

La salud naufrana en la Frontera Sur



**FRON
TERA S**

Salud
y migración
en el Sur
de Europa

Índice

Introducción	4
Canarias, una crisis evitable	7
Melilla, una crisis estructural exacerbada	23
Conclusiones	35
Recomendaciones	39

Introducción

El Estado español incumple en la frontera su obligación de respetar, proteger y cumplir el derecho a la salud

Médicos del Mundo como organización con una larga trayectoria de trabajo con personas migrantes ha podido observar con gran preocupación como, en Canarias y en Melilla, el Estado español ha faltado a su obligación de respetar, proteger y cumplir el derecho a la salud de todas las personas que se encuentren bajo su jurisdicción.

La frontera sur de España, y por extensión de Europa, es mucho más que una línea que delimita administrativamente dos territorios. Es la brecha que separa el Norte y el Sur globales, la muralla que custodia los privilegios del primero frente a los anhelos del último. Pero ni vallas de acero y alambre ni océanos de agua y sal son suficientes para contener las esperanzas de quienes persiguen un futuro mejor para sí y los suyos. Y así miles de personas se siguen jugando la vida para escapar del conflicto, la desigualdad o la falta de oportunidades.

En un año que ha cambiado tantas cosas como 2020, esta realidad ha persistido con todo su dramatismo. Así, mientras el cierre de fronteras debido a la COVID-19 ha reducido drásticamente el número total de personas migrantes que han llegado a España, en el caso de la frontera con África ni siquiera el virus ha conseguido doblegar el empeño de aquellas personas que luchan por alcanzar Europa.

Y, sin embargo, sí han cambiado las dinámicas de los flujos, como bien han experimentado Canarias y Melilla, dos emplazamientos clave dentro de esta frontera sur que en el último año han visto como se invertían sus

respectivos contextos migratorios. Mientras las Islas Canarias veían como el número de llegadas a sus costas se multiplicaba hasta alcanzar niveles desconocidos desde la crisis de los cayucos de 2006, en Melilla las entradas caían muy por debajo de la media de las últimas décadas.

A pesar de esta notable diferencia ambos enclaves han compartido una respuesta similar por parte de las instituciones. Su condición de territorios no peninsulares ha facilitado la aplicación de una política de contención de las personas migrantes, impidiendo o limitando su desplazamiento a la península. El bloqueo de miles de personas en ambos territorios ha desbordado las escasas infraestructuras de acogida desatando una auténtica crisis humanitaria.

En este contexto de emergencia, los derechos de las personas migrantes —y muy particularmente el derecho a la salud— no han sido debidamente garantizados. Médicos del Mundo como organización con una larga trayectoria de trabajo con personas migrantes ha podido observar con gran preocupación como, en Canarias y en Melilla, el Estado español ha faltado a su obligación de respetar, proteger y cumplir el derecho

a la salud de todas las personas que se encuentren bajo su jurisdicción.

Nadie olvida las escenas del muelle de Arguineguín en Canarias o de la finca del V Pino en Melilla, cuyas condiciones indignas e insalubres en las que han tenido que vivir miles de personas han quedado clavadas en nuestra retina como auténticas imágenes de la vergüenza que ningún estado democrático y social debería permitir. Sin embargo, tras el cierre de estas instalaciones, los nuevos recursos habilitados para acoger temporalmente a las personas migrantes tampoco han estado a la altura, adoleciendo de una importante falta de recursos materiales y

humanos y de unas deficientes condiciones sociosanitarias que han puesto en grave riesgo la salud de todas estas personas.

Entre finales de marzo y principios de abril de 2021, Médicos del Mundo decidió llevar a cabo una investigación —mediante entrevistas y visitas a centros de recepción y acogida en Gran Canaria, Tenerife y Melilla— para identificar las principales carencias que impiden garantizar la protección del derecho a la salud de las personas migrantes en nuestra frontera sur y trasladar a las autoridades competentes las medidas que es preciso adoptar para corregir esta situación. He aquí nuestras conclusiones.





Canarias. una crisis evitable

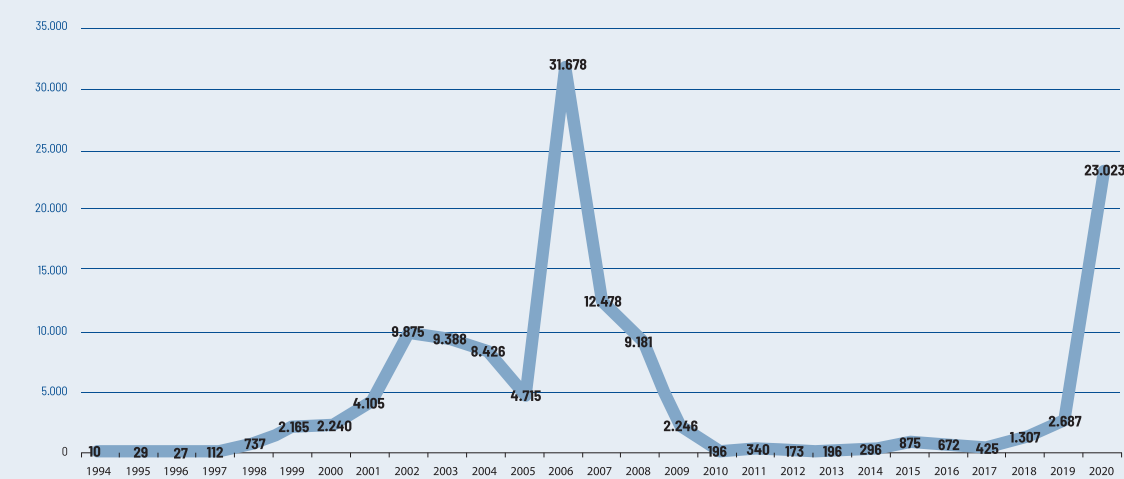
El desproporcionado aumento de las llegadas en patera a las costas canarias en el último año y medio ha convertido a las islas en un auténtico punto caliente de la migración hacia Europa. Así, en 2020 llegaron por mar a las islas 23.020 personas —lo que constituye un incremento del 756% respecto al año anterior— mientras que en el primer cuatrimestre de 2021 han hecho lo propio 4.411 nuevas personas.¹

El cierre de la ruta migratoria del Mediterráneo central², así como de las fronteras de

Ceuta y Melilla, unido a la exacerbación de conflictos en África occidental —particularmente la situación en Mali y en el Sáhara— ha contribuido a reactivar la ruta atlántica como vía para alcanzar Europa. La crisis generada por la COVID-19 ha jugado también un papel destacado a la hora de alentar la migración por el impacto generado sobre las ya precarias economías locales, sobre todo en los sectores informales³.

Varios de estos factores preceden a la aparición del SARS-COV 2 y a la declaración de la pandemia mundial y ya apuntaban a un incremento

Serie histórica llegadas a Canarias 1994-2020



Fuente: Informe Defensor del pueblo, 2021. https://www.defensordelpueblo.es/wp-content/uploads/2021/03/INFORME_Canarias.pdf

relevante del tránsito en la ruta hacia Canarias, que había quintuplicado sus números en apenas dos años como señalaba FRONTEX en 2019⁴ y reiteraba a comienzos de 2020⁵. Cabe señalar que el sistema español de atención de emergencia ante la llegada de grandes contingentes a nuestras costas hace años que se encuentra infradotado y sin un protocolo adecuado de actuación, tal y como alertó en 2018 el Defensor del Pueblo a la Secretaría de Estado de Migraciones⁶.

Estas advertencias no fueron valoradas adecuadamente por el Gobierno español que apenas presupuestó 388 plazas de acogida en el archipiélago para el año 2020⁷. Como consecuencia de esta falta de planificación, **cuando en el tercer cuatrimestre de 2020 se disparó el número de llegadas, Canarias no contaba con la infraestructura necesaria ni con un plan de contingencia adecuado para abordar la situación**. Entonces se impuso la improvisación.

Una ruta extremadamente peligrosa y con un enorme impacto sobre la salud de las personas

La ruta atlántica constituye una de las rutas migratorias más peligrosas del mundo, ostentando el triste récord de haber sido la más mortífera de 2020 entre aquellas que tienen por destino Europa. Sus principales puntos de origen se sitúan en Senegal, Mauritania, Marruecos y el Sáhara Occidental, de modo que la distancia a recorrer hasta Canarias varía desde los 1500 km que las separan de las costas senegalesas hasta los 100 km desde Tarfaya, en territorio marroquí. Esto se traduce en largos viajes a mar abierto cuya duración va desde las 24h en el mejor de los casos hasta unos extenuantes 12 días de viaje.

Las condiciones del trayecto son extremas: a la precariedad de las embarcaciones —cuya fragilidad conlleva un alto riesgo de naufragio o de avería que las deje a la deriva en pleno Océano Atlántico— se suma la ausencia de comida y agua potable suficiente durante días. En el estrecho espacio de estas barcas permanecen hacinadas, sin posibilidad alguna de moverse incluso para hacer sus necesidades, hasta 200 personas, incluyendo mujeres y niños⁸.

Estas circunstancias tienen un alto coste sobre la salud de las personas. La deshidratación —consecuencia directa de la falta de agua potable y la sobreexposición solar y que puede dar lugar a cuadros de alucinaciones y delirios— la desnutrición, así como las úlceras y otras heridas derivadas del hecho de permanecer días enteros sin poder cambiar de postura provocan que muchas de las personas que consiguen llegar a las islas lo hagan en un estado de absoluto debilitamiento. A ello es necesario sumar el impacto que este dramático viaje tiene sobre la salud mental: la angustia y el miedo, o el haber asistido en muchos casos al fallecimiento de compañeros y compañeras en alta mar suponen experiencias traumáticas que en ocasiones se suman al impacto del arduo periplo migratorio desde su origen hasta el viaje final en barco⁹.

Una respuesta mal planificada

La ausencia de recursos de alojamiento suficientes en Canarias unido a la existencia de plazas de acogida en el resto del territorio español —como consecuencia del notable descenso en la llegada de migrantes tras el cierre de fronteras que siguió a la declaración del Estado de alarma— hacía razonable aplicar una política de traslados sistemáticos similar a la utilizada durante la crisis de los cayucos de 2006¹⁰. Sin embargo no fue esta la lógica aplicada por el Gobierno español en 2020, que optó en una pri-

mera instancia por **bloquear a las personas migrantes en las islas**, escudándose en la política migratoria de la UE y en un supuesto efecto llamada¹¹.

Descartados los traslados, **la respuesta a la emergencia se orquestó de forma improvisada y descoordinada** mediante la habilitación de diversos espacios (polideportivos, espacios de lucha canaria, naves industriales etc.) que no cumplían con las condiciones mínimas para una estancia digna ni resultaban suficientes en número para suplir la falta de capacidad del sistema



[...] aumentar la capacidad alojativa para las personas migrantes y se estructura en dos fases: una primera actuación de emergencia mediante la que se crearon 7000 plazas en recursos con carácter mixto y una segunda fase de consolidación de 6450 plazas en recursos estables.

de acogida. En este contexto, **Arguineguín se convirtió en la imagen de la vergüenza**. Este pequeño muelle en el sur de la isla de Gran Canaria fue transformado en un centro de recepción e identificación donde se eliminaron todos los derechos y responsabilidades. Bajo unas carpas precarias cuya capacidad máxima era de 400 plazas llegaron a hacinarse más de 2000 personas en condiciones absolutamente insalubres: sin posibilidad de mantener la distancia social recomendada para evitar contagios ni contar con acceso a duchas, comida y agua suficientes. Así permanecieron en situación de detención por periodos muy superiores a las 72 horas legales sin recibir una adecuada atención sanitaria ni información alguna acerca de sus derechos¹².

A finales del mes de noviembre, tras las múltiples denuncias recibidas por organizaciones sociales y después de haber sido instado a ello por el Defensor del Pueblo, el Ministerio del Interior procedía a desmantelar el muelle de Arguineguín, habilitando el polvorín de Barranco Seco como Centro de Atención Temporal a Extranjeros (CATE) para la realización de identificaciones ante nuevas llegadas. Simultáneamente el Ministerio de Inclusión, Seguridad Social y Migraciones anunciaba el alquiler de 17 recursos hoteleros —desocupados como consecuencia de la pandemia— como solución transitoria mientras se ponía en marcha el llamado **Plan Canarias**.

Este plan tiene por objetivo aumentar la capacidad alojativa para las personas migrantes y se estructura en dos fases: una primera actuación de emergencia mediante la que se crearon 7000 plazas en recursos con carácter mixto (combinando alojamiento en interiores así como en carpas) y una segunda fase de consolidación de 6450 plazas en recursos estables (alojamiento en interiores y módu-

los prefabricados)¹³. No obstante cuenta con tres importantes problemas de partida:

- **No existe constancia de que en el diseño de este plan de respuesta hayan participado algunos de los actores más relevantes.** Así, las principales organizaciones sociales y asociaciones de migrantes que llevan años trabajando en Canarias no han sido consultadas en ningún momento sobre la viabilidad del plan. Algo similar refieren actores clave del Sistema Canario de Salud entrevistados por Médicos del Mundo que niegan haber podido valorar la adecuación de la respuesta desde el punto de vista sociosanitario y que únicamente fueron informados del plan para determinar cómo debía coordinarse el SCS con los centros a efectos de proveer la atención sanitaria. Tampoco ha existido trabajo comunitario en los barrios donde se emplazan los distintos centros lo que ha provocado un importante grado de tensión social, y derivado incluso en diversos incidentes de carácter xenófobo¹⁴.
- **Falta de armonización y supervisión respecto a los requisitos que han de cumplir los centros.** Del Plan Canarias únicamente ha trascendido un breve documento de varias diapositivas en las que enumeran los objetivos, fases y los distintos centros. Sin embargo, no existen otras directrices públicas que regulen las condiciones básicas que han de reunir los distintos centros —relativas al alojamiento, la manutención, higiene o atención sanitaria entre otras— hasta el punto de que varias de las personas con funciones de coordinación de los distintos centros entrevistadas por Médicos del Mundo manifiestan desconocer los términos del convenio firmado con el Ministerio para la gestión

de los centros ni si este contiene unas pautas mínimas a seguir. La falta de publicidad de estos convenios, así como la inexistencia de un monitoreo sistematizado por parte del Ministerio de Inclusión para garantizar unas condiciones de calidad dignas en los centros generan una situación de falta de transparencia ciertamente preocupante.

- **No incluye una política organizada y transparente de traslados a la península.** Tras su rechazo inicial, el Ministerio de Interior se abrió a trasladar a las personas con perfil vulnerable: solicitantes de asilo, mujeres embarazadas y personas con enfermedades graves¹⁵. Esta política fue sin embargo acompañada de la acción disuasoria de la policía en los aeropuertos canarios —mediante la realización de identificaciones sistemáticas por perfil racial— con el fin de evitar que otras personas migrantes pudieran desplazarse a la península¹⁶. Esta prohibición de viajar a personas con pasaporte o documento acreditativo de haber formulado su solicitud de protección internacional ha sido considerada contraria a derecho por el Juzgado de lo Contencioso Administrativo n.º 5 de las Palmas de Gran Canaria¹⁷. La suspensión cautelar de estas prácticas por orden del juzgado ha contribuido a un mayor desahogo de la situación facilitando que algunas personas migrantes abandonen las islas rumbo a territorio peninsular.

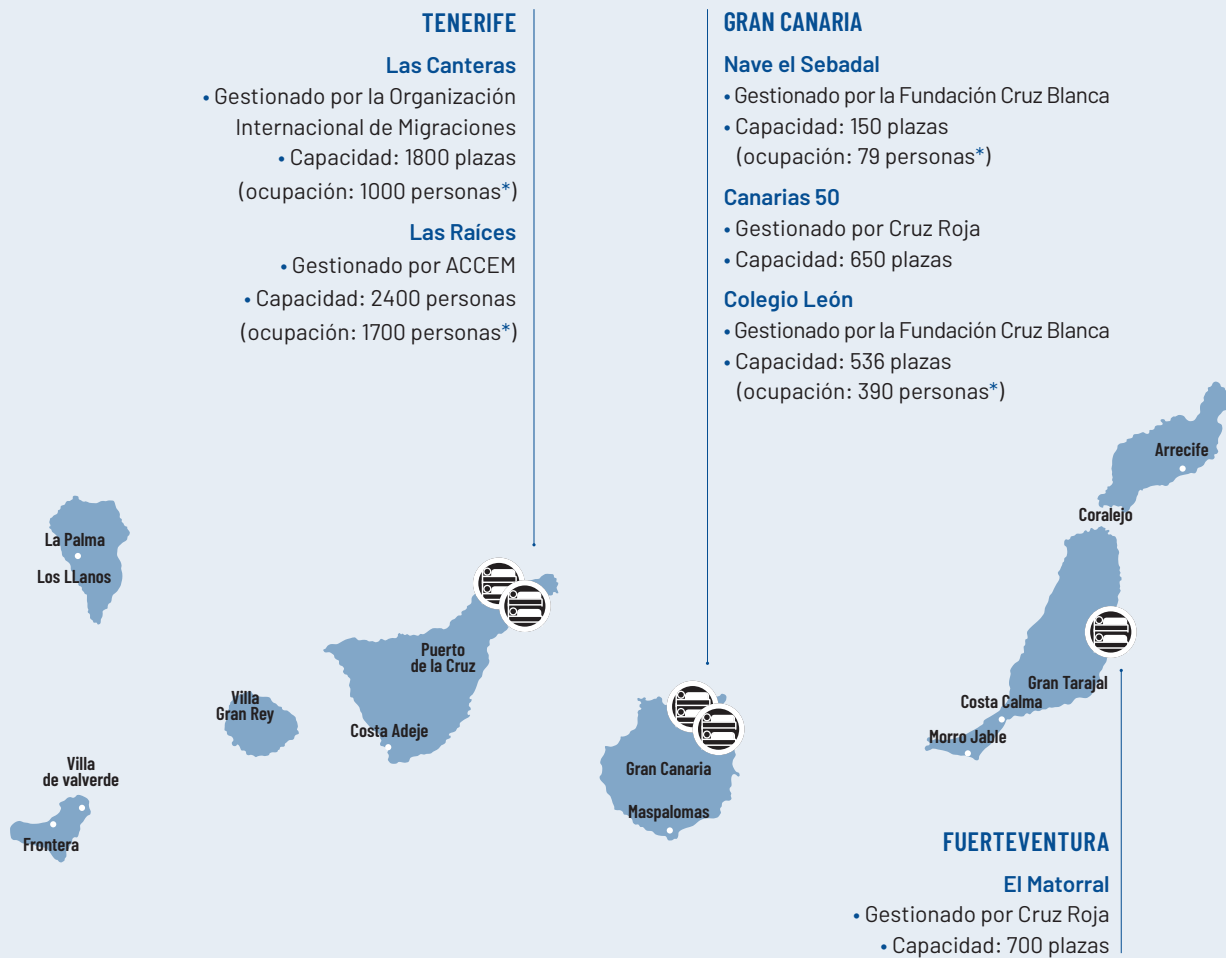
Teniendo en cuenta estos factores, todo parece indicar que **la lógica imperante tras el Plan Canarias es usar las islas como dique de contención de la migración irregular**, reteniendo en ellas al mayor número posible de personas en espera de poder hacer efectiva su deportación y ejerciendo de elemento di-

suasorio frente a nuevos intentos de llegada. Esta política carece de base legal alguna, si bien se orienta en la línea de lo recogido en el nuevo proyecto de Pacto sobre Migración y Asilo presentado por la Comisión Europea el pasado mes de septiembre¹⁸. **De consolidarse este enfoque corremos un serio riesgo de institucionalizar la vulneración de los derechos de las personas migrantes en nuestra frontera sur y muy particularmente, como Médicos del Mundo ha podido observar de primera mano, del derecho a la salud.**

En plena pandemia, una insuficiente protección de la salud

La salud es un proceso acumulativo determinado por diversos factores: estilos de vida y comportamiento más factores biológicos, políticos, culturales, sociales y económicos. **Los riesgos para la salud de las personas que migran a través de la ruta atlántica están presentes mucho antes de emprender el viaje final por mar a Canarias.** Las condiciones de vida en el contexto de origen —agravadas por variables de género, clase social o edad— las violencias y otras condiciones extremas sufridas a lo largo del proceso migratorio se suman a los efectos de la peligrosa travesía en patera ya descrita. Todos estos factores pueden perjudicar gravemente las condiciones de salud física y mental de las personas que llegan a las costas canarias. **Sin embargo, el derecho a la salud de todas estas personas continúa siendo vulnerado una vez en territorio español** ante la deficiente respuesta ofrecida por las autoridades. Las condiciones indignas de acogida, la falta de una atención sanitaria suficiente y el bloqueo de su proyecto migratorio, permaneciendo meses en el archipiélago sin expectativa alguna de futuro provocan un serio deterioro de la salud.

Las condiciones indignas de acogida, la falta de una atención sanitaria suficiente y el bloqueo de su proyecto migratorio, permaneciendo meses en el archipiélago sin expectativa alguna de futuro provocan un serio deterioro de la salud.



Los macro-campamentos como modelo insostenible

El objetivo de proveer a las islas de forma rápida con unos recursos donde alojar a un alto número de personas migrantes ha provocado que el criterio predominante para la localización de los emplazamientos haya sido la capacidad de los mismos. De este modo se ha optado por un modelo de centros sobredimensionados que hace muy difícil su gestión así como la provisión de un espacio digno y saludable. En palabras de un profesional del Sistema Canario de Salud entrevistado por Médicos del Mundo: «Los macro-centros no funcionan. Son ideales para cultivar patologías físicas, psicológicas y sociales.»

*Datos de Finales de marzo de 2021.

Falta de condiciones sociosanitarias dignas

En términos generales, según lo que Médicos del Mundo ha podido observar **las condiciones materiales de acogida** de las personas migrantes llegadas a Canarias a través de la ruta Atlántica, que se establecieron a partir del aumento de llegadas en 2020 y el comienzo de la emergencia por COVID-19, **no cumplen con lo que se considera unos criterios mínimos de calidad de una respuesta humanitaria ni con las medidas idóneas de prevención y control de infección por la COVID-19**¹⁹.

Así se constata en relación al **alojamiento** que, exceptuando los recursos hoteleros habilitados entre finales de 2020 y los primeros meses de 2021, se trata de **estructuras inadecuadas para una acogida prolongada**²⁰. Si bien existe la previsión, tanto en el caso del CATE de Barranco Seco como en los centros del Plan Canarias de evolucionar hacia recursos plenamente edificados, en el momento de la elaboración de este informe, la mayoría de dispositivos combinaban zonas edificadas con carpas en espacios no pavimentados e indebidamente aislados de las inclemencias del tiempo, provocando entre otras cosas inundaciones cuando llueve. En ellos, las personas migrantes duermen noche tras noche en camas de lona lo que les genera fuertes dolores de espalda, impide el descanso y dificulta notablemente la cura de heridas y otras enfermedades cutáneas derivadas del viaje en patera.

Tampoco se garantiza debidamente una higiene adecuada —elemento crítico en el actual contexto de pandemia. Resulta particularmente grave en este punto las informaciones recabadas sobre el CATE de Barranco Seco en Gran Canaria, donde las

personas permanecen detenidas para su identificación durante las primeras 72h y donde diversos testimonios han corroborado que durante este periodo se les impedía el acceso a las duchas hasta el punto de que el personal médico llegaba a prescribirlas como necesarias. La insuficiente dotación de duchas, aseos y material de higiene es, no obstante, común a los distintos centros así como la dificultad de provisión de agua caliente en alguno de ellos.

En lo que respecta a la **alimentación y el suministro de agua potable la escasez y la falta de calidad y variedad** son la nota constante²¹, si bien el problema parece agudizarse en los macro-campamentos como el de Las Raíces y en el CATE de Barranco Seco²².

La salud de las personas migrantes se ha visto resentida como consecuencia de estas deficientes condiciones sociosanitarias, derivando en heridas mal curadas, problemas digestivos y bucodentales o infecciones de orina entre otros, tal y como han referido a Médicos del Mundo trabajadores sanitarios que prestan atención a los diversos centros.

Condiciones que suponen un riesgo frente a la COVID-19

En Gran Canaria, el Servicio Canario de Salud (SCS) cuenta con un equipo de intervención especializado en COVID que presta atención en las distintas etapas del proceso. Durante el tiempo que estuvo —funcionando— el muelle de Arguineguín²³, este equipo realizaba una PCR a las personas migrantes que llegaban a puerto procediendo al aislamiento de aquellos casos positivos y de todas las personas que les acompañan en la embarcación, consideradas contactos estrechos. Sin embargo, el caos reinante en este espacio provocó que este protocolo no

[...] según lo que Médicos del Mundo ha podido observar **las condiciones materiales de acogida de las personas migrantes llegadas a Canarias a través de la ruta Atlántica, que se establecieron a partir del aumento de llegadas en 2020 y el comienzo de la emergencia por COVID-19, no cumplen con lo que se considera unos criterios mínimos de calidad de una respuesta humanitaria [...]**

fuera siempre respetado. De este modo la falta de garantía respecto a las medidas de prevención pautadas por el SCS, la situación de hacinamiento junto a unas condiciones absolutamente insalubres generó un gran riesgo sanitario tal y como pudo constatar el Defensor del Pueblo en su visita²⁴.

Actualmente el equipo especializado de atención del SCS atiende a las personas migrantes en el CATE de Barranco Seco realizando visitas diarias y pruebas PCR y trasladando a las personas positivas a centros

habilitados al efecto. Asimismo, este equipo sanitario se coordina con los distintos niveles asistenciales también en los distintos recursos de derivación de las personas migrantes como son los centros de emergencia del Plan Canarias, recursos de acogida humanitaria u otros recursos establecidos.

Sin embargo, como Médicos del Mundo ha podido constatar, **en el interior de los distintos centros de emergencia tampoco son respetadas adecuadamente las medidas de prevención por la COVID-19**, limitándose en

muchos casos al simple reparto de mascarillas (cuya frecuencia varía entre los distintos centros). Por el contrario, las condiciones de sobreocupación hacen imposible el mantenimiento de la distancia social. Así, en la mayoría de los centros de Emergencias del Plan Canarias las personas duermen en carpas de hasta 30 personas sin que entre cama y cama medie el metro y medio mínimo de seguridad, mientras que la falta de unas condiciones de higiene adecuadas a las que se ha hecho referencia en el apartado anterior suponen un riesgo importante de contagio.

Tal y como relatan varios trabajadores socio-sanitarios entrevistados, la falta de espacio adecuado y suficiente ha impuesto la lógica de considerar los centros como grandes «grupos burbuja» de personas convivientes. Esto obliga a que ante la detección de un positivo deban realizarse cribados masivos para evitar contagios grupales²⁵. También ha provocado que en algunos casos se haya producido una concatenación de cuarentenas, con el consiguiente desgaste emocional para las personas confinadas²⁶.

Los distintos recursos del Plan Canarias cuentan con espacios específicos para el aislamiento de personas con sintomatología COVID-19 u otras enfermedades infectocontagiosas, si bien la Nave del Sebadal gestionada por la Fundación Cruz Blanca es el único que manifiesta haber contado para su diseño con la asesoría del equipo especialista en COVID del Sistema Canario de Salud. Cabe señalar que en el caso del campo de Las Raíces estos espacios son usados también para separar a aquellas personas consideradas altamente conflictivas.

A pesar de que el Plan Canarias ha sido presentado como una respuesta interministerial a la situación de emergencia en las islas, se ha detectado una absoluta **falta de super-**

visión por parte de las autoridades competentes para garantizar que los distintos recursos cuenten con estructuras adecuadas y planes de contingencia eficaces frente a la pandemia. Esta supervisión se ve a su vez dificultada por la ausencia de delimitación de responsabilidades entre las distintas instituciones implicadas tanto a nivel nacional como autonómico. En consecuencia cada centro refiere haber elaborado su propio plan, si bien Médicos del Mundo no ha tenido acceso a ninguno de estos documentos.

Atención sanitaria inadecuada

La fórmula a través de la que se presta asistencia sanitaria en los centros de emergencia que forman parte del Plan Canarias, varía de isla en isla y de un centro a otro. No obstante, en todos ellos se aprecian serias limitaciones cuya última consecuencia es la vulneración del derecho a la protección de la salud de las personas migrantes.

En primer lugar, **se aprecia, en general, una infradotación de recursos humanos en el personal sanitario contratado por las organizaciones que gestionan los recursos de emergencia del plan dadas las circunstancias en las que se encuentran las personas alojadas**. En el caso de Tenerife el centro de Las Raíces cuenta con un servicio sanitario contratado²⁷, mientras que Las Canteras ha optado por externalizar la atención sanitaria a través de una empresa²⁸. En ambos casos, la atención prestada por estos equipos se ve complementada por el Servicio Canario de Salud mediante una consulta específica en el Centro de Salud de La Laguna. Por el contrario, en Gran Canaria, la atención sanitaria a los distintos centros corre enteramente a cargo del SCS mediante un equipo especializado formado por médicos de familia, pediatras, matronas y enfermeras con formación y experiencia específicos para la atención a este colectivo²⁹.

[...] la falta de espacio adecuado y suficiente ha impuesto la lógica de considerar los centros como grandes “grupos burbuja” de personas convivientes. Esto obliga a que ante la detección de un positivo deban realizarse cribados masivos para evitar contagios grupales.



Independientemente del modelo elegido para cubrir la asistencia sanitaria, como Médicos del Mundo ha podido comprobar, **en los momentos de mayor ocupación, los equipos se han visto en muchos casos desbordados para atender todas las necesidades sanitarias detectadas**, habida cuenta el gran volumen de ocupación de los distintos campos y las condiciones de los mismos, que no facilitaban la correcta atención o la mejora de la salud de las personas allí alojadas³⁰.

A este respecto, resulta preocupante la información recabada por Médicos del Mundo sobre el modo en que se organizó la atención sanitaria en algunos recursos hoteleros. Según diversos testimonios recibidos, la atención en algunos de estos hoteles corría a cargo de un exiguo equipo médico que debía dar cobertura de forma simultánea a varios recursos, de tal suerte que la atención efectiva quedaba reducida a un periodo de dos horas semanales por centro. Las personas alojadas en estos recursos debían comunicar al responsable del centro —habitualmente una persona sin formación sanitaria y sin la asistencia de intérpretes— su necesidad de atención médica, pudiendo demorarse esta varias semanas e incluso meses con el consiguiente riesgo para la salud de las personas desatendidas³¹. Como resultado de esta situación, se han producido diversos casos de complicaciones médicas que podrían haberse evitado con una intervención temprana³².

Uno de los problemas más graves detectados tiene que ver con la palpable **desinformación** que padece la población migrante con respecto a su estado de salud. La ausencia generalizada de la figura de mediación intercultural, unida a la escasez de intérpretes en los distintos recursos.

ficulta enormemente la comunicación con el personal sanitario a la hora de explicar su problema y comprender el diagnóstico. Se constata igualmente que muchas personas no reciben sus informes médicos tras haber sido atendidas o en caso de recibirlos lo hacen sin traducción ni explicación alguna, lo que supone una clara vulneración de su derecho como pacientes³³. Por otro lado, en los casos de derivación al centro de salud o al hospital, aún cuando la persona consigue el acompañamiento de un intérprete se impide la entrada de este último en la consulta en aplicación del protocolo COVID-19.

En lo que respecta a la atención hospitalaria y especializada, el personal sanitario entrevistado por Médicos del Mundo refiere no haber tenido problema para hacer derivaciones. Sin embargo, desde los centros de salud sí señalan una seria **dificultad a la hora de realizar el seguimiento de la atención prestada** como consecuencia de la alta itinerancia de las personas entre los diferentes recursos. Hay personas que han llegado a pasar por 8 recursos alojativos distintos³⁴.

Respecto a las instalaciones cabe resaltar que el CATE, siendo el primer recurso al que llegan las personas migrantes, carece de un espacio de camillas donde poder realizar la atención sanitaria. Tampoco cuenta con un espacio adecuado donde llevar a cabo una vigilancia no hospitalaria permanente de 24h a 48h a todas aquellas personas que han permanecido durante más de cinco días en el mar o en cuya embarcación se ha producido algún fallecimiento por el riesgo que implican estos casos³⁵.

Todo este cúmulo de carencias provoca el **agotamiento y la frustración entre un personal sanitario** que se ve sobrepasado por la situación, imposibilitado a prestar una atención sanitaria de calidad³⁶.

El CIE como culmen de la vulneración del derecho a la salud

Dentro de la política migratoria que prioriza el blindaje de fronteras y las expulsiones frente al establecimiento de vías legales y seguras suficientes, los CIE constituyen un auténtico punto negro para la salud de las personas migrantes.

Estos centros son el destino de aquellas personas migrantes que tras ser identificadas en el CATE como personas «expulsables» su deportación efectiva no puede realizarse dentro de las primeras 72 horas. En estos centros de régimen penitenciario, las personas allí retenidas por haber cometido lo que es a todos los efectos una falta administrativa (la entrada de forma indocumentada a España) pueden permanecer privadas de libertad hasta 60 días en espera de ser deportadas. Tal y como ya ha denunciado Médicos del Mundo en Canarias³⁷, en este tiempo, sufrirán la vulneración de vivir en unas condiciones que conjugan todas las carencias ya mencionadas para otros recursos: hacinamiento³⁸, mala alimentación, higiene deficiente, acceso limitado a la atención sanitaria³⁹.

Estas condiciones, unidas al hecho de reincidir en la configuración del centro como un gran grupo burbuja, crean el caldo de cultivo perfecto para que se produzcan contagios masivos, como así sucedió en el CIE de Hoya Fría (Tenerife) en febrero de 2021 donde un brote afectó a la tercera parte de las personas internas⁴⁰.

Impacto sobre la salud mental y psicoemocional

Como ya se ha mencionado, no son pocos los casos de personas migrantes que llegan a las islas con evidencias de haber pasado por situaciones que han afectado su salud psicoemocional —bien como consecuencia de la dramática experiencia en el mar, bien como resultado de situaciones de violencia vividas en su país de origen o en otras fases del trayecto migratorio o como una conjunción de todas estas circunstancias. La falta de atención especializada en estos casos resulta ya de por sí grave, sin embargo, **el deterioro en la salud mental** sobre el que hemos recibido múltiples testimonios **por parte de la población migrante en Canarias resulta francamente alarmante**.

Muchas personas llevan meses varadas en las Islas Canarias viendo truncado su proyecto migratorio. La imposibilidad de continuar su viaje genera sensaciones de frustración, desosiego y fracaso. **La falta de información a la que están sometidos abarca todos los ámbitos imaginables** desde su derecho a solicitar protección internacional y cómo hacerlo hasta el momento y el lugar donde van a ser trasladados así como su estado de salud ya mencionado. Esta ausencia de información —derivada de la dejación de funciones por parte de las autoridades responsables— **provoca una enorme incertidumbre sobre su futuro y alimenta el miedo a las deportaciones**⁴¹.

La propia organización de algunos centros contribuye a agravar el problema. Así se advierten diferencias notables en lo que a

[...] Uno de los problemas más graves detectados tiene que ver con la palpable desinformación que padece la población migrante con respecto a su estado de salud. La ausencia generalizada de la figura de mediación intercultural, unida a la escasez de intérpretes en los distintos recursos.

A la insuficiencia de especialistas de medicación cultural que apoyen y faciliten la comprensión de la situación, ya mencionada en este informe, se suma la falta de psicólogos/as suficientes y especializados para atender las necesidades que derivan de esta circunstancia.

espacios de ocio y gestión de conflictos se refiere. En algunos recursos se han constatado expulsiones de las personas internas. En esta línea, hemos comprobado como en algunos recursos, que han implementado actividades de esparcimiento y ocio y apostado por una política basada en la resolución de conflictos, han reducido las expulsiones. Por el contrario, en los centros donde no hemos podido constatar estas políticas, vemos evidencias de expulsiones grupales y disciplinarias en mayor medida.

A la insuficiencia de especialistas de medicación cultural que apoyen y faciliten la comprensión de la situación, ya mencionada en este informe, se suma la falta de psicólogos/as suficientes y especializados para atender las necesidades que derivan de esta circunstancia. Los centros de emergencia cuentan con un número muy limitado

de profesionales que deben tratar múltiples casos que abarcan desde trastornos del sueño y alteraciones emocionales a cuadros relacionados con la ansiedad, depresión, psicosis, estrés postraumático dándose alteraciones en las dimensiones emocionales, cognitivas y conductuales habiendo testimoniado conductas disruptivas, autolesiones e intentos de suicidio. La imposibilidad de una atención adecuada es manifiesta y, según hemos conseguido testimoniar, deriva en casos de sobreuso de medicación para tratar cuadros psicoemocionales que deberían ser abordados con otras estrategias. Asimismo, es importante recordar que una intervención adecuada sobre la salud mental no solo requiere un número suficiente de profesionales especializados sino también un abordaje de los problemas psicosociales desde una visión comunitaria y social con enfoque antropológico.

Vivir en la calle

Además de las personas alojadas en los distintos centros del Plan Canarias, preocupa la especial vulnerabilidad de las personas en situación de calle. En el momento de la investigación que ha dado lugar a este informe se estimaba que unas 1000 personas migrantes en Gran Canaria y 300 en Tenerife se encontraban en esta situación.

Muchos jóvenes migrantes viven escondidos cerca del mar, en pequeñas cuevas o recovecos, resguardándose de la intemperie y yendo a mendigar algo de comida. Médicos del Mundo comprobó que hay chicos viviendo en solares o descampados sin edificar. En Gran Canaria, por ejemplo, la asociación pudo entrevistar a tres jóvenes que se resguardaban en uno de estos solares metidos dentro de un contenedor de obras en una zona con riesgo de desprendimiento de montaña.

Las razones que llevan a estas personas a vivir en la calle son variadas, pero todas están directa o indirectamente relacionadas con las malas condiciones y la mala gestión del sistema de acogida⁴².

La forma de vida precaria, incierta en cuanto a las condiciones de cobijo y acceso a lo más básico, consistente en esconderse para no ser vistos, hace muy difícil asegurar el alimento diario. Además supone un riesgo extremo para su salud, con una exposición continua al frío, al sol, a la falta de higiene que pueden provocar, entre otras cosas problemas digestivos (dolores de estómago, estreñimiento, vómitos), quemaduras y un largo etcétera. Todas estas condiciones, sumadas al miedo a ser descubiertos y deportados, tienen un fuerte impacto sobre su salud mental.

A pesar de requerir en muchos casos atención sanitaria, no acuden a los centros de salud por temor, desconocimiento e imposibilidad de comunicarse⁴³. «Al médico no vamos porque tenemos miedo a ser identificados y deportados», nos comenta un joven de 24 años. Al mismo tiempo, desde los centros de salud se señala el sinhogarismo como una de las causas que impide el seguimiento de casos que han sido previamente atendidos.

Muchas de estas personas consiguen sobrevivir gracias a comedores sociales de algunas organizaciones, así como a la acogida ciudadana, bien de personas individuales o de redes que se han organizado de forma improvisada y altruista como respuesta a la magnitud de la crisis humanitaria que se ha generado en Canarias. En ocasiones estas redes también se encargan de facilitar el acompañamiento a los centros de salud para que puedan recibir atención, si bien no siempre con éxito.





Makha

Makha pescaba en las playas de Senegal hasta que les «vendieron hasta el mar», reprocha. La falta de oportunidad le hizo embarcarse en una patera rumbo a Canarias. Durante un tiempo estuvo alojado junto con otras personas migrantes en un hotel. Un día los separaron por nacionalidades trasladando a todos aquellos que no eran senegaleses. Entonces entendieron que preparaban una repatriación y, sin ninguna información y muertos de miedo, cogieron su bolsa y se marcharon a vivir en la calle. «No hemos puesto nuestra vida en riesgo para ahora ser devueltos». Un día Makha se cayó y se hizo una herida grande en la pierna. Acudió hasta en dos ocasiones a un centro de salud sin ser atendido «Me dijeron que si no tenía papeles no me atendían. Me fui triste y preocupado, pero pensé que quizás aquí la ley funciona así», explica. En el momento que le conocimos llevaba días lavando la herida como buenamente podía, cubriéndola con una mascarilla desgastada.



Younes

Younes llegó a Canarias tras un agónico viaje en patera, achicando agua de la embarcación durante 6 días. Tras pasar por el infierno de Arguineguín y por uno de los hoteles terminó en el centro de Canarias 50. Las condiciones del campamento eran muy duras: insuficiente comida y baños, hacinamiento, dificultad de dormir por las noches sobre lonetas, falta de información y escasa atención sanitaria. Un día llovió tanto que las aguas residuales inundaron su cobijo, fue entonces cuando decidió marcharse. Confiesa que toda esta experiencia le está pasando una enorme factura emocional: la vida en la calle, la escasa comunicación con su familia, la sensación de fracaso y el miedo a la deportación pesan demasiado «Vivimos en el horror, no se puede dormir, uno se duerme por puro agotamiento.»



Mbaye y Modou

Mbaye y Modou son dos jóvenes senegaleses que llegaron hace siete meses a Gran Canaria. Alojados inicialmente en un hotel un día les comunicaron que les trasladaban a un macrocentro de Tenerife sin darles mayor información y pidiéndoles firmar unos papeles que no comprendían. Decidieron negarse y acabaron en la calle, durmiendo al raso en la playa y con serias dificultades para conseguir comida, ropa o una ducha en la que asearse. Fue en estas condiciones que les encontró Nanda, una de tantas vecinas que ante el drama de todas estas personas migrantes se organizaron para darles la acogida digna que el Estado les niega. Desde entonces Mbaye y Modou han tenido un techo bajo el que dormir y acompañamiento para recibir atención sanitaria (Mbaye es asmático y ya ha sufrido un ataque). Sin embargo su horizonte sigue estando en ese mar al que hace tiempo sobrevivieron para llegar a Canarias y hoy les impide culminar su trayecto hacia la península donde les espera su familia.



Melilla. una crisis estructural exacerbada

Una crisis estructural exacerbada tras el cierre de la frontera

La Ciudad Autónoma de Melilla constituye junto con Ceuta la única frontera terrestre entre la Unión Europea y África, lo que la convierte en puerta de entrada de un importante flujo migratorio. Esta situación, unida a una **política sistemática de limitación de los traslados a la península** —incluyendo a solicitantes de protección internacional, práctica que ha sido considerada contraria a derecho por el Tribunal Supremo⁴⁴— provoca que las ya de por sí limitadas infraestructuras de acogida de la CAM se encuentren permanentemente saturadas.

Con el cierre de la frontera con Marruecos y la declaración del estado de alarma en marzo de 2020 se produjo un descenso radical en el número de llegadas a Melilla por tierra (-71%) y mar (-95%). Esta circunstancia presentaba una oportunidad perfecta para descongestionar los centros de acogida de la ciudad, condición por otra parte imprescindible para poder garantizar la protección frente a la pandemia de COVID-19 de todas las personas alojadas, evitando situaciones de hacinamiento.

Sin embargo, nuevamente no fue esta la opción elegida por el Gobierno de España que, a través del Ministerio del Interior, dio orden

de impedir los traslados a otros centros de acogida en península. De este modo **más de 2.000 personas migrantes han permanecido bloqueadas en Melilla en unas precarias condiciones sociosanitarias con el consiguiente riesgo para su salud.**

El Derecho a la Salud en riesgo

El Centro de Estancia Temporal de Inmigrantes (CETI) de Melilla depende del Ministerio de Inclusión, Seguridad Social y Migraciones y es el lugar destinado para alojar a las personas solicitantes de protección internacional así como a las personas migrantes que acceden a la ciudad de forma irregular que no tengan nacionalidad marroquí y argelina, colectivo que permanece permanentemente excluido de los recursos de acogida. Este centro consta de una parte edificada con módulos de habitaciones y dos grandes carpas construidas en el espacio destinado al parking, y cuenta en total con una capacidad oficial de 782 personas. Sin embargo, se encuentra **en constante estado de sobrecupación**, de forma que **en el momento de declaración del estado de alarma albergaba a 1.700 personas (el 217% de su capacidad) que como tal fueron confinadas.**

Más allá del CETI, **el cierre de fronteras provocó que quedaran atrapadas en Melilla sin solución habitacional, viviendo en situa-**

[...] **más de 2.000 personas migrantes han permanecido bloqueadas en Melilla en unas precarias condiciones sociosanitarias con el consiguiente riesgo para su salud.**

ción de calle, unas 500 personas migrantes por no cumplir los requisitos para acceder al centro. Ante la necesidad de proceder al confinamiento de estas personas, la Ciudad Autónoma, por medio de la Consejería de Economía y Políticas Sociales, habilitó una serie de recursos entre los que cabe destacar las carpas instaladas en la finca del V Pino (que permanecieron en uso hasta el 1 de junio de 2020) y la Plaza de Toros de Melilla (que ha dejado de funcionar como centro de emergencia a principios de mayo de 2021). Ante la incapacidad del CETI de asumir más población durante este perio-

do, aquellas personas que han entrado irregularmente en Melilla desde entonces y que en condiciones normales deberían haber sido acogidas por este, han sido derivadas a los recursos de emergencia⁴⁵. Sin embargo, **ni la dirección del CETI ni el Ministerio de Inclusión han asumido ningún tipo de responsabilidad sobre estas personas**, excluyéndolas de los servicios sanitarios que sí se prestan en dicho recursos, como las analíticas iniciales o la atención primaria.

En términos relativos podría señalarse que el CETI en tanto que centro estable tiene unas

mejores condiciones que los recursos de emergencia habilitados. No obstante, como se indica a continuación, además de contar con serias deficiencias en algunas de sus estructuras, la situación de hacinamiento en la que se ven obligadas a vivir las personas en el centro pone en serio riesgo su salud⁴⁶.

La insalubridad como regla

Las condiciones de alojamiento de las personas migrantes en los distintos recursos mencionados son claramente deficientes. Así en lo que respecta al aislamiento de las inclemencias del tiempo, si bien la Plaza de Toros y la parte edificada del CETI cumplen esa función, no ocurre lo mismo con las carpas, expuestas al frío y al calor extremo así como a inundaciones en los momentos de lluvia. Nuevamente al igual que en el caso de los recursos puestos en marcha en Canarias las camas son de lona, siendo inadecuadas para estancias prolongadas⁴⁷.

Tampoco se ha garantizado una correcta higiene, siendo común el acceso restringido a duchas y agua corriente, así como la escasez de inodoros⁴⁸. Asimismo, el CETI es el único recurso que reparte con cierta regularidad kits de higiene personal y mudas de ropa.

Mención aparte requieren las instalaciones del V Pino por el grado de indignidad que llegaron a alcanzar, superando todos los límites de lo humanamente tolerable y generando un riesgo altísimo de salud pública. De este modo estas instalaciones contaban únicamente con 3 baños y una ducha para más de 200 personas que no eran debidamente limpiadas ni desinfectadas. Además el sistema de aguas fecales era inadecuado de modo que estas se filtraban en las carpas donde dormían las personas migrantes.

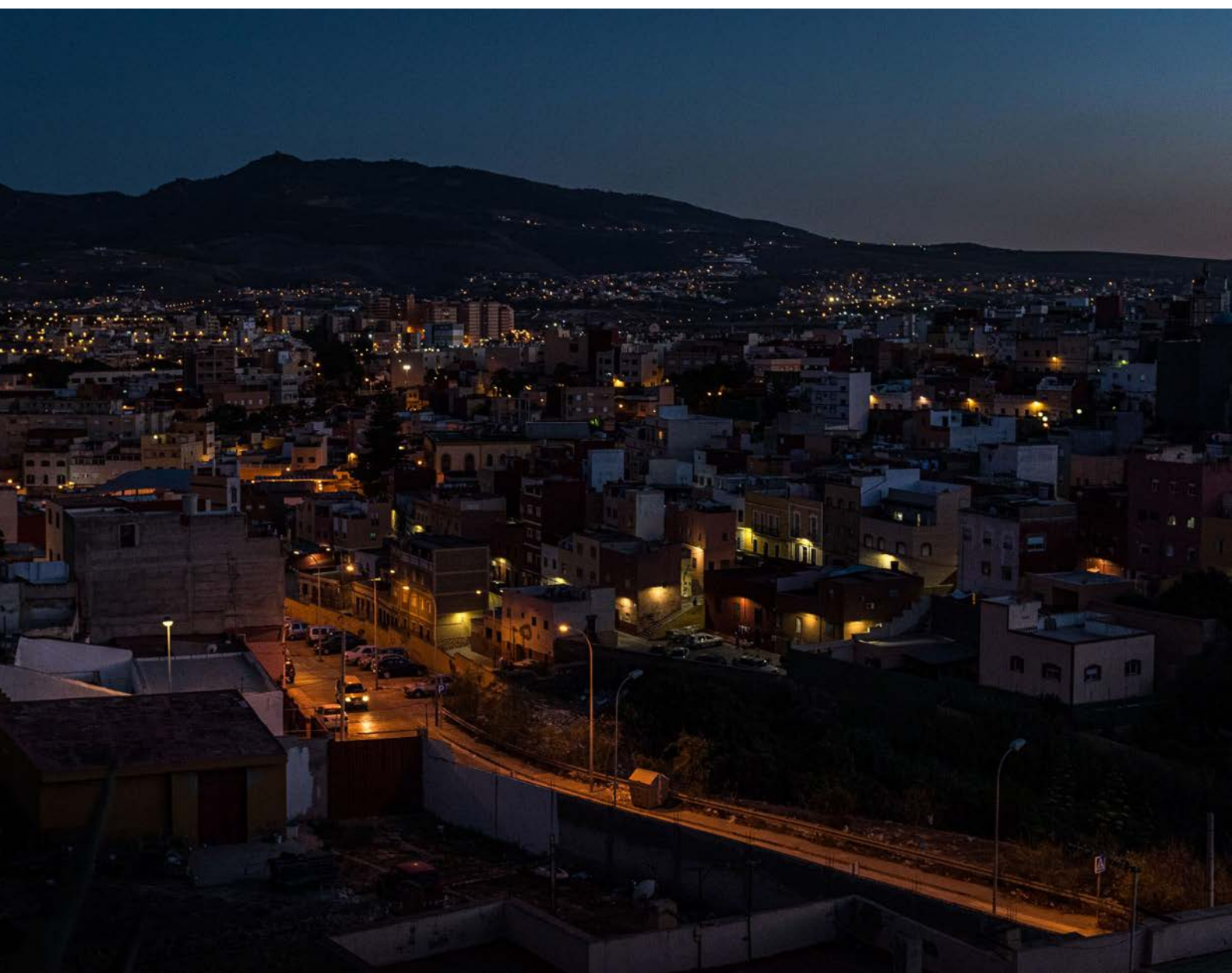
En relación a la **alimentación**, de nuevo se constata la falta de un suministro suficiente de agua potable mientras que la comida ha sido escasa y poco variada⁴⁹. Además, la saturación del CETI y la falta de espacio disponible en el comedor provocaba que las personas tuvieran que hacer largas colas de hasta dos horas para comer y cenar.

Sin medidas adecuadas frente a la COVID-19

La situación de hacinamiento de los distintos centros, donde las literas se acumulan unas junto a otras sin que medie la mínima distancia de seguridad, así como la falta generalizada de higiene **incumplen las recomendaciones básicas del Ministerio de Sanidad en materia de prevención de COVID-19**. Aunque se reparten mascarillas con asiduidad las personas migrantes siguen expuestas a un serio riesgo de contagio como efectivamente ha terminado ocurriendo⁵⁰. Esto ha obligado a la realización de cribados masivos así como a ordenar nuevos confinamientos, multiplicando la sensación de frustración lo que ha terminado por provocar situaciones conflictivas⁵¹.

El CETI es el único dispositivo que ha contado con un protocolo COVID facilitado por el Ministerio de Inclusión, Seguridad Social y Migraciones. En aplicación de este protocolo, se realiza una prueba de antígenos a todas las nuevas entradas, procediendo a su aislamiento temporal en una zona de cuarentena habilitada al efecto. Igualmente, según ha relatado a Médicos del Mundo la Dirección del CETI, se realiza limpieza diaria de las zonas de comunes y se han instalado filtros de ozono en algunas zonas. Ninguna de estas medidas fue adoptada en el V Pino ni en la Plaza de Toros donde los nuevos ingresos pasan directamente a compartir espacio con el resto de personas.

[...] ni la dirección del CETI ni el Ministerio de Inclusión han asumido ningún tipo de responsabilidad sobre estas personas, excluyéndolas de los servicios sanitarios que sí se prestan en dicho recursos, como las analíticas iniciales o la atención primaria.



Esta falta de información es uno de los factores que contribuyen al serio deterioro de la salud mental de las personas migrantes en Melilla.

Una atención sanitaria desigual e insuficiente

La diferencia entre el CETI y los recursos de emergencia en lo relativo a la atención sanitaria es sustancial. Mientras que el primero cuenta con un equipo permanente de 4 médicas a turnos contratadas por la empresa EULLEN y 3 enfermeras a cargo de la Cruz Roja, el resto de dispositivos han sido claramente infradotados. Así, tanto la Plaza de Toros como el V Pino únicamente han contado con un médico a media jornada y dos técnicas de emergencia sanitaria a través de la Cruz Roja.

A su vez, el CETI tiene un protocolo de acceso mediante el que se realiza una exploración médica —incluyendo analíticas— cosa que no ha ocurrido en el resto de recursos. Del mismo modo, mientras que el CETI presta servicios de atención primaria, cuenta con una clínica dental para atención odontológica y realiza derivaciones al Centro de Salud de referencia cuando resulta necesario, **la atención prestada en el V Pino y la Plaza de Toros quedaba limitada a los primeros auxilios, remitiendo el resto de problemáticas a unas urgencias ya de por sí colapsadas.** Esta saturación crónica de los servicios sanitarios melillenses, que ya fue advertida en su momento por Médicos del Mundo⁵², dificulta notablemente la derivación a atención especializada, produciendo retrasos en la asistencia que no son debidamente explicados a las personas migrantes⁵³.

De nuevo se observa una **acuciante desinformación de las personas migrantes respecto a su salud y las pruebas que se les realizan.** En este sentido, si bien el CETI cuenta con un equipo de intérpretes, las personas migrantes carecen de acceso a su información médica, de tal suerte que únicamente se les hace entrega de su historial

en el momento de su traslado a península y este figura en español, sin que reciban una explicación adecuada sobre el contenido del mismo. Esta situación genera un evidente desconcierto entre las personas migrantes que refieren por ejemplo tener prescritas dietas específicas sin entender el motivo. Esta ausencia de información es aún más extrema en los dispositivos de emergencia por la falta total de traductores. Del mismo modo, al igual que ocurre en Canarias la figura de los mediadores interculturales está totalmente ausente.

Esta falta de información es uno de los factores que contribuyen al **serio deterioro de la salud mental** de las personas migrantes en Melilla. El bloqueo sistemático en el CETI a los traslados de algunas nacionalidades como la tunecina genera sentimientos de incertidumbre y desesperación que deriva en trastornos del sueño y crisis de ansiedad entre otras patologías. Una de las problemáticas de mayor gravedad detectadas son los brotes psicóticos vinculados a drogodependencias con un importante aumento en el número de casos desde el confinamiento. A pesar de que el CETI cuenta con dos psicólogas, la Dirección del centro reconoce carecer de formación especializada en materia de drogodependencia, si bien se prevé iniciar formaciones en este sentido.

La situación de los menores en el Centro de La Purísima

Melilla cuenta con un importante número de menores no acompañados cuya tutela recae sobre la Ciudad Autónoma⁵⁴. Sin embargo, la CAM **no cuenta con unas instalaciones adecuadas para dar una acogida adecuada a todos estos menores**⁵⁵, lo que nuevamente deriva en sobreocupación de los centros. La situación de hacinamiento en la que llevan años viviendo los menores

del centro de La Purísima ha sido tan extrema que obligó a planificar una ampliación del mismo que fue interrumpida durante el confinamiento⁵⁶.

De este modo, **en el momento de la declaración del estado de alarma, el centro de La Purísima, cuya capacidad máxima es de 350 plazas, contaba con 990 menores en su interior (el 283% de ocupación) confinados en unas condiciones inaceptables.** Ante esta situación, y el evidente riesgo que suponía

para la salud física y mental de los menores, en abril se habilitó un recurso adicional en el Fuerte de Rostrogordo al que fueron trasladados algo menos de 200 chicos, donde permanecieron hasta el cierre del mismo en marzo de 2021. A pesar de esta medida, La Purísima continuó con una ocupación cercana al doble de su capacidad máxima. Como consecuencia de estas condiciones deficientes, en noviembre de 2020 se produjo un brote de COVID-19 que obligó al confinamiento del módulo de primera acogida del centro⁵⁷.



No obstante, en el momento de la realización de este informe, el Centro de la Purísima cuenta con una nueva Dirección que en sus primeras semanas en el cargo parece haber adoptado medidas en la buena dirección y mejorado notablemente las condiciones sociosanitarias⁵⁸. No obstante podemos señalar **dos importantes retos** que deberá abordar de forma prioritaria:

- **Evitar la saturación del centro.** En el momento de la realización de este informe el centro estaba muy cerca de su máxima ocupación, sin embargo, una vez se reabra la frontera con Marruecos es de prever un aumento significativo de llegadas y por tanto se debe contar con planes de contingencia que ga-

ranticen unas condiciones de acogida dignas a todos los y las menores que no ponga en riesgo su salud⁵⁹.

- **Abordar el grave problema de salud mental** entre menores de edad no acompañados/as. Uno de los detonantes de esta situación es la angustia vital ante la posibilidad de terminar en situación administrativa irregular tras cumplir la mayoría de edad (ver cuadro sobre situación de calle). Asimismo las duras condiciones de confinamiento anteriormente referidas, junto con la inactividad y falta de expectativas han contribuido a agudizar situaciones de depresión, vinculadas en muchos casos al consumo de sustancias tóxicas.

Vivir en la calle

Aproximadamente unas 250 personas viven actualmente en situación de calle en Melilla, de las cuales la tercera parte son menores de edad. Las razones que llevan a esta situación son fundamentalmente tres:

- Menores de edad que deciden abandonar los centros de acogida como consecuencia de las malas condiciones de los mismos o buscando una oportunidad de cruzar a península.
- Adolescentes que se encontraban en los centros de menores pero cuya situación no es debidamente regularizada y tras cumplir la mayoría de edad deben abandonar los centros sin otra solución habitacional⁶⁰.
- Adultos expulsados del CETI por cuestiones disciplinarias, o que por su perfil no tienen derecho a acceder al mismo (fundamentalmente personas de nacionalidad argelina y marroquí).

La situación de calle provoca un importante deterioro de la salud de estos chicos. Las condiciones de absoluta insalubridad en las que viven, sin acceso a una mínima higiene —su única posibilidad de ducharse es hacerlo en la playa— les expone a un serio riesgo de contagio de enfermedades como la sarna o el COVID-19 (frente al que cuentan como única medida de protección las mascarillas que les reparten las diversas ONG que les atienden, como Médicos del Mundo). Ante cualquier problema médico su única opción de recibir atención es acudir a los servicios de urgencia, careciendo de medios para poder costearse la medicación necesaria. Las condiciones extremas en las que viven, en permanente huida de la policía y la ausencia de un sustento básico tiene un grave impacto sobre su salud mental. Esta se ve a su vez agravada por el consumo de sustancias tóxicas a las que recurren bien para evadirse por un momento de su dura realidad o para hacer acopio de valor e intentar colarse en el barco rumbo a península. Esta práctica resulta altamente peligrosa (como evidencia la propia terminología de «hacer el risky» con la que los chicos la han bautizado) provocando en muchos casos lesiones graves e incluso la muerte.



Historias de vida



Dario dejó hace trece años su Guinea natal y ha estado viviendo desde entonces en Marruecos. En enero de 2021, ante la falta de perspectivas de futuro decidió saltar la valla. Tras una cuarentena inicial en los Altos del Real durante la que le hicieron una PCR y diversas analíticas cuyos resultados no le fueron entregados en ningún momento, fue trasladado al CETI. Tiene dolores en el pecho y le cuesta respirar, por lo que le derivan al hospital —sin que le acompañe un intérprete— para la realización de unas pruebas cuyo resultado desconoce. Se encuentra confuso ante la falta de información que refiere como generalizada entre sus compañeros del CETI «Hay muchas personas que salen del hospital y los médicos no les dicen nada () muchas personas están una hora esperando y no te dan ningún informe. Normalmente cuando tú vas al hospital te dan un papel donde te dicen tú tienes este problema o no tienes ningún problema, pero aquí no te dicen nada. () Yo he ido tres veces (a la enfermería del CETI), he preguntado ¿por qué no me dan los resultados? Y me dicen, tienes que esperar.»

Yussef se rompió la pierna como consecuencia del salto a la valla durante el confinamiento. Tras ser escayolado en el hospital fue enviado al V Pino, donde permaneció sin recibir ningún tipo de revisión o seguimiento. Transcurrido el plazo previsto para quitarle la escayola acude a urgencias pero le deniegan la atención por no considerarla una urgencia. Al carecer de tarjeta sanitaria tampoco le dan cita en traumatología y el personal sanitario de la Plaza de Toros no asume la retirada de la escayola por estar circunscrita su atención a los primeros auxilios, aunque finalmente procedieron a su retirada. Sin embargo Yussef continúa con fuertes dolores sin recibir ningún tipo de seguimiento. Desconoce si el hueso ha soldado correctamente o si necesita algún tipo de rehabilitación.

Mohamed vivía en el centro de menores hasta que cumplió la mayoría de edad. Desde entonces permanece en la Plaza de Toros. Mohamed tiene problemas de salud mental y necesita medicación que fue recetada mientras era menor de edad. Sin embargo no puede asumir el alto coste de la misma que tampoco es asumido por el centro de acogida. En consecuencia lleva varios meses sin tratamiento, con el consiguiente deterioro de su condición.



Conclusiones

A la vista de la situación observada por Médicos del Mundo en las islas Canarias y en la Ciudad Autónoma de Melilla, podemos afirmar que **el derecho a la protección de la salud de las personas migrantes en la frontera sur europea en España ha sido vulnerado de forma grave, sistemática y evitable.**

El estado español, en tanto que firmante del Pacto de Derechos Económicos, Sociales y Culturales de Naciones Unidas tiene la obligación de respetar, proteger y cumplir el derecho a la salud de todas las personas que se encuentran bajo su jurisdicción⁶¹. Esta obligación adquiere una especial relevancia en relación a las personas más vulnerables, entre las que se incluyen las personas refugiadas y migrantes en situación administrativa irregular⁶², máxime en la situación actual de pandemia donde estas vulnerabilidades se ven acentuadas⁶³. En cumplimiento de estas obligaciones las autoridades públicas deben garantizar a todas las personas el disfrute del derecho a la salud en unas condiciones mínimas de disponibilidad, accesibilidad, aceptabilidad y calidad que han estado lejos de cumplirse en la respuesta institucional a la crisis humanitaria en la frontera.

- La **disponibilidad** del derecho a la salud exige tanto la existencia de unos servicios sanitarios suficientes como

de unas condiciones materiales adecuadas que incidan sobre los determinantes sociales de la salud. Ninguno de estos requisitos se cumple en nuestra frontera sur. Por un lado la mayoría de los centros para responder a la emergencia se han habilitado en tales condiciones de insalubridad —hacinamiento, falta de higiene adecuada, mala alimentación— que muchas personas migrantes han abandonado los mismos prefiriendo vivir en situación de calle. Por otro lado, la insuficiente dotación de personal sociosanitario —tanto en los propios recursos como en los centros de salud de referencia, cuya plantilla a nivel general no ha sido debidamente reforzada o capacitada para esta gestión— impide prestar una atención adecuada a las necesidades sanitarias de las personas migrantes.

- La **accesibilidad** al derecho a la salud no sólo exige acceso físico a los recursos sanitarios, sino también, y de forma crucial, acceso a la información. Como hemos podido constatar, tanto en Canarias como en Melilla las personas migrantes son víctimas de una desinformación permanente. La escasez de intérpretes que impide a las personas migrantes comunicarse debidamente con los profesionales sanitarios, así como la falta

[...] podemos afirmar que el derecho a la protección de la salud de las personas migrantes en la frontera sur europea en España ha sido vulnerado de forma grave, sistemática y evitable.

de acceso a sus historiales de salud en una lengua y forma que les resulte comprensible, sume a estas personas en una oscuridad total respecto a su estado de salud. Esto supone una clara vulneración no sólo de las obligaciones en materia de Derechos Humanos sino también de las exigidas por la Ley reguladora de la autonomía del paciente.

- La **aceptabilidad** no se puede entender garantizada toda vez que a la escasez de traductores se suma la ausencia de la figura de mediación intercultural. De este modo se agudiza la incomprensión por parte de muchas personas migrantes respecto al sentido de las pruebas a las que son sometidas y los diagnósticos que se les prescriben.
- Lógicamente todos estos condicionantes impiden prestar una atención sanitaria de **calidad**, como reconocen los profesionales sanitarios entrevistados por Médicos del Mundo quienes, a pesar de su esfuerzo se ven muchas veces sobrepasados por las circunstancias. Garantizar la calidad adecuada de los servicios sanitarios exige asimismo contar con unos criterios claros y un seguimiento adecuado y consistente del cumplimiento de los mismos. La falta de transparencia respecto a los convenios firmados para la gestión de los distintos centros así como la ausencia de supervisión de sus condiciones por parte de las autoridades competentes ha sido manifiesta y ha contribuido a que se difuminen las responsabilidades.

Como consecuencia de estas deficiencias, se han producido múltiples situaciones de desatención que han contribuido al **deterioro de la salud de muchas personas mi-**

grantes. La situación de la salud mental resulta crítica. La incertidumbre y el desasosiego de miles de personas bloqueadas, sin poder continuar su trayecto migratorio, las condiciones indignas en las que se ven obligadas a vivir y el miedo permanente a la deportación y el fracaso que esta conlleva tienen un efecto psicológico devastador sobre muchas personas migrantes.

Tampoco **se ha garantizado debidamente la protección frente a la COVID-19.** La sobredimensión de los recursos habilitados —macro-campos— y su sobreocupación conlleva la incapacidad de mantener en estos centros las precauciones exigidas por el Ministerio de Sanidad al conjunto de la población. El hecho de que cientos de personas convivan en situación de hacinamiento, sin ningún tipo de distancia social y con unas condiciones de higiene deficientes ha puesto en serio riesgo la salud individual y colectiva, derivando como ya se ha hecho mención en múltiples brotes que han exigido realizar cribados masivos.

Estas vulneraciones encuentran a su vez causa en una serie de factores:

La falta de previsión. Como se ha indicado en el caso de Canarias existían indicios consistentes que apuntaban a un repunte en las llegadas por la vía atlántica sin que se adoptaran las medidas necesarias para el refuerzo de su sistema de acogida. Por su parte el colapso estructural de este sistema Melilla no ha recibido nunca una respuesta adecuada.

La improvisación y la descoordinación en la respuesta así como **la falta de participación de actores relevantes** como las organizaciones sociales y de personas migrantes ha dado lugar a la adopción de medidas transitorias, sin enfoque comunitario y sin

garantías de derechos para las personas migrantes. También ha provocado situaciones contradictorias como el hecho de que mientras en Canarias el Ministerio de Inclusión, a través de la Secretaría de Estado de Migraciones ha puesto en marcha una serie de recursos de emergencia para las personas migrantes —en uso de las facultades que le atribuye el Real Decreto 441/2007⁶⁴— no ha hecho lo propio en Melilla, siendo la Consejería de Economía y Políticas Sociales la encargada de poner en marcha los dispositivos de emergencia, lo que ha dado lugar a un trato discriminatorio de las personas migrantes.

La falta de información a las personas migrantes, quienes padecen no solo una desinformación absoluta respecto a su salud y pruebas realizadas, tal y como se ha mencionado, sino también respecto a sus derechos fundamentales en materia de asilo y protección internacional así como a su situación migratoria (traslados de centro o a la península, etc.). Esta desinformación como hemos visto es un determinante fundamental en el deterioro de la salud mental de muchas de estas personas.

Por último, no podemos obviar que **la vulneración del derecho a la salud de las personas migrantes en la frontera sur se enmarca dentro de un elenco más amplio de vulneraciones derivadas de la política migratoria de la Unión Europea y del Estado español.** Así, el colapso de los sistemas de acogida ha sido agudizado por la decisión del Ministerio del Interior de prohibir los traslados a la península desde Canarias y Melilla. Esta política, corregida sólo parcialmente, en parte gracias a la intervención judicial, evidencia la intención de convertir la frontera sur en un espacio de contención de los flujos migratorios donde las consideraciones de Derechos Humanos ceden a favor de los objetivos de control fronterizo. **Esta política reproduce a escala nacional lo que el Pacto Europeo de Inmigración y Asilo proyecta a nivel de la UE:** un sistema que potencia el blindaje de la frontera frente al establecimiento de vías legales y seguras para la migración refuerza los mecanismos de expulsión y retorno frente a los de asilo y descarta las medidas de solidaridad territorial en la acogida de personas migrantes trasladando a los Estados de la periferia la responsabilidad de contener a estas.

[...] la vulneración del derecho a la salud de las personas migrantes en la frontera sur se enmarca dentro de un elenco más amplio de vulneraciones derivadas de la política migratoria de la Unión Europea y del Estado español.

La falta de transparencia respecto a los convenios firmados para la gestión de los distintos centros así como la ausencia de supervisión de sus condiciones por parte de las autoridades competentes ha sido manifiesta y ha contribuido a que se difuminen las responsabilidades.



Recomendaciones

Con el fin de **hacer efectivo el derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental** de todas las personas migrantes en la frontera sur conforme a los criterios de disponibilidad, accesibilidad, aceptabilidad y calidad a los que obliga la normativa internacional en materia de Derechos Humanos de la que España es parte recomendamos:

- **Garantizar que todos los centros de acogida** —ya se trate de recursos estables o de emergencia— cuenten con unas **condiciones dignas**, establecidas y medidas de forma homogénea, **conforme a las normas mínimas para la respuesta humanitaria** establecidas en la Carta Humanitaria desarrollada por el Proyecto Esfera y particularmente:
 - Un **alojamiento, higiene y alimentación adecuadas**.
 - Unas **instalaciones sanitarias apropiadas** y dotadas de un **personal sanitario suficiente** para atender las necesidades de las personas acogidas.
 - Mientras dure la actual situación de pandemia es preciso **garantizar que en todos estos centros se aplican de forma efectiva los protocolos anti-COVID-19** establecidos, asegurando que las personas migrantes puedan mantener las mismas precauciones frente al virus que el resto de la población
 - En el caso particular de la **salud mental** es preciso asegurar la **formación continua del personal** que interviene con las personas migrantes en materia de atención psicosocial, para la intervención en primeros auxilios psicológicos, la detección de problemas y su correcta derivación.
 - Garantizar la **transparencia y publicidad** de los convenios suscritos para la gestión de recursos de emergencia y establecer **mecanismos de supervisión** de los mismos.
- **Fortalecer la capacidad del Sistema Nacional de Salud para atender a las personas migrantes**, integrando sus necesidades tal y como recomienda la Organización Mundial de la Salud⁶⁵:

- Elaboración de **protocolos específicos para la atención de las personas migrantes** con enfoque antropológico y de género y de aplicación a todos los niveles del Sistema Nacional de Salud.
- Formación y sensibilización del personal del SNS** (sanitario, administrativo y de trabajo social) respecto a las necesidades específicas de las personas migrantes desde un enfoque de derechos.
- Garantizar un **servicio de interpretación y traducción**, así como **mediación intercultural** en los Centros de Salud, Hospitales y lugares donde se realice atención social y sanitaria a las personas migrantes.
- **Garantizar a todas las personas migrantes el acceso a la información relativa a su salud de forma comprensible** tal y como exige la Ley 41/2002, de 14 de noviembre reguladora de la autonomía del paciente y de sus derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica.

Con el fin de **fortalecer un sistema de acogida digno y solidario** recomendamos:

- Establecer **planes de acogida integrales, flexibles y sostenibles** pensados para el corto, medio y largo plazo **con suficientes recursos económicos y humanos**.
 - Desarrollar **mecanismos de solidaridad interterritorial entre las diferentes comunidades autónomas** que contemplen planes de traslado, ubicación y reasentamiento suficientes y equitativos para cumplir con unas condiciones dignas de acogida.
 - Realizar una **planificación de la acogida** por escenarios **incorporando a todos los actores** relevantes incluyendo organizaciones sociales y asociaciones de personas migrantes.
- **Revisar el protocolo de atención de emergencia a grandes contingentes, para atender las situaciones de emergencia humanitaria** derivadas de las llegadas a través de la frontera terrestre o marítima, tal y como ha recomendado el Defensor del Pueblo.
- Respecto a los **centros de estancia temporal de inmigrantes** (CETI) de Ceuta y Melilla el tiempo de estancia en estos centros no debe exceder del mínimo necesario para cumplir los procedimientos correspondientes. Reclamamos el fin de la opacidad con la que operan estos centros.

Por último consideramos imprescindible un **cambio en la política migratoria a nivel español y europeo con un enfoque de Derechos Humanos y que priorice la ampliación de vías legales y seguras para la migración** frente al blindaje de las fronteras:

- **Habilitar vías legales y seguras de acuerdo con lo recogido en el Pacto Mundial para la Migración Segura, Ordenada y Regular.** Habilitar cauces oficiales, legales, seguros y efectivos que permitan hacer efectivo el derecho a migrar. Facilitar la demanda de protección internacional en los consulados, así como vías de acceso a visados.
- **Garantizar un sistema de traslados a la península desde Canarias y Melilla ordenado, ágil y transparente conforme a criterios no discriminatorios.** Abstenerse de utilizar controles disuasorios dirigidos a evitar la libertad de movimiento de las personas migrantes. La frontera sur no puede convertirse en un lugar de retención para las personas migrantes.
- **Cierre inmediato y sin condiciones de los Centros de Internamiento de Extranjeros (CIE)**
- Instamos al Gobierno español a **oponerse a la actual propuesta de Pacto Europeo de Migraciones** y abogar por un marco comunitario que priorice la solidaridad en la acogida entre los distintos Estados Miembros y la garantía de derechos de las personas migrantes, rechazando la configuración de la frontera como un espacio de excepción.



Notas

1. Datos oficiales del Ministerio del Interior. Ver interior.gob.es.

2. El cierre de las rutas del Mediterráneo acen-túa el colapso migratorio de España, *El Confidencial*, 29 de julio de 2018.

3. A Gateway Re-opens: the growing popularity of the Atlantic route, as told by those who risk it. Mixed Migration Center Research Report, February 2021 p.19 Este informe ha sido elaborado conjuntamente por el MMC, Save the Children y Médicos del Mundo.

4. Risk Analysis for 2019 p.17.

5. Risk Analysis for 2020 p. 26.

6. El Defensor del Pueblo señala particularmente la necesidad de destinar *con carácter de urgencia, los fondos adicionales necesarios para que las personas que acceden irregularmente a las costas españolas, con independencia de su nacionalidad, cuenten con alojamiento, manutención y cobertura de sus necesidades básicas*. Asimismo insta a *revisar el protocolo de atención de emergencia a grandes contingentes, que tiene por objeto atender las situaciones de emergencia humanitaria derivadas de estas llegadas a través de la frontera terrestre o marítima, para evitar el uso de infraestructuras no idóneas para la primera acogida y asistencia* Recomendación del Defensor del Pueblo a la Secretaría de Estado de Migraciones de 24 de Julio de 2018.

7. El Foro canario de la Inmigración considera esta una línea continuista de infradotación en materia de migraciones que ha provocado «*el desmantelamiento paulatino a lo largo de los últimos años de los servicios de primera atención*» y conlleva «*grandes dificultades para la atención inmediata de las personas que llegan a nuestras costas*» Conclusiones del Foro Canario de la Inmigración de 9 de septiembre de 2020.

8. *Refugee agencies call for action on people smuggling after 140 die in shipwreck* . *The Guardian*, 30 de octubre de 2020.

9. Mixed Migration Center y otros op. cit. p.22.

10. Migración en Canarias: la emergencia pre-visible Comisión Española de Ayuda al Refugiado, Marzo de 2021.

11. El rechazo a los traslados bloquea la salida a la crisis migratoria canaria *El País*, 20 de noviembre de 2020.

12. La migración en Canarias. Informe del Defensor del Pueblo, 2021 p. 29.

13. Plan Canarias Ministerio de Inclusión, Seguridad Social y Migraciones.

14. La tensión por la convivencia con migrantes bloqueados se propaga por Gran Canaria: «El ambiente se está caldeando», *eldiario.es* 26 de enero de 2021.

15. Grande-Marlaska reitera que solo autoriza viajes de inmigrantes «en situación de especial vulnerabilidad» *El País*, 11 de diciembre de 2020.

16. El Gobierno ahora sí impide la salida de migrantes de Canarias por su cuenta:«Todo está cerrado», *eldiario.es*, 19 de diciembre de 2020.

17. Auto del Juzgado de lo Contencioso Administrativo nº 5 de Las Palmas de Gran Canaria de 14 de abril de 2021.

18. Entre los muchos aspectos criticables de la propuesta de Pacto trasladada por la Comisión figura la previsión de que las personas que lleguen de forma irregular a las fronteras exteriores de la UE deberán permanecer en ellas para una primera identificación y examen de salud durante 5 días, periodo tras el cual serán derivados bien a un procedimiento de asilo o de retorno. Al contrario de lo que ocurre en la actualidad las solicitudes de asilo formalizadas en frontera no generarán un derecho inmedia-

to de entrada al territorio europeo sino que deberán ser resueltas mediante un proceso acelerado. En consecuencia tanto las personas solicitantes de asilo como aquellas susceptibles de ser retornadas deberán permanecer en dichas fronteras hasta la resolución de sus respectivos expedientes.

19. En este sentido La Carta Humanitaria del Proyecto Esfera constituye un manual de referencia. Este proyecto fue iniciado en 1997 por un grupo de organizaciones no gubernamentales y el Movimiento Internacional de la Cruz Roja y de la Media Luna Roja a fin de elaborar un conjunto de normas mínimas universales en ámbitos esenciales de las respuestas humanitarias. Asociación Esfera. *Manual Esfera: Carta Humanitaria y normas mínimas para la respuesta humanitaria*, cuarta edición, Ginebra, Suiza, 2018. www.spherestandards.org/handbook.

20. Según han referido a Médicos del Mundo algunas de las organizaciones gestoras de los centros del Plan Canarias la estancia máxima prevista en estos recursos es de 6 meses prorrogables.

21. Según los testimonios recogidos la comida en los CATE se limitaba a tres bocadillos diarios, zumo y galletas, escaseando el agua potable que se entregaba en garrafas para compartir. También se han recogido quejas relativas la comida en los hoteles por reducirse a pasta y arroz lo que ha ocasionado no pocos problemas digestivos.

22. Una inspección en el campamento para migrantes de Las Raíces concluye que las condiciones higiénicas y sanitarias son «preocupantes», *eldiario.es* 8 de abril de 2021.

23. Un baño de lejía para clausurar el campamento del muelle de Arguineguín. *El País*, 30 noviembre de 2020.

24. «*Varias personas habían ingresado de nuevo en las instalaciones, tras el alta hospitalaria, y*

se encontraban sin separación alguna del resto. Además, se pudo comprobar que al menos 80 personas con PCR positiva permanecían en ellas» (Defensor del Pueblo op. cit. p. 30).

25. El campamento para migrantes de Las Raíces reporta un caso positivo de COVID-19 que obliga al cribado de 600 personas, *eldiario.es* 20 de abril de 2021.

26. Se han recogido testimonios del aislamiento de unas 300 personas en El Hierro durante dos meses y medio. El grupo, que llegó a pasar por tres recursos diferentes, incluía mujeres embarazadas y chicos muy jóvenes, y durante el tiempo que duraron las sucesivas cuarentenas se les realizaron hasta 7 pruebas PCR. Tal y como relataron a Médicos del Mundo, durante este periodo los varones recibieron únicamente una muda de ropa mensual.

27. El centro de Las Raíces cuenta con dos médicas contratadas en horario de 8h a 23h para dar atención a 1700 personas (ocupación del centro en el momento de la visita a las islas por parte del equipo de Médicos del Mundo). La presión asistencial a la que está sometido el equipo queda patente en la dificultad que está teniendo el centro a la hora de contratar personal de enfermería —llegando a producirse varias dimisiones— debiendo recurrir a auxiliares de enfermería en su lugar.

28. Además de la asistencia prestada por los equipos contratados o externalizados en Las Raíces y Las Canteras, ambos centros tienen asignada una consulta específica en el centro de salud de referencia de su área para la atención de las personas en estos campos.

29. El colegio León y la Nave de Sebadal cuentan con un espacio de enfermería gestionado por una auxiliar, mientras que la asistencia sanitaria la presta una médica del Servicio Canario de Salud que acude al Colegio León 1 o dos veces por semana para dar atención a 390 personas y una vez por semana a la Nave de Sebadal para atender a 79 personas (ocupación en el momento de la visita de Médicos del Mundo).

30. Algunos sanitarios refirieron por ejemplo la falta de un espacio adecuado para consulta que obliga a atender a las personas en las propias carpas o en espacios comunes, sin intimidad ni condiciones adecuadas.

31. Tal y como ha relatado a Médicos del Mundo una sanitaria del Sistema Canario de Salud estas demoras han puesto en serio peligro la salud de algunas personas migrantes. Así se hace mención a un caso de una persona con fiebre y vómitos que tarda cinco días en ser derivada al centro de salud debiendo quedar

hospitalizada a continuación durante 10 días. Igualmente se hace referencia a un caso de tuberculosis que no es atendido hasta tres meses después de haber realizado su primera solicitud de asistencia médica.

32. Se recogen numerosos testimonios en este sentido, como el caso de un hombre llegado de un hotel que manifestaba llevar 3 meses con dolor intestinal, habiendo recibido calmantes por toda medicación. Una vez en el nuevo recurso es derivado al hospital donde queda ingresado por una infección.

33. La Ley 41/2002, de 14 de noviembre reguladora de la autonomía del paciente y de sus derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica establece que: «La información clínica forma parte de todas las actuaciones asistenciales, será verdadera, se comunicará al paciente de forma comprensible y adecuada a sus necesidades y le ayudará a tomar decisiones de acuerdo con su propia y libre voluntad» (art. 4.2).

34. Desde los centros de salud de referencia se pone de manifiesto que esta alta movilidad entre recursos y la falta de información sobre la misma impide la adecuada trazabilidad y seguimiento médico. Así se relatan movimientos de hasta 200 personas citadas por el SCS que son cambiadas de recurso y ante el requerimiento por parte del centro de salud a las organizaciones gestoras de los campos estas son incapaces de localizar el recurso en el que actualmente residen.

35. Código paciente amarillo de protocolo de Triage: se realiza seguimiento médico de 24h/48h dado que estas personas pueden enfermar de forma grave y con un deterioro muy elevado.

36. Cabe señalar en este punto la elaboración de un Protocolo del Migrante Sano por parte de la Gerencia de Atención Primaria del Área de Salud de Gran Canaria, en el que colaboró Médicos del Mundo, que los profesionales de AP valoran muy positivamente pero reconocen las dificultades en su aplicación como consecuencia de la insuficiente dotación de recursos.

37. Médicos del Mundo Canarias; «Diagnóstico de situación del CIE de Barranco Seco -Las Palmas de Gran Canaria Junio a diciembre de 2016.»

38. La situación de hacinamiento de estos centros, así como el cierre de fronteras que impedía hacer efectivas las expulsiones, llevó a su vaciado y cierre durante el primer Estado de alarma. No obstante, en septiembre de

2020 tanto el CIE de Hoya Fría en Tenerife como el de Barranco Seco en Gran Canaria han sido reabiertos. Aunque esta reapertura se ha hecho reduciendo el aforo como medida de prevención, no se han corregido el resto de deficiencias sociosanitarias, lo que supone un alto riesgo de contagio para las personas migrantes. Por otro lado, si se ha reiteradamente prohibido el acceso de organizaciones como Médicos del Mundo Canarias durante toda la duración del estado de alarma (en GC) y durante una parte del mismo (en TNF) alegando razones de prevención respecto a la pandemia por COVID.

39. Aunque los CIE cuentan con un equipo sanitario propio a cargo de la Clínica Madrid, este atiende en turnos limitados y no cuenta con un servicio de urgencias. De este modo, si se requiere atención fuera de los turnos cubiertos, la decisión de trasladar o no a las personas al hospital queda en manos de personal sin formación sanitaria. Asimismo, aunque son manifiestas los problemas de salud mental de algunas de las personas internas los CIE no cuentan con apoyo psicológico. Para más información ver el Diagnóstico de situación del CIE de Barranco Seco elaborado por Médicos del Mundo entre junio a Diciembre de 2016.

40. El brote de COVID-19 en Hoya Fría afecta a 21 personas y vuelve a evidenciar las carencias del CIE, *eldiario.es* 3 de febrero de 2021.

41. Un grupo de chicos senegaleses nos explican como la visita a Senegal de la Ministra de Exteriores González Laya disparó las alarmas sobre la inminente deportación lo que les llevó a abandonar los centros hoteleros en los que estaban alojados.

42. Entre los varios testimonios recogidos se señalan las siguientes causas del sinhogarismo: expulsiones grupales de centros por plantear quejas sobre las condiciones de los mismos; abandono del centro en el momento en el que se les informa de que van a ser trasladados a Las Raíces – esto se debe en algunos casos a las referencias que tienen de las malas condiciones del campo a través de otros compañeros que han sido previamente trasladados en otros al miedo que cunde ante cada traslado por temor a que este constituya la antesala de la deportación. También se relatan algunos casos de personas que salen del centro con intención de intentar viajar a Península y tras su detención en el aeropuerto pierden su derecho a plaza en el centro.

43. De 30 personas entrevistadas entre Gran Canaria y Tenerife 13 refieren necesitar atención médica por síntomas que van desde los vómitos, dolores de pecho, abdomen u oído e infecciones bucodentales.

44. Sentencia 422/2021 de la Sala de los Contencioso-Administrativo del Tribunal Supremo.

45. El 6 de abril de 2020 se produjo un salto a la valla mediante el que entraron 55 personas en el que fue el único incidente de este tipo durante el periodo de confinamiento. Desde entonces hasta la elaboración de este informe algo menos de 200 personas han conseguido entrar en Melilla por esta vía.

46. En el momento de la elaboración de este informe el CETI contaba con una ocupación del 136%, que si bien suponía una diferencia notable con las tasas de ocupación alcanzadas durante el confinamiento, sigue suponiendo un serio riesgo para la salud de las personas en él alojadas.

47. Con la única excepción de los módulos edificios del CETI que sí cuentan con camas de somier.

48. La Plaza de Toros cuenta únicamente con 9 váteres (uno de los cuales ha permanecido inutilizado un largo periodo) para una población que ha llegado a alcanzar las 550 personas.

49. En el V Pino se les suministraba una botella de agua de litro y medio cada dos días (incrementada a una botella diaria durante el periodo de Ramadán).

50. En el caso del CETI se produjo un contagio el 23 agosto de 2020 que derivó en contagio comunitario de 130 personas. Por su parte la Plaza de Toros se detectó a mediados de diciembre de 2020 un brote que afectó a 27 personas.

51. Las «inhumanas» condiciones en las que viven los migrantes en el CETI de Melilla: «Están como sardinas en lata» La Sexta.com 30 de agosto de 2020.

52. Ver Melilla: Diagnóstico de una sanidad enferma Informe de Médicos del Mundo, abril 2019.

53. Entrevistamos en el CETI a un chico de Mali que como consecuencia del salto a la valla en enero de 2021 sufrió un traumatismo en la zona de la clavícula del que fue atendido por Cruz Roja en primera instancia y derivado a urgencias para una radiografía. A comienzos de abril aún estaba a la espera de ser atendido por traumatología, a pesar de seguir padeciendo dolores intensos, Ha intentado acudir al hospital en tres ocasiones sin haber sido atendido en ninguna de ellas. Paradójicamente, al estar pendiente de ser atendido por traumatología, su traslado a península ha sido pospuesto.

54. Según datos de la Fiscalía General del Estado, Melilla se situaba con 1322 menores sólo por detrás de Andalucía (6200) y Catalunya (1842) en número de menores no acompañados acogidos.

55. El Centro de la Purísima cuenta con una capacidad de 350 plazas, el centro de La Gota de Leche puede albergar en condiciones normales a XX ni-

ños, y el Centro de la Divina Infantita cuenta con 32 plazas.

56. Esta ampliación, consistente en módulos prefabricados ha sido recientemente retomada.

57. Confinan en Melilla un centro de menores no acompañados tras un brote con diez positivos en Covid-19, *Europapress*, 21 de noviembre de 2020.

58. El centro cuenta actualmente con unas condiciones adecuadas de higiene (se les facilita kits de higiene personal junto con mudas de ropa que se actualizan periódicamente) y alimentación. Asimismo se cuenta con un protocolo adecuado frente al COVID-19: test de antígenos y cuarentena de 10 días a la entrada y una organización interna mediante grupos burbuja (por módulos habitacionales) que permite la contención en caso de contagio.

59. Este informe se ha finalizado pocos días antes de la entrada de miles de personas desde Marruecos, entre ellas gran número de menores de edad, a Ceuta y a Melilla.

60. La tramitación de la residencia de los menores bajo tutela de la Ciudad Autónoma exige tomar la huella de estos para expedir su tarjeta de residente. Este proceso se lleva a cabo en Extranjería, sin embargo existe un retraso en el sistema de citas que provoca que muchos menores alcancen la mayoría de edad sin haber pasado este trámite. En consecuencia, al no poder obtener la tarjeta de residencia estos extutelados no pueden viajar, quedando bloqueados en Melilla. Al mismo tiempo al ser ya mayores de edad se quedan sin la tutela de la CAM y sin solución habitacional. Esta circunstancia impide que se puedan empadronar, provocando a su vez la exclusión sanitaria junto con otros servicios sociales. Del mismo modo, la ausencia de padrón impide continuar con el proceso de regularización, avocando a estos chicos en situación de irregularidad.

61. El Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales de la Organización de las Naciones Unidas. Artículo 12.

62. Tal y como ha señalado el Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales de Naciones Unidas en su Observación General nº14 puntos 34 a 37.

63. Declaración sobre la pandemia de Covid-19 y los derechos económicos, sociales y culturales del Comité de Derechos Económicos y Culturales de Naciones Unidas. 17 de abril de 2020.

64. El Real Decreto 441/2007 de 3 de abril, por el que se aprueban las normas reguladoras de la concesión directa de subvenciones a entidades y organizaciones que realizan actuaciones de atención humanitaria a personas inmigrantes atribuye

a la Secretaría de Estado de Migraciones la facultad de movilizar recursos para *atender las situaciones de vulnerabilidad que con carácter excepcional pueden concurrir en el colectivo de personas inmigrantes, especialmente de las que llegan a las costas españolas y a las ciudades de Ceuta y Melilla, financiando servicios y ayudas dirigidos a la atención socio-sanitaria de urgencia, acogida, suministro de material para cubrir necesidades básicas, ayudas económicas básicas, traslado y cualquier otro servicio que se considere necesario.*

65. Promoting the health of refugees and migrants; Strategy and action plan for refugee and migrant health in the WHO European Region.

La salud naufrana en la Frontera Sur



**FRON
TERA S**

Salud
y migración
en el Sur
de Europa