mujeres embarazadas) fueron invalidadas, y desde entonces solo tuvieron derecho a recibir atención en caso de emergencia o enfermedad infectocontagiosa.

Además de los inmigrantes indocumentados, los ciudadanos de otros países de la Unión Europea (como turistas, estudiantes o jubilados residentes en alguna localidad española) debían ser facturados por los servicios sanitarios de sus países de origen, conforme a los acuerdos existentes entre España y dichos países (49).

Este decreto se promulga como una medida reaccionaria ante el llamado "turismo sanitario", a pesar de que este término no tiene nada que ver con garantizar el acceso a los servicios de salud a las personas que residen en territorio español (51).

El Real Decreto-ley 7/2018, de 27 de julio, sobre el acceso universal al Sistema Nacional de Salud (52) busca restablecer el derecho a la protección de la salud y a la atención sanitaria para todas las personas, independientemente de su nacionalidad, que residan en territorio español. Esto incluye a aquellos que, conforme a las normativas de la UE o a acuerdos bilaterales, tengan derecho a acceder a servicios sanitarios según lo estipulado en dichas disposiciones.

Esto queda reflejado en el Artículo 3.1: "*Son titulares del derecho a la protección de la salud y a la atención sanitaria todas las personas con nacionalidad española y las personas extranjeras que tengan establecida su residencia en el territorio español*", y en el Artículo 3.3.1: "*Las personas extranjeras no registradas ni autorizadas como residentes en España tienen derecho a la protección de la salud y a la atención sanitaria en las mismas condiciones que las personas con nacionalidad española, tal y como se establece en el artículo 3.1*" (52).

Dada la independencia de las comunidades autónomas en materia sanitaria, dependiendo de la comunidad autónoma el acceso a la asistencia sanitaria y las solicitudes pertinentes para lograrlo, son diferentes.

En Madrid, actualmente existen diferentes maneras de acceder a la asistencia sanitaria dependiendo de las condiciones de cada persona. En el supuesto de que la persona únicamente tenga su pasaporte, deberá solicitar el documento de asistencia a extranjeros sin residencia legal (DASE) (53), que tiene una validez de dos años. Para ello es necesario un empadronamiento actualizado que acredite menos de tres meses de antigüedad y 90 días de empadronamiento o más en España. Si en el plazo de tres meses no se ha denegado la solicitud, se entiende que está aprobada. En cambio, si la persona es solicitante de asilo, deberá solicitar el documento de asistencia sanitaria para solicitantes de protección internacional (DASPI) de la Comunidad de Madrid (54). La validez del mismo irá ligada a la validez de la documentación entregada.

Para empadronarse en cualquier ciudad basta con el pasaporte, sin embargo, en Ceuta y Melilla es común denegar el acceso al padrón municipal a personas sin permiso de residencia. Esto provoca que las personas migrantes permanezcan invisibilizadas y no puedan acceder a los servicios de salud tan fácilmente (55).

1.5.3 Consecuencias en la salud mental:

El viaje que muchas personas realizan intentando huir de sus países de origen por conflictos o por falta de oportunidades, entre otras razones, en la mayoría de ocasiones supone una travesía muy difícil de sobrellevar. Un análisis en Serbia evidenció que la mayoría de los refugiados enfrentan situaciones de riesgo durante su trayecto, experimentando múltiples eventos traumáticos, tales como problemas con contrabandistas, lesiones graves, pérdida de seres queridos, discriminación local, escasez de recursos básicos y separación familiar. Estudios en Turquía y Grecia también señalaron la violencia hacia los refugiados, con una proporción significativa sufriendo abuso físico, principalmente por parte de autoridades gubernamentales. Además, la vida en tránsito implica dificultades para encontrar alojamiento adecuado, llevando a los refugiados a pasar días en condiciones precarias, sin acceso a oportunidades educativas o de futuro. La pérdida de redes de apoyo social debido a la separación de familiares y amigos, junto con la discriminación y segregación por parte de las comunidades locales, son experiencias comunes entre los refugiados en movimiento. Muchas personas tienen sensación de pérdida de tiempo, ya que mediante el retorno a su país de origen o hacia países que rodean su país de destino, viven sin condiciones de vida dignas y sin oportunidades, dejando sus vidas en pausa y únicamente dejando pasar el tiempo hasta que encuentran la manera de cruzar. Todas estas vivencias que tienen que sufrir las personas que migran hacen de su trayecto migratorio una experiencia en muchas ocasiones incompatible con una buena salud mental (56).

1.5.3.1 Síndrome de Ulises

El nombre del síndrome se debe a Ulises, héroe de la mitología griega. Este héroe pasó por numerosos peligros lejos de sus allegados, y a pesar de ser un semidiós, este personaje lloraba la ausencia de sus seres queridos. Por tanto, al igual que él, los seres humanos reales al llegar a un país nuevo también sufren estrés, desesperación...

El síndrome de Ulises también llamado “Síndrome del inmigrante con estrés múltiple o crónico” no es una enfermedad particular, sino que se trata de un estrés que surge como reacción a un duelo extremo. Todo cambio supone unas pérdidas, y todas las pérdidas requieren un

duelo. La migración se puede dar en unas condiciones óptimas, en cuyo caso desencadenaría un duelo simple, o en situaciones límite, que no permitan un duelo adecuado y por lo tanto desencadenen una situación de crisis permanente que lleve a este síndrome.

Los principales estresores, es decir, las principales causas que motivan la aparición de ese estrés son, la separación de los seres queridos, la soledad, el sentimiento de fracaso por no encontrar unas condiciones de vida dignas y la lucha que a menudo viven estas personas por sobrevivir. También el miedo, tanto en el trayecto migratorio como a la hora de llegar a un lugar nuevo, en el que surgen miedos como la posibilidad expulsión, la nueva forma de vida, el peligro de explotación y de abusos físicos o el lenguaje desconocido.

Los factores que determinan el nivel de estrés están compuestos por la forma de ver y reaccionar ante una situación, las capacidades de enfrentarse a ella o el apoyo social con el que cuenta una persona. Un gran nivel de estrés no va a permitir un duelo correcto lo que va a conllevar problemas emocionales. El estrés del proceso migratorio sumado a los estresores que estas personas viven cada día, excede la capacidad adaptativa de las personas. Además, si para sobrevivir se necesita ser invisible, no se tiene identidad, ni por tanto una integración correcta ni una buena salud mental.

El síndrome de Ulises tiene aspectos de ansiedad, depresión, y de trastornos adaptativos. Sin embargo, tiene unas características especiales que hacen que este síndrome no se incluya en ninguno de los cuadros anteriores. Se trata de un síndrome de carácter crónico, por lo tanto persiste más de tres meses, no existe un solo factor estresante sino que son múltiples y son además de alta intensidad y relevancia, y además existe la posibilidad de que la persona otorgue una interpretación cultural, a menudo de tipo mágico, a lo sucedido. Normalmente, la aparición de este síndrome llega una vez que la persona se asienta en su nuevo destino. Aunque se presenta un riesgo de conductas autolesivas no se muestra apatía, ideas de suicidio o baja autoestima. Además, incluye la sensación de indefensión y la falta de apoyo social (57).

El Síndrome de Ulises abarca cuatro áreas principales de síntomas:

1. Área depresiva: sentimientos relacionados con el apego en los que se manifiesta tristeza. Se debe al duelo de carácter múltiple, pues está constituido por 7 duelos: por la separación de personas queridas (familia y amigos), de la lengua materna, de la cultura, de la tierra, de la situación social, del contacto con el grupo étnico y por pérdida de la seguridad física. Aunque hay un gran sentimiento de tristeza no puede considerarse como depresión ya que no se dan el resto de criterios como las conductas autolesivas o la apatía.

2. Área ansiosa: que implica ansiedad, lucha interna, pensamientos recurrentes e intrusivos, tensión, irritabilidad, dificultades para dormir y preocupación excesiva.
3. Área somática: síntomas físicos como dolores de cabeza, fatiga, molestias musculoesqueléticas y sudoración.
4. Área disociativa o confusional: se manifiesta con confusión, desorganización, sensación de despersonalización o desrealización, desorientación temporal o espacial, y dificultades de atención y memoria. La mezcla de culturas, idiomas, lugares o las vivencias que la persona transmite a su familia que no son contadas en su totalidad con el fin de no hacer sufrir, son factores que favorecen la aparición de este tipo de síntomas.
5. Área cultural: dependiendo de la cultura se puede tratar de encontrar un culpable, una causa o una explicación a lo sucedido, atribuyéndolo a fenómenos mágicos, como el caso de la brujería o mal de ojo, o religiosos, pudiéndose entender los acontecimientos como castigos, en función las creencias de cada persona o cultura.

Cabe destacar, que las emociones negativas son un factor de riesgo a la hora de presentar diversas enfermedades. Este tipo de emociones a menudo afectan a los hábitos de salud e incluso pueden empeorar un cuadro clínico.

Es importante mencionar que los niños también pueden padecer este síndrome. Aunque los hijos hayan nacido en el país al que migraron sus padres, la educación y la forma en la que sus padres perciben la cultura de su nuevo país les puede afectar. Además, sucede que los hijos de padres migrantes en ocasiones no se sienten completamente ciudadanos del país en el que han nacido, ya que sus padres no nacieron allí. También, el síndrome puede aparecer en niños que hayan vivido situaciones límite en su trayecto migratorio o altos niveles de estrés a la hora de asentarse en el país de destino, al igual que en el caso de los adultos.

Los síntomas que presentan los niños son la ansiedad de separación y ansiedad ante personas ajenas, trastornos del sueño y en ocasiones enuresis secundaria nocturna, y suelen expresarlo mediante conversaciones, juegos o pinturas.

El aumento de cifras de migración a nivel mundial supone un mayor número de personas que se encuentran en situaciones extremas y que por tanto pueden sufrir este síndrome, por lo que constituye un grave problema de salud mental en países receptores de migrantes. La intervención requiere de profesionales que tengan formación acerca de este síndrome, así como respeto por la cultura de la persona que ha migrado. Es necesario crear un apoyo social y una intervención educativa y de apoyo emocional. También requiere de prevención a nivel comunitario, pues si existieran vías legales y seguras para migrar, las personas no tendrían que sufrir situaciones límite que posteriormente acaben en este síndrome. (57)

1.5.4 Consecuencias en la salud física

Con el objetivo de conocer las patologías que prevalecen en la población migrante, se muestran datos y protocolos sanitarios otorgados por el CETI de Ceuta, mediante una comunicación personal.

En un CETI, los residentes del centro reciben atención para:

- Asegurar la asistencia médica inicial a la llegada.
- Servir como filtro a otros servicios médicos.
- Aplicar protocolos de control para enfermedades infecciosas.

El protocolo incluye:

1. Al ingreso:

- Tratamiento para eliminar parásitos y cambio de ropa.
- Información sobre el servicio y pruebas a realizar.
- Evaluación médica para descartar afecciones contagiosas y conocer patologías crónicas.
- Firma de consentimiento para pruebas.
- Prueba de Mantoux y tratamiento para parásitos intestinales.

2. A las 48/72 horas:

- Evaluación de la prueba de Mantoux y examen médico completo.

4. En las siguientes 2 semanas: analítica sanguínea incluyendo serología.

5. Durante la estancia: seguimiento para quienes den positivo en las pruebas.

6. Antes de la salida: entrega del Certificado Médico con resultados de las pruebas.

Los positivos reciben un seguimiento específico, que incluye:

- Información, radiografía de tórax y tratamiento en casos de Mantoux positivo.
- Información, nuevas pruebas sanguíneas y derivación a especialistas en situaciones de Hepatitis B positiva.
- Información, tratamiento y seguimiento para los casos de Sífilis positivo.
- Información, nuevas pruebas sanguíneas, derivación a la Unidad de Vigilancia de Sida en Ceuta en situaciones de VIH positivo.
- Además, se realizan programas de control y seguimiento para otras situaciones específicas como en el caso de los recién nacidos, las gestantes, niños o en personas con patologías crónicas.

El centro mantiene contacto con otros centros médicos y deriva a especialistas según sea necesario.

Según datos aportados por el CETI de Ceuta a la autora, estas fueron las entradas por países al centro en el año 2022:

País	Hombres	Mujeres	Menores	Totales	%
Afganistan	1	0	0	1	0,1
Argelia	20	0	0	20	1,7
Bangladesh	1	0	0	1	0,1
Burkina Faso	25	0	0	25	2,2
Camerún	34	0	0	34	2,9
Chad	21	0	0	21	1,8
Colombia	1	0	0	1	0,1
Congo	1	0	0	1	0,1
Costa de Marfil	6	0	0	6	0,5
Egipto	19	0	0	19	1,6
Eritrea	4	0	0	4	0,3
Etiopía	1	0	0	1	0,1
Gambia	8	0	0	8	0,7
Ghana	1	0	0	1	0,1
Guinea Conakry	345	10	0	355	30,8
Guinea Bissau	3	0	0	3	0,3
India	1	0	0	1	0,1
Liberia	1	0	0	1	0,1
Mali	19	0	0	19	1,6
Marruecos	29	6	3	38	3,3
Mauritania	1	0	0	1	0,1
Palestina	18	0	0	18	1,6
Rep. Centroafricana	3	0	0	3	0,3
Senegal	19	0	0	19	1,6
Sierra leona	11	0	0	11	1
Siria	40	0	0	40	3,5
Somalia	1	0	0	1	0,1
Sudan	306	0	0	306	26,5
Sudan del sur	2	0	0	2	0,2
Túnez	2	0	0	2	0,2
Venezuela	2	2	0	4	0,3
Yemen	185	0	1	186	16,1
	1131	18	4	1153	100%

Tabla 2 - Entradas por países al CETI de Ceuta en 2022. Elaboración propia a través de datos aportados mediante comunicación personal.

Las actuaciones realizadas por el departamento sanitario del CETI de Ceuta a lo largo de 2023 se reflejan en los siguientes datos:

Protocolo sanitario:

Desparasitación interna/externa	816
Reconocimientos Médicos	966
Pruebas de Mantoux	806 • Positivos 148
• Positivos	
Solicitud de Rx Tórax	148
Analíticas Sanguíneas	857
Tuberculosis	1
Hepatitis B	32
VIH	1
Positivos COVID	2
Residentes en aislamiento	3

Programas de seguimiento:

Curas: (heridas, suturas, abscesos, contusiones, otras...)	2551
Inmovilizaciones (vendajes, flejes)	385
Administración medicación (oral, T.D.O psicótropos, IM, IV, tópica...)	7039
Pruebas diagnósticas (constantes, Combur Test, DTT, embarazo, drogas, Frotis laríngeos...)	715
Test COVID	293

Derivaciones a especialistas: 186

Odontología	11
Radiología	77
Urgencias hospitalarias	52
Oftalmología	5
Laboratorio	1
Obstetricia	1
Traumatología	10
Dermatología	3
Ginecología	3
Neurología	2
Salud mental	1
Otorrinolaringología	4
Medicina Interna	1
Urología	7
Cardiología	1
Neumología	1
Hematología	1
Digestivo	5

Consultas de enfermería:

Gestantes	2
Crónicos (HTA, diabetes, asma, epilepsia, parkinson...)	28
Control tratamiento psicótropos y TDO	41
Menores en edad pediátrica...	4
Residentes derivados a especialistas	40
Acompañamientos programados: (gestantes, menores, especialistas...)	126

Tabla 3 - Actuaciones realizadas por el departamento sanitario del CETI de Ceuta en 2023. Elaboración propia a través de datos aportados mediante comunicación personal.

Consultas médicas a demanda: 1339

Otras patologías o discapacidades de interés detectadas durante el año 2023:

esquistosomiasis, TBC (activa), preclampsia (parada cardiorrespiratoria en el parto)

2. Justificación

La migración es un fenómeno global que afecta a millones de personas en todo el mundo, con importantes implicaciones sociales, económicas y de salud. Sin embargo, existe una escasez de estudios cuantitativos que aborden específicamente el impacto del trayecto migratorio en la salud de las personas, especialmente en el contexto de las fronteras españolas. Esta falta de investigación impide comprender cómo las políticas migratorias inciden en la salud de las personas, y limita nuestra capacidad para desarrollar intervenciones al respecto.

El cruce de las fronteras de Ceuta y Melilla de forma irregular implica desafíos físicos, emocionales y sociales significativos para las personas migrantes. Durante este trayecto, las personas pueden verse expuestas a condiciones extremas, como largas travesías bajo el sol, falta de acceso a agua potable y alimentos adecuados, así como el riesgo de sufrir lesiones físicas debido a intentos de cruzar vallas fronterizas, o a causa de abusos físicos frecuentes en población vulnerable. Estas condiciones a menudo conllevan un impacto en la salud, que trataremos de determinar y evidenciar con el presente estudio.

Este proyecto ampliará el campo de estudio acerca de la migración y la salud. También, disminuirá el vacío actual en la literatura científica entorno a la salud de las personas migrantes en la frontera sur de nuestro país. Además, evidenciará las consecuencias y el impacto que tienen las políticas migratorias en la salud de las personas.

Proyecto de investigación: estudio observacional

Objetivos e Hipótesis

Objetivos

- Objetivo general

El principal objetivo del estudio es determinar la magnitud en la que el trayecto migratorio afecta a la salud de las personas.

- Objetivos específicos

1. Determinar la incidencia de heridas o cortes producidos por las vallas de la frontera en los migrantes que saltan la valla de Ceuta y Melilla para llegar a España.
2. Estimar la prevalencia de deshidratación entre los migrantes durante su trayecto migratorio hacia estas dos ciudades.
3. Calcular la incidencia de desnutrición y de quemaduras solares.
4. Identificar las necesidades de salud que derivan de una mala higiene y unas malas condiciones durante el trayecto migratorio.
5. Determinar las necesidades de salud que provienen de violencia y abusos físicos.
6. Investigar otras necesidades de salud emergentes, como lesiones musculoesqueléticas, enfermedades respiratorias o dermatológicas, e identificar la causa.

Hipótesis

- Hipótesis para el objetivo general:

Se espera que los migrantes que llegan a la frontera sur española después de un trayecto migratorio presenten una serie de necesidades de salud que reflejarán las adversidades y riesgos asociados con dicho trayecto.

- Hipótesis para los objetivos específicos:

- 1) Más del 80% de las personas migrantes que saltaron la valla de la frontera sur presenta heridas o cortes.
- 2) Alrededor del 80% de personas migrantes que cruzaron a nado presentan al momento de su llegada deshidratación y problemas musculoesqueléticos.
- 3) Al menos el 70% de personas que cruzaron por tierra la frontera, experimenta deshidratación, principalmente a causa de las duras condiciones físicas del trayecto, así

- como por la falta de acceso a agua potable y condiciones adecuadas de viaje.
- 4) Cerca del 50% de la muestra presenta, al momento de su exploración, en mayor o menor grado, desnutrición.
 - 5) Un 40% muestra quemaduras producidas por la exposición solar.
 - 6) Una porción menor de migrantes pero existente, presenta necesidades de salud que derivan de abusos físicos durante su travesía.
 - 7) Se evidencian necesidades de salud que derivan de las malas condiciones del trayecto migratorio y de una higiene inadecuada.
 - 8) Se observan otras necesidades de salud, que también derivan de las dificultades de la migración pero que se dan en casos individuales.
 - 9) Podemos esperar que la mayoría de las personas atendidas serán hombres de entre 18 y 25 años, de origen marroquí, sudanés y maliense.

Metodología

Diseño del estudio:

Para determinar la magnitud en la que el trayecto migratorio afecta a la salud de las personas, se identificarán las necesidades de salud de los migrantes que cruzan las fronteras de Ceuta y Melilla de forma irregular al momento de su llegada, y se estudiará la causa de estas, con el fin de averiguar si son resultado de su trayecto migratorio. Para ello deberemos tener en cuenta que para llegar a estos dos enclaves de forma irregular existen dos maneras, a nado o por tierra mediante un salto de valla.

El presente trabajo se enmarca en un estudio observacional de tipo descriptivo longitudinal, con un enfoque cuantitativo.

Se selecciona un diseño observacional para recoger información sobre las necesidades de salud de los migrantes en la frontera sur española sin intervenir en su situación. Esto permitirá una comprensión detallada de los problemas de salud que enfrentan los migrantes en el momento de su llegada a España.

El estudio se considera descriptivo porque busca describir y caracterizar las necesidades de salud de los migrantes en Ceuta y Melilla, así como identificar los factores asociados con dichas necesidades.

La duración estimada del estudio será de 26 meses desde la presentación del proyecto a los responsables pertinentes hasta el análisis y la publicación de los datos obtenidos. Se buscará la autorización de los Comités de Ética correspondientes para llevar a cabo la investigación de acuerdo con los estándares éticos y de protección a los participantes.

El enfoque cuantitativo del estudio permitirá la utilización de diferentes herramientas de medición para recopilar datos sobre la incidencia de lesiones, deshidratación y otras necesidades de salud entre los migrantes en la frontera sur española. Esto facilitará el análisis estadístico de los resultados y la identificación de posibles asociaciones entre variables.

Sujetos de estudio

El conjunto de sujetos que abarca este estudio comprende a los migrantes mayores de edad que llegan a la frontera sur española procedentes de diferentes países y regiones, independientemente de su nacionalidad. La población diana está constituida por aquellos migrantes que han llegado a territorio español de forma irregular.

Criterios de inclusión:

Personas mayores de edad de cualquier género y nacionalidad que sean migrantes recién llegados a Ceuta y Melilla, tanto a nado a través del mar, como saltando la valla que divide la frontera. Se considerará recién llegado un máximo de 7 días desde el momento en el que llegó hasta el momento en el que se le examina.

Criterios de exclusión:

- Personas que no son migrantes.
- Migrantes que hayan llegado a Ceuta y Melilla de forma regular.
- Personas menores de edad.
- Individuos que sean migrantes, pero no estén recién llegados a España, por lo que al momento de examinarlos lleven más de 7 días en el país.
- Individuos que se nieguen a participar en el estudio.

Tipo de muestreo:

El tipo de muestreo utilizado en este estudio es no probabilístico de conveniencia. La selección de los participantes se basará en la disponibilidad y accesibilidad de los migrantes que cumplan los criterios de inclusión establecidos. Se realizará un muestreo consecutivo de los migrantes que lleguen a los puntos de entrada en la frontera sur española durante el período de recolección de datos.

Tamaño previsto de la muestra:

Basándonos en los datos de inmigración irregular a través de la frontera sur española de 2023, podemos prever que el tamaño de la muestra estará alrededor de los 500. Aun así, el tamaño previsto de la muestra se definirá en función de la cantidad de migrantes que lleguen a la frontera sur española durante el período de estudio. Se espera recopilar datos de un número significativo de migrantes para obtener una muestra representativa de la población en estudio.

Variables

- Lesión/patología que presentan las personas migrantes en la recogida de datos.
- Causa de las lesiones o patologías (exposición solar, falta de higiene, falta de acceso a alimentos o a agua, lesiones a consecuencia de las vallas...)
- Datos sociodemográficos: país, edad, ruta migratoria, género, forma de llegada, tiempo de espera y número de intentos de llegada previos.

Procedimiento de recogida de datos

Los datos se recogerán dependiendo de dónde se encuentren las personas. Si las personas llegan a Ceuta, y buscan sus opciones de vida por su cuenta y no ingresan en ningún centro, la recogida de datos será mediante la ONG “No Name Kitchen”. Dicha organización recibe la comunicación de que una nueva persona ha llegado a Ceuta. Ellos se pondrán en contacto con nosotros para que, si el individuo da permiso, se le realice una exploración física, adjuntada en el Anexo I, para incluir los datos en el estudio. En Melilla se hará en colaboración con la ONG “Solidarity Wheels”. En principio, las exploraciones se realizarán en la sede de estas organizaciones, aunque en la fase de recogida de datos, una vez que nos encontremos en estas ciudades, se buscará si existen otras alternativas mejores. Por otro lado, en las personas que ingresan en el CETI, tanto de Ceuta como de Melilla, los centros nos cederán los datos de su evaluación médica a la llegada tras haber solicitado, al principio del estudio, el permiso adjuntado en el Anexo II. Posteriormente, tras la exploración física, se tratará de averiguar la causa de cada lesión, así como los datos sociodemográficos de la persona; país, edad, ruta migratoria, género, forma de llegada, tiempo de espera hasta la llegada y número de intentos de llegada previos. Para ello se llevará a cabo una entrevista en la cual contaremos con traductores de la ONG si es necesario. Esta entrevista viene recogida en el anexo III. Se realizará en los espacios de estas dos organizaciones si la persona no vive en un centro, y en el caso de las personas que se encuentren en el CETI, en una sala que nos ceda el centro. Se harán individualmente y tendrán una duración aproximada de 15 minutos por persona. Los datos, tanto de la exploración física como de la entrevista, se registrarán en la hoja de recogida de datos, adjuntada en el anexo IV.

Cabe destacar, que los datos serán recogidos dentro de los primeros siete días de la persona en el país, pero que en la medida de lo posible se tratará de no realizar ninguna recogida de datos en el primer o segundo día de la persona en el territorio. Esto se debe, a que se tratará de respetar lo máximo posible, intentando no afectar al estudio, el estado psicológico de las personas.

Fases del estudio, cronograma

1. Elaboración del proyecto y bibliografía: octubre 2023 - enero 2024.
2. Diseño del estudio: enero 2024 - abril 2024.
3. Petición de permisos y contactos: mayo 2024 - julio 2024.
4. Recogida de datos: agosto 2024 - septiembre 2025.
5. Tratamiento descriptivo y estadístico de los datos: octubre 2025 - diciembre 2025.
6. Observación de resultados y conclusiones: enero - febrero 2026.
7. Publicación de los resultados: marzo 2026 - julio 2026.

Análisis de datos

El análisis de datos se llevará a cabo mediante la recogida de estadísticos básicos de las patologías más frecuentes (número de casos y tasa de incidencia y prevalencia).

Se estudiará la incidencia y prevalencia de cada patología de los subgrupos que se indican: lugar de origen, vía migratoria, tiempo de espera previo a la llegada, y el número de intentos previos a la llegada. También se relacionarán los estadísticos básicos con la causa de las lesiones, obtenida durante la recogida de datos. Cuando haya diferencia en la incidencia de patologías entre los grupos se podrá estudiar si las diferencias tienen significación estadística. Para ello utilizaremos el índice t de Student.

Aspectos éticos

Se considerarán los siguientes aspectos éticos:

1. Autonomía del participante: Se garantizará que todos los participantes tengan pleno conocimiento y comprensión de los objetivos, procedimientos y posibles riesgos del estudio. Se respetará su libertad para decidir si desean participar y podrán retirarse en cualquier momento sin consecuencias adversas.
2. No maleficencia: Se evitará cualquier daño o perjuicio hacia los participantes. Dado que el estudio es observacional y no experimental, no se realizarán intervenciones que pongan en riesgo la salud de los migrantes.
3. Consentimiento informado: Antes de su participación, se proporcionará a los migrantes una hoja informativa detallada sobre el estudio, en diferentes idiomas, incluida en el Anexo V. Una vez que hayan tenido la oportunidad de revisar esta información, se les solicitará que proporcionen su consentimiento informado por escrito. Este consentimiento está adjuntado en el Anexo VI.

4. Confidencialidad de los datos: Se asegurará la confidencialidad de los datos recopilados durante el estudio. La información personal de los participantes se mantendrá en estricto anonimato y solo será accesible para el equipo de investigadores. Se cumplirá con la normativa de protección de datos vigente.
5. Respeto a la dignidad y derechos de los participantes: Se garantizará el respeto a la dignidad, privacidad y derechos de los migrantes participantes en el estudio en todas las etapas de la investigación.

Limitaciones del estudio

1. Acceso limitado a los migrantes: Dada la naturaleza clandestina y fluida de la migración, puede resultar difícil acceder a una muestra representativa de migrantes para el estudio. Las restricciones de seguridad en la frontera y la reticencia de algunos migrantes a participar en estudios podrían limitar la disponibilidad de participantes.
2. Barreras lingüísticas y culturales: La diversidad lingüística y cultural entre los migrantes podría dificultar la comunicación efectiva y la comprensión mutua entre los investigadores y los participantes. Las diferencias en los idiomas y las normas culturales podrían influir en la calidad y la precisión de los datos recopilados, así como en la interpretación de los resultados.
3. Sesgo de selección: La disponibilidad y disposición de los migrantes para participar en el estudio pueden estar influenciadas por factores como su estado de salud, su nivel socioeconómico y su experiencia previa con investigadores o autoridades. Este sesgo de selección podría afectar la representatividad de la muestra y la validez de los resultados.
4. Estacionalidad y variabilidad geográfica: Los patrones de migración pueden variar estacional y geográficamente en la frontera sur española, lo que podría afectar la capacidad del estudio para capturar una imagen completa y equitativa de las necesidades de salud de los migrantes en diferentes momentos y lugares.

Bibliografía

- (1) OIM. Términos fundamentales sobre migración. 5 de julio de 2019; Available at: <https://www.iom.int/es/terminos-fundamentales-sobre-migracion>. Accessed Mar 8, 2024.
- (2) Convención sobre el estatuto de los refugiados. Serie Tratados de Naciones Unidas, Nº2545, Vol.189, p.137, (28 de julio de 1951).
- (3) OIM. Fases de la migración. 2019; Available at: <https://emm.iom.int/es/handbooks/contexto-global-de-la-migracion-internacional/fases-de-la-migracion>. Accessed Mar 21, 2024.
- (4) Instituto Nacional de Estadística. Estadística Continua de Población (ECP) 1 de enero de 2024. 2024; Available at: <https://www.ine.es/dyngs/Prensa/ECP4T23.htm>.
- (5) Vinokurov E. A Theory of Enclaves: Lexington books; 2007.
- (6) GADEM, Migureurop, La Climade, APDHA. Ceuta y Melilla, centros de selección a cielo abierto a las puertas de África: Área de Migraciones de la APDHA; 2015.
- (7) Calderón Vázquez FJ. Boundaries in Time and Space: Spanish "Minor Sovereign Territories". Frontera Norte. 2014; 26(51):113-136
- (8) Secretaría General de Fondos Europeos. Principales datos socioeconómicos ciudad autónoma de Ceuta. 2019; Available at: <https://www.fondoseuropeos.hacienda.gob.es/sitios/dgfc/es-ES/Comunidades/Ceuta/DSE-Ceuta.pdf>. Accessed Apr 20, 2024.
- (9) Secretaría General de Fondos Europeos. Principales datos socioeconómicos ciudad autónoma de Melilla. 2019; Available at: <https://www.fondoseuropeos.hacienda.gob.es/sitios/dgfc/es-ES/Comunidades/Melilla/DSE-Melilla.pdf>. Accessed Apr 20, 2024.
- (10) INE. Ceuta: Población por municipios y sexo. 2023; Available at: <https://www.ine.es/jaxiT3/Datos.htm?t=2908>. Accessed Apr 20, 2024.
- (11) INE. Melilla: Población por municipios y sexo. 2023; Available at: <https://www.ine.es/jaxiT3/Datos.htm?t=2909>. Accessed Apr 20, 2024.
- (12) Moral P. Ceuta y Melilla, la excepción española. 17 de febrero de 2019; Available at: <https://elordenmundial.com/ceuta-y-melilla-la-excepcion-espanola/>. Accessed Feb 22, 2024.
- (13) Iridia. Informe sobre violencia institucional 2020: Iridia; 2020.

- (14) Khosravi S. Yo soy frontera: Virus; 2021.
- (15) Saddiki S. Les clôtures de Ceuta et de Melilla: une frontière européenne multidimensionnelle. *Études internationales*. 2012; 43(1):49-65.
- (16) Solidary Wheels. La valla de melilla: el precio humano de la securitización: Solidary Wheels No Border for Human Rights; 2022.
- (17) Disinfoax Collective, No Name Kitchen, Border Violence Monitoring Network, Solidary Wheels. Border violence, pushbacks and containment in Ceuta and Melilla: Border Violence Monitoring Network; 2021.
- (18) Dirección General de la Guardia Civil. Sistema Integrado de Vigilancia Exterior (SIVE). Available at: <https://www.guardiacivil.es/es/prensa/especiales/sive/funciones.html>. Accessed Feb 22, 2024.
- (19) Horzella B. Custodia fronteriza en Ceuta y Melilla. Biblioteca del Congreso Nacional de Chile. 06-2023:1-5
- (20) EEC Treaty or Treaty of Rome: Treaty Establishing the European Economic Community. 298 U.N.T.S, (25 de marzo de 1957)
- (21) The Schengen acquis - Agreement between the Governments of the States of the Benelux Economic Union, the Federal Republic of Germany and the French Republic on the gradual abolition of checks at their common borders. Official journal of the European Communities, L239, (14 de junio de 1985)
- (22) Ríos D. La política de seguridad en las fronteras exteriores de la Unión Europea: El caso de España. *Trans- Pasando Fronteras*. 01-2023; 01(20):57-97.
- (23) Maastricht Treaty, TEU or Union Treaty: Treaty on European Union. Official journal of the European Communities, C 191, (7 de febrero de 1992)
- (24) Treaty of Amsterdam the TEU, the Treaties Establishing the European Communities and Certain Related Acts. Official journal of the European Communities, C 340, (10 de noviembre de 1997)
- (25) Tratado de la Unión Europea y Tratado de Funcionamiento de la Unión Europea. Versiones consolidadas. Boletín Oficial del Estado, número 83, (30 de marzo de 2010).
- (26) Dumbrava Costica. European Union Agency for Asylum. 2017; Available at: [https://www.europarl.europa.eu/RegData/etudes/BRIE/2016/595849/EPRS_BRI\(2016\)595849_EN.pdf](https://www.europarl.europa.eu/RegData/etudes/BRIE/2016/595849/EPRS_BRI(2016)595849_EN.pdf). Accessed Apr 15, 2024.

(27) Arce Jiménez C. Frontera Sur: Una realidad política y jurídica 'construida' que genera violaciones de Derechos Humanos. Revista de Fomento Social. 01-11-2019; (294): 145-176.

(28) Acuerdo entre el Reino de España y el Reino de Marruecos relativo a la circulación de personas, el tránsito y la readmisión de extranjeros entrados ilegalmente, firmado en Madrid el 13 de febrero de 1992. Boletín Oficial del Estado, número 100, (25 de abril de 1992).

(29) Directiva 2013/32/UE del Parlamento Europeo y del Consejo, de 26 de junio de 2013, sobre procedimientos comunes para la concesión o la retirada de la protección internacional. Boletín Oficial del Estado, número 180, (29 de junio de 2013).

(30) Naranjo Giraldo GE. Desterritorialización de fronteras y externalización de políticas migratorias. Flujos migratorios irregulares y control de las fronteras exteriores en la frontera España- Marruecos. Estudios Políticos. 01-12-2014;(45):13-32.

(31) Comisión Española de Ayuda al Refugiado. El Pacto Europeo sobre Migración y Asilo: Retos y amenazas para los derechos humanos. Madrid: CEAR; 2024.

(32) Amnistía Internacional. UE: El acuerdo sobre el pacto migratorio provocará un “aumento del sufrimiento”. 2023; Available at: <https://www.amnesty.org/es/latest/news/2023/12/eu-migration-pact-agreement-will-lead-to-a-surge-in-suffering/>.

(33) Ministerio del interior. Inmigración irregular 2023. 2023; Available at: https://www.interior.gob.es/opencms/export/sites/default/.galleries/galeria-de-prensa/documentos-y-multimedia/balances-e-informes/2023/24_informe_quincenal_acumulado_01-01_al_31-12-2023.pdf. Accessed Mar 4, 2024.

(34) Ministerio de Inclusión, Seguridad Social y Migraciones. Extranjeros con certificado - Observatorio Permanente de la Inmigración. 2024. Available at: https://www.inclusion.gob.es/web/opi/estadisticas/catalogo/extranjeros_con_certificado. Accessed Mar 4, 2024.

(35) Ministerio de la Presidencia, Justicia y Relaciones con las Cortes. Datos estadísticos básicos de nacionalidad a 31/12/2023. 2023; Available at: https://www.mjusticia.gob.es/es/Ciudadano/Nacionalidad/Documents/Estad%c3%adsticas%20nacionalidad%2031_12_2023.pdf. Accessed Mar 8, 2024.

(36) Caminando Fronteras. Monitoreo derecho a la vida 2023: Observatorio de Derechos Humanos de Caminando Fronteras; 2023

(37) Constitución Española. (Boletín Oficial del Estado, número 311, de 29 de diciembre de 1978).

- (38) Ley 12/2009, de 30 de octubre, reguladora del derecho de asilo y de la protección subsidiaria. Boletín Oficial del Estado, número 263, (31 de octubre de 2009).
- (39) Valles Ferrero M. ¿Vallas al asilo? apuntes sobre el sistema de protección internacional en España. Anuario CIDOB de la Inmigración. 2016: 226-245.
- (40) Consejo de la Unión Europea. Solicitudes de asilo en la UE. 2022; Available at: <https://www.consilium.europa.eu/es/infographics/asylum-applications-eu/>. Accessed Apr 15, 2024.
- (41) Tribunal Supremo. Sala de lo Contencioso-Administrativo. Sentencia núm, 508/2021, (14 de abril de 2021).
- (42) López-Sala A, Moreno-Amador G. Seeking protection at the gates of Europe: Refugees, labeling and dissuasion practices at the southern Spanish borders. Estudios fronterizos. 01-01-2020; 21:1-20.
- (43) Asociación Pro Derechos Humanos de Andalucía. Derechos Humanos en la Frontera Sur 2024: Área de Migraciones de la APDHA; 2024.
- (44) OIM. Migración y salud en todas las fases del proceso migratorio. Available at: <https://emm.iom.int/es/handbooks/salud-y-migracion/migracion-y-salud-en-todas-las-fases-del-proceso-migratorio>. Accessed Mar 21, 2024.
- (45) Ros Collado M, Ollé Rodríguez C. Acceso y utilización de los servicios de salud: atención al paciente inmigrante, dificultades y posibles soluciones. Available at: <https://www.sanidad.gob.es/ciudadanos/enfLesiones/enfTransmisibles/sida/prevencion/inmigrantes/docs/capitulo7.pdf>. Accessed Feb 22, 2024.
- (46) Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad. Boletín Oficial del Estado, número 102, (29 de abril de 1986).
- (47) Ley Orgánica 4/2000, de 11 de enero, sobre derechos y libertades de los extranjeros en España y su integración social. Boletín Oficial del Estado, número 10, (12 de enero de 2000).
- (48) Ley 33/2011, de 4 de octubre, General de Salud Pública. Boletín Oficial del Estado, número 240, (5 de octubre de 2011).
- (49) Moreno Fuentes FJ. El puzzle de la exclusión sanitaria de los inmigrantes indocumentados en España. Anuario CIDOB de la Inmigración. 01-01-2015; 277-300.

- (50) Real Decreto-ley 16/2012, de 20 de abril, de medidas urgentes para garantizar la sostenibilidad del Sistema Nacional de Salud y mejorar la calidad y seguridad de sus prestaciones. Boletín Oficial del Estado, número 98, (24 de abril de 2012).
- (51) Isis Noriega Valdés. El acceso a la salud de los inmigrantes en situación irregular en España. Universitat de les illes Balears; 2013
- (52) Real Decreto-ley 7/2018, de 27 de julio, sobre el acceso universal al Sistema Nacional de Salud. Boletín Oficial del Estado, número 183, (30 de julio de 2018).
- (53) Comunidad de Madrid. Asistencia sanitaria extranjeros (DASE). 2021; Available at: <https://sede.comunidad.madrid/prestacion-social/asistencia-sanitaria-extranjeros-dase>.
- (54) Comunidad de Madrid. Asistencia sanitaria solicitantes de protección internacional (DASPI). 2021; Available at: <https://sede.comunidad.madrid/prestacion-social/solicitud-daspi>.
- (55) Médicos del Mundo. Melilla: diagnóstico de una sanidad enferma: Médicos del Mundo; abril de 2019.
- (56) Vukčević Marković M, Bobić A, Živanović M. The effects of traumatic experiences during transit and pushback on the mental health of refugees, asylum seekers, and migrants. European Journal of Psychotraumatology. 01-01-2023;14(1).
- (57) Fernández JC, Neidy Zenaida D, Miralles F. El Síndrome de Ulises: el estrés límite del inmigrante. Revista de estudios en seguridad internacional. 08-06-2020;6:101-117.

Anexos

Anexo I: Exploración física

I. Signos Vitales:

1. **Frecuencia Cardíaca:** Registrar la frecuencia cardíaca en reposo.
2. **Presión Arterial:** Medir la presión arterial.
3. **Frecuencia Respiratoria:** Contar las respiraciones por minuto.
4. **Temperatura Corporal:** Utilizar un termómetro para medir la temperatura axilar.
5. **Saturación de Oxígeno:** Utilizar un pulsioxímetro para medir la saturación de oxígeno en sangre.
6. **Registro de la talla y el peso (IMC)**

II. Evaluación General:

1. **Estado de Conciencia:** Evaluar la orientación, nivel de alerta y capacidad para responder a estímulos.
2. **Aspecto General:** Observar el estado nutricional, la hidratación y la higiene personal.

III. Evaluación Específica:

1. **Piel:** Inspeccionar la piel en busca de lesiones, abrasiones, cortes, hematomas, quemaduras solares, ampollas o erupciones cutáneas. Mediante un ligero pellizco en la piel se comprobará la turgencia de la piel, con el objetivo de buscar posibles signos de deshidratación.
2. **Mucosas:** Observar la mucosa oral y conjuntival en busca de signos de deshidratación o anomalías.
3. **Cabeza y cuello:** Examinar cavidad oral y cuero cabelludo.
4. **Tórax y Pulmones:** Auscultar los campos pulmonares en busca de sonidos anormales.
5. **Abdomen:** Palpar el abdomen en busca de sensibilidad, masas o hepatomegalia. Observar hinchazón.
6. **Extremidades:** Evaluar la fuerza y la movilidad de las extremidades, así como la presencia de edema. Se observará la existencia de problemas musculoesqueléticos. Se podrá utilizar una cinta métrica para la circunferencia del brazo para adultos, para junto con el IMC, comprobar la apariencia de desnutrición.
7. **Sistema Neurológico:** Evaluar la función motora y sensorial, así como los reflejos.

Anexo II: Permiso a los CETI



CARLOS VALENCIA RODRÍGUEZ, PROFESOR DE LA ESCUELA DE ENFERMERÍA Y FISIOTERAPIA, "SAN JUAN DE DIOS", INTEGRADA EN LA UNIVERSIDAD PONTIFICA COMILLAS, MADRID

HACE CONSTAR QUE:

La estudiante Irene Moreno Olmo, con DNI , está actualmente cursando el 4º año de Grado de Enfermería en la Escuela Universitaria de Enfermería y Fisioterapia San Juan de Dios, de la Universidad Pontificia Comillas. Dentro de las actividades de esta titulación está realizando un trabajo de fin de grado sobre "necesidades sanitarias en población refugiada". Ruego que, por necesidades de su trabajo académico, se le proporcione acceso a registros y datos anónimos sobre patologías detectadas y necesidades de salud en población inmigrante en estancia temporal, siempre que ello resulte posible.

Y para que conste, firmo el presente documento en Ciempozuelos a once de octubre de dos mil veintitrés.



ESCUELA
DE ENFERMERÍA
Y FISIOTERAPIA

SAN JUAN DE DIOS

A handwritten signature in black ink, appearing to read 'Salvador' or 'Salvador' over 'Dr. Carlos Valencia Rodriguez'.

Dr. Carlos Valencia Rodriguez

Tutor de trabajos de Fin de Grado.

Anexo III: Entrevista a los participantes.

1. ¿Cuál es tu nombre?
2. ¿De dónde vienes?
3. ¿Cuántos años tienes?
4. ¿Cuánto tiempo llevas en España desde que llegaste?
5. ¿Hablas español o prefieres que utilicemos otro idioma?
6. ¿Cómo llegaste a España? ¿Atravesaste la valla en Ceuta o Melilla o llegaste de otra manera?
7. ¿Cuánto tiempo, desde que saliste de tu país, te ha llevado llegar hasta aquí?
8. ¿Has intentado cruzar la frontera otras veces? ¿Cuántas?
9. ¿Cuáles fueron los lugares por los que pasaste?
10. ¿Me podrías contar cuándo empezaron o a qué se deben las lesiones que hemos visto en la exploración física?
11. ¿Aparte de las que hemos visto, tienes alguna otra herida, lesión o dolor? ¿Sabes cuando empezó o a qué se debió?
12. ¿Tuviste algún problema durante el viaje que afectara a tu salud?
13. ¿Durante el viaje, estuviste enfermo/a alguna vez?
14. ¿Te enfrentaste a dificultades físicas durante el cruce?
15. ¿Has tenido heridas o cortes en tu cuerpo, especialmente en las manos o los pies?
16. ¿Alguna vez te has sentido muy cansado/a o mareado/a debido al calor o a la falta de agua?
17. ¿Has tenido problemas de piel debido al sol, como quemaduras o ampollas?
18. ¿Has tenido problemas de estómago o has sentido hambre o sed?
19. ¿Crees que tu salud ha sido afectada por tu viaje hasta llegar aquí?
20. ¿Hay algo más que quieras contarme sobre tu experiencia o tu salud?

Anexo IV: Hoja de recogida de datos.

Nombre:	<i>Al marcar SI* es necesario detallar por escrito la anomalía percibida</i>
Ceuta <input type="checkbox"/> Melilla <input type="checkbox"/>	
Edad:	FC:
Género:	
Nacionalidad:	TA:
Tiempo en España:	FR:
Habla español SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	T ^a :
Forma de llegada: A nado <input type="checkbox"/> Salto de valla <input type="checkbox"/>	Sat 0 ² :
Tiempo desde la salida del país de origen a la llegada a la ciudad:	Talla:
Intentos previos de llegada:	Peso:
Ruta migratoria:	IMC:
Lesión	
Quemaduras solares SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	
Cortes SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	
Hematomas SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	
Erupciones SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	
Otras lesiones de la piel:	
Signos de deshidratación : SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	
Signos de desnutrición: SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	
Anomalías en exploración del tórax: SI* <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	
Anomalías en exploración de abdomen: SI* <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	
Anomalías en exploración de extremidades: SI* <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	

Anomalías en exploración de mucosa oral y conjuntival: SI* <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	
Anomalías en exploración de cabeza y cuello: SI* <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	
Anomalías en exploración neurológica: SI* <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	
Otros:	

Anexo V: Hoja de información al participante.

¡Bienvenido/a a España! Me llamo Irene y soy enfermera. Estoy llevando a cabo un estudio para comprender mejor las necesidades de salud de las personas que llegan a las fronteras de Ceuta y Melilla de forma irregular, se titula; **“Necesidades de salud en migrantes en la frontera sur española”**.

- ¿Qué es este estudio?

El propósito de este estudio es entender cómo afecta el trayecto migratorio a tu salud y a la de otros migrantes. Me interesa conocer las necesidades médicas que puedas tener al llegar a España y entender si éstas están relacionadas con tu viaje migratorio.

- ¿Cómo se llevará a cabo el estudio?

Este estudio es observacional, lo que significa que no se intervendrá en tu situación ni en la de otras personas. Recopilaremos información sobre tu salud sin interferir en tu día a día.

- ¿Qué implicará tu participación?

Si decides participar, se te realizará una exploración médica para conocer tu estado de salud. También te haremos algunas preguntas sobre tu país de origen, edad, ruta migratoria, género, forma de llegada a España, tiempo de espera hasta la llegada y número de intentos de llegada previos. Si es necesario, contaremos con traductores voluntarios para ayudar en la comunicación. Es importante que sepas que este estudio se realiza con el fin de denunciar a través de los resultados obtenidos, la magnitud en la que la falta de vías seguras y legales para mirar afecta a la salud y a la vida de las personas. Participar en este estudio no supondrá ninguna consecuencia ni cambio en tu situación legal en el país, únicamente ayudará a las personas que lean los resultados del estudio a comprender la dureza y las consecuencias que tienen las políticas migratorias actuales.

- ¿Qué pasa con tus datos?

Tus datos personales serán tratados con total confidencialidad y protegidos de acuerdo con la legislación de protección de datos vigente en España. Toda la información que nos proporciones será secreta, solo utilizaremos tu información con fines de investigación y no la compartiremos nunca con otras personas sin tu consentimiento.

- ¿Cómo participar?

Si estás interesado/a en participar en este estudio, puedes proporcionar tu consentimiento ahora. Tienes total libertad para retirarte del estudio en cualquier momento y por cualquier motivo, sin necesidad de explicaciones.

Contacto:

Si tienes alguna pregunta sobre el estudio o tus derechos como participante, puedes preguntarnos ahora. También te proporcionamos nuestro correo electrónico; y un número de teléfono;

Gracias por considerar ser parte de nuestra investigación. Tu contribución puede ayudar a mejorar la salud de las personas migrantes en España y a concienciar a las personas del impacto que tienen las políticas migratorias en la vida de las personas.

Atentamente,

Irene Moreno Olmo
Universidad Pontificia Comillas

Anexo VI: Consentimiento informado.

DECLARACIÓN DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA EL ESTUDIO

Título del estudio: **Necesidades de salud en migrantes en la frontera sur española**

Investigador Principal: Irene Moreno Olmo

Persona que proporciona la información y la hoja de consentimiento:

D. /Dña., de años de edad,
con N.º de Pasaporte.....

- 1) Confirmo haber revisado y comprendido el documento de Información para Participantes proporcionado en relación con el estudio.
- 2) Se me ha entregado una versión impresa tanto del documento de Información para Participantes como de este Consentimiento Informado, los cuales están fechados y firmados. Se me han detallado las características del estudio y su propósito.
- 3) He tenido la oportunidad de plantear preguntas y aclarar cualquier duda que haya surgido. Todas mis consultas han sido respondidas satisfactoriamente.
- 4) Reconozco que mi participación en el estudio es completamente voluntaria y que puedo retirarme en cualquier momento sin necesidad de justificación.
- 5) Se me ha asegurado que mis datos personales serán tratados con confidencialidad y protegidos de acuerdo con la legislación actual de protección de datos en España.

DOY

NO DOY

Mi consentimiento para participar en el Proyecto de Investigación titulado
“Necesidades de salud en migrantes en la frontera sur española”.

Firma del participante:

Firma del Investigador o la persona que
proporciona la información y la hoja de
consentimiento:

Ceuta

Melilla

a de

de 20