

Sección III. Otras disposiciones y actos administrativos

CONSEJO DE GOBIERNO

12062

Acuerdo del Consejo de Gobierno de 22 de noviembre de 2021 por el cual se prorroga el Acuerdo del Consejo de Gobierno de 20 de septiembre de 2021 por el cual se establecen condiciones excepcionales en el régimen de visitas y salidas en los servicios sociales de tipo residencial, viviendas supervisadas para gente mayor, 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

El día 20 de septiembre de 2021, el Consejo de Gobierno aprobó el Acuerdo por el cual se establecen condiciones excepcionales en el régimen de visitas y salidas en los servicios sociales de tipo residencial, viviendas supervisadas para gente mayor, 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.

Estas medidas se centraron en la realización de pruebas de detección del SARS-CoV-2 en el ámbito residencial de gente mayor y de personas con discapacidad, fundamentalmente a los residentes de nuevo ingreso, a los trabajadores de nueva incorporación o de reincorporación después de periodos de vacaciones y a los trabajadores no vacunados, y, por otro lado, se establecieron las condiciones en que se podían llevar a cabo las visitas y salidas en los servicios sociales de tipo residencial, viviendas supervisadas para gente mayor, personas en situación de dependencia y personas con discapacidad, centrándose en la protección de los residentes, atendida su condición de integrantes de uno de los colectivos que han resultado ser más vulnerables a los efectos y a las consecuencias de la pandemia, de forma que se restringían las visitas a los centros residenciales y se limitaban a personas que o bien acreditaran disfrutar de pauta completa de vacunación o que hubieran pasado la COVID-19 dentro de los seis meses precedentes a la visita, o, en última instancia, acreditaran haber obtenido un resultado negativo en una prueba de detección de infección activa hecha entre las 48 y las 72 horas anteriores, mientras que, por otro lado, en las salidas que llevaran a cabo los residentes se buscaba que solo se relacionaran con personas que cumplieran alguna de estas condiciones exigidas para poder hacer visitas.

II

El Acuerdo de 20 de septiembre mencionado, dado que podía afectar derechos fundamentales y libertades públicas de las personas a las cuales se dirigía —cuando menos el derecho a la igualdad e interdicción de la discriminación, derecho a la integridad física, libertad personal y derecho a la intimidad— y que se adoptó fundamentándose, entre otros, en el que disponen los artículos 2 y 3 de la Ley Orgánica 3/1986, de 14 de abril, de medidas especiales en materia de salud pública, fue sometido a la autorización de la Sala de lo contencioso administrativo del Tribunal Superior de Justicia de las Illes Balears, la cual otorgó la autorización a estas medidas, mediante la Interlocutoria 253/2021, de 21 de septiembre.

Este Acuerdo de 20 de septiembre de 2021, fue prorrogado por el acuerdo de Consejo de Gobierno de 18 de octubre de 2021, el cual a la vez fue autorizado por el órgano judicial mencionado mediante su Interlocutoria 341/2021, de 21 de octubre, el cual seguía la línea de la Interlocutoria n.º 230/2021, de 26 de agosto, de la Sala de Vacaciones del Tribunal Superior de Justicia de las Illes Balears que sobre la autorización del Acuerdo del Consejo de Gobierno de 23 de agosto de 2021 destacó que, ante la evidencia de la vulnerabilidad especial de los usuarios de las residencias, era necesario mantener, con carácter temporal, las mismas medidas de contención del contagio de la COVID-19 dirigidas a disminuir este riesgo específico de introducción del virus a las residencias de gente mayor y de personas dependientes o con discapacidad.

III

La variante delta —que a estas alturas supone casi el 100% de los contagios detectados en las Illes Balears— es una variante de mucho más impacto para la salud pública que las que la han precedido, con un aumento importante de la transmisibilidad, así como de una disminución leve de la efectividad vacunal (más marcada con vacunación incompleta), y un posible incremento en la gravedad.

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 que afectan, además, población que, a pesar de que está mayoritariamente vacunada, es especialmente vulnerable a los efectos de la COVID-19.

IV

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, el artículo 1 de la cual prevé que, para proteger la salud pública y prevenir la pérdida o el deterioro, las autoridades sanitarias de las distintas administraciones públicas pueden adoptar, dentro del ámbito de sus competencias, las medidas previstas en esta Ley cuando así lo exijan razones sanitarias de urgencia o necesidad.

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

Así mismo, el artículo 26 de la Ley 14/1986, de 25 de abril, general de sanidad, también prevé la posibilidad que las autoridades sanitarias puedan adoptar las medidas preventivas que consideren pertinentes cuando haya o se sospeche razonablemente que hay 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.

V

En el ámbito autonómico, el artículo 45 de la Ley 5/2003, de 4 de abril, de salud de las Illes Balears, establece que corresponden en el Gobierno de las Illes Balears la dirección superior de la política de salud, el ejercicio de la potestad reglamentaria, la planificación básica en esta materia y el establecimiento de las directrices correspondientes. Se tiene que 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 de 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 el tráfico de bienes y productos cuando impliquen un riesgo o daño para la salud.
- Adoptar las medidas oportunas 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 haya o se sospeche razonablemente que hay un riesgo inminente y extraordinario para la salud de la población, como consecuencia de una situación sanitaria concreta de una persona o un grupo de personas, se puede ordenar la adopción de medidas preventivas generales y de intervención, entre las cuales se incluyen las de control individual sobre la persona o grupo de personas, mediante una 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 cual 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 cual se establece un régimen sancionador específico para hacer frente en los incumplimientos de las disposiciones dictadas para paliar los efectos de la crisis ocasionada por la COVID-19 (BOIB n.º 60, de 08-05-2021), 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, pueden adoptar las autoridades sanitarias autonómicas competentes, como también el procedimiento para adoptarlas. Entre estas medidas hay medidas que comportan la limitación o la restricción de la circulación o la movilidad en determinadas franjas horarias; medidas de control de entrada en las Illes Balears, incluyendo el establecimiento de pruebas diagnósticas previas o posteriores; restricciones a las agrupaciones de personas, incluyendo las reuniones privadas entre no convivientes, especialmente en los lugares y los espacios, o por mor del desarrollo de actividades que comporten un riesgo más grande de propagación de la enfermedad.

VI

La adopción de medidas que implican privación o restricción de la libertad o de otro derecho fundamental está sujeta a lo que disponen la Ley 29/1998, de 13 de julio, reguladora de la jurisdicción contencioso-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 contencioso-administrativa, determina la competencia de los juzgados y las 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 o de otro derecho fundamental, en función que se trate de medidas dirigidas a sujetos concretos o a colectividades genéricas de personas.

VII

En cuanto a la situación epidemiológica y asistencial en las islas globalmente, de acuerdo con el informe del Comité Autonómico de Gestión de Enfermedades Infecciosas de 18 de noviembre de 2021, basado en datos consolidados a día 15 del mismo mes de la Dirección General de Salud Pública y Participación y datos ofrecidos por el Servicio de Salud de las Illes Balears de día 17 de noviembre la comunidad autónoma presenta una incidencia acumulada a 14 días (IA14) por 100.000 habitantes en la población general de 133,4 casos, lo cual supone un nivel de riesgo medio. Por otro lado, en la población > 65 años el IA14 se encuentra en 104,8 casos (riesgo alto). El número reproductivo básico es de 1,47. La tasa de positividad a 7 días es de 4,93%.

Por islas, Mallorca presenta una IA14 de 122,5, Eivissa presenta una IA14 de 120,5 y, Formentera presenta una IA14 de 75,6 (las tres islas en situación de riesgo medio en cuanto a este indicador). Menorca presenta una IA14 de 265,6, lo cual supone, en cuanto a este indicador, un riesgo muy alto.

Por otro lado, la situación asistencial se mantiene en conjunto todavía estable y continua a estas alturas la ocupación de camas de planta por COVID-19 en un nivel de nueva normalidad, situada en el 1,40%, mientras que la ocupación de camas de cuidados críticos, con un 8,50%, se encuentra en un nivel de riesgo bajo.

Por islas, Mallorca presenta una ocupación de camas de planta en un nivel de riesgo propio de nueva normalidad o riesgo controlado, con una ocupación del 1,22%, Menorca se encuentra por el que a hace a la ocupación de camas de planta e una situación idéntica puesto que se sitúa en un 1,21%, mientras que Eivissa (que incluye los ingresos procedentes de Formentera) se encuentra en riesgo bajo (3,02%).

En cuanto a las ocupaciones de camas de cuidados críticos, Mallorca y Menorca (9,49% y 7,41% respectivamente) se encuentran en nivel de riesgo bajo, mientras que Eivissa y Formentera se encuentran en niveles de nueva normalidad o riesgo controlado (4,92%).

Estos datos siguen dibujando, como ya lo hicieron a finales del mes de octubre, un cuadro epidemiológico de crecimiento sostenido de los contagios si bien de una forma más moderada, a buen seguro, gracias a la generalización de la vacunación con pauta completa, especialmente entre los grupos de mayor riesgo.

VIII

En cuanto a la problemática residencial, se tiene que tener presente que, durante el transcurso de la pandemia, se ha demostrado reiteradas veces que las residencias de gente mayor 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. Un estudio hecho en Cataluña 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, mientras que los usuarios de residencias en los Estados Unidos representan alrededor de un 1% de la población y han supuesto alrededor del 22% de las muertes por COVID-19. 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, por lo cual 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 gente mayor.

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 que la situación epidemiológica del territorio se encuentre en la categoría de «muy baja o baja preocupación», y 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 evaluación concluye que el nivel de transmisión en la población general tiene un impacto directo en el riesgo para los residentes y que, por lo tanto, es necesario mantener medidas de prevención para limitar la transmisión en la población general que disminuyan el riesgo en este grupo vulnerable. Además, proponen una serie de medidas específicas a aplicar para reducir el impacto por COVID-19 en los usuarios de

residencias de gente mayor:

- Asegurar de forma rápida la vacunación con pauta completa de todos los usuarios, así como de todas las personas en contacto con ellas. La cobertura vacunal entre residentes, así como entre trabajadores y visitantes de estos centros, se tiene que promover mediante acciones específicas. En este sentido, algunos países europeos han implementado o están considerando la implementación de programas de vacunación obligatoria por determinados colectivos, como por ejemplo trabajadores sanitarios o sociosanitarios. Italia fue el primer país que implementó esta medida a Europa, seguida por Grecia (12 julio) y el anuncio de Francia de establecer la vacunación obligatoria para todo el personal trabajando en hospitales y centros sociosanitarios.
- Establecer medidas que reduzcan el riesgo de introducción del virus dentro de las residencias. El uso de tests de antígenos para la criba de trabajadores asintomáticos ha sido una estrategia adoptada por múltiples países en la Unión Europea, y la ECDC valora que es adecuada como una medida complementaria para disminuir el riesgo de introducción a las residencias del virus por parte de trabajadores y/o visitantes asintomáticos o pre-sintomáticos.
- Asegurar la identificación rápida de casos a las residencias para limitar la diseminación de brotes, con estrategias de testeo, rastreo e investigación de brotes dirigidas de forma prioritaria a este ámbito.
- Mantener el cumplimiento de las medidas de prevención (especialmente uso de mascarilla, higiene de manos, distancia social y ventilación) con independencia del estado de vacunación.

IX

La herramienta principal de la que disponemos en estos momentos para proteger la salud de los usuarios de las residencias de gente mayor son las vacunas contra la COVID-19, con las cuales se inició la campaña de vacunación masiva a partir del día 27 de diciembre de 2020, priorizando, precisamente, estos colectivos, atendida su vulnerabilidad especial.

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 hecho a las residencias de Cataluña en el cual 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, mientras que otro estudio hecho con el conjunto de la población española apreció que la vacunación presenta una efectividad del 71% contra la infección por SARS-CoV-2, del 88% contra la hospitalización y del 97% de disminución de riesgo de muerte en la población usuaria de residencias de gente mayor. De manera 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.

Por otro lado, un estudio similar hecho en los Estados Unidos pero realizado en dos periodos temporales diferentes —con circulación predominante de la variante delta y sin— concluye que la vacunación con pauta completa supuso 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, momento en que la variante en circulación predominante es la delta —la cual, como se ha comentado anteriormente, parece provocar cierta disminución de la eficacia vacunal. Además, hay que tener en cuenta que algunos resultados indicarían que la respuesta inmunitaria a la administración de la vacuna se podría ver disminuida de manera significativa con la edad.

De forma conjunta, estos datos implican, en primer lugar, que la vacunación es una herramienta extremadamente efectiva para proteger la población de la COVID-19 pero, a la vez, que los usuarios de residencias de gente mayor, incluso una vez vacunados, se pueden continuar encontrando 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 edad elevada, 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 requiere la aplicación de múltiples estrategias de prevención de los contagios, entre las cuales el Centro de Control y Prevención de Enfermedades de Estados Unidos (CDC) destaca el control de infección, los testajes masivos periódicos y la vacunación de los profesionales, residentes y visitantes como elementos críticos.

Hay que 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 obligadas a cumplir cuarentena por contacto estrecho independientemente de su estado de vacunación, con lo que ello implica en cuanto a aislamiento social y familiar.

X

Del informe del Comité Autonómico de Gestión de Enfermedades infecciosas de 18 de noviembre de 2021 resulta que en cuanto a la situación actual de las residencias de gente mayor y de personas con discapacidad de la comunidad autónoma de las Illes Balears en relación con la pandemia de COVID-19 se destaca 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 de personas con discapacidad, que llegó a ser el

día 3 de agosto de 88 usuarios positivos y 60 trabajadores positivos y en fecha 18 de noviembre se contabilizan todavía 8 trabajadores positivos y ningún residente, si bien 3 residentes se encuentran en aislamiento preventivo, todo en una situación que, como hemos visto, es de expansión moderada, pero sostenida, de la transmisión de la COVID 19 en todas las islas.

Es decir, perviven todavía en el ámbito de las residencias de gente mayor y de personas con discapacidad los factores que permiten una más fácil propagación y letalidad de la enfermedad, como son la convivencia estrecha entre usuarios y trabajadores o la fragilidad de los usuarios por su edad avanzada o sus patologías de base.

En este sentido el informe de día 18 de noviembre de 2021 del Comité autonómico de Gestión de Enfermedades Infecciosas patentiza que:

«Según la información aportada por las residencias, el número de usuarios y trabajadores afectados de COVID19 a residencias de gente mayor ha pasado de ser el día 27 de junio de 1.420 y 908 respectivamente, a ser de 1.637 y 1.150 el día 17 de noviembre (incremento de 217 usuarios y 242 trabajadores) y se han producido un total de 31 defunciones. A las residencias de discapacidad, el número de usuarios y trabajadores afectados de COVID19 ha pasado de ser el día 27 de junio de 83 y 133 respectivamente, a ser de 109 y 180 el día 17 de noviembre (incremento de 26 usuarios y 47 trabajadores).

A pesar de esta situación claramente positiva a las residencias, se tiene que considerar que nos encontramos ante un panorama de claro empeoramiento de la situación epidemiológica, hecho que reclama la necesidad de mantener las medidas preventivas para mitigar al máximo el efecto que este pueda tener en un entorno tan vulnerable como son las residencias de mayores. Hay que considerar una advertencia en este sentido el aumento de brotes notificados a residencias durante los últimos días a una diversidad de provincias del estado español, incluyendo a Ávila, Salamanca, Ceuta, Lugo, y Pontevedra, una clara señal admonitoria del que se puede llegar a dar en breve en el territorio de las Illes Balears.»

Y después de recordar que a causa de la vulnerabilidad de las residencias, la detección de un solo caso se considera un brote a efectos de intervención e implica la puesta en marcha de una serie de medidas de actuación, continúa afirmando:

«Así, y según la información aportada por las residencias, durante la anterior oleada se produjeron un total de 30 defunciones, un 24,5% del total de defunciones por COVID-19 del mismo periodo.

Además, y 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 día 18 de noviembre se encuentran en situación de brote 8 residencias (un 11% del total), por la detección de trabajadores positivos.»

Durante los meses de julio, agosto, septiembre y octubre se ha tenido que intervenir el control de la gestión sanitaria asistencial en relación a todos los procesos relacionados con la COVID19 de 4 residencias para tener brotes con un número elevado de afectados, y aquello que es peor, de defunciones.

Las residencias intervenidas fueron: RD SA RESIDENCIA (Eivissa) con 41 usuarios afectados (6 defunciones) y 17 profesionales afectados; y RD HOGAR DE MAYORES DE CALVIÀ (Mallorca) con 29 usuarios afectados (3 defunciones) y 15 trabajadores afectados; RD BORENCO (Mallorca) con 42 usuarios afectados (6 defunciones) y 11 profesionales afectados y RD FONTSANA (Mallorca) con 32 usuarios afectados (1 defunción) y 1 profesional afectado.

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 14 durante el mes de agosto y 1 durante el mes de septiembre, 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 que la cobertura de vacunación en este ámbito especialmente sensible es muy elevada, con un 94,33% de usuarios (a los cuales a estas alturas se les ha inculado una nueva dosis de recuerdo) y un 92,19% de los profesionales vacunados con pauta completa, estos datos implican la presencia de alrededor un 3,41% de usuarios y un 6,17% de profesionales de las residencias que no están vacunados por rechazo a la vacunación, con el riesgo que este hecho supone para su salud y la de la gente que los rodea, dado que no solo son más susceptibles de sufrir una COVID-19 grave, sino también a infectarse y a transmitir la infección a otras personas.

XI

Así pues, el informe del Comité de Enfermedades infecciosas de 15 de octubre 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 test 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 menos, también tienen cierta capacidad de transmisión del virus en el caso de que se contagien (a pesar de presentan, 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 tengui 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:

- En el momento actual, nos encontramos ante una situación de claro aumento de la transmisión de la COVID-19, a pesar de las incidencias se mantienen todavía de forma global en niveles de riesgo medio.
- La evaluación de la situación al entorno europeo hace prever que la tendencia creciente observada en Baleares se pueda agravar durante las próximas semanas.
- La evaluación del riesgo concluye que, de forma global, la comunidad autónoma se encuentra situada en nivel de alerta 1. Todas las islas se encuentran situadas también, de forma individual, a nivel de alerta 1.
- La situación hospitalaria ha mostrado durante la última semana una tendencia leve a empeorar, especialmente a nivel de ocupación a UCI. La ocupación hospitalaria a planta se encuentra ahora en niveles de riesgo de nueva normalidad y la de cuidados críticos en niveles de riesgo bajo, acercándose de forma clara al riesgo medio.
- A pesar de durante las últimas semanas se ha logrado una mejora gradual en la detección de brotes a residencias geriátricas, se perciben indicios de que la situación epidemiológica a estos entornos se empieza a complicar en todo el estado español.
- La cobertura de vacunación de la población supera ya el 84,3% de la población mayor de 12 años con una dosis y el 82,7% con pauta completa, pero todavía queda un porcentaje significativo de población vulnerable sin proteger y especialmente en riesgo en una situación de incremento de la transmisión de la enfermedad. Por otra banda, se ha detectado una ralentización importante en el ritmo de vacunación en el segmento de edades entre 20 a 39 años, hecho que señala la importancia de diseñar estrategias dirigidas a fomentar la vacunación en estas poblaciones.
- 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, septiembre y octubre, hasta un 24,5% de los muertos por COVID-19 en las Illes Balears han



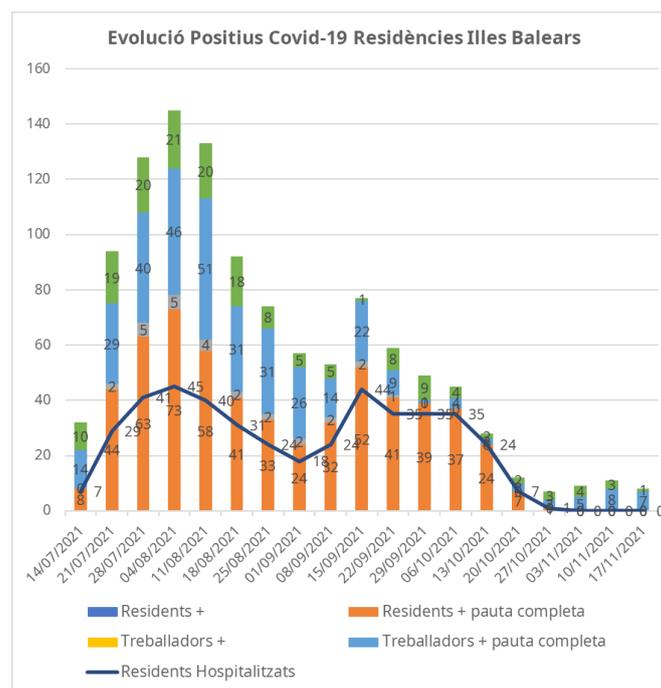
estado usuarios de residencias de gente mayor y un 11% de los centros en encuentran actualmente en situación de brote. Esta especial vulnerabilidad condujo a la aprobación por parte de la Comisión de Salud Pública de la inoculación de una tercera dosis de vacuna contra la COVID-19 en esta población para 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 de la *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 I 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 lo expuesto en los apartados anteriores, mediante este Acuerdo, y al amparo de las leyes mencionadas en los apartados IV y V, se pretende prorrogar nuevamente la eficacia del Acuerdo del Consejo de Gobierno de 20 de septiembre de 2021 por el cual se establecen condiciones excepcionales en el régimen de visitas y salidas en los servicios sociales de tipo residencial, viviendas supervisadas para gente mayor, 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, para salvaguardar la salud de nuestra gente mayor, colectivo que ha sufrido las peores consecuencias de esta pandemia.

En un momento en el cual otra vuelta aumentan los contagios en las Illes Balears, hay que mantener las medidas que en cuanto a las residencias de gente mayor y de personas discapacitadas, aseguran que las personas que visitan o se responsabilizan de las salidas de los residentes no suponen un riesgo para este colectivo y que los trabajadores no suponen un riesgo añadido para la salud de las personas, especialmente vulnerables, que son las usuarias de los servicios.

Si observamos esta gráfica, podemos sentir la satisfacción de comprobar que a estas alturas, no hay ningún usuario de residencias ingresado hospitalariamente por COVID:

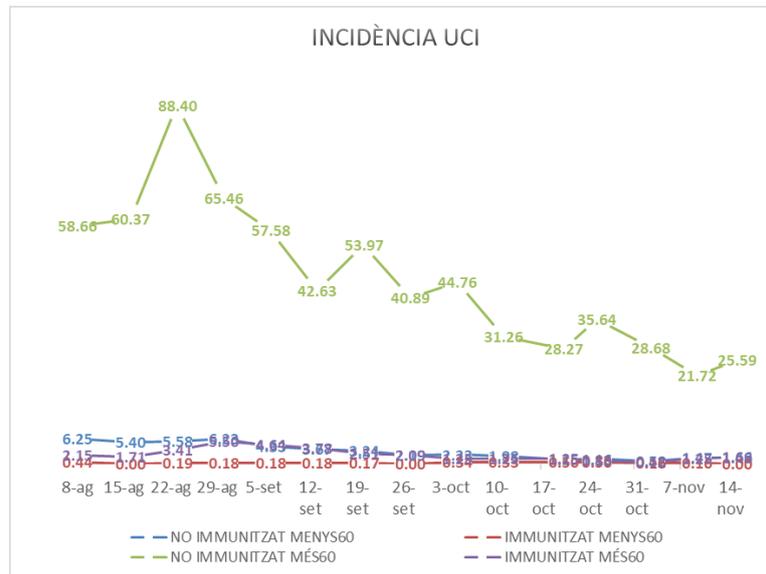


Evolución positivos COVID19 en residencias de mayores y discapacidad de las Illes Balears. Fuente: Servei de Salut de les Illes Balears.



Llevar a cabo todos los esfuerzos para mantener este objetivo dentro de las residencias de gente mayor y de personas discapacitadas, es un deber moral que no podemos rechazar.

Procede tener presente que la vacunación ha resultado determinante para reducir tanto los contagios como las consecuencias de estos contagios si se producen, pero que no elimina la posibilidad de uno y otras y que, por otro lado, las consecuencias del contagio para la gente mayor no vacunada, son habitualmente mucho más graves. Valga una imagen en este sentido:



Evolución de la incidencia de ingreso en UCI por COVID-19 en los hospitales de las Illes Balears desde el mes de agosto en función del estado de inmunización y de la edad. Fuente: Servei de Salut de les Illes Balears.

En definitiva, a pesar de la vacunación masiva de los trabajadores y de los usuarios de las residencias de gente mayor y de personas discapacitadas, existe todavía un porcentaje pequeño pero relevante que ha rechazado la vacunación.

Y además, entre los meses de julio y octubre de 2021 se han producido no menos de 16 defunciones entre residentes de residencias de gente mayor que fueron intervenidas y 144 residentes y 44 trabajadores se contagiaron de COVID 19 dentro de este periodo.

Es por todos conocido el riesgo que supone para la gente mayor el sufrir la enfermedad, se encuentren o no vacunados, y como esta enfermedad, a pesar de se supere, puede suponer una perjuicio en el tiempo para la salud de las personas que lo han sufrido. Pero lo que es más trascendente es que la COVID 19 puede conducir en la muerte de aquellos que la sufren y muy especialmente en el caso de la gente mayor.

Así pues tenemos que considerar qué, el contagio de la COVID 19 es un riesgo que no tiene que ser entendido como asumible, cuando —cómo es en el caso de las residencias de gente mayor y personas discapacitadas— puede ser eliminado o reducido abiertamente mediante la realización de pruebas para la detección de la existencia activa de la infección —a pesar de esta no se manifieste sintomáticamente— pruebas que se tiene que llevar a cabo de forma sistemática, tanto entre el residentes como entre sus cuidadores y con especial incidencia entre el personal de mayor riesgo como es lo no vacunado.

Consideramos que la realización de este pruebas de detección de infección activa suponen en definitiva un sacrificio de la libertad personal por aquellos a que se tienen que someter, razonable y que tiene que ceder ante el beneficio que para la protección y conservación del derecho y bien jurídico fundamental que es la vida de las personas, representan estos controles, que pueden permitir que terceros vulnerables, a consecuencia de la realización de estas pruebas, se puedan ver libras de un contagio, que sin la realización de las pruebas tendrían muchas más probabilidades de sufrir.

Por todo esto, 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 día 22 de noviembre de 2021, adoptó el siguiente Acuerdo:

Primero

Objeto

Este Acuerdo tiene por objeto prorrogar de nuevo por un mes, la eficacia del Acuerdo del Consejo de Gobierno de 20 de septiembre de 2021 por el cual se establecen condiciones excepcionales en el régimen de visitas y salidas en los servicios sociales de tipo residencial, viviendas supervisadas para gente mayor, 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, autorizado por la Sala de lo contencioso administrativo del Tribunal Superior de Justicia de las Illes Balears mediante la Interlocutoria 253/2021, de 21 de septiembre, y publicado en el Boletín Oficial de las Illes Balears n.º 133, de 28-09-2021.

Segundo

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.

Tercero

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.

Cuarto

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

Quinto

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.

Sexto

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.

Séptimo

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, 22 de noviembre de 2021

La secretaria del Consejo de Gobierno
Mercedes Garrido Rodríguez

