

COMUNICADO ASCAD

Recibido el documento de Salud denominado **"Intensificació de les mesures del pla sectorial en l'ambient residencial en el marc de l'augment de casos actual"** efectuamos las siguientes reflexiones y comentarios a esta política impuesta de hechos consumados.

- Es un documento de política sanitaria pero sin dotación presupuestaria (no consigna o dota de recursos) y no es gerontológico ni residencial, es de Salud Pública.
- Traspasar sin recursos las responsabilidades de Salud a un centro residencial puede contribuir gravemente a la inseguridad. Desplaza a los centros residenciales funciones de cribaje de Salud Pública. (punto 5)
- No estamos de acuerdo con la instrucción de realizar un cribaje TAR a familias tal y como superficialmente se expone en el documento.
- Consideramos que el Equipo de Intervención Rápida territorial debe contar en su composición necesariamente con personal de "trinchera" suficiente de atención directa e indirecta de residencias que es donde realmente se produce el desplome asistencial ante un brote que se consolide. (punto 4)

Además, desde el punto de vista técnico, se emite el siguiente análisis y comentario.

1.- **ASCAD somos partidarios**, y hemos pedido reiteradamente, la introducción de los test rápidos de antígenos (TAR) como un filtro más a las infecciones de Covid en las residencias. Pero **NO** de cualquier manera ni mucho menos **con falta de rigor y conocimiento** del ámbito residencial para su correcta planificación y aplicación.

2.- Desde **ASCAD** queremos poner de manifiesto que la pandemia en los centros nos ha **incrementado la carga de trabajo entre un 20 y un 30%** según momentos o nivel de afectación Covid del centro. No perdamos de vista del aumento progresivo de los niveles de dependencia de las personas que viven en las residencias y el incremento de ayudas que eso significa.

3.- Queremos poner de manifiesto que deberíamos tener sobre un **30% más de personal** de atención directa e indirecta para asumir racionalmente todas las tareas y atención residencial actual en pandemia. En cambio la realidad es que lo estamos haciendo con el mismo personal, en la práctica aún menos, por las **reiteradas bajas Covid** que afectan como un **goteo persistente y continuo** a las plantillas y ante el que la administración se pone de perfil. La saturación y sobrecargas de trabajo de los equipos en estos casi 11 meses de pandemia está en **situación de límites**.

4.- El "gabinete de protocolos" debe pensar que todas aquellas normas que se realizan sabiendo la dificultad o imposibilidad de ponerlas en marcha tienen riesgo que se hagan mal o no se hagan. Los **protocolos defensivos para cubrirse** no pueden ser a costa de traspasarnos responsabilidades e **inseguridad jurídica a nosotros**. Eso se llama arbitrariedad y perversidad.

¿Qué significa la introducción de los TAR en las visitas como lo indica el último protocolo al respecto?

- a) Hay que determinar **cuántos TAR por residente/mes** se nos van a proporcionar. Ante la hipótesis del plan sectorial de un máximo de tres visitas al día por residente en una residencia con capacidad de 50 plazas se necesitarían 150 TAR por día o 4.500 al mes. Obviamente esto requiere una regulación o nos convertiremos en un "chiringuito de test" a cualquier visita/s que se le antoje venir ... y de paso hacerse un test gratis.

- b) El TAR una prueba diagnóstica y como tal reclamamos que estén **efectuadas por el personal sanitario**. No es un “auto test” de venta en farmacias para uso personal. Hablamos de una prueba de Salud y que se realiza en una institución. Los ámbitos cambian totalmente el escenario y las derivadas jurídicas.
- c) El TAR a visitas es también una **actuación de cribaje a la comunidad ajeno de la actividad propia de la residencia** y a sus residentes sobre la que se presentan serias **dudas jurídicas** de que incluso ante incidencias que puedan producirse alrededor de ellos se cubran por los Seguros de Responsabilidad Civil.
- d) Cada TAR requiere de 15 minutos para su realización. Pongamos que en esa residencia de 50 plazas, reciban 8 visitas/día a residentes. A 15 minutos por prueba 8 TAR implican 2 horas de dedicación extraordinaria de una persona cualificada bloqueada y lo que es peor, **hurtada a sus tareas asistenciales y razón de ser**. Pensemos que dos horas al día es un **25% menos de jornada que ese profesional dedica a la atención de los residentes**. Esto acabará de consolidar la desatención inducida por desconocimiento total de la realidad asistencial residencial reiteradamente denunciada.
- e) Los TAR se efectúan para cribar posibles positivos entre familiares, si sale **un positivo debe ser remitido al CAP ya que nosotros no tenemos autoridad para derivar a confinamientos**. Esta circunstancia condiciona que hacer los TAR coincida que los CAP estén operativos y esa situación se produce de lunes a viernes. ¿Qué pasa con los festivos y fines de semana? Nuestro criterio es que solo se realicen TAR en los días hábiles de los CAP y que en cualquier caso los protocolos indiquen con claridad y certeza la gestión correcta en tiempo, forma y circuito de los positivos que se detecten.
- f) Los TAR de visitas deberían **efectuarse previa petición de hora**, en cobertura horaria de los profesionales de Salud de la residencia y con disponibilidad de tiempo excedente para ello. Esto inevitablemente **repercutirá en el número de visitas a residentes**. Todo y al mismo tiempo no cabe.
- g) El problema de fondo sigue siendo que necesitamos **revisión coste plaza al alza, revisión de ratios al alza, revisión de salarios al alza, redefinición de funciones hacia polivalencias y explicar muy claramente esto a la sociedad desde la administración para no hacer trampas y que por intereses propios hagan creer que el elefante (tareas) cabe en el bolsillo (tiempo y manos)**. Esto implica disposición económica finalista e inmediata. No ligar estos asuntos y solo dar barniz asistencial y buenísimos a la población lo encuadramos como una **perversidad** que nuevamente nos **traslada deficiencias sin resolver y de otro tipo y ámbitos a las residencias** pero que debemos **resolver nosotros** in situ, al momento, bajo demanda y a gusto de todos.
Entendemos que es una **norma positiva pero muy mal hecha y menos trabajada**. Los centros podrán asumirla heterogéneamente en función de sus posibilidades puntuales. **No aceptemos situaciones que nos deriven en inseguridad y responsabilidades jurídicas a las direcciones sin exponer nuestra realidad** y para ello aconsejamos hacer la correspondiente información de la sobrecarga de tareas e inseguridad jurídica a Fiscalía.

Salut y la opinión pública no pueden ignorar reiteradamente el aumento de trabajo sanitario repercutido hacia los profesionales sociales de residencias. Acabamos haciendo un trabajo derivado y desatendiendo el nuestro. Insistimos: no somos trabajadores de Salud, somos centros sociales. Nosotros también estamos saturados.

20 Enero 2021