



Universidad
Zaragoza

Trabajo Fin de Grado

Análisis de la opinión de Trabajadores/as Sociales
sobre la asistencia sanitaria y las barreras de las
personas migrantes

Analysis of the opinion of social workers about healthcare
and the barriers of immigrant populations

Autor/es

Lucia Morte Terren
Maya Lehsen

Director/es

Almudena Borobio Lázaro

Facultad de Ciencias Sociales y del Trabajo
Grado en Trabajo Social
2020-2021

Autora/as: Lucia Morte Terren y Maya Lehsen

Directora: Almudena Borobio Lázaro

Título: Análisis de la opinión de Trabajadores/as Sociales sobre la asistencia sanitaria y las barreras de las personas migrantes.

Titulación: Grado en Trabajo Social

RESUMEN

El objetivo principal de este trabajo es conocer la opinión de los profesionales del trabajo social sanitario, acerca del acceso a la asistencia sanitaria, y las barreras que se encuentran de entrada a este, y una vez dentro del sistema.

Para poder llevar a cabo nuestro proyecto de investigación, hemos encuestado a trabajadoras sociales sanitarias de los tres sectores sanitarios de la ciudad de Zaragoza. Asimismo, se ha realizado una búsqueda bibliográfica acerca de todo el marco legislativo por el que se mueve el colectivo migrante en nuestro país para acceder a la asistencia sanitaria, las barreras con las que se suelen encontrar este colectivo (culturales, idiomáticas...) cómo también la influencia de los determinantes sociales en salud y cómo abordar esto desde el trabajo social.

Palabras clave: migrantes, trabajo social, asistencia sanitaria, barreras y determinantes sociales en salud.

ABSTRACT

The principal objective of this project is to learn the sanitary social workers opinion about the access to public healthcare, and the barriers they face when entering and using public healthcare.

To complete our project we questioned sanitary social workers of the three sectors in Zaragoza. From this, we were able to perform a legislative bibliography to document how immigrant populations access our healthcare system, and the barriers they may encounter (e.g. different culture, languages). In addition, we examined how different social determinants affect these groups and their access to healthcare.

Key words: immigrants, social work, healthcare, barriers and social determinants in health.

INDICE

1. INTRODUCCIÓN.....	5
2. ANTECEDENTES Y JUSTIFICACIÓN	7
3. MARCO TEÓRICO	8
3.1 Legislación	8
3.2 Flujos migratorios.....	9
3.3 Sistema sociosanitario en España y Aragón.....	11
3.3.1 Marco histórico	11
3.3.2 Sistema de salud de España y Aragón.....	12
3.3.3 El trabajo social sanitario	12
3.4 BARRERAS DE ACCESO AL SISTEMA SANITARIO	13
3.4.1 Barrera idiomática	13
3.4.2 Barreras culturales	14
3.4.3 Problemas psicosociales.....	14
3.4.4 Formación de los profesionales sanitarios	15
3.4.5 Barreras de acceso y uso del Sistema Nacional de Salud.....	15
3.5 DETERMINANTES SOCIALES DE LA SALUD Y EL TRABAJO SOCIAL	16
4. METODOLOGÍA	19
4.1 Objetivos.....	19
4.2 Técnica de análisis de datos.....	19
4.3 Población objeto de estudio.....	20
4.4 Técnica de recogida de datos.....	20
5. RESULTADOS ENCUESTAS TRABAJADORAS SOCIALES SANITARIAS	21
5.1 Perfiles encuestados.....	21
5.2 Perfil de los pacientes que atienden y demandas.....	22
5.3 Tramitación asistencia sanitaria a migrantes	23
5.4 Barreras.....	23
5.5 Valoración general del servicio	24
6. CONCLUSIONES.....	25
7. BIBLIOGRAFÍA.....	27
ANEXO 1: Encuesta Trabajadoras Sociales Sanitarias.....	29
ANEXO 2: Dictamen favorable CEICA.....	30

INDICE DE TABLAS

Tabla 1. Edad y sexo de los participantes.....	21
Tabla 2. Tiempo ejerciendo y sexo de los encuestados	21
Tabla 3. Perfil de los pacientes	22
Tabla 4. Principales demandas de los pacientes.....	23
Tabla 5. Frecuencia tramitación asistencia sanitaria	23
Tabla 6. Barreras que las profesionales perciben del colectivo migrante	24
Tabla 7. Valoración general del acceso a la asistencia sanitaria del colectivo migrante.....	24

1. INTRODUCCIÓN

Nuestro Trabajo de Fin de Grado va a consistir en el análisis de la opinión de profesionales del Trabajo Social Sanitario, de los sectores Zaragoza I, II y III, sobre la asistencia sanitaria y las barreras de la población migrante (de acceso al sistema y una vez dentro del mismo).

El CEICA ,Comité de Ética de la Investigación de la Comunidad Autónoma de Aragón, ha realizado un dictamen favorable a nuestro proyecto de investigación: “Análisis de la opinión de Trabajadores/as Sociales sobre la asistencia sanitaria y las barreras de las personas migrantes”. Anexo II

Este proyecto va a aportar una perspectiva más acerca de la situación de las personas migrantes en Aragón, por ello hemos decidido investigar sobre la problemática que supone para la población migrante el poder acceder a una asistencia sanitaria, para aclarar dudas, pero sobre todo conocer las diferentes barreras a las que se enfrenta el colectivo migrante en cuanto al ámbito sanitario.

Con este proyecto de investigación queremos conocer la opinión de los/as profesionales del Trabajo Social Sanitario sobre las barreras del colectivo migrante en el sistema sanitario, barreras como la cultural, la idiomática o la burocrática y también sobre la asistencia sanitaria que reciben en nuestro país, concretamente en los tres sectores sanitarios de la ciudad de Zaragoza. Ya que consideramos que la experiencia de estos profesionales en este ámbito puede ser muy enriquecedora para nuestro proyecto de investigación y nos puede dar una perspectiva más sobre la población migrante y sus dificultades, esto nos va a ayudar a conocer mejor acerca de esta problemática.

Para ello hemos realizado una revisión bibliográfica acerca de los flujos migratorios en España, para conocer en profundidad los movimientos migratorios en nuestro país y observar cómo han ido evolucionando con el tiempo, y así poder contextualizar a la población migrante de nuestro país y comprenderla más para posteriormente analizar su situación actual.

Así mismo, hemos tenido que analizar todo el marco legislativo por el que se mueve este colectivo en España, tanto para regularizar su situación como para acceder a la Asistencia Sanitaria, procesos que como veremos más adelante, están íntimamente ligados. De este modo, hemos podido apreciar que son procesos muy complejos, añadiendo además las diferentes problemáticas que pueda tener el colectivo migrante como la barrera idiomática o la cultural, ya que en sus países de origen los procesos burocráticos pueden ser completamente diferentes o prácticamente inexistentes.

Hemos realizado encuestas a los/as profesionales del Trabajo Social de todos los sistemas sanitarios de Zaragoza, para así conocer cuál es la opinión de este grupo de profesionales acerca de la asistencia sanitaria y las barreras que tiene el colectivo inmigrante en la sanidad.

La principal hipótesis de nuestro proyecto de investigación es conocer el punto de vista de los/as profesionales del Trabajo Social Sanitario a través de encuestas, realizadas vía google FORM, y así poder conocer la opinión que tienen estos profesionales y evaluar nuestro objetivo del trabajo que es conocer si, sus pacientes, tienen o tuvieron dificultades en el acceso al sistema sanitario, relacionado con barreras como la idiomática, la cultural o la burocrática.

De esta investigación esperamos que los profesionales nos puedan contar su experiencia y el tipo de problemas, sí los tuvieron, a los que se enfrentaron sus pacientes migrantes cuando accedieron a la asistencia sanitaria.

En cuanto a los objetivos, los principales de nuestro proyecto de investigación son los siguientes:

- Conocer la legislación vigente y la anterior en cuanto a la asistencia sanitaria para migrantes.
- Describir la situación actual del acceso a la asistencia sanitaria para personas migrantes.
- Descripción general del sistema sanitario en España y Aragón.
- Conocer el Marco histórico del Trabajo Social Sanitario.
- Definir las principales dificultades y barreras del acceso a la asistencia sanitaria.
- Conocer la opinión de los profesionales del Trabajo Social Sanitario acerca del acceso a la asistencia sanitaria, y de las barreras que se encuentran de entrada a este.

En definitiva, con este proyecto de investigación el principal objetivo es conocer la opinión de los Trabajadores Sociales sanitarios sobre la asistencia y las barreras en la atención sanitaria a personas migrantes, concretamente en Zaragoza (Aragón), haciendo hincapié en las barreras de entrada al sistema y también una vez dentro, desde la perspectiva de los trabajadores sociales sanitarios de los sectores I, II y III, del servicio aragonés de la salud.

2. ANTECEDENTES Y JUSTIFICACIÓN

El derecho a la salud es un derecho fundamental de todo ser humano, así lo dice la Constitución de la Organización Mundial de la Salud. Para la OMS este derecho a la salud también incluye el acceso oportuno, aceptable y asequible a servicios de atención de salud de calidad suficiente, y que todas las personas deben poder ejercer el derecho a la salud sin ser discriminados por su raza religión u otra manera de discriminación.

Los flujos migratorios han sido motivados por múltiples causas tales como crisis económicas, guerras, desarrollo económico etc. Después de la II Guerra Mundial, Europa comenzó a recibir a miles y miles de personas provenientes de Asia, África y América, en cambio España después del Franquismo comenzó a recibir a un gran número de personas migrantes. (Cachón, 2001)

Actualmente según los datos publicados por el INE (2020), la población en Aragón es de 1.318.453 de personas, 1.169.729 son población española mientras que 148.724 son población inmigrante, es decir un 11,28% del total de la población aragonesa.

La población inmigrante ocupa un gran porcentaje no sólo en Aragón sino también en España, donde actualmente según datos del INE (2020), la población inmigrante es de 5 millones de personas, esto supone un 2,3 % de la población española.

La barrera idiomática es la barrera más evidente y el principal motivo de la mala comunicación entre las personas inmigrantes y los profesionales sanitarios. La gran mayoría de la población inmigrante no solo tiene la problemática de una gran barrera idiomática sino también un gran choque cultural en todos los aspectos de la vida diaria. El concepto de salud-enfermedad es diferente dependiendo de los valores y creencias de diferentes culturas, por ello los pacientes inmigrantes necesitan ayuda en el proceso de transición y relación con el profesional sanitario (Valiente, S. 2013).

Nosotras hemos tenido la oportunidad de realizar las prácticas del grado de Trabajo Social en el Centro de Salud de Fraga, esta es una población que recibe a muchas personas inmigrantes durante el año, ya que este territorio está caracterizado por ofrecer un gran número de puestos de trabajo en la recogida de la fruta. Por esta razón hemos decidido analizar esta problemática. Para ello hemos decidido entrevistar a los profesionales de trabajo social sanitario de Zaragoza (los tres sectores) a través de una encuesta, para conocer su opinión acerca de la asistencia sanitaria y las diferentes barreras con las que se encuentra este colectivo.

3. MARCO TEÓRICO

3.1 Legislación

La Constitución española de 1978 reconoce en su artículo 43 el derecho a la protección de la salud. En este mismo camino, la Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad, la cual ha consolidado el Sistema Nacional de Salud de nuestro país, dice en su artículo 1.2 que “son titulares del derecho a la protección de la salud y a la atención sanitaria todos los españoles y los ciudadanos extranjeros que tengan establecida su residencia en el territorio nacional”, en cuanto a la asistencia sanitaria para las personas extranjeras no registradas ni autorizadas tendrán garantizado el derecho a la asistencia sanitaria dependiendo de las leyes o convenios que estén establecidos.

En España la Ley Orgánica 4/2000, de 11 enero, sobre derechos y libertades de los extranjeros en España y su integración social reconoce en su artículo 12 el derecho de los extranjeros a la asistencia sanitaria en los términos previstos por la legislación vigente en materia sanitaria, lo que nos lleva a la Ley 16/2003, de 28 de mayo, cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud, en su artículo 3 aparecen los titulares del derecho a la protección a la salud y a la atención sanitaria, en el punto 1, del artículo 3, reconoce la asistencia sanitaria para extranjeros que tengan establecida su residencia en el territorio español. Para ello deben de tener residencia legal y habitual en territorio español y no tener la obligación de acreditar la cobertura obligatoria de la prestación sanitaria por otra vía. En su artículo 3 ter. habla de la asistencia sanitaria a personas extranjeras que no tengan su residencia legal en territorio español, este dice que “las personas extranjeras no registradas ni autorizadas como residentes en España tienen derecho a la protección de la salud y a la atención sanitaria en las mismas condiciones que las personas con nacionalidad española”. El artículo 3 de esta Ley fue modificado por el Real Decreto-Ley 7/2018, de 27 de julio, sobre el acceso universal al Sistema Nacional de Salud para garantizar la universalidad de la asistencia sanitaria en las mismas condiciones para todas las personas que se encuentren en el Estado Español.

Con la instrucción de 30 de abril de 2013, se formó el Programa Aragonés de Protección Social de la Salud Pública, el cual establece el procedimiento para recibir asistencia sanitaria para las personas que llevarán empadronadas 6 meses en Aragón y sin recursos económicos, la cual era muy estricta y dejaba fuera de la asistencia sanitaria a una gran cantidad de personas extranjeras.

Dos años más tarde llegó la instrucción de 7 de agosto de 2015, por la que se regula el acceso a la asistencia sanitaria en Aragón para las personas extranjeras sin recursos económicos suficientes ni cobertura de asistencia sanitaria del Sistema Nacional de Salud, en esta se reducía el número de meses empadronados, se bajó de 6 a 3 meses empadronados, también se simplificó el número de documentos para iniciar el procedimiento.

Resolución de 19 de noviembre de 2020, del director general de Derechos y Garantías de los Usuarios, complementaria a la anterior instrucción 1/2018, de la Consejera de Sanidad, relativa al procedimiento de acceso a la asistencia sanitaria universal para las personas extranjeras no registradas ni autorizadas como residentes en España.

Esta instrucción debido a las dificultades detectadas a la hora de acreditar el empadronamiento, de un periodo de 3 meses, de las personas solicitantes o también para acreditar la no exportación del derecho de cobertura sanitaria.

Los requisitos para poder iniciar el procedimiento son tener residencia legal y habitual en territorio español y no tener la obligación de acreditar la cobertura obligatoria de la prestación sanitaria por otra vía, como aparecen en el Real Decreto-Ley 7/2018.

Esta nueva instrucción es más flexible que la anterior ya que admite fotocopia de cualquier documento identificativo, aunque no esté en vigor.

En el caso de la falta del certificado de empadronamiento de 3 meses, será necesario un informe favorable de la trabajadora social, junto con algún documento que pruebe la estancia de más de 3 meses en la Comunidad Autónoma de Aragón, como por ejemplo la inscripción del colegio de hijos menores, registro de Servicios Sociales, pasaporte con sello de la fecha de entrada en España, etc.

En el caso de personas que no lleven el mínimo de 3 meses de estancia en Aragón y padezcan un grave problema de salud será necesario un informe del médico (del sistema público, privado o de una ONG) y de la trabajadora social.

En los casos de personas que necesiten la realización de una prueba PCR, originado por la pandemia de la Covid19, no se exigirá el empadronamiento y serán dados de alta en el BDU (base de datos de usuario) como "Orden Consejera".

Para mujeres embarazadas será necesario un informe médico o prueba evidente de estar embarazada. No se exigirá el periodo mínimo de 3 meses.

Para los menores deben de estar identificados y los progenitores deberán presentar el documento de filiación. No se exigirá el periodo mínimo de 3 meses.

A pesar de las nuevas legislaciones hay personas que se siguen quedando fuera de la asistencia sanitaria, véase el ejemplo de los familiares ascendientes reagrupados. Este colectivo debe acreditar medios económicos suficientes para atender sus necesidades, les conceden la reagrupación familiar con la condición de pagar un seguro sanitario.

En el actual RDL 7/2018 el cual regula la Asistencia sanitaria universal para las personas extranjeras no registradas ni autorizadas como residentes en España, en el ámbito del Sistema Sanitario Público de Aragón, en su artículo 3.1 dice que las personas extranjeras no registradas ni autorizadas como residentes en España tienen derecho a la protección de la salud y a la atención sanitaria en las mismas condiciones que las personas con nacionalidad española. Esta asistencia es con cargo a los fondos públicos siempre que se cumplan una serie de requisitos, estos son:

- No tener la obligación de acreditar la cobertura obligatoria de la prestación sanitaria por otra vía.
- No poder exportar el derecho de cobertura sanitaria desde su país de origen.
- No existir un tercero obligado al pago.

También se quedan fuera de la asistencia sanitaria las personas sin permiso de residencia y con un periodo inferior a 90 días de empadronamiento, en estos casos solo serán atendidos menores, embarazadas y casos de urgencia. Cuando el alta médica sea con carácter de urgencia esta finalizará cuando se obtenga la baja médica por dicha enfermedad o situación médica.

Quien no tenga derecho a asistencia sanitaria podrá recibirla, pero tendrá que pagar los servicios que se le han prestado.

3.2 Flujos migratorios

Europa, un continente que hasta después de la II Guerra Mundial, desconocía por completo el término de la inmigración. 1960-1973 fueron unos años que marcaron el antes y después del continente europeo, este

tuvo un desarrollo económico e histórico destacable. Los países europeos que destacaron por el desarrollo de las masivas migraciones por motivos laborales fueron los estados de Francia, Suecia, Luxemburgo, Bélgica y Suiza. *Santiago (2020)*.

Europa pasó por 3 mutaciones diferentes como indica Cachón (2001). La primera mutación surgió cuando población de Turquía y *El Magreb* (Marruecos, Argelia, Túnez...), emigraron a Europa debido al crecimiento económico de los países europeos centrales y la alta demanda de mano de obra poco cualificada. Vilar (2000), señala que los países europeos centrales absorbieron parte de las migraciones laborales debido al conflicto estructural demográfico derivado por un descenso de la natalidad y creciente necesidad de mano de obra para cubrir puestos de menor cualificación con el fin de mantener los elevados niveles de productividad económica.

La segunda mutación surgió a mitades de los años 70 durante la crisis económica, es en este momento cuando surge el término de "sedentarización" según Cachón (20001). Esto supone el asentamiento de la población inmigrante, lo cual antes era un asentamiento temporal pasa a ser un asentamiento permanente a consecuencia de las políticas restrictivas. La población inmigrante de Europa vive con el miedo a salir del país y no poder entrar de nuevo, es en este momento cuando se disparan las solicitudes de reagrupamiento familiar.

La tercera mutación surge a consecuencia del "sistema migratorio europeo" a mitades de los años 80 como señala Cachón (20001). Esto cambia por completo el destino de los inmigrantes magrebíes y procedentes de Turquía, los países europeos del sur (España, Italia, Grecia y Portugal), pasan a ser los receptores de la población inmigrante debido a la proximidad de los países emisores, los lazos históricos que comparten y el crecimiento económico de los países europeos.

Tras asentarse un número elevado de población inmigrante en Europa, estos movimientos migratorios no llegan a España hasta mediados de los años 80. España pasó de ser un país de emigración a tener un saldo positivo de flujo migratorio. Antes y durante la etapa Franquista, España destacaba por el número de población española que emigró al continente americano, europeo o africano. Cachón (20001), señala 3 etapas importantes de movimientos migratorios internacionales.

- Primera etapa (1985): La tasa de inmigración en España era de un 65% europeos, 18% latinos, 7% americanos y menos de un 10% de Asia y África. La razón por la que esta población se asentaba en España era por razones políticas, dictaduras latinoamericanas y expulsión del país de origen. *Cachón (20001)*.
- Segunda etapa (1986-1999): Surge la "nueva inmigración", está comienza a transformar la inmigración en un hecho social. Está nueva inmigración, denominada por esta manera por las nuevas zonas de origen (Marruecos en los años 80, Asia y Europa del Este en los años 90), nuevas culturas en España, nuevas religiones (Islam), rasgos fenotípicos, motivaciones económicas y existencia de un efecto llamada desde el mercado de trabajo español y sobre todo denominada nueva inmigración por el gran número de personas que vienen completamente solas a España. *Cachón (20001)* indica que esta nueva inmigración supone efectos muy importantes en la estructura social y en las actitudes de la población española.
- Tercera etapa (2000): Este nuevo siglo supone la nueva fase migratoria, ya más de un 2,5% de la población española es inmigrante. La motivación para emigrar a España va cambiando, ya no sólo emigran por temas laborales ocupando puestos de trabajo no cualificados, sino que ahora surgen nuevas vías como la educación, la formación para puestos de trabajo de mayor cualificación. *Cachón (20001)*.

España tuvo el mayor volumen de flujo migratorio a finales de los 90 y principios del siglo XXI. Esto motivado por el despegue económico español, como indica *Santiago (2020)*, desde 1995 hasta 2004 hubo un desarrollo de sectores como la construcción y los servicios. El principal aliciente para la población inmigrante fue el aumento de la tasa de ocupación laboral, y la calidad de vida superior a la de sus países de origen. En cambio, una vez llegado el año 2008, la recesión económica provoca el estallido de la burbuja inmobiliaria y la destrucción de empleo. La población notablemente más afectada fue la población inmigrante, esto llevó al retorno de estos a sus países de origen provocando el descenso en los flujos migratorios en España.

En cuanto a la situación de Aragón, esta se encontraba igual que el resto de España, Aragón ha ido recibiendo a población inmigrante sobre todo a finales de los años 90. Desde Comisiones Obreras de Aragón (2020), confirman que el flujo migratorio en Aragón durante los años 90 hasta el año 2009 fue bastante significativo, pero una vez estalla la crisis económica en 2008 este se desploma, y el flujo migratorio se vuelve constante hasta 2016.

La crisis económica fue una de las principales causas del saldo negativo en los flujos migratorios de Aragón, mucha población inmigrante abandonó Aragón y España al igual que bastante población aragonesa/española.

Aunque desde 2017 la inmigración en Aragón experimenta una progresiva recuperación dando lugar a saldos positivos según señalan *Comisiones Obreras de Aragón*. En 2019 aumenta la población extranjera en Aragón hasta un 9,43%.

Actualmente según los datos publicados por el INE (2020), la población en Aragón es de 1.318.453 de personas, 1.169.729 son población española mientras que 148.724 son población inmigrante, es decir un 11,28% del total de la población aragonesa.

El hecho de que Aragón actualmente es un lugar de residencia atractivo ya que ofrece mejores oportunidades laborales y económicas para la población inmigrante, justifica la alta tasa de población inmigrante en esta Comunidad Autónoma. Comisiones Obreras de Aragón (2020), señalan la importancia de la población inmigrante en Aragón, sobre todo sabiendo que uno de los problemas más significativos de Aragón es la baja tasa de fecundidad y el elevado envejecimiento, el INE menciona que la población inmigrante se está convirtiendo en un revulsivo para hacer frente a los problemas de envejecimiento y sostenimiento de los sistemas de bienestar.

3.3 Sistema sanitario en España y Aragón

3.3.1 Marco histórico

El sistema sanitario español, se lleva planteando una evolución hacia delante relativamente característica. Según Espejo (1989), el nacimiento de 3 piezas básicas del sistema, dependen de: La beneficencia, la sanidad nacional y la seguridad social. La actividad administrativa de la beneficencia viene a recoger una dinámica que ya se encontraba en las instituciones sociales y de particulares. Espejo (1989) indica que, con la Beneficencia, la administración pública pretendía montar un mecanismo de asistencia a los indigentes, dando por supuesto que aquellos que no fuesen indigentes tenían que abonar una cantidad económica de su propio patrimonio para poder acceder al sistema sanitario. Dentro de esta asistencia a la salud del indigente, nace la gratuidad absoluta para este colectivo. (Espejo, 1989).

El sistema sanitario, se ha ido conformando a base de el montaje y desarrollo del sistema de seguridad social llevaría a integrar en su seno los distintos seguros que habían ido naciendo desde finales del siglo XVIII, Espejo (1989) indica que, a base de este montaje, el sistema pretende proporcionar una asistencia curativa a la colectividad en su conjunto.

Por ello el nacimiento de estas 3 piezas (La beneficencia, el sistema sanitario y la seguridad social), tiene la finalidad de proteger a diferentes colectivos.

El sistema nacional español, planteó una evolución hacia delante relativamente característica. Como indica Espejo (1989), el nacimiento de tres piezas básicas del sistema, marcaron un antes y un después en la sanidad española, estas son: La beneficencia, la Sanidad Nacional y la Seguridad Social. Con la actividad administrativa de Beneficencia se viene a recoger una dinámica que ya se encontraba en instituciones sociales y de particulares.

3.3.2 Sistema de salud de España y Aragón

El ministerio de Sanidad y consumo de España define el Sistema Nacional de Salud (SNS) como el marco de garantías generales para para la protección a todas las personas y persigue la superación de los desequilibrios territoriales y sociales. La gestión sanitaria en su más amplio concepto se establece a través de un modelo descentralizado en las Comunidades Autónomas, en consonancia con el modelo político constitucional y entendiendo que en cada ámbito concreto es posible atender con mayor adecuación y rentabilidad social las necesidades de la población.

El SNS se organiza en dos niveles asistenciales, complementarios y corresponsales de la atención al ciudadano, tanto sano como si padece de alguna enfermedad.

En cuanto al Sistema sanitario de Aragón, según el Ministerio de sanidad y consumo de España, el departamento de Salud y Consumo es el órgano de la Administración de la Comunidad Autónoma de Aragón. Bajo la subdirección del Consejero, se estructura en los siguientes órganos directivos centrales:

- Secretaría General Técnica.
- Dirección General de Planificación y Aseguramiento.
- Dirección General de Salud Pública.
- Dirección General de Consumo.

Aragón se compone de distintas áreas sanitarias tales como el Área I, II, III, IV y V, según el Ministerio de Sanidad y Consumo de España. Dentro de los diferentes sectores sanitarios aragoneses la provisión de sus servicios según el Ministerio de Sanidad y Consumo de España, son: Atención primaria, especializada, salud mental y sociosanitaria.

3.3.3 El trabajo social sanitario

El Trabajo Social Sanitario nació vinculado a la ciencia médica, tal como indica Osler (2013). Esto también indica cómo el Trabajo Social Sanitario se caracteriza por facilitar una asistencia directa basándose en el contacto personal, en la comprensión y el soporte emocional de las personas que pasaban por un proceso de enfermedad y a sus familiares, mediante un trabajo de ayuda para la re-ubicación de sus circunstancias

personales y familiares debido a los cambios sufridos, como consecuencia de la enfermedad o la muerte. (Osler, 2013)

Osler (2013), menciona la primera escuela de Trabajo Social en Barcelona, esta impulsada por un médico, Doctor Roviralta en 1932. Por ello es importante hacer mención a la relación del Trabajo Social con la ciencia médica y al nacimiento del Trabajo Social sanitario. En la década de los 50, Osler (2013), señala la aparición de los Servicios de Asistencia Social en los hospitales, sobre todo en la década de los 80 con la reforma psiquiátrica, esto supone un impulso importante para el Trabajo Social sanitario en los diferentes servicios de salud mental. Esto incluye a los Trabajadores Sociales sanitarios, dentro de los equipos multiprofesionales de salud mental, validados científicamente, que el tratamiento social ejerce sobre estos enfermos y sus familiares. (Osler, 2013).

La presencia de Diplomados en Trabajo Social en equipos multiprofesionales que actúan en el ámbito de la salud, ha ido en aumento, desde hace casi un siglo como indica Osler, (2013). También hace mención especial a un hito histórico fundamental, el año 1978, este año la Organización Mundial de la Salud (OMS), en la declaración de Alma Ata, adopta un cambio en el concepto de salud y deja de entender esta como la ausencia de enfermedad como para definirla como el “bienestar físico, psíquico y social”. Esto supuso nuevos paradigmas en la atención a la salud de las personas e incluyó el Trabajo Social como la profesión de referencia para la parte social de esta nueva concepción de la salud. (Osler,2013).

3.4 BARRERAS DE ACCESO AL SISTEMA SANITARIO

El derecho a la salud es un derecho fundamental de todo ser humano, así lo dice la Constitución de la Organización Mundial de la Salud. Para la OMS este derecho a la salud también incluye el acceso oportuno, aceptable y asequible a servicios de atención de salud de calidad suficiente, y que todas las personas deben poder ejercer el derecho a la salud sin ser discriminados por su raza religión u otra manera de discriminación.

La población española es de más de 47 millones, de esos, más de 5 millones es población inmigrante (encuesta INE), por lo que esta es una gran parte de la población española. A pesar de vivir un gran número de inmigrantes en España estos se encuentran con diferentes barreras a la hora de acceder al sistema sanitario.

3.4.1 Barrera idiomática

La barrera idiomática es la barrera más evidente y el principal motivo de la mala comunicación entre las personas inmigrantes y los profesionales sanitarios. Los profesionales se pueden formar en las enfermedades de estos colectivos, pero aun así sin una correcta comunicación entre ellos la atención no se puede dar correctamente. (Valverde et al, 2013)

Algunas de las problemáticas que se pueden encontrar los profesionales sanitarios a la hora de realizar una buena atención sanitaria a pacientes inmigrantes que tienen una gran barrera idiomática es la falta de tiempo en las consultas ya que hace que estas sean de mayor lentitud en la comunicación y comprensión. Esto conlleva no solo mal entendimiento de la enfermedad sino también una problemática a la hora de pautar medicación y así continuar con un buen tratamiento (Valiente, S. 2013).

Para poder paliar los efectos de esta barrera idiomática es necesario dotar a los profesionales y a los pacientes de instrumentos y estrategias, o materiales en diversos idiomas, servicios de traducción o por ejemplo mediadores culturales, como también el aumento de trabajadores sociales en materia de inmigración (Vázquez, Terraza, Vargas, 2010).

Como conclusión la barrera idiomática entre profesionales sanitarios y pacientes inmigrantes supone para el colectivo una desventaja a la hora de recibir este derecho fundamental, ya que debido a la incompreensión del problema o enfermedad Deteriora la calidad de la atención sanitaria Recibida y por lo tanto influye de manera negativa en el estado de salud de este colectivo colocándolos en una clara desventaja (Valiente, S. 2013).

3.4.2 Barreras culturales

La cultura es algo que influye a todo ser humano, es por eso por lo que en España debido a la gran diversidad cultural es necesario hacer frente a esta barrera, no solo en el ámbito de la salud sino en todos los aspectos (Castro 2007).

El concepto de salud-enfermedad es diferente dependiendo de los valores y creencias de diferentes culturas, por ello los pacientes inmigrantes necesitan ayuda en el proceso de transición y relación con el profesional sanitario. Nuestro concepto de medicina occidental es biomédico por lo que no tiene una comprensión completa de la enfermedad ya que se suelen tratar a la enfermedad y no al enfermo (Valiente, S. 2013).

También debemos comprender que, dependiendo de la cultura, no pueden tocar los cuerpos durante un examen médico o no está bien visto contar a una tercera persona tus problemas, esto añadido con una gran barrera idiomática hace que la asistencia sanitaria a personas inmigrantes se convierta en algo muy complejo. Es por ello que se debería formar al personal sanitario para poder ayudar de forma correcta a todos sus pacientes independientemente de su origen (Hernández, Santaolaya, & Campos, 2012).

3.4.3 Problemas psicosociales

La enfermedad no tenemos que verla únicamente como una causa biológica, sino que también es debido a factores externos individuales como el estilo de vida, la dieta o la cultura, y también a factores ambientales como las desigualdades sociales, peores condiciones higiénicas o la precariedad laboral (Giddens, 2006).

Muchas personas que emigran suelen sufrir lo que llamamos duelo migratorio, este duelo suele ocurrir por razones como la nostalgia, preocupación, estrés social, por no poder realizar los planes que tenían con su proyecto migratorio o también por frustración en la adaptación cultural. (De la Revilla, De los Ríos, De Dios, Valverde, & López, 2011).

Hay personas inmigrantes que llegan a España con su situación regularizada, pero muchos de estos residen en España en una situación irregular, por lo que aumenta la amenaza de expulsión, precariedad laboral, y demás dificultades que puedan tener para lograr una vida digna (Roca & Vega, 2009).

Los inmigrantes se suelen encontrar con una oferta laboral limitada y que además esta suele ser en condiciones de precariedad y vulnerabilidad social (Agudo et.al 2009).

3.4.4 Formación de los profesionales sanitarios

La sanidad podría actuar como un mecanismo para debilitar la gran mayoría de consecuencias ocasionadas por las desigualdades sociales, por esto es muy importante que los profesionales sanitarios estén formados y tengan una buena actitud a las personas inmigrantes. (Hernández, Santaolaya, Campos, 2012).

El colectivo migrante puede comprender el concepto de salud y el de enfermedad de manera muy distinta a nosotros, es por esto que los profesionales de la sanidad tienen que estar formados para poder atender correctamente a este colectivo y más en una sociedad tan multicultural como la que es hoy en día. (Aguilar & Mascort, 2008).

Debemos comprender que la interacción de los profesionales con sus pacientes es muy importante y en el caso del colectivo inmigrante suele ser muy diferente a la de sus países de origen, el concepto de enfermedad difiere en según el país por eso los profesionales sanitarios deben estar formados para conocer las diferentes enfermedades y sobre todo cómo tratar correctamente con todos sus pacientes. (Hernández, Santaolaya, Campos, 2012).

3.4.5 Barreras de acceso y uso del Sistema Nacional de Salud

El sistema no proporciona ninguna información clara sobre sus derechos ni sobre la cartera de servicios sanitarios, lo que es un motivo por el cual el colectivo migrante no está correctamente informado (De la Fuente, 2009).

El uso de nuestro sistema de salud se hace muy complicado para los inmigrantes ya que desconocen su funcionamiento y esto conlleva a que, sobre todo al principio, cambia el tiempo de respuesta ante sus problemas de salud. Según un estudio de 51 migrantes (Bas-Sarmiento et al, 2015) cuando llegan al país de acogida queda reflejado un claro desconocimiento de todo el sistema sanitario.

Para lograr hacer más accesible la sanidad para este colectivo sería necesario la difusión de folletos informativos que aclaren la información, mejorar la comunicación con estos y simplificar la burocracia (Terraza, Vargas, Rodríguez, Lizana, & Vázquez 2010).

3.5 DETERMINANTES SOCIALES DE LA SALUD Y EL TRABAJO SOCIAL

Según el modelo de Dahlgren y Whitehead (1991), las inequidades en salud son debidas a las interacciones entre diferentes causalidades, algunas pertenecientes al individuo o desde otras a comunidades, culturales, socioeconómicas o medioambientales.



Modelo de determinantes de la salud (Dahlgren y Whitehead, 1991).

En el centro de este modelo conceptual, como núcleo, se encuentran los factores biológicos (edad, sexo, factores hereditarios...), que influyen en nuestra salud.

El siguiente, o primer nivel están los factores de estilos de vida individual, es decir, hábitos como el tabaquismo o alcoholismo. Estos tienden a tener más prevalencia en los grupos en los que sus condiciones socioeconómicas son más vulnerables.

En el segundo nivel nos encontramos las redes sociales y comunitarias, estas son las interacciones sociales o los estilos de vida de cada individuo. En el tercer nivel están los factores que se relacionan con las condiciones de vida y del trabajo, las malas condiciones de la vivienda, y que limitan el acceso a la asistencia sanitaria.

Finalmente, en el cuarto nivel aparecen las condiciones generales, socioeconómicas, culturales y medioambientales que influyen directamente en la vida de los individuos y que favorecen la estratificación social.

Este modelo tiene su utilidad para visualizar los problemas estructurales y así poder usar mecanismos para mejorar las condiciones de vida y también las condiciones laborales con estrategias de Salud Pública.

En cuanto a los determinantes estructurales de la salud estos son el contexto social, económico y político, así como otras condiciones que provocan posiciones socio económicas, es decir, las clases sociales.

Hay unos determinantes de la estratificación socioeconómica y son los factores sociales de las inequidades en salud.

Esto es determinante o factores generan oportunidades entre los grupos sociales punto las posiciones socioeconómicas se traducen posteriormente en el estado de salud individual de las personas.

Por ejemplo, en una investigación realizada en el País Vasco acerca de los determinantes sociales en la salud de los hijos de personas migrantes han obtenido como resultado que los/las hijas de migrantes tienen un peor estado de salud, y mayor prevalencia a la obesidad, y como norma general viven en hogares con mayores dificultades socioeconómicas. Este estudio demuestra que aun ajustándose las categorías por clase social o nivel educativo los hijos de personas migrantes siguen existiendo estas diferencias. (González-Rábago. Y y Martín. U, 2017).

“Los trabajadores sociales sanitarios en particular, transformamos conocimientos en servicios que ayudan a las personas a afrontar dificultades, adversidades y problemas. Investigamos realidades, las analizamos, las diagnosticamos y contribuimos a su mejora. La transformación de conocimientos y teorías en servicios se centra en los aspectos psicosociales de las personas enfermas o relacionadas con la enfermedad, y de las que se encuentran en riesgo de enfermar. Las personas a las que dirigimos los servicios son parte activa del servicio y participan activamente de su propia recuperación y mejora de la autonomía psicosocial.” Colom, D.

Los/as trabajadores/as sociales juegan un papel muy importante en la intervención tanto social como médica de este colectivo migrante. Por ello es fundamental tener en cuenta los determinantes sociales que pueden afectar a este colectivo. (González-Rábago. Y y Martín. U, 2017).

Desde el Gobierno de Aragón han elaborado una guía para la atención sanitaria de personas migrantes (dirigida a profesionales sociosanitarios). En ella explican las recomendaciones a tener en cuenta con los determinantes sociales de las personas migrantes a la hora de intervenir con ellas.

Algunos de ellos son que la gran mayoría del colectivo migrante ha sufrido duelo migratorio este consiste en una elaboración de pérdida de los vínculos con el país de origen de la persona migrante y con qué recursos o estrategias utiliza para su correcta adaptación Achotegui, J. (2008).

Como ya hemos señalado antes las determinadas situaciones del individuo conllevan a una mejor o peor salud de las personas, en este caso los determinantes sociales en salud de las personas migrantes suelen estar acompañados de una mala situación económica, inestabilidad laboral y también problemas como la falta de papeles para regularizar su situación.

Las personas migrantes suelen tener mucha resiliencia, según la RAE capacidad de adaptación de un ser vivo frente a un agente perturbador o un estado o situación adversos, lo que les ayuda a salir adelante con sus propios medios.

En la guía del Gobierno de Aragón 2021 para la atención de personas migrantes o de origen extranjero dirigida a profesionales sociosanitarios muestra algunos aspectos que conviene tener en cuenta antes de intervenir con pacientes migrantes, como por ejemplo que suelen tener un alto grado de desconfianza inicial, también tienen muchos sentimientos negativos, ansiedad, confusión y no suelen retener mucho lo que se les comunica.

Para realizar una buena intervención con este colectivo el Gobierno de Aragón da una serie de pautas, algunas de ellas son:

- Conocer en profundidad la percepción del paciente migrante de su problema o situación.
- Conocer su entorno.
- Garantizar la confidencialidad.
- Fomentar la coordinación con los diferentes profesionales para dar una correcta atención.
- Tener en cuenta situaciones como la mutilación genital, trata, prostitución, etc.
- Mostrarse disponible.

4. METODOLOGÍA

Para poder estudiar y analizar de manera objetiva nuestro proyecto de investigación debemos partir del método científico. El método científico es "un proceso sistemático por medio del cual se adquieren conocimientos objetivos del mundo" (Pereda, 1987, p. 30). Se trata de un proceso involucrado en la actividad investigadora, que se orienta a describir, explicar, predecir y controlar los fenómenos.

A continuación, vamos a explicar la metodología utilizada para la realización de nuestro proyecto de investigación, el cual consiste en el análisis de la opinión de Trabajadores Sociales de los tres sectores sanitarios de Zaragoza. Para ello el instrumento de medición utilizado para la recogida de los datos ha sido la encuesta. Detallaremos cómo se ha seleccionado la muestra y el tamaño de esta, finalmente analizaremos la clasificación de las variables, y las técnicas utilizadas para su análisis.

La metodología cuantitativa, según Alvira (1983), es la más adecuada para la contrastación y justificación de hipótesis, la medición numérica y el análisis estadístico. De esta manera podemos establecer patrones de comportamiento y probar teorías. Las herramientas que hemos utilizado para el análisis de nuestros datos con el método cuantitativo son las matemáticas y la estadística, ya que con tablas o gráficos podemos organizar y comparar correctamente los datos obtenidos.

4.1 Objetivos

En cuanto a los objetivos, los principales de nuestro proyecto de investigación son los siguientes:

- Conocer la legislación vigente y la anterior en cuanto a la asistencia sanitaria para migrantes.
- Describir la situación actual del acceso a la asistencia sanitaria para personas migrantes.
- Conocer el sistema sanitario en España y Aragón ¿?.
- Conocer el Marco histórico del Trabajo Social Sanitario ¿?.
- Describir la situación actual del acceso a la asistencia sanitaria para personas migrantes.
- Definir las principales dificultades y barreras del acceso a la asistencia sanitaria.
- Conocer la opinión de los profesionales del Trabajo Social Sanitario acerca del acceso a la asistencia sanitaria, y de las barreras que se encuentran de entrada a este.

4.2 Técnica de análisis de datos

La investigación va a ser de tipo descriptiva, ya que nuestro principal objetivo es querer comprender la realidad registrando, definiendo y clasificando nuestro objeto de estudio, la opinión de los profesionales del Trabajo Social Sanitario sobre la asistencia sanitaria, y las barreras que se encuentra la población migrante durante el proceso. Esto lo vamos a llevar a cabo mediante la investigación cuantitativa ya que vamos a analizar la realidad mediante un instrumento de medición, tal como la encuesta, para así recolectar todos los datos posibles de nuestra muestra de estudio, las encuestas se realizarán principalmente vía google FORM.

Según García (1979, pág. 54-55), la encuesta se define como, "una técnica que utiliza un conjunto de procedimientos estandarizados de investigación mediante los cuales se recoge y analiza una serie de datos de una muestra de casos representativa de una población o universo más amplio, del que se pretende explorar, describir, predecir y/o explicar una serie de características".

4.3 Población objeto de estudio

Los participantes serán los profesionales de Trabajo Social Sanitario de los tres sectores de Zaragoza. Para realizar nuestro análisis necesitaremos datos personales de estos como la edad y el sexo, por ello va a ser necesario que nos den su consentimiento, el cual estará incluido en la encuesta de google FORM aprobado por el gerente de la Universidad de Zaragoza para el tratamiento de datos.

4.4 Técnica de recogida de datos

El instrumento que utilizaremos para la medición de los datos será la encuesta esta será vía google FORM. El objetivo principal de esta encuesta es conocer la opinión de los profesionales del Trabajo Social Sanitario acerca de la asistencia sanitaria del colectivo migrante y las barreras que se encuentran durante el proceso.

Los participantes serán los profesionales de Trabajo Social Sanitario de los tres sectores de Zaragoza. Para realizar nuestro análisis necesitaremos datos personales de estos como la edad y el sexo, por ello va a ser necesario que nos den su consentimiento, el cual estará en en la encuesta de google FORM, así como la autorización del Gerente de la Universidad de Zaragoza, el cual ha aprobado nuestro proyecto de investigación.

Una vez aprobadas las encuestas, se ha procedido al envío de estas a todos los coordinadores de los Centros de Salud/Hospitales de los tres sectores de la ciudad de Zaragoza dirigidos a la Unidad de Trabajo Social para que las encuestas lleguen a los profesionales del Trabajo Social Sanitario de Zaragoza.

Las encuestas de los profesionales aparecen en los Anexos.

5. RESULTADOS ENCUESTAS TRABAJADORAS SOCIALES SANITARIAS

Con las encuestas a profesionales del trabajo social sanitario queremos conocer su opinión acerca de la asistencia y las barreras que tiene la población migrante en la asistencia sanitaria.

A continuación, vamos a analizar los resultados obtenidos en las encuestas. Estos resultados se van a mostrar en diferentes apartados, estos son; el perfil de los encuestados, el perfil de los pacientes que atienden las trabajadoras sociales sanitarias, la tramitación de asistencia sanitaria a migrantes, las barreras que perciben estas profesionales del trabajo social sanitario en la asistencia sanitaria al colectivo migrante tanto de entrada como ya dentro del sistema y la valoración general que realizan las profesionales acerca de este servicio sanitario.

5.1 Perfiles encuestados

Para analizar el perfil de los encuestados hemos recabado datos básicos como la edad o el sexo. De todo ello hemos obtenido que todas las profesionales del trabajo social sanitario encuestas, de los tres sectores sanitarios de Zaragoza han resultado ser mujeres, desde los 44 a los 64 años.

Edad	Mujer	Total general
De 44 a 48 años	13,6%	13,6%
De 49 a 53 años	22,7%	22,7%
De 54 a 58 años	40,9%	40,9%
De 59 a 63 años	18,2%	18,2%
Más de 64 años	4,5%	4,5%
Total general	100,0%	100,0%

Tabla 1. Edad y

participantes

sexo de los

Como se puede observar en el primer gráfico y la primera tabla, con lo respecta a la edad, el 13,6% tiene de 44 a 48 años, el 22,7% tiene de 49 a 53 años, el 40,9% tiene de 54 a 58 años, el 18,2% tiene de 59 a 63 años y por último el 4,5% tiene más de 64 años.

Tiempo ejercido	Mujer	Total general
De 1 a 5 años	18,2%	18,2%
De 12 a 17 años	13,6%	13,6%
De 18 a 23 años	9,1%	9,1%
De 24 a 29 años	9,1%	9,1%
De 30 a 35 años	45,5%	45,5%
De 6 a 11 años	4,5%	4,5%
Total general	100,0%	100,0%

Tabla 2. Tiempo ejerciendo y sexo de los encuestados

Por otro lado, hemos podido observar que, en cuanto al tiempo ejercido como Trabajadoras Sociales sanitarias, el tiempo ha variado para algunas de las profesionales. Basándonos en los datos recogidos en las encuestas, en la figura 3 y tabla 2 muestran que el 18,2% de las profesionales encuestadas lleva ejerciendo de 1 a 5 años, un 13,6% de 12 a 17 años, un 9,1% de 18 a 23 años, un 9,1% de 24 a 29 años, un 45,5% de 30 a 35 años y finalmente un 4,5% de 6 a 11 años.

Un gran número de las profesionales encuestadas han ejercido como Trabajadoras Sociales sanitarias durante más de 30 años, como se puede observar en la figura 3 un 45,5% de las profesionales encuestadas llevan entre 30 y 35 años trabajando como trabajadoras sociales, es gracias a esta información hemos podido contar con la opinión de profesionales que han ido experimentando el cambio en la sanidad española con lo que respecta a la población migrante, sobre todo en materia de legislación, como ya vimos en el apartado anterior en materia de legislación para el colectivo migrante ha sido muy cambiante con una clara mejoría en la facilitación del acceso a este colectivo al sistema sanitario.

En lo que respecta a las vías de acceso por las cuales acceden los pacientes, el 100% de los pacientes según las profesionales encuestadas, acceden a la Unidad de Trabajo Social por derivación de otros profesionales o entidades o por la demanda del propio paciente.

5.2 Perfil de los pacientes que atienden y demandas

Tipo de pacientes	Mujer	Total general
Familiares cuidadores	5%	5%
Hospitalizados	5%	5%
Personas mayores	45%	45%
Problemas sociales y de salud	14%	14%
Salud mental	5%	5%
Todo tipo	23%	23%
Vulnerabilidad social	5%	5%
Total general	100%	100%

Tabla 3. Perfil de los pacientes

Al realizar las encuestas a todas las profesionales del Trabajo Social Sanitario de los tres sectores sanitarios de Zaragoza, hemos obtenido un perfil de pacientes muy variado. Aun así, el principal paciente que atienden las trabajadoras sociales sanitarias con un 45% son personas mayores. Con un 23% las trabajadoras sociales atienden en sus consultas a pacientes de todo tipo sin hacer hincapié en ningún colectivo.

El siguiente colectivo al que más atienden estas profesionales de trabajo social sanitario son personas con problemas sociales y de salud. Por lo que ninguna de estas profesionales hace especial mención al colectivo migrante.

A continuación, detallaremos las principales demandas que solicitan los diferentes colectivos.

DEMANDAS	Suma de PARTICIPANTES
Cuidados al alta	10,3%
De todo tipo	6,7%
Información recursos	37,5%
Recursos económicos	20,2%
Recursos personas mayores	22,5%
Valoración social	2,8%
Total general	100,0%

Tabla 4. Principales demandas de los pacientes

Como podemos observar en la tabla la demanda principal que solicitan los pacientes es la información de recursos con un 37,5%. En relación con el perfil de pacientes a los que atienden que son para un 45% de las trabajadoras sociales personas mayores van en consonancia con las demandas ya que un 22,5% dicen que las principales demandas son recursos para personas mayores como el SAD (Servicio de Atención al Domicilio), teleasistencia o recursos de residencia. La siguiente demanda más solicitada según las trabajadoras sociales sanitarias encuestadas son las de recursos económicos con un 20,2%.

5.3 Tramitación asistencia sanitaria a migrantes

Debido a la nueva Resolución de 19 de noviembre de 2020, del Director General de Derechos y Garantías de los Usuarios, relativa al procedimiento de acceso a la asistencia sanitaria universal para las personas extranjeras, las trabajadoras sociales dejan de tramitar la asistencia sanitaria para extranjeros y ahora pasa directamente al servicio de admisión, por lo que las trabajadoras sociales solo se ven involucradas en este proceso de manera excepcional cuando tienen que hacer un informe social favorable para las personas que no cumplen todos los requisitos.

Tramitación AS	Mujer	Total general
Alguna	63,6%	63,6%
Muchas	18,2%	18,2%
Ninguna	18,2%	18,2%
Total general	100,0%	100,0%

Tabla 5. Frecuencia tramitación asistencia sanitaria

5.4 Barreras

Como bien se muestra en el gráfico, las principales barreras que detectan estas profesionales del Trabajo Social Sanitario en la atención al colectivo migrante son principalmente la idiomática con un 39,9%, como dice Valiente, S 2013, esto conlleva a un mal entendimiento de la enfermedad, lo que supone una desventaja porque debido a la incompreensión del problema o enfermedad y la calidad de la respuesta se deteriora la atención sanitaria que estos pacientes reciben, este sería un claro determinante social en salud negativo porque provoca una clara desventaja para el colectivo migrante, por otro lado la barrera burocrática (falta

de documentación e información) representa un 30%. Esto podría ser debido por no tener información lo suficientemente clara o que esté accesible a todos los colectivos para que todo el mundo pueda estar informado y conozca los procedimientos administrativos (De la Fuente, 2006).

Barreras	Cuenta de PARTICIPANTES
Burocrática	27,3%
Cultural	9,1%
idiomática	4,5%
Idiomática	18,2%
Idiomática	9,1%
Ninguna	27,3%
Vulnerabilidad social	4,5%
Total general	100,0%

Tabla 6. Barreras que las profesionales perciben del colectivo migrante

Por otra parte, algunas de las profesionales del Trabajo Social, encuestadas alegan que no se han encontrado con ningún tipo de barrera, esto representaría un 27,7%. El 1,2% señalan en menor medida la barrera cultural como uno de los principales impedimentos a la hora de atender al colectivo migrante y por último otro 1,2% señala la vulnerabilidad social como una de las principales barreras de la población migrante que acude a la Unidad de Trabajo Social Sanitario.

5.5 Valoración general del servicio

En cuanto a la valoración final que realizan estas trabajadoras sociales acerca del acceso a la asistencia sanitaria de las personas migrantes, un 31,81% valoran el sistema sanitario con un 7, el otro 31,81% lo valoran con un 8. Un 13,63% lo valoran con un 5, el 9,09% prefiere no contestar, el 4,54% lo valoran con un 6, el otro 4,54% con un 3 y finalmente el otro 4,54% lo puntúa con un 10. Esto demuestra que la mayoría de las profesionales encuestadas opinan 80% que los migrantes tienen un buen acceso a la asistencia sanitaria en nuestro país, exceptuando aquellas barreras con las que se encuentran tal y como hemos mencionado anteriormente, barrera idiomática o burocráticas, como las principales barreras que señalan las profesionales del trabajo social sanitario.

Valoración	Mujer	Total general
3	4,5%	4,5%
5	13,6%	13,6%
6	4,5%	4,5%
7	31,8%	31,8%
8	31,8%	31,8%
10	4,5%	4,5%
NC	9,1%	9,1%
Total general	100,0%	100,0%

Tabla 7. Valoración general del acceso a la asistencia sanitaria del colectivo migrante

6. CONCLUSIONES

Este apartado final recoge las conclusiones del trabajo llevado a cabo sobre el análisis de la opinión de los/as Trabajadores/as Sociales sobre la asistencia y las barreras en la atención sanitaria a personas migrantes.

Este trabajo recoge una serie de objetivos que se han ido cumpliendo a lo largo de la realización de este. Los objetivos son los siguientes:

- Conocer la legislación vigente y la anterior en cuanto a la asistencia sanitaria para migrantes.
- Describir la situación actual del acceso a la asistencia sanitaria para personas migrantes.
- Descripción general del sistema sanitario en España y Aragón.
- Conocer el Marco histórico del Trabajo Social Sanitario.
- Describir la situación actual del acceso a la asistencia sanitaria para personas migrantes.
- Definir las principales dificultades y barreras del acceso a la asistencia sanitaria.
- Conocer la opinión de los profesionales del Trabajo Social Sanitario acerca del acceso a la asistencia sanitaria, y de las barreras que se encuentran de entrada a este.

Para el cumplimiento de estos objetivos, hemos ido recopilando bastante información, a base de una serie de fuentes de información: fuentes bibliográficas (lecturas, libros, revistas...). También hemos podido realizar una encuesta para conocer la opinión de los/as trabajadores/as sociales sobre el acceso a la asistencia sanitaria y las barreras que se encuentra la población migrante, esto último ha sido una fuente muy importante de información ya que hemos conocido de primera mano las principales dificultades para acceder a la asistencia sanitaria.

En cuanto al análisis de las encuestas hemos obtenido algunos datos que nos ayudado a comprender mejor la realidad del colectivo migrante a la hora de recibir la asistencia sanitaria y si las barreras sobre las que hemos investigado son las que las profesionales del trabajo social sanitario perciben.

En los resultados de las encuestas realizadas a las trabajadoras sociales sanitarias de los tres sectores sanitarios de Zaragoza hemos concluido dos barreras como las principales detectadas por estas profesionales. Estas son la barrera idiomática con un 39,9% y la burocrática con un 30%.

Coindice con la investigación realizada anteriormente, ya que Valverde et al, 2003, dice que la barrera idiomática es la barrera más evidente y el principal motivo de la mala comunicación entre las personas inmigrantes y los profesionales sanitarios. Esto conlleva no solo mal entendimiento de la enfermedad sino también una problemática a la hora de pautar medicación y así continuar con un buen tratamiento (Valiente, S. 2013).

La segunda barrera que destacan estas profesionales del trabajo social sanitario es la barrera burocrática con un 30%.

Según Bas-Sarmiento et al 2015, el uso de nuestro sistema de salud se hace muy complicado para los migrantes ya que desconocen su funcionamiento lo que conlleva, sobre todo al principio, un menor tiempo de respuesta ante sus problemas de salud.

Desde nuestra investigación considerábamos la barrera cultural como una de las barreras principales en la atención sanitaria al colectivo migrante, pero en los resultados de nuestras encuestas no ha sido así ya que solo el 1,2% de las profesionales opina que está es una de las principales barreras. Ya que como dice Castro 2007, la cultura es algo que influye a todo ser humano, es por eso por lo que en España debido a la gran diversidad cultural es necesario hacer frente a esta barrera, no solo en el ámbito de la salud sino en todos los aspectos.

Según el modelo de Dalhgren y Whitehead (1991), las inequidades en salud son debidas a las interacciones entre diferentes causalidades, algunas pertenecientes al individuo o desde otras a comunidades, culturales, socioeconómicas o medioambientales. Es por eso por lo que las trabajadoras sociales juegan un gran papel en la intervención tanto social como médica de este colectivo migrante. Por ello es fundamental tener en cuenta los determinantes sociales que pueden afectar a este colectivo. (González-Rábago. Y y Martín. U, 2017).

También hemos de destacar que el 27,7% de las profesionales de trabajo social sanitario encuestadas opinan que el colectivo migrante no tiene ninguna barrera ni de acceso ni una vez dentro del sistema sanitario, cosa que nos hace pensar que poco a poco se van eliminando estas barreras para facilitar la asistencia sanitaria a este colectivo.

7. BIBLIOGRAFÍA

- Achotegui, J. (2008). Duelo migratorio extremo: El síndrome del inmigrante con estrés crónico y múltiple (Síndrome de Ulises). *Revista de Psicopatología y salud mental del niño y del adolescente*, ISSN, 1695-8691.
- Alvira F. (1983). "Perspectiva cualitativa, perspectiva cuantitativa en metodología sociológica. *Revista Española de Investigaciones sociológicas*. 22, 53-75.
- Cachón, L. (2002) La formación de la "España inmigrante": Mercado y ciudadanía.
- CC.OO. (2020) Impacto de la Crisis del Covid-19 en la población extranjera de Aragón. Gabinete Técnico.
- Cárdenas, E., Juárez, C., Moscoso, R., & Vivas, J. (2017). Determinantes sociales en salud.
- Colom, D. La rendición de cuentas en el trabajo social sanitario: dimensión individual, grupal y comunitaria. UOC.
- Constitución española de 1978.
- Dahlgren, G. & Whitehead, M. (1991). *Policies and strategies to promote social equity in health*. Estocolmo, Suecia: Institute for Futures Studies.
- De la Revilla, L., De los Ríos, A. M., De Dios, J. G., Valverde, C., & López, G. (2011). Estudio del duelo migratorio en pacientes inmigrantes que acuden a las consultas de atención primaria. Presentación de un cuestionario de valoración del duelo migratorio. *Atención Primaria* , 43(9), 467-473.
- Espejo, M. (1989) El sistema sanitario español: su configuración en la Ley General de Sanidad. *Revista de Administración Pública*.
- Ferrando, M. G., Ibáñez, J., & Alvira, F. (1993). *Métodos y técnicas de investigación*. Madrid: Alianza Universidad Textos.
- Giddens, A. (2006). *Sociología*. Madrid: Alianza Editorial p.266-277
- Gobierno de Aragón (2021). *Guía para la atención de personas migrantes o de origen extranjero dirigida a profesionales sociosanitarios*.
- González-Rábago, Y., & Martín, U. (2019). Salud y determinantes sociales de la salud en hijos e hijas de personas inmigrantes internacionales:¿ desigualdades sociales en salud desde la infancia?. *Gaceta Sanitaria*, 33, 156-161.
- Hernandez, I., Santaolaya, M.,& Campos, P. (2012). Las desigualdades sociales en salud y la atención primaria. *Informe SESPA 2012, Gaceta Sanitaria*, 26(S), 6-13.
- INE(2021). *Censo de población Aragón 2020*. Instituto Nacional de Estadística
- Instrucción de 30 de abril de 2013, Programa Aragonés de Protección Social de la Salud Pública.
- Instrucción de 7 de agosto de 2015, por la que se regula el acceso a la asistencia sanitaria en Aragón para las personas extranjeras sin recursos económicos suficientes ni cobertura de asistencia sanitaria del Sistema Nacional de Salud.
- Larrauri Cantero, S. (2013). *La población inmigrante frente a las barreras de acceso al sistema sanitario*
- Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad.
- Ley Orgánica 4/2000, de 11 enero, sobre derechos y libertades de los extranjeros en España y su integración social.
- Ley 6/2002, de 15 de abril, de Salud de Aragón.
- Ley 16/2003, de 28 de mayo, cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud.
- Ministerio de Sanidad y Consumo de España. (2006) *Sistema de información de Atención Primaria*. SIAP.

- OMS. (2017). Salud y Derechos Humanos. Recuperado de: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/human-rights-and-health>
- Organización Mundial de la Salud. (2019) Cobertura sanitaria universal.
- Osler, W. (2013) La especialización en Ciencias de la Salud del Trabajo Social. Consejo General del Trabajo Social.
- PEREDA, S. (1987). Psicología Experimental. Metodología. Madrid. Pirámide.
- REAL ACADEMIA ESPAÑOLA: Diccionario de la lengua española, 23.ª ed., [versión 23.4 en línea]. <https://dle.rae.es/resiliencia> [05/06/2021]
- Real Decreto-Ley 7/2018, de 27 de julio, sobre el acceso universal al Sistema Nacional de Salud para garantizar la universalidad de la asistencia sanitaria en las mismas condiciones para todas las personas que se encuentren en el Estado Español.
- Resolución de 19 de noviembre de 2020, del Director General de Derechos y Garantías de los Usuarios.
- Román-López, P., del Mar Palanca-Cruz, M., García-Vergara, A., Román-López, F. J., Rubio-Carrillo, S., & Algarte-López, A. (2015). Barreras comunicativas en la atención sanitaria a la población inmigrante= Communication barriers in health to immigrants. Revista Española de Comunicación en Salud, 204-212.
- Terraza, R., Vargas, I., Rodríguez, D., Lizana, T., & Vázquez, M. L. (2010). Políticas sanitarias de ámbito estatal y autonómico para la población inmigrante en España. Gaceta Sanitaria, 24 (2), 115.e1-112e7.
- Valiente-Izquierdo, L. C. (2016). Principales Barreras de Acceso al Sistema Sanitario de la población Inmigrante en España.

ANEXO 1: Encuesta Trabajadoras Sociales Sanitarias

1. Edad
2. Sexo
3. ¿Cuánto tiempo llevas ejerciendo cómo Trabajador/a Social Sanitario?
4. ¿Cómo acceden los pacientes a la Unidad de Trabajo Social del Hospital/Centro de Salud?
5. ¿Cuál es el perfil más habitual de pacientes? ¿Cuál es la demanda más solicitada por los pacientes?
6. ¿Con qué frecuencia sueles tramitar asistencia sanitaria para extranjeros?
7. ¿Con qué problemas te sueles encontrar a la hora de tramitar la asistencia sanitaria para extranjeros?
8. Barreras dentro del sistema sanitario con los diferentes profesionales (barrera idiomática, cultural...)

Dña. María González Hinjos, Secretaria del CEIC Aragón (CEICA)

CERTIFICA

1º. Que el CEIC Aragón (CEICA) en su reunión del día 16/06/2021, Acta Nº 12/2021 ha evaluado la propuesta del Trabajo:

Título: Análisis de la opinión de Trabajadores/as Sociales sobre la asistencia sanitaria y las barreras de las personas migrantes.

Alumna: Lucía Morte Terrén

Tutoras: Maya Lehsen y Almudena Borobio Lázaro

Versión protocolo: V 3.0 17/06/2021

Versión documento de información y consentimiento: V 3.0 17/06/2021

2º. Considera que

- El proyecto se plantea siguiendo los requisitos de la Ley 14/2007, de 3 de julio, de Investigación Biomédica y los principios éticos aplicables.
- El Tutor/Director garantiza la confidencialidad de la información, la obtención de los consentimientos informados, el adecuado tratamiento de los datos en cumplimiento de la legislación vigente y la correcta utilización de los recursos materiales necesarios para su realización.

3º. Por lo que este CEIC emite **DICTAMEN FAVORABLE a la realización del proyecto.**

Lo que firmo en Zaragoza
**GONZALEZ
HINJOS MARIA
- DNI
03857456B**
Firmado digitalmente
por GONZALEZ
HINJOS MARIA - DNI
03857456B
Fecha: 2021.06.17
10:00:40 +02'00'
María González Hinjos
Secretaria del CEIC Aragón (CEICA)