

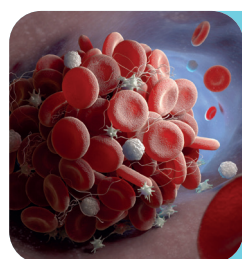
Enfermería *profesión*

Periódico de la Organización Colegial de Enfermería de la Comunidad Valenciana

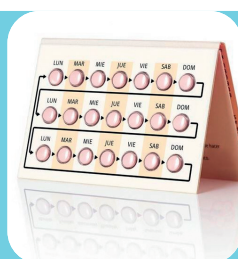
DIRIGIDO A USUARIOS DE LA SANIDAD DE LA COMUNIDAD VALENCIANA



¿Puede imponerse la vacunación forzosa a los profesionales sanitarios?



La coagulación de la sangre como posible causa del Covid-19 persistente. Pag. 4



¿Debo suspender el uso de anticonceptivos si tengo la Covid-19? Pag. 6



El porcentaje de población en riesgo de pobreza o exclusión crece al 26,4%. Pag. 8



¿Puede imponerse la vacunación forzosa a los profesionales sanitarios?

La Ley 3/1896 de medidas especiales en materia de salud pública, abre la puerta: "con el fin de controlar las enfermedades transmisibles, la autoridad sanitaria, además de realizar las acciones preventivas generales, podrá adoptar las medidas oportunas [...] ante el riesgo de carácter transmisible"

La tasa de inmunización en los profesionales españoles roza el cien por cien técnico, a diferencia de países como Francia o Grecia donde se ha implantado esta obligatoriedad



REDACCIÓN.

La polémica está servida porque varios países ya han impuesto a sus profesionales sanitarios la obligación de vacunarse. Primero fue Italia, el pasado abril. Ahora ha sido anunciado por los Gobiernos de Francia y Grecia. En estos países, sus profesionales sanitarios estarán obligados a vacunarse frente a la Covid-19. De no hacerlo, se exponen a sanciones disciplinarias, administrativas o de limitación de actividad. Entre ellas, la suspensión de ejercicio y sueldo.

¿Podría aplicarse esta obligación en España? Más allá de no ser una situación que no se plantee el Gobierno, el análisis general indica que sería posible. Con matices: la legislación 'defiende' expresamente la voluntariedad de este acto, pero deja puertas abiertas para la vacunación forzosa. En todo caso, no parece necesario. ¿El motivo? La obligación impuesta en los

citados países continentales pretende combatir las (cuando menos) mejorables tasas de vacunación frente a la Covid-19 en su colectivo de sanitarios. Mientras, en España la práctica totalidad de ellos está inmunizado frente al SARS-Cov-2 o en proceso de completar su pauta.

Para analizar esta situación desde la publicación especializada en temas clínicos Gaceta Médica ha hecho un rastreo en busca de conocer cuál es la opinión generalizada de los expertos y si esta medida de obligatoriedad de la vacunación podría aplicarse en España. La inmunización de sanitarios en España fue prioritaria desde la llegada de las primeras dosis y presenta a día de hoy una suerte de cien por cien 'técnico'. Así se confirma desde el Ministerio de Sanidad, salvo casos aislados de profesionales cuyas situaciones particulares desaconsejen la vacunación o bien acaban de iniciar el ejercicio y, por cuestión de edad, aún no habían sido citados en el marco de la estrategia nacional de vacunación.

A este cien por cien técnico ha contribuido la alta concienciación de los sanitarios españoles por la vacunación frente a la COVID-19, apartando

las reticencias que sí se han manifestado respecto a otras inmunizaciones. Cabe recordar que, por ejemplo, respecto a la gripe, apenas se inmunizó un 39 por ciento del personal sanitario en la campaña 2019-2020. Incluso, con ínfimos registros en algunas regiones por debajo del 25%.

"En España, la aceptación de la vacunación frente a la COVID-19 en los profesionales ha sido muy alta; nuestros sanitarios lo han hecho muy bien. Ojalá ocurriese así también respecto a la gripe", corrobora Ángel Gil, catedrático de Medicina Preventiva en la Universidad Rey Juan Carlos y experto en Salud Pública.

Respecto a la COVID-19 la situación de España se asimilase a la de Francia o Grecia o cambiase en próximas temporadas, ¿permitiría la legislación actual implantar esta obligación? ¿Y en qué tiempos o circunstancias? La



respuesta directa sería negativa; cuando menos, no por la vía directa y de la generalidad. Incluso, se parte de la referencia expresa que existe en nuestras leyes a la voluntariedad de este acto.

Sí existen sentencias en la jurisprudencia que, atendiendo a casos particulares y excepcionales, se ha obligado a un ciudadano —o a los tutores de un menor— a ser inmunizados frente a diversas patologías en contra de su voluntad y en aras de la protección de la salud pública. Respecto a la actual pandemia, recientemente un juez de Santiago de Compostela obligó a la vacunación de una anciana incapacitada institucionalizada en una residencia, en contra del criterio de sus familiares. En estos casos, se vislumbra un mismo patrón: una autoridad sanitaria denuncia una situación de riesgo para la salud pública ante la autoridad judicial, y es esta quien decide atendiendo a la particularidad del caso.

hora bien, la propia ley abre la puerta a la implantación de la vacunación forzosa —al colectivo de sanitarios y/o población— a través de un camino normativo enrevesado y en el que “siempre habría que justificar la excepcionalidad y proporcionalidad de la medida, así como ser ratificada por los juzgados de lo contencioso-administrativo como ha ocurrido con los cierres perimetrales en la pandemia”, indica Nuria Amarilla, socia-directora de Eupharlaw y presidenta de la Sección de Derecho Farmacéutico en Ilustre Colegio de Abogados de Madrid.

La puerta a ello la abre la Ley 3/1896 de medidas especiales en materia de salud pública, que establece que “con el fin de controlar las enfermedades transmisibles, la autoridad sanitaria, además de realizar las acciones preventivas generales, podrá adoptar las medidas oportunas (...) ante el riesgo de carácter transmisible”.

¿Todos los sanitarios españoles estarían supeditados a cumplir esta hipotética obligación? La respuesta también es negativa. De inicio, sería de obligado cumplimiento para todos aquellos con relación con la Administración Pública (SNS), así como aquellos que cumplan con el concepto de asistencia sanitaria directa al paciente. “Con contacto físico”, concreta Amarilla. Ello excluiría, a priori, al colectivo de farmacéuticos, salvo los que trabajen en instituciones públicas o tuvieran registrados servicios asistenciales en los que es necesario el citado contacto físico directo con el paciente.

Desde el Consejo General de Enfermería. “La obligatoriedad de vacunarse (sin ley mediante) en general está clara en las enfermeras y enfermeros de España, y así lo han demostrado inmunizándose en su totalidad. El mensaje ha calado desde el principio y hemos sido transmisores de esta obligación al conjunto de la población”, indica su presidente, Florentino Pérez Raya.

“La obligatoriedad nunca es buena, porque puede tener a veces un efecto contrario. Siempre es mejor convencer a la gente de la importancia que tiene la vacunación que obligar a que se vacunen. Tenemos la suerte de que, en España la aceptación de la vacunación frente a la COVID-19 en el personal sanitario ha sido muy buena, muy alta”, corrobora el experto en Salud Pública, Ángel Gil.

Desde el Consejo General de Colegios de Médicos, su vicepresidenta segunda, Manuela García Romero, recuerda que en este colectivo “no sólo no hubo reticencias, sino que las vacunas frente a la COVID-19 fueron recibidas con entusiasmo”. Por ello, la representante del CGCOM no ve necesario “vacunar por obligación”. “Atentaría contra la libertad individual y creemos que la obligatoriedad se puede cambiar por información y educación de salud pública y concienciar en medidas para protegernos a nosotros y a los demás”, argumenta.

Por su parte, desde la sociedad médica Semergen también creen que sería una medida contraproducente y que produciría un efecto contrario al esperado. “Los sanitarios en España estamos convencidos de la vacunación por la evidencia científica disponible, porque hemos hecho una lectura crítica sobre las vacunas y porque estamos muy concienciados de lo que hemos sufrido sin vacunas los profesionales sanitarios y pacientes”, ha señalado Inmaculada Cervera, coordinadora del grupo de trabajo de Gestión Sanitaria y Calidad Asistencial de Semergen.

“Siete de cada diez médicos que murieron al inicio de la pandemia eran de atención primaria, por falta de recursos, por contagios... entonces la adherencia a la vacunación fue de un 100%, porque tuvimos esa necesidad. Esta se podría distorsionar, en el momento que sintiéramos que hay un imperativo legal, que puede estar o no fundamentado”, ha añadido Cervera.

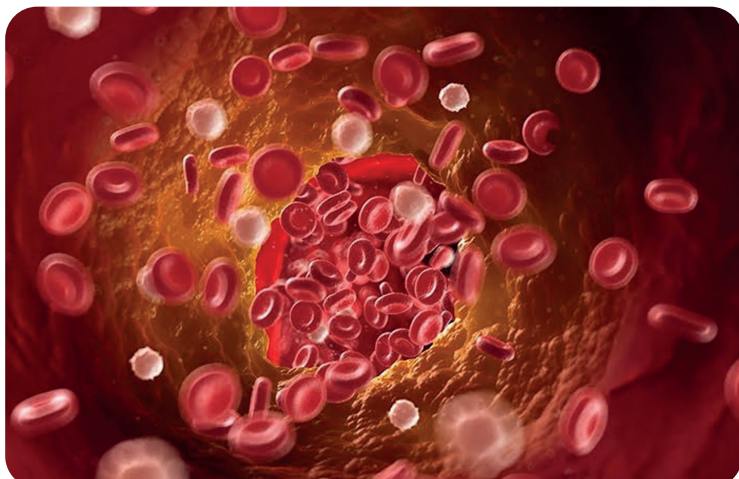
“La decisión de establecer la obligatoriedad de vacunación a los profesionales sanitarios abre un debate jurídico al que no deberíamos haber llegado. Los profesionales de la salud desde el convencimiento y la responsabilidad sanitaria deben no solo vacunarse, sino también promover y defender la vacunación como un arma que nos está permitiendo prevenir la enfermedad y disminuir su gravedad y mortalidad”, opina Ana López Casero, tesorera del Consejo General de Farmacéuticos.





Expertos apuntan a la coagulación de la sangre como posible causa del Covid-19 persistente

Un estudio irlandés asegura que esto podría ayudar a comprender los síntomas persistentes de la enfermedad



V.M.

Todavía se desconocen algunos síntomas y causas del Covid-19 persistente. Los científicos continúan investigando en esa línea y ahora un estudio de la Universidad de Medicina y Ciencias de la Salud RCSI de Dublín (Irlanda) señala que los pacientes con Covid-19 persistente presentan medidas de coagulación sanguínea más elevadas. Esto podría ayudar a comprender sus síntomas persistentes, como la reducción de la forma física y la fatiga.

En pacientes con Covid-19 agudo grave ya se estudió la peligrosa coagulación que presentaban. En cambio, en Covid-19 persistente sigue sin haber suficientes conocimientos sobre este aspecto. Los síntomas pueden durar de semanas a meses después de que se haya resuelto la infección inicial y se calcula que afecta a millones de personas en todo el mundo.

Ahora, en el estudio publicado en *Journal of Thrombosis and Haemostasis* los investigadores examinaron a 50 pacientes con síntomas de Covid-19 persistente. El objetivo era entender mejor si la coagulación sanguínea anormal está implicada. Así, descubrieron que los marcadores de coagulación eran significativamente elevados en la sangre de los pacientes con Covid-19 persistente en comparación con los controles sanos.

Además, estos marcadores de coagulación eran más elevados en los pacientes que requerían hospitalización con su infección inicial por Covid-19. También observaron que, incluso aquellos que eran capaces de controlar su enfermedad en casa, seguían teniendo marcadores de coagulación persistentemente elevados.

Por otro lado, los autores del trabajo explican que el aumento de la coagulación estaba directamente relacionado con otros síntomas de Covid-19 persistente, como la reducción de la forma física y la fatiga. Aunque los marcadores de inflamación habían vuelto a niveles normales, este mayor

potencial de coagulación seguía presente en los pacientes con Covid-19 persistente.

“Dado que los marcadores de coagulación estaban elevados mientras que los de inflamación habían vuelto a la normalidad, nuestros resultados sugieren que el sistema de coagulación puede estar implicado en la causa principal del Covid-19 persistente”, asegura la Dra. Helen Fogarty, autora principal del estudio.

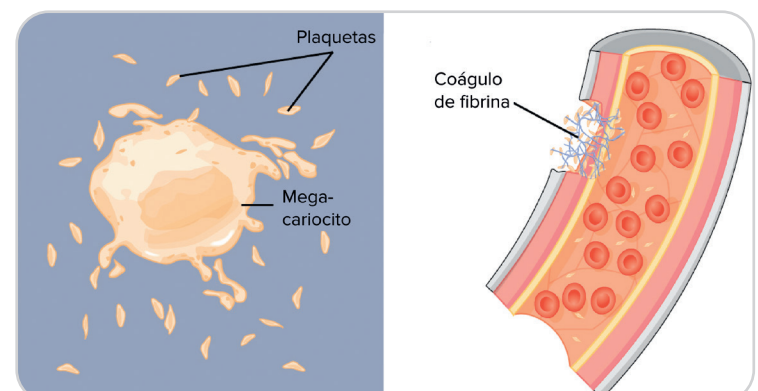
Por otro lado, la presencia de más de cinco síntomas de Covid-19 en la primera semana de la infección se asocia significativamente con el desarrollo de Covid persistente, independientemente de la edad o el sexo, según una nueva revisión publicada por el *Journal of the Royal Society of Medicine*.

La revisión, realizada por el grupo de estudio Therapies for Long Covid (TLC), dirigido por la Universidad de Birmingham, en Reino Unido, resume la investigación actual sobre la prevalencia de los síntomas, las complicaciones y el tratamiento de la Covid persistente.

Los datos de prevalencia agrupados en la revisión destacan los diez síntomas más comunes del Covid largo. Se trata de fatiga, dificultad respiratoria, dolor muscular, tos, cefalea, dolor articular, dolor torácico, alteración del olfato, diarrea y alteración del gusto.

Los investigadores identificaron dos grupos principales de síntomas del Covid persistente: los que se componen exclusivamente de fatiga, dolor de cabeza y afecciones de las vías respiratorias superiores, y los que presentan afecciones multisistémicas que incluyen fiebre continua y síntomas gastroenterológicos.

El autor principal, el Dr. Olalekan Lee Aiyegbusi, director adjunto del Centro de Investigación de Resultados Comunicados por los Pacientes (Cpror) de la Universidad de Birmingham, asegura que “hay pruebas de que el impacto de la Covid-19 aguda en los pacientes, independientemente de su gravedad, va más allá de la hospitalización en los casos más graves, y se traduce en un deterioro continuo de la calidad de vida, la salud mental y los problemas laborales”.



Sanitarios con Covid Persistente denuncian que no se les reconoce como enfermedad profesional

Aunque hace unos meses el Gobierno consideró esta patología como enfermedad profesional en las enfermeras y médicos con cuadros de Covid a largo plazo, el Instituto Nacional de la Seguridad Social sigue catalogándola como enfermedad común

V.M.

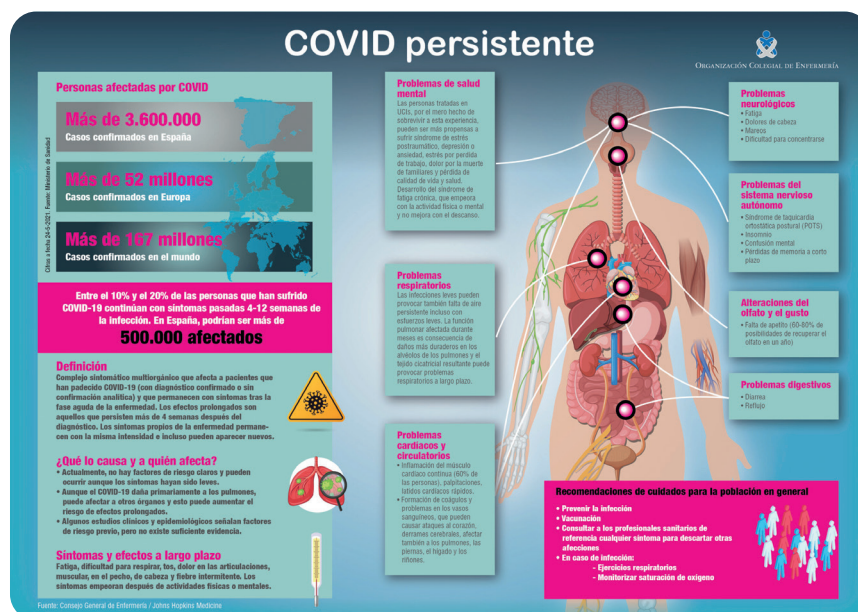
La Covid Persistente no acaba de disponer de la consideración de enfermedad profesional para los miles de sanitarios que la sufren. Las estimaciones iniciales sugieren que 11.000 sanitarios se hallan en esta situación, 2.000 de ellos con una gran incapacidad. Mucho tiempo después de la infección, sufren cansancio extremo, dolores de cabeza, crisis epilépticas, dificultad respiratoria y un amplísimo abanico de síntomas y secuelas del paso del coronavirus por su organismo.

Una situación que ha abocado a que los profesionales sanitarios que sufren un cuadro de Covid Persistente se hayan asociado para denunciar la falta de apoyo de la Administración pública y cómo se cataloga su dolencia como enfermedad común y no como enfermedad profesional. A pesar de que el Gobierno asumió hace unos meses la consideración de problema profesional a las enfermeras y médicos que mostraran el cuadro descrito, en la práctica, el Instituto Nacional de la Seguridad Social (INSS) no aplica esa medida y sigue manteniendo el problema de salud como enfermedad común.

Aunque los profesionales se les ha aplicado una equiparación en el plano económico con la enfermedad profesional, a enfermeras, médicos o personal de centros sociosanitarios con Covid Persistente se les trata como víctimas de una enfermedad común, cuando sin duda debe ser catalogada de enfermedad profesional y realizar su seguimiento y control a lo largo de toda la vida por parte de los servicios de prevención y riesgos laborales.

Una inercia que no ofrece seguridad ante una complicación respiratoria que se produzca, por ejemplo, dentro de una década se pueda considerar consecuencia del Covid. Además, se están dando casos de despidos en los centros sanitarios, al considerar a estas personas no involucradas con el organigrama, o se deniega al afectado un cambio a un puesto más acorde a su situación actual. De ahí que es fundamental que haya una adaptación de puestos de trabajo para los profesionales afectados.

En este contexto, desde el Consejo de Enfermería de la Comunidad Valenciana (CECOVA) se va a apoyar a todas las enfermeras y enfermeros que se hallen en esta situación. Para el presidente del CECOVA, Juan José Tirado, se trata de una falta de consideración con los profesionales que se han dejado la piel durante la pandemia y han sido contagiados en el transcurso de su trabajo porque "todos los días llegan testimonios dramáticos de enfermeras y enfermeros" y asegura que desde la entidad colegial autonómica "se a hacer todo lo que esté en nuestra mano para que el Instituto Nacional de la Seguridad Social declare como enfermedad profesional estas secuelas tan importantes que tienen miles de profesionales sanitarios



en nuestro país. Las Autoridades sanitarias deben brindarles todas las prestaciones que necesiten”.

El presidente del CECOVA critica que no existan unidades de seguimiento post-covid para estos pacientes, donde se pueda realizar una valoración global y holística de todas las patologías y todos los síntomas que sufren para que puedan tener un tratamiento más acertado.

“No como ahora, que van al neurólogo, a Medicina Interna, al cardiólogo y no hay una visión global en cuanto al manejo clínico. Por otro lado, no existe la catalogación de enfermedad post-viral o post-covid a nivel nacional y es fundamental que exista esta etiqueta diagnóstica para filiar adecuadamente a todos los afectados”, según Juan José Tirado quien recuerda que el Real Decreto publicado hace unos meses “supuso una excelente noticia” al declarar como enfermedad profesional esta infección de sanitarios, pero es cierto que el reconocimiento “es a nivel económico, porque a nivel retributivo no han perdido salario por estar de baja, pero no desde el punto de vista de consideración de enfermedad laboral”.

“Se trata de un problema que condiciona a estos profesionales de por vida. Estas secuelas son muy importantes y debe hacerse un seguimiento a lo largo de toda la vida para que tengan una futura cobertura”, asegura el presidente del Consejo de Enfermería de la Comunidad Valenciana, Juan José Tirado.



¿Debo suspender el uso de anticonceptivos si tengo la Covid-19? ¿Influye la gravedad?

Se recomienda no suspender el consumo de estos fármacos si se desarrolla la enfermedad en su expresión leve o asintomática. En el caso de la versión más grave se aconseja cambiar la anticoncepción hormonal por estrógenos o terapia combinada

V.M.

En anticoncepción existen algunas interrogantes respecto a si las mujeres contagiadas por coronavirus deben suspender o modificar la ingesta de estos medicamentos. Todos los profesionales recomiendan no suspender el consumo de estos fármacos en caso de desarrollar la enfermedad en su expresión leve o asintomática.

Sin embargo, en aquellas personas que desarrollan la versión más grave, es recomendable el reemplazo de la anticoncepción hormonal con estrógenos o terapia combinada, por la anticoncepción sólo con progestágenos, debido al mayor riesgo de desarrollar enfermedad tromboembólica, según un estudio de la revista científica *The Lancet*.

El estudio confirma que esta decisión se fundamenta en que los anticonceptivos con estrógenos pueden incrementar el riesgo de trombosis, particularmente en aquellas que poseen antecedentes familiares de enfermedad tromboembólica; por otro lado, la versión más agresiva del coronavirus provoca daño vascular que favorece la formación de trombos. Bajo este escenario se recomienda cambio de terapia combinada a uso de un progestágeno.

En cualquier caso, la decisión de cambio o modificación de método anticonceptivo debe estar siempre mediada y aconsejada por la ginecóloga (o) o matrona, dado que estos profesionales son quienes tienen las facultades y conocimientos para evaluar los riesgos particulares de cada mujer y proponer recomendaciones de acuerdo con la evaluación que realicen.

Se recomienda que aquellas mujeres que poseen antecedentes familiares (en primer grado o línea directa) de haber desarrollado una enfermedad tromboembólica, sobre todo antes de los 50 años, y las que tengan neoplasias o cánceres, trombofilias o antecedentes genéticos para desarrollar trombos, realicen una consulta médica para evaluar su plan de anticoncepción y así aplicar las modificaciones.



En cuanto al uso de anticonceptivos con progestágeno solo, el análisis aclara que la eficacia o seguridad anticonceptiva de los métodos que sólo contienen un progestágeno o de los combinados con estrógenos "está totalmente comprobada y recomendada, es decir, desde el punto de vista de la anticoncepción están en igualdad de condiciones los dos tratamientos previstos".

Además, una revisión de Iñaki Lete, jefe del servicio de Ginecología del Hospital de Araba, publicada en «*The European Journal of Contraception & Reproductive Health Care*», aporta luz sobre esta cuestión. «Al inicio se sabía poco y se observaba que los pacientes con Covid grave desarrollaban eventos trombóticos con mayor frecuencia. Puesto que el uso de estrógenos en anticoncepción o terapia hormonal de la menopausia se asocia a un incremento del riesgo de trombosis, algunas sociedades científicas recomendaron restringir su uso en mujeres con Covid incluso leve, mientras que otras emitieron recomendaciones menos restrictivas. La clave estaba en el hecho de considerar si las vías por las que se incrementa el riesgo de trombosis en los dos grupos (los estrógenos y la Covid) podían tener un efecto sumatorio y, así, incrementar más el riesgo trombótico. Me planteé revisar los estudios publicados de Covid y estradiol para intentar clarificar

cuál de las posturas era más acertada desde el punto de vista de las evidencias: la restrictiva o la menos restrictiva», cuenta Lete.

El resultado de su investigación ha sido sorprendente: «La principal conclusión es que los datos de los estudios que conocemos hasta la fecha orientan hacia el papel protector de los estrógenos frente a la severidad de la Covid-19. No sólo los endógenos (los que produce el ovario) sino que también los exógenos (los anticonceptivos o terapia hormonal) han mostrado este efecto protector», asegura el experto.

Entonces, ¿es seguro seguir con la píldora pese a la Covid-19? «No tenemos datos de lo que realmente ocurre en mujeres infectadas por el SARS-CoV-2 que están utilizando píldoras anticonceptivas. Tenemos dos estudios en los que las mujeres que usan píldoras anticonceptivas, en caso de infectarse por el virus, desarrollan formas menos graves de la enfermedad. También tenemos datos de estudios in vitro en los que el estradiol dificulta la infección celular por SARS-CoV-2 y experiencias de centros en los que se ha tratado y se trata a pacientes con Covid grave con estradiol. Son datos indirectos pero, desde mi punto de vista, nos permiten concluir que sí parece seguro seguir con la píldora a pesar de la Covid-19», asegura Lete.



Los tiempos que marca el Covid grave: 17 días hasta morir y 6 para ingreso

Los hombres tienen mayor porcentaje de hospitalización que las mujeres, así como más letalidad



V.M.

Los expertos ya han cuantificado los tiempos de la Covid-19 grave entre la población. Las estadísticas del último informe sobre la situación del coronavirus Covid-19 en España ponen de manifiesto los días que transcurren de media entre los diferentes eventos de la enfermedad cuando ésta se manifiesta de forma grave. En concreto, de media pasan diecisiete días desde el inicio de los síntomas hasta el fallecimiento; y seis días desde los citados síntomas hasta el ingreso hospitalario.

Este informe, publicado por el diario especializado en temas sanitarios Redacción Médica, contiene el análisis de los casos de Covid-19 notificados por las comunidades autónomas a la Red Nacional de Vigilancia Epidemiológica (Renave) a través de la plataforma Sivies (Sistema para la Vigilancia en España), que gestiona el Centro Nacional de Epidemiología (CNE) conforme a los criterios establecidos en el protocolo de vigilancia en cada momento desde el inicio de la pandemia.

Otro de los datos que refleja este documento es que de media pasan dos días desde el inicio de los síntomas hasta el diagnóstico positivo a coronavirus, aunque puede oscilar entre un día y cuatro; y suelen pasar nueve hasta el ingreso en UCI, cifra que puede llegar hasta los doce días.

El porcentaje de hospitalizaciones y defunciones, entre el total de casos de Covid-19, aumenta con la edad, alcanzando un 33,8 y 20,9 por ciento en el grupo de mayores de 89 años, respectivamente, y un 33,2 por ciento y 13,3 por ciento en el grupo de edad de 80-89 años, respectivamente. El porcentaje de ingreso en UCI también aumenta con la edad a partir de 20 años.

Otro de los datos que muestra este informe es que los hombres presentan un mayor porcentaje de hospitalización (a partir de 40 años) y de ingreso en UCI (a partir de 10 años) que las mujeres.

Ese mismo patrón por sexo se observa en la letalidad entre casos y en-

tre hospitalizados, a partir de 60 años. Por grupos de edad, la letalidad aumenta desde los 60 años, entre el total de casos, y a partir de los 50 años, entre los casos hospitalizados.

En el mismo estudio se refleja que los adultos mayores tienen mayor probabilidad de enfermarse gravemente a causa del Covid-19. Más del 80 % de las muertes por Covid-19 ocurre en personas de más de 65 años de edad, y más del 95 % de las muertes por Covid-19 ocurre en personas de más de 45 años de edad.

Las desigualdades sociales y de acceso a la salud sistémicas y de larga data han aumentado el riesgo de enfermarse y morir a causa del Covid-19 para diversos grupos, incluidos muchos grupos de minorías raciales y étnicas y personas con discapacidades.

Hay estudios que muestran que las personas pertenecientes a minorías raciales y étnicas también mueren de Covid-19 más jóvenes. Las personas que pertenecen a grupos minoritarios a menudo desarrollan afecciones crónicas a una edad más temprana y pueden ser

más propensas a tener más de una afección.

Las personas con discapacidades tienen mayor probabilidad que aquellas sin discapacidades de sufrir afecciones crónicas, vivir en espacios compartidos y enfrentar más obstáculos para el acceso a la atención médica. Hay estudios que demuestran que algunas personas con ciertas discapacidades tienen mayor probabilidad de contraer el Covid-19 y con peores consecuencias que otros grupos.





El porcentaje de población en riesgo de pobreza o exclusión crece al 26,4%, desde el 25,3% de 2019

En términos absolutos, implica que unas 620.000 nuevas personas están en riesgo de pobreza o exclusión social este último año

V.M.

El Instituto Nacional de Estadística ha hecho la Encuesta de condiciones de vida del año 2020, afectado de lleno por la pandemia. A pesar de que los datos de renta son previos a los tiempos más duros del coronavirus, las cifras de carencia material severa ya identifican parte del impacto de la Covid-19. La tasa de riesgo de pobreza y/o exclusión social AROPE (At Risk Of Poverty or social Exclusion) se situó en el 26,4% de la población residente en España y afectó a 12.495.000 personas, frente al 25,3% registrado el año anterior. En términos absolutos, implica que unas 620.000 nuevas personas están en riesgo de pobreza o exclusión social este último año.

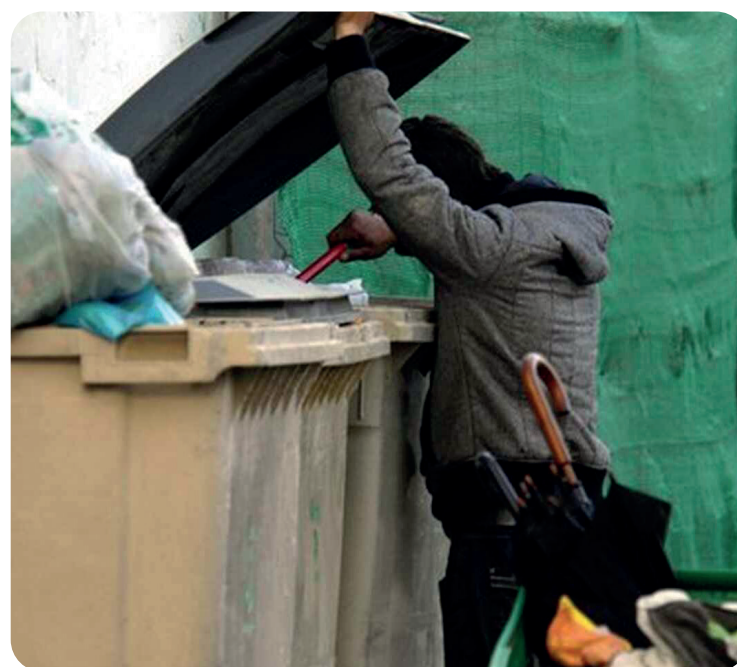
El porcentaje de población en situación de carencia material severa subió del 4,7% al 7% y afectó a 3,3 millones de personas, mientras que el de las personas en riesgo de pobreza pasó del 20,7% al 21%, lo que significa que 9,94 millones de personas está en riesgo de pobreza.

Con este significativo incremento de la Privación Material Severa, la encuesta confirma un aumento preocupante de la vulnerabilidad en los sectores más desfavorecidos de la población. En los últimos 12 meses, el 13,5% de la población tuvo retrasos en el pago de gastos relacionados con la vivienda principal o en compra a plazos, frente al 8,3% en 2019; asimismo, un 10,9% no pudo permitirse mantener la vivienda con una temperatura adecuada, frente al 7,6% en 2019. También ha subido el porcentaje de personas que no pueden permitirse una comida de carne, pollo o pescado al menos cada dos días, problema que afectó al 5,4% de la población, frente al 3,8% en 2019. Asimismo, se registra una subida importante de personas que llegan con mucha dificultad a fin de mes, de 3,6 millones en 2019 a 4,7 millones en 2020, lo que supone un aumento de 1,1 millones de personas que se encontraban en esta situación en el último año.

Por otra parte, el porcentaje de personas que ingresan menos de 6.600 euros anuales por unidad de consumo, cifra muy parecida a la de pobreza severa, cuyo umbral es de 6.434 euros (40% de la renta mediana), se ha reducido en ocho comunidades e incrementado en las otras siete. El mayor incremento se ha dado en la Comunitat Valenciana que pasa del 11,4% al 14% de personas en el decil uno de renta estatal, con un incremento del 23%, mientras que la mayor disminución corresponde a Castilla-La Mancha, que ha pasado del 13,2% al 9,5%, es decir, una reducción del 28%, y

Por grupo de edad, la tasa AROPE subió en todos los tramos, pero el aumento más importante se produjo entre las personas mayores de 65 años, que pasó del 15,7% en 2019 al 20,5% en 2020, aunque continúa siendo el grupo de edad con menor riesgo de pobreza y/o exclusión en España. La pobreza entre los menores de 16 años pasó del 30,1% en 2019 al 31,2% en 2020.

El informe está fuertemente marcado por tres cuestiones importantes. Por una parte, terminada la Estrategia 2020 con resultados que muestran que España falló en el cumplimiento de los objetivos comprometidos de reducción de la pobreza, iniciamos un nuevo marco internacional determi-



nado por los Objetivos de Desarrollo Sostenible que nos obliga a reducir los altos índices pobreza.

En segundo lugar, los datos de renta e intensidad del trabajo en los hogares son previos a la pandemia, corresponden a 2019, por lo que todavía no muestran con exactitud el impacto real de la pandemia.

Sin embargo, la información relativa a la Privación Material Severa corresponde a 2020, ya en contexto de Covid-19, y sí nos indica un aumento significativo de la dificultad de las familias para el consumo de bienes y servicios básicos.

Por último, y aunque la estrategia económica y social planteada ante la crisis de la Covid-19 en España es mejorable, parece funcionar mejor que la respuesta ofrecida en la crisis de 2008. A pesar de las dificultades por las que pasan ahora muchas familias, ninguno de los datos de pobreza planteados hasta ahora muestran empeoramiento respecto a las cifras de la crisis de 2008.

Ante los datos publicados hoy, EAPN España demanda activar las medidas incluidas en la Estrategia Nacional de Prevención y Lucha contra la Pobreza para afrontar con efectividad la elevada tasa AROPE, así como que se tenga en cuenta la excepcionalidad de la crisis de la COVID-19 y el impacto social que está provocando.

Los datos de la Encuesta de Condiciones de Vida certifican la necesidad de seguir mejorando medidas como el Ingreso Mínimo Vital, situándolo por encima del umbral de pobreza y mejorando su cobertura y agilidad de tramitación para que llegue a todas las personas que lo necesitan.