

Sección III. Otras disposiciones y actos administrativos

CONSEJO DE GOBIERNO

374

Acuerdo del Consejo de Gobierno de 17 de enero de 2022 por el que se prorroga el Acuerdo del Consejo de Gobierno de 20 de septiembre de 2021 por el que se establecen condiciones excepcionales en el régimen de visitas, salidas y trabajo en los servicios sociales, y se prorrogan asimismo determinados puntos del Acuerdo del Consejo de Gobierno de 13 de diciembre de 2021 por el que también se establecen condiciones excepcionales para el trabajo en los centros y establecimientos sanitarios

I

El 20 de septiembre de 2021, el Consejo de Gobierno aprobó el Acuerdo por el que se establecían condiciones excepcionales en el régimen de visitas y salidas en 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.

Estas medidas, dado que podían afectar a derechos fundamentales y libertades públicas de las personas que se verían afectadas por las mismas, y que estas personas conformaban una colectividad genérica e indeterminada, de conformidad con lo dispuesto en el artículo 10.8 de la Ley 29/1998, de 13 de julio, reguladora de la jurisdicción contenciosa administrativa, fueron sometidas a autorización de la Sala de lo Contencioso Administrativo del Tribunal Superior de Justicia de las Illes Balears, quien otorgó dicha autorización mediante el Auto 253/2021, de 21 de septiembre, y así autorizado el Acuerdo fue publicado en el *Boletín Oficial de las Illes Balears* núm. 133, de 28/09/2021, con una eficacia limitada a un mes a contar desde su publicación.

Dichas medidas fueron objeto de una primera prórroga por Acuerdo del Consejo de Gobierno tomado en su sesión de día 18 de octubre de 2021, Acuerdo de prórroga que fue a su vez sometido a la previa autorización de la Sala de lo Contencioso Administrativo del Tribunal Superior de Justicia, otorgada mediante el Auto 34/2021, de 21 de octubre de 2021. Este Acuerdo, que nuevamente limitaba su eficacia a un plazo de un mes a contar desde su publicación, fue publicado en el *Boletín Oficial de las Illes Balears* núm. 146, de 26/10/2021.

Finalmente, este Acuerdo del Consejo de Gobierno de 20 de septiembre de 2021 fue prorrogado nuevamente mediante el Acuerdo del Consejo de Gobierno de 13 de diciembre de 2021, Acuerdo que también establecía condiciones excepcionales para el trabajo en los centros y establecimientos sanitarios, y concretaba el alcance de las medidas temporales y excepcionales al ámbito de la actividad de los establecimientos de restauración que se establecieron por el Acuerdo del Consejo de Gobierno de 29 de noviembre de 2021. Este Acuerdo recibió la correspondiente autorización judicial mediante el Auto de la Sala de lo Contencioso Administrativo del Tribunal Superior de Justicia núm. 397/2021, de 16 de diciembre de 2021, y fue publicado en el *Boletín Oficial de las Illes Balears* núm. 173, de 18/12/2021. Los efectos de esta prórroga se extienden hasta el día 24 de enero de 2022, conforme a lo dispuesto en su punto décimo.

Todos estos acuerdos y sus autorizaciones judiciales siguieron la línea interpretativa del Auto núm. 230/2021, de 26 de agosto, de la Sala de Vacaciones del Tribunal Superior de Justicia de las Illes Balears que respecto al Acuerdo del Consejo de Gobierno de 23 de agosto de 2021 ya destacó que, ante la evidencia de la especial vulnerabilidad de los usuarios de las residencias, era preciso 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 en las residencias de personas mayores y de personas dependientes o con discapacidad.

II

Por otro lado y como ya se ha avanzado, el Acuerdo del Consejo de Gobierno de 13 de diciembre de 2021 establecía también una serie de medidas excepcionales para el trabajo en los centros y establecimientos sanitarios, medidas que recibieron su aprobación judicial mediante el Auto 397/2021, de 16 de diciembre, citado anteriormente, surtiendo efectos también hasta el día 24 de enero de 2022.

III

Las medidas relativas a las residencias y centros y servicios sociosanitarios se centraban en la protección de uno de los colectivos que en mayor cantidad y con más graves consecuencias ha sufrido los efectos de la pandemia, como es el caso de los usuarios residentes de las residencias. Estas medidas tenían y tienen dos vertientes principales:

- Por un lado, se establecieron las condiciones en las que podían realizarse las visitas y salidas en los servicios sociales de tipo

residencial y establecimientos análogos para personas mayores, personas dependientes y con discapacidad, de modo que las visitas se limitaban a personas que o bien acreditaran documentalmente 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 realizada entre las 48 y las 72 horas anteriores. Por otro lado, para las salidas que realizaran los residentes se buscaba que solo se relacionaran con personas que cumplieran alguna de estas condiciones.

- Por otra parte, se estableció la obligatoriedad de la realización de pruebas de detección del SARS-CoV-2 a los residentes de nuevo ingreso, a los trabajadores de nueva incorporación o de reincorporación tras períodos de vacaciones y a los trabajadores no vacunados.

Las medidas relativas a las condiciones excepcionales para la prestación de trabajo en centros sanitarios públicos o privados de las Illes Balears partían de la base de que los centros sanitarios a los que eran de aplicación son espacios donde se concentran profesionales sanitarios que se encuentran en contacto directo y estrecho con personas que presentan patologías que requieren una asistencia sanitaria y que debido a su estado de salud pueden o bien presentar una mayor probabilidad de encontrarse en una situación inmunitaria comprometida o bien tener una mayor probabilidad de sufrir patologías que puedan convertirlos en miembros de grupos de riesgo.

Es por ello, y a pesar de la serie de medidas profilácticas y de precaución que se han implementado en los centros sanitarios, que puede resultar más fácil que en otros ámbitos que se generen contagios de la COVID-19, tanto entre los profesionales sanitarios como entre los pacientes.

Esta mayor probabilidad de contagios, si no puede evitarse, sí al menos puede verse reducida si se establece la obligatoriedad de realización de pruebas de diagnóstico de infección activa (PDIA) a los profesionales sanitarios que se encuentran en determinadas circunstancias tales como:

- Establecer la obligatoriedad de hacerse una PDIA dentro de las 72 horas previas para el personal de nueva incorporación al centro o para aquel que se incorpore de un periodo de permiso o vacaciones, independientemente de su estado de vacunación.
- Establecer la obligatoriedad de hacerse un número determinado de PDIA semanales para los trabajadores no vacunados de los centros sanitarios.

IV

Estos acuerdos han trasladado al ámbito de las residencias de personas mayores y de personas con discapacidad y al ámbito de los centros sanitarios el concepto de personas con riesgo epidemiológico reducido, que son aquellas personas que o bien han superado una dolencia transmisible hace poco, o que están vacunadas o que pueden acreditar empíricamente que no sufren una determinada infección en un momento determinado del tiempo.

Que una persona presente un riesgo epidemiológico reducido, es decir, una baja probabilidad de contagiarse o de contagiar una enfermedad transmisible, permite a su vez afirmar que, si se disminuye la probabilidad de la presencia y convivencia de personas infectadas o de personas con capacidad infectiva elevada en espacios donde se concentran personas más vulnerables a sufrir la enfermedad grave, es posible establecer una relajación más segura de determinadas restricciones de todos los convivientes.

En definitiva, permite generar espacios físicos más seguros para aquellas personas que se encuentran en los mismos o para aquellas que desarrollan sus actividades habituales —lo que adquiere una especial trascendencia en aquellos espacios donde se concentran personas que presentan mayores riesgos de sufrir una enfermedad con consecuencias graves— o profesionales, cuya efectiva capacidad de desarrollo de la actividad es especialmente trascendente para la sociedad en su conjunto.

V

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 13 de enero de 2022, basado en los datos consolidados a día 12 del mismo mes de la Dirección General de Salud Pública y Participación y los datos ofrecidos por el Servicio de Salud de las Illes Balears del mismo día 13, la comunidad autónoma presenta una incidencia acumulada a 14 días (IA14) por 100.000 habitantes en la población general de 2.815,4 casos, lo cual supone un nivel de riesgo muy alto. Por otro lado, en la población > 65 años el IA14 se encuentra en 1.142,3 casos (riesgo muy alto). La tasa de positividad a 7 días es del 35,7%.

Por islas, Mallorca presenta una IA14 de 2.720,8 casos; Menorca, de 3.197; Eivissa presenta una IA14 de 3.220,1 casos, y Formentera presenta una IA14 de 1.839,7 casos.

Por otro lado, la situación asistencial empeora y se siente el incremento de contagios en forma de aumento de la presión asistencial, de forma que la ocupación de camas de planta por COVID-19 se encuentra en un nivel que pasa a nivel de riesgo alto con un 10,27% y la ocupación de

camas de curas críticas en riesgo alto con un 24,63%.

Por islas, Mallorca presenta una ocupación de camas de planta del 10,31%; Menorca se encuentra por el que a hace a la ocupación de camas de planta en un 7,27% mientras que Eivissa (que incluye los ingresos procedentes de Formentera) se encuentra en un 11,82%.

En cuanto a las ocupaciones de camas de curas críticas, Mallorca se encuentra actualmente en un 30,52%, Menorca en un 11,11%, mientras que Eivissa y Formentera presentan una ocupación de camas de curas críticas del 6,56%. Hay que decir que Menorca e Eivissa han derivado pacientes de curas críticas tanto a centros privados como centros públicos otras islas.

En definitiva, la evolución de la epidemia en las Illes Balears ha cambiado radicalmente desde el 1 de diciembre de 2021, de modo que desde aquel momento hasta el día de hoy se ha producido un crecimiento intenso y sostenido de los contagios, así como de las ocupaciones de camas hospitalarias, tanto de planta como de unidades de cuidados críticos, si bien como ya se ha dicho en cuanto a los ingresos, estos se producen de una forma proporcionalmente más moderada que en otras olas, a pesar de que, en términos absolutos y habida cuenta del volumen total de contagios que se han producido, nos acercamos a los niveles de ocupación de los momentos más difíciles de la pandemia.

VI

Los argumentos en defensa de la prórroga de las medidas que establecieron condiciones excepcionales en el régimen de visitas, salidas y trabajo en los servicios sociales no son ni pueden ser distintos a aquellos que motivaron la adopción del Acuerdo original; argumentos que se han puesto de manifiesto en cada uno de los sucesivos Acuerdos y que se asumen nuevamente.

Las residencias de personas mayores y de personas con discapacidad se ven especialmente afectadas por la COVID-19, y han mostrado una mortalidad desproporcionadamente mayor que la observada en la población general de la misma edad.

De un estudio realizado en Catalunya en relación a la primera ola de COVID-19 resultaba que la mortalidad en personas mayores en residencias contagiadas por SARS-CoV-2 fue del 24,5 %. En Estados Unidos, estudios acreditan que el 1 % de la población total que suponen las personas mayores usuarias de residencias supuso alrededor del 22 % de las muertes por COVID-19 en el país.

Vistos estos datos, es palmario que la prevención de contagios en dichos ámbitos es crucial para minimizar el impacto de la pandemia.

El Centro Europeo de Control y Prevención de Enfermedades (ECDC) publicó con fecha 26 de julio de 2021 un documento de evaluación rápida del riesgo en lo referente a los incrementos en los contagios observados en todo el continente europeo en las residencias de personas mayores.

En este documento, el ECDC concluye que el nivel de transmisión a 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 ese grupo vulnerable. Además, proponen una serie de medidas específicas a aplicar para reducir el impacto por COVID-19 en los usuarios de residencias de personas mayores:

- Asegurar rápidamente la vacunación con pauta completa de todos los usuarios, así como de todas las personas en contacto con ellos. La cobertura vacunal entre residentes, así como entre trabajadores y visitantes de estos centros, debe promoverse mediante acciones específicas. En este sentido, algunos países europeos han implementado o están considerando la implementación de programas de vacunación obligatoria para determinados colectivos, tales como trabajadores sanitarios o sociosanitarios. Italia fue el primer país que implementó esta medida en Europa, seguida por Grecia (12 julio) y el anuncio de Francia de establecer la vacunación obligatoria para todo el personal que trabaja en hospitales y centros sociosanitarios.
- Establecer medidas que reduzcan el riesgo de introducción del virus dentro de las residencias. El uso de test de antígenos para el cribado de trabajadores asintomáticos ha sido una estrategia adoptada por múltiples países en la Unión Europea, y el ECDC valora que es adecuada como medida complementaria para disminuir el riesgo de introducción en las residencias del virus por parte de trabajadores y/o visitantes asintomáticos o presintomáticos.
- Asegurar la rápida identificación de casos en 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.

VII

La herramienta principal de la que disponemos en estos momentos para proteger la salud de los usuarios de las residencias de personas mayores son las vacunas contra la COVID-19, con las que se inició la campaña de vacunación masiva a partir del día 27 de diciembre de 2020, 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 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, reducciones del 95 % en hospitalizaciones y del 97 % en mortalidad para los residentes, mientras que otro estudio realizado con el conjunto de la población española estima 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 personas mayores. 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.

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 seguir 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 en los que 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 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.

VIII

Del informe del Comité Autonómico de Gestión de Enfermedades Infecciosas de 13 de enero de 2022 resulta que en cuanto a la situación actual de las residencias de personas mayores y de personas con discapacidad de la comunidad autónoma de las Illes Balears en relación con la pandemia de COVID-19, esta ha empeorado dentro del último mes.

Según el citado informe del Comité Autonómico de Gestión de Enfermedades Infecciosas resulta que:

“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 1.852 y 1.547 el día 13 de enero (incremento de 512 usuarios y 305 trabajadores). En las residencias de personas discapacitadas, 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 160 y 275 el día 13 de enero (incremento de 77 usuarios y 144 trabajadores).”

Durante las últimas dos semanas se ha vuelto a detectar un importante empeoramiento de la situación a las residencias, como reflejo del aumento de incidencia en la población general; así, mientras que durante el mes de noviembre no se registraron hospitalizaciones de residentes, actualmente se contabilizan hasta 19 residentes hospitalizados por COVID-19 en los hospitales de las Illes Balears.”

Y tras recordar que, debido a 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, sigue afirmando:

«Hay que destacar que 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.

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 8 diciembre hay 48 centros en situación de brote (un 86% del total), comparado con un 11% a fecha 18 de noviembre. Además, hay 4 residentes hospitalizados por COVID-19 y 36 trabajadores con infección activa por COVID-19.»

Es preciso recordar que entre julio y octubre de 2021 tuvieron que intervenir 4 residencias por tener brotes con un número elevado de afectados y, lo que es peor, de defunciones, ya que en total se produjeron un total de 16 defunciones y un balance total en estas 4 residencias de 144 residentes y 44 trabajadores contagiados.

Ahora bien, a pesar de que la cobertura de vacunación en este ámbito especialmente sensible es muy elevada —por encima del 94 % de usuarios (a los que en estos momentos se les ha inyectado una nueva dosis de recuerdo) y del 91,5 % de los profesionales vacunados con

pauta completa—, en la actualidad queda alrededor de un 5,5 % de usuarios y un 8 % de los trabajadores sin vacunar, con el riesgo que este hecho supone para su salud y la de la gente que les rodea, dado que no solo son más susceptibles de sufrir una COVID-19 grave, sino también de infectarse y transmitir la infección a otras personas.

Es por las cuales cosas que el informe mencionado recuerda:

«Finalmente, se tiene que mencionar que, a la vista de la evidencia de la especial vulnerabilidad de los usuarios de residencias geriátricas y de una posible disminución de la eficiencia de la vacuna en estos (como consecuencia tanto de la introducción de variantes más agresivas como de una posible disminución de la respuesta inmunitaria relacionada con el tiempo), se ha procedido a administrar la tercera dosis de *vacci para este colectivo, destacando así la necesidad de prever medidas específicas para la protección de su salud.»

IX

Así pues, el informe del Comité de Enfermedades Infecciosas de 13 de enero de 2022 propone:

Propuesta de medidas de protección de la salud de los usuarios de residencias de personas mayores y personas con discapacidad frente a una situación epidemiológica de riesgo

«En línea con el que recomienda el ECDC en su Análisis de Riesgo (Rapid Risk Assessment, 2021), 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 menor, 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 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.»



X

En cuanto a los centros donde se lleva a cabo la prestación sanitaria asistencial, el informe del Comité Autonómico de Gestión de Enfermedades Infecciosas de 13 de enero de 2022 destaca que en la fecha del informe hay 703 profesionales sanitarios positivos con infección activa y 863 en vigilancia activa, frente a los 25 y 55 que, respectivamente, había el día 10 de noviembre de 2021.

Debe destacarse, que de acuerdo con el informe mencionado, el mayor riesgo de contagio de la enfermedad por el personal sanitario es una evidencia y que va — según varios estudios realizados— desde un riesgo 10 veces superior de verse contagiado respecto del resto de los ciudadanos a un riesgo siete veces superior al de sufrir la enfermedad con sintomatología grave. Así y, curiosamente, no es puede reconocer una situación de especial o mayor riesgo de verse contagiados especial a los profesionales sanitarios de las especialidades que más directamente se relacionan con las unidades COVID. En este sentido el informe hace patente que:

«En en cuanto a la identificación de los grupos profesionales de riesgo, y a pesar de se podría esperar que el grupo más expuesto fuera lo de los profesionales sanitarios trabajando a unidades de enfermos COVID, en un estudio demográfico realizado en el mes de mayo de 2020, se determinó que, si bien se habían registrado de forma global 1004 muertos de personal sanitario debido a COVID-19 (Gouda et al., 2021), el colectivo más afectado había sido lo de profesionales de atención primaria (26,9% de las muertes, comparado con un 7,4% en el grupo formado por anestesiólogos, profesionales de urgencias e intensivistas). Una explicación posible a este hecho radica en que los profesionales de primaria son más susceptibles a interactuar con pacientes asintomáticos y bajo protocolos de seguridad menos astringentes que los que trabajan a unidades de pacientes COVID y/o pacientes críticos.»

También remarca que las infecciones nosocomiales, es decir, las infecciones que un paciente adquiere en un entorno sanitario, siguen suponiendo un riesgo no solo para los propios pacientes ingresados, sino también para los profesionales sanitarios. Los factores que favorecen este tipo de infecciones entre pacientes hospitalizados son múltiples, incluyendo, entre ellos, una respuesta inmunitaria comprometida en los pacientes, la propia naturaleza de determinados procedimientos médicos que generan potenciales rutas de infección y la transmisión entre pacientes que cohabitan en los mismos espacios.

Debido a que la atención a pacientes requiere de contacto estrecho por parte de los profesionales sanitarios, estos profesionales se encuentran en alto riesgo de infección, lo que les afecta a ellos y a su vez contribuye a la transmisión de la enfermedad a la población general. De hecho, en comparación con la población general, los profesionales sanitarios de primera línea podrían presentar un riesgo más de 10 veces mayor de presentar un test COVID-19 positivo (21).

De este modo, el informe del Comité Autonómico de Gestión de Enfermedades Infecciosas afirma:

«El especial riesgo al que están expuestos los profesionales sanitarios, así como su posible papel como vectores de transmisión en personas vulnerables, han estado factores determinantes de cara a que este colectivo fundido definido como el colectivo prioritario, detrás de los usuarios de residencias de gente mayor, en la estrategia de vacunación de España. Es destacable que la respuesta de los profesionales a la campaña de vacunación ha estado masiva, lográndose coberturas vacunales en estos colectivo en Baleares de entre el 93-95%.

Sin embargo, hay que considerar que el 5-7% de profesionales sanitarios que no se encuentran vacunados suponen actualmente un mayor riesgo de transmisión de la enfermedad, tanto por sus compañeros como por sus pacientes. Es por eso que se considera necesario establecer medidas que mitiguen el riesgo que este hecho comporta. Una de estas medidas, que se considera imprescindible implementar de forma inmediata, es la realización de test periódicos (cribaje) intermediado pruebas de infección activa (*PDIA) de los profesionales sanitarios no vacunados.

Esta es una estrategia que ha sido avalada por la ECDC, el cual establece que los entornos sanitarios y sociosanitarios requieren del uso de estrategias de testeo periódicas (Testing Strategies for SARS-CoV-2, s.d.). Así, los cribados del personal sanitario pueden ser incorporados como parte de una aproximación integral para reducir la transmisión a los entornos sanitarios; el testeo identifica trabajadores infectados de forma precoz, de forma que se puedan tomar las medidas necesarias para retardar la propagación de contagios entre el resto de personal y, especialmente, entre pacientes vulnerables.

Esta es una estrategia especialmente eficaz en aquellas áreas que se encuentran en situación de transmisión moderada o elevada.

En cuando a la temporalidad, el CDC americano recomienda que se realicen cribas a los trabajadores no vacunados de forma, como mínimo, semanal (CDC, 2021), con una mayor frecuencia si se tiene disponibilidad y atendiendo a la situación epidemiológica del entorno. Se considera que la capacidad de prevenir y mitigar brotes depende primariamente de la frecuencia a la que se realicen estas cribas, y de la velocidad de notificación de resultados e implementación de aislamientos de casos y rastreo de contactos.»

XI

En definitiva, puede afirmarse que ante los —casi inimaginables— efectos de la variante ómicron, con datos de contagios diarios que, a pesar



de ser constantes desde hace semanas, siguen generando perplejidad, parece evidente que la vacunación ha resultado determinante para reducir tanto los contagios de la COVID-19 como las consecuencias de dichos contagios cuando se producen, pero también parece evidente que no ha eliminado la posibilidad ni de unos ni otros, y, por otro lado, es un hecho que las consecuencias del contagio para la gente mayor no vacunada son habitualmente mucho más graves. Además, cabe recordar que existe todavía un pequeño porcentaje pero relevante que ha rechazado la vacunación.

Los acuerdos del Consejo de Gobierno de 20 de septiembre de 2021 y de 13 de diciembre de 2021, que nuevamente quieren prorrogarse, se han mostrado en la práctica como herramientas eficientes, complementarias a la vacunación, que han permitido generar una situación de seguridad reforzada desde un punto de vista de protección de la salud en unos espacios físicos como son las residencias de personas mayores y de personas con discapacidad y los centros sanitarios, los cuales eran y son por las características de la actividad que se desarrolla en los mismos unos de los espacios de mayor riesgo, tanto en cuanto a la transmisión de la COVID-19 como en cuanto a las consecuencias del contagio del SARS-CoV-2 entre sus usuarios y los profesionales que desarrollan su labor en los mismos.

Tal y como se ha puesto de manifiesto, los Acuerdos que se prorrogan establecen unos controles preventivos de la inexistencia de infección activa en trabajadores —y también en los usuarios de nuevo ingreso— de residencias y centros sanitarios, así como de los que regresan tras largos periodos fuera, o al personal del centro que no está vacunado. Además, en el caso de las residencias y otros centros y servicios sociales se establecen controles respecto a las visitas a los usuarios, que se ven restringidas a las personas que pueden acreditar documentalmente o bien que se encuentran vacunadas, o que han superado la COVID-19 o que han obtenido un resultado negativo en una PDIA reciente.

Todas estas medidas preventivas permiten generar unos espacios más inocuos en cuanto al riesgo de transmisión del virus entre usuarios y profesionales de los centros sanitarios y residenciales, reduciendo la probabilidad de que una persona infectada entre en contacto con usuarios y profesionales sanos.

En definitiva, y más allá de explicaciones y análisis científicos, podemos calificar estas medidas que quieren prorrogarse como unas medidas de sentido común, que coadyuvan eficientemente a proteger el bien jurídico más apreciado de las personas —su vida y su integridad física— y muy especialmente el de unas personas que conforman uno de los colectivos más vulnerables frente a la COVID-19, como son los usuarios de las residencias de personas mayores y de personas con discapacidad.

Es evidente que estas medidas suponen unas limitaciones puntuales de determinados derechos fundamentales para los que tienen que acreditar su condición de persona sin riesgo epidemiológico o tienen que someterse a pruebas de detección de infección activa, pero estas limitaciones de los derechos de las personas tienen que considerarse proporcionadas y justificadas ante la protección que generan por el bien jurídico fundamental de aquellos que se ven directamente beneficiados por la aplicación de aquellas medidas.

Es por todo esto que hay que mantener las medidas que permiten convertir en espacios seguros o de mayor seguridad ante el contagio de la COVID-19 a las residencias de personas mayores y de personas con discapacidad, y a los centros sanitarios, puesto que es necesario considerar el contagio de la COVID-19 como un riesgo no asumible, especialmente cuando quien puede verse contagiado presenta un riesgo especialmente acentuado de sufrir consecuencias graves o la muerte derivadas del contagio.

En definitiva, y en relación con las materias objeto del presente Acuerdo, el informe de 13 de enero de 2022 del Comité Autonómico de Gestión de Enfermedades Infecciosas concluye:

- En el momento actual, nos encontramos ante una situación de claro aumento de la transmisión de la COVID-19, con incidencias actualmente situadas en el nivel de riesgo muy elevado.
- La situación hospitalaria ha mostrado durante el último mas un empeoramiento significativo, tanto a nivel de ocupación a UCI como planta. La ocupación hospitalaria a planta se encuentra ahora en niveles de riesgo elevado y la de curas críticas en niveles de riesgo muy elevado.
- Durante las últimas dos semanas se ha detectado un muy fuerte

incremento en la detección de brotes en residencias geriátricas y en el número de ingresos hospitalarios asociados a estos.

- La cobertura de vacunación de la población supera ya el 91,6% de la población mayor de 12 años con una dosis y el 89,9% 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 aprecia una menor cobertura vacunal 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. 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.

- Actualmente, un 86% de los centros en encuentran actualmente en situación de brote.
- 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 todos 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 d) mantener el cumplimiento de las medidas de prevención con independencia del estado de vacunación.
- En línea con lo recomendado por 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.
- Los profesionales sanitarios se encuentran sometidos en un mayor riesgo de infección que la población general, y la mitigación y reducción de este riesgo es fundamental tanto para proteger su propia salud como para reducir la transmisión de la COVID-19 en la población general.
- Los brotes a entornos sanitarios suponen una disrupción importante para la continuidad de la asistencia sanitaria y afectan de forma desproporcionada a población de mayor edad y/o más vulnerable.
- Los profesionales sanitarios no vacunados suponen un mayor riesgo de transmisión de la COVID-19 tanto para el resto de trabajadores como para los pacientes con los que tratan. Por lo tanto, se considera que es necesario establecer medidas que contribuyan a mitigar este mayor riesgo.
- El ECDC establece que la utilización de las cribas periódicas a entornos sanitarios es una estrategia adecuada de mitigación del riesgo, que permite identificar de forma precoz las infecciones asintomáticas de forma que se puedan tomar las medidas necesarias para retardar la propagación de contagios entre el resto del personal y, especialmente, entre pacientes vulnerables.

XII

En cuanto a los fundamentos jurídicos del presente Acuerdo, la normativa estatal establece que 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, con el fin de 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 esta Ley cuando así lo exijan razones sanitarias de urgencia o necesidad.

El artículo 2 habilita a las autoridades sanitarias competentes a 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 desarrolle 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, podrá adoptar las medidas oportunas para el control de los enfermos, de las personas que estén o hayan estado en contacto con ellos y del medio ambiente inmediato, así como las que se consideren necesarias en caso de riesgo de carácter transmisible.

En el mismo sentido se pronuncia el artículo 26 de la Ley 14/1986, de 25 de abril, general de sanidad, y 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.

XIII

Por su parte, la normativa autonómica atribuye al 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 correspondientes directrices en el artículo 45 de la Ley 5/2003, de 4 de abril, de salud de las Illes Balears. Debe considerarse, por lo tanto, que es el órgano superior colegiado en materia sanitaria de la Administración de las Illes Balears.

Por otra parte, 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, tales como:

- 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 medidas oportunas de intervención provisionales frente a 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.

Además, los artículos 49 bis, 49 ter, 49 *quater*, 49 *quinquies* y 49 *sexies* de esta misma Ley 16/2010, de 28 de diciembre, 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 se encuentran medidas que comportan la limitación o la restricción de la circulación o la movilidad en determinadas franjas horarias y restricciones a las agrupaciones de personas, especialmente en los lugares y los espacios, o para el desarrollo de actividades que comporten mayor riesgo de propagación de la enfermedad.

XIV

Procesalmente, la adopción de medidas de protección de la salud pública por parte de las autoridades sanitarias que impliquen privación o restricción de la libertad u otro derecho fundamental, conforme a la Ley 29/1998, de 13 de julio, reguladora de la jurisdicción contenciosa administrativa, y la jurisprudencia del Tribunal Supremo, queda sometida a la autorización o ratificación —según se trate de medidas dirigidas a individuos concretos o a la población o parte de esta— de los juzgados y salas contenciosas administrativas de los tribunales superiores de justicia.

En consecuencia, el Consejo de Gobierno, como responsable máximo de la política sanitaria en las Illes Balears, a propuesta de la consejera de Salut i Consum, en la sesión del día 17 de enero de 2022, adoptó, entre otros, el Acuerdo siguiente:

Primero. Prorrogar nuevamente, hasta el día 28 de febrero de 2022, la eficacia del 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 en 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, autorizado por la Sala de lo Contencioso Administrativo del Tribunal Superior de Justicia de las Illes Balears mediante el Auto 253/2021, de 21 de septiembre, y publicado en el *Boletín Oficial de las Illes Balears* núm. 133, de 28/09/2021.

Segundo. Prorrogar hasta el día 28 de febrero de 2022 la eficacia del punto segundo del Acuerdo del Consejo de Gobierno de 13 de diciembre de 2021 por el que se establecen condiciones excepcionales en el régimen de visitas, salidas y trabajo en los servicios sociales, por el que también se establecen condiciones excepcionales para el trabajo en los centros y establecimientos sanitarios, y por el que se concreta el alcance de las medidas temporales y excepcionales en el ámbito de la actividad de los establecimientos de restauración que se establecieron por el Acuerdo del Consejo de Gobierno de 29 de noviembre de 2021, cuyo punto segundo es el relativo a la Realización de pruebas de detección del SARS-CoV-2 en el ámbito de los centros sanitarios.

Tercero. Disponer que los incumplimientos individualizados de lo dispuesto en el presente Acuerdo podrán ser constitutivos de infracción administrativa conforme al 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.

Cuarto. Notificar este Acuerdo 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 objeto de establecer los controles y medidas oportunos para garantizar su efectividad.

Quinto. 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, a los efectos establecidos en el artículo 10.8 de la Ley 29/1998, de 13 de julio, reguladora de la jurisdicción contenciosa administrativa.



Sexto. Disponer que en todo lo no previsto en el presente Acuerdo y en lo que sea compatible con el mismo se aplicarán el resto de medidas que, con carácter general, establece el Plan de Medidas de Prevención, Contención y Coordinación Frente a la COVID-19, aprobado por Acuerdo del Consejo de Gobierno de 25 de octubre de 2021, y las modificaciones que, en su caso, se realicen.

Séptimo. Informar a las personas interesadas que 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.

Octavo. Disponer que una vez autorizadas por el Tribunal Superior de Justicia de las Illes Balears, las medidas contenidas en el presente Acuerdo se publicarán en el *Boletín Oficial de las Illes Balears*. Este Acuerdo surtirá efectos a partir de su publicación y mantendrá su vigencia hasta las 24.00 horas del día 28 de febrero de 2022.

Palma, 17 de enero de 2022

La secretaria del Consejo de Gobierno

Mercedes Garrido Rodríguez

