

## Sección III. Otras disposiciones y actos administrativos

### CONSEJO DE GOBIERNO

**444407**

*Acuerdo del Consejo de Gobierno de 20 de septiembre de 2021 por el que se establecen condiciones excepcionales en el régimen de visitas y salidas a los servicios sociales de tipo residencial, viviendas supervisadas para personas mayores, personas en situación de dependencia y personas con discapacidad, como medidas temporales y excepcionales por razón de salud pública para la contención de la COVID-19*

#### I

A pesar de que el 9 de mayo finalizó el estado de alarma instaurado mediante Real Decreto 926/2020, de 24 de octubre, y su prórroga operada por Real Decreto 956/2020, de 3 de noviembre, la experiencia adquirida en año y medio de lucha contra la pandemia de SARS-CoV-2 nos ha llevado a asumir que la reanudación de la normalidad no puede suponer un radical abandono de todas las medidas elementales de prevención y contención de la pandemia, todo ello con el objeto de evitar el riesgo de nuevas olas de la enfermedad que obliguen nuevamente a la adopción de medidas más drásticas para su contención.

Cabe tener presente que la declaración de situación de emergencia sanitaria efectuada por la Organización Mundial de la Salud continúa vigente y surte efectos en la actualidad y así será, en cuanto a España, hasta que, conforme a lo dispuesto por el artículo 2.3 de la Ley 2/2021, de 29 de marzo, de medidas urgentes de prevención, contención y coordinación para hacer frente a la crisis sanitaria ocasionada por la COVID-19, el Gobierno del Estado declare expresamente la finalización de esta situación de crisis sanitaria.

La oleada de contagios sufridos en las islas desde los últimos días del mes de junio, se encuentra en abierta remisión y a estas alturas en unos niveles de incidencia que, según las islas, van desde datos próximos al umbral inferior del riesgo alto al nivel de riesgo mediano acercándose al bajo.

En las Illes Balears, el aumento descrito en la incidencia ha coincidido con una sustitución progresiva y extremadamente rápida durante el último mes de la variante predominante hasta aquel momento, la variante alfa, por la variante delta, que en estos momentos supone casi el 100 % de los contagios detectados en las Illes Balears.

Esta variante es considerada una variante de mayor impacto para la salud pública, dado que los datos obtenidos hasta el momento parecen apuntar a un importante aumento de la transmisibilidad, así como de una leve disminución de la efectividad vacunal (más marcada con vacunación incompleta), y también un posible incremento en la gravedad. Esta sustitución de la variante alfa por la variante delta es un fenómeno que se está observando de forma generalizada en el continente europeo, y que parece ir acompañada de importantes aumentos de la incidencia.

Respecto de la forma de propagación, durante las dos últimas semanas se continúan detectando brotes. Así, entre el 1 y el 15 de septiembre se han notificado un total de 25 brotes con 171 casos asociados, generando 269 contactos estrechos. Durante estas dos semanas han destacado los brotes en el ámbito familiar y social (12 brotes con 75 casos asociados), en las residencias geriátricas (2 brotes con 39 casos asociados), en el ámbito laboral (8 brotes con 32 casos asociados) y en las escuelas de verano (3 brotes con 25 casos asociados).

Hay que destacar que cada brote en residencias geriátricas, por sus características de vivienda compartida, tiene la capacidad de generar un gran número de positivos y contactos estrechos afectando, además, a población que, a pesar de estar mayoritariamente vacunada, son especialmente vulnerables a los efectos de la COVID-19. Así, el 100% de las hospitalizaciones relacionadas con los brotes notificados entre el día 1 y 15 de septiembre están asociadas a brotes a residencias geriátricas.

Así pues, es preciso mantener —con carácter temporal— medidas de contención del contagio de la COVID-19 dirigidas a disminuir el riesgo de introducción del virus en las residencias de personas mayores y de personas con discapacidad, al menos durante un periodo adicional de un mes, a contar desde la publicación del presente Acuerdo.

#### II

En cuanto a la normativa estatal, la adopción de medidas que puedan suponer la restricción de derechos fundamentales o libertades públicas se fundamenta en la Ley Orgánica 3/1986, de 14 de abril, de medidas especiales en materia de salud pública, cuyo artículo 1 prevé que, para





proteger la salud pública y prevenir su pérdida o deterioro, las autoridades sanitarias de las distintas administraciones públicas podrán adoptar, dentro del ámbito de sus competencias, las medidas previstas en la presente Ley cuando así lo exijan razones sanitarias de urgencia o necesidad.

El artículo 2 habilita a las autoridades sanitarias competentes para adoptar medidas de control cuando se aprecien indicios racionales que permitan suponer que existe un peligro para la salud de la población debido a la situación sanitaria concreta de una persona o grupo de personas o por las condiciones sanitarias en las que se desarrolla una actividad. Y, para el caso concreto de enfermedades transmisibles, el artículo 3 dispone que, con el objeto de su control, la autoridad sanitaria, además de llevar a cabo las acciones preventivas generales, podrá adoptar las medidas oportunas para el control de los enfermos, de las personas que estén o hayan estado en contacto y del medio ambiente inmediato, así como las que se consideren necesarias en caso de riesgo de carácter transmisible.

Asimismo, el artículo 26 de la Ley 14/1986, de 25 de abril, general de sanidad, también contempla la posibilidad de que las autoridades sanitarias puedan adoptar las medidas preventivas que consideren oportunas cuando exista o se sospeche razonablemente que existe un riesgo inminente y extraordinario para la salud. Finalmente, los artículos 27.2 y 54 de la Ley 33/2011, de 4 de octubre, general de salud pública, recogen la posible adopción de medidas por parte de las autoridades sanitarias en situaciones de riesgo para la salud de las personas.

### III

A nivel autonómico, el artículo 45 de la Ley 5/2003, de 4 de abril, de salud de las Illes Balears, establece que corresponderá al Gobierno de las Illes Balears la dirección superior de la política de salud, el ejercicio de la potestad reglamentaria, la planificación básica en dicha materia y el establecimiento de las correspondientes directrices. Cabe considerar, por lo tanto, que es el órgano superior colegiado en materia sanitaria de la Administración de las Illes Balears.

Por otro lado, el artículo 51 de esta Ley autonómica, que regula las actuaciones de control sanitario, establece el deber de la administración sanitaria, en el ejercicio de sus competencias, de adoptar las medidas oportunas de intervención provisionales ante situaciones de riesgo para la salud colectiva, como por ejemplo las siguientes:

- Establecer limitaciones preventivas de carácter administrativo respecto a las actividades públicas o privadas que, directa o indirectamente, puedan tener consecuencias negativas para la salud.
- Establecer requisitos mínimos y prohibiciones para el uso y tráfico de bienes y productos cuando impliquen un riesgo o daño para la salud.
- Adoptar las oportunas medidas de intervención provisionales ante situaciones de riesgo para la salud colectiva, sin perjuicio de las indemnizaciones procedentes.

En la misma línea, el artículo 49.2 de la Ley 16/2010, de 28 de diciembre, de salud pública de las Illes Balears, dispone que, cuando exista o se sospeche razonablemente que existe un riesgo inminente y extraordinario para la salud de la población, como consecuencia de una situación sanitaria concreta de una persona o grupo de personas, podrá ordenarse la adopción de medidas preventivas generales y de intervención, entre las que se incluyen las de control individual sobre la persona o grupo de personas, mediante resolución motivada, por el tiempo necesario para la desaparición del riesgo.

Por otro lado, el Decreto Ley 5/2021, de 7 de mayo, por el que se modifican la Ley 16/2010, de 28 de diciembre, de salud pública de las Illes Balears, y el Decreto Ley 11/2020, de 10 de julio, por el que se establece un régimen sancionador específico para hacer frente a los incumplimientos de las disposiciones dictadas para paliar los efectos de la crisis ocasionada por la COVID-19 (BOIB núm. 60, de 08-05-2020), modifica la Ley 16/2010, de 28 de diciembre, de salud pública de las Illes Balears, mediante la inclusión de los artículos 49 bis, 49 ter, 49 quater, 49 quinquies y 49 sexies, que recogen las medidas concretas que, en situaciones de pandemia o epidemia declaradas por las autoridades competentes, podrán adoptar las autoridades sanitarias autonómicas competentes, así como el procedimiento para su adopción. Entre estas medidas existen medidas que implican limitación o restricción de la circulación o movilidad en determinadas franjas horarias; medidas de control de entrada en las Illes Balears, incluido el establecimiento de pruebas diagnósticas previas o posteriores; restricciones a las agrupaciones de personas, incluidas las reuniones privadas entre no convivientes, especialmente en los sitios y espacios, o debido al desarrollo de actividades que supongan un mayor riesgo de propagación de la enfermedad.

### IV

La adopción de medidas que impliquen privación o restricción de la libertad u otro derecho fundamental está sujeta a lo dispuesto en la Ley 29/1998, de 13 de julio, reguladora de la jurisdicción contenciosa administrativa, y la Ley Orgánica 3/1986, de 14 de abril, de medidas especiales en materia de salud pública.

La Ley 29/1998, de 13 de julio, reguladora de la jurisdicción contenciosa administrativa, determina la competencia de los juzgados y salas de lo contencioso administrativo para la autorización o ratificación judicial de las medidas que las autoridades sanitarias consideren urgentes y necesarias para la salud pública e impliquen privación o restricción de la libertad u otro derecho fundamental, en función de que se trate de medidas dirigidas a sujetos concretos o a colectividades genéricas de personas.

## V

Globalmente, la comunidad autónoma presenta una incidencia acumulada a 14 días por 100.000 habitantes (IA14) en la población general de 137,3 casos, lo cual representa un nivel de riesgo medio, de acuerdo con los umbrales establecidos para la evaluación de riesgo en el documento «Actuaciones de respuesta coordinada para el control de la transmisión de COVID-19», aprobado por el Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud. Por otro lado, en la población > 65 años el IA14 se encuentra en 61,7 casos (riesgo medio).

En todas las islas, el nivel de riesgo en cuanto a la incidencia acumulada IA14 esta es medio, con una IA14 de 140,1 casos por 100.000 habitantes en Mallorca; 98,3 casos por 100.000 habitantes en Menorca; 148,2 casos por 100.000 habitantes en Eivissa y 92,4 casos por 100.000 habitantes en Formentera.

La tasa de positividad a siete días es del 3,48%; y el número reproductivo básico es de 0,89.

## VI

En cuanto a la problemática residencial, cabe tener presente que, durante el transcurso de la pandemia, se ha demostrado reiteradas veces que las residencias de personas mayores y de personas con discapacidad se ven especialmente afectadas por la COVID-19. Así, las residencias han contribuido a una proporción significativa de las muertes por COVID-19 de forma global, y han mostrado, también, una mortalidad desproporcionadamente mayor que la observada en la población general de la misma edad (5-8). Un estudio realizado en Catalunya concluyó que la mortalidad para personas mayores en residencias contagiadas por SARS-CoV-2 entre el 15 de marzo y el 24 de abril de 2020 fue del 24,5 %, es decir, casi una cuarta parte de los residentes contagiados murió (5), mientras que los usuarios de residencias en Estados Unidos representan alrededor de un 1 % de la población y han supuesto alrededor del 22 % de las muertes por COVID-19 (9). Se hace evidente, por lo tanto, que la prevención de brotes en estos ámbitos, así como la disminución de la mortalidad relacionada, es crucial para minimizar el impacto de la pandemia.

Se ha sugerido que los incrementos en la incidencia comunitaria de COVID-19 podrían estar asociados con los incrementos de incidencia en los ámbitos residenciales (10), por lo que se plantea la necesidad de introducir estrategias de mitigación para monitorizar la transmisión local de SARS-CoV-2 y minimizar las exposiciones de alto riesgo en estos ámbitos.

El Centro Europeo de Control y Prevención de Enfermedades (ECDC) publicó con fecha 26 de julio un documento de evaluación rápida de riesgo en lo referente a los incrementos en los contagios observados en todo el continente europeo en las residencias de personas mayores (11). En este documento, el ECDC considera que el riesgo evaluado que supone el SARS-CoV-2 para usuarios de residencias completamente vacunados es bajo, mientras que sería moderado-elevado para usuarios parcialmente vacunados o sin vacunar, siempre y cuando la situación epidemiológica del territorio se encuentre en la categoría de «muy baja o baja preocupación», mientras que si el territorio se encuentra en una situación de «preocupación moderada o elevada», el riesgo que supone el SARS-CoV-2 para esta población se sitúa en bajo a moderado para residentes totalmente vacunados, y elevado a muy elevado para residentes parcialmente vacunados o sin vacunar.

La principal herramienta de la que disponemos en estos momentos para proteger la salud de los usuarios de las residencias de personas mayores son las vacunas frente a la COVID-19, con las que se inició la campaña de vacunación masiva a partir del día 27 de diciembre de 2021, priorizando, precisamente, a estos colectivos, dada su especial vulnerabilidad.

Diferentes estudios han demostrado que la vacunación de residentes y profesionales permite disminuir las infecciones y las muertes asociadas a estas residencias. Así, un estudio realizado en las residencias de Catalunya en el que se han analizado datos de más de 28.000 residentes y 26.000 profesionales de residencias demuestra que la vacunación se asocia con una reducción de entre el 80-91 % de infecciones por SARS-CoV-2 en ambos grupos, y reducciones del 95 % en hospitalizaciones y del 97 % en mortalidad para los residentes (8), mientras que otro estudio realizado con el conjunto de la población española estima que la vacunación presenta una efectividad del 71 % frente a la infección por SARS-CoV-2, del 88 % frente a la hospitalización y del 97 % de disminución de riesgo de muerte en población usuaria de residencias de personas mayores (12). De forma similar, en Dinamarca, los resultados obtenidos en esta población vulnerable se asocian con una reducción de las infecciones de entre un 53-86 %, de un 75 % de las hospitalizaciones por COVID-19 y de un 89 % de las muertes (13).

Por otro lado, un estudio similar realizado en Estados Unidos pero realizado en periodos temporales diferentes <sup>3</sup>/<sub>4</sub> con y sin circulación predominante de la variante delta <sup>3</sup>/<sub>4</sub> concluye que la vacunación con pauta completa resultó en una reducción del 74,7 % del riesgo de infección en el periodo temprano de vacunación (marzo-mayo 2021), efectividad que ven reducida hasta un 53,1 % en el periodo de junio-julio (14), momento en el que la variante en circulación predominante es delta <sup>3</sup>/<sub>4</sub> que, como se ha comentado anteriormente, parece provocar una cierta disminución de la eficacia vacunal <sup>3</sup>/<sub>4</sub>. Además, hay que tener en cuenta que algunos resultados indicarían que la respuesta inmunitaria a la administración de la vacuna podría verse disminuida de forma significativa con la edad (15).

De forma conjunta, estos datos implican, en primer lugar, que la vacunación es una herramienta extremadamente efectiva para proteger a la población de la COVID-19 pero, a su vez, que los usuarios de residencias de personas mayores, incluso una vez vacunados, pueden continuar encontrándose en una situación de mayor riesgo de infección por SARS-CoV-2 y de sufrir una COVID-19 grave que la población general,



como consecuencia de su elevada edad, que se caracteriza por una inhibición de la respuesta inmunitaria, así como por la mayor facilidad de contagio que se produce por la convivencia en espacios comunitarios donde la transmisión de la infección es más eficiente. Por lo tanto, el control de las infecciones en este ámbito requerirá de la aplicación de múltiples estrategias de prevención de los contagios, entre las que el Centro de Control y Prevención de Enfermedades de Estados Unidos (CDC) destaca el control de infección, los testeos masivos periódicos y la vacunación de profesionales, residentes y visitantes como elementos críticos (14).

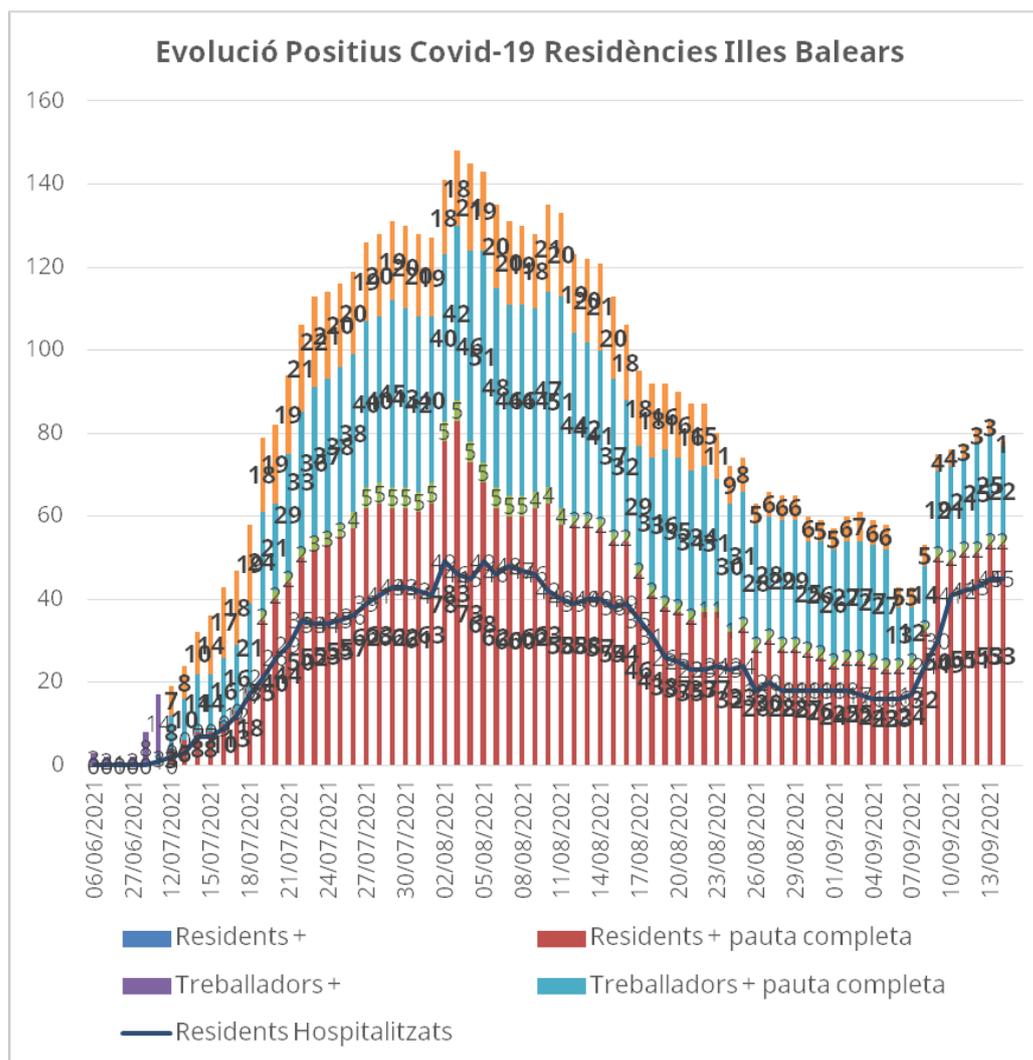
Cabe considerar también el efecto que los brotes por COVID-19 tienen sobre el bienestar psicosocial de las personas usuarias de los centros afectados, puesto que por su vulnerabilidad se ven obligados a cumplir cuarentena por contacto estrecho independientemente de su estado de vacunación, con lo que ello implica a nivel de aislamiento social y familiar.

## VII

Del informe del Comité Autonómico de Gestión de Enfermedades infecciosas, de 16 de septiembre de 2021, resulta que en cuanto a la situación actual de las residencias de personas mayores y discapacidad de la Comunidad Autónoma de las Islas Baleares en relación a la pandemia de COVID-19, se considera que la aparición de casos entre trabajadores y usuarios de residencias no es más que un reflejo de la situación epidemiológica del conjunto del territorio; desde el mes de febrero hasta julio de 2021, en un contexto de baja incidencia de COVID-19 en la comunidad, no se habían producido infecciones en usuarios de residencias de personas mayores o de discapacidad.

Destaca el informe que el aumento de casos en la comunidad durante el verano se vio traducido en un incremento progresivo del número de trabajadores y usuarios afectados de residencias de gente mayor y discapacidad, llegando a ser el día 3 de agosto de 88 usuarios positivos y 60 trabajadores positivos. A fecha 16 de septiembre, se contabilizan un total de 55 usuarios y 21 trabajadores positivos.

La siguiente gráfica refleja la alta incidencia de hospitalizaciones en relación al total de casos entre usuarios de residencias.



https://www.caib.es/eboifront/pdf/es/2021/133/1097245



La convivencia estrecha entre usuarios y trabajadores, conjuntamente con la fragilidad de los usuarios por su edad avanzada, hacen que una vez se introduce un caso positivo dentro de este ámbito, los contagios se puedan propagar de forma muy rápida entre la mayoría de los

usuarios, resultando en tasas elevadas de hospitalización y letalidad.

Según la información aportada por las residencias, el número de usuarios y trabajadores afectados de COVID19 en residencias de gente mayor ha pasado de ser el día 27 de junio de 1.420 y 908 respectivamente, a ser de 1.596 y 1.116 el día 14 de septiembre (incremento de 176 usuarios y 208 trabajadores) y se han producido un total de 21 defunciones por causa COVID19, el que implica que más del 50% de los decesos ocurridos entre estas fechas (un total de 41) corresponden a usuarios de residencias de gente mayor.

Debido a la vulnerabilidad de los centros residenciales de servicios sociales, la detección de un solo caso (trabajador o usuario) en estas instituciones, se considera un brote a efectos de intervención e implica la puesta en marcha de una serie de medidas de actuación. A pesar de que las últimas semanas se ha producido una mejora de la situación epidemiológica, a día 14 de septiembre todavía se encuentran en situación de brote 10 residencias (un 14,3% del total).

Además, durante los meses de julio y agosto se ha tenido que intervenir el control de la gestión sanitaria asistencial en relación a todos los procesos relacionados con la COVID19 de 2 residencias para tener brotes con un número elevado de afectados. Las residencias intervenidas han estado:

- RD SA RESIDENCIA (Ibiza) con 41 usuarios afectados (6 defunciones) y 17 profesionales afectados;
- RD HOGAR DE MAYORES DE CALVIÀ (Mallorca) con 29 usuarios afectados (3 defunciones) y 15 trabajadores afectados.
- En el último mes, se ha tenido que intervenir con fecha 10 de septiembre la RD BORENCO (Mallorca) con 34 usuarios afectados (incluyendo una defunción) y 10 profesionales afectados. De los 34 usuarios contagiados, 32 han tenido que ser hospitalizados para presentar situación clínica que requiere hospitalización o para poder garantizar la adecuada vigilancia sanitaria y contención rápida del brote.

En este momento se han extremado las actividades de vigilancia activa a las residencias monitorizando de forma estrecha la posible aparición de signos y síntomas sospechosos en trabajadores y usuarios y la comunicación de estos casos a la Central de Coordinación COVID para la realización de una prueba diagnóstica de infección activa (PDIA) en las primeras 24 horas, así como la comunicación de todos los casos confirmados y los contactos estrechos para su estudio.

Hay que tener en cuenta que estos brotes se han dado a pesar de se trabaja de forma continuada para garantizar las medidas de prevención de la infección con la priorización de actividades en espacios exteriores, el mantenimiento de grupos burbuja de usuarios atendidos por los mismos profesionales, el uso de mascarilla y la distancia social entre no convivientes, el lavado de manos, la ventilación frecuente de los espacios interiores y la realización de las visitas y salidas con garantías de seguridad por las personas. Además, se realizan pruebas diagnósticas de COVID-19 de forma periódica a los trabajadores no vacunados asintomáticos, que han permitido detectar de forma precoz un total de 12 trabajadores positivos durante el mes de julio y 11 durante el mes de agosto, mitigando así el peligro de diseminación de los contagios dentro de las residencias donde estos trabajadores realizan su tarea gracias al rápido aislamiento de los casos positivos y de sus contactos estrechos.

Además, a pesar de la cobertura de vacunación en este ámbito especialmente sensible es muy elevada, con un 93,83% de usuarios y un 91,51% de los profesionales vacunados con pauta completa, estos datos implican la presencia de alrededor de un 6% de usuarios y un 9% de profesionales de las residencias que no se encuentran vacunados, con el riesgo que este hecho supone por su salud y por la de la gente que los rodea, dado que no solo son más susceptibles a sufrir una COVID-19 grave (17), sino también a infectarse (17-19) y a transmitir la infección a otras personas (20).

## VIII

Así las cosas el informe del Comité de Enfermedades Infecciosas de 16 de setiembre de 2021, propone:

### **Propuesta de medidas de protección de la salud de los usuarios de residencias de gente mayor y personas con discapacitado frente a una situación epidemiológica de riesgo**

En línea con el que recomienda el \*ECDC en su Análisis de Riesgo (11), se considera necesario que, ante una situación de riesgo epidemiológico (nivel de alerta sanitario 1 o superior), y evidenciada la especial vulnerabilidad de los usuarios de estos ámbitos, se apliquen las siguientes medidas en los centros con el objetivo de disminuir el riesgo de introducción del virus y con la finalidad primera de proteger la salud de los residentes:

1. Restringir las visitas solo a personas que acrediten documentalmente que han recibido la pauta completa de vacunación, que han superado la COVID-19 dentro de los seis meses precedentes, o bien que se han sometido a una prueba PCR con resultado negativo dentro de las 72 horas anteriores o una maceta rápida de antígenos con el mismo resultado dentro de las 48 horas anterior a la visita. Esta restricción no será de aplicación para los menores de 12 años, si bien se recomienda que se controle especialmente el cumplimiento de las medidas de precaución y prevención del contagio en cuanto a distancias de seguridad, uso de mascarilla y ventilación de los espacios de visita.



2. De igual manera, las salidas de la residencia se tienen que realizar asegurando que el usuario se relacionará exclusivamente con personas que cumplan los mismos requisitos expuestos en su punto anterior, para disminuir el riesgo de contagio de este y la posible introducción del virus en el centro a su retorno.
3. Se considera necesario realizar una PDIA por COVID-19 cuando se devuelve en el centro después de una ausencia de más de 72 horas por usuarios no vacunados; en el caso de usuarios vacunados, esta PDIA es recomendable.
4. Igualmente, y con la misma finalidad, se considera necesario realizar una PDIA con una antelación máxima de 72 horas a usuarios de nuevo ingreso, así como a trabajadores de nueva incorporación o que se incorporan de un periodo de permiso o vacaciones.
5. En el caso de trabajadores no vacunados de los centros residenciales, y dado que se ha demostrado que estas tienen un mayor riesgo de contagio que los trabajadores vacunados, se considera necesario que se sometan a tres PDIA's semanales, mínimo dos de ellas con por PCR, con el fin de permitir la rápida detección de infecciones y limitar su expansión por el centro y afectación de los residentes si se da el caso.
6. En el caso de trabajadores vacunados y aquellos que han pasado la enfermedad durante los 6 meses anteriores, y dado que, aunque menor, también tienen cierta capacidad de transmisión del virus en el caso de que se contagien (a pesar de presentar, también, una menor probabilidad de contagio que el no vacunados), y dado el elevado riesgo al que se encuentran expuestos los residentes, se recomienda que se hagan una PDIA con una periodicidad quincenal.
7. Se tienen que realizar cribas a los usuarios no vacunados de los centros residenciales con un porcentaje de vacunación inferior al 80%, con una periodicidad ajustada a una evaluación de riesgo individualizada que tenga en cuenta tanto la situación epidemiológica del territorio donde se encuentre la residencia, la tipología y situación sanitaria del centro residencial.

Hay que insistir en el hecho que la presencia de brotes dentro de las residencias mujer como resultado la necesidad de establecer fuertes medidas de contención de contagios, que incluyen el aislamiento de casos y la cuarentena de contactos estrechos, limitando así de forma muy significativa la libertad de movimiento y reunión de las personas usuarias y de sus familias. Por lo tanto, las medidas propuestas irían dirigidas a limitar este impacto tanto sobre la salud y el bienestar psicosocial como sobre los mismos derechos de los residentes y sus familias, con la implementación de medidas de cariz preventivo con un impacto menor.

Finalmente, el informe del Comité de Enfermedades Infecciosas concluye

- Las residencias de gente mayor son ámbitos de especial afectación por la COVID-19, habiendo contribuido a una proporción significativa de las muertes por COVID-19 de forma global.
- Durante los meses de julio, agosto y septiembre, más del 40% de los muertos por COVID-19 en las Islas Baleares eran usuarios de residencias de gente mayor y un 14% de los centros encuentran actualmente en situación de brote. Esta especial vulnerabilidad ha conducido a la aprobación por parte de la Comisión de Salud Pública de la inoculación de una tercera dosis de vacuna contra la COVID-19 en esta población para aumentar su protección.
- Esta vulnerabilidad plantea también la necesidad de introducir estrategias de mitigación para monitorizar la transmisión local de SARS-CoV-2 y minimizar las exposiciones de alto riesgo en estos ámbitos.
- Según las recomendaciones del ECDC, estas intervenciones se tienen que basar en a) asegurar de forma rápida la vacunación con pauta completa de todas los usuarios, así como de todas las personas en contacto con ellas; b) establecer medidas que reduzcan el riesgo de introducción del virus dentro de las residencias; c) asegurar la identificación rápida de casos; y c) mantener el cumplimiento de las medidas de prevención con independencia del estado de vacunación.
- En línea con el que recomienda el ECDC, se considera necesario que, mientras el territorio donde se ubica la residencia se encuentre en nivel de alerta sanitario 1 o superior, se tomen una serie de medidas dirigidas a disminuir el riesgo de introducción del virus en los centros, basadas al asegurar que las personas con las que los residentes interactúan presentan un menor riesgo de contagio, bien porque están vacunadas, bien porque se han sometido a una prueba de diagnóstico de infección activa de la COVID-19.
- Además, la criba periódica de los trabajadores de las residencias se ha demostrado efectivo para identificar de forma precoz casos de infección asintomática y limitar la propagación de los contagios en los centros gracias al rápido aislamiento de los casos positivos y sus contactos estrechos. Por lo tanto, dada la vulnerabilidad de los residentes, se recomienda que esta intervención sea ampliada también por trabajadores vacunados, dado que, aunque menor, siguen presentando un riesgo significativo de transmisión de la infección.

Por todo lo expuesto en los apartados anteriores, mediante este Acuerdo, y al amparo de las leyes citadas en los apartados II y III, se pretende, por un lado, adoptar medidas para salvaguardar la salud de nuestros mayores, colectivo que ha sufrido las peores consecuencias de esta pandemia.

Por ello, en un momento en el que no remiten por completo los contagios en las residencias de las Illes Balears que han provocado que se



haya tenido que intervenir el control de la gestión sanitaria asistencial en dos residencias de las Illes, deben adoptarse medidas que aseguren que las personas que visiten o se responsabilicen de las salidas de los residentes no supongan un riesgo para este colectivo y que sus trabajadores no suponen un riesgo añadido por la salud de las personas, especialmente vulnerables y que son las usuarias de sus servicios.

Por todo ello, el Consejo de Gobierno, como responsable máximo de la política sanitaria en las Illes Balears, a propuesta de la consejera de Salud y Consumo, en la sesión de 20 de septiembre de 2021, adoptó entre otros, el siguiente Acuerdo:

#### **Primero**

##### **Objeto**

El presente Acuerdo tiene por objeto establecer los supuestos en los que deben realizarse pruebas de detección del SARS-CoV-2 en el ámbito residencial de personas mayores y con discapacidad y las condiciones en las que pueden realizarse las visitas y salidas en los centros de servicios sociales de tipo residencial, viviendas supervisadas para personas mayores, personas en situación de dependencia y personas con discapacidad, como medidas temporales y excepcionales por razón de salud pública para la contención de la COVID-19, al amparo de la Ley Orgánica 3/1986, de 14 de abril, de medidas especiales en materia de salud pública; de la Ley 14/1986, de 25 de abril, general de sanidad; de la Ley 5/2003, de 4 de abril, de salud de las Illes Balears; de la Ley 33/2011, de 4 de octubre, general de salud pública, modificada por el Decreto Ley 5/2021, de 7 de mayo, por el que se modifican la Ley 16/2010, de 28 de diciembre, de salud pública de las Illes Balears, y el Decreto Ley 11/2020, de 10 de julio, por el que se establece un régimen sancionador específico para hacer frente a los incumplimientos de las disposiciones dictadas para paliar los efectos de la crisis ocasionada por la COVID-19.

#### **Segundo**

##### **Realización de pruebas de detección del SARS-CoV-2 en el ámbito residencial de personas mayores y con discapacidad**

Se realizará una prueba de diagnóstico de infección activa (PDIA) de detección del SARS-CoV-2 de forma obligatoria en los siguientes casos:

- a. Usuarios de nuevo ingreso en los centros residenciales. Siempre y cuando sea posible, la prueba se realizará con una antelación máxima de 72 horas al ingreso.
- b. Trabajadores de nueva incorporación o que se incorporen de un periodo de permiso o vacaciones, independientemente de su estado de vacunación. Siempre y cuando sea posible, la prueba se realizará con una antelación máxima de 72 horas a la incorporación laboral.
- c. Trabajadores no vacunados de los centros residenciales. Estas pruebas serán tres semanales, de las que dos serán tipo PCR.

Las personas (usuarios y trabajadores) que hayan pasado la infección por COVID-19 estarán exentas de la realización de estas pruebas de cribado preventivo durante los 90 días siguientes al diagnóstico de la infección.

#### **Tercero**

##### **Condiciones en las que pueden realizarse visitas y salidas a los servicios sociales de tipo residencial, viviendas supervisadas para personas mayores, personas en situación de dependencia y personas con discapacidad**

1. Solo podrán realizar visitas a los servicios sociales de tipo residencial para personas mayores, personas en situación de dependencia y personas con discapacidad las personas mayores de 12 años que acrediten documentalmente que han recibido la pauta completa de vacunación, que han superado la COVID-19 dentro de los seis meses precedentes o bien que se han sometido a una prueba PCR con resultado negativo dentro de las 72 horas anteriores o un test rápido de antígenos con el mismo resultado dentro de las 48 horas anteriores a la visita.

En cuanto a las visitas de personas menores de 12 años, si estas no acreditan el cumplimiento de alguno de los requisitos anteriores, se recomienda que se controle especialmente el cumplimiento de las medidas de precaución y prevención del contagio en cuanto a distancias de seguridad, uso de mascarilla y ventilación de los espacios de visita.

2. En las salidas del centro, el residente o su tutor legal, familiar o referente del entorno afectivo que se haga cargo del cuidado de la persona firmará una declaración responsable con el compromiso de cumplir las medidas sanitarias vigentes durante todo el tiempo que dure la salida y que solo se relacionará con personas que si son mayores de 12 años puedan acreditar documentalmente que han recibido la pauta completa de vacunación, o bien que han superado la COVID-19 dentro de los seis meses precedentes o que se han sometido a una prueba PCR con resultado negativo dentro de las 72 horas anteriores a la visita o un test rápido de antígenos con el mismo resultado dentro de las 48 horas anteriores a la visita. En cuanto a los contactos con menores de 12 años, si no acreditan el cumplimiento de alguno de los requisitos anteriores, se recomienda que se controle especialmente el cumplimiento de las medidas de precaución y prevención del contagio en cuanto a distancias de seguridad, uso de mascarilla y ventilación de los espacios donde se produzca el contacto.



**Cuarto**  
**Régimen sancionador**

Los incumplimientos individualizados de lo dispuesto en este Acuerdo podrán ser constitutivos de una infracción administrativa de conformidad con el Decreto Ley 11/2020, de 10 de julio, por el que se establece un régimen sancionador específico para hacer frente a los incumplimientos de las disposiciones dictadas para paliar los efectos de la crisis ocasionada por la COVID-19.

**Quinto**  
**Notificaciones**

El presente Acuerdo se notificará a la Delegación del Gobierno en las Illes Balears y a la dirección operativa del Plan Territorial de Protección Civil de la Comunidad Autónoma de las Illes Balears (PLATERBAL) para la transición hacia una nueva normalidad derivada de la situación de emergencia de salud pública ocasionada por la COVID-19, con el objeto de establecer los controles y medidas oportunos para garantizar su efectividad.

**Sexto**  
**Autorización de las medidas**

Instar a la Abogacía de la Comunidad Autónoma de las Illes Balears a presentar este Acuerdo ante la Sala de lo Contencioso Administrativo del Tribunal Superior de Justicia de las Illes Balears, para que autorice o ratifique las medidas contenidas en el mismo, al efecto establecido en el artículo 10.8 de la Ley 29/1998, de 13 de julio, reguladora de la jurisdicción contenciosa administrativa.

Una vez autorizadas judicialmente estas medidas, se integrarán en y como parte del Plan Consolidado de Medidas de Prevención, Contención y Coordinación para Hacer frente a la Crisis Sanitaria Ocasionada por la COVID-19

**Séptimo**  
**Aplicación subsidiaria del Plan de Medidas de Prevención, Contención y Coordinación para Hacer frente a la Crisis Sanitaria Ocasionada por la COVID-19**

En todo lo no previsto en el presente Acuerdo y en lo que sea compatible serán de aplicación el resto de medidas que, a todos los efectos, establece el Plan Consolidado de Medidas de Prevención, Contención y Coordinación para Hacer Frente a la Crisis Sanitaria Ocasionada por la COVID-19, aprobado por el Acuerdo de Consejo de Gobierno de 9 de julio de 2021 y sus modificaciones.

**Octavo**  
**Interposición de recursos**

Contra este Acuerdo, que pone fin a la vía administrativa, cabrá interponer recurso potestativo de reposición ante el mismo órgano dictante, en el plazo de un mes a contar desde su publicación, conforme a los artículos 123 y 124 de la Ley 39/2015, de 1 de octubre, del procedimiento administrativo común de las administraciones públicas, o, alternativamente, recurso contencioso administrativo ante la Sala de lo Contencioso Administrativo del Tribunal Superior de Justicia de las Illes Balears, en el plazo de dos meses a contar desde su publicación, de conformidad con los artículos 10.1 y 46 de la Ley 29/1998, de 13 de julio, reguladora de la jurisdicción contenciosa administrativa.

**Noveno**  
**Publicación y efectos**

Una vez autorizadas por el Tribunal Superior de Justicia de las Illes Balears, las medidas contenidas en este Acuerdo se publicarán en el *Boletín Oficial de las Illes Balears*. El presente Acuerdo surtirá efectos a partir de su publicación y mantendrá su vigencia durante un mes.

Palma, 20 de septiembre de 2021

**La secretaria del Consejo de Gobierno**  
Mercedes Garrido Rodríguez

