



INFORME 2005 DE SALUD PÚBLICA

EUSKO JAURLARITZA



GOBIERNO VASCO

OSASUN SAILA

DEPARTAMENTO DE SANIDAD

INFORME
DE
SALUD PÚBLICA

2005

El presente Informe es fruto del trabajo de todas las personas que componen la Dirección de Salud Pública, de las que están en las diferentes Unidades de las Subdirecciones Territoriales de Salud Pública y en otras Direcciones del Departamento de Sanidad o de Osakidetza/Svs.

ÍNDICE

DEMOGRAFÍA	5
MORBILIDAD	11
A. SISTEMAS DE VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA	11
1 Enfermedades de declaración obligatoria (EDO)	11
2 Médicos vigía	14
3 Microbiología	17
4 Brotes	20
B. OTROS SISTEMAS DE INFORMACIÓN	23
Sida	23
MORTALIDAD	27
PROTECCIÓN DE LA SALUD	41
1 Aire	41
2 Aguas de consumo	43
3 Plan de seguridad alimentaria	46
4 Aguas de recreo	57
5 Actividades clasificadas	60
6 Productos químicos	61
7 Residuos sanitarios	61
8 Prevención y control de la legionelosis	62
PROMOCIÓN DE LA SALUD	63
1 Salud materno-infantil	63
2 Salud en edad escolar	68
3 Programa de vacunaciones	71
4 Plan de prevención, control y reducción del tabaquismo	72
5 Plan de prevención, control y reducción del alcoholismo	77
6 Lesiones accidentales	80
7 Programa de apoyo a entidades, instituciones o personas en actividades de educación para la salud	81
LABORATORIO	85
ESTRUCTURA DEL DEPARTAMENTO DE SANIDAD	97

DEMOGRAFÍA

Durante los últimos treinta años, los indicadores demográficos han sido reflejo de los cambios significativos que se han producido en la sociedad: entre otros, el envejecimiento de la población, la disminución de la natalidad, el retraso de la maternidad o el saldo migratorio positivo. En la medida en que los factores demográficos son un componente esencial en el establecimiento y la redefinición de las distintas políticas de Salud Pública, es necesario no perder de vista los cambios sociales en lo que a su dinámica demográfica se refiere.

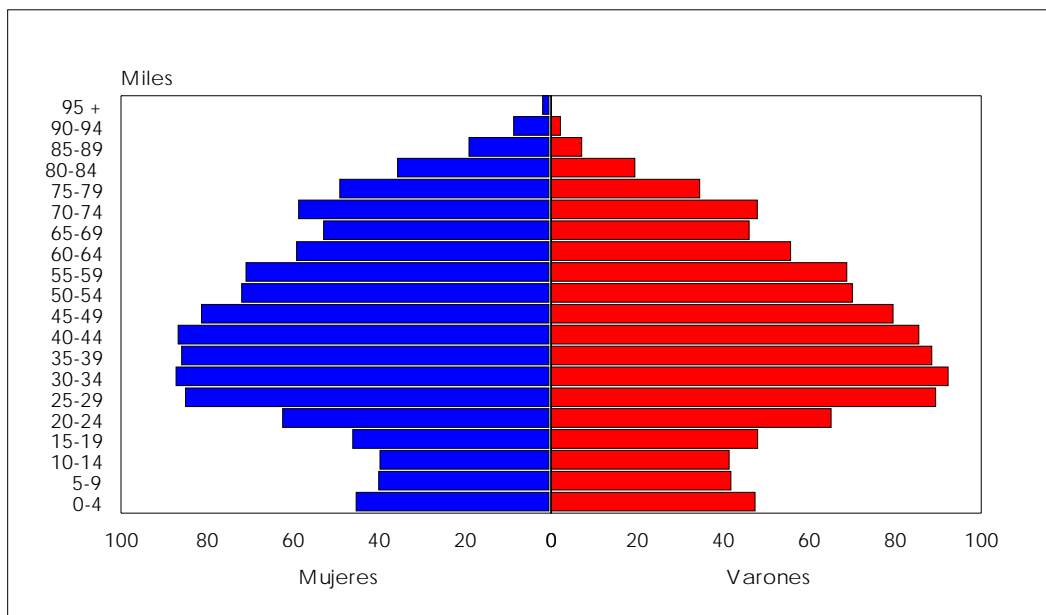
La estructura de la población de la **Comunidad Autónoma del País Vasco** (CAPV) en el año 2004 es la de una población en proceso de envejecimiento tal y como se refleja en la pirámide, con una base poblacional estrecha (los menores de 18 años suponen únicamente el 15,5% del total), una masa amplia de edades medias y una población importante de más de 65 años que representan el 18,2% del grueso de la población (Tabla 1 y Figura 1).

Tabla 1. Población estimada por sexo y grupo de edad en la CAPV. Diciembre 2004

Grupos de edad	Mujeres	Varones	Total
0-4	45.329	47.920	93.249
5-9	40.089	42.329	82.420
10-14	39.801	41.902	81.704
15-19	46.097	48.534	94.629
20-24	62.414	65.608	128.022
25-29	85.000	89.904	174.905
30-34	87.204	92.809	180.014
35-39	85.936	89.000	174.936
40-44	86.715	86.012	172.726
45-49	81.260	80.024	161.283
50-54	71.944	70.561	142.504
55-59	70.927	69.273	140.200
60-64	59.188	56.159	115.346
65-69	52.921	46.556	99.480
70-74	58.704	48.440	107.144
75-79	49.084	35.046	84.130
80-84	35.675	19.977	55.651
85-89	19.094	7.625	26.718
90-94	8.676	2.659	11.336
95 y más	2.001	406	2.405
Total	1.088.059	1.040.744	2.128.802

FUENTE: EUSTAT, 2005.

Figura 1. Pirámide de población estimada de la CAPV (en miles). 2004



El factor más crítico que define nuestra estructura poblacional actual ha sido **el descenso de la natalidad**. El número de nacimientos ha ido disminuyendo progresivamente hasta alcanzar su punto más bajo en el año 1995 con una tasa de 7,3‰ para la CAPV, a partir del cual se está registrando un discreto repunte de la natalidad situándose la tasa en 9,3‰ en el 2004. Aun así, es menos de la mitad de la tasa correspondiente a la de hace treinta años y por debajo de la media española y de la Unión Europea (10,5 ‰; Tabla 2).

Tabla 2. Nacidos vivos y tasas de natalidad por 1.000 habitantes y por Territorio Histórico. CAPV 1975-2004

	Álava		Bizkaia		Gipuzkoa		CAE	
	Nacim.	Tasa	Nacim.	Tasa	Nacim.	Tasa	Nacim.	Tasa
1975	4.833	20,4	22.075	19,1	12.738	19,1	39.646	19,1
1980	3.917	15,3	16.569	13,9	8.326	13,9	28.812	13,5
1985	3.008	11,2	11.582	9,8	6.380	9,8	20.970	9,8
1990	2.290	8,4	8.724	7,5	5.347	7,5	16.361	7,8
1995	2.082	7,4	7.879	6,9	5.361	6,9	15.322	7,3
2000	2.487	8,8	8.818	7,9	6.011	7,9	17.316	8,3
2004	2.809	9,6	9.996	8,8	6.789	10,0	19.594	9,3

FUENTE: EUSTAT. Estadística de Nacimientos. Análisis de Resultados. 2005.

Por Territorios Históricos, Gipuzkoa registra en el 2005 la tasa de natalidad más alta (10‰), seguido del de Álava (9,6‰) y Bizkaia (8,8‰), tasa ésta última inferior a la correspondiente a la CAE (9,3‰).

Uno de los fenómenos que han contribuido a la disminución de la natalidad ha sido el progresivo retraso de la maternidad. La edad media de las madres al tener su primer hijo es de 31 años en la CAPV, por encima de las edades medias registradas en toda la UE. Por su parte, el

índice sintético de fecundidad se halla muy por debajo del nivel de reemplazo.

Los datos correspondientes a la **mortalidad** indican para el año 2004, una tasa de mortalidad en la CAPV de 8,9‰, casi dos puntos más que la correspondiente a 1975 (Tabla 3). La edad media de los fallecidos es de 76,2 años, 72,2 para los varones y 80,6 en las mujeres, más longevas. Uno de los factores que ha generado esta situación es la progresiva mejora de las condiciones socio-sanitarias que favorece que la esperanza de vida se sitúe actualmente en torno a los ochenta años y sea una de las más elevadas en la Unión Europea, sobre todo en el caso de las mujeres.

Tabla 3. Defunciones y tasas de mortalidad por 1.000 habitantes y por Territorio Histórico. CAPV 1975-2004

	Álava		Bizkaia		Gipuzkoa		CAE	
	Defunc.	Tasa	Defunc.	Tasa	Defunc.	Tasa	Defunc.	Tasa
1975	1.534	6,5	8.439	7,3	4.726	7,0	14.699	7,1
1980	1.537	6,0	8.455	7,1	4.262	6,1	14.254	6,7
1985	1.636	6,1	8.850	7,5	4.979	7,2	15.465	7,2
1990	1.886	6,9	9.387	8,1	5.131	7,6	16.404	7,8
1995	2.048	7,3	9.829	8,6	5.627	8,3	17.504	8,3
2000	2.191	7,7	10.214	9,1	5.837	8,7	18.242	8,8
2004	2.275	7,7	10.388	9,2	6.021	8,9	18.684	8,9

FUENTE: EUSTAT. Estadística de Defunciones. Análisis de Resultados. 2006.

Si se comparan las tablas de nacimientos y defunciones, el crecimiento vegetativo de la CAPV resulta negativo en 1990 (número de defunciones superior al número de nacimientos) y ese estado se mantiene hasta el año 2004 en el que la situación se ha invertido con un saldo positivo de 910 personas.

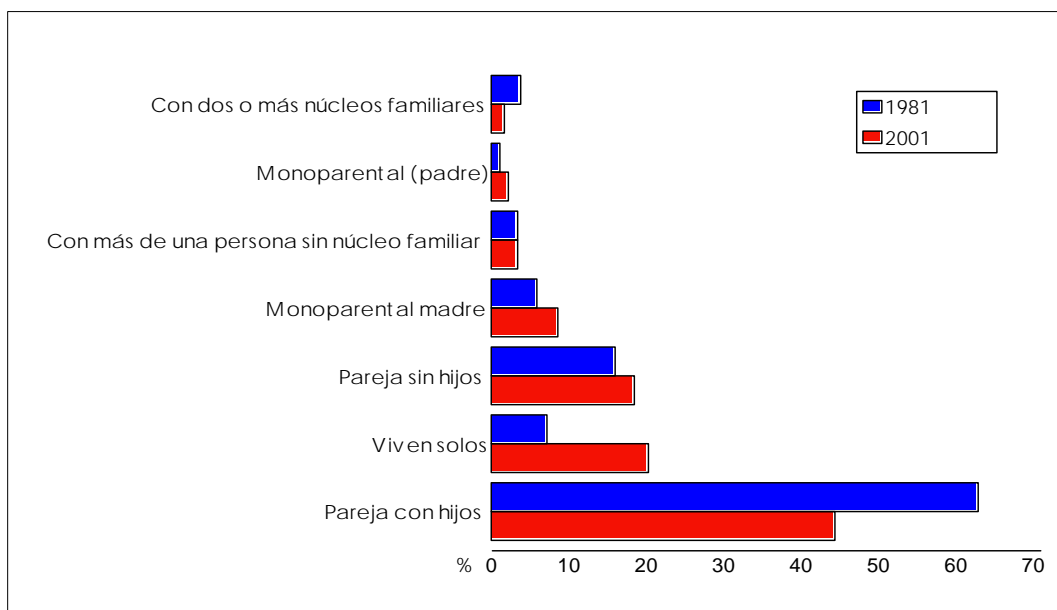
Además del movimiento natural, la población de la CAPV queda definida por los movimientos migratorios. Los datos recogidos por el Eustat muestran que los **saldos migratorios** (diferencia entre entrada y salidas) han sido negativos desde 1988 hasta 1999, pero han pasado a ser positivos desde el año 2000. En el 2003, la población vasca se ha incrementado en 6.251 personas: la inmigración ha sido de 28.467 efectivos que proceden de otras Comunidades Autónomas o del extranjero, frente a una emigración de 22.216 personas.

Según los datos proporcionados por el INE, basados en el Padrón Municipal y analizados por el Observatorio Vasco de Inmigración, en el año 2003, el 2,33% de la población vasca es extranjera, porcentaje que ha ido en aumento en los últimos años aunque por debajo del correspondiente al Estado (6,24% en 2003). Esta tendencia alcista probablemente se mantenga en los próximos años.

Las cambios demográficos junto con otras transformaciones sociales como el incremento de la educación de las mujeres y su incorporación laboral, los nuevos roles sociales de la pareja, la disolución de los

matrimonios o el retraso -hoy día contenido- en la emancipación de los jóvenes, han incidido directamente en los cambios que se producen en la estructura de los hogares. Los resultados del Censo de Población y Viviendas de 2001, ponen de manifiesto importantes transformaciones en la **estructura familiar**: se reduce el tamaño medio familiar, aumenta el número de personas que viven solas, se incrementa el número de familias monoparentales y disminuyen las familias con varios núcleos convivientes (Fig. 2).

Figura 2. Evolución de los tipos de familia en la CAPV. 1981-2001



FUENTE: Eustat, 2001.

Entre 1991 y 2001 se forman 116.892 familias nuevas, con un incremento reseñable con respecto a la década anterior, pero que ha estado acompañada de un estancamiento de la natalidad. El resultado es la disminución del tamaño medio familiar: de 3,32 personas por familia en 1991 a 3,05 en 1996, y a 2,76 en 2001.

La composición de los hogares también sufre cambios. La familia tradicional, pareja con hijos, está perdiendo peso. Si en 1996, el 51,5% de las familias correspondían a esta tipología, en el 2001 únicamente lo eran el 44,4%.

Aumenta de forma notoria el número de personas que viven solas, que pasan de ser el 7,7% en 1991 al 20,3% en 2001. De estas personas, en el año 2001, el 59% de las personas son mujeres y tiende a aumentar la proporción de varones que viven solos (del 34% de 1991 al 41% en 2001). Se incrementan las familias unipersonales correspondientes a personas mayores y a personas divorciadas o separadas.

En este período de diez años (1991-2001), aumentan tanto el número de parejas sin hijos como el de las familias monoparentales. En este último

caso, las mujeres conforman cuatro de cada cinco familias (el 81,5%), aunque va creciendo a mayor ritmo el número de familias monoparentales de padre.

Por otro lado, se aprecia una prolongación de la permanencia en su propio hogar de la población mayor de 65 años, incluso de la de más edad.

Existen visiones más o menos optimistas sobre la evolución de la población vasca que están condicionados a múltiples factores sociales, económicos, políticos, culturales o educativos. El envejecimiento de la población es ya una realidad; el repunte de la natalidad parece ser una esperanza de futuro; la incorporación de población inmigrante es un hecho incipiente y los cambios en la composición de los hogares una respuesta a todas las transformaciones sociales que se están produciendo. Todos estos fenómenos van a requerir intervenciones específicas y la Administración Pública debe mantenerse alerta para hacer frente a las nuevas necesidades sociales y sanitarias que están apareciendo ya y hacia las que hay que dirigir recursos para dar una respuesta apropiada.

MORBILIDAD

A. SISTEMAS DE VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA

La Vigilancia Epidemiológica se basa sobre tres sistemas generales de información: las Enfermedades de Declaración Obligatoria, los Médicos Vigía y el Sistema de Información Microbiológica¹.

1. ENFERMEDADES DE DECLARACIÓN OBLIGATORIA (EDO)

El sistema de información epidemiológica de **Enfermedades de Declaración Obligatoria (EDO)** tiene como objetivo la detección y monitorización de las enfermedades transmisibles de mayor impacto sobre la salud pública.

Las enfermedades que forman parte de este sistema de vigilancia epidemiológica son 34; en cinco de ellas se recoge información exclusivamente numérica y en las otras 29 se recogen, además, datos de carácter individual.

Durante el año 2005, el porcentaje de declaración ha sido del 72,6% para el conjunto de la CAPV, cuatro puntos por encima de la declaración efectuada el año anterior.

Estos son algunos de los datos de mayor interés desde el punto de vista epidemiológico (Tabla 4).

Ha aumentado el número de casos de **disentería** debido principalmente a un brote en Gipuzkoa cuyo origen tuvo lugar en Navarra.

Han aumentado los casos de **parotiditis**, sobre todo en pacientes mayores de 20 años. Los casos de **rubéola** también experimentaron un incremento, la mayoría con edad superior a los 20 años, de origen inmigrante.

No se han registrado casos de **sarampión** ni de **brucelosis**.

Se ha diagnosticado un caso de **tétanos** en una persona adulta con vacunación incompleta.

¹ Estos distintos sistemas difieren entre sí no sólo en cuanto a las fuentes de información, sino también en lo relativo a criterios diagnósticos, en función de los objetivos y la especificidad de cada uno de ellos; por eso, en algunas ocasiones y en algunas patologías, se pueden observar diferencias numéricas en la contabilización de los casos.

Tabla 4. Enfermedades de Declaración Obligatoria (EDO) por Territorio Histórico en la CAPV. 2005

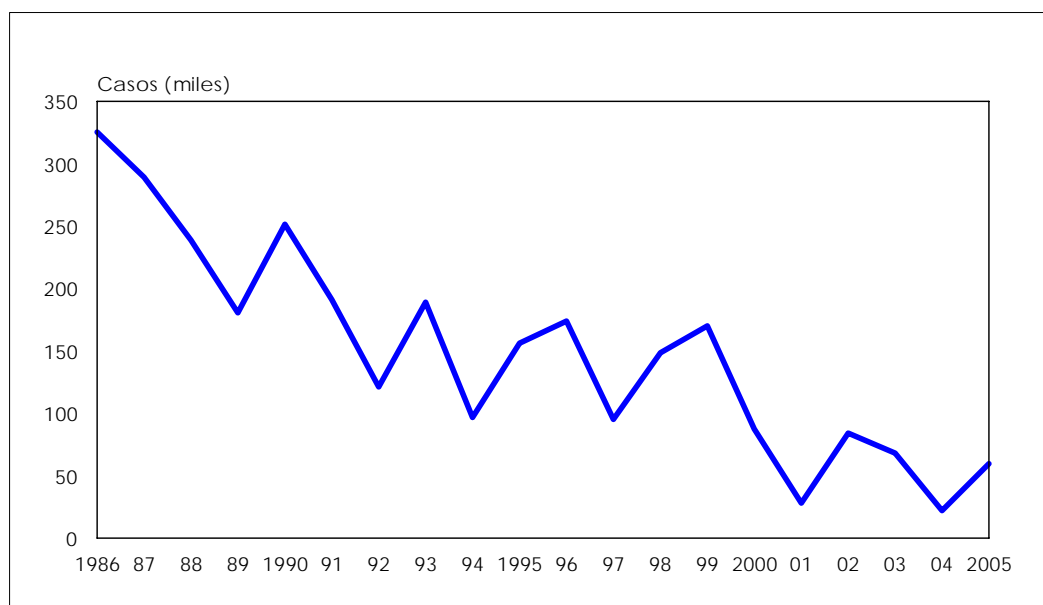
Enfermedades	Álava	Bizkaia	Gipuzkoa	CAPV 2005	CAPV 2005	CAPV 2005	CAPV 2005
	Casos	Casos	Casos	Casos	Tasas x 10 ⁵	I.E. (1)	I.E. (2)
Disentería	1	4	38	43	2,06	3,31	4,78
Fiebre tifo-paratífica	0	2	1	3	0,14	0,75	0,75
Enfermedad meningocócica	8	67	25	100	4,80	0,92	0,92
Gripe	10.414	34.843	14.336	59.593	2.861,49	2,71	0,87
Legionelosis	13	51	50	114	5,47	1,04	1,14
Meningitis tuberculosa	2	5	4	11	0,53	1,10	1,38
Tuberculosis	60	271	163	494	23,72	0,98	0,94
Varicela	1.592	5.625	3.535	10.752	516,28	0,82	1,14
Infección gonocócica	2	48	6	56	2,69	2,55	2,24
Sífilis	9	27	3	39	1,87	2,17	4,33
Parotiditis	24	10	18	52	2,50	1,44	1,41
Rubéola	3	10	2	15	0,72	15,00	3,75
Sarampión	0	0	0	0	0	0	0
Tétanos	0	1	0	1	0,05	1,00	0,50
Tos ferina	2	2	1	5	0,24	0,33	0,42
Hepatitis A	6	69	24	99	4,75	2,68	1,77
Hepatitis B	6	10	12	28	1,34	1,17	0,70
Hepatitis C	5	3	3	11	0,53	0,92	0,92
Otras hepatitis	0	0	0	0	0	0	0
Brucelosis	0	0	0	0	0,00	0,00	0,00
Paludismo	2	11	6	19	0,91	1,00	0,95
Lepa	0	0	0	0	0,00	0,00	0,00

(1) **El Índice Epidémico 1 (IE 1)** es una razón que se obtiene dividiendo los casos registrados en 2005 por los casos de 2004 para cada enfermedad.

(2) **El Índice Epidémico 2 (IE 2)** es la razón obtenida al dividir los casos registrados en 2005 por la mediana de los casos del quinquenio anterior (2000-04).

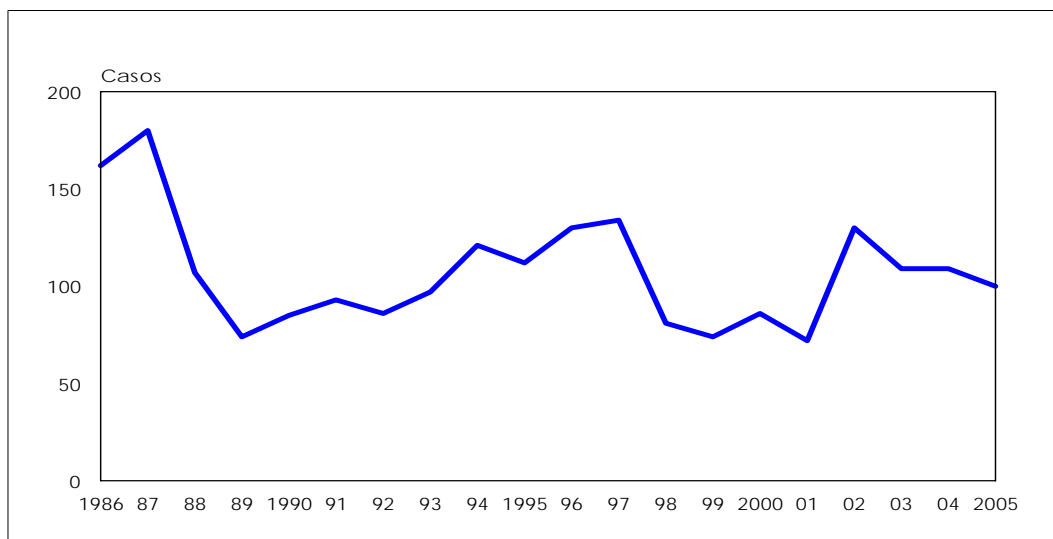
Los casos de **gripe** han duplicado los de 2004 (Fig. 3).

Figura 3. EDO: Evolución de los casos de gripe en la CAPV. 1987-2005



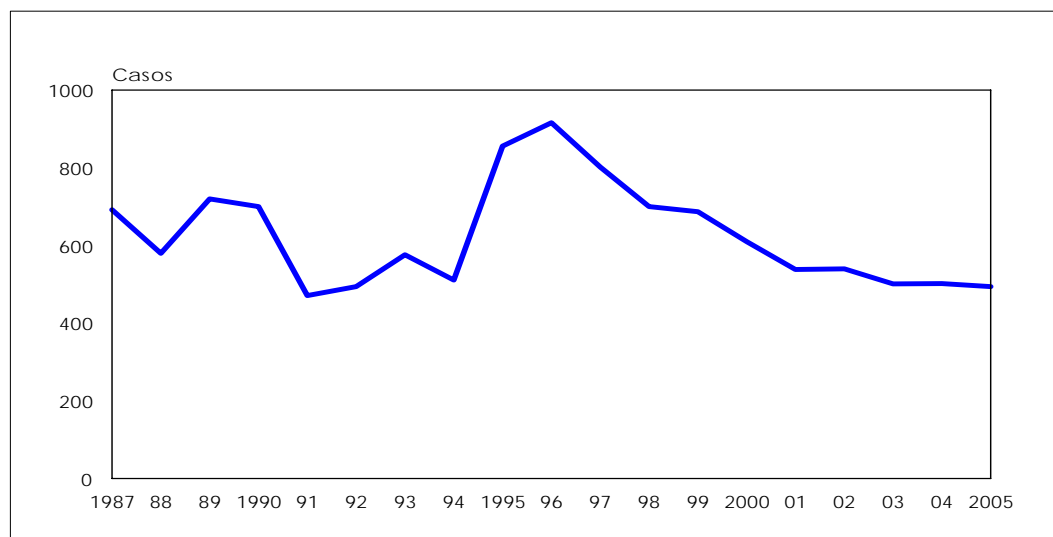
La **enfermedad meningocócica** ha registrado un número de casos ligeramente inferior al del año anterior. El 28% de los casos ha ocurrido en menores de 5 años, siendo la tasa más alta para este grupo de edad (332,0 por 100 mil habitantes). El serogrupo C solamente ha contabilizado 11 casos, frente a los 20 casos en 2004 (Fig. 4).

Figura 4. EDO: Evolución de los casos de enfermedad meningocócica en la CAPV. 1987-2005



La incidencia de la **tuberculosis** se ha mantenido estable, aunque se puede apreciar una tendencia decreciente en los últimos años (Fig. 5).

Figura 5. EDO: Evolución de los casos de tuberculosis en la CAPV. 1987-2005



La notificación de casos de **legionelosis** ha sido ligeramente superior a la del año 2004; los casos han aumentado en Gipuzkoa, y disminuido en Bizkaia y Álava.

Se han detectado 19 casos de **paludismo** importados de países de alta endemia, casi todos del continente africano.

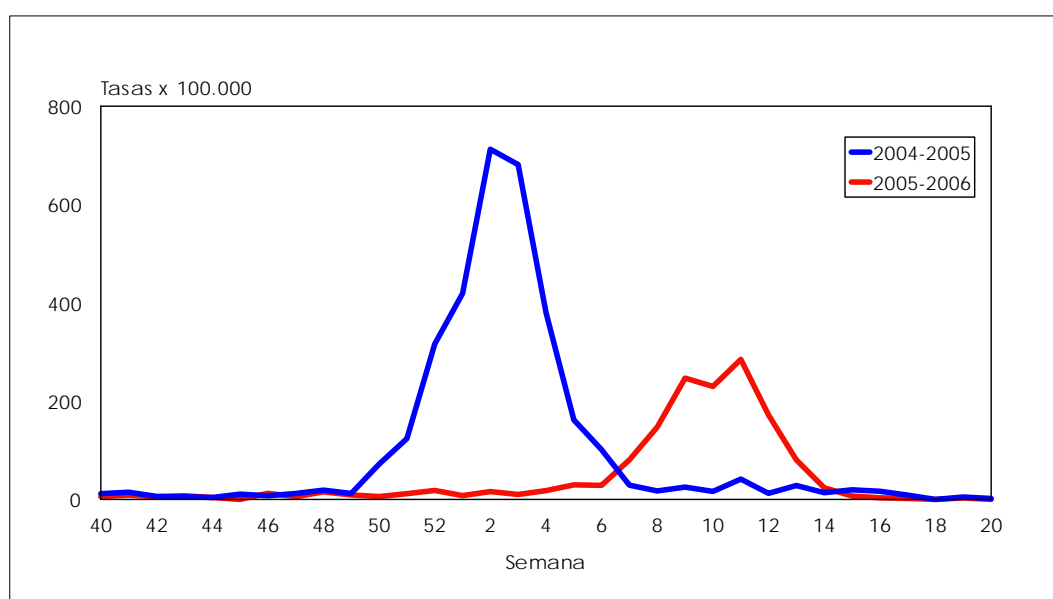
La incidencia de **hepatitis A** (99) ha doblado la del año anterior; este aumento se ha producido fundamentalmente en Bizkaia. Los factores de riesgo más frecuentes han sido el desplazamiento a zona endémica y el contacto familiar. En la mayoría de los casos no se conoce el factor de riesgo. La **hepatitis B** ha aumentado ligeramente, siendo todos los casos en personas adultas.

2. MÉDICOS VIGÍA: EVOLUCIÓN DE LA GRIPE. TEMPORADA 2005-2006

La Red Vigía del País Vasco -en la que esta temporada han participado 32 profesionales de medicina y pediatría- ha realizado satisfactoriamente la vigilancia de la gripe estacional en una población de 51.798 personas (2,3% de la población de la CAPV).

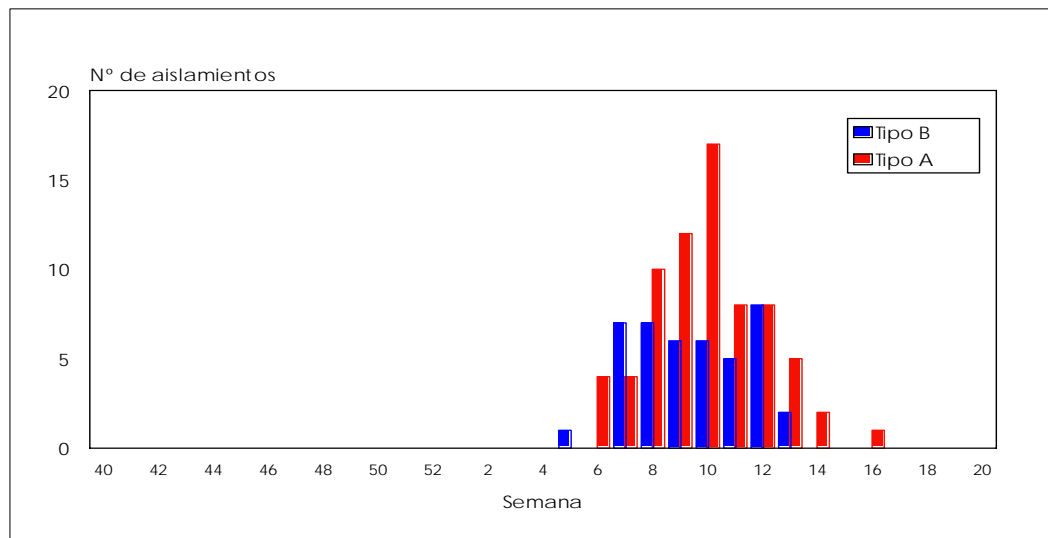
Desde la semana 40 de 2005 hasta la 20 de 2006 se ha notificado un total de 855 casos. El inicio del pico epidémico se ha retrasado esta temporada varias semanas respecto a temporadas previas: la actividad gripal ha sido baja hasta la semana 8 de 2006 en la que se han registrado incidencias superiores a 100 x 100.000 habitantes. El pico de máxima incidencia se ha alcanzado en la semana 11 con tasas de 285 por 100.000 hab. y, a partir de dicha semana, se ha registrado un descenso paulatino de la actividad con niveles muy bajos tras la semana 15 (Fig. 6).

Figura 6. Comparativa de la incidencia semanal de gripe en la CAPV en las temporadas 2004-05 y 2005-06



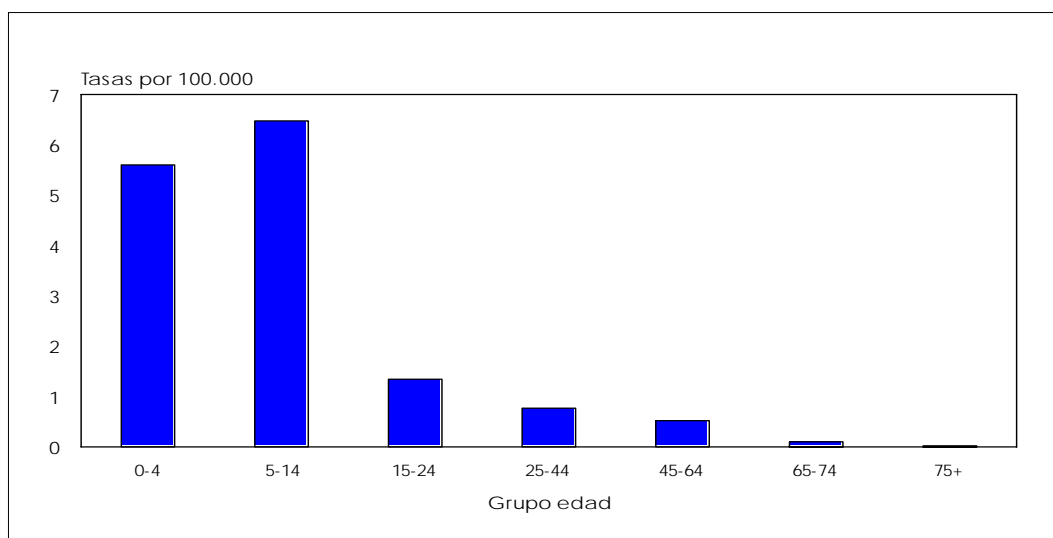
La Red Vigía ha tomado 246 frotis (29% de los casos registrados) de los que 113 han resultados positivos (46%). El primer aislamiento viral gripal, de tipo B, se ha registrado en la semana 5 de 2006 en Gipuzkoa en un varón de 12 años. Aunque los aislamientos virales de tipo B han predominado al inicio de la temporada, en conjunto los virus A(H1) han sido los que se han aislado mayoritariamente (71 aislamientos) frente al tipo B (42 aislamientos; Fig. 7).

Figura 7. Distribución de aislamientos virales de gripe por tipo en la CAPV en la temporada 2005-06



El 53% de los casos registrados han sido en varones y el 47% en mujeres. Como viene siendo habitual, la mayor incidencia se ha registrado en menores de 14 años y, más en concreto, entre la población pre-adolescente (10-14 años; Fig. 8).

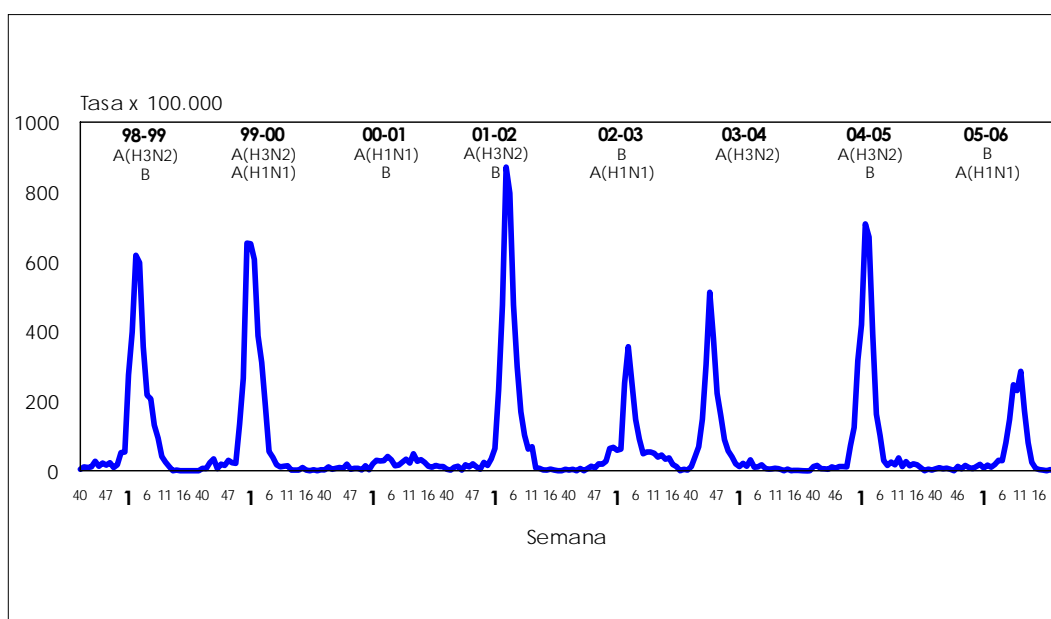
Figura 8. Incidencia acumulada de gripe por edad en la CAPV en la temporada 2005-06



En relación a las manifestaciones clínicas, el 98% ha presentado fiebre; el 84%, síntomas respiratorios; el 78%, mialgias o quebrantamiento general; las cefaleas han estado presentes en el 73% de pacientes. El 87% de pacientes con diagnóstico de gripe no han tenido alguna patología previa y sólo el 2,22 % de los casos había recibido la vacuna.

En resumen, esta temporada 2005-2006 ha sido la de menor actividad de gripe estacional en los últimos años si se exceptúa la temporada 2000-2001 (Fig. 9)².

Figura 9. Evolución de la gripe en la CAPV en las temporadas 1998-99 a 2005-06



Para la temporada 2006-07 la Organización Mundial de la Salud ha recomendado que la composición de la vacuna antigripal en el hemisferio norte incluya las siguientes cepas:

- A/New Caledonia/20/99 (H1N1)
- A/Wisconsin/67/2005 (H3N2) (que incluye: A/Wisconsin/67/2005 (H3N2) y A/Hiroshima/52/200)
- B/Malaysia/2506/2004 (que incluye: B/Malaysia/2506/2004 y B/Ohio/1/2005)

² En las demás CCAA, que participan en la vigilancia de la gripe mediante las Redes Centinelas, las características de la actual temporada han sido similares a las descritas para nuestra Comunidad, en cuanto a los virus circulantes, distribución por edad y temporalidad. En gran parte de Europa, la temporada 2005-06, ha registrado una actividad moderada y varios países (Austria, Alemania, Hungría, Portugal, Escocia, Rumanía y Gales) han registrado niveles de actividad gripal muy bajos. El virus de la gripe B ha sido dominante en Europa, representando un 60% del total de detecciones. No se han registrado casos humanos de A(H5N1) en Europa.

Actuación ante una posible pandemia de gripe aviar

El 13 de setiembre del 2005, ante las informaciones y recomendaciones de la OMS sobre una posible pandemia por gripe aviar, el Gobierno Vasco creó la "Comisión Interdepartamental para la Coordinación del Plan de Acción frente a una Pandemia Gripal en la Comunidad Autónoma de Euskadi". Bajo la presidencia del Viceconsejero de Sanidad, la Dirección de Salud Pública, junto con otras Direcciones del propio Departamento de Sanidad y Osakidetza/Svs, y las de otros Departamentos -Agricultura, Pesca y Alimentación; Educación, Universidades e Investigación; Hacienda y Administración Pública; Interior, y Justicia, Empleo y Seguridad Social- han comenzado a elaborar líneas y protocolos de actuación departamentales debidamente coordinados que permitan dar una respuesta adecuada si ese potencial riesgo de pandemia se hiciese realidad.

3. MICROBIOLOGÍA

El Sistema de Información Microbiológica de la Comunidad Autónoma del País Vasco (SIMCAPV)³ tiene como objetivo recoger datos sobre la patología infecciosa en la CAPV confirmada por laboratorio de acuerdo a una lista establecida previamente⁴, que permite unificar los criterios de declaración de todos los laboratorios, para así proporcionar información específica e imprescindible para la vigilancia epidemiológica⁵.

En 2005 han participado de manera voluntaria en el SIMCAPV los siguientes laboratorios de microbiología: en Álava, los hospitales de Txagorritxu y Santiago Apóstol, y el ambulatorio de Olaguibel; en Bizkaia, los hospitales de Cruces, Basurto, Galdakao, San Eloy y Santa Marina; y en Gipuzkoa, los hospitales de Donostia, Mendaro, Zumárraga, Bidasoa y Alto Deba. Su compromiso es enviar a las Unidades de Vigilancia Epidemiológica de los tres Territorios Históricos la información.

³ El SIMCAPV funciona de manera estable desde 1993 y quedó incorporado al Sistema de Vigilancia Epidemiológica creado mediante el Decreto 312/1996 del Gobierno Vasco.

⁴ Estos son los microorganismos que componen la lista:

BACTERIAS: *Bartonella* spp, *Bordetella pertussis*, *Brucella* spp, *Campylobacter* spp, *Corynebacterium diphtheriae*, *Coxiella burnetti*, *Chlamydia pneumoniae*, *Chlamydia psittaci*, *Chlamydia trachomatis*, *Escherichia coli* enterohemorrágica, *Francisella tularensis*, *Haemophilus ducreyi*, *Haemophilus influenzae*, *Legionella pneumophila*, *Leptospira* spp, *Listeria monocytogenes*, *Mycoplasma pneumoniae*, *Neisseria gonorrhoeae*, *Neisseria meningitidis*, *Salmonella typhi* y *paratyphi*, *Salmonella* spp, *Shigella* spp, *Staphylococcus aureus* meticilin resistente, *Streptococcus agalactiae*, *Streptococcus pneumoniae*, *Treponema pallidum*, *Vibrio cholerae*, *Vibrio* spp, *Yersinia* spp.

MICOBACTERIAS: Complejo *Mycobacterium tuberculosis* y otras micobacterias.

VIRUS: Adenovirus, enterovirus, herpes simple tipo 2, poliovirus, rotavirus, gripal, hepatitis A, hepatitis B, hepatitis C, hepatitis delta, parotiditis, rubeola, sarampión, respiratorio sincitial.

PARÁSITOS: *Entamoeba histolytica*, *Echinococcus granulosus*, *Fasciola hepatica*, *Leishmania* spp, *Plasmodium* spp, *Taenia* spp, *Toxoplasma gondii*, *Trichinella spiralis*.

OTROS: *Borrelia burgdorferi*, *Borrelia recurrentis*.

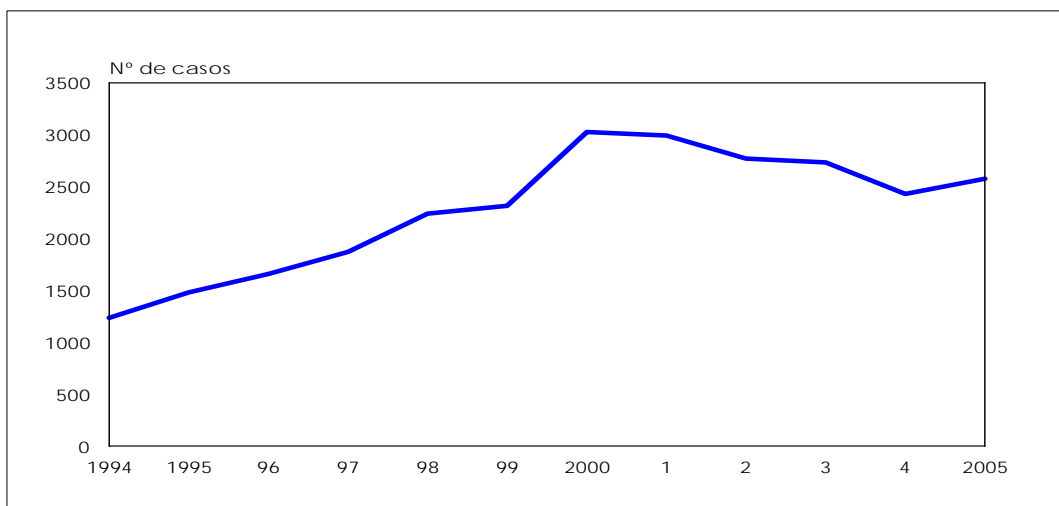
⁵ El proceso de implantación de una nueva aplicación informática en los laboratorios de microbiología junto a las variaciones metodológicas de los distintos sistemas de información pueden originar diferencias en la contabilización de casos.

En 2005 el número de microorganismos a declarar ha aumentado un 7,6%. Desde el punto de vista epidemiológico, estos han sido algunos de los datos más relevantes.

Infecciones de origen gastrointestinal

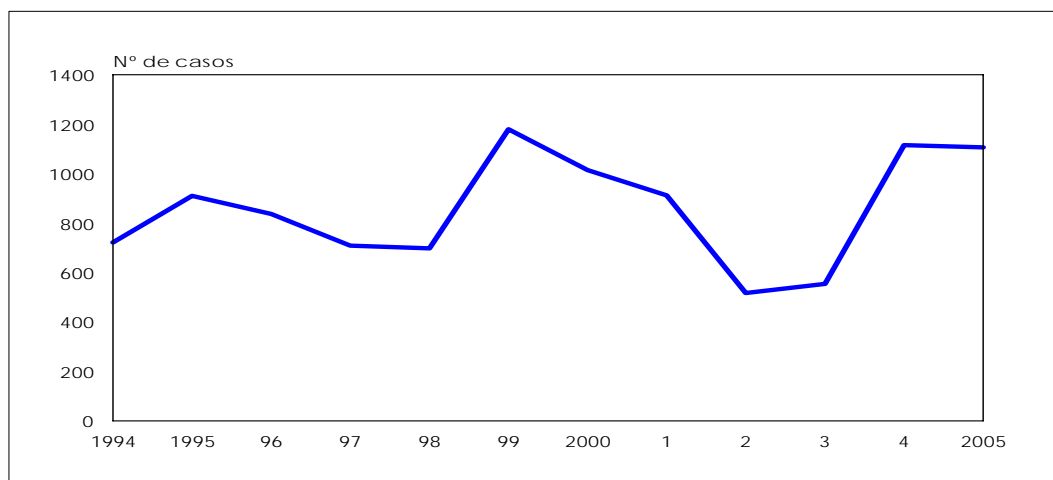
En 2005 el número de declaraciones de *Salmonella* han descendido de nuevo (2.154 frente a 2.536 el año anterior). Sin embargo no ha continuado la evolución descendente de los últimos años de *Campylobacter* (2.576 frente a 2.430 en 2004) (Fig. 10).

Figura 10. Evolución del número de *Campylobacter* declarado al SIMCAPV. 1994-2005



Las notificaciones de rotavirus y de adenovirus se han estabilizado después del ascenso detectado el año anterior. Los rotavirus han pasado de 1.115 casos en 2004 a 1.106 (Fig.11) y los adenovirus, de 136 a 120 casos.

Figura 11. Evolución del número de rotavirus declarado al SIMCAPV. 1994-2005



Infecciones respiratorias

Streptococcus pneumoniae sigue siendo el microorganismo causante de infecciones respiratorias bacterianas más declarado y el único microorganismo respiratorio en el que se ha detectado un incremento de las declaraciones (410 casos frente a 341 en 2004).

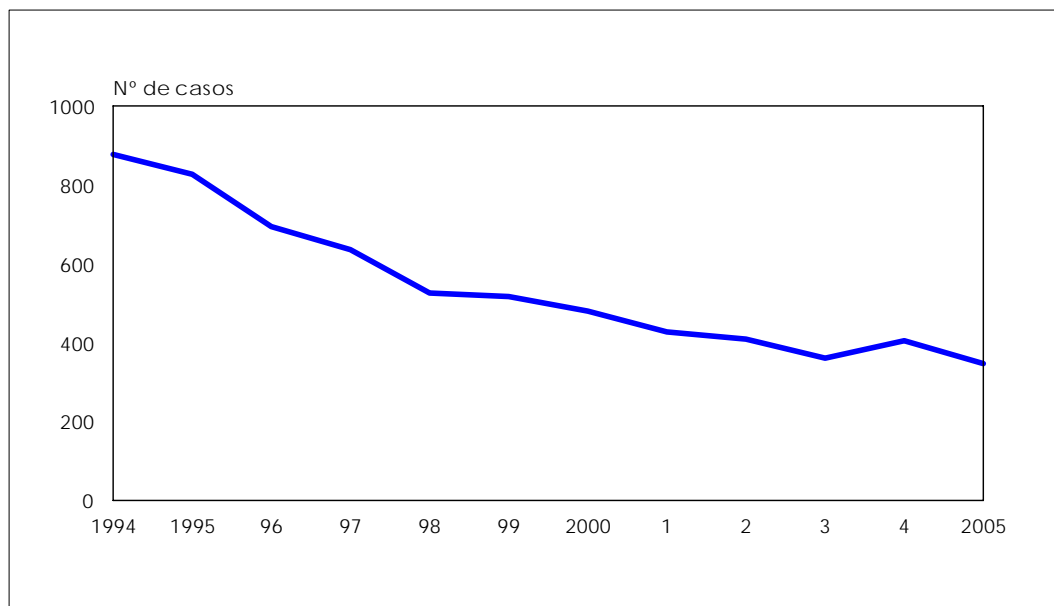
El número de notificaciones de *Legionella pneumophila* se ha mantenido respecto al de años anteriores (108 casos frente a 106 en 2004).

Se han mantenido las declaraciones de *Coxiella* y han disminuido las de *Mycoplasma* y *Chlamydia pneumoniae*.

Micobacterias

Las declaraciones de *Mycobacterium tuberculosis* han disminuido en toda la CAPV (347 casos frente a 405 en 2004) (Fig. 12).

Figura 12. Evolución del número de *Mycobacterium tuberculosis* declarado al SIMCAPV. 1994-2005



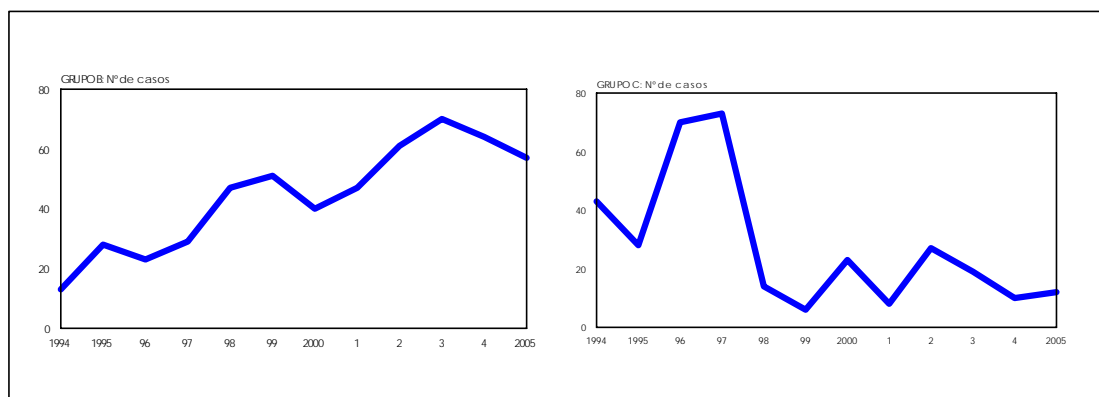
Enfermedades prevenibles por inmunización

Como en años anteriores, se han declarado pocos casos de enfermedades prevenibles por inmunización. El microorganismo más declarado ha sido *Haemophilus influenzae* con el mismo número de declaraciones respecto al año anterior.

Otros microorganismos

Ha descendido el número total de declaraciones de *Neisseria meningitidis* (74 casos frente a 84 en 2004). Del total, se han declarado 12 casos de *Neisseria meningitidis* del grupo C (10 casos en 2004) y 57 del grupo B (64 casos en 2004) (Fig.13).

Figura 13. Evolución del número de *Neisseria meningitidis* declarado al SIMCAPV. 1994-2005



Se ha observado un incremento de las declaraciones de hepatitis A (106 casos frente a 43 en 2004).

Respecto a las **zoonosis** se han mantenido las cifras de años anteriores: se han declarado 9 casos de *Borrelia burgdorferi* y 12 de *Echinococcus granulosus*.

Aunque en 2004 se empezaron a declarar **enfermedades de transmisión sexual**, parece prudente esperar un tiempo para conocer su evolución, dada la lógica inconsistencia de datos al tratarse del segundo año de declaración.

4. BROTES DE ORIGEN HÍDRICO O ALIMENTARIO

Durante 2005 en la CAPV se han notificado 58 brotes: 9 en Álava; 21 en Bizkaia, y 28 en Gipuzkoa. Se han visto afectadas 870 personas. En uno de estos 58 brotes, no se ha podido demostrar la transmisión por agua o alimentos y su mecanismo de transmisión ha sido calificado como desconocido, probablemente de tipo persona a persona. Sólo uno de los brotes notificados ha estado relacionado con el agua de consumo.

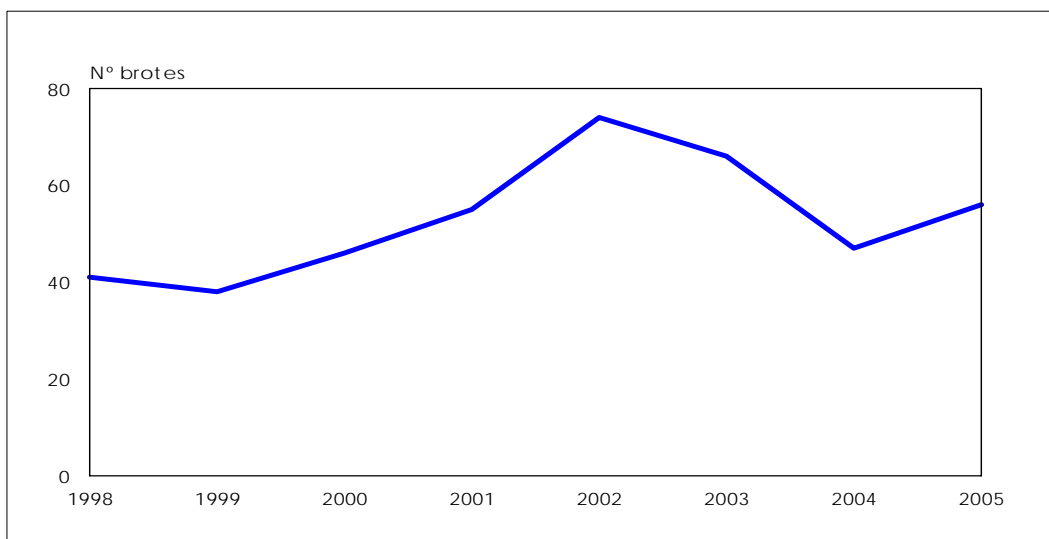
No se ha incluido entre los brotes de la CAPV el que ha tenido lugar a finales de julio, relacionado con el consumo de pollo pre-cocinado envasado al vacío y originado en la Comunidad Autónoma de Castilla-La Mancha. En las muestras de alimento y en los pacientes se ha aislado

Salmonella enterica, subespecie enterica I, serotipo Hadar. Las personas afectadas en la CAPV, repartidas en 24 agrupaciones de casos en los tres Territorios, han sido 64.

Toxiinfecciones alimentarias

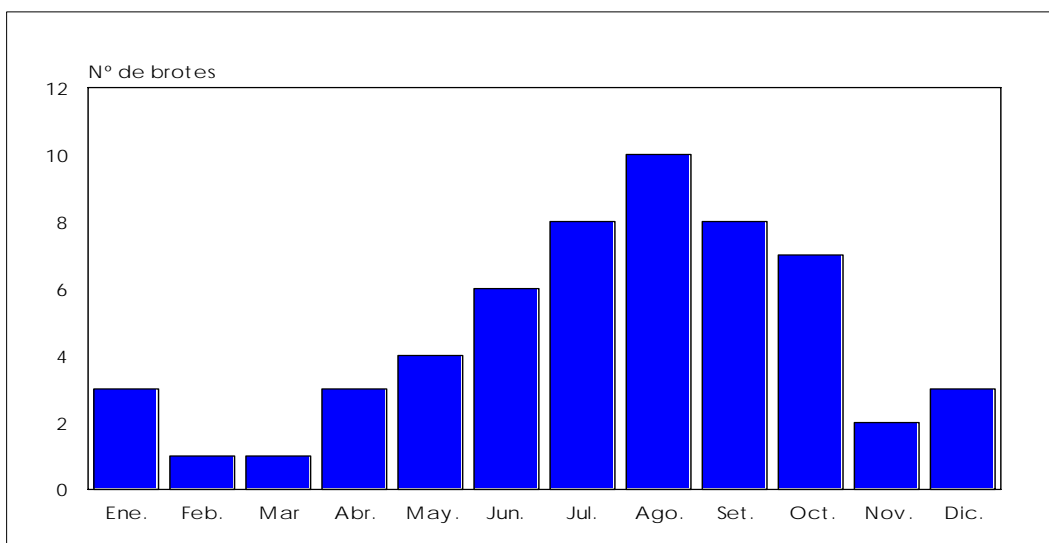
El número de brotes declarados (56) ha sido ligeramente superior al del año anterior, así como el de personas afectadas (838) (el año anterior 47 y 638, respectivamente) (Fig. 14).

Figura 14. Brotes de toxiinfecciones alimentarias en la CAPV. 1998-2005



En la **distribución de los brotes** por meses, puede apreciarse que se han producido predominantemente en la época estival, siendo el mes de agosto el que ha registrado el mayor número de brotes (Fig. 15).

Figura 15. Brotes de toxiinfecciones alimentarias por meses en la CAPV. 2005



Los **alimentos implicados** más frecuentes han sido los elaborados con huevo o sus derivados, responsables de 25 brotes. En 12 brotes, el alimento implicado no ha podido ser identificado (Tabla 5).

Tabla 5. Toxiinfecciones alimentarias según el alimento implicado en la CAPV. 2005

Alimentos implicados	Nº de brotes
Mahonesa/ovoproducto	27
Otros	5
Pescado/marisco	2
Confitería/pastelería	1
Queso	1
Carne	3
Desconocido	17

FUENTE: Registro de brotes de la CAPV.

El **lugar de origen** más frecuente ha sido bares y restaurantes 28 (60%), seguidos de domicilios particulares 8 (17%) (Tabla 6).

Tabla 6. Toxiinfecciones alimentarias según el lugar de origen en la CAPV. 2005

Lugar	Nº de brotes
Bar/Restaurante	33
Domicilio	10
Centro escolar/Guardería	1
Otros	10
Desconocido	2

FUENTE: Registro de brotes de la CAPV.

Salmonella ha seguido siendo la **etiología** más frecuente, responsable del 73% de los brotes notificados. En el 18% de los brotes no se ha identificado el agente etiológico (Tabla 7).

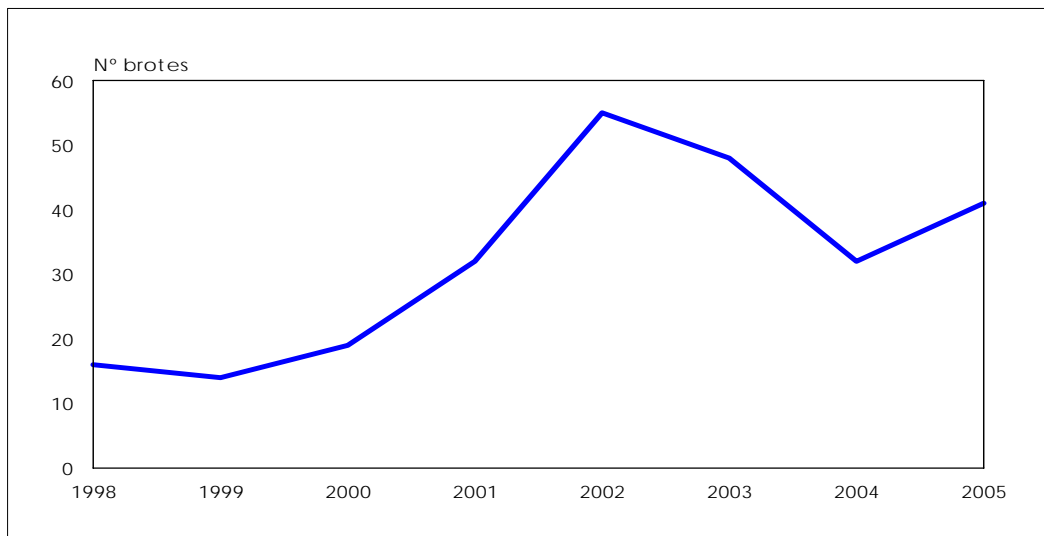
Tabla 7. Toxiinfecciones alimentarias según origen microbiológico. CAPV. 2005

Agente etiológico	Nº de brotes
S. enteritidis	41
Clostridium perfringens	2
S. typhimurium	1
Shigella sonnei	1
Staphil.aureus	1
Desconocido	10

FUENTE: Registro de brotes de la CAPV.

La **media de personas afectadas** por brote ha sido de 15 para el total de la CAPV; de 18 para los brotes notificados en Álava; de 19 en los de Gipuzkoa; y de 9 en los de Bizkaia. El intervalo para toda la comunidad ha estado entre 2 y 172.

Figura 16. Toxiinfecciones alimentarias por *Salmonella enteritidis*. CAPV 1998-2005



Brotos de origen hídrico

Solamente se ha registrado un brote de esas características. Ha afectado a 8 personas en un caserío de Gipuzkoa que utilizaba para la bebida agua sin tratar. No se ha podido hallar el microorganismo causante.

B. OTROS SISTEMAS DE INFORMACIÓN

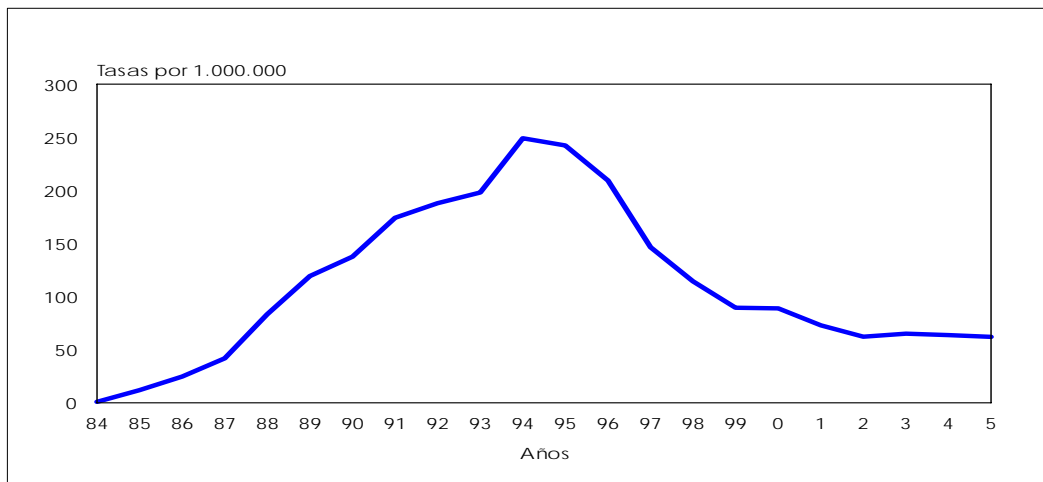
SÍNDROME DE INMUNODEFICIENCIA ADQUIRIDA (SIDA)

En 2005 se han declarado 124 casos nuevos de sida. La incidencia de esta enfermedad ha disminuido un 3,1% respecto al 2004 (Fig. 17).

Por Territorios Históricos, Álava ha presentado la mayor tasa de incidencia (85,06 casos/millón de habitantes), seguida de Bizkaia (61,53 casos/millón de habitantes) y Gipuzkoa (52,89 casos/millón de habitantes).

El porcentaje de mujeres infectadas mediante **relación heterosexual** no protegida ha sido del 64% (50% en 2004) y el de varones, del 22% (19% el año anterior). Las **prácticas homosexuales de riesgo** han supuesto el 17% del total de casos de sida registrados en varones (20% en 2004).

Figura 17. Tasa de incidencia de sida por millón de habitantes en la CAPV. 1984-2005

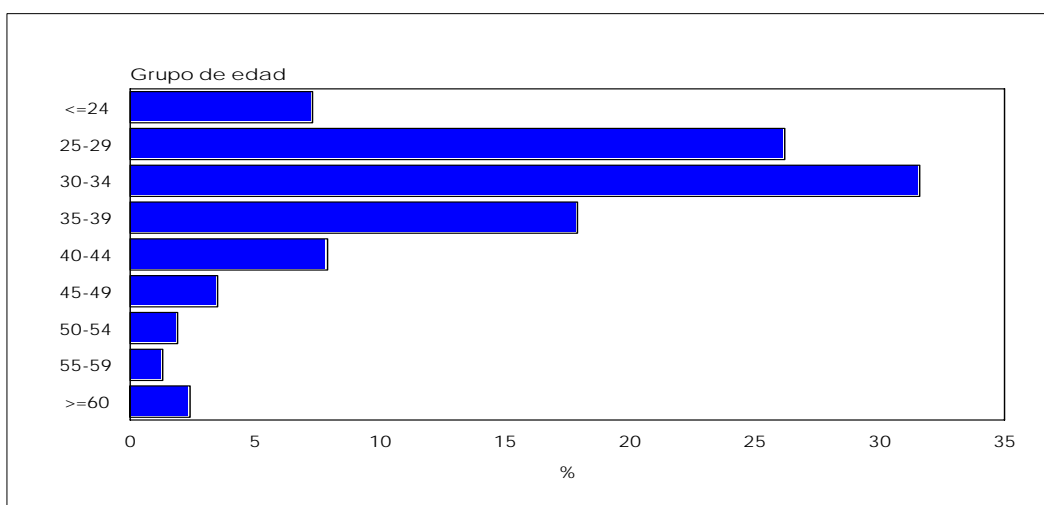


Entre 1984 y finales de 2005 han nacido en la CAPV 849 bebés de madres seropositivas. De ellos, 133 se han infectado por VIH (15,7%), de los que 71 siguen vivos. El número de bebés VIH por transmisión materno-fetal diagnosticados en los últimos seis años (1996-2005) ha sido de 18; durante el periodo 1984-95, de 116. En 2005 no se ha registrado ningún caso. La adopción de medidas preventivas sería la causa de este notable descenso.

Incidenia

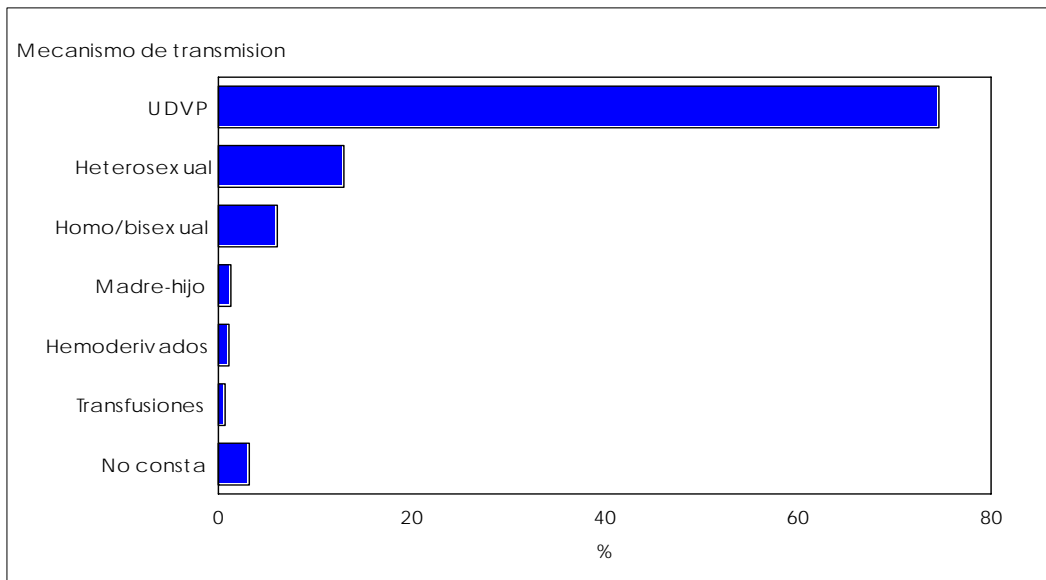
Entre 1984 y 2005 se han declarado 5.279 casos de sida. De ellos, el 76% en varones y el 24% en mujeres, por lo que la razón varón/mujer es de 3,2. Por grupos de edad, el más numeroso está formado por personas de 30-34 años (31% de los casos), seguido por el de 25-29 años (26% de los casos) (Fig. 18).

Figura 18. Casos de sida por grupo de edad en la CAPV. 1984-2005



El mecanismo de transmisión más frecuente ha sido el uso compartido de jeringuillas en el consumo de drogas por vía parenteral (73%), seguido de las relaciones heterosexuales no protegidas (15%) (Fig. 19).

Figura 19. Casos de sida por mecanismo de transmisión. CAPV. 1984-2005



Programas de prevención de sida en usuarios de drogas por vía parenteral

En colaboración con las farmacias, ONGs y centros penitenciarios de la CAPV, el Departamento de Sanidad ha continuado desarrollando los **programas de reducción de riesgos** dirigido a personas consumidoras de drogas por vía parenteral con el objetivo de minimizar los riesgos de infecciones asociadas a ese consumo, especialmente la producida por VIH. En 2005, se han distribuido 433.632 kits-jeringuillas. Además, se han recogido 251.239 kits usados, que han sido desechados de forma segura impidiendo así su reutilización.

Finalmente, se han subvencionado, como cada año, proyectos de las ONGs que trabajan en el área del sida y que cumplen una serie de criterios de priorización⁶.

⁶ En 2005 se han destinado a tal efecto 281.355 €.

MORTALIDAD

Durante el 2004 murieron 18.684 personas residentes en la CAPV, 621 menos que el año anterior: el 52% fueron varones, y el 48%, mujeres.

En la Tabla 8, puede observarse la distribución de la mortalidad **por grandes grupos de enfermedades y sexo**.

Tabla 8. Mortalidad por grandes grupos de enfermedades y sexo en la CAPV. 2004

Grupo		Varones		Mujeres		Total	
		Casos	Tasas*	Casos	Tasas*	Casos	Tasas*
I	Enferm. infecciosas y parasitarias	210	16,2	196	9,7	406	12,8
II	Tumores	3.485	264,5	1.994	108,6	5.479	175,7
III	Enf. sangre y trast. inmunidad	34	2,6	55	2,3	89	2,4
IV	Enf. endocrinas	231	16,9	323	12,8	554	14,6
V	Trastornos mentales	246	18,3	538	18,5	784	18,8
VI	Enferm. del sistema nervioso	333	24,8	525	21,0	858	22,8
VII	Enferm. del ojo	0	0,0	0	0,0	0	0,0
VIII	Enferm. del oído	1	0,1	0	0,0	1	0,0
IX	Enferm. del sistema circulatorio	2.702	201,3	3.073	115,0	5.775	153,7
X	Enferm. del sistema respiratorio	983	71,8	805	29,7	1.788	45,3
XI	Enferm. del sistema digestivo	544	40,8	469	20,3	1.013	29,5
XII	Enferm. piel y tej. subcutáneo	14	1,1	21	0,9	35	0,9
XIII	Enf. del sist. osteomuscular y tej. conjuntivo	45	3,3	119	4,8	164	4,3
XIV	Enferm. del sistema genito-urinario	187	13,5	185	6,9	372	9,2
XV	Complicac, embarazo, parto.	0	0	0	0	0	0
XVI	Afecciones perinatales	25	4,0	18	3,1	43	3,6
XVII	Malformaciones congénitas	27	3,4	29	4,1	56	3,7
XVIII	Causas mal definidas	181	14,9	341	12,5	522	14,1
XIX	Causas externas	522	43,5	223	13,9	745	28,0
Total		9.770	740,6	8.914	383,9	18.684	539,4

* Tasa por 100.000 ajustadas por edad a la población europea estándar.

FUENTE: Registro de Mortalidad. Dirección de Planificación y Ordenación Sanitaria.

Las enfermedades del sistema circulatorio representaron la primera causa de muerte para ambos sexos (31% del total de fallecimientos); las siguieron los tumores (29%), las enfermedades del sistema respiratorio (10%), las enfermedades del sistema digestivo y las del sistema nervioso (5% cada una), y las causas externas y trastornos mentales (4% cada una).

En la Figura 20 se puede observar la distribución de los grandes grupos de enfermedades por sexo: en los varones, los tumores fueron la primera causa de muerte (36% de los fallecimientos), seguidos de las enfermedades del sistema circulatorio (28%); este orden apareció invertido en las mujeres, siendo la primera causa de muerte las enfermedades del sistema circulatorio (34% y 22% respectivamente).

Figura 20. Mortalidad proporcional por grandes grupos de enfermedades y sexo en la CAPV. 2004

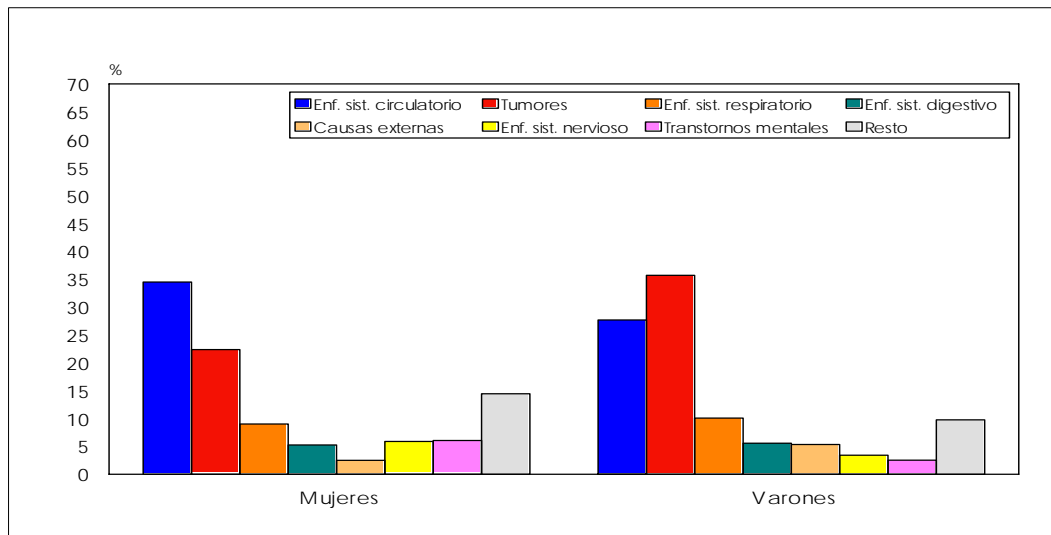
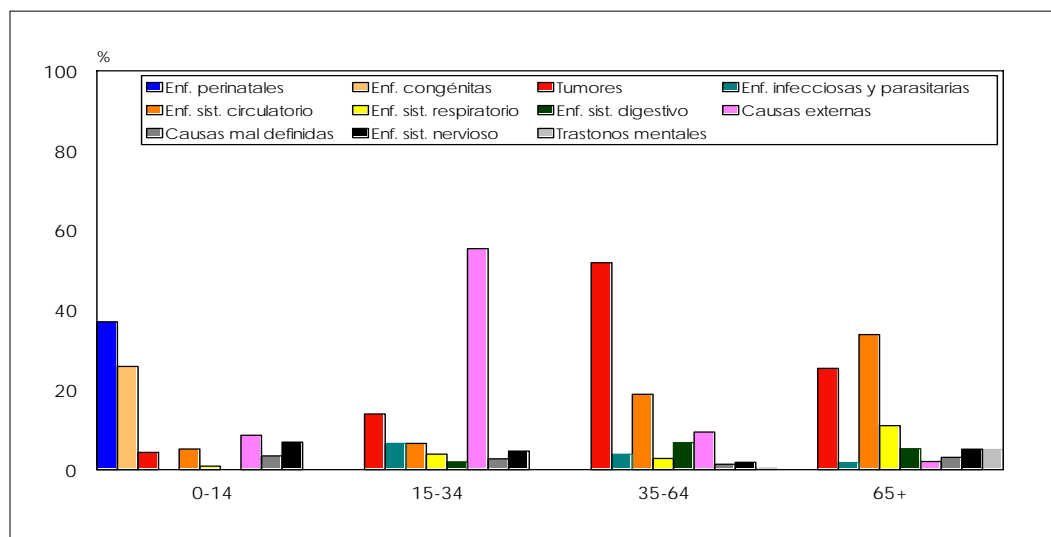


Figura 21. Mortalidad proporcional por grandes grupos de enfermedades y edad en la CAPV. 2004



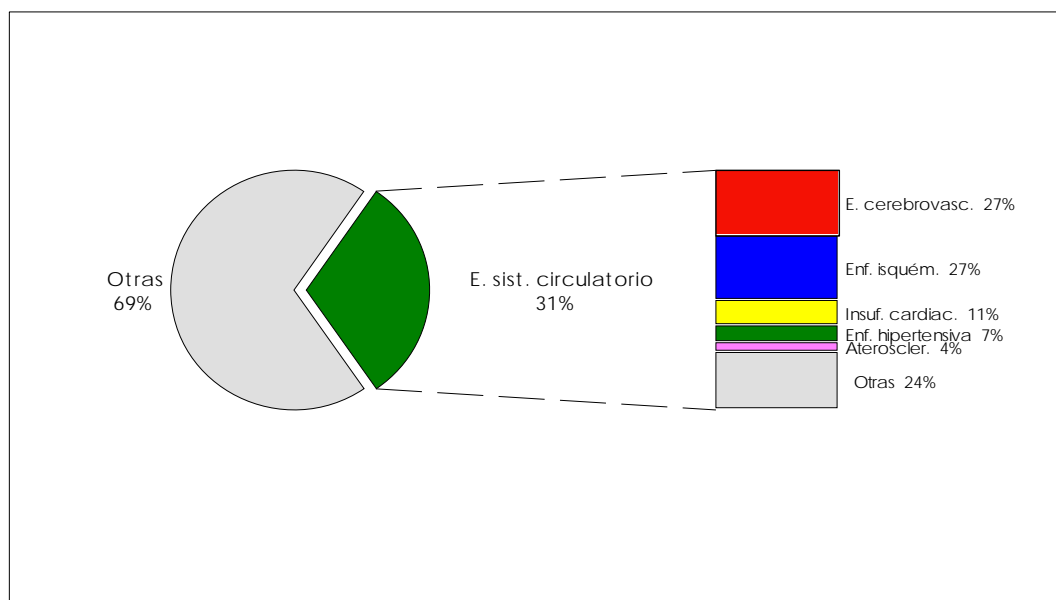
Analizando la mortalidad **por grupos de edad**, las afecciones perinatales y las anomalías congénitas representaron cerca de un 63% de las causas de muerte hasta los 14 años, seguidas de las causas externas; de 15 a 34 años, la mayor contribución la presentaron las causas externas (55%)

seguidas de los tumores, de las enfermedades del sistema circulatorio y de las enfermedades infecciosas y parasitarias. De los 35 a los 64 años, predominó la mortalidad por tumores (52%), siendo la segunda causa las enfermedades del sistema circulatorio (19%), que pasaron a ocupar el primer puesto a partir de los 65 años (34%) (Fig. 21).

Las enfermedades del sistema circulatorio

Las enfermedades del sistema circulatorio, al igual que en años anteriores, constituyeron la primera causa de muerte (5.775 defunciones, es decir, el 31% del total de muertes) (Fig. 22).

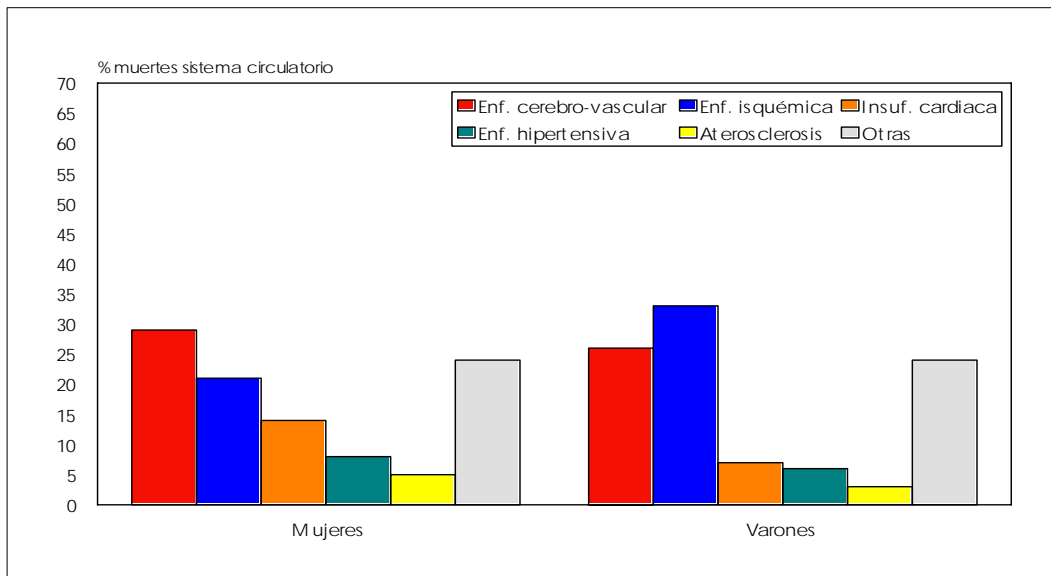
Figura 22. Mortalidad proporcional por enfermedades del sistema circulatorio en ambos sexos en la CAPV. 2004



En las mujeres fueron la primera causa de muerte (3.073 defunciones o lo que es lo mismo, el 35% de mujeres fallecidas en 2004) mientras en los varones representaron la segunda causa de muerte (2.702, el 28% de varones fallecidos).

Dentro del grupo, las enfermedades cerebrovasculares fueron la primera causa, seguidas de las enfermedades isquémicas del corazón, la insuficiencia cardíaca, las enfermedades hipertensivas y la aterosclerosis. La primera causa del grupo en varones fue la enfermedad isquémica (33%) seguida de la enfermedad cerebrovascular (26%), orden invertido en mujeres donde la enfermedad cerebrovascular (29%) fue por delante de la enfermedad isquémica (22%) (Fig. 23).

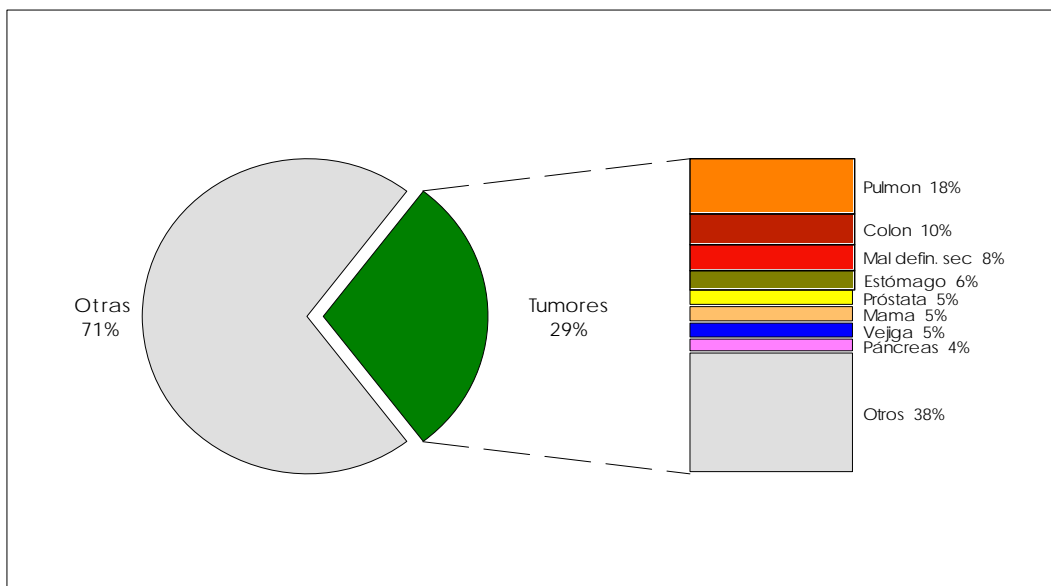
Figura 23. Mortalidad proporcional por enfermedades del sistema circulatorio por sexo en la CAPV. 2004



Tumores

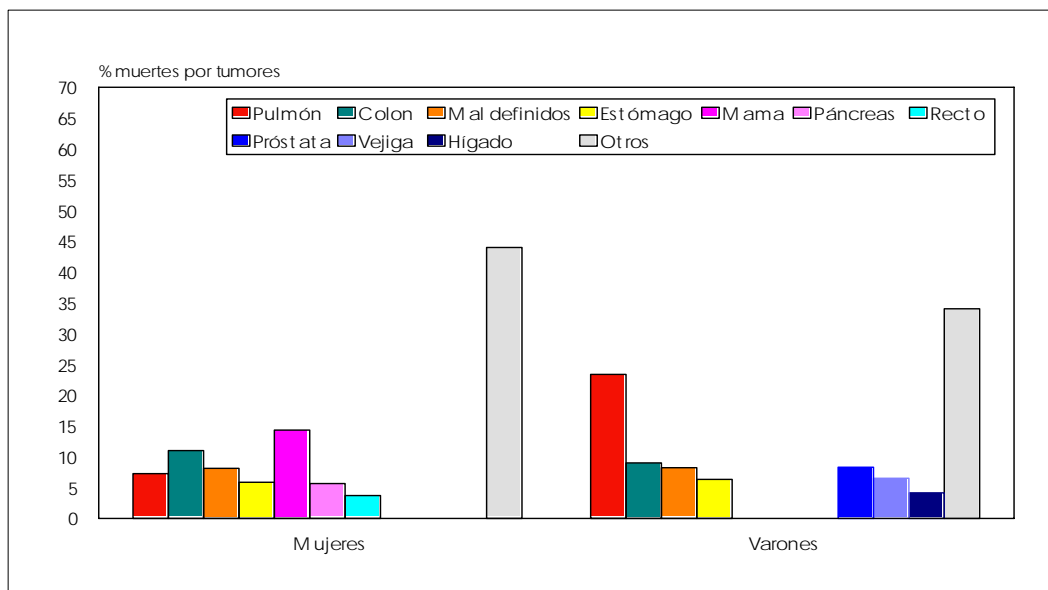
Los tumores ocuparon el segundo lugar (5.479; el 29% del total).

Figura 24. Mortalidad proporcional por tumores en ambos sexos en la CAPV. 2004



En los varones representaron la primera causa de muerte (3.485 defunciones, es decir, el 36% de los varones fallecidos en 2004). Las localizaciones más frecuentes fueron el pulmón, colon y próstata (Fig. 24 y 25).

Figura 25. Mortalidad proporcional por tumores por sexos en la CAPV. 2004



En las mujeres se registraron 1.994 defunciones por tumores (22% de las fallecidas en 2004), siendo los tipos más frecuentes el tumor maligno de mama, colon y tumores malignos mal definidos o secundarios.

Por tumor maligno de mama femenina fallecieron 286 mujeres en el 2004, 1 caso menos que el año anterior; cerca del 70% de estas muertes se han producido después de los 60 años (Fig. 26 y 27).

Figura 26. Mortalidad por tumor maligno de mama femenina y grupo de edad en la CAPV (nº de casos). 2004

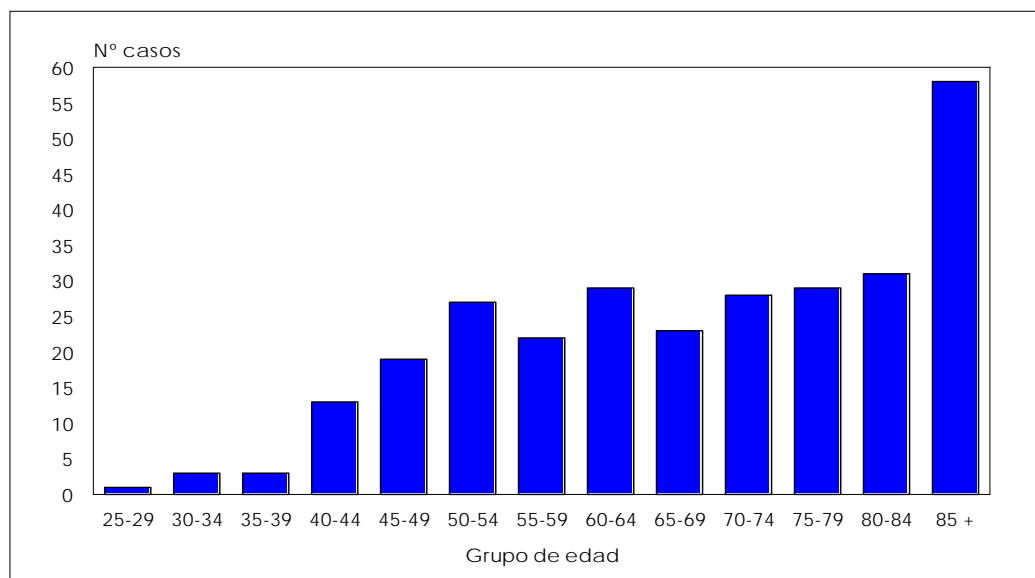
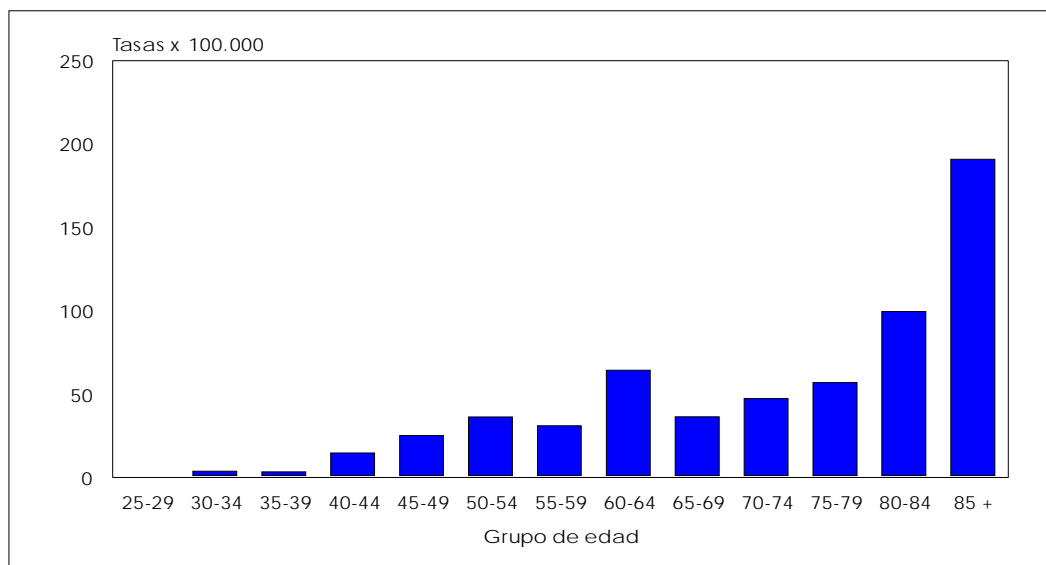


Figura 27. Mortalidad por tumor maligno de mama femenina y grupo de edad en la CAPV (tasas por 100.000). 2004



Enfermedades del sistema respiratorio

Las enfermedades del sistema respiratorio provocaron 1.788 defunciones, el 10% del total. Destacaron en este grupo, tanto en varones como en mujeres, la **Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica (EPOC)** y enfermedades afines, neumonías e insuficiencias respiratorias (Fig. 28 Y 29).

Figura 28. Mortalidad proporcional por enfermedades del sistema respiratorio en ambos sexos en la CAPV. 2004

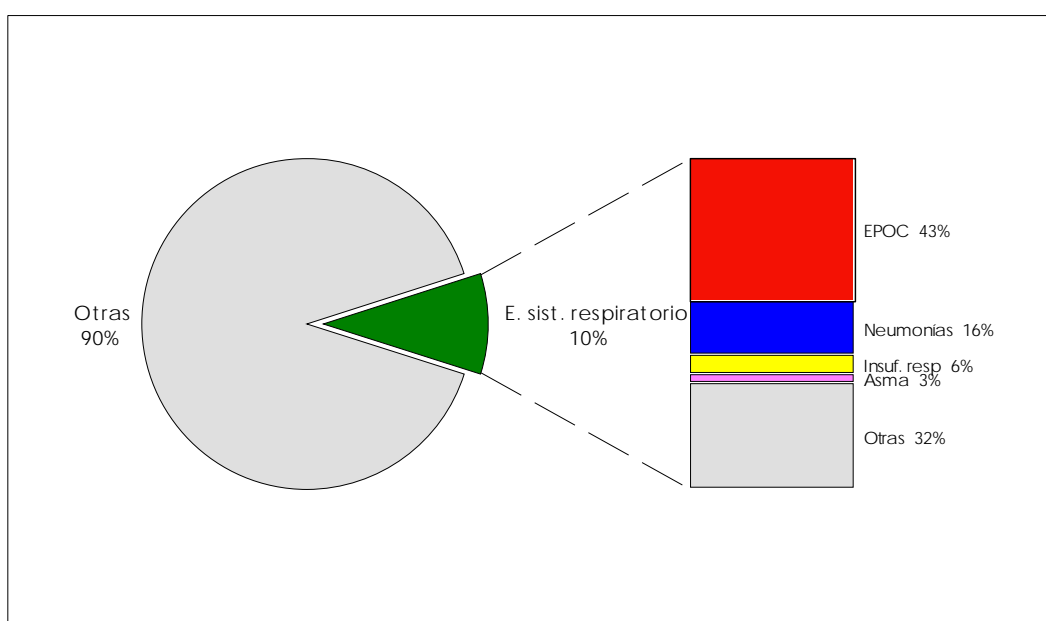
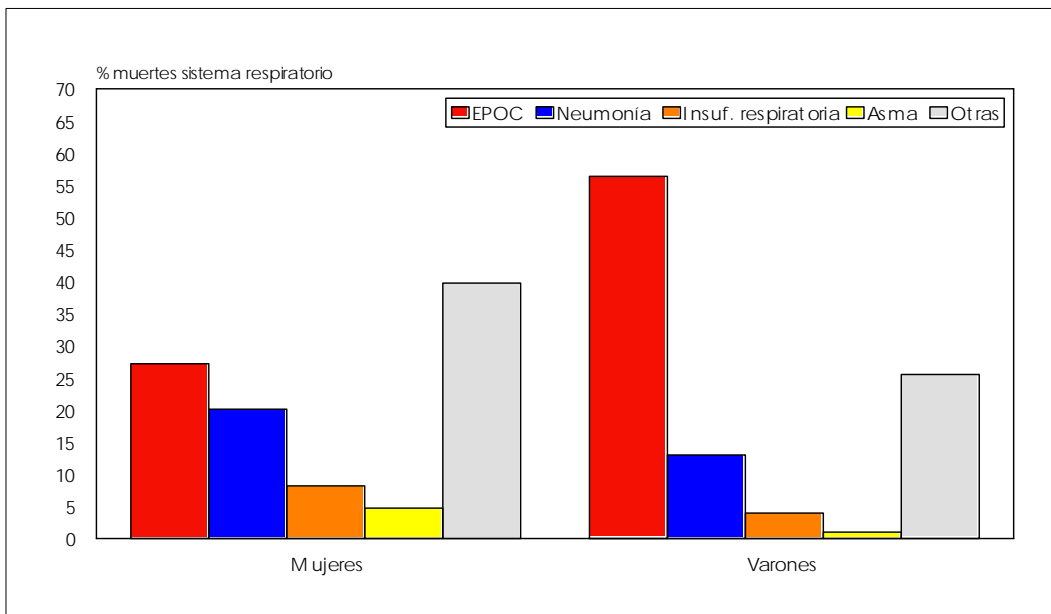


Figura 29. Mortalidad proporcional por enfermedades del sistema respiratorio por sexos en la CAPV. 2004



Enfermedades del sistema digestivo

Este grupo ocupó el cuarto lugar con 1.013 defunciones (5% del total). Destacaron en este grupo las cirrosis y enfermedades crónicas del hígado seguidas de la enfermedad vascular intestinal (Fig. 30 y 31).

Figura 30. Mortalidad proporcional por enfermedades del sistema digestivo en ambos sexos en la CAPV. 2004

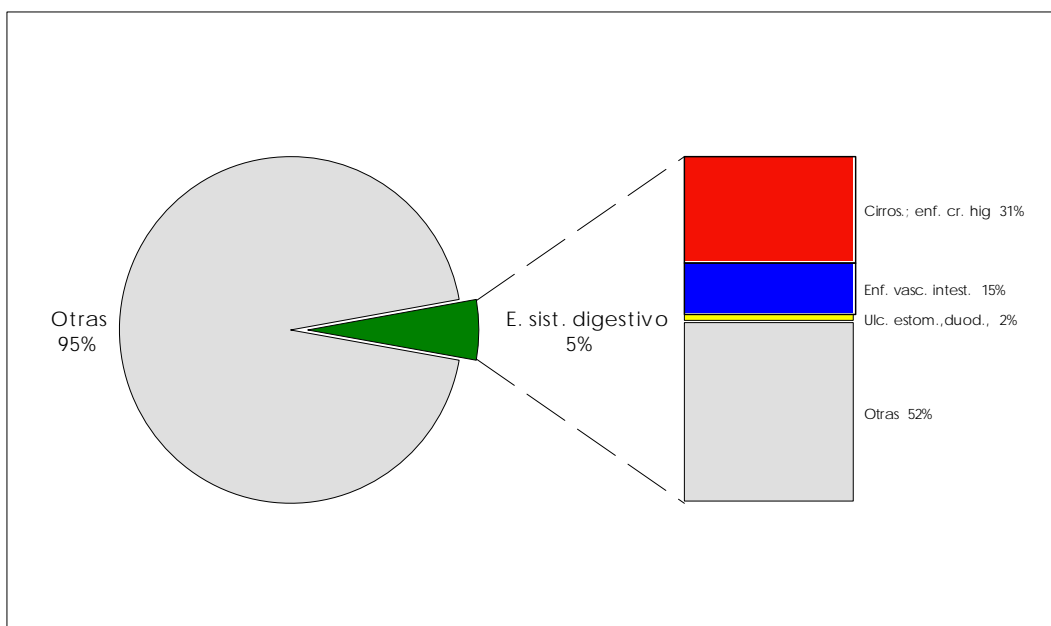
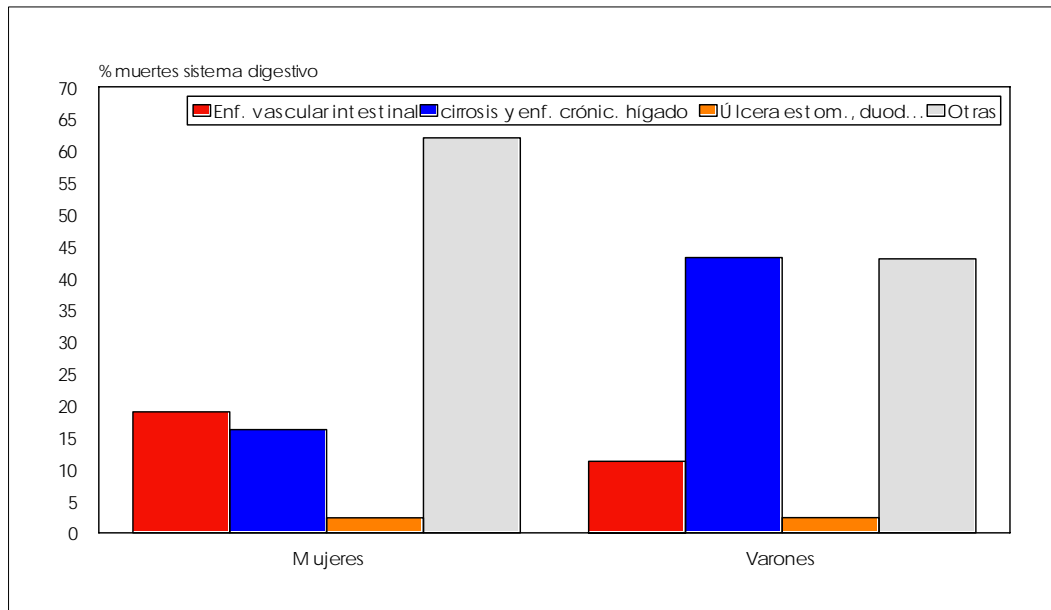


Figura 31. Mortalidad proporcional por enfermedades del sistema digestivo por sexos en la CAPV. 2004



Causas externas

Fallecieron 745 personas a consecuencia de causas externas, ocupando el quinto lugar de las causas de muerte (4%). Entre las causas externas cabe destacar, tanto en varones como en mujeres, los accidentes de tráfico de vehículos a motor con 195 casos, suicidio y autolesiones con 171 y las caídas accidentales con 105 casos. El 65% de personas fallecidas menores de 35 años (153) fue por causas externas (Fig. 32 y 33).

Figura 32. Mortalidad proporcional por causas externas en ambos sexos en la CAPV. 2004

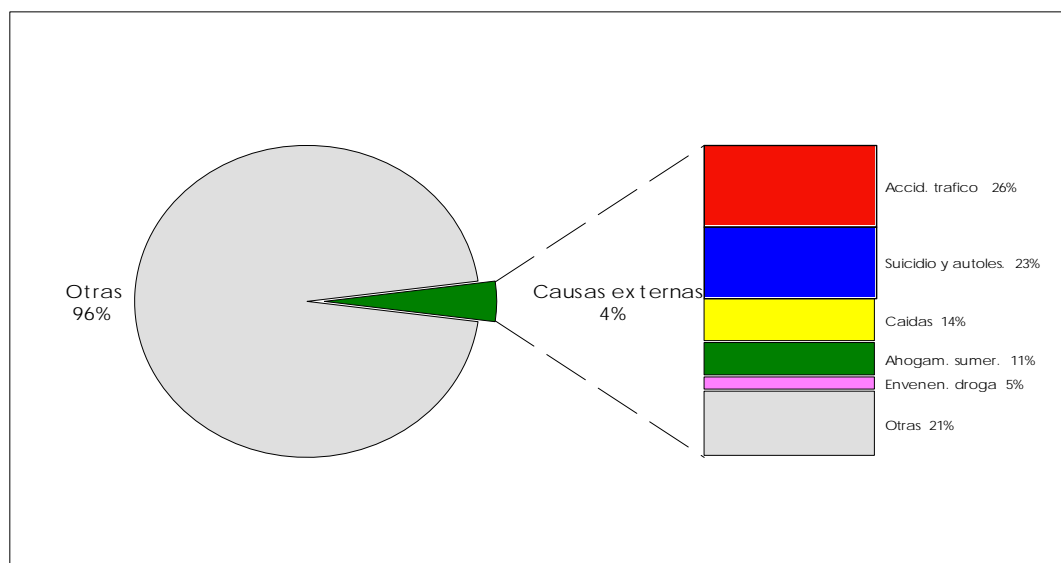
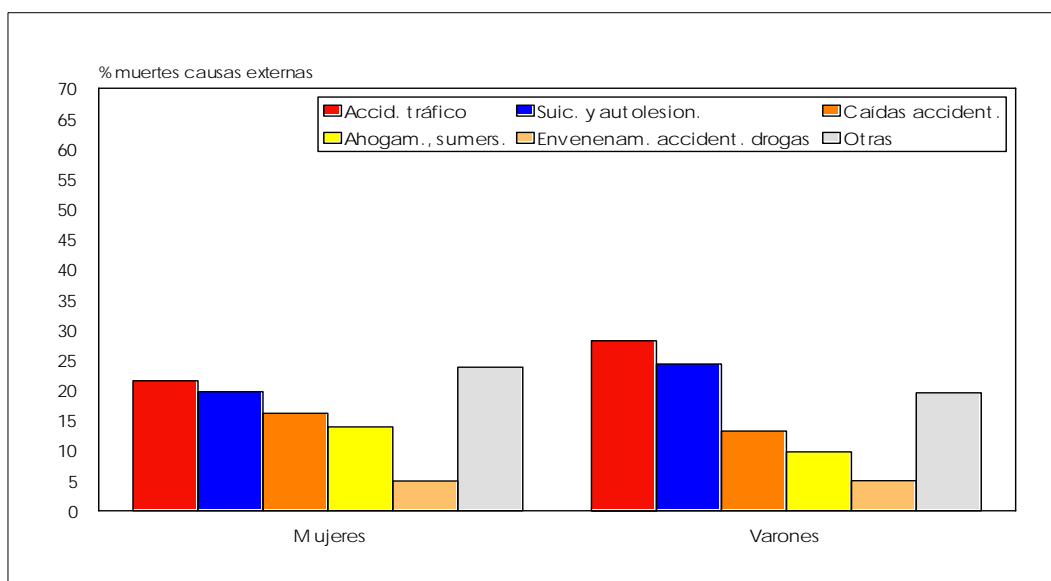


Figura 33. Mortalidad proporcional por causas externas por sexos en la CAPV. 2004



Causas seleccionadas

En la Tabla 9 aparecen seleccionadas las causas de muerte específicas de mayor frecuencia para ambos sexos en la CAPV en el 2004.

Tabla 9. Nº de defunciones, tasas de mortalidad brutas y estandarizadas* (por 100.000) por causas seleccionadas en la CAPV. 2004

CIE-10	Causa	Casos	Tasa bruta	Tasa estandarizada*
I60-I69	Enfermedad cerebro-vascular	1.584	76,40	41,08
I20-I25	Cardiopatía isquémica	1.554	74,95	43,53
C33-C34	Tumor maligno de pulmón	960	46,30	33,73
J40-J47	EPOC y enfermedades afines	773	37,28	19,54
F00-F09	Trast. mentales orgánicos senil y presenil	760	36,66	18,11
I50	Insuficiencia cardiaca	613	29,57	15,34
C18	Tumor maligno de colon	534	25,76	15,89
G30	Enfermedad de Alzheimer	490	23,63	11,66
E10-E14	Diabetes	469	22,62	12,07
C76-C80, C97	Tumores malignos mal definidos o secundarios	449	21,66	13,89
I10-I15	Enfermedades hipertensivas	406	19,58	10,41
C16	Tumor maligno de estómago	338	16,30	10,37
K70,K73-K74,k76.9	Cirrosis y enf. crónicas del hígado	311	15,00	11,31
C61	Tumor maligno de próstata**	290	28,64	20,70
J12-J18	Neumonias	290	13,99	7,38
C50	Tumor maligno de mama femenina**	286	29,96	17,91

*Tasas estandarizadas con la población europea.

** Las tasas se refieren a las poblaciones del sexo respectivo.

Fuente: Registro de Mortalidad. Dirección de Planificación y Ordenación Sanitaria.

Para comparar la mortalidad de cada uno de los Territorios Históricos con el conjunto de la CAPV se ha utilizado la **Razón de Mortalidad Estandarizada (RME)** (Tabla 10) y su **Intervalo de Confianza (IC)** al 95%⁷.

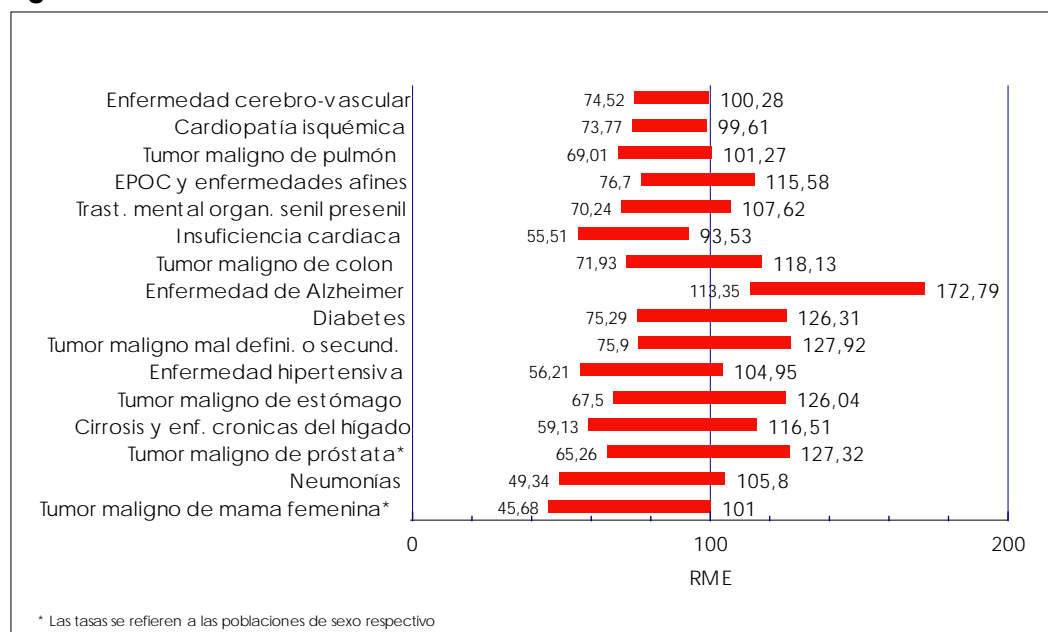
Tabla 10. IC al 95% de la Razón de mortalidad estandarizada (RME) de causas seleccionadas por Territorio Histórico en la CAPV. 2004

CIE-10	Causa	Alava		Bizkaia		Gipuzkoa	
		Casos	RME	Casos	RME	Casos	RME
I60-I69	Enfermedad cerebro-vascular	177	84,40	885	102,33	522	101,04
I20-I25	Cardiopatía isquémica	173	86,69	911	107,25	470	93,07
C33-C34	Tumor maligno de pulmón	107	85,14	557	106,15	296	95,60
J40-J47	EPOC y enfermedades afines	94	96,14	427	100,68	252	100,36
F00-F09	Trast. mentales orgánicos senil y presenil	87	88,93	421	102,23	252	100,65
I50	Insuficiencia cardiaca	59	74,52	333	100,25	221	109,59
C18	Tumor maligno de colon	65	95,03	306	104,38	163	94,53
G30	Enfermedad de Alzheimer	89	143,07	252	94,17	149	93,01
E10-E14	Diabetes	60	100,80	256	99,62	153	100,32
C76-C80, C97	Tumores malignos mal definidos o secundarios	59	101,91	244	99,22	146	100,56
I10-I15	Enfermedad hipertensiva	42	80,58	236	106,80	128	96,32
C16	Tumor maligno de estómago	42	96,77	189	101,92	107	98,03
K70,K73-K74,k76.9	Cirrosis y enf. crónicas del hígado	36	87,82	179	105,39	96	95,85
C61	Tumor maligno de próstata*	37	96,29	169	106,19	84	90,89
J12-J18	Neumonías	29	77,57	164	104,18	97	101,90
C50	Tumor maligno de mama femenina*	27	73,34	158	101,11	101	108,69

* Las tasas se refieren a las poblaciones del sexo respectivo.

Fuente: Registro de Mortalidad. Dirección de Planificación y Ordenación Sanitaria.

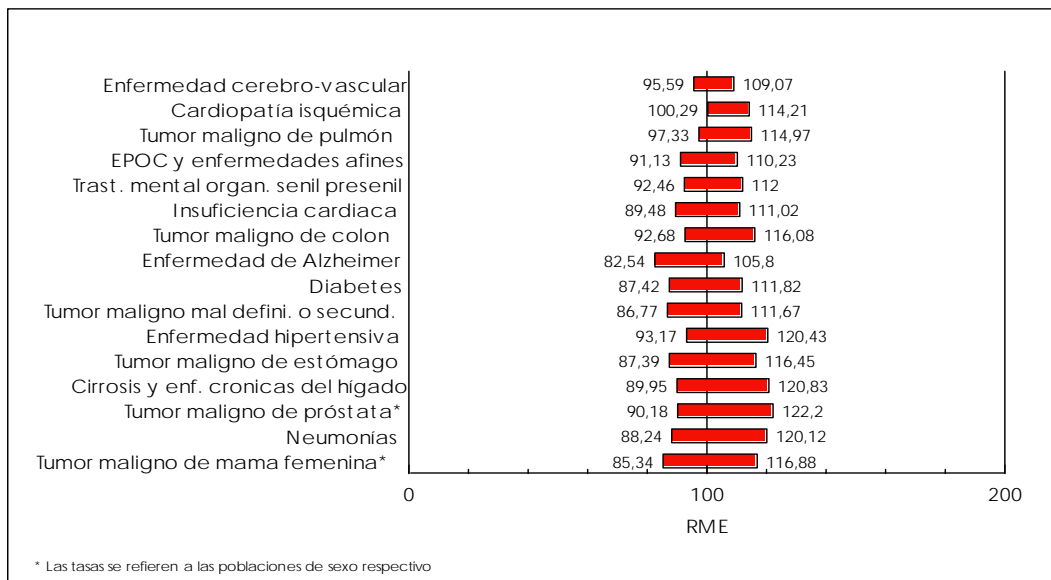
Figura 34. IC al 95% de RME de causas seleccionadas en Álava. 2004



⁷ Hay que tener en consideración una causa de muerte cuando el IC no incluye el valor 100.

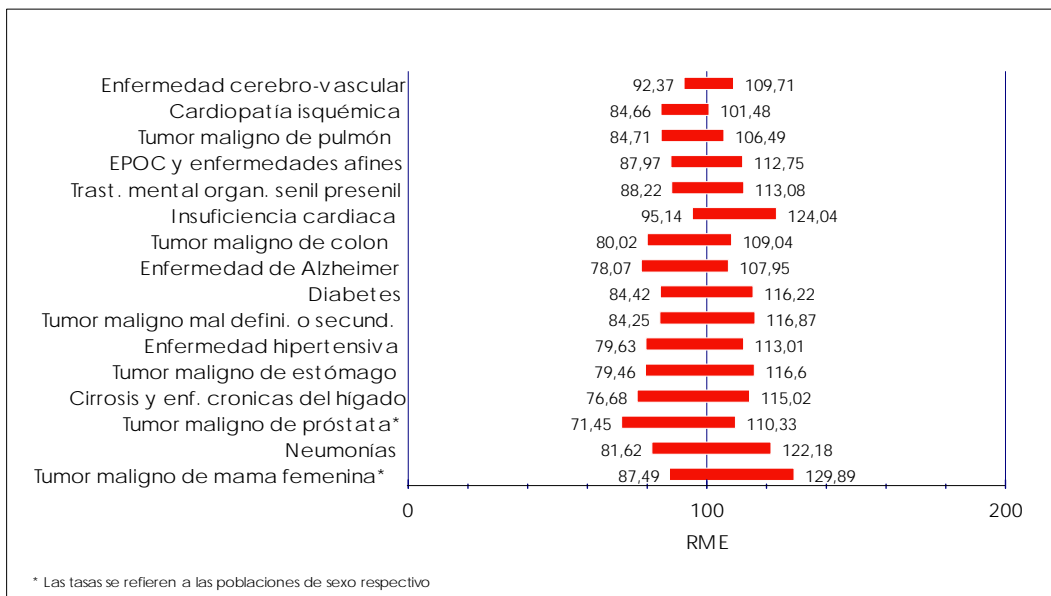
En las Figuras se representan por Territorio Histórico los IC para las causas seleccionadas. En Álava, se puede destacar una menor mortalidad, con respecto al total de la CAPV, de la insuficiencia cardíaca y de la cardiopatía isquémica (Fig. 34).

Figura 35. IC al 95% de RME de causas seleccionadas en Bizkaia. 2004



En Bizkaia, ninguna de las causas de muerte seleccionadas ha destacado frente al conjunto de la CAV. (Fig. 35).

Figura 36. IC al 95% de RME de causas seleccionadas en Gipuzkoa. 2004

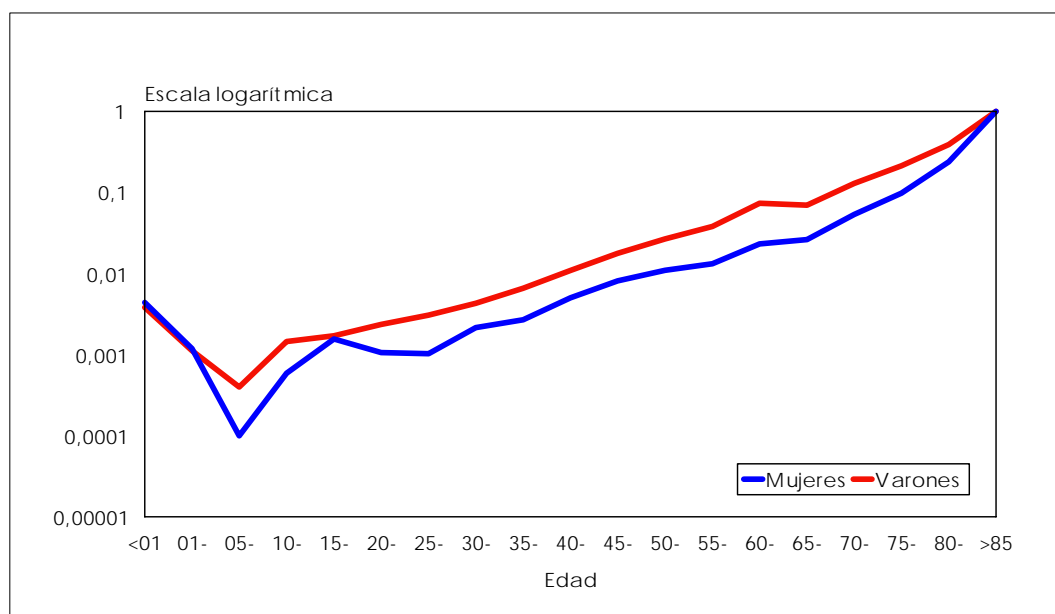


En Gipuzkoa, al igual que en Bizkaia, ninguna de las causas de muerte seleccionadas ha destacado frente al conjunto de la CAV. (Fig. 36).

Esperanza de Vida

La esperanza de vida al nacimiento, o vida media, en la CAPV en 2004 es de 77 años en varones y de 84 años en mujeres. La probabilidad de morir es más elevada en los varones en todos los grupos de edad excepto en los primeros años (Fig. 37).

Figura 37. Probabilidad de morir por grupo de edad y sexo en la CAPV. 2004



Mortalidad Prematura

En los países desarrollados, con una alta esperanza de vida, la mayor parte de las muertes ocurren en edades avanzadas. De ahí que la mortalidad general no sea un buen indicador de la salud de la población general. En cambio, los **Años Potenciales de Vida Perdidos (APVP)** constituyen en salud pública una buena medida que refleja el impacto causado por la mortalidad en la población más joven.

Tomando como punto de corte los 70 años, analizando por grandes grupos de enfermedades, al igual que en años anteriores, los tumores (41%), las causas externas (20%), enfermedades del aparato circulatorio (16%), las enfermedades del aparato digestivo y las enfermedades infecciosas y parasitarias (ambas con un 7%) han sido en el 2004 las causas de muerte que más años potenciales de vida ha hecho perder tanto a varones como a mujeres.

En la Tabla 11 y Figura 38 se presentan los APVP por sexos y causas seleccionadas.

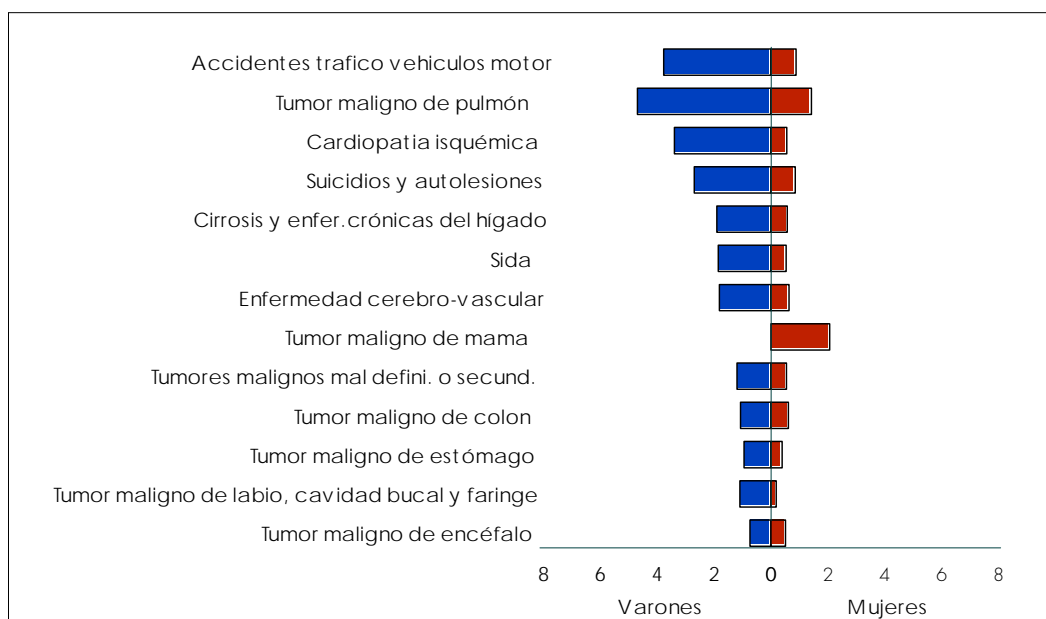
Tabla 11. Años Potenciales de Vida Perdidos por causas en ambos sexos en la CAPV. 2004

CIE-10	Causa	Ambos sexos		Varones		Mujeres	
		APVP	Tasa*	APVP	Tasa*	APVP	Tasa*
C33-C34	Tumor maligno de pulmón	6.118	3,07	4.698	4,81	1.420	1,37
V01-V99	Accidentes tráfico de vehiculos a motor	4.655	2,64	3.772	4,14	883	1,10
I20-I25	Cardiopatía isquémica	3.948	1,95	3.395	3,41	553	0,53
X60-X84	Suicidios y autolesiones	3.550	1,74	2.698	2,64	853	0,82
K70,K73-K74	Cirrosis y enferm. crónicas del hígado	2.480	1,22	1.905	1,92	575	0,55
I60-69	Enfermedad cerebro-vascular	2.450	1,23	1.815	1,78	635	0,69
B20-B24	SIDA	2.388	1,08	1.855	1,68	533	0,48
C50	Tumor maligno de mama	2.063	1,02			2.060	2,02
C76-C80, C97	Tumores malignos mal definidos o secundarios	1.738	0,85	1.195	1,19	543	0,53
C18	Tumor maligno de colon	1.685	0,84	1.073	1,10	613	0,59
C16	Tumor maligno de estómago	1.340	0,66	950	0,95	390	0,38
C00-C14	Tumor maligno labio, cavidad bucal y faringe	1.275	0,64	1.093	1,11	183	0,18
C71	Tumor maligno de encéfalo	1.250	0,65	740	0,79	510	0,50

*Tasa estandarizada con la población europea por mil habitantes.

Fuente: Registro de Mortalidad. Dirección de Planificación y Ordenación Sanitaria.

Figura 38. Años Potenciales de Vida Perdidos por causas en ambos sexos en la CAPV. 2004



PROTECCIÓN DE LA SALUD

Los programas de Protección de la salud tienen como objetivo controlar y proteger el marco en el que se desarrolla la vida de la población. Se trata de detectar lo antes posible la alteración, degradación o adulteración de una serie de elementos -aire, agua, alimentos- que condicionan decisivamente la salud de la población para eliminar o, al menos, reducir las consecuencias negativas que se podrían derivar de un medio externo insalubre.

1. AIRE

La contaminación del aire en sus dos vertientes biótica y abiótica es una importante fuente de problemas para la salud. De su control y vigilancia se responsabilizan diferentes Instituciones, además del Departamento de Sanidad. Las actuaciones del Departamento de Sanidad van dirigidas principalmente a vigilar la concentración de contaminantes en el aire y, en caso de que se superen los límites permitidos, a ordenar la adopción inmediata de las medidas necesarias, por parte de los Organismos competentes, para proteger la salud de la población.

Contaminación biótica (polen)

En 2005 se han controlado 41 tipos diferentes de especies polínicas en cada una de las capitales de los tres Territorios Históricos⁸. En la Tabla 12 aparece, desglosado por género, el número de días en que se ha superado el valor umbral⁹ de 50 granos/m³.

Contaminación abiótica

Tomando como referencia los datos facilitados por la Red de Control de la Contaminación Atmosférica de la Comunidad Autónoma del País Vasco, gestionada por el Departamento de Medio Ambiente y Ordenación del Territorio¹⁰, se ha realizado una valoración de la situación

⁸ La red de control de polen se creó en 1991 con el fin de controlar la magnitud de la contaminación biótica y poder proporcionar al sistema sanitario datos sobre recuentos polínicos que le permitan tanto prevenir como responder a las necesidades que se generen.

⁹ El umbral de 50 granos/m³ señala el nivel de concentración capaz de producir síntomas casi al 100% de la población clínicamente sensible al polen; es un valor estimativo ya que el umbral de respuesta ante un alérgeno varía de una persona a otra.

¹⁰ Se han valorado los datos de 38 sensores de la Red facilitados por la Viceconsejería de Medio Ambiente (7 ubicados en Álava, 16 en Bizkaia y 15 en Gipuzkoa).

general¹¹ en cuanto a **partículas en suspensión de corte 10 µm** (PM₁₀), **dióxido de nitrógeno** (NO₂), **dióxido de azufre** (SO₂), **ozono** (O₃), y **monóxido de carbono** (CO).

Tabla 12. Número de días en que se han superado los 50 granos/m³ por especies polínicas en las capitales de cada Territorio Histórico de la CAPV. 2005

	Vitoria-Gasteiz	Donostia-San Sebastián	Bilbao
Alnus	2	8	1
Betula	1	2	0
Corylus	19	3	1
Cupresus	1	7	0
Castanea	1	5	0
Fagus	-	-	-
Quercus	31	19	10
Olea	15	8	2
Pinus	14	5	8
Platanus	1	7	3
Poa	17	7	9
Populus	7	1	0
Salix	6	1	0
Tamarix	-	-	-
Ulmus	0	1	0
Urtica	0	5	2

FUENTE: Laboratorio de Salud Pública.

En el caso de **partículas en suspensión de corte 10 µm** (PM₁₀), el valor límite de la media anual para la protección de la salud, establecido en 40 µg/m³ para el 2005, no se ha superado en ninguno de los sensores. Sí se ha rebasado, en cambio, el valor límite para las medias diarias (50 µg/m³ en más de 35 ocasiones al año) en los sensores de Durango, Arrasate, Basauri, Betoño y Azpeitia.

Por lo que respecta al **dióxido de nitrógeno** (NO₂), no se ha superado ni el límite horario para la protección de la salud (establecido en 250 µg/m³ y que no debe superarse más de 18 veces por año civil) ni el límite anual (establecido en 50 µg/m³).

En cuanto al **dióxido de azufre** (SO₂) en ningún sensor se han superado las limitaciones establecidas para la protección de la salud: ni el límite horario (350 µg/m³) que no se puede superar más de 24 veces por año civil ni el límite diario (125 µg/m³) que no puede superarse en más de 3 ocasiones por año.

¹¹ El Real Decreto 1.073/2002 que traspone las Directivas 1999/30/CE y 2000/69/CE marca las normas de calidad de aire en lo referente a dióxido de azufre, dióxido de nitrógeno, partículas, plomo, benceno y monóxido de carbono, estableciendo unos periodos de adaptación hasta 2005 ó 2010, según el caso, que se han tenido en cuenta a la hora de citar los valores límite que se mencionan a continuación. El Real Decreto 1796/2003 que traspone la Directiva 2002/3/CE relativa a la calidad del aire en relación con el ozono, estableció nuevos valores límite para la protección de la salud. Así, como objetivo de calidad para la protección de la salud (de cara a 2010) estableció el valor de 120 µg/m³ como límite máximo de las medias octohorarias del día (que no deberá superarse en más de 25 ocasiones por año civil en un periodo de tres años). El umbral de información a la población se mantiene en 180 µg/m³ (media horaria) y el umbral de alerta en 240 µg/m³ (media horaria).

Los valores registrados para el **monóxido de carbono** (CO) en los sensores han quedado muy por debajo del límite octohorario establecido (10.000 $\mu\text{g}/\text{m}^3$).

Con respecto a la contaminación por **ozono** (O_3), en 2005 se ha superado el umbral de información a la población (180 $\mu\text{g}/\text{m}^3$) en los sensores de Azpeitia (5h), Jaizkibel (5h), Zalla (4h), Izki (3h), Muskiz (3h), Basauri (1h), Getxo (1h), Mundaka (1h) y Pagoeta (1h). Por otra parte, se ha superado el umbral para la protección de la salud (120 $\mu\text{g}/\text{m}^3$ como límite máximo de las medias octohorarias del día y propuesto como objetivo a cumplir en 2010) en 25 ocasiones en los sensores de Izki y Jaizkibel.

Entre los sensores gestionados directamente por el Departamento de Sanidad hay cinco captadores de alto volumen y otros cuatro de pequeño volumen, para **partículas en suspensión de corte 10 μm** . Entre los primeros se ha observado la superación del umbral de 40 $\mu\text{g}/\text{m}^3$ en M^a Díaz de Haro y Erandio-Arriagas. Entre los de bajo volumen las medias anuales no han superado el umbral.

La legislación relativa a la contaminación abiótica va siendo cada vez más restrictiva, por lo que, bajo el liderazgo del Departamento de Medio Ambiente y Ordenación del Territorio, se han elaborado planes específicos con propuestas concretas de actuación en diferentes ámbitos para tratar de prevenir o corregir situaciones problemáticas en determinadas zonas de la CAPV.

2. AGUAS DE CONSUMO

El Decreto 178/2002 regula el sistema de control, vigilancia e información de la calidad de las aguas de consumo público en la CAPV y establece que todos los sistemas de abastecimiento deben disponer de una **Unidad de Control y Vigilancia** (UCV) que redacte y lleve a cabo los programas de control y gestión de los abastecimientos, de acuerdo con lo establecido en el RD 140/2003. El Departamento de Sanidad supervisa todos los sistemas de abastecimiento, realiza una vigilancia complementaria y valora la calidad del agua de consumo de todas las localidades de la CAPV.

En 2005, el programa de vigilancia sanitaria y control de las aguas de consumo del Departamento de Sanidad ha incluido, en el apartado de vigilancia especial, el análisis de los contenidos de trihalometanos (cloroformo, bromoformo, bromodiclorometano y dibromoclorometano), plaguicidas (organoclorados, organofosforados, N- metil carbamatos, triazinas), hidrocarburos aromáticos policíclicos, benceno, cloratos y cloritos. Todos los resultados de estos análisis han sido conformes con la legislación vigente.

En 2005 todas las UCVs autorizadas en la CAPV se han incorporado al sistema de información de aguas de consumo de la CAPV (EKUIS), iniciando la grabación electrónica de los boletines de análisis de manera regular.

En la tabla 13 se presenta el resumen de los datos de calidad del agua de 2005 por Territorio Histórico y, en las figuras 39 y 40, su evolución a lo largo de los últimos años. En 2005 el 96 % de los ciudadanos vascos han recibido agua con la calificación de satisfactoria o tolerable. En el Territorio de Gipuzkoa se ha producido un incremento en el número de personas abastecidas con agua de calificación satisfactoria. Los datos globales de la Comunidad indican que en los últimos años se mantiene una tendencia creciente en el número de personas que disponen de agua de calidad y con garantías sanitarias (Figuras 39 y 40).

Tabla 13. Calificación de los municipios en relación a la calidad de aguas de consumo por Territorios Históricos en la CAPV. 2005

Álava					
Situación¹	Municipios 2005	Habitantes 2005	Porcentaje de población afectada		
			2005	2004	2003
Satisfactoria	41	277.838	97,0	95,7	93,7
Tolerable	3	1.521	0,5	2,1	3,7
Deficiente	7	7.028	2,5	2,2	2,6
Bizkaia					
Situación	Municipios 2005	Habitantes 2005	Porcentaje de población afectada		
			2005	2004	2003
Satisfactoria	81	1.090.372	96,2	97,4	96,9
Tolerable	12	17.891	1,6	1,4	1,4
Deficiente	17	25.279	2,2	1,2	1,7
Gipuzkoa					
Situación	Municipios 2005	Habitantes 2005	Porcentaje de población afectada		
			2005	2004	2003
Satisfactoria	61	587.457	85,5	78,0	82,7
Tolerable	7	46.997	6,8	16,0	11,4
Deficiente	20	51.597	7,6	6,0	5,9
Comunidad Autónoma del País Vasco					
Situación	Municipios 2005	Habitantes 2005	Porcentaje de población afectada		
			2005	2004	2003
Satisfactoria	183	1.955.667	92,9	91,0	92,0
Tolerable	22	66.409	3,1	6,0	4,9
Deficiente	44	83.904	4,0	3,0	3,1

(1) **Satisfactoria:** Agua calificada como APTA PARA EL CONSUMO, al menos, en el 95% de los análisis.

Tolerable: Agua calificada como NO APTA entre el 5 y el 10% de los análisis.

Deficiente: Agua calificada como NO APTA en más del 10% de los análisis.

FUENTE: Unidades de Sanidad Ambiental.

En 2005 se ha dado difusión al informe de valoración de la situación de la contaminación del agua de consumo con **plomo procedente de tuberías** domésticas en viviendas anteriores a 1950. La valoración se hizo a partir del análisis del contenido de plomo en muestras de agua tomadas a primera hora de la mañana, antes de utilizar el agua para ningún otro uso, en una muestra de aproximadamente 600 viviendas elegidas al azar.

Figuras 39/40. Evolución de población afectada por aguas de consumo con calificación "satisfactoria", "tolerable" y "deficiente" en la CAPV. 1991-2005

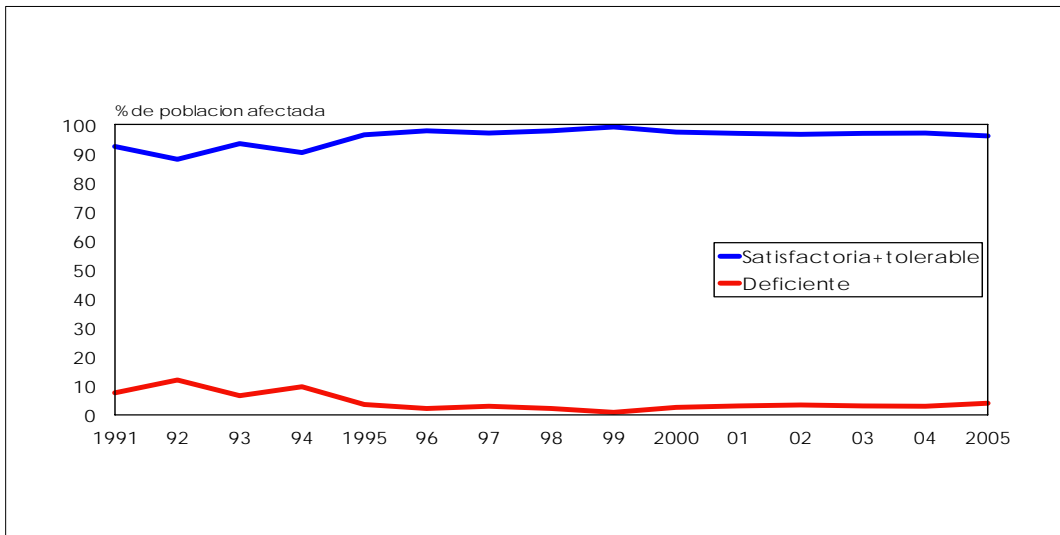
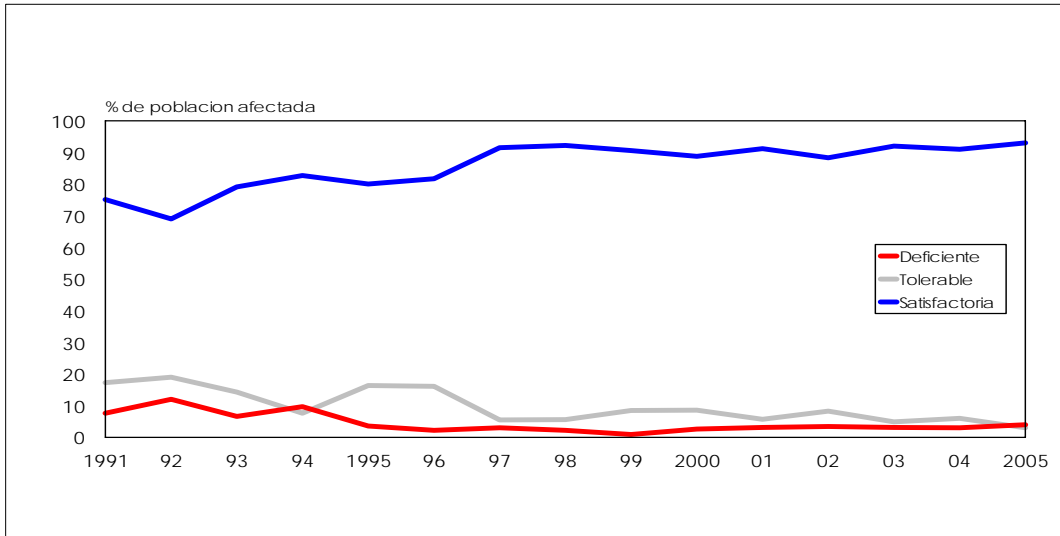


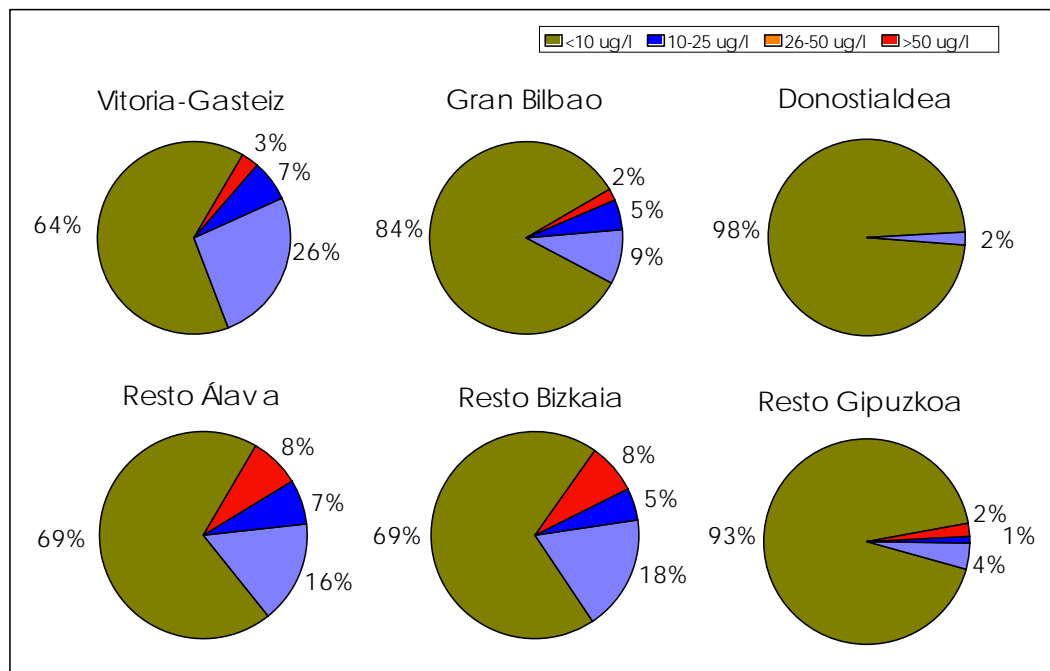
Tabla 14. Concentración de plomo en muestras de agua de primera extracción en viviendas construidas antes de 1950 por grandes zonas en la CAPV

Concentración de Pb en agua	Vitoria-Gasteiz	Resto de Álava	Gran Bilbao	Resto de Bizkaia	Donosti-aldea	Resto de Gipuzkoa
< 10 µg/l	64	69	84	69	98	93
10-24 µg/l	26	16	9	18	2	4
25-49 µg/l	7	7	5	5	---	1
> 50 µg/l	3	8	2	8	---	2

- **10 µg/l:** valor guía establecido por la OMS y recogido por la Directiva 98/83 y el Decreto 140/2003. Un agua con esta concentración empleada de manera continuada para la reconstitución de leches infantiles originaría una exposición a plomo en lactantes equivalente al 50 % de la ingesta diaria tolerable (IDT).
- **25 µg/l:** valor de referencia temporal, establecido en la Directiva y en el Decreto anterior. Un agua con esta concentración empleada de manera continuada para la reconstitución de leches infantiles originaría una exposición a plomo en lactantes equivalente al 120 % de la IDT.
- **50 µg/l:** límite establecido en la norma vigente en España hasta 2003 (RD 1138/1990). Empleada de manera continuada para la reconstitución de las leches infantiles originaría una exposición a plomo en lactantes equivalente al 250% de la IDT.

El grupo de población a mayor riesgo, en el caso del plomo del agua, es el de lactantes que consumen leches artificiales, pues en ellos la exposición por unidad de peso es mayor.

Figura 41. Concentración de plomo en muestras de agua de primera extracción en viviendas construidas antes de 1950 por grandes zonas en la CAPV



Se superó el valor guía de 10 $\mu\text{g/l}$ de plomo establecido por la OMS en, aproximadamente, el 16% de las viviendas construidas antes de 1950 del Gran Bilbao y en el 30 % de las viviendas de Álava y Bizkaia. En Donostialdea, las viviendas con agua por encima de 10 $\mu\text{g/l}$ no alcanzaron el 2 %, y en el resto de municipios de Gipuzkoa se aproximaron al 7 %. El número de viviendas con concentración de plomo por encima de 25 $\mu\text{g/l}$ y 50 $\mu\text{g/l}$ fue sensiblemente inferior en Gipuzkoa que en el resto de Territorios¹² (Tabla 14 y Fig. 41).

3. PLAN DE SEGURIDAD ALIMENTARIA

El objetivo del Plan de Seguridad Alimentaria es garantizar la producción y suministro a la población de alimentos seguros.

La consecución de este objetivo se lleva a cabo mediante una serie de programas que van dirigidos, por un lado, a autorizar, vigilar y hacer el seguimiento de los establecimientos que elaboran, manipulan, distribuyen

¹² Utilizando los resultados encontrados y las estadísticas de población y vivienda del EUSTAT, el número de viviendas construidas antes de 1950 que superarían los 10 $\mu\text{g/l}$ de plomo en agua tras periodos largos de retención se puede estimar en 3.700 en Álava, 12.600 en Bizkaia, y 1.900 en Gipuzkoa.

o comercializan alimentos y, por otro, a controlar y garantizar la calidad sanitaria de los alimentos que se ofertan a la población.

Programas de vigilancia y control de establecimientos que elaboran, manipulan, distribuyen o comercializan alimentos

El **programa de autorizaciones sanitarias de funcionamiento** tiene como fin que todo establecimiento o actividad de carácter industrial dedicado a la elaboración, almacenamiento o distribución de alimentos se halle convenientemente inscrito en el Registro General Sanitario de Alimentos. Para ello, sus instalaciones y procesos deben ajustarse a lo establecido por la normativa correspondiente. Estas inscripciones iniciales deben convalidarse cada 5 años¹³.

Los establecimientos de comercio minorista o detallista no se hallan sujetos a esa inscripción, pero sí precisan de la correspondiente autorización sanitaria de funcionamiento para desarrollar su actividad (Tabla 15).

Tabla 15. Registro sanitario y autorizaciones sanitarias de establecimientos alimentarios en la CAPV. 2005

	Autorizados (nuevos)	Convalidados	Bajas
Registro sanitario	135	225	124
Autorización sanitaria	608	128	185

FUENTE: Unidades de Control de Alimentos.

Durante 2005 se ha continuado con la implantación del **Plan de normalización de las actividades de control oficial de alimentos**. Sus objetivos son, por un lado, normalizar la *sistemática de inspección* de establecimientos, que garantice la uniformidad de criterios de inspección y, por otro, establecer una *priorización en las inspecciones* a los establecimientos para garantizar la calidad sanitaria de los alimentos.

Con este sistema los establecimientos alimentarios son gestionados en función del riesgo que suponen para la salud de la población y en función del tipo de producto, del tipo de actividad y procesado, de la población de impacto, de las condiciones higiénico-sanitarias y, finalmente, de confianza en base a antecedentes históricos.

Este riesgo permite priorizar las inspecciones sobre los establecimientos y, asignando una frecuencia de inspección en función del riesgo, determinar cuándo realizar visitas de inspección al establecimiento.

¹³ En función de la diversidad de líneas de productos elaborados, un mismo establecimiento puede encontrarse disponiendo de más de un registro sanitario. De ahí que se obvie en este Informe el censo total de registros pues podría inducir a error.

Se ha continuado impulsando, como una herramienta eficaz para prevenir riesgos sanitarios derivados del consumo de alimentos, la **implantación, por parte de las empresas de elaboración, de un programa de autocontrol**, es decir, **de sistemas de aseguramiento de la calidad basados en el sistema HACCP**¹⁴.

En la actualidad se exige la presentación de estudios de autocontrol a las empresas dedicadas a la elaboración de productos cárnicos, lácteos, derivados de la pesca, cocinas centrales, industrias de platos preparados y pastelerías industriales¹⁵ (Tabla 16).

Tabla 16. Proyectos de autocontrol de industrias alimentarias en la CAPV. 2005

Tipo de industria	Número de proyectos	
	Presentados	Aprobados
Cárnica	99	77
Pesquera	97	83
Láctea	69	64
Otros	114	74
Total	379	298

FUENTE: Unidades de Control de Alimentos.

Para formar al personal técnico de Salud Pública en auditorías de autocontrol, se han celebrado seis cursos de una semana de duración.

Por su parte, el **Servicio de inspección permanente en los mataderos** de la CAPV tiene como misión efectuar los controles necesarios para garantizar la salubridad de los productos obtenidos en los mismos, velar por el cumplimiento de las condiciones de bienestar animal y desarrollar labores de vigilancia y registro de las principales enfermedades zoonóticas.

Se han inspeccionado 372.228 animales de grandes especies y 10.509.613 aves y conejos (Tabla 17). Se han obtenido 57.972 toneladas de carne, lo que supone una disminución del 28% respecto al año anterior.

Se han realizado 806 **decomisos totales** en grandes especies, fundamentalmente por procesos inflamatorios en bovino y por bajas *ante-mortem* en ovino/caprino y en porcino (Tabla 18).

Tabla 17. Volumen de sacrificio y decomisos totales y parciales por especies animales en mataderos de la CAPV. 2005

	Especie animal					
	Bovino	Ovino/ caprino	Porcino	Aves	Conejos	Equino
Nº sacrificios	111.901	209.744	50.050	9.485.704	11.023.909	533
Toneladas de carne	30.969	1.793	3.532	21.416	2.251	37
Nº decomisos totales	384	336	85	138.138	9.193	1

FUENTE: Unidades de Control de Alimentos.

¹⁴ La Administración aprueba y supervisa los sistemas HACCP (**H**azard **A**nalysis and **C**ritical **C**ontrol **P**oint) presentados por las empresas.

¹⁵ Tras su estudio y aprobación, se supervisa su validez y ejecución.

Tabla 18. Número de decomisos totales en mataderos por causas y grandes especies en la CAPV. 2005

Causa del decomiso	Especie animal		
	Bovino	Ovino/Caprino	Porcino
Proc. inflamatorios	156	60	1
Tuberculosis	18	-	-
Bajas <i>ante mortem</i>	55	113	82
Residuos en carne	5	--	-
Caquexia	16	17	-
Otras causas	134	146	2
Total	384	336	85

FUENTE: Unidades de Control de Alimentos.

Por último, en el **programa de prevención y vigilancia de las encefalopatías espongiiformes en rumiantes** se han retirado de la cadena alimentaria todos los materiales de riesgo (MER) de los animales de las especies bovina, ovina y caprina.

Para controlar la retirada de la columna vertebral a las canales procedentes de bovinos mayores de doce meses, se ha procedido a realizar el control sobre la actividad de extracción de la columna vertebral, mediante visitas de inspección tanto en establecimientos autorizados, como en establecimientos que no habían solicitado autorización, para verificar en cada caso el cumplimiento de las exigencias establecidas. En las visitas de inspección en las que ha sido necesario, se han establecido las medidas correctoras pertinentes (Tabla 19).

Tabla 19. Número de Inspecciones realizadas en establecimientos de la CAPV en relación con la retirada de la columna vertebral (MER) en la CAPV. 2005

	Establecimientos autorizados			Establecimientos sin autorización		
	Nº	Visitados	%	Nº	Visitados	%
CAPV	1.137	461	41	890	203	23

FUENTE: Unidades de Control de Alimentos.

Programas de control y garantía de la calidad sanitaria de los alimentos que se proponen al consumo de la población

La **seguridad química de los alimentos** se controla y garantiza, por un lado, mediante la determinación de las ingestas de contaminantes y nutrientes a través del Estudio de Dieta Total y, por otro, mediante la realización de controles selectivos especialmente a través del Plan de investigación de residuos de medicamentos de uso veterinario.

Dieta total

La determinación de la ingesta global de un contaminante a través del conjunto de la dieta es la mejor manera de valorar los riesgos asociados a su presencia en los alimentos.

A lo largo de este año se han vigilado las ingestas de arsénico, mercurio, plomo y cadmio, así como las de nitrato, nitrito y sulfito. En todos los casos, las ingestas medias estimadas están muy por debajo de los valores considerados seguros.

Plomo y cadmio han aparecido ampliamente distribuidos en los diferentes grupos de alimentos de la dieta. La ingesta media semanal de plomo durante 2005 fue de 4,74 $\mu\text{g}/\text{kg}$ de peso, un 19% del valor toxicológico de referencia. Se ha producido un notable descenso de la ingesta respecto al año anterior debido a la disminución drástica de las concentraciones determinadas en el grupo de las frutas. La ingesta de cadmio semanal correspondiente también a 2005 ha sido de 0,93 $\mu\text{g}/\text{kg}$ de peso, un 14% del valor de referencia.

El **mercurio y arsénico** que se ingieren con la dieta proceden casi exclusivamente del grupo de pescados y por ello sólo se vigilan en este grupo. La ingesta media semanal de mercurio durante 2005 ha sido de 1,54 $\mu\text{g}/\text{kg}$ de peso, lo que representa un 31% del valor de referencia.

En los pescados el arsénico se encuentra mayoritariamente en forma orgánica; el porcentaje de la forma más tóxica (arsénico inorgánico) es muy bajo. De hecho la ingesta media semanal de arsénico inorgánico ha sido de 0,25 $\mu\text{g}/\text{kg}$ de peso, un 1,7 % del valor de referencia (Tabla 20), aunque la ingesta de arsénico total ha sido de 28,4 $\mu\text{g}/\text{kg}$ de peso.

Tabla 20. Ingestas de arsénico, mercurio, plomo y cadmio en la dieta de la CAPV. 2005 (entre paréntesis los porcentajes respecto a los límites FAO/OMS)

	INGESTAS MEDIAS SEMANALES ($\mu\text{g}/\text{kg}$ de peso) (*)	LIMITES FAO/OMS ($\mu\text{g}/\text{kg}$ de peso y semana) (*)
Arsénico total	28,4	
Arsénico inorgánico	0,25 (1,7%)	15(**)
Mercurio	1,54 (31%) (***)	5
Plomo	4,74 (19%)	25
Cadmio	0,93 (14%)	7

(*) Se ha considerado un peso medio poblacional de 68 kg, que fue el determinado en la última encuesta nutricional de adultos de la CAPV

(**) Para el arsénico, el único valor de referencia toxicológico es la **Ingesta Semanal Tolerable Provisional (PTWI) para arsénico inorgánico** que es de 15 $\mu\text{g}/\text{kg}$ de peso

(***) Para calcular la ingesta total de mercurio se ha considerado que en los grupos de la dieta diferentes al de pescados, la concentración de mercurio es la del límite de determinación.

FUENTE: Estudio de Dieta Total.

Las ingestas de **nitrato** y **nitrito** se han estimado a través de su determinación en tres grupos de la dieta: derivados cárnicos, patatas y hortalizas y verduras (Tabla 21).

Tabla 21. Ingesta de nitratos y nitritos en la dieta de la CAPV. 2005 (entre paréntesis los porcentajes de las Ingestas Diarias Admisibles-IDAs)

	Ingestas medias diarias mg/kg de peso (*)	Ingesta Diaria Admisible (IDA) mg/kg de peso (*)
Nitratos	0,79(21%)	3,7
Nitritos	<0,022 (<31%)	<0,07

(*)Expresadas como iones nitrato y nitrito respectivamente.

FUENTE: Estudio de Dieta Total.

Las concentraciones medias de nitratos en las aguas potables de consumo público de la mayor parte de la CAPV son bajas, oscilan alrededor de 5 mg/l. Asumiendo un consumo de agua diario de un litro, esto supondría 5 mg de nitrato adicionales, con lo que la ingesta diaria total habría alcanzado los 0,87 mg/kg de peso de media en 2005, y hubiese representado un 24% de la Ingesta Diaria Admisible.

Las verduras han supuesto el principal aporte de nitrato a la dieta, un 78%. El aporte debido a las patatas supone un 9%; y el de los derivados cárnicos un 5%. El 8% restante sería el aportado por el agua potable.

Las concentraciones de nitritos en las aguas de consumo público son siempre, salvo casos muy puntuales, inferiores a los límites de determinación y por tanto no se tienen en cuenta para la estimación de las ingestas.

Se ha seguido vigilando la ingesta de **sulfitos** ya que se utilizan en una gran variedad de alimentos como aditivos conservadores. Mediante su determinación en los grupos de derivados cárnicos y bebidas alcohólicas (los dos únicos en los que han aparecido en concentraciones medibles), se ha calculado una ingesta media diaria de sulfito que ha oscilado entre 0,28 y 0,34 mg/kg de peso expresado como SO₂, lo que supone entre un 40% y un 49 % de la Ingesta Diaria Admisible establecida por la OMS. Casi todo el aporte ha procedido del grupo de bebidas alcohólicas.

Plan de investigación de residuos de medicamentos veterinarios en alimentos

En el año 2001 se puso en marcha, junto con el Departamento de Agricultura y los Servicios de Ganadería de las Diputaciones Forales, un plan cuyo objetivo principal era "Reducir la prevalencia de todos los grupos de residuos en alimentos de origen animal hasta un 0,5%, para antes del 2006". En estos grupos se hallan incluidos tanto los residuos de

medicamentos y plaguicidas, como los contaminantes medioambientales.

El cumplimiento de este objetivo se pretende alcanzar a través del fomento de adecuadas prácticas en los diferentes ámbitos que intervienen en la distribución, prescripción y administración de medicamentos, y mediante el establecimiento de sistemas eficaces de control.

Los resultados obtenidos como consecuencia de la puesta en marcha de este plan de acción son los que a continuación se relacionan.

Tabla 22. Resultados del control de productos de origen animal. 2005

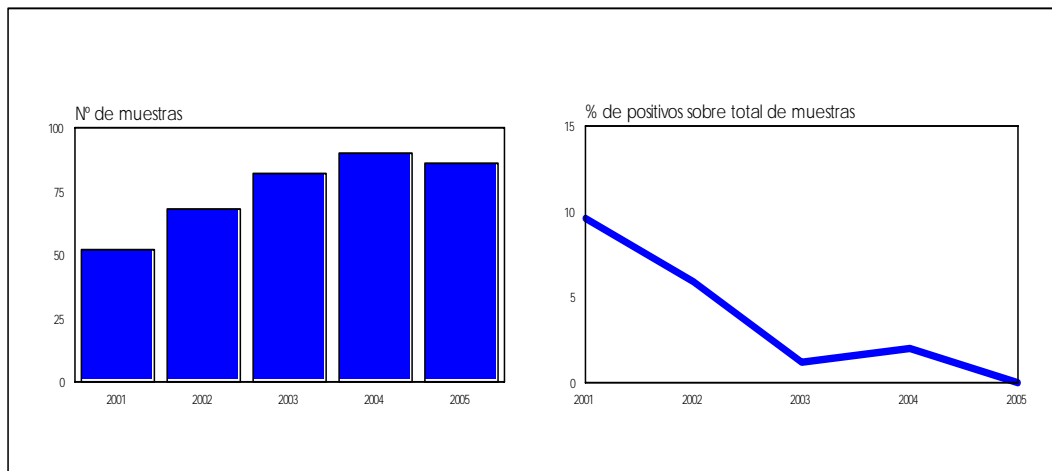
Grupo sustancias	Muestreo Aleatorio		Muestreo bajo sospecha	
	Nº muestras	% muestras con concentraciones superiores a norma	Nº muestras	% muestras con concentraciones superiores a norma
Prohibidas				
Estilbenos	120	0	2	0
Tireostáticos	16	0	1	0
Esteroides	120	0	2	0
Lactonas	120	0	2	0
β-agonistas	172	0		
Nitroimidazoles	41	0		
Cloranfenicol	37	0		
Nitrofuranos	17	0		
Clorpromacina	7	0		
Autorizadas y contaminantes				
Antimicrobianos	450	0,4	121	2,5
Antiparasitarios	78	0		
Piretroides	11	0		
Tranquilizantes	6	0		
Antiinflamatorios no esteroideos	6	0		
Corticoesteroides	108	0	21	0
Organoclorados y PCBs	47	0	1	0
Organofosforados	4	0		
Metales pesados	94	2,1	9	88,9
Micotoxinas	67	0		
Colorantes	2	0		

FUENTE: Unidades de Control de Alimentos.

En ninguno de los lotes investigados se ha detectado la utilización de sustancias prohibidas.

Una vez que las medidas adoptadas por el programa han permitido la consecución del objetivo en el grupo de las sustancias medicamentosas, como es el caso de los antimicrobianos y los corticoesteroides (Fig. 42), la problemática del plan se ha dirigido hacia los residuos de contaminantes medioambientales.

Figura 42. N° de muestras y % de positivos de corticoides en vacuno menor en la CAPV 2001-2005



Mientras en 2003 fueron las concentraciones de aflatoxina M1 detectadas en leche las que excedieron los límites máximos autorizados, en los últimos años son los metales, como el cadmio y el plomo en equino, los responsables de la superación de estos límites.

En el seguimiento de las explotaciones en las que con anterioridad se habían detectado incidentes con metales, no se han podido establecer las fuentes de contaminación, pero ha quedado bien claro que no se trataba de un problema ocasional. Por ello, se han establecido medidas especiales de vigilancia. No obstante, los niveles encontrados de estas sustancias en ningún caso han sido lo suficientemente altos como para dar lugar a problemas de salud pública en la población.

En el caso del muestreo bajo sospecha, en tres vacunos sacrificados se han detectado concentraciones de antimicrobianos, como la amoxicilina, bencilpenicilina y oxitetraciclina, superiores a las permitidas. En todos los casos las canales y sus vísceras han sido decomisadas y destruidas.

Así, por tanto, con la salvedad de los metales, puede concluirse que se ha alcanzado el objetivo marcado en 2001.

Seguridad microbiológica

El Departamento de Sanidad participa a través de la Dirección de Salud Pública en el "*Programa Interdepartamental de Control y Minimización de la Salmonelosis*", en este programa lo desarrollan de forma coordinada el Departamento de Sanidad, el de Agricultura y las Diputaciones Forales.

Las actividades en este primer año han estado encaminadas a realizar un diagnóstico de situación. Desde la Dirección de Salud Pública se han centrado en el diagnóstico de situación de la contaminación por *Salmonella spp* en los huevos comercializados en la CAPV. Con este fin se ha realizado el diseño de una toma de muestras por conglomerados en dos etapas, con una precisión de 0,018 y nivel de confianza del 95%. Las muestras formadas cada una por 6 huevos, se están tomando en centros de embalaje y almacenes. El número total de muestras ascenderá a 1.044 y serán analizadas en el laboratorio normativo de Salud Pública.

Denuncias y reclamaciones

Se ha gestionado y tramitado un total de 42 denuncias y reclamaciones presentadas por particulares u otros organismos y entidades. De este total de 42 notificaciones, 18 han tenido su origen en la CAPV y han correspondido a productos elaborados o distribuidos desde otras CCAA; 22 han tenido su origen fuera de la CAPV y los productos se habían elaborado o distribuido desde el País Vasco; los alimentos de origen animal han sido los implicados en mayor número de ocasiones (Tabla 24).

Tabla 23. Denuncias y reclamaciones según origen y alimentos en la CAPV. 2005

Comunidad Autónoma donde se ha originado la denuncia reclamación	Número
País Vasco	22
Aragón	6
Madrid	4
Cataluña	3
Navarra	3
Otras	4

FUENTE: Unidades de Control de Alimentos.

Tabla 24. Denuncias y reclamaciones según alimentos implicados elaborados o distribuidos desde la CAPV. 2005

Alimento	Número
Carne y derivados cárnicos	6
Leche y derivados lácteos	6
Productos de la pesca	5
Otros	5

FUENTE: Unidades de Control de Alimentos.

Formación de manipuladores de alimentos

La formación de personal manipulador de alimentos está regulada por el Decreto 211 de 2 de octubre de 2001 por el que se establecen disposiciones complementarias en relación con la formación continuada de los manipuladores de alimentos. La formación, en base al mismo, puede ser impartida por centros de enseñanza, a sus alumnos, entidades o empresas autorizadas, a terceros y por la propia empresa, a su personal trabajador.

Durante el año 2005, se han autorizado un total de 17 nuevos centros o empresas para formación a personal manipulador de alimentos: 11 empresas o entidades para impartir formación a terceros y 6 empresas para formar a su personal. Se han tramitado y resuelto 38 expedientes de ampliación de docentes o programas formativos. Y se ha denegado la autorización a 10. El total de empresas y entidades autorizadas a 31 de diciembre de 2005 es de 106.

La formación impartida a personal manipulador de alto riesgo ha sido de 888 programas con asistencia de 11.527 personas; el resto hasta 18.426 ha correspondido a personal cuyas tareas se clasifican como de bajo riesgo (Tabla 25).

Tabla 25. Formación de personal manipulador de alimentos. Programas formativos impartidos y número de asistentes. CAPV 2005

Territorio						CAPV	
Alava		Bizkaia		Gipuzkoa		Programas	Asistentes
Programas	Asistentes	Programas	Asistentes	Programas	Asistentes		
357	3.493	736	9.976	413	4.957	1.506	18.426

FUENTE: Subdirecciones Territoriales de Salud Pública.

Durante el año 2005 se ha realizado supervisión a empresas y entidades autorizadas para dar formación a terceros.

Sistema Coordinado de Intercambio Rápido de Información (SCIRI)

El SCIRI pretende atajar los problemas ligados a los productos alimenticios que puedan afectar de forma directa a la población consumidora, facilitando, además, la comunicación entre las Autoridades competentes de la Comisión Europea, del Ministerio de Sanidad y Consumo, y de las Comunidades Autónomas¹⁶. Las principales actuaciones realizadas quedan reflejadas en la Tabla 26.

Tabla 26. Notificaciones y actuaciones del SCIRI en la CAPV. 2005

	Nº de notificaciones	Nº de notificaciones que han originado medidas cautelares en la CAPV	
		Nº	% ⁽¹⁾
Alertas	217	16	7
Informaciones	1.525	1	-
Total	1.742	17	1

⁽¹⁾ Porcentaje correspondiente al nº de notificaciones que han originado medidas cautelares en relación al nº de alertas o informaciones recibidas.

FUENTE: Unidades de Control de Alimentos.

¹⁶ Las notificaciones que circulan desde el MSC pueden ser de dos tipos:

Alertas (pueden dar lugar a actuaciones directas, pues el producto puede encontrarse ya en el mercado);

Información (útil para el trabajo diario, pero el producto implicado no se encuentra en el mercado o no presenta riesgo para la salud).

Aflatoxinas en pistachos: control de los establecimientos, no se han realizado inmobilizaciones.

***Bacillus cereus* en tortilla de patatas envasada:** visitas de control, sin que se haya encontrado presencia en producto.

Biotoxinas en chirlas: visitas a establecimientos, en los que ha podido comprobar que no habían recibido producto de los lotes afectados.

Biotoxinas en mejillones: visita a varios establecimientos, con inmobilización cautelar y posterior decomiso de 62 kg de mejillones.

Biotoxinas en almejas: visita de control a los establecimientos afectados, retirándose de la venta el producto sospechoso.

Cecina sospechosa de provocar un brote de botulismo: visitas de control, inmobilización y posterior destrucción de 2,3 kg de producto.

Colorante no autorizado en chile en polvo: visita a establecimientos afectados y control de la retirada.

Colorantes no autorizados en gnocchi: visita de control y notificación de la distribución; a la recepción de la notificación no se ha encontrado el alimento en la CAPV.

Colorante no autorizado en pimentón: visitas de control, inmobilización y destrucción de 247 latas de pimentón.

Cloranfenicol en jalea real: visitas de control e inmobilización, con posterior recogida de producto.

Colorante no autorizado en chile: visitas de control, no se encontró el producto.

***E. coli* en queso elaborado con leche cruda:** visita de control al establecimiento afectado.

Mercurio en pez espada: visitas de control e inmobilización; el producto ha sido liberado al consumo después de comprobaciones analíticas con resultados acordes a la norma.

Niveles elevados de sulfitos en guindillas en vinagre: control de mercado que ha dado como resultado la inmobilización y posterior destrucción de los productos afectados.

***Salmonella* en fuet:** control de establecimientos, inmobilización y destrucción de 56 unidades del lote sospechoso.

***Salmonella aberdeen* en jengibre:** control de establecimientos, sin que se haya hallado presencia del producto.

***Salmonella hadar* en pollo envasado al vacío:** visitas de inspección al almacén distribuidor y a varias cadenas de supermercados que habían recibido el producto. En estas visitas se ha procedido al decomiso y destrucción de 6 pollos y al envío al laboratorio para su análisis de 10 más. Ha sido entregado por particulares un total de 6 pollos enteros o fracciones comprados tanto en la CAPV como en otra CA. En 11 de las 16 muestras procesadas se ha aislado *S. hadar*.

También a través del SCIRI se han recibido un total de 1.390 productos rechazados en frontera.

4. AGUAS DE RECREO

Programa de vigilancia sanitaria de playas

El programa de vigilancia sanitaria de playas tiene como objetivo el estudio de las condiciones higiénico-sanitarias, tanto del agua como del entorno periplayero, a fin de establecer acciones encaminadas a proteger la salud de quienes disfrutan de esos lugares de ocio.

Cuatro son las actividades fundamentales del programa: control de la calidad del agua de baño, control de la calidad del entorno periplayero, actividades de información y registro de accidentes.

Respecto al **control de la calidad del agua de baño**¹⁷, los resultados globales por playas y puntos de muestreo aparecen en la Tabla: 26 de las 38 playas han recibido la calificación "agua 2"; otras 6, la calificación "agua 1"; y finalmente, 7 playas han sido calificadas como de "agua 0" o agua no recomendada¹⁸ (Tabla 27).

Tabla 27. Calificación global de la calidad del agua de baño en playas y en puntos de muestreo por Territorio Histórico en la CAPV. 2005

Calificación ⁽¹⁾	Álava		Bizkaia		Gipuzkoa		CAPV			
	Playas	Puntos	Playas	Puntos	Playas	Puntos	Playas		Puntos	
	N		N		N		N	%	N	%
Agua "2"	1	3	16	26	8	14	25	66	43	74
Agua "1"	1	1	3	3	2	3	6	16	7	12
Agua "0"	1	1	1	1	5	6	7	18	8	14
Total	3	5	20	30	15	23	38	100	58	100

(1) **Agua "2" (agua de buena calidad):** aquella en la que, en la mayor parte de los muestreos, los resultados de los parámetros analizados están por debajo de los valores imperativos y guía (marcados ambos en la Directiva de la UE).

Agua "1" (agua sanitariamente aceptable): aquella en la que, en la mayor parte de los muestreos, los resultados de los distintos parámetros son inferiores a los valores imperativos, pero superan los valores guía.

Agua "0" (agua no recomendada): aquella en la que, en la mayor parte de los muestreos, los resultados superan los valores imperativos.

FUENTE: Memorias de las Subdirecciones de Salud Pública.

La calificación del entorno periplayero¹⁹ queda recogida en la Tabla 28.

¹⁷ El **control de la calidad del agua de baño** se lleva a cabo de mayo a octubre en las 38 playas de la CAPV, con un total de 58 puntos de muestreo seleccionados en función de la superficie de la playa, del número de usuarios que la frecuentan, y de la incidencia tanto directa como indirecta de aguas residuales. La calidad del agua se determina quincenalmente (semanalmente en julio y agosto) en cada uno de los puntos de muestreo mediante análisis de parámetros microbiológicos y físico-químicos. En función de los resultados, se establecen también cada quince días (cada siete días en julio y agosto) una calificación del agua y unas condiciones de baño. Al final de la temporada de control sanitario de las zonas de baño, se efectúa una calificación global de cada punto de muestreo según los resultados obtenidos en los parámetros estudiados.

¹⁸ Han recibido calificación de "agua 0", en Bizkaia, la playa de Toña (Sukarrieta); en Gipuzkoa, las playas de Saturrarán y Ondarbeltz (Mutriku), Santiago (Zumaia), dos puntos de la playa de Zarautz, Oribarzar (Orío) y en Álava un punto de la zona de baño de Garaio (Embalse de Ullibarri-Ganboa).

¹⁹ El control de la calidad del entorno periplayero se lleva a cabo semanalmente durante la temporada oficial de baño, del 15 de junio hasta el 15 de septiembre. La calidad y la calificación

Tabla 28. Calificación del entorno periplayero por Territorio Histórico en la CAPV. 2005

Calificación	Álava	Bizkaia	Gipuzkoa	CAPV	
	N	N	N	N	%
Buena	1	12	10	23	61
Mejorable	2	7	2	11	29
Mala	0	1	3	4	11
Total	3	20	15	38	100

FUENTE: Memorias de las Subdirecciones de Salud Pública.

Las calificaciones obtenidas, tanto en lo que se refiere al agua de baño como al entorno periplayero, se remiten **como información** a los medios de comunicación y a todas las Instituciones o Asociaciones que tienen competencias en el tema de playas²⁰. Asimismo se distribuyen folletos de carácter informativo-educativo que promueven actuaciones tendentes a reducir la morbilidad y peligrosidad asociadas con el uso y disfrute de las zonas de baño.

Durante la temporada oficial de baños se cumplimenta por parte de los socorristas el **Registro de accidentes**, donde se recogen datos relativos a los accidentes, lesiones y rescates que se producen en las playas²¹.

Tabla 29. Registro de accidentes en las zonas de baño por Territorio Histórico en la CAPV. 2005

	Álava		Bizkaia		Gipuzkoa		CAPV	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Cortes y heridas	134	42	5.100	51	3.170	43	8.404	48
Traumatismos	11	4	1.059	11	369	5	1.439	8
Quemaduras	4	1	419	4	153	2	576	3
Picaduras	55	17	2.670	27	2.813	38	5.538	31
Cuerpos extraños	6	2	517	5	196	3	719	4
Rescates	10	3	153	2	131	2	294	2
Otros	104	32	50	-	537	7	691	4
Total	324	100	9.968	100	7.369	100	17.661	100

FUENTE: Memorias de la FVSS, CR-Gipuzkoa, DYA-Gipuzkoa y memoria de la Subdirección de Salud Pública de Álava.

Los porcentajes en cuanto a la distribución por tipos de lesión han sido similares a los de años precedentes: la mitad de las lesiones han correspondido a cortes y heridas, seguidas por picaduras y traumatismos.

de este entorno se determinan a través del estudio de una serie de condiciones generales (señalización de la playa, servicios de vigilancia, salvamento y socorrismo, duchas, servicios higiénicos, puntos de agua potable, vestuarios y establecimientos de temporada), del saneamiento y recogida de residuos (frecuencia y eficacia del servicio de recogida de residuos, papeleras y limpieza de la arena) y de los vertidos de aguas residuales con incidencia directa o indirecta a la playa.

²⁰ Ayuntamientos, Diputaciones, Cruz Roja del Mar y DYA de Gipuzkoa, Federación Vizcaína de Salvamento y Socorrismo y SOS-DEIAK.

²¹ Los principales datos que se recogen son edad, sexo, lugar donde se produjo el accidente, actividad que se estaba realizando, tipo de bandera existente, tipo de accidente, resultado final. Para hacer posible esta recogida de datos, se suscribe cada año un convenio de colaboración entre las Asociaciones que llevan a cabo las labores de salvamento y socorrismo y el Departamento de Sanidad.

El número total de personas atendidas ha sido ligeramente superior al del año pasado.

Programa de vigilancia sanitaria de piscinas

Las actuaciones llevadas a cabo en 2005 en el **programa de vigilancia sanitaria de piscinas**²² quedan recogidas en la Tabla 30.

A lo largo de 2005 se ha ido generalizando la implantación del sistema de autocontrol en las piscinas en base a los nuevos requerimientos normativos. Los titulares son los responsables del funcionamiento, mantenimiento y vigilancia de las condiciones sanitarias y de seguridad de las piscinas. Los principales elementos del programa de autocontrol son: plan de tratamiento del agua de los vasos, plan de análisis del agua, plan de limpieza y desinfección de las instalaciones, plan de revisión y mantenimiento, plan de seguridad, plan de desinsectación y desratización, y control de proveedores y servicios.

Tabla 30. Actuaciones del programa de vigilancia sanitaria de piscinas por Territorio Histórico en la CAPV. 2005

Actuaciones	Álava*	Bizkaia	Gipuzkoa	CAPV
Instalaciones controladas	56	115	150	321
Vasos cubiertos	15	90	145	250
Vasos descubiertos	88	140	111	339
Total vasos	103	230	256	589
Número de analíticas (1)	217	1.192	837	2.246
Nº inspecciones	193	1.410	570	2.173
Grado de cumplimentación de Libro de Registro (autocontrol) (Nº instalaciones)	94	89	96	93
Calidad satisfactoria del agua de baño (% vasos)	68	89	78	80

* Excepto las de Vitoria-Gasteiz.

(1) En este número se hallan incluidas las analíticas realizadas tanto por el LSP como por laboratorios de otros Organismos públicos.

FUENTE: Memorias de las Subdirecciones de Salud Pública.

²² El programa de vigilancia sanitaria de piscinas supervisa las condiciones higiénico-sanitarias de estos establecimientos, tanto en lo que se refiere a la calidad del agua de baño como a las instalaciones anexas, sistemas de tratamiento y nivel de mantenimiento, para que el baño no suponga riesgos para la salud de las personas.

Para ello, se emiten informes sanitarios sobre proyectos de nueva construcción de piscinas, o de modificación o reforma de instalaciones ya existentes; se realizan inspecciones e informes sanitarios de las instalaciones antes de su apertura y durante su funcionamiento, tomándose muestras de agua para su análisis. Se controlan *in situ* los siguientes parámetros: volumen de agua depurada, volumen de agua renovada, cloro libre residual y pH, salvo en aquellas piscinas con tratamiento electrofísico del agua en donde se recogen sólo los dos primeros parámetros. En los análisis de muestras de agua se tienen en cuenta parámetros microbiológicos y distintos parámetros físico-químicos, según el tipo de tratamiento a que se somete al agua.

Tabla 31. Planes de autocontrol en piscinas por Territorio Histórico en la CAPV. 2005

Planes de autocontrol	Álava	Bizkaia	Gipuzkoa	CAPV
Presentados	56	115	150	321
Aprobados	54	74	111	239

5. ACTIVIDADES CLASIFICADAS

En 2005 se han estudiado 1.507 proyectos de actividad²³. Los datos se recogen en las Tablas 32-34.

Tabla 32. Proyectos recibidos por tipo de suelo donde se pretende ubicar la actividad por Territorio Histórico en la CAPV. 2005

Tipo de suelo	Álava		Bizkaia		Gipuzkoa		CAPV	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Urbano residencial	128	39	325	49	158	31	611	41
Urbano industrial y no urbano	202	61	345	51	349	69	896	59
Total	330	100	670	100	507	100	1.507	100

FUENTE: Memorias de las Subdirecciones de Salud Pública.

Tabla 33. Proyectos recibidos por tipo de actividad y Territorio Histórico en la CAPV. 2005

Tipo de actividad	Álava		Bizkaia		Gipuzkoa		CAPV	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Agricultura y ganadería	24	7	33	5	18	4	75	5
Energía y agua. Extracción y transformación de minerales. Industria química	15	5	23	3	11	2	49	3
Industrias transformadoras de metales y mecánica de precisión	42	13	70	10	122	24	234	16
Industrias de alimentación, textil, madera, papel, etc.	53	16	72	11	88	17	213	14
Construcción	3	1	17	3	6	1	26	2
Comercios, restaurantes y hostelería	117	35	317	47	204	40	638	42
Reparación. Transportes y comunicaciones	52	16	71	11	38	7	161	11
Seguros y varios	24	7	67	10	20	4	111	7
Total	330	100	670*	100	507	100	1.507	100

* A este dato hay que añadir otros 24 informes correspondientes a "actividades exentas".

FUENTE: Memorias de las Subdirecciones de Salud Pública.

²³ Las actividades clasificadas llevan una tramitación para obtener la licencia municipal correspondiente, tanto sean actividades de nueva instalación como de modificación, ampliación, traslado o legalización de las ya existentes. En el procedimiento, iniciado por el Ayuntamiento correspondiente tras el informe previo del Departamento de Sanidad, intervienen, además, la Diputación Foral y el Departamento de Medio Ambiente y Ordenación del Territorio del Gobierno Vasco. Estos Organismos emiten un informe en el que se imponen las medidas correctoras necesarias. Finalmente, es el Ayuntamiento quien otorga las licencias correspondientes.

Tabla 34. Clasificación de los informes sanitarios según el resultado y Territorio Histórico en la CAPV. 2005

Resultado	Álava		Bizkaia		Gipuzkoa		CAPV	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Favorable	224	68	509	76	387	76	1.120	74
Ampliación de documentación	99	30	108	16	120	24	327	22
Desfavorable	7	2	53	8	0	0	60	4
Total	330	100	670	100	507	100	1.507	100

FUENTE: Memorias de las Subdirecciones de Salud Pública.

6. PRODUCTOS QUÍMICOS

En el área de **vigilancia y control de productos químicos**, se ha puesto en marcha el Registro Oficial de Establecimientos y Servicios Biocidas (ROESB) de la CAPV y se han revisado los anteriores expedientes existentes en los registros de la Diputaciones Forales.

Se ha tramitado, asimismo, la renovación o nueva inscripción de 19 empresas: 3 fabricantes, 4 envasadores-comercializadores y 12 empresas de servicio de tratamientos a terceros.

Por otra parte, a través de la Red de Alerta de Productos Químicos estatal se han tramitado 7 alertas relacionadas con infracciones en el etiquetado de los productos, una alerta relativa a un biocida sin registro sanitario y otra alerta relativa a la retirada del mercado de un producto por contener sustancias no permitidas.

7. RESIDUOS SANITARIOS

El número y tipo de expedientes tramitados e inspecciones realizadas en 2005 en cada Territorio Histórico, respecto a la **gestión de residuos sanitarios** quedan recogidos en la Tabla 35.

Tabla 35. Número de informes e inspecciones sobre gestión de residuos sanitarios por Territorio Histórico en la CAPV. 2005

	Álava	Bizkaia	Gipuzkoa	CAPV
Planes de gestión informados favorablemente	62	197	196	455
Ampliación de documentación	4	7	3	14
Inspecciones	52	74	126	252

FUENTE: Unidades de Sanidad Ambiental.

Por sectores, una vez que los hospitales y otros grandes centros sanitarios en su gran mayoría ya disponen de planes de gestión autorizados, en 2005 se ha hecho incidencia en el sector de clínicas dentales con la intención de ir abarcando los diferentes establecimientos a los que les es de aplicación la normativa específica sobre residuos sanitarios.

8. PREVENCIÓN Y CONTROL DE LA LEGIONELOSIS

En 2005 se ha proseguido el programa de inspección de torres de refrigeración y condensadores evaporativos así como la de otros elementos de riesgo (circuitos de agua...) en los establecimientos priorizados (hospitales y clínicas, residencias de la tercera edad, polideportivos y balnearios, hoteles y campings)²⁴.

Se han realizado en total 489 inspecciones (Tablas 36 y 37).

Tabla 36. Número de inspecciones por sectores y Territorio Histórico en la CAPV. 2005

Sector	Álava	Bizkaia	Gipuzkoa	CAPV
Sector industrial y administrativo	17	177	152	346
Hospitales y clínicas	-	-	-	-
Hoteles, residencias de ancianos, balnearios	9	50	-	59
Polideportivos	16	40	-	56
Otros	1	27	-	28
TOTAL	43	294	152	489

Tabla 37. Número de inspecciones por tipo de instalación y Territorio Histórico en la CAPV. 2005

Sector	Álava	Bizkaia	Gipuzkoa	CAPV
Torres de refrigeración y condensadores evaporativos	17	192	152	361
Circuitos de agua en establecimientos	26	102	-	128
Otros	-	-	-	-
TOTAL	43	294	152	489

Las deficiencias observadas con más frecuencia se producen en aspectos estructurales tales como los separadores de gotas en las torres de refrigeración y en el control de temperaturas de operación en los circuitos de agua. Aparte de éstas cabe mencionar otras deficiencias como la ausencia de planes de mantenimiento y la falta de formación del personal de mantenimiento de las instalaciones. En todos los casos en que se han detectado deficiencias se ha instado a adoptar las medidas correctoras necesarias.

²⁴ En el capítulo *Morbilidad - A. Sistemas de Vigilancia - Enfermedades de Declaración Obligatoria (EDO)*, se hace referencia también a esta patología.

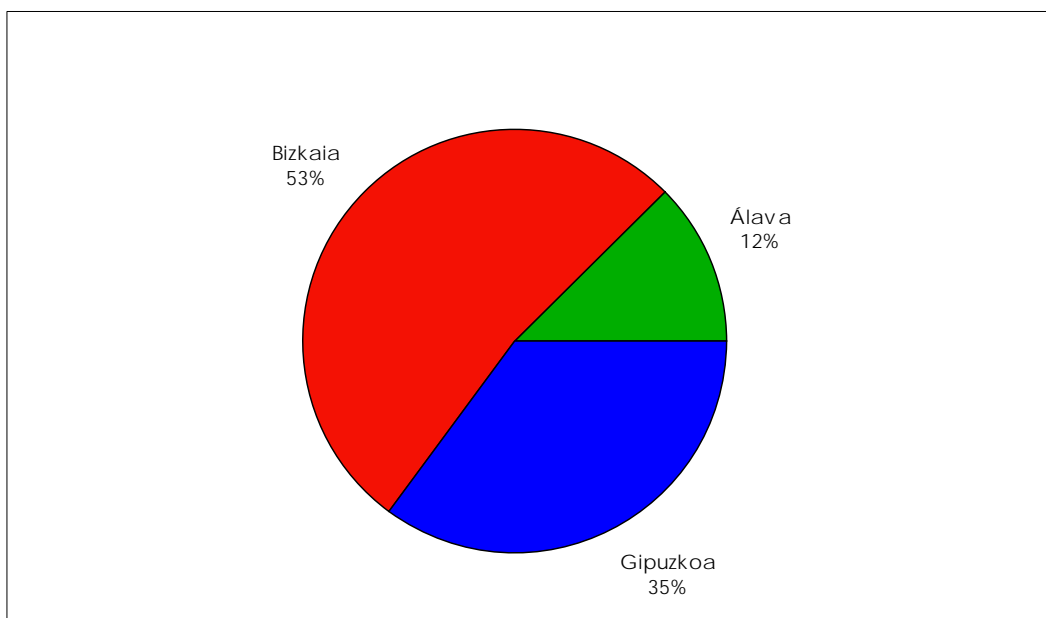
PROMOCIÓN DE LA SALUD

1. SALUD MATERNO INFANTIL

Nacimientos

En 2005 se han producido, según el Registro de Recién Nacidos, un total de 20.471 nacimientos en la CAPV: 10.744 (52,48%) en Bizkaia; 7.173 en Gipuzkoa (35,04 %) y 2.554 en Álava (12,48%; Fig. 43).

Figura 43. Porcentaje de nacimientos según el Registro de Recién Nacidos en la CAPV. 2005



Ha habido 186 nacimientos más que en 2004, reafirmando así la tendencia alcista que se venía observando desde 1995, rota puntualmente en 1998²⁵ (Tabla 38).

Tabla 38. Evolución del número de nacimientos por Territorios Históricos en la CAPV. 2001-2005

Territorio	2001	2002	2003	2004	2005
Álava	2.234	2.305	2.431	2.539	2.554
Bizkaia	9.440	9.806	10.360	10.541	10.744
Gipuzkoa	6.551	6.646	7.145	7.205	7.173
CAPV	18.225	18.757	19.936	20.285	20.471

FUENTE: Registro de Recién Nacidos de la CAPV.

²⁵ Este repunte alcista de los últimos años tiene que ver con la incorporación, a la edad procreativa, de las personas nacidas en el llamado "baby boom" vasco y a la incorporación de parejas inmigrantes a la CAPV. En el capítulo de Demografía se ha analizado con más detalle este hecho.

Respecto al **tipo de alimentación** que han recibido los bebés nacidos en 2005 durante su tiempo de permanencia en la maternidad, se ha mantenido la tendencia de los últimos años, con un neto predominio de la lactancia natural (Tabla 39)²⁶.

Tabla 39. Evolución de porcentaje de los tipos de alimentación de bebés recién nacidos en la CAPV. 2001-2005

Alimentación	2001	2002	2003	2004	2005
Natural	64	64	63	68	69
Artificial	11	11	12	11	12
Mixta	24	23	23	19	17
No consta	1	2	3	2	1

FUENTE: Registro de Recién Nacidos de la CAPV.

Aun cuando el porcentaje de **bebés recién nacidos con bajo peso** se ha venido manteniendo estable a nivel de la CAPV desde 1999, en 2002 se registró un incremento del mismo seguido por una disminución, ligera en 2003, más notable en 2004, a pesar de que en 2005 se ha incrementado de nuevo respecto al año anterior (Tabla 40).

Tabla 40. Porcentaje de bebés recién nacidos de bajo peso (<2.500 g) en la CAPV. 1999-2005

Territorio	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005
Álava	6,4	8,0	7,2	9,1	7,8	7,5	8,1
Bizkaia	7,4	7,2	7,7	7,8	8,2	8,0	7,4
Gipuzkoa	7,2	6,1	6,4	6,9	7,0	6,1	6,6
CAPV	7,0	7,1	7,0	7,9	7,7	7,2	7,4

FUENTE: Registro de Recién Nacidos de la CAPV.

El porcentaje de partos por **vía abdominal** ha disminuido con relación al de años anteriores (Tabla 41). Como viene ocurriendo desde hace años, ese tipo de parto ha sido más frecuente en el sector privado que en el público: el 28,5% del total de partos que han tenido lugar en el sector privado se ha realizado mediante cesárea; en el sector público, ese porcentaje ha sido del 13,7%.

Tabla 41. Evolución del porcentaje de partos por vía abdominal (cesárea) en la CAPV. 1999-2005

Territorio	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005
Álava	15,1	14,5	14,4	15,7	16,6	15,5	16,5
Bizkaia	18,5	15,4	15,5	16,6	16,4	17,9	15,3
Gipuzkoa	17,7	16,4	16,8	18,6	18,3	17,9	15,2
CAPV	17,1	15,4	15,8	16,9	17,1	17,1	15,7

FUENTE: Registro de Recién Nacidos de la CAPV.

²⁶ La diferencia en el porcentaje de la lactancia materna natural a partir del 2001 con respecto a años anteriores se debe a un nuevo criterio más restrictivo adoptado por los hospitales de Osakidetza/SvS: es suficiente que el bebé haya tomado un biberón, aunque sea sólo con agua, para que venga clasificado como de alimentación mixta.

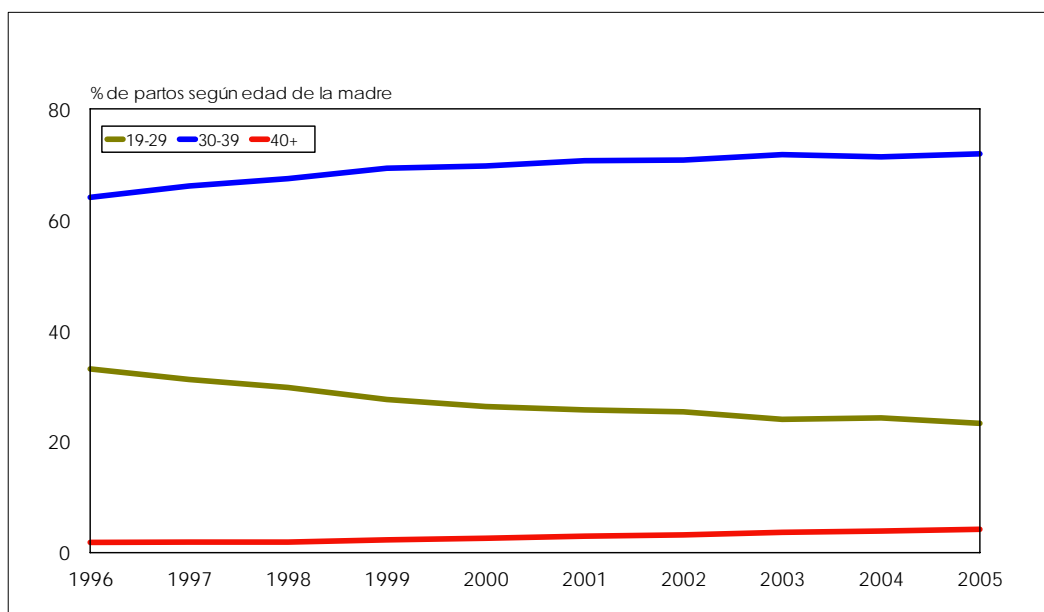
Por **grupo de edad de la madre**, el mayor número de nacimientos (45%) se ha producido en el grupo de 30-34 años, seguido del de 35-39 años (26%). El correspondiente a madres menores de 20 años ha representado el 1 % del total, y el de madres de 40 años o más ha supuesto el 4%, porcentaje este que se va incrementando tendencialmente desde el 2000 (Tabla 42 y Figura 44).

Tabla 42. Proporción de nacimientos por grupo de edad de la madre en la CAPV. 2000-2005

Edad	2000	2001	2002	2003	2004	2005
< 14	0,02	0,02	0,01	0,03	0,01	0,01
15-17	0,26	0,24	0,41	0,34	0,25	0,34
18-29	26,34	25,75	25,38	24,02	24,28	23,32
30-39	69,70	70,67	70,76	71,74	71,35	71,89
= > 40	2,60	2,98	3,20	3,65	3,89	4,21
No consta	1,00	0,27	0,24	0,21	0,17	0,18
< 30	26,62	26,05	25,80	24,39	24,54	23,32
= > 30	72,30	73,66	73,96	75,39	75,24	76,1
< 17	0,28	0,11	0,42	0,17	0,26	0,35

FUENTE: Registro de Recién Nacidos de la CAPV.

Figura 44. Evolución del porcentaje de nacimientos según la edad de la madre en la CAPV. 1996-2005



Detección precoz de enfermedades endocrino-metabólicas (metabolopatías)

El Programa de Cribado Neonatal de Enfermedades Endocrino-metabólicas ha estudiado a 20.351 bebés recién nacidos vivos (20.320 nacidos en domicilio o centros de la CAPV, y 31 en otra Comunidad

Autónoma o en el extranjero)²⁷. Los casos detectados según diagnóstico provisional han sido 263 (Tabla 43).

Tabla 43. Casos detectados de metaboloopatías según diagnóstico provisional en la CAPV. 2005

Enfermedad	Casos
Hipotiroidismo	5
Hipotiroidismo transitorio	1
Hipertirotropinemia transitoria	43
Hipotiroxinemia Prematuro	55
Hipotiroxinemia transitoria	37
Hipotiroxinemia permanente	1
Hipertiroxinemia transitoria	68
Hiperfenilalaninemia permanente	3
Hiperfenilalaninemia transitoria	50
Total	263

FUENTE: Registro de Recién Nacidos de la CAPV.

Detección precoz de anomalías congénitas: Registro de anomalías congénitas de la CAPV (RACAV)

Las anomalías congénitas suponen un problema importante de Salud Pública: entre 2 y 3% de los nacimientos presentan alguna anomalía mayor, número que se llega a duplicar si se tienen en cuenta otras anomalías diagnosticadas más tarde durante la infancia. Para detectar lo antes posible este problema en 1989 se inició el **Registro de Anomalías Congénitas (RACAV)** en la CAPV²⁸.

El RACAV tiene como objetivos principales: la detección, la evaluación de la atención sanitaria y la investigación de factores de riesgo asociados a las anomalías que se producen en la CAPV²⁹.

En el periodo 1995-2004 se ha detectado un total de 3.294 casos con anomalías congénitas. Es claramente apreciable el incremento del número de interrupciones voluntarias del embarazo (IVE) relacionado con la detección prenatal: se ha pasado de un 10,4% en 1990 a un 29,76% en 2004 sobre el total de casos.

²⁷ El tipo y número de determinaciones realizadas se pueden ver en el capítulo dedicado al Laboratorio.

²⁸ El RACAV se halla integrado dentro del proyecto EUROCAT, la Red Europea de Registros de Anomalías Congénitas, que coordina actualmente 43 registros de base poblacional en toda Europa, dando cobertura a más de un millón de nacimientos anuales. En el período 1990-2004 se ha supervisado un total de 253.538 nacimientos de residentes en la CAPV.

²⁹ Son objeto del registro los bebés recién nacidos vivos, los nacidos muertos con más de 22 semanas de gestación o con más de 500 gr. de peso, y todas las interrupciones voluntarias del embarazo por anomalía congénita fetal en cualquier edad gestacional. En el caso de los recién nacidos se realiza detección y seguimiento durante el primer año de vida.

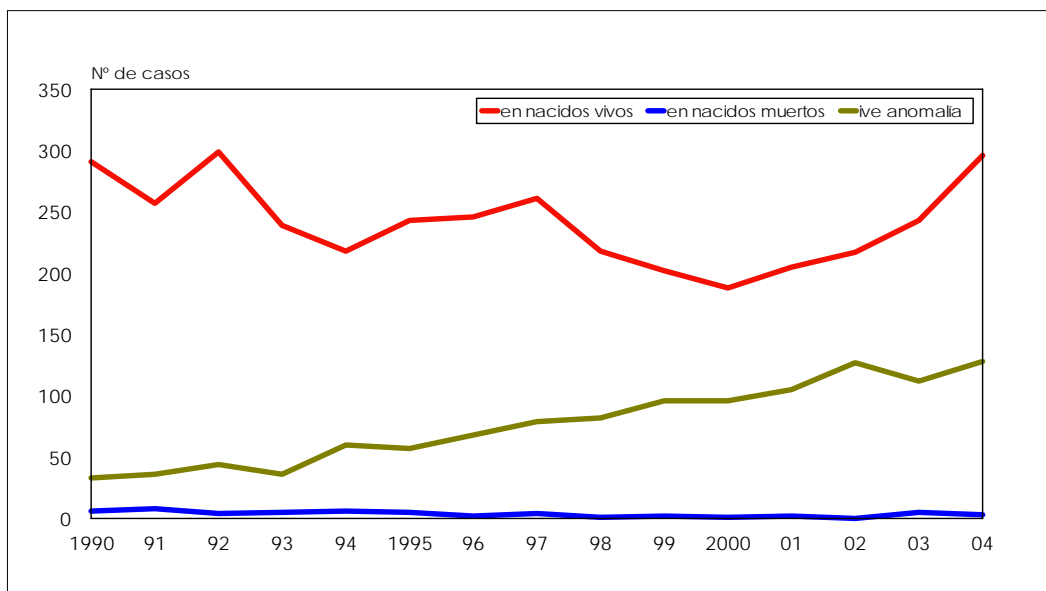
En la Tabla 44 y Figura 45 se representan los casos de la última década (1995-2004).

Tabla 44. Evolución del número de casos de anomalías congénitas detectadas en la CAPV. 1994-2004

	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004
Nacidos vivos	243	246	261	218	202	188	205	217	243	296
Nacidos muertos	5	2	4	1	2	1	2	0	5	3
IVE por anomalía	57	68	79	82	96	96	105	127	112	128
Total	305	316	344	301	300	285	312	344	360	427

FUENTE: Registro de Anomalías Congénitas (RACAV). Dirección de Salud Pública.

Figura 45. Evolución de los casos de anomalías congénitas detectadas en la CAPV. 1990-2004



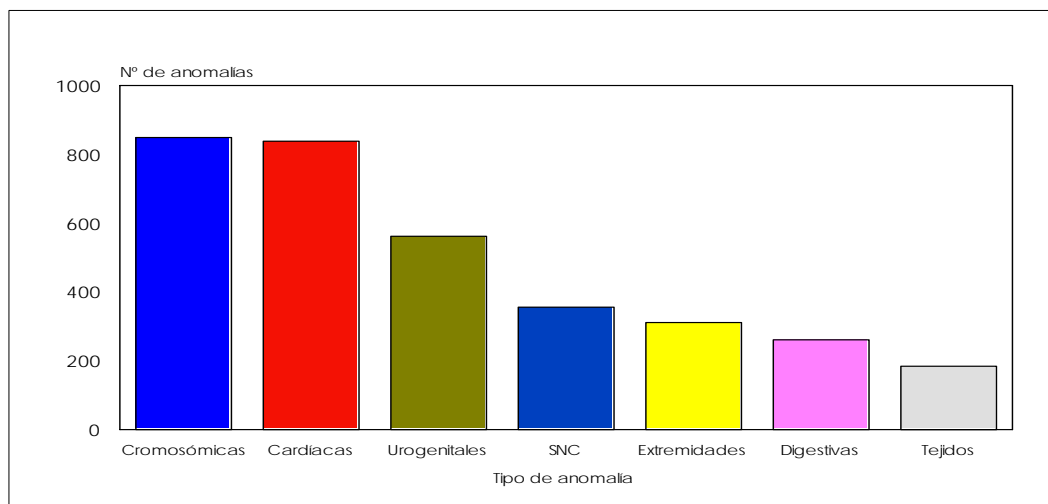
La prevalencia media de 1995-2004 ha sido de 190,14⁰/₀₀₀ nacimientos; la de EUROCAT ha sido de 216,72⁰/₀₀₀ para el mismo periodo.

En el 95% de los casos se trató de partos/embarazos no gemelares; el 55,6% fueron fetos identificados de sexo masculino; el 26,7% correspondió a mujeres de más de 35 años.

Las dismorfologías más frecuentes fueron las anomalías cardíacas y urogenitales (con prevalencias para ese periodo de 48,37 y 32,44⁰/₀₀₀). Las anomalías cromosómicas son las más frecuentes (49,01 ⁰/₀₀₀), con o sin dismorfología asociada, asociadas en su gran mayoría a la edad de la madre (Figura 46).

El síndrome de Down sigue siendo la anomalía más frecuente con una prevalencia en 2004 de 29,98‰. El número de malformaciones por caso fue mayor de 1 en el 41,4% de los casos. A mayor número de malformaciones, más posibilidades de muerte en el primer año de vida.

Figura 46. Distribución de principales anomalías congénitas por tipos en la CAPV. 1995-2004



Como **elemento de apoyo a los distintos programas de salud materno-infantil**, se ha seguido entregando la *Cartilla de la embarazada*, donde quedan registrados todos los datos importantes relativos a la gestación, cartilla que se entrega en los Centros de Atención a la Mujer. Asimismo se ha seguido distribuyendo una guía de preparación maternal, "*Vas a ser madre*", en la que se orienta en los cuidados durante el embarazo, se informa sobre el parto y la importancia de la lactancia materna en esos mismos Centros.

Tras el parto y en los hospitales y clínicas maternas, se ha continuado proporcionando a la madre la *Guía para la madre y el padre del bebé recién nacido* en la que, además de indicarse los cuidados para la recuperación de la madre, se informa sobre la realización de la prueba de metabolopatías y sobre cómo actuar con el bebé en los primeros meses de vida.

Finalmente, también se ha seguido facilitando la *Cartilla de salud infantil* que recoge consejos y pautas de actuación con el niño o la niña hasta los 14 años³⁰.

2. SALUD EN EDAD ESCOLAR

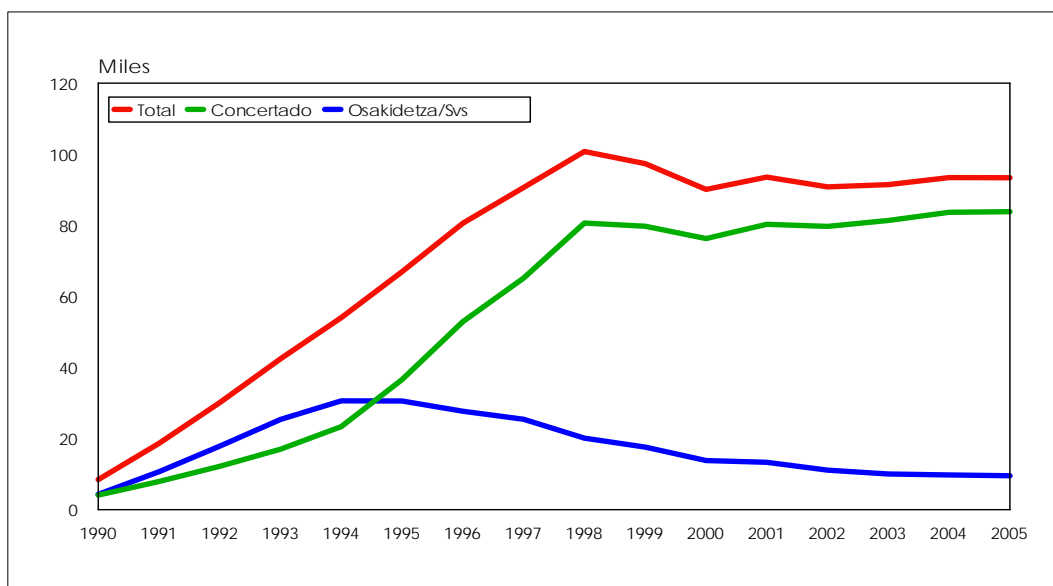
Programa dental infantil (PADI)

El PADI tiene como objetivo garantizar asistencia dental básica y de calidad a todas las niñas y niños de entre siete y quince años, mediante la prestación de medidas preventivas y tratamiento dental adecuado

³⁰ Estos materiales han sido elaborados por las Unidades de Educación para la Salud en colaboración con profesionales de Osakidetza/Svs.

por medio de la red de dentistas de cabecera³¹. En 2005, han sido atendidos 93.396 de los 143.066 niñas y niños residentes en la CAPV de ese grupo de edad, es decir, el 65,28% (Fig. 47).

Figura 47. Evolución del número de niñas y niños atendidos por el PADI según tipo de proveedor de servicio en la CAPV. 1990-2005



La eficacia del programa queda patente si se tiene en cuenta que, en 1986, el 50% de niños y niñas de 15 años nunca habían ido al dentista; hoy, esa cifra se ha reducido al 11,02%.

En la Tabla 45, se exponen los datos globales de la asistencia realizada en dentición permanente, junto al porcentaje (perfil) que representa por cada 100 niños o niñas.

Tabla 45. Asistencia del PADI en la CAPV. 2005

Tipos de asistencia	Número	Perfil
Asistencia general		
Selladores	39.242	42,21
Obturaciones	20.424	21,92
Extracciones	433	0,46
Tratamientos pulpares	362	0,38
Total revisiones	93.396	
Asistencia adicional (por traumatismos)		
Obturaciones	845	0,90
Reconstrucciones	1.502	1,60
Apicoformaciones	100	0,10
Endodoncias	241	0,25
Coronas	57	0,06
Extracciones	38	0,04
Mantenedores	7	0,007
Total traumatismos	1.848	1,97

FUENTE: Servicio Dental Comunitario. Osakidetza/Svs.

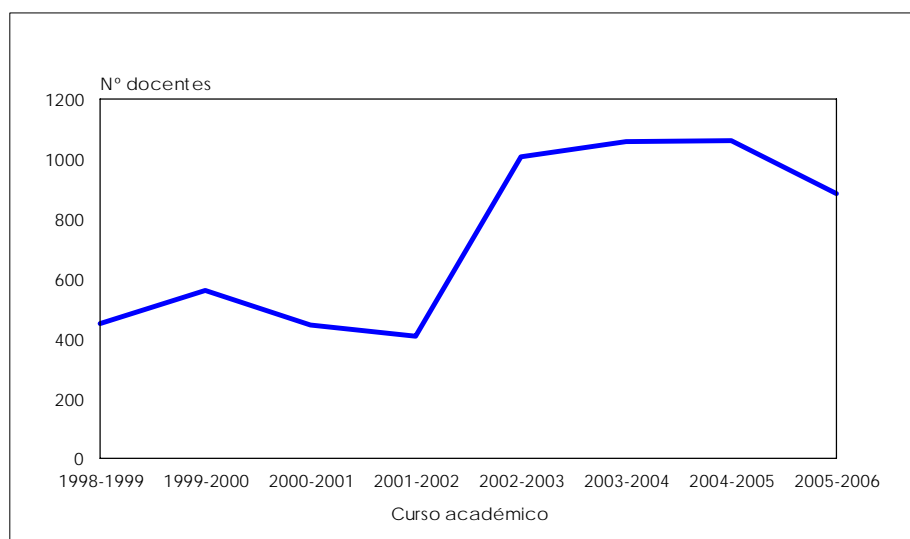
³¹ La mayor parte son dentistas del sector privado concertados al efecto por el Departamento de Sanidad. El resto son dentistas de Osakidetza/Svs.

La incidencia de caries se ha reducido notablemente entre quienes han recibido atención del PADI de forma regular. En 2005, el 95% de niñas y niños de siete años de la CAPV, el 70% de los de 12 años y el 55% de los de 14 años estaban libres de caries (frente al 86%, 31% y 17% respectivamente en 1988). Estos datos, resultantes del análisis de la Base de Datos del Servicio Dental Comunitario, son superponibles a los datos obtenidos en el Estudio Epidemiológico de Salud Dental Infantil de escolares de la CAPV realizado en 1998³².

Acuerdo de colaboración entre los Departamentos de Sanidad, de Educación, Universidades e Investigación, y de Vivienda y Asuntos Sociales

A lo largo del curso 2005-06 se ha continuado con **el programa de educación afectivo-sexual** en la Educación Secundaria Obligatoria (ESO), integrado dentro de la primera línea prioritaria del Departamento de Educación, *hacia una escuela inclusiva*; han participado 1.740 docentes en 116 cursos de esta línea prioritaria, lo que ha supuesto la implicación de 106 centros educativos y 34.800 escolares³³.

Figura 48. Evolución del número de docentes participantes en los PIPES en la CAPV. Cursos 1998-1999 a 2005-2006



³² Departamento de Sanidad, *Segundo estudio epidemiológico de la salud buco-dental de la CAPV. Población escolar infantil 1998*. Vitoria-Gasteiz, 1998.

³³ En 1996 se estableció un Acuerdo entre los Departamentos de Sanidad y de Educación, Universidades e Investigación con el fin de colaborar en materias de promoción y educación para la salud, y, con ese fin, se creó la Comisión Mixta Sanidad-Educación. En 2000 se incorporó a esta Comisión la entonces Secretaría de Drogodependencias del Departamento de Justicia, Trabajo y Seguridad Social, dada la convergencia de objetivos e iniciativas entre la Comisión y dicha Secretaría. Actualmente la Dirección de Drogodependencias forma parte del Departamento de Vivienda y Asuntos Sociales desde setiembre del 2001.

Asimismo, el **programa de prevención del sida en el ámbito escolar** ha continuado con la formación del profesorado de Educación Secundaria Postobligatoria y el envío de material de apoyo para el trabajo en el aula a 200 centros, con un total de 10.500 estudiantes y 570 docentes.

Para extender y profundizar en la promoción de hábitos saludables en todos los estamentos de la comunidad educativa, se ha continuado subvencionando durante este curso **proyectos de innovación relativos a la promoción y educación para la salud** presentados por centros educativos no universitarios (Fig. 48). Después de la valoración de los mismos, se han concedido ayudas a 39 centros educativos³⁴. Los proyectos han versado sobre alimentación, relaciones afectivo-sexuales, prevención de drogodependencias, promoción de hábitos saludables y habilidades personales, higiene y salud buco-dental. Han participado en total 14.625 escolares y 884 docentes.

3. PROGRAMAS DE VACUNACIÓN 2005 EN LA CAPV

Durante 2005 se han administrado 797.799 dosis de las diferentes vacunas incluidas en los programas de vacunación en la CAPV (Tabla 46).

Tabla 46. Dosis vacunales administradas según tipo por Territorio Histórico en la CAPV. 2005

Vacunas	Álava	Bizkaia	Gipuzkoa	CAPV
BCG	2.816	9.765	6.793	19.374
DTPa-Polio-Hib	10.464	38.173	26.123	74.760
Hepatitis B	14.502	38.168	34.323	86.993
DTPa	2.057	8.314	5.608	15.979
Td adulto	21.545	59.429	38.595	119.569
TRIPLE VIRICA	5.554	18.847	12.553	36.954
Hib	36	96		132
Meningococo C	7.926	28.803	20.090	56.819
Hepatitis A	37	378	339	754
Rabia	18	18	26	62
Gripe	46.088	214.505	125.810	386.403
Total	111.043	416.496	270.260	797.799

FUENTE: Unidades de Epidemiología. Dirección de Salud Pública.

Asimismo, las coberturas de las vacunas incluidas en el **calendario vacunal infantil** han alcanzado niveles muy satisfactorios (Tabla 47).

³⁴ El Departamento de Sanidad ha destinado 77.283,00 euros para la subvención de los proyectos.

Tabla 47. Cobertura vacunal para las vacunas del Calendario vacunal infantil en el País Vasco. 2005

Vacunas	Álava	Bizkaia	Gipuzkoa	CAPV
BCG	98,5	96,6	96,0	96,6
DTPa-Polio-Hib 4 dosis	95,0	95,4	95,9	95,4
Hepatitis B 3 dosis	94,6	95,2	95,3	95,2
Meningococo C 3 dosis	94,6	95,2	95,3	95,2
TRIPLE VIRICA 1ª dosis	94,1	96,9	97,3	96,9
TRIPLE VIRICA 2ª dosis	94,4	98,5	95,5	98,5
DTPa 6 años	95,3	95,6	93,7	95,6
HEPATITIS B (1 ESO) ⁽¹⁾	93,7	96,2	95,4	96,2

(1) Curso escolar 04-05.

FUENTE: Unidades de Epidemiología. Dirección de Salud Pública.

La campaña de **vacunación antigripal**, llevada a cabo en los meses de septiembre y octubre del 2005, se ha dirigido, como otros años, a los grupos de personas con mayor riesgo de sufrir complicaciones graves relacionadas con la enfermedad gripal.

La cobertura vacunal en personas de 65 años y más se ha situado en el 70% (ver Tabla 48).

Tabla 48. Cobertura vacunal contra la gripe en personas de 65 años y más en la CAPV. 2005

	Vacunas administradas	Población ≥65 años	Cobertura ≥65 años
Álava	36.051	49.224	73,2 %
Bizkaia	150.574	218.474	68,9 %
Gipuzkoa	88.868	125.654	70,7 %
CAPV	275.493	393.352	70,0 %

FUENTE: Dirección de Asistencia Sanitaria de Osakidetza/Svs.

4. PLAN DE PREVENCIÓN, CONTROL Y REDUCCIÓN DEL TABAQUISMO

El objetivo general del Plan³⁵ es **hacer disminuir la mortalidad por tumor maligno y enfermedad cardiovascular**, primera y segunda causa de mortalidad, **y la morbilidad** atribuibles al consumo de tabaco en la CAPV, mediante la prevención, el control y la progresiva reducción del tabaquismo entre la población.

³⁵ El Plan se diseñó y elaboró durante 1992 y fue puesto oficialmente en marcha en enero de 1993 por el Consejo de Sanidad. El Plan, como su propio nombre indica, hace referencia a tres áreas: la primera tiene como objetivo **apoyar y reforzar la decisión de quienes no fuman** para seguir sin fumar; la segunda trata de **proteger la salud de las personas no fumadoras** evitando que se vean expuestas al humo del tabaco, el denominado tabaquismo pasivo; y, finalmente, la tercera tiene como meta **animar y ayudar a dejar de fumar a quienes lo deseen** promoviendo la deshabituación tabáquica. Estos objetivos se hallan encuadrados en el Plan de Salud 2002-2010 que es el primer y principal instrumento de planificación del Departamento de Sanidad donde quedan definidos los objetivos básicos de la política sanitaria, una vez fijadas las necesidades que han de ser atendidas con carácter prioritario. De este Plan se informó al Parlamento Vasco.

Los datos que motivaron la puesta en marcha del Plan fueron y siguen siendo realmente alarmantes. En 2004, fueron **atribuibles al consumo** de tabaco como factor o desencadenante principal el 13% de los 18.684 fallecimientos: una de cada cuatro defunciones por enfermedad respiratoria o por tumor maligno y casi una de cada ocho de las ocasionadas por enfermedad cardiovascular (Tabla 49 y Figura 49). En total, se puede estimar que 2.448 personas murieron en 2004 a consecuencia del tabaquismo en la CAPV, unas muertes **evitables y prematuras**, que equivalen a casi el 5% de los **Años Potenciales de Vida Perdidos (APVP)**.

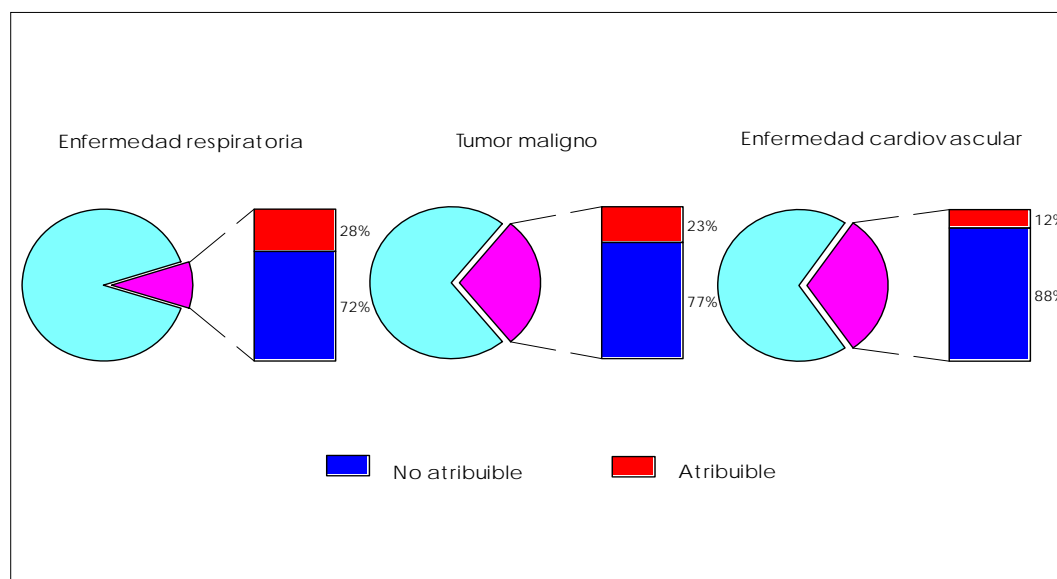
Tabla 49. Mortalidad por principales patologías atribuible al consumo de tabaco en la CAPV. 2004

PRINCIPALES PATOLOGÍAS		Mortalidad	Mortalidad atribuible al tabaco	
<i>TUMORES MALIGNOS</i>		N	N	%
C33-C34	Pulmón	960	781	81
C00-C14	Labio, cavidad oral, faringe	148	115	78
C32	Laringe	107	82	77
C15	Esófago	143	100	70
C67	Vejiga	279	90	32
C64-C65	Riñón	116	36	31
	Otros	3.556	40	1
C00-C97	Total	5.309	1.244	23
<i>ENFERMEDADES CARDIOVASCULARES</i>				
I60-I69	ACVA < 65 años	129	62	48
I20-I25	Cardiopatía isquémica < 65 años	229	97	42
I71	Aneurisma aórtico	134	55	41
I70	Aterosclerosis	234	46	20
I20-I25	Cardiopatía isquémica >= 65 años	1.319	122	9
I26-I28	Cor pulmonale	103	10	9
I10-I15	Hipertensión	406	36	9
	Otras cardiopatías	1.568	142	9
I60-I69	ACVA >= 65 años	1.449	116	8
	Otras	204	17	8
I00-I99	Total	5.775	703	12
<i>ENFERMEDADES RESPIRATORIAS</i>				
J44	EPOC	655	417	64
J41-J43	Bronquitis-enfisema	65	41	63
A15-A16	Tuberculosis respiratoria	11	3	23
J10-J18	Neumonía-Influenza	287	39	14
	Otras	781	1	-----
J00-J99; A15-A16	Total	1.799	501	28
<i>MORTALIDAD POR TODAS LAS CAUSAS</i>				
A00-Y98	Total	18.684	2.448	13

FUENTE: Servicio de Estudios e Investigación Sanitaria. Dirección de Planificación y Ordenación Sanitaria.

La proporción de fallecimientos atribuibles al consumo de tabaco, como causa principal determinante, fue **especialmente elevada** en el caso de los cánceres de las vías respiratorias (81%) y de esófago (70%), y en el de bronquitis-enfisema y enfermedades pulmonares crónicas (EPOC; 64%). Por otra parte, más del 41% de mortalidad prematura por cardiopatía isquémica y accidentes cerebrovasculares en menores de 65 años (trombosis, embolias y hemorragias cerebrales) y cerca de la tercera parte de defunciones por cáncer de vejiga fueron atribuibles también al consumo de tabaco.

Figura 49. Mortalidad atribuible al consumo de tabaco por grandes patologías en la CAPV. 2004



Con vistas a poder actuar sobre la población fumadora, se ha venido desarrollando desde 1994 una infraestructura sanitaria que esté al día en el conocimiento de las técnicas de deshabituación tabáquica más recientes. Para ello, desde esa fecha se han ofertado a **profesionales de salud** cursos de aprendizaje de técnicas de deshabituación que, desde enero del 2005, han entrado a formar parte de los cursos de Formación Continua programados sistemáticamente por Osakidetza/Svs para su personal sanitario.

Desde 1994 y hasta 2005 han participado un total de 1.685 profesionales (la mayoría – el 86%- de Osakidetza/Svs, y el resto, de Servicios médicos de empresa)³⁶. En torno al 20% de profesionales de **Atención Primaria de Osakidetza/Svs** ha realizado estos cursos^{37, 38}.

³⁶ A partir del 2005, el Servicio de Formación Continua de Osakidetza/Svs ha incorporado dentro de su propio calendario formativo los cursos destinados a sus profesionales, por lo que el Departamento de Sanidad podrá destinar sus recursos, en colaboración con Osalan, a la formación de profesionales de los Servicios Médicos de empresa.

³⁷ Además y para mantener el contacto y la puesta al día de quienes han realizado los cursos, el **servicio de documentación y selección bibliográfica** viene ofertando artículos de interés sobre el tema de la deshabituación y diversos **materiales de apoyo a su actuación profesional** (“Ayuda a su paciente a dejar de fumar”, “Octólogo” “Futuro sin tabaco”, “Embarazo sin tabaco”, y otro

Hasta el 2004 habían asistido a estos cursos 116 profesionales del **Servicio de Prevención de Medicina de Empresa**. Sólo en el 2005, han participado 108, sin duda por la presión ante la perspectiva de la nueva Ley sobre tabaco que acaba de aprobarse.

La **deshabitación tabáquica** que los profesionales de Atención Primaria de Osakidetza/Svs han realizado en los centros de salud a personas que han querido dejar de fumar, ha supuesto durante el año 2005 un gasto estimado de 1.700.000 euros, además de los gastos derivados de cribado de población fumadora y consejo a la misma.

Por otra parte y para promover y coordinar los esfuerzos de **Asociaciones o colectivos** que trabajan en este campo y como complemento a las actuaciones del Departamento, se han apoyado diversos proyectos dirigidos a la deshabituación de la población fumadora, en algún caso exclusivamente femenina, a través del programa de subvenciones a asociaciones y grupos de autoayuda sin ánimo de lucro en el campo de la salud³⁹.

Asimismo se ha reforzado la actuación de control y reducción del consumo de tabaco en el **ámbito laboral**, al ser una situación en la que el tabaquismo pasivo, si se está entre personas fumadoras, es inevitable, sistemático y duradero en el tiempo. Dentro de este esquema y teniendo en cuenta que la Ley 18/1998 ha sido particularmente restrictiva respecto al personal fumador que trabaja en las dependencias de las Administraciones Públicas⁴⁰, se ha venido ofertando desde 2001 deshabituación tabáquica a quienes deseaban dejar de fumar. Desde 2001 y hasta 2005 han participado 532 personas fumadoras. Continuaba sin fumar un año después de finalizada la terapia el 35% de quienes finalizaron el tratamiento; un 25% más había reducido el número de cigarrillos/día.

Los resultados de esta actuación experimental invitaban a continuar con ella y a proponerla a otros ámbitos laborales⁴¹: durante 2005 se ha extendido esta oferta de deshabituación tabáquica especialmente a tres colectivos más: a profesionales de la enseñanza en colaboración con el Departamento de Educación, Universidades e Investigación (han

material, fundamentalmente trípticos, destinado a padres y madres, y a población general sobre ventajas de abandonar el tabaco, grado de dependencia del mismo, búsqueda de motivaciones para dejar de fumar, tabaquismo pasivo, tabaquismo en casa, control de recaídas, ventajas de llevar una vida saludable, de hacer ejercicio físico...).

³⁸ Está previsto hacer oferta de estos cursos de formación al alumnado de los últimos cursos de la Facultad de Medicina durante el curso 2006-2007.

³⁹ En total se han destinado a estos proyectos de deshabituación tabáquica 52.000 euros en 2005.

⁴⁰ La Ley 18/1998, del Parlamento Vasco, sobre prevención, asistencia e inserción en materia de drogodependencias, en su artículo 23.4e), prohíbe fumar "en todas las dependencias de las Administraciones públicas, salvo las que se encuentren al aire libre", si bien indica que, cuando sea posible, "se habiliten zonas diferenciadas para fumadores ostensiblemente señalizadas"; cuando ello no fuese posible, "se mantendrá la prohibición de fumar en todo el local" (art. 23.5).

⁴¹ A la hora de llevar a cabo este programa ha sido decisiva la colaboración terapéutica de profesionales de las Asociaciones de Lucha contra el Cáncer en Euskadi que actúan en coordinación con la Dirección de Salud Pública y con la subvención, al menos parcial, del Departamento de Sanidad para programas de deshabituación tabáquica.

participado 238 personas), a personal docente y no docente de la UPV (64 personas inscritas), y a profesionales de Medicina y de Enfermería en colaboración con los respectivos Colegios profesionales (con 72 participantes).

En el área de **protección de las personas no fumadoras**, se ha seguido ofertando material de señalización "ESPACIO SIN TABACO" y trípticos informativos a todo tipo de Instituciones, entidades, empresas o particulares, facilitándoles también protocolos de actuación a la hora de determinar espacios laborales sin tabaco⁴².

Los resultados de la **Encuesta de Salud** realizada por la Dirección de Planificación y Ordenación Sanitaria en 2002 parecían avalar la línea de actuaciones que se vienen realizando en la CAPV⁴³ respecto al tabaquismo. Comparados los datos de 1997 con los del 2002, había descendido del 32% al 21% la población que afirma que se fuma en su *ambiente familiar*; del 38 al 23% quienes afirman que se fuma habitualmente *en el lugar donde trabajan*; del 29% al 26% el *número total de personas que fuma habitualmente* tanto entre varones como entre mujeres, incluso jóvenes.

Durante los últimos diez años, 56.317 personas fumadoras habituales (29.828 varones y 26.489 mujeres) *habían logrado dejar de fumar* y llevaban ya más de un año alejadas del tabaco; es decir, una media de 5.600 personas fumadoras habituales había dejado de fumar cada año.

Además, durante el 2002 había otro grupo de 32.634 personas (20.845 varones y 12.789 mujeres) que estaban *tratando de dejar de fumar*, y algunas de ellas llevaban ya casi un año sin hacerlo.

La principal responsabilidad, desde el punto de vista de la salud pública, es proteger la salud de todas las personas, y especialmente la salud de las niñas y niños, para que puedan crecer sanos en un ambiente alejado del tabaco. Por ello, el **futuro desarrollo** de este Plan de Prevención, Control y Reducción del Tabaquismo va a continuar actuando sobre el ambiente familiar y sobre aquellas personas que pueden incidir en la salud y primeras conductas en el mundo infantil y adolescente, colectivos particularmente claves, abarcando desde la etapa previa al nacimiento hasta cualquier otro momento de la vida.

La *Ley 28/2005, de 26 de diciembre, de medidas sanitarias frente al tabaquismo y reguladora de la venta, el suministro, el consumo y la publicidad de los productos del tabaco* que se acaba de aprobar va a hacer que cambie toda la problemática con respecto al consumo de

⁴² Otra serie de actividades han ido desde la publicidad llevada a cabo **el Día mundial sin tabaco**, en colaboración con las citadas Asociaciones de Lucha contra el Cáncer, hasta la participación en mesas redondas sobre temas relacionados con el tabaquismo.

⁴³ Es obvio que estos resultados son consecuencia de las actuaciones coincidentes de la Dirección de Salud Pública, Osakidetza/Svs, Instituciones y Asociaciones que trabajan en este mismo campo, de medios de comunicación social y de la implicación ciudadana.

tabaco, al prohibir o restringir drásticamente su consumo en lugares cerrados de uso público, incluidas las áreas de trabajo.

5. PLAN DE PREVENCIÓN, CONTROL Y REDUCCIÓN DEL ALCOHOLISMO

El consumo excesivo de alcohol constituye un importante factor de riesgo para la salud; se halla relacionado con las principales causas de mortalidad en la CAPV (enfermedades cardiovasculares, tumores malignos, accidentes no intencionados, diabetes mellitus...). Es de sobra conocido que un consumo excesivo, habitual o esporádico, de bebidas alcohólicas hace que aumente la probabilidad de desarrollar problemas de salud a nivel de sistema circulatorio, digestivo o nervioso central, aparte de su vinculación con problemas de violencia familiar o social. Además, el alcohol se halla asociado a un aumento de riesgo de traumatismos y accidentes, especialmente de tráfico.

El objetivo del Plan es conseguir que se reduzca en la CAPV la morbilidad y la mortalidad atribuibles al consumo de alcohol mediante la prevención, el control y la progresiva reducción del alcoholismo entre la población.

En 2004 el alcoholismo fue principal responsable del 5% de todas las muertes en la CAPV. También fue la causa principal del 18% de las muertes a resultas de enfermedades digestivas y del 29% de las producidas como consecuencia de accidentes de todo tipo (Fig. 50 y Tabla 50).

Figura 50. Mortalidad atribuible al consumo de alcohol por grandes patologías en la CAPV. 2004

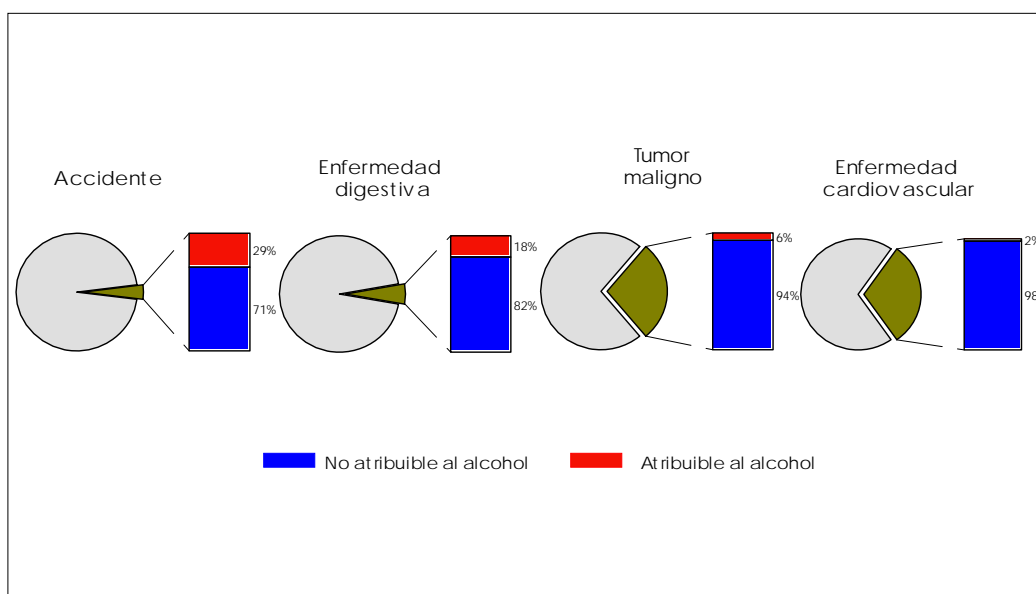


Tabla 50. Mortalidad atribuible al consumo de alcohol por grandes patologías en la CAPV. 2004

PATOLOGÍA		Total de muertes	Muertes atribuibles al alcohol	
		N	N	%
V00-Y98	Accidente de todo tipo	711	205	29
K00-K93	Enfermedad digestiva	1.013	185	18
C00-C97	Tumor maligno	5.309	332	6
I00-I99	Enfermedad cardiovascular	5.775	117	2
	Otras y no atribuibles	5.876	50	1
A00-Y98	Todas las causas	18.684	889	5

FUENTE: Servicio de Estudios e Investigación Sanitaria. Dirección de Planificación y Ordenación Sanitaria.

Entre la población de 30-69 años, el 10% de defunciones fue atribuible al alcohol. Asimismo el alcohol fue el factor más importante que anticipó el fallecimiento del 38% de las personas que murieron por enfermedades digestivas; del 30% de las que lo hicieron como resultado de todo tipo de accidentes; del 8% de quienes fallecieron a causa de tumores (Fig. 51 y Tabla 51).

Figura 51. Mortalidad atribuible al consumo de alcohol por grandes patologías entre personas de 30-69 años en la CAPV. 2004

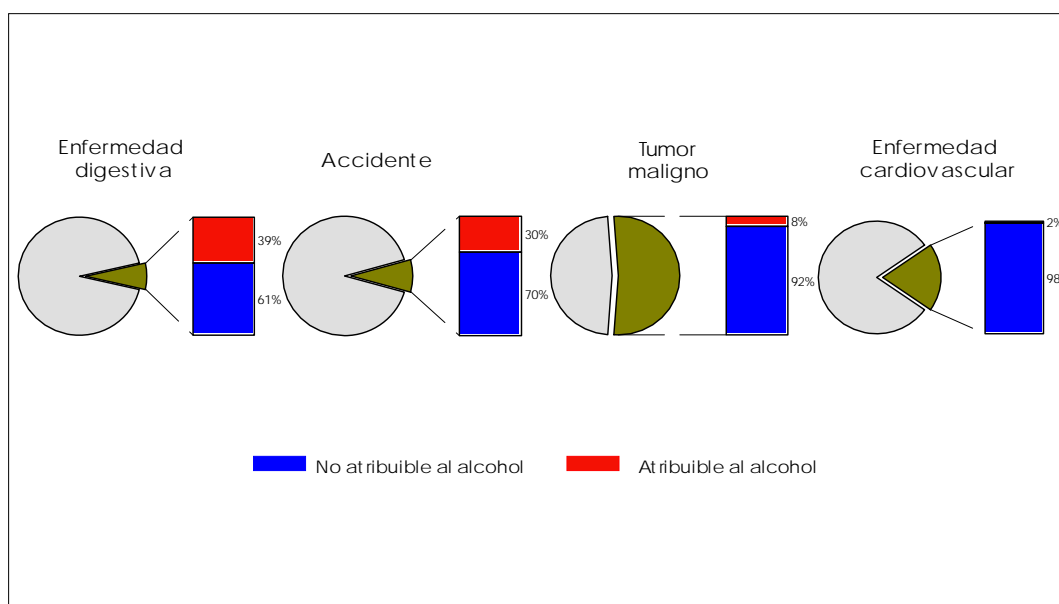


Tabla 51. Mortalidad atribuible al consumo de alcohol por grandes patologías entre personas de 30-69 años en la CAPV. 2004

PATOLOGÍA		Total de muertes	Muertes atribuibles al alcohol	
		N	N	%
K00-K93	Enfermedad digestiva	271	102	38
V00-Y98	Accidente de todo tipo	352	107	30
C00-C97	Tumor maligno	2.125	178	8
I00-I99	Enfermedad cardiovascular	835	15	2
	Otras y no atribuibles	642	10	2
A00-Y98	Todas las causas	4.225	412	10

FUENTE: Servicio de Estudios e Investigación Sanitaria. Dirección de Planificación y Ordenación Sanitaria.

Según la Encuesta de Salud de 2002, el 10% de la población mayor de 16 años, unas 182.000 personas, forma el grupo de personas grandes bebedoras y de bebedoras excesivas⁴⁴; de ese total el 33% son mujeres y el 67% varones.

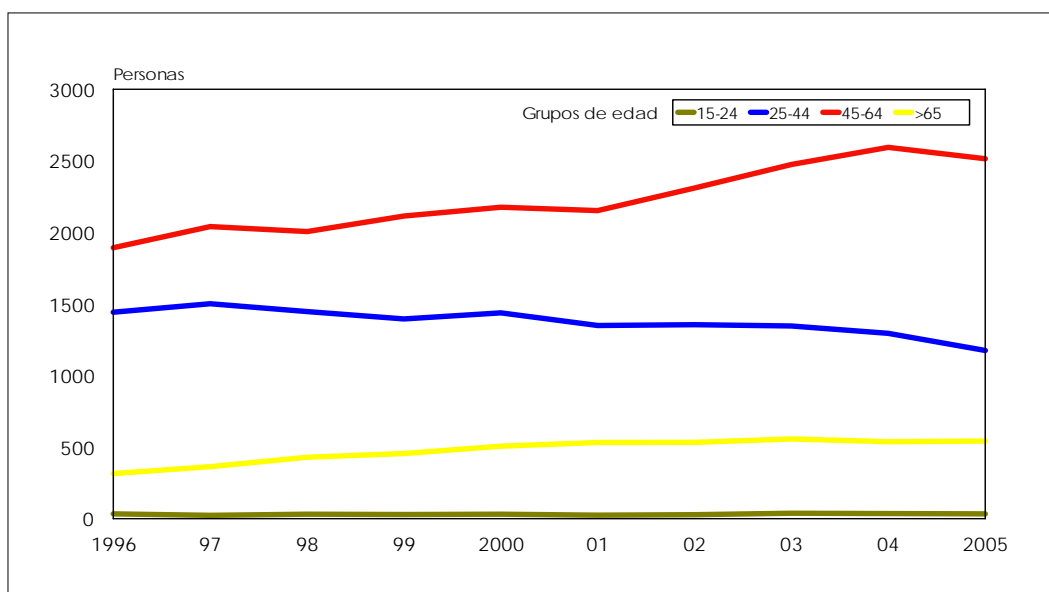
Otro modo de dimensionar el problema es tener en cuenta el número de personas atendidas en los Centros de Salud Mental a consecuencia de problemas relacionados con consumo excesivo de alcohol (Tabla 52 y Fig. 52)⁴⁵: el grupo de edad de 45-64 años ha supuesto el 59% del total de población atendida (165 personas).

Tabla 52. Evolución del número de pacientes atendidos en Centros de Salud Mental, debido a problemas relacionados con el alcohol, por grupos de edad en la CAPV. 1996-2005

Edad	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005
15-24	34	23	31	29	31	24	28	38	36	34
25-44	1.442	1.502	1.447	1.395	1.438	1.350	1.355	1.346	1.295	1.175
45-64	1.893	2.041	2.006	2.115	2.176	2.153	2.310	2.475	2.595	2.515
>65	316	364	429	455	506	532	533	557	538	542
No registrada	3	2	1	---	---	---	--	---	---	---
Total pacientes	3.688	3.932	3.914	3.994	4.151	4.059	4.226	4.416	4.464	4.266

FUENTE: Registro Acumulativo de Casos Psiquiátricos. Osakidetza/Svs.

Figura 52. Evolución del número de pacientes atendidos en Centros de Salud Mental, debido a problemas relacionados con el alcohol, por grupos de edad en la CAPV. 1996-2005



⁴⁴ "Persona gran bebedora" es el varón que declara consumir habitualmente de 51 a 90 cc (41 a 72 gr) de alcohol/día, o la mujer que afirma consumir habitualmente de 31 a 54 cc (25 a 42 gr) de alcohol/día. Se considera "persona bebedora excesiva" el varón que declara tomar habitualmente más de 91 cc (72 gr) de alcohol/día, o la mujer que bebe habitualmente más de 55 cc (42 gr) de alcohol/día (Dpto. de Sanidad, *Encuesta de Salud 2002*).

⁴⁵ Para poder tener un panorama más completo del número de personas atendidas por problemas relacionados prioritariamente con el consumo abusivo de alcohol, habría que poder contar con datos de personas atendidas en los Servicios de Atención Primaria y en los Servicios de Urgencias Hospitalarias.

El alcoholismo es un problema de salud pública y de salud individual que, en buena medida, es posible resolver con éxito si se diagnostica precozmente. Dentro de las grandes líneas de actuación recogidas en el *Plan de Salud 2002-2010*, se está trabajando en la potenciación de las pautas de actuación y coordinación entre los niveles de Atención Primaria y Centros de Salud Mental para la desintoxicación y deshabituación de pacientes alcohólicos, y en la coordinación de los niveles de asistencia sanitaria con los servicios locales de asistencia social. Esta coordinación entre servicios sociales y sanitarios ha quedado plasmada en el Plan estratégico Socio-sanitario de la CAPV.

6. LESIONES ACCIDENTALES

Prevención de lesiones accidentales infantiles: Proyecto Zainbide

El **proyecto Zainbide** tiene como objetivo cambiar los comportamientos del padre y de la madre hacia pautas de conducta más seguras con sus hijos o hijas menores de cinco años. Para conseguir dicho objetivo los equipos de pediatría de Atención Primaria realizan, durante las visitas programadas de control del niño sano, el consejo preventivo y entregan las *Guías de Seguridad Infantil*⁴⁶.

Durante 2005 se ha seguido trabajando con padres y madres los consejos preventivos referidos al uso de sistemas de sujeción cuando el bebé va en automóvil, a caídas desde superficies altas, atragantamiento por objetos pequeños, quemaduras en la cocina, a guardar las medicinas fuera de su alcance y a cerrar las ventanas y puertas de la habitación donde se encuentre el bebé⁴⁷.

Plan Estratégico de Seguridad Vial

El **Plan Estratégico de Seguridad Vial** tiene como objetivo la reducción significativa de lesiones derivadas de accidentes de tráfico en la CAPV mediante la adopción de las medidas pertinentes para la consecución del objetivo⁴⁸.

⁴⁶ El modelo de intervención, centrado en la teoría de las etapas del cambio conductual de Prochaska, conlleva la realización del diagnóstico de motivación de cada padre y madre, con el fin de conocer la disposición al cambio que tiene. La intervención posterior tiene en cuenta y se adecua a este diagnóstico hecho.

⁴⁷ Durante los años 1998, 1999 y 2000 se llevó a cabo un **registro de lesiones accidentales** en las consultas de pediatría de los centros de salud de Osakidetza/Svs. En el análisis de este registro no se apreciaron variaciones significativas en la incidencia de lesiones en menores de cinco años durante los tres años del registro: las tasas fueron de 97,5 ‰ en 2000; 101,5 ‰ en 1999; y 101,7 ‰ en 1998. Durante ese trienio presentaron mayor riesgo de accidentalidad los niños que las niñas. Un análisis más detallado de estos resultados se puede encontrar en el Informe de Salud Pública 2002.

⁴⁸ El Departamento de Sanidad, al igual que otros Departamentos e Instituciones, forma parte del Comité Director y de las Mesas Sectoriales de Educación Vial, Atención Postaccidente,

A pesar de estas actuaciones, la situación en 2004 se puede resumir así desde el punto de vista sanitario: en los Servicios de Urgencias de los hospitales de Osakidetza/Svs y como consecuencia de una lesión de tráfico fueron atendidas 29.480 personas, de las que el 6% quedaron ingresadas. El 33% de ellas tenían entre 15 y 29 años, más varones (67%) que mujeres⁴⁹.

7. PROGRAMA DE APOYO A ENTIDADES, INSTITUCIONES O PERSONAS EN ACTIVIDADES DE EDUCACIÓN PARA LA SALUD

Para impulsar, potenciar o asesorar todo tipo de actuaciones de Educación para la Salud (EpS), complementarias, la mayoría de las veces, de los programas que lleva a cabo el Departamento de Sanidad, se viene ofertando, desde las Unidades de EpS de cada Subdirección de Salud Pública, apoyo y asesoramiento a cuantas entidades, personas o Instituciones lo desean y solicitan para llevar a cabo sus propios proyectos y actuaciones en el campo de la salud.

Durante 2005 se han mantenido 3.458 contactos con representantes de dicho entramado social. La demanda de materiales divulgativos y de apoyo a las actividades que los diversos colectivos prevén realizar o están ya llevando a cabo supone el 92% de los contactos; en el 24% de los casos de contacto se ha recibido petición de asesoramiento metodológico, además de materiales de apoyo. El resto de contactos ha sido establecido por las propias Unidades de EpS con el fin de solicitar a estas mismas entidades su colaboración voluntaria para hacer posible o potenciar actuaciones programadas por la Dirección de Salud Pública en la CAPV (Tabla 53).

Tabla 53. Número de contactos (demandas de apoyo recibidas o solicitadas) con entidades que realizan actividades de Educación para la salud en la CAPV. 1998-2005

	Contactos	Entidades
1998	1.325*	486
1999	1.617*	708
2000	1.625*	712
2001	4.506	1.169
2002	5.123	1.548
2003	5.231	1.480
2004	5.239	1.320
2005	3.458	973

* Se han tenido en cuenta tan sólo el número de demandas de apoyo recibidas.
FUENTE: Memorias de Unidades de Educación para la Salud.

Investigación Científica y Técnica, y Sistemas de Información. La participación del Departamento de Sanidad en estas mesas se canaliza a través de la Dirección de Salud Pública. Aquí se viene recogiendo desde 2003 información de los hospitales de Osakidetza/Svs sobre el número de personas atendidas en urgencias, ingresadas o fallecidas a 30 días por accidente de tráfico. Esto permite conocer el coste humano y económico causado por los accidentes de tráfico.

⁴⁹ En el apartado "Causas externas" del capítulo Mortalidad queda indicado que 195 personas fallecieron en 2004 como consecuencia de lesiones producidas por accidentes de tráfico.

Los contactos más frecuentes se han establecido con centros sanitarios, docentes, asociaciones, ayuntamientos, empresas y personas particulares. Las demandas de apoyo o de materiales han provenido con mayor frecuencia de profesionales de salud (medicina y psicología), docentes y alumnado.

Los temas sobre los que se ha facilitado atención han sido principalmente los relativos a drogodependencias con especial referencia a tabaquismo, salud materno-infantil, salud sexual, lesiones accidentales, salud mental, alimentación, salud buco-dental, ocio y tiempo libre, cáncer y mujer (Tabla 54).

Tabla 54. Materias sobre las que se ha recibido demanda de asesoramiento en la CAPV (en porcentajes anuales). 1998-2005

	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005
Drogas	18	20	33	15	18	29	17	31
Alimentación	11	15	14	11	6	5	5	5
Sexualidad	8	7	4	10	10	9	14	8
Accidentes	8	7	12	7	8	16	10	26
Materno-infantil	8	12	14	8	11	10	16	14
Mujer	5	7	5	4	4	3	4	--
Salud mental				6	7	5	3	2
Ocio y tiempo libre				5	4	2	3	2
Prevención del cáncer				5	4	3	3	--
Otros				29	28	18	25	12

FUENTE: Memorias de las Unidades de Educación para la Salud.

Dentro de este mismo capítulo de demandas de apoyo y asesoramiento, tienen especial significado las actuaciones de **Asociaciones y Grupos de autoayuda sin ánimo de lucro en el campo de la salud**, cuyas actividades se relacionan con la educación sanitaria y que reciben subvención otorgada anualmente por el Departamento de Sanidad. Un total de 65 Asociaciones fueron contactadas a las que se asesoró tanto en el proceso de presentación de los proyectos, ofertándoles apoyo técnico y documental, como en el de presentación de resultados⁵⁰.

Por otra parte y especialmente desde la **Unidad de EpS de Bizkaia**, se ha dado respuesta a las **demandas de formación** recibidas, siendo particularmente dignas de mención la formación que se imparte en la Escuela de Magisterio de Bizkaia y la impartida a médicos y médicas residentes de familia. Se ha participado, además, en Jornadas, mesas redondas y debates sobre temas relacionados con EpS.

Con el fin de identificar Instituciones y ONGs que trabajan en el campo de la promoción y educación para la salud, y facilitar la accesibilidad a los recursos existentes en su Territorio por parte de la ciudadanía, la **Unidad de EpS de Gipuzkoa** se ha puesto en contacto con esas entidades y ha sistematizado la información recogida (actividades, programas y otros datos de utilidad) en una base de datos. De este modo se ha dado un paso importante para una mejor coordinación de

⁵⁰ En 2005 se han destinado a este capítulo 300.505 euros.

recursos, evitándose así actuaciones duplicadas por desconocimiento de las mismas.

Finalmente, en la **Unidad de EpS de Álava**, en donde se halla ubicado el Centro de Documentación de EpS referente de la CAPV⁵¹, se han incorporado a su base documental 200 documentos, con lo que se cuenta actualmente con 6.493 documentos entre libros, artículos, vídeos, folletos, etc.

Desde la Unidad de EpS de Álava se sigue participando en el **Sistema de Información de Promoción y Educación para la Salud (SIPES)** para proporcionar una referencia cualificada de información intra e intercomunitaria a profesionales de servicios sanitarios, educativos o sociales, a otros colectivos y a la población en general interesados en la temática de educación para la salud. Se trata, pues, de mejorar la gestión de iniciativas, demandas y oferta de recursos.

⁵¹ Este Centro, desde su creación en 1989, ha ido estableciendo relaciones de intercambio con otras entidades que cuentan también con soportes documentales en esta materia (Escuela Andaluza de Salud Pública, Comunidad de Madrid) y mantiene contactos con Centros de otras Comunidades Autónomas y Organismos públicos o privados para conocer sus actuaciones y recursos de apoyo. Cuando estos soportes se consideran interesantes, el Centro procura conseguirlos para ofertarlos dentro de la CAPV, permitiendo así su consulta o préstamo a los colectivos interesados.

LABORATORIO

La tarea fundamental del Laboratorio de **Salud Pública** (LSP) consiste en la realización de análisis físico-químicos y microbiológicos en los campos alimentario, epidemiológico, medioambiental, y clínico, actuando como soporte de los Programas de Salud Pública y como apoyo a la red asistencial del Osakidetza/Svs y a otras Instituciones.

Se llevan a cabo dos tipos de actividades analíticas en el LSP: las programadas, generadas como consecuencia de los diferentes Programas de Salud Pública, y las no programadas, como resultado de situaciones de alerta o emergencia sanitaria, o como apoyo a otros laboratorios de Osakidetza/Svs o de otras Instituciones que no disponen de las técnicas analíticas requeridas⁵².

Durante el año 2005, el LSP ha analizado un total de **99.501 muestras** en toda la CAPV, realizando **405.915** determinaciones (Tablas 55 y 56).

Actividades de apoyo a los Programas de Salud Pública

En el capítulo de **muestras**, las relacionadas con Programas de Salud Pública *comunes* han totalizado 18.332 muestras: el 50% de ellas analizadas en Bizkaia; el 34%, en Gipuzkoa; y el 15%, en Álava (Tabla 55 y Fig. 53). Además, en la sede de Bizkaia, se han analizado un total de 21.839 muestras (64.627 determinaciones analíticas) correspondientes al "*Programa de Cribado Neonatal de Enfermedades Congénitas del Metabolismo*".

⁵² La cartera de servicios del Laboratorio de Salud Pública, cuenta con 240 procedimientos u ofertas analíticas:

Áreas	Nº de procedimientos
Microbiología de aguas	29
Microbiología de alimentos	47
Química ambiental/aguas	60
Química ambiental/aire	23
Química de alimentos	49
Química clínica/toxicología	32

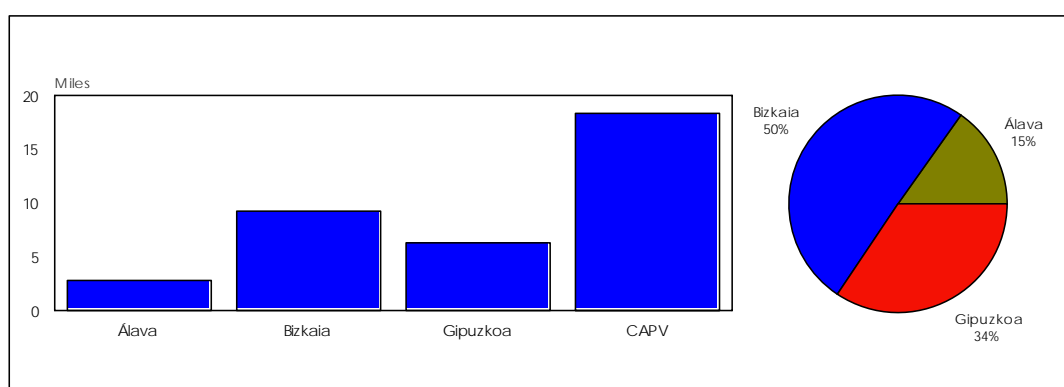
La demanda analítica proveniente de los diferentes Programas de Salud Pública se distribuye entre las tres sedes de acuerdo a sus recursos humanos, instrumentales y a su especialización. El alcance de la acreditación bajo la Norma de calidad EN-UNE ISO/IEC 17025 de cada una de tres las sedes es el siguiente: Álava, 35 procedimientos acreditados que cubren 60 determinaciones analíticas habituales del laboratorio; la de Bizkaia, 64 procedimientos (163 determinaciones) y la de Gipuzkoa, 53 procedimientos (136 determinaciones). Se dispone de la cartera de servicios que incluye todos los procedimientos analíticos disponibles, con el alcance de la acreditación. El cribado neonatal y el análisis de etanol, está asimismo acreditados desde 2005 bajo la Norma de calidad de análisis clínicos ISO-IEC 15189.

Tabla 55. Número de muestras analizadas en el LSP según tipo de programa por Territorio Histórico en la CAPV. 2005

	Total de muestras	Programas de Salud Pública		Apoyo a la red asistencial	Proyectos de Investigación y otros
		Comunes	Metaboloopatías		
Álava	3.256	2.800	----	227	229
Bizkaia	59.770	9.242	21.839	26.350	2.239
Gipuzkoa	36.475	6.290	----	29.231	954
CAPV	99.501	18.332	21.839	55.808	3.522

FUENTE: Laboratorio de Salud Pública.

Figura 53. Distribución de muestras relacionadas con Programas de Salud Pública comunes por Territorio Histórico en la CAPV. 2005



Por otra parte, los Programas de Salud Pública han abarcado el 51% del total de **determinaciones analíticas** efectuadas; las de apoyo a la Red Asistencial⁵³ han supuesto el 44%; mientras que en el apartado de otras muestras (5%) la mayoría pertenece a Proyectos de Investigación (Tabla 56 y Fig. 54).

Tabla 56. Número de determinaciones realizadas en el LSP por Territorio Histórico en la CAPV. 2005

	Total de determinaciones	Programas de Salud Pública		Apoyo a la Red Asistencial	Proyectos de Investigación y otros
		Comunes	Metaboloopatías		
Álava	25.071	23.770	64.627	898	403
Bizkaia	260.084	82.182	64.627	98.551	14.724
Gipuzkoa	120.760	35.531	64.627	78.551	6.678
CAPV	405.915	141.483	64.627	178.000	21.805

FUENTE: Laboratorio de Salud Pública.

De las 206.110 determinaciones realizadas para Programas de Salud Pública, 141.483 (69%) corresponden a Programas comunes y 64.627 (31%) al *Programa de Cribado Neonatal de Enfermedades Congénitas del*

⁵³ La mayoría de las muestras de la red asistencial están integradas en procesos de automatización, por lo que la dedicación en recursos humanos e instrumentales supone un ratio sensiblemente inferior al que representa porcentualmente el número de determinaciones.

Metabolismo. De las primeras, el 17% se ha llevado a cabo en la sede de Álava; el 25%, en la de Gipuzkoa; y el 58% en la de Bizkaia (Fig. 55).

Figura 54. Distribución de determinaciones realizadas por el LSP por áreas de actuación en la CAPV. 2005

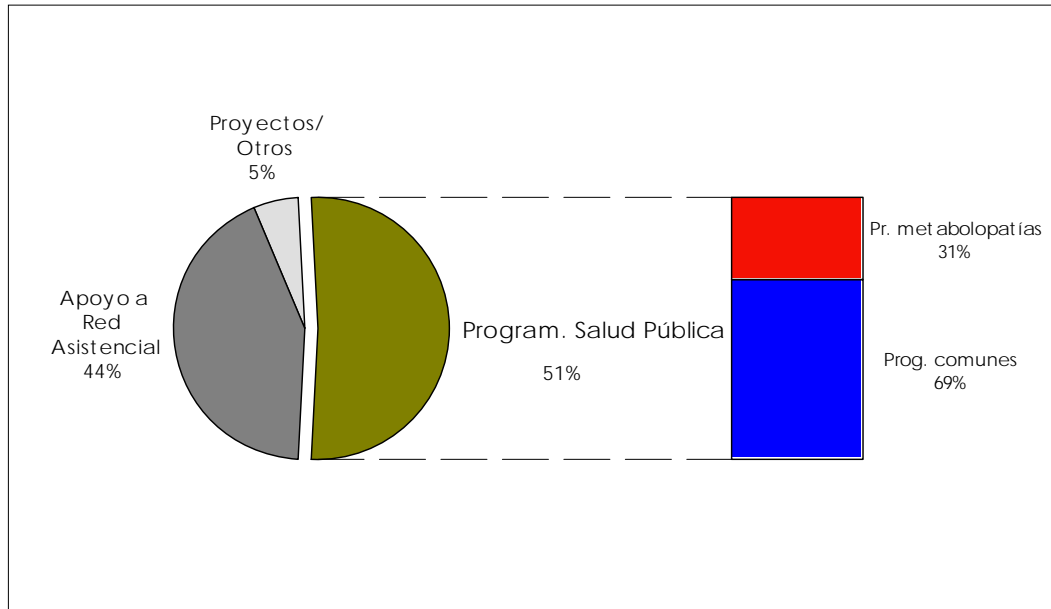
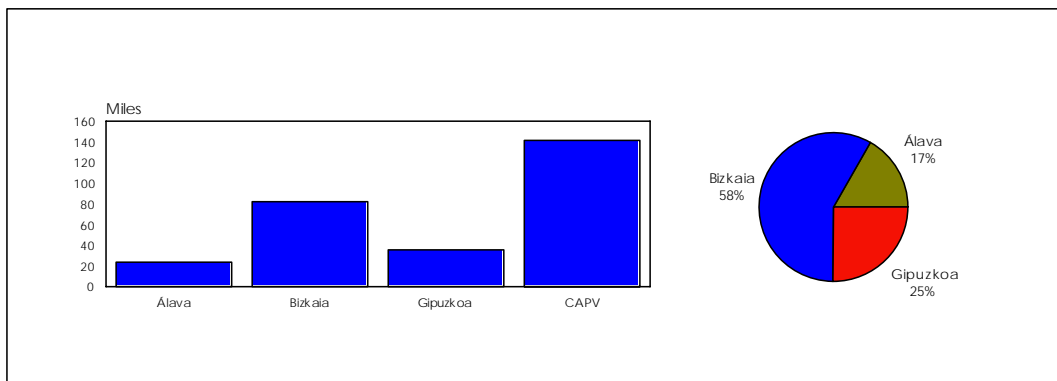


Figura 55. Distribución de determinaciones relacionadas con Programas de Salud Pública comunes realizadas por el LSP por Territorio Histórico en la CAPV. 2005



Actividades de apoyo a programas del medio externo

Como soporte al **Programa de aguas de consumo**, en 2005 se han analizado 4.963 muestras con un total de 65.173 determinaciones (el 80 % de ellas, físico-químicas; y el 20 %, microbiológicas; Tabla 57)⁵⁴.

⁵⁴ Ver el capítulo *Protección de la salud. Aguas de consumo*. Las determinaciones analíticas de cierta complejidad se han distribuido así: en Álava, TOC (carbono orgánico total) e hidrocarburos; en Bizkaia, hidrocarburos, hidrocarburos aromáticos policíclicos, y plaguicidas (organofosforados, organoclorados, triazinas y fenoxiácidos); y en Gipuzkoa, trihalometanos y plaguicidas

Tabla 57. Número de muestras y análisis realizados en el LSP en aguas de bebida y captaciones por tipo de determinación y Territorio Histórico en la CAPV. 2005

	Total de muestras	Total de determinaciones	Determinaciones físico-químicas	Determinaciones microbiológicas
Álava	1.607	18.117	14.778	3.339
Bizkaia	2.276	33.988	27.737	6.251
Gipuzkoa	1.080	13.068	9.749	3.319
Total	4.963	65.173	52.264	12.909

FUENTE: Laboratorio de Salud Pública.

En la sede de Álava se ha realizado la determinación de 48 muestras de hidrocarburos. En la de Bizkaia, se han analizado 82 muestras de plaguicidas (1.640 determinaciones), 67 de hidrocarburos aromáticos policíclicos (1.340 determinaciones), 50 de bencenos (300 determinaciones) y 45 de radioactividad (90 determinaciones). En la de Gipuzkoa se han realizado los análisis de trihalometanos y cloroetanos en 9 muestras de aguas de consumo con 171 determinaciones.

Además, en la sede de Bizkaia se ha realizado control de flúor mediante la determinación de fluoruros a todas las muestras de control, supervisión/S-Etap y completos (1.702 determinaciones) y en la sede de Gipuzkoa a 18 muestras.

De entre otras actividades realizadas sobre muestras de aguas, destacan las analíticas relacionadas con el **Programa de control de legionella** (338 muestras/842 determinaciones: 508 microbiológicas y 334 físico-químicas).

Tabla 58. Otras muestras y determinaciones realizadas en aguas en el LSP por Territorio Histórico en la CAPV. 2005

Tipo de muestra	Bizkaia		Gipuzkoa		Total	
	Muestras	Det.	Muestras	Det.	Muestras	Det.
<i>Legionella spp</i> y <i>pneumophila</i>	160	654 *	178	188	338	842
Emisario submarino			48	96	48	96
Aguas cetáreas			25	100	25	100
Total	160	654	251	384	411	1.038

*Incluye 334 determinaciones físico-químicas.

FUENTE: Laboratorio de Salud Pública.

En la sede de Gipuzkoa se han controlado microbiológicamente las *aguas de cetáreas* (25 muestras/100 determinaciones) y *aguas del emisario submarino* (48 muestras/96 determinaciones).

Respecto al **Programa de aguas de recreo**, se han analizado 4.014 muestras (2.652 de aguas de piscinas y 1.362 de otras aguas de baño)

(ditiocarbamatos y N-metilcarbamatos). En los análisis de plaguicidas, se han investigado los compuestos organofosforados (23 moléculas), N-metilcarbamatos (19), organoclorados (16), triazinas (9), herbicidas fenoxiácidos (8) y en los hidrocarburos aromáticos policíclicos (6).

sobre las que se han efectuado 37.239 determinaciones : el 77% en aguas de piscinas; el resto, en aguas de mar, río o pantano⁵⁵ (Tabla 59).

Tabla 59. Número de muestras y análisis realizados en el LSP en aguas de recreo por tipo de determinación y Territorio Histórico en la CAPV. 2005

	Álava		Bizkaia		Gipuzkoa		CAPV	
	Piscina	Pantano	Piscina	Mar-Río	Piscina	Mar-Cont.	Piscina	Mar-Cont.
Total de muestras	231	175	1.221	510	1.200	677	2.652	1.362
Determinaciones físico-químicas	1.085	1.745	7.566	487	6.976		15.627	2.232
Determinaciones microbiológicas	884	875	7.326	3.116	4.800	2.379	13.010	6.370
Total de determinaciones	1.969	2.620	14.892	3.603	11.776	2.379	28.637	8.602

FUENTE: Laboratorio de Salud Pública.

En otro orden de cosas y con el fin de evaluar el rendimiento de las plantas depuradoras o investigar denuncias por vertidos ilegales, se han analizado **aguas residuales** domésticas e industriales⁵⁶: 89 muestras con un total de 794 determinaciones (Tabla 60).

Tabla 60. Número de muestras y de determinaciones sobre aguas residuales por Territorio Histórico en la CAPV. 2005

	Total de muestras	Total de determinaciones
Álava	26	257
Bizkaia	63	537
Gipuzkoa*	-	-
CAPV	89	794

*Incluidas con las muestras de cetáceas.

FUENTE: Laboratorio de Salud Pública.

Con relación al **Programa de vigilancia de la contaminación atmosférica**, en la sede de Bizkaia se ha llevado a cabo la determinación de contaminantes abióticos en muestras de aire y tomadas con sensores manuales (2.589 muestras y 21.446 determinaciones)⁵⁷.

Se han realizado medidas de las *partículas en suspensión* en diferentes granulometrías: partículas totales (PST), corte 10 µm y corte 2,5 µm⁵⁸.

Se ha determinado el contenido de ocho *metales pesados* (plomo, cadmio, cromo, níquel, manganeso, arsénico, hierro y cobre) en el material particulado.

⁵⁵ Como ya se ha indicado en *Protección de la salud. Aguas de recreo*, en piscinas cloradas y electrofísicas se han analizado entre 9 y 14 parámetros diferentes; y en las aguas de mar o pantano, entre 3 y 15

⁵⁶ En el capítulo de aguas residuales, se han contemplado las de seguimiento de EDAR y las correspondientes a vertidos. Este tipo de muestras no tiene una analítica prefijada.

⁵⁷ Durante 2005 se ha eliminado la red manual de captadores de anhídrido sulfuroso y humos con excepción del sensor ubicado en la propia Subdirección de Salud Pública de Bizkaia.

⁵⁸ Para la medición se han utilizado diferentes equipos de captación: MCV (Equipo de alto volumen para captación de PST); Graseby-Andersen (Equipo de alto volumen para captación de PM₁₀), IND (Equipo de pequeño volumen para captación de PM₁₀); Digitel (Equipo de alto volumen para captación de PM₁₀); MCV (Equipo de alto volumen para captación de PM₁₀) y Digitel (Equipo de alto volumen para captación de PM_{2,5}).

Asimismo se ha llevado la gestión de los datos analíticos generados por los 5 sensores automáticos de anhídrido sulfuroso, óxidos de nitrógeno, ozono, monóxido de carbono y partículas en suspensión 10µ.

Los contaminantes bióticos (polen) se han analizado diariamente con la determinación de 41 taxones polínicos presentes en el ambiente en las capitales de los tres Territorios Históricos⁵⁹.

Actividades de apoyo a programas de sanidad alimentaria

Para el **Programa de seguridad química de los alimentos**, se han realizado analíticas para investigar residuos de fármacos de uso veterinario, controlar residuos de plaguicidas, aditivos y determinar contaminantes, incluyendo en el 2005 acrilamida⁶⁰ (Tabla 61). En total se han hecho 7.779 determinaciones sobre 2.054 muestras.

Tabla 61. Número de muestras y análisis realizados para apoyo a Programas de sanidad alimentaria por Territorio Histórico en la CAPV. 2005

Capítulo	Álava		Bizkaia		Gipuzkoa		CAPV	
	M	D	M	D	M	D	M	D
Fármacos de uso veterinario en alimentos	4	20	744	3.834	287	1.934	1.035	5.788
Plaguicidas y otros contaminantes en alimentos		-	42	866			42	866
Contaminantes y aditivos en alimentos	173	173	421	480	383	472	977	1.125
Total	177	193	1.207	5.180	670	2.406	2.054	7.779

FUENTE: Laboratorio de Salud Pública.

Respecto a los residuos de fármacos de uso veterinario, se han realizado 5.788 determinaciones sobre un total de 1.035 muestras⁶¹.

Se ha realizado en la sede de Bizkaia, el análisis de 42 muestras de alimentos para el control de plaguicidas organoclorados en varias matrices (866 determinaciones) y, como se ha indicado, se ha iniciado este año el control de acrilamida en 52 muestras de pan de diferente cocción⁶².

⁵⁹ Véase el capítulo *Protección de la salud. Aire*, donde se estudian los resultados de estos análisis.

⁶⁰ Durante 2005 se han incorporado nuevos análisis. Así en la sede de Bizkaia, se ha puesto a punto la determinación de cloramfenicol y nitroimidazoles por cromatografía líquida acoplada a espectrometría de masas de doble fragmentación (LC-MS/MS), en cumplimiento de los requisitos de la Decisión 2002/657.

⁶¹ En el análisis de inhibidores, las muestras positivas al método de las 5 placas han sido confirmadas mediante el bioensayo múltiple y procedimientos físico-químicos disponibles en Bizkaia. Otros parámetros se han analizado directamente con técnicas instrumentales en Bizkaia (clenbuterol, cloramfenicol, sulfamidas, tetraciclinas, quinolonas, anabolizantes y nitroimidazoles) y en Gipuzkoa (clenbuterol, ivermectina, sulfamidas y benzimidazoles). Hay que destacar que, en la determinación de las sulfamidas, se han analizado 14 compuestos diferentes en Bizkaia y 9 en Gipuzkoa; en las tetraciclinas, 4; en los nitroimidazoles 3; en las quinolonas, 2 y benzimidazoles 5. Los anabolizantes han incluido estilbenos (3), esteroides (1) y lactonas del ac. resorcilico (1).

⁶² El análisis de plaguicidas organoclorados ha incluido 16 compuestos.

Por otra parte, en relación con los **controles selectivos**, se han analizado 486 muestras realizando 598 determinaciones. En la sede de Álava se han analizado muestras de conservas para la determinación de mercurio. En la sede de Gipuzkoa, se han llevado a cabo los análisis de anhídrido sulfuroso, nitratos, histamina en pescado y sudan. En la de Bizkaia, los de anhídrido sulfuroso, metales pesados (Cd y Pb) en muestras de leche a solicitud de la Diputación Foral de Bizkaia; aflatoxina M1 sobre muestras de leche cruda (a las que también se les ha efectuado la determinación microbiológica de inhibidores y sulfamidas) y aflatoxina B1 en muestras de piensos remitidas por los Departamentos de Agricultura de las tres Diputaciones Forales, dentro del marco de actividades previstas en el Plan de Residuos⁶³.

Con relación al **Programa de dieta total**, se han analizado 439 muestras realizando 475 determinaciones. Las de metales se han realizado en la sede de Álava (mercurio en el grupo de pescados y en cada uno de los pescados que componen el grupo); en la de Bizkaia, Cd y Pb en todos los grupos de la dieta, As total en pescados, pan, cereales y bebidas alcohólicas, y el As inorgánico en el grupo de pescados; y en la sede de Gipuzkoa, se han llevado a cabo los análisis de nitrato y nitritos en productos cárnicos y en los grupos de cárnicos, en patatas, hortalizas y verduras de las dietas, y los de anhídrido sulfuroso en productos cárnicos y bebidas alcohólicas.

Para el **Programa de seguridad microbiológica de los alimentos** se ha centrado este año en el estudio de la prevención de *Salmonella* en huevos (cáscara y contenido). También se ha realizado el seguimiento microbiológico y de enterotoxina de *S. aureus* en quesos. En total se han procesado 1.071 muestras realizando 2.289 determinaciones (Tabla 62).

Tabla 62. Número de muestras y de determinaciones para detección de microorganismos del Programa de Seguridad Microbiológica en alimentos y otras actividades. 2005

	Bizkaia		Gipuzkoa		CAPV	
	Muestras	Determ.	Muestras	Determ.	Muestras	Determ.
Queso curado	21	21	24	216	45	237
Huevos frescos	541	1.082	485	970	1.026	2.052
Otros	---	---	265	1.431	265	1.431
Total	562	1.103	774	2.617	1.336	3.720

FUENTE: Laboratorio de Salud Pública.

En la sede de Gipuzkoa, y como seguimiento a las actividades de inspección de la Unidad de Sanidad Alimentaria de dicho Territorio, se han analizado 265 muestras de diversas matrices, realizando 1.439 determinaciones.

⁶³ La determinación de sulfitos, nitratos, nitritos, conservantes se ha realizado en Gipuzkoa. Además, en Álava se han llevado a cabo las determinaciones de mercurio; en Bizkaia, aflatoxinas M1, B1, plomo, cadmio, y nitritos.

Dentro del **control y vigilancia sanitaria de mataderos**, se ha llevado a cabo análisis microbiológico de aerobios y enterobacterias de canales (211 muestras con 428 determinaciones) y el control de superficies de matadero (614 muestras con 1.228 determinaciones).

Por otra parte, se ha investigado en el laboratorio de Gipuzkoa la **presencia de triquina en 357 muestras de equino**.

Actividades de apoyo a programas de promoción de la salud

Dentro del programa de **cribado neonatal de enfermedades endocrino-metabólicas**, se han analizado muestras correspondientes a 20.351 bebés recién nacidos para la detección precoz de hiperfenilalaninemia e hipotiroidismo congénito⁶⁴. En total se han llevado a cabo 64.627 determinaciones analíticas (Tabla 63).

Tabla 63. Tipo y número de determinaciones analíticas para detección y seguimiento de metabolopatías en la CAPV. 2005

Determinación	N
Fenilalanina (sangre)	21.458
Fenilalanina (suero)	180
Tirosina	28
TSH	21.330
T4	21.631
Total	64.627

FUENTE: Laboratorio de Salud Pública. Bizkaia.

Actividades de apoyo a programas de vigilancia epidemiológica y alertas de Salud Pública

Como apoyo a programas de vigilancia epidemiológica y alertas de Salud Pública se han realizado 1.220 determinaciones sobre un total de 435 muestras (Tabla 64).

Tabla 64. Número de muestras y de determinaciones analíticas para apoyo a programas de vigilancia epidemiológica y alertas realizadas en el LSP por Territorio Histórico en la CAPV. 2005

Muestras	Álava		Bizkaia		Gipuzkoa		CAPV	
	Muestras	Determ.	Muestras	Determ.	Muestras	Determ.	Muestras	Determ.
Alimentos	-	-	89	244	85	425	174	669
Clínicas	-	-	131	161	130	390	261	551
Total	-	-	220	405	215	815	435	1.220

FUENTE: Laboratorio de Salud Pública.

⁶⁴ Las analíticas correspondientes a este programa se han realizado todas en Bizkaia. En el apartado dedicado a salud materno-infantil quedan contextualizados los resultados de esta analítica. Además, cada año se edita una Memoria específica de los resultados del Programa.

Actividades de apoyo a Instituciones

Como **apoyo a laboratorios de otras Instituciones** que no disponen de técnicas para realizar un cierto tipo de determinación de parámetros analíticos, el LSP ha analizado 50.257 muestras con un total de 176.557 determinaciones (Tabla 65)⁶⁵.

Tabla 65. Determinaciones analíticas como apoyo del LSP a otros laboratorios institucionales en la CAPV. 2005

Determinación	Álava	Bizkaia	Gipuzkoa	CAPV
Aguas de diálisis	850	588	-	1.438
Aluminio en suero		387		387
Litio en sangre			398	398
Alcohol en sangre	48	46	31	125
Alcohol en orina			6.001	6.001
Cálculos renales			98	98
Drogas de abuso en orina		95.419	71.742	167.161
Confirmación drogas en orina			150	150
Yodo y creatinina		329		329
Serotipia de Salmonella		470		470
Total	898	97.239	78.420	176.557

FUENTE: Laboratorio de Salud Pública.

Se ha llevado a cabo el control analítico de las aguas de diálisis, a demanda de los Servicios de Medicina Preventiva de los hospitales de Cruces y Galdakao y de Hemobesa en Bizkaia, y del hospital de Txagorritxu en Álava, según la normativa UNE 111-303-90. Se han procesado 284 muestras determinándose 1.438 parámetros (326 de carácter fisicoquímico para valorar la eficacia del sistema osmosis inversa y la presencia de tóxicos; y 1.112 de microbiológicos, contaminación bacteriana).

Se ha realizado también la determinación de metales en fluidos biológicos: determinación de litio en la sede de Gipuzkoa a petición de los centros de salud mental, y de aluminio en suero en la sede de Bizkaia, a petición del hospital de Galdakao, para pacientes en hemodiálisis.

En la sede de Gipuzkoa, se han analizado muestras de cálculos renales procedentes de los centros hospitalarios.

Se han realizado asimismo determinaciones de alcohol en sangre y orina, remitidas desde los centros hospitalarios en relación con atestados de tráfico o con solicitudes de centros de salud mental.

⁶⁵ Los apoyos, en concreto, han ido dirigidos a los laboratorios de Osakidetza/Svs para determinación de parámetros como metales pesados en fluidos biológicos, cálculos renales, alcohol y drogas de abuso en orina (opióceos, cocaína, metadona, benzodiazepinas, cannabis y anfetaminas/MDMA), mediante screening y confirmación mediante cromatografía de gases-masas en el laboratorio de Gipuzkoa cuando ha sido solicitada. También se ha dado respuesta a peticiones provenientes de los Departamentos de medicina laboral de empresas (Euskotren, Metro Bilbao) y de Juzgados, Ertzaintza y Policía municipal (determinación de drogas de abuso y alcohol en sangre y orina).

También se ha efectuado el programa de cribado de drogas de abuso en orina, a demanda de los centros de salud mental, ambulatorios e Instituciones públicas. En la sede de Bizkaia se ha trabajado con anfetaminas/MDMA a petición de los centros de salud, y los resultados de falsos negativos con reactivos de anfetaminas que tienen una reacción cruzada muy baja en drogas de diseño⁶⁶.

En la sede de Bizkaia, se han llevado a cabo análisis de yodo y creatinina, en orina, y de yodo en sal común para la "Encuesta Nutricional de la CAPV".

Finalmente, se ha llevado a cabo en la sede de Bizkaia la serotipia de 470 cepas de *Salmonella*, enviadas por los hospitales de Bizkaia para un mejor conocimiento de la epidemiología de la salmonella en nuestro Territorio y para poder disponer de una base de datos en los serotipos de este microorganismo, de origen humano, alimentario y ambiental.

La **Dirección de Aguas del Departamento de Ordenación del Territorio y Medio Ambiente de la Diputación de Bizkaia** solicitó formalmente la posibilidad de derivar sus cargas analíticas a la sede de Bizkaia del LSP, ya que está tratando de implantar un Sistema de Gestión Medioambiental bajo ISO14001.

El programa de vigilancia y control desarrollado por la Dirección de Aguas incluye dos actividades: caracterización de cauces fluviales y vertidos. Se han establecido tres perfiles analíticos: el de calidad (caracterización de cauces, con 34 parámetros físico-químicos), edar (7 parámetros físico-químicos) y vertido (27 parámetros físico-químicos).

Durante el periodo comprendido entre el 26 de abril y el 30 de diciembre se han procesado 303 muestras (7.166 determinaciones. Tabla 66).

Tabla 66. Numero de muestras de aguas residuales y vertidos realizados para el Departamento de Ordenación del Territorio y Medio Ambiente de la Diputación de Bizkaia durante el 2005

Procedencia	Nº muestras	%	Nº determinaciones	%
Calidad	174	57	5.474	76
Edar	66	22	464	7
Vertido	63	21	1.228	17
Total	303	100	7.166	100

FUENTE: Laboratorio de Salud Pública.

Finalmente se han realizado análisis de patulina en zumos de manzana remitidos por la C.A. de Madrid.

⁶⁶ Como resultados más relevantes, se ha observado una tendencia de resultados positivos al parámetro de cocaína, bien porque los pacientes estén sometidos a un programa de metadona (lo que ha supuesto un cambio en el perfil de consumo pasando de opiáceos a cocaína) o bien porque son consumidores de elección de cocaína. Hay, asimismo, una tendencia al aumento de solicitudes de pruebas de anfetaminas y cannabis en aquellos centros de salud mental que acogen pacientes que provienen de programas de prevención de drogas en adolescentes.

Participación en Proyectos de Investigación

Asimismo el LSP colabora en el diseño y desarrollo analítico de Proyectos de Investigación, con la Universidad y otras Instituciones, para el estudio de áreas encaminadas a la protección de la salud pública.

En 2005 se han realizando actividades analíticas para el "*Proyecto Vasco de Complicaciones en el embarazo. Tiroides. Influencia del yodo y la función tiroidea maternos sobre el niño*" (en la sede de Bizkaia, yodo y creatinina en 131 muestras de orina con 262 determinaciones); para el "*Proyecto Infancia y medio ambiente: INMA*" (1.224 muestras y 2.853 determinaciones). En la sede de Álava se han llevado a cabo analíticas de plomo y mercurio sobre 215 muestras de sangre (430 determinaciones), y en la de Bizkaia hormonas tiroideas en suero (TSH, T3 y T4: 405 muestras/1.215 determinaciones), cadmio y creatinina en orina (304 muestras /608 det.) y yodo y creatinina en orina (300 muestras/600 determinaciones); y finalmente, para el proyecto FIS "*Marcadores cancerígenos de la dieta, su relación con la ingesta alimentaria y la susceptibilidad genética. Pesticidas organoclorados y policlorobifenilos*" la actividad analítica ha incluido el análisis de 1.981 muestras y 11.813 determinaciones. En la sede de Bizkaia, se han analizado 1.027 sueros para pesticidas organoclorados (5.135 determinaciones) y en la de Gipuzkoa, la preparativa de todas las muestras del Proyecto y el análisis de 954 muestras para PCBs (6.678 determinaciones).

Organigrama del Departamento de Sanidad 2005

