

LAS UNIDADES DE TRABAJO SOCIAL SANITARIO: EJES DE CONEXIÓN ENTRE EL SISTEMA DE SALUD Y LA RED DE SERVICIOS DE BIENESTAR SOCIAL.

Mercè Canet i Ponsa.

Socióloga y trabajadora Social. Equipo Atención Primaria. Raval Sur. ICS. Barcelona

INTRODUCCIÓN : MARCO HISTÓRICO

El origen de los servicios sociales y del trabajo social como profesión hay que buscarlo en las tendencias religiosas y humanitarias que aparecen en las distintas culturas y civilizaciones. Su concreción como organización de un personal especializado a favor de los indigentes sociales se sitúa en la época de la industrialización de la sociedad occidental a finales del siglo XIX y comienzos del siglo XX.

En el nacimiento de los servicios sociales influyó no solo el pragmatismo filosófico y el puritanismo religioso, también el positivismo reinante en el campo de las ciencias sociales que preconizó la posibilidad de encontrar soluciones racionales y empíricas a los problemas sociales derivados de la industrialización europea en los que las familias humildes, incluidas mujeres y niños, se encontraban inmersas en el trabajo industrial con jornadas laborales muy extensas que impedían la atención a la familia y un desarrollo adecuado. Los problemas generados por estas situaciones requerían reformas de tipo global y de orientaciones individualizadas.

En el caso de Cataluña, la primera escuela de Trabajo Social llamada, Escuela Católica de Enseñanza Social de Barcelona, se fundó en 1906 y fue la primera de España. En 1932 se constituyó la Escuela de Asistencia Social para la Mujer, de connotaciones laicas, que dio lugar a la Escuela del Hospital Clínico fundada por el Dr. Sarró en 1953, la cual se dedicó a formar preferentemente a asistentes sociales psiquiátricas y más tarde amplió la formación a todo el campo sanitario para llegar a cubrir todas las facetas de dicho ámbito.¹

Por lo tanto, como podemos ver, el Trabajo Social empieza a estar vinculado al Sistema Sanitario prácticamente desde sus orígenes como profesión quedando integrado directamente a los hospitales. A su vez, el Trabajo Social, igual que la enfermería es un intento de profesionalización de ciertas actividades que entrarían dentro del trabajo de “cuidar” al individuo, también llamado trabajo reproductivo, lo cual implica el paso de una pequeña parte de esta esfera privada, que no es tenida en cuenta a la hora de considerar su vertiente económica, a la esfera pública, en la que se considera trabajo remunerado, por ello tampoco es casual que las profesiones de trabajadora/trabajador social y enfermera/enfermero tengan un volumen muy importante de profesionales del

¹ ESTRUCH, J. Y GÜELL, A.M. (1976) “Los Asistentes Sociales: Sociología de una profesión”. Ediciones Península. Pag 41-53.

sexo femenino, ya que en el momento de su aparición quienes mayormente se dedicaban a estas actividades eran mujeres.

En España, al período caracterizado por la influencia del positivismo y de un catolicismo social, le sigue, inmediatamente después de la guerra civil, una etapa de nacional-catolicismo. Lo social es, pues, substituido por lo nacional, esto explica el confucionismo existente en la España de Franco entre el servicio social y el apostolado, que continúan vinculados a las mujeres. En este fenómeno radica la clave para la comprensión del marco ideológico en el que se mueve el trabajo social en España.

Por otra parte, con la pequeña apertura de los años 60 se empieza a plantear la posibilidad de aplicar el trabajo social a las posibles disfunciones del desarrollo económico.

Con la promulgación de la Constitución de 1978, los españoles contamos con el marco jurídico que establece como derecho la protección de la salud y que obliga a los organismos públicos a garantizar la asistencia y prestaciones sociales suficientes para responder a las necesidades ciudadanas y a organizar y tutelar la salud pública a través de medidas preventivas y de prestaciones y servicios necesarios (art. 41 y 43).

Se parte de la integración de los servicios, en el art. 50, que trata de la promoción del bienestar, mediante un sistema de servicios sociales que atienda problemas específicos de salud, vivienda, cultura y ocio.

En el capítulo de competencias, la Constitución posibilita a las Comunidades Autónomas para la asunción de competencias en materia de asistencia social, sanidad e higiene (art. 148, apartados 20 y 21) y reserva al Estado la competencia exclusiva sobre el establecimiento de las bases y la coordinación general de sanidad y de la legislación básica y régimen económico de la seguridad social, sin perjuicio de la gestión de sus servicios por las Comunidades Autónomas (art.149).

Así, el desarrollo legislativo de la Constitución y la organización del Estado de las Autonomías nos conducen a la situación actual:

- Contamos con la ley general de Sanidad, publicada en abril de 1986, que ordena la organización de los servicios de salud y cuenta con bases para ello (correspondiendo su desarrollo legislativo a las Comunidades Autónomas, algunas con competencias exclusivas y otras con competencias compartidas).
- No ocurre lo mismo con la Acción Social, ya que no se parte de una legislación general, sino que cada Comunidad Autónoma se ocupa de promulgar su propia ley de Servicios Sociales o de Acción Social.

El desarrollo de la Constitución, con la legislación de protección social intenta conseguir, en cierta medida, un equilibrio entre los aspectos de producción del mercado enfocado a la acumulación de capital (trabajo productivo), que tradicionalmente ha estado vinculado a los hombres, y los aspectos del cuidado y el bienestar de las personas, que no es tenido en cuenta como trabajo (trabajo reproductivo), vinculado más al ámbito de las mujeres.

EL NUEVO CONCEPTO DE SALUD Y DE SERVICIOS SOCIALES

Asimismo, desde ámbitos nacionales e internacionales se empieza a tener conciencia de la necesidad de definir la salud como algo que va más allá de la simple idea de ausencia

de enfermedad, se empieza a vislumbrar el concepto salud como algo más complejo, resultado de la constante interacción de diversos factores biológicos, psicológicos, sociales y culturales. Por esto el individuo deja de ser "el paciente- enfermo" para pasar a ser un individuo-usuario/a integrante de una sociedad en la que se halla en constante interpelación.

Es también en la década de los 80, cuando el trabajo social aparece con un cambio de enfoque, pasando de la visión benéfico-asistencial hacia una visión sobre una atención individual y colectiva regulada por la vía legal. A su vez, también varía el enfoque sobre el concepto de "Acción social", que pasa de ser una intervención meramente puntual y asistencial a tener en cuenta la complejidad del entorno y la globalidad de los problemas. Desde esta visión integral nace un trabajo más técnico y específico de los servicios sociales.

Por lo tanto, las funciones de la Atención Primaria y Especializada en salud de los trabajadores/as sociales irán dirigidas precisamente a aspectos de prevención y promoción de la salud, tenderán a prestar una atención integral al individuo y a favorecer la modificación de su entorno social. Una vez superada la concepción benéfico asistencial, surge al mismo tiempo toda una filosofía de servicios sociales enmarcada en el llamado sistema de bienestar social inspirado en los principios de universalidad, normalización, integración y responsabilidad pública, que dirigirán su atención a toda la población y que desde los servicios sociales de atención primaria municipales se concretarán en la atención a los aspectos de prevención social comunitaria, conocimiento de los casos de marginación y atención integral a la persona, potenciando su autonomía. Fruto de estas nuevas concepciones los servicios sociales de Atención Primaria Municipales y las Unidades de Trabajo Social Sanitario desarrollan planes y trabajos comunes con una visión pluridisciplinaria que permita abordar los problemas teniendo en cuenta las múltiples variables que se entrecruzan en el individuo y en su comunidad.

INTERVENCIÓN ARTICULADA

Si partimos de la base de que los Servicios Sociales en general, no pueden limitar su ámbito de actuación a ciertos colectivos más o menos marginales, si las leyes nos hablan de universalidad, normalización e integración, si hablamos de un nuevo concepto de salud, más amplio o con funciones no meramente asistenciales, nos estamos refiriendo a objetivos tan amplios que solo pueden engranarse dentro de los planes globales de Bienestar Social que consideran al individuo y a la comunidad desde una perspectiva integral y en los que se entrecruzan dimensiones educativas, sanitarias, ambientales, urbanísticas, culturales, etc. y en los que la red de servicios sociales junto con las Unidades de Trabajo Social de Salud, Justicia Educación etc., ya sean de atención primaria o especializada construyan un modelo integral de servicios que permitan ser el soporte de los planes globales de servicios dentro de cada comunidad.

LA RELACIÓN ENTRE LOS SERVICIOS SANITARIOS Y SOCIALES

Históricamente, la Sanidad y los Servicios Sociales comparten sus orígenes en la Beneficencia, vemos que la Sanidad se ha desarrollado como un sistema de servicios "adulto", con una personalidad bien definida y reconocida frente a los Servicios Sociales que en estos momentos aún se encuentra en una fase "adolescente" que apenas esboza los rasgos de su personalidad y que lucha por encontrar el reconocimiento debido.

Quisiera observar que, igual que ocurre en las relaciones personales, también las relaciones entre Sistemas prestadores de Servicios requieren, para su estabilidad y para que su resultado sea satisfactorio, que previamente cada una de las partes de la relación defina su propia identidad. Solo desde su propia identidad es posible complementarse y potenciarse con otro. Si la propia identidad de alguno de los elementos a relacionar no está definida, la relación derivará hacia formas de absorción, dominio y utilización. Esto, en buena parte aún sigue ocurriendo en los Servicios Sociales debido a que han permanecido largo tiempo en ese ámbito de lo indefinido. Por lo tanto, existe una sensación generalizada de que "algo falla" en las relaciones entre los Servicios Sanitarios y los Sociales, con independencia del despliegue de profesionales trabajadores/as sociales que a lo largo de estas dos últimas décadas se ha producido en los dos sistemas. Con frecuencia se busca la explicación recurriendo a las deficiencias estructurales de ambos servicios o a los fallos de los profesionales de unos y otros, pero en mi opinión, en la base de estas situaciones existen conceptos erróneos que es necesario superar, como paso imprescindible para eliminar, a su vez, cualquiera de las otras dificultades de índole estructural o incluso profesional.

Se ha dicho, y por desgracia aún se sigue diciendo hoy en discursos teóricos y en normativas, que el campo específico de la actuación de los Servicios Sociales es el de la marginación o exclusión social; aunque en teoría consiste en el aumento del desarrollo personal y la calidad de vida global de una comunidad, en la práctica se reduce al trabajo con "lo marginal".

Es cierto que el trabajo social incluye un trabajo específico con la posible población marginal existente en una comunidad, pero no todo el trabajo social es un trabajo con población marginada o excluida. De todas formas, entendida así la aplicación del trabajo social, nos encontramos que, inevitablemente, las Unidades de Trabajo Social de Salud se convierten para los sanitarios en el "cajón de sastre" al que se envían los casos atípicos y raros que no se pueden resolver con procedimientos o prestaciones estandarizadas, en cambio, es difícil ver integrados a los Trabajadores/as Sociales Sanitarios dentro del Sistema de Salud en puestos donde puedan participar más en la gestión de recursos sanitarios, por ejemplo las Unidades de Atención al Usuario, a pesar de existir en Cataluña una regulación que lo permite, o en espacios de decisión sobre salud.

En el caso de Cataluña podemos observar que en el decreto del DOG 84/85 del 21 de marzo, donde se recoge la reforma de la Atención Primaria de Salud, se integra a los profesionales del Trabajo Social Sanitario dentro de la red. En la práctica observamos que estos profesionales van quedando adscritos a las Áreas Básicas de Salud de zonas o comunidades donde se presupone que existe mayor marginalidad (una renta per cápita más baja, situaciones de paro más elevado etc.) Esta cobertura, a simple vista parece lógica si tenemos en cuenta que la pérdida de salud conlleva al individuo a unas potenciales demandas de prestaciones a servicios públicos o privados, para poder hacer

frente a su nueva situación o poder mantener una calidad de vida óptima dentro de sus nuevas circunstancias.

Independientemente de la renta que tenga cada uno de los usuarios, nos encontramos con la aparición de necesidades que conllevan proporcionar información, asesorar y orientar ante determinados problemas, dar soporte emocional y realizar intervenciones con entidades públicas o privadas para poder ofrecer una salida a las situaciones planteadas. Por lo tanto nos encontramos, con una potencial demanda en la que conceptualmente no acaba de encajar el Sistema, lo cual lleva a que determinadas zonas en las que se presumía la no existencia de necesidades debido a que la población podía resolver sus problemas por procedimientos y prestaciones estandarizadas, estén en estos momentos faltas de cobertura o con menores prestaciones a igualdad de determinadas necesidades que en otras zonas clasificadas como "marginales".

Todo esto nos indica que, a pesar de que el estado de salud tenga una relación directa con la pobreza y, naturalmente, con los extremos de esta pobreza denominada marginación o en términos más modernos "exclusión social", existen dentro de la estructura social determinados estratos o clases medias que, debido a factores de envejecimiento, estilo de vida, etc. pueden llegar a necesitar una cobertura social que les ayude a potenciar o a mantener sus niveles de salud; al verse restringidas las prestaciones del Estado del Bienestar, la cobertura de sus necesidades pasa directamente al ámbito de "lo privado", recayendo casi siempre en las mujeres de las familias necesitadas. Este pequeño detalle nos hace darnos cuenta de lo lejos que aún estamos del reparto equitativo entre hombres y mujeres de las tareas del "cuidar" que se generan en el ámbito privado.

Por lo tanto, creo que sería necesario superar el concepto que señala la marginación o exclusión social como el factor de identidad del Trabajo Social y de los Servicios Sociales si se quiere lograr una atención efectiva a las problemáticas sociosanitarias que se nos presentan.

Algo parecido ocurre también en los hospitales donde el mayor volumen de demanda de trabajo social se centra en el alta del paciente teniendo que dejarse de lado aspectos de información o del cuidado emocional de la persona enferma y de su familia que podrían tener efectos muy beneficiosos para posteriores utilidades del sistema sanitario.

Otro de los conceptos a superar serían los errores de definición que provienen de la identificación del Asistente/a Social – Trabajador/a Social con los Servicios Sociales. Aunque esta situación es comprensible, ya que al fin y al cabo, los Asistentes/as Sociales – Trabajadores/as Sociales han sido la profesión vinculada a los Servicios Sociales y su propia definición profesional ha ido pareja a la definición institucional de Servicios Sociales. No es extraño, entonces, que en la idea de muchas personas, incluso en la de no pocos profesionales, sea lo mismo decir servicios sociales que asistente social o que trabajo social. Pues bien, desde esta perspectiva es frecuente oír referencias a "los servicios sociales que se desarrollan en sanidad" cuando lo que se quiere decir es

que determinado servicio o establecimiento sanitario cuenta en su plantilla con una Unidad de Trabajo Social compuesta por uno o varios Asistentes/as Sociales – Trabajadores/as Sociales que llevan a cabo tareas propias de su condición profesional. La matización de estos conceptos es tan importante que su confusión ha llevado a producir verdaderas discusiones bizantinas sobre la necesidad de Servicios Sociales en un barrio, pueblo o comarca, bajo el pretexto de que en la misma existe o existirá una Área Básica de Salud que ya cuenta en su plantilla con un Trabajador/a Social, y hay quien en sentido contrario, pone en cuestión los puestos de trabajo de los Asistentes/as Sociales de las Áreas Básicas de Salud fundamentándose en que en la zona ya existe un Centro de Servicios Sociales o un Trabajador/a Social perteneciente a un conjunto de municipios, Consells Comarcals o parroquias (Cáritas).

La necesidad de ir adquiriendo criterios de globalidad con el fin de actuar sobre las causas y no solamente sobre las consecuencias hace indispensable la correlación y la interdependencia entre los Servicios Sociales y las Unidades de Trabajo Social Sanitarias articulando un sistema de atención que posibilite la realización de una acción globalizada para el conjunto de la población. Por otra parte, la universalización de la asistencia sanitaria pública, amparada por la Constitución en su artículo N° 43 y promulgada en el artículo 3.2 de la Ley 14/86 General de Sanidad, según el cual todos los ciudadanos residentes en territorio español tendrán derecho a la asistencia sanitaria pública, ha unificado el acceso a la red pública del Sistema Sanitario. Ello ha permitido clarificar ámbitos de actuación y separar aún más como especialidad el Trabajo Social en Salud del Trabajo Social que se desarrolla dentro de los Servicios Sociales.

Para finalizar este apartado quisiera hacer una pequeña reflexión sobre un último punto que tampoco ha ayudado mucho a estructurar unas correctas relaciones entre los Servicios Sociales y los Servicios Sanitarios. Este punto es el intento de magnificación en el que, en ocasiones, caen ambos Sistemas cuando se identifican con ideas genéricas que rayan la utopía.

Así, la Sanidad ha hecho bandera propia, con mucha frecuencia, de ese concepto de salud que la define como el bienestar físico, psíquico y social, no menos pretenciosos han sido los Servicios Sociales cuando, sin configurar aún su identidad como Sistema, se identifican con el Bienestar Social. Resulta bastante evidente que tales definiciones genéricas de Salud o de Bienestar Social representan metas globales de una Política Social y no el contenido directo de uno u otro Sistema de Servicios. Los Sistemas prestadores de servicios, ya sean sanitarios o sociales, son puramente instrumentales en el logro de los objetivos de la Política Social; su definición no puede venir de la identificación con sus objetivos últimos, sino de la concreción del ámbito específico de las necesidades sociales que cada uno de ellos asume como propias en su intervención, de las prestaciones que procuran para su satisfacción y de las estructuras y servicios a través de las cuales se materializan. Así se identificará cada sistema y podrá encontrar la complementariedad con los demás de acuerdo con el objetivo que justifica la existencia de todos ellos: la Salud y el Bienestar Social.

No son solo estos elementos conceptuales los que han dificultado las relaciones entre Sanidad y Servicios Sociales. La ausencia de planificación, la dispersión de los propios servicios y de los recursos, la escasa importancia que se ha dado tradicionalmente a la

atención primaria, etc. son elementos que han contribuido a dificultar la complementariedad de ambos Sistemas. De todas formas, aunque algunos de estos elementos se encuentren hoy en proceso de superación, no en vano invitaría a una profunda reflexión en lo referente a las relaciones entre Sistemas Públicos Prestadores de Servicios y la calidad de bienestar que propone ofrecer nuestra sociedad.

EL BIENESTAR SOCIAL COMO MARCO CONCEPTUAL PARA LA INTEGRACIÓN DE LOS SISTEMAS PÚBLICOS PRESTADORES DE SERVICIOS.

Si queremos hacer un repaso histórico, nos encontramos que la Beneficencia Pública fue la forma institucional originaria que integraba atenciones sanitarias, educativas y asistenciales, dirigidas a sectores de población marginados, con carácter "graciable" (no generaba derechos) y de contenidos casi exclusivamente reparadores. Es de la mano del desarrollo tecnológico y de la especialización que conlleva cuando aparece la necesidad de garantizar unos mínimos derechos sociales, sobre todo referente a sanidad y educación. Estas dos estructuras empiezan a diferenciarse con normativa propia, prestaciones específicas, estructuras y servicios propios en el ámbito de la Administración, a la vez que configuran un sistema embrionario de lo que posteriormente podríamos llamar Estado del Bienestar.

De todos modos, en estos momentos, el Estado del Bienestar es algo más que un conjunto de servicios prestados o financiados mediante la intervención del Estado y basándose en la regulación de los derechos sociales; el Estado del Bienestar, actualmente, está regulado además por los derechos civiles y los derechos políticos.

Hasta la aprobación de la Constitución de 1978, España no se incorpora a ese espacio de política social propio de los países más avanzados de nuestro entorno, definido por el Bienestar Social. Al reconocer como derechos de todos los ciudadanos la Salud y la Educación entre otros y al obligar a los poderes públicos a hacerlos efectivos, las antiguas estructuras que soportan estos servicios se reconvierten en el moderno concepto de Sistema Público, que se inicia con la definición de derechos que suponen las respectivas leyes sectoriales concretando los enunciados genéricos del texto constitucional (Ley General de Sanidad, Ley Orgánica del Derecho a la Educación etc.). La política de Bienestar Social encuentra así su primer nivel de materialización a través de los Sistemas Públicos, cada uno de los cuales estructura un conjunto de prestaciones específicas para hacer efectivos determinados derechos sociales de la población. Es también característico de estos sistemas superar los marcos asistenciales para acometer tareas preventivas y promocionales. En la década de los 80, Sanidad, Educación, Protección al Empleo, Vivienda, Pensiones y Servicios Sociales se configuraron dentro del espacio conceptual del Bienestar Social como sistemas de la política social española.

De todas formas, el concepto de igualdad básica dentro de la desigualdad del sistema económico y social de los países desarrollados supone, de facto, la aceptación de una "equidad restringida", pues aun garantizando un acceso equitativo a ciertos servicios,

esta igualdad está limitada. Los límites de la equidad dentro de los Servicios del Estado del Bienestar son uno de los más vivos objetos de debate en la actualidad.²

El nuevo concepto de salud y servicios sociales en el tenue desarrollo de las políticas de bienestar en nuestro país, conjuntamente con los cambios sociales, empieza a formalizar las necesidades de acciones conjuntas entre los sistemas de Servicios Sociales y el Sanidad.

Desde los aspectos sociales y de salud aparecen una serie de puntos en los que la confluencia entre los Servicios Sanitarios y Sociales se hace extremadamente necesaria.

En el ámbito sanitario: la ampliación de cobertura y la demanda de atención sanitaria para las enfermedades crónicas es uno de ellos. Los sistemas sanitarios de los países desarrollados fueron creados para atender enfermedades agudas pero el desarrollo tecnológico ha reducido esta demanda y ha potenciado un incremento de la esperanza de vida que no se ha visto acompañado en la misma medida en la desaparición de enfermedades crónicas o degenerativas. La aparición de las enfermedades crónicas como nuevas necesidades sanitarias de la población ha obligado al Sistema Sanitario a hacer un considerable esfuerzo en su proceso de adaptación. Por otra parte, como que este tipo de enfermedades requiere desarrollar el "cuidar" más que el "sanar" esto implica tener que desarrollar acciones conjuntas con otros tipos de Servicios del Bienestar preferentemente los Servicios Sociales, lo cual ha llevado a tener que desarrollar programas interdepartamentales como, por ejemplo, el programa *Vida als anys*", desde la Conselleria de Sanitat i Benestar Social de la Generalitat de Catalunya para enfermos crónicos.

También ha potenciado la intervención de los dos sistemas una mayor asistencia a las personas en etapas terminales de la vida, cuyos programas Sanidad ha tenido que invertir en unidades específicas de atención, y la aparición de nuevas enfermedades como el caso del SIDA, que ha forzado la aparición de recursos específicos tanto sanitarios como sociales.

En el ámbito social, otros aspectos en los cuales Sanidad y Servicios Sociales han tenido que desarrollar acciones globales, han sido los cambios profundos producidos en la estructura social española: cambios en el tipo de estructura familiar; paso de la familia extensa a familia nuclear o familias unipersonales, el acceso de la mujer al trabajo, con las dificultades que ha supuesto en el cambio de valores sociales, las construcciones de viviendas reducidas etc.; todo ello ha generado una pérdida de soporte social que ante la enfermedad requiere de la intervención de los sistemas del Bienestar especialmente de los Servicios Sociales.

Este conjunto de fenómenos ha sido determinante para que desde Sanidad se potenciaran las Unidades de Trabajo Social ubicadas especialmente en las Áreas Básicas de Salud de atención primaria para que pudieran desarrollar las funciones interlocutoras entre el Sistema Sanitario y los otros Sistemas de Bienestar, en especial Servicios Sociales.

² CUERVO J.I. "El Estado del Bienestar y las Reformas del Sistema Sanitario Español". Quadern CAPS nº 25.

LAS RELACIONES ENTRE LAS UNIDADES DE TRABAJO SOCIAL SANITARIO Y LOS SISTEMAS PÚBLICOS DE BIENESTAR SOCIAL

Es más que compartido por todos los analistas de lo social que las necesidades forman un todo que se interrelaciona, de forma que las respuestas, para su efectividad, han de lograr similares niveles de interrelación.

a) Desde el aspecto preventivo

Así, el Sistema Sanitario a través de las Unidades de Trabajo Social analizará cómo la prevención de determinados problemas de salud, solo es posible desde una correcta difusión de la información sobre recursos sociales, de salud, de vivienda, educación etc. desde un contexto favorable. Recíprocamente, desde los otros Servicios de Bienestar se entenderá que determinados procesos de desarraigo o de pérdida de autonomía personal, familiar o social, se generan sobre la base de carencias de salud que bien pudieran prevenirse desde una correcta utilización de los Servicios Sanitarios.

b) Desde el aspecto asistencial

Son muchos los procesos de recuperación de la salud que requieren para su efectividad algo más que prestaciones sanitarias y necesitan un marco de convivencia personal, una vivienda en mejores condiciones, o de integración social mediante apoyo institucional en los casos en que la persona no puede valerse por sí misma etc.

En tales circunstancias, las Unidades de Trabajo Social sanitarias requerirán de los Servicios Sociales las ayudas a domicilio, los servicios de alojamiento alternativos o de inserción social. También requerirán del propio Sistema Sanitario ayudas técnicas, ingresos en centros sociosanitarios etc. Y de otros sistemas de Bienestar las prestaciones o ayudas que puedan proporcionar.

Recíprocamente los servicios de Bienestar requerirán a los Sanitarios las correspondientes prestaciones que hagan posible la permanencia de las personas en su entorno familiar o social con la suficiente autonomía, complementando los servicios de ayuda a domicilio o de inserción social a través de determinadas prestaciones recuperadoras para determinadas personas o colectivos como PADES, médicos y enfermería domiciliaria, fisioterapeuta etc.

c) Desde la promoción

Los estándares de salud que hoy se utilizan van más allá que los que reflejan la mera ausencia de enfermedad y se inscriben en el logro armónico de niveles de calidad de vida en los que es imposible separar la acción de los diferentes Sistemas Públicos.

Podríamos decir que la salud física y psíquica solo encuentra su pleno sentido cuando puede disfrutarse en un marco de convivencia personal y social adecuado. La participación del Trabajador/a Social en los programas de promoción de la salud dentro

del equipo de atención primaria sanitario, la coordinación con otras instituciones para operar conjuntamente en un plan de acción que informe o modifique determinados hábitos nocivos para la salud, implica establecer una red, que ya sea para ésta o para futuras acciones conecte mediante el Trabajador/a Social a todo el equipo de salud con las diferentes redes de los Sistemas Públicos del Bienestar.

d) Desde el fomento de la solidaridad y la participación.

La incidencia de Servicios Sanitarios, Sociales, Educativos etc. sobre una misma comunidad hace que sus esfuerzos por impulsar dinamismos sociales tengan que conjugarse.

Por otra parte, y esto es algo que la experiencia demuestra, las prácticas descoordinadas de lo que venimos llamando "animación comunitaria", desde la Sanidad, la Educación, la Cultura, los Servicios Sociales etc. sobre una misma comunidad, anulan sus efectos positivos llevando a la misma a una sensación de ser utilizada con fines gremialistas que solo buscan su propia autojustificación sin atender al interés del colectivo.

Otro tanto podríamos decir en lo que se refiere al impulso a la participación que con los perniciosos efectos que origina, una multiplicidad de cauces termina por dispersar la atención, el esfuerzo y el interés por dicha participación.

Desde estos cuatro niveles plantea la relación entre las Unidades de Trabajo Social Sanitario y los Servicios de Bienestar Social, la cual debería materializarse a través de una mejor interrelación de las estructuras de los Sistemas.

LA INFLUENCIA DE LA CRISIS DEL ESTADO DEL BIENESTAR EN LAS RELACIONES DEL SISTEMA SANITARIO Y DE SERVICIOS SOCIALES.

La crisis del Estado del Bienestar empieza a surgir durante los años 80 en los países europeos por una multiplicidad de factores difíciles de analizar y que van desde la crisis económica generada por el cierre de un ciclo de expansión y la necesidad de acumulación de capital en confrontación con crecimiento de los gastos del Estado hasta las crisis ideológicas de legitimación y confianza en las posibilidades de mantener esta posición política. Esta crisis impide al Estado español un desarrollo más amplio de sus políticas de bienestar, con lo que quedan aspectos de las mismas sin desarrollar.

A la hora de analizar la crisis y su impacto en los diferentes sistemas del Bienestar, tenemos que distinguir por un lado, los aspectos políticos, la dimensión y el papel del Estado del Bienestar como instrumento ideológico político y por otro lado, los aspectos del Estado del Bienestar gestor y productor de bienes y servicios públicos.

En el análisis del Estado del Bienestar como instrumento ideológico y político nos encontramos con que el resurgimiento de políticas neoliberales, la mundialización de los mercados, el desplazamiento de empresas hacia otros países y las nuevas cualificaciones exigidas por las empresas que se desarrollan han desestabilizado las condiciones de vida de los asalariados. La pobreza asociada al trabajo precario y al paro de larga duración afecta sobretodo a los jóvenes, a las mujeres y a los hombres con baja cualificación

laboral. "El paro comporta una rotura social entre los "in" y los "out" y amenaza de lleno a las clases medias".³ En cambio, esta situación no tiene visos de cambiar cuando el mismo presidente del Fomento del Trabajo en España manifestaba en una entrevista al diario "El País", hace escasos meses, que el mercado de trabajo español sigue siendo excesivamente rígido y que es necesaria la intervención administrativa y en algunos casos la intervención directa de los poderes públicos para solucionar el problema (Anuario "El País" 1998). Esta situación nos lleva a correlación con la creciente demanda de atención primaria sanitaria y psiquiátrica, que no tendría directamente relación con enfermedades de base, sino con estados de ansiedad relacionados directamente con el entorno y en los que muchas veces haría falta la intervención conjunta de los profesionales de Sanidad y Servicios Sociales.

Las distintas fuerzas políticas españolas, independientemente de matices y valoraciones, están de acuerdo en que "se ha de mantener el grado de equidad y de solidaridad del sistema sanitario que le convierte en uno de los instrumentos más sólidos de cohesión social de España. Todo ello pasa por mantener el seguro universal y que la cobertura sea lo suficientemente amplia para que ningún ciudadano se quede sin la asistencia sanitaria básica".⁴

Esta fase no se produce en el caso de los Servicios Sociales, ya que aunque todo ciudadano tiene derecho a ser atendido por los Servicios Sociales, éstos no pueden ofrecer cobertura con características similares a las que ofrece el Sistema Sanitario, precisamente porque los Servicios Sociales son reequilibradores de la equidad entre individuos; y por su propia esencia, las prestaciones que ofrecen siempre tienen que ir condicionadas a las características y a la situación social planteada por el usuario en cada momento. El problema empieza en cómo se regulan y distribuyen los recursos. Esta situación a veces dificulta la comprensión del personal sanitario a la hora de obtener recursos de Servicios Sociales.

La aplicación de políticas neoliberales también ha producido un recorte en el gasto público, sobre todo en materia de Servicios Sociales. Por otra parte, han ido apareciendo una serie de entidades denominadas Organizaciones No Gubernamentales (ONGS) que basándose en principios de solidaridad y en la mayoría de casos amparadas por instituciones públicas, proporcionan ayudas a las personas necesitadas a las que no llegan los Servicios Sociales Públicos. En este ámbito es donde se empieza a plantear el problema del paso de la titularidad del derecho a percibir o disfrutar de determinadas prestaciones en las condiciones requeridas por la ley, al paso de la graciabilidad que supone la posibilidad de que se ofrezca una prestación sobre la base de los criterios diferenciados de cada una de las instituciones a las que se solicita. Esta situación provoca problemas de desigualdad y serias dificultades a la hora de coordinar prestaciones de servicios entre diversos profesionales.

³ LIPIETZ, A. (1996) *La Société en Sablier Le partage du travail contre la déchirure sociale*. París, La Découverte .

⁴ CUERVO J.I. "El Estado del Bienestar y las Reformas del Sistema Sanitario Español. Quadern CAPS nº 25.

Si analizamos el Estado del Bienestar como gestor, productor de bienes y servicios públicos nos encontramos que cada vez es más frecuente la creación de sistemas mixtos en que la titularidad es pública y la gestión es privada o directamente por la contratación vía concurso de determinadas prestaciones a entidades privadas, ya que supuestamente supone un ahorro económico en personal y una disminución de la burocratización. En la mayoría de los casos se puede observar que no supone menos burocratización ya que una empresa, aunque sea privada, si se dedica a determinadas actividades, sobre todo concernientes a servicios de bienestar, lleva inherente unos procesos burocráticos difíciles de eliminar. Por otra parte, nos encontramos con nuevos problemas emergentes sobre la calidad de los servicios ofertados y el control de los poderes públicos sobre las prestaciones y las instituciones que los ofrecen.

La rapidez con que han sucedido los cambios durante estos últimos veinte años en los Sistemas de Bienestar españoles ha producido algunas dificultades importantes para la relación entre los Servicios Sociales y Sanidad. La modificación del lenguaje a la hora de nombrar o renombrar los servicios, o la aparición de nuevos servicios. En Sanidad por ejemplo, tenemos que lo que antes se denominaba ambulatorio ahora puede denominarse Centro de Atención primaria no reformado o Área Básica de Salud en el caso de que sea un ambulatorio reformado. Se utilizan siglas iguales para servicios diferentes, por ejemplo: C.A.P. Centro de atención primaria, que a su vez también puede ser el Centro de atención psiquiátrica ambulatoria. La aparición de servicios mixtos con denominaciones poco definidas por ejemplo sociosanitarios.

Con respecto a los Servicios Sociales, los cambios de nomenclatura de los servicios, como por ejemplo el paso de Unidades Básicas de Atención de Servicios Sociales a Centros de Atención Primaria de Servicios Sociales, a oficinas de Bienestar Social donde también se realizan algunos trámites de Servicios-Sociales etc. Producen confusiones importantes, ya sea en la coordinación entre Sistemas o en la propia orientación del usuario/a.

Otro de los puntos que dificultan las relaciones entre el Sistema de Salud y los Sistemas de Bienestar, incluidos los Servicios Sociales es la falta de unificación territorial de todos los servicios. El aparato jurídico-administrativo del Estado, y por consiguiente, el de sus Comunidades Autónomas debería realizar un esfuerzo por unificar las unidades territoriales administrativas con el objetivo de conseguir un mayor grado de eficacia y eficiencia en la utilización por parte de los usuarios/as de los servicios que les corresponden por zona, eliminado así el alto grado de confusionismo que se origina cuando el usuario/a tiene que buscar el servicio que necesita; y de eficiencia por parte de la propia Administración al poder unificar información y rentabilizar las prestaciones ofertadas.

Ya, por último, me gustaría hacer mención de los serios límites que ofrece la definición burocrática de las necesidades y de los programas. La definición de poblaciones-muestra, sin tener en cuenta su origen geográfico, el mercado de trabajo o las situaciones particulares en que estas personas se encuentran, hace que los programas nacionales o autonómicos a veces resulten inadaptados y, por otra parte, los criterios cerrados, descalifiquen muchas veces a personas a las cuales, por otro lado, tendrían que

ir dirigidas estas medidas. Los beneficiarios/as, los participantes y los mismos funcionarios/as se pierden en numerosos programas públicos compartimentados y separados de unos niveles de gobierno a otro o de un ministerio, una Conselleria o de un servicio a otro.

CONCLUSIONES FINALES

El Estado como gestor debería ser capaz de dar respuesta a las nuevas necesidades e incorporar nuevas medidas para un mayor reequilibrio social.

Definir y concretar una nueva gestión pública, así como revalorizar la eficacia de lo que es público sería un gran reto ya que debido al agotamiento y a la inadecuación de la actual gestión burocrática se corre el riesgo de un desmembramiento por fragmentación o que se pueda llegar a una auténtica privatización de los Sistemas de Bienestar Públicos.

El papel del Estado en los sistemas de Bienestar ha de ser reconsiderado con detenimiento, principalmente desde el punto de vista de productor de bienes y servicios que satisfacen necesidades individuales, como en el caso de los Servicios Sociales, y que son provistos con bienes públicos por el aparato organizativo burocrático de la Administración Pública.

La necesidad de poder evaluar la calidad de los Servicios Sociales y la satisfacción que tienen los usuarios/as de los mismos también sería un reto importante a la hora de realizar evaluaciones del bienestar social de forma global. .

Desde el contexto actual, el desarrollo económico debería tener un nuevo significado que pusiera énfasis en la necesidad de relación entre todos los Sistemas del Estado del Bienestar. La consolidación, la continuidad y la autonomía del desarrollo económico y social comunitario plantearían su institucionalización a través de los poderes públicos, dentro de unidades territoriales que permitieran la unificación de criterios y la aplicación de programas conjuntos entre Sistemas de forma multidisciplinaria.

La posibilidad de llegar a realizar un desarrollo económico y social comunitario, podría reducir situaciones de pobreza y a la vez podría afianzar estas necesidades de relación entre Sistemas tan básicas para poder realmente obtener el máximo aprovechamiento de los recursos públicos.

Una mayor eficacia y eficiencia de la relación entre todos los Servicios del Bienestar ayudaría enormemente a establecer una mayor protección social aportando una colaboración más eficaz en el cuidado y reproducción de la población, tarea que históricamente ha recaído casi exclusivamente en las familias y, principalmente, en las mujeres de las mismas.

BIBLIOGRAFÍA

- ANUARIO“EL PAÍS” (1998) Cooperación Internacional pág. 106 y Mercado de Trabajo pág. 442.
- BORRELL C (1996) “Les Desigualtats Socials en Salut”. Institut Municipal de la Salut Ajuntament de Barcelona.
- BRAVO F, DE MIGUEL J, POLO, RAVENTÓS J, RODRIGUEZ J.A. (1979) “Sociología de los ambulatorios”. Edita Ariel.
- CARRASCO C (1996) ”Mujeres, Trabajo y Estado de Bienestar: Perspectivas de futuro”. Quadern CAPS nº 24
- CASTEL R. “De l’ indigence à l’ exclusion, la desaffiliation, precariété du travail et vulnérabilité relationnelle”. DONZELOT J (Dir) 1991. Face à l’ exclusion: le modèle français. París. Editions Esprit pàg. 137-168.
- CHRISTENSON JA y ROBINSON JW (1989)”Community Desenvolopement in Perspective”, Iowa, Iowa State University Press.
- CUERVO JI. (1996) “El Estado del Bienestar y las Reformas del Sistema Sanitario Español. Quadern CAPS nº 25.
- DE LAS HERAS P. y CORTAJARENA E. (1986). “ Introducción al Bienestar Social” .Edit. Siglo XXI.
- DE MIGUEL J. (1980) “Siete Tesis Erróneas sobre la política sanitaria española y una alternativa sociológica crítica”. Revista de Investigaciones Sociológicas nº 9.
- Decret legislatiu 17/1994 de 16 de novembre por el qual se aprueba la refundición de las leyes 12/93, de 14 de julio, 25/85 de 27 de septiembre y 4/94 de 20 de abril, en materia de asistencia y servicios sociales.
- Decreto 284/1996, de 23 de julio, de regulación del Sistema Catalan de Servicios Sociales.
- Diari Oficial de la Generalitat DOG 84/85 del 21 de marzo Reforma de la Atención Primaria en Salud en Cataluña.
- ELOLA J. (1996) “Sistema Sanitario y Estado del Bienestar en España”. Quadern CAPS nº 25.
- ESTRUCH J.y GÜELL, A.M. (1976) “Los Asistentes Sociales: Sociología de una profesión”. Ediciones Península. Pag 41-53.
- GARCÍA G. (1998) “Los Centros de Servicios Sociales: Conceptualización y Desarrollo Operativo”. Edit. Siglo XXI.
- GREENFIEL SM y STRICKON A. “A New Paradigm for the study of Entrepreneurship and Social Change”. Economic development, and Cultural Change vol 29, nº 3 pag 467-469.
- JAVIER VICTORIA F. (1988) “Un ordre Económic Just.” Quaderns Cristianisme i Justícia nº 87.
- La Constitución Española 1978. Artículos 41.47.148-149.
- Ley de Ordenación Sanitaria de Cataluña 15/1990 de 9 de julio.
- Ley General de Sanidad 14/1986 de 25 de abril.
- LIPIETZ A.(1996) La Sociéte en Sablier. Le partage du travail contre la déchirure sociale. París, La Découverte.

MAYNTZ R. (1985) “Sociología de la Administración Pública. Edit. Alianza.

MUÑOZ DEL BUSTILLO (1989). “Crisis y Futuro del Estado del Bienestar”. Edit. Alianza.

REQUEJO F. (1994) “ El cuadrado mágico del liberalismo. Revista. Claves de la Razón práctica nº 46.

RODRÍGUEZ JA, DE MIGUEL J. (1990) “Salud y Poder”. Edita Siglo XXI.

VARIOS AUTORES (1997) Mapa de Serveis Personals Locals: Cap a un model integral estratègic comunitari i participatiu. Diputació de Barcelona, Patronat Flor de Maig. Centre d’ Investigació, Formació i Assessorament (CIFA) i Universitat Autònoma de Barcelona.

VARIOS AUTORES (1988) “Teologia del Mercat i creixement sostenible: nous paràmetres. Quaderns Cristianisme i Justícia nº84.

VARIOS AUTORES (1988). Ciutats pels Drets Humans. Conferència Europea. Ajuntament de Barcelona. Drets Civils.

VARIOS AUTORES (1993) III Jornadas de Trabajo Social y Salud. Libro de ponencias. Edit. Asociación Trabajo Social y Salud. Zaragoza.

VARIOS AUTORES. (1988) Ponencias del Segundo Congreso Nacional de Salud Pública y Administración Sanitaria. Edit. SigloXXI

VARIOS AUTORES. (1992) “Política Social y Estado del Bienestar”. Edita Ministerio de Asuntos Sociales.

VIDAL I. (1995) “Inserción Social por el Trabajo: Una visión internacional”. Barcelona CIES