

# El trabajo social en Inglaterra en tiempo de austeridad

## Social work in England in times of austerity

Ana Manzano i Santaella<sup>1</sup> y Olga Bazan i Jodar<sup>2</sup>

### Resumen

Este artículo ofrece una descripción del sistema actual de servicios sociales inglés y una reflexión sobre las diferencias con el sistema catalán y cómo esto afecta a la práctica diaria del trabajo social. Primero se explican las principales diferencias contextuales del trabajo social como profesión y luego se resume el sistema socio-sanitario inglés basándose en cuatro áreas: macropolíticas de bienestar social, instituciones socio-sanitarias, función del trabajador social, usuarios y familias. Finalmente, se reflexiona sobre la práctica del trabajo social en Inglaterra en tiempos de austeridad.

**Palabras clave:** Trabajo social en Inglaterra, austeridad, trabajo social transnacional, Reino Unido.

**Para citar el artículo:** MANZANO I SANTAELLA, Ana i BAZAN I JODAR, Olga. El trabajo social en Inglaterra en tiempo de austeridad. *Revista de Treball Social*. Col·legi Oficial de Treball Social de Catalunya, agosto 2014, n. 202, páginas 45-58. ISSN 0212-7210.

### Abstract

This article shows a description of the current british social services system and a reflection on the differences with the catalan system and how this affects Social Work daily practice. First of all, the main context differences of Social Work as a profession are explained and, secondly, the british health and social care systems are summarized in four areas: social welfare macropolicies, health and social care institutions, Social Worker's role, users and families. The article finishes with a reflection on Social Work practice in England in times of austerity.

**Key words:** Social Work in England, austerity, transnational Social Work, England.

<sup>1</sup> Doctora en evaluación de políticas sociales. Profesora titular del Departamento de Sociología y Política Social. Universidad de Leeds (Inglaterra). a.manzano@leeds.ac.uk

<sup>2</sup> Trabajadora social. Jefa de trabajo social de gente mayor y adultos con discapacidades. Harrogate, North Yorkshire (Inglaterra). obazanji@hotmail.com

### Introducción. Una mirada al Norte

Hace más de una década que las autoras de este artículo emigraron a Inglaterra. Desde un punto de vista académico, se habían formado en la Escuela de Trabajo Social de la Universidad de Barcelona y su experiencia profesional había sido en la red hospitalaria de Barcelona ciudad. Con una década de experiencia se fueron al norte de Inglaterra para trabajar en el ámbito del trabajo social. Una de ellas (AM) decidió pasarse al mundo académico, donde trabaja en la docencia e investigación socio-sanitaria en la Universidad de Leeds. La otra es jefa de trabajo social en los servicios sociales de personas mayores y adultos con discapacidades en Harrogate, North Yorkshire. Este artículo es una reflexión personal sobre el estado de la profesión de trabajo social en este país, utilizando una mirada comparativa con el sistema catalán que a pesar de haber dejado hace años todavía observan y analizan con interés. El artículo ofrece una descripción de las partes más significativas del sistema de servicios sociales inglés y una reflexión sobre las diferencias estructurales y profesionales y cómo esto afecta a la práctica diaria. Los lectores que busquen en nuestras palabras una luz de esperanza quedarán decepcionados. Como dicen los ingleses, “el césped del vecino siempre parece más verde que la nuestra” (*The grass is always greener on the other side of the fence*). Con los años y los viajes hemos aprendido que no hay sistemas mejores que otros, sino que cada sistema tiene sus puntos fuertes y sus puntos débiles. También hemos aprendido que no existen soluciones mágicas para los problemas complejos socio-sanitarios de los usuarios,

incluso cuando los recursos son más abundantes y más eficientes.

Los países suelen mirar hacia el norte para encontrar ejemplos de mejoras. En España se mira a la Europa del Norte (Reino Unido, Alemania, Holanda) e Inglaterra mira aún más arriba (a los países escandinavos o a América del Norte). No es infrecuente que políticos y profesionales ofrezcan visiones idealizadas de iniciativas públicas de otros países como ejemplos a seguir. La sabiduría popular tarde sólo un par de minutos, un par de líneas, a darse cuenta de las diferencias contextuales de cada país: “En Holanda no tienen tanto paro como tenemos aquí, en Alemania las familias son diferentes...” El argumento que escuchamos en España normalmente es económico. Estos países tienen más dinero, hay más recursos. Lo importante de esta tendencia es que la sabiduría popular hace referencia a un factor que las ciencias de investigación sociales ya hace tiempo que tienen claro que afecta a los resultados: el contexto. Para las políticas sociales el contexto lo es todo (Manzano-Santaella, 2010). Parafraseando a Pawson (2013), “Lo que funciona en Pamplona un lunes de lluvia, no funciona en Salou un domingo soleado”. La historia, la cultura, la red institucional, las políticas macro y micro económicas, los tipos de usuarios y de soporte condicionan cómo las políticas sociales se implementan y cómo funcionan. Y por tanto, afectan a los resultados que se obtendrán. Por este motivo, en la siguiente sección ofrecemos una pincelada del contexto inglés y de las principales políticas sociales y de bienestar que afectan a la práctica diaria de los trabajadores sociales, a fin de situar al lector en los temas generales que el artículo desarrolla.

## El contexto. Aclaraciones generales sobre el trabajo social en Inglaterra

Lo primero que hay que clarificar es que en el Reino Unido las competencias de sanidad y servicios sociales están transferidas a las naciones de País de Gales, Escocia, Norte de Irlanda e Inglaterra (Exworthy, 2001), así que cuando en este artículo hablamos del sistema inglés nos referimos sólo a Inglaterra. Esta aclaración es muy importante porque por ejemplo en Escocia los servicios sociales personales (ayuda con la higiene personal, comer y beber, los problemas de inmovilidad, la gestión de medicamentos y la seguridad personal) son gratuitos para todos los que tengan estas necesidades sociales (de acuerdo con criterios profesionales) y sin que se tengan en cuenta los ingresos económicos de las personas (Scottish Executive, 2002).

El trabajo social como profesión en Inglaterra hace tiempo que lucha por una identidad que cada vez es más difusa. La llegada del NHS Community Care Act (Department of Health, 1990) donde los trabajadores sociales pasaban a ser “gestores del bienestar” (care managers) fue un punto de inflexión para una profesión que desde los años setenta había debate intensamente si el trabajo social debía profesionalizar (Cypher, 1975) y quién podía ser miembro de la recién creada British Association of Social Workers. La ley de 1990 abrió las puertas a que otros profesionales del mundo socio-sanitario (enfermeras, fisioterapeutas, terapeutas ocupacionales) también pudieran ejercer de gestores del bienestar en equipos multidisciplinares. Cualquier trabajador social que quiera trabajar en Inglaterra tiene la obligación legal de registrarse con el Colegio

Profesional de Trabajo Social (Care Standards Act, 2000). Este hecho implica la responsabilidad profesional de formación continuada con el objetivo de mantener y mejorar el conocimiento en la práctica del trabajo social. La formación para todo tipo de profesionales a los servicios sociales es fundamental y obligatoria. Por ejemplo, en los servicios sociales de North Yorkshire County Council los trabajadores que no hayan llevado a cabo la formación continuada y obligatoria asignada del año no obtienen el incremento salarial anual y en algunos casos pueden llegar a ser objeto de un recorte de sueldo.

El trabajo social está condicionado por un énfasis abrumador en las evaluaciones de riesgo y de protección de los niños y de los adultos. Con las personas mayores y los adultos con discapacidad, el objetivo siempre es mantener a la persona en su domicilio y proveer los recursos para que esto se pueda lograr sin riesgos innecesarios y con las necesidades básicas cubiertas. Las personas con capacidad para tomar decisiones por sí mismas pueden exponerse a situaciones de riesgo y abuso. Por este motivo, la valoración del riesgo es una herramienta habitual del trabajador social para determinar el nivel de riesgo así como la manera de proteger a las personas más vulnerables.

En parte, esto es el resultado de una mayor concienciación y reconocimiento del peligro de abuso a los niños y los adultos, pero también refleja las políticas defensivas de las instituciones, donde el objetivo preeminente es evitar el escándalo (Stanley y Manthorpe, 2004).

Hay que recordar que la profesión de trabajo social no goza de un buen status entre la población inglesa. La presión mediática

sensacionalista ha demonizado constantemente a los trabajadores sociales, haciéndolos directamente responsables de casos de muerte infantil por maltrato. Nombres, apellidos y fotos de los profesionales que llevan los casos en cuestión aparecen en las portadas de los periódicos, y normalmente se les retrata con el estereotipo del funcionario vago. Por ejemplo, en 2008 el diario sensacionalista *The Sun* publicó más de 80 artículos pidiendo el despido del personal de servicios sociales que consideraba responsable de la muerte de un niño por malos tratos. El diario inició una campaña pidiendo los despidos y recogió 1,6 millones de firmas para su petición, la cual fue entregada al gobierno. Años más tarde el periódico tuvo que indemnizar económicamente a una de las trabajadoras sociales, que emprendió acción legal contra el periódico y publicó una disculpa sin reservas donde se dejaba claro que ni la trabajadora social ni los servicios sociales tuvieron ninguna culpa de los terribles abusos cometidos al menor (Deans, 2011).

En Inglaterra hay una separación drástica entre los servicios de atención a la infancia y los servicios sociales de zona para adultos. Hay los servicios de atención primaria para personas mayores y adultos con discapacidades, y el resto de adultos son atendidos por servicios especializados independientes de los servicios sociales (dependencias, sin techo, etc.). A diferencia de lo que ocurre en Cataluña, los servicios sociales de atención a la infancia y los de adultos prácticamente no mantienen ningún tipo de relación entre ellos. Así se produce una especialización que no garantiza una atención integral. El problema de reclutamiento y retención de trabajadores sociales existe en los dos servicios, pero es más agudo en infancia. Pro-

blemas endémicos de reclutamiento y retención de trabajadores sociales existen en múltiples países (Caring *et al.*, 2008). Hay que explicar que, a pesar de la crisis, en Inglaterra siempre hay una oferta laboral importante para trabajar en el ámbito de los servicios sociales. Esta realidad laboral y el hecho de que los trabajadores sociales sean responsables de una gran cantidad de casos complejos genera una movilidad constante de trabajadores. Esta discontinuidad en la atención y seguimiento de los casos puede originar un servicio de poca calidad para los niños y sus familias (Laming, 2003). Económicamente esto también implica un coste más elevado para las instituciones que recurren a las Empresas de Trabajo Temporal para reclutar trabajadores.

La influencia del *thatcherismo* todavía está muy presente en este país, y los periódicos sensacionalistas de derechas promocionan una visión ridiculizada de los servicios públicos, sus trabajadores y los beneficiarios de ayudas públicas, a los que representan como “parásitos que no quieren trabajar y viven de los impuestos de los demás”. Así pues, la prensa, concentrada en el sensacionalismo y la identificación simplista de culpables (Rawnsley, 2010), ha contribuido a la destrucción de la confianza en los trabajadores sociales (Seldon, 2009). La llegada de los laboristas de izquierdas de Tony Blair al gobierno a finales de los años 90 no significó un cambio radical con el *thatcherismo*, sino que en muchos aspectos fue continuidad en la visión neoliberal de la pobreza y de los servicios públicos (Prideaux, 2005). Los nuevos laboristas (New Labour) consolidaron la “nueva gestión pública”, que significó un incremento de la responsabilidad de los políticos a la ciudadanía en cuestiones

de gestión pública, monitorización, control y auditora de las instituciones públicas. Tanto los servicios sociales como los hospitales, las escuelas y las universidades se supervisan por cómo ofrecen sus servicios y se clasifican en listas según el orden de eficiencia (league tables) basadas en categorías (hospitales de 5 estrellas, escuelas clasificadas como excelentes, satisfactorias o insatisfactorias, etc.). Este sistema sigue la teoría de “nombrar y avergonzar” (Barbero, 2008), que se basa en la idea de que las instituciones posicionadas en las partes inferiores de la lista “avergüenza” de la exposición pública de su ineficiencia y actuarán. La literatura científica (Christopher y Hood, 2006; Bevan, 2009) ha puesto en duda la eficacia de este sistema, que en realidad lleva a los servicios a focalizar la atención en las áreas que se supervisan, con consecuencias inesperadas para otras áreas y frecuentemente para los objetivos generales del servicio.

## Trabajar en Inglaterra después de la crisis

Las diferencias contextuales del sistema socio-sanitario inglés se pueden clasificar en cuatro áreas: macropolíticas, institucionales, función del trabajador social, y usuarios y sus familias.

### *a) Macropolíticas de bienestar social*

A nivel económico, Inglaterra ha empezado a salir de una situación de crisis, pero se prevé que el sector público aún continuará en un período de austeridad durante los próximos años. Las políticas sociales actuales incluyen programas que tienen el objetivo de recortar servicios para ahorrar en presupuesto social. La estrategia es reducir

■ **A nivel económico, Inglaterra ha empezado a salir de una situación de crisis, pero se prevé que el sector público aún continuará en un período de austeridad durante los próximos años.**

el gasto social disminuyendo la demanda. Para evitar el acceso de los usuarios a la red pública de servicios sociales, se les orientará y derivará a servicios comunitarios privados o de organizaciones no gubernamentales. Los equipos públicos se están orientando a la atención puntual con objetivos rehabilitadores para evitar la dependencia crónica de los recursos. En cuanto a los centros residenciales, la tendencia se promovió la creación de hogares adaptadas con apoyo domiciliario en vez de centros residenciales asistidos. En estos hogares los usuarios pagan el alquiler y el Ayuntamiento sólo subvenciona los servicios de atención personal que el usuario necesite. La otra línea de actuación es la creación de modelos de trabajo que integren los presupuestos de sanidad y servicios sociales para ofrecer servicios integrados a la población (NHS England, 2013) con el objetivo de promocionar la salud de la población, facilitar el alta hospitalaria a domicilio y por lo tanto reducir los ingresos en centros residenciales.

Actualmente estamos a la espera de los cambios propuestos, que implicarán nuevas responsabilidades para las administraciones locales en la gestión de los recursos sociales (Care Act, 2014). Como hemos comentado previamente, el incremento de los servicios de rehabilitación es el punto de partida para prevenir que las personas requieran una aten-

ción social más compleja y costosa en el futuro. El planteamiento del Gobierno se fundamenta en el trabajo conjunto con la comunidad, intentando identificar asociaciones de voluntariados, entidades sin ánimo de lucro y otras iniciativas locales que puedan ofrecer apoyo a aquellas personas que no puedan acceder a los servicios sociales. Estas políticas están fundamentadas en el que el actual gobierno de coalición conservadora llama la “Gran Sociedad” (*The Big Society*) (Cabinet Office, 2011), y han sido consideradas regresivas (Jones, 2014) ya que se basan en la promoción del desarrollo comunitario mediante el voluntariado, el tercer sector y la privatización como estrategia para reducir el rol del Estado en el bienestar de los ciudadanos.

### *b) La red institucional de atención social y sanitaria. El ejemplo de North Yorkshire*

En la región de North Yorkshire la atención primaria de salud está formada por los centros de salud y por una serie de equipos especializados que ofrecen apoyo social y sanitario a personas que viven en su domicilio y/o centros de convalecencia/residenciales. Los centros de salud proporcionan atención sanitaria a través de los médicos de cabecera y los equipos de enfermería. A diferencia del sistema catalán de los servicios sociales, la figura del trabajador social no está representada en el centro de salud, lo que conlleva una serie de dificultades a nivel de coordinación profesional y retraso en la gestión y seguimiento de los recursos sociales. La falta de la figura del trabajador social impide una valoración conjunta e integral de las necesidades sociales y sanitarias de la persona. Las demandas de trabajo social por

parte del equipo sanitario son derivadas a los servicios sociales de zona. Esta situación crea un proceso más lento, ya que el acceso no es inmediato. De hecho, el trabajador social de zona tiene la obligación legal de realizar su valoración social con un margen de tiempo de 28 días. La distancia física entre el trabajador social y los profesionales de salud también es una distancia profesional, porque es más difícil conocer las funciones y limitaciones de cada profesional cuando no existe un trabajo en equipo diario.

Los servicios sociales de zona trabajan en coordinación con otros profesionales sanitarios con el objetivo de mejorar la salud de las personas y de ofrecer información, asesoramiento y servicios que permitan a la persona vivir de la manera más autónoma e independiente dentro de la comunidad. Los servicios sociales de atención a las personas adultas están destinados a personas mayores de 65 años o menores de 64 que padecen una discapacidad física o psíquica.

Los equipos especializados que están incluidos en la atención primaria de salud son los siguientes:

- Servicio de Salud Mental Comunitaria (Community Mental Health Team), que ofrece un servicio a aquellas personas mayores de 18 años que necesitan el apoyo de un profesional de salud mental. El equipo está formado por diferentes profesionales, como terapeuta ocupacional, psiquiatra, enfermera y cuidadores comunitarios. El equipo ofrece una valoración del estado de salud mental de la persona y orienta, asesora y supervisa a la persona para mejorar su integración en la comunidad. Este equipo no cuenta con la presencia de la trabajadora social, figura

que ha desaparecido recientemente (hace un par de años) debido a una reestructuración de los servicios sociales. Los casos que requieren la intervención del trabajador social son derivados a los servicios sociales de zona o a los trabajadores de salud mental especializados (*approved mental health practitioner*). Este profesional especializado tiene una formación de postgrado en salud mental que le otorga el poder legal de incapacitar a una persona (valoración compartida con el médico de cabecera y el psiquiatra) que requiera un ingreso involuntario en un centro psiquiátrico u hospitalario.

- Equipo De Atención Inmediata a Personas Mayores con Demencia y / o problemas de salud mental (Rapid Response Intermediate Care Service for Older People with Mental Health Problems). Este equipo proporciona atención inmediata en situaciones de urgencia a personas que sufren una demencia o cualquier tipo de problema de salud mental. Los profesionales que forman este servicio son enfermeros, psiquiatras y otros profesionales especializados en salud mental que valoran el estado mental del paciente y ofrecen apoyo en situaciones de crisis a personas que viven en su domicilio y/o en un centro residencial. Este equipo también ofrece apoyo al personal sanitario de las residencias cuando experimentan dificultades respecto a la atención de la persona que padece la enfermedad. Actualmente este equipo no cuenta con la presencia diaria de un trabajador social, pero los servicios sociales de zona están presentes en las

reuniones multidisciplinarias con el objetivo de identificar aquellos casos que requieren la intervención social por parte de los servicios sociales de zona.

- Equipo de Atención Inmediata en Situaciones de Urgencia (Fast Response) es el equipo que ofrece un servicio de rehabilitación física y social a las personas que viven en su domicilio. Los casos se derivan a través del médico de cabecera o proceden de los servicios hospitalarios. El objetivo es la prevención del ingreso o re-ingreso hospitalario y la rehabilitación domiciliaria durante un período máximo de cuatro a seis semanas. Este servicio está destinado a personas que padecen una enfermedad crónica y que por un motivo de salud sufren un deterioro rápido, de modo que la persona requiere un apoyo inmediato al domicilio con el objetivo de prevenir un ingreso hospitalario innecesario. También ofrecen apoyo a las personas que tienen un cuidador principal cuando este cuidador no se encuentra disponible por un problema de salud o un ingreso hospitalario. El equipo también interviene en situaciones de urgencia cuando una persona sufre un accidente (como por ejemplo una caída grave) y necesita ayuda con las actividades de la vida diaria. Este equipo puede ofrecer ayuda con la higiene personal, la preparación de alimentos y la medicación hasta que la persona esté recuperada física y anímicamente. Otra función es la provisión de equipamiento que pueda mejorar la calidad de vida de la persona, tales como la provisión de andadores, adaptaciones para el baño, etc. Este

equipo cuenta con enfermeras, cuidadores, terapeuta ocupacional, fisioterapeuta y trabajador social, y juntos valoran el caso de una manera multidisciplinaria. En aquellas situaciones en las que la persona necesita una ayuda diaria de forma continuada, el caso se deriva a los servicios sociales de zona.

- **Equipo de Rehabilitación Comunitario (Hospital Community Rehabilitation Team).** Es un equipo dirigido a personas que después del alta hospitalaria requieren un período de rehabilitación. El equipo está formado por fisioterapeutas y terapeutas ocupacionales que ofrecen un programa de rehabilitación a la persona que se encuentra en su domicilio y/o en centros de convalecencia. Este equipo también ofrece valoración y provisión de equipamiento domiciliario siempre que sea necesario. La figura del trabajador social no está presente en este equipo, pero hay una coordinación diaria con el trabajador social de zona y del hospital. Por ejemplo, una persona ingresada en una unidad de convalecencia a consecuencia de una caída requiere una valoración conjunta por parte del equipo rehabilitador y del trabajador social previamente a la vuelta a domicilio. En este caso, ambos profesionales organizan una visita domiciliaria con el paciente para valorar los riesgos y las necesidades de la persona en su domicilio.

### *c) La función del trabajador social*

Posiblemente la diferencia más notable entre servicios sociales en Inglaterra y en Cataluña es la accesibilidad y variedad de recursos sociales y sanitarios. Los recursos

son siempre finitos, pero en Inglaterra hay un amplio abanico de recursos que se pueden gestionar y acceder a ellos de forma inmediata (sin listas de espera), lo que facilita que la persona pueda vivir de manera independiente en el domicilio durante más tiempo. Por ejemplo, los servicios domiciliarios pueden ofrecer una atención integral en casos complejos que pueden llegar a necesitar una trabajadora familiar hasta cuatro veces al día siete días a la semana. La crisis ha hecho que haya menos gente que pueda tener acceso a los servicios subvencionados, debido a la implementación de unos criterios más estrictos de acceso (Henwood y Hudson, 2008), y algunos servicios como los cuidadores nocturnos ya no se subvencionan. Sin embargo, las personas con necesidades que cumplen el requisito legal para acceder a los servicios tienen un acceso inmediato a ellos.

### ■ **Los servicios sociales de zona son los gestores de servicios y los responsables del seguimiento del caso.**

Los servicios sociales de zona son los gestores de servicios y los responsables del seguimiento del caso. Hay una variedad de recursos al alcance de la persona en función de sus necesidades, como por ejemplo equipos de atención domiciliaria, comida a domicilio, centros de día, alojamiento temporal en residencias para descanso del cuidador, etc. La financiación de estos recursos depende de la situación económica y sanitaria de la persona. Por ejemplo, hay casos en los que la persona es responsable del coste total del recurso si posee una cierta cantidad de ahorros. También hay otros casos en los que la persona no puede pagar el coste del recurso y los servicios sociales colaboran eco-



nómicamente para pagar parte del coste total del servicio. Finalmente, en aquellos casos en los que las personas tienen necesidades sanitarias importantes, el Departamento de Sanidad es el organismo responsable de pagar el coste total o parcial del servicio (Department of Health, 2007a).

Los servicios sociales hospitalarios ofrecen una valoración social de aquellos pacientes que no son usuarios de los servicios sociales de zona. A diferencia del sistema catalán, el trabajador social ubicado en el hospital forma parte del equipo de servicios sociales de la zona y tiene una doble función:

- a) La valoración social de los nuevos casos ingresados en el hospital, así como la gestión, seguimiento y revisión de los recursos. A diferencia del sistema catalán, el trabajador social del hospital valora al paciente en el domicilio previamente al alta hospitalaria, organizando visitas de prueba al domicilio que incluyen al paciente. Por ejemplo, una persona que ha sufrido un accidente vascular y tiene problemas de movilidad es candidata a una visita domiciliaria previamente al alta. Estas visitas domiciliarias son siempre compartidas con otros profesionales como fisioterapeutas o terapeutas ocupacionales con el objetivo de decidir conjuntamente el tipo de apoyo domiciliario y/o equipamientos necesarios para la persona en su domicilio. Posteriormente a la visita domiciliaria, el trabajador social gestiona los servicios que la persona necesita y la visita al domicilio después de un período de dos a cuatro semanas para valorar la evolución del caso.
- b) La segunda función es de vínculo de unión entre los servicios sociales de zona

y el hospital. El trabajador social forma parte de un equipo multidisciplinar que valora al paciente desde una perspectiva biopsicosocial teniendo en cuenta los aspectos sanitarios y sociales que influyen en la situación del paciente. La reunión multidisciplinaria es una reunión estructurada y obligatoria por ley (Community Care (Delayed Discharges, etc.) Act, 2003) con el objetivo de compartir las valoraciones de los diferentes profesionales. Una de las funciones de esta reunión multidisciplinaria es identificar conjuntamente a los pacientes que pueden beneficiarse de la intervención del trabajador social. El hospital tiene la obligación legal de notificar esta información a los servicios sociales para que puedan valorar el caso en un máximo de 72 horas. Posteriormente a las 72 horas, el hospital tiene la obligación de notificar el alta a los servicios sociales con 24 horas de antelación. En caso de que el alta hospitalaria se posponga porque los servicios sociales no han organizado el servicio adecuado para el paciente, los servicios sociales son penalizados en un sistema de multas (100 libras esterlinas por día) (Manzano-Santaella, 2009). La nueva legislación (Care Act 2014) que se hará efectiva este año modificará algunas de estas normativas pero continuará con el mismo espíritu de penalización económica a los servicios sociales.

#### *d) Usuarios y familias*

Inglaterra es un país con tradición de acoger a trabajadores sociales formados en otros países, y éste no es un fenómeno ex-

clusivo del trabajo social. Es frecuente encontrar equipos multidisciplinares con trabajadores originarios de otros países (enfermeras, fisioterapeutas, terapeutas ocupacionales, médicos). Tradicionalmente había recibido trabajadores de habla inglesa provenientes de las colonias y los países de la Commonwealth (Australia, Canadá, Zimbawe, India, etc.). Los “trabajadores sociales transnacionales” (Hussein, 2014) son profesionales formados en un país y que trabajan en otro. La profesión del trabajador social se ha globalizado a raíz tanto de una gran demanda internacional de sus habilidades como de flujos sin precedentes de transnacionalismo profesional (Bartley *et al.*, 2012).

El debate en torno a la movilidad de los trabajadores sociales transnacionales se concentra en el desarrollo de habilidades y la transferencia de una formación nacional en un contexto internacional (Trygged, 2010). A pesar de las diferencias culturales hay habilidades en la profesión que se pueden transferir, pero hay que recordar y recalcar que el dominio avanzado de la lengua inglesa es imprescindible en una profesión donde las palabras son las protagonistas. Hay que escribir informes sociales, leer historias clínicas, entrevistar a usuarios con discapacidades diversas y acentos procedentes de todas partes de Inglaterra, escribir informes al juzgado y tener conversaciones presenciales y telefónicas con las familias y equipos profesionales. La cultura inglesa es tradicionalmente epistolar y es frecuente recibir cartas de los familiares de los usuarios expresando quejas por los servicios ofrecidos. En los últimos años tanto usuarios como de otros servicios utilizan el correo electrónico para comunicarse directamente con los trabajadores sociales.

Culturalmente, las familias inglesas no sólo se encuentran alejadas geográficamente, sino que además culturalmente la familia no se considera una entidad de apoyo a la persona. Desde el punto de vista de los servicios sociales y sanitarios, la valoración y el trabajo de los casos se focaliza en las necesidades de la persona y la familia queda siempre en un segundo plano. Por ejemplo, el genograma no es una herramienta de trabajo que se utiliza en las valoraciones sociales. El usuario se valora de manera individual y no como parte de un núcleo de apoyo. Entre las múltiples políticas sociales implementadas en los últimos años, dos enfoques principales afectan a la práctica diaria de los TS: los pagos directos (Community Care Act, 1996) y presupuestos personales (presupuesto que cada persona tiene asignado para cubrir sus necesidades, este presupuesto varía según el resultado de la valoración social (Department of Health, 2007b)). Esto ha cambiado la relación con los usuarios, antes los trabajadores sociales podían actuar como defensores en nombre de sus clientes. Ahora ellos y sus equipos son los titulares de los presupuestos descentralizados que teóricamente deben permitir la flexibilidad, capacidad de respuesta y la creatividad, pero que en la práctica ha convertido al trabajador en un gestor financiero e incluso en asesor de recursos humanos si los usuarios (personas mayores, con discapacidades) deben contratar servicios directos. Por ejemplo, en vez de subvencionar una plaza de centro de día se ofrece un pago semanal para que un cuidador lleve al usuario a una clase de natación o de manualidades. Los servicios sociales siguen gestionando las finanzas, el acceso y adecuación de los recursos escogidos y así se con-

trola que no se haga un uso fraudulento del dinero y que se gasten de acuerdo con el plan acordado con servicios sociales.

## Austeridad y trabajo social

La sociedad inglesa está acostumbrada a una protección social mínima que no es muy alta pero que cubre las necesidades básicas. Una muy buena red de vivienda social y de prestaciones para ayudas al alquiler contribuyen a esta red de seguridad a pesar de una prestación de desempleo muy baja. Pero todas estas prestaciones se han hecho cada vez más condicionales. El condicionalismo del bienestar lo iniciaron los Nuevos Laboristas y la coalición de gobierno actual lo ha incrementado (Deacon and Patrick, 2011). Las prestaciones se condicionan a conductas más allá de atender cursos de formación mientras se cobra la prestación del paro. Las prestaciones quedan canceladas por mala conducta del usuario y la vivienda social puede ser retirada si el usuario o sus descendientes no se comportan bien. Por ejemplo, el absentismo escolar de los adolescentes puede significar la retirada de la prestación de los padres. Durante la crisis, la coalición de gobierno lleva a extremos nunca vistos las penalizaciones, con un incremento de sanciones a los usuarios que pueden suspender temporalmente o definitivamente los subsidios sociales. Así pues, las políticas sociales se convierten en herramientas de control social (Harrison y Sanders, 2014). David Cameron, el actual presidente del gobierno claramente habla sobre su “misión moral” con la población (*The Guardian*, 2014), las prestaciones ya no son un derecho sino que están condicionadas al seguimiento de comportamientos moralmente impuestos por el

gobierno. Tanto ha sido así que por primera vez la Iglesia ha criticado al gobierno por dejar a la gente desamparada mientras ellos deben recoger las piezas y cubrir las necesidades desatendidas (BBC, 2014).

■ **El trabajo social en Inglaterra ha estado expuesto directamente a cambios constantes de agendas políticas. Los servicios sociales y sanitarios son “la patata caliente” de los políticos que durante los años en los que gobiernan hacen y rehacen proyectos y sistemas con el objetivo de hacerlos más rentables y efectivos.**

El trabajo social en Inglaterra ha estado expuesto directamente a cambios constantes de agendas políticas. Los servicios sociales y sanitarios son “la patata caliente” de los políticos que durante los años en los que gobiernan hacen y rehacen proyectos y sistemas con el objetivo de hacerlos más rentables y efectivos. A raíz de la crisis, los servicios sociales incrementaron la contratación de personal “no cualificado”, es decir profesionales que tienen formación secundaria relacionada con el trabajo social y que hacen valoraciones. Esta iniciativa se implementó con el objetivo de ahorrar recursos económicos.

Sin embargo, la austeridad y el recorte de servicios sociales ha hecho que los casos atendidos sean más complejos, y por este motivo se ha tenido que aumentado el número de profesionales diplomados en Trabajo Social. Por un lado esta situación es positiva, ya que se han valorado las habili-

dades y competencias que los profesionales del trabajo social aportan a los equipos, pero también ha impactado negativamente en el rol del trabajador social, que se ha visto coaccionado por las demandas de las políticas sociales que exigen unos servicios cada vez más costo-eficientes. El papel del trabajador social se ha visto devaluado por el hecho de no tener la libertad de valorar y gestionar los recursos según su criterio. El profesional tiene la obligación de completar documentación para demostrar a su jefe, y en muchas ocasiones ante un tribunal, que su valoración social justifica la necesidad de ofrecer un determinado recurso a un usuario. Por lo tanto se ha producido un incremento de la burocracia y una reducción de la autonomía profesional para decidir sobre recursos. Estas decisiones ahora las toman gestores y gerentes que no tienen conocimiento directo de los casos.

### Conclusión

Los programas de austeridad del gobierno inglés han recortado el sector público y del bienestar teniendo un impacto regresivo sobre las políticas sociales. A pesar de las diferencias contextuales entre países, son tiempos difíciles para todos. Los trabajadores sociales trabajan con las personas más

vulnerables de las comunidades y se enfrentan a cuestiones sociales de gran complejidad en todas partes. En las actuales circunstancias socioeconómicas es difícil ser optimista sobre el futuro papel del trabajo social (Lymbery, 2012). Sin embargo, está claro que hay muchas áreas en las que los principios del trabajo social son necesarios. Por ejemplo, es evidente que hay que continuar con una evaluación sofisticada y precisa de la necesidad social, particularmente en situaciones de complejidad o en niveles agudos de riesgo.

El trabajo social en Inglaterra se practica con un respeto por la seguridad y la necesidad del usuario que garantiza el acceso inmediato a los recursos. Por otra parte, la gestión del recurso no promueve el trabajo con los usuarios y sus familias, y puede llegar a generar una despersonalización y burocratización del proceso de atención al ciudadano y de la profesión. La función del trabajador social está condicionada y limitada por las políticas de bienestar social impuestas en las sociedades donde se trabaja. Por eso es fundamental una actitud flexible, creativa y resolutoria. No debemos olvidar que el trabajador social es también un recurso social, y en tiempo de austeridad es un recurso preciado que hay que defender, aprovechar y revalorizar.

## Bibliografia

- BARBER, M. *Instruction to Deliver: Fighting to Transform Britain's Public Services*. Londres: Methuen, 2008. ISBN 978-0413776648.
- BARTLEY, A.; BEDDOE, L.; FOUCHÉ, C. i HARINGTON, P. "Transnational social workers: Making the profession a transnational professional space", en *International Journal of Population Research*, 2012. Pàg. 1-11.
- BBC. "Church of England bishops demand action over hunger", 2014 <http://www.bbc.co.uk/news/uk-politics-26261700> (Consultat el 20-06-14).
- BEVAN, G. "Have targets done more harm than good in the English NHS?", en *British Medical Journal*, 338 (2009).
- BUTLER, I. i DRAKEFORD, M. *Social Work on Trial: The Colwell Inquiry and the State of Welfare*. Bristol: Policy Press, 2011. ISBN-13 978-1847428677.
- CABINET OFFICE. "The Big Society", 2011. [www.cabinetoffice.gov.uk/big-society](http://www.cabinetoffice.gov.uk/big-society). (Consultat el 19-05-14).
- CARE ACT. *Care Act 2014*. Londres: Stationary Office, 2014. ISBN 978-0105423140.
- CARE STANDARDS ACT. *Care Standards Act 2000*. Londres: The Stationary Office, 2000. ISBN: 978-0105414001.
- CARINGI, J.; STROLINGOLTZMAN, J.; LAWSON, H.; MCCARTHY, M.; BRIARLAWSON, K. i CLAIBORNE, N. "Child welfare design teams: An intervention to improve workforce retention and facilitate organizational development", en *Research on Social Work Practice* 18 (6) (2008). Pàg. 565-574.
- CHRISTOPHER, H. i HOOD, C. "Gaming in targetworld: the targets approach to managing British public services". *Public Administration Review*, 66 (4) (2006). Pàg. 515-521.
- COMMUNITY CARE ACT. *Community Care (Delayed Discharges Etc.) Act 2003: Explanatory Notes*. Londres: Stationary Office, 2003. ISBN-13 978-0105605034.
- COMMUNITY CARE (DIRECT PAYMENTS) ACT. *Community Care (Direct Payments) Act 1996: Accounting and Financial Management Guidelines*. Londres: Chartered Institute of Public Finance and Accountancy. ISBN 978-0852998465.
- CYPHER, J. "Social reform and the social work profession: What hope for a rapprochement?", en H. JONES (ed.). *Towards a New Social Work*. Londres: Routledge and Kegan Paul, 1975. ISBN 978-0710080462.
- DEACON, A. i PATRICK, R. "A new welfare settlement? The Coalition government and welfare-to-work", en BOCHEL, H. *The Conservative Party and Social Policy*. Bristol: Policy Press, 2011. Pàg. 161-180. ISBN 978-1847424327.
- DEANS, J. "The Sun makes payout to social worker over Baby P stories", en *The Guardian* (9 juny 2011). <http://www.theguardian.com/media/2011/jun/09/the-sun-social-worker-baby-p-story> (Consultat el 21-06-14).
- DEPARTMENT OF HEALTH. *The NHS and Community Care Act*. Londres: HSMO, 1990.
- DEPARTMENT OF HEALTH. *Our Health, Our Care, Our Say: A New Direction For Community Services*. Londres: HSMO, 2006.
- DEPARTMENT OF HEALTH. *NHS Continuing Healthcare and NHS Funded Nursing Care: Public Information Booklet*. Londres: Department of Health, 2007a.
- DEPARTMENT OF HEALTH. *Putting People First: A Shared Vision and Commitment to the Transformation of Adult Social Care*. Londres: Department of Health, 2007b.
- EXWORTHY, M. "Primary care in the UK: understanding the dynamics of devolution", en *Health & Social Care in the Community*, 9 (2001). Pàg. 266-278. doi: 10.1046/j.0966-0410.2001.00306.x.
- HARRISON, M. i SANDERS, T. *Social Policies and Social Control. New Perspectives on the 'Not-so-Big-Society'*. Bristol: Policy Press, 2014. ISBN 978-1447310747.
- HENWOOD, M. i HUDSON, B. *Lost to the system?: the impact of fair access to care*. Londres: Commission for Social Care Inspection, 2008.
- HUSSEIN, S. "Hierarchical Challenges to Transnational Social Workers' Mobility: The United Kingdom as a Destination within an Expanding European Union.", en *British Journal of Social Work* (2014): bcu050.
- JONES, R. "The best of times, the worst of times: social work and its moment", en *British Journal of Social Work*, 44 (2014). Pàg. 485-502. doi:10.1093/bjsw/bcs157
- LAMING, L. *The Victoria Climbié Inquiry*. Londres: The Stationary Office, 2003. ISBN 978-0101573023
- LYMBERG, M. "Social work and personalisation: Fracturing

### Bibliografía

- the bureau-professional compact?”, en *British Journal of Social Work*, bcs 165, 2012.
- MANZANO SANTAELLA, A. “Multas y mucho más: penalizaciones económicas para Servicios Sociales en los hospitales ingleses.”, en *Trabajo Social y Salud*, 63 (2009). Pàg. 7-24. ISSN 1130-2976.
  - MANZANO SANTAELLA, A. “El análisis del contexto local en un programa multidisciplinario (sanidad y servicios sociales) usando el enfoque de la evaluación realista”. *E-valuation*, 3 (10) (2010). Pàg. 24-27. ISSN 1989-0397.
  - NHS ENGLAND. The Better Care Fund. Support and Resources Pack for Integrated Care, 2013. <http://www.england.nhs.uk/wp-content/uploads/2013/12/bcf-itf-sup-pck.pdf> (Consultat el 22-06-14).
  - PAWSON, R. *The Science of Evaluation: A Realist Manifesto*. Londres: Sage, 2013. ISBN 978-1446252437.
  - PRIDEAUX, S. *Not so New Labour*. Bristol: Policy Press, 2005. ISBN 978-1861344595.
  - RAWNSLEY, A. *The end of the party: The rise and fall of New Labour*. Londres: Penguin, 2010. ISBN 0141046147.
  - SELDON, A. *Trust: How We Lost It and How To Get It Back*. Londres: Biteback, 2009. ISBN-13 978-1849540018.
  - STANLEY, N. i MANTHORPE, J. *The Age of Inquiry: Learning and Blaming in Health and Social Care*. Londres: Routledge, 2014. ISBN-13 978-0415283151.
  - SCOTTISH EXECUTIVE. *Community Care and Health (Scotland) Act 2002*. Edimburg: Stationery Office, 2002. ISBN-13 978-0755907977.
  - THE GUARDIAN. *David Cameron defends ‘moral mission’ on welfare*, 2014. <http://www.theguardian.com/society/2014/feb/19/david-cameron-moral-mission-welfare-archbishop-westminster> (Consultat el 19-02-2014).
  - TRYGGED, S. “Balancing the global and the local: Some normative reflections on international social work”, en *International Social Work*, 53 (5) (2010). Pàg. 644-655. ISSN 0020-8728.