

2014

TURISMO RESIDENCIAL: APROXIMACIÓN AL ÁMBITO SANITARIO EN TENERIFE Y NUEVOS RETOS PARA EL TRABAJO SOCIAL

TRABAJO FIN DE GRADO

AUTOR: Jorge Ernesto Morales García
TUTORA: Celsa María Cáceres Rodríguez

ULL | Universidad
de La Laguna

FACULTAD DE CIENCIAS POLÍTICAS Y SOCIALES
UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA

En San Cristóbal de la Laguna, a 14 de julio de 2014



ÍNDICE

| | PÁGINA |
|---|---------------|
| INTRODUCCIÓN | 3 |
| 1. FINALIDAD Y MOTIVOS | 5 |
| 2. MARCO TEÓRICO | 8 |
| 2.1. Turismo Residencial | 8 |
| 2.1.1. Definición | 8 |
| 2.1.2. Evolución histórica | 10 |
| 2.1.3. Demografía | 11 |
| 2.1.4. Tipología | 15 |
| 2.1.5. Agentes que intervienen en el turismo residencial | 19 |
| 2.1.6. Áreas y barreras para la integración social | 21 |
| 2.1.7. Estado de la cuestión sanitaria | 27 |
| 2.2. Trabajo Social Sanitario | 31 |
| 2.2.1. Definición | 31 |
| 2.2.2. Modelos de intervención del Trabajo Social Sanitario | 32 |
| 2.2.3. Programas de intervención de Trabajo Social Sanitario | 33 |
| 2.2.4. Competencias del/la trabajador/a social en el ámbito sanitario | 34 |
| 2.3. Legislación | 37 |
| 3. OBJETIVOS | 39 |
| 4. METODOLOGÍA | 40 |
| 5. RESULTADOS Y DISCUSIÓN | 43 |
| 5.1. Turismo residencial | 43 |
| 5.1.1. Atenciones realizadas | 43 |
| 5.1.2. Perfil/es | 44 |
| 5.1.3. Necesidades que motivan la atención por el Trabajo Social Sanitario . | 45 |
| 5.1.4. Barreras | 46 |
| 5.1.5. Impactos en el sistema sanitario | 47 |
| 5.1.6. Buenas prácticas específicas | 47 |
| 5.1.7. Propuestas de mejora de la atención a este sector poblacional | 48 |
| 5.2. Trabajo Social Sanitario | 49 |
| 5.2.1. Definición | 49 |

| | |
|--|-----------|
| 5.2.2. <i>Fortalezas y debilidades</i> | 49 |
| 5.2.3. <i>Perfil profesional</i> | 50 |
| 5.2.4. <i>Marco normativo</i> | 52 |
| 5.2.5. <i>Prospectiva</i> | 53 |
| 6. CONCLUSIONES Y PROPUESTAS DE FUTURO | 55 |
| 7. BIBLIOGRAFÍA | 60 |
| ANEXOS | 63 |
| Anexo I: Artículo 7 del Real Decreto 240/2007, de 16 de febrero | 63 |
| Anexo II. Artículo 2 Ley 44/2003, de 21 de noviembre | 63 |
| Anexo III. Guión de entrevista | 64 |
| Anexo IV. Datos sociodemográficos de la muestra | 66 |
| Anexo V. Yuxtaposición resultados turismo residencial | 67 |
| Anexo VI. Yuxtaposición resultados Trabajo Social Sanitario | 68 |

INTRODUCCIÓN

El trabajo de fin de grado que se presenta en este documento está basado en el fenómeno del turismo residencial y dentro de dicho fenómeno centraremos el foco de la investigación en el ámbito sanitario, que constituye uno de los pilares que constituyen la integración del colectivo de turistas residentes, determinando el papel del Trabajo Social Sanitario en el mismo e intentando identificar los nuevos retos que se deben afrontar en el futuro desde nuestra disciplina.

La elección de esta temática se debe principalmente a la carencia de estudios realizados en Canarias y a la escasa información científica sobre la situación de dicho sector poblacional. En base a los datos disponibles en el INE e ISTAC, se recogen más de 80.000 personas noreuropeas censadas, por lo que constituye un grupo poblacional reseñable en las Islas Canarias, un territorio que se sitúa como referente turístico internacional desde hace bastantes años y con un clima que favorece el establecimiento residencial de los ciudadanos jubilados procedentes del norte de Europa.

La intención de este trabajo de fin de grado es definir el marco teórico referente a las implicaciones sanitarias del turismo residencial procedente del norte de Europa mediante una revisión bibliográfica. A partir de dicha información centraremos nuestro enfoque en la isla de Tenerife, realizando una investigación cualitativa que nos permita aproximarnos a la situación actual de la relación de este sector poblacional con el sistema sanitario insular, a través de diversas entrevistas a profesionales del Trabajo Social que desempeñan su labor en las diferentes ámbitos del Área de Salud de Tenerife: atención primaria, atención especializada y la gerencia de atención primaria. Esta investigación nos permitirá además determinar, mediante el análisis de los discursos de los profesionales, la intervención que se lleva a cabo actualmente y los retos de cara al futuro para el Trabajo Social Sanitario. Esta aproximación facilitará el establecimiento de una línea de investigación enfocada a solventar la carencia de conocimientos sobre un sector poblacional bastante numeroso en nuestro territorio, conocimiento que resultará de vital importancia para la integración de dicha población.

Este trabajo de fin de grado se ha estructurado en siete apartados con sus correspondientes subapartados. Además hemos incluido diversos gráficos recopilados de distintas fuentes o de elaboración propia, que permiten transmitir la información de forma visual. En primer lugar, se dispone la justificación, que permitirá el

establecimiento de los pilares que soportan la realización de este trabajo, mediante el análisis de los antecedentes encontrados en la revisión bibliográfica. Posteriormente se sitúa el marco teórico, en el cual se dispondrá la información teórica referente al tema tratado, estructurándose en tres subapartados: turismo residencial, Trabajo Social Sanitario y marco legal. A continuación se ubican los objetivos que se pretenden cumplir con la realización de este trabajo. El siguiente apartado es el de la metodología, en donde se explicará pormenorizadamente el método que se ha seguido para llevar a cabo este trabajo. En quinto lugar se sitúan los resultados obtenidos en la investigación y la discusión a partir de los mismos. En penúltimo lugar se dispondrán las conclusiones de la investigación realizada y la prospectiva en donde se sitúan las tendencias de evolución del tema tratado y propuestas de cara al futuro. Finalmente se relaciona la bibliografía utilizada para la realización de este trabajo fin de grado. Se deja abierta la posibilidad de incluir los anexos que se consideren necesarios para complementar el trabajo.

En definitiva, este trabajo fin de grado pretende integrar los conocimientos y competencias adquiridos a lo largo de estos cuatro años de estudio, aplicándolos a una temática específica con la intención de corroborar la aptitud para obtener el Título de Graduado en Trabajo Social.

1. FINALIDAD Y MOTIVOS

Después de realizar una revisión bibliográfica sobre el tema elegido, hemos encontrado una serie de estudios relacionados con dicha temática, realizados por Huete y Mantecón (2008; 2009; 2010; 2011; 2012; 2013), localizándose éstos principalmente en la costa mediterránea peninsular. También localizamos un estudio geográfico realizado en 2013 por García y Simancas, acerca de los asentamientos de este sector poblacional en la zona de Costa Adeje en Tenerife. Como estudios específicos acerca de los jubilados noreuropeos en Tenerife, localizamos un estudio realizado por Breuer en 2005, acerca de la situación de jubilados alemanes residentes en las Islas Canarias. Tomaremos los datos de dicha investigación como referencia, ya que dicho estudio es el único específico sobre el tema realizado en nuestro territorio. A partir de la lectura de dichas investigaciones y otros artículos científicos, podemos destacar los siguientes aspectos relacionados con el tema de estudio:

- En primer lugar se presenta un debate en cuanto a la terminología relacionada con el tema, aunque parece que la mayor parte de los/as autores/as que han trabajado sobre el mismo, utilizan el término de turismo residencial para referirse al fenómeno que se va a tratar en este trabajo.
- El turismo residencial es un fenómeno que ha ido evolucionando con el paso de los años, y se convierte en un tipo de migración no económica donde las personas migrantes lo que buscan es una mejora de sus condiciones de vida en cuanto a clima, seguridad, etc.
- Los principales núcleos en los que se establecen los migrantes noreuropeos en España son: la costa mediterránea y atlántica sur, así como los dos archipiélagos. Este hecho puede estar favorecido al tratarse de zonas turísticas por excelencia, además de la expansión inmobiliaria que tuvo lugar en las décadas anteriores y de la reconversión de las plantas hoteleras obsoletas en zonas residenciales. En los últimos años también se han observado núcleos poblacionales de residentes noreuropeos en zonas rurales.
- Las principales nacionalidades de procedencia de los turistas residenciales son Reino Unido y Alemania, aunque también están representadas otras nacionalidades, aunque en menor número. En diversos estudios se concluye que la población alemana presenta unos mayores niveles de integración, lo que se atribuye

principalmente a la mayor facilidad para aprender el idioma y que muestran mayor interés por adaptarse a la cultura española. Esto merecerá una investigación empírica para su verificación en el caso de la Isla de Tenerife.

- En la costa mediterránea las personas procedentes del norte de Europa se establecen en urbanizaciones privadas, apartadas de las poblaciones originarias, lo que favorece la segregación de este sector poblacional. Sin embargo, en Canarias, según el estudio realizado por Simancas, Horcajada y García (2009), además de estar presente este tipo de asentamiento, también están presentes casos como el de Costa Adeje, donde se puede observar en la zona de Playa del Duque que el Plan General de Ordenación de la zona intentó integrar las plantas hoteleras con las zonas residenciales, lo que se puede considerar como la búsqueda de la integración de los turistas residenciales, otra cuestión a comprobar es si de verdad se ha conseguido.
- Huete y Mantecón (2013) basándose en diversas investigaciones llevadas a cabo por La Parra y Mateo (2008), y Huber y O'Reilly (2004), determinan tres bloques temáticos en los que se encuadran los principales problemas de la integración de este sector poblacional: la cuestión sanitaria, las implicaciones políticas y la interacción restringida.
- Actualmente se observa una ausencia total de investigaciones en Canarias acerca de este tema, específicamente en lo que se refiere a la cuestión sanitaria.

Basándonos en los aspectos anteriores, creemos que es de vital importancia conseguir ampliar la información referida a dicho sector poblacional en las Islas Canarias, debido a que, aunque se constituye como un grupo social de dimensión bastante considerable en nuestro territorio, ya que supera las 80.000 personas censadas basándonos en las estadísticas del INE e ISTAC, apenas se dispone de información científica actualizada acerca de dicho grupo, lo que impide determinar su situación actual en las islas. Además se puede considerar inviable la generalización de los resultados obtenidos en los estudios realizados en la costa mediterránea por Huete y Mantecón (2008; 2009; 2010; 2011; 2012; 2013), debido a que la propia naturaleza de las zonas en la que se asientan los residentes noreuropeos son bastante diferentes. Mientras en la zona mediterránea generalmente viven en zonas residenciales privadas aisladas de los núcleos poblacionales originales, aquí en Canarias además de este tipo de asentamiento, también se produce la reconversión de plantas hoteleras obsoletas a urbanizaciones residenciales,

y zonas mixtas en la que se integran hoteles de lujo con urbanizaciones residenciales de nueva construcción, ocupadas principalmente por los residentes europeos, como indica la investigación llevada a cabo por Simancas, Horcajada y García (2009) en la zona de Costa Adeje. Atendiendo a esto se puede considerar de gran utilidad la realización de investigaciones, de similar naturaleza a las realizadas en la costa mediterránea, con el fin de determinar una evaluación específica de la situación de dicho sector poblacional en Canarias, y así tener información que permita realizar planes de intervención para la integración social de este colectivo, si fuera necesario.

Otro tema de vital importancia es la evaluación de la situación sanitaria de los residentes noreuropeos, un tema que puede ser bastante problemático. Varios factores como los cambios legislativos aprobados por el gobierno español en estos últimos años, mediante los cuales se endurecen los requisitos para acceder a la atención sanitaria podrían haber impactado sobre este colectivo. Resulta necesario estudiar la relación que existe entre los europeos residentes y el sistema sanitario y los impactos que produce, así como el turismo sanitario, entre otras cuestiones. Hemos realizado una infructuosa búsqueda de datos relacionados con la atención sanitaria a residentes comunitarios, siendo necesario disponer una serie de datos básicos de este colectivo, como la cantidad de personas que hacen uso del Sistema Canario de Salud y cuáles son principalmente las atenciones que reciben. También es reseñable el interés por adentrarnos en la relación que tiene el Trabajo Social con este ámbito, y cómo se está interviniendo actualmente con los residentes europeos que son atendidos en los centros sanitarios de las islas.

Debido a la limitación temporal que tenemos, nos sería imposible realizar una réplica de una investigación realizada en la costa mediterránea, por lo que hemos decidido acotar el foco de la investigación principalmente al ámbito sanitario, con la intención de realizar una aproximación a dicho ámbito. La localización de dicha investigación la centraremos principalmente en el Área de Salud de Tenerife, y dentro de ella en varios centros sanitarios pertenecientes a los tres ámbitos de la misma: atención primaria, atención especializada y la gerencia de atención primaria. La investigación se basará principalmente en la realización de diversas entrevistas semiestructuradas a las personas profesionales del Trabajo Social que trabajan en dichos centros, con la intención de recopilar información cualitativa que nos permita aproximarnos a la situación actual de la atención sanitaria a residentes noreuropeos, la problemática que se presenta y cómo se está interviniendo desde el Trabajo Social.

2. MARCO TEÓRICO

2.1. Turismo Residencial

2.1.1. Definición

A la hora de definir el turismo residencial se presentan diversos discursos, ya que, como indican Huete, Mantecón y Mazón (2008), se pueden distinguir dos posiciones principales, una posición que define dicha expresión a partir de la caracterización de sus protagonistas (los turistas residenciales) mientras que la posición antagónica lo define en base al enfoque de la oferta, definiendo el turismo residencial como una “actividad económica que se dedica a la urbanización, construcción y venta de viviendas que conforman el sector extra-hoteler, cuyos usuarios las utilizan como alojamiento para veranear o residir, de forma permanente o semipermanente, fuera de sus lugares de residencia habitual y que responden a las nuevas fórmulas de movilidad y residencialidad de las sociedades avanzadas”(Huete, Mantecón y Mazón, 2008 p.103)

Basándose en los resultados de diversas investigaciones y con la influencia de autores como Jurdao (1979 y 1992), Gaviria (1974), Mira (1992 y 1995) y Vera (1987, 1990, 1995 y 2005), se puede determinar que el turismo residencial se caracteriza por estar desprovisto de planificación tanto turística como urbanística, además de estar implicado con procesos de especulación del suelo, según concluyen Huete, Mantecón y Mazón (2008). Este hecho produjo el crecimiento desproporcionado del parque de viviendas secundarias, además de producirse una confusión entre lo que es el sector turístico y el sector inmobiliario, teniendo prevalencia muchas veces el segundo. Esto ha provocando diversos impactos socioeconómicos y medioambientales según la perspectiva crítica acerca de este tema.

Cambiando el foco del fenómeno del turismo residencial y centrándolo en las personas, hay que destacar varios conceptos como el que aporta Inglehart (1997), determinando que “la sociología ha llamado “giro postmoderno” al proceso por el cual una sociedad sustituye los valores que priorizan la seguridad física y económica por otros que dotan al termino “calidad de vida” de un sentido que trasciende los valores estrictamente materiales. Este giro se ha producido sobre todo en las sociedades noreuropeas que presentan un mayor desarrollo económico y unos índices más elevados de bienestar subjetivo” (Huete y Mantecón, 2013, p. 220). Este concepto se ve materializado en los desplazamientos temporales o permanentes de ciudadanos/as procedentes de Reino Unido y Alemania principalmente, tanto a las costas mediterráneas, como a los dos

archipiélagos y otras regiones de la geografía española; desplazamientos que, según Huete (2009), se ven motivados por una mejora en la calidad de vida, asociándose principalmente esta mejora a el establecimiento en un lugar que permita tener un buen entorno natural y social, quedando relegada la motivación de mejorar la situación económica. Estas afirmaciones dan lugar en el mundo académico anglosajón a la expresión *lifestyle migration* con la que se pretende definir estos desplazamientos, y que Huete y Mantecón (2010) han traducido, no literalmente, al castellano, dando lugar al término “migración residencial”. Los sujetos principales de este tipo de migración suelen ser personas que se encuentran desocupadas, por lo que el caso que más se ha estudiado en relación a este fenómeno ha sido el de las migraciones internacionales de retirados, cuyo principal rasgo es el de estar motivados esencialmente por las funciones del ocio y no por las del trabajo (Huete y Mantecón, 2013).

En cuanto a la relación del término con el turismo, Salvà (2011) expresa que el turismo residencial se consolida como una manifestación de los nuevos turismos y nuevos comportamientos turísticos del siglo XXI. Este autor indica la existencia de una gran complejidad a la hora de abordar el turismo residencial debido a la gran heterogeneidad de opiniones y controversias relacionadas con el tema. Basándose en la perspectiva del uso de las residencias secundarias, Salvà (2011) destaca la conexión entre las segundas viviendas y su relación con las fases de las vidas de las personas, de ahí que en torno al uso permanente y/o temporal de las residencias secundarias por personas retiradas se genere un debate acerca de las relaciones entre turismo y migración de retiro.

“La migración de retiro constituye un caso especial de la categoría de la migración consumo-turismo (Hall y Williams, 2002). Puede ser el resultado final de una evolución del estilo de vida de las migraciones laborales, una tendencia a la contraurbanización o una característica demográfica o laboral (caso de los teletrabajadores). Pero en general responde a la evolución del ciclo de vida de los turistas. Las personas que previamente fueron turistas de alojamiento hotelero se transforman en turistas residenciales a través de la adquisición de segundas residencias y en migrantes residenciales temporales y/o permanentes en el momento de su prejubilación o jubilación. Esta situación incide posteriormente sobre un significativo desarrollo del turismo de visitantes a amigos y parientes/familiares. Estos movimientos de retiro hacia el sur europeo son la consecuencia del desarrollo del turismo de masas. Suscitan todo un conjunto de consideraciones económicas, socioculturales y demográficas” (Salvà, 2011, p. 831).

Como se puede observar en la cita anterior, este autor toma como referencia principal el ciclo de la vida de las personas y pone en relación el turismo convencional y el turismo residencial, determinando que hay probabilidad de que un turista según evolucione su vida pueda adquirir una segunda residencia en algún lugar visitado que le haya gustado y residir en dicha residencia temporal o permanentemente, convirtiéndose en un turista residencial, llegando incluso a establecerse definitivamente en dicho lugar una vez alcanzado el periodo de jubilación, convirtiéndose en un migrante retirado. Esto da lugar a un continuo entre turismo, turismo residencial y migración de retiro, en el que el protagonismo recae principalmente en una evolución del estilo de vida ligado a las fases vitales de las personas.

2.1.2. Evolución histórica

El concepto de turismo ha ido evolucionando a lo largo del siglo XX. Según la aportación hecha por Giner (2013), la primera definición puede ser la formulada por la Liga de las Naciones en 1937, que definía al turista como aquella persona que viaja por un periodo de al menos 24 horas a un país diferente del que reside habitualmente. Por otra parte la última definición de turismo es la expuesta en la página web de la *World Tourism Organization*, que determina que “el visitante es un viajero que se desplaza a una destinación fuera de su entorno habitual, por menos de un año y por cualquier propósito (negocio, placer u otros motivos) diferentes de trabajar para una entidad en el país o lugar visitado” (WTO 2008 en Giner, 2013 p.140). Entre ambas definiciones han pasado más de 70 años y se puede observar cómo ha evolucionado la definición, ya que, mientras en la definición de 1937 solamente se consideraba turista a una persona por viajar a otro país y por un periodo de al menos 24 horas. Por lo tanto, no se consideraba turismo los desplazamientos intraestatales y no se hace alusión alguna a los motivos del desplazamiento. Por el contrario en la definición actual ha cambiado hasta el término que denomina a la persona que se desplaza, pasando de ser un turista a ser un visitante. Además, se considera turismo el desplazamiento que conlleve salir de su entorno habitual lo que amplía el foco con respecto a la definición anterior que sólo consideraba los desplazamientos a otros países. Otros aspectos que incluye la definición actual son la temporalización que pasa a ser de más de 24 horas a menos de un año, y la motivación del desplazamiento, excluyendo únicamente los casos en los que la persona que se desplaza lo hace para trabajar en una entidad ubicada en el lugar de destino.

Según lo expuesto en Huete, Mantecón y Mazón (2008), la expresión «turismo residencial» se incorpora al debate académico por Francisco Jurdao en su libro *España en venta: compra de suelo por extranjeros y colonización de campesinos en la Costa del Sol*, publicado en 1979. Dicho autor utilizaba dicho término para criticar los cambios sociales que se producían en el pueblo de Mijas (Málaga) en los años setenta debido a la venta de suelo agrícola a empresarios urbanizadores que destinaban dicho suelo a la construcción de chalets que generalmente eran adquiridos por jubilados procedentes del norte de Europa.

“En los años siguientes la expresión «turismo residencial» ha sido utilizada por diferentes investigadores para hacer referencia a un variado conjunto de procesos difíciles de delimitar, cuyo contexto más significativo lo forman las regiones turísticas de la ribera norte del Mediterráneo, en las que se entremezclan la intensa actividad económica que gira en torno al negocio inmobiliario con aspectos propios del turismo tradicional y éstos, a su vez, con algunas de las nuevas formas migratorias y de residencialidad”(Huete, Mantecón y Mazón, 2008 p.102).

2.1.3. Demografía

En lo referente a la demografía de este sector poblacional, se han consultado los datos incluidos en el Censo de Población y Viviendas 2011 publicado por el Instituto Nacional de Estadística (INE) y también los datos demográficos publicados por el Instituto Canario de Estadística (ISTAC) en su página web.

Hay que destacar la dificultad de contabilizar de forma precisa la población residente procedente de la Unión Europea que se encuentra viviendo en España, ya que como exponen Navarro y Carvajal (2009) en los procesos migratorios actuales las pautas de movilidad difieren del concepto tradicional de migración, el cual implicaba el abandono del lugar de residencia previo. Actualmente, muchas de las personas migrantes que ya están jubiladas suelen residir temporalmente entre dos o más lugares manteniendo varias viviendas. Estos autores también indican que existe una diferencia sustancial entre dos grupos de personas inmigrantes, por un lado se encuentran las personas inmigrantes que llegan a España con una finalidad económica/laboral, que si suele regularizar su situación para acceder a los servicios públicos mediante la acción del empadronamiento. Ello supone que este sector poblacional si se puede contabilizar con mayor exactitud en los censos de los institutos de estadística nacionales y autonómicos. Por otra parte es relativamente opuesta la situación de la migración internacional de

jubilados, cuya contabilización se presume harto complicada, ya que según lo expuesto por Navarro y Carvajal (2009), basándose en diferentes estudios (Casado y Rodríguez 2002; Rodríguez 2006; Rodríguez 1998) las fuentes estadísticas españolas presentan dificultades casi insuperables para registrar de forma efectiva los movimientos migratorios de las personas jubiladas. Según Navarro y Carvajal (2009), entre las principales razones de su no inscripción en los correspondientes padrones poblacionales la preferencia por vivir en el anonimato durante su residencia temporal en España; la no necesidad de estar inscritos al tratarse de ciudadanos comunitarios, hecho favorecido por la libre circulación de personas dictaminada por el Acuerdo de Schengen; la falta de información sobre cómo registrarse; o incluso la falta de beneficios por estar inscritos o la sospecha de perder diversos derechos sociales y económicos en su país de origen si se detecta su residencia en España.

Según lo expresado por Rodríguez (2004), otra dificultad que está presente a la hora de estudiar y definir la migración de personas que ya se encuentran en situación de jubilación, sería la diversidad en cuanto a la duración de la estancia de los migrantes en el lugar de destino, ya que tal duración puede determinar si estamos ante una estancia turística, si se trata de una residencia estacional o si, por el contrario, se trata de una migración permanente (Nielsen, 2009).

Teniendo presente las dificultades anteriores, pasamos a mostrar una tabla con la información incluida en el Censo de Población y Viviendas 2011, realizado por el INE, incluyendo las cifras de extranjeros residentes procedentes de la Unión Europea, tanto a nivel nacional, autonómico y provincial.

| Cifras de extranjeros residentes ESPAÑA-CANARIAS-S/C DE TENERIFE | | | |
|--|---------|----------|-----------------|
| PAÍS DE ORIGEN | ESPAÑA | CANARIAS | S/C DE TENERIFE |
| REINO UNIDO | 294.647 | 33.590 | 18.676 |
| ALEMANIA | 138.366 | 35.258 | 19.294 |
| FRANCIA | 85.045 | 5.610 | 3.453 |

FUENTE: Censo de Población y Viviendas 2011 INE. UNIDAD: miles de personas

En la tabla se muestran los datos de población empadronada en España, Canarias y la Provincia de Santa Cruz de Tenerife, y el país de procedencia. En este caso se han puesto los países de la Unión Europea con mayor representación de inmigrantes empadronados en España. Observando los datos, es obvio que los principales países de procedencia de los ciudadanos europeos residentes en nuestro país son el Reino Unido y

Alemania, aunque se observa que mientras a nivel nacional la cifra de ciudadanos/as procedentes de Reino Unido duplica a la de ciudadanos/as de procedencia alemana; tanto en la Comunidad Autónoma de Canarias como en la provincia de Santa Cruz de Tenerife las personas procedentes de Alemania son el grupo más numeroso, aunque con un margen mucho más corto respecto a la población procedente de Reino Unido.

En cuanto a la evolución del flujo de inmigración, procedente de la Unión Europea desde 2008 hasta el año 2012 tanto en España como en Canarias, estos son los datos incluidos tanto en el INE como en el ISTAC.

| FLUJO DE INMIGRACIÓN PROCEDENTE DE LA UNIÓN EUROPEA | | |
|---|---------|----------|
| AÑO | ESPAÑA | CANARIAS |
| 2012 | 91.672 | 12.349 |
| 2011 | 119.609 | 10.472 |
| 2010 | 118.694 | 9.661 |
| 2009 | 114.740 | 9.734 |
| 2008 | 155.748 | 13.240 |

FUENTE: INE base e ISTAC. UNIDAD: miles de personas

En este caso se observa que la evolución del flujo migratorio es totalmente diferente en la totalidad de España y en el caso concreto de Canarias, ya que mientras en el caso nacional la tendencia es al descenso del flujo migratorio, observándose dos descensos pronunciados: el primero entre los años 2008 y 2009, hecho que puede atribuirse al comienzo de la crisis económica, y el segundo entre el 2011 y el 2012. En los años centrales (2009-2011) se presenta una situación de estabilidad con un leve aumento del flujo migratorio. En el caso canario se puede considerar la tendencia como de rebote, ya que se produce un descenso pronunciado entre los años 2008 y 2009, al igual que en el caso de la totalidad del estado, en 2010 se mantiene con un leve descenso, para ascender pronunciadamente de nuevo llegando en el año 2012 a cifras similares al 2008.

Para hacer una comparación, hemos observado los datos anteriores pero limitando la búsqueda solo a las personas mayores de 65 años, o lo que es lo mismo a la población residente europea jubilada que se encuentra empadronada en nuestro país, de cara a contrastar estas cifras con el total de la población residente europea. Ello nos permite centrar el objeto de estudio con la mayor precisión posible, atendiendo las limitaciones expuestas por otros investigadores para atender esta tarea.

En cuanto a las cifras de ciudadanos comunitarios residentes mayores de 65 años, inscritos en el Censo de 2011 que se expone en la página web del INE, se extraen los siguientes datos Nacionales, autonómicos y provinciales.

| Cifras de extranjeros residentes ESPAÑA-CANARIAS-S/C DE TENERIFE >65 AÑOS | | | |
|---|--------|----------|-----------------|
| PAÍS DE ORÍGEN | ESPAÑA | CANARIAS | S/C DE TENERIFE |
| REINO UNIDO | 94.202 | 8.078 | 5.694 |
| ALEMANIA | 39.535 | 11.467 | 7.062 |
| FRANCIA | 9.497 | 884 | 625 |

FUENTE: Censo de Población y Viviendas 2011 INE. UNIDAD: miles de personas

Al igual que sucede en los datos de población total de ciudadanos comunitarios residentes, las personas procedentes de Reino Unido son mayoría a nivel nacional, duplicando a las personas procedentes de Alemania. Sin embargo, en la Comunidad Autónoma de Canarias y en la provincia de Santa Cruz de Tenerife, las personas de procedencia alemana están presentes en mayor número con respecto a las personas procedentes de Reino Unido, aunque con un margen de diferencia inferior que en el caso nacional, al igual que sucedía con la población comunitaria residente total.

En cuanto a la evolución del flujo inmigratorio correspondiente a la población procedente de la Unión Europea mayor de 65 años, los datos extraídos del INE correspondientes a España y Canarias, son los siguientes:

| FLUJO DE INMIGRACIÓN PROCEDENTE DE LA UNIÓN EUROPEA >65 AÑOS | | |
|--|--------|----------|
| AÑOS | ESPAÑA | CANARIAS |
| 2012 | 8.342 | 1.313 |
| 2011 | 7.749 | 1.119 |
| 2010 | 7.773 | 1.035 |
| 2009 | 7.506 | 1.105 |
| 2008 | 7.963 | 1.298 |

FUENTE: INE. UNIDAD: miles de personas

A diferencia de lo que observábamos en los flujos migratorios procedentes de la Unión Europea de la población total, con respecto al grupo poblacional mayor de 65 años, parece que en ambos casos las cifras presentan una mayor estabilidad con un leve descenso en los años centrales y un aumento en el año 2012, siendo muy similares ambos niveles (nacional y autonómico).

Atendiendo a los datos que hemos dispuesto anteriormente, se puede concluir que el sector poblacional correspondiente a los residentes comunitarios, presenta cifras que nos indican que son un grupo a considerar tanto a nivel nacional como en el caso de

Canarias, siendo relevante el conocimiento que podamos tener de dicho sector poblacional, ya que al ser usuarios potenciales de los servicios públicos este conocimiento resulta necesario para su gestión.

En definitiva, para cerrar este apartado, se podría afirmar que en cuanto al fenómeno del turismo residencial de personas procedentes de la Unión Europea, nos podemos estar moviendo en unas cifras aproximadas de unas 500.000 personas a nivel nacional, unas 80.000 personas a nivel autonómico y unas 45.000 a nivel provincial, en base a las cifras recogidas en el Censo de Población y Viviendas de 2001 del INE. Es importante también indicar que estas cifras nos sirven para tener una idea aproximada de la amplitud del fenómeno, ya que, es imposible disponer de cifras exactas, ni determinar si todas las personas incluidas en el censo son residentes permanentes en nuestro país, ya que entra en juego diversas tipologías de turista residencial, que determinen el tiempo de residencia, la inscripción en el censo, entre otros aspectos. Esta tipología se desarrolla en el siguiente apartado.

2.1.4. Tipología

En cuanto al establecimiento de una tipología que nos permita diferenciar los diferentes grupos sociales que forman parte del fenómeno del turismo residencial, se presentan diversas discrepancias y escaso consenso a la hora de establecer los criterios que permitan unificar los discursos y realizar una tipología única. En este apartado se expondrán algunas de las tipologías realizadas por diversos autores, con el fin de proceder a su análisis.

Según Huete, Mantecón y Mazón (2008), se pueden reconocer dos grupos sociales básicos que representan al turismo residencial en el marco del sistema turístico de la zona mediterránea:

1. Turistas que se trasladan a un apartamento ubicado en una zona turística, independientemente del régimen de tenencia, durante periodos vacacionales. Los autores otorgan una importante homogeneidad a este grupo.
2. Un segundo grupo heterogéneo y que cuenta con numerosas formas de movilidad y residencialidad, oscilando entre la naturaleza eminentemente turística y procesos más propios de movimientos migratorios, dificultando el establecimiento de un consenso acerca de denominaciones, tipologías y criterios de clasificación por parte de los autores. En este grupo se incluirían el sector

poblacional en el cual se centra este trabajo, que son los jubilados procedentes del norte de Europa que residen en nuestro país tanto de forma permanente como estacional.

Huete y Mantecón (2009) exponen una diferenciación de cinco grupos de turistas o residentes realizada por el grupo de investigación del Centro de Estudios de Inmigración y Minorías Étnicas de la Universidad Autónoma de Barcelona, en el cual la intencionalidad del traslado es lo que determina la diferencia:

- a) Turistas extranjeros jubilados: vienen a España de vacaciones y, por lo tanto, permanecen un corto período de tiempo.
- b) Inmigrados jubilados que han pasado de turistas a residentes: personas que veraneaban en estas localidades antes de la jubilación y que deciden instalarse definitivamente en el municipio, motivados principalmente por el entorno.
- c) Jubilados comunitarios reagrupados por sus familias.
- d) Personas que emigraron antes de la jubilación por otros motivos (trabajo, matrimonios mixtos, etc.) y que, más tarde, se jubilaron en España.
- e) Jubilados que emigran para ingresar en una residencia (temporal o permanente).

Betty y Cahill (1998, citadas en Huete y Mantecón, 2009), presentan otra tipología basada en el estudio sobre el acceso al sistema sanitario en la Costa del Sol:

- a) Residentes inscritos: viven de forma más o menos permanente y están inscritos en el padrón.
- b) Visitantes de larga duración: propietarios de vivienda, a menudo en urbanizaciones, que suelen utilizarla como segunda residencia en estancias de entre tres y seis meses.
- c) Residentes no inscritos: viven casi todo el año y tienen vivienda en propiedad, pero, por diversas razones, no se inscriben en el padrón.
- d) Arrendatarios: alquilan una vivienda y pasan en ella de tres a seis meses.

O'Reilly (2005), citado por Huete y Mantecón (2009), había publicado a partir de un estudio realizado con ciudadanos/as británicos/as, una clasificación basada en la relación existente entre la orientación de la persona hacia uno u otro país y el tiempo de estancia en cada uno en ellos y en base a esto conforma los siguientes cuatro grupos:

- a) Residentes permanentes: inmigrantes, jubilados y trabajadores.

- b) Residentes de retorno: residentes en España según su estatus legal, pero que regresan a Gran Bretaña entre dos y cinco meses al año.
- c) Visitantes estacionales: viven en Gran Bretaña pero regresan a España cada invierno. La principal diferencia con respecto a los residentes es que la orientación tiende más hacia su país que al de acogida.
- d) Visitantes ocasionales: poseen normalmente una segunda residencia que visitan por tener propiedades, familia, amigos o negocios en España.

King, Warnes y Williams (2000) confirman la importancia de la propiedad de la vivienda y la duración de la estancia en el país de destino como los elementos diferenciadores entre turistas e inmigrantes jubilados (Huete y Mantecón, 2009):

- a) Turistas internacionales de larga estancia: pasan los inviernos en el sur, donde viven de alquiler.
- b) Propietarios de segunda residencia: pasan periodos relativamente cortos en los destinos mediterráneos.
- c) Inmigrantes estacionales: pasan una estancia relativamente larga que puede o no ir acompañada del empadronamiento.

Según Huete y Mantecón (2009), “la tipología resultante del cruce entre empadronamiento y tenencia de la vivienda es la mejor representación de cómo el binomio formado por turismo y migración se distribuye en la provincia de Alicante. Se llamará a la nueva variable «tipo de movilidad residencial por motivos de ocio», cuyas categorías son las siguientes:

- Tipo 1. Residentes permanentes: aquellos extranjeros que poseen vivienda en propiedad y que están registrados en el padrón municipal de habitantes.
- Tipo 2. Residentes temporales: aquellos extranjeros que se alojan en una vivienda que no es de su propiedad, la tienen en régimen de alquiler o multipropiedad o es de amigos o familiares, y que están registrados en el padrón municipal de habitantes.
- Tipo 3. Propietarios de vivienda secundaria: aquellos extranjeros que poseen una vivienda en propiedad pero que no están empadronados.
- Tipo 4. Turistas estacionales: aquellos extranjeros que ni poseen vivienda en propiedad ni están registrados en el padrón municipal de habitantes” (Huete y Mantecón, 2009 p.791).

Para facilitar la comprensión de la información incluida en este apartado, a continuación se presentan las diferentes propuestas de tipologías de turistas residenciales según los autores tratados:

| TIPOLOGÍAS DE TURISTAS RESIDENCIALES | | | | | |
|---|---|------------------------------|-------------------------|--|-------------------------------------|
| Huete, Mantecón y Mazón (2008) | Huete y Mantecón(2009) | Betty y Cahill (1998) | O'Reilly (2005) | King, Warnes y Williams (2000) | Huete y Mantecón(2009) |
| Turistas que se trasladan a un apartamento ubicado en una zona turística, independientemente del régimen de tenencia, durante periodos vacacionales (grupo homogéneo) | Turistas extranjeros jubilados | Residentes inscritos | Residentes permanentes | Turistas internacionales de larga estancia | Residentes permanentes |
| | Inmigrados jubilados que han pasado de turistas a residentes | Visitantes de larga duración | Residentes de retorno | Propietarios de segunda residencia | Residentes temporales |
| | Jubilados comunitarios reagrupados por sus familias | Residentes no inscritos | Visitantes estacionales | Inmigrantes estacionales | Propietarios de vivienda secundaria |
| grupo heterogéneo y que cuenta con numerosas formas de movilidad y residencialidad, oscilando entre la naturaleza eminentemente turística y procesos más propios de movimientos migratorios | Personas que emigraron antes de la jubilación por otros motivos | Arrendatarios | Visitantes ocasionales | | Turistas estacionales |
| | Jubilados que emigran para ingresar en una residencia (temporal o permanente) | | | | |

Elaboración propia a partir de Huete y Mantecón (2009)

Por lo que se puede observar, no existe consenso a la hora de definir una tipología entre los diferentes autores, aunque los factores que si parecen determinantes en la mayor parte de los casos son el empadronamiento y la tenencia de la vivienda, que constituyen las variables principales que explican la relación presente entre turismo de larga estancia y migración residencial.

Para las sociedades que acogen a esta población es muy importante la definición de criterios para categorizar a las personas como turistas o residentes, de cara a optimizar la financiación y gestión de los recursos. Esta afirmación se apoya en que actualmente el único trámite que puede servir para contabilizar el número de residentes procedentes de la Unión Europea, es el hecho del empadronamiento, que es un trámite voluntario y que en base a la información recabada no se puede considerar un dato fiable, ya que no todos los residentes europeos están empadronados y algunas de las personas empadronadas residen de forma temporal o estacional fuera de nuestro país. Es por ello

que desde las administraciones públicas de las poblaciones que acogen este sector poblacional, se debe fomentar la obligatoriedad del empadronamiento de estas personas, en base a unos criterios que permitan disponer de cifras poblacionales más exactas que posibiliten una estimación de mayor precisión a la hora de planificar y gestionar los recursos y servicios públicos.

2.1.5. Agentes que intervienen en el turismo residencial.

En este apartado se pretende incluir a los actores que forman parte del fenómeno del turismo residencial, y enunciar diversos elementos de sus discursos, recogidos en diversas investigaciones, de cara a determinar el tipo de relaciones que existen entre ellos, configurando así el escenario en el que se ubica este fenómeno.

En primer lugar se situarían las personas migrantes: principalmente estamos ante personas procedentes de Reino Unido y Alemania, además de otros países del norte de Europa en menor proporción, que se encuentran en situación de jubilación. En busca de las motivaciones que llevan a estas personas a trasladar su residencia a España, basándonos en O'Reilly (2009), tenemos que tener en cuenta diversos factores de atracción, expulsión y redes sociales.

Los factores de atracción (*pull*) que citan la mayor parte de los migrantes encuestados en la investigación llevada a cabo por O'Reilly (2009) en la Costa del Sol son: el clima y los beneficios para la salud, un ritmo de vida más pausado, la calidad de vida, la cultura española y un coste de la vida más bajo. Los motivos del traslado que expresaron las personas encuestadas van desde los que se trasladan en busca de una mayor calidad de vida en su jubilación o para poder jubilarse anticipadamente; la búsqueda de un reto o la oportunidad de empezar una nueva vida con la familia; o incluso, algunas personas mostraban pasión por España, su gente y su cultura.

En el estudio nombrado anteriormente también se enuncian diversos factores de expulsión (*push*), o lo que es lo mismo, experiencias negativas que inducen a las personas de todas las edades, el plantearse emigrar de su país de origen. En el caso de esta investigación, las personas procedentes de Reino Unido expresaban que su traslado a España principalmente fue una huida de los elevados índices de criminalidad en determinadas zonas urbanas, por lo que los padres emigran para ofrecerle a sus hijos una vida mejor, ayudarles a empezar con mejor pie o alejarlos de la cultura juvenil británica. No se ha determinado que España sea un país más seguro, pero el 60% de las

personas encuestadas afirma sentirse más seguras en contra del 10% que dice sentirse más seguro en el Reino Unido (O'Reilly, 2009).

Según O'Reilly (2009), además de los factores de atracción y expulsión, es muy importante también tener en consideración el papel del turismo y las redes sociales. En España, las principales áreas de asentamiento de los migrantes procedentes del norte de Europa son las antiguas zonas dedicadas al turismo de masas, donde muchos de los migrantes residentes contaban anteriormente con la propiedad de una segunda residencia en la zona antes del traslado, habían visitado la zona en los periodos vacacionales, o se han trasladado para reunirse con su familia que había migrado anteriormente. También están cogiendo fuerza en la actualidad los asentamientos en zonas rurales o del interior, cercanas a las zonas turísticas, motivado este hecho en la búsqueda de la tranquilidad, huyendo del agitado ritmo de vida en su país de origen y de la masificación de las zonas costeras.

En segundo lugar se puede identificar otros actores fundamentales en el fenómeno del turismo residencial, como son los habitantes de la población de acogida. En este caso las opiniones y las actitudes de estos ante el turismo residencial se configuran como un hecho vital a la hora de propiciar la integración o la segregación del grupo de turistas residenciales. Basándonos en un estudio realizado por Huete (2010) en el sur de la Comunidad Valenciana, la principal conclusión a la que se llega es que se presenta una polarización en la población de acogida, formando dos grupos principales: los defensores y los críticos.

En cuanto al grupo de los defensores, Huete (2010) expone que dicho grupo está formado por aquellas personas que presentan un apoyo más decidido al desarrollo turístico que se ha experimentado en su municipio. Dentro de este grupo un 15,2% opina que el turismo residencial es el único medio para garantizar el progreso, mientras que un 39,7% opina que aunque hay otros medios de desarrollo, el turismo residencial es el que más interesa a su municipio. Este grupo expresa un respaldo decidido al desarrollo turístico, ya que creen que el turismo es la actividad más importante del municipio, ya que a su vez, se impulsa la industria de la construcción, por lo que tienen confianza plena en el turismo como vehículo de fomento del empleo y de dinamización de otros sectores económicos. En cuanto a los impactos socioculturales de la actividad turística, no creen que presenten demasiada intensidad, al mismo tiempo que opinan que su municipio se aproxima al "tipo ideal" de ambiente tradicional, tranquilo, aburrido,

seguro, limpio y refinado, además de valorar de forma benevolente la relación entre los turistas y el medio ambiente.

El grupo de los “críticos”, incluye diversas opiniones como la de un 40,8% que, aunque reconozcan la legitimidad y valor del turismo residencial como medio de desarrollo local, cree que ha llegado el momento de complementarlo con actividades mejores, mientras un 4,3% cree que el turismo está agotado. Este grupo, aunque se muestran de acuerdo en que su municipio siga creciendo, el apoyo al desarrollo turístico depende de la reestructuración del modelo turístico residencial conocido, ya que, la percepción del grupo es de tener menor dependencia económica del sector turístico, siendo el verdadero motor económico del municipio el sector de la construcción; con lo que consideran que la influencia del turismo en cuanto a la creación de empleo y la dinamización de otros sectores económicos no es destacable. En cuanto a los aspectos socioculturales, consideran su municipio como un espacio moderno, agitado, animado, inseguro, sucio, artificial y vulgar; además de censurar firmemente el comportamiento de los turistas en relación con el medio ambiente.

Como se puede observar en las conclusiones extraídas de la investigación realizada por Huete (2009), se observa una importante división de opiniones en cuanto a los diversos impactos económicos, sociales, culturales y medioambientales. Ambos grupos observan una misma realidad pero la interpretan de diferente manera, es por ello que es de vital importancia, a la hora de planificar el desarrollo del municipio por parte de las Administraciones Públicas correspondientes, que se tengan en cuenta las opiniones de la población, ya que aunque se presenten discursos dicotómicos, en la integración de diversas opiniones y visiones puede estar la configuración ideal de dicho plan de desarrollo.

2.1.6. Áreas y barreras para la integración social

A la hora de explicar el proceso migratorio residencial, tomando como referencia lo expresado por Huete y Mantecón (2013), de poco sirve basarse en las teorías neoclásicas que vinculan necesariamente la migración con la búsqueda de mejorar los rendimientos económicos. En este caso resulta más pertinente la aproximación conceptual desde las teorías de las redes sociales, que permiten afirmar que la lógica de los desplazamientos internacionales es la de asentarse en espacios donde el migrante reconozca la existencia de un tejido social cercano, que otorga una seguridad que reduce la incertidumbre y aminora costos psicosociales. Es por ello que el interés principal del

migrante es no quedar aislado, siendo muy importante conocer la forma en que la sociedad de destino aborda la llegada del migrante, hecho que se resume en una serie de modelos acerca de la integración social de los inmigrantes, formuladas por Pellegrino (1995). Estos modelos son los siguientes:

- *Modelo asimilacionista:* por el cual la responsabilidad de la integración recae en la persona inmigrante, teniendo ésta que adaptar sus actitudes y costumbres a los hábitos de la sociedad de acogida; hecho que al producirse provocará que pase desapercibido en dicha sociedad.
- *Modelo de adaptación mutua:* en el que se espera que las distintas comunidades culturales y étnicas que componen el sistema social, muestren disposición para modificar sus tradiciones y realizar intercambios para lograr diversos consensos normativos que permitan regular armónicamente la vida social de dichos grupos implicados.
- *Modelos del paradigma del Pluralismo Cultural:* que plantean diversas opciones que pueden ir desde la aplicación de estrategias de aislamiento cultural respecto a la sociedad receptora, con el fin de garantizar la incorporación a una comunidad que mantenga sus hábitos y costumbres; hasta modelos multiculturales e interculturales, que abogan por la construcción conjunta de nuevos marcos de convivencia entre los ciudadanos de distintas tradiciones culturales, respetando siempre las señas identitarias de dichas culturas.

Según la investigación realizada por Huete y Mantecón (2013) en la población de San Miguel de Salinas, y teniendo en cuenta los modelos expuestos anteriormente, se concluyó que existen dos grupos de noreuropeos bien diferenciados, para el primero su modo de vida en España se orienta hacia el desarrollo de actividades cuyo principal propósito es lograr la asimilación en la sociedad receptora; mientras que por otra parte se encuentra un grupo mayoritario, que se siente más cómodo desde posturas cercanas al aislacionismo. Basándonos en estas conclusiones, hay que tener en cuenta que existe una tendencia a la segregación del grupo de migrantes residenciales, hecho que parece verse reforzado con los procedimientos adoptados por la política municipal de dicho territorio, lo cual es un nicho de intervención de gran importancia para la disciplina del Trabajo Social.

Según Huete y Mantecón (2013) la presencia de inmigrantes residenciales noreuropeos en las regiones costeras del sur de España tiene efectos contradictorios, ya que por una parte se genera una importante actividad económica, tanto para el comercio local, como en este caso para el negocio inmobiliario, estimulando la creación de empleo y permitiendo urbanizar y revitalizar áreas despobladas. Aunque por otro lado se producen repercusiones ambientales y sociales no deseadas. Al revisar la literatura especializada y basándose principalmente en los impactos sociales, se distinguen tres bloques temáticos principales a la hora de analizar los principales problemas mencionados anteriormente: la cuestión sanitaria, las implicaciones políticas y la interacción restringida entre extranjeros y españoles.

La cuestión sanitaria

Este problema se bifurca en dos cuestiones centrales, por un lado se encuentra el aumento del gasto sanitario que resulta inasumible por las autoridades españolas, debido al crecimiento y envejecimiento poblacional provocado por la llegada de miles de inmigrantes residenciales jubilados o en edades próximas a la jubilación. El otro problema, sería el detectado por investigadores como La Parra y Mateo (2008), Huber y O'Reilly (2004), que advierten de un aumento de inmigrantes no laborales en situación de aislamiento, lo que puede desembocar en problemas de ansiedad, depresión y diversas adicciones; situaciones que se pueden ver agravadas por otros hechos como el fallecimiento del/la cónyuge, ausencia de amigos y el desconocimiento del idioma que permite solicitar ayuda médica o relacionarse con los distintos recursos sociales. Otro motivo de frustración para los retirados residentes aparece al percatarse de que los servicios sociales dirigidos a las personas mayores requieren de ayuda informal para que se obtengan efectividad en la intervención, hecho que provoca el retorno a su país de origen de muchos turistas residentes que están en situación de dependencia (Huete y Mantecón, 2013).

Las implicaciones políticas

En este caso el importante aumento de la población residente procedente de Europa, sumado a los derechos de participación política en las elecciones locales entre los ciudadanos de la UE que estén empadronados, está provocando que la proporción de votantes extranjeros sea capaz de decidir el resultado de las elecciones en determinados municipios. Este hecho ha provocado la aparición de una nueva realidad sociopolítica

con el surgimiento de diversas organizaciones sociales integradas mayoritariamente por turistas residenciales.

“La articulación sociopolítica suele materializarse de dos formas: o bien se crea un nuevo partido (integrado en su práctica totalidad por extranjeros) que redefine el mapa de alianzas e influencias políticas, o bien los residentes extranjeros se integran en los partidos políticos españoles. El hecho es que 25 municipios de la provincia de Alicante ya cuentan con un concejal dedicado exclusivamente a tratar con las cuestiones que afectan a los residentes extranjeros. Hay localidades en las que las asociaciones de europeos residentes se han organizado políticamente, y ya en las elecciones municipales de 2007 ganaron varias concejalías que pasaron a ser ocupadas por ciudadanos de la UE no españoles” (Huete y Mantecón, 2013, pp.223-224).

La interacción restringida

En cuanto a los motivos que generan la escasez de interacción entre los residentes de otros países de la Unión Europea y los españoles, según Huete y Mantecón (2013), por un lado se encuentra el desconocimiento mutuo del idioma, y por otra parte, la ubicación socio espacial de los residentes noreuropeos, que suelen establecerse en urbanizaciones privadas alejadas de los núcleos poblacionales tradicionales.

El estudio realizado por O'Reilly (2009), establece como objetivo principal explorar la integración de los migrantes europeos en España, incluyendo las pautas de asociación, la competencia lingüística, y la integración cultural, política y económica.

Pautas de asociación

En cuanto al nivel de interacción entre los migrantes y la población española, se puede determinar la existencia de cierto grado de interacción entre españoles y británicos, pero en todo caso ésta parece ser mínima. Siendo un tercio de las personas encuestadas los que expresan tener familiares y amigos españoles con los que interactúa frecuentemente, otro tercio dice tener contacto ocasional y el resto afirma no tener contacto con españoles. De todas formas, el hecho de la escasa interacción con la población española, no supone que los migrantes se sientan solos o aislados, ya que, la integración social la pueden lograr con su propia comunidad, tanto la que se encuentra en España, mediante diversos clubes y sociedades de ciudadanos extranjeros que refuerzan el sentido de

pertenencia de estas personas, como la que continúa en el país de origen, gracias a los contactos que posibilitan las nuevas tecnologías y las visitas (O'Reilly, 2009).

Competencia lingüística

Al igual que sucedía con la interacción, en lo referente a la competencia lingüística también se aprecia una heterogeneidad importante, ya que teniendo en cuenta la posible subjetividad a la hora de definir las habilidades lingüísticas debido a que las personas tienden a subestimar o sobrestimar dicha competencia, se puede determinar que la mayor parte no habla español: un 60% de las personas encuestadas «se defienden» o hablan unas pocas palabras en español, un 20% puede mantener una conversación, y un número aún más reducido lo habla con fluidez y es capaz de leer y escribir correctamente. En lo que sí coinciden las personas encuestadas es que les gustaría aumentar su conocimiento acerca de la lengua española (O'Reilly, 2009).

Integración cultural

Según O'Reilly (2009) a primera vista parece que hay una falta de interés importante por la vida y la cultura española, ya que, la mitad de las personas encuestadas no lee periódicos españoles, algo más de la mitad no asiste a lugares de ocio (cine, teatro, conciertos...), la mitad no escucha radio en español y más o menos la mitad no ve tampoco la televisión en español. Basándonos en estos resultados, hay que destacar que una de cada dos personas sí se interesa de un modo más activo de la cultura española. He aquí un grupo que debe ser objetivo de las políticas públicas, ya que las personas encuestadas refieren la falta de información como principal motivo para la no asistencia a diversas actividades organizadas en su entorno social, pese a manifestar su interés en participar en actividades culturales en España. En el estudio se determina una escasez de información, tanto en castellano como en otros idiomas, sobre la programación de actividades culturales.

Participación política

Según refiere O'Reilly (2009), este apartado tiene dos vertientes. Por un lado tenemos el derecho a voto y a presentar candidatura, en el que los ciudadanos procedentes de algún país miembro de la Unión Europea solamente pueden hacerlo en las elecciones al Parlamento Europeo y en las elecciones locales; con lo que en este aspecto no son considerados ciudadanos de pleno derecho. A pesar de este hecho, parece existir una

importante falta de interés por participar en las elecciones, principalmente el grupo británico, presentando la falta de interés en la política y la falta de información acerca de los candidatos o los impresos necesarios para inscribirse como principales causas de no acudir a votar a las elecciones. Otro aspecto a considerar en este ámbito según el autor, es el relacionado con la tenencia de tarjeta de residencia y la inscripción en el padrón del municipio, sólo la mitad de las personas encuestadas la tienen, mientras que aproximadamente un tercio no se encuentra empadronado. Este hecho puede estar fundamentado en la contradicción de la normativa de dichos procedimientos, ya que, aunque la policía no considera necesaria la tenencia de tarjeta de residencia para los ciudadanos comunitarios, los bancos y otras empresas consideran fundamental solicitarla como prueba de la residencia en España de la persona. También poseen muchos migrantes comunitarios información contradictoria acerca de los trámites y obligaciones que se adquieren con la obtención de la tarjeta de residencia, o consideran que debido a su estancia temporal no es necesario solicitarla, por lo que optan por evitar su solicitud. En cuanto al empadronamiento, muchas de las personas encuestadas afirman confundir la tarjeta de residencia con el empadronamiento, aunque empadronarse únicamente sirva para informar a las autoridades que uno reside en España, hecho que permite planificar y gestionar con mayor eficiencia los servicios públicos. Las razones que expresan las personas encuestadas para no empadronarse son principalmente el desconocimiento de la obligatoriedad del empadronamiento y el temor acerca del acceso a sus datos por parte de otras entidades, de cara a evitar el pago de ciertos impuestos o cotizaciones a la Seguridad Social.

Integración económica

El estudio de O'Reilly (2009) evalúa el grado de implicación de los migrantes en la economía local a través de varios indicadores, como son: trabajo remunerado, impuestos y cotizaciones a la Seguridad Social, uso de los servicios sanitarios, etc. En cuanto al trabajo remunerado parece que por encima de las etiquetas de «turista residencial» o «migrante retirado», hay un número mayor de trabajadores de lo esperado, aunque gran parte de estos trabajos son de carácter informal, con lo que no contribuyen directamente a la economía formal. Es destacable que el 58% de las personas encuestadas son jubiladas, siendo prevalente el porcentaje de jubilados en zonas costeras, mientras que en las zonas del interior los porcentajes son más similares entre trabajadores y jubilados.

En cuanto al consumo, más del 75% de los encuestados residen todo el año en España, con lo cual su sueldo o pensión la gastarán en España mediante el consumo de diversos bienes y servicios, aunque por otra parte también se benefician de la economía española, mediante la utilización de los servicios sanitarios (más del 50% de personas encuestadas) y los centros educativos públicos (dos tercios de las personas encuestadas tienen a sus hijos estudiando en centros públicos). Es relevante destacar una cantidad de británicos que pese a trabajar, lo hace de forma informal sin darse de alta como autónomos, hecho que se puede atribuir principalmente a varios motivos: la falta de información acerca de la obligatoriedad de darse de alta de autónomo, los beneficios que conlleva este hecho, el no saber si van a permanecer en España el tiempo suficiente como para obtener una pensión, la posibilidad de recibir atención sanitaria en caso de emergencia, el hecho de evitar la cotización a la Seguridad Social y no declarar sus ingresos para evitar el pago de determinados impuestos, según los resultados obtenidos en la investigación. Estos hechos puede dar lugar a que ciertos grupos se vean conducidos a una grave exclusión social (O'Reilly, 2009). Estos hechos se motivan principalmente en el desconocimiento de la normativa, por ejemplo, en relación con el tema de las pensiones. Entre países de la Unión Europea existe reglamentación¹ para la coordinación de los sistemas de seguridad social de los estados miembros, la cual permite el cobro de la pensión a partir de todas las cotizaciones aunque se hayan realizado en varios estados de la UE.

2.1.7. Estado de la cuestión sanitaria

En cuanto a datos referentes a la cuestión sanitaria de este sector poblacional, después de buscar en los dos institutos de estadística (INE e ISTAC) y revisar las memorias de los dos principales centros hospitalarios de Tenerife en la página web del Servicio Canario de Salud, no se ha podido encontrar ningún dato específico relacionado con la atención a residentes comunitarios.

Por el contrario se ha podido localizar un artículo del ex Director del Servicio Canario de Salud, Guillermo Martín, publicado en 2009 en el que se trata la problemática que genera en Canarias la aplicación de los reglamentos comunitarios acerca de prestaciones de asistencia sanitaria. Este apartado se basa en dicha publicación de Martín (2009), que divide la problemática presente en dos tipos: los problemas teóricos y los prácticos.

¹ Regulation (EC) n° 883/2004 of the European Parliament and of the council of 29 April 2004, on the coordination of social security systems.

Los problemas teóricos que se presentan en esta situación son:

En primer lugar en la Normativa Comunitaria, existe una ambigüedad en cuanto al concepto de “residencia”, ya que los reglamentos coordinadores de la Seguridad Social lo definen como estancia habitual, expresión igualmente ambigua. El Tribunal de Justicia Europeo lo interpreta como el lugar en el que está situado el interés habitual de una persona, como por ejemplo en la sentencia de 15 de septiembre de 1994² se dispone lo siguiente: “(...) la residencia habitual es el lugar en el que el interesado ha fijado, con la intención de conferirle un carácter estable, el centro permanente o habitual de sus intereses; naturalmente, a efectos de determinar la residencia habitual, es preciso tener en cuenta todos los elementos de hecho constitutivos de esta” (Martín, 2009, p.648). Se observa que para el Tribunal, la intención del ciudadano es el hecho determinante.

También hace referencia a otras normativas con la intención de concretar aún más el tema de la ambigüedad normativa acerca de la residencia:

- La Directiva 2004/38/CE del Parlamento Europeo y del Consejo, de 29 de abril de 2004, relativa al derecho de los ciudadanos de la Unión y de los miembros de sus familias a circular y residir libremente en el territorio de los Estados miembros, regula los derechos de “entrada”, “salida”, “residencia” y “residencia permanente”. En el “derecho de residencia” diferencia entre residencia por un periodo de hasta tres meses o superior a él.
- El Real Decreto 240/2007, de 16 de febrero, por el que se traspone dicha Directiva al ordenamiento jurídico español denomina “estancia” a ese derecho de residencia por un periodo de hasta tres meses (art. 6). Durante ese periodo no se les exige ningún requisito administrativo. Si pretenden permanecer en España más tiempo, deben solicitar su inscripción en el Registro Central de Extranjeros, o si se trata de miembros de la familia del ciudadano de la Unión que no sean nacionales de un Estado miembro, la obtención de la tarjeta de residencia.

En cuanto a la normativa española, el problema es el del reparto del saldo neto positivo, ya que, en cuanto al reparto en los supuestos de cuota global, esta regulación además de llegar con mucho retraso, generando un importante déficit de difícil cuantificación, principalmente en algunas Comunidades Autónomas que asumieron las transferencias del INSALUD en los años 80 y 90; también favorece a las Comunidades Autónomas

² Asunto C.452/93 P. Pedro Magdalena Fernández contra la Comisión de las Comunidades Europeas.

con mayor número de población foránea residiendo en los Estados del Espacio Económico Europeo (EEE).

Por otro lado, en cuanto a la distribución del saldo neto positivo en los supuestos de facturación por costes reales “De igual modo salen favorecidas aquellas Comunidades Autónomas cuyo saldo neto es negativo. Quedan excluidas de la distribución, pero ese saldo negativo es asumido por el resto en parte proporcional a su facturación” (Martín, 2009, p.652).

En cuanto a los problemas prácticos, “más de 6 millones de turistas europeos (73% del total de turistas recibidos) y alrededor de 147.000 residentes en Canarias, de conformidad con la normativa comunitaria en materia de Seguridad Social, son potenciales receptores de los servicios sanitarios en Canarias. Y ello, no cabe duda, genera problemas importantes al servicio de salud, especialmente en aquellas zonas eminentemente turísticas (sur de Tenerife o de Gran Canaria), tanto desde un punto de vista estructural, como asistencial, de gestión y, por supuesto, financiero” (Martín, 2009, p.652). Atendiendo a estas afirmaciones, se corrobora la importancia de conocer los datos demográficos de los europeos en Canarias y su lugar de residencia, ya que el desconocimiento de dichos datos, unido al derecho a asistencia sanitaria que le otorga la ciudadanía comunitaria, puede provocar que los servicios sanitarios se vean desbordados por un exceso de demanda, ya que la planificación y gestión de los mismos se ha calculado en base a un porcentaje poblacional erróneo.

Atendiendo a lo dispuesto anteriormente Martín (2009) centra el foco en los siguientes problemas prácticos atendiendo a su relevancia:

- En primer lugar, la determinación de las prestaciones a las que tiene derecho el ciudadano durante su estancia temporal por motivos no médicos. Para determinar dichas prestaciones hay que tener en cuenta diversos factores como la urgencia de la contingencia, la seguridad sanitaria de la persona durante su estancia, etc. Muchas veces se produce confusión a la hora de determinar las prestaciones y se dificulta la recuperación de los costes médicos mediante el abono de los mismos por el país de origen de la persona atendida, ya que ciertas prestaciones requieren autorización previa por dicho país de origen.
- En segundo lugar hay que tener muy en cuenta la dificultad de determinar si la persona atendida se encuentra residiendo en el país o solamente se trata de una

estancia temporal, este hecho se produce cuando muchos de los ciudadanos europeos que pasan largas temporadas en su segunda residencia aquí en Canarias se acogen al derecho de atención sanitaria por estancia temporal en vez de por residencia, aunque este último supuesto sería más conveniente. Este hecho dificulta la contabilización de las personas usuarias potenciales, ya que se desconoce el número de personas en estancia temporal, mientras que el número de residentes se encuentra perfectamente contabilizado, afectando este hecho a la planificación tanto de las estructuras como de los recursos humanos. Otro aspecto negativo es el de los gastos de gestión ocasionados para obtener el reintegro de los gastos médicos ocasionados por parte de los países de origen.

- Otro de los problemas es el del gasto farmacéutico, ya que el gasto ocasionado por dicha prestación no se recupera, siendo frecuente que turistas acudan a consultorios para conseguir recetas y llevarse los medicamentos a su país a muy bajo costo.

2.2. Trabajo Social Sanitario

2.2.1. Definición

El Trabajo Social Sanitario es “una disciplina. Una profesión. La especialización del trabajo social en el ámbito sanitario. El trabajo social que se aplica en los establecimientos sanitarios. Es la teoría que guía la práctica y la instrucción profesional en sanidad. Investiga las “leyes básicas” de las realidades, circunstancias sociales, de la enfermedad de las personas atendidas en el sistema sanitario, ya sea en su condición de enfermas, de familia o red social, o como beneficiarias de los programas preventivos” (Colom, 2008, p.155). Como se puede apreciar en esta definición el Trabajo Social Sanitario se centra principalmente en los “aspectos sociales” de la enfermedad, y su campo de acción no se limita solamente a la atención de la persona enferma, sino que se amplía hasta el ámbito familiar y el de las redes sociales de la persona. Otro aspecto a destacar en la definición es la del importancia que tiene el papel del Trabajo Social Sanitario a la hora de realizar programas preventivos de salud, para lo cual es muy importante el estudio de las realidades sociales, de cara a definir las necesidades y problemáticas presentes y a partir de ellas diseñar dichos programas preventivos.

El desarrollo del Trabajo Social Sanitario en nuestro país tiene un importante hándicap, ya que según Colom (2008), no existe una opción formativa para la especialización en este campo como formación de postgrado³ o complementaria. A pesar de este hecho, el Trabajo Social en el ámbito sanitario se ha desarrollado en dos planos: en primer lugar, tomando como referencia las experiencias de otros países donde el Trabajo Social Sanitario ha pasado la barrera de lo cuestionable, como por ejemplo Estados Unidos; y en segundo lugar, partiendo de la práctica asistencial diaria para generar conocimiento aplicado, investigar sobre lo que se va dando, sobre los parámetros que se obtienen tanto de los buenos como de los malos resultados. Este segundo plano nos traslada a las acciones de las pioneras del Trabajo Social Mary E. Richmond, Ida M. Cannon, entre otras. A partir de esta información, Colom (2008) afirma que el Trabajo Social Sanitario es la praxis, ya que se configura como el resultado de aplicar dicho conocimiento y retroalimentarlo mediante los resultados de la evaluación.

El Trabajo Social Sanitario se ejerce, basándonos en Colom (2008), en los siguientes establecimientos del sistema sanitario:

³ Actualmente si hay una oferta formativa de postgrado dirigida por Dolors Colom, en la Universidad Oberta de Catalunya (UOC)

- Atención primaria: centros de salud.
- Atención sociosanitaria: convalecencia, larga estancia, curas paliativas, unidad de demencia...
- Atención especializada: hospitales de agudos (alta tecnología, generales de ámbito comarcal), geriátricos...
- Otros recursos: bancos de sangre, centros de planificación familiar, dispensarios y servicios médicos de empresa.
- Consultorios y hospitales privados: es menos común.

Según Colom (2008), hay dos principales beneficiarios directos de la intervención del Trabajo Social Sanitario:

- Beneficiario humano: la intervención afecta a todas las personas que son atendidas en cualquier establecimiento del sistema sanitario y sus redes sociales próximas. La acción estratégica del/la trabajador/a social sanitario/a evita a las personas usuarias dar pasos innecesarios y a los/as profesionales sanitarios/as el establecimiento de planes de seguimiento que resultan imposibles debido a la falta de red social.
- Beneficiario jurídico o institucional: que en este caso son principalmente el sistema de servicios sanitarios, debido a la optimización de su uso, ya que se convierte en objeto de las mejoras requeridas para que las personas usuarias puedan recibir una mejor y puntual atención; y por otro lado, el sistema de servicios sociales, que ve cómo llegan a sus estructuras personas con necesidades reales cuyo diagnóstico ha sido realizado por profesionales.

2.2.2. Modelos de intervención del Trabajo Social Sanitario.

En cuanto a los modelos de intervención del Trabajo Social Sanitario, Colom (2008) determina la existencia de dos modelos básicos: un primer modelo que sería a demanda de las propias personas, sus familiares, del resto de personal sanitario y de otras entidades comunitarias externas; y un segundo modelo a partir de una vista sistemática ante la presencia de determinadas características definidas previamente como de riesgo social sanitario. Basándonos en estas afirmaciones, se puede dividir en dos la acción de las personas profesionales del Trabajo Social en el ámbito sanitario, ya que por una parte deben atender las necesidades expresadas por personas usuarias, otros profesionales del ámbito sanitario y diversas entidades externas relacionadas; y por otro

lado, mediante la observación y estudio de las realidades sociales presentes en el entorno en que se interviene, deben ser capaces de determinar las necesidades sentidas y no expresadas, de cara a realizar acciones dirigidas a la prevención de riesgos.

De cara al futuro, Colom (2008) afirma que para consolidar la intervención del Trabajo Social Sanitario, se debe implementar la intervención por programas, ya que, la intervención a demanda, aunque sigue siendo el modelo habitual, se conforma como un modelo obsoleto y marginal, poco resolutivo y discriminatorio, ya que, en primer lugar requiere un filtro previo no profesional: la persona y su familia deben tener conciencia del problema y considerar que pueden demandar ayuda profesional; y los/as otros/as profesionales sanitarios/as, que aunque pueden detectar déficits de carácter social no pueden tratarlos. En segundo lugar, la intervención a demanda discrimina a aquellas personas que teniendo la misma necesidad, al no demandar ayuda, quedan excluidas de recibir la prestación necesaria. En base a esto, se debe asumir que la ausencia de demanda no debe suponer la ausencia de necesidad. Por todo ello, resulta necesario introducir modelos más proactivos como la intervención por programas. Dicho “cambio obedece a la existencia de circunstancias, criterios denominados de riesgo probado, cuya presencia, se ha comprobado que aumenta la prevalencia de que la persona necesite apoyos sociales externos ante la imposibilidad de resolver por sí sola los efectos producidos por la enfermedad. Esta evidencia permite actuar sin previa demanda y sí prevenir aquellas situaciones que, en donde la investigación aplicada sea una pauta habitual, años de estudio lo han puesto de relieve” (Colom, 2008, p.162). Atendiendo a la afirmación anterior, se puede determinar que el futuro del Trabajo Social Sanitario debe encaminarse hacia una intervención proactiva y de prevención de los riesgos sociales derivados de la enfermedad, dejando a un lado la intervención basada en las demandas de las personas, profesionales y otras entidades, es decir, adelantarnos a las demandas y no esperar a que estas nos lleguen para realizar la intervención.

2.2.3. Programas de intervención de Trabajo Social Sanitario

Un programa de intervención de Trabajo Social Sanitario es “un conjunto de acciones interconectadas e interdependientes que facilitan en primera instancia la función asistencial. Combinan intervenciones sociales asociadas a aspectos sanitarios y/o sociosanitarios. Todo programa se vertebra alrededor de unas evidencias presentes en todas las personas atendidas en él. La intervención viene garantizada por el procedimiento aplicado. Los pasos, los objetivos y los indicadores del programa se han

prefijado antes por el servicio de acuerdo con la dirección del establecimiento” (Colom, 2008, p.162).

Basándonos en Colom 2008, desde el servicio de Trabajo Social Sanitario se pueden diferenciar tres grandes grupos de programas:

- Programas de detección: la intervención se basa en la existencia de diversos criterios de riesgo observados que permiten inferir la presencia de algún problema social. Este hecho da pie a la realización de un primer *screening*, que de resultar positivo, supondría la inclusión de la persona en el programa de atención.
- Programas de atención: la intervención se basa en la presencia de problemas detectados sin necesidad de que haya una demanda previa.
- Programas preventivos: La acción se basa en los resultados de investigaciones previas que determinan diversas secuencias de causa y efecto que se presentan habitualmente ante determinadas circunstancias adversas ya manifestadas a raíz de la enfermedad. Estos programas se apoyan en los resultados obtenidos por los programas de detección.

2.2.4. Competencias del/la trabajador/a social en el ámbito sanitario

Para realizar la labor profesional propia del Trabajo Social Sanitario, debido a la escasez de especialización académica que ya se enunció en la definición incluida en este apartado, puede ser contratado cualquier profesional que disponga de grado o diplomatura en Trabajo Social y los/as asistentes sociales. Sin embargo, Colom (2008), resalta la existencia de diversos créditos, pertenecientes a los planes de estudio de dichas titulaciones, que se dedican a asignaturas relacionadas con el ámbito de la salud, además de ofrecer la posibilidad de realizar prácticas externas en centros sanitarios junto a profesionales del Trabajo Social con años de experiencia. Por ello se suele recomendar a la gerencia la contratación de profesionales que incluyan en su currículum académico dichos conocimientos y experiencias, o que al menos, se consideren como un valor añadido.

Según Colom (2008), la actuación del/la trabajador/a social sanitario/a coexiste en dos planos:

- Plano organizativo: en una primera fase, el/la profesional estudiará las características del establecimiento sanitario donde ejercerá o ejerce su labor. A

partir del plan estratégico vigente propondrá la organización o la adecuación del servicio de Trabajo Social Sanitario aplicando los principios de agilidad, eficacia, eficiencia y proximidad. A medida que el medio vaya cambiando se irá ajustando las actividades a las nuevas circunstancias.

- *Plano asistencial:* el/la profesional sigue diversos procedimientos. Dentro de ellos interpreta en clave social las circunstancias y evidencias que amenazan o interrumpen la cotidianeidad de las personas usuarias y sus familiares. Por otra parte, establece el diagnóstico social sanitario e interviene, cuando es posible la utilización de estrategias y apoyos externos a la red natural, de manera que ayude a recuperar o restablecer el equilibrio de sus vidas. El/la trabajador/a social sanitario/a, mediante el análisis de la información disponible de cada caso social sanitario, propone programas, recursos, alternativas para orientar la solución de las dificultades sobrevenidas a raíz de la aparición de la enfermedad.

Colom (2008), nos responde a la pregunta acerca de qué se ocupa el/la trabajador/a social sanitario/a, indicando que se encarga de gestionar los aspectos sociales de la enfermedad padecida por las personas usuarias del centro sanitario correspondiente, para lo que estudia, identifica, trata y atiende los problemas sociales de las personas usuarias y los de su familia. En cuanto a la ocupación del/la profesional del Trabajo Social Sanitario la autora divide la misma en tres ámbitos:

- En primer lugar, previene situaciones sociales estresantes (individuales o familiares) sobrevenidas a raíz de la enfermedad o que pueden inducir a ella. También puede centrar esa labor en lo comunitario y en una zona geográfica determinada. Además estudia, interpreta e interviene, de cara a modificar diversas conductas sociales de riesgo relacionadas con patologías de origen social.
- Investiga realidades manifestadas en las personas usuarias conformando cada una y sus circunstancias tanto individuales como familiares, el caso social sanitario, que de forma informativa se pueden acumular y tratar mediante diversas técnicas estadísticas (análisis descriptivo, técnicas longitudinales...) ofreciendo una perspectiva del pasado y un horizonte probable de tendencias de futuro.
- También el/la trabajador/a social sanitario/a puede formar a otros/as trabajadores/as sociales sanitarios mediante actividades de formación

permanente, o a estudiantes ya sea en el campo de prácticas o en la universidad en cursos de postgrado. Otra posibilidad en cuanto a la formación permanente es la de impartir cursos especializados de introducción a los aspectos básicos de la atención social sanitaria, al resto de personal sanitario.

Como se puede observar en lo expresado por la autora en referencia a la ocupación de el/la trabajador/a social sanitario/a, hay tres partes bien diferenciadas una de atención directa a la persona usuaria y a su familia, otra de investigación de realidades sociales en base a el tratamiento de los datos obtenidos mediante la intervención directa, y por último la parte docente en la que puede impartir acciones formativas a otros/as profesionales de Trabajo Social Sanitario, estudiantes y al personal sanitario en general.

El/la trabajador/a social sanitario/a potencialmente puede intervenir en todo proceso sanitario, ya que toda persona usuaria del sistema sanitario puede necesitar orientación o intervención social. Sería ideal que todas las personas usuarias fueran visitadas al menos una vez por el/la trabajador/a social, sin embargo, debido a la falta de recursos se suelen priorizar los procesos sanitarios que implican mayor riesgo social, aunque este hecho dependerá de la organización del centro sanitario y las posibilidades de acción que le permitan sus recursos humanos. La intervención se desarrolla dentro de las carencias particulares que impiden a las personas resolver sus dificultades utilizando los medios de los que disponen, y el campo de acción no se limita exclusivamente a la persona usuaria, sino que también se puede intervenir con su familia y su entorno social próximo. Es importante no confundir los procesos sanitarios con los sociales, ya que, aunque lo social es parte integrante de lo sanitario, ello no exime de la necesidad de definir la parte social: a diferencia de los procesos sanitarios, que se basan en diagnósticos clínicos, los procesos sociales se basan en las tipologías de apoyo (Colom, 2008).

2.3. Legislación

“Las migraciones residenciales en el interior de la Unión Europea (UE) se han visto favorecidas por el desarrollo de un marco legal que facilita el libre movimiento de ciudadanos y la adquisición de propiedades inmobiliarias dentro de la UE (Tratado de Maastricht en 1992 y entrada en vigor del Convenio de aplicación del Acuerdo de Schengen en 1995)” (Huete y Mantecón, 2013 pp.220-221).

En cuanto al ámbito sanitario, la ciudadanía procedente de países de la Unión Europea tiene garantizado el acceso al Sistema Nacional de Salud en las mismas condiciones que la ciudadanía española. Hay que destacar el Real Decreto-ley 16/2012, de 20 de abril, de medidas urgentes para garantizar la sostenibilidad del Sistema Nacional de Salud y mejorar la calidad y seguridad de sus prestaciones, publicado en el BOE del Martes 24 de Abril de 2012, donde la disposición final quinta⁴ expresa los requisitos específicos para los/as ciudadanos/as comunitarios/as que permanezcan en España por un periodo superior a tres meses, y por consiguiente tengan acceso al sistema sanitario español sin restricción alguna en las mismas condiciones que la ciudadanía española como se ha enunciado anteriormente.

En cuanto al reconocimiento del Trabajo Social Sanitario como profesión sanitaria en la legislación correspondiente, Colom (2008) nos indica que la Ley 44/2003, de 21 de noviembre, de ordenación de las profesiones sanitarias e intrusismo profesional, no lo recoge, con lo cual se puede considerar que “el trabajo social sanitario está ahí, sus procedimientos están ahí, el diagnóstico social sanitario está ahí, el plan de trabajo y la intervención están ahí, los resultados sobre las personas están ahí, pero atendiendo a la normativa vigente, dicho reconocimiento no existe” (Colom, 2008, p.157). Aunque, parece ser que dicha falta de reconocimiento se debe a un hipotético descuido, si tenemos en cuenta lo dispuesto en el artículo 2 de la Ley 44/2003⁵, ya que aunque haya escasez de oferta de formación de postgrado relacionada con el Trabajo Social Sanitario, sí existe la posibilidad de cursar diversos créditos relacionados e incluso realizar el periodo de prácticas en el ámbito sanitario, además de estar abierta la posibilidad de acudir a acciones de formación permanente o realizar estancias como observador de cara a cumplir con lo dispuesto en el artículo 2 anteriormente nombrado, acerca de dotar a «los interesados de los conocimientos, habilidades y actitudes propias

⁴ Artículo ubicado en el anexo I

⁵ Artículo ubicado en el anexo II

de la atención a la salud», o lo que es lo mismo, la adquisición de determinados conocimientos acerca de los efectos de determinadas enfermedades sobre la red social. Además es destacable la capacidad de los/as profesionales del Trabajo Social en la realización de técnicas de entrevistas, adaptadas a la acción que se quiera realizar; la aplicación de técnicas de apoyo psicosocial; la realización de estudios acerca de necesidades sociales, sanitarias y psicosociales, etc. Asimismo, la organización de los/as profesionales en colegios oficiales vinculados a una estructura superior que es el Consejo General de Diplomados en Trabajo Social, entre otros muchos hechos, sustentan el Trabajo Social Sanitario como profesión sanitaria, aunque en la teoría no se disponga de dicho reconocimiento legislativo. Es importante puntualizar que, sin embargo, el Trabajo Social Sanitario sí se encuentra incluido en la relaciones de puestos de trabajo, como en el caso del Servicio Canario de Salud (SCS) que recoge la figura del/la trabajador/a social en la gerencia, centros de salud, hospitales...

Según se indica en el Libro Blanco del Título de Grado en Trabajo Social, publicado por Agencia Nacional de Evaluación de la Calidad y Acreditación (ANECA) (2004), en relación a la normativa legal en vigor, correspondiente a las funciones de el/la trabajador/a social en el ámbito sanitario, destacan dos leyes:

- Ley General de Sanidad de 1986, aprobada por la Ley 14/86 de 24 de abril: “incluye el catálogo de prestaciones del sistema sanitario y en él se establecen como funciones del Trabajador Social en los hospitales las de prestar los servicios de información, valoración y orientación; emitir diagnóstico y tratamiento social; hacer de soporte psicosocial y llevar a cabo las tareas de coordinación y tramitación. El responsable de los Servicios de Trabajo Social ha de ser un diplomado en Trabajo Social o asistente social” (ANECA, 2004, p.155)
- Ley 16/2003 de 28 de mayo, de cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud, en la que su artículo 12 sobre la prestación de atención primaria enuncia lo siguiente: “La atención primaria es el nivel básico e inicial de atención, que garantiza la globalidad y continuidad de la atención a lo largo de toda la vida del paciente, actuando como gestor y coordinador de casos y regulador de flujos. Comprenderá actividades de promoción e [sic] la salud, educación sanitaria, prevención de la enfermedad, asistencia sanitaria, mantenimiento y recuperación de la salud, así como la rehabilitación física y el trabajo social” (ANECA, 2004, p.156)

3. OBJETIVOS

Los tres objetivos fijados para este trabajo de fin de grado son los siguientes:

- **Objetivo 1:** Caracterizar el fenómeno del turismo residencial.
- **Objetivo 2:** Conocer la situación sociosanitaria de los europeos residentes en el Área de Salud de Tenerife
- **Objetivo 3:** Establecer la relación entre el fenómeno del turismo residencial y el Trabajo Social en el ámbito sanitario.

4. METODOLOGÍA

El trabajo fin de grado que se presenta en este documento corresponde a una investigación cualitativa de carácter exploratorio a través de entrevistas a informantes clave. Para su realización el proceso se dividió en dos partes: una parte documental y una parte empírica.

En cuanto a la parte documental, se realizó una revisión bibliográfica que permitiera obtener la información necesaria para la configuración del marco teórico. Para realizar dicha revisión bibliográfica se realizó una búsqueda mediante el uso de palabras claves y operadores booleanos, en los diversos buscadores de internet como Google Académico y Scopus, entre otros. Posteriormente se procedió a la lectura y análisis de los resúmenes de los artículos científicos o capítulos de libros encontrados para determinar su pertinencia, para pasar a la lectura del material seleccionado, realizando una segunda criba y determinando finalmente la bibliografía del trabajo. Es importante reseñar la importancia que tuvo la realización de las diversas fichas de lectura del material bibliográfico de cara a la búsqueda de la eficiencia durante proceso, debido a la limitación temporal. Como complemento a la revisión bibliográfica y con la intención de dimensionar el fenómeno estudiado (tanto a nivel nacional, autonómico, y provincial), se explotó la información relacionada con el tema incluida en los diferentes censos de los institutos nacional y autonómico de estadística.

En lo referente a la parte empírica, debido a la inexistencia de investigaciones referentes a la cuestión sanitaria de este sector poblacional en Canarias, y teniendo en cuenta que la limitación temporal y presupuestaria que teníamos nos impidió la realización de otros estudios más ambiciosos u holísticos, se realizó una investigación exploratoria mediante entrevistas a informantes clave. Para la elección de estos informantes clave, teniendo en cuenta la selección del ámbito sanitario como campo de estudio para nuestra investigación y las limitaciones nombradas anteriormente, se decidió configurar la muestra con profesionales del Trabajo Social que realizan su labor en el ámbito sanitario. En un primer momento creímos conveniente la realización de entrevistas a profesionales adscritos a los dos principales centros hospitalarios de Tenerife: Hospital Universitario de Canarias (HUC) y Hospital Universitario Nuestra Señora de la Candelaria (HUNSC), ya que ambos centros cubren la totalidad de la geografía de la isla, además de las islas menores de la provincia de Santa Cruz de Tenerife. Después de

la realización de las entrevistas correspondientes a dichos centros y en base a los resultados que obtuvimos, creímos conveniente ampliar la muestra e incluir en ella a profesionales pertenecientes a otros ámbitos del Área de Salud de Tenerife, ya que observamos que con los discursos de las profesionales de atención especializada no obteníamos la información necesaria para conseguir los objetivos fijados en la investigación. Basándonos en los argumentos anteriores la muestra definitiva incluyó también a profesionales de atención primaria y de la gerencia de atención primaria, obteniendo la visión de los tres ámbitos del Área de Salud de Tenerife con respecto al fenómeno de estudio. Para determinar los/as profesionales a entrevistar en lo referente a atención primaria, se decidió seleccionar las Zonas Básicas de Salud (ZBS) dónde hay mayor probabilidad de realizar un mayor número de atenciones a este sector poblacional, además de basarnos en las recomendaciones de las profesionales de los centros hospitalarios ya entrevistadas, siendo las zonas seleccionadas: la ZBS de Puerto de la Cruz, la ZBS Santiago del Teide y Guía de Isora, y la ZBS de Adeje.

La investigación exploratoria finalmente consistió en la realización de diversas entrevistas semiestructuradas, que según García y Martínez (2012) parten con un guión de preguntas que puede ser modificado a lo largo de las mismas⁶. Con estas entrevistas se pretendió conseguir información, principalmente cualitativa, que nos permitiera aproximarnos a la situación actual de la cuestión sanitaria del turismo residencial en Tenerife, intentando determinar los problemas y barreras con las que se encuentran los residentes noreuropeos, lo que se hace hoy en día desde el Trabajo Social para intentar solventar dicha problemática y los nuevos retos de cara al futuro.

Se hicieron un total de siete entrevistas semiestructuradas a profesionales de Trabajo Social de tres áreas del ámbito sanitario: tres entrevistas a profesionales del Área de Atención Primaria, tres entrevistas a profesionales del Área de Atención Especializada y una entrevista a la profesional perteneciente a la Coordinación de Trabajo Social de la Gerencia de Atención Primaria del Servicio Canario de Salud. Las características sociodemográficas⁷ de la muestra fueron las siguientes:

- El intervalo de edad de la muestra es de 46-53 años.
- En cuanto al sexo, las personas entrevistadas fueron seis mujeres y un hombre.
- Todas las personas entrevistadas están diplomadas en Trabajo Social.

⁶ El guión utilizado se encuentra ubicado en el Anexo III.

⁷ Cuadro de datos sociodemográficos de la muestra ubicado en Anexo IV

- En cuanto a formación complementaria relacionada con el ámbito sanitario la mayor parte posee cursos específicos y solamente una de las personas posee titulación de máster en Psicología.
- En cuanto al puesto ocupado cinco de las personas son trabajadoras sociales sanitarias, una técnico de nutrición como puesto fijo y trabajadora social sanitaria como promoción de categoría interna, y por último una persona que ocupa el puesto de coordinadora de Trabajo Social.
- La antigüedad en los puestos de trabajo de la muestra está comprendida entre los 8-24 años.
- Cuatro de las personas entrevistadas tienen experiencia exclusiva como trabajadoras sociales sanitarias, mientras tres personas han tenido experiencias en otras disciplinas: nutrición, auxiliar de enfermería y administrativo.

Las entrevistas se grabaron para realizar las transcripciones completas del contenido de las mismas. Posteriormente, se procedió a la realización de un análisis de contenido con la información extraída de las entrevistas, de cara a facilitar la redacción de los resultados y la correspondiente discusión con la información del marco teórico.

Finalmente se realizaron las correspondientes conclusiones, refiriendo el cumplimiento o no de los objetivos propuestos en la investigación y el enunciado de diversas propuestas a realizar en un futuro con respecto al tema de estudio.

5. RESULTADOS Y DISCUSIÓN

5.1. Turismo residencial⁸

5.1.1. Atenciones realizadas

En cuanto a las atenciones realizadas a este sector poblacional, seis de las siete personas entrevistadas ha realizado intervenciones, mientras que una de ellas directamente no las ha realizado debido a que en su desempeño profesional no realiza atención directa a personas usuarias, aunque si dispone de información importante para la investigación.

El número de atenciones exacto no está disponible, ya que según expresan los/as profesionales no hay una estadística diferenciada que haga el recuento de las atenciones realizadas a este sector poblacional específico, hecho que corrobora los motivos de la infructuosa búsqueda de datos a la hora de realizar el marco teórico. Es destacable lo expresado por el profesional de la Zona Básica de Salud de Adeje, que cuantifica el porcentaje de atenciones que se realizan a personas extranjeras en el centro de salud del municipio en un intervalo del 60 al 70% del total. En el resto de casos en atención especializada no hay estadísticas pero diariamente se atienden casos de europeos residentes en la isla; en atención primaria hay variación según la Zona Básica de Salud, aunque si es reseñable el número de atenciones; y desde la Gerencia de Atención Primaria se apunta también a la línea de que el número de atenciones varía según la Zona Básica de Salud. Atendiendo a los discursos se confirma la ausencia de registros sistemáticos, lo que implica que es imposible determinar el número de atenciones realizadas más allá de la simple estimación de los profesionales, lo cual provoca que no se consiga la propuesta expresada por Martín (2009) acerca de la importancia de conocer datos fiables de este sector poblacional. Si nos basamos en los resultados obtenidos por O'Reilly (2009) más del 50% de las personas encuestadas utilizaban los servicios sanitarios, aunque en este caso sólo nos puede servir para hacernos una idea, ya que, en el caso concreto de Tenerife no se ha podido determinar una cifra con exactitud, debido a que según la zona y/o el ámbito en el que nos centremos dicha cifra puede oscilar desde una atención diaria hasta un 60-70% de atenciones a personas extranjeras respecto del total, como en el caso del Centro de Salud de Adeje.

En cuanto a los países de origen, en un plano general se podría decir que las nacionalidades con mayor representación son alemanes e ingleses, aunque en la zona sur

⁸ Cuadro de yuxtaposición de resultados ubicada en el anexo V.

de la isla se apunta la presencia de mayor número de nacionalidades como los italianos, franceses, holandeses, belgas, noruegos, eslovacos, rumanos, búlgaros, etc. Un hecho reseñable es que en la zona sur está aumentando la presencia de ciudadanos rusos, llegando incluso a poder configurar una comunidad de las más numerosas si continúa la tendencia que se ha dado en los últimos tiempos. Esta información casa a la perfección con los datos obtenidos en el INE y el ISTAC, además de lo dispuesto por Huete (2009), en cuanto a los países de procedencia.

5.1.2. Perfil/es

En lo referente a los perfiles de los turistas residenciales, uno de ellos es prácticamente unánime en todas las respuestas de profesionales entrevistados: el de una persona jubilada, mayor de 65 años, que vive sola con su pareja o en situación de viudedad, carece de familia en España, vive en zonas residenciales apartadas y se relaciona de forma endogámica, es decir, con personas de su misma nacionalidad, sin querer en ningún momento integrarse en nuestra sociedad, ni hablar nuestro idioma. Este perfil descrito por los/as profesionales coincide con el descrito por Huete y Mantecón (2013) en cuanto a las migraciones internacionales de retirados.

El tiempo que llevan residiendo aquí, suele ser entre 15 y 20 años, y habría una división posible en torno al periodo del año que residen aquí, ya que, por un lado hay residentes permanentes, y por otro hay residentes estacionales que viven de seis a ocho meses en la isla, coincidiendo con el invierno en su país. El resto del año, cuando aquí es verano, regresan a su país. Este perfil encaja a la perfección en la propuesta de tipología descrita por Huete y Mantecón (2013), con lo cual se puede afirmar que el tipo de residencia de los residentes europeos no difiere con respecto a la costa mediterránea.

En cuanto a la relación que suelen tener con el sistema sanitario, suele ser discontinua, ya que básicamente acuden al centro sanitario cuando les sobreviene el problema de salud, es decir, utilizan el sistema sanitario en la medida que lo precisan.

También surgieron otros perfiles diferentes dos de las profesionales entrevistadas, ambos perfiles corresponden a la zona sur ya que los mismos se obtuvieron en entrevistas a profesionales que atienden a la población en esta zona de la isla. El primer perfil alternativo es el de una persona joven o de mediana edad que vive en el sur de la isla y no dispone de Seguridad Social, no tiene nada, que vive en la calle, indigente y que suele terminar en el Centro Municipal de Acogida; se trata de un perfil diferenciado

del mayoritario, ya que en este caso si habría una migración económica que en este caso no resulta satisfactoria. El otro perfil alternativo es el de los turistas que se encuentran de vacaciones en nuestra isla, que suelen venir con la tarjeta sanitaria europea y acuden a los servicios sanitarios en ocasiones puntuales, aunque este perfil no es de interés para este estudio.

5.1.3. Necesidades que motivan la atención por el Trabajo Social Sanitario

Las principales necesidades para que el residente comunitario acuda a la persona profesional de Trabajo Social en el ámbito sanitario son, según la respuesta unánime de las personas entrevistadas, todo lo relacionado con la situación de dependencia, algo que puede estar motivado por la avanzada edad de estas personas y el deterioro que ello conlleva, ya que, cuando les sobreviene una enfermedad y la persona pierde autonomía y no puede valerse por sí misma, no suelen tener a nadie que le preste el apoyo necesario para realizar las actividades del día a día. Los principales recursos que se solicitan en relación a la situación de dependencia son: asistencia a domicilio, centros de día y centros residenciales. Estos recursos según refieren los/as profesionales se suelen solicitar mayoritariamente desde los centros de salud o centros hospitalarios correspondientes, sin que haya una cantidad reseñable de derivaciones a -o desde- los Servicios Sociales en relación a este tipo de casos, lo que nos lleva a pensar que en la mayor parte de los casos la detección de la situación se realiza en el momento que le sobreviene el problema de salud a la persona y le provoca el estado que genera esa situación de dependencia.

Otra de las necesidades mayoritarias es la falta de recursos, muchas veces provocado porque al quedarse viudos/as descienden los ingresos pero su vida estaba estructurada en otro nivel. Este hecho sumado al tema de la dependencia resulta un importante problema para estas personas, ya que, necesitan muchas veces disponer de medios económicos para la obtención de los recursos necesarios para la situación de dependencia que les ha sobrevenido.

Otras necesidades expresadas en menor número en las entrevistas realizadas fueron temas relacionados con el reconocimiento del derecho a la asistencia sanitaria, y temas relacionados con la maternidad, pediatría y salud mental.

5.1.4. Barreras

En este apartado hay que diferenciar dos tipos de barreras: las barreras presentes en la atención y las barreras de acceso al sistema.

Barreras en la atención

La principal barrera en la atención a este sector poblacional que de forma unánime expresaron los/as profesionales fue la idiomática, ya que, muchas de las personas usuarias europeas, aunque llevan muchos años residiendo aquí, no saben hablar prácticamente nada de castellano, mientras que los profesionales también apuntan a que el conocimiento de idiomas es su “talón de Aquiles”.

Otra barrera que apuntan la mitad de las personas entrevistadas es la cultura/ forma de vida de estas personas, ya que no tienen en consideración la posibilidad de que les sobrevenga un problema de salud, no planifican el futuro y son muy reticentes a recibir la ayuda de la forma que les proponen los profesionales sanitarios, no hay continuidad en la atención, ya que acuden al servicio en la medida que lo precisen. Este hecho provoca que prácticamente no se pueda llevar un seguimiento, ni historiar a estas personas, algo que se refuerza con el hecho de que no tienen derecho a asignación de médico de cabecera, sino que la atención la hace el médico que esté disponible o el médico para desplazados que está disponible en algunos centros solamente, con lo cual cuando la persona acude al servicio sanitario es cuando le ha sobrevenido el problema de salud y esto puede suponer que el requerimiento de recursos puede ser mayor que si se hubieran hecho acciones de prevención y seguimiento.

Barreras de acceso al sistema

En este apartado se observa cierta controversia en las repuestas de los/as profesionales, ya que, aunque la mayoría apuntan a que tienen derecho a acceder pero con la correspondiente facturación a terceros de los servicios recibidos, de cara al cobro de los mismos al consulado correspondiente, otros apuntan a que sí hay restricción en cuanto a la cartera de servicios a la que puede acceder, mientras que una de las profesionales expresa que no hay ningún tipo de barreras si son personas europeas. Este hecho me lleva a pensar que debido a los numerosos cambios legislativos, en los cuáles se elimina el derecho universal de acceso al sistema sanitario, ello ha provocado que cada centro haga una interpretación diferente de dicha normativa siendo diferente su aplicación. Lo que sí queda claro es que a ninguna persona se le niega la atención, aunque posteriormente se haga la facturación a terceros.

5.1.5. Impactos en el sistema sanitario.

En cuanto a los impactos en el sistema sanitario, mayoritariamente los/as profesionales apuntan a que este es un hecho del pasado, incluso que es una leyenda urbana, que actualmente la atención se factura y con la receta electrónica el hecho del turismo sanitario prácticamente se puede considerar erradicado. Las personas entrevistadas consideran que los gastos son los mismos a excepción de una persona que sí considera que hay repercusión económica debido a la atención de este sector poblacional. Una de las respuestas le da la vuelta a la interpretación y considera que el mayor impacto es la eliminación del derecho universal a recibir asistencia sanitaria.

En este caso el discurso obtenido difiere totalmente con respecto a varios discursos recogidos en el marco teórico, como por ejemplo el de Huete y Mantecón (2013) en el que indican como un problema el aumento del gasto sanitario, que resulta inasumible por las autoridades españolas, debido al crecimiento y envejecimiento poblacional provocado por la llegada de miles de inmigrantes residenciales jubilados o en edades próximas a la jubilación. Otro discurso antagónico a los resultados de esta investigación, aunque en este caso dicho antagonismo puede estar provocado por la diferencia temporal existente, ya que, el autor escribió el artículo en el año 2009 y el copago farmacéutico aún no estaba instaurado. Dicho discurso es el de Martín (2009), que indica que otro de los problemas es el del gasto farmacéutico, ya que el gasto ocasionado por dicha prestación no se recupera, siendo frecuente que turistas acudan a consultorios para conseguir recetas y llevarse los medicamentos a su país a muy bajo costo. Al parecer en el caso de Tenerife, la facturación a terceros y la receta electrónica, pueden considerarse como responsables de la reducción o la eliminación de los impactos económicos descritos por estos autores.

5.1.6. Buenas prácticas específicas.

En este caso los/as profesionales entrevistados indican que no hay ningún programa específico para este sector poblacional, que principalmente se puede adherir a los programas para la población general, siempre hablando de atención primaria.

En las respuestas sí se presentan algunos recursos o protocolos encaminados a la atención a este sector poblacional como: software de traducción simultánea, plantilla de preguntas tipo y de recogida de datos en varios idiomas, médico para desplazados que domina idiomas, y formación en idiomas en zonas sensibles, como medidas para superar la barrera idiomática; respeto a las costumbres culinarias, en atención

especializada, en relación a su cultura; y el sistema de facturación, el acceso a la atención sanitaria sin derecho a medicación, y la orientación acerca de los recursos disponibles, como parte más administrativa.

En cuanto a recursos externos disponibles para este sector poblacional, los/as profesionales indican la existencia de diversas asociaciones religiosas (evangelistas, ecuménicos...) que prestan apoyo, acompañamiento y sirven de traductores en determinadas situaciones; los diferentes consulados; y empresas de servicios de enfermeras inglesas que disponen de servicios de enfermería, acompañamiento, etc.

5.1.7. Propuestas de mejora de la atención a este sector poblacional.

En las respuestas de las personas entrevistadas se presentan diversas propuestas de mejora que se pueden dividir en varias áreas:

Eliminar las barreras de acceso al sistema sanitario

En cuanto a esta área, las propuestas van encaminadas a la eliminación de este tipo de barreras de acceso al sistema, ya sea por recuperar el derecho universal al acceso al sistema y a los recursos, mediante la orientación a las personas usuarias para que realicen los trámites necesarios para tener el acceso, o mediante la realización de una cartera de servicios general para todos los ciudadanos europeos en todos los sistemas sanitarios de los países pertenecientes a la Unión.

Mejorar la atención

En esta área han surgido propuestas dirigidas a la mejora en la atención que se le proporciona a las residentes comunitarios como son: la atención en su idioma, la asignación de un médico de cabecera que permita hacer un mejor seguimiento de los casos (atención primaria), crear programas de atención desde el ingreso hasta el alta (atención especializada), hacer más medicina preventiva, y mejorar la coordinación entre atención primaria y especializada, mejorar la atención a domicilio, aumentar el personal y las herramientas de trabajo.

Otras propuestas

Otras de las propuestas de mejora que surgieron en las entrevistas fueron: la mejora de la vinculación con las asociaciones (Club de Leones, etc.) de forma bidireccional, crear espacios de trabajo grupal y/o comunitario con este sector poblacional, aprovechar el perfil profesional para hacer de enlace entre los sistemas y con la propia población.

5.2. Trabajo Social Sanitario⁹

5.2.1. Definición.

En el apartado de la definición del Trabajo Social Sanitario se observa un amplio espectro de respuestas que se pueden dividir en dos tipos, las respuestas que definen la propia disciplina y por otro lado la definición del/la trabajador/a social sanitario/a y sus funciones; de una forma u otra, van en la línea de la definición de Colom (2008). Los discursos de los/as profesionales se pueden agrupar en los dos siguientes:

- Trabajo Social Sanitario como parte básica del Trabajo Social, que consiste en dar información, orientación y tratamiento adecuado desde el ámbito persona-salud-problema social, es decir, desde la perspectiva bio-psico-social.
- El/la trabajador/a social sanitario/a como enlace entre el paciente y su familia con el ámbito sanitario, cumple una función de apoyo hacia los equipos y a los/as pacientes, hace coordinación con recursos externos, informa y/o gestiona prestaciones sociales, recursos sociosanitarios, y realiza valoraciones sociales.

5.2.2. Fortalezas y debilidades.

En cuanto a las fortalezas los/profesionales consideran a los pacientes y sus familias, el personal y los equipos de trabajo como potencialidad para el Trabajo Social Sanitario, es decir, que los recursos humanos son un pilar fundamental y en base a la predisposición que tengan, se puede facilitar o dificultar la consecución de los objetivos. Por otra parte también consideran como fortaleza las técnicas, el trabajo en equipo y las experiencias vividas en el quehacer profesional diariamente, o lo que es lo mismo, como dice Colom (2008) partiendo de la práctica asistencial diaria para generar conocimiento aplicado, investigar sobre lo que se va dando, sobre los parámetros que se obtienen tanto de los buenos como de los malos resultados. También señalan como fortalezas la formación que disponga el/la profesional, la transversalidad como seña de identidad del Trabajo Social. Es reseñable el hecho de que las profesionales de atención especializada se decantan por darle más importancia a los recursos humanos (paciente y familia), mientras los/as profesionales de atención primaria destacan más la parte vivencial, la de la experiencia como fortalecedora de la acción. Por parte de la gerencia se resalta la figura del trabajo en equipo, de la formación y la transversalidad del Trabajo Social como potenciadores del Trabajo Social Sanitario. Estas diferencias en las respuestas se pueden atribuir a la naturaleza del puesto de trabajo que ocupa cada uno/a de ellos/as.

⁹ Cuadro de yuxtaposición de resultados ubicado en el Anexo VI.

Como debilidades se apuntan la de la falta de recursos y herramientas adecuadas, la excesiva burocracia, la falta de especialización, la falta predisposición de algún pilar del proceso (recursos humanos), el *burnout*, la dispersión y el exceso de cupo que tienen los/as profesionales, como principales factores de debilidad para el Trabajo Social Sanitario.

5.2.3. Perfil profesional.

En esta investigación se han entrevistado a profesionales de tres áreas del ámbito sanitario, con lo cual se diferenciarán los resultados obtenidos para cada perfil.

5.2.3.1. Funciones y Competencias.

En atención primaria, las funciones y competencias descritas por los/as profesionales son: asistencial, informativa, de escucha, participación, apoyo, gestión, coordinación con recursos externos, orientación socio familiar, seguimiento, realización de informes.

En atención especializada las funciones son: de coordinación entre los ámbitos social y sanitario; atención directa al paciente y la familia; atención indirecta con todos los sectores públicos; estudiar el problema y valorar los puntos de intervención; y la coordinación y/o derivación a recursos externos.

En la gerencia las funciones que se desarrolla son: gestión, planificación y evaluación con trabajadores/as sociales, personas con puestos de responsabilidad y otros sistemas.

5.2.3.2. Formación.

En lo referente a la formación específica en el ámbito sanitario la mayoría de las personas entrevistadas consideran que hay una escasez de oferta formativa, actualmente solamente está disponible un máster específico de Trabajo Social Sanitario, que debido a su coste no es accesible a muchas personas que quieran recibir esta formación de postgrado. También refieren que tanto desde la gerencia, como desde el grupo de formación en el Hospital Universitario de Canarias, como desde la Escuela de Servicios Sanitarios y Sociales de Canarias (ESSCAN), se organizan diversos cursos relacionados con el ámbito sanitario, incluso Dolors Colom dio un curso a las profesionales de Trabajo Social del HUC acerca del Trabajo Social Sanitario. Solamente una persona indicó que no hace falta la especialización a no ser que vayas a dedicarte a algo más específico. Otra aportación interesante fue la de incluir una asignatura específica en el plan de estudios del Grado en Trabajo Social, y además de buscar la consecución de la especialización de Trabajo Social Sanitario.

5.2.3.3. *Condiciones de trabajo.*

Número de profesionales

En atención primaria tenemos normalmente un/a profesional por ZBS, que según la población puede asignarse dos zonas por profesional, sumando un total de 26 profesionales de Trabajo Social Sanitario repartidos/as por las diferentes zonas básicas del Área de Salud de Tenerife.

En atención especializada hay cinco trabajadoras sociales en el HUC y cuatro en el HUNSC, aparte hay adscritas a ambos centros más profesionales de las áreas externas de salud mental, aunque su labor la realizan fuera de los centros hospitalarios.

En la gerencia solamente hay una Coordinadora de Trabajo Social.

Ratio

En atención primaria la ratio actual es la población adscrita a la/s ZBS asignada/s, siendo la ratio ideal para los/as profesionales una ZBS por profesional, un área de salud (menores, mayores, violencia de género) por profesional, y 1 profesional por 20.000 habitantes.

En atención especializada no hay una ratio fija, sino que hay una población diana y se contabiliza en camas. En el HUC hay 800 camas lo que supone una ratio de 150 personas por profesional, mientras que la ratio ideal sería 80 personas por profesional, según refiere la persona entrevistada. En el HUNSC se atienden de 500 a 700 pacientes al año por profesional, e indican que no puede haber ratio ideal porque esta depende de la demanda.

En la gerencia, aunque no trabajan directamente con las personas usuarias, apuntan a que la ratio actual es de un/a profesional por 25.000 habitantes, y el ideal sería un/a profesional por centro de salud, lo que supondría aumentar el número de trabajadores/as sociales de 26 a 40 en el Área de Salud de Tenerife.

Programas en los que interviene

En atención primaria hay una cartera de servicios con diferentes programas por la condición biológica (franja de edad, problema de salud...), aulas de salud, salud mental, historia de salud, etc.

Desde atención especializada los/as profesionales indican que no hay disponibles programas de atención, prevención o detección; normalmente cuando un paciente llega es porque han fallado los programas de prevención en atención primaria.

En la gerencia se realizan las labores para gestionar dichos programas y se ha impulsado la realización del documento marco acerca del Rol de Trabajador Social en Atención Primaria del Servicio Canario de Salud, y la integración de la historia social en la historia clínica para configurar la historia de salud.

Integración en el equipo del centro

En lo referente a la atención primaria los/as profesionales refieren que hay buena coordinación con el resto de profesionales, tanto con la integración en las Unidades de Atención Familiar (UAF) que se configuran por el médico, la enfermera y la trabajadora social, o en equipos multidisciplinares que incluyen profesionales de las profesiones sanitarias (enfermeros, médicos, matronas, auxiliares) y las no sanitarias (trabajadores sociales, psicólogos, personal de administración). También hacen referencia a que a veces en la coordinación falla el punto de encuentro, ya que las consultas o derivaciones se hacen en lugares que no son idóneos para ello (*office*, pasillo).

En atención especializada vemos una respuesta polarizada en el caso de cada uno de los centros hospitalarios, mientras en uno de ellos refieren trabajar multidisciplinariamente aunque en momentos puntuales, no como miembros integrados del equipo; en el otro centro el trabajo es multidisciplinar con cada planta, cada planta comprende un servicio y se habla diariamente con una comunicación fluida.

En cuanto a la gerencia, a la hora de realizar gestión y planificación se trabaja conjuntamente y hay un reconocimiento mutuo y más que la suma de profesionales, hay complementariedad.

5.2.4. Marco normativo.

En cuanto al marco normativo que regula las funciones y competencias de el/la trabajador/a social sanitario/a, se observan dos realidades bien diferenciadas, ya que mientras en atención primaria disponen de un documento marco que establece el rol del trabajador social sanitario en atención primaria del Servicio Canario de Salud, documento que recoge las funciones, acciones y objetivos; áreas de trabajo; proyecto de investigación y docencia, etc. A pesar de la presencia de dicho documento los/as profesionales también refieren la necesidad de darle mayor difusión entre el resto de profesionales que trabajan en el ámbito sanitario, de cara a evitar las posibles acciones de intrusismo que se producen actualmente como sucede con los enfermeros de enlace, que acaparan muchas de las funciones y competencias de los/as trabajadores/as sociales.

Aunque no se expusieron propuestas para realizar dicha difusión en las entrevistas realizadas, una profesional entrevistada refirió que realizaba diversas charlas informativas dirigidas al resto de profesionales sanitarios en las que tratan el tema de las competencias en relación con los diferentes protocolos de actuación, obteniendo resultados satisfactorios, con lo que esa podría ser una técnica a tener en cuenta. La presencia de este documento marco es una innovación legislativa en el caso particular de la atención primaria del Servicio Canario de Salud, ya que, como enuncia Colom (2008) el Trabajo Social Sanitario no se incluye en la Ley 44/2003, de 21 de noviembre, de ordenación de las profesiones sanitarias e intrusismo profesional, con lo cual la presencia de este documento marco y la inclusión en la relación de puestos de trabajo del Servicio Canario de Salud, coloca al Trabajo Social Sanitario en una posición más favorable que el escenario de Colom, aunque con bastante trabajo por hacer.

Otra realidad muy distinta nos encontramos en la atención especializada, dónde no disponen de marco normativo que regule sus funciones, para lo cual las profesionales indican que utilizan con referente el Código Deontológico del Trabajo Social. Esta situación dificulta mucho la labor y hace que no se valore y no se tenga en cuenta al profesional de Trabajo Social a la hora de configurar los equipos, convirtiéndose muchas veces en el “cajón de sastre”, como refieren los/as profesionales.

5.2.5. *Prospectiva.*

En relación a las propuestas de futuro, éstas se estructuraron de forma que los/as profesionales expresaran dichas propuestas en tres áreas: nuevos retos para el Trabajo Social Sanitario, propuestas de cambios en las competencias de el/la trabajador/a social sanitario/a, y por último en la forma de trabajar en equipo con el resto de profesionales del ámbito sanitario.

En lo referente a los nuevos retos a afrontar por el Trabajo Social Sanitario las aportaciones fueron las siguientes: conseguir que se les valore y que desde el resto de disciplinas se les respeten como profesionales, integración real en los equipos multidisciplinares, asumir la coordinación con otros recursos y con el resto de los sistemas, aumentar el número de profesionales para poder realizar un trabajo más cercano y efectivo, lograr el reconocimiento por parte del Ministerio de Educación, Cultura y Deporte de la especialización en trabajo social sanitario, lograr conseguir fórmulas para adaptar el Trabajo Social al proceso de privatización en el que estamos inmersos, entre otras propuestas.

En cuanto a propuestas de cambios en las competencias, las propuestas expresadas fueron:

- Formar parte del equipo de preparación al alta hospitalaria (atención especializada).
- Que se proporcionen los apoyos y herramientas necesarios, ya que actualmente se asumen un mayor número de competencias de las que realmente se tienen, para continuar realizando la labor.
- Que haya un/a trabajador/a social por área de salud (infancia, mayores, violencia de género...).
- Hacer más educación sanitaria y promoción de la salud.
- Coordinación con los diferentes sistemas para evitar duplicidades y aumentar la eficiencia en la atención a la persona usuaria.
- Delimitar las funciones.

Por último, con respecto al trabajo en equipo las propuestas se encaminan hacia:

- Hacer más trabajo multidisciplinar y mayor coordinación.
- Delimitar el campo de acción de cada disciplina para evitar el intrusismo (charlas).
- Hacer trabajo de base con un/a trabajador/a social por planta/equipo y trabajar holísticamente con el paciente, recuperar el trabajo de casos.
- Realizar una inyección económica para tener recursos para llevar a cabo la acción.
- Trabajar más con las UAF, hacer proyectos multidisciplinarios, es decir, que haya mayor interrelación en los equipos.

6. CONCLUSIONES Y PROPUESTAS DE FUTURO

En cuanto al primer objetivo de esta investigación, con el que se pretendía obtener datos que nos permitan caracterizar el turismo residencial, consideramos que se ha cumplido, ya que por una parte, en el marco teórico se encuentra descrito el fenómeno del turismo residencial y sus características en base a las investigaciones realizadas por Huete y Mantecón (2008; 2009; 2010; 2011; 2012; 2013) principalmente en la zona mediterránea peninsular, en la que se define dicho fenómeno como una migración no económica donde las personas migrantes lo que buscan es la mejora en sus condiciones de vida, que se trata principalmente de personas jubiladas procedentes de Alemania o Reino Unido mayoritariamente, que se instalan de forma permanente o estacional en zonas donde hay o ha habido turismo de masas, en urbanizaciones privadas en las que viven de un modo u otro aislados de la población originaria de la zona. En cuanto a lo referente a Canarias se observan ciertas diferencias con respecto a el perfil anterior, ya que en base a el estudio realizado por Simancas y García (2009), se observa como en ciertas zonas de la isla de Tenerife, además de los asentamientos aislados de residentes noreuropeos, también hay zonas como por ejemplo Costa Adeje donde se han previsto y realizado según el Plan General de Ordenación, una integración de los espacios turísticos y turísticos residenciales, otra cosa a determinar es si se ha conseguido realmente, hecho que se podría estudiar en futuras investigaciones. En cuanto a la dimensión del fenómeno en Canarias, teniendo en cuenta la dificultad de establecer cifras exactas debido a la reseñable cantidad de personas europeas que no están censadas, actualmente hay aproximadamente 80.000 europeos residentes según el INE y el ISTAC. En el trabajo de campo realizado se obtuvieron datos relevantes para establecer el perfil del turismo residencial en Tenerife que mayoritariamente coincide con el perfil que resultó en las investigaciones de Huete y Mantecón (2008; 2009; 2010; 2011; 2012; 2013), ya que, se trata de persona mayor jubilada, mayor de 65 años, que vive sola con su pareja o en situación de viudedad, carece de familia en España, vive en zonas residenciales apartadas y se relaciona de forma endogámica, es decir, con personas de su misma nacionalidad, sin querer en ningún momento integrarse en nuestra sociedad, ni hablar nuestro idioma, que lleva residiendo aquí entre 15 y 20 años. Dentro de este perfil hay, por un lado, residentes permanentes, y por otro, residentes estacionales que viven de seis a ocho meses en la isla, coincidiendo con el invierno en su país, regresando en verano a su país. Con esto se puede llegar a la conclusión de que

el perfil del residente europeo coincide en la costa mediterránea peninsular y en Tenerife. Un asunto a investigar con mayor profundidad en un futuro es el hecho del aumento exponencial de nuevas nacionalidades en el fenómeno en los últimos tiempos, como por ejemplo la importante comunidad de personas procedentes de Rusia que se están estableciendo en la zona sur de Tenerife, según refieren algunas personas entrevistadas.

En lo referente al segundo objetivo de la investigación, acerca de conseguir una aproximación a la situación sanitaria de este sector poblacional en Tenerife, se puede considerar que se ha cumplido, ya que mediante la realización del trabajo de campo, en el cual se realizaron siete entrevistas a informantes clave, como fueron en este caso siete personas profesionales del Trabajo Social que realizan su labor en los tres ámbitos del Área de Salud de Tenerife (atención primaria, atención especializada y gerencia de atención primaria), se obtuvo una visión del fenómeno desde los tres posibles ángulos del sistema sanitario en la isla. La información obtenida durante el trabajo de campo, indica que actualmente hay un déficit en cuanto a la atención a este sector poblacional motivado principalmente por dos cuestiones. En primer lugar, la propia cultura de dicho sector poblacional, que solamente acude al sistema sanitario en la medida en que lo precisan, impidiendo que pueda haber una atención continuada con un seguimiento adecuado y que se pueda realizar la historia de salud, además del hecho de que suelen ser reticentes a recibir la ayuda de la forma prescrita por los/as profesionales del centro sanitario en el que se encuentre. En segundo lugar, motivado por los ajustes y cambios legislativos en lo referente a la supresión del acceso universal al sistema sanitario, algunos/as de los profesionales afirmaron que actualmente se están produciendo restricciones a la hora de acceder a ciertas prestaciones, lo que supone que las personas europeas residentes, pese a ser ciudadanía comunitaria, en muchas ocasiones no disponen de la misma cartera de servicios que la ciudadanía española. Las principales necesidades que motivan la atención de este sector poblacional por profesionales de Trabajo Social en el ámbito sanitario suelen ser mayoritariamente las relacionadas con la situación de dependencia, algo que puede deberse a que se trata de personas mayores, con el deterioro de la salud que ello conlleva. En cuanto a las barreras en la atención a este sector poblacional, los/as profesionales indicaron que la barrera idiomática es el principal problema y que en este caso es un problema bilateral, ya que, aunque estas personas lleven más de 10 años aquí no saben ni una palabra de castellano, y además en

el personal de los centros sanitarios hay un déficit en el conocimiento de los idiomas, incluso reforzado desde la dirección del servicio, ya que a las personas usuarias que no hablen español se les exige que vengan acompañadas de un intérprete, sin que se les proporcione una atención en su idioma. En cuanto a lo referente al impacto económico en el sistema sanitario de las atenciones realizadas a este sector poblacional, según lo expresado por los/as profesionales, eso es cosa del pasado, ya que actualmente se realiza una facturación a terceros de las atenciones realizadas cuyo importe se les intenta cobrar a los consulados correspondientes, además de controlarse el gasto farmacéutico debido al copago y la receta electrónica, por lo que se puede concluir que está prácticamente extinguido el tema del turismo sanitario. Salvo acciones puntuales tales como los médicos para desplazados en algunos centros, materiales para traducción simultánea y la formación en idiomas en áreas sensibles, no hay programas específicos para este sector poblacional en la cartera de servicios del Servicio Canario de Salud, las personas europeas residentes deben integrarse en otros programas genéricos, como por el ejemplo el programa de mayores. Es destacable el hecho de que no haya una estadística que permita establecer el número de atenciones realizadas a personas usuarias europeas, hecho que no deja de sorprender ya que por lo que se puede deducir de la información obtenida en el trabajo de campo, parece que su frecuencia es muy reseñable.

En cuanto al tercer objetivo, con el que se pretendía establecer relación entre el fenómeno del turismo residencial y el Trabajo Social en el ámbito sanitario, se puede afirmar que también se ha cumplido, ya que, en cuanto al trabajo social sanitario en relación al fenómeno del turismo residencial, los/as profesionales abogan porque es importante reforzar el conocimiento en idiomas, eliminando la principal barrera en la atención, hacer de enlace entre los diferentes sistemas, y realizar mayor trabajo grupal y comunitario con este sector poblacional, desde el respeto a la diferencia y a la integridad de la persona. Atendiendo principalmente a esto último se puede concluir que pese a la importancia de la dimensión del fenómeno de estudio, sin embargo, no se ha considerado necesario hasta el momento la creación de una cartera de servicios específica, lo que ha provocado que la relación entre este sector poblacional y el sistema sanitario, y por consiguiente, con el Trabajo Social Sanitario, se resuma a una serie de atenciones puntuales, sin voluntad de continuidad por ambas partes, es decir, tanto por las personas usuarias europeas como por el propio sistema. Se puede concluir que la importante escasez de datos e investigaciones en torno a este fenómeno se puede deber a

la indiferencia bilateral que se encuentra instaurada entre los europeos residentes y el sistema. Se cree conveniente conocer la opinión de la población europea residente en la isla, ya que, puede ser interesante contrastar los discursos para determinar su posicionamiento y los posibles puntos en los que se podría realizar un diálogo que permita el mutuo acercamiento para la realización de trabajo comunitario.

En conclusión, creo que en líneas generales se han podido conseguir los objetivos que se propusieron en un principio, y que este trabajo ha servido como un acercamiento a un fenómeno que tiene una dimensión importante en nuestro territorio y del cual apenas se tiene conocimiento. En la afirmación anterior hay que tener en cuenta la naturaleza de este trabajo, un trabajo fin de grado, que debido a la limitación temporal y de medios, solamente permite una aproximación *grosso modo*, pero que es conveniente continuar explotando la línea de investigación abierta por esta investigación. A partir de los resultados obtenidos, se pueden enunciar varias propuestas futuro tales como:

- 1) La necesidad de continuar profundizando en esta línea de investigación, con una investigación que incluya a los demás actores del fenómeno del turismo residencial: los propios ciudadanos europeos residentes, las asociaciones relacionadas, otros ámbitos de la administración, entre otros; en la cual se pueda comprobar la realidad que hemos tratado aquí desde la otra óptica, y de esa forma, corroborar la coincidencia o discutir ambas visiones obteniendo un resultado más fiable. Consideramos que sería interesante la realización de una investigación basada en metodologías participativas.
- 2) Se considera necesario instaurar un apartado en las estadísticas del sistema sanitario que permita contabilizar las atenciones realizadas a la ciudadanía comunitaria, diferenciando las atenciones a turistas y a residentes, este hecho puede permitir contabilizar este tipo de atenciones y facilitar la organización del servicio, de cara a la creación, si se estima conveniente, de una cartera de servicios específica.
- 3) Se considera importante la realización de trabajo grupal y comunitario con los residentes noreuropeos, ya que de esta manera se podrían crear vínculos que permitan disminuir el aislamiento de este sector poblacional.
- 4) Resulta imprescindible que se promuevan los necesarios avances legislativos que permitan conseguir, de una vez por todas, el reconocimiento legal del Trabajo Social Sanitario como profesión sanitaria, hecho que establecería los

límites de la disciplina con respecto a otras disciplinas del ámbito sanitario, evitando así el intrusismo profesional que se produce actualmente. Para lograr dichos avances es necesaria la implicación total de todos los/as profesionales que desarrollan su labor en el ámbito sanitario, ya que, muchas veces se puede producir una difusión de responsabilidad a la hora de asignar el protagonismo a un ente para llevar a cabo dicho procedimiento, como por ejemplo puede ser el colegio oficial, cuando en realidad si no hay profesionales con propuestas que lideren dicho procedimiento, no se logrará llevarlo a cabo.

Para terminar y a título personal, me gustaría expresar que la realización de este trabajo fin de grado me ha supuesto una experiencia magnífica, ya que, he tenido la oportunidad de embarcarme en un proceso de investigación que no ha sido nada fácil, porque prácticamente he empezado de cero, pero creo que he sabido superar los contratiempos, y con mucho esfuerzo y trabajo he logrado cumplir los objetivos. También he de destacar el buen trato y la predisposición de todos/as y cada uno/a de los/as profesionales que formaron parte del trabajo de campo de esta investigación, sin cuya colaboración no hubiera sido posible este trabajo. Y por último me gustaría destacar y agradecer la labor de mi tutora Celsa Cáceres y de José Pascual por su colaboración durante todo el proceso. Este trabajo fin de grado me ha proporcionado un crecimiento tanto a nivel personal, como profesional, y lo considero como el punto de partida a mi desempeño profesional como trabajador social.

7. BIBLIOGRAFÍA

- Aledo, A.; García, H. y Ortiz, G. (2010): Análisis de mapas causales de impactos del turismo residencial. *EMPIRIA. Revista de Metodología de Ciencias Sociales*. 20: 61-86.
- Aneca (2004): *Libro Blanco. Título de Grado en Trabajo Social*, extraído el 10 de abril de 2014 de http://www.aneca.es/var/media/150376/libroblanco_trbjsocial_def.pdf
- Baños, P. y Baños, I. (2009): Cambios sociales en las nuevas urbanizaciones. Relaciones de los nuevos residentes con las poblaciones autóctonas. En Mazón, T.; Huete, R. y Mantecón, A. (Eds.) *Turismo, urbanización y estilos de vida. Las nuevas formas de movilidad residencial*. Barcelona: Icaria, pp. 413-421.
- Breuer, T. (2005): Características del Turismo Residencial de alemanes jubilados: Resultados de una encuesta realizada en las Islas Canarias. En Mazón, A. y Aledo, A. (Eds.). *Turismo residencial y cambio social. Nuevas perspectivas teóricas y empíricas*. Alicante: Agua Clara, pp. 363-374
- Colom, D. (2008). El Trabajo Social Sanitario. Atención primaria y atención especializada. Teoría y práctica. Madrid: Siglo XXI.
- Durán, R. (2012). Atractivo de España para los jubilados europeos : del turismo a la gerontoinmigración. *Panorama social*, (16), 151–165.
- Durán, R. (2011): Migraciones y gestión de la diversidad. *Revista de Investigaciones Políticas y Sociológicas*. 10/2:131-153.
- García, J.A. (2009): El turismo de retorno: modalidad oculta del turismo residencial. En Mazón, T.; Huete, R. y Mantecón, A. (Eds.) *Turismo, urbanización y estilos de vida. Las nuevas formas de movilidad residencial*. Barcelona: Icaria, pp. 351-365.
- García, J.I. y Simancas, M.R. (2013): “La dimensión territorial de la residencialidad en las áreas turísticas de Canarias”. *Boletín de la Asociación de Geógrafos Españoles*, 63: 271-299.

- García, M.P. y Martínez, P. (2012). Guía práctica para la realización de trabajos de fin de Grado y trabajos de fin de Máster. *Murcia: Servicio de Publicaciones de la Universidad de Murcia*.
- Giner, J. (2013): I'm not a tourist: Migración y turismo en la Marina Alta. *Papers de turisme*, 54: 139-155.
- Gobierno de Canarias (2004): Documento marco: Rol profesional de Trabajo Social en la Atención Primaria de Salud; extraído el 08 de abril de 2014 de http://www2.gobiernodecanarias.org/sanidad/scs/content/7003bf26-ebbe-11dd-9b81-99f3df21ba27/ROL_PROFESIONAL.pdf
- Huete, R. y Mantecón, A. (2013): La migración residencial de noreuropeos en España. *Convergencia. Revista de Ciencias Sociales*, 61:219-245
- Huete, R. y Mantecón, A. (2012): La participación política de los residentes británicos y alemanes en España: el caso de San Miguel de Salinas, Alicante. *Revista de Geografía Norte Grande*, 51:81-93.
- Huete, R. y Mantecón, A. (2011): Más allá del turismo: Movilidad residencial europea y nuevos núcleos urbanos. *Boletín de la Asociación de Geógrafos Españoles*, 56:11-128
- Huete, R. y Mantecón, A. (2010): “Los límites entre el turismo y la migración residencial”. *Papers*: 95/3:781-801.
- Huete, R. (2010): Opiniones y actitudes ante el turismo residencial en el sur de la Comunidad Valenciana. *Pasos*, 8/4:445-461.
- Huete, R. (2009): *Turistas que llegan para quedarse. Una explicación sociológica sobre la movilidad residencial*. Alicante, Universidad de Alicante. 281 pp.
- Huete, N.; Mantecón, A. y Mazón, T. (2008): ¿De qué hablamos cuando hablamos de turismo residencial? *Cuadernos de Turismo*, 22: 101-121.
- Huete, R. (2008) ¿Viven aquí como si estuvieran allí? En VV.AA. *Tendencias de consumo y oportunidades de negocio*. Valencia: Oficina PATECO, Consejo

de Cámaras Oficiales de Comercio, Industria y Navegación de la Comunidad Valenciana, pp.197-204.

- INE (2011) Censo de Población y vivienda 2011, extraído el día 09 de febrero de 2014 de http://www.ine.es/censos2011_datos/cen11_datos_inicio.htm
- ISTAC (s/f) Demografía” extraído el día 13 de febrero de 2014 de <http://www.gobiernodecanarias.org/istac/>.
- Martín, G. (2009): Las prestaciones de asistencia sanitaria en los reglamentos comunitarios sobre Seguridad Social. Problemática que genera su aplicación en la Comunidad Autónoma de Canarias. *Revista Administración Sanitaria*, 7(4): 639-660.
- Navarro, E. y Carvajal, C. (2009): Extranjeros jubilados: ¿Residentes no empadronados o turistas residenciales? Metodología para la cuantificación de la población no empadronada. *Baética. Estudios de Arte, Geografía e Historia*, 31: 61-90.
- Nielsen, K.M. (2009): La migración internacional de europeos retirados y el turismo de la tercera edad: el caso de la Costa del Sol. En Mazón, T.; Huete, R. y Mantecón, A. (Eds.) *Turismo, urbanización y estilos de vida. Las nuevas formas de movilidad residencial*. Barcelona: Icaria, pp. 285-300.
- O'Reilly, K. (2009): Migración intra-europea y cohesión social: el grado y la naturaleza de la integración de los migrantes británicos en España. En Mazón, T.; Huete, R. y Mantecón, A. (Eds.) *Turismo, urbanización y estilos de vida. Las nuevas formas de movilidad residencial*. Barcelona: Icaria, pp. 249-267.
- Simancas, M.R.; Horcajada, T. y García, J.I. (2009): La modelización territorial de los procesos de residencialidad en áreas turísticas consolidadas de litoral: el caso de Costa Adeje (Tenerife). En Mazón, T.; Huete, R. y Mantecón, A. (Eds.) *Turismo, urbanización y estilos de vida. Las nuevas formas de movilidad residencial*. Barcelona: Icaria, pp. 315-333.

ANEXOS**Anexo I: Artículo 7 del Real Decreto 240/2007, de 16 de febrero**

“Modificación del Real Decreto 240/2007, de 16 de febrero, sobre entrada, libre circulación y residencia en España de ciudadanos de los Estados miembros de la Unión Europea y de otros Estados parte en el Acuerdo sobre el Espacio Económico Europeo.

El artículo 7 del Real Decreto 240/2007, de 16 de febrero, sobre entrada, libre circulación y residencia en España de ciudadanos de los Estados miembros de la Unión Europea y de otros Estados parte en el Acuerdo sobre el Espacio Económico Europeo queda modificado en los siguientes términos:

«Artículo 7. Residencia superior a tres meses de ciudadanos de un Estado miembro de la Unión Europea o de otro Estado parte en el Acuerdo sobre el Espacio Económico Europeo.

1. Todo ciudadano de un Estado miembro de la Unión Europea o de otro Estado parte en el Acuerdo sobre el Espacio Económico Europeo tiene derecho de residencia en el territorio del Estado Español por un período superior a tres meses si:

- a) Es un trabajador por cuenta ajena o por cuenta propia en España, o
- b) Dispone, para sí y los miembros de su familia, de recursos suficientes para no convertirse en una carga para la asistencia social en España durante su período de residencia, así como de un seguro de enfermedad que cubra todos los riesgos en España, o
- c) Está matriculado en un centro público o privado, reconocido o financiado por la administración educativa competente con arreglo a la legislación aplicable, con la finalidad principal de cursar estudios, inclusive de formación profesional; y cuenta con un seguro de enfermedad que cubre todos los riesgos en España y garantiza a la autoridad nacional competente, mediante una declaración o por cualquier otro medio equivalente de su elección, que posee recursos suficientes para sí y los miembros de su familia para no convertirse en una carga para la asistencia social del Estado español durante su período de residencia, o
- d) Es un miembro de la familia que acompaña a un ciudadano de la Unión Europea o de otro Estado parte en el Acuerdo sobre el Espacio Económico Europeo, o va a reunirse con él, y que cumple las condiciones contempladas en las letras a), b) o c).

2. El derecho de residencia establecido en el apartado 1 se ampliará a los miembros de la familia que no sean nacionales de un Estado miembro cuando acompañen al ciudadano de la Unión Europea o de otro Estado parte en el Acuerdo sobre el Espacio Económico Europeo o se reúnan con él en el Estado español, siempre que dicho ciudadano cumpla las condiciones contempladas en las letras a), b) o c) de dicho apartado 1.

3. A los efectos de la letra a) del apartado 1, el ciudadano de la Unión Europea o de otro Estado parte en el Acuerdo sobre el Espacio Económico Europeo que ya no ejerza ninguna actividad por cuenta ajena o por cuenta propia mantendrá la condición de trabajador por cuenta ajena o por cuenta propia en los siguientes casos:

- a) Si sufre una incapacidad temporal resultante de una enfermedad o accidente;
- b) Si, habiendo quedado en paro involuntario debidamente acreditado, tras haber estado empleado durante más de un año, se ha inscrito en el servicio de empleo competente con el fin de encontrar un trabajo;
- c) Si, habiendo quedado en paro involuntario debidamente acreditado tras concluir un contrato de trabajo de duración determinada inferior a un año o habiendo quedado en paro involuntario durante los primeros doce meses, se ha inscrito en el servicio de empleo competente con el fin de encontrar un trabajo. En este caso, la condición de trabajador se mantendrá durante un período que no podrá ser inferior a seis meses;
- d) Si sigue una formación profesional. Salvo que se encuentre en situación de paro involuntario, el mantenimiento de la condición de trabajador exigirá que la formación guarde relación con el empleo previo.

4. No obstante lo dispuesto en la letra d) del apartado 1 y en el apartado 2, únicamente el cónyuge o persona a la que se refiere el apartado b) del artículo 2 y los hijos a cargo tendrán el derecho de residencia como miembros de la familia de un ciudadano de la Unión Europea o de otro Estado parte en el Acuerdo sobre el Espacio Económico Europeo que cumple los requisitos de la letra c) del apartado 1 anterior.

5. Los nacionales de un Estado miembro de la Unión Europea o de otro Estado parte en el Acuerdo sobre el Espacio Económico Europeo estarán obligados a solicitar personalmente ante la oficina de extranjeros de la provincia donde pretendan permanecer o fijar su residencia o, en su defecto, ante la Comisaría de Policía correspondiente, su inscripción en el Registro Central de Extranjeros. Dicha solicitud deberá presentarse en el plazo de tres meses contados desde la fecha de entrada en España, siéndole expedido de forma inmediata un certificado de registro en el que constará el nombre, nacionalidad y domicilio de la persona registrada, su número de identidad de extranjero, y la fecha de registro.

6. Junto a la solicitud de inscripción, deberá presentarse el pasaporte o documento nacional de identidad válido y en vigor del solicitante, así como la documentación acreditativa del cumplimiento de los requisitos exigibles para la inscripción establecidos en este artículo. En el supuesto de que el pasaporte o el documento nacional de identidad estén caducados, deberá aportarse copia de éstos y de la solicitud de renovación.

7. En lo que se refiere a medios económicos suficientes, no podrá establecerse un importe fijo, sino que habrá de tenerse en cuenta la situación personal de los nacionales de un Estado miembro de la Unión Europea o de otro Estado parte en el Acuerdo sobre el Espacio Económico Europeo. En cualquier caso, dicho importe no superará el nivel de recursos por debajo del cual se concede asistencia social a los españoles o el importe de la pensión mínima de Seguridad Social”.

Anexo II. Artículo 2 Ley 44/2003, de 21 de noviembre

Artículo 2: «Profesiones sanitarias tituladas. 1. De conformidad con el artículo 36 de la Constitución y a los efectos de esta ley, son profesiones sanitarias, tituladas y reguladas, aquellas cuya formación pregraduada o especializada se dirige específica y fundamentalmente a dotar a los interesados de los conocimientos, habilidades y actitudes propias de la atención de salud, y que están organizadas en colegios profesionales oficialmente reconocidos por los poderes públicos, de acuerdo con lo previsto en la normativa específicamente aplicable»

Anexo III. Guión de entrevista



Universidad
de La Laguna

Facultad de
CC. Políticas y Sociales

GUIÓN DE ENTREVISTA TFG: TURISMO RESIDENCIAL Y TRABAJO SOCIAL SANITARIO

FECHA DE REALIZACIÓN DE LA ENTREVISTA: _____

DATOS SOCIODEMOGRÁFICOS

SEXO: F M EDAD: _____ NACIONALIDAD: _____

DATOS ACADÉMICOS

FORMACIÓN ACADÉMICA: _____

FORMACIÓN COMPLEMENTARIA (específica en T.S. sanitario): _____

DATOS PROFESIONALES

Lugar de trabajo: _____

PUESTO DE TRABAJO OCUPADO

Denominación: _____

AÑOS: _____ ¿ESTÁ INCLUIDO EN LA RPT¹⁰ DEL CENTRO? SÍ NO

ÁREA DE VINCULACIÓN: _____

¿FORMA PARTE DE ALGÚN EQUIPO MULTIDISCIPLINAR? SÍ NO

EN CASO AFIRMATIVO, CARACTERÍSTICAS QUE TIENE Y PROFESIONALES QUE FORMAN PARTE DEL EQUIPO:

EXPERIENCIA LABORAL ESPECÍFICA EN EL ÁMBITO SANITARIO: _____

GUIÓN DE ENTREVISTA

DIRECTRICES PARA EL ENTREVISTADOR: El guión de entrevista que se presenta, corresponde a una entrevista semiestructurada, por lo que el mismo presenta una división en dos áreas de interés para la investigación y en cada una de estas áreas se presenta una batería de preguntas tipo con el fin de orientar al entrevistador de cara a obtener la mayor cantidad de información pertinente para el proceso de investigación. Este guión trata de establecer un camino a seguir, aunque siempre queda abierta la posibilidad de incluir nuevas preguntas o profundizar aspectos que surjan a lo largo de la entrevista. Al tratarse de una entrevista muy amplia, es importante pedir permiso a los/as profesionales entrevistados/as para grabar la entrevista, de cara a su posterior transcripción e inclusión del contenido de la misma en los anexos ubicados en la parte final del documento del Trabajo Fin de Grado.

ÁREA 1: TRABAJO SOCIAL SANITARIO

- Según su experiencia profesional ¿Cómo definiría el trabajo social sanitario?
- ¿Cuáles son las funciones y competencias que desempeña como trabajador/a social sanitario/a?
- ¿Cómo es la integración con los demás profesionales sanitarios?
- ¿Cuáles son las fortalezas y debilidades del trabajo social sanitario?
- ¿Cuántos/as profesionales de Trabajo Social trabajan en este centro hospitalario? ¿Qué ratio profesional/usuario aproximada hay actualmente y cuál sería la ideal?
- ¿Existen en el centro programas de detección, atención o prevención?
- ¿Qué le parece que no haya un marco normativo que regule las funciones de trabajador/a social sanitario/a? ¿Y la escasez de formación de postgrado relacionada con el ámbito sanitario? En relación a estos hechos, ¿Habría que adoptar alguna medida?
- ¿Qué nuevos retos debe afrontar el trabajo social sanitario de cara al futuro?
- ¿Propondría usted algún cambio en las competencias de el/la trabajador/a social sanitario/a?

¹⁰ RPT: relación de puestos de trabajo

- En base a su experiencia profesional, ¿Propondría usted algún cambio en la forma de trabajar en equipo con los/as profesionales del ámbito sanitario? (profesionales de medicina, enfermería, trabajo social, etc.)
- Reflexión final.

ÁREA 2: USUARIOS EXTRANJEROS COMUNITARIOS

- En su desempeño profesional, ¿Ha realizado intervenciones con personas usuarias noreuropeas?
- ¿Qué número estimado de atenciones se realizan a usuarios extranjeros procedentes de la Unión Europea? ¿Cuáles son los países de procedencia más frecuentes de este grupo poblacional?
- ¿Podría establecer una persona usuaria “tipo” de este sector poblacional? ¿Cuál es la edad promedio de este tipo de personas usuarias? ¿Suelen ser mujeres u hombres? ¿Principalmente se trata de turistas o residentes?
- ¿Cómo han sido dichas experiencias? ¿Qué posibles barreras se pueden encontrar a la hora de intervenir con este sector poblacional?
- ¿Cuáles son las principales necesidades que motivan la atención a este sector poblacional por parte de el/la trabajador/a social? ¿Las personas atendidas presentan un patrón común de necesidades o dicho patrón se diferencia según el país de procedencia?
- ¿Hay algún programa específico dentro del centro hospitalario para la atención a estos pacientes? ¿Se trata la cuestión en las sesiones clínicas o en otros espacios de trabajo conjunto?
- ¿Podría destacar alguna buena práctica a la hora de intervenir con este sector poblacional? En caso afirmativo ¿Cuál/es sería/n?
- ¿Se aprecian impactos en el sistema sanitario con relación a la atención de personas usuarias procedentes de la Unión Europea? En caso afirmativo ¿Cuáles son?
- En relación a los recortes realizados en el sistema público de salud, este hecho ¿Ha supuesto el endurecimiento de los requisitos de acceso de la ciudadanía comunitaria a la hora de recibir atención médica en las mismas condiciones que los/as ciudadanos/as españoles/as?
- En cuanto a la relación entre las personas usuarias extranjeras comunitarias con el sistema sanitario, ¿Qué aspectos hay que mejorar y cuáles hay que mantener?
- En cuanto a la respuesta a la pregunta anterior, ¿Cuáles de esas iniciativas se pueden afrontar desde el trabajo social sanitario?
- Reflexión final.

MUCHAS GRACIAS POR SU COLABORACIÓN

Anexo IV. Datos sociodemográficos de la muestra

| | E1 | E2 | E3 | E4 | E5 | E6 | E7 |
|---|--|---|--|--|---|--|--|
| | ATENCIÓN ESPECIALIZADA | | | ATENCIÓN PRIMARIA | | | GERENCIA |
| DATOS SOCIO-DEMOGRÁFICOS | | | | | | | |
| EDAD | 52 años | 53 años | 53 años | 46 años | 51 años | 46 años | 53 años |
| SEXO | F | F | F | F | F | M | F |
| NACIONALIDAD | ESP | ESP | ESP | ESP | ESP | ESP | ESP |
| FORMACIÓN ACADÉMICA | Diplomatura Trabajo Social | Diplomatura Trabajo Social | Diplomatura Trabajo Social | Diplomatura Trabajo Social | Diplomatura Trabajo Social | Diplomatura Trabajo Social | Diplomatura Trabajo Social |
| FORMACIÓN COMPLEMENTARIA (específica ámbito sanitario) | Técnico Sup. en Dietética y Nutrición. | Trabajo Social sectorial: Exclusión social, personas inmigrantes, personas mayores, personas con osteoporosis, niños... | Cursos HUC: TS Sanitario comunicación, procedimientos, v. de género, menores, salud mental, etc. | Todo tipo de cursos relacionados con el ámbito sanitario propuestos por Atención Primaria del SCS. | Máster en Psicología | Cursos relacionados con el ámbito sanitario | Curso de planificación familiar |
| | Experto en Dependencia. Curso Trabajo Social Sanitario. | | Cursos i.p.: Alzheimer, dependencia... | | Cursos relacionados con el ámbito sanitario | | Curso de planificación y gestión |
| | Curso de Diagnóstico Social Sanitario. | | | | | | interés curso de mediación sanitaria |
| PUESTO OCUPADO | Técnico en nutrición (fijo) Trabajadora Social(promoción categoría interna) | Trabajadora Social (Unidad de Trabajo Social) | Trabajadora Social | Trabajadora Social | Trabajadora Social | Trabajadora Social | Coordinadora de Trabajo Social |
| ANTIGÜEDAD | 8 años | 13 años | 12/13 años | 9 años | 20 años | 23 años | 24 años |
| EXPERIENCIA ESPECÍFICA EN EL SECTOR SANITARIO | Área externa de Psiquiatría HUC | Trabajadora Social sanitaria HNSC | Administrativo (años 90) | Zona de salud Granadilla | Auxiliar de enfermería (HNSC y CS Orotava) | Trabajador social sanitario en hospitales y otras zonas básicas de salud | Centro de Planificación Familiar Orotava |
| | Trabajadora Social sanitaria HUC | | Trabajadora Social sanitaria | Comisión servicio Puerto Cruz | Trabajadora social sanitaria | | Gerencia de Atención Primaria |

Anexo V. Yuxtaposición resultados turismo residencial

| | | E1 | E2 | E3 | E4 | E5 | E6 | E7 |
|--|-----------------|--|---|--|--|--|---|--|
| | | ATENCIÓN ESPECIALIZADA | | | ATENCIÓN PRIMARIA | | | GERENCIA |
| TURISMO RESIDENCIAL | | | | | | | | |
| ATENCIONES REALIZADAS | SI/NO Nº | SI No sabe cifra | SI diariamente | SI No hay estadísticas | SI 1 o 2 casos semana | SI NS/NC | SI 60-70% atenciones | NO (directamente) Según ZBS ¹¹ |
| | PAÍSES | Alemanes e ingleses | Ingleses | Alemanes e ingleses. Rusos (aumento) | Ingleses, alemanes y holandeses | Ingleses | Ingleses, italianos, franceses, alemanes (menos), portugueses, holandeses, belgas, noruegos, finlandeses (menos), rusos, eslovacos, rumanos, búlgaros. | Alemanes, ingleses, italianos, rusos (sur), franceses. Mayoritariamente alemanes e ingleses. |
| PERFIL/ES | | Persona jubilada (+70), casada o viuda, solos, sin familia, residente desde hace 15-20 años, no habla español. | Persona joven o mediana edad, vive en el sur de la isla, sin Seguridad Social, sin nada, que vive en la calle, indigente y que suele terminar en el centro de acogida municipal | Mayores, jubilados, que llevan muchos años viviendo o viniendo a Tenerife, que no saben hablar español, que carecen de familia aquí en España y no tienen casi relación con ella, han estado aquí, se han relacionado con las personas de su mismo país, muy poco integrados en España, en Tenerife, vienen aquí por el clima y punto. | Personas mayores de más de 80, con dinero, solas, que se han quedado viudas, que viven en una casa que tiene todas las comodidades en una zona residencial apartada muy tranquila, muy silenciosa. Suelen tener empleadas de hogar. No quieren irse a ningún sitio, quieren estar a solas, les encanta la soledad y la lectura. No quieren intercambiar ni integrarse, | Turistas, de paso por Tenerife, vienen con tarjeta sanitaria europea y sólo acuden en situaciones puntuales. | Extranjero europeo que en un principio viene aquí a pasarse su periodo de vacaciones que coincide con el invierno en su país de origen, están seis meses, siete meses aquí, u ocho meses y después se van dos tres meses a su país de origen que coincide con el verano de allá. Hacen uso de los servicios sanitarios. | Personas jubiladas inglesas o alemanas, estancia fija o por temporadas. Endogámicos, cerrados al exterior de su grupo, y que utilizan el sistema en la medida que lo precisan. Según la zona de Tenerife varían los perfiles y nacionalidades. |
| NECESIDADES QUE MOTIVAN LA ATENCIÓN DE TS | | Falta de recursos, situación de dependencia | Maternidad, pediatría, salud mental, dependencia | Problemas de salud sobrevenidos, situación de dependencia | Asistencia a domicilio, situación de dependencia. | Situación de dependencia, falta de recursos | Ayuda a domicilio, centros de día, residenciales, falta de recursos | Situación asistencia sanitaria Situación de dependencia. |
| BARRERAS | ATENCIÓN | Idioma, falta de recursos | Idioma | Idioma, reticencia de las personas a recibir la ayuda | Idioma y su forma de vida/cultura (no preocupa el futuro) | Idioma | Idioma | Idioma y su cultura (falta de continuidad) |
| | ACCESO SISTEMA | Atención no urgente puede haber según tipo de seguro (se puede facturar) | Se le atiende pero se intenta facturar y si no tiene tarjeta europea necesitan seguro privado | No hay barreras para los comunitarios, | No hay barreras porque se realiza la facturación a terceros a su consulado | Hay burocratización para acceder al sistema | Tienen restringido el acceso y las prestaciones que pueden recibir. | Si no acredita su situación tiene el acceso limitado a los servicios públicos. |
| IMPACTOS EN EL SISTEMA SANITARIO | | No, eso era antes. Ahora se le factura la atención y en los tratamientos tienen el copago. | Sí se nota a nivel económico. | Los gastos son los mismos | Disponen de un médico y enfermero para desplazados | Antes con los medicamentos, actualmente se factura mucho y con la receta electrónica se restringe el acceso | El mayor impacto es la eliminación del derecho universal de recibir asistencia. | Eso fue en su momento, es un mito, una leyenda urbana. Hay mucho control con planes terapéuticos y receta electrónica |
| PROGRAMAS ESPECÍFICOS Y/O BUENAS PRÁCTICAS | CENTRO | Software traducción simultánea, respeto costumbres culinarias | | Ficha con preguntas y plantillas para recabar datos en inglés. | Médico para desplazados (domina idiomas) | Acceso a cobertura sanitaria sin derecho a medicación | Protocolos de facturación Orientación recursos | Formación en idiomas en zonas sensibles |
| | RECURSO EXTERNO | Asociación Evangelista Puerto de la Cruz (visita, ayuda, traducción) | No | Voluntariado ecuménicos, Consulado | Enfermeras inglesas (servicios hogar, enfermería) Iglesia Anglicana | Consulado | | |
| PROPUESTAS DE MEJORA | GENERAL | Eliminar barreras en el acceso a la cobertura sanitaria y a los recursos. Hacer medicina preventiva | Orientación para realizar las gestiones necesarias para que adquieran los derechos como residentes en España | Mejorar la coordinación con el centro de salud, mediante la asignación de médico de cabecera para seguimiento | Crear un espacio que permita realizar trabajo comunitario y de grupo con este sector poblacional. | Igualar la cartera de servicios en todos los países europeos y para todos los ciudadanos europeos | Mejorar sistema de facturación, proporcionar atención en su idioma, mejorar el servicio de atención a domicilio | Aprovechar el perfil profesional para servir de enlace para conseguir relaciones entre diferentes sistemas y con la propia población, siempre desde el respeto a la diferencia pero con sentimiento de corresponsabilidad |
| | TS SANITARIO | Crear programas de atención desde el ingreso hasta el alta, de detección precoz | | | | Aprender idiomas, vinculación con las asociaciones (bilateral) | Aumentar el personal y mejorar las herramientas de trabajo | |

¹¹ ZBS= Zona Básica de Salud.

Anexo VI. Yuxtaposición resultados Trabajo Social Sanitario

| | | E1 | E2 | E3 | E4 | E5 | E6 | E7 |
|--|---------------|---|---|--|--|---|---|---|
| | | ATENCIÓN ESPECIALIZADA | | | ATENCIÓN PRIMARIA | | | GERENCIA |
| TRABAJO SOCIAL SANITARIO | | | | | | | | |
| DEFINICIÓN | | Enlace entre el paciente y su familia, y el ámbito sanitario. Frenar la ansiedad. Insertar a la persona en la sociedad. | Parte básica del TS. Dar información, orientación y tratamiento adecuado dentro del ámbito persona, salud, problema social | Función de apoyo: resto de los equipos, salud del paciente (física y psicológica), retorno al domicilio... Coordinación con recursos externos | Adecuar y buscar la respuesta a la persona adaptándose al cambio de salud que le ha generado un problema social (Bio-psico-social) | Tratamiento del paciente en el entorno sanitario. Información y/o gestión de prestaciones (Seguridad Social y otras) | Actividad de apoyo a los equipos desde la perspectiva social, información de recursos sociosanitarios y valoraciones sociales | Especialistas de lo social, desde la integralidad (bio-psico-social), se analiza afección de la falta de salud en lo social (viceversa) |
| FUNCIONES Y COMPETENCIAS | | <ul style="list-style-type: none"> Coordinación entre el ámbito sanitario y el ámbito social. Coordinar, facilitar, informar y orientar. Coordinación con recursos externos. | Atención directa al paciente y la familia. Atención indirecta con todos los sectores públicos | Estudiar el problema y valorar los puntos de intervención. Intervención directa. Derivación a otros recursos adecuados a la problemática. | Asistencial, informativa y derivación. Escucha, participación, motivación, atención personal | Información sobre las prestaciones. Apoyo, seguimiento, visitas a domicilio, realizar informes. Coordinación con Servicios Sociales | Información y/o gestión: prestaciones y recursos. Derivación a recursos externos. Orientación sociofamiliar. | Gestión, planificación y evaluación con trabajadores sociales, personas en puestos de responsabilidad y otros sistemas |
| FORTALEZAS | | | Pacientes, la familia | Pilares: pacientes, la familia, el personal, el equipo y los TS | Técnicas y experiencias aprendidas del día a día (la escucha activa) | Experiencia fortalece, ruptura entre vida laboral y personal | | Trabajo en equipo, formación, transversalidad (TS) |
| DEBILIDADES | | | Falta de recursos que permitan un trabajo más integral. | Burocracia, fallo de algún pilar, retenciones del sistema (objetivos) | Formación, Burnout (exceso de trabajo o identificación) | Burnout (trabajo continuo con enfermedades) | Falta de especialización y de herramientas adecuadas | Dispersión, exceso de cupo, estar en todo y no estar en nada |
| FORMACIÓN | | Escasez de oferta formativa y los parámetros que exige la Administración frena el TS sanitario | No es necesario especialización a no ser que tengas una dedicación muy concreta | Disponibilidad de grupo de formación en el centro y ESSCAN. No toda la que gustaría pero bueno. | La escasez la da todo, porque si sólo es salud quién nos forma, ustedes con quién se forman | | No sólo máster, sino reconocimiento del trabajo social sanitario como especialización (MEC) | Se debería incluir una asignatura específica en el grado y tener la especialización |
| Nº DE PROFESIONALES TRABAJO SOCIAL | | 5 | 4 | 5 | 1 (ZBS Puerto de la Cruz) | 1 (ZBS Santiago el Teide y Guía de Isora) | 1 (ZBS Adeje) | 1 (Gerencia de Atención Primaria) |
| RATIO | ACTUAL | 150 personas/profesional | 500-700 pacientes/año con 6.000 actuaciones | Población diana (norte, la Palma) 800 camas. | CS Casco-Botánico y CS la Vera. | 1 profesional por Zona Básica de Salud | 1 profesional por Zona Básica de Salud | 1 profesional por 25.000 habitantes |
| | IDEAL | 80 personas/profesional | No hay ideal, depende de la demanda | | Sólo una zona de Salud | 1 profesional por Zona Básica de Salud | 1 Profesional por 20.000 habitantes | 1 profesional por Centro de Salud (40) |
| PROGRAMAS EN LOS QUE INTERVIENE | | No, están en ello. Labor asistencialista. | No, sólo protocolos de actuación y programas muy concretos. | No, cuando llega el paciente es porque han fallado los programas de prevención de atención primaria. | Cartera de servicios: aulas de salud, diabetes, obesidad infantil/juvenil, atención a mayores, programa de salud infantil, atención afectivo-sexual y reproductiva, detección precoz cáncer de mama, violencia de género, salud mental, etc. | Programa del anciano, programa del niño, programa de la embarazada, programa cardiovascular, y muchos más programas de prevención y de detección | Programas y protocolos dirigidos a menores, al adulto, de detección de factores y situaciones de riesgo para trabajar campos de prevención. (Dificultad para llevarlos a cabo por el excesivo volumen de trabajo) | Cartera de servicios con programas por su condición biológica (franja de edad, problema de salud...), aulas de salud, sistemas de registro y evaluación, elaboración del documento marco, salud mental, historia de salud |
| INTEGRACIÓN EN LOS EQUIPOS DE TRABAJO | | Suelen trabajar en equipo entre sí y realizan coordinaciones puntuales con los otros profesionales sanitarios (poco trabajo multidisciplinar) | Trabajo multidisciplinar (médico, enfermero, auxiliar...) con las plantas. Cada planta tiene su servicio. Se habla diariamente con comunicación fluida | Trabajo en coordinación con los médicos y enfermeros principalmente, con otros profesionales (auxiliares, psicólogos) se realizan contactos puntuales | Buena coordinación con el resto de profesionales pero falla el punto de encuentro (en el pasillo, en el office, lo que no es muy adecuado) | Integración en las UAF ¹² compuestas por un médico, una enfermera y la trabajadora social. Un equipo por centro. | Buena coordinación. Atención primaria se entiende como equipo multiprofesional con los sanitarios (enfermeros, médicos, auxiliares, matronas) y los no sanitarios (trabajadores sociales, psicólogos, administración) | En gestión y planificación se trabaja conjuntamente y hay un reconocimiento mutuo y mas que suma de profesionales, hay complementariedad |
| MARCO NORMATIVO | | No hay en especializada, lo que dificulta mucho la labor y hace que no se valore, no se tenga en cuenta, no se integre en el equipo al profesional de Trabajo Social | Aunque no hay, no difumina nada, porque está el Código Deontológico. Aunque sería conveniente para tratar las especificidades del ámbito sanitario. | Nosotros tenemos el Código Deontológico y asumimos unas funciones a groso modo. Esto está mal, deberíamos saber lo que nos corresponde, porque somos el "cajón desastre". | Tenemos el Rol del TS sanitario en el SCS, como base donde se recogen las funciones, acciones, y objetivos; áreas de trabajo; proyecto de investigación y docencia; etc. | Si hay un marco normativo a nivel de atención primaria, aunque la falta de legislación provoca problemas de intrusismo en las funciones y competencias nuestras, como ocurre con los enfermeros de enlace | Tenemos el marco legal establecido desde hace años, que fue muy difícil conseguirlo, pero necesitamos el impulso desde el Servicio Canario de Salud y junto a la Universidad para conseguir la especialización | Desde el año 2000 disponemos del Rol del trabajador social en atención primaria, y posteriormente salió la instrucción que regula las funciones en primaria. En especializada no hay. |
| PROSPECTIVA | | | | | | | | |
| NUEVOS RETOS TS SANITARIO | | Coordinación con otros recursos, formación, programas más específicos e integración "real" en el equipo multidisciplinar | Hacer valer nuestra importancia en la atención. "La salud no es únicamente la ausencia de enfermedad, sino un adecuado equilibrio en las condiciones físicas, mentales, culturales y sociales de los seres humanos. | Lograr la especialización. Conseguir que se nos tenga en consideración y nos respeten como profesionales (equipo). Trabajadora social por planta o por servicio para hacer un trabajo mucho más cercano al paciente. | Con la tendencia de las decisiones políticas se tiende a una privatización del Trabajo Social, pues el reto es llevar el Trabajo Social al ámbito privado, la búsqueda de fórmulas para adaptarlo | Aumentar las plantillas para poder hacer más prevención. Hacer las reuniones de equipo rotando por las diferentes zonas de la isla para que sea más enriquecedor porque se conocen las especificidades y los recursos de cada lugar | Lograr la especialización. Duplicar el número de profesionales por centro de salud (uno en horario de mañana y uno de tarde). | Preparar la atención de procesos crónicos (dependencia). Coordinación con los diferentes sistemas. |
| COMPETENCIAS | | Formar parte del equipo de preparación del alta hospitalaria. | No cree que haga falta cambiar las competencias. | Hacemos más de lo que nos corresponde y necesitaríamos el apoyo las herramientas necesarias | Un trabajador social por área de salud (Infancia, mayores, violencia de género) | Hacer más educación sanitaria y promoción de la salud | Coordinar con sistemas subsidiarios de nuestra labor para recibir contraprestación de los servicios realizados | Promoción y prevención de salud. Coordinación con otros sistemas. Delimitar funciones |
| TRABAJO EN EQUIPO | | Trabajo multidisciplinar y mayor coordinación. | Está bien, pero se debe delimitar el campo de acción de cada disciplina. | Hacer trabajo de base, con un TS en cada planta/equipo y trabajar holísticamente con el paciente | Fomentar el respeto a cada profesión y evitar el intrusismo. Utilizar charlas informativas para ello | Que haya bidireccionalidad en los equipos. Recuperar el trabajo de casos. | Entendimiento bueno. Hace falta inyección económica para poder tener recursos para la atención primaria | Trabajar más con las UAF, proyectos multidisciplinarios, mayor interrelación en trabajo en equipo |

¹² UAF: Unidad de Atención Familiar

TURISMO RESIDENCIAL:

APROXIMACIÓN AL ÁMBITO SANITARIO EN TENERIFE Y NUEVOS RETOS PARA EL TRABAJO SOCIAL
