



CIUDADANÍA Y VALORES
FUNDACIÓN

REDES E INTERVENCIÓN SOCIAL EN LAS SOCIEDADES AVANZADAS

Por ***Manuel Herrera***
Profesor Titular de Sociología
UNED

Septiembre 2009



La Fundación Ciudadanía y Valores como institución independiente, formada por profesionales de diversas áreas y variados planteamientos ideológicos, pretende a través de su actividad crear un ámbito de investigación y diálogo que contribuya a afrontar los problemas de la sociedad desde un marco de cooperación y concordia que ayude positivamente a la mejora de las personas, la convivencia y el progreso social

Las opiniones expresadas en las publicaciones pertenecen a sus autores, no representan el pensamiento corporativo de la Fundación.

Sobre el autor

Doctor en Ciencias Políticas y Sociología (con Premio Extraordinario) y Licenciado en Geografía e Historia por la Universidad de Granada. Profesor Titular de Sociología de la Facultad de CC. PP y Sociología de la Universidad de Granada. Fue Becario de Investigación de la Junta de Andalucía (1991-1994). Su etapa de formación postdoctoral se desarrolló en la Universidad de Bolonia (Italia) (1995-1996) y en la Johns Hopkins University de Baltimore (USA) (1996-1997). Ha sido asesor ejecutivo del Secretario de Estado de Educación y Universidades (2000-2004). En la actualidad es Investigador asociado de la Cátedra Garrigues de Derecho Global y miembro del Centro de Estudios de Políticas Sociales de la Universidad de Bolonia, así como del Grupo de Investigación Los problemas sociales en Andalucía (grupo considerado de excelencia por la Junta de Andalucía). Sus principales líneas de investigación son teoría sociológica, políticas sociales e intervención estatal en problemas sociales, habiendo participado en más de cincuenta proyectos de investigación nacionales e internacionales financiados por entidades públicas y privadas.

Redes e intervención social en las sociedades avanzadas

Manuel Herrera Gómez
Profesor Titular de Sociología de la UNED.

1. La inclusión social como gran objetivo de la política social

El siglo XX ha sido una etapa de profundas transformaciones para las sociedades de la Vieja Europa. Los cambios políticos, económicos, sociales y culturales que se han producido durante esta centuria -entre otros, la consolidación de unos modelos democráticos de convivencia, las concentraciones urbanas, el acelerado descenso de la población activa agraria e incremento en el sector industrial y de servicios, el aumento de trabajo extradoméstico de la mujer, la elevación de las tasas de escolarización de los dos sexos, la secularización, la difusión del bienestar económico y de las sociedades de consumo, el cambio de la estructuras ocupacionales y la reducción del paro, etc.- han permitido el tránsito de unas sociedades industriales, a unas dinámicas sociedades post-industriales.

No resulta arriesgado afirmar que, posiblemente, el fenómeno de mayor trascendencia económica, social y política durante esta centuria ha sido el *Welfare State* El Estado de Bienestar, con sus diferentes configuraciones, ha articulado la vida social y ha marcado la pauta del progreso económico en los distintos países desarrollados. Esta realidad ha afectado también, y de manera decisiva, al propio Estado, que se ha transformado, con el correspondiente refrendo constitucional en la mayor parte de los casos, en Estado Social de Derecho.

Sin el ánimo de ser exhaustivos, los logros más evidentes del Estado de Bienestar han consistido en:

- La implantación de un sistema universal de seguridad y protección social y de otro de garantía de recursos para quienes tienen dificultades de inserción o de mantenimiento en el proceso productivo, y en la provisión, también universal, de un conjunto de servicios y equipamientos colectivos para la salud y para la obtención de unos niveles educativos mínimos.
- La gran estabilidad gracias al papel desempeñado por la intervención estatal en la disolución del conflicto social tradicional (patronos-obreros) y en la creciente complejidad de la estructura social, en la que unas clases medias en expansión actúan de colchón entre los extremos de la desigualdad económica. El Estado de Bienestar ha conseguido diluir en buena medida la conflictividad social al convertir al Estado en el árbitro de los intereses en disputa, demostrando al mismo tiempo una gran capacidad integradora que ha

impedido que la protesta social se convirtiese, como en épocas pasadas, en una rebelión contra el sistema.

Al asumir estas funciones, dejando de ser un instrumento de los grupos dominantes, el Estado se ha legitimado a sí mismo y ha legitimado al sistema. El Estado ha dejado de ser un aparato policial, o un Estado orientado al control, para pasar a ser un Estado productor de servicios, orientado hacia el bienestar de los ciudadanos. Ha resultado ser, en definitiva, el escenario idóneo donde se dirime una buena parte de los conflictos por medio de un poder que está por encima de los diferentes intereses corporativos en benéfico de la armonía social.

Ahora bien, a comienzos del Tercer Milenio, Europa, al igual que el resto de sociedades post-industriales, tiene que seguir avanzando y profundizando en los problemas del bienestar, es decir, de la seguridad y protección social, de los servicios sociales y sanitarios, de la lucha contra las antiguas y nuevas formas de pobreza, mediante políticas de creciente "inclusión social". Dicho en otros términos, se abre una nueva fase histórica en la que es preciso reflexionar sobre el sentido de la protección social y cómo realizarla en un nuevo escenario cuyos rasgos distintivos son:

- Una creciente desestructuración (disgregación) del tejido social: los individuos se encuentran ubicados en escenarios mucho más complejos; el principal reto que debe afrontar Europa es dar una respuesta a dicha complejidad, es decir, las sociedades post-industriales deben ofrecer respuestas a: los desequilibrios demográficos, los cambios derivados del desarrollo económico y las consiguientes modificaciones en la estratificación social; las nuevas patologías de la modernidad (aumentan los estados de malestar psico-físicos, las toxicomanías, las nuevas epidemias como el SIDA); el individualismo y el privatismo; las nuevas migraciones.
- Una saturación del modelo de Estado Social como sistema basado en el compromiso neo-corporativo, por tanto, en sistemas de seguridad centralizados y con base fiscal. Decir saturación no significa, obviamente, decir que los sistemas centralizados de bienestar por vía fiscal no sean útiles, tan sólo que su radio de actuación encuentra dificultades crecientes. Emergen nuevos problemas a los que el Estado difícilmente puede hacer frente, ya que no están relacionados con el mercado de trabajo y la producción, como la soledad de los ancianos, las nuevas tóxico-dependencias o las situaciones de riesgo derivadas de la desestructuración familiar (la pobreza en las familias monoparentales, violencia doméstica, conflictos intergeneracionales, etc).
- La crisis del Estado-nación. Ésta comporta, entre otras cosas, por una parte, tendencias hacia el localismo/regionalismo, por otra, creciente internacionalización de los problemas sociales. Ejemplo de esto son algunos fenómenos que tienen repercusiones globales como las crisis económicas, el problema de la seguridad o el deterioro medioambiental.
- Por último, emerge la solicitud de humanización de los ámbitos de vida y de las organizaciones de trabajo y servicio, con la demanda de nuevos derechos sociales ligados a los estilos de vida cotidiana y, en concreto, a la asistencia de las personas.

En este nuevo escenario, la inclusión (o bien cohesión) social es la palabra clave de las políticas sociales europeas (especialmente tras la Declaración de Lisboa). Su significado y la articulación de los instrumentos para su consecución son un problema en el que se asienta el núcleo de los desafíos que se plantearán al servicio social en los próximos años.

Europa presenta una serie de rasgos distintivos que merece la pena señalar. Entre otros: la diferente *polity* institucional del bienestar, la estructura del gasto social, las diferencias entre los distintos países, etc. Sin embargo, una vez realizadas las comparaciones apropiadas con el resto de sociedades avanzadas, una de las diferencias más interesantes reside en la dificultad de los sistemas de bienestar de la Vieja Europa para producir procesos de diferenciación y de articulación relacional en el complejo campo de las políticas sociales, y en concreto de los servicios de importante contenido relacional para:

- Equilibrar la individualización de las intervenciones con la producción de nuevas solidaridades, ya sea entre los destinatarios de tales intervenciones, ya sea entre los sujetos implicados en la ayuda social.
- Mantener conexiones significativas entre todas las necesidades de la vida cotidiana a la luz de un concepto de bienestar “como vida buena”, que requiere, en concreto, la movilización de los recursos potenciales y latentes de los sujetos concebidos no como individuos aislados, sino como elementos de redes más complejas de apoyo en continua actividad de asistencia.
- Tener como referente operativo no al individuo, sino a la familia como sujeto social en el que las necesidades encuentran su sentido cualitativamente más significativo y la primera respuesta.
- Coordinar las diferentes intervenciones de bienestar y asistencia, de tal forma que la combinación de los diversos factores compense y resuelva las eventuales carencias de una particular dimensión o aspecto del problema a afrontar.

2. Hacia una perspectiva relacional en el trabajo social

De forma muy diferente a lo ocurrido décadas atrás, cuando la política social se centraba en la construcción de instituciones públicas (estatales) de bienestar, desde hace ya algún tiempo muchos hablan de “*trabajo de redes*”, de “*intervención de redes*”, de “*servicios en red*”, de “*sistemas en red*”, etc. Sin embargo, en el uso de estos términos, muy pocos van más allá de un ambiguo lenguaje cibernético y de ingeniería social. Otros, de forma más banal aún, se dejan engañar por el lenguaje sistémico-organizativo, como si las redes de las que se habla fueran composiciones de líneas y de nudos, con *loops* y *feed-backs* de diverso género, que se organizan según cualquier automatismo. Dicho en otros términos y de forma positiva, un “*discurso de redes*” necesita de una visión sociológica más apropiada, visión que, en la terminología que utilizaremos, se llama *sociología relacional*.

En este trabajo nuestro objetivo es presentar las grandes líneas del planteamiento relacional entendido como aquella específica perspectiva de lectura de la sociedad que está en la base del trabajo social de redes. Este planteamiento tiene como punto de partida dotarse de una representación y de un mapa del campo de

análisis y de intervención: se trata de aquella que denominamos “*visión de la sociedad como realidad relacional*”. Enfoque que, desde un primer momento, conlleva un problema de doble orden: por un lado, saber crear y gestionar las relaciones sociales (actualizadas, potenciales y virtuales) de tal manera que se reduzcan las patologías y los efectos perversos; y, por otro, mantener las conexiones más significativas posibles entre las cualidades propiamente humanas de las relaciones sociales y los determinismos que incorporan. Posteriormente se continúa con la focalización del “*problema social*”, entendido como problemática de una red interactiva en la que los procesos de marginación, condiciones familiares de los individuos y servicios se confrontan entre sí. Observado de esta forma, el problema sugiere internamente instructivas modalidades de intervención que también son modos de *re-pensar* y *re-activar* la sociedad. De ahí, y en consecuencia, la necesidad de diseñar los nuevos perfiles metodológicos y profesionales de la intervención social.

El trabajo social jamás es neutro con respecto a la sociedad. Las metodologías que plantea, y los contenidos de su profesionalidad, no son indiferentes respecto a la sociedad en que son aplicados: trazan las diferencias, “*hacen las diferencias*”.

Trataremos de poner un ejemplo. El *case work* de los años 50, de claras connotaciones anglosajonas, reflejaba una concepción individualista de la sociedad (y, en consecuencia, del trabajo social) que todavía está vigente, en el marco de una visión reparadora del *Welfare State*. La idea de la sociedad era la de un campo de condiciones y de individuos “*ricos y pobres*” como resultado de la suerte/no suerte individuales. Esta idea comportaba una concepción asistencialista de la ayuda social. Una concepción que se reforzaba, y no se atenuaba, por el marco meritocrático y profesional en el que se inscribe el trabajo social.

En los años 60, y como respuesta a los movimientos de contestación social y juvenil, se ha ido afirmando en Europa, junto con las instancias liberadoras y emancipadoras, una idea “*panóptica*” de la sociedad, idea que se ha traducido en una teoría y en una práctica cada vez más sistémica del *Welfare State* y de sus intervenciones. Detrás de la idea de un *Welfare State* total estaba presente una visión de la sociedad como organización funcionalmente estratificada. La sociedad asistida ha cambiado: ha sido leída e interpretada como un “*sistema*”. Y paralelamente ha sido teorizado el nuevo trabajo social: un trabajo políticamente orientado y estructurado de tal forma para realizar una distribución funcional de los recursos y oportunidades de vida en clave emancipadora, donde emancipación ha significado y significa “*más inclusión*” en las garantías del Estado social.

En la década de los 70 y 80 hemos contemplado la afirmación de este proyecto y, al mismo tiempo, hemos asistido a su relativo fracaso. ¿Por qué ha fracasado como proyecto global? Obviamente, las razones son muchas y diversas. Las podemos resumir en las siguientes afirmaciones: porque la sociedad industrial-burocrática se ha hecho “*compleja*”. Por este motivo nos podemos preguntar: en una sociedad de este género, ¿cómo puede entenderse y practicarse el trabajo social?

Reticularidad. Esta nueva característica, al mismo tiempo difusa y específica de nuestra sociedad, significa: difusión de “*juegos relacionales*”; afirmación de las

identidades sociales mediante una especie de destrucción creativa de las solidaridades precedentes; creación y gestión de las características de “*pertenencia*” de las personas no como construcción de relaciones sobre bases estables o adscriptivas, sino como continua negociación de relaciones elegidas mediante recorridos que no corresponden a lógicas funcionales o de la primera modernidad; crecimiento de formas asociativas, y también “*grupales*”, que mezclan y combinan entre sí elementos informales y formales en el uso y consumo de las relaciones. Las metodologías y los nuevos perfiles profesionales del trabajo social deben trazar las debidas consecuencias.

3. El trabajo de redes en las conexiones entre familia, marginación social y servicios de bienestar

Buena parte del trabajo social tiene que ver con las conexiones entre situaciones familiares de los individuos, procesos de marginación y servicios públicos y privados de bienestar. ¿Por qué hablar de familia? Porque si deseamos prevenir procesos de institucionalización (des-institucionalizar) de a las capas más débiles de la población (enfermos mentales, ancianos en residencias, discapacitados, infancia) por fuerza debemos pensar en la familia. Sabemos que el resto de comunidades (terapéuticas o de otro tipo) son sustitutas de la familia.

Los conocimientos que el trabajador social debe de tener para desarrollar la acción de intervención tienen como objetivo, en general, saber en qué condiciones se encuentra la familia, cuáles son las necesidades en relación a su composición, status social y otras características relevantes, y cuáles son las respuestas que vienen dadas (o no) a tales necesidades, de qué manera, teniendo en cuenta la estructura familiar. Todo esto es necesario. Sin embargo, debido al excesivo trabajo burocrático, el trabajador social relega a un segundo plano el trabajo de redes que exige algo más y diferente, que la propia gestión de recursos.

En una sociedad orientada a la “*calidad de vida*”, ya no se puede aceptar una definición *a priori* (no relacional) de las necesidades y una configuración ya diseñada de los servicios. Se hace necesario definir y alcanzar un objetivo de respiro teórico y práctico más amplio: definir relacionalmente las necesidades y las formas de afrontarlas. En este sentido, la *Ley 39/2006, de 14 de diciembre, de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de dependencia* (BOE n. 299, de 15 de diciembre de 2006, pp. 44142-44156), prescribe la elaboración de “Programas Individuales de Atención (PIA)” (Artículos 11, 13, 14, 22 y 29), que pretende ser una herramienta que permita el avance en el camino de la intervención social, precisamente en lo que se refiere al hecho de acompasar las expectativas de la persona/familia dependiente y la cartera de servicios que prevé la propia ley .

Sin embargo, no se puede olvidar que la propia Ley de Dependencia a través de su desarrollo legislativo, limita tanto las expectativas de las personas en situación de dependencia como de los familiares, y profesionales que han de acordar la propuesta de Proyecto de Intervención Familiar. Por un lado, el régimen de compatibilidades atribuye a cada grado y nivel servicios y prestaciones económicas. A medida que aumenta la dependencia de la persona, la oferta de esos servicios y

prestaciones aumenta o disminuye, con independencia de las expectativas de los afectados. Es decir una persona con Grado I, Nivel 1 y 2 no puede, aunque quisiera, acceder a una plaza (pública) de residencia de personas mayores.

Por un lado, se está mermando la libertad de elección de una persona para acceder a una plaza de residencia pública ya que los requisitos son o bien por situación de dependencia o bien por exclusión social (carencia de recursos económicos y de redes primarias). Es decir, volveremos a reproducir guetos dentro de las instituciones públicas.

En realidad, podemos con estas medidas estar propiciando unas residencias con personas mayores dependientes cuya relación con el entorno son muy débiles por su propio estado de salud, y por otro lado, residencias de personas excluidas socialmente al carecer de redes familiares y sociales.

Se está dejando de lado un porcentaje importante de población mayor que aún estando en buenas condiciones de salud, y disponiendo de redes familiares, preferirían disfrutar de un centro residencial a permanecer en soledad en su domicilio durante la mayor parte del día a la espera de la llegada de sus familiares.

El objetivo primero de la intervención social, como ya se ha definido al comienzo, es la permanencia de la persona en su ámbito social y familiar. En determinados momentos y situaciones la institucionalización es necesaria para salvaguardar el bienestar y la funcionalidad de las redes primarias. Lo interesante sería no identificar residencia con desarraigo y sí fomentar programas de vinculación con el municipio a la vez que se concientia a las familias sobre la importancia del mantenimiento de la afectividad. Una de las medidas que se podrían adoptar sería establecer convenios de colaboración entre residencias y tejido asociativo, para que de forma desinteresada las asociaciones, centros escolares..., prevean de forma normalizada en su calendario la realización de actividades para las personas mayores y o discapacitadas en situación de dependencia.

El trabajo social, por tanto, debe redefinir el problema no como carencia de este o aquel factor, ya sea micro o macro, y tampoco como una especie de proceso indefinido o indefinible. Debe comprender cómo la intersección entre interior y exterior de la familia, entre el mundo vital de las redes primarias y las instituciones de ayuda (representadas por los servicios públicos, privados y de tercer sector) define relacionalmente las necesidades de las familias, y si y cómo esta intersección busque relacionalmente ir a su encuentro.

El trabajo social no puede limitarse a contemplar si las dificultades se han debido a este o aquel motivo o “*causa*” (por ejemplo la ausencia de un trabajo, una enfermedad, la presencia y el cuidado de un anciano o una persona con discapacidad, etc.). No puede circunscribirse a observar si la familia “*funciona*” o “*no funciona*”, en qué forma y medida. El trabajo social debe ir más allá de este planteamiento tradicional. El trabajo de redes trata de hacer esto redefiniendo el problema como una situación generada por una red problemática de relaciones. Y la solución debe buscarse en las acciones sobre relaciones, no en otro lugar.

El punto de partida es el siguiente: se plantea la hipótesis de que la familia es un sistema relacional que define sus necesidades “*en relación*” al contexto y a sus sujetos. Y se asume que el sistema de atención es más o menos capaz de afrontar las necesidades familiares en la medida en que tiene en cuenta esta relacionalidad y se estructura así mismo “*relacionalmente*” en sus confrontaciones.

Teniendo como telón de fondo esta simple hipótesis, a partir de la cual – teóricamente- se espera una correspondencia cualitativa entre organización familiar y organización de los servicios, el trabajador social puede comprender y medir el sentido y la funcionalidad de las acciones efectivamente activadas para responder a las exigencias de una vida cotidiana complicada, vivida con la pretensión de evitar la marginación de los sujetos más débiles. Todo esto nos traslada a la suposición de que un sistema de respuesta (*coping*) en las confrontaciones de las necesidades familiares es más óptimo cuanto más asume la configuración de un “*sistema complejo en red*”, en el que necesidades y respuestas están correlacionadas a través de una pluralidad de actores, formales e informales, de asistencia.

Esto conllevaría una flexibilidad, que en la actualidad no existe, en la definición del PIA respecto a la aplicación de recursos superando en gran medida el régimen de incompatibilidades existentes por imperativo legal. En este sentido y en aras de hacer efectiva esa relacionalidad entre actores informales y formales no se estima conveniente presentar como incompatible la prestación de Servicio de Ayuda a Domicilio (SAD) y Prestación Económica para Cuidados del Entorno Familiar.

El reconocimiento de las competencias profesionales adquiridas por experiencia laboral, debería centrar su atención en la implementación unívoca de ambas prestaciones. De esta forma los cuidadores no profesionales dispondrían de una formación práctica domiciliaria con la asistencia de un auxiliar de ayuda a domicilio encargado de asesorar y orientar en materia socio-sanitaria. Con la garantía que tras las empresas que gestionan el SAD se encuentra la Administración Pública (Corporaciones Locales), encargados de supervisar su trabajo.

¿Hasta qué punto con el *Real Decreto 1224/2009 del 17 de Julio sobre Reconocimiento de las competencias adquiridas por experiencia profesional* se están dinamizando y promocionando las redes sociales? Nos encontramos en la praxis con distintas realidades sociales. Se garantiza una cobertura social a personas que han dedicado toda o parte de su vida a la atención de un familiar, con un gran sacrificio de proyectos personales. Y la posibilidad de la obtención de un título de cuidador no profesional, para lo cual en la Ley de Dependencia se prevén acciones formativas. Para ello se necesita crear un paquete de medidas de apoyo que faciliten la asistencia a ciclos formativos sin perjuicio del cuidado de la persona en situación de dependencia, y en este sentido se podría contar con el SAD, aunque no hay que olvidar el coste que ello supone al Estado de Bienestar. Pero acaso, ¿no habría que estudiar cada situación en concreto?, ¿no habría que concienciar al cuidador de la necesidad de aprendizaje tras años de dedicación a su familiar? Estas serían medidas a tener en cuenta incluso para la lucha contra el fraude que puede suponer “*carné para todos*”.

El sentido y la utilidad de este marco de hipótesis planteado en estas páginas es simple: se espera que, cuanto más existe el sistema en red y es más capaz de auto-organizarse, tanto más las necesidades pueden afrontarse de manera satisfactoria por los mismos sujetos que son portadores mediante oportunas ayudas. Con posterioridad, se observará si esto es cierto o no, por qué si o por qué no, y con que consecuencias. De las discrepancias entre la realidad esperada y la realidad de hecho se aguardan conocimientos instructivos. En el caso de que se verifiquen las hipótesis, se pueden extraer indicaciones útiles en el nivel operativo. En caso contrario, se deben reformular tanto las hipótesis como las indicaciones prácticas consiguientes. Por tanto, la primera asunción consiste en considerar la condición social de las personas, *in primis* familiar, como una red de relaciones en un sistema complejo que genera problemas así como puede generar soluciones. Ciertamente, y en función de cuanto se ha dicho, no se trata de ver a la familia como la “*causa*” de los problemas sociales. Más bien al contrario. Es más exacto decir que los problemas sociales emergen *en la y a través de* la familia.

Muchos trabajadores sociales piensan los “*modelos*” familiares como si fuesen “*cosas*”: en el trabajo de redes, sin embargo, se trata de conocer y comprender las estructuras y los comportamientos de las familias no como modelos ya dados o ya estructurados, sino como sistemas relacionales variables en el tiempo que se modifican en relación a las exigencias de cuidado y atención de las personas más débiles. En ese sentido, el PIA ofrece la posibilidad de la revisión del recurso aplicado por agravamiento de la situación de dependencia. Este enfoque relacional del trabajo de redes recibió recientemente un interesante reconocimiento institucional en nuestro país. La *Ley 39/2006, de 14 de diciembre, de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de dependencia*, reconoce y apoya el esfuerzo de cuidado y atención hacia las personas en situación de dependencia que la familia realiza.

Esto es lo propio de los fines de la intervención profesional en el marco de una más amplia política social, coherente con la visión relacional. Si, en efecto, es verdad que las familias son redes relacionales complejas, sus necesidades son definidas como problemas de relacionamiento, y así también para las soluciones de tales necesidades. El relacionamiento es muy interesante si se contempla desde el punto de vista de quien se dedica más intensamente al cuidado y a la atención de las personas débiles (llamado *care giver*) que, en la mayor parte de las ocasiones, es la mujer (esposa, madre, hija), en cuanto que el *care giver* es un poco la “*estela sociográfica*” en el centro de la red de apoyo, y por tanto es la persona más participante en ella. Es el *care giver* quien sostiene la funcionalidad de la red. Por otra parte, se trata de ver cómo este sistema complejo de relacionamientos se organiza según la clase (o status) social de la familia y del contexto territorial.

Volvamos de nuevo a la medida gubernamental sobre el reconocimiento de los cuidadores no profesionales y centrémonos en la figura *care giver*, representada en su amplia mayoría por mujeres (*Real Decreto 1224/2009 de 17 de Julio sobre el Reconocimiento de las competencias adquiridas por experiencia laboral*). Se podría considerar la cruz de esta iniciativa como un retroceso en la evolución de la presencia

de la mujer en el mercado laboral, persistiendo su permanencia en tareas domésticas y cuidados familiares.

El planteamiento de redes nos ubica ante una realidad muy lejana de las descripciones asépticas, puramente estadísticas –especialmente demográficas- que siempre nos describen a la familia como cada vez más aislada y fragmentada, como si la solidaridad se estuviese agotando. Aunque es cierto que en Europa aumentan los *singles* y las parejas sin hijos, y que muchas investigaciones describen familias cada vez más “*despedazadas*” a continuación de la división y conflicto lacerante, no por ello es lícito deducir que la familia progresivamente se reduce, o que abandone o aisle a sus miembros más débiles. Es en las situaciones más desesperadas, sin embargo, donde la observación empírica revela y experimenta la familia como mediación social, y la fuerza persistente de esta mediación, que es más fuerte cuanto más en riesgo de marginación se encuentra una persona débil.

Entre los jóvenes problemáticos o no adaptados esto es cierto. Es muy raro encontrar menores para los que la familia no existe *tout court*: posiblemente existen “*trozos*” de familia, relaciones mutiladas, truncadas, violentas, pero no existe el vacío. Si no como resultado de un proceso que –también en los momentos de mayores dificultades- tiende a mantener un mínimo de red. Esto también es cierto en los casos de pobreza. De hecho, donde existe necesidad, la familia consigue activar sus fuerzas solidarias. Las razones por las que puede hacerlo son muchas y diversas según los casos. No entraremos aquí en estos aspectos. Y tampoco entramos en el tema sobre cuánta solidaridad es positiva o negativa a los efectos relacionales, es decir, para los efectos que tiene sobre la dinámica de las relaciones y sobre singulares personas en la familia. En cualquier caso, debemos constatar que la familia no escapa de las propias responsabilidades. Cuando lo hace es porque, en la mayor parte de las ocasiones, no hay alternativas. Es decir, cuando no tiene una adecuada red de apoyo que ayude a quien quiere o debe ayudar a los más débiles.

¿Cómo puede una familia hacer frente a condiciones de vida cada vez más inestables o insoportables, como por ejemplo cuando un solo progenitor debe trabajar, o un anciano debe sostener a un progenitor más anciano que él/ella, cuando hay un hijo adulto totalmente inválido quizás en presencia de un padre desocupado o de una madre enferma? La respuesta es que la familia no podría hacerlo si no hubiese una red “*entorno*” y sobre todo una red primaria constituida por parientes, vecinos, amigos y voluntarios “*espontáneos*” (a título personal). Disponer o no de tal red “*informal*” es crucial para la capacidad de sostener las solidaridades familiares y oponerse a los procesos de marginación de los miembros débiles.

Sin embargo, la propia dinámica de la familia y su potencial puede verse socavado si ésta se encuentra sometida a situaciones de tensión prolongadas e indefinidas necesitando así apoyo externo de redes formales. Esta situación se está produciendo sobre todo en las relaciones intergeneracionales, (con adolescentes), donde cada vez más familias “normalizadas” acuden a los servicios sociales en busca de asesoramiento que fortalezcan las redes familiares.

¿En qué medida el servicio social tiene en cuenta todo esto? Estamos ante un punto fundamental en el que es necesario centrar la atención. A pesar de su enorme relevancia, la red informal generalmente no es reconocida por los denominados servicios “*formales*” (servicios públicos del Estado), siendo en buena parte de las ocasiones una alternativa a estos últimos: si existen las redes informales, los servicios sociales actúan en otro lugar, van allí donde la red falta o piensan que falte. En consecuencia, no se activa ninguna colaboración y los dos mundos (familias y servicios públicos) quedan separados. Con graves disfunciones, costes más elevados, y la frustrada sinergia de motivaciones y competencias entre los sectores privado y público. Del análisis de la *Ley de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de dependencia*, se desprende el esfuerzo por establecer nuevas estrategias de colaboración entre los sectores privado, público y las propias familias. Este espíritu colaboracionista impregna prácticamente todos sus artículos.

¿Cuáles son las causas de este estado de la situación? La ausencia de colaboración entre redes formales (profesionales) e informales (de la parentela a los grupos de amigos y de voluntariado más espontáneo) puede reconducirse, por una parte hacia las familias, que en alguna ocasión tienden a cerrarse en sí mismas, recurriendo a los servicios públicos sólo cuando la red informal está ausente o es muy carente, y, por otra, a la forma de actuar de los servicios institucionales que no “*ven*” a las redes sociales.

En cuanto que corresponde a los servicios públicos formales el objetivo profesional de activar relaciones más comunicativas y colaboradoras con las familias, incumbe a estas últimas la responsabilidad –no indiferente- de tomar conciencia de este estado de la situación y de modificarlo. Se impone un nuevo estilo de formación de los operadores y un nuevo diseño del sistema de servicios para el bienestar. ¿Cuál? Dando una respuesta muy breve podremos decir: ubicando a la familia en el “*centro*” de la comunidad local y organizando los servicios como redes formales-informales de apoyo a sus funciones. Se trata de ver cómo se puede hacer esto.

En la actualidad, crece el número de aquellos que reconocen que es necesario reforzar a la familia si queremos tener un mundo más humano para hacer frente a los dramáticos problemas del Estado de Bienestar. Aún más, se es consciente de que muchos de los problemas sociales nacen del siguiente hecho: la familia no está en situación de asumir sus objetivos. Quien comparte esta idea no es una minoría, como ocurría hace algunos años. En los comienzos de nuevo milenio la familia es revalorada. Ahora bien, es necesario entender cuál es el sentido de esta revalorización. La erosión del papel de la familia como suministradora de servicios ha sido tan rápida, que ha invertido su situación. Hoy todos los tratadistas consideran que en la familia se encuentra uno de los principales “*yacimientos de empleo*”, y cada vez con más frecuencia personas ajenas a la familia son quienes prestan servicios en custodia de niños, atención en la enfermedad, cuidado de ancianos, etc. Muchas veces son también los propios ancianos quienes asumen los cuidados familiares ante el vacío de la red familiar de servicios. Es el caso, muy habitual, de los ancianos utilizados como “*abuelos guardería*” o “*abuelas cuidadoras*”.

Dos problemas relevantes están en la base del planteamiento relacional:

- Incluso cuando se es consciente de la “*centralidad*” de la familia, ¿a qué “*forma de familia*” debemos aludir? Las respuestas son inciertas y ambiguas porque no se consiguen identificar los caracteres y trazar los límites de la familia. El planteamiento relacional no da una respuesta a la carta. Indica que la familia debe ser analizada como “*red solidaria de apoyo*”, es decir, como relación de reciprocidad entre géneros y generaciones, en constante conexión con el exterior. No es raro que, cuando muchos plantean el problema de la “*forma familiar*”, emerja una realidad desconcertante: el Estado social penaliza la agregación familiar, y la penaliza cuanto más solidaria es. Desde este perfil, resulta que las familias no sólo se hacen cargo de los propios miembros débiles, sino que lo hacen debiendo superar todas las barreras y penalizaciones que contra esta solidaridad plantea la colectividad políticamente organizada.
- Incluso cuando estamos de acuerdo en la necesidad de ser conscientes de que los sistemas de *Welfare State* han encontrado ciertos límites, ¿quién debe ocupar su lugar y quién asumirá los objetivos? ¿Sólo la familia? Evidentemente no, la cosa sería imposible, ello significaría la vuelta a la beneficencia y caridad del pasado. En la actualidad la respuesta es incierta: muchos piensan que las funciones de gestión que hace un tiempo eran asumidas por el Estado deben ser cogidas ahora por el mercado, otros consideran que puede y debe asumirlas el privado social (en primer lugar: voluntariado, asociacionismo social, cooperación de solidaridad social). También sobre este punto la observación relacional es ilustrativa. Aclara que no es tanto un singular actor el que cuenta, sino sus relaciones. Evidentemente debe haber una pluralidad de actores. Pero la pregunta más crucial es: ¿cómo juegan y cómo deberían jugar todos estos sujetos? La respuesta que puede obtenerse de la observación empírica es la siguiente: estos actores aún no han aprendido a jugar cooperativamente entre ellos. Ahora es cuando comienzan a observarse (y a reconocerse) recíprocamente, pero estos reconocimientos dan la sensación de generar conflictos y no formas cooperadoras y sinérgicas de acción. ¿Qué podría conducirlos a madurar reglas de un mejor juego? La respuesta está aquí: un sistema de redes.

Más adelante veremos qué significa esta expresión. Por el momento nos gustaría subrayar que las intervenciones de política social para la familia actualmente deben repensarse a la luz de que aún son demasiado rígidas: presuponen un modelo de familia estandarizado y fijo en el tiempo que es totalmente irreal, especialmente en el caso de las situaciones de mayor debilidad social.

En otros términos, las políticas sociales deben hacerse más flexibles respecto a las exigencias de las familias como sistemas relacionales que se modifican en el espacio y en el tiempo en función tanto del tipo de personal débil a asistir, como del ciclo de vida de la misma familia. Desde una perspectiva de amplios horizontes, se trata de construir un sistema de protección social basado en “*sistemas relacionales*” que tengan en cuenta las modulaciones espacio-temporales de las necesidades

familiares, mediante nuevas combinaciones de intervenciones formales e informales, públicas y privadas. La palabra clave es aquí “*asistencia de comunidad*” (*community care*), es decir, una asunción de la comunidad y por parte de la misma comunidad, que considere a la familia como sujeto y no sólo como destinatario pasivo de los servicios, en concreto socio-sanitarios. Si la familia está insertada en un sistema relacional, es sobre este sistema sobre el que debe hacerse el diagnóstico de los problemas y al que va dirigida la terapia social. Si la asistencia es un sistema de redes, es necesario que las intervenciones para el bienestar sean “*intervenciones de redes*”.

4. ¿Qué “sistema de redes”? ¿Qué “asistencia de comunidad”? ¿Qué “intervenciones de redes”? Indicaciones metodológicas

Trataremos ahora de diseñar, brevemente, qué nuevas iniciativas pueden tomarse, su *framework* general, las premisas de las que nacen, las condiciones que requieren para ser o hacerse eficaces y útiles, las dificultades que deben superarse, así como la creatividad que debe ser activada.

Antes de entrar de lleno en este tema nos gustaría recordar que esta nueva forma de observar los problemas socio-sanitarios ya tiene su historia, que parte de la declaración de la O.M.S. de Alma Ata (1978) y llega a varias resoluciones del Parlamento europeo. El contenido de esta línea está en considerar posible que a los miembros débiles de la sociedad, desde los niños a los ancianos, es necesario no sólo consentir, sino afrontar los problemas socio-sanitarios en su ambiente de vida, haciendo que todo el sistema de asistencia se configure como una amplia red de apoyo; se considera que los familiares que asumen el cuidado del niño, del discapacitado, del enfermo, del anciano, deben poder contar con un sistema de ayudas formales e informales que tenga las características de una comunidad de apoyo, de tal forma que el objetivo no recaiga exclusivamente en las mujeres. En este sentido, recuerdo que la promoción de la colaboración socio-sanitaria es una de las prioridades de La *Ley de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de dependencia* (Artículos 3, 11 y 25).

Con estas directivas en mente, trataremos de entender por qué y cómo tal política social es inevitable, mejor aún deseable, al fin y al cabo, más humana para todos los sujetos participantes. No sólo para los enfermos en sentido estricto, sino también para todas las personas socialmente débiles, para los mismos *care givers*, es decir, para aquellos que asumen seriamente sus problemas.

La condición de las personas socialmente débiles tiende a mutar profundamente, si se deja a sí misma, sobre todo en lo referente al tejido de las relaciones sociales que estas personas tienen con su mundo cotidiano. Se han revelado algunas líneas de tendencia fuertes: por una parte, el creciente aislamiento físico-social de las personas clasificadas socialmente marginadas y, por otra, su institucionalización en lugares *ad hoc*, que tienden a segregarlas. Y en este sentido es preciso apuntar que lo que debería contemplar la ya famosa Ley de Dependencia es el cumplimiento riguroso de los proyectos de vinculación social de las residencias con el entorno y no tanto (que también el cumplimiento de las condiciones materiales y arquitectónicas. La tendencia al aislamiento de las personas débiles sólo en parte es

resultado de las modificaciones de las estructuras familiares. A estos aspectos hay que añadir: por un lado, la difusión de planteamientos culturales que enfatizan el individualismo de los estilos de vida y, por otro, la presencia de respuestas rígidas por parte de los servicios sociales, sanitarios, educativos e incluso de tiempo libre, que encuentran más cómodo o más económico gestionar la persona problemática (anciano, discapacitado, niño carente de asistencia) individualmente, sin tener en cuenta y sin englobar a la familia (a la que se apela cuando el sistema formal de los servicios no consigue afrontar todo aquello que se debería y necesita “*recurri*” a la familia).

Contra estas tendencias macroestructurales hacia un creciente aislamiento social (hasta el punto de que algunos ya comienzan a invocar “*políticas del ligamen social*”), durante la última década, las investigaciones sociológicas han revelado que la salud psico-físico-social está positivamente correlacionada con la densidad, el significado y la funcionalidad de las redes informales en que viven las personas. El aislamiento es relativo, en el sentido de que subsisten, aún más aumentan, las redes informales que, si no en acto, al menos potencialmente, pueden englobarse (no tanto y no sólo a la parentela, sino también a los grupos de amigos, de vecindad, de voluntariado, de *self-help* y mutua-ayuda). Estas redes sólo en parte son retazos tradicionales (especialmente presentes como tales en las áreas rurales y más periféricas), mientras que en buena medida –y siempre de forma más significativa- (por cualidad más que por cantidad) son emergencias sociales, es decir, relaciones creadas por los más recientes procesos de modernización en contextos urbanos. En ambos casos, viejas y nuevas redes informales no son reconocidas desde el punto de vista social, económico y político. Para ellas aún no existe una representación social adecuada, que las valore y las inserte en un mundo vital significativo y funcional o en un servicio socio-sanitario formal bien organizado.

Ante esta situación se ha difundido la idea, y también una cierta práctica, de asistencia a domicilio o familiarizada (*home care*). El concepto cubre un amplio espectro de intervenciones aún no bien identificadas en sus potencialidades y requisitos específicos. Va desde la asistencia a domicilio, a la hospitalización a domicilio, a otras formas de asistencia en la habitación del anciano, del portador de la discapacidad, del enfermo, del niño “*carente*” de asistencia. En alguna ocasión la asistencia domiciliar va acompañada de “*visitas*” de *informal helpers* y, en los contextos más modernizados, de apoyos de telefonía social. La práctica, sin embargo, está bajo expectativas. Indudablemente se trata de intervenciones útiles para una mejor asistencia. Ahora bien, la *home care*, sólo concebida de forma funcional, fácilmente termina por identificarse con “*más asistencia*” técnica, que no resuelve la soledad existencial y propiamente social, es decir, relacional, de la persona débil. Aunque más bien deberíamos decir de la “*relación débil*”. Si, desde el punto de vista psico-físico, débiles son las personas, desde el punto de vista sociológico es cierto que la debilidad es sobre todo de las relaciones.

Se deben activar redes de contacto, apoyo psicológico, intercambios de vida cotidiana, para permitir a la persona débil, según su grado de autosuficiencia, el máximo de autonomía vital. En otros términos, la vida de quien está –al menos potencialmente- en riesgo de marginación transcurre lo más “*normalizada*” posible, en

el sentido de que se le deben dar oportunidades de vida normal relativamente a la cualidad de su condición. Sólo puede realizarse si el conjunto de los servicios formales e informales es concebido como *community care* y si esta última es pensada y practicada como línea o criterio directivo de política social (en el sentido de *policy*), y no como resultado espontáneo, sino como objeto de precisas políticas sociales, sanitarias, formativas y de apoyo.

Afloran una serie de implicaciones operativas para los servicios socio-sanitarios. Especialmente la necesaria coordinación entre aspectos sociales y sanitarios, que en los últimos años no ha avanzado mucho. Aún más, no resulta arriesgado decir que se circunscribe prácticamente en la actualidad a relaciones entre trabajadores sociales de los servicios sociales comunitarios y trabajadores sociales de los centros de salud y hospitales, siendo casi inexistente la presencia de personal sanitario.

Y posteriormente una presencia significativa y no residual de lo informal, oportunamente sostenido por el ente público, en general el ente local, que debe adoptar un planteamiento y una práctica no instrumental hacia él. Pensemos en las nuevas formas de intervención como el llamado "*hospital a domicilio*", la creación de una red *ad hoc* mediante un grupo de vecinos o de mutua ayuda, o un club informal, con la presencia de un operador profesional o semi-profesional de apoyo.

¿Qué puede aflorar para los niveles sociales y sanitarios, pero también formativos y especiales, en el plano regional y local? ¿Cómo deben ser re-estructuradas las intervenciones formales? ¿Qué competencias deben demandarse al personal profesional e informal? ¿Cómo promover, y no sólo reconocer, la idea y la práctica de la *community care* en cuanto política del bienestar globalmente entendido?

La propuesta, aún emergente en Europa, es que se debe repensar completamente la política socio-sanitaria como política de la comunidad local por y de parte de la misma comunidad observada desde la óptica de las redes familiares. Esto comporta una profunda re-orientación de las políticas de los servicios, no sólo sociales y sanitarios, centrales y locales, y de los relativos "*planes*". La programación debe cambiar de filosofía, en el sentido de que el Estado (central, autonómico y local) y los actores institucionales deberían orientarse a emancipar una *caring society*, actuando de "*ordenadores generales*", y no como "*gestores totales*".

El rol de las nuevas iniciativas de privado social (formas de cooperación de solidaridad social, voluntariado incluso semi-profesional, mutualidades, asociaciones de ayuda y mutua-ayuda, formación de agregaciones auto-gestionadas, etc.) no pueden pensarse como residuales o puramente integradoras si y allí donde emerge la necesidad *ex post*, sino como elección estratégica preventiva de la necesidad, como estructura permanente, se entiende diseñada dentro del marco de un Estado social que no abdica de las propias responsabilidades colectivas.

La posible solución de los problemas de las personas marginadas, en situaciones de desventaja, aisladas, en riesgo, y en general de quien tiene necesidad de asistencia y cuidado orientado a la persona y dimensionada sobre su situación

familiar, cada vez más requiere una visión menos dependiente del Estado, menos burocrática y “*activada*” por aquella tradicional puesta en acto por los operadores formales, dando un nuevo rol a la sociedad como sociedad “*civil*”. Esta forma de acercarse a los problemas sociales supone interpretar el *welfare* de una forma activa, es decir, el paso desde unas políticas sociales asistencialistas o residuales a otras pluralistas y participativas, en las que se tenga en cuenta la potencialidad y capacidad de todos los actores que intervienen en la producción de bienestar social. Un primer paso, y de carácter decisivo en el caso español, sería profundizar en la descentralización de competencias. Una vez transferidas a las Comunidades Autónomas, las entidades locales deberían asumir un mayor protagonismo, en buena medida ligado a su mayor cercanía y conocimiento de las necesidades de la población.

Los expertos saben que las políticas públicas, y los relativos servicios sociales administrados por operadores dependientes de los entes públicos, hasta ahora han sido pensados de forma inadecuada, y se apoyan sobre una serie de asunciones que tienen bases sociológicas muy frágiles, concretamente porque no tienen en cuenta que la ayuda socio-sanitaria no es sólo un objetivo “*formal*” de organizaciones emanadas directamente del *Welfare State*, sino que también es perseguido y realizado por “*actores informales*”. El haber olvidado y descuidado a las redes informales ha llevado a resultados pobres y a fracasos. El resultado ha sido y es que en el núcleo de la política pública de *social care* existe un vacío que, con toda probabilidad, lleva a provisiones ineficaces o a deterioros para las personas en condición de necesidad. Si se quiere intervenir de forma correcta, por tanto, se debe pensar y organizar sistemáticamente la intervención como colaboración entre redes formales y redes informales.

Las redes informales no son la “*solución total*”. Pero son indispensables. Y los operadores socio-sanitarios no pueden eximirse del deber de aprender a cómo construir sistemas de inclusión y distancia con ellas. No se trata de hacerse ilusiones. No debemos crear mitos. Las redes informales son débiles y necesitan a su vez ser sostenidas. Las direcciones del cambio social llevan cada vez más, especialmente en las grandes áreas metropolitanas, a redes primarias (familiares y de parentela) más dispersas, fragmentadas, con menores oportunidades de tener *informal carers* (parientes, familiares, amigos, vecinos, voluntarios espontáneos) a disposición. Al mismo tiempo se está activando un posterior proceso de privatización de la sociedad, aumenta el número de las personas solas, aisladas, que no pueden disponer de ayudas informales. Estos fenómenos indudablemente crean perplejidades y dudas respecto al hecho de que la comunidad pueda dar servicios en el lugar del Estado. Pero, si se estudia bien el problema, se puede observar que sólo creando contextos de comunidad se podrán afrontar aquellas crecientes patologías sociales que las sociedades complejas, intrínsecamente arriesgadas, llevan consigo.

Se trata de encontrar la clave justa para no minusvalorar ni valorar en demasía la importancia y el rol de la *community care* como asunción de la comunidad por parte de la comunidad, en todos sus componentes, profesionales y no profesionales. Como cualquier otro planteamiento o instrumento de intervención, también puede utilizarse de forma distorsionada y ser instrumentalizado. Ciertamente, los objetivos son

ambiciosos. Pero la sociedad del naciente tercer milenio no puede renunciar a ellos, bajo pena de una alineación y una emancipación cada vez más difundida.

Es necesario señalar que la implementación de las líneas de la *community care* aquí planteadas significa un crecimiento de las capacidades de todos los operadores, en primer lugar de los formales, pero también de los informales, para que: a las personas necesitadas de ayuda les sean facilitados los servicios que mejor se adapten a su situación familiar, y en tiempos adecuados a sus particulares necesidades; y las personas sean ayudadas a vivir en sus familias el periodo más extenso posible, o bien en un ambiente lo más parecido al doméstico, de tal forma que las residencias y las asistencias institucionalizadas se reserven a aquellos en los que la necesidad no puede atenderse de otra forma u obedezca a una elección personal.

Estas son las finalidades de los servicios de redes y de la intervención de redes. Muchas propuestas se concentran principalmente sobre los medios. Esto se debe a que el nudo está propiamente en la ausencia de una “*cultura de los instrumentos relacionales*” que conlleve un más atento y eficaz servicio de *care* de las personas. Es oportuno señalar la importancia de que toda comunidad local asegure, tanto a nivel técnico como político, que exista alguien encargado de gestionar las políticas de *community care* que dispone del control sobre los recursos necesarios. Sólo de esta forma se podrá ayudar a las familias débiles o en riesgo de marginación; creando nuevas oportunidades para mejorar la calidad de los servicios disponibles y obteniendo mejores prestaciones en relación a los costes. Lo que hasta el día de hoy ha sido un progreso “*fuera de la norma*”, debería convertirse en norma.

Tratar de remendar el sistema tradicional de *welfare*, centralizado y estandarizado, no permitiría contemplar el problema nuclear de la creación de nuevas redes y desperdiciaría los beneficios que pueden obtenerse con una acción más concentrada en casos y las situaciones valoradas de forma específica. Existe la oportunidad de crear una *partnership* en la oferta de los servicios –entre el gobierno central, autonómico y el local, entre los servicios sociales y los sanitarios, entre las administraciones públicas y los sectores privados y voluntarios, entre los profesionales y los individuos-, beneficiando a aquellos que están en situación de necesidad. El rol de sector público es esencial para asegurar que la asistencia efectivamente se realice, mientras que el cómo son dadas es una consideración importante pero secundaria. Las autoridades locales deberían mostrar que están en situación de obtener y dar valor real, no oportunidades abstractas.

5. Nuevos perfiles profesionales para un servicio social en red

En relación con los planteamientos y las metodologías planteadas, esbozamos ahora las indicaciones referentes a los nuevos perfiles profesionales para los operadores sociales. Por desgracia, aún son muchas (demasiadas) las Escuelas de Trabajo Social, por no hablar de los que preparan a otros profesionales (sanitarios, administrativos, jurídicos, etc.), que están ligadas a los viejos modelos profesionales típicos de la configuración tradicional (asistencial-burocrática) del *Welfare State*. Olvidan que con la crisis del Estado de Bienestar, su desestructuración y pluralización, la posición estructural de los operadores sociales se modifica radicalmente:

- El sistema de bienestar ya no tiene un “*vértice*” (un poder superior de referencia para todos).
- El sistema de bienestar ya no posee un “*centro*”, ni de coordinación ni de dirección.
- El sistema de bienestar ya no dispone sólo de una o dominante imputación de responsabilidad colectiva.
- El sistema de bienestar se expande uniformemente en todas las direcciones. El resultado es que cualquier punto se distancia de los otros, pero también se encuentra ligado al movimiento general que afecta a todos los puntos en los que el bienestar se produce y consume.
- El bienestar se hace “*autopoiético*”, es decir, debe producirse en el interior de cualquier sistema organizativo según su propia distinción-directriz.

Sólo teniendo como telón de fondo el escenario anteriormente planteado se puede comprender el espíritu y los contenidos de las propuestas para nuevos modelos formativos y activos del operador social. Intentaremos trabajar las principales características: finalidad del servicio, principales dimensiones del perfil profesional, sus objetivos de competencias y responsabilidad.

Las principales finalidades del servicio en que los nuevos perfiles profesionales se insertan deberían:

- Ubicar a la persona débil en situación de vivir una vida plena (o lo más posiblemente normal) en su ambiente de vida, generalmente de tipo familiar, en la comunidad local.
- Elaborar paquetes de servicios y apoyos necesarios para ayudar a la persona débil a alcanzar y mantener el máximo posible de autonomía; se trata de activar intervenciones que operen de tal forma que puedan sostener todas las habilidades de la persona dependiente y su potencial de vida.
- Dar a las personas mayor voz respecto a la forma en que viven su condición desventajada, y respecto a los servicios de los que tienen necesidad para ser ayudados a vivir de forma normalizada.
- Promover el desarrollo de una red de servicios entre el sector estatal, el sector de privado social y el de privado mercantil, que permita respetar standards de buena calidad y adecuada profesionalidad.
- Las autoridades públicas no deberían utilizar el privado social y el mercantil como instrumento de intervención residual o como agencia donde descargar las responsabilidades colectivas, sino que deberían actuar como apoyo de agencias autónomas de privado social, y como reguladores del privado mercantil, de tal forma que se acreciente el radio de las posibilidades y de las elecciones de los usuarios.
- Aclarar las recíprocas responsabilidades de las agencias formales y del privado social de tal forma que se haga más fácil y transparente su proceso de rendir cuentas.
- Introducir una nueva estructura de financiación para las atenciones sociales que asegure un mejor valor de las prestaciones dadas a cambio de dinero fiscal, que no prestaciones sociales a las que es muy difícil llevar un control y supervisión para que tal ayuda se destine al fin previsto.

Las principales dimensiones o componentes de los nuevos perfiles profesionales propios del operador social deberían ser tales que permitan desarrollar las siguientes capacidades:

- Responder de forma flexible y sensible a las necesidades de las personas, de sus familias y de quien los asiste creando redes apropiadas entre sí.
- Permitir un amplio espectro de opciones de redes a los usuarios, en concreto mediante la utilización de medios diversificados (en especie o en dinero, y también estos diversificados por tipos) y flexibles (con posibilidades de cambiar fácilmente en el desarrollo).
- No intervenir más de cuanto sea necesario, donde acrecentar la autonomía del usuario y/o de su familia en el contexto de los grupos sociales de pertenencia, es decir, como autónoma capacidad de “*hacer red*”.
- Practicar ayuda activa a las personas que asisten a otras, los *informales carers* de ancianos, discapacitados, niños dependientes, etc., con medidas y programas *ad hoc* que tengan estructura relacional.

Los objetivos específicos de competencia de los nuevos perfiles profesionales para los operadores sociales deberían orientarse a:

- Promover las capacidades de desarrollar servicios domiciliarios, servicios diurnos de apoyo (como aquellos denominados de respiro) que permitan a las personas vivir en sus familias siempre que sea factible y sensato; es necesario darse cuenta de que las formas de organizar los servicios y los sistemas de financiación de las intervenciones, hasta ahora han operado contra esta línea.
- Asegurar que quien tiene el objetivo de elaborar servicios socio-sanitarios dé prioridad a un efectivo apoyo del personal de cuidado.
- Elevar la calidad de las intervenciones mediante una apropiada evaluación (*assessment*) de las necesidades y una mejor competencia para la “*gestión del caso*” (*case management*) (los paquetes de asistencia deben elegirse en relación a las específicas situaciones y lo más posible de acuerdo con las preferencias de las personas *target*).

Los nuevos perfiles profesionales deberían tender a poner el acento sobre las siguientes responsabilidades de los operadores sociales:

- Realizar una apropiada evaluación de las necesidades personales en colaboración con médicos, enfermeras y otros operadores, antes de decidir qué servicios deberían darse a la persona.
- Diseñar paquetes de servicios acercando contemporáneamente las exigencias tanto de las personas en estado de necesidad como de aquellos que les ayudan, es decir, paquetes desde una óptica de redes.
- Asegurar la efectiva distribución de los servicios no simplemente actuando como distribuidores directos, sino desarrollando el rol de compradores, coordinadores y controladores de agencias de diverso tipo, de tal forma que puedan conseguir que los grupos primarios y secundarios sean lo más autónomos posibles.
- Hacer el seguimiento de la calidad y de la eficiencia de los servicios, siempre considerados desde una óptica de redes.

- Organizar incluso formas de intercambio social de *care* con los usuarios, y entre los usuarios, de tal manera que se creen recursos de redes.

Con toda probabilidad, las palabras clave en la formación de los operadores sociales en los próximos años serán: salvaguardar y elevar la calidad de los servicios; “*normalizar*” los cuidados, en el sentido de dar a todos las oportunidades para una vida “*normal*” en relación a las propias condiciones (en concreto familiarizando los cuidados); invertir en un apropiado adiestramiento del personal; valorar las necesidades en relación al singular “*caso*” y promover las capacidades de los operadores de formar paquetes de servicios personalizados a gestionar responsablemente en relación al singular “*caso*” (difusión de las figuras del *case coordinator* y *case manager*); organizar servicios-centrados-en el-cliente, incluso iniciados-por-el-cliente.

Se supone que lo que debe aparecer como importante es la calidad de la formación y de las habilidades prácticas de los operadores formales e informales: nueva *leadership* en los servicios; nueva profesionalidad de los operadores socio-sanitarios como evaluadores del caso, manager del caso, coordinadores de agencias diferenciadas para la efectiva distribución del paquete de asistencia de calidad elevada. Y todo ello en función de una dirección guía: acrecentar la autonomía y las posibilidades de elección por parte de las personas necesitadas de ayuda y asistencia en cuanto sujetos de una red.

6. Conclusiones

Uno de los retos del pasado, del presente y del futuro de los científicos sociales y de los gestores de políticas públicas es la mejora de las formas de intervención en la realidad social. El modelo burocrático y asistencialista predominante desde los años cincuenta, muestra significativas carencias para hacer frente a las nuevas demandas de una sociedad cada vez más compleja y dirigida hacia la calidad de vida.

En este trabajo se ha presentado una alternativa basada en la perspectiva relacional, desde la que los problemas sociales se interpretan a partir de una red problemática de relaciones, sobre las que se debe intervenir para buscar una solución adecuada. Esta orientación promueve una colaboración entre redes formales e informales que permite redefinir el *welfare* y que contribuye a un más atento y eficaz servicio de *care* a las personas.

Las propuestas concretas que se derivan de esta alternativa basada en la perspectiva relacional son, entre otras, las siguientes:

- El objetivo primero de la intervención social debe ser la permanencia de la persona en su ámbito social y familiar. En determinados momentos y situaciones la institucionalización es necesaria para salvaguardar el bienestar y la funcionalidad de las redes primarias. Lo interesante sería no identificar residencia con desarraigo y sí fomentar programas de vinculación con el municipio a la vez que se concientia a las familias sobre la importancia del mantenimiento de la afectividad. En este sentido, **sería muy interesante**

establecer convenios de colaboración entre residencias y tejido asociativo, para que de forma desinteresada las asociaciones, centros escolares..., prevean de forma normalizada en su calendario la realización de actividades para las personas mayores y o discapacitadas en situación de dependencia.

- Un sistema de respuesta (*coping*) en las confrontaciones de las necesidades familiares es más óptimo cuanto más asume la configuración de un “*sistema complejo en red*”, en el que necesidades y respuestas están correlacionadas a través de una pluralidad de actores, formales e informales, de asistencia. Esto hace necesaria una flexibilidad, que en la actualidad no existe, en la definición del PIA respecto a la aplicación de recursos superando en gran medida el régimen de incompatibilidades existentes por imperativo legal. **En este sentido y en aras de hacer efectiva esa relacionalidad entre actores informales y formales no se estima conveniente presentar como incompatible la prestación de Servicio de Ayuda a Domicilio (SAD) y Prestación Económica para Cuidados del Entorno Familiar.**
- El reconocimiento de las competencias profesionales adquiridas por experiencia laboral, debería centrar su atención en la implementación unívoca de ambas prestaciones. **De esta forma los cuidadores no profesionales dispondrían de una formación práctica domiciliaria con la asistencia de un auxiliar de ayuda a domicilio encargado de asesorar y orientar en materia socio-sanitaria.** Con la garantía que tras las empresas que gestionan el SAD se encuentra la Administración Pública (Corporaciones Locales), encargados de supervisar su trabajo.
- En cuanto que corresponde a los servicios públicos formales el objetivo profesional de activar relaciones más comunicativas y colaboradoras con las familias, incumbe a estas últimas la responsabilidad –no indiferente- de tomar conciencia de este estado de la situación y de modificarlo. **Se impone un nuevo estilo de formación de los operadores y un nuevo diseño del sistema de servicios para el bienestar. ¿Cuál? Ubicando a la familia en el “centro” de la comunidad local y organizando los servicios como redes formales-informales de apoyo a sus funciones.**
- Se deben activar redes de contacto, apoyo psicológico, intercambios de vida cotidiana, para permitir a la persona débil, según su grado de autosuficiencia, el máximo de autonomía vital. **Sólo puede realizarse si el conjunto de los servicios formales e informales es concebido como *community care* y si esta última es pensada y practicada como línea o criterio directivo de política social (en el sentido de *policy*), y no como resultado espontáneo, sino como objeto de precisas políticas sociales, sanitarias, formativas y de apoyo.**
- Se debe repensar completamente la política socio-sanitaria como política de la comunidad local por y de parte de la misma comunidad observada desde la óptica de las redes familiares. Esto comporta una profunda re-orientación de las políticas de los servicios, no sólo sociales y sanitarios, centrales y locales, y de los relativos “*planes*”. **La programación debe cambiar de filosofía, en el sentido de que el Estado (central, autonómico y local) y los actores institucionales deberían orientarse a emancipar una *caring society*, actuando de “ordenadores generales”, y no como “gestores totales”.**

- La posible solución de los problemas de las personas marginadas, en situaciones de desventaja, aisladas, en riesgo, cada vez más requiere una visión menos dependiente del Estado, menos burocrática y “*activada*” por aquella tradicional puesta en acto por los operadores formales, dando un nuevo rol a la sociedad como sociedad “*civil*”. Esta forma de acercarse a los problemas sociales supone interpretar el *welfare* de una forma activa. **Un primer paso, y de carácter decisivo en el caso español, sería profundizar en la descentralización de competencias. Una vez transferidas a las Comunidades Autónomas, las entidades locales deberían asumir un mayor protagonismo, en buena medida ligado a su mayor cercanía y conocimiento de las necesidades de la población.**