

EDITORIAL**INCORPORACIÓN DE LOS OBJETORES DE CONCIENCIA EN EL INSALUD****Rosa Blanca Pérez López.**

Instituto Nacional de la Salud.

El progresivo envejecimiento de la población, el aumento de la supervivencia en muchas enfermedades conseguida por el progreso científico y técnico, y la evolución de la epidemia de la infección por VIH/SIDA, han generado para la red de servicios y particularmente para los servicios sanitarios, efectos importantes en la configuración de los modelos o sistemas de salud en todos los países de Europa.

Estos cambios comportan una reorientación de servicios, así como la necesidad de incorporar más y nuevos recursos para satisfacer la progresiva demanda y necesidad de cuidados que presentan estos colectivos poblacionales, así como para garantizar la continuidad de los mismos.

Para responder a estos problemas y siguiendo experiencias similares de otros países europeos, se inició un plan de colaboración sanitaria de los objetores de conciencia, con el propósito de dirigir dicha colaboración hacia el apoyo en los cuidados necesarios para estas personas en los procesos crónicos y discapacitantes que padecen.

Este plan se fundamenta en aspectos importantes que proporcionan la base para

una implantación y desarrollo efectivo y consistente:

1. Necesidades de cuidados y apoyo constatadas en la población a la que se dirige el proyecto

Con el aumento de la esperanza de vida y la disminución de la natalidad se observa que progresivamente se incrementa el porcentaje de personas mayores de 65 años en el conjunto de la población española. De ellos, una importante proporción se encuentran en la franja de edad de los «más mayores», proporción que además de ir en aumento representa en números absolutos 2.196.165 personas de 75 años y más. Este progresivo envejecimiento de la población conlleva a su vez el aumento cada vez mayor del número de personas con discapacidades.

Paralelamente se han producido avances muy importantes en el tratamiento de numerosas enfermedades, con el incremento correspondiente de su supervivencia. Esto viene referido a las personas en situación de enfermedad terminal, debida al cáncer, al Sida u otros procesos.

Estas personas, como la población anciana, requieren en las fases avanzadas de sus procesos, un modelo de atención centrado en mayor medida sobre la necesidad de cuidados; un 43% de los mayores de 65 años han manifestado tener problemas para

desarrollar alguna actividad cotidiana sin ayuda, del mismo modo que un 55% de las personas mayores de 60 años y un 90% de las mayores de 85 años declaran tener trastornos crónicos.

No hemos de olvidar que a la vez que aumentan las necesidades y demandas, constatamos la disminución de los recursos, (nueva configuración de la estructura familiar, viviendas mal acondicionadas, etc.).

Ante esa demanda de más cuidados, para el anciano discapacitado y para el enfermo crónico o terminal, se hace necesario desarrollar políticas que reorienten los actuales servicios hacia los que se precisen; en este caso, como refuerzo de los servicios dirigidos al anciano discapacitado y al enfermo crónico o terminal a través, entre otros, de proyectos de colaboración interinstitucional.

2. Disponibilidad permanente de objetores de conciencia

La Constitución Española (Art. 30.2) expresa que se debe regular con las debidas garantías la objeción de conciencia. Acorde con el mandato constitucional, la Ley 48/1984 determina, para quienes sean declarados objetores de conciencia, la obligatoriedad de realizar una Prestación Social Sustitutoria consistente en actividades de utilidad pública que no requieran el uso de las armas ni dependan de instituciones militares. Por ello, la Prestación Social se convierte así en un servicio civil que proporciona recursos humanos para satisfacer necesidades colectivas de interés social.

El contenido de la Prestación Social conlleva por tanto un Servicio a la colectividad que está en relación con el bienestar social, la mejora de la calidad de vida y la atención y protección a los más necesitados.

En este contexto, este plan de colaboración sanitaria cumple con todos los requisitos planteados en la prestación de servicios

para estas personas y contribuye a resolver una necesidad y demanda creciente.

Las características de las personas que hacen objeción de conciencia (alto nivel cultural, elevada proporción de universitarios, alta cualificación, predisposición a las tareas de vocación social) y el número creciente de las mismas, proporcionan una garantía de idoneidad y continuidad para las funciones que pueden asumir en el campo de la salud.

3. Voluntad institucional

Existe por parte de los Ministerios correspondientes, por un lado el Ministerio de Sanidad y Consumo como responsable de la ordenación de las prestaciones en esa materia, y por otro, el Ministerio de Justicia como responsable de la adscripción de los objetores, una clara voluntad de cooperación, en el convencimiento de que la misma es posible y contribuye al bienestar social. Dicha voluntad se concreta en los siguientes puntos:

- a) Por parte del Ministerio de Sanidad y Consumo:
 - Realizar una propuesta de colaboración a través de un Convenio Marco y los oportunos conciertos.
 - Realizar programas en el ámbito de su competencia donde incorporará a los objetores de conciencia.
 - Garantizar que la adscripción a proyectos, la formación y la dirección de los objetores responda a la finalidad de la prestación social de los objetores de conciencia.
- b) Por parte del Ministerio de Justicia:
 - Reconocer los centros sanitarios y programas de atención domiciliarios como servicios de utilidad pública a efectos de la prestación social sustitutoria.

- Acordar la formalización de los correspondientes conciertos.
- Adscripción de objetores para el desarrollo de los programas o servicios en funcionamiento o a poner en marcha.

4. Complementariedad con otras Instituciones, programas y servicios

No debemos olvidar que el objetor tiene que realizar «una colaboración social» y en ningún caso sustituir a los profesionales, instituciones o servicios establecidos; por tanto su espacio está principalmente en dar respuesta o atención allí donde las familias o las instituciones no llegan por distintos motivos.

El objetivo general que nos propusimos fue configurar una red articulada de colaboración social a través de un recurso propio que dé respuesta a las necesidades y demanda de cuidado y atención del enfermo y de su familia y, con ello, contribuir a un mayor bienestar individual y social que lleve a conseguir una mejor calidad de vida.

Los objetivos específicos que nos marcamos fueron:

- Provisión de colaboradores sociales que den respuesta a las necesidades y demandas de cuidado no profesional y apoyo del enfermo y su familia.
- Canalizar los recursos comunitarios y con ello contribuir a mejorar nuestros servicios.
- Favorecer el mantenimiento en su domicilio al enfermo que no precisa ingreso hospitalario con el apoyo humano necesario.
- Favorecer y potenciar la participación comunitaria y la solidaridad entre generaciones.

- Disminuir el estado de ansiedad que produce en las familias el cuidado y atención del anciano y/o discapacitado, enfermo crónico y/o terminal en el domicilio o en el centro sanitario.

Las distintas etapas en el desarrollo del plan fueron:

1. Estudio de las necesidades y demandas planteadas por el enfermo y/o sus familias. Entre estas necesidades y demandas podemos citar:

a) La dificultad que presentan para volver al domicilio los ancianos con enfermedades crónicas o terminales en el momento del alta hospitalaria, así como las consecuencias que ello conlleva: Por un lado no se dispone de camas para mantener ingresados a este tipo de pacientes en los centros sanitarios de agudos; por otro, vemos que estos enfermos no desean estar alejados de sus familiares o de las personas que les pueden prestar su apoyo y cariño en estos momentos de su vida.

b) El gran desgaste y dificultad que supone para las familias la atención de estas personas en sus domicilios.

2. Diseño del plan.

La idea general consiste en incrementar y potenciar los recursos existentes para realizar programas que den respuesta a las necesidades detectadas y a las demandas planteadas por los enfermos y sus familias.

Con esta premisa se presentó un proyecto en el Ministerio de Sanidad y Consumo; una vez aprobado por éste se encargó su realización al Insalud.

3. Incorporación de los centros al plan.

Es algo importante a considerar la voluntariedad de los centros, tanto por parte del gerente como de la persona responsable del desarrollo del programa, porque sólo así entendemos que será bien acogida la experiencia.

A los centros en los que participarán los objetores de conciencia, se les exige un programa en el que expresen: tareas a realizar, número de objetores, centros de salud o servicios hospitalarios en los que estarán ubicados.

Los gerentes, en cada centro donde se solicite la incorporación de objetores, designarán un coordinador que será el responsable de diseñar y coordinar los programas y las tareas a realizar por los colaboradores sociales.

Posteriormente se realizaron seminarios de formación dirigidos a los coordinadores de los centros. El objetivo principal de estos Seminarios es ofrecer elementos teórico-prácticos que faciliten la incorporación de los objetores de conciencia en los distintos programas.

4. Presentación de los programas individuales.

De acuerdo con lo que se establece en el plan cada centro envía el diseño de un programa para incorporar objetores.

5. Incorporación de los objetores.

En abril de 1994 se incorporaron los primeros Objetores, distribuidos aproximadamente en 40 hospitales y 70 centros de Atención Primaria.

En octubre de 1995 contamos con un total de 53 hospitales y 241 centros de Atención Primaria que han demandado la incorporación de los Objetores en todas las Comunidades Autónomas de la red del Insalud.

6. Desarrollo de los programas.

a) Apoyo domiciliario a los familiares de ancianos, enfermos o incapacitados para el autocuidado. Este programa lleva a la consecución del objetivo de «mantener al anciano y/o enfermo en su domicilio» con un apoyo humano que haga más soportable la situación tanto a éste como a su familia; en él se realizan principalmente las siguientes actividades:

- Colaboración en la higiene y alimentación del enfermo.
- Ayuda en la movilización del enfermo.
- Apoyo en el control y seguimiento correcto del tratamiento prescrito.
- Apoyo doméstico en casos sin familia o incapacitados (compra, limpieza, etc).
- Compañía y animación del enfermo.
- Acompañar para asistencia a consultas, gestiones, etc.

b) En los centros sanitarios: Por lo que respecta al área de atención de los objetores en los centros sanitarios, mayoritariamente están realizando tareas en los hospitales y se llevan a cabo entre otras, las siguientes actividades:

- Información «no médica» tanto al enfermo como a su familia en distintos servicios.
- Acompañamiento para resolución de distintas gestiones.
- Colaboración en el funcionamiento de las bibliotecas de pacientes.
- Animación, con distintas actividades, a enfermos psiquiátricos o incapacitados.
- Colaboración para la captación de donantes de sangre.
- Acompañamiento a enfermos incapacitados sin familia.
- Colaboración para el conocimiento de la opinión del usuario, tanto en el área de consultas externas como en la de hospitalización.

Desde la incorporación de los primeros objetores en abril de 1994 hasta diciembre de ese mismo año, se ha podido comprobar, mediante la evaluación llevada a cabo, que se han incorporado 404 objetores en 118

Centros, realizando en ellos gran cantidad de actividades de apoyo al enfermo y a su familia alcanzando su acción a 124.060 personas.

Ante estos primeros resultados y teniendo presentes los objetivos que nos planteamos podemos concluir que:

- Se ha implantado una importante base de programas de colaboración social a través de una red articulada en 27 provincias cuya población asciende a 15.166.247 habitantes.
- Los datos recogidos en diferentes provincias por medio de un sondeo de opinión practicado a través de cuestionarios a enfermos y familiares, objetores y profesionales, nos manifiestan:
 - La satisfacción expresada por los enfermos y sus familias ante el apoyo recibido por parte de los objetores. Destaca también su demanda de aumentar la prestación recibida en cuanto al número de horas y días que el objetor está con el enfermo.

— Satisfacción sentida por los objetores por considerar su tarea de utilidad hacia las personas que atienden y a la vez siente un enriquecimiento personal.

— El equipo de profesionales también considera mayoritariamente importante la colaboración de los objetores, si bien hacen una matización importante: la necesidad de dar continuidad a los programas iniciados, para lo cual es imprescindible el solapamiento de objetores en los distintos programas iniciados.

- La evaluación nos permite concluir que mediante la labor que realizan los objetores, se va creando en los centros un clima de solidaridad y participación comunitaria que contribuye a mejorar los servicios prestados en ellos.
- Igualmente los programas que se están llevando a cabo posibilitan que gran número de ancianos y enfermos crónicos puedan permanecer en su domicilio a la vez que disminuye la presión y ansiedad que ello suele producir en los familiares.