

La prestación social de los objetores de conciencia en el campo de la salud: una experiencia

Rosa Blanca PÉREZ LÓPEZ

RESUMEN

Hoy, como desde la aparición de la profesión en la sociedad, los Asistentes Sociales tienen entre sus roles o tareas una que considero fundamental y no debemos olvidar: potenciar o reforzar los recursos existentes, tanto del propio individuo como aquellos comunitarios o de la sociedad, y con ello contribuir al mayor bienestar individual y social.

Los cambios producidos en la estructura y organización de la convivencia tanto a nivel personal, como familiar nos llevan a detectar nuevas necesidades sociales, ante las que los trabajadores sociales deben fomentar una conciencia social, que a) prevenga la marginación y la pobreza; b) promueva la solidaridad entre las instituciones y los ciudadanos; y c) fomente la calidad de vida a través de una mayor calidad en la atención y cuidados, en este caso, de salud.

Partiendo de estas premisas, relato una experiencia realizada en el Hospital "Severo Ochoa" por el Servicio de Trabajo Social y la repercusión que ésta tuvo en el sistema sanitario: la incorporación de Objetores de Conciencia al servicio militar como Colaboradores Sociales en el Campo de la Salud, experiencia encuadrada dentro de la solidaridad y del fomento hacia una mayor calidad de vida.

Comienzo con una relación de los principales problemas detectados y que están en la raíz de la experiencia propuesta.

ABSTRACT

Social workers improving social resources in the Health field.

Social workers as a professionals have been improving, since their first appearance as human resources available to the Community, both in terms of the benefits to the individuals, as well as to society as a whole. Due to the changes in the structure and organization of social life -both at individual and family level- social workers ought to face the new challenges provided by current social needs. They are involved in the growth of social awareness, required in order to develop quality of life (for instance, by improving health care), and in preventing poverty and exclusion.

The article relates the experience of the Social Work Unit at the "Severo Ochoa" Hospital in Madrid. It explains the inclusion of young people refusing compulsory military service due to ethical reasons ("objetores de conciencia" or objectors of conscience) as helpers in health care with patients in Hospital and their families. The values informing this practice are solidaristic feelings and better quality of life.

1. *La desinformación a la familia sobre el proceso seguido por el enfermo durante su estancia en el servicio de urgencias.*

Por todos es conocida la dificultad

que por distintas causas manifiestan los profesionales de las instituciones sanitarias para INFORMAR a los enfermos y sus familiares sobre el proceso de su enfermedad, durante su estancia en nuestros centros y de manera particular en los Servicios de Urgencias de nuestros hospitales.

Esta dificultad viene dada porque:

a) los médicos no son partidarios de INFORMAR hasta tener respuesta de todas las pruebas realizadas, lo que les permitirá dar un diagnóstico y establecer un tratamiento adecuado a cada enfermo; b) los equipos de enfermería a veces, no disponen de tiempo para realizar esta labor; c) el personal no sanitario especializado no considera esa tarea como propia.

Todas estas posturas de los distintos profesionales llevan a que las salas de espera de los Servicios de Urgencias de nuestros hospitales, tras largas horas de espera sin información, se conviertan en hervideros de personas en estado de ansiedad, que nada favorecen al enfermo, ni a su acompañante, tampoco a los profesionales que allí trabajan.

2. La dificultad presentada por los familiares para llevarse al enfermo crónico o terminal a su domicilio.

Igualmente es sabida la dificultad que presentan en nuestros hospitales los enfermos crónicos y 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 nuestros centros y 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, y que el gran desgaste que supone para las familias la atención de estas personas en sus domicilios.

Ante esta situación y teniendo en cuenta los escasos recursos sociales y humanos de que dispone el Área Sanitaria y en particular el Hospital, el Servicio de Trabajo Social se plantea buscar otras alternativas que dieran respuesta a los problemas detectados:

La alternativa ante estas situaciones parece ser utilizar y potenciar los recursos existentes por parte de los Trabajadores Sociales del Hospital "Severo Ochoa", lo que lleva a formalizar un "concierto de colaboración entre el Hospital y la Oficina para la Prestación Social de los Objetores de Conciencia", incorporando diez Objetores de Conciencia como Colaboradores Sociales a lo largo del año 1991. Los objetivos son:

1. Disminuir el estado de ansiedad que producen las largas horas de espera tanto del enfermo como de su familia en los Servicios de Urgencias hasta el momento en que el médico puede informarles sobre su estado de salud.

2. Liberar al hospital de la presión de camas para personas que no precisan permanecer hospitalizadas.

3. Mantener en su entorno familiar al enfermo crónico o terminal, con el apoyo humano necesario.

El proceso para la incorporación de los objetores de conciencia

Por parte de la Trabajadora Social que suscribe este artículo se presenta

a la Junta Técnico Asistencial del Hospital "Severo Ochoa" un proyecto de planificación de altas hospitalarias donde se contempla la colaboración de los Objetores de Conciencia.

La J.T.A. da el visto bueno al proyecto, pasando a informar al Gerente del Hospital quien acepta realizar la propuesta de concierto de colaboración con la Oficina para la Prestación Social de los Objetores de Conciencia en Mayo de 1990.

En septiembre de 1990 el Sr. Ministro de Justicia autoriza a la Oficina para la Prestación Social de los Objetores de Conciencia a suscribir el oportuno concierto y reconoce al Hospital "Severo Ochoa" como colaborador del régimen de la Prestación Social de los Objetores de Conciencia.

En noviembre de 1990 queda firmado y formalizado el concierto de colaboración de ambas Entidades.

A partir de esa fecha se publican, en la bolsa de trabajo de la Oficina, los puestos ofertados para prestar servicio en nuestro hospital.

En abril de 1991 se incorporan los primeros jóvenes a nuestro hospital. En Noviembre del mismo año se incorporan los tres últimos, completando el número de 10 que era lo concertado para esta primera etapa del proyecto.

Características de los objetores

La edad oscila entre los 20 y 28 años. Su procedencia es mayoritariamente de los pueblos de la zona sur de Madrid. Su ocupación es muy diversa, nos encontramos principalmente con

jóvenes que están trabajando o estudiando; así tenemos estudiantes de psicología, filología semítica, informática y diplomados en ciencias empresariales, camareros, ebanistas, fontaneros, músicos y administrativos.

Desarrollo de la actividad

Con la llegada de los primeros Colaboradores Sociales, se establece un número de horas destinadas a la información sobre el centro, donde han de prestar su actividad y formación sobre las tareas o funciones a desarrollar, así como el establecimiento de un método de funcionamiento, en el que se les hace miembros activos del mismo, por entender que ello conlleva un mejor desarrollo de la labor a realizar. Dentro de este método se contempla la programación y evaluación periódica del trabajo realizado.

Damos comienzo con la actividad de *apoyo domiciliario a los familiares y enfermos incapacitados para el autocuidado*, la cual nos lleva a conseguir los objetivos de:

1. Liberar al hospital de camas para personas que no precisan permanecer hospitalizadas
2. Mantener al enfermo en su entorno" con un apoyo humano que haga más soportable la situación tanto al enfermo como a su familia, realizando 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), com-

pañía y animación del enfermo, acompañar para asistencia a consultas, gestiones, etc.

Los períodos de tiempo que el objetor prestará a las familias estará en relación con las necesidades y características sociales de cada una de ellas. El Objektor recibirá información por parte de la coordinadora del Programa del tipo de atención que se ha establecido y velará por el cumplimiento del mismo estando obligado a comunicar cualquier tipo de anomalía que se produzca.

Así podemos observar, a través de los gráficos que recogen la actividad, cómo el mayor número de personas atendidas precisaron menos de un mes de actividad o apoyo del colaborador social. Aunque también aparecen personas que han llegado a precisar más de seis meses, tanto en términos de las actividades en general, como de aquellas de movilización del enfermo (Ver gráficos 1 y 2.). En las actividades realizadas, destacan principalmente el acompañar a consulta y la movilización del enfermo en el domicilio, a mayor distancia aparece la compañía al enfermo y el apoyo en el tratamiento prescrito al enfermo. (Ver gráfico 3). Esta actividad ha sido muy bien acogida por los propios usuarios, así como, por los medios de comunicación, prensa y televisión quienes dieron la noticia de la actividad.

En segundo lugar abordamos la *Información en los servicios de Urgencias* con lo cual llegamos a la consecución del objetivo "disminuir el estado de ansiedad que producen las largas horas de espera... en las Urgencias..." El

Objektor comunicará al familiar del enfermo sobre las pruebas que le han hecho o le van a hacer, a la espera de que el médico les dé la información clínica completa.

Las tareas a realizar por los Objetores de Conciencia o Colaboradores Sociales en el Servicio de Urgencias serían las siguientes: a) identificar al enfermo y su familia cuando una vez ingresado haya transcurrido un plazo razonable; b) informarse de la situación actual del enfermo a través del médico o enfermera que le atiende, sobre las pruebas realizadas o a realizar; c) transmitir la información recogida a los familiares o acompañantes; d) registrar la actividad realizada.

Sobre estas tareas resumo el estudio realizado sobre la actividad de nuestros Colaboradores Sociales durante el mes de junio de 1991. Los datos expresados corresponden a 262 personas atendidas. En primer lugar veremos los cuadros de los casos que en líneas generales reflejan el Servicio que les atendió o la ubicación del enfermo y el sexo.

En cuanto a la solicitud de información por parte de los enfermos según el sexo, en el cuadro A podemos observar un aumento 11,4% por parte de las mujeres, mientras que los familiares o acompañantes en el cuadro B es del 48,4%, la razón de esta diferencia la podemos encontrar en que es la mujer la que mayoritariamente se encarga de acompañar y cuidar a los enfermos.

Si observamos la demanda por Servicios aparece en primer lugar Medicina Interna, seguido a gran distan-

Cuadro A
Porcentajes de demandas de información de los enfermos

| Servicio Sexo | MÉD. INT. | OBSERV. | TRAUM. | CIRUG. | TOTAL |
|--------------------------------|------------------|----------------|---------------|---------------|--------------|
| HOMBRES | 33,6 | 7,3 | 3,1 | 0,4 | 44,3 |
| MUJERES | 44,2 | 9,5 | 1,9 | 0 | 55,7 |
| TOTAL | 77,8 | 16,8 | 5 | 0,4 | 100 |

Cuadro B
Porcentajes de demandas de los familiares o acompañantes

| Servicio Sexo | MÉD. INT. | OBSERV. | TRAUM. | CIRUG. | TOTAL |
|--------------------------------|------------------|----------------|---------------|---------------|--------------|
| HOMBRES | 18,5 | 5,4 | 1,5 | 0,4 | 25,8 |
| MUJERES | 60 | 11,1 | 3,1 | 0 | 74,2 |
| TOTAL | 78,5 | 16,5 | 4,6 | 0,4 | 100 |

cia por los demás servicios, esto se puede explicar ya que el mayor porcentaje de la demanda de urgencias es también para Medicina Interna tanto el las demandas realizadas por los familiares como por los enfermos. (Gráficos 4 y 5).

En relación con la actividad realizada debemos decir que la predominante, el 70% es la información a los familiares sobre la situación (no médica, por supuesto) del enfermo ingresado en Urgencias. Un 25% se dedica a la localización de familiares para ver al enfermo o al médico cuando así les es requerido por el personal sanitario. El

5% restante se divide en actividades varias entre otras la localización e información sobre el ingreso de algunos enfermos. (Gráfico 6).

Conclusión

Podemos decir que los resultados y la relación que se establece entre los Colaboradores Sociales y los enfermos y sus familiares ha sido muy positiva, logrando llegar a la consecución de los objetivos marcados en los dos programas que se han puesto en funcionamiento y es por ello que for-

mulamos la siguiente PROPUESTA:
Que esta experiencia se hiciera, a nivel general, extensiva a todos los centros de la sanidad pública.

canzado su acción a 124.060 personas. (Ver cuadro C: Resultados de la 1.ª Evaluación).

Resultados

Hoy, transcurridos algunos meses, hemos de decir con gran satisfacción que el Ministerio acogió con gran entusiasmo el proyecto y apoyó la propuesta hasta el punto que, desde la Dirección General de Planificación se me pidió la colaboración para proyectar la formalización de un Convenio de Colaboración, entre el Ministerio de Justicia y el Ministerio de Sanidad, para la incorporación de Objeto-res como Colaboradores Sociales, en programas que vayan encaminados a una mayor calidad y humanización de la asistencia prestada a las personas atendidas desde nuestras instituciones sanitarias en general y en particular a los ancianos, enfermos crónicos y terminales.

El 22 de febrero de 1994 se firma el Convenio por los dos Ministros y se hace operativo en el INSALUD un Programa para incorporar Objeto-res de Conciencia. A partir de abril de 1994 se incorporarán los primeros Objeto-res, distribuidos aproximadamente en 40 hospitales y 70 centros de Atención Primaria, del Estado Español. A finales de Diciembre de 1994 se evalúa el Programa pudiendo comprobar con gran satisfacción que se han incorporado 404 Objeto-res en 118 Centros, realizando en ellos gran cantidad de actividades de apoyo al enfermo y a su familia al-

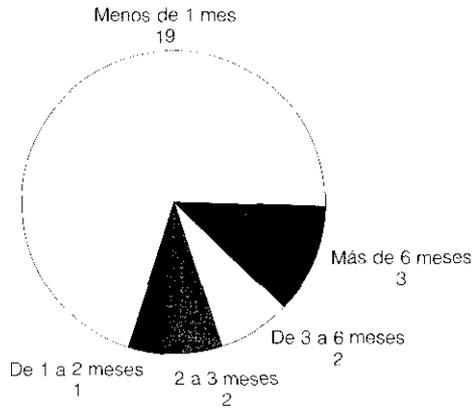
*Rosa Blanca Pérez López
Trabajadora Social
Responsable para la Colaboración socio-sanitaria
INSALUD*

Cuadro C
RESULTADOS DE LA PRIMERA EVALUACIÓN SOBRE EL PROGRAMA DE LA PRESTACIÓN
SOCIAL DE LOS OBJETORES DE CONCIENCIA EN EL INSALUD 1994

| COMUNIDAD AUTÓNOMA | PROVINCIAS | CENTROS | SERVICIOS HOSPITALARIOS | PROGRAMAS A.P./A.E. | ACTIVIDADES | N.º DE OBJETORES | N.º DE PERSONAS ATENDIDAS |
|--------------------|------------|---------|-------------------------|---------------------|-------------|------------------|---------------------------|
| ARAGON | 3 | 10 | 2 | 9 | 11 | 20 | 280 |
| ASTURIAS | 1 | 25 | 15 | 29 | 67 | 80 | 6.380 |
| BALEARES | 1 | 1 | 4 | 4 | 8 | 5 | 945 |
| CANTABRIA | 1 | 5 | 5 | 8 | 25 | 18 | 2.624 |
| CASTILLA Y LEÓN | 7 | 20 | 20 | 41 | 62 | 94 | 48.424 |
| CASTILLA-LA MANCHA | 5 | 12 | 3 | 12 | 41 | 37 | 4.416 |
| CEUTA | 1 | 1 | - | 2 | 3 | 2 | 12 |
| EXTREMADURA | 2 | 11 | 2 | 14 | 32 | 18 | 1.965 |
| LA RIOJA | 1 | 1 | - | 1 | 1 | 3 | 14 |
| MADRID | 1 | 29 | 23 | 49 | 411 | 118 | 56.921 |
| MELILLA | 1 | 1 | - | 1 | 3 | 1 | 4 |
| MURCIA | 1 | 2 | 7 | 6 | 9 | 8 | 2.075 |
| TOTAL 12 | 25 | 118 | 81 | 178 | 673 | 404 | 124.060 |

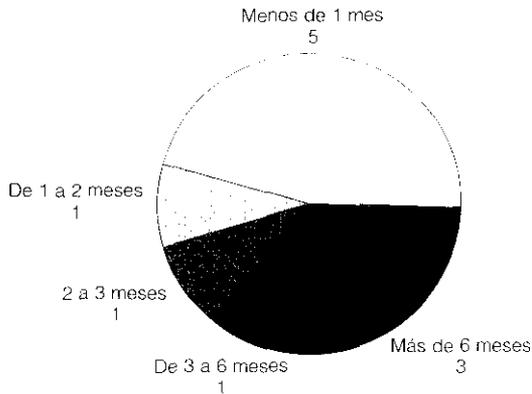
Fuente: Memoria del Insalud, 1994.

GRÁFICO 1
Apoyo domiciliario de los objetores
Actividades realizadas y casos atendidos



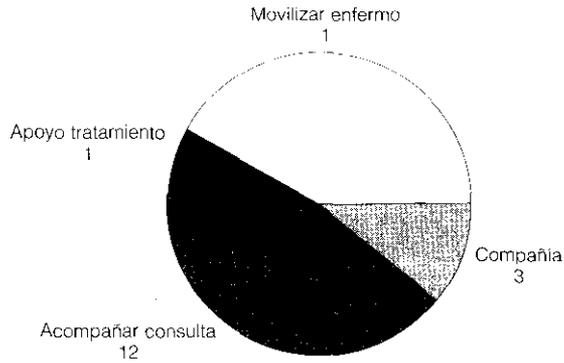
Servicio de Trabajo Social. Septiembre 1992.

GRÁFICO 2
Apoyo domiciliario de los objetores
Períodos de tiempo en la actividad de movilización del enfermo



Servicio de Trabajo Social. Septiembre 1992.

GRÁFICO 3
Apoyo domiciliario de los objetores
Actividades realizadas y casos atendidos



Servicio de Trabajo Social. Septiembre 1992.

GRÁFICO 4
CASOS ATENDIDOS POR LAS CC. AA.

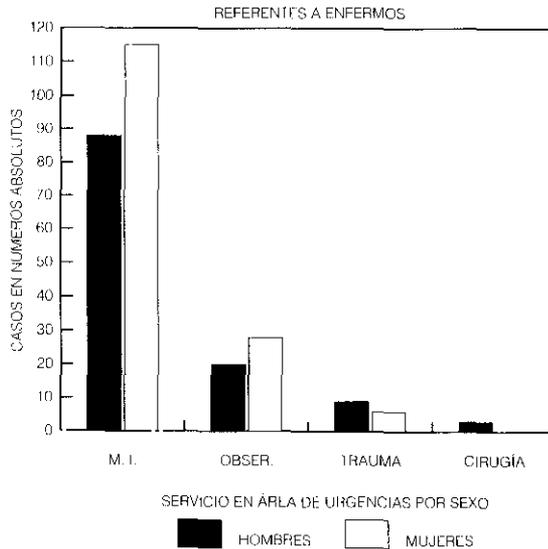


GRÁFICO 5
CASOS ATENDIDOS POR LAS CC. AA.

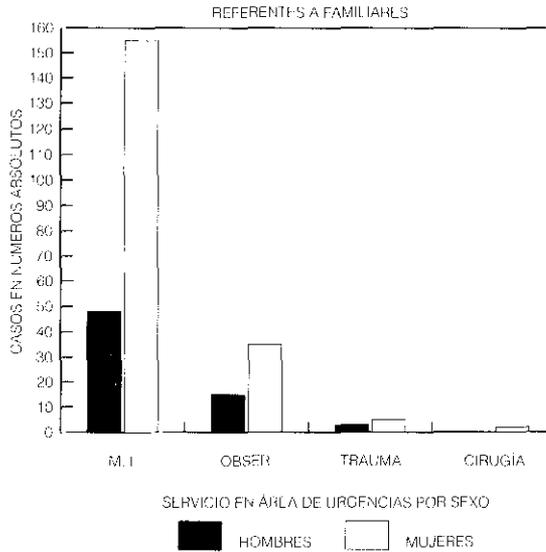


GRÁFICO 6
Actividad realizada
por los CC. SS.

