

---

# NUEVOS DESAFÍOS EN POLÍTICAS SOCIALES: LA *COMMUNITY CARE*\*

Manuel Herrera Gómez  
Universidad de Granada

---

## RESUMEN

Este artículo se ha centrado en la relación que existe entre ideas y política. La política que se ha considerado es conocida como *community care*, es decir, el apoyo que se elabora por quien asiste informal y formalmente a personas ancianas, enfermos mentales, minusválidos y otras categorías de no autosuficientes que residen *en la comunidad*, o en sus casas más que en las instituciones. Uno de los objetivos ha sido demostrar cómo, en algunos aspectos, las políticas para la *community care* se basan en juicios erróneos de sentido común, relativos a las relaciones comunitarias que, sin embargo, son presentadas por los políticos como verdades sociológicas. El resultado es un vacío en el corazón de la política asistencial que produce una ineficaz distribución de los servicios en cuanto que la estrategia prevalente es la de transferir la asistencia *a la comunidad*.

## 1. INTRODUCCIÓN: POR QUÉ LA *COMMUNITY CARE*

Para afrontar el tema de la *community care* es necesario esbozar una breve nota introductoria. El fin no es otro que demostrar por qué, en el campo de los servicios sociosanitarios a la persona, emerge la necesidad de individualizar

---

\* Agradezco a los profesores Julio Iglesias de Ussel, Antonio Trinidad (Universidad de Granada) y Pierpaolo Donati (Universidad de Bolonia) las orientaciones y sugerencias que me hicieron en la elaboración de este trabajo.

estrategias que puedan construir un puente entre la *acción técnico-profesional*, puesta en acto por quien actúa dentro del sistema institucional de asistencia (acción ejemplificada por la relación terapéutica médico-paciente, o bien la asistencia total del paciente por parte de una institución como el hospital, casa de asistencia, casa de reposo, etc.), y la actividad asistencial realizada, con diversos niveles de participación, por parte de sujetos que se ubican más allá de cualquier campo profesional y técnico. En otros términos, *crear un vínculo de conexión entre el sector formal y el sector informal de la asistencia*.

El objetivo de estas páginas es intentar dar una respuesta a los siguientes interrogantes: ¿por qué se habla de *community care*?; ¿qué se entiende por esta nueva forma de intervención en el campo de los servicios a la persona?; ¿a qué necesidades responde?; ¿cuáles son los «sujetos» de la *community care*?; ¿de qué forma se inserta en el contexto de las políticas sociales? Como posteriormente se verá, no siempre es fácil dar una respuesta unívoca a cada una de estas preguntas. Los motivos pueden quedar sintetizados así: por una parte, la *community care* es un concepto y una práctica que se ha construido lentamente a lo largo del tiempo y, por otra, introduce en la escena asistencial a «nuevos sujetos» (tales como las redes sociales primarias, redes de apoyo significativas para el usuario, redes artificiales —por ejemplo, redes de mutua-ayuda o *self-help*, voluntariado, también bajo la forma organizada de grandes asociaciones—), que no siempre pueden ser asimilados o considerados equivalentes en cuanto al tipo de asistencia elaborada y a la relación con el usuario. Igualmente, la referencia a las redes sociales primarias debe tener presente los profundos cambios estructurales y culturales que están diseñando los nuevos límites de estas redes.

Dejando apartado por un momento el problema referente a lo que se debe entender por sector formal y sector informal de la asistencia (se volverá sobre este tema con el objetivo de dar una definición), para comprender el actual interés por la *community care* se pueden individuar tres motivaciones de fondo<sup>1</sup>:

I. *Límites estructurales a la acción del Estado Social*. Más allá de la crisis económica del *Welfare State*, que hace difícil, si no improbable, la ampliación de su radio de intervención, las reflexiones más recientes sobre la dinámica de las necesidades y su traducción en una clara y específica «*demanda*» (de servi-

---

<sup>1</sup> Como posteriormente se verá, *el problema de la community care presupone una profunda modificación de los actuales modelos de intervención en el campo de los servicios a la persona*. Introduce directamente en escena la remodelación de la acción del Estado Social. En breve, la puesta en marcha de la *community care* depende de una parcial modificación de los mecanismos de funcionamiento del *Welfare State*. Según las motivaciones, también políticas, que justifican los ajustes o modificaciones de estos mecanismos y de las finalidades que se quieran alcanzar, la *community care* puede ser vista como la consolidación de un *welfare* de tipo institucional o como una ocasión para el retroceso del Estado Social. Por tanto, el interés por la *community care* puede ser diversamente «*explicado*». En estas páginas *se desarrollará una reflexión que inserta la community care en un marco de ampliación y diferenciación de la oferta asistencial, no de reducción y simplificación de la misma*.

cios) han puesto de manifiesto: *por una parte, la persistencia de una zona oscura de la asistencia que cubre una demanda asistencial que raramente viene socializada*<sup>2</sup>; *por otra, la existencia de una gama de necesidades respecto a las que el Estado Social no tiene, ni puede tener, una respuesta*<sup>3</sup>. Se trata de necesidades que hunden sus raíces en la soledad, el aislamiento, la falta de puntos de referencia, la marginalidad no tanto social cuanto existencial. Ante ellas, la respuesta pública, generalmente parcial, es inadecuada<sup>4</sup>. *Si la necesidad se fundamenta en un déficit relacional, la respuesta debe ser de tipo relacional*.

A partir de la utilidad marginal decreciente de los servicios a la persona, ha madurado la conciencia acerca de la existencia de un límite a la socialización de las necesidades. Unido a ello, se han generado los presupuestos para una relectura de las actividades asistenciales realizadas a nivel de voluntariado y de redes sociales primarias. Ahora bien, no en términos de pura compensación respecto a un modelo de intervención pública carente e insuficiente. Dicho de otra manera, se ha recuperado y reconocido una especificidad al sector informal de la asistencia. Ésta va más allá de la simple concienciación de su existencia y de su influjo genéricamente positivo sobre acciones terapéuticas realizadas por el sector formal<sup>5</sup>.

II. *La ampliación de la demanda asistencial*. Envejecimiento de la población y prolongación de la media de vida son dos factores, profundamente com-

<sup>2</sup> Véanse P. Donati (1991: 111-113) y D. Grunow (1985: 67-68).

<sup>3</sup> Véase P. Di Nicola (1989: 142-157).

<sup>4</sup> Aunque la *sociedad postindustrial* sigue teniendo problemas ligados al mercado de trabajo (en concreto, la desocupación), la cuestión social central no es más la obrera (o la desigualdad de las clases sociales en sentido marxiano), se trata de otro género. Los nuevos desafíos de los sistemas de seguridad social públicos tienen que ver con problemas ecológicos (riesgos ambientales), vitales (biotecnologías), comunicativos (impacto de los *mass media*), nuevas epidemias (SIDA, tóxico-dependencias), nuevas pobrezas relacionales (aislamiento y soledad, falta de ayudas en la vida cotidiana y de relación), nuevas migraciones. El *modelo neocorporativo* ha consolidado el área de la seguridad social para quien trabaja, pero, ante estas nuevas necesidades, no sabe qué hacer. No hemos de olvidar que dicho modelo depende de la *sociedad del trabajo*, no sólo por que esté financiado por los ocupados, también porque las posibilidades de los singulares de disponer de los recursos necesarios para contribuir al coste de las intervenciones están estrechamente ligadas al crecimiento de la producción y a la ampliación del mercado. En este sistema, la educación es preparación para las actividades profesionales. La salud se reduce esencialmente a la capacidad de trabajo. Las pensiones no son más que un mérito compensado por una vida de trabajo. La indemnización por desocupación ubica a las personas en condición de superar un período de alejamiento no voluntario del trabajo. En breve, todas las intervenciones de *welfare* están dirigidas hacia el mismo objetivo: *absorber los deberes del ciudadano en la producción de recursos necesarios para la propia subsistencia y, eventualmente, la de la propia familia*. La acción positiva del Estado Social ocurre y se justifica en presencia de una incapacidad negativa para formar parte de la vida productiva, jamás en otros casos. Un tejido complejo de mecanismos asistenciales y de garantías entra en relación con la lógica del mercado y la acumulación. No es aventurado afirmar que el *welfare* no es más que la versión humanista y benéfica del *workfare*.

<sup>5</sup> Un interesante examen sobre los más recientes planteamientos teóricos que ponen de manifiesto la relación redes-salud puede encontrarse en P. Di Nicola (1994: 209-231).

penetrados, que explican en buena medida el aumento de los sujetos «*dependientes*» de las intervenciones asistenciales de *welfare*. Se trata de dos factores «*macroscópicos*» de los que se tiene conciencia pero que, sin embargo, envían a un proceso más amplio de redefinición del equilibrio demográfico. El envejecimiento de la población está íntimamente ligado con la reducción de la media de componentes familiares, con la caída del número de hijos por familia; de igual manera, la prolongación de la duración de vida está vinculada con el envejecimiento progresivo de aquellos que tienen o deberían tener cargas y tareas de asistencia a favor de sujetos «*dependientes*». En otros términos —y simplificando de manera neta y dura—, envejecimiento de la población también significa —se traduce en— progresiva reducción de las redes familiares y de parentela, y debilidad (como capacidad de poder sostener la carga asistencial) de las mismas. Si a todo lo anterior se añade la acción de la movilidad territorial, en virtud de la cual disminuyen las posibilidades de que familiares y parientes puedan vivir en estrecha contigüidad espacial<sup>6</sup>, es evidente cómo la tasa de población «*dependiente*» aumenta, bien sea en sentido absoluto (como número), bien sea en sentido relativo (respecto a aquellos, y están en disminución, que podrían realizar una acción asistencial), y que, como dato de hecho, hoy son más frecuentes los casos de aislamiento social, también si el aislamiento no siempre significa soledad<sup>7</sup>. Recuerdo que si el *aislamiento social* puede ser definido como ausencia o dificultad objetiva de intercambio con otros, y la *soledad* como sentimiento, sensación interior, es obvio que nos podemos sentir solos aun en compañía de otros. También, viceversa, nos podemos sentir perfectamente insertados en una dimensión relacional rica y estimulante aun cuando las ocasiones de encuentro con los otros «*importantes*» sean reducidas y ocasionales.

III. *La creciente diferenciación de la demanda asistencial*. El debate sobre la crisis del Estado Social frecuentemente ha tratado, respecto al tema del nivel de distribución de los recursos, el problema de la contención y de la racionalización de los costes, y, respecto a los destinatarios de las prestaciones, el tema de la delegación (de las tareas de asistencia y cuidado) y de la responsabilidad en la gestión y resolución de los estados de malestar por parte del usuario. Ubicado en estos términos, el debate ha ignorado casi totalmente el tema de la *revolución de expectativas*, tema que ha sido reconducido al problema de los costes o al problema de la delegación. Por estos motivos, salvo raras excepciones<sup>8</sup>, se ha

<sup>6</sup> A pesar de la existencia de interesantes investigaciones que han desmostrado la actual presencia de ligámenes de parentesco fuertes —buen ejemplo es la investigación de G. Allan (1985)—, se está difundiendo un *modelo de parentela «a distancia»*, sostenido por relaciones no centradas en la proximidad geográfica. Véase P. Wilmott (1986).

<sup>7</sup> Véanse R. S. Weiss (1973: 319-329), B. Wellman (1979: 1201-1231), C. S. Fischer y S. L. Phillips (1982: 21-39), G. C. Wenger (1983: 145-167) y M. Bulmer (1986: 108-119).

<sup>8</sup> Sobre el tema de la revolución de expectativas, véanse A. Ardigo (1980), J. Logue (1980) y V. Cesareo (1981).

prestado poca atención a que, también por efecto de la acción del Estado Social, se ha iniciado en estos últimos años un *proceso de creciente diferenciación de la demanda asistencial*, espejo y reflejo de nuevos derechos sociales de ciudadanía<sup>9</sup>. La diferenciación se manifiesta en tres niveles:

- *Como descomposición de una misma necesidad, que amplía sus matices y valencias*. Por ejemplo, se acepta que la enfermedad no solamente actúa en el nivel orgánico, también en el psicológico y en la estructura de las redes sociales significativas para el sujeto; igualmente, permaneciendo siempre en el campo de la salud-enfermedad, se acepta que la enfermedad, en muchos casos, favorece una forma de regresión, una necesidad de dependencia a la que, obviamente, no se puede responder con la sola terapia farmacológica.
- *Como inclusión de nuevas necesidades vinculadas, en muchos aspectos, al propio estilo de vida «urbano y metropolitano» que genera malestar*<sup>10</sup>.
- *Como pluralización de las respuestas*, que no sólo significa petición de servicios flexibles y adecuados al sujeto tomado en su individualidad, sino también como posibilidades de elección entre más caminos y soluciones.

Aun siendo consciente de solamente haber apuntado algunos de los factores que urgen hacia una revisión de la actual modalidad de distribución de los servicios personales, no es aventurado afirmar que ubicarse en la óptica de la *community care* puede constituir la ocasión —no realizada todavía en el caso español— para dar una respuesta a esta nueva demanda asistencial, compatible con los vínculos establecidos por la acción del Estado Social (en términos de límites a la socialización de las necesidades), por la capacidad de las redes sociales primarias y por las expectativas de los usuarios.

## 2. NUDOS CRÍTICOS DE LA *COMMUNITY CARE*: HIPÓTESIS DE FACTIBILIDAD

La referencia al tema de los «*vínculos*» no es casual, su tematización permite verificar las hipótesis reales de factibilidad de una intervención asistencial a nivel comunitario, evitando el peligro de plantear estrategias puramente ideológicas y/o fuera de tiempo. Un breve recorrido por algunos de los términos más utilizados ayudará al análisis de los nudos críticos de la *community care*.

<sup>9</sup> Véase P. Donati (1993: 143-147).

<sup>10</sup> Sobre estas formas de malestar que no pueden ser codificadas como enfermedad, véase D. Secundolfo (1987).

## 2.1. CRÓNICA DE UN CAMBIO EN EL CAMPO DE LOS SERVICIOS A LA PERSONA

Como sostiene uno de los mayores expertos sobre el tema<sup>11</sup>, resulta extremadamente difícil y arriesgado hablar de *community care*. Difícil porque el término posee un encanto evocativo muy fuerte, suscita sentimientos positivos, evoca algo bueno y ausplicable: *tal fascinación hace muy arduo verificar lo que denota de hecho en la realidad de hoy*. Arriesgado porque, en una fase de revisión de los sistemas de *welfare*, la *community care* puede presentarse como la ocasión para legitimar un retroceso de la acción del Estado Social, que reduce el *budget* por los servicios, sin aparentemente crear vacíos asistenciales (cubiertos de hecho por el sector informal). Reflexionar en torno al significado de los términos *community care*, *care* y *community* puede ser un buen punto de partida para analizar los diversos nudos (teóricos, empíricos y prácticos) que permitan verificar la factibilidad o no de un sistema de *care* a nivel comunitario.

A) *Community care* (asistencia a nivel comunitario)

Resulta verdaderamente imposible datar el nacimiento de la expresión *community care*<sup>12</sup>. Utilizada a finales de los años cincuenta para denominar, en el ámbito anglosajón, las nuevas directrices en el campo de las enfermedades mentales, en principio la expresión indicaba la expansión en el territorio de los servicios sociales del ente público: «*Por community care se entienden todas aquellas formas de asistencia (incluida la asistencia residencial) que puedan ser elaboradas por los servicios sanitarios y sociales de base de los entes locales*»<sup>13</sup>. Mas concretamente, en sus inicios la expresión *community care* denotaba descentralización y capilarización de los servicios, asistencia domiciliar, desinstitucionalización de las enfermedades mentales mediante la inserción en pequeñas unidades residenciales, intervenciones encaminadas a favorecer en el paciente la capacidad de vivir una vida lo más próxima posible a la normalidad. Bajo esta conceptualización, la *community care* se engloba dentro de las llamadas *políticas de desnormalización*<sup>14</sup>.

Con posterioridad, a finales de la década de los setenta, la expresión también viene sistemáticamente utilizada en el ámbito de los informes oficiales sobre los servicios sociosanitarios. En el 1977, el *Department of Health and Social Security* definía la *community care* en el campo de la salud mental como «*una intervención multidisciplinar que agrupa tanto a los encargados oficialmente de garantizar la asistencia pública, como a las familias, a las organizaciones de*

<sup>11</sup> M. Bulmer (1978, 1987, 1991a, 1991b).

<sup>12</sup> Véase M. Bulmer (1987: 32). Éste atribuye tal constatación a R. Titmuss (1968: 104).

<sup>13</sup> Ésta es la definición de *community care* que nos aparece en la *Royal Commission on Mental Illness and Mental Deficiency* del 1957, primer documento que hizo un uso oficial del término y que tituló uno de sus capítulos «El desarrollo de la *community care*».

<sup>14</sup> Véase N. A. Malin (1991).

*voluntariado y, de hecho, a la entera comunidad*»<sup>15</sup>. En la asistencia a ancianos, «el objetivo primario de las políticas sociales a nivel local (...) es que los ancianos puedan llevar una vida independiente en la comunidad. Para favorecerlo se dará prioridad al desarrollo de la asistencia domiciliar y a aquellas medidas tendentes a la atención y cuidado lejos de los hospitales y de los institutos residenciales»<sup>16</sup>. Cuatro años más tarde, el Ministerio de Trabajo y Seguridad Social inglés afirmaba que los principales objetivos de la política de *community care* eran «mantener los ligámenes de la persona con la familia, los amigos y con la vida normal, además de ofrecer aquel apoyo que permita hacer frente a las necesidades particulares»<sup>17</sup>. Otro documento del mismo año, *Care in the Community*, empezaba así: «La mayor parte de los individuos que tienen necesidad de asistencia, puede y debe ser realizada en la comunidad. Esto es lo que la mayor parte de la población desea y también lo que consideran más justo aquellas personas que hacen labores de cuidado»<sup>18</sup>.

Como bien señala Bulmer, aunque en la legislación específica no es posible encontrar una definición del término *community care*, en él se agrupan una amplia variedad de intervenciones y formas asistenciales<sup>19</sup>. En concreto, la expresión se refiere a:

- La asistencia prestada fuera de las grandes instituciones, en pequeños centros residenciales, aunque también junto a la habitación del paciente (*tipo y modalidad de realización de la prestación*).
- La asistencia prestada en ámbitos locales por operadores públicos, voluntarios, operadores «informales», o un mixto de todos ellos (*fuentes de ayuda y operadores-sujetos participantes*).
- La asistencia a nivel local, aunque el término local puede aplicarse a un distrito, una calle, un barrio (*zona de usuarios y nivel administrativo*).

Un primer intento de claridad ha sido realizado a través de la introducción de la distinción entre «*asistencia en la comunidad*» y «*asistencia de la comunidad*»<sup>20</sup>. Por «*asistencia en la comunidad*» se entiende aquella elaborada en pequeñas unidades residenciales, semirresidenciales o a domicilio por parte del personal técnico (por tanto, *asistencia profesional*). En cambio, bajo el término «*asistencia de la comunidad*» se engloban todas aquellas formas de ayuda y apoyo elaboradas por familiares, parientes, amigos, vecinos de casa, grupos de *self-help*, de mutua-ayuda, por asociaciones de voluntariado, etc., ubicadas al margen del cualquier ámbito profesional. *Esta distinción permite aclarar la diferencia entre recursos aportados a la comunidad desde el exterior y recursos movili-*

<sup>15</sup> Department of Health and Social Security (1978: 10).

<sup>16</sup> Department of Health and Social Security (1978: 13).

<sup>17</sup> Department of Health and Social Security (1981a: 21).

<sup>18</sup> Department of Health and Social Security (1981b: 1).

<sup>19</sup> Véase M. Bulmer (1987: 35).

<sup>20</sup> Véase M. Bayley (1973).

*zados en su interior. Por otra, permite distinguir entre asistencia formal realizada por profesionales contratados, bien sea en institutos, bien sea a domicilio, y asistencia informal elaborada por familiares, amigos y vecinos, normalmente a domicilio.*

Sin embargo, la distinción entre «*asistencia en la comunidad*» y «*asistencia de la comunidad*» resulta insuficiente. En primer lugar, no permite ubicar con claridad al voluntariado. Éste puede situarse tanto en el cuadro asistencial «*de la comunidad*» como en el cuadro asistencial «*en la comunidad*». No hemos de olvidar que la acción voluntaria comprende tanto intervenciones desarrolladas dentro de específicos conciertos con el operador público, respecto al cual deben ser garantizados algunos *standards* asistenciales, como intervenciones espontáneas, menos organizadas, que se sitúan en el ámbito de la intervención informal. Igualmente, la asistencia elaborada por el voluntariado puede ser diferenciada respecto a la relación personal y a la participación con el usuario, ya que se manifiesta tanto en actividades que de por sí no presuponen una relación estrecha y personal entre voluntario y asistido (piénsese en el reparto de comidas a domicilio) como en actividades (de asistencia física a la persona) que, sin embargo, favorecen un contacto más directo y estrecho entre asistidos y voluntarios. En segundo lugar, ciertos tipos de asistencia formal, en concreto la asistencia a domicilio (*home help service*), elaborada por personas residentes en el lugar, pueden superar la distinción entre «*en la*» y «*de la*» comunidad. Buen ejemplo lo encontramos en aquellas personas que actúan como operadores del sistema público para ayudar a otras personas residentes en el mismo contexto geográfico, pero que pueden haberlas conocido con anterioridad o entablar amistad desde el momento en que inicia la actividad. La distinción resulta aún más ambigua si se tiene presente la tendencia a la des-centralización de las políticas públicas. El objetivo teórico es ubicar la distribución de los servicios lo más próxima posible a sus destinatarios, haciendo participar directamente a los habitantes locales en la asistencia.

Los problemas anteriormente mencionados pueden resolverse de la siguiente forma:

1) *Teniendo en cuenta las fuentes de donde procede la ayuda a las personas.* Éstas pueden ser:

- *La asistencia pública (statutory care):* se trata de la asistencia elaborada bajo la dirección de los entes públicos, normalmente a través de las administraciones sanitarias y los departamentos locales de los servicios sociales.
- *La asistencia privada mediante pago (commercial provided care):* es la asistencia realizada y elaborada por el mercado y sus correspondientes mecanismos.
- *La asistencia de voluntarios (voluntary care):* ésta agrupa una gran variedad de modalidades organizativas, desde asociaciones excesivamente burocráticas que actúan como prolongación del sector público, a aque-



llas actividades voluntarias más informales y menos organizadas como los proyectos del «*buen vecino*».

- *La ayuda informal (informal care)*: prestada por familiares, amigos o vecinos. Dicha ayuda se fundamenta en ligámenes afectivos y particulares que mantienen unidos entre sí a los singulares individuos. La base de estos ligámenes puede ser diferente: la común participación en una red (por cuanto hace referencia a los parientes), la afinidad personal (para los amigos), la proximidad geográfica (para los vecinos de casa). En todo caso, contrariamente a los anteriores tipos de ayuda, ésta viene elaborada a partir de ligámenes personales entre los individuos. Ello implica que la ayuda prestada «*al otro*» se basa en el conocimiento. Por tanto, no en virtud de la realización de un rol profesional, de una remuneración económica o de un deseo de sentirse útil, como en el caso de los voluntarios. La realización de uno de estos tres roles no impide la presencia de una ayuda de base personal: el asistente domiciliario que se ocupa de un anciano no autosuficiente, el propietario de una casa de reposo privada, el voluntario que lleva una comida a domicilio, cada uno de ellos puede instaurar relaciones muy estrechas con la persona asistida. De esta manera, con el paso del tiempo, la naturaleza de la relación originaria se modifica. Ahora bien, la base de la relación es totalmente diferente de la típicamente informal, ya que en el caso de los ligámenes personales de naturaleza informal la ayuda se elabora a partir de aquel ligamen personal. En la definición de estas relaciones podrán adoptarse otras características —como la reciprocidad y la obligación—, pero la razón esencial de la ayuda que viene intercambiada reside en la existencia de un ligamen directo entre las personas.

2) *Asumiendo que estas formas de asistencia se ubican a lo largo de un continuum que va desde el formal al informal*. En un extremo estaría la asistencia pública; en el otro, la asistencia informal. En el medio se situarían la asistencia privada de mercado y la voluntaria. La asistencia comercial está más próxima a la pública, mientras que la asistencia voluntaria se sitúa en la mitad del *continuum*, englobando diversos tipos.

Tener presentes las diversas fuentes de ayuda y su ubicación a lo largo del *continuum* anteriormente mencionado *permite definir la community care como una política transversal que intersecciona los tradicionales canales a través de los que las personas en estado de necesidad pueden recibir ayuda*. En breve, *la estrategia de la community care comprende diversos tipos de asistencia formal e informal, así como las combinaciones resultantes de ambos sectores*.

También es necesario tener en cuenta la diferencia que existe entre *community care «activa»* y *community care «pasiva»*. Muchos presentan la *community care* centrándose en la distribución de servicios, o en la necesidad de concienciar a las singulares personas de los servicios que están a su disposición. Sin

embargo, otro aspecto es «*la promoción de eficaces actividades de care internas a la vecindad, emprendidas por las personas que forman parte. Para los servicios, esto significa descubrir, incentivar, sostener y sistematizar la confianza en las personas residentes en el territorio y en las redes de ayuda localmente radicadas*»<sup>21</sup>. Estas actividades informales presentan mayores características de actividad en cuanto que pueden ser factores de posible crecimiento de la personalidad y de la concienciación comunitaria, o estar en estrecha conexión con el desarrollo de organizaciones no políticas a nivel local. En concreto, los proyectos de asistencia de barrio pueden representar modalidades organizativas que estimulen actividades más diferenciadas y que favorezcan la disponibilidad de apoyos sobre una base más amplia.

## B) Care (*asistencia*)

Intuitivamente, el término *care* (traducible como asistencia, cuidado, atención) no presenta problemas. Sin embargo, un análisis más profundo y detallado demuestra que lo que constituye el corazón de una nueva política de intervención a nivel local posee algunas variedades. Por ejemplo, Parker distingue en el interior del concepto *care* entre el interés por una persona y el compromiso real-específico por la asistencia personal (*tendig*). Esta última constituye la forma más implicada de la asistencia. Comprende actividades como el dar de comer, lavar, levantar, responder a toda necesidad personal. Tales actividades son, por así decir, la parte «*dura*» de la *community care*, aquellas que ejercen mayor presión sobre los que asisten (*carers*). Más explícitamente, plantean mayores problemas, bien sea por la dificultad en sí y por los servicios a desarrollar, bien sea por los obstáculos que ofrecen las personas que las reciben. Estas actividades son muy diferentes de aquellas formas de asistencia menos implicadas que no requieren un efectivo contacto físico con la persona que está siendo asistida.

En breve, por asistencia (*care*) se entiende una intervención (asistencial) que presupone:

- *Grados diversos de competencia técnico-profesional* que, por ejemplo, van desde el saber hacer a domicilio un encargo, suministrar una terapia, dar un masaje o realizar una actividad de rehabilitación, a la asistencia física a la persona —alimentación e higiene— o a la simple compañía.
- *Niveles diferentes de participación de los asistentes (caregivers) en actividades materiales*: por ejemplo, desde la ayuda económica a la compañía, desde ayudas conectadas a las actividades de la vida cotidiana al cuidado de la casa, desde la compañía a la atención que requiere contacto físico con el asistido.

<sup>21</sup> P. Abrams (198: 12).

- *Planos distintos de participación afectiva y psicológica*: simple interés indirecto, visita ocasional, interés continuo y regular que también puede manifestarse en ausencia de contactos «cara a cara» cotidianos.

En otros términos, el concepto *care*, si se excluye por un momento el problema de la competencia profesional, introduce directamente en escena el grado de «familiaridad» entre asistente y asistido, y la esfera privada de quien necesita una ayuda externa. Por tanto, *la asistencia presupone una multiplicidad de sujetos que, con diverso título y diferentes niveles de participación, están llamados a realizar específicas tareas asistenciales.*

En cuanto que la *community care* es una intersección entre diversas fuentes de ayuda, desde el momento en que están delineadas e individuadas las posibles estrategias de conexión entre formal e informal, es necesario valorar cómo y en qué condiciones es posible implicar las diversas fuentes de ayuda respecto a:

- 1) *El tipo de necesidad y el nivel de profesionalidad requerida por el caso específico.*
- 2) *El grado de familiaridad entre el asistido y su red informal de apoyo.*
- 3) *El respeto de la esfera privada de quien depende de otros para la realización de pequeñas y grandes acciones cotidianas.*

Me parece interesante, a nivel explicativo, aportar una breve reseña del clásico ensayo de Litwark y Szelenyi sobre la estructura de los grupos primarios. Ambos autores sugieren que el grupo de parentela extenso, los vecinos y los amigos asumen funciones diferentes. Los ligámenes de parentela son permanentes y se adaptan muy bien al mantenimiento de compromisos de largo período. Por su parte, los contactos «cara a cara» con los vecinos se adaptan a las emergencias temporales, a los servicios de base territorial y a actividades que requieren una cotidiana observación para realizarlas. Por último, los ligámenes de amistad permiten hacer frente a la heterogeneidad de situaciones que comportan fluctuaciones y variabilidad. Aplicando estas nociones al trabajo de asistencia entre los *carers* informales, los parientes se presentan como los más apropiados si la necesidad de asistencia y/o apoyo es de largo período. Los vecinos pueden asegurar intervenciones de emergencia de breve duración y también un apoyo más duradero cuando se trate de actuar rápidamente en caso de necesidad sin que exista una explícita demanda. Sin embargo, se puede confiar en los amigos en otras situaciones donde la elección representa el elemento principal; por ejemplo, el mantener contactos sociales para reducir el aislamiento<sup>22</sup>.

Obviamente, estos diversos tipos de asistencia no pueden intercambiarse. En concreto, el *tending* (cuidado físico) debe ser considerado un objetivo generalmente reservado a los parientes cercanos, no propio de vecinos y amigos. Si

<sup>22</sup> E. Litwak e I. Szelenyi (1969: 465-481).

los parientes cercanos no están disponibles, se tiende a considerar una alternativa el recurso a los operadores públicos como enfermeros o asistentes a domicilio. Las mismas consideraciones pueden aplicarse al voluntariado, así lo demuestran los objetivos que se dan los diversos programas de asistencia de barrio<sup>23</sup>. Generalmente, tales proyectos elaboran diversas formas de apoyo —especialmente visitas a domicilio y transportes a nivel local—, pero no se amplían a la gestión del patrimonio o al cuidado personal. Por tanto, *cualquier tipo de asistencia elaborada y quien propiamente la produce son factores interconectados*.

### C) Community (*comunidad*)

Respecto a los términos anteriormente estudiados, el término *community* es el que constituye un mayor problema. Cuando viene usado en la dicción *community care* es casi imposible analizarlo. Generalmente, comunidad hace referencia a la localidad en que vive una persona o a los residentes de un territorio, oponiéndose, en consecuencia, a la asociación humana que emerge en el interior de unidades residenciales. Sin embargo, la óptica sociológica pone de manifiesto la necesidad de un análisis más profundo que ilumine tanto la consistencia de los ligámenes entre las personas a nivel local en el mundo actual como la capacidad de tales ligámenes, cuando existan, respecto al trabajo de asistencia.

Dicho de otra manera, de los términos analizados es el más intuitivo, a la par que el más ambiguo: *es prescriptivo, analítico y descriptivo*.

Es un concepto *prescriptivo*<sup>24</sup>, bien porque casi nunca ha sido utilizado en una acepción negativa, bien porque hace referencia a un conjunto de relaciones que son o deberían ser de por sí positivas. «*La comunidad está fundada en el hombre concebido en su totalidad más que en alguno de los roles que tiene que interpretar en el ámbito social. Funda su fuerza psicológica en estratos motivacionales más profundos que los de la mera volición o interés (...). Comunidad es una fusión de sentimiento y pensamiento, de tradición y compromiso, de participación y voluntad (...). Su arquetipo, tanto desde el punto de vista histórico como desde el punto de vista simbólico, es la familia. En todo tipo de comunidad la terminología de la familia es dominante*»<sup>25</sup>.

Como se ha podido comprobar, permanece la vieja contraposición que tiende a juzgar la comunidad contra la sociedad, el consenso contra el contra-

<sup>23</sup> Véanse P. Abrams (1981) y M. Bulmer (1986).

<sup>24</sup> Como bien señala Williams, «*comunidad puede ser la palabra caliente y persuasiva para describir un conjunto de relaciones ya existentes, o bien la palabra caliente y persuasiva para describir un conjunto de relaciones que podrían existir. Quizás lo más importante es que, a diferencia de otros términos que hacen referencia a una organización social (Estado, nación, sociedad, etc.), jamás parece ser utilizada en sentido desfavorable; tampoco es un término contrario o que necesite de posteriores especificaciones*». R. Williams (1976: 6).

<sup>25</sup> R. A. Nisbet (1977: 68).

to. No es aventurado afirmar que, en el campo de la asistencia social, la fascinación del concepto de comunidad deriva del evocar una sociedad ideal. Contiene el residuo permanente de una protesta romántica contra la complejidad de la moderna sociedad urbana, la idea de un mundo descentralizado en el que los vecinos puedan y deban satisfacer las necesidades conjuntas y legitimar demandas de salud, riqueza y felicidad. Esta idea puede resultar atrayente para el funcionario de los servicios sociales que, en la activación de su rol, se siente culpable de perpetuar la rígida organización burocrática y, al mismo tiempo, oprimido por las enormes dificultades humanas y técnicas que impiden la consecución de metas de buen samaritano a través de instrumentos impersonales.

Desde el punto de vista *analítico*, el término comunidad hace referencia a un conjunto de personas que viven en una específica y delimitada área geográfica. Esta área puede asumir las dimensiones mínimas de una calle o las máximas de una ciudad. También se emplea, por extensión, para referirse a una nación o a un conjunto de naciones, pero, generalmente, denomina áreas geográficas limitadas, la llamada «*comunidad local*».

Igualmente, comunidad también puede ser definida en términos de «*compartir intereses*», no dando importancia al hecho de la proximidad geográfica de aquellos que participan de los mismos. Tales intereses pueden ser diversos: pertenencia étnica, religiosa, política, laboral, de uso del tiempo libre, de tendencias sexuales (es el caso de la comunidad hebrea, de la comunidad de policías o de la comunidad *gay*). Los dos tipos de comunidad no se excluyen —localidades muy pequeñas pueden tener intereses comunitarios diversos en su interior—, pero caminan en direcciones diferentes.

En el plano analítico es necesario revelar que las relaciones comunitarias son un fin en sí mismo más que un medio para alcanzar un fin. Su valor es intrínseco a su existencia, sin otros objetivos externos. Por ejemplo, Max Weber define como «*comunitaria*» una relación social si «*la orientación a la acción (...) se basa en un sentimiento subjetivo con el que los participantes desarrollan un sentido de pertenencia derivado del afecto o de la tradición (...). La relación comunitaria puede fundarse en diversas bases: afectiva, emotiva o tradicional. Ejemplo son la fraternidad religiosa, una relación erótica, una relación de lealtad personal o de comunidad tradicional, el esprit de corps de una batallón militar. Pero el caso típico está representado por la familia*»<sup>26</sup>.

Esta definición engloba los tres elementos precedentemente señalados: *proximidad geográfica, compartir intereses comunes o relaciones establecidas a partir de una base contemplada y juzgada positivamente*. El ejemplo de la familia subraya las connotaciones positivas que están presentes en las relaciones que pueden ser descritas como «*comunitarias*».

Desde el punto de vista *descriptivo*, el término comunidad ha contado con decenas y decenas de acepciones. G. Hillery llegó a individuar noventa y cuatro definiciones sociológicas diversas, señalando que ninguna de ellas

<sup>26</sup> M. Weber (1947: 136-137).

tenía en común nada con el resto salvo el hecho de referirse a las personas<sup>27</sup>. A. H. Halsey ha observado que la palabra ha sido usada desde la antigüedad, pero que son tantos los significados que, al final, está prácticamente vacía. «*Todos los intentos de anexionar a este concepto un preciso significado empírico han fracasado y, ciertamente, en las sociedades complejas no existe ningún sistema social total, lo que equivale a decir una red social que, al mismo tiempo, pueda englobar el conjunto de la vida de un individuo y sea una unidad territorial*»<sup>28</sup>.

Teniendo en cuenta que, desde la óptica de la *community care*, uno de los polos caracterizantes de esta nueva metodología de trabajo en el campo de los servicios a la persona está constituido por la asistencia «*de la comunidad*», la posibilidad empírica de captarla parece vaciar de significado y contenido cualquier discurso que, de alguna manera, la presuponga. Sin embargo, una reflexión más atenta al significado de «*sistema social total*» y de «*red*» permite retomar el hilo del discurso a partir de una visión parcialmente diferente.

Si por comunidad se entiende unidad (de sangre, tierra y espíritu) de sujetos ubicados en un ámbito territorial definido, y ligámenes que tienen su origen en relaciones múltiples (en cuanto que una persona interactúa con otra no sólo en una esfera, sino en numerosas esferas: por tanto, tendencialmente, el pariente es también amigo, el vecino de casa es a la vez el colega de trabajo, el colega es compañero en el tiempo libre, etc.), es obvio que en la actualidad se puede hablar de una «*comunidad desaparecida*». «*Con la mayor movilidad y posibilidades de elección, estas relaciones múltiples se debilitan y desaparecen. En la imagen del hombre construida desde Wirth y Simmel, éste aparece desarraigado y separado, interactúa con personas diferentes en ámbitos también diferentes: en el trabajo, en la familia, en el tiempo libre, en el barrio, etc. Tales relaciones son "unilineales", no se superponen a las de otras esferas diferentes*»<sup>29</sup>. Ahora bien, conviene puntualizar que la red de mallas estrechas y el individuo atomizado son tipos ideales extremos; entre ambos existe un *continuum* que los liga. Dicho de otra manera, la desaparición del tipo de comunidad que encontraba su arquetipo en el «*pueblo*» no significa que en la actualidad estén en decadencia las redes de apoyo social y que el hombre moderno viva en una condición de aislamiento y soledad<sup>30</sup>.

Igualmente, los estudios sobre «*comunidades supervivientes*», que han intentado poner de manifiesto la existencia de «*pueblos urbanos*», fuertemente solidarios y territorialmente arraigados<sup>31</sup>, deben tener en cuenta la siguiente realidad sistemáticamente confirmada:

<sup>27</sup> Véase G. A. Hillery (1955: 111-123).

<sup>28</sup> A. H. Halsey (1974: 130).

<sup>29</sup> M. Bulmer (1987: 83).

<sup>30</sup> Véanse al respecto P. Di Nicola (1986), P. Donati (1991) y J. T. Godbout (1992).

<sup>31</sup> Entre otras, cabe destacar las investigaciones de M. Young y P. Willmott (1957), H. Gans (1962) y C. Stack (1974).

- Las relaciones familiares y de parentesco tienden a no estar localmente centralizadas y a ser más dispersas.
- La emergencia de un nuevo estilo de vida que toma distancias de la familiaridad-intrusión de los vecinos de casa.
- Una nueva orientación «*privatizante*» centrada en la casa (con relativo cierre al exterior) o en la familia (con relativa apertura de los ligámenes que los componentes del núcleo mantienen al exterior de los parientes domésticos, pero que no son sólo de vecindad).

Recuerdo que investigaciones sobre comunidades urbanas que han documentado la densidad de las redes locales de los habitantes en el interior de un barrio no han conseguido reconstruir un cuadro global de la red de todas las personas residentes en un lugar<sup>32</sup>. También interesantes ideas como aquella de la «*comunidad de responsabilidad limitada*»<sup>33</sup> han tratado los ligámenes externos como si sólo emergiesen localmente en el ámbito de la vecindad, no consiguiendo elaborar un cuadro completo de los ligámenes más débiles y dispersos que los individuos crean en el interior de las sociedades industriales, tanto en las áreas urbanas como, progresivamente, en las áreas rurales.

Todo lo anterior ha derivado en el intento de formalizar un concepto de comunidad que prescindiera de la radicación geográfica y tenga en cuenta las formas de sociabilidad típicas de hombre postmoderno: la «*comunidad liberada*»<sup>34</sup>.

Esta teoría sostiene que los ligámenes entre los grupos primarios tienden a formar redes extensas, espacialmente dispersas, aunque confinadas en el interior de una singular y densa comunidad de vida. A pesar de que «*parentesco, trabajo y residencia*» no estén estrechamente asociados, tales ligámenes primarios son fuentes importantes de sociabilidad y de apoyo. Esta teoría libera al concepto de comunidad de sus raíces puramente locales y permite ver los ligámenes informales en términos de redes sociales. Estas redes, en su verdadera naturaleza, no son «*pueblos urbanos*», autosuficientes e «*institucionalmente completos*». Sus estructuras ramificadas y de mallas largas favorecen una amplia gama de conexiones directas e indirectas respecto a los recursos dispersos y diferenciados de los sistemas sociales de tipo burocrático-industrial. Obtener recursos a través de una red así de difuminada no deriva del deber de ser solidarios a partir de las relaciones con los demás miembros de la comunidad. Más bien tienen lugar en virtud de una calidad de los ligámenes diádicos, de la facilidad en el mantener contactos, de la habilidad de los pertenecientes a la red para activar conexiones indirectas, de la medida en que los miembros colaterales de la red pueden ser movilizados para la elaboración de asistencia, además de los ligámenes entre redes diferentes.

<sup>32</sup> Véanse G. D. Suttles (1968), C. Stack (1974) y H. Gans (1962).

<sup>33</sup> Por ejemplo, M. Janowitz (1952).

<sup>34</sup> Véase B. Wellman (1979).

Por red social se entiende aquel conjunto de sujetos con los que un hipotético *ego* mantiene relaciones significativas y relevantes, sea desde el punto de vista material o afectivo-psicológico, relaciones que pueden ser tanto directas como indirectas, fuertes o débiles, unilaterales o múltiples. Con dicha conceptualización no sólo se prescinde de cualquier vínculo de coresidencialidad y proximidad espacial, también se captan mejor las características estructurales y relacionales de las relaciones familiares y de parentesco (que en la sociedad moderna son «a distancia» y, por muchas razones, selectivas) y, en general, de los modelos de sociabilidad. El concepto de red permite superar el arquetipo del «pueblo» y aquel de «vivir bajo el mismo techo»<sup>35</sup>.

Las principales características de la teoría de la «comunidad liberada» son presentadas en la siguiente tabla, confrontándose con las de la «comunidad desaparecida» y las de la «comunidad superviviente», además de con otros resultados procedentes del estudio realizado por Wellman en East York (Toronto). Como punto de partida para comprender el moderno concepto de «apoyo social» y de *community care*, la teoría de la «comunidad liberada» es útil ya que tiene en cuenta los cambios sociales del siglo XX (en concreto, el uso del automóvil y el teléfono) y elabora un cuadro del urbanismo moderno que encaja con los datos empíricos.

---

<sup>35</sup> Sobre el concepto de red social, véanse A. R. Radcliffe-Brown (1940: 1-12), J. A. Barnes (1954: 39-58), E. Bott (1957), P. Mayer (1961), C. Mitchell (1966: 37-68), A. W. Wolfe (1978: 53-64), E. Lauman, P. Marsden (1983: 55-93), C. Wenger (1984), J. Boissevain (1985: 557-558), E. Litwak (1985), M. Bulmer (1987: 139-176), A. Zadeh (1990: 95-106), M. Black (1990: 197-228) y P. Donati (1991: 87-116).



*Una comparación entre la teoría de la comunidad desaparecida, de la comunidad superviviente, de la comunidad liberada y los datos de una investigación efectuada en East York, Toronto*

<i>Dimensiones</i>	<i>Comunidad desaparecida</i>	<i>Comunidad superviviente</i>	<i>Comunidad liberada</i>	<i>Resultados de la investigación</i>
<i>Base de intimidad</i>				
Disponibilidad	rara	abundante	abundante	5 o más íntimos
Relaciones	formales	parientes, vecinos	amigos, colegas	parientes, amigos
Base geográfica	local	local	metropolitana, nacional	metropolitana
<i>Modalidad de contacto</i>	personal	personal	personal, telefónica	personal, telefónica
<i>Estructura comunitaria</i>				
Densidad	fluida	densa	fluida	fluida
Reciprocidad	no	sí	irregular	irregular
Confines	ramificados	estrechos	ramificados	ramificados
<i>Base de asistencia</i>				
Disponibilidad	mínima	abundante	moderada	moderada
Relaciones	ligámenes formales	parientes, vecinos	amigos, colegas	padres, hijos, colegas
<i>Base residencial</i>	local*	local	metropolitana, nacional	metropolitana
<i>Densidad</i>	densa*	densa	fluida	NS
<i>Estructura</i>	secundaria	grupo solidario	ligámenes reticulares	ligámenes reticulares

\* En la medida en que existen ligámenes primarios.

FUENTE: B. Wellman (1979: 1224).

D) *Fuentes de ayuda: formal e informal*

El *continuum* formal-informal, al que he aludido anteriormente, precisa de una definición de los dos términos. En vida cotidiana, los dos adjetivos sólo adquieren significado si se usan conjuntamente y por oposición: *el significado de uno sólo se aclara por referencia y distinción al otro*. Ahora bien, el sentido global de la contraposición es de tipo intuitivo y emotivo: impersonal contra personalizado, frialdad contra calor humano, distancia contra fusión y participación. En otros términos, «*regla burocrática*» contra «*regla cultural*». Respecto al problema de la asistencia, tales contraposiciones representan posturas extre-

mas, terminando por caracterizar erróneamente al sector de los servicios institucionales como un aparato de control social a lo Orwell, y a las redes sociales primarias como el mundo de la espontaneidad, de la dedicación, pero también del desorden, de la ausencia de «reglas» burocráticas impuestas desde lo alto.

Aun siendo consciente de realizar una elección reductiva y discutible, pero ligada a la necesidad de orientar la reflexión sobre la *community care*, propongo: referir los adjetivos «*formal*» e «*informal*» a específicas fuentes de ayuda. Éstas presentan connotaciones diversas —formal o informal—, en función del tipo de relación de asistencia que se instaura ente asistente y asistido. La siguiente tabla puede ayudar a la comprensión de las definiciones.

*La relación de asistencia en el sector formal y en el sector informal*

	<i>Formal</i>	<i>Informal</i>
<i>Modo de realización</i> .....	universal	particular
<i>Funciones asumidas</i> .....	especializadas	difusas
<i>Participación afectiva</i> .....	neutral	catéctica
<i>Status de quien asiste</i> .....	adquirido	adscrito
<i>Nivel normativo</i> .....	burocrático	simbólico

I. Por *formal* se entiende la asistencia (o ayuda) elaborada por el personal técnico-profesional que ha realizado una específica preparación (*training*) que lo habilita (*status adquirido*) para desempeñar concretas tareas de asistencia (*especialización*). La prestación asistencial se da a cualquiera que tenga necesidad (*universal*), sin preexclusiones que no hayan sido previstas en las modalidades de acceso. La relación asistente-asistido está caracterizada por la *neutralidad afectiva*. La relación de asistencia se encuentra *regulada burocráticamente*.

II. Por *informal* se entiende la asistencia (o ayuda) elaborada por sujetos que no han tenido una formación profesional, pero que asumen el rol de asistentes a partir de la posición que poseen respecto al asistido (uno es asistente en cuanto que es madre, padre, amigo, vecino de casa, etc.) (*status adscrito*). El tipo de asistencia realizada cambia en relación a la cantidad y a la calidad de las necesidades del asistido (*difusas*). La relación de asistencia es de tipo *particular*, es decir, sólo se puede establecer entre algunos sujetos y no entre otros y, sobre todo, presupone una *participación afectiva*. La relación de asistencia está *regulada social y simbólicamente*.

Con las debidas cautelas, se puede sostener que mientras que la relación de asistencia «*formal*» encuentra su arquetipo en el servicio de urgencias sanitario, la «*informal*» lo hace en la relación madre-hijo. Digo con las debidas cautelas porque la conceptualización propuesta en la anterior tabla es ideal-típica: *sirve*

para orientar la reflexión a partir de una primera definición de formal e informal, consciente de que en la praxis asistencial los límites entre estas esferas se difuminan, llegando incluso a confundirse en algunos casos. Por ejemplo, es el caso de la relación de amistad que se establece entre el asistente domiciliario y el asistido o, al contrario, el caso de un pariente, de un vecino «pagado» por el ente público para asistir a un anciano que, en otras circunstancias, no se haría cargo. Esta confusión de los límites también la encontramos en los programas de «buen vecino» o en ciertos programas de mutua-ayuda. Los primeros, como bien ha señalado Abrams, se sitúan en el límite entre formal e informal, tratando de formalizar lo que es informal y de hacer emerger el informal del formal<sup>36</sup>. En los segundos, concretamente en ciertos programas de Alcohólicos Anónimos, tras haber nacido como modestas iniciativas informales, se han convertido en grandes organizaciones de voluntariado, ubicándose entre el formal y el informal<sup>37</sup>.

A pesar de todo ello, la ventaja que se deriva de la definición propuesta es la siguiente: *permite delimitar el campo (relación de asistencia) en el que utilizar la dicotomía formal-informal. Igualmente, ayuda a individuar a nivel ideal-típico los diversos códigos y las diversas reglas que presiden el funcionamiento del sector informal y del sector formal (o, si se quiere, a la activación de una relación de ayuda), sin tener por qué verlos en oposición (¿mejor?, ¿peor?). Simplemente son diversos y distintos, a la par que permeables.*

## 2.2. LA *COMMUNITY CARE* EN EL MARCO DE LAS POLÍTICAS SOCIALES: LOS MECANISMOS DE ACUERDO ENTRE FORMAL E INFORMAL Y EL ROL DEL ENTE PÚBLICO

Como se ha dicho con anterioridad (apartado 1), el creciente proceso de diferenciación de la demanda asistencial, el aumento de los sujetos dependientes de las instituciones de *welfare*, los límites a la socialización de las necesidades y la reducción del *budget* público para los servicios a la persona son los factores que empujan a la introducción de mecanismos correctivos en la distribución de los servicios para la colectividad. Paradójicamente, el propio desarrollo de un *welfare* de tipo institucional, que ha encontrado serios problemas de racionalización y de contención de los recursos, ha contribuido a generar en los usuarios un nivel de expectativas —cuantitativas/cualitativas— siempre más elevado por lo que respecta a la cobertura asistencial<sup>38</sup>. En este sentido, se decía que *la creciente diferenciación de la demanda asistencial estaba unida a la necesidad de una diferenciación en la oferta de servicios.*

En breve, en el marco de una revisión (no de una superación y desmantelamiento) del sistema de *welfare*, la *community care* puede contemplarse como un

<sup>36</sup> Véase P. Abrams (1981).

<sup>37</sup> Véase D. Gilroy (1982).

<sup>38</sup> Véanse P. Donati (1978), D. Stanton (1979), G. Roustang (1982) y A. Walker (1984).

primer intento de realización a nivel periférico de una estrategia de intervención que, compatible con los recursos disponibles (públicos, privados, de privado social<sup>39</sup> e informales en sentido estricto), se mueve en el contexto de una diferenciación de la oferta de servicios. Sin embargo, diferenciar la oferta significa:

- *Actuar según la lógica de la no equivalencia funcional entre relaciones de asistencia formal y relaciones informales:* en una hipotética intersección entre servicios públicos, voluntariado y redes sociales artificiales y primarias, todo sujeto participante actúa en su propio campo, sin suplencias que pueden crear vacíos asistenciales.
- *Reconocer que, para algunas necesidades, la mejor respuesta se encuentra en el nivel informal y no en el nivel institucional; también viceversa.*
- *Racionalizar los recursos, en el sentido de evitar una duplicidad de los servicios.*
- *Considerar que todo aquel que posee una carga asistencial desempeña una acción cuyos efectos sobre el bienestar, individual y colectivo, no pueden ser ignorados o dados por descontado.* En otros términos, ser conscientes de que otros actores, que desarrollan tareas asistenciales con diversos títulos, también son sujetos de *care*.

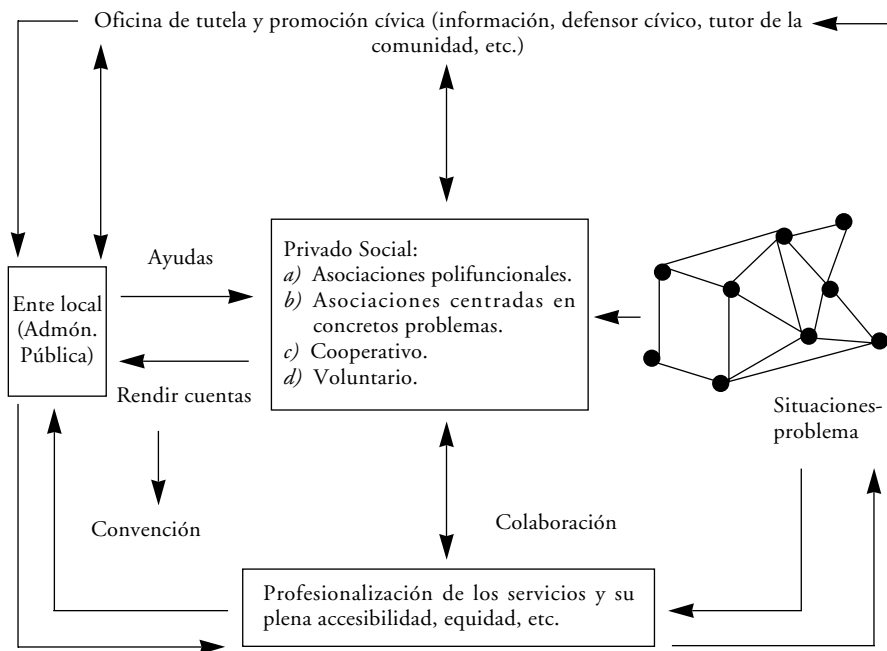
Por tanto, *diferenciar la oferta conlleva una pluralización del sistema de asistencia, considerándolo un conjunto complejo y articulado de sujetos que son funcionalmente distintos y especializados, ordenados, pero no jerarquizados.* Como posteriormente se verá, ordenados en torno al polo público. No en vano, en la estrategia de intervención propuesta y presentada, a él le corresponde el objeto y la responsabilidad de dar una respuesta adecuada y adaptada a una demanda asistencial. Ello también significa atravesar los límites de los servicios, tal y como han sido instituidos y desarrollados tradicionalmente.

Más concretamente, introducir cada una de estas características implica orientarse hacia una nueva filosofía organizativa de los servicios sociales públicos a nivel local. Ésta puede quedar sintetizada en el siguiente esquema:

---

<sup>39</sup> Con el término *privado social* me refiero a un conjunto de formas sociales de gestión autónoma de producción y de participación (por ejemplo, formas mixtas, asociaciones, grupos primarios y secundarios), que actúan tanto en el ámbito económico como en el de los sistemas sociales. A tenor de ello, me sitúo explícitamente contra las teorías de la modernidad. Éstas leen la dinámica interna de las sociedades complejas como dialéctica entre los polos del Estado y del Mercado. Reivindico la permanencia y la morfogénesis (también en formaciones sociales de elevada contingencia y diferenciación funcional) de formas de relaciones sociales que: a) *no son ni públicas ni privadas*; b) *están reguladas por un propio código simbólico-normativo y tienen propios medios generalizados de intercambio*; c) *están caracterizadas por una propia subjetividad social*; d) *se desarrollan en proporción al tipo y nivel de complejidad social*.

*Una nueva configuración de los servicios sociales públicos a nivel local*



En tal configuración, las situaciones-problema de usuarios socialmente fragmentados y débiles, aunque no completamente «atomizados», deberían ser vistas como situaciones potencialmente activas. Es decir, se les debería animar a encontrar sus subjetividades en organizaciones de privado social. Estas últimas deberían ser ubicadas en un rol estratégico de mediación respecto al ente local. A éste corresponden funciones de coordinación y distribución de los recursos institucionales. Determinadas convenciones deberían establecer relaciones recíprocas de ayuda material por parte del ente a las organizaciones de privado social y de responsabilidad de estas últimas hacia el primero. Al mismo tiempo, debería perseguirse: una mejor profesionalización de los operadores formales que realizan los servicios y una especie de «*oficina de tutela y promoción cívica*» a través de la cual los usuarios puedan dirigirse al ente local, bien sea para informarse y reclamar derechos, bien sea para acciones de defensa cívica, bien sea para disponer de un «*tutor de comunidad*» elegido por la misma población y no por los partidos políticos.

En esta hipótesis resulta crucial el mantenimiento de las esferas de privado social. Éstas podrían recibir recursos de una amplia gama de fuentes: convenciones con el ente local, desgravaciones fiscales previstas por la ley, donaciones

de sujetos privados, cuotas asociativas y voluntarias, ayudas de servicio no monetarias prestadas por los mismos usuarios.

Este modelo de intervención de los servicios sociales públicos posee como objetivo y ventaja el valorar tres estrategias que resultan ser adecuadas para tratar el tipo de necesidades que están en juego: *las estrategias asociativas y cooperativas, las estrategias de intervención de redes y la colaboración a distancia entre operadores «formales» e «informales».*

### 3. DESTINATARIOS Y SUJETOS DE LA *COMMUNITY CARE*

#### 3.1. LOS DESTINATARIOS DE LA *COMMUNITY CARE*

Si, en primera instancia, la *community care* puede ser definida como *una intersección en el campo de los servicios a la persona de formal e informal con el fin de realizar, ante una específica demanda asistencial, la mejor respuesta posible en términos de personalización, flexibilidad, adecuación relacional, eficacia y eficiencia de la intervención, conviene apuntar que dicha estrategia posee unos límites de acción bien precisos.* Estamos ante una estrategia de intervención que interesa a todos los sujetos que, por motivos contingentes o estructurales, no están en situación de «*arreglárselas solos*». En consecuencia, expresan una demanda de ayuda, una demanda asistencial. Por tanto, interesa a todos aquellos sujetos que tradicionalmente han acudido en calidad de usuarios a la red de los servicios territoriales públicos.

La demanda asistencial puede ser, y de hecho es, extremadamente variada según el tipo de usuarios: va desde la necesidad económica a la asistencia médica domiciliar; desde la ayuda y apoyo educativo al alivio funcional en el campo de los servicios a la infancia; desde la ayuda momentánea motivada por situaciones contingentes al apoyo regular y continuo; desde la necesidad de compañía a la necesidad de contar con una ayuda para el cuidado de la casa y de la persona, etc.

En otros términos, la *community care* no puede evocarse para aludir genéricamente a una población que vive en un determinado ámbito territorial y que, en condiciones normales, se crea su propia «*comunidad de asistencia*». Más bien hace referencia a aquel segmento de la población que está ubicado fuera de la natural comunidad de asistencia. En este sentido, la *community care* representa una nueva estrategia de intervención encaminada a reinsertar al usuario en el circuito de asistencia a nivel comunitario.

#### 3.2. LOS SUJETOS DE LA *COMMUNITY CARE*

Como lógica consecuencia de las consideraciones precedentemente realizadas se deriva lo siguiente: *entre los sujetos que deberían promover una acción asis-*

*tencial a nivel comunitario, un rol central está reservado a los operadores de los servicios públicos.* El enganche con el sistema público de servicios constituye una condición indispensable para:

- Legitimar la *community care* como estrategia de intervención en el campo de las políticas sociales.
- Garantizar que a nivel periférico el *standard* técnico-profesional sea el adecuado y no existan vacíos asistenciales.
- Evitar aproximaciones y actuaciones espontáneas que puedan reducir y limitar los derechos sociales individuales.
- Impedir que la *community care* pueda transformarse en una atribución forzada —en muchos aspectos impracticable e inicua— de tareas de asistencia por parte de una genérica comunidad. Con posterioridad, seguramente serían la familia, las redes sociales primarias y/o los servicios privados de mercado los que se harían cargo de dichas tareas. He dicho impracticable en cuanto que la familia de hoy, desde el punto de vista de los recursos internos y desde los vínculos de la solidaridad, no es ya la de hace unas décadas. Igualmente resulta inicua porque, teniendo en cuenta que la asistencia informal siempre ha sido una tarea atribuida a la mujer, otorgar en exclusiva a la familia —en concreto, a la mujer— las cargas asistenciales chocaría directamente con los derechos sociales de la propia mujer<sup>40</sup>.

En breve, *moverse según la óptica de la community care supone la existencia de una red pública de servicios y no su reducción o eliminación.* Ante un determinado problema, esto prodría evitar que, constatada la necesidad de una intervención profesional, el operador público esté obligado a recurrir al sector de los servicios privados de mercado, que, obviamente, actuaría en condiciones de «*monopolio*».

Por tanto, corresponde a los servicios públicos y a sus operadores crear aquel puente entre asistencia formal y asistencia informal a través de:

- *Un trabajo de rating social.* Éste debe ir encaminado al conocimiento del nivel de diferenciación de la oferta de los servicios en un determinado ámbito territorial (*rating* de los recursos disponibles, públicos, privados, de privado social).
- *Una lectura correcta de la demanda asistencial.* El fin no es otro que individualizar la respuesta más adecuada, respetando siempre la dignidad del usuario, promoviendo la autonomía, la autoasistencia, la autodeterminación compatible con su nivel de autonomía.

---

<sup>40</sup> Sobre estos temas, véanse G. Pascall (1986: 9-52), L. Balbo (1987), A. Leira (1989: 34-58), J. Iglesias de Ussel (1990: 235-259), R. Lister (1990: 464-487), R. L. Blumberg (1991: 21-83), P. Di Nicola (1991: 35-62), P. Donati (1992: 15-48), A. L. Fadiga (1993) y G. B. Sgritta (1993).

- *Una valoración de la demanda asistencial usando el filtro de las redes sociales, en concreto las redes de apoyo.* El objetivo debe ser evaluar la existencia, la composición estructural, la sobrecarga, la disfuncionalidad respecto al comportamiento del usuario.
- *Una descomposición de la necesidad en todas sus dimensiones.* Recuerdo que la pobreza puede estar unida al aislamiento, la falta de autosuficiencia puede generar soledad, la enfermedad puede reducir los contactos sociales, etc.<sup>41</sup>.
- *El establecimiento de «paquetes» asistenciales flexibles y diferenciados, contruidos a partir de todos los recursos posibles que se deben y pueden activar.* Todo ello según la lógica de la no equivalencia funcional entre la relación de asistencia de tipo formal y la relación de asistencia de tipo informal.

Llegados a este punto, no resulta arriesgado afirmar que la *community care* es un tipo de actividad que:

1) *A nivel de programación se ubica en la lógica del case-manager.* Se trata de una modalidad de intervención en la que la responsabilidad viene asignada a un concreto operador. Éste desempeña las funciones de director respecto a la necesidad de un usuario bien definido. El objetivo es que este último pueda disponer de los servicios esenciales para atender su necesidad. En teoría, estos llamados «directores» deben hacer todo aquello que pueda ayudar a afrontar el problema. Ahora bien, la función crucial es desarrollar nuevas respuestas (especialmente en el ámbito informal) y conectarlas (*linking*) con los servicios ya existentes. Dicho de otra manera, se trata de situar un «cerebro» en el contexto con la misión y concreta posibilidad de unificar las aportaciones presentes para la solución del problema. En líneas generales, esta función está asegurada por cualquier familiar que, posiblemente, la ejerce inconscientemente. En los casos en que esta figura falta o cuando la situación es muy compleja, debería estar (y éste es el sentido del *case manager*) formalmente prevista<sup>42</sup>.

2) *A nivel de realización presupone el trabajo (la intervención) de redes.* Este tipo de estrategia posee muchas posibilidades metodológicas y técnicas. La idea es promover los recursos de los grupos primarios en los que viven perso-

<sup>41</sup> Dentro del contexto italiano resulta muy interesante una investigación realizada en Turín sobre la enfermedad mental y los usuarios de un servicio territorial. Dicha investigación demuestra la importancia de leer e interpretar el comportamiento del usuario respecto al servicio como funciones de las diversas redes sociales de pertenencia. Por otra parte, pone de manifiesto cómo, para el paciente, la red de apoyo también debe incluir al servicio territorial. La investigación representa un válido ejemplo de utilización del análisis de redes (*network analysis*), más allá del uso metafórico del concepto de red. Véase L. Berzano (1989). En la misma línea se sitúan las investigaciones de L. Lomnitz (1977), N. Chappell (1983) y M. Granovetter (1983).

<sup>42</sup> Sobre estos aspectos organizativos y operativos, véanse S. Cohen y R. D. Warren (1985), D. Challins y R. Davies (1986), A. Rubin (1987: 215-224), N. A. Malin (1991) y M. Bianchi y F. Folgheraiter (1993).



nas socialmente débiles. Los canadienses de Quebec, que son los que mejor han desarrollado el trabajo de redes específicamente entendido, hablan de «*prise en change par le milieu*»<sup>43</sup>. Brevemente, el trabajo de redes puede definirse como una *acción de enlace*, un esfuerzo encaminado a facilitar las sincronías, las sinergias entre los múltiples polos —*formales/informales*— concretamente englobados en la ayuda a una persona o a una categoría de personas con problemas. Junto a este esfuerzo de sincronización de las ayudas sobre un determinado problema, el trabajo de redes también prevé una *acción de apoyo a las redes ya existentes* (por ejemplo, pensemos en las «*organizaciones de respiro*» para los familiares comprometidos en la asistencia) y una *acción de extensión de la red*, es decir, el esfuerzo por activar (introducir en la escena de la asistencia) nuevos sujetos disponibles que se ubiquen en la red como puntos de ayuda. Estas acciones de apoyo y extensión van dirigidas a la comunidad local. Es decir, más que a los servicios organizados, a la familia, al vecindario, al voluntariado, a las administraciones locales, a las asociaciones, etc. Por último, el trabajo de redes también prevé *un rol activo de las mismas personas que poseen el problema a resolver*, aquellos que generalmente suelen definirse como los usuarios o destinatarios de las intervenciones (buen ejemplo lo constituyen todos aquellos servicios basados en la *mutua-ayuda*)<sup>44</sup>.

En breve y a modo de conclusión, la realización de un proyecto de *community care*, a la par que ubica en una posición central a los operadores de los servicios territoriales públicos, también supone la acción de otros actores. Su presencia es indispensable para poder etiquetar como *community care* una intervención que, de otra manera, terminaría por identificarse con la tradicional asistencia a domicilio o bien con la desinstitucionalización de los servicios para los usuarios. No hemos de olvidar que el elemento que distingue y caracteriza a la *community care* es el desarrollo de intervenciones que, junto a la eventual asistencia a domicilio, favorezcan en el usuario la capacidad de reanudar, consolidar o crear ligámenes y relaciones que, en condiciones normales, son origen de ayudas y apoyos. Se pueden citar como ejemplos no sólo los llamados servicios de «*respiro*» a favor de quien en una red de parentela posee las cargas asistenciales, o la participación de actores (como los voluntarios) que, en numerosas ocasiones, actúan según una lógica más próxima a la relación de asistencia de tipo informal; también la creación o el apoyo a asociaciones de usuarios, a grupos de autoayuda y mutua-ayuda. En la solución de algunos problemas, estos últimos han demostrado ser más eficaces e incisivos que los servicios de base institucional<sup>45</sup>.

En páginas anteriores he hecho referencia a los «*recursos*» apuntando todas las posibles fuentes de ayuda: públicas, privadas de mercado, privado-social,

<sup>43</sup> Véase J. Alary (1988).

<sup>44</sup> Véanse A. Lomi (1991), R. Collins (1992), U. Hannerz (1992) y F. Folgheraiter (1992).

<sup>45</sup> Véase G. Darvill (1983: 239-260).

informales en sentido estricto (familiares, de parentela, vecinales, de amistad). También he dicho que en condiciones normales todos los sujetos poseen propias redes de apoyo diversamente diferenciadas, con grados variables de densidad y conexión, a la par que delimitadas por ligámenes más o menos fuertes o más o menos débiles. Tales redes de apoyo constituyen la trama efectiva de una «comunidad». En el día de hoy tal comunidad no puede tener límites territoriales precisos. Su ausencia tendencialmente genera malestar y aumenta el nivel de dependencia (bajo la forma de necesidad o de demanda) de las redes formales de los servicios sociales. El objetivo de la *community care* es: *reinsertar en el circuito asistencial comunitario a quien está al margen o consolidar ligámenes que, por diversos motivos, derivados o no del sujeto con problemas, corren el riesgo de difuminarse o despedazarse.*

En función de todo ello, a nivel de experimentación práctica, existe una amplia documentación sobre lo que se ha hecho y sobre lo que se podría hacer en el campo de la *community care*<sup>46</sup>. Lo «ya hecho», aun estando supeditado a posibles revisiones y matizaciones, demuestra que en el campo de la *community care* son necesarios:

- *Una notable inventiva por parte de los operadores públicos y, en general, por parte del sistema de servicios.* El fin es alcanzar aquella «coexistencia creativa» requerida no tanto por la crisis del Estado Social cuanto por la actual dinámica de las necesidades (de cuya diferenciación creciente ya se ha hablado).
- *Un importante nivel de autonomía de los recursos públicos a nivel periférico.* El establecimiento de un «paquete» asistencial flexible también requiere flexibilidad en el acceso a los recursos.
- *Un adecuado conocimiento de la realidad en que se actúa, prestando especial atención a las redes sociales primarias.* No hemos de olvidar que el envejecimiento de la población, la movilidad territorial, estilos de vida más privados y privatizantes y nuevas formas familiares han contribuido, desde diversos ángulos, a una profunda revisión de las redes primarias, bien sea desde el punto de vista estructural, bien sea desde el punto de vista cultural-simbólico.
- *Una elevada competencia profesional por parte de los operadores públicos.*
- *Una relación entre sector formal y sector informal de la asistencia que no sea:* a) *de dependencia* del segundo respecto al primero (o viceversa); b) *de equivalencia funcional*, en virtud de la cual uno puede sustituir al otro en todos los casos; c) *de competencia.*

---

<sup>46</sup> Un primer acercamiento a las experiencias en este sector puede encontrarse en P. Wilmott (1986a, 1986b, 1989), M. Bulmer (1987), P. Silverman (1989), G. Giorio (1990), M. Henwood (1990), L. Sanicola (1990), N. A. Malin (1991), F. Folgheraiter, P. Donati (1990) y M. La Rosa, W. Orsi y S. Porcu (1991).

#### 4. CONCLUSIONES

La primera conclusión que se puede extraer es la siguiente: *son muy difíciles de activar aquellas políticas sociales que postulan una particular comunidad local que asegure la asistencia*. Este tipo de localidades circunscritas pertenecen al pasado. El problema teórico es entender cuánto y cómo se mantienen actualmente las redes de relaciones sociales de las personas en el interior y exterior de la localidad. Estamos ante un interrogante empírico cuya respuesta no puede ser dada *a priori*. Las políticas sociales que únicamente se concentran en la comunidad local son, necesariamente, parciales y limitadas. Los ligámenes significativos de los residentes locales (especialmente, pero no exclusivamente, con los parientes), se tienen tanto en el interior como en el exterior de la localidad.

Una segunda y significativa observación es que *elaborar servicios formales a nivel local (por ejemplo, el servicio a domicilio) no garantiza una más fácil integración con la asistencia informal en la localidad*. Son muchos los problemas que ponen de manifiesto como las lógicas internas de las organizaciones formales fácilmente se presentan como sus principales preocupaciones y como la coordinación y ligamen con el exterior asume una importancia secundaria. La elaboración y distribución de servicios formales a nivel local no es necesariamente la manera más eficaz para superar los obstáculos a la intersección diseñados precedentemente.

No es probable que la comunidad como terminología desaparezca del discurso político. Lo mejor que podrían hacer los sociólogos es insistir en un hecho: *la existencia de esquemas de relaciones sociales de tipo local debe ser considerada motivo de investigación y no puede darse por descontada*. Por otra parte, deberían proponerse modelos más realistas de la naturaleza de tales relaciones en la comunidad. De los tres modelos considerados, la imagen diseñada desde Simmel-Wirth de *comunidad desaparecida* no ha encontrado muchos apoyos. Tampoco la imagen opuesta de *comunidad superviviente*, de *Gemeinschaft* en la *Gessellschaft*, contempla adecuadamente la vida moderna de comunidad. El modelo más apropiado, aunque necesitado de perfeccionamiento y extensión, sería el de la *comunidad liberada*. El moderno residente urbano, con la ayuda del automóvil y el teléfono, posee más ligámenes personales *diseminados* (especialmente entre parientes y amigos) de cuantos tenga en el interior de la localidad en que reside. La importancia que este progresivo desgaste de las relaciones sociales reviste para las políticas de *community care* no puede ser minusvalorado. Para buena parte de la población, el barrio es el lugar en el que viven las personas, pero las relaciones sociales informales más significativas generalmente no las tienen con aquellos que habitan en su misma zona.

*Hace acto de presencia un concepto que ayuda a comprender la mutable naturaleza de los ligámenes sociales: "la comunidad de responsabilidad limitada"*. Ciertamente, la gente crea ligámenes locales y se identifica con zonas particulares, pero ésto tiene lugar por motivos específicos: se comparten características

---

sociales (como ser padres de niños que frecuentan las mismas escuelas locales) o se es objeto de cualquier decisión del Ente público (por ejemplo, ser residentes en una zona en que se va a abrir un residencial para retrasados mentales). Estos ligámenes de tipo circunscrito que se crean en el interior de la comunidad no son comunitarios en sentido puro, se basan en la edad, en el estadio del ciclo de la vida y en elecciones subjetivas de los actores. Desde el punto de vista de la *community care*, la *comunidad de responsabilidad limitada* puede ser positiva o negativa. Un buen ejemplo lo encontramos en las políticas de redimensionamiento de los grandes institutos psiquiátricos. Los residentes de una determinada localidad, aunque quizás acepten esta política en términos generales, tienden a ser poco entusiastas si se propone establecer en su zona de residencia una pequeña unidad residencial para ex-pacientes *con los que se realiza* la desinstitutionalización. Este tipo de oposición no es universal, y depende del cuidado de la planificación, pero parece fundarse en el temor de la impredecibilidad y en estereotipos sobre estos pacientes. Una vez más conviene subrayar que, en la mente de muchas personas, *community care* significa asistencia por parte de la familia, y no una más amplia concepción de la responsabilidad social. El concepto de *comunidad de responsabilidad limitada* recuerda que, al margen de los ligámenes con parientes y amigos, la responsabilidad hacia los otros que la gente se atribuye tiende a ser específica, no amplia y universal.

*El rol del voluntariado debe ser tenido en consideración.* La asistencia voluntaria puede variar: desde actividades informales, a formas muy organizadas de asistencia. En algunas zonas, ciertos servicios son organizados por el ente público, en otras por asociaciones de voluntariado. El voluntariado reviste un rol crucial, pero jamás estará en situación de elaborar servicios universales como los puede proporcionar el ente público. En buena medida es un problema de recursos, pero también es una cuestión de personal y de disponibilidad de voluntarios. Dicho en otros términos, *es inconcebible que un regreso a servicios de voluntariado pueda ser la respuesta idónea para la moderna sociedad industrial.*

Aún más, *debe examinarse críticamente la idea de que el voluntariado estimule la participación pública.* Si se consideran los estratos sociales que alimentan las filas del voluntariado, es muy probable que tiendan a representar puntos de vista particulares. Por tanto, el voluntariado podría constituir un eficaz sistema para expresar a nivel local las ideas y los intereses de ciertos segmentos de la sociedad, pero no debe ser confundido con un avance en la más amplia participación pública.

Estas conclusiones sociológicas son hipótesis y requieren una posterior elaboración y verificación empírica; sin embargo, pueden contrastar las tradicionales y no fundadas nociones de comunidad, nociones que tienen poco fundamento en la realidad contemporánea. Una posterior pregunta: ¿cuáles son las posibles orientaciones que emergen de estas reflexiones y en qué podrían ser útiles a los *policy makers* que tratan de organizar la asistencia *en la y de la* comunidad? Las sugerencias que a continuación se apuntan son necesariamente

te prescriptivas y el lector podrá elaborar conclusiones bien diversas de las que se exponen.

La principal conclusión es obvia, pero vale la pena repetirla. *La asistencia fomal e informal no se sustituyen la una a la otra, al contrario, son complementarias.* No es aconsejable apoyarse sólo en una de ellas: ambas son necesarias para una ayuda eficaz. Diversas consideraciones conducen a esta conclusión. Por una parte, existen límites objetivos a la cantidad de asistencia que los servicios públicos pueden suministrar. Sin embargo, por otra, la capacidad de los asistentes informales para responder a las diversas demandas tiende a disminuir. Los cambios demográficos y económicos, así como la mayor movilidad geográfica podría determinar una caída en la disponibilidad de asistencia en el interior de la familia.

Teniendo presentes las limitaciones de la asistencia formal y de la asistencia informal, *son necesarias exploraciones más creativas a lo largo de límite entre estos dos sectores.*

Aunque pueda parecer una obviedad, los primeros obstáculos a afrontar deben ser *los límites intra e interorganizativos en el ámbito de los servicios formales.* En el interior de los Departamentos de los servicios sociales, los servicios domiciliarios y los equipos de asistentes sociales están demasiado aislados el uno del otro. En los servicios sanitarios locales, las enfermeras de distrito, los inspectores sanitarios y médicos de base actúan de forma paralela, sin una adecuada coordinación. Los servicios sanitarios y los servicios sociales en su conjunto poseen grandes deficiencias de coordinación. *Una sugerencia podría ser una preparación de base común para todos los operadores comprometidos en programas de community care.*

*Es necesario profundizar en las modalidades con las que las asistencias informales pueden ser incentivadas a través del sistema formal.* A ello habría que añadir una mayor sensibilidad por parte de políticos y funcionarios de las políticas sociales hacia el delicado mundo de la asistencia informal. En un mundo en el que los parientes constituyen la principal fuente de asistencia, el acrítico entusiasmo por el trabajo social de comunidad y por las *redes naturales de ayuda* está fuera de lugar si se tienen en cuenta los obstáculos que hemos descrito en estas páginas. Ciertamente, falta la seguridad de que una asistencia informal eficaz pueda ser realizada sólo por no-parientes sin la participación del sector formal.

En este contexto se nos enmarca *un examen creativo del rol asistencial de la familia.* Por parte de los *policy makers* implicaría elaborar servicios de apoyo a la familia en su conjunto, de tal manera que sea frecuente, entre la familia y los servicios, una eficaz colaboración más que una alternancia o descarga recíproca.

Las políticas de *community care* constituyen un desafío crucial en el inicio del tercer milenio. Una *community care* es imprescindible para atender las necesidades de las personas no autosuficientes. Como se ha tratado de mostrar en estas páginas, estamos ante una área de las políticas sociales tendente a la incerteza y a la confusión. En el corazón de esta política existe un vacío. Mien-

---

tras el trabajo de asistencia cotidiana de los diversos operadores formales e informales, bien o mal, sigue su camino, será necesario reflexionar seriamente en el enfoque de las políticas que modelarán la planificación asistencial del próximo siglo.

## 5. BIBLIOGRAFÍA

- ABRAMS, P. (1980): «Social change, social networks and neighbourhood are», en *Social Work Service*, vol. 22, febrero, pp. 12-23.
- ALARY, J. (1988): *Solidarités, Pratiques de recherche-action et prise en charge par le milieu*, Montreal, Boreal.
- ALLAN, G. (1985): *Family Structure in Nineteenth Century Lancashire*, Cambridge, Cambridge University Press.
- ARDIGO, A. (1980): *Crisi di governabilità e mondi vitali*, Bolonia, Cappelli.
- BALBO, L. (1987): *Stato di famiglia*, Milán, Etas.
- BARNES, J. A. (1954): «Class and committees in Norwegian island parish», en *Human Relations*, vol. 7, pp. 39-58.
- BERKMAN, L., y SYME, L. (1979): «Social networks, host resistance and mortality», en *American Journal of Epidemiology*, vol. 109, pp. 187-204.
- BERZANO, L. (1989): «Reti sociali e disagio psichico», en *Psichiatrica/Infomazione*, núm. 2 (número único).
- BIANCHI, M., y FOLGHERAITER, F. (1993): *L'assistente sociale nella nuova realtà dei servizi*, Milán, Franco-Angeli.
- BIEGEL, D. E. (1985): *Community Support Systems in Mental Health, Policy and Research*, Nueva York, Springer.
- BLACK, M. (1990): «Vagueness. An Exercise in Logical Analysis», en *International Journal of General Systems*, vol. 17, núms. 2-3, pp. 197-228.
- BLUMBERG, R. L. (1990): *Gender, Family and Economy*, Newbury Park, Sage.
- BOISSEVAIN, J. (1985): «Networks», en A. y J. Kuper (eds.), *The Social Science Encyclopedia*, Londres, Routledge and Kegan Paul, pp. 557-558.
- BOTT, E. (1957): *Family and Social Network*, Londres, Tavistock.
- BULMER, M. (1978): *Social Policy Research*, Londres, Macmillan.
- (1986): *Social Science and Social Policy*, Londres, Allen and Unwin.
- (1987a): «Privacy and confidentiality as obstacles to interweaving formal and informal care», en *Journal of Voluntary Action Research*, vol. 22, pp. 58-92.
- (1987b): *The Social Basis of Community Care*, Londres, Allen and Unwin.
- (1991a), «Recenti tendenze de la community care: probleme e prospettive», en F. Folgheraiter y P. Donati (eds.), *Community Care. Teoria e pratica del lavoro sociale di rete*, Trento, Edizioni Centro Studi Erickson.
- (1991b): «Famiglia e community care oggi», en P. Donati y M. Matteini (eds.), *Quale politica per quale famiglia in Europa*, Milán, Franco-Angeli.
- CASSELL, J. (1974): «Psychosocial proceses and stress: theoretical formulations», en *International Journal of Health Services*, vol. 4, pp. 471-482.
- CESAREO, V. (1981): *Espansione e crisi dello stato del benessere in Italia*, Milán, Franco-Angeli.
- CHALLIS, D., y DAVIES, B. (1986): *Case Management in Community Care*, Aldershot, Gover Publishing Company.
- CHAPPEL, N. L. (1973): «Informal support networks among the elderly», en *Research on Aging*, vol. 5, núm. 1, marzo, pp. 77-99.
- COHEN, S., y WARREN, R. D. (1985): *Respite Care: Principles, Programs and Policies*, Austin, PROED.

- COLLINS, R. (1992): *Teorie Sociologiche*, Bolonia, Il Mulino.
- DEPARTMENT OF HEALTH AND SOCIAL SECURITY (1978): *The DHSS Perspective*, Londres, DHSS.
- (1981a): *Care in the Community: A consultative Document on Moving Resources for care in England*, Londres, DHSS.
- (1981b): *Care in Action*, Londres, HMSO.
- DI NICOLA, P. (1989): «Analisi di rete ed intervento di rete», en *La Ricerca Sociale*, núm. 45, pp. 142-167.
- (1990): «Nuovi diritti di cittadinanza e famiglia: esiste un diritto di cittadinanza della famiglia?», en *La Ricerca Sociale*, núm. 46, pp. 34-52.
- (1991): *Percorsi femminili*, Milán, Franco-Angeli.
- (1994): «El papel de las redes sociales primarias en el control de la enfermedad y protección de la salud», en P. Donati (ed.), *Manual de Sociología Sanitaria*, Madrid, Ediciones Diez Santos.
- DONATI, P. (1991): *Teoria relazionale della società*, Milán, Franco-Angeli.
- (1992): «Democracia et cittadinanza: al di là de un codice evolutivo problematico», en *La Ricerca Sociale*, núm. 46, pp. 137-168.
- (1993): *La cittadinanza societaria*, Roma-Bari, Laterza.
- (1996): «El desafío del universalismo en una sociedad multicultural postmoderna: un planteamiento relacional», *Simposio Internacional de Filosofía y Ciencias Sociales*, Pamplona, Universidad de Navarra.
- ELL, K. (1984): «Social networks, social support and Health: a review», en *Social Service Review*, núm. 58, marzo, pp. 133-149.
- FADIGA, A. L. (1993): *Cittadinanza. Riflessioni sull'idea di emancipazione*, Milán, Feltrinelli.
- FISCHER, C. S., y PHILLIPS, S. L. (1982): «Who is alone? Social Characteristics of people with small networks?», en I. A. Peaplu y D. Perlman (eds.), *Loneliness: A Sourcebook of Current Theory, Research and Therapy*, Nueva York, Wiley.
- FOLGHERATER, F. (1992): *Operatori sociali e lavoro di rete*, Trento, Edizioni Centro Studi Erickson.
- GIORIO, G. (1990): *Dall'intersoggettività alla reciprocità nelle risposte ai bisogni umani della società tecnologica*, Padova, CEDAM.
- GOTLEIH, B. H. (1981): *Social Networks and Social Support*, Beverly Hills, Sage.
- GOUDBOUT, J. T. (1993): *Lo spirito del dono*, Turín, Bollati Boringhieri.
- GRANOVETTER, M. (1973): «The strength of weak ties», en *American Journal of Sociology*, vol. 78, núm. 6, pp. 1360-1380.
- (1983): «The strength of weak ties: a Network theory revisited», en R. Collins (eds.), *Sociological Theory*, San Francisco, Jossey Bass, pp. 201-233.
- GRUNOW, D. (1985): «Lavoro e aiuto autonomo quotidiano nelle famiglie e nelle reti sociali. Un'indagine ne la RFT», en *Inchiesta*, año XV, núms. 67-68.
- HALSEY, A. H. (1974): «Government against poverty in school an community», en D. Wedderburn (eds.), *Poverty, Inequality and Class Structure*, Cambridge, Cambridge University Press, pp. 123-139.
- HAMMER, U. (1992): «Social support, social networks and shizophrenia», en *Schizophrenia Bulletin*, vol. 7, pp. 45-46.
- HANNERZ, U. (1992): *Esplorare la città: antropologia della vita urbana*, Bolonia, Il Mulino.
- HENWOOD, M. (1990): *Community Care and Elderly People*, Londres, Family Policy Studies Center.
- IGLESIAS DE USSEL, J. (1990): «Familia y cambio político en España», en *Revista de Estudios Políticos*, núm. 67, enero-marzo, pp. 235-259.
- JERROME, D. (1981): *Die postmoderne Kultur, Gesselchaftlich-kulturelle Konsequenzen der technischen Entwicklung*, Munich, Beck.
- LA ROSA, M.; ORSI, W., y PORCU, S. (1991): *Anziani, salute, ospedale. Dalle ospedalizzazioni impropie alle reti dei servizi territoriali*, Milán, Franco-Angeli.
- LAUMANN, E., y MARSDEN, P. (1983): *Networks of Collective Action: A Perspective on Community Influence Systems*, Nueva York, Academic Press.
- LISTER, R. (1990): «Women, Economic, Dependency and Citizenship», en *Journal of Social Policy*, núm. 4, pp. 464-479.

- LITWAK, E. (1985): *Helping the Elderly: the Complementary Roles of Informal Networks and Formal Systems*, Nueva York, Guilford Press.
- LITWAK, E., y SZENLENYI, I. (1969): «Primary group structures and their functions: kin, neighbours and friends», en *American Sociological Review*, vol. 34, agosto, pp. 465-481.
- LLANO, A. (1989): *La nueva sensibilidad*, Madrid, Espasa-Universidad.
- LOGUE, J. (1980): *Lo stato del benessere: vittima del suo successo*, Bolonia, Il Mulino.
- LOMI, A. (1991): *Reti organizzative: teoria, tecniche ed applicazioni*, Bolonia, Il Mulino.
- LOMNITZ, L. (1997): *Networks and Marginality: life in a Mexican Shantytown*, Nueva York, Academic Press.
- MALIN, N. A. (1991): «Familia e politiche di normalizzazione: un ripensamento dei servizi sociali personali nelle comunità locali», en P. Donati y M. Matteini (eds.), *Quale politica per quale famiglia in Europa*, Milán, Franco-Angeli.
- MAYER, P. (1961): *Tibesmen or Townsmen: Conservation and the Process of Urbanization in South African City*, Cape Town, Oxford University Press.
- MITCHELL, J. C. (1966): «Theoretical orientations in African urban studies», en M. Banton (ed.), *The Social Anthropology of Complex Societies*, Londres, Tavistock, pp. 37-68.
- NISBET, R. (1977): *La tradizione sociologica*, Florencia, La Nuova Italia.
- PARKER, R. (1981): «Tending and social policy», en M. Goldberg y S. Hatch (eds.), *A New Look at the Personal Social Services*, Londres, Policy Studies Institute, informe sobre el debate, núm. 4, pp. 17-34.
- PASCALL, G. (1986): *Social Policy: A Feminist Analysis*, Londres, Tavistock.
- RADCLIFFE-BROWN, A. R. (1940): «On social structure», en *Journal of the Royal Anthropological Institute of Great Britain and Ireland*, núm. 70, pp. 1-12.
- ROUSTANG, G. (1982), *Le travail autrement. Travail et mode de vie*, París, Dunod.
- ROYAL COMMISSION ON MENTAL ILLNES AND MENTAL DEFICIENCY (1957): Report, Cmnd. 169, Londres, HMSO.
- RUBIN, A. (1987): «Case Management», en *Encyclopedia of Social Work*, Nation Association of Social Workers, vol. 1, pp. 214.
- SANICOLA, L. (1990): *Comunità e servizi alla persona*, Padova, CEDAM.
- SECUNDULFO, D. (1987): *Medicine del quotidiano*, Milán, Franco-Angeli.
- SGRITTA, G. B. (1993): «Il mutamento demografico: rivoluzione inavvertita», en *Il Mulino*, año XLII, núm. 345, pp. 15-32.
- SILVERMANN, P. (1989): *I gruppi di mutuo aiuto*, Trento, Edizioni Centro Studi Erikson.
- SPECHT, H. (1986): «Social support, social networks, social exchange and social work practice», en *Social Service Review*, vol. 60, núm. 2, pp. 218-240.
- STANTON, D. (1990): *Family and Support Systems Across the Life Span*, Londres-Nueva York, Plenum Press.
- TITMUS, R. M. (1968): «Community care: fact or fiction», en R. TITMUS, *Commitment to Welfare*, Londres, George Allen and Unwin, pp. 104-109.
- WALKER, A. (1984): *Social Planning. A Strategy for Socialist Welfare*, Oxford, Basil Blackwell.
- WEBER, M. (1947): *The Theory of Social and Economic Organization*, Nueva York, Oxford University Press.
- WEISS, R. S. (1973): *Loneliness: the Experience of Emotional and Social Isolation*, Cambridge (Mass.), MIT Press.
- WELMAN, B. (1979): «The Community question: the intimate networks of East Yorkers», en *American Journal of Sociology*, vol. 84, núm. 5, pp. 1201-1231.
- WENGER, G. C. (1981): *The Elderly in the Community: Family Contacts, Social Integration and Community Involvement*, University College of North Wales, Bangor, Department of Social Theory and Institution, relación núm. 18.
- (1984), *The Supportive Network: Coping with Old Age*, Londres, Allen and Unwin.
- WILLIAMS, R. (1976): *Keywords*, Londres, Fontana.



- WILLMOTT, P. (1984): *Community in Social Policy*, Londres, Policy Studies Institute, relación sobre la discusión núm. 9.
- (1986a): *Social Networks, Informal Care and Social Policy*, Londres, Studies Institute Research, relación núm. 655.
- (1986b): *The Debate About Community: Paper from a Seminar on Community and Social Policy*, Londres, Policy Studies Institute, relación sobre la discusión núm. 13.
- (1989): *Community Initiatives: Patterns and Prospects*, Londres, Policy Studies Institute.
- WOLFE, A. W. (1978): «The rise of network thinking in anthropology», en *Social Networks*, vol. 1, pp. 53-64.
- ZADEH, A. (1986): «The Birth and Evolution of Fuzzy Logic», en *International Sociology*, vol. 1, núm. 4, pp. 443-457.

### ABSTRACT

The centre of this article is the relationship between ideas and policy. Policy that is known as *community care*: the care of the people assisting —formally or not— to old people, handicapped or the other categories of not self-sufficient people living *in the community* or in their own homes. One of the objectives has been to demonstrate that in some aspects *community care* politics are based upon wrong common sense judgments related to the community relations that are presented by the politicians as sociological truths. The results of this is a lack in the heart of the assisting policy that produces an unefficient distribution of the services because of the tendency to transfer this assistance *to the community*.

---

# TEXTO CLÁSICO