

cocinando sano y seguro 
espacio **sin** tabaco 

 entorno saludable

agua  camina por salud 

 aire

INFORME 2006
DE SALUD PÚBLICA

cocinando sano y seguro 

 cuidados del **bebé**

espacio **sin** tabaco 

 entorno saludable

cocinando sano y seguro 

 entorno saludable  aire

agua  camina por salud 

 cuidados del **bebé**

espaci  entorno saludable

INFORME
DE
SALUD PÚBLICA

2006

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.

ÍNDICE

PRESENTACIÓN	5
DEMOGRAFÍA	7
MORBILIDAD	13
A. SISTEMAS DE VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA	13
1 Enfermedades de declaración obligatoria (EDO)	13
2 Red vigía	16
3 Microbiología	19
4 Brotes	22
B. OTROS SISTEMAS DE INFORMACIÓN	25
1 Sida	25
C. PLAN DE ACCIÓN FRENTE A UNA PANDEMIA GRIPAL EN EUSKADI	28
MORTALIDAD	29
PROTECCIÓN DE LA SALUD	41
1 Aire	41
2 Aguas de consumo	44
3 Plan de seguridad alimentaria	46
4 Aguas de recreo	58
5 Actividades clasificadas	61
6 Productos químicos	62
7 Residuos sanitarios	63
8 Prevención y control de la legionelosis	63
9 Sistema de atención a emergencias	65
PROMOCIÓN DE LA SALUD	67
1 Salud materno-infantil	67
2 Salud en edad escolar	72
3 Programa de vacunaciones	75
4 Plan de prevención, control y reducción del tabaquismo	76
5 Plan de prevención, control y reducción del alcoholismo	80
6 Lesiones accidentales	83
7 Programa de apoyo a entidades, instituciones o personas en actividades de educación para la salud	84
LABORATORIO	89
ESTRUCTURA DEL DEPARTAMENTO DE SANIDAD	99

PRESENTACIÓN

2006 ha sido un año equilibrado en el ámbito de la Salud Pública en Euskadi. Se ha caracterizado por la consolidación de planes ya previamente puestos en marcha, pero también por la emergencia de alertas mundiales como la gripe aviar, frente a la que nos estamos preparando.

De acuerdo con la visión estratégica de la Dirección de Salud Pública, los objetivos para 2006 se han alineado con la misión, visión y valores del Departamento de Sanidad, que establecen nuestro compromiso de contribuir a mejorar la salud del conjunto de la sociedad, con una "*orientación al cliente*", dirigiendo nuestra actividad a conseguir la "*satisfacción del usuario final*", más que a la realización de la tarea en sí misma, y potenciando el trabajo en equipo.

En este marco, la salud pública en Euskadi trasciende los objetivos de la propia Dirección de Salud Pública del Departamento de Sanidad, por lo que sus actividades para prevenir enfermedades, proteger y promocionar la salud se desarrollan dentro de una estrategia de cooperación y alianzas con otros Departamentos del Gobierno Vasco, Administraciones Locales y con la Sociedad.

Alcanzar los objetivos fijados ha supuesto la puesta en marcha de acciones concretas en el año 2006:

- ***Potenciando la contribución de la sociedad vasca a la salud pública***, a través del ejercicio de su responsabilidad y el compromiso con la salud, asumiendo un papel de agente y gestor, como así se ha reflejado en la ampliación de programas de autocontrol basados en el sistema "*Análisis de Peligros y Puntos de Control Críticos*" en áreas como la alimentaria o la ambiental o, en la consolidación de las Unidades de Control y Vigilancia de las aguas de consumo. En este contexto, la Dirección de Salud Pública desarrolla su papel de garante, actuando con el máximo nivel de exigencia de calidad. Para ello, durante el 2006 se ha implantado en su totalidad el Plan de Normalización de la Actividad de Control Oficial de alimentos y se ha iniciado el correspondiente Plan de Auditorías del mismo. Además y como hechos destacables en el camino hacia la excelencia, la Comarca de Salud Pública de Tolosa-Goierri ha obtenido la certificación ISO 9001: 2000 de Gestión de la Calidad y se ha iniciado el proceso de establecer un sistema integrado de gestión único para las tres sedes del Laboratorio de Salud Pública.

- **Proponiendo intervenciones en promoción de la salud en transversalidad** con otros Departamentos del Gobierno, Administraciones Locales y agentes sociales a través de la estrategia de vida saludable -OSABI-. Este proyecto, iniciado en 2006, tendrá su continuidad en próximos años.
- **Innovando a través de la investigación** con los objetivos, básicos en salud pública, de prevenir enfermedades y promover la salud. En este sentido cabe destacar la creación de los CIBER (Centros de Investigación Biomédica en Red) de Salud Pública a nivel estatal en el año 2006, en los que la Dirección de Salud Pública ha participado y participa con el reconocimiento de un CIBER al grupo de investigación de la Subdirección de Salud Pública de Gipuzkoa y con la colaboración de todo el Departamento de Sanidad.

El trabajo de muchos años en el campo de la repercusión del medioambiente en la salud, con proyectos como "*Dieta y Cáncer*", "*Infancia y Medioambiente*", así como con otros vinculados a la Unión Europea como el estudio de "*Contaminación atmosférica y salud*" o la publicación en 2006 de los resultados de la "*Encuesta de Nutrición 2005*" en la población infantil y juvenil vasca y explorando nuevas áreas de investigación, pretende ser la aportación a un conocimiento científico que permita minimizar la ocurrencia de enfermedades y mejorar la calidad de vida de las personas.

La realización de estos objetivos ha sido posible gracias a la dedicación, participación e interrelación de profesionales de la Dirección de Salud Pública y de las correspondientes Subdirecciones Territoriales de Álava, Bizkaia y Gipuzkoa. La colaboración y participación de profesionales de otras Direcciones del Departamento de Sanidad, de Osakidetza o de otros Departamentos y Administraciones, en los distintos grupos de trabajo o comités asesores, liderados o no por la Dirección de Salud Pública ha sido también determinante. Gracias a la suma y coordinación de esfuerzos estamos logrando que desde el Departamento de Sanidad se preste un buen servicio a la población de Euskadi; y tenemos voluntad y ánimo de seguir mejorando.

Rafael Cerdán Arandia
Viceconsejero de Sanidad

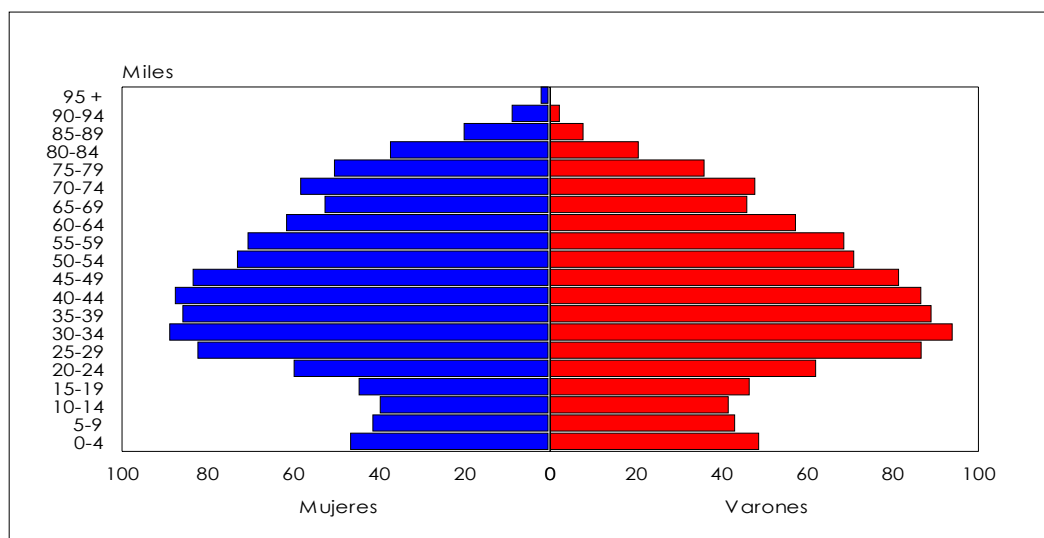
DEMOGRAFÍA

El descenso progresivo de la mortalidad y las mejoras en las condiciones de vida a lo largo del siglo XX han posibilitado que la población vasca actual pueda vivir más tiempo y con una mejor calidad de vida con respecto a su pasado más reciente¹.

La dinámica demográfica de la Comunidad Autónoma del País Vasco (CAPV) debe entenderse dentro de su contexto histórico, social y económico. En los últimos 30 años se han producido transformaciones sociales importantes como el incremento del nivel educativo de las mujeres y su incorporación masiva al mercado laboral, o los cambios en la estructura familiar y de los hogares con una reducción del tamaño medio familiar y el aumento de las personas que viven solas. La situación económica favorable, por otra parte, ha permitido mantener una estructura sanitaria y una cobertura social avanzada haciendo que emigren menos personas y que la CAPV se convierta en polo de atracción de inmigrantes que ofrecen su trabajo y colaboran así a mantener el actual sistema social.

El Departamento de Sanidad y la Dirección de Salud Pública no son ajenas a todas estas circunstancias, por lo que el estudio y la previsión de los cambios sociales generados, entre otros, por factores demográficos son instrumentos de planificación de las distintas políticas públicas en materia de sanidad.

Figura 1. Pirámide de población estimada de la CAPV (en miles). 2005



¹ Resumen de los fenómenos demográficos de interés para la Salud Pública extraídos principalmente del EUSTAT-Instituto Vasco de Estadística, donde los datos e informes de referencia se encuentran ampliamente desarrollados (<http://www.eustat.es>).

La **estructura de la población** de la CAPV en el año 2005 revela una cierta recuperación en el número de personas en las edades más jóvenes. Aún así, en relación a la población total, la menor de 14 años representa únicamente el 12,26% (Figura 1 y Tabla 1).

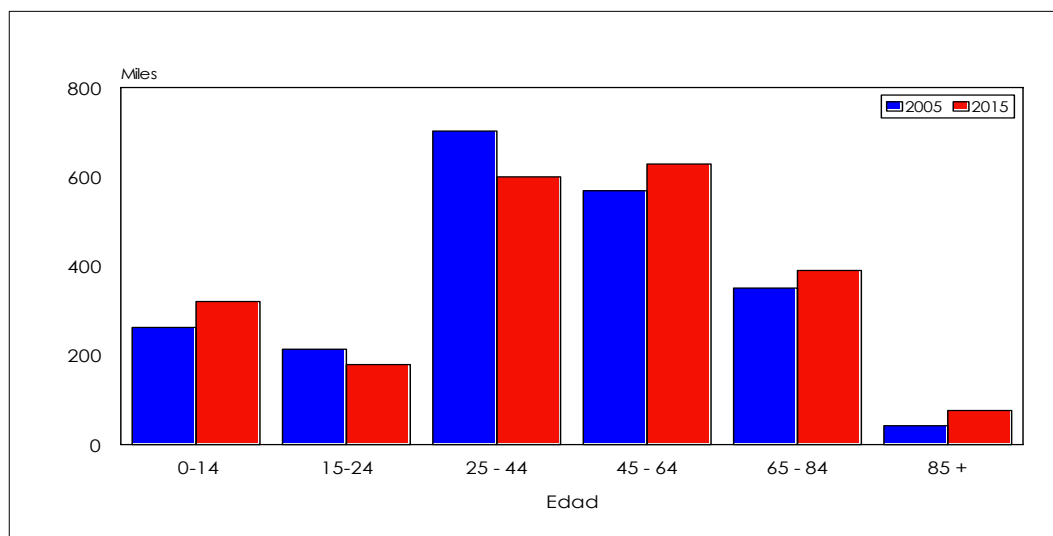
Tabla 1. Población estimada por sexo y grupo de edad en la CAPV. Diciembre 2005

Grupos de edad	Mujeres	Varones	Total
0-4	46.628	49.159	95.587
5-9	41.416	43.540	84.956
10-14	39.690	42.085	81.775
15-19	44.629	46.981	91.610
20-24	59.808	62.499	122.307
25-29	82.269	87.120	169.389
30-34	88.843	94.390	183.233
35-39	85.794	89.455	175.249
40-44	87.537	87.054	174.591
45-49	83.420	81.857	165.277
50-54	73.035	71.383	144.418
55-59	70.613	69.078	139.691
60-64	61.572	57.802	119.374
65-69	52.621	46.424	99.045
70-74	58.287	48.295	106.582
75-79	50.414	36.444	86.858
80-84	37.299	21.064	58.363
85-89	20.129	8.188	28.317
90-94	8.909	2.640	11.549
95 y más	2.103	434	2.537
Total	1.095.016	1.045.892	2.140.908

FUENTE: EUSTAT, 2005.

La población de 65 o más años ha venido adquiriendo cada vez más peso en el conjunto de la población. En 1991 constituía el 12,7% y en 2005, el 18,4%. Las proyecciones realizadas por el Eustat señalan que para 2015, supondrá el 21% (Fig. 2).

Figura 2. Distribución de población de la CAPV por grupos de edad (estimación 2005; proyección 2015) según EUSTAT



Como grupo social, las personas mayores son un colectivo heterogéneo, cada vez más instruido, más interesado por su bienestar, que participa socialmente y que se encuentra capacitado para tomar decisiones que afectan a su salud.

Los avances en las condiciones de salud y en la calidad de vida se reflejan en mejoras significativas tanto en el indicador "esperanza de vida al nacimiento"² como en el de "esperanza de vida libre de incapacidad". El grado de dependencia derivado del deterioro de la capacidad funcional determina una clara distinción entre personas "mayores jóvenes" (65-79 años) y "mayores longevas" (80 años y más).

Las consecuencias sobre el sistema sanitario son evidentes ya que las personas mayores de 65 años suelen consumir hasta cuatro veces más recursos sanitarios que la población joven. Asimismo, los requerimientos de cuidados y atención específica ejercen presión sobre los sistemas sociales y las estructuras familiares.

En 2005, se mantuvo la tendencia positiva de la **tasa de natalidad** (9,3‰), recuperación que se inició tras alcanzar en 1995 su nivel más bajo (7,3‰) consecuencia de la progresiva caída de la natalidad producida desde 1975. Aun así, es menos de la mitad de la tasa correspondiente de hace treinta años y se halla por debajo de la media española y de la Unión Europea-UE (10,5 ‰) (Tabla 2).

En el 2005, se produjo un aumento de un 0,6% en el número de nacimientos con respecto al año anterior.

Tabla 2. Nacidos vivos y tasas de natalidad por 1.000 habitantes y por Territorio Histórico. CAPV 1975-2005.

	Álava		Bizkaia		Gipuzkoa		CAPV	
	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
2005	2.792	9,4	10.122	8,9	6.801	10,0	19.715	9,3

FUENTE: EUSTAT. ESTADÍSTICA DE NACIMIENTOS.

Por Territorios Históricos, Gipuzkoa registró en 2005 el aumento de la tasa de natalidad más importante (10‰), seguido de Álava (9,4‰) y Bizkaia (8,9‰), tasa ésta última inferior a la correspondiente a la CAPV (9,3‰).

La CAPV responde a un modelo reproductivo de baja fecundidad, 1,3 hijos por mujer. Uno de los fenómenos que han contribuido a la disminución de la natalidad ha sido el progresivo retraso de la maternidad. En el 2005, la edad media de las madres al tener su primer

² En el capítulo *Mortalidad* del presente informe se analiza más detalladamente el indicador "esperanza de vida".

hijo o su primera hija se situó en torno a los 31 años en la CAPV, por encima de las edades medias registradas en toda la UE. En tres de cada cuatro nacimientos, las madres tienen más de 30 años y en uno de cada tres, más de 35 años. La maternidad en mujeres de más de 40 años supera a la de las mujeres jóvenes menores de 20 años³.

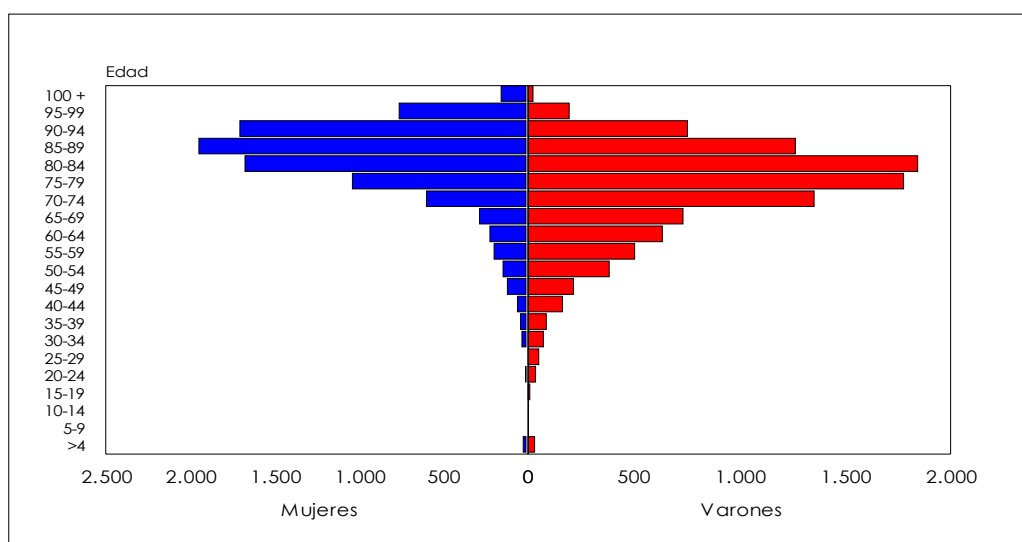
Tener hijos o hijas deja de estar vinculado al matrimonio aumentando el número de descendientes de progenitores no casados (23%); asimismo aumenta el lapso de tiempo transcurrido entre la fecha del matrimonio y el nacimiento del primer bebé.

La edad media de quienes se casan por primera vez es, en 2005, de 32,4 años para los varones y de 30,4 para las mujeres, edad superior a la media de la UE. Se retrasa la edad en la que se contrae matrimonio.

El número de **fallecimientos** en la CAPV en 2005 ascendió a 19.425 (53% varones)⁴. Se han producido 741 defunciones más que el año anterior, lo que supone un aumento de un 4% con respecto al 2004. La edad media de los fallecidos en 2005 fue de 76,8 años, 73 para los varones y 81,1 en las mujeres, más longevas.

Más del 50% de los fallecimientos del 2005 se han producido en personas mayores de 80 años, reflejo del proceso de alargamiento de la vida (Fig. 3)

Figura 3. Número de fallecimientos por grupos de edad y sexo en la CAPV. 2005



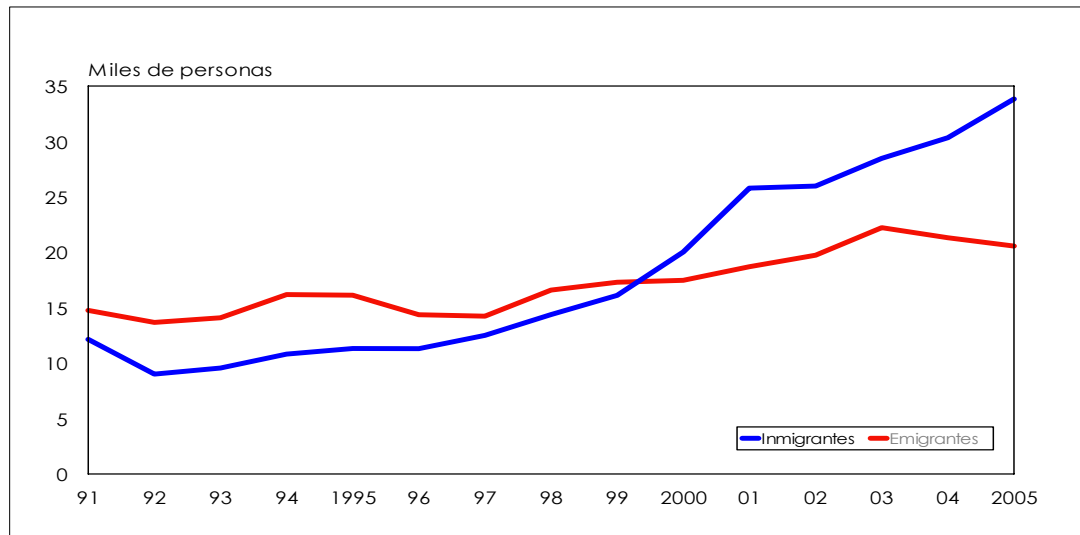
El **crecimiento vegetativo** de la CAPV negativo desde 1990 (nº defunciones > nº nacimientos) se ha mantenido hasta 2004, año en el que la situación se invirtió con un saldo positivo de 910 personas. En 2005 se han registrado 290 nacimientos más que defunciones: Álava y

³ Se analiza este mismo dato en el capítulo de *Promoción de la Salud*.

⁴ En el capítulo de *Mortalidad* se analizan estos mismos datos desde el punto de vistas de las causas que los motivan.

Gipuzkoa tuvieron crecimientos positivos, y Bizkaia, en cambio, presentó un saldo negativo.

Figura 4. Dinámica de movimientos migratorios con respecto a la CAPV. 1989-2005



Los **movimientos migratorios**⁵ de la población en la CAPV están adquiriendo importancia en los últimos años y van redefiniendo la dinámica de la población. De hecho, el incremento de población (13.264 personas) registrado en 2005 se debe esencialmente al flujo migratorio positivo: 33.817 personas procedentes de otras Comunidades Autónomas (CCAA) o del extranjero frente a 20.553 que marcharon de la CAPV. Este saldo positivo viene registrándose ya desde el año 2000 (Fig. 4).

Comparado con 2004, el número de personas que en 2005 salieron de la CAPV para ir a vivir en otras CCAA o en el extranjero ha descendido un 3,5% en tanto que se ha incrementado en un 11,5% el número de personas que vinieron a vivir aquí (el 20% de estas tenía menos de 20 años y otro 42% se hallaba comprendido entre los 20 y 34 años de edad). En 2004 llegaron del extranjero, especialmente de Latinoamérica, más de 16.000 personas, es decir, casi el 50% de las personas que vinieron a la CAPV ese año. No obstante, esas cifras son por ahora inferiores de forma significativa a las que se registran en otras CCAA.

⁵ Únicamente se han tenido en cuenta las migraciones externas, es decir, las que se producen desde o hacia la CAPV.

MORBILIDAD

A. SISTEMAS DE VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA⁶

La Vigilancia Epidemiológica constituye la base de las actuaciones que permiten prevenir y controlar la enfermedad en el campo de la salud pública. Para conseguir ese objetivo la Vigilancia Epidemiológica dispone de cuatro sistemas generales de información: las Enfermedades de Declaración Obligatoria, la Red Vigía, el Sistema de Información Microbiológica y el Registro de Brotes⁷.

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 2006, el porcentaje de declaración ha sido del 76% 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 3).

Ha aumentado el número de casos de **fiebre tifo-paratífica**. En 6 de los 7 casos se constata el antecedente de desplazamiento a zona endémica.

Han aumentado los casos de **parotiditis**, sobre todo en pacientes menores de 20 años y particularmente entre 9 y 11 años. En otras CCAA del Estado también se ha observado una elevación de casos. De **rubéola**, en cambio, sólo se ha registrado un caso y ninguno de **sarampión**.

⁶ En este capítulo del Informe se hace referencia tan sólo a los Sistemas de Vigilancia Epidemiológica relativos a enfermedades transmisibles y no transmisibles; en el capítulo dedicado a Promoción de la Salud se analizan los Registros de Malformaciones Congénitas y de Enfermedades Endocrino-Metabólicas.

⁷ 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.

Se han diagnosticado 7 casos de tétanos, 6 de ellos eran pacientes mayores de 70 años.

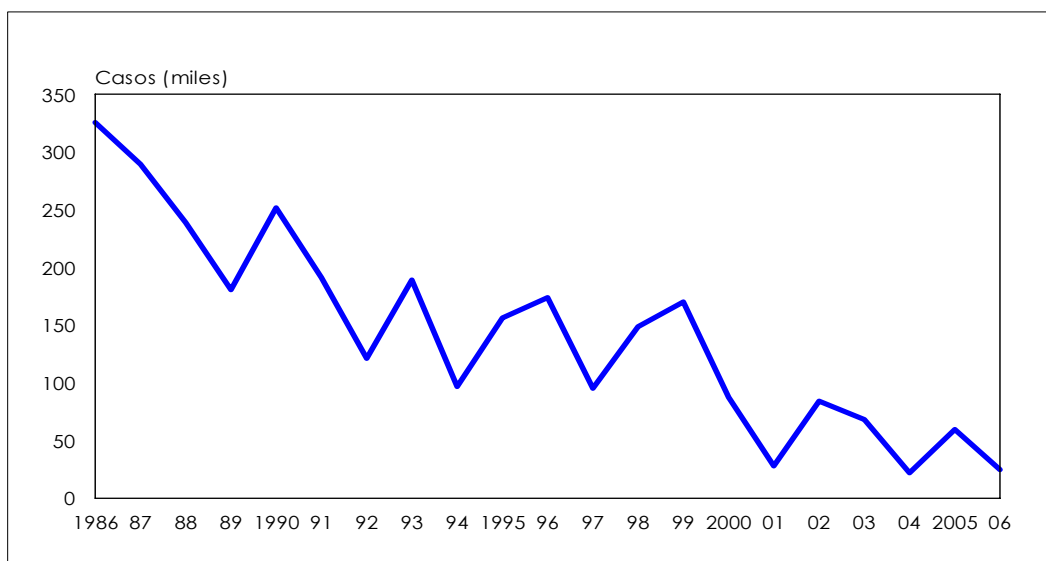
Tabla 3. Enfermedades de Declaración Obligatoria (EDO) por Territorio Histórico en la CAPV. 2006

Enfermedades	Álava	Bizkaia	Gipuzkoa	CAPV 2006	CAPV 2006	CAPV 2006	CAPV 2006
	Casos	Casos	Casos	Casos	Tasas x 10 ⁵	IE 1 ⁽¹⁾	IE 2 ⁽²⁾
Botulismo	0	0	2	2	0,10	-	-
Disentería	0	7	12	19	0,91	0,44	1,46
Fiebre tifo-paratífica	0	4	3	7	0,34	2,33	1,75
Enfermedad meningocócica	1	48	22	71	3,41	0,71	0,65
Gripe	3.759	14.464	6.610	24.833	1.192,41	0,42	0,42
Legionelosis	14	63	37	114	5,47	1,01	1,12
Meningitis tuberculosa	0	4	3	7	0,34	0,64	0,88
Tuberculosis	62	250	209	521	25,02	1,06	1,04
Varicela	2.140	3.647	3.166	8.953	429,90	0,83	0,83
Infección gonocócica	11	60	8	79	3,79	1,41	3,16
Sífilis	6	37	3	46	2,21	1,18	2,56
Parotiditis	8	127	25	160	7,68	3,08	4,32
Rubéola	0	1	0	1	0,05	0,07	0,25
Sarampión	0	0	0	0	-	-	-
Tétanos	1	2	4	7	0,34	7,00	7,00
Tos ferina	1	6	13	20	0,96	4,00	1,67
Hepatitis A	6	80	51	137	6,58	1,38	2,45
Hepatitis B	8	9	16	33	1,58	1,06	1,06
Hepatitis C	12	0	3	15	0,72	1,36	1,25
Otras hepatitis	1	1	0	2	0,10	-	-
Brucelosis	1	1	0	2	0,10	-	0,67
Paludismo	5	19	5	29	1,39	1,53	1,45

(1) El Índice Epidémico 1 (IE 1) es una razón que se obtiene dividiendo los casos registrados en 2006 por los casos de 2005 para cada enfermedad.

(2) El Índice Epidémico 2 (IE 2) es la razón obtenida al dividir los casos registrados en 2006 por la mediana de los casos del quinquenio anterior (2001-05).

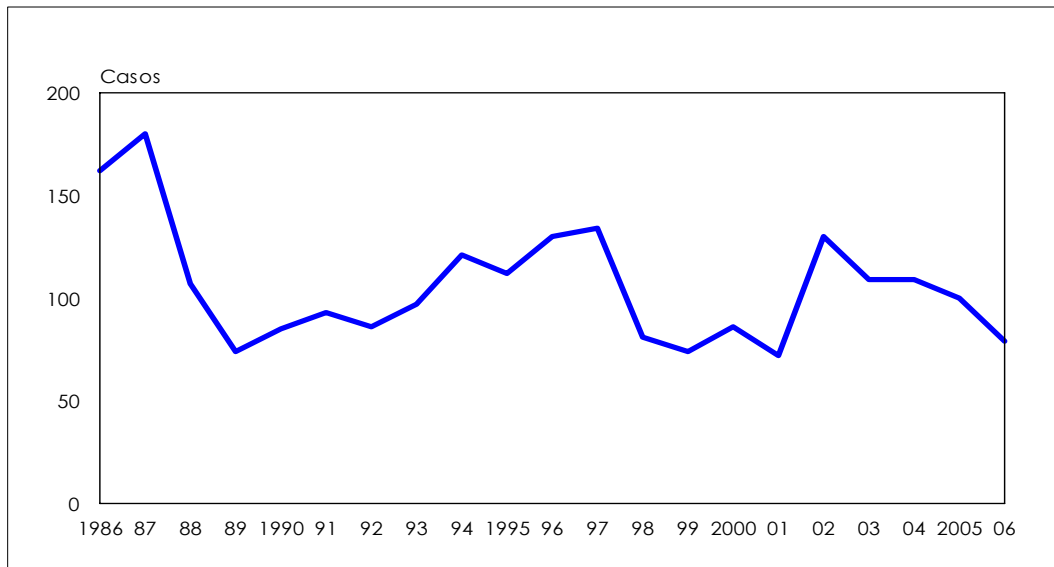
Figura 5. EDO: Evolución de los casos de gripe en la CAPV. 1987-2006



Los casos de **gripe** se redujeron casi un 60% respecto a los de 2005 (Fig. 5).

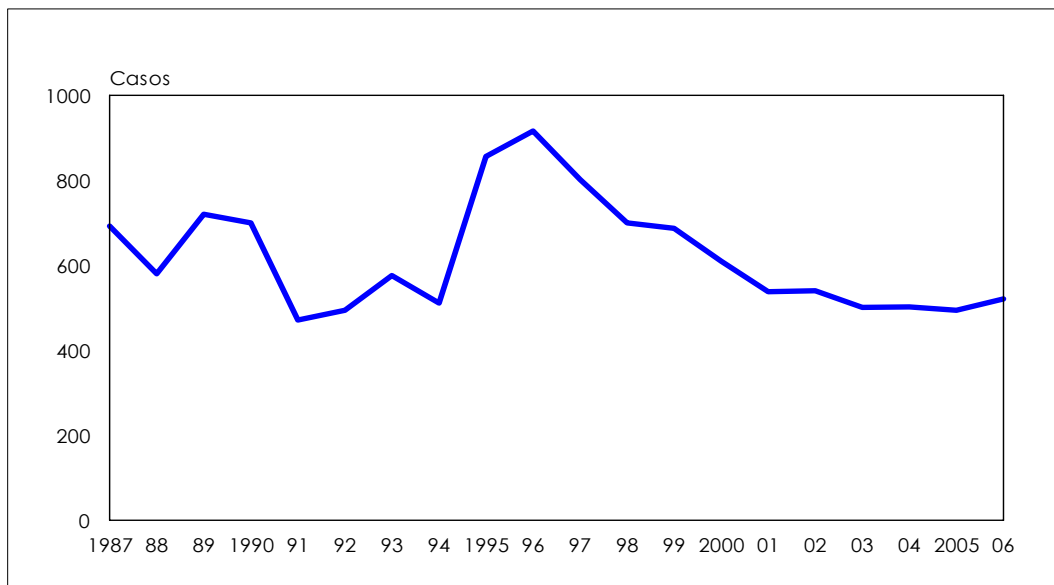
La **enfermedad meningocócica** ha registrado un número de casos casi un 30% inferior al del año anterior. La tasa más alta se sigue registrando entre los menores de 5 años (284,6 por 100 mil habitantes). El serogrupo C solamente ha contabilizado 5 casos, frente a 11 casos en 2005 (Fig. 6).

Figura 6. EDO: Evolución de los casos de enfermedad meningocócica en la CAPV. 1987-2006



La incidencia de la **tuberculosis** se ha mantenido estable, situación también observada en otras CC.AA. (Fig. 7).

Figura 7. EDO: Evolución de los casos de tuberculosis en la CAPV. 1987-2006



La **legionelosis** se ha mantenido con la misma incidencia que en 2005.

Se han detectado 29 casos de **paludismo** importados de países de alta endemia, casi todos del continente africano, principalmente de Guinea Ecuatorial.

La incidencia de **hepatitis A** ha aumentado también este año. Los factores de riesgo conocidos más frecuentes han sido el desplazamiento a zona endémica, el contacto familiar y el antecedente de ingesta de marisco crudo. En el 37% de los casos no se conocía el factor de riesgo.

2. RED VIGÍA DE LA CAPV

Este sistema de información tiene como objetivo principal establecer mecanismos informativos en relación a ciertas patologías que permitan el máximo desarrollo de la vigilancia epidemiológica. Tiene como aplicaciones inmediatas determinar la **incidencia** de ciertas enfermedades, síndromes o problemas patológicos, imposibles de evaluar sin estudios específicos, y conocer, a través de variables epidemiológicas relacionadas, la **distribución** de la enfermedad en la población, así como sus **factores de riesgo**, utilización de servicios sanitarios, gasto farmacéutico, etc.⁸

Diabetes tipo 2

Durante 2006 y a partir de los datos recogidos en un *Estudio de incidencia, prevalencia, complicaciones y riesgo cardiovascular de la diabetes tipo 2 conocida en personas mayores de 24 años*, realizado en el año 2000, se ha continuado trabajando para modelizar el riesgo cardiovascular en pacientes con diabetes sin *enfermedad cardiovascular* (enfermedad coronaria, ACV y enfermedad arterial periférica)⁹. Actualmente se está realizando un estudio prospectivo de 10 años de seguimiento con el objetivo de conocer la incidencia de las complicaciones crónicas de la diabetes y los factores de riesgo cardiovascular asociados.

Evolución de la gripe en la temporada 2006-2007

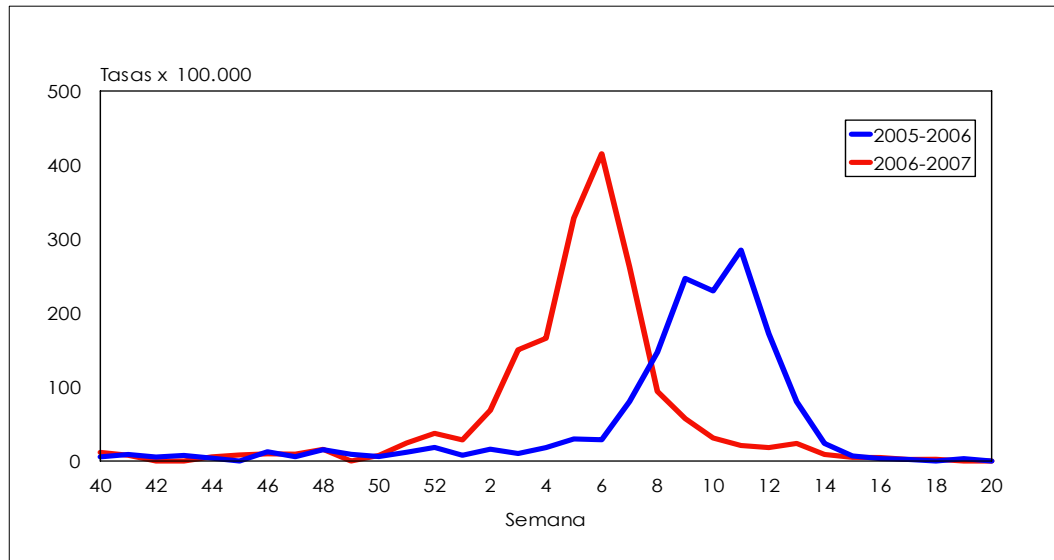
En la temporada 2006-2007 la actividad gripal ha comenzado a ser importante a partir de la primera semana del año 2007. En la tercera semana de enero ya la incidencia ha superado los 100 casos por 10⁵ habitantes; el pico máximo de actividad gripal se ha registrado en la sexta semana con tasas de 415 casos por 10⁵ en el conjunto de la red

8 Desde 1990, la Red Vigía de la CAPV ha estudiado diversas patologías: hepatitis A, neumonía, sarampión, procesos diarreicos, gripe, crisis asmáticas, alcoholismo, trastornos de ansiedad, obesidad, prevalencia de fragilidad en las personas ancianas, tos ferina, accidentes infantiles y diabetes.

9 En este proyecto participan otras tres redes centinela de las Comunidades Autónomas de Extremadura, La Rioja, y Castilla y León.

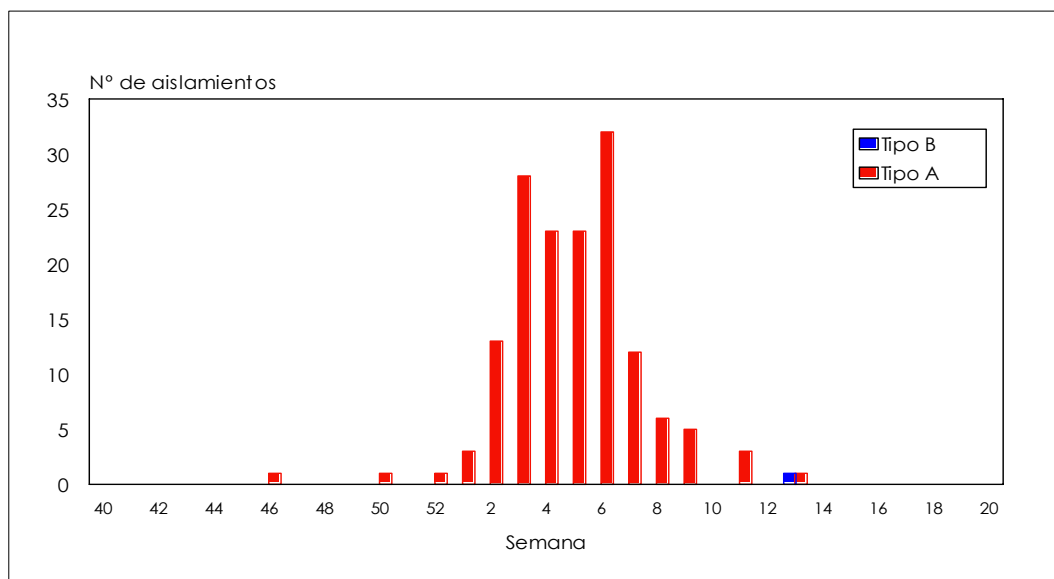
vigía de la CAPV. Tras la semana 8 se ha constatado un descenso progresivo de la actividad gripal. En conjunto la onda epidémica estacional de la gripe ha sido ligeramente superior en intensidad a la de la temporada anterior (Fig. 8).

Figura 8. Comparativa de la incidencia semanal de gripe en la CAPV en las temporadas 2005-06 y 2006-07



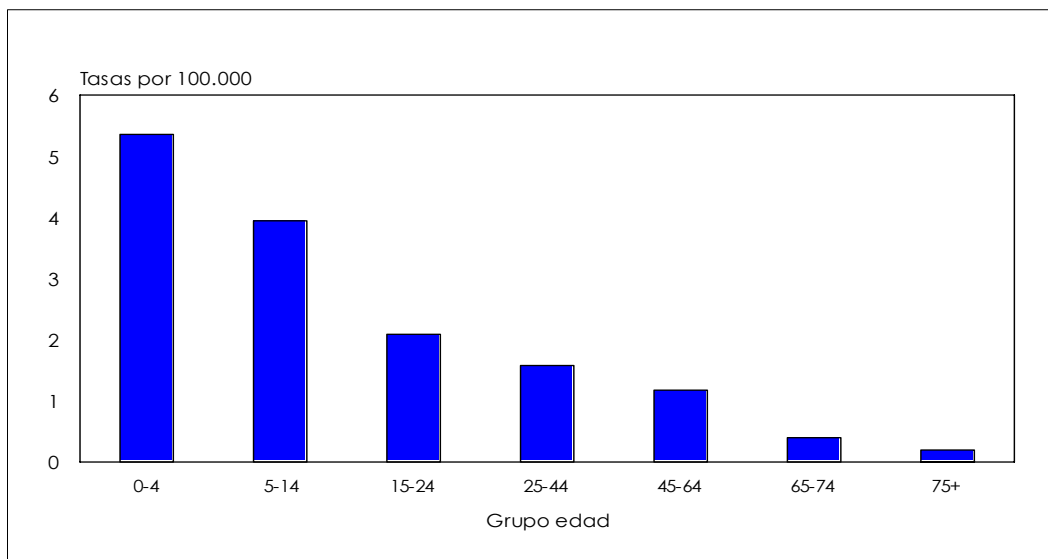
El primer aislamiento viral (A(H3)) se ha registrado en Bizkaia en la semana 46 del 2006. Esta temporada han predominado los aislamientos AH3N2 y tan solo se ha registrado un aislamiento tipo B en la semana 13 de 2007. En total, la red vigía de gripe ha recogido 276 frotis y el laboratorio de referencia ha confirmado 154 virus gripales positivos con un rendimiento del 55% (Fig. 9).

Figura 9. Distribución de aislamientos virales de gripe por tipo en la CAPV en la temporada 2006-07



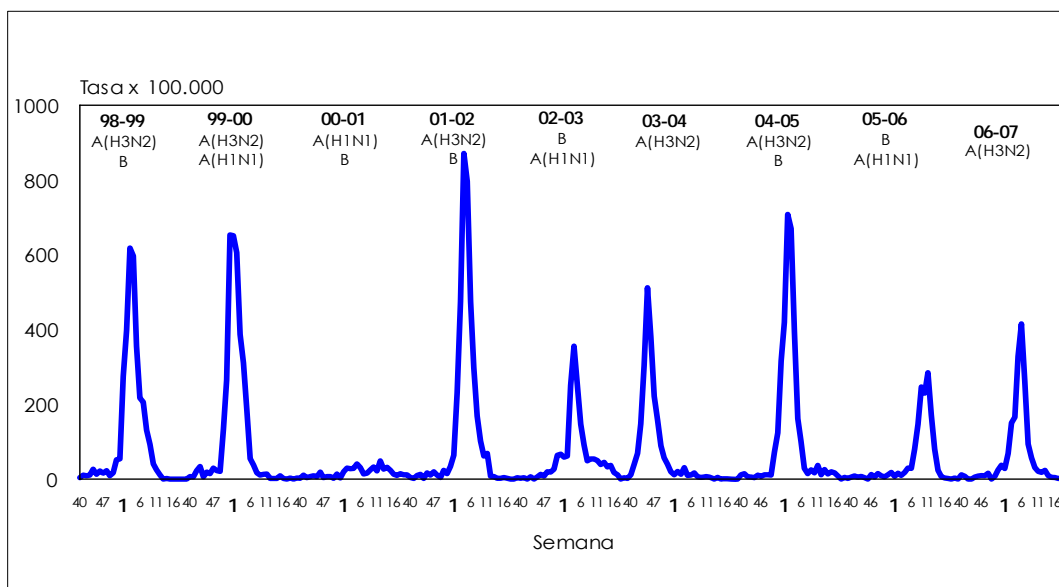
La incidencia más alta se ha dado en la edad infantil, descendiendo luego a medida que ha ido aumentando la edad (Fig. 10).

Figura 10. Incidencia acumulada de gripe por edad en la CAPV en la temporada 2006-07



En resumen, la temporada gripal 2006-2007 ha registrado una actividad gripal con incidencias ligeramente superiores a la temporada 2005-06, pero sin alcanzar los niveles de temporadas anteriores (Fig. 11).

Figura 11. Evolución de la gripe en la CAPV en las temporadas 98-99 a 06-07



3. MICROBIOLOGÍA

El Sistema de Información Microbiológica de la Comunidad Autónoma del País Vasco (SIMCAPV)¹⁰ tiene como objetivo recoger datos sobre la patología infecciosa en la CAPV confirmada por laboratorio de acuerdo a una lista establecida previamente¹¹, que permite unificar los criterios de declaración de todos los laboratorios, para así proporcionar información específica e imprescindible para la vigilancia epidemiológica¹².

En 2006 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, Mendara, Zumárraga, Bidasoa y Alto Deba; además, se han incorporado cuatro laboratorios privados de Bizkaia. Su compromiso es enviar a las Unidades de Vigilancia Epidemiológica de los tres Territorios Históricos la información.

A continuación se presentan algunos de los datos más relevantes de 2006 desde el punto de vista epidemiológico.

Infecciones de origen gastrointestinal

En 2006 ha seguido la evolución descendente del número de declaraciones de *Salmonella*. También han disminuido las declaraciones de *Campylobacter* (2.451 frente a 2.576 en 2005) (Fig. 12).

Las notificaciones de rotavirus han seguido estabilizadas (1.112 frente a 1.106 en 2005) (Fig.13); sin embargo, han aumentado las de adenovirus (159 frente a 120 en 2005).

¹⁰ 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.

¹¹ 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 delta, parotiditis, rubéola, 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*.

¹² Las variaciones metodológicas de los distintos sistemas de información pueden originar diferencias en la contabilización de casos.

Figura 12. Evolución del número de *Campylobacter* declarado al SIMCAPV. 1994-2006

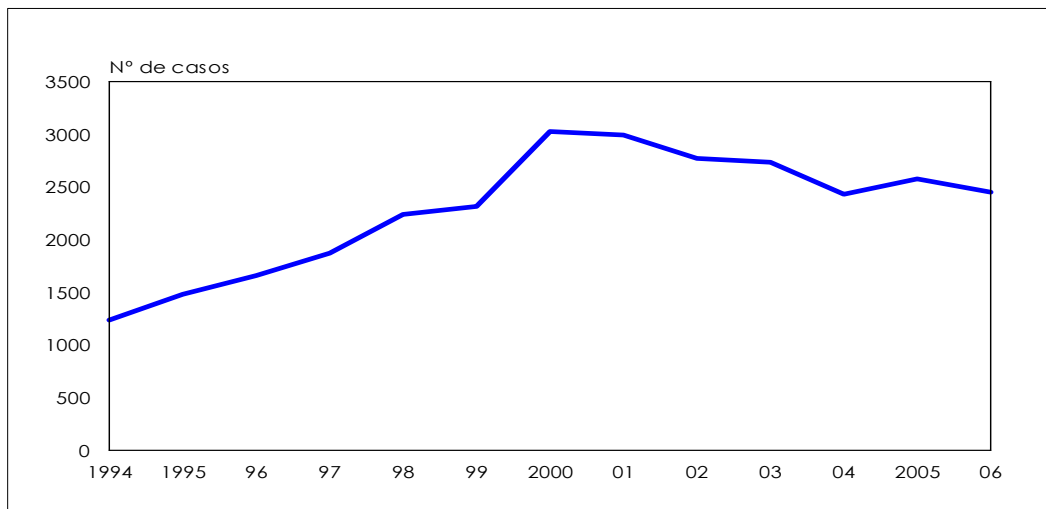
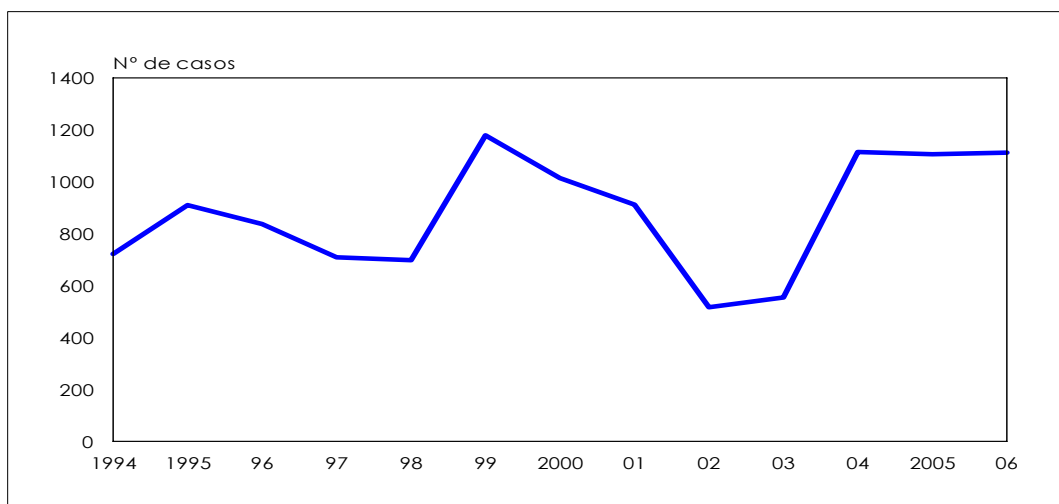


Figura 13. Evolución del número de rotavirus declarado al SIMCAPV. 1994-2006



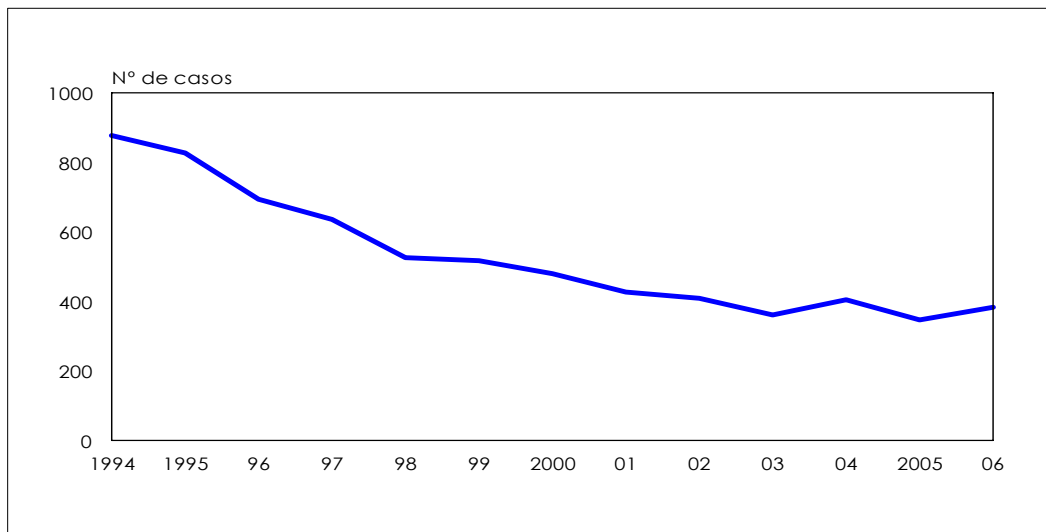
Infecciones respiratorias

Las declaraciones de *Streptococcus pneumoniae* se han mantenido (408 casos frente a 410 en 2005). Han aumentado las notificaciones de *Legionella pneumophila* (119 casos frente a 108 en 2005) y de *Mycoplasma* (155 casos frente a 106 en 2005). Han disminuido en cambio las de *Chlamydia pneumoniae* (58 casos frente a 103 en 2005).

Micobacterias

El número de declaraciones de *Mycobacterium tuberculosis* ha pasado de 347 en 2005 a 383 casos (Fig. 14).

Figura 14. Evolución del número de *Mycobacterium tuberculosis* declarado al SIMCAPV. 1994-2006



Enfermedades prevenibles por inmunización

Como en años anteriores y gracias a las altas tasas de coberturas vacunales conseguidas, se han declarado pocos casos de enfermedades prevenibles por inmunización, excepto de parotiditis cuyo incremento ha sido debido a un brote ocurrido en un centro escolar.

Infecciones de transmisión sexual

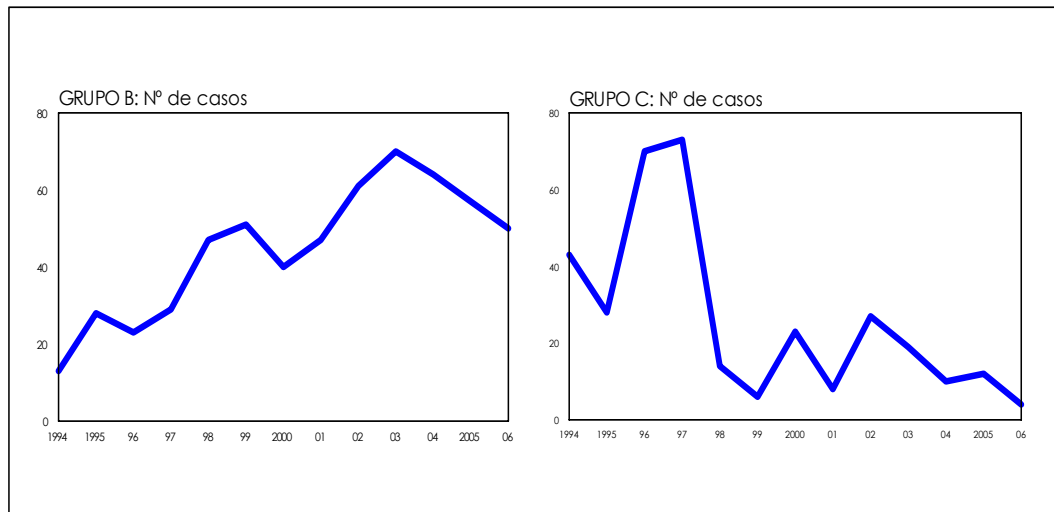
El incremento detectado de estas infecciones puede atribuirse a una mejora en la declaración (estos microorganismos¹³ empezaron a declararse en 2004) o bien a un incremento real del número de casos tal y como está ocurriendo en países de nuestro entorno.

Otros microorganismos

Ha vuelto a descender el número total de declaraciones de *Neisseria meningitidis* (57 casos frente a 74 en 2005). Del total, se han declarado 4 casos de *Neisseria meningitidis* del grupo C (12 casos en 2005) y 50 del grupo B (57 casos en 2005) (Fig.15).

¹³ Los microorganismos causantes de infecciones de transmisión sexual que se declaran al SIMCAPV son: *Chlamydia trachomatis*, Herpes simple tipo 2, *Neisseria gonorrhoeae* y *Treponema pallidum*.

Figura 15. Evolución del número de *Neisseria meningitidis* declarado al SIMCAPV. 1994-2006



Ha seguido aumentando el número de declaraciones de hepatitis A (133 casos frente a 106 en 2005).

Respecto a las **zoonosis** se ha producido un incremento de *Coxiella burnetii* (125 casos frente a 68 en 2005).

Se han declarado dos casos de **enfermedad invasiva** por *Streptococcus* β -hemolítico del grupo A lo que ha llevado a solicitar la declaración microbiológica urgente de cualquier aislamiento de *Streptococcus pyogenes* en muestra estéril.

4. BROTES DE ORIGEN HÍDRICO O ALIMENTARIO

Durante 2006 en la CAPV se han notificado 40 brotes: 7 en Álava; 13 en Bizkaia, y 20 en Gipuzkoa. Se han visto afectadas 640 personas. En uno de estos 40 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.

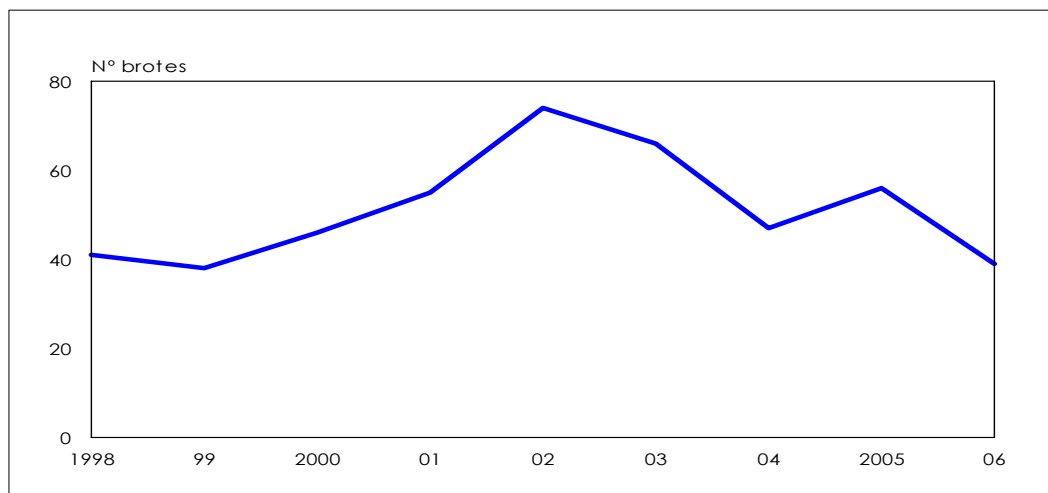
Brotos de origen hídrico

No se ha registrado ningún brote de esas características en la CAPV.

Toxiinfecciones alimentarias

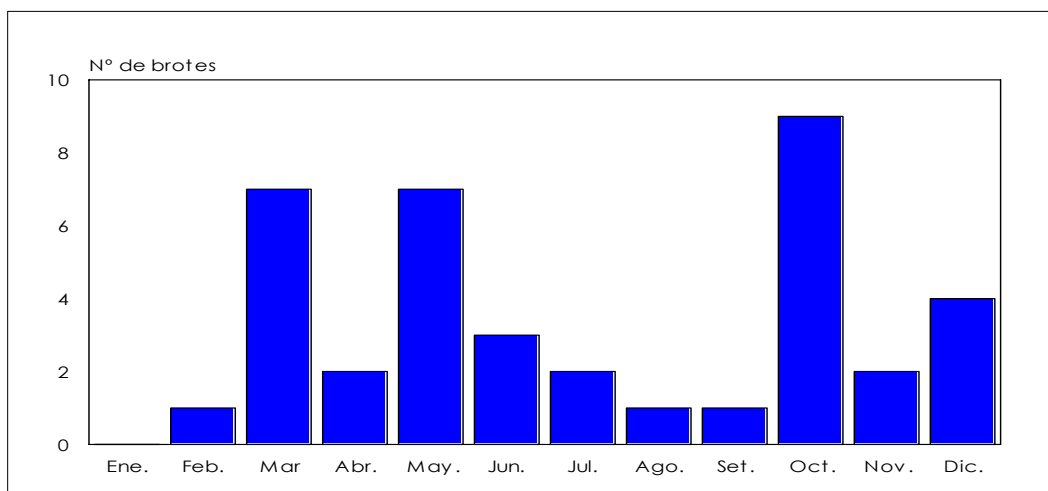
El número de brotes declarados ha sido inferior al del año anterior, 39 frente a 56, así como el de personas afectadas, 629 frente a 838, respectivamente) (Fig. 16).

Figura 16. Brotes de toxiinfecciones alimentarias en la CAPV. 1998-2006



En la **distribución de los brotes** por meses, puede apreciarse que, a diferencia de otros años, no se ha producido un patrón estacional definido (Fig. 17).

Figura 17. Brotes de toxiinfecciones alimentarias por meses en la CAPV. 2006



Los **alimentos implicados** más frecuentes han sido los elaborados con huevo o sus derivados, responsables de 12 brotes. En 14 brotes, el alimento implicado no ha podido ser identificado (Tabla 4).

Tabla 4. Toxiinfecciones alimentarias según el alimento implicado en la CAPV. 2006

Alimentos implicados	Nº de brotes
Mahonesa/ovoproducto	12
Otros	7
Pescado/marisco	1
Confitería/pastelería	1
Queso	1
Carne	3
Desconocido	14

FUENTE: REGISTRO DE BROTES DE LA CAPV.

El **lugar de origen** más frecuente ha sido bares y restaurantes 28 (72%), seguido de domicilios particulares (Tabla 5).

Tabla 5. Toxiinfecciones alimentarias según el lugar de origen en la CAPV. 2006

Lugar	Nº de brotes
Bar/Restaurante	28
Domicilio	4
Centro escolar/Guardería	1
Otros	6

FUENTE: REGISTRO DE BROTES DE LA CAPV.

Salmonella ha seguido siendo la **etiología** más frecuente, responsable del 51% de los brotes notificados. El *Clostridium Botulinum* ha sido identificado en un brote cuyo origen ha sido conserva industrial. En el 23% de los brotes no se ha identificado el agente etiológico (Fig. 18 y Tabla 6).

Figura 18. Toxiinfecciones alimentarias por *Salmonella enteritidis*. CAPV 1998-2006

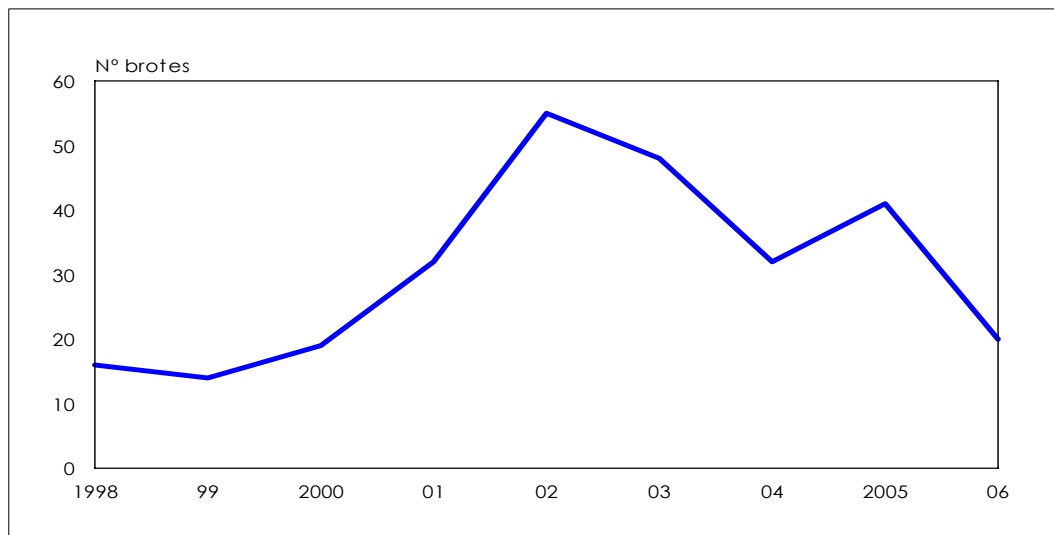


Tabla 6. Toxiinfecciones alimentarias según origen microbiológico. CAPV. 2006

Agente etiológico	Nº de brotes
S. enteritidis	20
Clostridium perfringens	1
Clostridium botulinum	1
Bacillus cereus	1
Staphil.sp	2
Yersinia sp	1
Otras bacterias	1
Otros virus	3
Desconocido	9

FUENTE: REGISTRO DE BROTES DE LA CAPV.

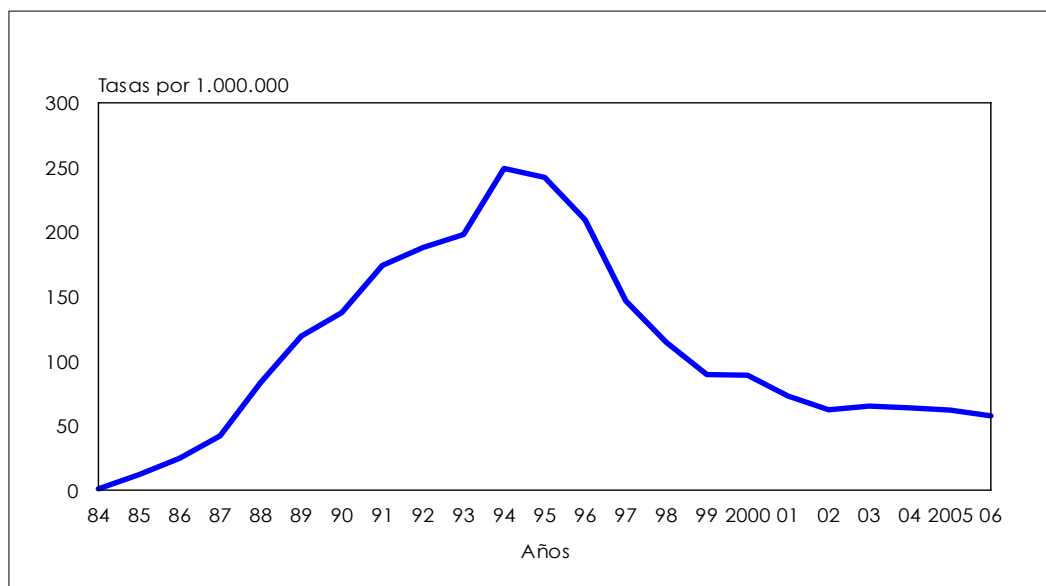
La **media de personas afectadas** por brote ha sido de 29 en Álava; de 18 en Gipuzkoa; y de 5 en Bizkaia. La media en la CAPV ha sido de 16, con un mínimo de 2 y un máximo de 80 personas afectadas.

B. OTROS SISTEMAS DE INFORMACIÓN

SÍNDROME DE INMUNODEFICIENCIA ADQUIRIDA (SIDA)

En 2006 se han declarado 120 casos nuevos de sida. La incidencia de esta enfermedad ha disminuido un 3,1% respecto a 2005 (Fig. 19).

Figura 19. Tasa de incidencia de sida por millón de habitantes en la CAPV. 1984-2006



Por Territorios Históricos, Álava ha presentado la mayor tasa de incidencia (90,7 casos/millón de habitantes), seguida de Bizkaia (59,6 casos/millón de habitantes) y Gipuzkoa (40,0 casos/millón de habitantes).

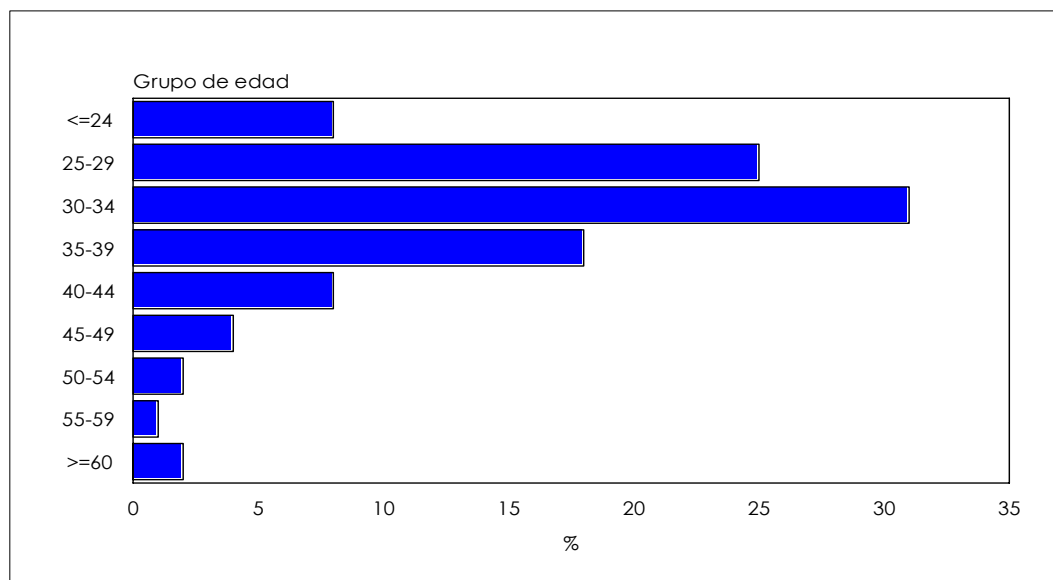
El porcentaje de mujeres infectadas mediante **relación heterosexual** no protegida ha sido del 59,5% (64% en 2005) y el de varones, del 31,3% (22% el año anterior). Las **prácticas homosexuales de riesgo** han supuesto el 21,7% del total de casos de sida registrados en varones (19% en 2005).

En 2006 han nacido en la CAPV 29 bebés de madres seropositivas de los que uno ha resultado infectado por VIH por transmisión materno-fetal. Entre 1984 y finales de 2006 han nacido en la CAPV 878 bebés de madres seropositivas. De ellos, 135 se han infectado por VIH (15,2%). El número de bebés VIH por transmisión materno-fetal diagnosticados en los últimos diez años (1996-2006) ha sido de 19; durante el periodo 1984-95, fue de 116. La adopción de medidas preventivas sería la causa de este notable descenso.

Incidencia

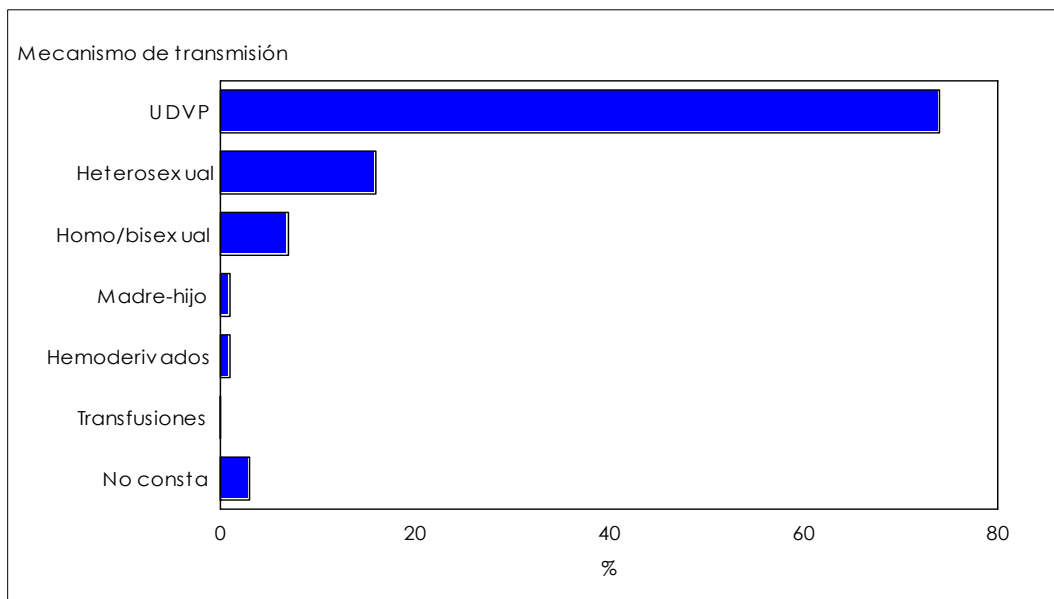
Entre 1984 y 2006 se han declarado 5.399 casos de sida. De ellos, el 76% en varones y el 24% en mujeres, por lo que la razón varón/mujer es de 3,1. Por grupos de edad, el más numeroso está formado por personas de 30-34 años (31% de los casos), seguido por el de 25-29 años (25% de los casos) (Fig. 20).

Figura 20. Casos de sida por grupo de edad en la CAPV. 1984-2006



El mecanismo de transmisión más frecuente ha sido el uso compartido de jeringuillas en el consumo de drogas por vía parenteral (74%), seguido de las relaciones heterosexuales no protegidas (16%) (Fig. 21).

Figura 21. Casos de sida por mecanismo de transmisión. CAPV. 1984-2006



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 2006, se han distribuido 380.492 kits-jeringuillas. Además, se han recogido 221.142 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 priorización¹⁴.

¹⁴ En 2006 se han destinado a tal efecto 298.480 €.

C. PLAN DE ACCIÓN FRENTE A UNA PANDEMIA GRIPAL EN EUSKADI (PAPGE)

Como fruto del trabajo realizado por la *Comisión Interdepartamental para la Coordinación del Plan de Acción frente a una Pandemia Gripal en la Comunidad Autónoma de Euskadi* creada el 13 de septiembre del 2005, el Gobierno Vasco en acuerdo adoptado el 3 de octubre de 2006 ha aprobado el Plan de Acción frente a una Pandemia Gripal en Euskadi con el objetivo de coordinar y desarrollar todas las actuaciones del Gobierno Vasco y de otros Estamentos y Administraciones implicados en el caso de que se produzca una pandemia gripal¹⁵.

Se han diseñado tres Gabinetes (de Comunicación, Jurídico y Económico) y cuatro Subcomités Técnicos (de Vigilancia Epidemiológica, de Antivirales y Vacunas, de Respuesta, Control y Protección, y de Sanidad Animal) con los consiguientes grupos de trabajo en los que participan profesionales de Instituciones y Organismos públicos y privados de la CAPV. Se han comenzado a estudiar los posibles escenarios y a redactar las primeras propuestas/protocolos de actuación que, en su día, se enviarán al Comité de Pandemia para su análisis y aprobación.

En el Comité de Pandemia, presidido por el Consejero de Sanidad, se hallan representadas todas las Instituciones a nivel comunitario - Departamentos del Gobierno Vasco, Osakidetza- y local -Diputaciones Forales, EUDEL (Asociación de Municipios Vascos)...

¹⁵ Documentos de consulta sobre este tema se hallan en la web.

MORTALIDAD

Durante 2005¹⁶ murieron 19.425 personas residentes en la CAPV, 741 más que el año anterior: el 53% fueron varones y el 47%, mujeres.

En la Tabla 7, puede observarse la distribución de la mortalidad por grandes grupos de enfermedades y sexo.

Tabla 7. Mortalidad por grandes grupos de enfermedades y sexo en la CAPV. 2005

Grupo		Varones		Mujeres		Total	
		Casos	Tasas*	Casos	Tasas*	Casos	Tasas*
I	Enferm. infecciosas y parasitarias	221	17,0	186	8,5	407	12,4
II	Tumores	3.518	262,0	1.944	104,8	5.462	172,0
III	Enf. sangre y trast. Inmunidad	26	2,0	59	2,1	85	2,2
IV	Enf. Endocrinas	265	19,3	359	13,8	624	16,4
V	Trastornos mentales	252	19,1	581	19,2	833	19,5
VI	Enferm. del sistema nervioso	371	26,8	550	21,4	921	23,7
VII	Enferm. del ojo	0	-	0	-	0	-
VIII	Enferm. del oído	0	-	0	-	0	-
IX	Enferm. del sistema circulatorio	2.821	205,7	3.070	113,4	5.891	152,8
X	Enferm. del sistema respiratorio	1.272	90,1	942	33,7	2.214	54,7
XI	Enferm. del sistema digestivo	513	38,4	437	18,1	950	27,6
XII	Enferm. piel y tej. Subcutáneo	9	0,6	22	0,8	31	0,8
XIII	Enf. del sist. osteomuscular y tej. Conjuntivo	45	3,6	112	4,0	157	3,8
XIV	Enferm. del sistema genito-urinario	198	14,1	194	7,4	392	9,7
XV	Complicac. embarazo, parto..	0	-	1	0,1	1	0,0
XVI	Afecciones perinatales	19	3,0	13	2,3	32	2,6
XVII	Malformaciones congénitas	21	2,6	19	2,3	40	2,5
XVIII	Causas mal definidas	241	18,5	368	12,8	609	15,6
XIX	Causas externas	537	44,4	239	14,8	776	28,9
	Total	10.329	767,0	9.096	379,4	19.425	545,2

*Tasa x 100.000 ajustada por edad a la población europea estándar.

FUENTE: REGISTRO DE MORTALIDAD. DIRECCIÓN DE PLANIFICACIÓN Y ORDENACIÓN SANITARIA. DEPARTAMENTO DE SANIDAD.

Las enfermedades del sistema circulatorio representaron la primera causa de muerte para ambos sexos (30% del total de fallecimientos); las siguieron los tumores (28%), las enfermedades del sistema respiratorio (11%), las enfermedades del sistema digestivo y las del sistema nervioso (5% cada una), y los trastornos mentales y las causas externas (4% cada una).

¹⁶ Los datos que se analizan son los de 2005, ya que no se dispone aún de datos del 2006. El proceso de recogida y codificación de las causas de fallecimiento exige precisión y tiempo.

En la Figura 22 se puede observar la distribución de los grandes grupos de enfermedades por sexo: en los varones, los tumores fueron la primera causa de muerte (34% de los fallecimientos), seguidos de las enfermedades del sistema circulatorio (27%); este orden apareció invertido en las mujeres, siendo la primera causa de muerte las enfermedades del sistema circulatorio (34% y 21% respectivamente).

Figura 22. Mortalidad proporcional por grandes grupos de enfermedades y sexo en la CAPV. 2005

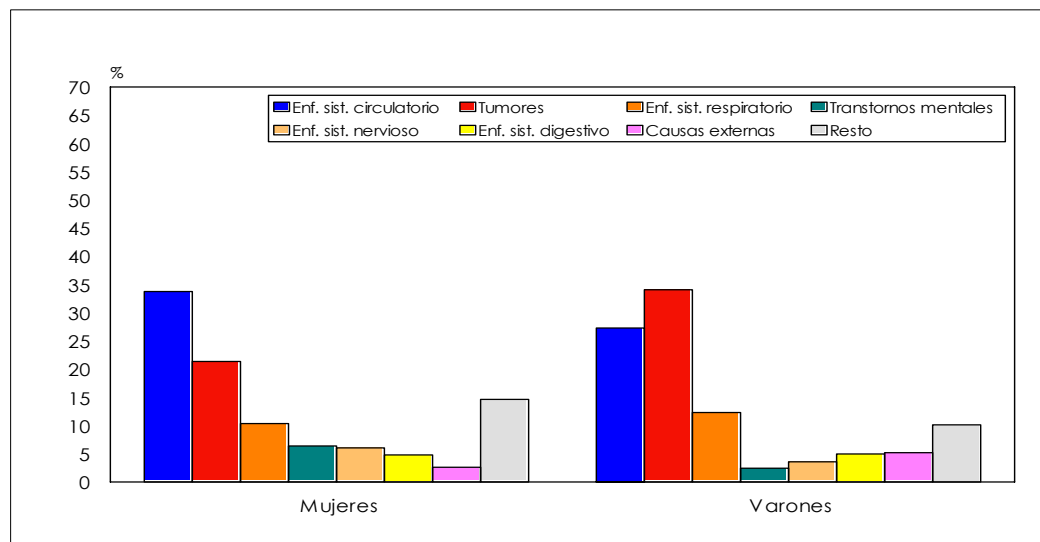
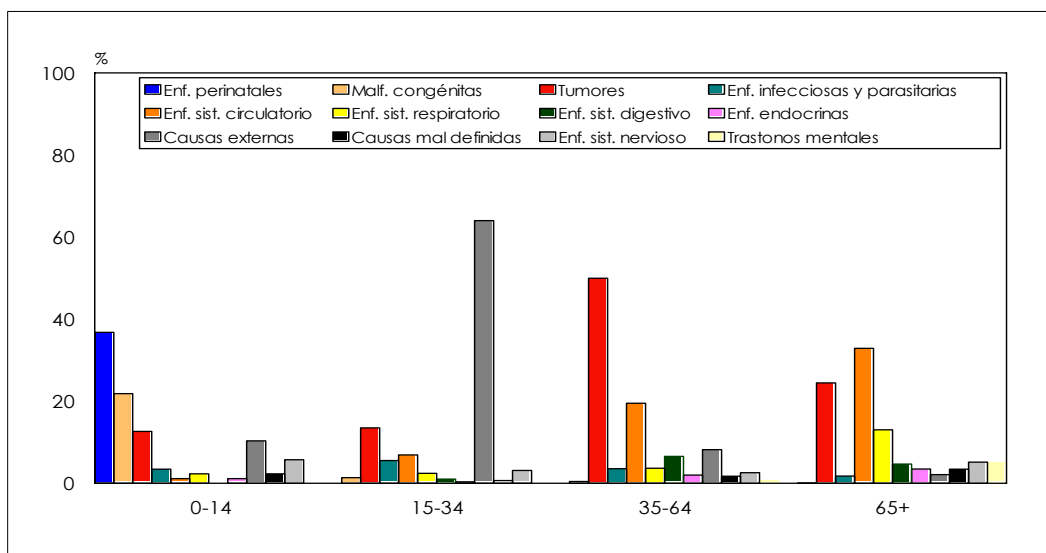


Figura 23. Mortalidad proporcional por grandes grupos de enfermedades y edad en la CAPV. 2005



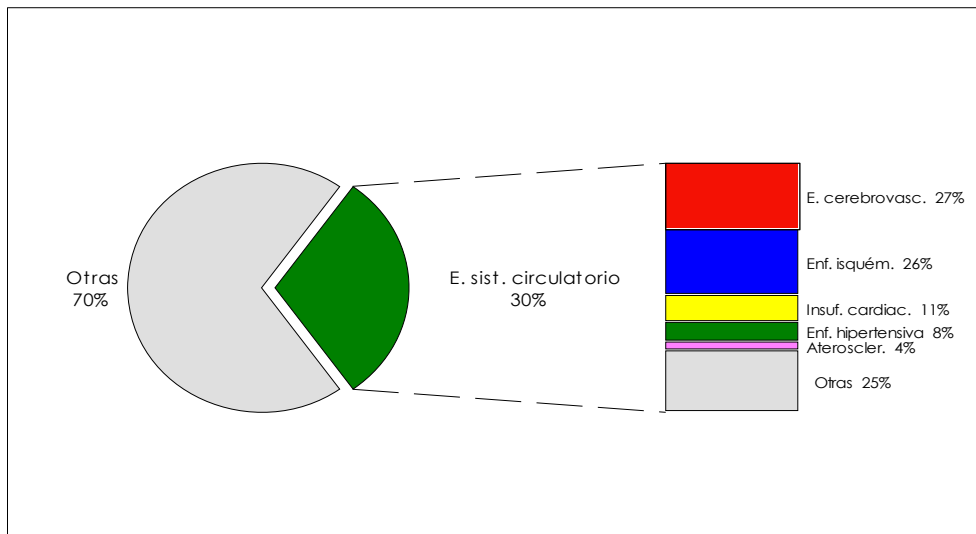
Analizando la mortalidad **por grupos de edad**, las afecciones perinatales y las anomalías congénitas representaron cerca de un 59% de las causas de muerte hasta los 14 años, seguidas de los tumores; de 15 a 34 años, la mayor contribución la presentaron las causas externas (64%) seguidas de los tumores, 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 (50%), siendo la segunda causa las enfermedades del sistema circulatorio (19%), que pasaron a ocupar el primer puesto a partir de los 65 años (33%; Fig. 23).

Las enfermedades del sistema circulatorio

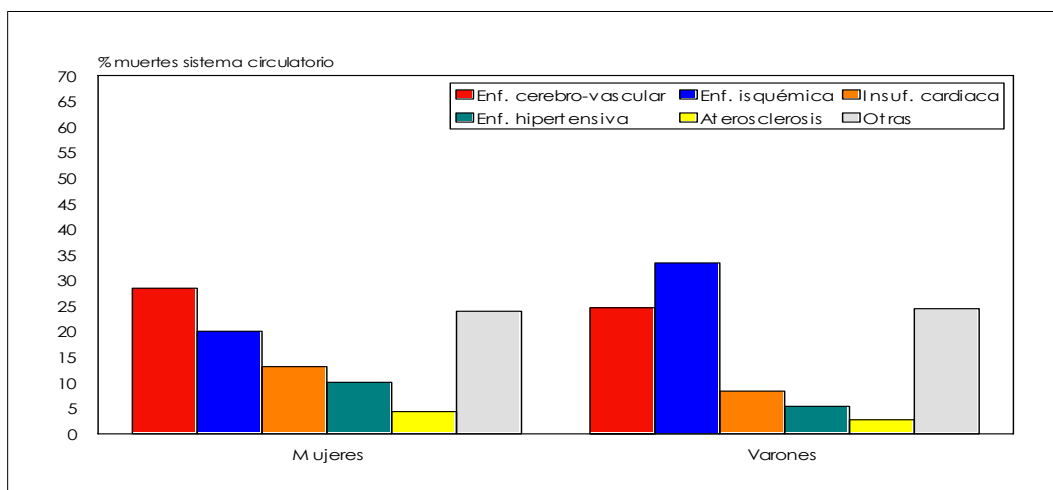
Las enfermedades del sistema circulatorio, al igual que en años anteriores, constituyeron la primera causa de muerte (5.891 defunciones, es decir, el 30% del total de muertes; Fig. 24).

Figura 24. Mortalidad proporcional por enfermedades del sistema circulatorio en ambos sexos en la CAPV. 2005



En las mujeres fueron la primera causa de muerte (3.070 defunciones o lo que es lo mismo, el 34% de mujeres fallecidas en 2005) mientras en los varones representaron la segunda causa de muerte (2.821, el 27% de varones fallecidos).

Figura 25. Mortalidad proporcional por enfermedades del sistema circulatorio por sexo en la CAPV. 2005



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 (25%), orden invertido en mujeres donde la enfermedad cerebrovascular (28%) fue por delante de la enfermedad isquémica (20%) (Fig. 25).

Tumores

Los tumores ocuparon el segundo lugar entre las causas de muerte (5.462; el 28% del total; Fig. 26).

Figura 26. Mortalidad proporcional por tumores en ambos sexos en la CAPV. 2005

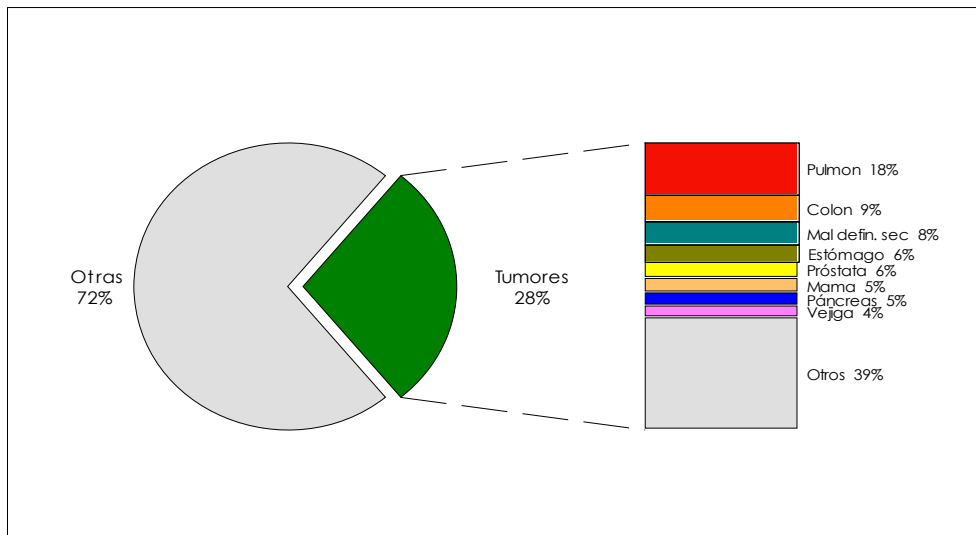
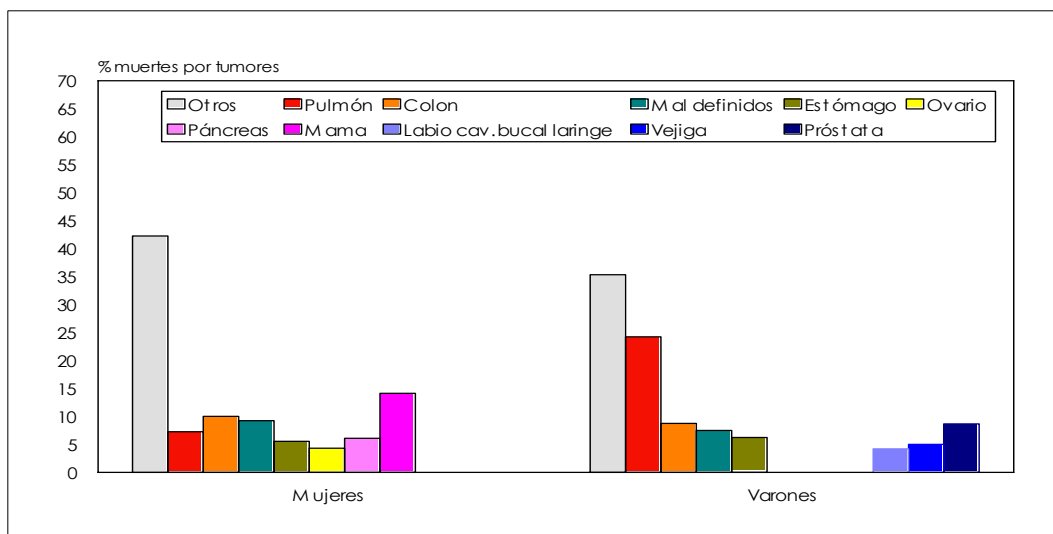


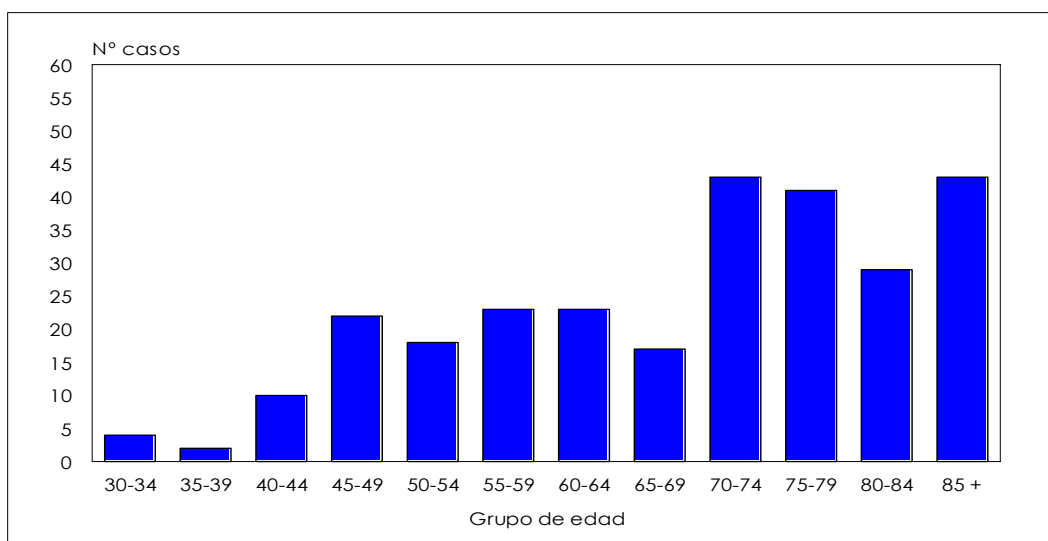
Figura 27. Mortalidad proporcional por tumores por sexos en la CAPV. 2005



En los varones representaron, como ya se ha indicado, la primera causa (3.518 defunciones, es decir, el 34% de los varones fallecidos en 2005). Las localizaciones más frecuentes fueron el pulmón, colon y próstata (Fig. 27).

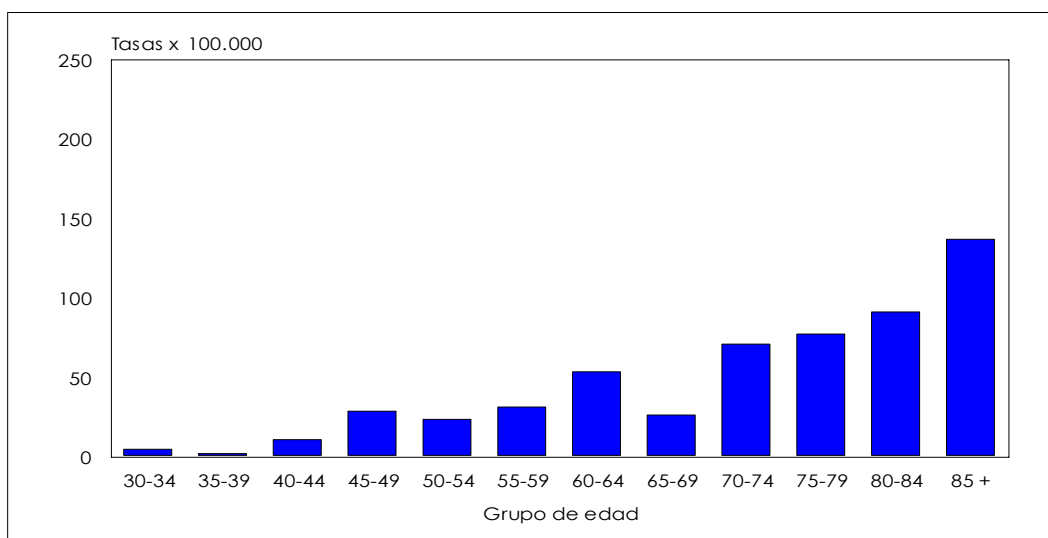
En las mujeres se registraron 1.994 defunciones por tumores (21% de las fallecidas en 2005), siendo los tipos más frecuentes el tumor maligno de mama, colon y tumores malignos mal definidos o secundarios.

Figura 28. Mortalidad por tumor maligno de mama femenina y grupo de edad en la CAPV (nº de casos). 2005



Por tumor maligno de mama femenina fallecieron 275 mujeres en 2005, 11 casos menos que el año anterior; el 6% de estas muertes se produjeron en menores de 45 años y el 71%, después de los 60 años (Fig. 28 y 29).

Figura 29. Mortalidad por tumor maligno de mama femenina y grupo de edad en la CAPV (tasas por 100.000). 2005



Enfermedades del sistema respiratorio

Las enfermedades del sistema respiratorio provocaron 2.214 defunciones, el 11% 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. 30 y 31).

Figura 30. Mortalidad proporcional por enfermedades del sistema respiratorio en ambos sexos en la CAPV. 2005

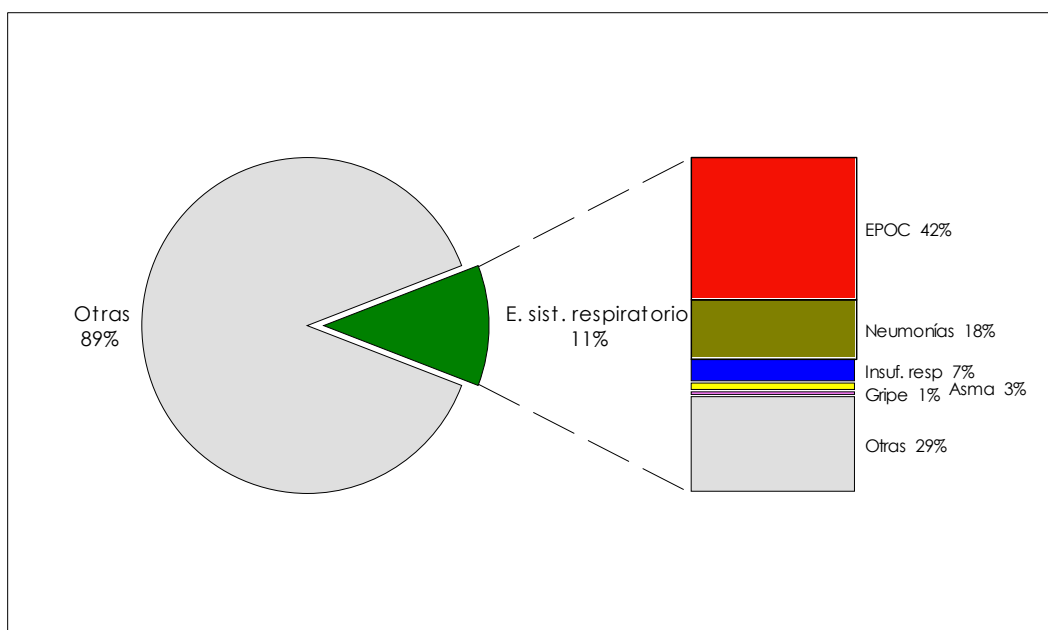
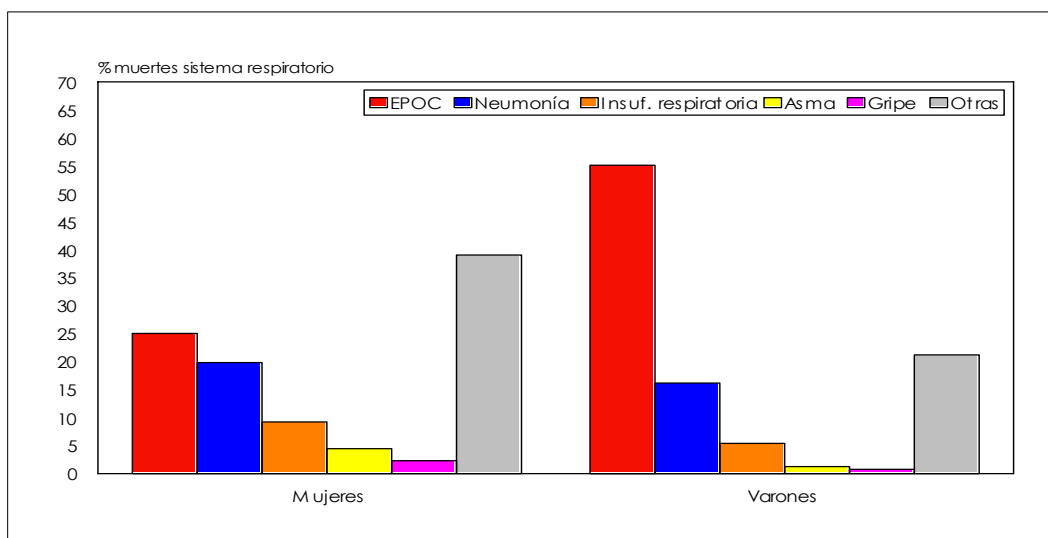


Figura 31. Mortalidad proporcional por enfermedades del sistema respiratorio por sexos en la CAPV. 2005



Enfermedades del sistema digestivo

Este grupo ocupó el cuarto lugar con 950 defunciones (5% del total). Destacaron en este grupo las cirrosis y enfermedades crónicas del hígado seguidas de la enfermedad vascular intestinal (Fig. 32 y 33).

Figura 32. Mortalidad proporcional por enfermedades del sistema digestivo en ambos sexos en la CAPV. 2005

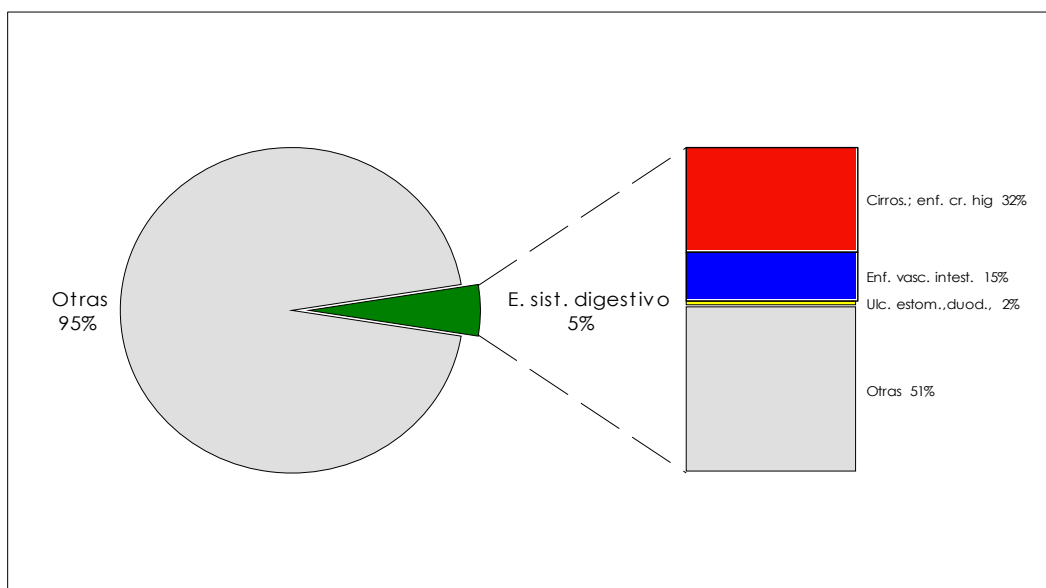
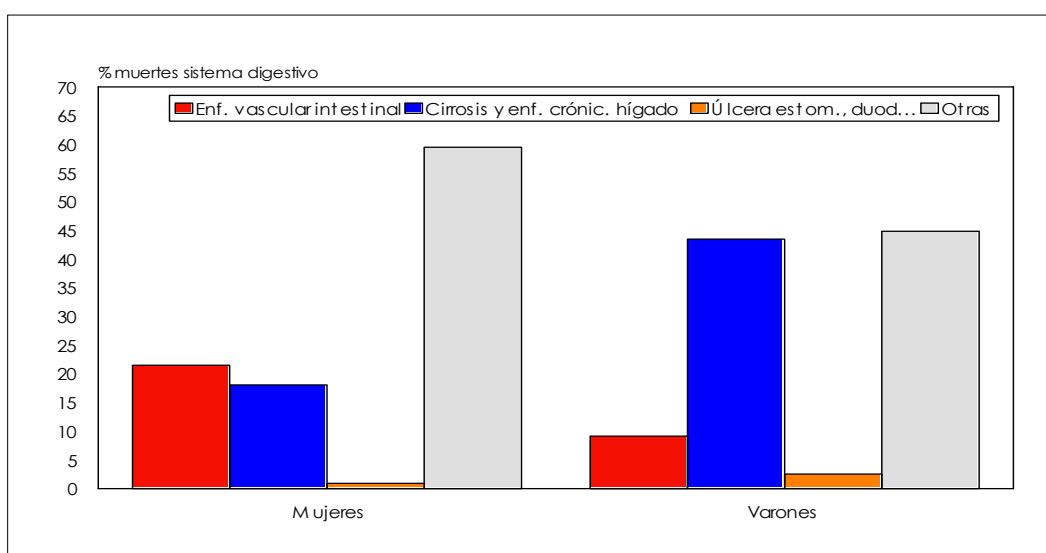


Figura 33. Mortalidad proporcional por enfermedades del sistema digestivo por sexos en la CAPV. 2005



Causas externas

Fallecieron 776 personas (4%) a consecuencia de causas externas. Entre las causas externas cabe destacar, tanto en varones como en mujeres, los accidentes de tráfico de vehículos a motor con 185 casos, suicidio y autolesiones con 171 y las caídas accidentales con 123 casos. El 52% de personas fallecidas menores de 35 años (194) fueron por causas externas (Fig. 34 y 35).

Figura 34. Mortalidad proporcional por causas externas en ambos sexos en la CAPV. 2005

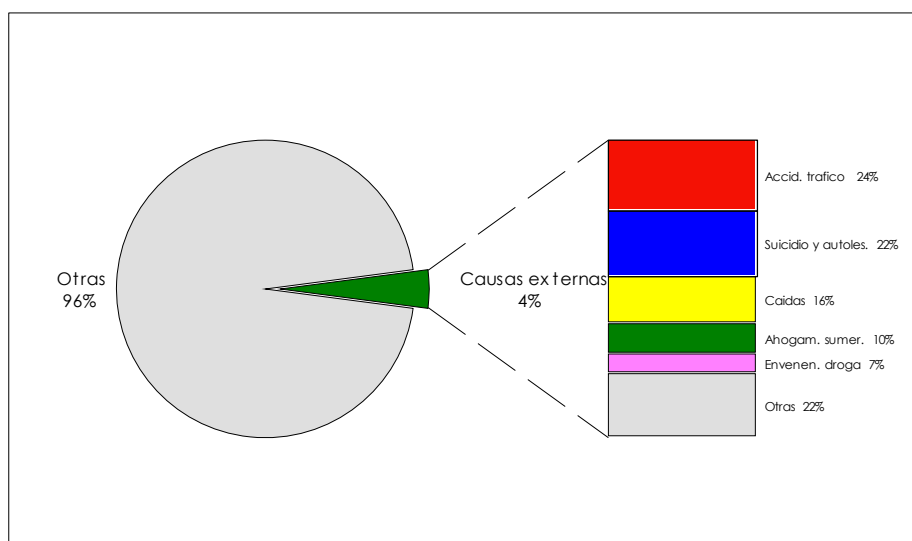
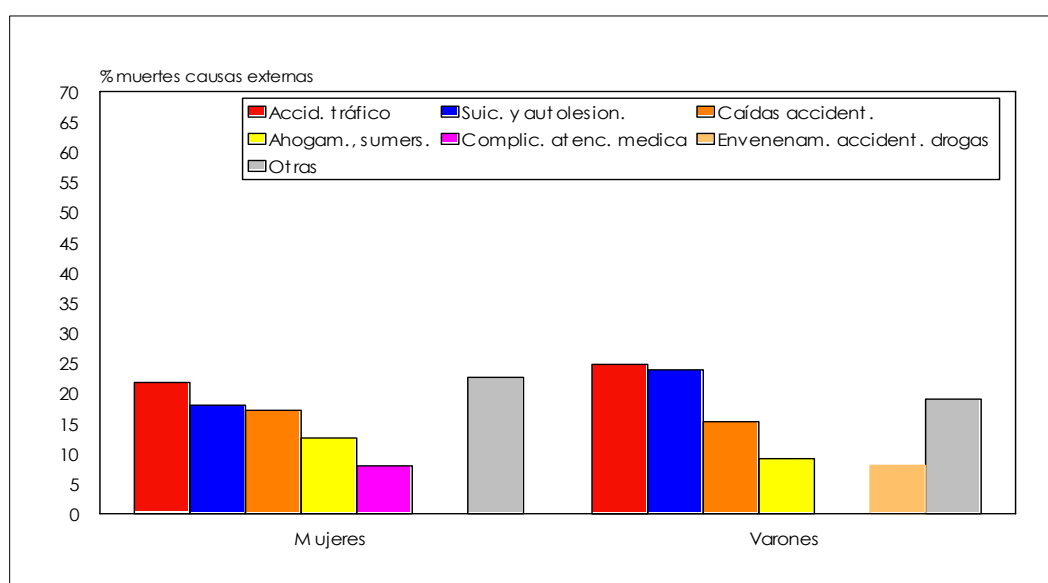


Figura 35. Mortalidad proporcional por causas externas por sexos en la CAPV. 2005



Causas seleccionadas

En la Tabla 8 aparecen seleccionadas las causas de muerte específicas de mayor frecuencia para ambos sexos en la CAPV en 2005.

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) y su Intervalo de Confianza (IC) al 95%¹⁷.

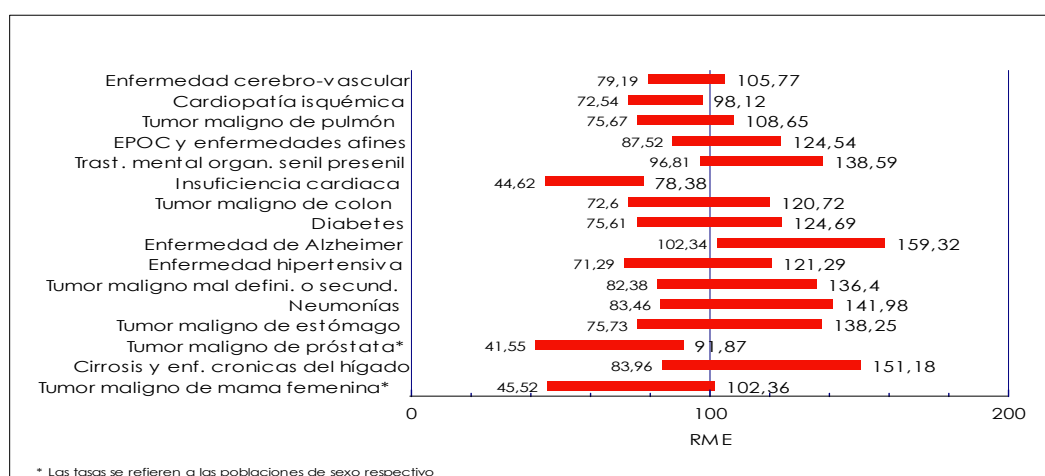
Tabla 8. N° de defunciones, tasas de mortalidad brutas y estandarizadas* (por 100.000) por causas seleccionadas en la CAPV. 2005

CIE-10	Causa	Casos	Tasa bruta	Tasa estandarizada*
I60-I69	Enfermedad cerebro-vascular	1.569	75,79	39,59
I20-I25	Cardiopatía isquémica	1.557	75,21	42,74
C33-C34	Tumor maligno de pulmón	995	48,06	33,72
J40-J47	EPOC y enfermedades afines	937	45,26	23,18
F00-F09	Trast. mentales orgánicos senil y presenil	803	38,79	18,47
I50	Insuficiencia cardiaca	639	30,87	16,19
C18	Tumor maligno de colon	503	24,30	14,37
E10-E14	Diabetes	500	24,15	12,75
G30	Enfermedad de Alzheimer	485	23,43	11,15
I10-I15	Enfermedades hipertensivas	461	22,27	11,05
C76-C80, C97	Tumores malignos mal definidos o secundarios	444	21,45	13,37
J12-J18	Neumonías	393	18,98	9,72
C16	Tumor maligno de estómago	328	15,84	9,83
C61	Tumor maligno de próstata**	305	30,17	21,25
K70,K73-K74,k76.9	Cirrosis y enf. crónicas del hígado	302	14,59	10,78
C50	Tumor maligno de mama femenina**	275	25,96	16,59

*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.

En las siguientes Figuras se representan por Territorio Histórico los IC para las causas seleccionadas. En Álava, se puede destacar una mayor mortalidad, con respecto al total de la CAPV, de la enfermedad de Alzheimer y una menor mortalidad de la cardiopatía isquémica, de la insuficiencia cardiaca, y del tumor maligno de próstata (Fig. 36).

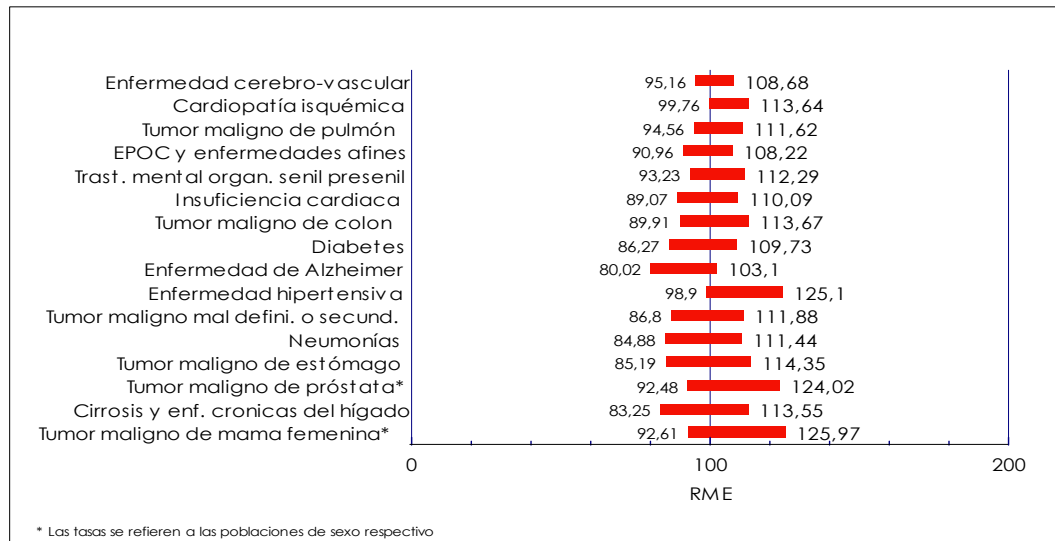
Figura 36. IC al 95% de RME de causas seleccionadas en Álava. 2005



¹⁷ Hay que tener en consideración una causa de muerte cuando el IC no incluye el valor 100.

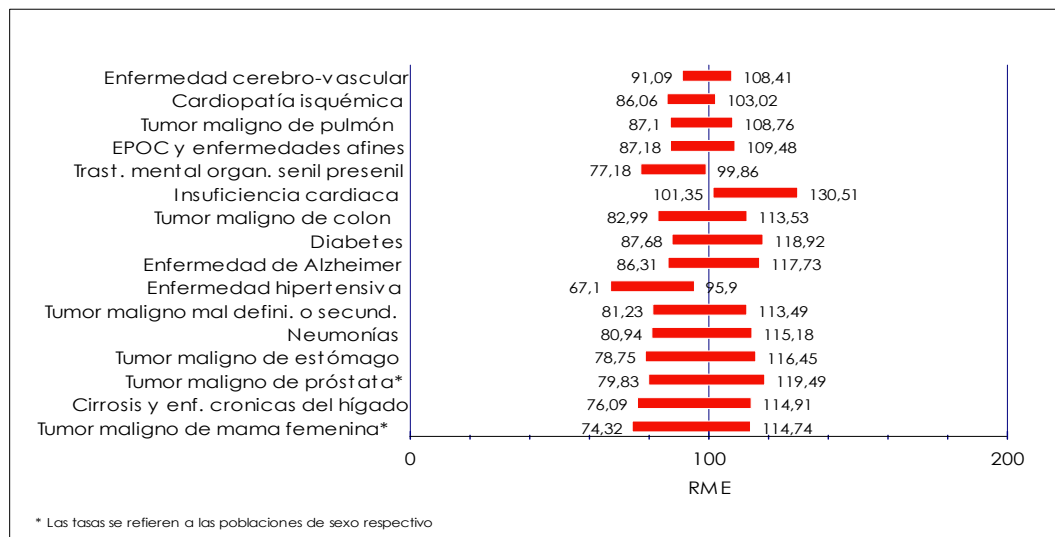
En Bizkaia, ninguna de las causas de muerte seleccionadas destacó frente al conjunto de la CAPV. (Fig. 37).

Figura 37. IC al 95% de RME de causas seleccionadas en Bizkaia. 2005



En Gipuzkoa, la insuficiencia cardiaca presentó una mayor mortalidad, mientras que las enfermedades hipertensivas y los trastornos orgánicos seniles y preseniles presentaron una menor mortalidad frente al conjunto de la CAPV (Fig. 38).

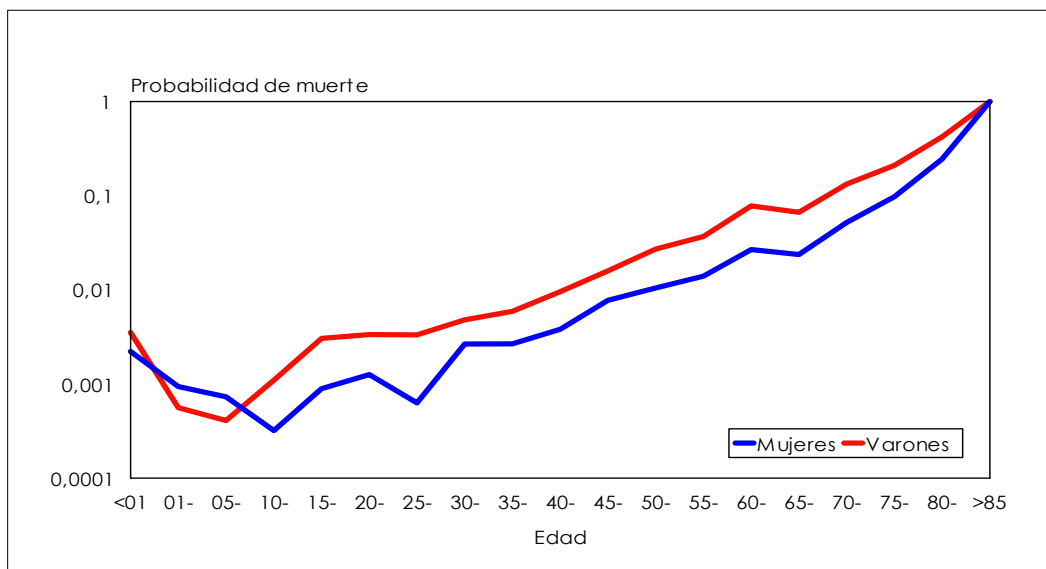
Figura 38. IC al 95% de RME de causas seleccionadas en Gipuzkoa. 2005



Esperanza de Vida

La esperanza de vida al nacimiento, o vida media, en la CAPV en 2005 fue de 77 años en varones y de 85 años en mujeres. La probabilidad de morir es más elevada en los varones en todos los grupos de edad excepto en el de 1 a 9 años (Fig. 39).

Figura 39. Probabilidad de morir por grupo de edad y sexo en la CAPV. 2005



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.

Tabla 9. Años Potenciales de Vida Perdidos por causas en ambos sexos en la CAPV. 2005

CIE-10	Causa	Ambos sexos		Varones		Mujeres	
		APVP	Tasa*	APVP	Tasa*	APVP	Tasa*
C33-C34	Tumor maligno de pulmón	5.568	2,79	4.645	4,73	923	0,91
V01-V99	Accidentes tráfico de vehículos a motor	4.929	2,90	3.737	4,20	1.192	1,53
I20-I25	Cardiopatía isquémica	3.825	1,94	3.360	3,47	465	0,46
X60-X84	Suicidios y autolesiones	3.705	1,80	2.733	2,60	973	0,98
K70,K73-K74	Cirrosis y enferm. crónicas del hígado	2.130	1,05	1.693	1,69	438	0,43
B20-B24	SIDA	2.128	0,98	1.598	1,42	530	0,54
I60-69	Enfermedad cerebro-vascular	2.020	0,99	1.280	1,27	740	0,72
C50	Tumor maligno de mama	1.810	0,89	8	0,01	1.803	1,76
C76-C80, C97	Tumores malignos mal definidos o secundarios	1.645	0,83	990	1,03	655	0,64
X41-X42, X44-X45	Envenenamiento accidental por drogas	1.520	0,73	1.373	1,31	148	0,13
C71	Tumor maligno de encéfalo	1.482	0,92	730	0,89	752	0,95
C00-C14	Tumor maligno labio, cavidad bucal y faringe	1.470	0,74	1.263	1,27	208	0,21
C18	Tumor maligno de colon	1.330	0,67	773	0,80	558	0,54
C16	Tumor maligno de estómago	1.070	0,54	745	0,76	325	0,32

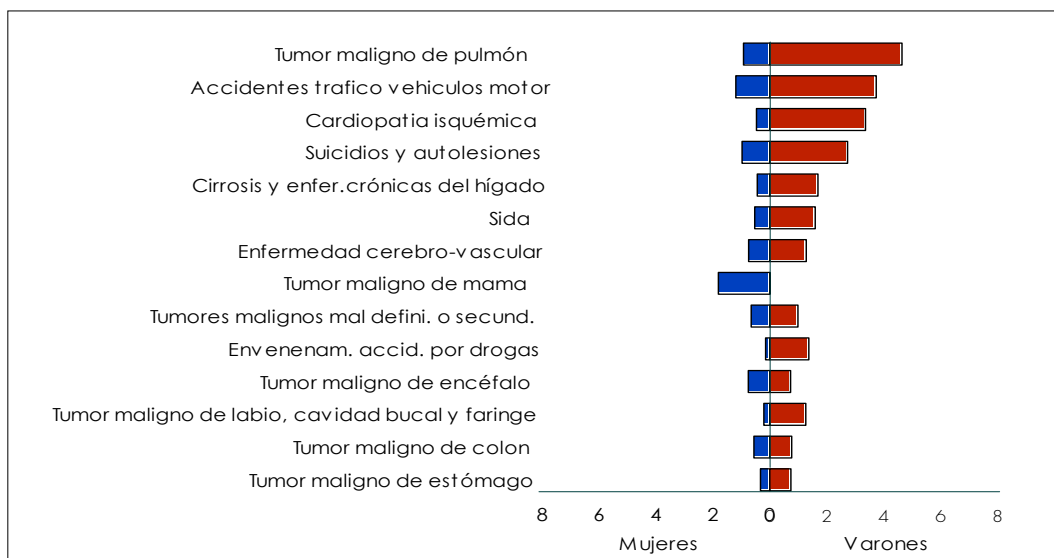
Tasa estandarizada con la población europea por mil habitantes.

FUENTE: REGISTRO DE MORTALIDAD. DIRECCIÓN DE PLANIFICACIÓN Y ORDENACIÓN SANITARIA.

En la Tabla 9 y Figura 40 se presentan los APVP por sexos y causas seleccionadas.

Tomando como punto de corte los 70 años, analizando por grandes grupos de enfermedades, al igual que en años anteriores, los tumores (40%), las causas externas (22%), las enfermedades del aparato circulatorio (16%), las enfermedades infecciosas y parasitarias, y las enfermedades del aparato digestivo (ambas con un 5%) han sido en el 2005 las causas de muerte que más años potenciales de vida han hecho perder tanto a varones como a mujeres.

Figura 40. Años Potenciales de Vida Perdidos por causas por sexos en la CAPV. 2005



PROTECCIÓN DE LA SALUD

La salud de la población se halla condicionada decisivamente por la calidad y salubridad del medio ambiente en el que se desenvuelve la vida de las personas. Precisamente por ello, los programas de Protección de la salud tienen como objetivo controlar y proteger ese 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- 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)

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.

En 2006 se han controlado 41 tipos diferentes de especies polínicas en cada una de las capitales de los tres Territorios Históricos¹⁸. En la Tabla 10 aparece, desglosado por género, el número de días en que se ha superado el valor umbral¹⁹ de 50 granos/m³.

¹⁸ Los datos de niveles polínicos se envían a los Servicios de Alergia de los grandes hospitales, a los Servicios de Pediatría de diferentes centros y a profesionales que lo solicitan; se remiten también a los medios de comunicación, a la red de aerobiología de la SEAIC (Sociedad Española de Alergia e Inmunología Clínica) y a la REA (Red Española de Aerobiología) diariamente en el período de máxima floración o en los días de mayor concentración, y semanalmente, en el resto del año. Los datos también se difunden a través de los teletextos de las cadenas de televisión e Internet.

¹⁹ 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.

Tabla 10. 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. 2006

	Vitoria-Gasteiz	Donostia-San Sebastián	Bilbao
Alnus	0	13	8
Betula	0	5	4
Corylus	4	7	6
Cupresus	10	26	7
Castanea	0	1	0
Fagus	1	3	
Quercus	18	10	15
Olea	0	1	0
Pinus	9	19	19
Platanus	14	14	9
Poaceae	22	18	13
Populus	11	0	0
Salix	0	1	
Ulmus	0	0	
Tamarix	0	0	
Fraxinus	9	15	4
Urtica	4	8	3

FUENTE: LABORATORIO DE SALUD PÚBLICA.

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 Territorio²⁰, se ha realizado una valoración de la situación general²¹ en cuanto a partículas en suspensión de corte 10 µm (PM10), dióxido de nitrógeno (NO₂), dióxido de azufre (SO₂) y ozono (O₃).

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 36 µg/m³ para 2006, se ha superado en Durango, Txurdinaga y Erandio; y la exigencia establecida para las medias diarias (superación del valor de 50 µg/m³ en más de 35 ocasiones al año) también ha sido rebasada en varios puntos (Durango, Txurdinaga, Betoño, Arrasate, Mazarredo, Basauri, Erandio, Beasain y Abanto en orden descendente de superaciones). Comparando con los valores medios del año anterior, la calidad del aire en lo relativo a partículas en suspensión de corte 10 µm ha empeorado particularmente en las zonas de Durango y Bilbao. Asimismo, la

²⁰ Se han valorado los datos de 39 sensores de la Red facilitados por la Viceconsejería de Medio Ambiente (8 ubicados en Álava, 16 en Bizkaia y 15 en Gipuzkoa).

²¹ 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 en el presente Informe. 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 período 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).

superación del valor establecido como referencia para las medias diarias ha sido mucho más frecuente que el año anterior.

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 240 µg/m³ que no debe superarse más de 18 veces por año civil) ni el límite anual (establecido en 48 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 tres ocasiones por año. El umbral de alerta a la población, establecido en la superación del valor horario de 500 µg/m³ durante tres horas consecutivas, se ha superado de forma puntual un día en el sensor de Erandio.

Con respecto a la contaminación por **ozono** (O₃), en 2006 se ha superado el umbral de información a la población (180 µg/m³) en los sensores de Valderejo (7h), Jaizkibel (3h), Mundaka (2h), Zalla (1h), Muskiz (1h) y Getxo (1h). Por otra parte, se ha superado el umbral para la protección de la salud (120 µg/m³ como límite máximo de las medias octohorarias del día y propuesto como objetivo a cumplir en 2010) en 25 ocasiones en el sensor de Valderejo.

El Departamento de Sanidad gestiona directamente, por otra parte, los captadores que se encuentran en Bilbao/M^a Díaz de Haro y Erandio-Arriagas. Además de medir partículas en suspensión de corte 10 µm, se determina en ellos el **contenido de algunos metales pesados** en las mismas (plomo, hierro, cadmio, níquel, cromo, manganeso, arsénico y cobre). Para el plomo hay establecido un límite normativo (media anual de 0,5 µg/m³) que se ha superado ligeramente en el sensor de Erandio. Respecto al cadmio, níquel y arsénico hay establecidos valores objetivo que también en Erandio se han superado ligeramente en el caso del cadmio y del níquel. Los valores de Erandio en 2006 han sido menores que los de 2005 en todos los metales controlados lo que parece indicar una tendencia descendente.

Por un lado, la legislación relativa a la contaminación abiótica va siendo cada vez más restrictiva y, por otro, la superación de los umbrales de calidad del aire en lo concerniente a **partículas en suspensión de corte 10 µm** se está haciendo de año en año más apreciable, máxime si coincide con un empeoramiento puntual en algunas zonas.

Ante esta situación, el Departamento de Medio Ambiente y Ordenación del Territorio, con la colaboración de otros Departamentos del Gobierno Vasco y Administraciones Forales y Locales, ha realizado diagnósticos de situación sobre las zonas más problemáticas con rebasamientos de umbrales de calidad del aire. Estos diagnósticos van a facilitar la

adopción e implementación de medidas concretas de actuación en diferentes ámbitos para tratar de corregir los problemas detectados.

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 elabore 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 2006 el sistema de información de las aguas de consumo de la CAPV (EKUIS) ha seguido actualizándose, tanto en lo relativo a las estructuras de los sistemas de abastecimiento como a los boletines de análisis. Asimismo, se ha realizado la transferencia de los boletines de análisis de años anteriores desde EKUIS al Sistema Nacional de Información de Aguas de Consumo y se ha desarrollado la parte de EKUIS abierta a la ciudadanía, en donde puede consultarse información de los abastecimientos de todos los municipios de la CAPV.

En la Tabla 11 se presenta el resumen de los datos de calidad del agua de 2006 por Territorio Histórico y su evolución a lo largo de los últimos años (Fig. 41).

Figura 41. Evolución de población afectada por aguas de consumo con calificación "satisfactoria", "tolerable" y "deficiente" en la CAPV. 1991-2006

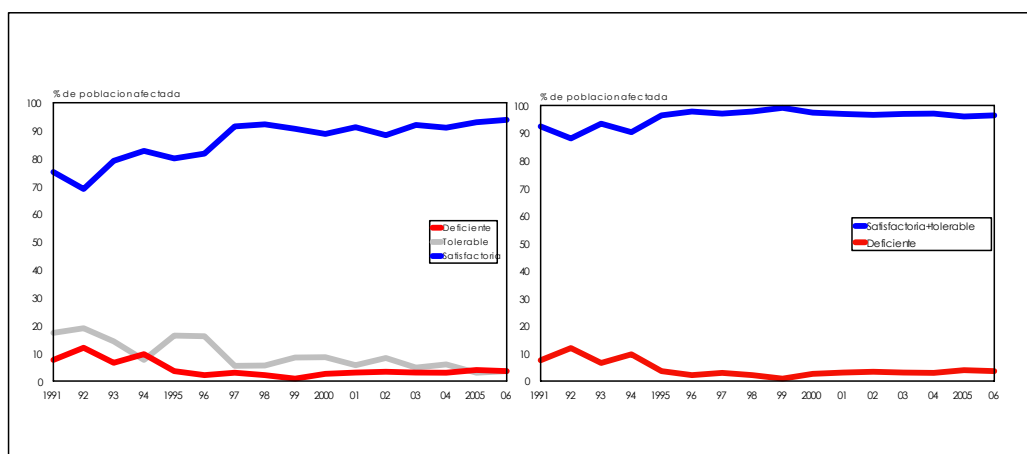


Tabla 11. Calificación de los municipios en relación a la calidad de aguas de consumo por Territorios Históricos en la CAPV (Año 2006)

Álava					
Situación ¹	Nº Zonas de abastecimientos ²	Habitantes 2006	Porcentaje de población afectada		
			2006	2005	2004
Satisfactoria	82	265.469	94,0	97,0	95,7
Tolerable	4	2.013	1,7	0,5	2,1
Deficiente	81	14.894	5,3	2,5	2,2
Bizkaia					
Situación	Nº Zonas de abastecimiento	Habitantes 2006	Porcentaje de población afectada		
			2006	2005	2004
Satisfactoria	112	1.082.753	94,2	96,3	97,4
Tolerable	25	47.299	4,1	1,5	1,4
Deficiente	71	19.154	1,7	2,2	1,2
Gipuzkoa					
Situación	Nº Zonas de abastecimiento	Habitantes 2006	Porcentaje de población afectada		
			2006	2005	2004
Satisfactoria	52	636.090	89,9	85,5	78,0
Tolerable	12	28.721	4,1	6,8	16,0
Deficiente	34	42.849	6,1	7,6	6,0
Comunidad Autónoma del País Vasco					
Situación	Nº Zonas de abastecimiento	Habitantes 2006	Porcentaje de población afectada		
			2006	2005	2004
Satisfactoria	246	1.984.312	93,8	92,9	91,0
Tolerable	41	78.033	3,6	3,1	6,0
Deficiente	186	76.897	3,6	4,0	3,0

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

Tolerable: Agua calificada como no potable entre el 5 y el 10% de los análisis.

Deficiente: Agua calificada como no potable en más del 10% de los análisis.

(2) **Zona de abastecimiento:** Área geográficamente definida en la que la calidad de las aguas distribuidas puede considerarse homogénea en la mayor parte del año.

FUENTE: UNIDADES DE SANIDAD AMBIENTAL.

En 2006 el 97% de la población vasca ha recibido agua con la calificación de satisfactoria o tolerable²².

En el Territorio de Gipuzkoa se ha producido un incremento en el número de personas abastecidas con agua de calificación satisfactoria, mientras que en Bizkaia y Álava ha tenido lugar un descenso. En el caso de Bizkaia, ha aumentado la población con agua tolerable y en Álava, la población con agua deficiente. Los datos de Gipuzkoa siguen presentando una tendencia positiva, reflejando las mejoras que han ido introduciéndose en los sistemas de abastecimiento. En Bizkaia y Álava, donde no han existido cambios reseñables en los abastecimientos, los resultados aparentemente peores pueden explicarse, al margen de la variabilidad interanual aleatoria propia del indicador, por el cambio del diseño de la vigilancia y de la valoración de resultados.

En 2006, por primera vez, se han considerado como unidad base de información las zonas de abastecimientos, y no los municipios; esto hace que los resultados reflejen más fielmente la realidad. Anteriormente, la

²²La calificación del agua de consumo se determina por los resultados de los controles de parámetros biológicos y físico-químicos.

situación de los pequeños abastecimientos de calidad deficiente que afectaban únicamente a una parte del municipio quedaba enmascarada en el indicador, pues la calificación global del municipio dependía fundamentalmente de los resultados analíticos del abastecimiento principal, normalmente más controlado. Actualmente el peso de todos los abastecimientos en el indicador es el que les corresponde por su población.

Finalmente, en 2006, 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, bromodichlorometano y dibromoclorometano) y plaguicidas (organoclorados, organofosforados, N- metil carbamatos y triazinas). Todos los resultados de estos análisis han sido conformes con la legislación vigente.

De acuerdo a estudios previos realizados por el Departamento de Sanidad, la proporción de viviendas de la CAPV anteriores a 1950 en las que la concentración de **plomo** en el agua puede superar en algún momento el nivel de 10 µg/l varía entre el 2% y el 30%. El origen de esta contaminación se encuentra en la cesión de plomo desde las tuberías. Las diferencias entre zonas proceden del distinto grado de uso de plomo como material de fontanería y de las características propias del agua que afectan a su poder de extracción. Para disponer de información a nivel local que permita dirigir medidas preventivas a los lugares en que sean necesarias, en 2006 se ha iniciado, con la participación de las UCVs, la valoración de esta problemática en todas las zonas de abastecimiento de la CAPV. Para ello, en colaboración con el EUSTAT se han confeccionado listados aleatorios de viviendas por zona de abastecimiento, donde las UCVs deben analizar el agua. La toma de muestras se realiza en cualquier momento del día, sin aviso previo, y sin dejar correr el agua, siguiendo las recomendaciones de la Comisión Europea. Se ha previsto el final del muestreo para diciembre de 2007.

3. 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 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 dedicado a la elaboración, almacenamiento o distribución de alimentos se halle convenientemente inscrito. Para ello, sus instalaciones y procesos deben ajustarse a lo establecido por la normativa correspondiente. Estas inscripciones iniciales deben convalidarse cada 5 años.

Las actividades desarrolladas en este apartado pueden resumirse en los siguientes datos (Tabla 12).

Tabla 12. Registro sanitario y autorizaciones sanitarias de establecimientos alimentarios en la CAPV. 2006

	Nº de establecimientos
Autorización	672
Baja de establecimientos	120
Convalidación	518
Ampliación de actividad	161
Cambios de titular	213
Cambios de domicilio	129

FUENTE: UNIDADES DE CONTROL DE ALIMENTOS.

Durante el año 2006 se ha implantando en su totalidad el **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.

Se han realizado un total de 23.300 inspecciones durante 2006 (Tabla 13).

Se han llevado a cabo, además, las primeras nueve auditorías del Plan de normalización.

Tabla 13. Número de Inspecciones en establecimientos alimentarios de la CAPV 2006

Tipo de inspección	Nº de inspecciones
Control por frecuencias	12.086
Revisión de mejoras	7.393
Autorización sanitaria	2.414
Toma de muestras	750
Denuncias	227
Alertas alimentarias	145
Otras	285
Total	23.300

Con el fin de potenciar la contribución de la sociedad vasca a la salud pública, asumiendo el papel de agente y gestor de su responsabilidad, se ha continuado impulsando, como una herramienta eficaz para prevenir riesgos sanitarios derivados del consumo de alimentos, la **implantación de un programa de autocontrol**, es decir, de sistemas de aseguramiento de la calidad basados en el sistema *HACCP*²³, por parte de las empresas de elaboración.

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 industriales²⁴ (Tabla 14).

Tabla 14. Proyectos de autocontrol de industrias alimentarias en la CAPV. 2006

Tipo de industria	Número de proyectos	
	Presentados	Aprobados
Cárnica	66	54
Pesquera	45	36
Láctea	49	40
Otros	213	158
Total	373	288

FUENTE: UNIDADES DE CONTROL DE ALIMENTOS

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

El Servicio de Inspección Permanente en los mataderos de la CAPV tiene como misión efectuar los controles necesarios para garantizar la calidad higiénico-sanitaria de las carnes procedentes del sacrificio de animales de abasto destinados a consumo humano²⁵.

En 2006 se han inspeccionado 265.256 animales de grandes especies y 9.465.890 de aves y conejos.

²³ La Administración aprueba y supervisa los sistemas HACCP (Hazard Analysis and Critical Control Point) presentados por las empresas.

²⁴ Tras su estudio y aprobación, se supervisa su validez y ejecución.

²⁵ Estos establecimientos, de acuerdo a la normativa, deben ser controlados sistemáticamente por personal veterinario de Salud Pública.

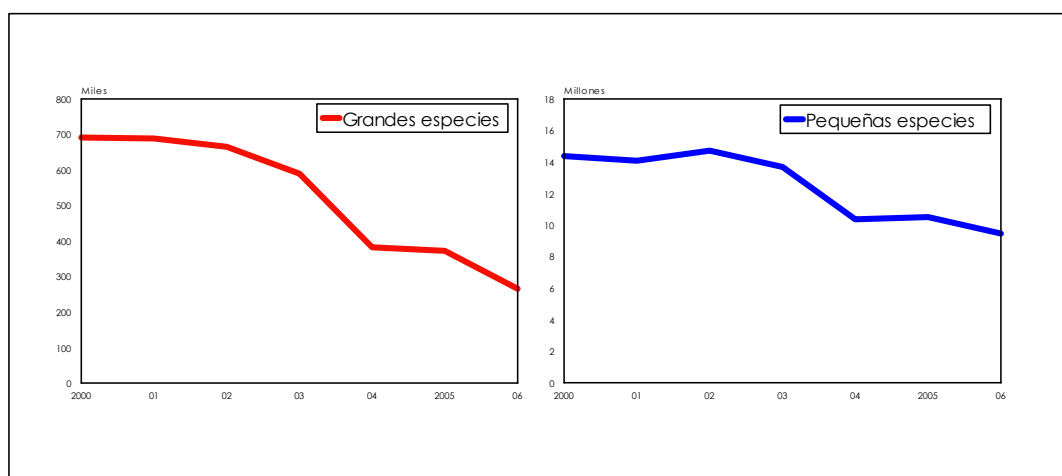
Tabla 15. Volumen de sacrificio y toneladas de carne por especies en mataderos de la CAPV. 2006

	Vacuno	Porcino	Equino	Ovino/ Caprino	Aves	Conejos
Nº sacrificios	87.686	47.308	258	130.004	8.342.932	1.122.958
T de carne	24.992	3.686	52	891	18.187	2.346

FUENTE: UNIDADES DE CONTROL DE ALIMENTOS.

En la Fig. 42, se puede apreciar la dinámica relativa al número de sacrificios en grandes y pequeñas especies en los mataderos de la CAPV durante los últimos años.

Figura 42. Evolución del número de sacrificios en mataderos de la CAPV. 2000-2006



Como consecuencia de la inspección *ante-mortem* de todos los animales para determinar su aptitud para el sacrificio, se han realizado 4.216 actuaciones, relacionadas mayoritariamente con el bienestar animal, problemas de identificación y detección de síntomas de enfermedad; por otra parte y tras la inspección *post-mortem* de todas las canales y despojos para determinar su aptitud para consumo, se ha procedido a retirar de la cadena alimentaria las carnes no aptas (Tabla 16).

Tabla 16. Número de decomisos en grandes especies en mataderos de la CAPV. 2006

	Vacuno	Porcino	Ovino/ Caprino
Decomisos totales	309	64	215
Decomisos parciales	32.636	19.155	12.695

FUENTE: UNIDADES DE CONTROL DE ALIMENTOS.

Las causas más frecuentes de los decomisos totales realizados en grandes especies se han debido a procesos degenerativos/inflamatorios y caquexia en vacuno y a bajas *ante mortem* en porcino y ovino (Tabla 17).

Tabla 17. Número de decomisos totales por causa en grandes especies en los mataderos de la CAPV. 2006

	Vacuno	Porcino	Ovino/ Caprino
Procesos inflamatorios	118	49	43
Bajas ante mortem	50	14	64
Caquexia	46	1	3
Tuberculosis	41	--	--
Resto	54	--	105

FUENTE: UNIDADES DE CONTROL DE ALIMENTOS.

Se han realizado 1.117 muestreos de tipo anatómo-patológico, bacteriológico y de residuos²⁶. Además, todo el ganado porcino y equino sacrificado ha sido analizado para la detección de *Trichinella*.

El programa de vigilancia de las Encefalopatías Espongiformes Transmisibles (EETs) incluye el muestreo de determinadas subpoblaciones en rumiantes. En 2006 ha supuesto la toma de 25.941 muestras en vacuno mayor de 24 meses y de 413 en ovino mayor de 18 meses. En 2006 se han producido dos casos positivos de Encefalopatía Espongiforme Bovina en bovinos sacrificados en mataderos de la CAPV, que han sido retirados de la cadena alimentaria. Uno de los puntos de control más importantes para la reducción del riesgo de transmisión de encefalopatías, sigue siendo la retirada del Material Especificado de Riesgo (MER). Durante 2006, se han eliminado de la cadena alimentaria 2.670 toneladas de *Material Categoría 1*.

Finalmente y dentro de la actividad de supervisión de las condiciones higiénicas de los mataderos, se ha llevado a cabo un muestreo de verificación de los controles de higiene a los que están obligados los mataderos de la CAPV. Para ello se han tomado 316 muestras de canales de grandes especies y 544 muestras de superficies de sacrificio de todas las especies.

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.

²⁶ La normativa europea exige que los propios mataderos realicen controles microbiológicos de canales de carne e instalaciones, actuación que viene supervisada por la Autoridad Sanitaria.

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 para la salud 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 2006 ha sido de 4,00 µg/kg de peso, un 16% del valor toxicológico de referencia. En los dos últimos años se ha producido un notable descenso de la ingesta respecto a años anteriores debido sobre todo a la disminución de las concentraciones determinadas en el grupo de las frutas. La ingesta de cadmio semanal correspondiente también a 2006 ha sido de 1,03 µg/kg de peso, un 15% 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 2006 ha sido de 1,36 µg/kg de peso, lo que representa un 27% 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 0,19 µg/kg de peso, un 1,3 % del valor de referencia. La ingesta de arsénico total ha sido de 30,8 µg/kg de peso (Tabla 18).

Tabla 18. Ingestas de arsénico, mercurio, plomo y cadmio en la dieta de la CAPV. 2006 (entre paréntesis los porcentajes respecto a los límites FAO/OMS)

	INGESTAS MEDIAS SEMANALES (µg/kg de peso) (*)	LIMITES FAO/OMS (µg/kg de peso y semana) (*)
Arsénico total	30,8	
Arsénico inorgánico	0,19 (1,3%)	15(**)
Mercurio	1,36 (27%) (***)	5
Plomo	4,00 (16%)	25
Cadmio	1,03 (15%)	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 µg/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 19).

Tabla 19. Ingesta de nitratos y nitritos en la dieta de la CAPV. 2006 (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	0,82(22%)	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 0,90 mg/kg de peso de media en 2006, y hubiese representado un 24% de la Ingesta Diaria Admisible.

Asumiendo lo anterior, las verduras han supuesto el principal aporte de nitrato a la dieta, un 79%. El aporte debido a las patatas supone un 7%; y el de los derivados cárnicos un 6%. 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 0,31 y 0,38 mg/kg de peso expresado como SO₂, lo que supone entre un 44% y un 56 % de la Ingesta Diaria Admisible establecida por la OMS. Más del 70% de la ingesta de sulfito procede del grupo de bebidas alcohólicas.

Residuos en alimentos de origen animal

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 ha tratado de alcanzar a través del fomento de adecuadas prácticas en los diferentes ámbitos que intervienen en la distribución, prescripción y administración de

medicamentos en animales, y mediante el establecimiento de sistemas eficaces de control.

Una vez cumplido el plazo establecido por el plan, los resultados obtenidos son los que a continuación se indican (Tabla 20).

Tabla 20. Resultados del control de productos de origen animal. 2006

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	98	0	32	0
Tireostáticos	17	0	33	0
Esteroides	98	0	32	0
Lactonas	98	0	32	0
β-agonistas	132	0	32	0
Nitroimidazoles	26	0		
Cloranfenicol	45	0		
Nitrofuranos	25	0		
Clorpromacina	7	0		
Autorizadas y contaminantes				
Antimicrobianos	293	0,3	184	0
Antiparasitarios	61	0		
Piretroides	39	0		
Tranquilizantes	7	0		
Antiinflamatorios no esteroideos	5	0		
Corticoesteroides	85	1,2	44	2,3
Organoclorados y PCBs	42	4,2		
Organofosforados	7	0		
Metales pesados	83	1,2	8	50
Micotoxinas	90	0		
Colorantes	2	0		

FUENTE: UNIDADES DE CONTROL DE ALIMENTOS.

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

Dentro de las sustancias medicamentosas el grupo de los corticoesteroides ha continuado siendo el más problemático. No obstante, en los últimos años, se ha observado una clara tendencia descendente en su utilización. El positivo detectado en 2006 ha correspondido a un toro de lidia.

En los últimos años el mayor número de incidencias se está dando en los grupos de los contaminantes medioambientales. Mientras en 2003 fueron las concentraciones de aflatoxina M1 detectadas en leche las que excedieron los límites máximos autorizados, en los últimos años es en los metales y en los PCBs donde se están encontrando concentraciones superiores a las deseables. En el caso de los metales han destacado de forma especial el cadmio y el plomo en equino, mientras que en el caso de los PCBs el mayor número de positivos se ha dado en ovino. En todos los casos los niveles encontrados de estas sustancias no han sido lo

suficientemente altos como para dar lugar a problemas de salud pública en la población consumidora.

En el muestreo bajo sospecha destaca por vez primera la ausencia de muestras contaminadas con antimicrobianos. No así en el caso de los corticoesteroides donde se ha detectado un nuevo positivo en una explotación con antecedentes de uso inadecuado de estas sustancias.

En consecuencia se puede concluir que se ha cumplido el objetivo del programa, excepto en el caso de algunos contaminantes medioambientales. Para abordar la problemática creada por estos últimos será necesaria la aplicación de nuevas estrategias.

Seguridad microbiológica

Programa Interdepartamental de control y minimización de salmonelosis

El Departamento de Sanidad, a través de la Dirección de Salud Pública, participa, junto con el Departamento de Agricultura, Pesca y Alimentación, y las Diputaciones Forales, en el "*Programa Interdepartamental de Control y Minimización de la Salmonelosis*".

Las actividades durante 2006 se han encaminado a realizar en los establecimientos alimentarios el seguimiento de las manipulaciones de riesgo, control que se ha llevado a cabo en las visitas de inspecciones del "*Plan de normalización del control oficial en los establecimientos alimentarios*".

Las actividades consideradas "de riesgo" han sido relacionadas con la manipulación de huevos y carne de ave por ser estos dos alimentos los más frecuentes en la transmisión de infecciones e intoxicaciones alimentarias por *Salmonella spp.*

En cada tipo de establecimiento se han considerado de riesgo las manipulaciones susceptibles de producir contaminaciones cruzadas, proliferación de los gérmenes y, además, la utilización incorrecta del huevo como materia prima.

Los establecimientos objeto del seguimiento son los dedicados a embalaje de huevos, a elaboración de ovoproductos, los obradores de pastelería, comedores colectivos, empresas de comidas preparadas, mataderos de aves, almacenes de carne de ave, salas de despiece de carne de ave, elaboración de productos cárnicos de ave, carnicerías, carnicería-salchichería y carnicería-charcutería.

El censo de establecimientos en las actividades identificadas asciende a 10.303. El número de cada uno por actividad es muy variable: así existe un solo establecimiento de elaboración de ovoproductos ó 2 mataderos

de aves, y están censados 7.258 comedores colectivos. Se ha visitado el 49,02% de los establecimientos censados y las primeras inspecciones han representado el 66,81% de las 7.973 visitas efectuadas. El porcentaje de incumplimientos detectados en primera visita ha sido del 3%.

Ademas del mencionado programa, se ha realizado en el marco del control de establecimientos y alimentos la toma de muestras destinados a investigar la seguridad microbiológica de los alimentos comercializados en la CAPV.

Se han tomado un total de 25 muestras de **ovoproductos** para la investigación de aerobios mesofilos, enterobacteriaceas a 30°C, *Salmonella spp*, y *Listeria monocytogenes*. En ninguna de las analíticas realizadas se han determinado valores fuera de la norma.

Se han realizado investigaciones de la calidad microbiologica en **leche y derivados lácteos** en los establecimientos que los elaboran; los parámetros analizados han sido diferentes según el producto y en base a la correspondiente normativa de aplicación (Tabla 21).

Tabla 21. Investigación de la calidad microbiologica en leche y derivados lácteos. CAPV 2006

Producto	Nº de muestras	Parametros investigados
Leche cruda de oveja	12	Aerobios mesofilos, <i>Salmonella spp</i> , <i>Listeria monocytogenes</i> , <i>St. aureus</i> , <i>E. coli</i> , <i>E. coli</i> O:157*
Queso fresco	18	<i>Salmonella spp</i> , <i>Listeria monocytogenes</i> , <i>E. coli</i> , Coliformes, <i>St coagulasa +</i> , toxina estafilococica
Queso curado	189	
Helado	27	Aerobios mesofilos, <i>Staphylococcus</i> , Coliformes, <i>Salmonella spp</i> , y <i>Listeria monocytogenes</i>
Otros productos lácteos	5	<i>Salmonella spp</i> , y <i>Listeria monocytogenes</i>

*En 7 muestras

FUENTE: SUBDIRECCIONES TERRITORIALES DE SALUD PÚBLICA.

Los resultados obtenidos de las 251 muestras de leche y productos lácteos se han ajustado a la norma, salvo en 11 casos (4 muestras de leche cruda han superado los recuentos de aerobios mesófilos fijados por la norma; una muestra de queso curado ha dado recuento elevado de *E. coli*, y otra, de *St. coagulasa +*; dos muestras de queso fresco han presentado recuento elevado de coliformes; y, por último, en 3 muestras de helado se ha dado recuento elevado de enterobacteriaceas a 30°C).

Se ha investigado, a su vez, en 49 muestras de **productos de la pesca ahumados** la presencia-ausencia y recuento, en caso de presencia, de *Listeria monocytogenes*. En una de las muestras el recuento ha sido de 500 ufc/gr, superando ampliamente los valores normativos.

Se han realizado también determinaciones analíticas en 81 muestras de **productos cárnicos loncheados**. En una de las muestras el recuento *L. monocytogenes* ha sido de 4.900 ufc/gr, lo que ha originado una

investigación y toma de medidas en el establecimiento elaborador; en las 80 muestras restantes no se ha detectado recuentos superiores a 10² ufc/gr.

Denuncias y reclamaciones

Durante 2006 se ha gestionado y tramitado un total de 195 denuncias y reclamaciones presentadas por particulares o por organismos y entidades. En 80 de ellas han estado implicadas de algún modo otras CCAA: el origen de 43 de estas denuncias ha sido la CAPV, pero haciendo referencia a productos elaborados o distribuidos desde otras CCAA; y 37 han tenido origen fuera de la CAPV, pero los productos se habían elaborado o distribuido aquí. Los alimentos de origen animal han sido los implicados en mayor número de ocasiones (Tabla 22). Cabe destacar el incremento de las denuncias y reclamaciones relacionadas con bebidas refrescantes, pan y bollería (Tabla 23).

Tabla 22. Denuncias y reclamaciones en las que se han visto implicadas otras CCAA. CAPV 2006

Comunidad Autónoma donde se originó la denuncia/reclamación	Número
CAPV	43
Madrid	7
Cataluña	5
Aragón	5
Castilla y León	4
Navarra	4
Otras	12
Total	80

FUENTE: UNIDADES DE CONTROL DE ALIMENTOS.

Tabla 23. Denuncias y reclamaciones por alimento implicado elaborado o distribuido en CAPV. CAPV 2006

Alimento	Número
Productos de la pesca	15
Carne y derivados cárnicos	14
Leche y derivados lácteos	9
Bebidas	8
Pan y bollería	6
Otros	28

FUENTE: UNIDADES DE CONTROL DE ALIMENTOS.

Formación de personal manipulador 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 este colectivo. La formación, en base al mismo, puede ser impartida por centros de enseñanza a su alumnado, por entidades o empresas autorizadas a terceros, y por la propia empresa a su personal.

Durante 2006, se ha autorizado un total de 12 nuevos centros o empresas de formación: 9 empresas o entidades para impartir formación a terceros y 3 para formar a supropio personal. Se han tramitado y resuelto 41 expedientes de ampliación de docentes o programas formativos, denegándose la autorización a 7. El total de empresas y entidades autorizadas a 31 de diciembre de 2006 ha sido de 118. Además, se ha realizado supervisión a empresas y entidades autorizadas para dar formación a terceros

Se han impartido 1.421 programas formativos: 825 destinados a personal manipulador de alto riesgo (10.552 personas), y 587 a personal cuyas tareas se hallan clasificadas como de bajo riesgo (6.842 asistentes; Tabla 24)

Tabla 24. Formación de manipuladores de alimentos. Programas formativos impartidos y número de asistentes. CAPV 2006

Territorio						CAPV	
Alava		Bizkaia		Gipuzkoa		Programas	Asistentes
Programas	Asistentes	Programas	Asistentes	Programas	Asistentes		
264	3.292	735	9.434	413	4.668	1.412	17.394

FUENTE: SUBDIRECCIONES DE SALUD PÚBLICA.

Sistema Coordinado de Intercambio Rápido de Información (SCIRI)

Mediante el SCIRI, se pretende atajar los problemas ligados a los productos alimenticios que puedan afectar de forma directa a la población consumidora de la Comunidad Europea, facilitando, además, la comunicación entre las Autoridades competentes de la Comisión Europea, Ministerio de Sanidad y Consumo, y Comunidades Autónomas²⁷

Las principales actuaciones del 2006 quedan reflejadas en la Tabla 25.

Tabla 25. Notificaciones y actuaciones del SCIRI en la CAPV. 2006

	Nº de notificaciones	Nº de notificaciones que han originado medidas cautelares en la CAPV	
		Nº	% (1)
Alertas	217	18	7
Informaciones	1.525	1	-
Total	1.742	19	1

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

²⁷ 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).

A veces y en base al *principio de precaución* son notificadas alertas que, si bien dan lugar a actuaciones, no se confirman posteriormente; esto ha sucedido durante el año 2006 en dos ocasiones en la sospecha de intoxicación por consumo de atún en lata procedente de la CAPV, y por PSP en mejillones. En muchos casos el producto afectado es recogido por el distribuidor, y una vez retirado del mercado, es destruido. Todo el proceso se realiza bajo la supervisión de las autoridades sanitarias competentes.

Los motivos de las actuaciones más relevantes han sido:

- desaparición de etiquetas de jamón loncheado con marca sanitaria;
- presencia de agujas en el interior de yemas de espárragos comercializados en envase de vidrio procedentes de China;
- presencia de *Salmonella spp* y *Listeria monocytogenes* en lasaña congelada;
- cloranfenicol en jalea real con la que se elaboraron diferentes productos;
- PSP en mejillones;
- migración de cadmio y plomo en vasos de cristal para bebidas procedentes de Alemania;
- *Salmonella spp* en solomillo de cerdo congelado;
- sospecha de botulismo por producto cárnico;
- sospecha de brote de toxiinfección originado por atún enlatado;
- migración de ftalatos en tapas de botes de vidrio procedentes de Asia;
- brote de intoxicación alimentaria, sospecha de histamina;
- toxiinfección alimentaria por histamina, por consumo de queso rallado.

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**²⁸, los resultados han sido: 26 de las 38 playas han recibido la calificación "**agua 2**"; otras 8, la calificación "**agua 1**"; y finalmente, 4 playas han sido calificadas como de "**agua 0**" o agua no recomendada²⁹ (Tabla 26).

²⁸ 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 personas 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.

²⁹ 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, Orizarzar (Orio), y en Álava, un punto de la zona de baño de Garaio (Embalse de Ullibarrí-Ganboa).

Tabla 26. Calificación global de la calidad del agua de baño en playas y en puntos de muestreo por Territorio Histórico en la CAPV. 2006

Calificación ⁽¹⁾	Álava		Bizkaia		Gipuzkoa		CAPV			
	Playas	Puntos	Playas	Puntos	Playas	Puntos	Playas		Puntos	
	N		N		N		N	%	N	%
Agua "2"	0	2	16	26	10	18	26	68	46	79
Agua "1"	2	2	3	3	3	3	8	21	8	14
Agua "0"	1	1	1	1	2	2	4	11	4	7
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 periplayero³⁰ queda recogida en la Tabla 27.

Tabla 27. Calificación del entorno periplayero por Territorio Histórico en la CAPV. 2006

Calificación	Álava	Bizkaia	Gipuzkoa	CAPV	
	N	N	N	N	%
Buena	1	13	11	25	66
Mejorable	2	7	1	10	26
Mala	0	0	3	3	8
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 playas³¹. 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 playas³².

³⁰ 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 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.

³¹ Ayuntamientos, Diputaciones, Cruz Roja del Mar y DYA de Gipuzkoa, y SOS-DEIAK.

³² 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.

Los porcentajes en cuanto a la distribución por tipos de lesión han sido similares a los de años precedentes: casi la mitad de las lesiones han correspondido a cortes y heridas, seguidas por picaduras y traumatismos. Cabe destacar que el número total de personas atendidas ha sido sensiblemente inferior al del 2005 (Tabla 28).

Tabla 28. Registro de accidentes en las zonas de baño por Territorio Histórico en la CAPV. 2006

Tipo de accidente	Álava		Bizkaia		Gipuzkoa		CAPV	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Cortes y heridas	54	42	3.831	49	2.059	35	5.944	43
Traumatismos	11	9	745	10	314	5	1.070	8
Quemaduras	0	0	279	4	135	2	414	3
Picaduras	29	23	2.127	27	2.514	43	4.670	34
Cuerpos extraños	8	6	315	4	278	5	601	4
Rescates	4	3	325	4	117	2	446	3
Otros	22	17	190	2	490	8	702	5
Total	128	100	7.812	100	5.907	100	13.847	100

FUENTE: MEMORIAS DE CR-GIPUZKOA, DYA-GIPUZKOA Y MEMORIAS DE LAS SUBDIRECCIONES DE SALUD PÚBLICA DE ÁLAVA Y BIZKAIA.

Programa de vigilancia sanitaria de piscinas

Las actuaciones llevadas a cabo en 2006 en el programa de vigilancia sanitaria de piscinas³³ quedan recogidas en la Tabla 29.

Tabla 29. Actuaciones del programa de vigilancia sanitaria de piscinas por Territorio Histórico en la CAPV. 2006

Actuaciones	Álava*	Bizkaia	Gipuzkoa	CAPV
Instalaciones controladas	63	116	151	330
<i>Vasos cubiertos</i>	18	93	145	256
<i>Vasos descubiertos</i>	91	141	112	344
Total vasos	109	234	257	600
Número de analíticas (1)	132	1.019	364	1.515
Nº inspecciones	194	1.093	131	1.418
Calidad satisfactoria del agua de baño (% vasos)	76	87	75	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.

³³ 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.

A lo largo de 2006 se ha generalizado la implantación de los programas de autocontrol en las piscinas. Quienes detentan la titularidad son responsables del funcionamiento, mantenimiento y vigilancia de las condiciones sanitarias y de seguridad de dichos establecimientos (Tabla 30).

Tabla 30. Planes de autocontrol en piscinas por Territorio Histórico en la CAPV. 2006

Planes de autocontrol	Álava	Bizkaia	Gipuzkoa	CAPV
Presentados	55	113	151	319
Aprobados	55	82	142	279

FUENTE: MEMORIAS DE LAS SUBDIRECCIONES DE SALUD PÚBLICA.

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.

5. ACTIVIDADES CLASIFICADAS

En 2006 se han estudiado 1.339 proyectos de actividad³⁴. Los datos se recogen en las Tablas 31-33.

Tabla 31. Proyectos recibidos por tipo de suelo donde se pretende ubicar la actividad por Territorio Histórico en la CAPV. 2006

Tipo de suelo	Álava		Bizkaia		Gipuzkoa		CAPV	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Urbano residencial	117	34	315	54	133	33	565	42
Urbano industrial y no urbano	229	66	272	46	273	77	774	58
Total	346	100	587*	100	406	100	1.339	100

* Hay que añadir 23 expedientes de "actividades exentas".

FUENTE: MEMORIAS DE LAS SUBDIRECCIONES DE SALUD PÚBLICA.

Tabla 32. Clasificación de los informes sanitarios según el resultado y Territorio Histórico en la CAPV. 2006

Calificación	Álava		Bizkaia		Gipuzkoa		CAPV	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Favorable	227	66	468	80	304	75	999	75
Ampliación de documentación	108	31	78	13	102	25	288	21
Desfavorable	11	3	41	7	0	0	52	4
Total	346	100	587*	100	406	100	1.339	100

* A este dato hay que añadir otros 23 informes correspondientes a las "actividades exentas".

FUENTE: MEMORIAS DE LAS SUBDIRECCIONES DE SALUD PÚBLICA.

³⁴Las 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 33. Proyectos recibidos por tipo de actividad y Territorio Histórico en la CAPV. 2006

Tipo de actividad	Álava		Bizkaia		Gipuzkoa		CAPV	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Agricultura y ganadería	25	7	17	3	23	6	65	5
Energía y agua. Extracción y transformación de minerales.	13	4	18	3	38	9	69	5
Industria química								
Industrias transformadoras de metales y mecánica de precisión	36	10	62	11	82	20	180	14
Industrias de alimentación, textil, madera, papel, etc.	47	13	53	9	64	16	164	12
Construcción	2	1	17	3	12	3	31	2
Comercios, restaurantes y hostelería	114	33	299	51	128	31	541	41
Reparación. Transportes y comunicaciones	82	24	66	11	43	11	191	14
Seguros y varios	27	8	55	9	16	4	98	7
Total	346	100	587*	100	406	100	1.339	100

* A este dato hay que añadir otros 23 informes correspondientes a las "actividades exentas".

FUENTE: MEMORIAS DE LAS SUBDIRECCIONES DE SALUD PÚBLICA.

6. PRODUCTOS QUÍMICOS

En el ámbito de los productos químicos y por lo que respecta a protección de la salud, es muy importante controlar su etiquetado y comercialización, retirándolos del mercado si no cumplen la normativa de seguridad establecida. Se trata de evitar problemas derivados de un uso incorrecto de esos productos por una deficiente información a quienes los puedan utilizar o por carecer de los registros necesarios o por comercializarse en indebidas condiciones. Con ese mismo objetivo se realiza un control de las empresas que fabrican, comercializan biocidas (plaguicidas no agrícolas) y de aquellas que ofrecen servicios de aplicación de los mismos. En este sentido se da autorización a las entidades que forman al personal aplicador de dichos productos.

En lo relativo al **Registro Oficial de Establecimientos y Servicios Biocidas (ROESB)** se ha tramitado la renovación o la inscripción de 22 empresas correspondiendo a 3 actividades de fabricación, 4 actividades de comercialización y 19 actividades de servicios de tratamientos a terceros (algunas empresas realizan más de una de las actividades descritas; Tabla 34).

A través del **Sistema de Intercambio Rápido de Información sobre Productos Químicos (SIRIPQ)** de la Red de Alerta de Productos Químicos estatal se han recibido ocho alertas y se ha generado una desde nuestra Comunidad Autónoma. Estas alertas corresponden fundamentalmente a inmovilizaciones y retiradas del mercado de biocidas caducados o sin el debido registro, defectos en el etiquetado o fichas de datos de seguridad en productos químicos de diversos usos.

Paralelamente se ha realizado una campaña de revisión del etiquetado y fichas de datos de seguridad de diversos productos químicos y biocidas de uso habitual en piscinas y torres de refrigeración.

Tabla 34. Resumen de actuaciones en el área de productos químicos y biocidas. 2006

	Álava	Bizkaia	Gipuzkoa	CAPV
Empresas inscritas en el ROESB	1	14	7	22
Inspecciones a empresas	3	15	2	20
Inspección etiquetado y FDS	9	14	4	27
Alertas tramitadas	1	6	1	8
Alertas generadas	0	1	0	1
Productos inmovilizados y/o retirados del mercado	0	5	0	5

FUENTE: MEMORIAS DE LAS SUBDIRECCIONES DE SALUD PÚBLICA.

7. RESIDUOS SANITARIOS

El número y tipo de expedientes tramitados e inspecciones realizadas en 2006 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. 2006

	Álava	Bizkaia	Gipuzkoa	CAPV
Planes de gestión informados favorablemente	110	244	129	483
Ampliación de documentación	4	4	2	10
Inspecciones	63	66	106	235

FUENTE: UNIDADES DE SANIDAD AMBIENTAL.

A lo largo de 2006 aparte de las clínicas dentales se ha incidido en el sector de las clínicas veterinarias.

8. PREVENCIÓN Y CONTROL DE LA LEGIONELOSIS

A lo largo de 2006 se han continuado las tareas de supervisión e inspección de circuitos de refrigeración, redes de agua interior de los edificios (agua caliente sanitaria ACS y agua fría de consumo humano AFCH) así como de otros elementos de riesgo en los establecimientos priorizados (hospitales y clínicas, residencias de la tercera edad, polideportivos y balnearios, hoteles y campings)³⁵.

En total se han inspeccionado o supervisado 1.069 instalaciones en 672 establecimientos. (Tablas 36 y 37).

³⁵ En el capítulo *Morbilidad - A. Sistemas de Vigilancia - Enfermedades de Declaración Obligatoria (EDO)*, se hace referencia también a esta patología.

Tabla 36. Número de establecimientos inspeccionados o supervisados, por sector y Territorio Histórico en la CAPV. 2006

Sector	Álava	Bizkaia	Gipuzkoa	CAPV
Sector industrial y administrativo	95	156	109	360
Hospitales y clínicas	4	6	2	12
Hoteles, residencias de ancianos, balnearios	9	87	36	132
Polideportivos	20	76	28	124
Otros	1	9	34	44
TOTAL	129	334	209	672

FUENTE: UNIDADES DE SANIDAD AMBIENTAL.

Tabla 37. Número de instalaciones inspeccionadas o supervisadas, por Territorio Histórico en la CAPV. 2006

Tipo de instalación	Álava	Bizkaia	Gipuzkoa	CAPV
Circuitos de refrigeración (torres y condensadores)	228	360	139	727
Circuitos de agua en establecimientos	35	193	73	301
Otros	2	5	34	41
TOTAL	265	558	246	1.069

FUENTE: UNIDADES DE SANIDAD AMBIENTAL.

La valoración de la situación de las instalaciones se hace en relación a aquellos aspectos que se consideran básicos entre los establecidos por la normativa (*Real Decreto 865/2003 sobre prevención y control de la legionelosis en instalaciones de riesgo*) tanto en el apartado correspondiente a diseño y estructura de las instalaciones como en los correspondientes a las operaciones de mantenimiento y control de las mismas.

Las instalaciones en las que se han observado más deficiencias han sido las redes de agua interior de los establecimientos, tanto en aspectos de diseño-estructura como de mantenimiento y control de las instalaciones (Tabla 38).

Tabla 38. Tipo de deficiencias observadas en las instalaciones inspeccionadas en la CAPV. 2006

Tipo de instalación	Álava		Bizkaia		Gipuzkoa		CAPV	
	D-E ⁽¹⁾	M-C ⁽²⁾	D-E	M-C	D-E	M-C	D-E	M-C
Circuitos de refrigeración (torres y condensadores)	36 (16%)	57 (25%)	32 (9%)	38 (11%)	15 (9%)	15 (9%)	83 (12%)	110 (15%)
Circuitos de agua en establecimientos	24 (67%)	32 (91%)	68 (35%)	37 (19%)	12 (16%)	18 (25%)	104 (35%)	87 (29%)

(1) *D-E*: diseño y estructura.

(2) *M-C*: mantenimiento y control.

FUENTE: UNIDADES DE SANIDAD AMBIENTAL.

Sobre este punto cabe señalar las actuaciones de cierre cautelar que se han llevado a cabo en algunas instalaciones, correspondientes a un balneario y un club de alterne ubicados en Bizkaia, por la aparición de casos de legionelosis asociados con las mismas. Los cierres se han prolongado hasta verificar que las instalaciones cumplían los requisitos

normativos y se encontraban en condiciones adecuadas para un correcto funcionamiento.

Por otra parte, se han autorizado dos nuevas entidades para la formación del personal de mantenimiento y del personal aplicador de tratamientos a base de biocidas en las instalaciones de riesgo. En total a final de 2006 se han contabilizado 18 entidades autorizadas para impartir esos cursos.

9. SISTEMA DE RESPUESTA A EMERGENCIAS

El Departamento de Sanidad dispone de un sistema de respuesta ante alertas de Salud Pública en cada Territorio Histórico cuyo objetivo es ofrecer una atención inmediata y de calidad ante alertas o emergencias y potenciales situaciones de riesgo urgentes para la salud pública (riesgos epidemiológicos, ambientales y alimentarios) que se produzcan fuera de las jornadas y horarios habituales de trabajo.

En todo caso, los servicios de Salud Pública son requeridos³⁶ para actuar de forma urgente, evaluar el alcance del problema y, en su caso, actuar y proteger a la población ante tales riesgos bien directamente o bien en coordinación con los servicios de otros Departamentos del Gobierno Vasco o de otras Instituciones –Osakidetza, Ayuntamientos, Diputaciones, Agencia Española de Seguridad Alimentaria...

Durante 2006 se han realizado un total de 191 actuaciones de las que el 51% han hecho referencia al área epidemiológica, porcentaje sobredimensionado este año dado el número de casos denunciados por la aparición de aves muertas en lugares públicos (Tabla 39).

Tabla 39. Respuesta a situaciones de emergencia en horario extralaboral por áreas temáticas en la CAPV. 2006

Áreas temáticas	CAPV	
	Nº	%
Higiene/sanidad alimentaria	21	11
Sanidad medioambiental	73	38
Epidemiología	97	51
Total	191	100

FUENTE: SUBDIRECCIONES TERRITORIALES DE SALUD PÚBLICA.

³⁶ El aviso/petición de ayuda puede proceder directamente del Servicio de epidemiología, de las propias personas afectadas, de SOS-Deiak o de cualquier otro organismo conocedor de la emergencia.

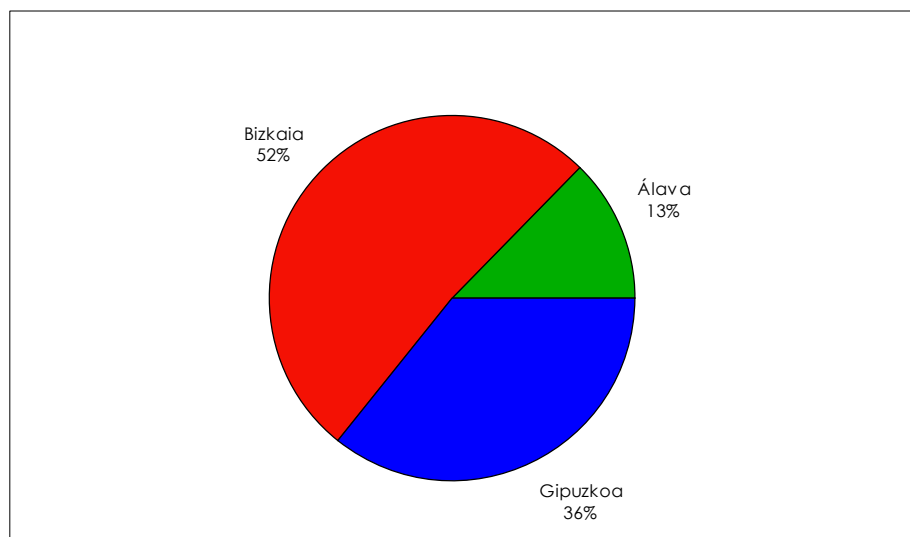
PROMOCIÓN DE LA SALUD

1. SALUD MATERNO INFANTIL

Nacimientos

En 2006 se han producido, según el Registro de Recién Nacidos, un total de 20.726 nacimientos en la CAPV: 10.692 (51,59%) en Bizkaia; 7.405 en Gipuzkoa (35,73 %) y 2.629 en Álava (12,68%; Fig. 43).

Figura 43. Porcentaje de nacimientos según el Registro de Recién Nacidos en la CAPV. 2006.



Ha habido 255 nacimientos más que en 2005, reafirmando así la tendencia alcista que se venía observando desde 1995, rota puntualmente en 1998³⁷ (Tabla 40).

Tabla 40. Evolución del número de nacimientos por Territorios Históricos en la CAPV. 2002-2006

Territorio	2002	2003	2004	2005	2006
Álava	2.305	2.431	2.539	2.554	2.629
Bizkaia	9.806	10.360	10.541	10.744	10.692
Gipuzkoa	6.646	7.145	7.205	7.173	7.405
CAPV	18.757	19.936	20.285	20.471	20.726

FUENTE: REGISTRO DE RECIÉN NACIDOS DE LA CAPV.

³⁷ 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 2006 durante su tiempo de permanencia en la maternidad, sigue siendo netamente predominante la lactancia natural, aunque este año se ha producido un descenso (Tabla 41)³⁸.

Tabla 41. Evolución de porcentaje de los tipos de alimentación de bebés recién nacidos en la CAPV. 2002-2006

Alimentación	2002	2003	2004	2005	2006
Natural	64	63	68	69	66
Artificial	11	12	11	12	13
Mixta	23	23	19	17	20
No consta	2	3	2	1	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 y más notable en 2004; tras el repunte del 2005, el 2006 parece volver a la tendencia a la baja (Tabla 42).

Tabla 42. Porcentaje de bebés recién nacidos de bajo peso (<2.500 g) en la CAPV. 2000-2006

Territorio	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006
Álava	8,0	7,2	9,1	7,8	7,5	8,1	7,8
Bizkaia	7,2	7,7	7,8	8,2	8,0	7,4	8,0
Gipuzkoa	6,1	6,4	6,9	7,0	6,1	6,6	6,2
CAPV	7,1	7,0	7,9	7,7	7,2	7,4	7,3

FUENTE: REGISTRO DE RECIÉN NACIDOS DE LA CAPV.

El porcentaje de partos por **vía abdominal** se mantiene respecto al año anterior (Tabla 43). Como viene ocurriendo desde hace años, ese tipo de parto ha sido más frecuente en el sector privado que en el público: el 28,8% 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 14%.

Tabla 43. Evolución del porcentaje de partos por vía abdominal (cesárea) en la CAPV. 2000-2006

Territorio	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006
Álava	14,5	14,4	15,7	16,6	15,5	16,5	16,7
Bizkaia	15,4	15,5	16,6	16,4	17,9	15,3	15,9
Gipuzkoa	16,4	16,8	18,6	18,3	17,9	15,2	15,4
CAPV	15,4	15,8	16,9	17,1	17,1	15,7	15,7

FUENTE: REGISTRO DE RECIÉN NACIDOS DE LA CAPV.

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

³⁸ 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: es suficiente que el bebé haya tomado un biberón, aunque sea sólo con agua, para que venga clasificado como de alimentación mixta.

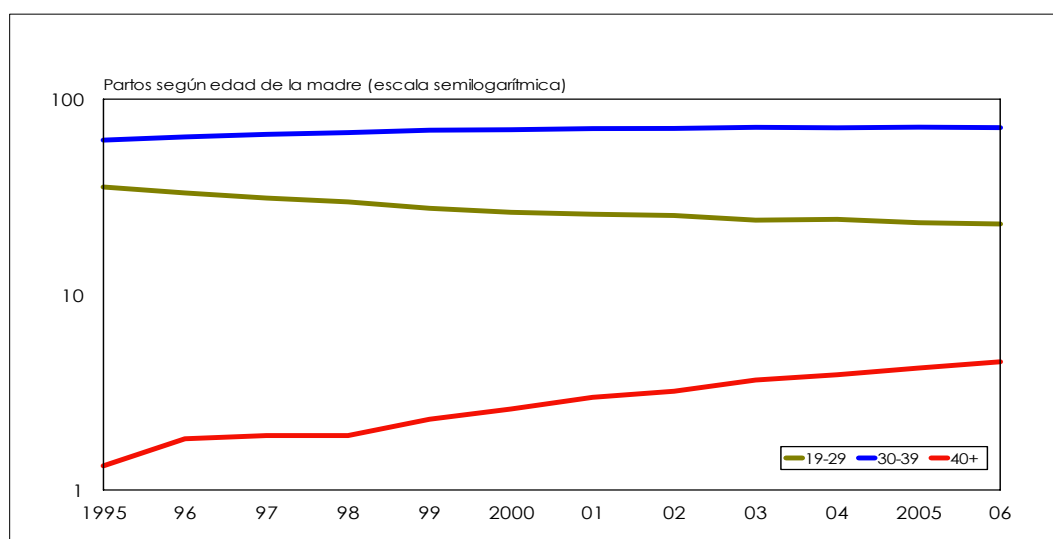
(26,5%). El correspondiente a madres menores de 20 años ha representado el 1,3 % del total, y el de madres de 40 años o más ha supuesto el 4,5%, porcentaje este que se va incrementando tendencialmente desde el 2000 (Tabla 44 y Fig. 44).

Tabla 44. Proporción de nacimientos por grupo de edad de la madre en la CAPV. 2001-2006

Edad	2001	2002	2003	2004	2005	2006
< 14	0,02	0,01	0,03	0,01	0,01	0,09
15-17	0,24	0,41	0,34	0,25	0,34	0,41
18-29	25,75	25,38	24,02	24,28	23,32	22,95
30-39	70,67	70,76	71,74	71,35	71,89	71,48
= > 40	2,98	3,20	3,65	3,89	4,21	4,53
No consta	0,27	0,24	0,21	0,17	0,18	0,52
< 30	26,05	25,80	24,39	24,54	23,32	23,45
= > 30	73,66	73,96	75,39	75,24	76,1	76,1
< 17	0,11	0,42	0,17	0,26	0,35	0,27

FUENTE: REGISTRO DE RECIÉN NACIDOS DE LA CAPV.

Figura 44. Evolución de nacimientos según la edad de la madre en la CAPV. 1995-2006.



Detección precoz de enfermedades endocrino-metabólicas (metaboloopatías)

El Programa de Cribado Neonatal de Enfermedades Endocrino-metabólicas ha estudiado a 20.601 bebés recién nacidos vivos (20.560 nacidos en domicilio o centros de la CAPV, y 41 en otra Comunidad Autónoma o en el extranjero)³⁹. Los casos detectados según diagnóstico provisional han sido 221 (Tabla 45).

³⁹ El tipo y número de determinaciones realizadas se pueden ver en el capítulo dedicado al Laboratorio.

Tabla 45. Casos detectados de metabopatías según diagnóstico provisional en la CAPV. 2006

Enfermedad	Casos
Hipotiroidismo	7
Hipotiroidismo transitorio	4
Hipertirotrópinemia transitoria	29
Hipotiroxinemia Prematuro	63
Hipotiroxinemia transitoria	31
Hipertiroxinemia transitoria	76
Hiperfenilalaninemia permanente	1
Hiperfenilalaninemia transitoria	10
Total	221

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 CAPV⁴⁰.

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 CAPV⁴¹.

En el periodo 1996-2005 se ha detectado un total de 3.422 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 34,3% en 2005 sobre el total de casos.

En la Tabla 46 y Figura 45 se representan los casos de la última década (1996-2005).

Tabla 46. Evolución del número de casos de anomalías congénitas detectadas en la CAPV. 1996-2005

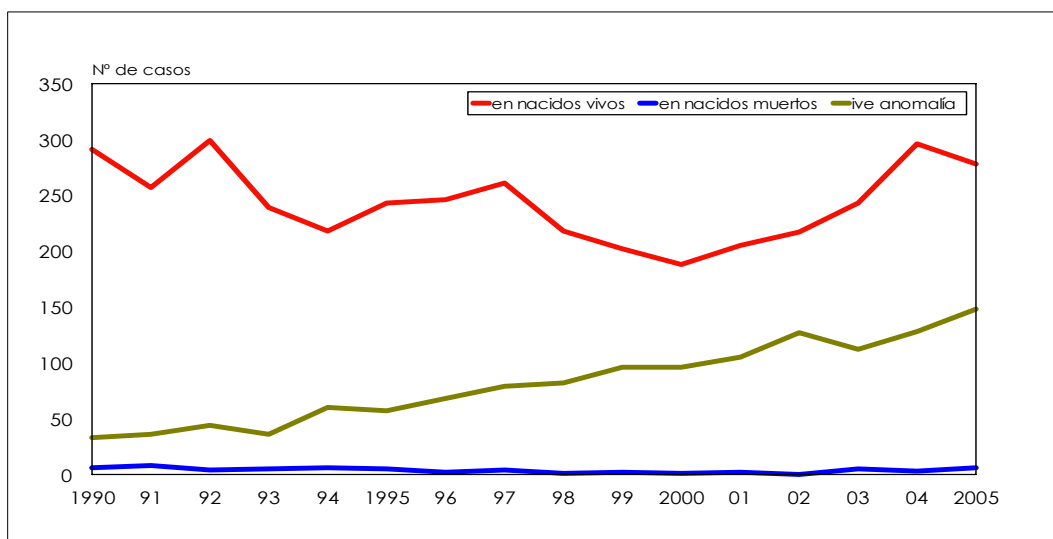
	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005
Nacidos vivos	246	261	218	202	188	205	217	243	296	278
Nacidos muertos	2	4	1	2	1	2	0	5	3	6
IVE por anomalía	68	79	83	96	96	105	127	112	128	148
Total	316	344	302	300	285	312	344	360	427	432

FUENTE: REGISTRO DE ANOMALÍAS CONGÉNITAS (RACAV). DIRECCIÓN DE SALUD PÚBLICA.

⁴⁰ 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 1990-2005 se ha supervisado un total de 273.330 nacimientos de residentes en la CAPV.

⁴¹ 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.

Figura 45. Evolución de los casos de anomalías congénitas detectadas en la CAPV. 1990-2005

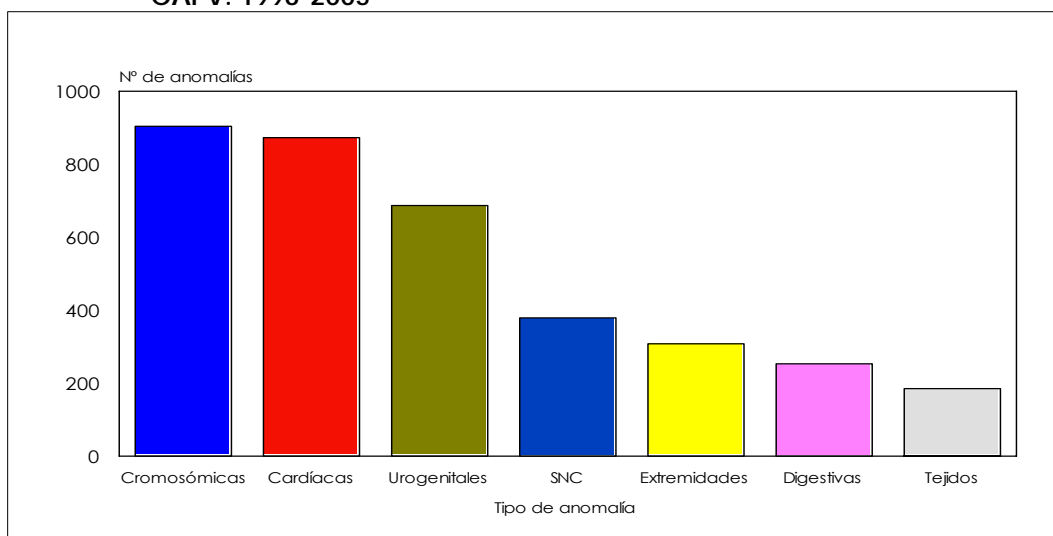


La prevalencia media de 1996-2005 ha sido de 192,64⁰/000 nacimientos; la de EUROCAT ha sido de 229,14⁰/000 para el mismo periodo.

En el 95% de los casos se trató de partos/embarazos no gemelares; el 54,5% fueron fetos identificados de sexo masculino; el 33,8% correspondió a mujeres de más de 35 años.

Las dismorfologías más frecuentes fueron las anomalías cardíacas y urogenitales (con prevalencias para ese periodo de 49,14 y 38,67⁰/000). Las anomalías cromosómicas son las más frecuentes (50,89⁰/000), con o sin dismorfología asociada. La edad avanzada de los progenitores está asociada a una mayor ocurrencia (Fig. 46).

Figura 46. Distribución de principales anomalías congénitas por tipos en la CAPV. 1996-2005



El síndrome de Down sigue siendo la anomalía más frecuente con una prevalencia en 2005 de 33,4%.

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, en los Centros de Atención Primaria con ocasión de la primera visita de la mujer embarazada. Asimismo se ha seguido distribuyendo en dichos Centros 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.

Tras el parto y en los hospitales y clínicas maternas, se ha continuado proporcionando la guía "*Tu bebé ya está en casa*" en la que, además de indicarse los cuidados para la recuperación de la madre, se informa sobre la realización de la prueba de metabopatías 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 años⁴².

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 por medio de la red de dentistas de cabecera⁴³. En 2006, han sido atendidos 96.565 de los 145.183 niñas y niños residentes en la CAPV de ese grupo de edad, es decir, el 66,51% (Fig. 47).

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 10,32%.

En la Tabla 47, se exponen los datos globales de la asistencia realizada en dentición permanente, junto al porcentaje (perfil) que representa por cada 100 niños o niñas.

⁴² Estos materiales han sido elaborados por las Unidades de Educación para la Salud en colaboración con profesionales de Osakidetza.

⁴³ La mayor parte son dentistas del sector privado concertados al efecto por el Departamento de Sanidad. El resto son dentistas de Osakidetza.

Figura 47. Evolución del número de niñas y niños atendidos por el PADI según tipo de proveedor de servicio en la CAPV. 1990-2006

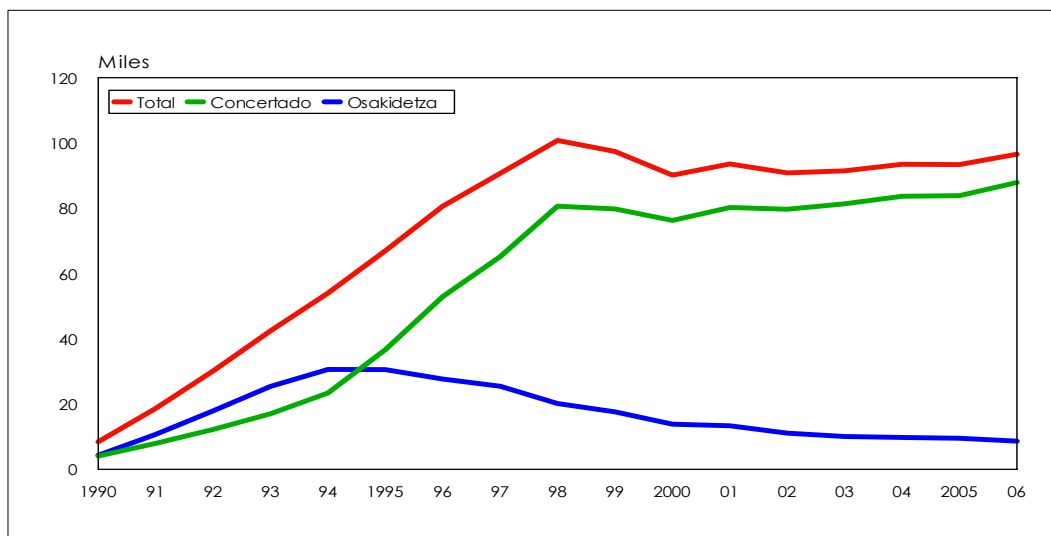


Tabla 47. Asistencia del PADI en la CAPV. 2006

Tipos de asistencia	Número	Perfil
Asistencia general		
Selladores	38.420	39,78
Obturaciones	21.016	21,76
Extracciones	436	0,45
Tratamientos pulpares	361	0,37
Total revisiones	96.565	
Asistencia adicional (por traumatismos)		
Obturaciones	913	0,94
Reconstrucciones	1.822	1,88
Apicoformaciones	57	0,05
Endodoncias	185	0,19
Coronas	57	0,05
Extracciones	38	0,03
Mantenedores	14	0,01
Total traumatismos	1.822	1,88

FUENTE: SERVICIO DENTAL COMUNITARIO. OSAKIDETZA.

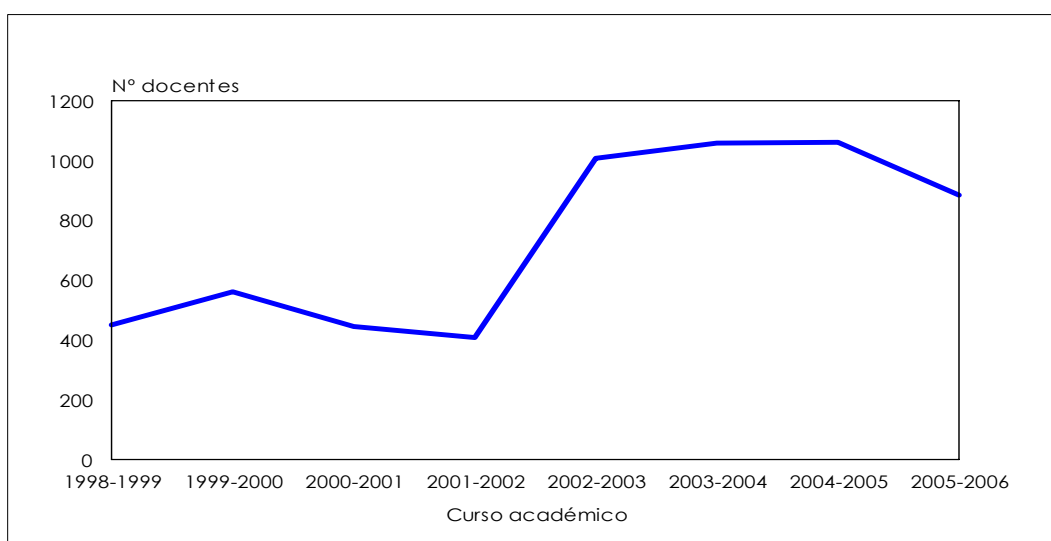
La incidencia de caries se ha reducido notablemente entre quienes han recibido atención del PADI de forma regular. En 2006, el 95% de niñas y niños de siete años de la CAPV, el 70% de los de 12 años y el 55% de los de 14 años estaban libres de caries (frente al 86%, 31% y 17% respectivamente en 1988). 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 1998⁴⁴.

⁴⁴ Departamento de Sanidad, *Segundo estudio epidemiológico de la salud buco-dental de la CAPV. Población escolar infantil 1998*. Vitoria-Gasteiz, 1998.

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 1.810 docentes en 116 cursos de esta línea prioritaria, lo que ha supuesto la implicación de 110 centros educativos y 36.192 escolares⁴⁵.

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



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 156 centros, con un total de 10.672 estudiantes y 634 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 56 centros educativos⁴⁶. Los proyectos han versado sobre alimentación, relaciones afectivo-sexuales, prevención de drogodependencias, promoción de hábitos saludables y

⁴⁵ 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 septiembre del 2001.

⁴⁶ El Departamento de Sanidad ha destinado 79.602,00 euros para la subvención de los proyectos.

habilidades personales, higiene y salud buco-dental. Han participado en total 21.251 escolares y 1.572 docentes.

3. PROGRAMA DE VACUNACIONES

Durante 2006 se han administrado 779.723 dosis de las diferentes vacunas incluidas en los programas de vacunación en la CAPV (Tabla 48).

Tabla 48. Dosis vacunales administradas según tipo por Territorio Histórico en la CAPV. 2006

Vacunas	Álava	Bizkaia	Gipuzkoa	CAPV
BCG	2.893	9.567	6.599	19.059
DTPa-Polio-Hib-HB (hexavalente)	8.208	23.553	16.121	47.882
DTPa-Polio-Hib (pentavalente)	2.708	14.149	9.729	26.586
Hepatitis B	7.647	26.963	17.444	52.054
DTPa	2.185	8.388	5.713	16.286
Td adulto	25.249	76.090	41.493	142.832
Triple Vírica	5207	18.746	12.290	36.243
Hib	10.814	129	62	11.005
Meningococo C	7.079	28.179	15.148	50.406
Hepatitis A	198	516	340	1.054
Rabia	35	23	12	70
Gripe	49.164	207.686	119.396	376.246
TOTAL	121.387	413.989	244.347	779.723

FUENTE: UNIDADES DE EPIDEMIOLOGÍA. DIRECCIÓN DE SALUD PÚBLICA.

Las coberturas vacunales estimadas para el **calendario vacunal infantil** han alcanzado los siguientes niveles (Tabla 49).

Tabla 49. Cobertura vacunal para las vacunas del Calendario vacunal infantil en la CAPV. 2006

Vacunas	Álava	Bizkaia	Gipuzkoa	CAPV
BCG	93,6	98,2	94,6	90,5
DTPa-Polio-Hib (4º dosis)	93,4	96,3	92,7	93,2
Hepatitis B (3º dosis)	92,8	97,6	92,4	91,5
Meningococo C (3º dosis)	93,0	96,1	93,3	91,5
Triple Vírica (1º dosis)	96,3	95,9	94,6	98,9
Triple Vírica (2º dosis)	94,1	97,1	97,5	87,9
DTPa 6 años	94,0	98,5	95,4	90,2
Hepatitis B (1º ESO)	96,9	94,4	97,8	96,2

(1) Curso escolar 05-06.

FUENTE: UNIDADES DE EPIDEMIOLOGÍA. DIRECCIÓN DE SALUD PÚBLICA.

La campaña de **vacunación antigripal**, llevada a cabo en los meses de septiembre y octubre del 2006, 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 mayores de 64 años ha alcanzado el 69,6% (Tabla 50).

Tabla 50. Cobertura vacunal contra la gripe en mayores de 64 años en la CAPV. 2006

	Vacunas administradas	Población >64 años	Cobertura >64 años
Álava	35.235	50.117	70,3%
Bizkaia	151.472	220.444	68,7%
Gipuzkoa	90.876	128.033	70,9%
CAPV	277.583	398.594	69,6%

FUENTE: DIRECCIÓN DE ASISTENCIA SANITARIA DE OSAKIDETZA.
MEMORIA. CAMPAÑA DE VACUNACIÓN ANTIGRIPIAL 2006.

4. PLAN DE PREVENCIÓN Y REDUCCIÓN DEL TABAQUISMO

El objetivo general del Plan⁴⁷ 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 y la progresiva reducción del tabaquismo entre la población.

Los datos que motivaron la puesta en marcha del Plan fueron y siguen siendo realmente alarmantes. En 2005 fueron **atribuibles al consumo** de tabaco como factor o desencadenante principal el 13% de los 19.425 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 51 y Fig. 49). En total, se puede estimar que 2.602 personas murieron en 2005 a consecuencia del tabaquismo en la CAPV, unas muertes **evitables y prematuras**, que equivalen a más del 4% de los **Años Potenciales de Vida Perdidos (APVP)**.

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 (89%), y en el de bronquitis-enfisema y enfermedades pulmonares crónicas (EPOC; 65%). Por otra parte, más del 43% de mortalidad prematura por cardiopatía isquémica y accidentes cerebrovasculares en menores de 65 años (trombosis, embolias y hemorragias cerebrales) y la tercera parte de defunciones por cáncer de vejiga fueron atribuibles también al consumo de tabaco.

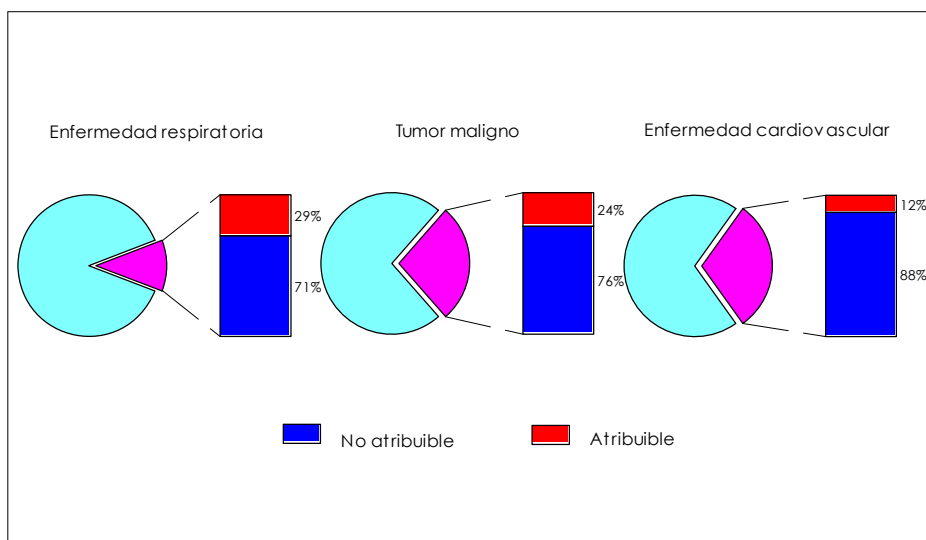
⁴⁷ El Plan se diseñó y elaboró durante 1992 y fue puesto oficialmente en marcha en enero de 1993 por el Consejero de Sanidad. El Plan, como su propio nombre indica, hace referencia a tres áreas: la primera tiene como objetivo **apoyar y reforzar la decisión de quienes no fuman** para seguir sin fumar; 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.

Tabla 51. Mortalidad por principales patologías atribuible al consumo de tabaco en la CAPV. 2005

PRINCIPALES PATOLOGÍAS		Mortalidad	Mortalidad atribuible al tabaco	
TUMORES MALIGNOS		N	N	%
C33-C34	Pulmón	994	800	81
C00-C14	Labio, cavidad oral, faringe	173	138	80
C32	Laringe	101	78	77
C15	Esófago	128	89	69
C67	Vejiga	224	71	31
C64-C65	Riñón	119	35	30
	Otros	3.532	36	1
C00-C97	Total	5.271	1.247	24
ENFERMEDADES CARDIOVASCULARES				
I60-I69	ACVA < 65 años	116	52	45
I20-I25	Cardiopatía isquémica < 65 años	235	100	42
I71	Aneurisma aórtico	92	37	40
I70	Ateroesclerosis	211	41	19
I20-I25	Cardiopatía isquémica >= 65 años	1.319	126	10
I26-I28	Cor pulmonale	113	11	10
I10-I15	Hipertensión	461	33	7
	Otras cardiopatías	1.693	166	10
I60-I69	ACVA >= 65 años	1.449	122	8
	Otras	202	23	11
I00-I99	Total	5.891	711	12
ENFERMEDADES RESPIRATORIAS				
J44	EPOC	783	516	66
J41-J43	Bronquitis-enfisema	94	57	61
A15-A16	Tuberculosis respiratoria	10	2	18
J10-J18	Neumonía-Influenza	421	64	15
	Otras	916	5	-----
J00-J99; A15-A16	Total	2.224	644	29
MORTALIDAD POR TODAS LAS CAUSAS				
A00-Y98	Total	19.425	2.602	13

FUENTE: SERVICIO DE ESTUDIOS E INVESTIGACIÓN SANITARIA. DIRECCIÓN DE PLANIFICACIÓN Y ORDENACIÓN SANITARIA.

Figura 49. Mortalidad atribuible al consumo de tabaco por grandes patologías en la CAPV. 2005



Con vistas a potenciar y reforzar la actuación de **profesionales de salud** sobre la población fumadora, la Dirección de Salud Pública les ha venido ofertando desde 1994 cursos de aprendizaje de las técnicas de deshabituación tabáquica más recientes. Desde enero del 2005, esta oferta se halla encuadrada dentro de los cursos de Formación Continuada programados sistemáticamente por Osakidetza para su personal sanitario.

Desde 1994 y hasta 2006 han participado un total de 1.175 profesionales (la mayoría –el 86%– de Osakidetza, y el resto, de Servicios médicos de empresa)⁴⁸. En torno al 20% de profesionales de **Atención Primaria de Osakidetza** ha realizado estos cursos⁴⁹.

El Departamento de Sanidad ha financiado con 1.700.000 euros durante el 2006 la **deshabituación tabáquica** de las personas que han querido dejar de fumar a través de profesionales de Atención Primaria de Osakidetza en los centros de salud (Tabla 52).

Tabla 52. Volumen de actuaciones de deshabituación tabáquica y gasto estimado correspondiente en las consultas de Atención Primaria de Osakidetza en la CAPV. 2006

Descripción de actividad	Volumen de actividad
Cribado de personas fumadoras y registro	320.736
Consejo y oferta de ayuda	99.380
Consultas diagnóstico de adicción y motivación	1.912
TOTAL	422.338

FUENTE: DIRECCIÓN DE FINANCIACIÓN Y CONTRATACIÓN SANITARIA

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 también 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 salud⁵⁰.

Asimismo se ha reforzado la actuación de 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

⁴⁸ A partir del 2005, el Servicio de Formación Continuada de Osakidetza ha incorporado dentro de su propio calendario formativo los cursos destinados a sus profesionales. En 2006 han participado 90 profesionales.

⁴⁹ 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 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...).

⁵⁰ En total se han destinado a estos proyectos de deshabituación tabáquica desarrollados por 52.000 euros en 2006.

que la Ley 18/1998 fue particularmente restrictiva respecto al personal fumador que trabajaba en las dependencias de la Administración General de la CAPV⁵¹, se ofertó ya en 2001 deshabituación tabáquica a quienes desearan dejar de fumar. Desde entonces y hasta 2006 han participado 615 personas fumadoras en este programa. Un año después de finalizada la terapia suele continuar sin fumar un 35% de quienes finalizaron el tratamiento y un 25% más suele reducir el número de cigarrillos/día.

Los resultados de la actuación experimental del 2001 entre el personal de la Administración invitaron a proponerla a otros ámbitos laborales⁵²: durante 2006 se ha actuado especialmente con profesionales de la enseñanza en colaboración con el Departamento de Educación, Universidades e Investigación (han participado 88 personas) y con personal docente y no docente de la UPV (38 personas inscritas)⁵³.

En el área de **protección de las personas no fumadoras**, se han seguido ofertando carteles "ESPACIO SIN TABACO" y trípticos informativos a todo tipo de Instituciones, entidades, empresas o particulares⁵⁴.

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 está haciendo que cambie toda la problemática con respecto al consumo de tabaco al prohibir o restringir su consumo en lugares cerrados de uso público, incluidas las áreas de trabajo.

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 y

⁵¹ La Ley 18/1998, del Parlamento Vasco, sobre prevención, asistencia e inserción en materia de drogodependencias, en su artículo 23.4e), prohibía 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).

⁵² 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.

⁵³ 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 CAPV⁵³ respecto al tabaquismo. Comparados los datos de 1997 con los del 2002, había descendido del 32% al 21% la población que afirmaba que se fumaba en su **ambiente familiar**; del 38 al 23% quienes afirmaban que se fumaba 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.

⁵⁴ 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.

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.

5. PLAN DE PREVENCIÓN 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 y la progresiva reducción de dicho consumo entre la población.

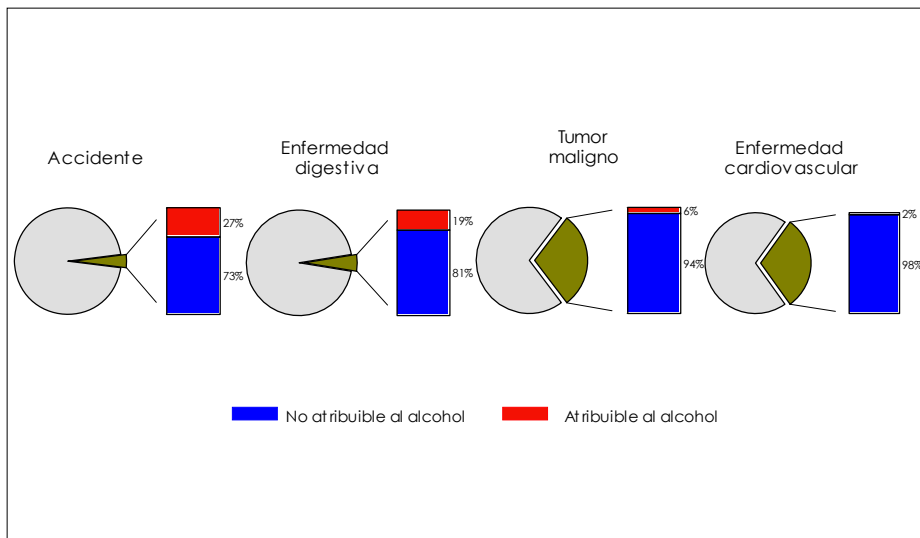
En 2005 el alcoholismo fue principal responsable del 5% de todas las muertes en la CAPV. También fue la causa principal del 19% de las muertes a resultas de enfermedades digestivas y del 27% de las producidas como consecuencia de accidentes de todo tipo (Tabla 53 y Fig. 50).

Tabla 53. Mortalidad atribuible al consumo de alcohol por grandes patologías en la CAPV. 2005

PATOLOGÍA		Total de muertes	Muertes atribuibles al alcohol	
		N	N	%
V00-Y98	Accidente de todo tipo	734	201	27
K00-K93	Enfermedad digestiva	950	180	19
C00-C97	Tumor maligno	5.721	329	6
I00-I99	Enfermedad cardiovascular	5.891	118	2
	Otras y no atribuibles	6.129	61	1
A00-Y98	Todas las causas	19.425	889	5

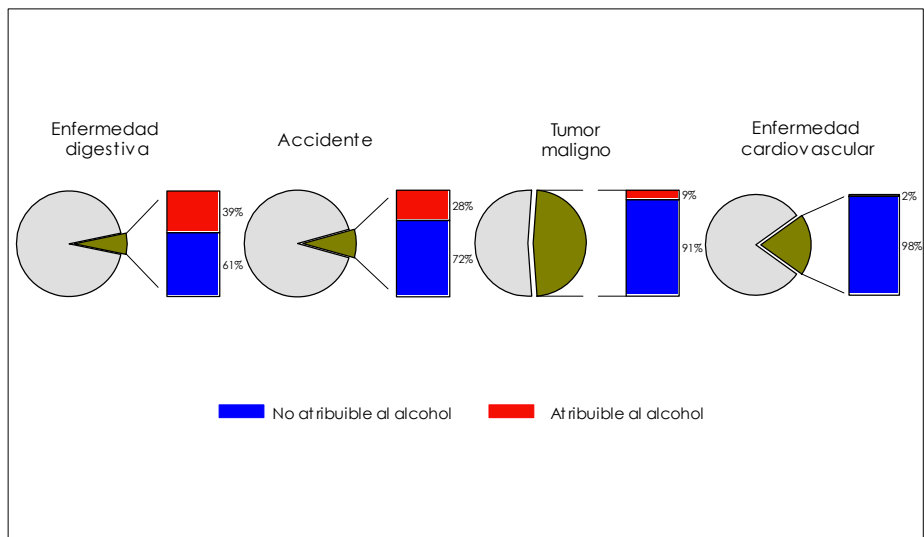
FUENTE: SERVICIO DE ESTUDIOS E INVESTIGACIÓN SANITARIA. DIRECCIÓN DE PLANIFICACIÓN Y ORDENACIÓN SANITARIA.

Figura 50. Mortalidad atribuible al consumo de alcohol por grandes patologías en la CAPV. 2005



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 39% de las personas que murieron por enfermedades digestivas; del 28% de las que lo hicieron como resultado de todo tipo de accidentes; del 9% de quienes fallecieron a causa de tumores (Fig. 51 y Tabla 54) ⁵⁵.

Figura 51. Mortalidad atribuible al consumo de alcohol por grandes patologías entre personas de 30-69 años en la CAPV. 2005



⁵⁵ 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 excesivas; de ese total el 33% son mujeres y el 67% varones.

“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).

Tabla 54. Mortalidad atribuible al consumo de alcohol por grandes patologías entre personas de 30-69 años en la CAPV. 2005

PATOLOGÍA		Total de muertes	Muertes atribuibles al alcohol	
		N	N	%
K00-K93	Enfermedad digestiva	259	102	39
V00-Y98	Accidente de todo tipo	346	98	28
C00-C97	Tumor maligno	1.987	177	9
I00-I99	Enfermedad cardiovascular	817	14	2
	Otras y no atribuibles	742	16	2
A00-Y98	Todas las causas	4.151	407	10

FUENTE: SERVICIO DE ESTUDIOS E INVESTIGACIÓN SANITARIA. DIRECCIÓN DE PLANIFICACIÓN Y ORDENACIÓN SANITARIA.

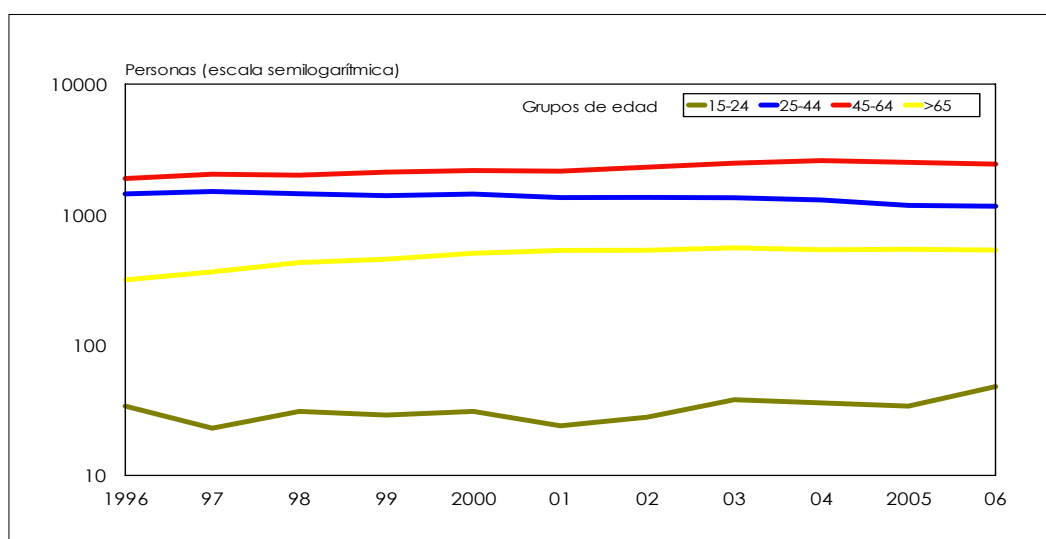
Otro modo de dimensionar el problema es tener en cuenta el número de personas atendidas en los Centros de Salud Mental a consecuencia de problemas relacionados con consumo excesivo de alcohol.

Tabla 55. Evolución del número de pacientes en Centros de Salud Mental, debido a problemas relacionados con el alcohol, por grupos de edad en la CAPV. 1998-2006

Edad	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006
15-24	31	29	31	24	28	38	36	34	48
25-44	1.447	1.395	1.438	1.350	1.355	1.346	1.295	1.175	1.160
45-64	2.006	2.115	2.176	2.153	2.310	2.475	2.595	2.515	2.440
>65	429	455	506	532	533	557	538	542	535
No registrada	1	---	---	---	---	---	---	---	---
Total pacientes	3.914	3.994	4.151	4.059	4.226	4.416	4.464	4.266	4.183

FUENTE: REGISTRO ACUMULATIVO DE CASOS PSIQUIÁTRICOS. OSAKIDETZA.

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. 1996-2006



El grupo de edad de 45-64 años ha supuesto el 58% (2.440 personas) del total de población atendida. (Tabla 55 y Fig. 52)⁵⁶:

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*⁵⁷.

Durante 2006 se han formado 149 profesionales de pediatría y enfermería pediátrica de Atención Primaria (59 pediatras, 70 ATS/DUE) en los cuatro cursos y siete talleres organizados por la Dirección de Salud Pública en colaboración con las gerencias de las Comarcas Sanitarias de Osakidetza.

Durante 2006 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 bebé⁵⁸.

⁵⁶ 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.

⁵⁷ 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.

⁵⁸ 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 2000.

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 objetivo⁵⁹.

Los hospitales de Osakidetza han atendido en 2006 a un total de 25.201 personas por accidente de tráfico; el 5% de ellas ha quedado ingresada como consecuencia de la lesión sufrida. De estas 1.287 personas ingresadas, el 70% han sido varones (Tabla 56).

Tabla 56. Personas atendidas en hospitales de Osakidetza por lesiones en accidente de tráfico en la CAPV. 2006

	Atendidas en Urgencias		Ingresadas	
	N	%	N	%
Varones	14.865	59	896	70
Mujeres	10.336	41	391	30
Total	25.201	100	1.287	100

FUENTE: DIRECCIÓN DE SALUD PÚBLICA.

El 40% de las personas atendidas se hallaba comprendido en la franja etaria de 15-29 años (61% de estas, varones).

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 2006 se han mantenido 4.864 contactos con representantes de dicho entramado social. La demanda de materiales divulgativos y de apoyo a las actividades que los diversos colectivos habían previsto realizar o estaban ya llevando a cabo ha supuesto el 92% de los contactos; en el 24% de los casos de contacto se ha recibido petición de

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.

⁵⁹ 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, 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.

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 57).

Tabla 57. Número de contactos (demandas de apoyo recibidas o solicitadas) con entidades que realizan actividades de Educación para la salud en la CAPV. 2000-2006

	Contactos	Entidades
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
2006	4.864	808

• En este año se tuvieron en cuenta tan sólo el número de demandas de apoyo recibidas.

FUENTE: MEMORIAS DE UNIDADES DE EDUCACIÓN PARA LA SALUD.

De las 808 entidades distintas con las que se ha mantenido contacto, los más frecuentes han sido 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, lesiones accidentales, salud materno-infantil, mujer, alimentación, salud sexual. (Tabla 58 y Fig. 53).

Tabla 58. Materias sobre las que se ha recibido demanda de asesoramiento en la CAPV (en porcentajes anuales). 2000-2006

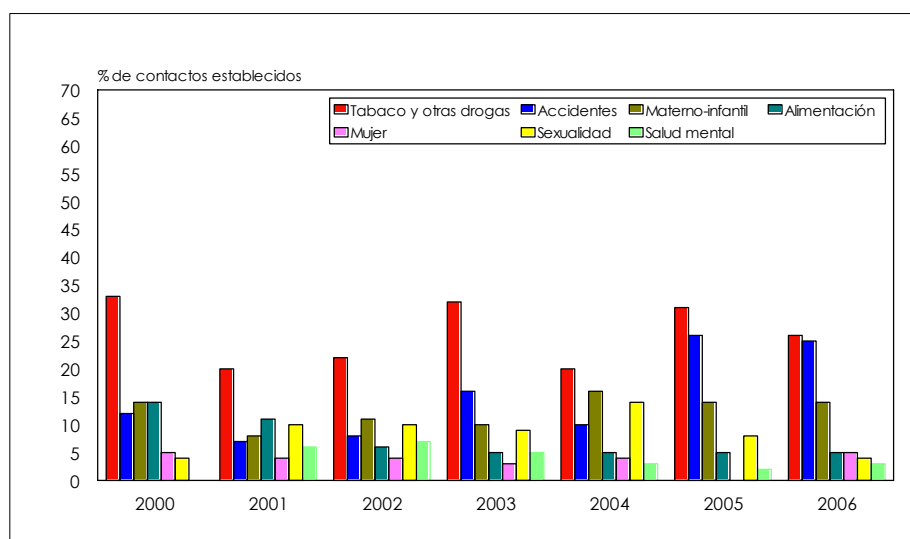
	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006
Tabaco y otras drogas	33	20	22	32	20	31	26
Accidentes	12	7	8	16	10	26	25
Materno-infantil	14	8	11	10	16	14	14
Alimentación	14	11	6	5	5	5	5
Mujer	5	4	4	3	4	--	5
Sexualidad	4	10	10	9	14	8	4
Salud mental		6	7	5	3	2	3
Ocio y tiempo libre		5	4	2	3	2	1
Otros	18	29	28	18	25	12	17

FUENTE: MEMORIA 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 69 Asociaciones han contactado y han sido contactadas a las que se ha asesorado tanto en el proceso de presentación de proyectos, ofertándoles apoyo técnico y documental, como en el de presentación

de resultados⁶⁰. Se han subvencionado proyectos y actividades de deshabituación tabáquica; programas de apoyo a asociaciones para apoyo a pacientes o familiares con diversas patologías (cáncer, diabetes, problemas nutricionales, problemas neurodegenerativos y neuromusculares, enfermedades psíquicas, ludopatías, etc.

Figura 53. Materias sobre las que se han atendido consultas o peticiones de apoyo en la CAPV. 2000-2006



En este contexto de oferta y apoyo, es importante destacar la impartición de ocho ***cursos de formación destinados al personal docente y no docente*** de centros escolares sobre “*Atención sanitaria especial durante el horario escolar*”⁶¹ como fruto de un Acuerdo marco firmado por el Departamento de Sanidad, el Departamento de Educación, Universidades e Investigación, y Osakidetza, mediante el que se ha establecido un Protocolo de Actuación ante dichas situaciones. Han participado 223 personas, el 79% de ellas mujeres. Está previsto continuar con esta oferta durante el próximo curso escolar.

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

⁶⁰ En 2006 se han destinado a este capítulo 300.000 euros.

⁶¹ Se trata de dar a conocer y hacer frente a situaciones especiales que pueden darse dentro del centro escolar y que, en general, no son distintas de las que pueden darse fuera del mismo. Se abordan temas relativos a primeros auxilios y a alumnado con patologías que exigen especial atención (asma, epilepsia, diabetes, alergias).

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 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 CAPV⁶² se ha seguido con la labor de valoración de documentos para la próxima migración de la base de datos de este Centro al sistema de catalogación ABSYS de bibliotecas de la Administración Autónoma Vasca⁶³. Actualmente, se dispone de 6.590 documentos entre monografías, artículos, videocasetes, folletos, etc. Este año se han recibido en torno a 200 nuevos documentos, provenientes del aporte desinteresado de otras Comunidades Autónomas, Servicios Análogos o Asociaciones y de la búsqueda continua de documentación actualizada vía Internet.

Se ha continuado, por último, participando en el **Sistema de Información de Promoción y Educación para la Salud (SIPES)** lo que ha permitido 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.

⁶² 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.

⁶³ Se ha continuado trabajando según el Thesaurus Multilingüe Europeo de Promoción y Educación para la Salud, revisándose, además, la descripción física de aquellos documentos carentes de la misma, acción necesaria para la carga en ABSYS. Esto ha conllevado el expurgo de unos 200 documentos y la incorporación aproximada de otros 250 nuevos.

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 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 o de otras Instituciones que no disponen de las técnicas analíticas requeridas⁶⁴.

Durante el año 2006, el LSP ha analizado un total de 126.772 **muestras** en toda la CAPV, realizando 556.086 determinaciones (Tablas 59 y 60).

Tabla 59 Número de muestras analizadas en el LSP según tipo de programa por Territorio Histórico en la CAPV. 2006

	Total de muestras	Programas de Salud Pública	Apoyo a la red asistencial	Proyectos de Investigación y otros
Álava	3.328	3.030	259	39
Bizkaia	88.542	60.394	23.687	4.461
Gipuzkoa	34.902	4.488	30.301	113
CAPV	126.772	67.912	54.247	4.613

FUENTE: LABORATORIO DE SALUD PÚBLICA

⁶⁴ 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 60 Número de determinaciones realizadas en el LSP por Territorio Histórico en la CAPV. 2006

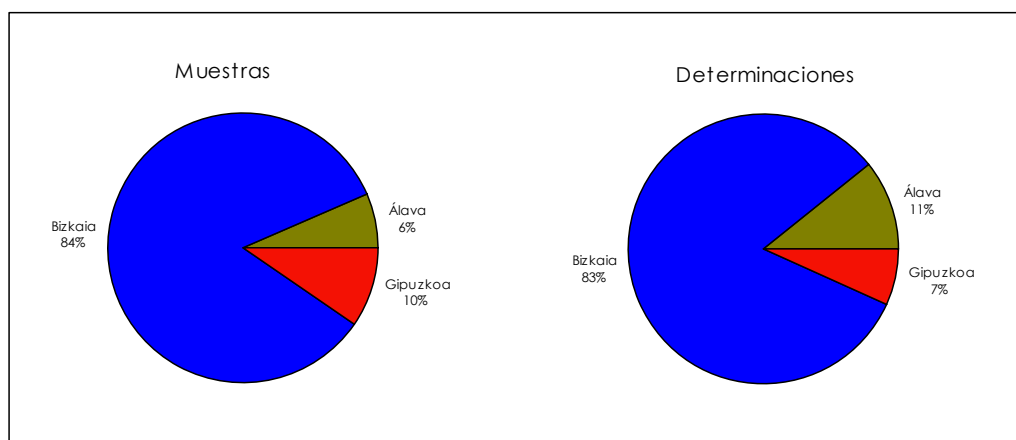
	Total de determinaciones	Programas de Salud Pública	Apoyo a la Red Asistencial	Proyectos de Investigación y otros
Álava	37.574	36.020	762	792
Bizkaia	421.610	341.627	79.983	4.589
Gipuzkoa	96.902	22.194	74.030	678
CAPV	556.086	399.841	154.775	6.059

FUENTE: LABORATORIO DE SALUD PÚBLICA

Actividades de apoyo a los Programas de Salud Pública

En el capítulo de **muestras**, las relacionadas con Programas de Salud Pública han totalizado 67.912 muestras; 20.745 de ellas, correspondientes al "Programa de Cribado Neonatal de Enfermedades Congénitas del Metabolismo", se han analizado en la sede de Bizkaia; de las 47.165 restantes el 84% ha sido analizado en Bizkaia; el 10%, en Gipuzkoa; y el 6%, en Álava (Tabla 59 y Fig. 54).

Figura 54 Distribución de muestras y determinaciones relacionadas con Programas de Salud Pública* por Territorio Histórico en la CAPV. 2006

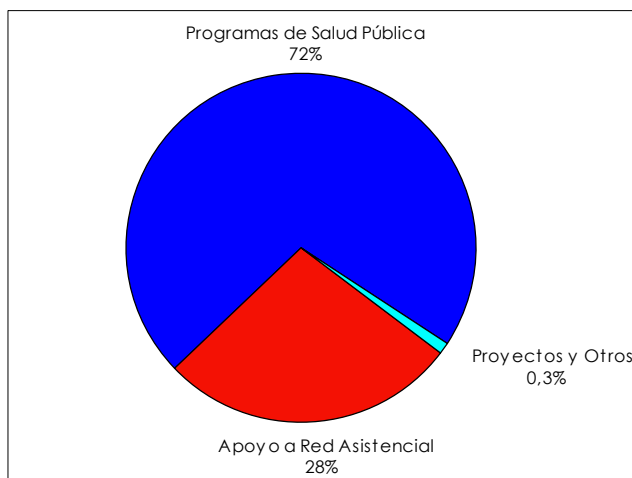


*No se tienen en cuenta los valores relativos al Programa de Cribado Neonatal.

Por otra parte, los Programas de Salud Pública han abarcado el 72% del total de **determinaciones analíticas** efectuadas; las de apoyo a la Red Asistencial⁶⁵ han supuesto el 28%; mientras que en el apartado de otras muestras (0,3%) la mayoría pertenece a Proyectos de Investigación (Tabla 60 y Fig. 55).

⁶⁵ 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.

Figura 55 Distribución de determinaciones realizadas por el LSP por áreas de actuación en la CAPV. 2006



De las 399.841 determinaciones realizadas para Programas de Salud Pública, el 16% corresponden al *Programa de Cribado Neonatal de Enfermedades Congénitas del Metabolismo*. De las 334.973 restantes, el 11% se ha llevado a cabo en la sede de Álava; el 7%, en la de Gipuzkoa; y el 83% en la de Bizkaia, en la que se han realizado, además, todas las determinaciones del Programa de Cribado Neonatal antes citado.

Actividades de apoyo a programas del medio externo

Como soporte al **Programa de aguas de consumo**, en 2006 se han analizado 4.660 muestras con un total de 61.740 determinaciones (el 79 % de ellas, físico-químicas; y el 21 %, microbiológicas; Tabla 61)⁶⁶.

Tabla 61. 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	1.771	21.089	17.271	3.818
Bizkaia	1.791	30.667	24.994	5.673
Gipuzkoa	1.098	9.984	6.710	3.274
Total	4.660	61.740	48.975	12.765

FUENTE: LABORATORIO DE SALUD PÚBLICA

En la sede de Álava se ha realizado la determinación de 61 muestras de hidrocarburos. En la de Bizkaia, se han analizado 82 muestras de

⁶⁶ 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 (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).

plaguicidas (2.946 determinaciones), 37 de hidrocarburos aromáticos policíclicos (222 determinaciones), y 68 muestras de productos derivados de la desinfección (PDDs) (cloritos y cloratos; 138 determinaciones). En la de Gipuzkoa se han realizado los análisis PDDs y afines (trihalometanos y cloroetanos: 172 muestras y 1.032 determinaciones) y de plaguicidas (8 muestras y 160 determinaciones).

Finalmente 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 (1.632 muestras y 19.731 det.); y en la de Gipuzkoa, a 10 muestras.

De entre otras actividades realizadas sobre muestras de aguas, destacan las analíticas relacionadas con el **Programa de control de legionella** (602 muestras y 1.204 determinaciones: 639 microbiológicas y 565 físico-químicas; Tabla 62)⁶⁷.

Tabla 62. Muestras y determinaciones en circuitos de agua en el LSP y por Territorio Histórico en la CAPV. 2006

Parámetros	Bizkaia		Gipuzkoa		Total	
	Muestras	Det.	Muestras	Det.	Muestras	Det.
Legionella y otros	301	565	301	602	602	1.204

FUENTE: LABORATORIO DE SALUD PÚBLICA

Respecto al **Programa de aguas de recreo**, se han analizado 2.931 muestras (1.606 de aguas de piscinas y 1.325 de otras aguas de baño) sobre las que se han efectuado 24.561 determinaciones: el 70% de ellas, en aguas de piscinas; y el 30%, en aguas de mar, río o pantano⁶⁸ (Tabla 63).

Tabla 63. 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	146	187	1.069	458	391	590	1.606	1.325
Total de determinaciones	1.267	2.801	11.966	2.521	3.910	2.096	17.143	7.418
Determinaciones físico-químicas	711	1.866	5.783	453	2.346	-----	8.840	2.319
Determinaciones microbiológicas	556	935	6.183	2.063	1.564	2.096	8.303	5.094

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

⁶⁷ Esta analítica responde a las demandas del Programa de Prevención y Control de la Legionelosis cuyos resultados se han analizado ya anteriormente (ver *Protección de la salud. Prevención y Control de la Legionelosis*).

⁶⁸ 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.

analizado **aguas residuales** domésticas e industriales⁶⁹: 309 muestras con un total de 3.497 determinaciones (Tabla 64).

Tabla 64. Número de muestras y de determinaciones sobre aguas residuales en el LSP por Territorio Histórico en la CAPV. 2006

	Total de muestras	Total de determinaciones
Álava	17	10
Bizkaia	292	3.487
CAPV	309	3.497

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 (4.653 muestras y 28.813 determinaciones)⁷⁰.

Se han realizado medidas de las *partículas en suspensión* en diferentes granulometrías: partículas totales (PST), corte 10 µm y corte 2,5 µm⁷¹.

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

Asimismo se ha llevado la gestión de los datos analíticos generados por los 5 sensores automáticos de anhídrido sulfuroso, óxidos de nitrógeno (NO, NO₂, NO_x), ozono, monóxido de carbono y partículas en suspensión 10µ⁷².

En la sede de Álava, se han llevado a cabo 73 determinaciones de mercurio en filtros (partículas corte 10 µ).

Los contaminantes bióticos (polen) se han analizado diariamente con la determinación de 41 taxones polínicos (14.965 identificaciones) presentes en el ambiente en las capitales de los tres Territorios Históricos⁷³.

⁶⁹ En el capítulo de aguas residuales, se han contemplado las de seguimiento de EDAR y las correspondientes a vertidos.

⁷⁰ Desde 2005 quedó eliminada la red manual de captadores de anhídrido sulfuroso y humos con excepción del sensor ubicado en la Subdirección de Salud Pública de Bizkaia.

⁷¹ 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}).

⁷² La red de sensores automatizada aporta 96 datos/día determinándose los siete parámetros indicados. Como ya se ha apuntado anteriormente, la dedicación en recursos humanos supone un ratio sensiblemente inferior al que representa porcentualmente el número de determinaciones.

⁷³ Véase el capítulo *Protección de la salud. Aire*, donde se estudian los resultados de estos análisis.

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 determinados contaminantes, incluyendo acrilamida⁷⁴. Se han realizado un 7.868 determinaciones sobre 2.587 muestras (Tabla 65).

Tabla 65. Número de muestras y análisis realizados para apoyo a Programas de sanidad alimentaria por Territorio Histórico en la CAPV. 2006

Capítulo	Álava		Bizkaia		Gipuzkoa		CAPV	
	Muestra	Determ.	Muestra	Determ.	Muestra	Determ.	Muestra	Determ.
Fármacos de uso veterinario en alimentos	11	11	994	2.484	532	2.627	1.537	5.122
Plaguicidas y otros contaminantes químicos		-	231	978	251	442	482	1.420
Muestras microbiológicas	254	625	42	137	272	564	568	1.326
Total	265	636	1.267	3.599	1.055	3.633	2.587	7.868

FUENTE: LABORATORIO DE SALUD PÚBLICA

Respecto a los residuos de fármacos de uso veterinario, se han realizado 5.122 determinaciones sobre un total de 1.537 muestras⁷⁵.

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)⁷⁶.

Por otra parte, en relación con los **controles selectivos**, se han analizado 443 muestras realizando 640 determinaciones. 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 leche⁷⁷; 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 piensos⁷⁸.

⁷⁴ Durante 2005 se incorporaron nuevos análisis. Así en la sede de Bizkaia, se puso 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.

⁷⁵ 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, tetraciclina, 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 tetraciclina, 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).

⁷⁶ El análisis de plaguicidas organoclorados ha incluido 16 compuestos.

⁷⁷ A solicitud de la Diputación Foral de Bizkaia.

⁷⁸ Remitidas por los Departamentos de Agricultura de las tres Diputaciones Forales, dentro del marco de actividades previstas en el Plan de Residuos. 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.

Con relación al **Programa de dieta total**, se han analizado 425 muestras realizando 452 determinaciones. Las determinaciones de metales se realizaron en la sede de Álava (mercurio en el grupo de pescados y en cada uno de los pescados que componen el grupo) y 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). En el de Gipuzkoa, se llevaron a cabo los análisis de nitrato y nitritos en los grupos de cárnicos, patatas, hortalizas y verduras de las dietas y los de anhídrido sulfuroso en productos cárnicos, bebidas alcohólicas.

El **Programa de seguridad microbiológica de los alimentos** se ha centrado también este año en el estudio de la prevención de *Salmonella* en huevos (cáscara y contenido). Asimismo se ha realizado el seguimiento microbiológico y de enterotoxina de *S. aureus* en quesos. En total se han procesado 568 muestras realizando 1.326 determinaciones

En la sede de Gipuzkoa, se ha llevado a cabo el serotipado de 50 cepas de *Salmonella* aisladas en granjas avícolas por NEIKER, dentro del Plan Interdepartamental de minimización de *Salmonella* que se está realizando en la CAPV.

Dentro del **control y vigilancia sanitaria de mataderos**, se ha llevado a cabo análisis microbiológico de aerobios y enterobacterias de canales (36 muestras con 77 determinaciones) y el control de superficies de matadero (105 muestras con 210 determinaciones)⁷⁹.

Por otra parte, se ha investigado en la sede de Gipuzkoa la **presencia de triquina en 309 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 20.745 bebés recién nacidos en 2006 para la detección precoz de hiperfenilalaninemia e hipotiroidismo congénito⁸⁰. En total se han llevado a cabo 64.868 determinaciones analíticas (Tabla 66).

⁷⁹ El número de muestras y de determinaciones para **detección de microorganismos** del Programa de Vigilancia Sanitaria de Mataderos realizadas en las sedes de Bizkaia y Álava en 2005 han quedado complementadas con las 141 muestras y 287 determinaciones de la sede de Gipuzkoa.

⁸⁰ Las analíticas correspondientes a este programa se han realizado todas en la sede de 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.

Tabla 66. Tipo y número de determinaciones analíticas para detección y seguimiento de metabolopatías en el LSP en la CAPV. 2006

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

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 982 determinaciones sobre un total de 283 muestras (Tabla 67).

Tabla 67 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. 2006

Muestras	Álava		Bizkaia		Gipuzkoa		CAPV	
	Muestras	Determ.	Muestras	Determ.	Muestras	Determ.	Muestras	Determ.
Alimentos	19	33	97	158	55	440	160	372
Clínicas	31	42	37	128	44	181	123	610
Total	50	75	134	286	99	621	283	982

FUENTE: LABORATORIO DE SALUD PÚBLICA

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 7.870 muestras con un total de 155.181 determinaciones. (Tabla 68)⁸¹.

⁸¹ Los apoyos, en concreto, han ido dirigidos a los laboratorios de Osakidetza para determinación de parámetros como metales pesados en fluidos biológicos, cálculos renales, alcohol y drogas de abuso en orina (opiáceos, 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).

Tabla 68. Determinaciones analíticas como apoyo del LSP a otros laboratorios institucionales en la CAPV. 2006

Determinación	Álava	Bizkaia	Gipuzkoa	CAPV
Aguas de diálisis	644	579		1223
Aluminio en suero		357		357
Litio en sangre			253	253
Alcohol en sangre	59	145	30	234
Alcohol en orina			7067	7067
Cálculos renales			78	78
Drogas de abuso en orina		78.822	66.632	145.513
Yodo y creatinina		436		436
Total	703	80.339	74.060	155.161

FUENTE: LABORATORIO DE SALUD PÚBLICA

Se ha llevado a cabo el control analítico de las **aguas de diálisis**⁸². Se han procesado 236 muestras determinándose 1.223 parámetros, 454 de carácter fisicoquímico (con el objetivo de valorar la eficacia del sistema osmosis inversa y la presencia de tóxicos) y 809 de microbiológicos (contaminación bacteriana).

Se ha realizado también la **determinación de metales en fluidos biológicos**: determinación de aluminio en suero en la sede de Bizkaia y de litio en la de Gipuzkoa. Además, en esta última, se han analizado muestras de cálculos renales⁸³.

También se ha efectuado el **Programa de cribado de drogas de abuso en orina**. Se ha trabajado con anfetaminas/MDMA y los resultados de falsos negativos con reactivos de anfetaminas que tienen una reacción cruzada muy baja en drogas de diseño⁸⁴.

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.

Durante el periodo comprendido entre el 26 de abril y el 30 de diciembre se han procesado 303 muestras, realizándose 7.166 determinaciones (Tabla 69).

⁸² 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.

⁸³ Estas analíticas han respondido a demandas provenientes de hospitales y Centros de Salud Mental de Osakidetza.

⁸⁴ A demanda de los centros de salud mental, ambulatorios, e Instituciones públicas.

Tabla 69 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 2006

Procedencia	Nº muestras	%	Nº determinaciones	%
Calidad	125	44	1.167	34
Edar	77	27	571	16
Vertido	80	29	1.749	50
Total	282	100	3.487	100

FUENTE: LABORATORIO DE SALUD PÚBLICA

Participación en Proyectos de Investigación

Asimismo el LSP ha colaborado 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 2006 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*"⁸⁵; para el "*Proyecto Infancia y medio ambiente: INMA*"⁸⁶ 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*"⁸⁷.

⁸⁵ En la última fase del Proyecto se han analizado en la sede de Bizkaia 218 muestras de orina con 436 determinaciones.

⁸⁶ La participación en el proyecto INMA en diferentes cohortes de todo el Estado ha supuesto analizar 740 muestras de orina para determinar 1-hidroxipireno en mujeres embarazadas y descendencia; 1.387 muestras para determinación de yodo y creatinina; y 1.095 muestras y 3.285 determinaciones de hormonas tiroideas en suero (TSH, T3 y T4). En la sede de Álava se han llevado a cabo analíticas de plomo y mercurio, y en la de Bizkaia hormonas tiroideas en suero (TSH, T3 y T4).

⁸⁷ La actividad analítica se ha realizado sobre 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 2006

