

Sección III. Otras disposiciones y actos administrativos

CONSEJO DE GOBIERNO

12680

Acuerdo del Consejo de Gobierno de 13 de diciembre de 2021 por el que se prorroga el el Acuerdo del Consejo de Gobierno de 20 de septiembre de 2021 por el cual se establecen condiciones excepcionales en el régimen de visitas, salidas y trabajo en los servicios sociales, por el cual también se establecen condiciones excepcionales por el trabajo en los centros y establecimientos sanitarios, y por el cual 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

I

El día 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, centradas en la protección de los usuarios residentes de las residencias, dada su condición de integrantes de uno de los colectivos más vulnerables a la pandemia, tenían dos principales vertientes:

- 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, mientras que para las salidas que llevaran a cabo 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.

El citado Acuerdo de 20 de septiembre, dado que podía afectar a derechos fundamentales y libertades públicas de las personas a las que se dirigía —al 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 lo dispuesto en 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, quien otorgó su autorización a estas medidas mediante el Auto 253/2021, de 21 de septiembre.

Este Acuerdo de 20 de septiembre de 2021 se ha prorrogado sucesivamente por los Acuerdos de Consejo de Gobierno de 18 de octubre y 22 de noviembre de 2021, que, a su vez, se han autorizado por el citado órgano judicial mediante sus Autos 341/2021, de 21 de octubre, y 377/2021, de 24 de noviembre, los cuales siguieron la línea del Auto núm. 230/2021, de 26 de agosto, de la Sala de Vacaciones del Tribunal Superior de Justicia de las Illes Balears respecto a la autorización del Acuerdo del Consejo de Gobierno de 23 de agosto de 2021 que ya destacó que, ante la evidencia de la especial vulnerabilidad 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 en las residencias de personas mayores y de personas dependientes o con discapacidad.

II

En cuanto a la situación epidemiológica y asistencial en las islas globalmente, según el informe del Comité Autonómico de Gestión de Enfermedades Infecciosas de 10 de diciembre de 2021, basado en datos consolidados a día 9 del mismo mes de la Dirección General de Salud Pública y Participación y datos ofrecidos por el Servicio de Salud de las Islas Baleares de día 10 de diciembre, la comunidad autónoma presenta una incidencia acumulada a 14 días (IA14) por 100.000 habitantes en la población general de 392,3 casos, lo que supone un nivel de riesgo alto. Por otra parte, en la población > 65 años la IA14 se encuentra en 195,4 casos (riesgo alto). La tasa de positividad a 7 días es del 10,4 %.

Por islas, Mallorca presenta una IA14 de 398,8 casos; Menorca, de 559,4; Eivissa presenta una IA14 de 272,7 casos y Formentera presenta



una IA14 de 50,4 casos.

Por otra parte, la situación asistencial empeora y empieza a hacerse notar el aumento de contagios en forma de aumento de la presión asistencial, de modo que la ocupación de camas de planta por COVID-19 pasa a nivel de riesgo bajo desde un nivel de nueva normalidad, con un 4,4 %, y la ocupación de camas de cuidados críticos, con un 10 % en conjunto, se mantiene, justo en el límite, entre el nivel de riesgo bajo y medio.

Por islas, Mallorca presenta una ocupación de camas de planta en un nivel de riesgo bajo con una ocupación del 4,8 %; Menorca se encuentra en cuanto a la ocupación de camas de planta en la misma situación con un 3 %, mientras que Eivissa (que incluye los ingresos procedentes de Formentera) se encuentra en riesgo bajo (2,4 %).

Respecto a las ocupaciones de camas de cuidados críticos, Mallorca y Menorca (11,5 % y 14,8 %, respectivamente) se encuentran en nivel de riesgo medio, mientras que Eivissa y Formentera se encuentran en niveles de nueva normalidad o riesgo controlado (1,6 %).

Estos datos dibujan un cuadro epidemiológico de crecimiento sostenido de los contagios en Mallorca y Menorca, mientras que en Eivissa estos contagios crecen a un ritmo más lento y Formentera parece encontrarse fuera de esta dinámica de nueva ola pandémica. Por su parte, la situación asistencial empeora en Mallorca y Menorca, mientras que en las Pitiusas, sin ser óptima, se encuentra en estos momentos bajo control.

Ahora bien, aunque es un hecho que la dinámica de esa ola había resultado manifiestamente distinta de las precedentes, con unos crecimientos de las incidencias mucho menos abruptas, y con unas ocupaciones de camas hospitalarias notoriamente inferiores a las que se producían con las mismas datos de incidencias en olas anteriores, no es menos cierto que entre los días 1 y 10 de diciembre, coincidiendo con el período que marcan las festividades de la Constitución y de la Inmaculada, se ha producido un fuerte y repentino crecimiento tanto de estas incidencias como de ocupaciones de camas hospitalarias, muy especialmente en las islas de Mallorca y Menorca, y que no deja de ser también preocupante en la isla de Eivissa.

III

En cuanto a la problemática residencial, ya se ha puesto de manifiesto en

Acuerdos anteriores que se ha demostrado reiteradas veces que las residencias de personas mayores y de personas con discapacidad se ven especialmente afectadas por la COVID-19. Así, las residencias han mostrado también una mortalidad desproporcionadamente mayor que la observada en la población general de la misma edad.

Es conocido el estudio realizado en Catalunya que concluye 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. Por su parte, en Estados Unidos mientras que la población usuaria de residencias representa alrededor de un 1 % de la población, han supuesto alrededor del 22 % de las muertes por COVID-19. Se evidencia, 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.

El Centro Europeo de Control y Prevención de Enfermedades (ECDC) publicó con fecha 26 de julio 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 una 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.

IV

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 tests masivos periódicos y la vacunación de profesionales, residentes y visitantes como elementos críticos.

V

Del informe del Comité Autonómico de Gestión de Enfermedades Infecciosas de 10 de diciembre de 2021 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.

A día 8 de diciembre hay 27 centros en situación de brote (un 38 % del total), comparado con un 11 % a fecha 18 de noviembre. Además, existen 4 residentes hospitalizados por COVID-19 y 36 trabajadores con infección activa por COVID-19. Toda esta evolución dentro del marco de una situación de expansión sostenida de la transmisión de la COVID-19 en todas las islas desde hace casi dos meses.

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

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 COVID-19 en residencias de personas mayores ha pasado de ser el día 27 de junio de 1.420 y 908 respectivamente, a ser de 1.646 y 1.186 el día 8 de diciembre (incremento de 226 usuarios y 278 trabajadores) y se han producido un total de 32 defunciones. En las residencias de discapacidad, el número de usuarios y trabajadores afectados de COVID-19 ha pasado de ser el día 27 de junio de 83 y 133 respectivamente, a ser de 110 y 184 el día 8 de diciembre (incremento de 27 usuarios y 51 trabajadores).

Durante las últimas dos semanas se ha vuelto a detectar un relativo empeoramiento de la situación en 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 4 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:

Así, y según la información aportada por las residencias, durante la anterior ola 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.

Es preciso recordar que durante los meses de julio, agosto, septiembre y octubre se ha tenido que intervenir el control de la gestión sanitaria asistencial en relación con todos los procesos relacionados con la COVID-19 de 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. Y hay que tener en cuenta que estos brotes se produjeron a pesar de que se trabaja de forma continuada para garantizar las medidas de prevención de la infección.

Por otra parte, se realizan pruebas diagnósticas de COVID-19 de forma periódica a los trabajadores no vacunados asintomáticos, pruebas que han permitido detectar de forma precoz a un total de 27 trabajadores positivos entre los meses de julio y septiembre, mitigando así el peligro de diseminación de los contagios dentro de las residencias.

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 inoculado una nueva dosis de recuerdo) y del 92 % de los profesionales vacunados con pauta completa—, en la actualidad queda alrededor de un 6 % de usuarios y un 8 % de los trabajadores sin vacunar (un 3,41 % de usuarios y un 6,17 % de profesionales por rechazo a la vacunación), 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.

VI

Así pues, el informe del Comité de Enfermedades infecciosas de 10 de diciembre de 2021 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 lo que recomienda la ECDC en su Análisis de Riesgo (11), se considera necesario que, ante una situación de riesgo epidemiológico (nivel de alerta sanitaria 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 el fin primero 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 en los seis meses precedentes o bien que se han sometido a una prueba PCR con resultado negativo en las 72 horas anteriores o un test rápido 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 modo, las salidas de la residencia deben realizarse asegurando que el usuario se relacionará exclusivamente con personas que cumplan los mismos requisitos expuestos en el punto anterior, con el fin de disminuir el riesgo de contagio de este y la posible introducción del virus en el centro a su regreso.
3. Se considera necesario realizar una PDIA de COVID-19 cuando se regrese al centro después de una ausencia de más de 72 horas para usuarios no vacunados; en el caso de usuarios vacunados, esta PDIA es recomendable.
4. Igualmente, y con idéntico fin, 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 incorporen de un período de permiso o vacaciones.
5. En el caso de trabajadores no vacunados de los centros residenciales, y dado que se ha demostrado que estos tienen un mayor riesgo de contagio que los trabajadores vacunados, se considera necesario que se sometan a tres PDIA semanales, mínimo dos de ellas por PCR, con el fin de permitir la rápida detección de infecciones y limitar su expansión por el centro y afectación de los residentes en su caso.
6. En el caso de trabajadores vacunados y aquellos que han pasado la enfermedad durante los 6 meses anteriores, dado que, aunque menor, también tienen una cierta capacidad de transmisión del virus en caso de que se contagien (aunque presentan, también, una menor probabilidad de contagio que los no vacunados) y dado el elevado riesgo al que se encuentran expuestos los residentes, se recomienda que se realicen una PDIA con una periodicidad quincenal.
7. Se realizarán cribados 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.

Cabe insistir en que la presencia de brotes dentro de las residencias da 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 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 propios derechos de los residentes y sus familias, con la implementación de medidas de carácter preventivo con un impacto menor.

VII

En definitiva, la vacunación ha resultado determinante para reducir tanto los contagios de la COVID-19 como las consecuencias de estos contagios cuando estos se producen, pero no ha eliminado la posibilidad de unos y otros, y, por otra parte, es un hecho que las consecuencias del contagio para las personas mayores no vacunadas son habitualmente mucho más graves. Además, cabe recordar que existe todavía un porcentaje pequeño pero relevante que ha rechazado la vacunación.

El Acuerdo del Consejo de Gobierno de 20 de septiembre de 2021 que de nuevo quiere prorrogarse se ha mostrado en la práctica como una herramienta eficiente, complementaria de la vacunación, que ha 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, las cuales se han erigido como unos de los espacios de mayor riesgo tanto en lo que se refiere a la transmisión de la COVID-19 como en lo que respecta a las consecuencias del contagio del SARS-CoV-2 entre sus usuarios.

Este Acuerdo ha transpuesto al ámbito de las residencias de personas mayores y de personas con discapacidad el concepto de personas con riesgo epidemiológico reducido, que permite afirmar que si se disminuye la probabilidad de la presencia y convivencia de personas infectadas o de personas con capacidad elevada infectiva 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.

Como ya se ha puesto de manifiesto, el Acuerdo —cuya eficacia se proroga— establece, por un lado, unos controles respecto a las visitas a los usuarios de residencias, que se ven restringidas a aquellas personas que puedan acreditar documentalmente que se encuentran vacunadas, o que han superado la COVID-19 o que han obtenido un resultado negativo en una PDIA reciente. Por otra parte, se establecen unos controles preventivos de la inexistencia de infección activa a trabajadores y usuarios de nuevo ingreso en las residencias, así como de aquellos que regresan tras períodos largos fuera de las mismas, o del personal del centro que no esté vacunado.

Todas estas medidas —de carácter marcadamente preventivo— permiten generar unos espacios más inocuos en lo que respecta al riesgo de transmisión del virus entre los residentes y los trabajadores de los centros, reduciendo la probabilidad de que una persona infectada y con alta capacidad de transmisión de la enfermedad pueda acceder a ellos y entrar en contacto con los residentes, ya que este es el momento crítico que debe intentar evitarse por todos los medios posibles, ya que una vez producido el contacto y la probable transmisión de la enfermedad entre los trabajadores y usuarios de los centros, la capacidad de diseminación del virus y su letalidad son notoriamente conocidas.

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 forman 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 aquellos que deben acreditar su condición de persona sin riesgo epidemiológico o deben someterse a pruebas de detección de infección activa, pero deben considerarse proporcionadas y justificadas frente a la protección que generan respecto a otros derechos fundamentales de terceros.

Y estas afirmaciones adquieren un especial sentido en un momento en el que siguen aumentando los contagios en las Illes Balears, de una forma no abrupta como en anteriores olas, pero sí de una forma constante desde hace ahora ya dos meses consecutivos, y con una perspectiva inmediata de mantenimiento de esa tendencia. Es por ello que hay que mantener las medidas que, en cuanto a las residencias de personas mayores y de personas con discapacidad, 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, puesto que debemos considerar que el contagio de la COVID-19 es un riesgo que no debe ser entendido como asumible, muy especialmente cuando quien lo sufre presenta un riesgo especialmente acentuado de sufrir consecuencias graves derivadas del contagio, o presenta un mayor riesgo de muerte como su consecuencia.

VIII

Por otra parte, el panorama descrito en cuanto a la transmisibilidad de la COVID-19 en las residencias de personas mayores y de personas con discapacidad y al especial riesgo que esta transmisión representa para sus usuarios presenta claras similitudes con los centros donde se desarrolla la prestación sanitaria asistencial.



Así, podemos afirmar que las clínicas, los hospitales, los centros de salud y otros centros sanitarios son espacios donde se concentran profesionales que se encuentran en contacto directo y estrecho con personas enfermas y personas que presentan patologías más o menos graves que requieren una asistencia sanitaria y que debido a su estado de salud presentan una mayor probabilidad de encontrarse en una situación inmunitaria comprometida o tienen una mayor probabilidad de sufrir una serie de patologías previas que pueden convertirlos en miembros de grupos de mayor riesgo de sufrir una COVID-19 grave o incluso con consecuencias mortales.

Cabe tener presente que la interrelación o el contacto físico directo entre el personal sanitario de todos los niveles y los pacientes es consustancial a la actividad sanitaria asistencial, ya que la exploración física del paciente, los cuidados de enfermería, las múltiples pruebas o técnicas diagnósticas y la higiene de los pacientes requieren de esta proximidad y con frecuencia de este contacto físico más o menos prolongado.

Todas estas dinámicas y protocolos de trabajo, a pesar de toda la serie de medidas profilácticas y de precaución que se han implementado en los centros sanitarios, generan invariablemente contagios de la COVID-19, tanto entre aquellos que en estos momentos son un recurso crítico para la protección de la salud colectiva de la sociedad, como son sus profesionales sanitarios, como entre un colectivo de personas que pueden presentar mayores riesgos, en caso de contagio, de desarrollar una enfermedad grave o fatal, como son sus pacientes, muy especialmente aquellos que por su estado previo requieren por cualquier causa de internamiento en los centros sanitarios o que se someten a intervenciones quirúrgicas o a técnicas diagnósticas o terapéuticas invasivas.

Así, el informe del Comité de Autonomía de Gestión de Enfermedades Infecciosas de 10 de diciembre de 2021 destaca que en la fecha del informe hay 143 profesionales sanitarios positivos con infección activa y 228 en vigilancia activa, mientras que hace un mes, el 10 de noviembre, solo existían 25 profesionales sanitarios con infección activa y 55 en situación de vigilancia activa.

A pesar de los avances alcanzados en salud pública y mejora de la calidad asistencial, 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 (22).

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, hecho 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 Autonomía de Gestión de Enfermedades infecciosas afirma:

Las infecciones por COVID-19 en profesionales sanitarios también llevan asociado el riesgo de transmisión de la infección a los pacientes con los que estos tratan. A pesar de los avances alcanzados en salud pública y mejora de la calidad asistencial, 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 (Girard et al., sd).

Hay que considerar que muchos pacientes o usuarios de los servicios sanitarios son personas de edad más avanzada o que presentan comorbilidades, y que algunos de ellos pueden no estar vacunados o sufrir situaciones que den lugar a una respuesta inmunitaria deficiente en respuesta a la vacunación. En estos casos, el riesgo de desarrollar enfermedad COVID-19 grave en caso de infección es significativo, siendo necesario establecer las medidas necesarias para mitigar los riesgos que para estas personas suponen el acceso a los servicios sanitarios.

Así, el citado informe pone de manifiesto que veintiséis de las ciento siete muertes registradas por COVID en el estado de South West Wales (Australia) hasta el 2 de septiembre de 2021 habían adquirido la infección en un hospital público (23).

En un estudio demográfico realizado en mayo de 2020, se determinó que se habían registrado de forma global 1.004 muertes de personal sanitario debido a COVID-19 (24); el colectivo más afectado fue el de profesional 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 posible explicación a este hecho radica en que los profesionales de primaria son más susceptibles a interactuar con pacientes asintomáticos y bajo protocolos de seguridad menos estrictos que los que trabajan en unidades de pacientes COVID y/o pacientes críticos.

Por otra parte, destaca el informe que si bien es un hecho que la vacunación ha permitido una notoria reducción de los contagios entre el personal de los centros sanitarios, así como de las infecciones nosocomiales por COVID-19, el hecho de que entre un cinco y un siete por ciento de los profesionales sanitarios haya rechazado o no haya podido vacunarse genera un riesgo de transmisión de la COVID-19 tanto



hacia los pacientes como hacia los compañeros, que puede verse reducido abiertamente con la realización de cribados regulares a este personal.

Así, el informe manifiesta:

El especial riesgo al que están expuestos los profesionales sanitarios, así como su posible papel como vectores de transmisión a personas vulnerables, han sido factores determinantes de cara a que este colectivo fuera definido como el colectivo prioritario, detrás de usuarios de residencias de personas mayores, en la Estrategia de Vacunación de España. Es destacable que la respuesta de los profesionales a la campaña de vacunación ha sido masiva, lográndose coberturas vacunales en estos colectivos en Balears de entre el 93-95 %.

Sin embargo, es necesario considerar que el 5-7 % de profesionales sanitarios que no se encuentran vacunados suponen actualmente un mayor riesgo de transmisión de la enfermedad, tanto para sus compañeros como para sus pacientes. Por ello, se considera necesario establecer medidas que mitiguen el riesgo que ello conlleva. Una de estas medidas, que se considera imprescindible implementar de forma inmediata, es el testeo periódico (cribado) mediante pruebas de infección activa (PDIA) de los profesionales sanitarios no vacunados.

Esta es una estrategia que ha sido avalada por el ECDC, que establece que los entornos sanitarios y sociosanitarios requieren del uso de estrategias de testeo periódicas (*Testing Strategies for SARS-CoV-2*, sd). Así, los cribados del personal sanitario pueden ser incorporados como parte de una aproximación integral para reducir la transmisión en los entornos sanitarios; el testeo identifica a trabajadores infectados de forma precoz, de modo que puedan tomarse las medidas necesarias para ralentizar 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.

IX

En definitiva, y en relación con las materias objeto de este Acuerdo, el informe de 10 de diciembre de 2021 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 ubicadas en el nivel de riesgo elevado.
- La evaluación de la situación en el entorno europeo hace prever que la tendencia creciente observada en Balears pueda agravarse durante las próximas semanas.
- La evaluación del riesgo concluye que, de forma global, la comunidad autónoma se encuentra ubicada en nivel de alerta 2. A nivel de islas, Mallorca se encuentra ubicada en nivel de alerta 2; Menorca, en nivel de alerta 3, y Eivissa y Formentera en nivel de alerta 1.

[...]

- Las residencias de personas mayores son ámbitos de especial afectación por la COVID-19, habiendo contribuido a una proporción significativa de las muertes por COVID-19 de forma global.
- Actualmente, un 38 % de los centros se encuentran en estos momentos 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 del SARS-CoV-2 y minimizar las exposiciones de alto riesgo en estos ámbitos.
- Conforme a las recomendaciones del ECDC, estas intervenciones deben basarse en; a) asegurar de forma rápida la vacunación con pauta completa de todos los usuarios, así como de todas las personas en contacto con ellos; 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 que recomienda el ECDC, se considera necesario que, mientras el territorio donde se ubica la residencia se encuentre en nivel de alerta sanitaria 1 o superior, se tomen una serie de medidas dirigidas a disminuir el riesgo de introducción del virus en los centros, basadas en asegurar que las personas con las que los residentes interactúan presentan un menor riesgo de contagio, bien por estar vacunadas, bien porque se han sometido a una prueba de diagnóstico de infección activa de la COVID-19.
- Los profesionales sanitarios están sometidos a 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 a la población general.
- Los brotes en 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 los 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 los cribados periódicos en entornos sanitarios es una estrategia adecuada de mitigación del riesgo que permite identificar de forma precoz las infecciones asintomáticas, de modo que puedan tomarse las medidas necesarias para ralentizar la propagación de contagios entre el resto del personal y, especialmente, entre pacientes vulnerables.

X

Para concluir, en lo que respecta al contenido de este Acuerdo, el Consejo de Gobierno, en su sesión del día 29 de noviembre, aprobó el Acuerdo por el cual se establecen medidas temporales y excepcionales en el ámbito de actividad de determinados establecimientos en función del nivel de alerta sanitaria de la isla donde estén radicados, como medidas temporales y excepcionales por razón de salud pública para la contención de la COVID-19.

Aquel Acuerdo, además de fijar las condiciones en las cuales se podía llevar a cabo la actividad de las distintas modalidades de los establecimientos de ocio nocturno, tuvo por objeto principal reconocer el denominado Certificado COVID Digital UE (CCD-UE), o la documentación auténtica que acredita un contenido idéntico a este certificado, como instrumento para acreditar la condición de su portador como persona de riesgo epidemiológico bajo, y utilizarlo como instrumento de uso necesario para que los ciudadanos pudiesen acceder a determinados establecimientos en los que se llevan a cabo actividades de riesgo epidemiológico más elevado, ya que favorecen el contagio, habida cuenta también el nivel de alerta sanitaria de cada isla, de forma que, cuanto más alto fuera el nivel de alerta, más se extendía el ámbito objetivo de exigencia del certificado y eran más los establecimientos el acceso a los cuales restaba reservado el acceso a los poseedores de tal documentación.

Así pues, en el caso de territorios que se encontraran en nivel 1 de alerta sanitaria, la justificación documental de estar o bien vacunado con pauta completa, o bien haber superado la COVID-19 dentro de los 6 meses precedentes o bien haber obtenido un resultado negativo en una PDIA realizada en horas precedentes, se exigía para acceder fundamentalmente a los establecimientos de ocio nocturno, a los de restauración y a los espacios asimilables a estos; en el caso de territorios en nivel 2 de alerta sanitaria, esta exigencia se extendía también a los refugios y a otros alojamientos turísticos que dispusiesen de habitaciones de uso compartido, y ya en nivel 3 de alerta sanitaria, esta exigencia se extendía a los gimnasios, a las academias de baile, en los cines y espacios similares.

Todas estas actividades combinan, en los establecimientos en que se llevan a cabo, todos o algunos de los factores de riesgo siguientes: son espacios cerrados, con escasa o difícil ventilación, donde se producen aglomeraciones de personas y donde se llevan a cabo actividades en las cuales aumenta la producción de gotas respiratorias (se canta, grita o respira agitadamente, por ejemplo), o en las cuales no se hace, o no se puede hacer, uso de mascarilla de manera continua (p. e. cuando se come o bebe).

Aquel Acuerdo recibió la autorización de la Sala de lo Contencioso Administrativo del Tribunal Superior de Justicia de las Illes Balears, mediante el Auto 382/2021, de 1 de diciembre de 2021, y el Acuerdo así autorizado fue publicado en el Boletín Oficial de las Illes Balears 167, de 4 de diciembre, con una eficacia temporal que se extendía hasta el día 24 de enero de 2022.

Ahora bien, de los términos en los cuales se ha redactado dicho Acuerdo, se han generado dudas interpretativas en cuanto al alcance de la obligación de exigencia de la exhibición del certificado COVID en relación con los establecimientos de restauración y en concreto, si esta exigencia se refería exclusivamente a los establecimientos con licencia de restaurante en sentido estricto, o si, por el contrario, se extendía la obligación también a los establecimiento con licencia de bar cafetería.

La conclusión a la cual se ha llegado es que, de acuerdo con los términos actuales del Acuerdo de 29 de noviembre de 2021, la exigencia de presentar el certificado, solo es exigible a los clientes de restaurantes en sentido estricto, y no así a los de los establecimientos calificables o con licencia de bar cafetería.

Sin embargo, esta conclusión plantea el problema consistente en el hecho que, epidemiológicamente, la actividad propia de los bares y cafeterías genera unos riesgos de contagio análogos —si no idénticos— a los de los establecimientos calificados como restaurante en sentido estricto.

Así se desprende de los términos mismos del informe del Comité Autonómico de Gestión de Enfermedades Infecciosas de 26 de noviembre de 2021 —el cual damos por reproducido a fin y efectos de fundamentar este Acuerdo—, en el cual se consideran actividades de riesgo todas las actividades en las que se lleva a cabo la ingesta de alimentos y bebidas —con la consiguiente imposibilidad de llevar puesta la mascarilla— dentro de espacios cerrados de uso colectivo o público.

Por otro lado, también se han generado ciertas dudas en relación con el extremo de que si la obligación de exhibir este certificado digital hace referencia exclusivamente a la clientela o usuarios de estos establecimientos o también a las personas que desarrollan su actividad laboral en los mismos, y la conclusión es que se trata de una exigencia dirigida a los usuarios clientes de los establecimientos, no a los trabajadores, puesto que los trabajadores están obligados a llevar puesta la mascarilla en todo momento de su actividad, aparte que se podrían ver afectados innecesariamente su derecho al trabajo, por lo cual resulta oportuno hacer también esta precisión.

En cuanto a los fundamentos de derecho en los que se fundamentan estos apartados de este Acuerdo, son los mismos que los del Acuerdo del

Consejo de Gobierno de 29 de noviembre de 2021, que este Acuerdo modifica, fundamentos que se dan aquí también por reproducidos.

XI

En cuanto a los fundamentos jurídicos el conjunto 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.

XII

La normativa autonómica, por su parte, 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.

XIII

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 Salud y Consumo adoptó, entre otros, el Acuerdo siguiente:

Primero

Prórroga del Acuerdo del Consejo de Gobierno de 20 de septiembre de 2021

Este Acuerdo tiene por objeto prorrogar, nuevamente, hasta el día 24 de enero 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

Realización de pruebas de detección del SARS-CoV-2 en el ámbito de centros sanitarios

1. Se realizará una prueba de diagnóstico de infección activa (PDIA) de detección del SARS-CoV-2 de forma obligatoria al personal que trabaja en los centros sanitarios de titularidad pública o privada situados en el territorio de las Illes Balears que se citan en el apartado 3 de este punto, en los siguientes casos:

- a. Personal trabajador de nueva incorporación o que se incorpore de un período de permiso o vacaciones, independientemente de su estado de vacunación. Siempre y cuando sea posible, la prueba se realizará con una antelación máxima de 72 horas a la incorporación laboral.
- b. Trabajadores no vacunados de los centros sanitarios. Estas pruebas serán tres semanales, de las que dos serán tipo PCR.

2. Las personas mencionadas en el apartado precedente que hayan pasado la infección por COVID-19 estarán exentas de la realización de estas pruebas de cribado preventivo durante los 90 días siguientes al diagnóstico de la infección.

3. La obligación de realizarse pruebas de diagnóstico de infección activa a la que se refieren los dos apartados precedentes de este punto se entenderá referida al personal que trabaja en los centros clasificados en las siguientes categorías, según lo dispuesto en el anexo II del Real Decreto 1277/2003, de 10 de octubre, por el que se establecen las bases generales sobre autorización de centros, servicios y establecimientos sanitarios:

- C.1 Hospitales (centros con internamiento).
- C.2.3 Centros de atención primaria.
- C.2.5.1 Clínicas dentales.
- C.2.5.3 Centros de interrupción voluntaria del embarazo: centros sanitarios en los que se realiza la práctica del aborto en los supuestos legalmente permitidos.
- C.2.5.4 Centros de cirugía mayor ambulatoria: centros sanitarios dedicados a la atención de procesos subsidiarios de cirugía realizada con anestesia general, local, regional o sedación, que requieren cuidados postoperatorios de corta duración, por lo que no necesitan ingreso hospitalario.
- C.2.5.5 Centros de diálisis: centros sanitarios en los que se realiza tratamiento con diálisis a pacientes afectados de patología renal.
- C.2.5.11 Centros de salud mental: centros sanitarios en los que se realiza el diagnóstico y tratamiento en régimen ambulatorio de las enfermedades y trastornos mentales, emocionales, relacionales y del comportamiento.

Tercero

Modificación del punto tercero del Acuerdo del Consejo de Gobierno de 29 de noviembre de 2021, por el cual se establecen medidas temporales y excepcionales en el ámbito de la actividad de determinados establecimientos en función del nivel de alerta sanitaria de la isla donde estén radicados, como medidas temporales y excepcionales por razón de salud pública para la contención de la COVID-19.

Se modifica el punto tercero del Acuerdo del Consejo de Gobierno de 29 de noviembre de 2021, por el cual se establecen medidas temporales y excepcionales en el ámbito de la actividad de determinados establecimientos en función del nivel de alerta sanitaria de la isla donde estén radicados, como medidas temporales y excepcionales por razón de salud pública para la contención de la COVID-19, el cual pasa a tener la redacción siguiente:

“Tercero

Condiciones específicas aplicables al desarrollo de la actividad de determinados establecimientos en función del nivel de alerta sanitaria de la isla donde estén radicados



El acceso por parte de personas mayores de 12 años, que no sean trabajadoras del establecimiento, al interior de los locales y establecimientos que se describen en los puntos siguientes de este Acuerdo, cuando la isla se encuentre en el nivel de alerta sanitaria declarada por el Gobierno de las Illes Balears que se determina en los mismos puntos, requiere la presentación de una certificación que acredite la concurrencia de cualquier de las circunstancias siguientes:

- 1. Que la persona cuenta con la pauta completa de una vacuna contra la COVID-19 con autorización de comercialización en conformidad con el Reglamento (CE) n.º 726/2004. Se considera que se cuenta con la pauta completa una vez hayan transcurrido 14 días desde que recibió la segunda dosis o, si procede, la dosis única para el caso de las vacunas monodosis o para las personas que solo tienen que recibir una sola dosis porque han superado previamente la COVID-19.*
- 2. Que la persona dispone de una prueba diagnóstica de infección activa (PDIA) tipo PCR, TMA o PRAG negativa.*
- 3. Que la persona haya sufrido la enfermedad dentro de los seis meses anteriores.*

A efectos de lo que establece este apartado, la exhibición de la información a que se refiere únicamente se puede solicitar en el momento del acceso. No se tienen que conservar estos datos ni se pueden crear ficheros.”

Cuarto

Modificación del punto cuarto del Acuerdo del Consejo de Gobierno de 29 de noviembre de 2021, por el cual se establecen medidas temporales y excepcionales en el ámbito de la actividad de determinados establecimientos en función del nivel de alerta sanitaria de la isla donde estén radicados, como medidas temporales y excepcionales por razón de salud pública para la contención de la COVID-19

Se modifica el punto cuarto del Acuerdo del Consejo de Gobierno de 29 de noviembre de 2021, por el cual se establecen medidas temporales y excepcionales en el ámbito de la actividad de determinados establecimientos en función del nivel de alerta sanitaria de la isla donde estén radicados como medidas temporales y excepcionales por razón de salud pública para la contención de la COVID-19, el cual pasa a tener la redacción siguiente:

“Cuarto

Condiciones específicas para el desarrollo de la actividad de determinados establecimientos y locales cuando las islas donde radiquen se encuentren en nivel de alerta sanitaria 1 o superior

En los niveles de alerta sanitaria 1 o superior, los requisitos de acceso a establecimientos previstos en el apartado tercero de este Acuerdo son exigibles a:

- a) Discotecas, salas de fiesta y salas de baile.*
 - b) Bares de copas o cafés conciertos y pubs.*
 - c) Establecimientos de restauración calificables como tales de acuerdo con lo que disponen los artículos 53, 54 y 55 de la Ley 8/2012, de 19 de julio, del turismo de las Illes Balears, con cabida interior para más de 50 personas. Si estos establecimientos cuentan además con espacios calificables de terrazas cubiertas de conformidad con lo que dispone el punto primero C de este Acuerdo, el interior del establecimiento y la terraza cubierta se consideran locales independientes a efectos del cómputo de las cabidas respectivas.*
- El que dispone este apartado es aplicable también en los espacios con servicio de restauración ubicados en alojamientos turísticos, instalaciones deportivas, centros recreativos para gente mayor y locales de juegos y apuestas.*
- d) Establecimientos o locales donde se lleven efecto celebraciones con participación de más de 50 personas y en las cuales se presten actividades de restauración y/o baile.*
 - e) Otros espacios habilitados como salas de fiesta, salas de baile, discotecas o como los locales citados en el apartado b) de este punto, con cabida interior superior a 50 personas. Estos establecimientos quedan sujetos en el desarrollo de su actividad a las condiciones que establece el punto segundo de este Acuerdo.”*

Quinto **Régimen sancionador**

Los incumplimientos individualizados de lo dispuesto en el presente Acuerdo podrán ser constitutivos de infracción administrativa conforma

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.

Sexto
Notificaciones

Este 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 pertinentes para garantizar su efectividad.

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

Octavo
Aplicación subsidiaria del Plan de Medidas de Prevención, Contención y Coordinación Frente a la COVID-19

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.

Noveno
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.

Décimo
Publicación y efectos

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 24 de enero de 2022.

Palma, 13 de diciembre de 2021

La secretaria del Consejo de Gobierno
Mercedes Garrido Rodríguez

