

# FUNCION ESPECIFICA DE LA FAMILIA EN LA ATENCION SOCIAL COMUNITARIA: SU VALOR COMO RECURSO PARA LA SOCIEDAD

M.<sup>a</sup> ASUNCION MARTINEZ ROMAN  
M.<sup>a</sup> TERESA MIRA-PERCEVAL PASTOR  
HORTENSIA REDERO BELLIDO

Escuela Universitaria de Trabajo Social  
Universidad de Alicante

## 1. TRANSFORMACIONES RECIENTES EN LOS MECANISMOS DE RESPUESTA A LAS NECESIDADES SOCIALES: PLANTEAMIENTOS ACTUALES

**E**n las últimas décadas se ha iniciado un proceso de desinstitucionalización, paralelo al redescubrimiento de la comunidad local como el lugar idóneo para la atención de las necesidades sociales de sus miembros<sup>1</sup>. La atención social en la comunidad, como alternativa al tratamiento institucional, es valorada como social, moral y políticamente deseable.

Sin embargo, consideramos necesario reflexionar acerca de algunos aspectos de este proceso que, lejos de cuestionar las indudables ventajas del planteamiento, pongan de relieve los riesgos que pueden comportar para los individuos y sus familias, así como para la propia comunidad. Riesgos que necesariamente han de ser considerados y valorados en la planificación de la actuación social y en la construcción de la red de recursos a nivel comunitario.

No es necesario insistir en los defectos que se atribuyen a las grandes instituciones en el tratamiento social de necesidades y problemas: desintegración social, aislamiento, estigmatización de colectivos, dependencia, dificultades de reinserción posterior y otros aspectos ampliamente debatidos. Tradicionalmente la institución representaba el lugar idóneo para proporcionar un emplazamiento aislado y seguro a aquellos individuos que por sus características personales o sociales en-

<sup>1</sup> Consejo de Europa, «Nuevas fórmulas relativas a la estructura y organización de los Servicios Sociales». Estrasburgo, 1979. ONU, «Consulta internacional sobre los Servicios Sociales en España», *Boletín de Estudios y Documentación de Servicios Sociales*, núm. 17, 1984, págs. 31-38.

contraban dificultades para su desenvolvimiento normalizado dentro de la sociedad. Al mismo tiempo, la institución cumplía una función social importante ya que además de proporcionar esa atención y tratamiento, era un bálsamo para la conciencia de la sociedad. La conciencia pública fue aliviada sabiendo que se había hecho algo por ellos y la segregación también permitía a la sociedad «olvidar» su existencia.

Esta propuesta de atención a las necesidades sociales en la comunidad fue abiertamente defendida en el informe Seebhom en 1968 al recomendar que los servicios sociales debían estar basados en la comunidad y describió cómo la comunidad supone la existencia de una red de relaciones recíprocas que asegurarían la ayuda mutua y proporcionaría a aquellos que la experimentan el bienestar necesario. Posteriormente, el informe Barclay en 1982 señaló que una característica importante de la comunidad es la capacidad de sus miembros para movilizar recursos. Defendió una más estrecha alianza entre los ciudadanos y entre éstos y los servicios sociales personales. Otra recomendación que contenía el mencionado informe hacía referencia al desarrollo de organizaciones flexibles, descentralizadas, basadas en un plan de atención social que incorpore totalmente a las redes sociales informales, así como al voluntariado y las familias. Ultimamente, en 1988, en el análisis que Griffiths realiza de la atención comunitaria, subraya que las necesidades de los individuos son soberanas y que si la atención social comunitaria significa algo, esto quiere decir que la responsabilidad se ubica tan cerca como sea posible del individuo y de aquellos que le atienden. Señaló la importancia de que desde los equipos de salud y de servicios sociales se desarrollen nuevas formas de trabajo, los esquemas tradicionales ya no resultan adecuados <sup>2</sup>.

La atención social de naturaleza institucional constituye, pues, una estrategia de intervención en situaciones conflictivas o de necesidad que en los últimos años, como se ha indicado, está siendo objeto de severas críticas. Sin embargo, no es un enfoque superado, e incluso, sería ingenuo plantearse la total supresión de las mismas, por lo que es necesario adecuarlas y transformarlas de acuerdo con los planteamientos actuales <sup>3</sup>.

<sup>2</sup> Barclay, P., *Social Workers: Their role and Tasks*. National Institute for Social Work, 1982; Griffiths, R., *Community Care: Agenda for action*. A report to the Secretary of State for Social Services. H.M. Stationary Office, 1988; Seebhom Committee, *Report on Social Workers in Local Authority and Allied Personal Social Services*. Cmnd. 2703. H.M. Stationary Office, 1968.

<sup>3</sup> Mira-Perceval Pastor, M. T., «Protección social a la infancia marginada. Su significación y alcance en la atención social comunitaria» en *Necesidades colectivas y Servicios Sociales. Propuestas de análisis y actuación*. Instituto de Cultura Juan Gil-Albert, Alicante, 1992, capítulo 2.

## 2. LA ATENCION SOCIAL COMUNITARIA A DEBATE

Tres aspectos importantes están en la base del debate actual en torno a la atención social comunitaria. En primer lugar, el rechazo de toda intervención que favorezca e incluso fomente la dependencia de aquellos que tienen dificultades para desarrollar una vida normalizada y, por el contrario, las ventajas de facilitar modos de vida autónomos, o, si ello no es posible, con los apoyos personales y sociales suficientes, pero sin que ello implique la desvinculación del entorno habitual. En segundo lugar, el propósito de reducir el tamaño de las instituciones de las personas que precisan de un apoyo especial y la intención de que éste sólo sea temporal si es posible. Y en tercer lugar, la meta de implicar a terceros de forma diversa en la provisión de cuidados. Otros aspectos que podemos señalar, en una línea más crítica, se refieren por una parte, a la presunción de que la atención social comunitaria es más barata que la proporcionada a través de instituciones <sup>4</sup> y, por otra, a que aceptando que la institucionalización es cada día más cara, la atención social en la comunidad se promueve como un nuevo valor en sí mismo, sin haber sido suficientemente evaluado empíricamente <sup>5</sup>.

Desde un punto de vista teórico y práctico, las tendencias actuales otorgan un valor preeminente a la atención social comunitaria; en los últimos años las reivindicaciones de cambios fundamentales en la orientación de los servicios se han ido haciendo progresivamente más notorias. Se defiende que los servicios sociales deben ir orientados a preservar la autonomía del individuo, y su inserción familiar y social. Sólo así es posible evitar alterar sustancialmente el marco habitual de vida de las personas.

Otro tipo de razones son esgrimidas en la defensa de un cambio de modelo en la atención a las necesidades sociales; razones que podríamos calificar de naturaleza material. Si, por ejemplo, nos referimos a las personas mayores, en las últimas décadas, desde el punto de vista demográfico observamos un crecimiento importante del número de ancianos, muchos de los cuales precisan apoyos personales <sup>6</sup>. Ello ha provocado un incremento de servicios orientados a su atención, fundamentalmente residencias. No obstante un crecimiento continuado en esta línea no parece que pueda ser mantenido, debido a la gran carga

<sup>4</sup> Payne, M., *Social care in the community*. Macmillan Education LTD, Londres, 1986, págs. 11-12.

<sup>5</sup> Macarov, D., *Social Work Practice in the Future*, Silver Spring (USA); NASW Press, 1991, pág. 6.

<sup>6</sup> Redero Bellido, H., «Atención al enfermo crónico y terminal en la tercera edad. Planteamientos generales y propuestas de actuación» en *Necesidades Colectivas y Servicios Sociales*. Propuestas de análisis y actuación. Instituto de Cultura Juan Gil-Albert, Alicante, 1992, capítulo 4.

financiera que representa el sostenimiento de las instituciones; llegados a un punto, el sistema no podría asumir su sostenimiento si ha de prestar servicios adecuados en cantidad y calidad <sup>7</sup>. La contribución que vienen realizando los equipamientos residenciales en la atención a determinadas necesidades y carencias, se prevé que disminuya de forma dramática durante los próximos años, en favor de fórmulas alternativas <sup>8</sup>.

Todo lo apuntado provoca que la atención social a nivel comunitario a ancianos, enfermos crónicos, menores, discapacitados y otros colectivos, en la actualidad sea objeto de debate, ya que aunque existe un gran acuerdo sobre las metas y objetivos, no lo hay tanto sobre lo que significa en la práctica. Incluso existen detractores que ven esta alternativa como sinónimo de abaratar costes, y según señala Malcolm Payne, como un indicador del declive del estado de bienestar <sup>9</sup>. En efecto, no son pocos los que afirman que para los políticos la atención social en la comunidad es una útil pieza retórica, que para la administración pública es una alternativa más barata al cuidado institucional e inspira poca confianza en cuanto a su eficacia.

Esta connotación negativa de la atención social comunitaria no parece estar exenta de razón si se generan amplias expectativas públicas, pero sin dotar a las comunidades de recursos adecuados para hacer frente a las necesidades de sus miembros. En este sentido, cabría plantearse si realmente representa una alternativa más «barata», o lo es porque no ofrece todos los servicios necesarios para dar una respuesta adecuada a las necesidades reales. Numerosos estudios constatan el elevado gasto que supone el mantenimiento de una persona en una institución comparativamente con su atención en la comunidad; la diferencia de coste será más elevada si en el contexto comunitario no se arbitran los recursos necesarios para que su atención sea óptima desde el punto de vista cualitativo, como parece que de hecho está ocurriendo.

Si realizamos una valoración de los actuales servicios a nivel comunitario, éstos resultan a todas luces inadecuados e insuficientes para dar respuestas satisfactorias a las necesidades desde el ámbito comu-

<sup>7</sup> Este es un problema serio en España y de ello se hacen eco con frecuencia los medios de comunicación. En los últimos meses encontramos: Mayor, R., «Treinta mil ancianos a la espera de una plaza en residencias de la tercera edad. España tiene 2,5 camas por cada cien mayores y la CE recomienda seis», *ABC*, 3.11.1991, pág. 73; Gutiérrez, B., «1.800 ancianos esperan plaza en residencias», *La Voz de Asturias*, 16.11.1991, pág. 31; Olabarieta, B., «Residencias sí, pero no para mí. El 40 % de los españoles cree que el asilo es el mejor sitio para los ancianos», *Ya*, 5.01.1992.

<sup>8</sup> Challis, D. y Davies, B., «A new approach to community care for elderly». *British Journal of Social Work*, vol. 10, núm. 1, 1980, págs. 1-2.

<sup>9</sup> Payne, Malcom, *Social Care in the community*. Macmillan Education Ltd., Londres, 1986, págs. 13-18.

nitario. Tomando como ejemplo la *Ayuda a domicilio*, programa que tiene amplia implantación en la mayoría de nuestros municipios, muchas de las más importantes demandas de atención que a él se dirigen lo son para distintos tipos de servicios que se precisan incluso fuera de las horas de oficina (temprano por la mañana, tarde por la noche o durante los fines de semana). En otros países, en los que la ayuda domiciliaria tiene amplia tradición, ésta a menudo no contempla los servicios que la persona precisa, resulta costosa si los servicios se han de realizar fuera del horario ordinario y carece de una estructura administrativa y de personal que asegure una rápida y flexible readecuación de los recursos dirigidos a los más vulnerables <sup>10</sup>. En nuestro país es habitual que, desde la Administración pública, se argumente que este servicio es más «eficaz y actual», para justificar la carencia de plazas de residencias de ancianos arguyendo la necesidad de «normalización» en la atención de las necesidades sociales, pero la prestación efectiva de todos los servicios que se precisan para ello parece olvidarse por parte de los políticos, terminada la campaña electoral <sup>11</sup>.

La práctica del trabajo social nos muestra que este servicio dista mucho de ser la alternativa que se promete a la institucionalización. La Federación Española de Municipios y Provincias, realizó en 1986 una importante investigación sobre la situación de los Servicios Sociales en la Administración Local en la que se concluyó que los problemas fundamentales del servicio de ayuda a domicilio en España son: la insuficiente dotación presupuestaria, la descoordinación entre las distintas Administraciones públicas y la percepción errónea de los usuarios sobre el contenido y objetivos del servicio. La realidad nos indica que este servicio es insuficiente, y en todos los municipios existe una gran demanda que no obtiene la respuesta adecuada <sup>12</sup>. El hecho de que los usuarios tengan una «percepción errónea sobre el contenido y objetivos del servicio» nos hace preguntarnos, conociendo tanto la realidad española como la de otros países europeos, si nuestros programas de ayuda a domicilio no han nacido restringidos en exceso, tanto en los servicios que ofrece como en cuanto a sus posibles beneficiarios. Cabría estudiar qué demandan los usuarios y, en todo caso, si en efecto las demandas no fueran pertinentes al programa habría que reconocerlas como indicador de necesidades no satisfechas que precisan respuestas por parte de otros servicios.

<sup>10</sup> Challis, D. y Bledyn, D., «A new approach to community care for elderly». *British Journal of Social Work*, vol. 10, núm. 1, 1980, pág. 3.

<sup>11</sup> Un interesante estudio cuantitativo y cualitativo del contenido relativo a Política Social y Servicios Sociales de los discursos de investidura de los Presidentes de las CC.AA. españolas puede encontrarse en: Garces, J., *Políticos y Pobres*, Nau Llibres, Valencia, 1991.

<sup>12</sup> Federación Española de Municipios y Provincias, *El servicio de ayuda a domicilio en la Administración Local*. FEMP, Madrid, 1990.

La atención social comunitaria fracasará como planteamiento si se concibe como una forma de hacer frente a las necesidades de la población a partir de los recursos informales (familia, amigos, vecinos, ...) exclusivamente; éstos son necesarios para la propuesta, incluso insustituibles, pero como tales recursos, a su vez necesitan ser «apoyados» en su tarea de apoyo a sus familiares, parientes o vecinos afectados de determinadas limitaciones.

Respecto de los detractores de las grandes e impersonales instituciones, por un lado, y para aquellas situaciones especiales en las que el internamiento representa la única vía posible de atención, éstos abogan por reducir el tamaño de las mismas proporcionando atención personal y descentralizadas, de tal forma que los residentes puedan mantener contactos regulares con otras personas que no necesitan cuidados especiales y viven fuera de las instituciones. Por otro lado, entienden que la familia, los parientes y los vecinos representan la vía más adecuada superadora de la dependencia y falta de autonomía característica del tratamiento institucional. Siempre que cuenten con los apoyos adecuados y con recursos suficientes a nivel comunitario.

### 3. ATENCION SOCIAL EN Y POR LA COMUNIDAD: DOS TAREAS BASICAS COMPLEMENTARIAS

En ocasiones estas expresiones: atención *en* la comunidad y atención *por* la comunidad, se utilizan indistintamente o como sinónimos; sin embargo, cada una de ellas tiene implicaciones diferentes tanto para los profesionales del trabajo social, como para la propia comunidad, ya que la segunda expresión supone para ésta la asunción moral de responsabilidades mutuas.

Desde nuestro punto de vista, la atención en la comunidad puede ser propensa a heredar muchos de los fallos o faltas de las instituciones. El concepto expresa que los poderes públicos se responsabilizan de la distribución de servicios suficientes para atender las necesidades de la población; servicios inspirados en los principios de descentralización, integración-normalización y participación.

La atención social por la comunidad sugiere una implicación real de ésta en la atención a las necesidades de sus propios miembros. No creemos que se trate de oponer una expresión a otra, sino que ambas representan las dos caras complementarias de una misma moneda: la atención social comunitaria <sup>13</sup>.

<sup>13</sup> Martínez Román, M. A.; Mira-Perceval Pastor, M. T. y Redero Bellido, H., «La acción en la comunidad ante el desinternamiento» en *Seminario «La formación de los Trabajadores Sociales ante los cambios emergentes»*. Barcelona 22-23, febrero, 1991.

Pasemos, ahora sí, a apuntar algunos de los riesgos que esta opción puede representar para los individuos afectados, sus familias y la propia comunidad, si no es implementada de forma adecuada.

Cualquier planteamiento de atención social comunitaria, como alternativa a la institucionalización, que no responda a una planificación que dote a la comunidad de una red de servicios alternativos garantizando a nivel local una respuesta adecuada a las necesidades de los individuos, puede desembocar en abandono o desatención y, en consecuencia, un agravamiento e incluso cronificación de la situación; con repercusiones más o menos graves para la propia comunidad, según las características peculiares de cada caso.

La familia, responsable ahora del cuidado del miembro con dificultades, puede sentirse abandonada a su propia suerte, pudiendo llegar a una espiral de tensiones, angustias, conflictos para los que no encuentra apoyo alguno y que servirán de efecto multiplicador de otros problemas que pudieran existir en el núcleo familiar. S. Jutras y M. Renaud, tras estudiar la repercusión en las familias del cuidado de sus miembros ancianos, concluyen que, independientemente de su nivel de ingresos, la mitad de los cuidadores de padres en el domicilio (47 %) o, incluso los que cuidan a familiares ingresados en instituciones (44,8 %), afirman que su situación de cuidadores les supone consecuencias negativas en su vida personal y familiar<sup>14</sup>.

En efecto, la presencia en la familia de un miembro anciano, discapacitado, enfermo crónico, etc., provoca un desgaste emocional y representa una carga excesiva, tanto física como psíquica. Si no existen apoyos reales, la inseguridad y ansiedad genera en ella *stress* y aumenta los riesgos de desestructuración y alteración de otros miembros<sup>15</sup>. En el caso de los menores, cuando los problemas se derivan de su pertenencia a una familia desestructurada, el riesgo para el menor, e incluso para la comunidad, puede ser aún mayor.

En consecuencia, la atención social comunitaria exige determinar con claridad los objetivos que se persiguen, establecer la organización básica que permita alcanzarlos y desarrollar las líneas de intervención que cada situación requiera.

<sup>14</sup> Jutras, S. y Renaud, M., «Les Québécois devant les Services Sociaux. Un univers en transition», *Service Social*, vol. 39, núm. 2, 1990, págs. 115-128.

<sup>15</sup> En relación a las familias al cuidado de un miembro enfermo mental que precisa de servicios de apoyo y cuidado ver, Anderson, E. A. y Lynch, M. M., «A family impact analysis: The deinstitutionalization of the mentally ill», *Family Relations*, enero, 1984, págs. 41-46; Martínez Román, M. A., «Los enfermos mentales crónicos como usuarios de los Servicios Sociales» en *Necesidades colectivas y Servicios Sociales*. Propuesta de análisis y actuación. Instituto de Cultura Juan Gil-Albert, Alicante, 1992, capítulo 6.

Neil Kinnock señala que cualquier propuesta en esta línea, debe cumplir tres requisitos básicos <sup>16</sup>:

— En primer lugar, la Administración debe asumir su responsabilidad de primer actor en el desarrollo de un nuevo sistema.

— En segundo lugar, las autoridades locales deben garantizar los servicios que la población precisa, incluso en el caso en que no puedan proporcionarlos directamente. Dichos servicios deben tener implantación a nivel local y con la cooperación necesaria de las instituciones de iniciativa social y, si se considera adecuado, del sector privado, en orden a asegurar que existe una posibilidad real de elección de calidad.

— En tercer lugar, debe asegurarse el apoyo preciso a las familias a través de una asociación adecuada con las instituciones responsables de la atención social, sean éstas públicas o del sector voluntario.

La preocupación fundamental de este planteamiento debe centrarse en que los servicios de ayuda y apoyo necesarios estén disponibles cuando se necesitan, que sean eficaces y de calidad y que sean planificados cuidadosamente de forma que su ejecución respete la dignidad de aquéllos que hacen uso de ellos.

Identificada toda la gama de necesidades, y para asegurarnos que la ayuda que se precisa va a estar disponible cuando se requiere, no podemos esperar que las autoridades locales asuman la titularidad de todo tipo y modalidad de servicio; es necesario emprender la reorganización de los recursos, promover una mayor y más efectiva colaboración con las organizaciones voluntarias y las redes sociales de recursos informales, en definitiva favorecer el desarrollo del sentimiento de comunidad.

Tampoco las fuerzas del mercado, independientemente de sus múltiples virtudes, pueden asumir y abordar de forma exclusiva y comprensiva todas las actuaciones que sean precisas en función de las diferentes áreas relacionadas con el bienestar (vivienda, salud, ingresos, etc.). No están en condiciones de proporcionar cuidados a aquéllos cuyas necesidades son complejas, cambiantes, intensivas y exigentes. No pueden regular la calidad general de la atención. No es una cuestión de ideología. Las fuerzas del mercado simplemente no entran en el negocio de facilitar recursos en aquellas áreas que definitivamente no constituyen negocio. Sus actuaciones en el campo de lo social se orientan hacia aquellas demandas que pueden proporcionar beneficios, por lo que sólo aquéllos con capacidad adquisitiva pueden acceder a los servicios ofertados por el mercado.

Por otro lado, el sector voluntario con sus motivaciones altruistas

<sup>16</sup> Kinnock, N., «Matters of choice». *Community Care*, núm. 866, junio 1991, pág. 18.



y su capacidad de innovación, puede ejercer un papel central que debe potenciarse al máximo. Sus cualidades, demostradas en la atención a las necesidades sociales, no deben ser frenadas, sino, por el contrario, adecuadamente potenciadas fomentando alianzas positivas. Asimismo, aquellos que tienen una relación más directa con las personas que precisan de apoyo personal y social, como son las familias, están en el centro y son parte fundamental de la propuesta y los servicios de apoyo y soporte a éstos han de ser ampliamente desarrollados. Tradicionalmente han constituido un sistema invisible de apoyo social y sanitario: hijos/as, en ocasiones muy jóvenes, que atienden a sus padres incapacitados; sobrinos/as que cuidan de sus tíos y tías, padres ancianos que proporcionan una atención sanitaria a sus hijos discapacitados, etc. En ocasiones, los familiares que se ocupan de proporcionar los cuidados están ellos mismos enfermos, viven aislados y sin posibilidad de salir de casa ni siquiera por un par de horas. En muchas ocasiones viven situaciones de extrema pobreza y sin posibilidad de asumir los altos costes que supone proporcionar los cuidados que requieren los familiares a su cargo. Soportan altos niveles de *stress*.

Todo ello les hace merecedores de atenciones y apoyos especiales, en definitiva no deben soportar presiones adicionales, ya que si bien es cierto que a los familiares más directos, de acuerdo a la legislación vigente (Título VI del Código Civil), se les impone la obligación legal de prestar alimentos (todo lo indispensable para el sustento, habitación, vestido y asistencia médica), no es menos cierto que el prestar apoyo y asistencia a los familiares es algo más que una obligación legal. Finch, de forma acertada, comenta que el apoyo social entre parientes no puede entenderse simplemente en términos de normas de deberes u obligaciones. Cuando la gente proporciona asistencia a sus familiares no están simplemente actuando de acuerdo con reglas preestablecidas, sino que están inmersos en un proceso de trabajar activamente en aquello que quieren hacer <sup>17</sup>.

Rannveig Traustadottir estudia las influencias en la familia cuando ésta tiene un hijo discapacitado y en especial lo que supone en la vida de la madre. Destaca que si bien es cierto lo comentado en el párrafo anterior, sin embargo, responde al modelo tradicional de familia en el que el hombre asume la responsabilidad del sostenimiento del hogar y la mujer ejerce el rol de esposa y madre a plena dedicación. Este patrón tradicional de familia contrasta con los cambios que se han producido en la institución familiar. En las últimas décadas un alto porcentaje de mujeres se han incorporado al mercado de trabajo, sin que ello haya supuesto el abandono de las tareas que la sociedad le impone como madre y esposa. Para muchas mujeres esto ha supuesto un

<sup>17</sup> Finch, J., *Family obligations and social change*. Polity Press, Oxford, 1989, pág. 179.

alto coste desde el punto de vista físico y psíquico, y en algunos casos con repercusiones económicas si la discapacidad del hijo le obliga a abandonar su empleo <sup>18</sup>. Diversas investigaciones han puesto de relieve que la situación es mucho más grave en el caso de las mujeres solas con cargas familiares, ya que su salario es el único medio de subsistencia de la familia. En estos casos son imprescindibles servicios de apoyo en el cuidado de los miembros a cargo de la mujer, para evitar que la familia tenga que vivir en una situación de dependencia de la asistencia social <sup>19</sup>.

En resumen, si lo que se pretende es construir un sistema adecuado de atención a las necesidades en la comunidad que permita a todos los individuos vivir de forma plena e independiente, y por ello se pide a la familia que se ocupe de sus miembros independientes, se impone el diseño de una estrategia y una planificación adecuada, tanto de la red de equipamientos como de las intervenciones de apoyo familiares en cada caso particular.

#### 4. IMPORTANCIA DE LAS REDES INFORMALES DE ATENCIÓN SOCIAL COMUNITARIA <sup>20</sup>

El enfoque comunitario de atención a las necesidades sociales, como alternativa a la institucionalización de aquellos individuos que por estar afectados por algún tipo de discapacidad, carencia o necesidad que les impedía desarrollar patrones de vida normalizados, ha supuesto un interés creciente por parte de las organizaciones responsables de la provisión de servicios sociales y de salud acerca de las formas de relación entre sus propios servicios y aquellos que prestan o pueden prestar las redes informales de atención social.

Actualmente es muy amplia la bibliografía que destaca la importancia de las redes informales de atención social, a pesar de que no es un fenómeno nuevo (no debemos olvidar que constituye una de las formas pioneras de atención a las necesidades sociales). Siguiendo a Abrams, Miller señala que el término hace referencia a la provisión de ayuda, apoyo y protección por parte de miembros de la sociedad no cualificados especialmente para tales tareas, las cuales abarcan una gama muy variada de actividades: cuidados personales, apoyo en tareas domésticas, ayuda ocasional en el desplazamiento de personas, vigilancia y apoyo social, incluso «ser un buen vecino» y, en general «es-

<sup>18</sup> Traustadottir, R., «Mothers who care: Gender, Disability and family life». *Journal of family issues*, vol. 12, núm. 2, junio 1991, pág. 225; Nicola, G. P. di., *Reciprocidad hombre/mujer: Igualdad y diferencia*. Narcea, Madrid, 1991.

<sup>19</sup> Chandler, S. y Williams, J., *Project succes evaluation*. School of Social Work. University of Hawaii, junio 1, 1989, pág. 81.

<sup>20</sup> En inglés *Community informal care network*.

tar pendiente de alguien». La dispensa de cuidados a nivel informal puede proporcionarse durante un período de tiempo más o menos largo, o incluso puede referirse a acciones ocasionales o puntuales. Por tanto, desde el punto de vista de los sujetos que desarrollan este tipo de actividades, el concepto incluye tanto a los miembros de la familia que se ocupan de otros familiares, como a los amigos y vecinos; asimismo, hace referencia a aquellos que proporcionan cuidados de forma altruista y voluntaria a través de alguna organización religiosa o laica e incluso a los grupos de autoayuda, como por ejemplo, asociaciones de familiares de menores afectados por discapacidades físicas o psíquicas, o de afectados por una enfermedad específica. El término puede incluso englobar las actividades de aquellos que por requerírseles un mínimo de capacitación, perciben una pequeña cantidad a cambio de la misma; sería el caso, por ejemplo, de las familias sustitutas <sup>21</sup>.

Si analizamos los rasgos más destacables de este tipo de redes sociales puestos en evidencia por estudios recientes, observaremos que reflejan la realidad actual de las mismas en nuestro país. Se ha constatado que, aunque las redes de atención social informales están presentes en la comunidad, permanecen prácticamente invisibles a las instituciones prestadoras de servicios sociales, sin recibir ningún o muy escaso apoyo de éstas en muchos casos. Los servicios sociales se orientan fundamentalmente a aquellos que no tienen a nadie a quien recurrir en apoyo de sus problemas. Normalmente son los parientes más próximos los que proporcionan las atenciones y cuidados, viviendo en la misma casa o edificio. En caso de que no existan familiares, la ayuda generalmente es proporcionada por los vecinos más próximos. En su mayoría son mujeres las que se ocupan de prestar la ayuda <sup>22</sup>; los hombres lo hacen normalmente si la persona que precisa las atenciones es su esposa o un hijo. No son infrecuentes los casos en que son los hijos, a veces en edad escolar, los que han de ocuparse de alguno de sus padres por estar incapacitado. El tipo de apoyo que ofrecen los vecinos se refiere a vigilancia y tareas auxiliares más que a facilitar cuidados personales o realizar tareas domésticas de forma regular.

Es constatable, además de lo anterior, que aquellos que asumen la responsabilidad de proporcionar los cuidados necesarios a una persona discapacitada, anciana, enferma, etc., viven bajo una presión constante física, psíquica y emocional. Sin embargo, en caso de que cuen-

<sup>21</sup> Stockford, D.; Miller, N. et al., *Integrating care systems: Practical perspectives*. Longman, Londres, 1988, págs. 36-37.

<sup>22</sup> La aplicación de los distintos programas de garantía de ingresos mínimos, que con diferentes denominaciones se han implantado en las Comunidades Autónomas, revela que la mayoría de los beneficiarios son mujeres con cargas familiares. *Manzano, D.*, «El salario social tiene nombre de mujer. La Comunidad ha destinado al IMI 2.000 millones de pesetas en un año». *Ya*, 3.12.1991, pág. 14.

ten con algún tipo de apoyo por parte de los servicios sociales, éste es generalmente muy parcial y limitado, y generalmente se dirigirán prioritariamente a las personas más vulnerables que carezcan de parientes.

Los cambios demográficos y la incorporación progresiva de la mujer al mercado de trabajo hace pensar que las redes informales de atención social van a disminuir en cantidad y calidad. No se puede prever hasta qué punto esta disminución puede ser compensada con el aumento de otro tipo de apoyos informales, sobre todo en los que precisan aquellas personas particularmente débiles física o mentalmente, que necesitan de una atención constante <sup>23</sup>.

Todo ello nos conduce a plantear que la atención a las necesidades sociales en el ámbito comunitario supone un cambio en el enfoque del trabajo de los servicios públicos a la hora de atender las necesidades de la población. Por ejemplo, en el caso de cuidados comunitarios de salud, es preciso determinar los servicios que la persona va a necesitar cuando vuelva a casa; estos servicios pueden incluir asistencia sanitaria o cuidados médicos mínimos, ayuda a domicilio para preparación de comidas y/o aseo del hogar, adaptación de la vivienda a sus limitaciones, material sanitario, etc. Siempre y cuando sea posible la persona afectada y su familia han de participar en la toma de decisiones, una vez valoradas las necesidades y limitaciones que van a enfrentar, en no pocos casos precisarán asesoramiento y orientación a lo largo del proceso y posibilidades de discutir entre ellos los temas que les preocupan. Los trabajadores sociales deben implicarse muy directamente cuando las situaciones familiares son muy complejas, los servicios son insuficientes o la persona sufre una demencia o es incapaz de tomar decisiones por otros motivos <sup>24</sup>.

Es preciso encontrar las vías que permitan establecer una relación estrecha y coordinada entre los recursos formales e informales. Ello supone plantearse el problema y tomar decisiones a nivel político; apoyar de forma real y efectiva las iniciativas de trabajo voluntario y de los grupos de autoayuda a nivel local, poniendo a su disposición todos los medios necesarios; y sobre todo implica cambios importantes en el enfoque de los servicios sociales actuales.

En otras palabras, si las redes sociales informales representan un «recurso», muy valioso como parece demostrarse, los servicios sociales no pueden, desde un punto de vista social, y sobre todo moral, negar su apoyo y colaboración a las mismas, ya que en ellas colaboran de forma altruista personas que carecen del adiestramiento necesario para desarrollar de forma satisfactoria su labor de «cuidadores».

La experiencia demuestra que, reconociendo el valor social de las

<sup>23</sup> Stockford, D.; Miller, N., et al., *Op. cit.*, págs. 38-39.

<sup>24</sup> Schwaber Kerson, T., «Home-focused discharge planning». *Health and Social Work*, vol. 15, núm. 3, agosto, 1990, pág. 243.

redes sociales informales a nivel comunitario, sus necesidades más acuciantes se concretan de forma sintética en los siguientes aspectos:

- Que los profesionales de los servicios sociales revisen de forma sistemática hasta qué punto los programas y servicios se ajustan a las necesidades de los usuarios a los que van dirigidos y a aquellas de las personas que les proporcionan cuidado y atención. Ello implica clarificar el rol de las instituciones en relación a los mismos, conocer y actuar en función de sus demandas, escuchar y atender sus críticas. Las políticas institucionales y sus actuaciones deben evitar la «explotación» de aquellos que asumen la responsabilidad del cuidado de sus parientes, amigos o vecinos.
- Es necesario que los servicios sociales evalúen las necesidades específicas de cada caso y valoren las posibilidades de apoyo y colaboración que pueden proporcionar los familiares más directos y personas próximas a aquellos que padecen algún tipo de problema o limitación en su autonomía personal, ofreciéndoles toda la gama de recursos necesarios para que estén en condiciones de asumir la responsabilidad sin cargas adicionales; negociar con ellos su voluntad y posibilidades de colaboración según sus características, capacidades y disponibilidad de tiempo en función del tipo de atención que se precise.
- Hay que proporcionar a las personas que ejercen de cuidadores información y adiestramiento en las tareas que han de realizar para responder a las necesidades de la persona que está bajo su cuidado.
- Es importante revisar periódicamente las circunstancias cambiantes de la persona que precisa los cuidados y de aquellos que se los ofrecen y que pueden aconsejar un aumento o disminución en la cantidad y tipo de apoyos externos. En otras palabras, proporcionarles servicios flexibles y adecuados a cada circunstancia.
- De los puntos anteriores se desprende la necesidad de que, además de suficientes y flexibles, han de ser servicios accesibles y cercanos, a nivel local.

Todos estos aspectos hacen referencia a necesidades reales que han de ser consideradas, y así lo destaca el Informe sobre la situación de las Residencias de la Tercera Edad en España y alternativas a las mismas desde la perspectiva actual, elaborado en 1989 por la Comisión de Relaciones con el Defensor del Pueblo y de los Derechos Humanos, que se hace eco de la «Resolución sobre las ayudas a ancianos en la Comunidad Europea 86», aprobada por el Parlamento Europeo <sup>25</sup>.

<sup>25</sup> Comisión de Relaciones con el Defensor del Pueblo y de los Derechos Humanos, *Informe sobre la situación de las Residencias de la Tercera Edad en espacio*

Haremos una breve referencia a la mencionada Resolución y a algunas de las recomendaciones contenidas en el Informe que, si bien se refieren a las necesidades de las personas mayores, es perfectamente aplicable a cualquier otra persona o colectivo que precise de cuidados y apoyo por falta de autonomía personal.

La Resolución elaborada por el Parlamento Europeo considera entre otras cosas:

- D. Que una gran parte de los ancianos prefiere permanecer el mayor tiempo posible en el entorno habitual.
- E. Que hasta hoy un alto porcentaje de ancianos son cuidados por sus familias en casa.
- F. Que los familiares, por lo general mujeres, deben ser apoyados en sus cuidados mediante una amplia oferta de asistencia a domicilio o fijas.
- G. Que en la mayoría de los servicios de asistencia a domicilio existentes, son sobre todo ayudantes honoríficos (especialmente mujeres) los que prestan servicios y que el porcentaje de profesionales sobre el total de personal asistente es reducido, en la mayoría de los Estados miembros.

Además, la Resolución insta a los Estados miembros, entre otras actuaciones:

- 3. A que concedan preferencia a la asistencia dentro del entorno del hogar y a que mejoren el aspecto del personal en los servicios de asistencia de hogar.
- 6. A que alivien la carga financiera que recae sobre las personas que se ocupan de esta asistencia mediante la creación de un subsidio de asistencia introduciendo medidas fiscales y otorgándoles una protección social.
- 7. A que se creen más posibilidades para estancias cortas en hospitales en el caso de que transitoriamente no esté a disposición la persona de asistencia principal, y a que fomenten de una forma intensificada clínicas de día; en este contexto sería deseable prever reducciones de los impuestos locales o comunes y también los impuestos sobre la renta.
- 16. A que se apoye, mediante ayudas a las inversiones y otras subvenciones, la creación, por parte de las autonomías o regiones y de los municipios, de los adecuados servicios de asistencia al hogar.
- 19. A que se establezcan, además, ayudas especiales para ancianos, de acuerdo con su volumen de ingresos, para subvencionar reformas o transformaciones en sus viviendas en función de sus necesidades específicas.
- 24. A que se concedan los subsidios de hogar suficientes para asegurar que los ancianos no se vean obligados a abandonar su vivienda por imperativos económicos.

Por último, entre las Recomendaciones recogidas en el *Informe elaborado por la Comisión de Relaciones con el Defensor del Pueblo y de los Derechos Humanos*, destacamos:

**RECOMENDACION CUARTA:** Debe existir una coordinación más estrecha de las diversas Administraciones Públicas entre sí y con las entidades privadas en lo concerniente a la creación de servicios y prestación de los mismos a los ancianos, por la vía de concertos, convenios o formas similares.

**RECOMENDACION QUINTA:** Se promoverá la descentralización en la prestación de los servicios de la Tercera Edad, lo que requiere la participación, colaboración y coordinación de todas las Administraciones Públicas para facilitar la gestión municipal de dichos servicios.

**RECOMENDACION DECIMOTERCERA:** Las instituciones públicas tomarán, como punto de partida para el establecimiento de sus actuaciones en cuanto a servicios de la Tercera Edad, el respeto a la independencia y responsabilidad del anciano orientando los servicios para preservar su autonomía y su inserción familiar y social.

La idea de solidaridad exige la integración y optimización de todos los recursos: los públicos y privados, familiares o empresas y entidades no lucrativas.

**RECOMENDACION DECIMOCUARTA:** Será preciso afrontar nuevas fórmulas de relación contractual entre particulares y las Administraciones Públicas, y concretamente, una adecuación de la relación jurídica de hospedaje, en las formas que hoy se denominan como acogimiento familiar, familias sustitutas o figuras similares.

**RECOMENDACION DECIMOQUINTA:** La adaptación paulatina del Derecho de familia a la realidad social requiere profundizar en aquellos mecanismos que permitan el ejercicio efectivo de los derechos que asisten a los ancianos en el entorno familiar...

**RECOMENDACION DECIMOSEXTA:** Se insta a los poderes públicos a que alivien la carga financiera que recae sobre las familias que se ocupan de esta asistencia, mediante la creación de subsidios, incentivos fiscales y otorgándoles protección social.

**RECOMENDACION DECIMOSEPTIMA:** Las Administraciones Públicas incluirán en sus planes y programas:

- a) Normativas específicas para procurar que los ancianos sigan viviendo en sus propios hogares facilitándoles el acceso a las viviendas de promoción pública, de ubicación y tamaño adecuado.
- b) Ayudas y subvenciones para la recuperación, rehabilitación y transformación de las viviendas en situación de grave deterioro.
- c) Examen de la posibilidad de llevar a cabo un programa modelo para la creación de un espacio vital para los ancianos, con la provisión de subsidios a las rentas para los más pobres de ellos para evitar su desahucio por imperativos económicos, para la adaptación de las nuevas viviendas a las necesidades de los ancianos y la renovación de las viviendas viejas, con objeto de que puedan permanecer en su ambiente familiar...

RECOMENDACION VIGESIMOTERCERA: Es preciso fomentar, mediante la cooperación social, la colaboración de asociaciones y organizaciones no gubernamentales, de voluntarios, y de ayuda mutua entre los vecinos, ya que es muy costosa y difícil la movilización de recursos humanos para la ayuda a domicilio...

## 5. NECESIDAD DE APOYO SOCIAL A LA FAMILIA

Si se pretende emprender el estudio o diseñar las estrategias fundamentales de protección social en un contexto sociopolítico y cultural concreto, uno de los aspectos fundamentales a tener en consideración se refiere a las características concretas que en esa realidad determinada tiene la estructura familiar. En concreto, es preciso analizar con detenimiento: las variaciones en el tamaño de la familia nuclear asociadas a las diferentes tasas de nacimientos; la participación de la mujer en el mercado de trabajo; y las variaciones relativas a la importancia de la familia extensa. Estos elementos, entre otros, justifican que cualquier propuesta en materia de política social (seguridad social o cualquier otra forma de protección social) que ha demostrado su eficacia en un determinado contexto, no sea directamente aplicable a otra realidad <sup>26</sup>.

Hasta épocas muy recientes la realidad de las familias y su estereotipo eran coincidentes. Willmott describe que la «típica familia feliz consistía en un marido y padre, que iba a su trabajo, una esposa y madre, que permanecía en casa, y dos niños (la descendencia de papá y mamá), todos viviendo como una única familia» <sup>27</sup>. La familia nuclear, sin embargo, se ha visto transformada por las migraciones, las crecientes tasas de divorcio, segundas nupcias, el aumento de las preferencias por las uniones libres y las expectativas de que la mujer continúe trabajando después del matrimonio, por lo menos a tiempo parcial, la progresiva independencia de los hijos, etc.

No obstante, las familias siguen manifestando buena predisposición para el cuidado de aquellos miembros que precisan atención; actitud que conviene potenciar para evitar su disminución o, incluso, anulación debido a las dificultades para ocuparse de la persona que no puede desarrollar una vida normalizada. En definitiva, el problema radica en que no siempre el «querer» es compatible con el «poder» (en ocasiones simplemente por falta de espacio o condiciones de la vivienda).

La presencia en la familia de un miembro anciano, discapacitado,

<sup>26</sup> Hill, M. y Bramley, G., *Analysing social policy*. Basil Blackwell, Oxford, 1986, págs. 128-129.

<sup>27</sup> Willmott, P. y Willmott, P., *Families in Britain*, R. N. Rapoport, M. P. Fogarty y R. Rapoport Eds. Routledge y Kegan Paul, Londres, 1982, pág. 339.



enfermo mental, etc., además, provoca la aparición de una serie de necesidades que no pueden ser obviadas, y que se añaden a las mencionadas de tiempo para dedicar al cuidado y espacio en la vivienda. Los problemas más frecuentes se concretan en los siguientes:

- Falta de información acerca de la situación real del miembro de la familia que precisa cuidados y de la evolución que esa situación va a tener, de los cuidados que son necesarios y cómo actuar, de los recursos socio-sanitarios disponibles, etc.
- Angustia y tensión frente a la enfermedad o minusvalía, con las repercusiones que ello supone en las relaciones familiares, el trabajo y la vida social.
- Impotencia que produce el vacío asistencial ante una complicación del proceso que vive la persona afectada o bien ante las propias necesidades psicofisiológicas de los responsables del cuidado de esa persona derivadas de la falta de descanso, ayuda física continua ante la invalidez para la vida cotidiana, problemas de comunicación con la persona atendida, etc.
- Dificultades económicas según el nivel social y el papel previo de la persona afectada en la familia <sup>28</sup>.

El cuidado continuado de un miembro de la familia exige una adaptación constante a la evolución del proceso que afecta a esa persona y que, en numerosas ocasiones, es desconocido e imprevisible, generando inseguridad y dudas acerca del papel que han de jugar.

Todo ello pone de manifiesto la importancia que reviste el apoyo social a las familias, la necesidad de intervenir previniendo las consecuencias físicas y psíquicas que este tipo de situaciones pueden producir en las familias y en consecuencia, la necesidad de establecer los mecanismos necesarios para que ese apoyo sea real, y así lo reconoce la ONU al afirmar que «las familias también han pasado a ser objeto de la atención de los Ministerios de Bienestar Social por otro motivo: su valor como recurso para la sociedad y el desarrollo» <sup>29</sup>.

Es importante no perder de vista, sin embargo, que el interés central gira en torno a la persona que por razón de edad, enfermedad o incapacidad precisa los cuidados de terceros. Ello obliga a valorar las potencialidades y posibilidades que la familia tiene para responder a sus necesidades, así, es conveniente evaluar la capacidad física, social y financiera del entorno familiar; la historia personal y características de los que asumen la responsabilidad de los cuidados; el ambiente familiar, sus relaciones y problemas, etc. Todo ello permitirá determi-

<sup>28</sup> Caballero García, J. C., «Familia y demencia». *Zerbitzuan*, núms. 12/13, 1990, pág. 65.

<sup>29</sup> Ver ONU, *La política social en transición: Haciendo frente a las necesidades del decenio de 1990*. Nueva York: Naciones Unidas, 1990.

nar la viabilidad de la atención social en el domicilio y, en su caso, los apoyos que la familia precisa <sup>30</sup>.

Supuestas las potencialidades de la atención social en el medio familiar, la experiencia demuestra que si existen recursos adecuados en cantidad y calidad de apoyo a la familia en la tarea, ésta estará en mejores condiciones para enfrentarse con la situación y se reducirán las posibilidades de aparición de sucesivos y serios problemas personales y relacionales <sup>31</sup>.

En la bibliografía internacional encontramos numerosas referencias acerca de distintos tipos de servicios y programas orientados a evitar los internamientos o que éstos sean lo más breves posible, a asegurar que las atenciones en el hogar sean las adecuadas a las necesidades de la persona y su familia (medicación, comida, aseo y otras actividades de la vida cotidiana), a facilitar a las familias apoyos de carácter práctico y emocional, incluyendo los servicios denominados por los anglosajones de «respiro» <sup>32</sup>. En la española, a partir de los 80, podemos ver la creación de servicios alternativos a la institucionalización con desigual implantación y desarrollo, si bien falta mucho camino por recorrer. No hay que olvidar, que los recortes presupuestarios en materia de gastos sociales en otros países europeos, han llegado cuando ya existía una red sólida de servicios para la población. Por el contrario, en España, no había tradición de prestación de servicios de bienestar social por parte de la Administración pública, y cuando se asume políticamente la responsabilidad pública en este ámbito, está prácticamente todo por hacer. No hay que olvidar que la iniciativa social, aunque pionera en responder a las necesidades específicas de los distintos colectivos, precisa recursos financieros para ofrecer los servicios demandados, es decir, podría haber mejores servicios si se potenciara desde la Administración el estímulo y ayuda financiera a las Asociaciones sin ánimo de lucro.

Un ejemplo del buen hacer de éstas, es la «Asociación Vizcaína Gorabide» que ofrece el primer *Centro de Respiro* para la familia de de-

<sup>30</sup> Un modelo interesante puede encontrarse en McCroskey, J.; Nishimoto, R. y Subramanian, K., «Assessment in family support programs: Initial reliability and validity testing of the family assessment form». *Child Welfare*, vol. LXX, núm. 1, enero-febrero, 1991, págs. 19-33.

<sup>31</sup> Gibbons, J.; Thorpe, S. y Wilkinson, P., *Family support & prevention: Studies in local areas*. National Institute for Social Work, HMSO, Londres, 1990, pág. 15.

<sup>32</sup> Estos servicios en U.K. se desarrollan a partir de los años 70 con la finalidad de reducir el *stress* de las familias que cuidan de un miembro discapacitado. En 1990 se estima que son 200 los Centros existentes, agrupados en una Asociación nacional. Se puede encontrar información al respecto en: Stalker, K., *Share de Care: An evaluation of a Family based Respite Care Service*, Jessica Kingsley Publishers, Londres, 1991.

ficientes psíquicos en España, además de los servicios que ya venía ofreciendo: residencias, centros de día, grupos de tiempo libre, escuelas de formación de padres, centros ocupacionales, centros especiales de empleo y colonias de vacaciones<sup>33</sup>. Hace falta voluntad política para hacer posible la existencia de todos estos recursos sociales necesarios y presión social para exigir su creación.

## 6. CONCLUSIONES

Todo lo expuesto en las páginas anteriores, avalado por nuestra propia experiencia, la práctica del trabajo social, nos permite señalar una serie de elementos que consideramos importante tener en cuenta en la planificación de la atención social comunitaria, y que apuntamos como conclusiones del presente trabajo:

- Si reconocemos la importancia de las redes sociales informales en la atención social comunitaria, han de arbitrarse los medios que posibiliten su *participación real* y su *potenciación como recurso*. Desde el punto de vista social y ético es reprobable permitir que se enfrenten a la responsabilidad de atender las necesidades de los más vulnerables, sin recibir los apoyos necesarios.

- Es imprescindible la preparación y atención del *núcleo familiar*, apoyándole en la realización de sus tareas y funciones. Esto supone, por una parte, un trabajo preventivo facilitándole información clara sobre la situación real del individuo afectado, del pronóstico que su situación tiene, así como de pautas adecuadas de comportamiento y trato. Supone, asimismo, establecer los recursos necesarios y suficientes en cantidad y calidad, para dar respuesta a sus necesidades diarias, anticipándose a las demandas que la propia familia pudiera plantear. La familia debe saber que en aquellos momentos en que se agudicen los problemas del miembro afectado, o en aquellos otros en que la responsabilidad de su cuidado se le haga insoportable, se podrán movilizar otros recursos que le alivien temporalmente y le hagan la situación más llevadera. Los organismos públicos relacionados con el bienestar social han de ser muy receptivos ante estas necesidades que tienen las personas directamente encargadas de prestar los cuidados diarios.

- Otro elemento básico, a nuestro juicio, viene dado por la necesidad de *coordinar todos los recursos a nivel comunitario*, no sólo los relacionados con servicios sociales personales, sino también los que se refieren al resto de las áreas de bienestar social. Es de todos conocido el carácter pluridimensional de los problemas y en consecuencia su

<sup>33</sup> Alava, E., «Un “respiro” para la familia. La Asociación Gorabide pone en marcha el primer centro de descanso del estado para los responsables de los deficientes psíquicos». *Minusval*, núm. 73, 1991, pág. 76.

atención requiere de la intervención de los servicios públicos dependientes de las distintas áreas de bienestar social: educación, sanidad, trabajo, vivienda, etc. Esto nos lleva a establecer, desde el punto de vista político y técnico, objetivos comunes y compartidos, y los cauces y canales para que esta comunicación intersectorial sea real y efectiva. Aquí radica la clave de la atención a las necesidades desde una perspectiva globalizadora. Toda actuación parcializada dejará el problema sin resolver.

Incluso en la atención individualizada de cada situación particular, debe estar presente la actuación interdisciplinar, por parte de profesionales de las distintas instituciones, determinando entre todos los objetivos a lograr y el proceso y método más adecuados.

Esto supone concebir los servicios sociales como una parte importante, aunque no exclusiva, de un entramado de cuidados profesionales y comunitarios.

- Otro elemento no menos importante, es el que se refiere a la *implicación de la propia comunidad* como tal, a través de recursos informales: voluntariado, asociaciones de ayuda mutua, organizaciones solidarias, o cualquier otro tipo de asociación. La comunidad debe tomar conciencia de que los problemas de sus miembros no son una responsabilidad exclusiva de las instancias políticas y sus instituciones sociales, sino que también les afectan y obligan a actuar para su solución.

La potenciación de este tipo de recursos no es tarea fácil debido al escaso desarrollo de actitudes solidarias, en una sociedad como la nuestra en la que el individualismo y la competitividad son características claramente dominantes. Salvar este obstáculo exige un esfuerzo importante, aunque necesario de realizar, ya que produce efectos beneficiosos para los miembros de la comunidad; y para ella también, al estrechar los lazos de relación. Este aspecto pasa por un *cambio de los valores y actitudes* de los individuos de la comunidad. Aquí juega un papel definitivo la educación, que debe fomentar actitudes de solidaridad hacia los demás. Es necesario que el aprendizaje de estas actitudes y valores se inicie en edades tempranas.

- Ahora bien, estos *recursos comunitarios informales han de actuar estrechamente coordinados con los servicios públicos*, para que la atención de unos y otros sea complementaria, evitando la duplicidad y derroche de recursos.

La utilización de los recursos informales no exime a las autoridades públicas de su responsabilidad de garantizar los servicios necesarios para la atención de las necesidades.

- En otro orden de cosas, el planteamiento de la atención social desde la perspectiva comunitaria, *no debe significar la supresión total de las instituciones*; ya que, por una parte, éstas han de ser una alternativa de opción voluntaria y no impuesta, y por otro lado, en determinadas situaciones o momentos críticos del afectado o su familia, pue-

de ser absolutamente necesario recurrir a ellas. En este momento la carencia de plazas residenciales es una denuncia generalizada debido a que la demanda supera ampliamente la oferta.

- Creemos importante la *participación del interesado* en la elección del tipo de recurso a utilizar, respetando en la medida de lo posible sus decisiones y de acuerdo con sus preferencias. Si su opción se refiere a recibir cuidados por parte de familiares o vecinos, es preciso que éstos expresen su voluntad y consentimiento.