



Universidad de Jaén

Facultad de Trabajo Social

INTERVENCIÓN SOCIOSANITARIA CON MENORES EXTRANJEROS/AS NO ACOMPañADOS/AS: ALTERNATIVA A LA DESPROTECCIÓN DESDE EL ENFOQUE DEL TRABAJO SOCIAL SANITARIO.

Autora: Irene Aranda Rodríguez

Grado en Trabajo Social

Directora: Raquel Vela Díaz

Departamento del director: Departamento de Derecho Público y Privado Especial

Fecha: 27/06/2024



CREA

Este Trabajo Fin de Grado tiene una extensión de 12.047 palabras, sin contar portada, índice, bibliografía ni posibles anexos.

Agradecimientos.

A la memoria imborrable de mi abuelo, quien nos dejó en el proceso de elaboración de este trabajo. Él siempre supo que lo conseguiría, pero no pudo llegar a verlo, por lo que mi éxito académico y el éxito que tenga este Trabajo Fin de Grado va dedicado a él.

A mi familia, que ha sido capaz de depositarme la confianza que yo incluso a veces perdía, por ayudarme a relativizar lo verdaderamente importante y por no perder la esperanza, gracias.

A mis amigos y amigas, por hacer de los momentos tristes y agobiantes una oportunidad de cambio y por estar dispuestos y dispuestas a escucharme en todo momento, sintiendo un apoyo incondicional.

A mi tutora Raquel, por la paciencia, la disponibilidad, el buen trato y los consejos académicos que han hecho posible la elaboración de este trabajo. Sobre todo, por hablarme siempre en positivo, destacando las cosas buenas, algo que ha servido para afianzar mi confianza en el proceso.

ÍNDICE.

1. INTRODUCCIÓN.	1-3
2. METODOLOGÍA.	3
3. ¿QUIÉNES SON LOS MENORES EXTRANJEROS/AS NO ACOMPAÑADOS/AS?	3-4
3.1. Motivos que alientan al abandono de sus países de origen en relación a la salud. ..	4-6
3.2. Aproximación cuantitativa a la incidencia de la problemática sanitaria.....	6-8
3.3. Sistema de Protección a la Infancia y Adolescencia de Andalucía.	8-9
3.4. Registro de Menores Extranjeros No Acompañados.	9-10
4. MARCO NORMATIVO.	10-13
5. MENORES EXTRANJEROS/AS NO ACOMPAÑADOS/AS Y TRABAJO SOCIAL SANITARIO.	
5.1. Trabajo Social Sanitario.	133-14
5.2. Trabajo Social Sanitario con Menores Extranjeros/as No Acompañados/as.	144-17
5.3. Protocolo de actuación socio sanitaria con los/as menores protegidos.	177-22
6. COORDINACIÓN DEL SISTEMA SOCIOSANITARIO CON OTROS SISTEMAS DE PROTECCIÓN SOCIAL.	
6.1. Coordinación entre los centros de menores y los centros sanitarios.	22-26
6.2. Coordinación con el Sistema de Servicios Sociales.	26
6.3. Coordinación con el Sistema Educativo.	26
6.4. Coordinación con el Sistema Judicial.	27
7. MENORES EXTRANJERAS NO ACOMPAÑADAS.	27-28
7.1. Detección y actuación sociosanitaria frente a la trata y explotación sexual (prostitución) de estas menores.	28
7.2. Intervención sociosanitaria con mutilación genital femenina en menores extranjeras.	30-32
8. CONCLUSIONES.	33
9. BIBLIOGRAFÍA.	34-37

Resumen.

Este Trabajo Fin de Grado aborda el desempeño profesional del Trabajo Social sanitario en la intervención con Menores Extranjeros No Acompañados (MENA), desde su llegada a España, siendo la puerta de entrada de la intervención sociosanitaria, la cual suele destacar por la presencia de problemáticas a nivel social dada la desprotección y situación de desamparo en la que se encuentran en los momentos iniciales de las entrevistas y por la presencia de afectaciones, problemas o enfermedades a nivel físico y psicológico.

De manera que el objetivo que se propone desde esta profesión es generar un cambio en la realidad de estos/as adolescentes para que su tránsito a la mayoría de edad sea de calidad.

Palabras clave.

Menores Extranjeros/as No Acompañados/as, Trabajo Social sanitario, intervención del ámbito sociosanitario, examen de salud.

Abstract.

This Final Degree Project addresses the professional performance of Health Social Work in the intervention with Unaccompanied Foreign Minors, since its arrival in Spain, being the gateway for socio-health intervention, which usually stands out for the presence of problems at a social level given the lack of protection and a situation of helplessness in which they find themselves in the initial moments of the initial interviews and for the presence of affections, problems or illnesses at a physical and psychological level.

So the objective proposed by this profession is to generate a change in the reality of these adolescents so that their transition to adulthood is quality.

Key words.

Unaccompanied Foreign Minors, Social health work, social and health intervention, health examination.

1. INTRODUCCIÓN.

Al ser España uno de los principales países receptores de Menores Extranjeros No Acompañados dada su proximidad con algunos de los principales países de mayor emisión de emigrantes como Marruecos y Argelia, este Trabajo Fin de Grado (TFG) pretende dar a conocer la realidad en la que se enmarca la situación de desprotección que sufren estos/as menores, tanto previa al trayecto migratorio, como durante el mismo, donde existe gran probabilidad de incubar enfermedades y desarrollar afectaciones, tanto físicas como a nivel emocional y mental.

Normalmente, las condiciones en las que emprenden el viaje desde el país de origen hasta su llegada al país de destino son precarias, carecen de seguridad y de condiciones higiénicas, por tanto, aumentan los factores de riesgo y su situación de desprotección.

De manera que el objetivo principal de las Instituciones Públicas en calidad de poderes públicos españoles es salvaguardar los derechos de estos/as menores para garantizar una adecuada protección en la Comunidad Autónoma donde se identifique a cada menor.

Uno de los derechos que se les reconoce es el de la asistencia sanitaria a nivel nacional por el artículo 12 de la LOEXIS y a nivel autonómico andaluz por el artículo 49 (Derecho a la salud y a la atención sanitaria) y 74 (Actuaciones en el ámbito de la salud) de la Ley 4/2021, de 27 de julio, de Infancia y Adolescencia de Andalucía.

Por lo que, teniendo como referencia esta normativa, su aplicación debe hacerse efectiva en los centros de salud y Hospitales públicos por parte del personal profesional sociosanitario, que debe coordinarse para dar una atención integral abordando todas las áreas que conforman la vida de estos/as adolescentes, tomando como referencia su situación de desprotección.

El Trabajo Social sanitario, por tanto, es una de las disciplinas que interviene de manera inicial para conocer la realidad de cada menor y para tratar con ella, garantizando una atención individualizada con la que se realiza un seguimiento de cada caso como modo de intervención, abordando factores como la asistencia sanitaria previa a la emigración, la nutrición, la existencia de maltrato por parte de la familia, el bajo nivel educativo, los problemas sexuales, existencia de patrones de trata o mutilación genital femenina, etcétera.

Además, para asegurar la promoción del bienestar físico y emocional y la prevención de problemas de salud, desde los centros de salud, el/la trabajador/a social sanitario debe coordinarse con los centros de menores donde se encuentran los/as menores, realizando seguimientos, así como con otros Sistemas de Protección como el Sistema Judicial, el Sistema Educativo y de Servicios Sociales.

Se puede afirmar, por ende, que el devenir profesional de esta disciplina es fundamental en la intervención con Menores Extranjeros No Acompañados, por lo que se espera que este trabajo refleje la praxis de manera amplia y completa y sea de utilidad para dar visibilidad a la realidad que sufren estos/as adolescentes.

2. METODOLOGÍA.

A continuación, se presenta una revisión bibliográfica apoyada por el estudio y análisis de documentos científicos sobre las funciones del Trabajo Social sanitario con Menores Extranjeros No Acompañados, en la que se ha realizado un análisis cualitativo de la situación previa y posterior de estos/as adolescentes, así como un análisis cuantitativo del número de menores que llegan a España y las afectaciones más frecuentes de las que sufren. Se analiza también el marco normativo más relevante enmarcado principalmente en el sistema de protección de menores.

3. ¿QUIÉNES SON LOS/AS MENORES EXTRANJEROS/AS NO ACOMPAÑADOS/AS?

Para referirse a los/as Menores Extranjeros No Acompañados/as se usará el acrónimo “MENA”, dado que hace referencia a las primeras letras de las palabras que se usan para identificar a este colectivo.

Estos/as menores extranjeros/as son aquellos que no han cumplido la mayoría de edad, por lo que tienen menos de 18 años y emprenden un trayecto migratorio internacional, llegando al país de destino, en este caso España, sin el acompañamiento de adultos responsables de su cuidado y tutela (Instituto Superior de Estudios Sociales y Sociosanitarios [ISES], 2022).

Por lo que se destacan tres elementos que conforman esta problemática, la cual se debe tratar a nivel social, sanitario, educativo y judicial. El primer elemento es la condición de ser menor de edad, el segundo es ser una persona menor de edad extranjera en situación irregular en el país de destino y el tercero es la ausencia de una persona adulta responsable de la persona menor extranjera no acompañada en cuestión (Instituto Superior de Estudios Sociales y Sociosanitarios [ISES], 2022).

Estas afirmaciones las corroboran el apartado segundo del Acuerdo para la aprobación del Protocolo Marco sobre determinadas actuaciones en relación con los Menores Extranjeros No Acompañados, bajo la rúbrica ámbitos subjetivo y objetivo de aplicación del Protocolo, en el que se establece que, de acuerdo con el artículo 189 del Reglamento de Extranjería,

se entiende por Menor Extranjero No Acompañado (MENA) al extranjero menor de dieciocho años que sea nacional de un Estado al que no le sea de aplicación el régimen de la Unión Europea que llegue a territorio español sin un adulto responsable de él, ya

sea legalmente o con arreglo a la costumbre, apreciándose riesgo de desprotección del menor, así como a cualquier menor extranjero que una vez en España se encuentre en aquella situación.

La situación de desprotección que sufren al llegar al territorio español se subsana mediante la tutela y protección que brinda la Entidad Pública del territorio correspondiente en el que se encuentre en materia de protección de menores, destinando la Comunidad Autónoma correspondiente a cada menor a un centro de protección de primera acogida como medida temporal hasta que se encuentre una solución más definitiva, siendo conocedor de ello el Ministerio Fiscal y siendo cada menor inscrito/a en el Registro de Menores Extranjeros No Acompañados, (El Bazi Salah, 2020, pp. 1-2).

Según el Ministerio del Interior, a finales del año 2021 se encontraban en territorio nacional y, por tanto, bajo protección de menores en España un total de 9.030 Menores Extranjeros/as No Acompañados/as.

A esta fecha, Andalucía fue la comunidad autónoma que más menores acogió, con un total de 2.507, ya que la mayoría de ellos/as provienen de países como Marruecos y Argelia (entre el 60% y el 75% del total registrado), teniendo la mayoría de los/as mismos/as entre 15 y 17 años.

En todo caso, los procesos de acogimiento se realizan atendiendo al interés superior del menor, teniendo en cuenta las circunstancias de desprotección con las que han vivido en sus países de origen y durante el trayecto, de manera que esta vulnerabilidad cese con la atención profesional competente (Instituto Superior de Estudios Sociales y Sociosanitarios [ISES], 2022).

3.1. Motivos que alientan al abandono de sus países de origen en relación a la salud.

Según Cortés et al., (2012), los principales motivos que impulsan a estos/as menores para emprender un trayecto migratorio desde sus países de origen radican en la mejora del nivel económico, mejores oportunidades laborales, inseguridad, conflictos bélicos, desastres naturales y la falta o deficiencia de los servicios públicos, lo que genera que se vea perjudicado el estado de salud de los/as mismos/as.

Respecto a los motivos que alientan al abandono de los países de origen en relación a la salud, cabe destacar que gran parte de los motivos que causan el abandono de los respectivos países de origen por parte de estos/as menores radican en las circunstancias de las que disponen

en el ámbito familiar y los factores de riesgo sanitarios con los que han convivido durante su trayecto vital, que, en muchas ocasiones, suelen estar interrelacionados.

Los factores de riesgo para la salud son aquellos que aumentan la probabilidad de contraer o desarrollar enfermedades y abarcan aquellos ámbitos de la vida que conforman el área biopsicosocial del/la menor en cuestión.

Estos son los factores nutricionales, la deficiente asistencia sociosanitaria, la existencia de maltrato, la escasa afectividad familiar y los problemas de tipo sexual.

Los factores nutricionales estarían relacionados con la escasa alimentación o alimentación inadecuada, que desencadenan retrasos para conseguir una adecuación de peso y talla en función de la edad, tanto en los casos en los que se produzca una escasa nutrición como en los casos en los que una dieta basada en el exceso de calorías.

Los factores de la asistencia sanitaria, que suele ser deficiente, inadecuada e inestable, provocan dosis vacunales incompletas en los respectivos calendarios, haciendo que las enfermedades sean más transmisibles y perceptibles de contagio. Además, se realizan diagnósticos que se basan en la baja capacidad para detectar una enfermedad habiendo analizado previamente el caso, sobre todo con enfermedades infecciosas y con déficits auditivos y visuales.

Los factores en relación a la escasa afectividad familiar que afectan en mayor medida a estos/as menores, pueden estar asociados a diversos motivos, como son la ruptura de la homeostasis familiar, la nula presencia de figuras paternas, que conlleva a una mayor incidencia de familias monoparentales, lo que deriva en un bajo nivel socioeconómico.

Además, otras problemáticas asociadas a esta escasa afectividad familiar son el inadecuado o escaso nivel educativo de estos/as menores, fruto del absentismo y fracaso escolar, baja autoestima, síntomas de padecer un Trastorno de Déficit de Atención e Hiperactividad (TDAH) y la frecuencia de conflictos con otros/as compañeros/as y/o profesores/as.

Dentro del núcleo familiar se pueden dar situaciones relacionadas con el maltrato, que comprenden cualquiera de sus tipos o formas, ya sea maltrato físico, emocional, sexual o negligencia por falta de conocimientos para el cuidado de estos/as menores por parte de sus responsables adultos/as.

Por otra parte, los problemas emocionales relacionados con la sexualidad están vinculados sobre todo con experiencias de abusos sexuales y con la presencia de Enfermedades

de Transmisión Sexual (ETS) o embarazos no deseados por la ausencia o inadecuado uso de los métodos anticonceptivos (Cortés et al., 2015, pp.11).

Además, incluso realizando estos/as menores una movilidad geográfica para generar un cambio en su situación de desprotección, las condiciones sanitarias en las que se desarrolla su proceso migratorio suelen ser precarias dada la inexistencia de medios adecuados para realizar el viaje, careciendo de seguridad, lo que conlleva a que los/as menores tengan mayor probabilidad para contraer enfermedades durante el trayecto, ya que los viajes son muy largos y, por tanto, de mayor riesgo. A ello se suma la desinformación sobre las medidas preventivas para contraer enfermedades necesarias, por lo que tienen una menor percepción de los riesgos (Macipe et al., 2015, pp. 2).

Prueba de ello son los datos que se recogen en la memoria de 2020 de la Fiscalía General del Estado, concretamente en el Capítulo III, apartado 4 Extranjería, en el que se incluye un apartado específico sobre Menores Extranjeros No Acompañados, donde se hace referencia a los/as menores que llegan a España en embarcaciones muy precarias y peligrosas, lo que se conoce como pateras, así como ocultos/as en vehículos bajo camiones o por vía aérea con documentación falsa. Las principales vías de entrada son las costas andaluzas y canarias (Biblioteca del Instituto de la Juventud, 2021, pp. 33).

Durante el viaje sufren hambruna y situaciones violentas hasta que llegan al país de destino (Instituto Superior de Estudios Sociales y Sociosanitarios [ISES], 2022).

De manera que se parte de la base de que el viaje internacional de un/a menor es motivo de atención sociosanitaria inmediata.

3.2. Aproximación cuantitativa a la incidencia de la problemática sanitaria.

Según Macipe et al. (2015), el riesgo en enfermar y, por tanto, de incubar enfermedades por parte de los/as menores durante el trayecto migratorio implica la atención sanitaria en el país de destino.

Las enfermedades que se diagnostican con mayor frecuencia en menores extranjeros/as que han realizado un viaje internacional son, por orden de frecuencia enfermedades gastrointestinales, problemas dermatológicos, síndrome febril y problemas respiratorios.

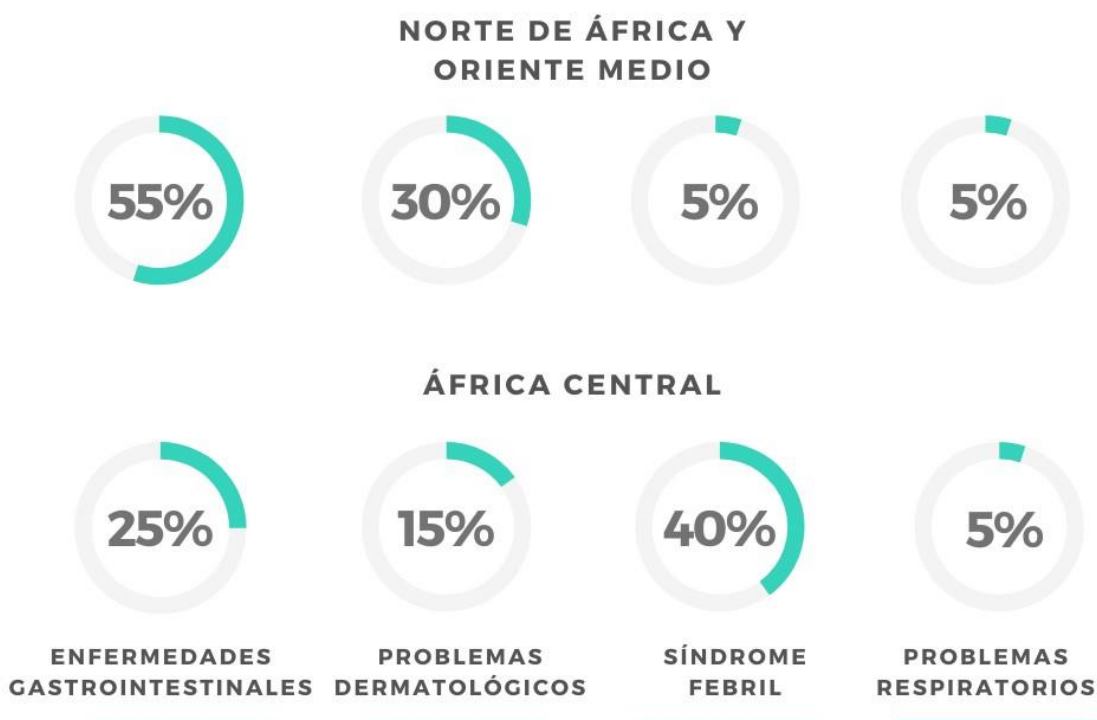
Las enfermedades gastrointestinales representan el principal grupo sindrómico en menores extranjeros no acompañados, siendo su incidencia de un 55% en menores procedentes del Norte de África y Oriente Medio y de un 25% en menores procedentes de África central.

Sin embargo, en comparación con el resto de grupos sindrómicos, el efecto que producen es distinto.

En el caso de los problemas dermatológicos cabe destacar que la incidencia es menor en comparación con las enfermedades gastrointestinales tanto en menores procedentes del Norte de África y Oriente Medio, siendo de un 30%; como en menores procedentes de África central, siendo la incidencia de un 15%.

La incidencia de síndromes febriles en el caso de los menores procedentes del Norte de África y Oriente Medio es menor, siendo de un 5%; sin embargo, esta repercusión aumenta en el caso de los menores procedentes de África central, siendo de un 40%.

Por último, los problemas respiratorios tienen una influencia menos significativa, aunque no menos importante que las demás enfermedades que importan los/as menores, siendo su incidencia de un 5% en menores procedentes del Norte de África y Oriente Medio y de África central.



Fuente: elaboración propia a partir de los datos obtenidos de Macipe et al. (2015).

Las enfermedades gastrointestinales se deben a un síndrome diarreico que se desarrolla dada la incorrecta conservación de los alimentos durante el viaje, la falta de higiene que produce infecciones en la manipulación de los alimentos y el acceso de las moscas e insectos que produce un papel importante en la contaminación de los alimentos, dando lugar a la transmisión de los problemas gastrointestinales.

Los problemas dermatológicos tienen su causa en la afectación cutánea más diagnosticada, la larva cutánea migrans. Los/as menores la adquieren mediante contacto con terrenos arenosos que están contaminados por deposiciones de perros y gatos y es visible en las zonas corporales que han tenido contacto con el suelo.

Otras causas de los problemas dermatológicos son picaduras de insectos e infecciones cutáneas.

El síndrome febril es uno de los síntomas que acompañan y, por tanto, es complementario de enfermedades graves diagnosticadas en pacientes tras realizar un viaje internacional. Las enfermedades más frecuentes suelen ser la malaria o el dengue entre otras.

Los problemas respiratorios se deben a la presencia de infecciones en las vías respiratorias de los/as menores que realizan el trayecto, causadas en su mayoría por virus, generando así enfermedades respiratorias víricas.

Por otro lado, según El Bazi Salah, (2020), en relación a las afectaciones del área psicosocial, cabe destacar que la más frecuente y común que presentan estos/as menores es el Trastorno de Estrés Postraumático, teniendo una incidencia en más de la mitad de los/as menores que emprenden el viaje, en concreto afecta a un 52.77% de los/as mismos/as.

Siguiendo con la patología mental que está más presente tras la anterior se encuentra el Trastorno Depresivo Mayor, afectando a un 32.8% de esta población, seguido del Trastorno de Ansiedad Generalizado, que afecta a un 31.6%.

Además, el hecho de no estar acompañados/as y no tener referentes adultos a los que estar a cargo puede generar trastornos emocionales y de comportamiento por el sentimiento de soledad y desamparo.

3.3. Sistema de Protección a la Infancia y Adolescencia de Andalucía.

El hecho de no estar acompañados/as y no tener referentes adultos a los que estar a cargo en un país que no conocen y tras haber realizado un viaje internacional con múltiples riesgos, genera la necesidad jurídica de poner en marcha medidas legales y administrativas que puedan proporcionar a estos/as menores no acompañados/as recursos amparados en el Sistema de Protección a la Infancia y Adolescencia de Andalucía, regulado por la Ley 4/2021, de 27 de julio, de Infancia y Adolescencia de Andalucía.

Para que el Sistema de Protección a la Infancia y Adolescencia de Andalucía pueda intervenir en casos individuales, se debe dar primero una situación de desamparo legal, que en el caso de los/as menores extranjeros/as no acompañados/as se produce generalmente por un incumplimiento del ejercicio de los deberes de protección del/la menor en cuestión por parte de los tutores responsables, al haber cometido una negligencia en su cuidado e incluso pudiendo haberles abandonado.

Ante tal situación de desamparo y desprotección que sufren estos/as menores en un país que no es el de su origen, la protección que ejerce el país de destino se realiza a través de la tutela que asume la Comunidad Autónoma donde el/la menor se encuentre, garantizando su acogida en un Centro de Acogimiento Residencial, donde se atienden las necesidades específicas de los/as menores (Cortés et al., 2015, pp. 18-19).

3.4. Registro de Menores Extranjeros No Acompañados.

El Registro de Menores Extranjeros No Acompañados es una herramienta esencial para la protección, identificación y documentación de los/as menores.

El Registro de Menores Extranjeros No Acompañados se regula en el artículo 215 del Reglamento de Extranjería. En él, se establece lo siguiente:

En la Dirección General de la Policía y de la Guardia Civil existirá un Registro de Menores No Acompañados, con efectos exclusivos de identificación, que estará coordinado por la Fiscalía General del Estado, para el cumplimiento de las competencias que tiene atribuidas el Ministerio Fiscal por el artículo 35 de la Ley Orgánica 4/2000, en el ámbito de su función de garantía y protección del interés superior del menor.

En todo caso, el Registro deberá incluir los datos personales de todos/as los/as menores, siempre que la minoría de edad haya sido determinada por el Ministerio Fiscal. Entre los datos personales registrados se deberán incluir:

- Nombre y apellidos del menor, nombre y apellidos de los progenitores, lugar de nacimiento, nacionalidad y última residencia en el país de procedencia.
- Tipo y numeración de la documentación identificativa del menor.
- Su impresión dactilar, datos fisonómicos y otros datos biométricos.
- Fotografía.
- Datos relativos a la edad indubitada del menor o de la edad establecida por decreto inicial del Ministerio Fiscal. En su caso, datos modificados por posterior decreto.
- Centro de acogida o lugar de residencia.
- Organismo público u organización no gubernamental, fundación o entidad dedicada a la protección de menores bajo cuya tutela se halle.
- Traslados del menor entre Comunidades Autónomas.
- Reconocimiento de su condición de asilado, protegido o víctima de trata.
- Fecha de solicitud de la autorización de residencia.
- Fecha de concesión o denegación de la autorización de residencia.
- Cualesquiera otros datos de relevancia, que, a los citados efectos de identificación, estimen necesarios el Ministerio Fiscal o la Dirección General de Policía y de la Guardia Civil.

4. MARCO NORMATIVO.

Este marco normativo se enmarca en el Sistema de Protección de Menores, que se regula por el artículo 22 ter de la Ley 26/2015, de 28 de julio, de modificación del sistema de protección a la infancia y a la adolescencia, donde no se diferencia entre menores españoles y menores extranjeros, ya que todos ellos deben quedar amparados bajo la salvaguarda de los poderes públicos españoles, por lo que el sistema de protección de menores incluye tanto a españoles como a extranjeros, aunque para el caso concreto de menores inmigrantes (especialmente aquellos que se encuentran en desamparo, entre los que se incluyen los menores extranjeros no acompañados), existe una protección especial que precisa este colectivo tan vulnerable socialmente.

En relación con la normativa internacional, la Convención Internacional sobre los Derechos del Niño, de 20 de noviembre de 1989 (CDN) es un texto normativo que tiene como referencia el campo de los derechos fundamentales de los/as menores.

El art. 2 de la Convención de Derechos del Niño de la ONU de 1989 establece que los Derechos del niño se aplicarán a todos los niños sin discriminación alguna, mencionando entre los motivos de discriminación la nacionalidad. (Organización de las Naciones Unidas [ONU], 1990).

Consta de diez principios, siete de ellos podríamos considerarlos derechos fundamentales del menor y los tres restantes responderían a medidas de protección a la infancia, que en realidad son previsiones de reacción frente a posibles vulneraciones de los derechos antes reconocidos. Así, destaca la primacía del niño a la hora de recibir protección o socorro, la protección del niño frente a la explotación, el abandono o el trato cruel, y la protección frente a la discriminación racial, religiosa o de otra índole.

El art. 8 de la CDN prevé el derecho de todo/a menor a preservar su identidad, esto es, no sólo a tener un nombre, una nacionalidad y a conocer su procedencia, sino que obliga a las autoridades de los Estados que la suscribieron a utilizar todos los medios que estén a su alcance para que el niño no pierda dicha identidad. En el caso de menores extranjeros dicho derecho se concreta en la obligación que tienen las autoridades españolas de reconocer al menor extranjero a través de su propio nombre, edad, nacionalidad, procedencia, origen, cultura, así como otros rasgos conformadores de su personalidad. El reconocimiento de este derecho es especialmente significativo cuando se trata de menores extranjeros que llegan solos al territorio nacional, sin ninguna documentación, a través de la cual puedan conocerse tales rasgos individualizadores de su personalidad. Tal identificación no significa sólo documentar al menor, esto es, otorgarle los «papeles» necesarios para regularizar su presencia en territorio español, sino a utilizar todos los medios necesarios para conocer su procedencia y obliga a documentarlo en todo caso (Agrela et al., 2015).

Con respecto a la normativa estatal, el artículo 39 de la Constitución Española (CE) protege a las personas menores, imponiendo a los poderes públicos el deber de asegurarles una protección integral de acuerdo con los acuerdos internacionales que velan por sus derechos (Constitución Española, s.f.).

En concreto, se establece el derecho fundamental de la igualdad de los menores (artículo 14 y 39.2 CE) y el reconocimiento a los/as menores de la protección prevista en los acuerdos internacionales que velan por sus derechos (artículo 39.4 CE).

En todo caso, la Constitución Española no diferencia entre menores españoles y extranjeros, puesto que los textos internacionales relativos a los derechos de los menores expresamente impiden la posibilidad de que se produzca ningún tipo de discriminación. Tampoco permiten estos textos las posibles discriminaciones producidas en razón de la nacionalidad, que es la circunstancia introducida como elemento diferenciador o discriminador en la legislación de extranjería.

La Ley Orgánica 1/1996, de 15 de enero, de Protección Jurídica del Menor, permite establecer un único y exclusivo concepto en lo que se refiere al desamparo de los menores, para que exista de este modo uniformidad en la manera de comprender esta problemática social en todas las Comunidades Autónomas.

Por su parte, la Ley Orgánica 4/2000, de 11 de enero, sobre derechos y libertades de los extranjeros en España y su integración social, recoge la importancia garantizar una plena integración social de estos/as menores. Para ello y respecto a la temática principal de este Trabajo Fin de Grado, se deben destacar dos artículos de la Ley especialmente vinculados a dicha temática: el artículo 12 de la LOEXIS que hace referencia al Derecho a la asistencia sanitaria y el artículo 14 de LOEXIS que establece el Derecho a la Seguridad Social y a los servicios sociales.

En cuanto a la normativa dirigida a menor inmigrante y menor inmigrante no acompañado en el territorio regional de Andalucía, cabe destacar que la Protección Jurídica del Menor es una competencia exclusiva del Estado, correspondiente al Derecho Civil conforme a lo dispuesto en el artículo 149.1.8 CE y su desarrollo corresponde a las Comunidades Autónomas.

Al asumirse competencias exclusivas en materia de asistencia social por parte de las Comunidades Autónomas, cabe mencionar la Ley 1/1998, de 20 de abril, de los Derechos y la Atención al Menor en Andalucía y el Decreto 42/2002, de 12 de febrero, del régimen de desamparo, tutela y guarda administrativa de Andalucía (BOJA núm. 20 de 16/02/2002).

Además, las leyes autonómicas de protección de menores deben abordar de manera eficaz las situaciones de desamparo que se produzcan, ya que, en el caso concreto de los/as

menores extranjeros/as no acompañados/as, que se encuentran en un país que no es el suyo, sin redes familiares ni sociales a las que pueda acudir y que en muchas ocasiones no hablan ni entienden bien el idioma del lugar en el que se encuentran y cuyas necesidades personales y sociales no son completamente cubiertas, se causa un grave daño en su desarrollo dada la privación de la necesaria asistencia moral y material, lo que hace que se tenga que intervenir de un modo urgente para asistir a estos/as menores.

Por último, la norma principal de referencia del contenido de este trabajo es la Ley 4/2021, de 27 de julio, de Infancia y Adolescencia de Andalucía que regula en su artículo 49 el Derecho a la salud y a la atención sanitaria, y en el artículo 74 las Actuaciones en el ámbito de la salud.

5. MENORES EXTRANJEROS/AS NO ACOMPAÑADOS/AS Y TRABAJO SOCIAL SANITARIO.

5.1. Trabajo Social Sanitario.

Según Masfret (2010), el Trabajo Social sanitario es la especialidad de esta disciplina que tiene su devenir profesional en el sistema sanitario, en el que se incluye tanto la Atención Primaria de Salud (APS), la atención sociosanitaria como la Atención Especializada de Salud (AES).

Una de las tareas principales que tiene encomendada esta profesión es el diagnóstico social sanitario y la oferta e información que se proporciona a los/as usuarios/as del catálogo de prestaciones y la cartera de servicios característico y competente del Trabajo Social sanitario a diferencia de los catálogos de otras áreas del Trabajo Social.

Este catálogo de prestaciones y cartera de servicios debe proporcionarse según lo dispuesto en la Ley 16/2003, de 28 de mayo, de Cohesión y Calidad del Sistema Nacional de Salud, ya que se definen los contenidos de los servicios y prestaciones del catálogo y, por lo tanto, deben ofrecerse en función de los procedimientos y técnicas que marquen los objetivos del Trabajo Social sanitario.

El proceso que sigue el Trabajo Social sanitario para intervenir con usuarios/as toma como punto de partida el diagnóstico médico dado el tratamiento al que están sujetos/as por su enfermedad o afectación, bien sea en Atención Primaria o en Atención Especializada. A partir

del tratamiento médico, el Trabajo Social sanitario realiza el diagnóstico social sanitario para garantizar los recursos y atención que sean necesarios en función de cada caso, de manera que se aborda el área psicosocial de los/as usuarios/as con el claro fin de generar un cambio en las diferentes realidades que se atienden y con las que se trata, gestionando así el propio entorno de cada persona usuaria, en el que toman parte su núcleo familiar o social más próximo.

Para lograr una atención integral durante el proceso de intervención, se deben hacer coordinaciones entre el área sociosanitaria con la puramente social, judicial o educativa, además de realizar un seguimiento periódico cuando termine el proceso de intervención para asegurar la continuidad del cambio producido.

El procedimiento básico que conforma la actividad profesional del Trabajo Social sanitario consta de tres fases: el estudio, diagnóstico y tratamiento.

Sin el estudio de las realidades que conforman la vida y el área biopsicosocial de las personas usuarias no se puede realizar un diagnóstico social sanitario y a su vez no se puede elaborar ni llevar a cabo ningún plan de trabajo ni tratamiento efectivos.

El estudio de las realidades lo conforma la vivencia de la realidad de la enfermedad, es decir, cómo afecta esta al desarrollo cotidiano de cada persona.

Por lo que este estudio determina las dificultades y limitaciones que encuentre cada persona para llevar a cabo ciertas actividades de la vida diaria, para lo que intervienen distintas disciplinas analizando previamente el rol que tienen para abordar las mismas, disponiendo el camino que tomará la intervención, coordinación o derivación a otros servicios. Esta parte se realiza mediante el diagnóstico social sanitario.

Tras él, se garantizan los servicios necesarios para tratar la realidad que debe ser cambiante mediante apoyos y recursos materiales y humanos.

Su objetivo final es la autonomía personal y social.

5.2. Trabajo Social Sanitario con Menores Extranjeros/as No Acompañados/as.

Según el Servicio Canario de Salud mediante el Protocolo de Atención Sanitaria a Menores Migrantes (Infancia en Movimiento, 2023) y Recomendaciones para la asistencia del/la menor de 15 años migrante africano asintomático (2021), la atención a la salud de estos/as menores requiere de un trabajo transversal y coordinado para mejorar su calidad de vida,

favoreciendo así su plena integración social. De esta manera, la valoración social que se realiza desde el área sociosanitaria identifica las limitaciones y dificultades de cada menor, proporcionando así los recursos necesarios para paliarlas, tanto a su llegada como durante el periodo de adaptación propio del proceso migratorio.

El Trabajo Social Sanitario interviene con estos/as menores de manera inicial en aquellas ocasiones donde se da una situación de desprotección sobre la que es necesario actuar. Es decir, el primer contacto con el Trabajo Social sanitario destaca por generarse en un contexto de desamparo, ya no solo por el estado de salud en el que estos menores se encuentran cuando llegan al país de destino, sino también por las condiciones de vida que tenían en el país de origen previas al viaje.

La condición de estos menores puede llegar a ser límite debido a las situaciones emocionales y de carencia de recursos sociales que experimentan durante la intervención.

Ante el ambiente social desfavorecido en el que están inmersos/as estos/as menores por su condición de inmigrantes que no han cumplido la mayoría de edad y que se encuentran sin ningún tipo de referente familiar en el territorio de destino, hace que se produzca una evolución desfavorable en el estado de salud de los mismos y en la eficacia de la atención sanitaria con motivo de las limitaciones y dificultades que suelen experimentar para el acceso a las mismas por las condiciones sociales.

Por ello, la figura profesional del Trabajo Social es un recurso imprescindible de referencia y acompañamiento en el proceso de acogida y atención sociosanitaria para estos menores, con el fin de satisfacer las necesidades sobrevenidas de las posibles dificultades de salud con las que cuenten.

Para facilitar el acceso a la atención sanitaria, el/la Trabajador/a Social debe conocer cuál es la población de menores extranjeros/as y las posibles dificultades que tengan para el acceso a los servicios sanitarios.

Para ello, el proceso de acogida de estos/as menores tiene que ser efectivo, por lo que el primer paso que debe realizarse es garantizar que estos/as menores dispongan de un lugar residencial y que reciban la caridad humana que necesitan en este proceso.

Tras ello y tras revisarse si tiene daños en su estado físico, garantizándose su acceso a los servicios sanitarios de emergencia, se les deriva a un centro de acogida, donde las funciones de

los/as profesionales del Trabajo Social sanitario son imprescindibles, pudiendo abarcar las siguientes, siguiendo a Rodríguez (2022), a Ruiz et al. (2024) y a Markez y Pastor (2010):

- La identificación de la persona, en la que se recogen datos personales tales como el nombre y apellidos, el país de origen del que proviene, se le toma las huellas digitales...
- El conocimiento de las motivaciones personales que ha tenido para iniciar el proceso migratorio, con el fin de salvaguardar los derechos de los que se podía carecer anteriormente al mismo.
- Conocer la posibilidad de que cuente con redes familiares y/o sociales de apoyo tanto en La Unión Europea, como en España. De esta manera, se podrá conocer si el motivo de su migración se trata de la reagrupación familiar.
- Coordinación con otros sistemas de protección social de menores, como organizaciones que traten con personas migrantes, y en especial con menores extranjeros no acompañados, apoyándolas en su acogimiento y trabajando con ellas para su inserción sociolaboral.
- Con el fin de que la inserción sociolaboral futura de estos menores sea efectiva, se deben abordar cuestiones fundamentales como la escolarización de los/as mismos/as y el aprendizaje del idioma castellano para su estancia en el país de destino.
- Acompañamiento a las citas sanitarias.
- Vigilar la satisfacción de las necesidades básicas de los/as menores, como la salud, la higiene, el vestuario, la educación y la alimentación.
- Llevar a cabo seguimientos, evaluaciones de necesidades y diagnósticos.
- Promoción de las habilidades de estos/as menores, con el objetivo de empoderarles para que dispongan de una adecuada autonomía de cara a su proximidad a la mayoría de edad.
- Garantizar la atención psicológica del/la menor mediante la derivación a los/as profesionales de salud mental.
- Asesorar legalmente a los/as mismos/as sobre sus derechos y trámites relacionados con la atención a la salud, así como los de Extranjería.
- Fomento de la incorporación a cursos de formación.

- Atención e identificación de las demandas de los/as menores.
- Sensibilización y formación al personal sanitario sobre aspectos sociales y humanos del/la menor paciente.
- Elaboración de informes sobre la situación de salud de los/as menores atendidos/as para mantener informados a los/as profesionales de los centros de protección.
- Registro de la atención sanitaria periódica del/la menor.
- Favorecer la inclusión de estos/as menores a las actividades preventivas y de promoción de la salud en función de la edad, por el Programa de salud infantil y del adolescente del Sistema Sanitario Público de Andalucía.
- Detección de indicadores de trata infantil y de mutilación genital femenina.
- Detección de un posible consumo de sustancias estupefacientes.
- Asegurar la continuidad de la atención sanitaria en los casos que sea necesario.
- Actuar en función de las medidas de atención y protección a la infancia y la adolescencia.

5.3. Protocolo de actuación socio sanitaria con los/as menores protegidos/as.

La primera visita al centro de salud se produce una vez que estos/as menores han conseguido acceder al sistema sanitario, y viene determinada por la presencia de problemas de salud derivados de una situación de desprotección, como problemas de salud mental y físicos o consumo de sustancias estupefacientes.

Por lo que, es en este momento cuando se determina cuál es la situación del/la menor, en función de la cual se decide si se debe establecer la continuidad de la atención sociosanitaria ante la presencia de factores de riesgo social, que según Kazdin (1993), están vinculados al contexto social (malas condiciones de la vivienda, barrios con perfil delictivo...), a factores familiares (estilo educativo autoritario/permisivo, padres delincuentes...), a factores escolares (abandono escolar y bajo nivel cultural) y a factores personales (escasas habilidades sociales).

Según es de gran importancia que en el ejercicio de esta primera toma de contacto se proporcione al/la menor una visita donde el ambiente sea el adecuado para afrontar los sentimientos y las emociones que son habituales encontrar dada la separación de su vínculo familiar y, sobre todo, dada la situación de desamparo y desprotección que sufren durante su transcurso migratorio (Protocolo de Atención Sanitaria a Menores Migrantes, Infancia en Movimiento, 2023, pp. 14)

Se trata de un periodo en el que hay una separación y pérdida del vínculo afectivo si lo hubiese, pérdida del medio referencial e incluso en algunos casos, pérdida de la identidad personal y temor.

Además, dada la existencia de las barreras idiomáticas y culturales entre los/as menores y los/as profesionales sanitarios, es conveniente que en la intermediación esté presente una persona mediadora para que pueda darse la comprensión de la lengua y de la cultura.

Por lo que, para afrontar esta situación, se desarrolla una primera acogida que consiste en una entrevista inicial donde se recogen datos relativos al estado de salud físico y mental de los/as mismos/as y a su nivel educativo. A partir de esta entrevista se realiza la apertura del expediente individual de cada menor, en el que se lleva a cabo el estudio de cada caso particular para diseñar futuras intervenciones en función de la información que se obtiene, a partir de la determinación del grado de afectación de la situación sanitaria en la vida de estos/as menores (Soria, 2018, pp.13).

Una vez que se ha investigado y recabado información sobre el motivo por el que se lleva a cabo esta entrevista, el cual radica en la presencia de diversas patologías, el/la Trabajador/a Social sanitario valora la opción de elaborar la Historia Social y el Tratamiento Social, documentos que figuran en la Historia Clínica del/la menor paciente.

La historia clínica es una herramienta de trabajo que facilita al/la profesional de Trabajo Social sanitario la exploración de diferentes dimensiones de la valoración sociosanitaria. Mediante la lectura de la misma se conocen los primeros datos aportados para tener una base de referencia de cara a la primera entrevista (Sesma, 2014, pp. 55-58).

La historia clínica según la Real Academia Española (RAE), es la relación de los datos con significación médica referentes a un enfermo, al tratamiento a que se lo somete y a la evolución de su enfermedad (RAE, s.f.).

De acuerdo con el artículo 14 de la Ley 41/2002, de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica, la historia clínica comprende el conjunto de los documentos relativos a los procesos asistenciales de cada paciente, con la identificación de los médicos y de los demás profesionales que han intervenido en ellos. Su objetivo es obtener la máxima integración posible de la documentación clínica de cada paciente, al menos, en el ámbito de cada centro.

De manera que se trata de un documento legal que recoge todos los datos relativos a la salud y a los servicios sanitarios prestados al/la paciente con el fin de proporcionar una adecuada asistencia médica, garantizando así la atención adecuada e integral del paciente por la actuación del personal sanitario (Igaleno, 2022).

En ella se recoge información relevante a los antecedentes sanitarios familiares, en el caso de que haya habido enfermedades hereditarias, adicciones a sustancias estupefacientes (toxicomanías) y enfermedades mentales. De igual manera, se recoge información relevante a antecedentes sanitarios del/la propio/a menor, como enfermedades padecidas, vacunas administradas, adicciones a sustancias estupefacientes (toxicomanías), alergias...

Teniendo en cuenta esto, la aplicación de la asistencia social en la asistencia sanitaria permite lograr resultados más óptimos en la promoción de la salud de estos/as menores, favoreciendo que sus comportamientos y actitudes actúen de acuerdo a la protección de su bienestar físico, mental y social.

Para ello, según el Protocolo de Atención Sanitaria a Menores Migrantes (Infancia en Movimiento, 2023), el Trabajo Social sanitario actúa desde la primera toma de contacto con estos/as menores con el fin de proteger sus condiciones sociosanitarias y garantizar los futuros procesos de intervención.

Siguiendo el Protocolo de Atención Sanitaria a Menores Migrantes (Infancia en Movimiento, 2023), en esta primera consulta, se abre la historia clínica del/la menor, en la que, como profesionales de Trabajo Social, se establecen unos protocolos de valoración social.

La primera dimensión que se valora es la autonomía del/la menor y su estado de salud. Se pretende conocer cómo el/la menor se desenvuelve en la realización de las actividades básicas en función de la edad y de la capacidad física y cognitiva, conociendo si una posible discapacidad dificulta o limita su nivel de autonomía. De esta manera, también se podrá conocer

cuál es el estado de salud del que se dispone y, en el caso de que exista un problema de salud, se deben establecer los requerimientos de cuidados con respecto al mismo.

La segunda dimensión que se valora son los antecedentes familiares de los que se dispone para valorar el grado en el que se encontraba la homeostasis familiar previamente al trayecto migratorio. Para ello, se debe conocer qué integrantes conformaban la red familiar y cuáles eran las relaciones entre los mismos.

La tercera dimensión que se valora es la provisión de cuidados con el fin de asegurar que los mismos se prestan en función de las necesidades individuales de cada menor, teniendo en cuenta el tipo de ayuda que deben recibir, ya sea de acompañamiento emocional, para la compañía a servicios sanitarios, para la adquisición de ciertos medicamentos, para realizar una posible derivación a otro/a profesional mediante la coordinación interprofesional...

Para que esta provisión de cuidados sea efectiva, deben conocerse cuáles son sus creencias culturales, al igual que la disponibilidad con la que cuenta para garantizar este recurso según el horario escolar o laboral.

La cuarta dimensión que se valora es la percepción del estado de salud por los/as mismos menores. En esta dimensión se abordan cuestiones referidas al estado de salud y a las necesidades de salud que tiene esta población, al acceso a la atención sanitaria, identificando las barreras que se encuentran para beneficiarse de su derecho a recibir una adecuada atención sociosanitaria.

Las barreras más habituales y recurrentes que encuentran para el acceso al servicio de atención a la salud son el idioma, la cultura, la condición de irregularidad con la que son identificados, el no disponer previamente al trayecto migratorio de una historia clínica en el país de origen, los escasos informes médicos de los que se dispone, los traslados de residencia y la escasa formación en sus problemas de salud y en educación para la salud.

La quinta dimensión que se valora es la escolarización en lo referente al nivel de integración de estos/as menores al sistema educativo en función de sus características personales y sus características sanitarias. En función de ello, se determina el grado de implicación con la actividad escolar.

La sexta dimensión que se valora es el entorno de residencia donde se desarrolla su estancia y cómo se desenvuelve en el mismo. Se valoran por tanto las características habitables de la zona de residencia de estos/as menores, en función de la presencia de servicios de consumo

como supermercados, farmacia; servicios de garantía pública como colegios, Centro de Servicios Sociales, centros de salud, centros de participación activa, centros socioculturales...; y, por último, de servicios de transporte público.

La séptima dimensión que se valora son las limitaciones o dificultades que condicionan los cuidados sanitarios que precisan estos/as menores. En ella se tienen en cuenta algunas barreras que complican la prestación de cuidados para la salud a los/as menores extranjeros no acompañados, debido a que por problemas de salud crónicos se precisen unos cuidados más especializados. Estas pueden ser creencias culturales que no permitan que algunos procedimientos de cuidado se lleven a cabo, puede deberse también a un déficit comunicativo por la presencia de una barrera idiomática, o una falta de disponibilidad horaria o desconocimiento de la existencia de recursos.

Estos protocolos de valoración social permiten indagar sobre sobre diferentes condiciones en la vida de estos/as menores, permitiendo así la identificación de factores de riesgo y problemas de la salud de estos/as menores, así como los recursos de los que se dispone potenciando el afrontamiento de la situación y contrarrestando el efecto de los factores de riesgo en relación a la situación social y sanitaria de los/as mismos/as.

Además, como se ha mencionado anteriormente, según Sesma (2014), en la historia clínica de cada menor figuran la Historia Social y el Tratamiento Social, documentos elaborados por el/la Trabajador/a Social sanitario.

En la historia social se valora, sobre todo la situación familiar de la que dispone el/la menor, estableciendo si existe la posibilidad de contacto con la familia de origen o si, por el contrario, se deben valorar otras opciones como la existencia de una familia acogida, aunque también se valoran otras áreas como la autonomía de decisión personal sobre aspectos básicos de su vida o, por el contrario, si dispone de alguna afectación cognitiva que le impida desarrollar la autonomía personal; el nivel de integración social en la nueva sociedad española en la que ahora se establece y el estado emocional en el que se encuentra dada la gran adaptación que debe desarrollar durante su estancia en el país de destino.

Se establece también un apartado específico donde se identifican las necesidades concretas para cada caso que se tienen y que van surgiendo conforme la estancia avanza con respecto a la situación sanitaria y emocional.

Con respecto al Tratamiento Social, la parte más importante del mismo es el diagnóstico social de cada caso, puesto que en él se refleja la situación actual de cada menor, identificando de esta manera las necesidades específicas sanitarias generalmente, y, en función de las mismas, se generan recursos y servicios con el fin de optimizar la atención a las situaciones de carencia o necesidad sociosanitarias que se detecten. De esta manera, se establece el tratamiento con respecto al seguimiento de cada caso, siempre identificando y subsanando las necesidades que vayan manifestándose en el proceso de atención.

A partir de la Historia Social y del Tratamiento Social que figuran en la historia clínica del/la menor paciente, se conforma el Informe Social Sanitario, emitido por el/la profesional del Trabajo Social sanitario a los/as profesionales que también trabajan con estos/as menores a modo de derivación.

Además de la derivación, también se lleva a cabo la coordinación con los/as profesionales sanitarios, especialmente con el/la médico de referencia del/la paciente, así como con los/as profesionales de los servicios de Psiquiatría, Traumatología y Neurología mediante reuniones periódicas, con el fin de establecer un seguimiento en función de las características patológicas de los/as menores pacientes que requieran mayor atención sociosanitaria.

Tras realizarse la apertura de la historia clínica, se realiza una exploración física completa, se evalúa el estado de salud mental y su desarrollo a lo largo de toda la intervención, se realiza el diagnóstico final del estado de salud, y, posteriormente a ello, se llevan a cabo funciones del Trabajo Social sanitario para asegurar la atención integral por parte del equipo profesional sociosanitario.

Estas funciones se basan en los controles periódicos de salud, que promocionan el bienestar físico y mental del/la menor mediante protocolos de educación sanitaria programados en los centros de salud, con el fin de promover conductas saludables y para evitar comportamientos de riesgo relacionados con el ejercicio físico, la educación sexual y métodos anticonceptivos, adicciones a sustancias estupefacientes, alimentación y nutrición, higiene personal y salud bucodental (Cortés et al., 2015, pp.15).

En los particulares casos en los que se precise de la atención sanitaria urgente por cualquier enfermedad o afección causada por el transcurso del viaje, se hará mediante el servicio médico del Hospital Comarcal o por la asistencia de urgencias en el centro de salud de referencia por mayor proximidad (Soria, 2018, pp.13).

6. COORDINACIÓN DEL SISTEMA SOCIOSANITARIO CON OTROS SISTEMAS DE PROTECCIÓN SOCIAL.

6.1. Coordinación entre los centros de menores y los centros sanitarios.

Desde los recursos residenciales de menores, concernientes a los Servicios de protección de menores, se llevan a cabo estrategias de coordinación con los centros sanitarios de referencia, con el fin de garantizar la promoción del bienestar físico y emocional, así como la prevención de problemas de salud (Rivera, M. et al., 2019, pp.9).

Además, desde la intervención del área psicosocial se abordan cuestiones fundamentales como las culturales, comunicativas y relacionales para que el proceso de atención con estos/as menores sea de calidad, asegurando que la confianza predomine el ambiente de la intervención (Consejería de Sanidad del Gobierno de Canarias, 2023, pp. 14-15).

La participación del personal sociosanitario para llevar a cabo las actuaciones pertinentes en relación a la valoración social del estado de salud del/la menor es imprescindible, particularmente para el personal del Trabajo Social, que actúa en coordinación con el personal de pediatría, medicina de familia y Enfermería. En todo caso, este equipo multidisciplinar debe informar y comunicar sobre la evolución de la adaptación de los/as menores al Ministerio Fiscal, que ejerce una función de control del ejercicio de las competencias que requieren estas actuaciones (Folguera et al., 2022, pp. 11).

El/la profesional sanitario de referencia, en este caso, el/la Trabajador/a Social sanitario, debe mantener una vía de comunicación con los centros de protección de los/as menores, cuya tutela asume el Estado.

En el momento en el que un/a menor accede al territorio español y se determina su condición de persona menor de edad, con el fin de garantizar su atención inmediata, esta persona menor es acogida en los recursos residenciales de menores, donde se ofrecen servicios de alojamiento y servicios asistenciales para satisfacer todas las necesidades básicas de las que dispone.

Inmediatamente después de las 24 horas del ingreso de estos/as menores en el centro de protección, se debe revisar si el/la mismo/a dispone de su respectiva historia clínica en el sistema sanitario público de Andalucía, o si, por el contrario no dispone. En el último caso se realiza la gestión de solicitud de la tarjeta sanitaria.

Pero previamente a la gestión de la misma, se debe determinar la veracidad de la minoría de edad de estos/as supuestos/as menores, mediante un protocolo contemplado en la legislación actual.

Según Folguera et al., (2022), este se inicia siempre que se localiza a un/a posible menor extranjero/a no acompañado/a por parte de cualquier autoridad o institución, las cuales a su vez deben comunicarlo con la mayor brevedad posible a la Brigada Provincial de Extranjería, a las Fronteras del Cuerpo Nacional de Policía, a la Delegación o Subdelegación del Gobierno y al Ministerio Fiscal.

Tras su localización, se debe determinar si se trata de una persona menor, en cuyo caso cabe la posibilidad de que no exista duda de su minoría de edad porque así lo demuestre su documentación y por los rasgos físicos característicos. Sin embargo, también se puede dar el caso de que la condición de menor de edad no se pueda determinar a simple vista o mediante su documentación, ya que puede ser inexistente.

Por lo que, en el supuesto del primer caso, la persona menor pasará automáticamente a estar protegida por los servicios de protección de menores competentes, teniendo conocimiento de ello el Ministerio Fiscal. Estos servicios de protección inscribirán en el Registro de Menores Extranjeros No Acompañados los datos identificativos de la persona menor únicamente en el caso de que no haya sido registrada previamente.

Sin embargo, si la persona menor ya está inscrita en el Registro de Menores Extranjeros No Acompañados, se comprobará el registro policial acerca de la identificación del/la menor, en el que se deben incluir la huella dactilar del/la menor y una fotografía suya.

En el otro supuesto, cuando no sea identificable la minoría de edad de la persona mediante su apariencia física ni mediante la documentación acreditativa de su identidad, el Ministerio Fiscal será la autoridad responsable de la tramitación para la determinación de la minoría de edad del/la posible menor. Esto se hará en colaboración con los servicios sanitarios oportunos que tendrán la competencia para realizar las pruebas médicas necesarias para la determinación de la minoría de edad.

La prueba médica más comúnmente utilizada para determinar la minoría de edad es la del examen radiológico de la mano izquierda, la cual se compara con radiografías de la mano izquierda de personas del mismo sexo y edad que estos/as menores, lo que se conoce como el método de Greulich y Pyle. Una vez se obtienen los resultados de las pruebas médicas, el

personal médico emite un informe al Ministerio Fiscal, el cual determina la edad, aunque esta se podrá rectificar en el caso de que se den nuevas pruebas que pongan en duda la determinación de edad ya realizada.

Para las personas cuya minoría de edad ya ha sido determinada y que llegan solas al país de destino, existe la posibilidad de realizar la tramitación de la tarjeta sanitaria, con el fin de que el/la menor pueda acceder a los servicios sociosanitarios. Para ello, se debe presentar en el centro de salud de referencia el informe de acogida del centro de acogida donde están recogidos sus datos personales, su fecha de nacimiento y el país de procedencia. Tras ello, se le da de alta en la Tarjeta Sanitaria con caducidad de un año y, por tanto, con la posibilidad de su renovación hasta los 18 años de edad.

En estos centros de protección de menores se presta el apoyo psicológico y sociosanitario pertinente en función de las necesidades individuales de los/as menores residentes.

Estos apoyos psicológicos y sociosanitarios se aportan según lo dispuesto en la Ley 4/2021, de 27 de julio, de Infancia y Adolescencia de Andalucía en sus artículos 49 (Derecho a la salud y a la atención sanitaria) y 74 (Actuaciones en el ámbito de la salud); en las que se establece que en todos los centros de protección se deben garantizar el derecho a la salud de los niños, de las niñas y de los adolescentes y se debe hacer en base a dos grandes áreas de actuación: la promoción de la salud y/o prevención de enfermedades por una parte y la atención sanitaria por otra parte.

De manera que, dichas áreas permiten fomentar la educación para la salud entre los/as menores y establecer la previsión de la atención sanitaria adaptada a las circunstancias sociosanitarias específicas, permitiendo así el acceso a los recursos generales y especializados del sistema sanitario público de Andalucía.

Según el Protocolo para la atención a la salud de las personas menores de edad en los Centros de Protección de Menores de gestión pública y privada de la Junta de Andalucía (2022), para que la promoción de la salud de estos/as menores sea efectiva, se debe establecer un canal de comunicación y coordinación institucional entre los centros de protección de menores y los centros sanitarios de referencia, donde el/la Trabajador/a Social es el/la profesional de referencia que participa activamente en las actuaciones de las siguientes áreas de intervención sociosanitarias:

- La prevención de malos hábitos alimentarios y nutritivos, con el fin de evitar en la medida de lo posible el sobrepeso, la obesidad y los trastornos de la conducta alimentaria.
- La prevención del consumo de alcohol, tabaco, uso no responsable de las tecnologías, juegos de azar y otras sustancias tóxicas psicoactivas y adictivas.
- La promoción de consumo y el ocio saludables.
- La promoción del bienestar emocional y la autoestima.
- Asesoramiento, apoyo y gestión de recursos necesarios para adolescentes que estén embarazadas o en proceso de lactancia, para que puedan continuar su formación educativa, orientación o inserción profesional, velando también por la salud prenatal en el seguimiento de dichos embarazos.

Según el Protocolo aprobado por Instrucción conjunta 3/2022 de la Secretaría General Técnica y la Dirección General de Infancia de la Consejería de Igualdad, Políticas Sociales y Conciliación (2022), se establecen coordinaciones entre los servicios sanitarios y el Sistema de Servicios Sociales, el Sistema Educativo y el Sistema Judicial.

6.2. Coordinación con el Sistema de Servicios Sociales.

Estos/as menores tienen gran probabilidad de encontrarse ante situaciones de riesgo o exclusión social, lo que implica una emergencia social donde debe primar el Interés Superior del Menor, contemplado en el artículo 2 de la Ley Orgánica 8/2015, de 22 de julio, de modificación del sistema de protección a la infancia y a la adolescencia.

Se da una respuesta multidisciplinar e interprofesional para actuar ante una posible desprotección de en este caso, la infancia y la adolescencia.

6.3. Coordinación con el Sistema Educativo.

La importancia de que estos/as menores estén escolarizados por su minoría de edad es de gran transcendencia, puesto que adquieren competencias de cara a su próxima mayoría de edad, siendo el aprendizaje del idioma castellano una clave fundamental para su estancia en España, en este caso.

Por ello, desde el ámbito sociosanitario, se debe hacer lo posible para que la situación de salud de estos/as menores sea la óptima para que su repercusión en el proceso de

escolarización sea positivo. De manera que, si existe alguna complicación o afección que perjudique la salud de los/as menores y que, además, influya en diversas áreas de su vida social, como la escolar, pero también la personal, ambos sistemas, el educativo y el sociosanitario, deben trabajar conjuntamente para que el proceso de esa enfermedad o afección finalice en una recuperación con el fin de no influir en su trayectoria académica.

6.4. Coordinación con el Sistema Judicial.

La integridad de estos/as menores juega un papel fundamental en la coordinación interinstitucional entre el Sistema Judicial y el sociosanitario, puesto que cualquier forma de violencia que atente contra la salud de estas personas menores deriva en un ataque contra la integridad física, psíquica, psicológica y moral de estos niños/as y adolescentes.

De manera que se trata de un problema de salud pública, pero también de un problema social, que debe ser valorado por el Sistema Judicial, con el fin de regular este tipo de acciones según lo establecido en el Artículo 15 de la Constitución Española, que, entre los Derechos Fundamentales, hace referencia al Derecho a la vida y a la integridad física y moral, en el que se establece que “Todos tienen derecho a la vida y a la integridad física y moral, sin que, en ningún caso, puedan ser sometidos a tortura ni a penas o tratos inhumanos o degradantes”.

7. MENORES EXTRANJERAS NO ACOMPAÑADAS.

Según Martín-González y Gimeno (2023), el género en los procesos migratorios constituye un elemento diferenciador en función del cual las trayectorias de las niñas y adolescentes que migran solas desde sus países de origen sufren una gran invisibilización, de manera que se produce una desprotección de las mismas por la omisión hacia sus necesidades.

Estas jóvenes presentan unas características propias debido al género (Marco y Gómez, 2020), lo cual se manifiesta tanto en las vivencias en sus respectivos países de origen, como en el motivo de su migración, los riesgos de su ruta migratoria, y su estancia y acogida en el país destino (Torrado, 2012, como se citó en Martín-González y Gimeno, 2023, pp. 2).

El modo y la causa por la que ellas inician su ruta migratoria difiere mucho al modo y la causa en que lo hacen los varones, ya que mientras que ellos en su mayoría emigran por motivos económicos, ellas, además, tienen arraigo en más causas como las vinculadas a los patrones de transmisión de los valores, creencias y comportamientos basados en la tradición, en

los que tienen gran impacto la reproducción y el mantenimiento de los roles de género, que producen afectaciones físicas importantes y contribuyen al deterioro de la salud mental, sobre todo en la etapa de transición a la adolescencia, donde los cuerpos comienzan a ser biológicamente diferentes por su proximidad a la etapa adulta.

Este hecho se manifiesta mediante un amplio abanico de situaciones que ocasionan la motivación de migrar por parte de estas menores, como pueden ser el maltrato intrafamiliar, bien dirigido hacia la misma joven o hacia otra persona que forme parte del núcleo familiar. También se pueden dar situaciones de matrimonios forzosos pactados, que tratan de unir a dos personas sin su libre consentimiento, voluntad, ni posibilidad de oponerse al mismo, por parte de terceras personas interesadas en esta unión.

Al mismo tiempo, también se puede dar el hecho de que, a través de la coacción, la intimidación y las amenazas se produzcan situaciones de ser víctimas de trata y explotación sexual por parte de personas interesadas en el lucro económico a costa de la utilización de la menor en cuestión sin su libre consentimiento.

7.1. Detección y actuación sociosanitaria frente a la trata y explotación sexual (prostitución) de estas menores.

La trata de seres humanos (TSH) está definida como la captación, el transporte, el traslado, la acogida o la recepción de personas, incluido el intercambio o la transferencia de control sobre ellas, mediante la amenaza o el uso de la fuerza u otras formas de coacción, el rapto, el fraude, el engaño, el abuso de poder o de una situación de vulnerabilidad, o mediante la entrega o recepción de pagos o beneficios para lograr el consentimiento de una persona que posea el control sobre otra, con el fin de explotarla (Directiva 2011/36/UE del Parlamento Europeo y del Consejo de Europa).

Muchas niñas son explotadas sexualmente cuando aún son adolescentes. En Europa, se calcula que el 75% de las niñas y mujeres prostituidas tienen entre 13 y 25 años. Estas adolescentes y mujeres jóvenes con una mala situación económica son especialmente vulnerables ante los proxenetas y tratantes (Brussels' Call, 2021, como se citó en Martínez-Capilla, 2022, pp. 5).

Ante tal problemática social, según el Protocolo Andaluz para la Actuación Sanitaria ante la Violencia de Género (2020), el personal sociosanitario es una pieza clave para la

recuperación física, psicológica y social, ya que garantizan los cuidados y la protección que precisan desde una perspectiva multidisciplinar.

Para que esta recuperación tenga cabida, es necesario en primer lugar que mediante indicios y sospechas que puedan ser identificables por el personal sociosanitario mediante conocimientos profesionales, se dé la detección de la situación de trata o prostitución en las menores atendidas durante los encuentros en el centro. Esta función de detección es más efectiva si se hace en coordinación con Organizaciones No Gubernamentales (ONGs) que tengan experiencia en tratar con este perfil de víctimas y con esta problemática, actuando como figura mediadora en el proceso de atención sociosanitaria, ofreciendo los recursos y servicios de los que disponen para su uso. De igual manera, la intervención de una persona intérprete para los casos en que se dé una barrera idiomática también facilita en gran medida el proceso de intervención.

Una vez que se ha detectado un caso de trata o prostitución, se debe intervenir en el caso para disminuir su aislamiento social y aumentar su seguridad física y mental, considerando que además de la existencia de riesgos en la salud relacionados con las enfermedades de transmisión sexual (ETS) e infecciones, también existen riesgos en la salud relacionados con enfermedades tales como estrés postraumático, ansiedad, depresión, trastornos de conducta...

De manera que, ante tal situación, se deben ejercer funciones destinadas a mejorar la calidad de vida de estas menores en situación de desprotección, sirviendo como una alternativa a la misma. Estas son:

- Recomendar su asistencia a los programas de educación para la salud con perspectiva de género que se realizan en el centro de salud donde es atendida, además de las actividades de prevención y reducción de daños de las Organizaciones No Gubernamentales con las que se trabaja de manera coordinada.
- Derivar a otros profesionales sanitarios como psicólogos y a Servicios Sociales.
- Fomentar la educación sexual mediante el uso de anticonceptivos y mediante la administración de las vacunas necesarias.
- Adaptar la información que se proporcione a las características culturales de las menores con las que se interviene.
- Potenciar su integración social en la sociedad del país de destino para evitar situaciones de soledad y aislamiento mediante su participación en redes y entornos

sociales y locales con la colaboración de ONG que traten con la atención a esta problemática.

7.2. Intervención sociosanitaria con mutilación genital femenina en menores extranjeras.

La Mutilación Genital Femenina (MGF) es una práctica cultural tradicional con fuertes raíces ancestrales, respaldada por un complejo sistema simbólico. Es definida por la Organización Mundial de la Salud (OMS) como “todos los procedimientos que, de forma intencional y por motivos no médicos, alteran o lesionan los órganos genitales femeninos” (OMS, 2016).

La MGF está presente en 30 países del África Subsahariana, Oriente Medio y Asia y su prevalencia varía entre países y grupos étnicos. Con los movimientos migratorios, lo que un día fue local, hoy es global, y la práctica está en diáspora a nivel mundial (Europa, Estados Unidos de América, Australia, entre otros). Se estima que a 200 millones de mujeres se les ha realizado una MGF y que 3 millones de niñas están en riesgo cada año (UNICEF, 2016)

La mutilación genital femenina se considera una violación grave de los Derechos Humanos a escala internacional de las mujeres y niñas que la sufren. Así lo corrobora la Organización de las Naciones Unidas (ONU), que considera esta práctica una forma de violencia contra la mujer y una manifestación de la desigualdad de género.

“La mutilación genital femenina (MGF) es una práctica que implica la alteración o lesión de los genitales femeninos por motivos no médicos y que internacionalmente es reconocida como una violación grave de los derechos humanos, la salud y la integridad de las mujeres y las niñas” (ONU).

Según Tourné et al. (2017), al practicarse sobre todo en niñas menores de edad, se considera además una forma de maltrato infantil, ya que se estima que en España este problema está centralizado sobre todo en niñas procedentes de África, aunque también de otros países en los cuales se realiza la mutilación genital femenina, generalmente de manera clandestina por su propia familia y/o comunidad.

Por lo que, se estima que una gran cantidad de niñas acompañadas y no acompañadas que emigran a países europeos ya han sido sometidas o están en riesgo de ser sometidas a esta práctica.

Este hecho ocasiona que existan consecuencias físicas, psicológicas y sexuales que, en algunos casos, pueden ser irreparables dada la extremidad de esta práctica.

En el caso de las consecuencias físicas es necesario hacer una distinción entre la gravedad de esta práctica a corto, medio y largo plazo.

A corto plazo, al no tener generalmente las personas que realizan esta práctica conocimientos sobre cirugía, no se esterilizan ni desinfectan los utensilios que se utilizan y además no se usa anestesia, aparecen complicaciones inmediatas en lo referente a dolor intenso, hemorragias, infecciones, lesiones en tejidos cercanos al no tener buen pulso y vista por parte de la persona mutiladora y ante la imposibilidad de que la niña pueda mantenerse quieta dado el dolor causado durante la operación, y retención de la orina por el intenso dolor que produce, entre otras.

Las consecuencias a medio plazo son causa de las anteriores, dado el déficit de las condiciones en las que se da esta práctica, añadiendo el aliciente de que la mutilación genital femenina no aporta ningún beneficio para la salud, sino que daña la salud de las niñas a las que se les practica en gran medida. Estas pueden ser anemia por la gran pérdida de sangre provocada por la hemorragia que además se agrava por problemas de malnutrición, cicatrices, infecciones pélvicas y menstruaciones muy dolorosas.

A largo plazo las consecuencias se relacionan con las complicaciones iniciales, dejando graves secuelas como VIH, quistes, complicaciones para el parto y dificultades durante el parto, inflamaciones frecuentes y dificultad o imposibilidad para mantener relaciones sexuales vaginales.

En cuanto a las consecuencias psicológicas que transcurren a partir de la realización de la mutilación, destacan la ansiedad, depresión, trastorno por estrés postraumático, terrores nocturnos, rechazo a su grupo étnico, sentimientos de humillación y miedo a las relaciones sexuales entre otras.

Por todo ello, existe gran probabilidad de presentar problemas relacionados con la sexualidad, ya que se puede producir una disminución de la sensibilidad sexual y del deseo sexual, teniendo miedo y rechazo al mismo.

Ante la gravedad de tal problemática, interviene el Trabajo Social sanitario, que, en coordinación con el resto de personal sanitario, tanto de atención primaria como de atención especializada, donde se abarca pediatría, Enfermería, ginecología y obstetricia, psicología y

psiquiatría, medicina de familia y matrones/as, así como los servicios de urgencias, ejerce las siguientes funciones:

- Identificación de niñas en riesgo de ser mutiladas o que ya han sido mutiladas (Tourné et al., 2017, pp. 23).
- Según el Protocolo común de actuación sanitaria ante la mutilación genital femenina (2015) en la realización de la valoración socio sanitaria se debe tener en cuenta que el estado de la situación sanitaria de la persona que se valora depende en gran medida de las características religiosas y culturales, las cuales le llevan a necesitar atención sanitaria. En este caso, las mujeres atendidas por esta problemática no gozan de un estado de salud óptimo, considerando que cuentan con la presencia de problemas de salud a nivel físico y, además, no disponen de un completo bienestar mental y social por la situación traumática que supone este proceso y por la situación de desprotección que tienen, siendo gravemente vulneradas socialmente.
- Según Tourné et al. (2017), se debe contribuir favorablemente a la intervención del tratamiento del daño de la mujer mutilada.
- Coordinación con centros educativos, Organizaciones No Gubernamentales (ONGs) y Asociaciones de mujeres con el fin de que puedan servir para el asesoramiento, sensibilización y atención a las afectadas.
- Participar en la formación sobre la mutilación genital femenina en centros educativos, Asociaciones y Servicios Sociales.
- Comunicación a los Servicios Sociales y educativos para la localización de la menor en caso de no acudir a las consultas programadas (Ruiz et al. 2024, pp. 67).
- En el caso de presentar problemas físicos ocasionados por la realización de esta práctica mutiladora, se informará mediante el informe médico o parte de lesiones a la Fiscalía de Menores (Ruiz et al. 2024, pp. 67).

Para el abordaje de esta problemática, el ámbito sanitario es la primera puerta de entrada mediante su intervención y atención sociosanitaria a las menores víctimas de esta práctica, sin embargo, la atención a estas víctimas debe realizarse desde una perspectiva multi e inter disciplinar, con el fin de dar una respuesta integral a la situación de necesidad social que causa la mutilación genital femenina. Esto garantiza que se dé una coordinación de acciones profesionales para dar lugar a la continuidad de cuidados de la persona mutilada.

8. CONCLUSIONES.

En primer lugar, el Trabajo Social sanitario es una disciplina profesional poco conocida pero imprescindible en el devenir institucional, sin la cual, la coordinación interprofesional e institucional del Sistema de Protección de Menores sería incompleta, puesto que su papel es fundamental para garantizar el bienestar social de los Menores Extranjeros/as No Acompañados/as.

De manera que los/as profesionales que intervienen con este colectivo tan vulnerable, especialmente en el ámbito sociosanitario que es en el que se ha centrado este Trabajo Fin de Grado, deberían disponer de formación especializada en materia de derechos de estos/as menores y en materia de migración para abordar de forma integral los problemas sociales y sanitarios que presenten. Estos problemas vienen determinados en su mayoría por la situación de desprotección en la que se encontraban previa y posteriormente al trayecto migratorio, siendo un factor influyente la privación de derechos que les deberían corresponder como menores.

Por otra parte, la función de sensibilización que desempeña el Trabajo Social sanitario con respecto a otras disciplinas con las que se coordina es fundamental para conocer el papel que tiene esta profesión con la mejoría de la competencia profesional, tratando de priorizar la adecuación y afectividad del ambiente de intervención, para que estos/as menores sientan este proceso menos difícil, si cabe.

Por lo que al haber realizado un análisis de la praxis profesional del Trabajo Social sanitario con Menores Extranjeros/as No Acompañados/as, se ha llegado a la conclusión de que esta debería ser considerada una especialidad reconocida dentro de la intervención con menores, dado el gran número de funciones a llevar a cabo mediante acciones de recepción y protección.

Se ha comprobado que dada la escasez de información sobre este tema específico, que ha dificultado en gran medida la búsqueda y el análisis de la misma en este trabajo, puede ser posible que el número de trabajadores/as sociales sanitarios especializados en la intervención con MENAS sea escaso e insuficiente, teniendo en cuenta la necesidad de la presencia de esta figura profesional, que aporta una intervención y seguimiento individual, tratando de que sus afectaciones físicas y mentales se vean disminuidas por la garantía de recursos y servicios que adopten soluciones duraderas en base al interés superior de cada menor.

9. BIBLIOGRAFÍA.

1. Agrela Romero, B.; Charro Baena, P.; Durán Ruíz, F. J.; Fernández Avilés, J. A.; Gil, S.; Jiménez Soto, J. A.; Pedone, C.; Puerta Alarcón, J. A.; Ruiz Esteban, F. J.; Tortosa Gámez, J. A.; Triguero Martínez, L. Á.; Vallengano Pérez, M^a. D.; Vela Díaz, R. (2015). *Tratamiento normativo y social de los menores migrantes*. Universidad de Jaén. Recuperado de: <https://www.juntadeandalucia.es/export/drupaljda/Tratamiento%20normativo%20y%20social%20menores%20inmigrantes.pdf>
2. Capilla, S. M. (2022). *El derecho a la salud de las víctimas de trata con fines de explotación sexual: propuestas para la formación del personal sociosanitario*. Dialnet. Recuperado de: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=8416319>
3. Ceriani, P. (2019). *Los derechos de los niños y niñas migrantes no acompañados en la frontera sur española*. UNICEF Comité Español. Recuperado de: <https://www.unicef.es/ninos-migrantes-no-acompanados>
4. Chero-Farro, D., Cabanillas-Olivares, A., & Fernández-Mogollón, J. (2017). Historia clínica como herramienta para mejora del proceso de atención. *Revista de Calidad Asistencial*, 32(2), 115-116. Recuperado de: <https://www.elsevier.es/es-revista-revista-calidad-asistencial-256-articulo-historia-clinica-como-herramienta-mejora-S1134282X16300793>
5. Colom, D. (2010). *El trabajo social sanitario en el marco de la optimización y sostenibilidad del sistema sanitario*. Recuperado de: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=3262815>
6. Consejería de Bienestar Social de la ciudad Autónoma de Melilla. (2018). *Memoria técnica sobre atención a Menores Extranjeros no Acompañados*. Recuperado de: https://www.melilla.es/melillaportal/RecursosWeb/DOCUMENTOS/1/0_21275_1.pdf
7. Consejería de Salud, Junta de Andalucía. (2007). *VII Actuación Sanitaria con mujeres en situaciones especiales*. Recuperado de: https://www.juntadeandalucia.es/export/drupaljda/salud_5af95874e00ca_07_actuacion_situaciones_especiales.pdf
8. Consejería de Sanidad del Gobierno de Canarias (2023). *Protocolo de Atención Sanitaria a Menores Migrantes (infancia en movimiento)*. Recuperado de:

<https://www3.gobiernodecanarias.org/sanidad/scs/content/9c941af7-e00a-11ed-9fa3-c59472cce41e/AtencionSanitariaMenoresMigrantes.pdf>

9. Cortés, A., Día, J.A., Rivera, M., Muñoz, A. y Grupo de Trabajo de la SEPS. (2012). *Salud de los niños atendidos por el sistema de protección a la infancia: Acogimiento residencial, Acogimiento Familiar y Adopción. Guía para profesionales sanitarios y acogedores*. Sociedad Española de Pediatría Social. Recuperado de: https://www.researchgate.net/publication/235919308_Salud_de_los_ninos_atendidos_por_el_sistema_de_proteccion_a_la_infancia_Acogimiento_residencial_Acogimiento_Familiar_y_Adopcion_Guia_para_profesionales_sanitarios_y_acogedores
10. El Bazi, H. (2020). *Percepción de la salud de Menores Extranjeros no Acompañados*. Universidad Autónoma de Madrid. Recuperado de: <https://repositorio.uam.es/handle/10486/691435>
11. Fapmi, R. (2023). *Prevención y atención de la Mutilación Genital Femenina. Manual para profesionales en Andalucía*. Bienestar y Protección Infantil. Recuperado de: <https://bienestaryproteccioninfantil.es/prevencion-y-atencion-de-la-mutilacion-genital-femenina-manual-para-profesionales-en-andalucia/>
12. Folguera, Moya y Puerta Ruiz. (2022). *El procedimiento de determinación de la edad de los menores extranjeros no acompañados* | Uría Menéndez. Recuperado de: <https://www.uria.com/es/publicaciones/8028-el-procedimiento-de-determinacion-de-la-edad-de-los-menores-extranjeros-no-acomp>
13. García, R., González, E. (2007). *Manual de Atención Sanitaria a Inmigrantes*. Consejería de Salud, Junta de Andalucía. Recuperado de: <https://www.pauperez.cat/tematico/capitulos/manual-de-atencion-sanitaria-a-inmigrantes/>
14. González, A. P. M., & Gimeno, C. (2023). *Las niñas y adolescentes migrantes no acompañadas: un reto para el Sistema de Protección de Menores*. Dialnet. Recuperado de: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=9017095>
15. Iberley Información Legal, S.L. (s. f.-b). *Iberley. Contenido jurídico*. Recuperado de: <https://www.iberley.es/temas/la-salida-territorio-espanol-extranjeros-63072>
16. Igaleno. (2022). *Qué es una historia clínica y qué datos debe incluir*. Igaleno. Recuperado de: <https://www.igaleno.com/blog/que-es-historia-clinica/>
17. Macipe, R.M., Canadell, D., García, N. (2015). *FAPAP - Patología-importada-por-el-nino-viajero*. (s. f.). Recuperado de: <https://fapap.es/articulo/357/patologia-importada-por-el-nino-viajero>

18. Markez, I., & Pastor, F. (2010). *Menores Extranjeros No Acompañados (MENA): un colectivo especialmente vulnerable ante las drogas*. Dialnet. Recuperado de: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=3419593>
19. Rivera, M., del Moral, C., López, B., Núñez, A., García, M.L., Jiménez, R., Murcia, J., Gracia, A., Moreno, D., Garrido, A., Mármol, S., Andérica, G. (2019). *Guía para el examen de salud inicial de Menores Extranjeros No Acompañados (MENAs)*. Consejería de Salud y Familias. Recuperado de: <https://bienestaryproteccioninfantil.es/guia-para-examen-de-salud-inicial-de-menores-extranjeros-no-acompanados-menas/>
20. Rodríguez, J. (2022). *XLVIII Semana Médica Pediátrica: 'La pediatría, aquí comienza todo'*. Academia de Ciencias Médicas de Bilbao (ACMB). Recuperado de: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=8404352>
21. Ruiz, Pastor y Agüera. (2024). *Protocolo Andaluz para la Actuación Sanitaria ante la Violencia de Género, 4ª Edición*. Consejería de Salud y Consumo, Junta de Andalucía. Recuperado de: https://corazonessinmiedo.es/wpcontent/uploads/2024/05/2024_Protocolo_Andaluz_V_G.pdf
22. Servicio Canario de Salud, Gobierno de Canarias. (2021). *Recomendaciones para la Asistencia del menor de 15 años migrante africano asintomático*. Recuperado de: <https://canariasconvive.com/project/recomendaciones-para-la-asistencia-del-menor-de-15-anos-migrante-africano-asintomatico/>
23. Sesma, C. (2014). *Comparación de los procesos de intervención de Trabajo Social sanitario en el ámbito público y privado*. Universidad Pública de Navarra. Recuperado de: <https://academica-e.unavarra.es/handle/2454/16271>
24. Tourné, M., Tomás, A., Garnica, B., Molina, M., Rodríguez, E.M., Brando, I., Morales, R., Bastida, E., Martínez, M.J., Martínez, C., Adánez, G., Marín, P., Postigo, F., Flores, C., Campos, M.C., Ortiz, A., Ferrández, M.J. (2017). *Protocolo para la prevención y actuación sanitaria ante la Mutilación Genital Femenina en la región de Murcia*. Recuperado de: https://cendocps.carm.es/documentacion/2017_Resumen_protocolo_MGF_Murcia.pdf
25. United Nations. (s. f.). *Día Internacional de Tolerancia Cero con la Mutilación Genital Femenina Naciones Unidas*. Recuperado de: <https://www.un.org/es/observances/female-genital-mutilation-day>

9.2.Referencias legislativas.

1. BOE-A-1978-31229. *Constitución Española*. (s. f.). Recuperado de: <https://www.boe.es/buscar/act.php?id=BOE-A-1978-31229>
2. *DECRETO 42/2002, de 12 de febrero, del régimen de desamparo, tutela y guarda administrativa*. (s. f.). Recuperado de: <https://www.juntadeandalucia.es/boja/2002/20/5>
3. *Ley 1/1998, de 20 de abril, de los Derechos y la Atención al Menor*. (s. f.). BOE-A-1998-14944. Recuperado de: <https://www.boe.es/buscar/doc.php?id=BOE-A-1998-14944>
4. *Ley 26/2015, de 28 de julio, de modificación del sistema de protección a la infancia y a la adolescencia*. (s. f.). BOE-A-2015-8470 Recuperado de: <https://www.boe.es/buscar/act.php?id=BOE-A-2015-8470>
5. *Ley 4/2021, de 27 de julio, de Infancia y Adolescencia de Andalucía*. (s. f.). BOE-A-2021-13605. Recuperado de: <https://www.boe.es/buscar/act.php?id=BOE-A-2021-13605>
6. *Ley Orgánica 1/1996, de 15 de enero, de Protección Jurídica del Menor, de modificación parcial del Código Civil y de la Ley de Enjuiciamiento Civil*. (s. f.). BOE-A-1996-1069. Recuperado de: <https://www.boe.es/buscar/act.php?id=BOE-A-1996-1069>
7. *Ley Orgánica 4/2000, de 11 de enero, sobre derechos y libertades de los extranjeros en España y su integración social*. (s. f.). BOE-A-2000-544. Recuperado de: <https://www.boe.es/buscar/act.php?id=BOE-A-2000-544>
8. Organización de las Naciones Unidas (ONU). (1990). *Convención sobre los Derechos del Niño*. Recuperado de: <https://www.ohchr.org/es/instruments-mechanisms/instruments/convention-rights-child>
9. *Real Decreto 557/2011, de 20 de abril, por el que se aprueba el Reglamento de la Ley Orgánica 4/2000, sobre derechos y libertades de los extranjeros en España y su integración social, tras su reforma por Ley Orgánica 2/2009*. (s. f.-b). BOE-A-2011-7703. Recuperado de: <https://www.boe.es/buscar/act.php?id=BOE-A-2011-7703&tn=1&p=20240304>