

# El treball social a Anglaterra en temps d'austeritat

## Social work in England in times of austerity

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

### Resum

Aquest article ofereix una descripció del sistema actual de serveis socials anglès i una reflexió sobre les diferències amb el sistema català i com això afecta la pràctica diària del treball social. Primer s'expliquen les principals diferències contextuais del treball social com a professió i després es resumeix el sistema sociosanitari anglès basant-se en quatre àrees: macropolítiques de benestar social, institucions sociosanitàries, funció del treballador social, usuaris i famílies. Finalment, es reflexiona sobre la pràctica del treball social a Anglaterra en temps d'austeritat.

**Paraules clau:** Treball social a Anglaterra, austeritat, treball social transnacional, Regne Unit.

**Per citar l'article:** MANZANO I SANTAELLA, Ana i BAZAN I JODAR, Olga. El treball social a Anglaterra en temps d'austeritat. *Revista de Treball Social*. Col·legi Oficial de Treball Social de Catalunya, agost 2014, n. 202, pàgines 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 avaluació de polítiques socials. Professora titular del Departament de Sociologia i Política Social. Universitat de Leeds (Anglaterra). a.manzano@leeds.ac.uk.

<sup>2</sup> Treballadora social. Cap de treball social de gent gran i adults amb discapacitats. Harrogate, North Yorkshire (Anglaterra). obazan@hotmai.com.

### Introducció. Una mirada al Nord

Fa més d'una dècada que les autores d'aquest article van emigrar a Anglaterra. Des d'un punt de vista acadèmic, s'havien format a l'Escola de Treball Social de la Universitat de Barcelona i la seva experiència professional havia estat a la xarxa hospitalària de Barcelona ciutat. Amb una dècada d'experiència van marxar al nord d'Anglaterra per treballar a l'àmbit del treball social. Una d'elles (AM) va decidir passar-se al món acadèmic, on treballa en la docència i recerca sociosanitària a la Universitat de Leeds. L'altra és cap de treball social als serveis socials de gent gran i adults amb discapacitats a Harrogate, North Yorkshire. Aquest article és una reflexió personal sobre l'estat de la professió de treball social en aquest país, fent servir una mirada comparativa amb el sistema català que malgrat haver deixat fa anys encara observen i analitzen amb interès. L'article ofereix una descripció de les parts més significatives del sistema de serveis socials anglès i una reflexió sobre les diferències estructurals i professionals i com això afecta la pràctica diària. Els lectors que busquin en les nostres paraules una llum d'esperança quedaran decebuts. Com diuen els anglesos, "la gespa del veí sempre sembla més verda que la nostra" (*The grass is always greener on the other side of the fence*). Amb els anys i els viatges hem après que no hi ha sistemes millors que altres, sinó que cada sistema té els seus punts forts i els seus punts febles. També hem après que no existeixen solucions màgiques pels problemes complexos sociosanitaris dels usuaris, fins i tot quan els recursos són més abundants i més eficients.

Els països acostumen a mirar cap al nord per trobar exemples de millores. A Espanya es mira a l'Europa del Nord (Regne Unit, Alemanya, Holanda) i Anglaterra mira encara més amunt (als països escandinaus o a Amèrica del Nord). No és infreqüent que polítics i professionals ofereixin visions idealitzades d'iniciatives públiques d'altres països com a exemples a seguir. La saviesa popular triga només un parell de minuts, un parell de línies, a adonar-se de les diferències contextuais de cada país: "A Holanda no tenen tant d'atur com tenim aquí, a Alemanya les famílies són diferents..." L'argument que escoltem a Espanya normalment és econòmic. Aquests països tenen més diners, hi ha més recursos. El que és important d'aquesta tendència és que la saviesa popular fa referència a un factor que les ciències de recerca socials ja fa temps que tenen clar que afecta els resultats: el context. Per a les polítiques socials el context ho és tot (Manzano-Santaella, 2010). Parafraçant a Pawson (2013), "El que funciona a Pamplona un dilluns de pluja, no funciona a Salou un diumenge assolellat". La història, la cultura, la xarxa institucional, les polítiques macro i micro econòmiques, els tipus d'usuaris i de suport condicionen com les polítiques socials s'implementen i com funcionen. I per tant, afecten els resultats que s'obtidran. Per aquest motiu, en la secció següent oferim una pinzellada del context anglès i de les principals polítiques socials i de benestar que afecten la pràctica diària dels treballadors socials, per tal de situar el lector en els temes generals que l'article desenvolupa.

## El context. Aclariments generals sobre el treball social a Anglaterra

El primer que cal aclarir és que al Regne Unit les competències de sanitat i serveis socials estan transferides a les nacions de País de Gal·les, Escòcia, Nord d'Irlanda i Anglaterra (Exworthy, 2001), així que quan en aquest article parlem del sistema anglès ens referim només a Anglaterra. Aquest aclariment és molt important perquè per exemple a Escòcia els serveis socials personals (ajut amb la higiene personal, menjar i beure, els problemes d'immobilitat, la gestió de medicaments i la seguretat personal) són gratuïts per a tothom que tingui aquestes necessitats socials (d'acord amb criteris professionals) i sense que es tinguin en compte els ingressos econòmics de les persones (Scottish Executive, 2002).

El treball social com a professió a Anglaterra fa temps que lluita per una identitat que cada vegada és més difusa. L'arribada del NHS Community Care Act (Department of Health, 1990) on els treballadors socials passaven a ser "gestors del benestar" (care managers) va ser un punt d'inflexió per a una professió que des dels anys setanta havia debatut intensament si el treball social s'havia de professionalitzar (Cypher, 1975) i qui podia ser membre de la recentment creada British Association of Social Workers. La llei del 1990 va obrir les portes perquè d'altres professionals del món sociosanitari (infermeres, fisioterapeutes, terapeutes ocupacionals) també poguessin exercir de gestors del benestar en equips multidisciplinaris. Qualsevol treballador social que vulgui treballar a Anglaterra té l'obligació legal

de registrar-se amb el Col·legi Professional de Treball Social (Care Standards Act, 2000). Aquest fet implica la responsabilitat professional de formació continuada amb l'objectiu de mantenir i millorar el coneixement en la pràctica del treball social. La formació per a tot tipus de professionals als serveis socials és fonamental i obligatòria. Per exemple, als serveis socials de North Yorkshire County Council els treballadors que no hagin portat a terme la formació continuada i obligatòria assignada de l'any no obtenen l'increment salarial anual i en alguns casos poden arribar a ser objecte d'una retallada de sou.

El treball social està condicionat per un èmfasi aclaparador en les avaluacions de risc i de protecció dels infants i dels adults. Amb la gent gran i els adults amb discapacitat, l'objectiu sempre és mantenir la persona al seu domicili i proveir els recursos per tal que això es pugui assolir sense riscos innecessaris i amb les necessitats bàsiques cobertes. Les persones amb capacitat per prendre decisions per si mateixes poden exposar-se a situacions de risc i abús. Per aquest motiu, la valoració del risc és una eina habitual del treballador social per determinar el nivell de risc així com la manera de protegir les persones més vulnerables.

En part, això és el resultat d'una major conscienciació i reconeixement del perill d'abús als infants i als adults, però també reflecteix les polítiques defensives de les institucions, on l'objectiu preeminent és evitar l'escàndol (Stanley i Manthorpe, 2004).

Cal recordar que la professió de treball social no gaudeix d'un bon estatus entre la població anglesa. La pressió

mediàtica sensacionalista ha demonitzat constantment els treballadors socials, fent-los directament responsables de casos de mort infantil per maltractament. Noms, cognoms i fotos dels professionals que porten el cas en qüestió apareixen a les portades dels diaris, i normalment se'ls retrata amb l'estereotip del funcionari gandul. Per exemple, al 2008 el diari sensacionalista *The Sun* va publicar més de 80 articles demanant l'acomiadament del personal de serveis socials que considerava responsable de la mort d'un infant per maltractaments. El diari va iniciar una campanya demanant els acomiadaments i va recollir 1,6 milions de signatures per a la seva petició, la qual va ser lliurada al govern. Anys més tard el diari va haver d'indemnitzar econòmicament una de les treballadores socials, que va emprendre acció legal contra el diari i publicar una disculpa sense reserves on es deixava clar que ni la treballadora social ni els serveis socials van tenir cap culpa dels terribles abusos comesos al menor (Deans, 2011).

A Anglaterra hi ha una separació dràstica entre els serveis d'atenció a la infància i els serveis socials de zona per a adults. Hi ha els serveis d'atenció primària per a gent gran i adults amb discapacitats, i la resta d'adults són atesos per serveis especialitzats independents dels serveis socials (dependències, sense sostre, etc.). A diferència del que passa a Catalunya, els serveis socials d'atenció a la infància i els d'adults pràcticament no mantenen cap tipus de relació entre ells. Així es produeix una especialització que no garanteix una atenció integral. El problema de reclutament i retenció de treballadors socials existeix als dos serveis, però és més agut a

infància. Problemes endèmics de reclutament i retenció de treballadors socials existeixen a múltiples països (Caringi *et al.*, 2008). Cal explicar que, malgrat la crisi, a Anglaterra sempre hi ha una oferta laboral important per treballar a l'àmbit dels serveis socials. Aquesta realitat laboral i el fet que els treballadors socials siguin responsables d'una gran quantitat de casos complexos genera una mobilitat constant de treballadors. Aquesta discontinuïtat en l'atenció i seguiment dels casos pot originar un servei de poca qualitat per als infants i les seves famílies (Laming, 2003). Econòmicament això també implica un cost més elevat per a les institucions que recorren a les Empreses de Treball Temporal per reclutar treballadors.

La influència del thatcherisme encara és molt present en aquest país, i els diaris sensacionalistes de dretes promocionen una visió ridiculitzada dels serveis públics, els seus treballadors i dels beneficiaris d'ajuts públics, als quals representen com a "paràsits que no volen treballar i viuen dels impostos dels altres". Així doncs, la premsa, concentrada en el sensacionalisme i la identificació simplista de culpables (Rawnsley, 2010), ha contribuït a la destrucció de la confiança en els treballadors socials (Seldon, 2009). L'arribada dels laboristes d'esquerres de Tony Blair al govern a finals dels anys 90 no va significar un canvi radical amb el thatcherisme, sinó que en molts aspectes hi va haver continuïtat en la visió neoliberal de la pobresa i dels serveis públics (Prideaux, 2005). Els nous laboristes (New Labour) van consolidar la "nova gestió pública", que va significar un increment de la responsabilitat dels polítics a la ciutadania en qüestions

de gestió pública, monitorització, control i auditora de les institucions públiques. Tant els serveis socials com els hospitals, les escoles i les universitats se supervisen per com ofereixen els seus serveis i es classifiquen en llistes segons l'ordre d'eficiència (league tables) basades en categories (hospitals de 5 estrelles, escoles classificades com a excel·lents, satisfactòries o insatisfactòries, etc.). Aquest sistema segueix la teoria d'"anomenar i avergonyir" (Barber, 2008), que es basa en la idea que les institucions posicionades a les parts inferiors de la llista "s'avergonyiran" de l'exposició pública de la seva ineficiència i actuaran. La literatura científica (Christopher i Hood, 2006; Bevan, 2009) ha posat en dubte l'eficàcia d'aquest sistema, que en realitat porta els serveis a focalitzar l'atenció en les àrees que es supervisen, amb conseqüències inesperades per a altres àrees i freqüentment per als objectius generals del servei.

## Treballar a Anglaterra després de la crisi

Les diferències contextuals del sistema sociosanitari anglès es poden classificar en quatre àrees: macropolítiques, institucionals, funció del treballador social, i usuaris i les seves famílies.

### *a) Macropolítiques de benestar social*

A nivell econòmic, Anglaterra ha començat a sortir d'una situació de crisi, però es preveu que el sector públic encara continuarà en un període d'austeritat durant els propers anys. Les polítiques socials actuals inclouen programes que tenen l'objectiu de retallar serveis per estalviar en

■ **A nivell econòmic, Anglaterra ha començat a sortir d'una situació de crisi, però es preveu que el sector públic encara continuarà en un període d'austeritat durant els propers anys.**

pressupost social. L'estratègia és reduir la despesa social disminuint la demanda. Per evitar l'accés dels usuaris a la xarxa pública de serveis socials, se'ls orientarà i derivarà a serveis comunitaris privats o d'organitzacions no governamentals. Els equips públics s'estan orientant a l'atenció puntual amb objectius rehabilitadors per tal d'evitar la dependència crònica dels recursos. Pel que fa als centres residencials, la tendència és promoure la creació de llars adaptades amb suport domiciliari en comptes de centres residencials assistits. En aquestes llars els usuaris paguen el lloguer i l'Ajuntament només subvenciona els serveis d'atenció personal que l'usuari necessiti. L'altra línia d'actuació és la creació de models de treball que integren els pressupostos de sanitat i serveis socials per oferir serveis integrats a la població (NHS England, 2013) amb l'objectiu de promoure la salut de la població, facilitar l'alta hospitalària a domicili i per tant reduir els ingressos en centres residencials.

Actualment estem en espera dels canvis proposats, que implicaran noves responsabilitats per a les administracions locals en la gestió dels recursos socials (Care Act, 2014). Com hem comentat prèviament, l'increment dels serveis de rehabilitació són el punt de partida per prevenir que les persones requereixin una

atenció social més complexa i costosa en el futur. El plantejament del Govern es fonamenta en el treball conjunt amb la comunitat, intentant identificar associacions de voluntariats, entitats sense afany de lucre i altres iniciatives locals que puguin oferir suport a aquelles persones que no puguin accedir als serveis socials. Aquestes polítiques estan fonamentades en el que l'actual govern de coalició conservadora anomena la "Gran Societat" (*The Big Society*) (Cabinet Office, 2011), i han estat considerades regressives (Jones, 2014) ja que es basen en la promoció del desenvolupament comunitari mitjançant el voluntariat, el tercer sector i la privatització com a estratègia per reduir el rol de l'Estat en el benestar dels ciutadans.

### *b) La xarxa institucional d'atenció social i sanitària. L'exemple de North Yorkshire*

A la regió de North Yorkshire l'atenció primària de salut està formada pels centres de salut i per un seguit d'equips especialitzats que ofereixen suport social i sanitari a persones que viuen al seu domicili i/o centres de convalescència/residencials. Els centres de salut proporcionen atenció sanitària a través dels metges de capçalera i els equips d'infermeria. A diferència del sistema català dels serveis socials, la figura del treballador social no està representada al centre de salut, fet que comporta una sèrie de dificultats a nivell de coordinació professional i retard en la gestió i seguiment dels recursos socials. La manca de la figura del treballador social impedeix una valoració conjunta i integral de les necessitats socials i sanitàries de la persona. Les demandes de treball

social per part de l'equip sanitari són derivades als serveis socials de zona. Aquesta situació crea un procés més lent, ja que l'accés no és immediat. De fet, el treballador social de zona té l'obligació legal de fer la seva valoració social amb un marge de temps de 28 dies. La distància física entre el treballador social i els professionals de salut també és una distància professional, perquè és més difícil conèixer les funcions i limitacions de cada professional quan no existeix un treball en equip diari.

Els serveis socials de zona treballen en coordinació amb altres professionals sanitaris amb l'objectiu de millorar la salut de les persones i d'oferir informació, assessorament i serveis que permetin a la persona viure de la manera més autònoma i independent dins de la comunitat. Els serveis socials d'atenció a les persones adultes estan destinats a persones majors de 65 anys o menors de 64 que pateixen una discapacitat física o psíquica.

Els equips especialitzats que estan inclosos en l'atenció primària de salut són els següents:

- Servei de Salut Mental Comunitària (Community Mental Health Team), que ofereix un servei a aquelles persones majors de 18 anys que necessiten el suport d'un professional de salut mental. L'equip està format per diferents professionals, com terapeuta ocupacional, psiquiatre, infermera i cuidadors comunitaris. L'equip ofereix una valoració de l'estat de salut mental de la persona i orienta, assessora i supervisa la persona per millorar la seva integració a la comunitat. Aquest equip no compta amb la presència de la treballadora social, fi-

gura que ha desaparegut recentment (fa un parell d'anys) a causa d'una reestructuració dels serveis socials. Els casos que requereixen la intervenció del treballador social són derivats als serveis socials de zona o als treballadors de salut mental especialitzats (*approved mental health practitioner*). Aquest professional especialitzat té una formació de postgrau en salut mental que li atorga el poder legal d'incapacitar una persona (valoració compartida amb el metge de capçalera i el psiquiatre) que requereixi un ingrés involuntari en un centre psiquiàtric o hospitalari.

- Equip d'Atenció Immediata a Persones Grans amb Demència i/o problemes de salut mental (Rapid Response Intermediate Care Service for Older People with Mental Health Problems). Aquest equip proporciona atenció immediata en situacions d'urgència a persones que pateixen una demència o qualsevol mena de problema de salut mental. Els professionals que formen aquest servei són infermers, psiquiatres i altres professionals especialitzats en salut mental que valoren l'estat mental del pacient i ofereixen suport en situacions de crisi a persones que viuen al seu domicili i/o en un centre residencial. Aquest equip també ofereix suport al personal sanitari de les residències quan experimenten dificultats respecte a l'atenció de la persona que pateix la malaltia. Actualment aquest equip no compta amb la presència diària d'un treballador social, però els serveis socials de zona estan presents en les

reunions multidisciplinàries amb l'objectiu d'identificar aquells casos que requereixen la intervenció social per part dels serveis socials de zona.

- Equip d'Atenció Immediata en Situacions d'Urgència (Fast Response) és l'equip que ofereix un servei de rehabilitació física i social a les persones que viuen al seu domicili. Els casos es deriven a través del metge de capçalera o provenen dels serveis hospitalaris. L'objectiu és la prevenció de l'ingrés o re-ingrés hospitalari i la rehabilitació domiciliària durant un període màxim de quatre a sis setmanes. Aquest servei està destinat a persones que pateixen una malaltia crònica i que per un motiu de salut pateixen un deteriorament ràpid, de manera que la persona requereix un suport immediat al domicili amb l'objectiu de prevenir un ingrés hospitalari innecessari. També ofereixen suport a les persones que tenen un cuidador principal quan aquest cuidador no es troba disponible per un problema de salut o un ingrés hospitalari. L'equip també intervé en situacions d'urgència quan una persona pateix un accident (com per exemple una caiguda greu) i necessita ajuda amb les activitats de la vida diària. Aquest equip pot oferir ajuda amb la higiene personal, la preparació d'aliments i la medicació fins que la persona estigui recuperada físicament i anímicament. Una altra funció és la provisió d'equipament que pugui millorar la qualitat de vida de la persona, com ara la provisió de caminadors, adaptacions per al bany,

etc. Aquest equip compta amb infermeres, cuidadors, terapeuta ocupacional, fisioterapeuta i treballador social, i junts valoren el cas d'una manera multidisciplinària. En aquelles situacions en què la persona necessita una ajuda diària de manera continuada, el cas es deriva als serveis socials de zona.

- Equip de Rehabilitació Comunitari (Hospital Community Rehabilitation Team). És un equip dirigit a persones que després de l'alta hospitalària requereixen un període de rehabilitació. L'equip està format per fisioterapeutes i terapeutes ocupacionals que ofereixen un programa de rehabilitació a la persona que es troba al seu domicili i/o en centres de convalescència. Aquest equip també ofereix valoració i provisió d'equipament domiciliari sempre que sigui necessari. La figura del treballador social no és present en aquest equip, però hi ha una coordinació diària amb el treballador social de zona i de l'hospital. Per exemple, una persona ingressada en una unitat de convalescència a conseqüència d'una caiguda requereix una valoració conjunta per part de l'equip rehabilitador i del treballador social prèviament a la tornada a domicili. En aquest cas, tots dos professionals organitzen una visita domiciliària amb el pacient per valorar els riscos i les necessitats de la persona al seu domicili.

### *c) La funció del treballador social*

Possiblement la diferència més notable entre serveis socials a Anglaterra i a Catalunya és l'accessibilitat i varietat de recur-

sos socials i sanitaris. Els recursos són sempre finits, però a Anglaterra hi ha un ventall ampli de recursos que es poden gestionar i accedir-hi de manera immediata (sense llistes d'espera), fet que facilita que la persona pugui viure d'una manera independent al domicili durant més temps. Per exemple, els serveis domiciliaris poden oferir una atenció integral en casos complexos que poden arribar a necessitar una treballadora familiar fins a quatre vegades al dia set dies a la setmana. La crisi ha fet que hi hagi menys gent que pugui tenir accés als serveis subvencionats, per la implementació d'uns criteris més estrictes d'accés (Henwood i Hudson, 2008), i alguns serveis com els cuidadors nocturns ja no se subvencionen. Malgrat això, les persones amb necessitats que compleixen el requisit legal per accedir als serveis hi tenen un accés immediat.

### ■ Els serveis socials de zona són els gestors de serveis i els responsables del seguiment del cas.

Els serveis socials de zona són els gestors de serveis i els responsables del seguiment del cas. Hi ha una varietat de recursos a l'abast de la persona en funció de les seves necessitats, com per exemple equips d'atenció domiciliària, menjar a domicili, centres de dia, allotjament temporal en residències per descans del cuidador, etc. El finançament d'aquests recursos depèn de la situació econòmica i sanitària de la persona. Per exemple, hi ha casos en què la persona és responsable del cost total del recurs si té una certa quantitat d'estalvis. També hi ha d'altres casos en què la persona no pot pagar el cost del recurs



i els serveis socials col·laboren econòmicament per pagar part del cost total del servei. Finalment, en aquells casos en què les persones tenen necessitats sanitàries importants, el Departament de Sanitat és l'organisme responsable de pagar el cost total o parcial del servei (Department of Health, 2007a).

Els serveis socials hospitalaris ofereixen una valoració social d'aquells pacients que no són usuaris dels serveis socials de zona. A diferència del sistema català, el treballador social ubicat a l'hospital forma part de l'equip de serveis socials de la zona i té una doble funció:

- a) La valoració social dels nous casos ingressats a l'hospital, així com la gestió, seguiment i revisió dels recursos. A diferència del sistema català, el treballador social de l'hospital valora el pacient al domicili prèviament a l'alta hospitalària, organitzant visites de prova al domicili que inclouen el pacient. Per exemple, una persona que ha patit un accident vascular i té problemes de mobilitat és candidata a una visita domiciliària prèviament a l'alta. Aquestes visites domiciliàries són sempre compartides amb altres professionals com fisioterapeutes o terapeutes ocupacionals amb l'objectiu de decidir conjuntament el tipus de suport domiciliari i/o equips necessaris per a la persona al seu domicili. Posteriorment a la visita domiciliària, el treballador social gestiona els serveis que la persona necessita i la visita al domicili després d'un període de dues a quatre setmanes per valorar l'evolució del cas.
- b) La segona funció és de vincle d'unió entre els serveis socials de zona i

l'hospital. El treballador social forma part d'un equip multidisciplinari que valora el pacient des d'una perspectiva biopsicosocial tenint en compte els aspectes sanitaris i socials que influeixen en la situació del pacient. La reunió multidisciplinària és una reunió estructurada i obligatòria per llei (Community Care (Delayed Discharges, etc.) Act, 2003) amb l'objectiu de compartir les valoracions dels diferents professionals. Una de les funcions d'aquesta reunió multidisciplinària és identificar conjuntament els pacients que poden beneficiar-se de la intervenció del treballador social. L'hospital té l'obligació legal de notificar aquesta informació als serveis socials perquè puguin valorar el cas en un màxim de 72 hores. Posteriorment a les 72 hores, l'hospital té l'obligació de notificar l'alta als serveis socials amb 24 hores d'antelació. En el cas que l'alta hospitalària es posposi perquè els serveis socials no han organitzat el servei adequat per al pacient, els serveis socials són penalitzats en un sistema de multes (100 lliures esterlines per dia) (Manzano-Santaella, 2009). La nova legislació (Care Act 2014) que es farà efectiva aquest any modificarà algunes d'aquestes normatives però continuarà amb el mateix esperit de penalització econòmica als serveis socials.

#### *d) Usuaris i famílies*

Anglaterra és un país amb tradició d'acollir treballadors socials formats en altres països, i aquest no és un fenomen

excluiu del treball social. És freqüent trobar equips multidisciplinaris amb treballadors originaris d'altres països (infermeres, fisioterapeutes, terapeutes ocupacionals, metges). Tradicionalment havia rebut treballadors de parla anglesa provinents de les colònies i els països de la Commonwealth (Austràlia, Canadà, Zimbawe, Índia, etc.). Els “treballadors socials transnacionals” (Hussein, 2014) són professionals formats a un país i que treballen a un altre. La professió del treballador social s'ha globalitzat a partir tant d'una gran demanda internacional de les seves habilitats com de fluxos sense precedents de transnacionalisme professional (Bartley *et al.*, 2012).

El debat al voltant de la mobilitat dels treballadors socials transnacionals es concentra en el desenvolupament d'habilitats i la transferència d'una formació nacional a un context internacional (Trygged, 2010). Malgrat les diferències culturals hi ha habilitats en la professió que es poden transferir, però cal recordar i recalcar que el domini avançat de la llengua anglesa és imprescindible en una professió on les paraules són les protagonistes. Cal escriure informes socials, llegir històries clíniques, entrevistar usuaris amb discapacitats diverses i accents procedents d'arreu d'Anglaterra, escriure informes al jutjat i tenir converses presencials i telefòniques amb les famílies i equips professionals. La cultura anglesa és tradicionalment epistolar i és freqüent rebre cartes dels familiars dels usuaris que expressen queixes pels serveis oferts. En els últims anys tant usuaris com d'altres serveis fan servir el correu electrònic per comunicar-se directament amb els treballadors socials.

Culturalment, les famílies angleses no només es troben allunyades geogràfica-

ment, sinó que a més culturalment la família no es considera una entitat de suport a la persona. Des del punt de vista dels serveis socials i sanitaris, la valoració i el treball dels casos es focalitza en les necessitats de la persona i la família queda sempre en un segon pla. Per exemple, el genograma no és una eina de treball que s'utilitza en les valoracions socials. L'usuari es valora de manera individual i no com a part d'un nucli de suport.

Entre les múltiples polítiques socials implementades en els últims anys, dos enfocaments principals afecten la pràctica diària dels TS: els pagaments directes (Community Care Act, 1996) i pressupostos personals (pressupost que cada persona té assignat per cobrir les seves necessitats, aquest pressupost varia segons el resultat de la valoració social (Department of Health, 2007b). Això ha canviat la relació amb els usuaris, abans els treballadors socials podien actuar com a defensors en nom dels seus clients. Ara ells i els seus equips són els titulars dels pressupostos descentralitzats que teòricament han de permetre la flexibilitat, capacitat de resposta i la creativitat, però que a la pràctica ha convertit al treballador en un gestor financer i fins i tot en assessor de recursos humans si els usuaris (gent gran, amb discapacitats) han de contractar serveis directes. Per exemple, en comptes de subvencionar una plaça de centre de dia s'ofereix un pagament setmanal perquè un cuidador porti l'usuari a una classe de natació o de manualitats. Els serveis socials continuen gestionant les finances, l'accés i adequació dels recursos escollits i així es controla que no es faci un ús fraudulent dels diners i que es gastin d'acord amb el pla acordat amb serveis socials.

## Austeritat i treball social

La societat anglesa està acostumada a una protecció social mínima que no és gaire alta però que cobreix les necessitats bàsiques. Una molt bona xarxa d'habitatge social i de prestacions per ajuts al lloguer contribueixen a aquesta xarxa de seguretat malgrat una prestació d'atur molt baixa. Però totes aquestes prestacions s'han fet cada vegada més condicionals. El condicionalisme del benestar el van iniciar els Nous Laboristes i la coalició de govern actual l'ha incrementat (Deacon and Patrick, 2011). Les prestacions es condicionen a conductes més enllà d'atendre cursos de formació mentre es cobra la prestació de l'atur. Les prestacions queden cancel·lades per mala conducta de l'usuari i l'habitatge social pot ser retirat si l'usuari o els seus descendents no es comporten bé. Per exemple, l'absentisme escolar dels adolescents pot significar la retirada de la prestació dels pares. Durant la crisi, la coalició de govern porta a extrems mai vistos les penalitzacions, amb un increment de sancions als usuaris que poden suspendre temporalment o definitivament els subsidis socials. Així doncs, les polítiques socials es converteixen en eines de control social (Harrison i Sanders, 2014). David Cameron, l'actual president del govern clarament parla sobre la seva "missió moral" amb la població (*The Guardian*, 2014), les prestacions ja no són un dret sinó que estan condicionades al seguiment de comportaments moralment imposats pel govern. Tant ha estat així que per primera vegada l'Església ha criticat al govern per deixar a la gent desemparada mentre ells han de recollir-ne les peces i

cobrir les necessitats desateses (BBC, 2014).

■ **El treball social a Anglaterra ha estat exposat directament a canvis constants d'agendes polítiques. Els serveis socials i sanitaris són "la patata calenta" dels polítics que durant els anys en què governen fan i refan projectes i sistemes amb l'objectiu de fer-los més rendibles i efectius.**

El treball social a Anglaterra ha estat exposat directament a canvis constants d'agendes polítiques. Els serveis socials i sanitaris són "la patata calenta" dels polítics que durant els anys en què governen fan i refan projectes i sistemes amb l'objectiu de fer-los més rendibles i efectius. Arran de la crisi, els serveis socials van incrementar la contractació de personal "no qualificat", és a dir professionals que tenen formació secundària relacionada amb el treball social i que fan valoracions. Aquesta iniciativa es va implementar amb l'objectiu d'estalviar recursos econòmics.

Malgrat això, l'austeritat i la retallada de serveis socials ha fet que els casos atesos siguin més complexos, i per aquesta raó s'ha hagut d'augmentar el nombre de professionals diplomats en Treball Social. D'una banda aquesta situació és positiva, ja que s'han valorat les habilitats i competències que els professionals del treball social aporten als equips, però també ha impactat negativament en el rol del treballador social, que s'ha vist coaccionat per

les demandes de les polítiques socials que exigeixen uns serveis cada vegada més costeficients. El paper del treballador social s'ha vist devaluat pel fet de no tenir la llibertat de valorar i gestionar els recursos segons el seu criteri. El professional té l'obligació de completar documentació per demostrar al seu cap, i en moltes ocasions davant d'un tribunal, que la seva valoració social justifica la necessitat d'oferir un recurs determinat a un usuari. Per tant s'ha produït un increment de la burocràcia i una reducció de l'autonomia professional per decidir sobre recursos. Aquestes decisions ara les prenen gestors i gerents que no tenen coneixement directe dels casos.

### Conclusió

Els programes d'austeritat del govern anglès han retallat el sector públic i del benestar i han tingut un impacte regressiu sobre les polítiques socials. Malgrat les diferències contextuais entre països, són temps difícils per a tothom. Els treballadors socials treballen amb les persones més vulnerables de les comunitats i s'enfron-

ten a qüestions socials de gran complexitat a tot arreu. En les circumstàncies socioeconòmiques actuals és difícil ser optimista sobre el futur paper del treball social (Lymbery, 2012). Tot i això, és clar que hi ha moltes àrees en les quals els principis del treball social són necessaris. Per exemple, és evident que cal continuar amb una avaluació sofisticada i precisa de la necessitat social, particularment en situacions de complexitat o en nivells aguts de risc.

El treball social a Anglaterra es practica amb un respecte per la seguretat i la necessitat de l'usuari que garanteix l'accés immediat als recursos. D'altra banda, la gestió del recurs no promou el treball amb els usuaris i les seves famílies, i pot arribar a generar una despersonalització i burocratització del procés d'atenció al ciutadà i de la professió. La funció del treballador social està condicionada i limitada per les polítiques de benestar social imposades a les societats on es treballa. Per això és fonamental una actitud flexible, creativa i resolutiva. No hem d'oblidar que el treballador social és també un recurs social, i en temps d'austeritat és un recurs preuat que cal defensar, aprofitar i revaloritzar.

## 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 HARRINGTON, 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 Stationery Office, 2003. ISBN 978-0101573023
- LYMBERG, M. "Social work and personalisation: Fracturing

Bibliografia

- 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-valoración*, 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.