

Informe 2008-2012 de Salud Pública



EUSKO JAURLARITZA
GOBIERNO VASCO

OSAKUNTZA
DEPARTAMENTO DE SALUD

ÍNDICE

<u>PRESENTACIÓN</u>	3
<u>INFORMACIÓN POBLACIONAL</u>	5
<u>MORBILIDAD</u>	13
<u>VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA</u>	13
1. <u>ENFERMEDADES DE DECLARACIÓN OBLIGATORIA (EDO)</u>	13
2. <u>MÉDICOS/AS VIGÍA</u>	17
3. <u>VIGILANCIA DE ACCIDENTES EN MAYORES DE 64 AÑOS</u>	24
4. <u>VIGILANCIA MICROBIOLÓGICA</u>	27
5. <u>BROTOS</u>	32
6. <u>VIH Y SIDA</u>	37
<u>PROTECCIÓN DE LA SALUD</u>	39
<u>SALUD AMBIENTAL</u>	39
1. <u>AIRE</u>	39
2. <u>AGUAS DE CONSUMO</u>	42
3. <u>AGUAS DE BAÑO</u>	46
4. <u>PREVENCIÓN Y CONTROL DE LA LEGIONELOSIS</u>	49
5. <u>PRODUCTOS QUÍMICOS</u>	51
6. <u>OTRAS ACTUACIONES</u>	53
<u>SEGURIDAD ALIMENTARIA</u>	56
1. <u>ESTABLECIMIENTOS ALIMENTARIOS</u>	56
2. <u>ESTADO NUTRICIONAL DE YODO</u>	61
3. <u>VIGILANCIA DE LA CALIDAD DE LOS ALIMENTOS</u>	63
A. <u>Seguridad microbiológica</u>	63
B. <u>Seguridad química</u>	67
C. <u>Estudio de dieta total</u>	68
4. <u>MATADEROS</u>	73
5. <u>OTRAS ACTIVIDADES</u>	77
<u>LABORATORIO</u>	80
<u>PROMOCIÓN DE LA SALUD</u>	93
1. <u>SALUD MATERNO INFANTIL</u>	93
2. <u>PROGRAMA DE VACUNACIONES</u>	97
3. <u>PROGRAMAS DE APOYO A SALUD PÚBLICA</u>	99
4. <u>ACTIVIDAD FÍSICA Y PREVENCIÓN DEL SEDENTARISMO</u>	100
5. <u>TABAQUISMO</u>	106
6. <u>EDUCACIÓN PARA LA SALUD</u>	109
7. <u>PREVENCIÓN DEL VIH E INFECCIONES DE TRANSMISIÓN SEXUAL</u>	110
8. <u>PROGRAMA DE ASISTENCIA DENTAL INFANTIL (PADI)</u>	111
9. <u>SALUD EN TODAS LAS POLÍTICAS</u>	112

PRESENTACIÓN

El presente Informe 2008-2012 expone la labor realizada a lo largo de estos años en las distintas Áreas, Servicios y Unidades que componen la estructura de Salud Pública. En algunos casos se trata de intervenciones propias de cada área o sector, en otras son intervenciones conjuntas de varios servicios y unidades, así como intervenciones conjuntas con otros sectores y organismos. El fruto de todo ello es lo que tratamos de reflejar, de una manera sucinta, en este documento.

En este período razones de diversa índole no han permitido elaborar el informe anual de Salud Pública, al estilo de lo que fue en años precedentes. Al hacerlo ahora, nos permite tener la visión del período de 5 años en un solo informe y nos da en un solo documento los patrones y tendencias de este tiempo, que se pueden consultar en una cantidad nada despreciable de gráficos y tablas a lo largo del texto. De cara a los futuros informes de Salud Pública estamos precisamente valorando los pros y los contras de volver al informe anual o establecer nuevos modelos de informe, tanto en su contenido como en su periodicidad y en sus formatos. En cualquier caso, hoy es necesario reflejar de forma clara toda la labor realizada a lo largo de estos años y agradecer a todo el personal de Salud Pública la dedicación y profesionalidad demostradas.

A continuación se apuntan algunos elementos de la labor realizada en estos años. No son todas las intervenciones ni, seguramente, las que más energías han demandado. Se nombran aquí por su carácter de hito o por el cambio de tendencia que han supuesto. Datos pormenorizados de los esfuerzos que supusieron se pueden encontrar en las páginas que vienen a continuación. Aquí sirva sólo de pequeño apunte a resaltar lo siguiente:

- En la temporada 2009-2010 aparece el nuevo virus pandémico de la gripe.
- En 2012 se llega al 98% de la población que recibe agua de calidad satisfactoria en la CAPV.
- En 2012 el plan genérico de autocontrol de hostelería está implantado en el 82% de los establecimientos.
- En 2010 se inicia el plan vasco de actividad física al que se incorporan diversas iniciativas como tipi-tapa, ayudas a entes locales para la promoción de la actividad física.
- En estos años se realiza un esfuerzo de acreditación de procedimientos analíticos y parámetros del Laboratorio de Salud Pública, se introducen técnicas complejas para la detección de nuevos contaminantes y se ha incrementado la actividad analítica de control de legionella, de contaminación atmosférica abiótica y de seguridad química de los alimentos.
- En 2010 se incorpora la fibrosis quística al programa de cribado neonatal, en 2011 la enfermedad de células falciformes.

- En el curso 2007-2008 se incorpora la vacuna frente al virus del papiloma humano en el calendario vacunal y se realiza la encuesta de seroprevalencia en el período 2009-2011.
- En 2008 se comienza el proyecto "Euskadi libre del humo del tabaco": consejo breve y oferta de deshabituación en AP; formación de profesionales; cambios en la ley (2011).
- En 2010 se inician actividades relacionadas con la salud en todas las políticas: talleres para personal de Salud Pública (2010-2011); comunidad de práctica de salud en todas las políticas (2011); curso evaluación del impacto en salud-EIS (2012); creación del Ekitalde "Salud y desarrollo urbano sostenible" (2012); EIS del programa de fluoración de aguas y del puerto de Pasaia (2011).
- El estudio de dieta total continua con la vigilancia de ingestas de metales, compuestos, aditivos y residuos de la dieta; en este período se ha producido un notable descenso de la ingesta de plomo.

El quehacer de la Salud Pública viene reflejado en esta publicación. La referencia a ella y su consulta es habitual en el trabajo cotidiano del personal técnico de Salud Pública. También sabemos que es documento de referencia en otros sectores y organismos. Pero sobre todo nos anima la transparencia y la buena gobernanza como criterios para ponerlo a disposición de todo el público y poder recibir así su valoración y propuestas de mejora.

Miren Dorronsoro Iraeta
Directora de Salud Pública y Adicciones

INFORMACIÓN POBLACIONAL

Según Eustat, datos del padrón, en 2011 la población residente en el País Vasco se sitúa en 2.174.033 personas y se registra un crecimiento vegetativo moderado de 1.908 personas (Tabla 1).

Tabla 1. Nacidos vivos y tasa de natalidad por 1.000 habitantes por Territorio Histórico. 2006-2011

	C.A. de Euskadi		Araba / Alava		Bizkaia		Gipuzkoa	
	Nacidos	Tasa	Nacidos	Tasa	Nacidos	Tasa	Nacidos	Tasa
2006	20.043	9,4	2.918	9,6	10.087	8,9	7.038	10,2
2007	20.596	9,6	3.027	9,8	10.416	9,1	7.153	10,4
2008	21.315	9,9	3.209	10,3	10.861	9,5	7.245	10,4
2009	20.928	9,7	3.224	10,2	10.540	9,2	7.164	10,2
2010	21.159	9,7	3.346	10,5	10.598	9,2	7.215	10,3
2011	21.180	9,7	3.429	10,6	10.687	9,2	7.064	10,0

Fuente: EUSTAT. Estadística de Nacimientos de la C. A. de Euskadi. Tasas provisionales

La C.A. de Euskadi cuenta en 2011 con un 19,5% de población de 65 y más años, superando en más de 2 puntos porcentuales a la población de 65 y más años de España y situándose además entre los países de la UE- 27 con población más envejecida.

Por lo que respecta a las migraciones, la principal causa del aumento de la población a partir del año 2000 fue la llegada de población extranjera, alcanzando su cima en el año 2007 con más de 17.000 personas y siendo menos de 15.000 en 2011. En enero de 2011 la población extranjera en Euskadi era de 176.049 personas, siendo el 8,1% de la población total.

Según Eustat, en el año 2012 la tasa de paro en Euskadi es del 12,1% (11,7% en las mujeres y el 12,5% en los hombres). Destaca de manera significativa la tasa de paro en el colectivo de 16-24 años (32,7%), frente al grupo de 25-44 años (13,2%) y al grupo de 45 años y más (8,5%).

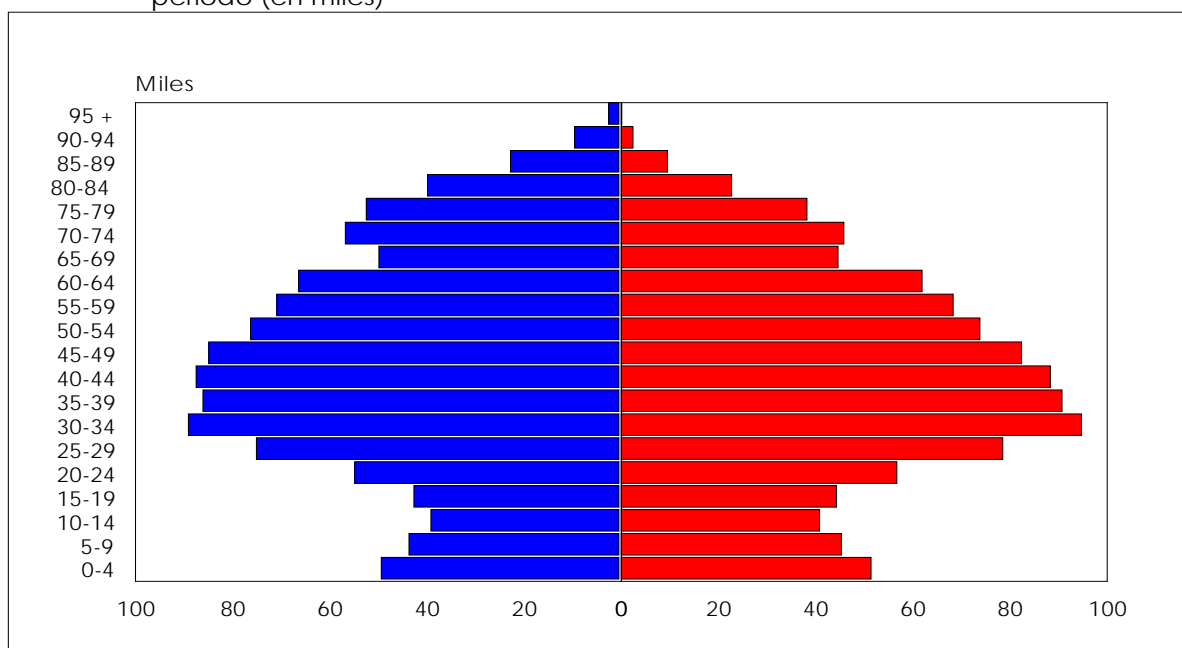
Según el II Plan Interinstitucional de Inclusión Social 2007-2009, unas 110.000 personas en Euskadi padecen una situación de pobreza, de las cuales el 40% son inmigrantes.

En Euskadi, el salario bruto anual por trabajador en el año 2010, según el INE, es el más alto del Estado y asciende a 26.593,70 euros, produciéndose una brecha salarial entre hombres (29.708,66 euros) y mujeres (22.706,10 euros).

Previsiones de evolución demográfica

El análisis de la evolución demográfica por grandes grupos de edad prevé un crecimiento de la población de Euskadi en las edades comprendidas entre 5 y 19 años hasta el año 2020 en relación con los residentes en 2006. La población de 65 y más años mantendrá la tendencia de crecimiento sostenido al pasar de casi 400.000 personas a más de medio millón entre 2006 y 2020 (Figura 1).

Figura 1. Proyección demográfica en Euskadi 2007-2020 por grupo de edad cumplida y periodo (en miles)



Fuente: Eustat. Datos de proyección de población.

La relación de dependencia demográfica era de 47 dependientes por 100 activos potenciales en el año 2006, mientras que en el año 2020 se situará en 59 dependientes por cada 100 personas de 16 a 64 años. La mayor parte de su incremento se deberá al aumento de la relación de dependencia de las personas mayores, que pasará de 27 a 36 por cada 100 personas en edad laboral, es decir aquella que tiene una mayor repercusión sobre el nivel y la estructura del gasto público. Estas previsiones se asocian a un aumento de demanda y gasto sanitario para los próximos años, aumentando la tensión en el sistema sanitario.

En cuanto a la población anciana, el incremento de sus efectivos se producirá en un contexto de clara intensificación del "sobreenvejecimiento", produciéndose una "eclosión" de la población nonagenaria y centenaria. Entre 2006 y 2020 la población de 65 a 74 años tendrá un crecimiento relativo del 22% y la de 75 a 84 años del 10%, mientras que los efectivos de 85 a 94 años se duplicarán y los mayores de 95 años crecerán un 155%. En términos absolutos, la población de 90 y más años, que se situaba en torno a los 15.000 habitantes en el año 2006, superará la cifra de los 36.000 en 2020 (Figura 1).

En el año 2006 por cada 100 mujeres de 90 y más años que residían en la C.A. de Euskadi había tan sólo 24 hombres. En el año 2020 esa relación alcanzará los 41 hombres, por lo que aún persistirá una elevada "feminización".

Según el "Informe de impacto económico y social en la CAPV de la evolución demográfica prevista" del Consejo Económico Social (CES), suponiendo que la proporción de hogares unipersonales aumente hasta un 25% en 2020 (21,5% en 2006) y que la mitad de los mismos sean personas de más de 64 años (igual que en 2006), la cifra de personas mayores viviendo solas en la CAPV aumentaría hasta más de 110.000 personas (30.000 más que en la actualidad). Adicionalmente, si la proporción de parejas de más de 64 años que viven solas se mantiene como en

2006 (9% del total), en 2020 habría casi 80.000 de este tipo de hogares (10.000 más que en la actualidad).

Dicho informe concluye que está surgiendo el concepto de longevidad saludable, ya mencionado, que requiere una acción preventiva integral y compartida por la sociedad en su conjunto (agentes educativos, sanitarios, sociales, laborales, etc.) y un comportamiento más activo y responsable de la propia ciudadanía. Se recomienda liderar un nuevo enfoque preventivo e integral para una vivencia en condiciones de la vejez, debiendo considerarse objeto de atención:

- las condiciones económicas (lucha contra la pobreza)
- las condiciones del propio hogar en cuanto entorno accesible, de calidad y seguro
- los servicios que faciliten la vida a las personas mayores, muchas de las cuales vivirán solas o con otra persona también mayor (domésticos, acompañamiento,...)
- el conocimiento y manejo de las nuevas tecnologías
- las relaciones sociales;
- los hábitos saludables

Finalmente, también según este informe, la mala salud es la primera causa para una jubilación anticipada y la salud aparece como un elemento necesario para el alargamiento de la vida laboral.

Durante el año 2011 se han producido 19.832 defunciones entre las personas residentes en la CAPV, 9.536 (48%) mujeres y 10.296 (52%) hombres.

La tasa bruta de mortalidad es de 912 por 100.000 habitantes, 857 para las mujeres y 970 para los hombres. La tasa de mortalidad ajustada por edad a la población europea estándar, es de 466 por 100.000 habitantes, 335 para las mujeres y 636 para los hombres (Tabla 2).

Tabla 2. Número de defunciones, frecuencias relativas y tasas de mortalidad por grupos de causas y sexo. CAPV, 2011

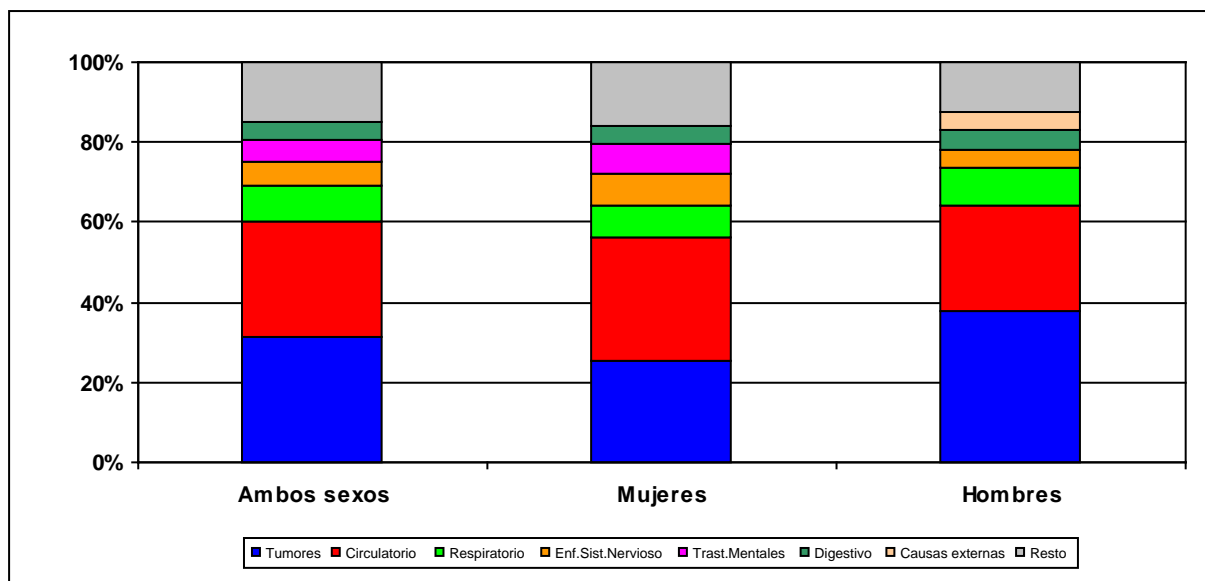
Causas	Mujeres			Hombres			Ambos sexos		
	Nº	%	Tasa*	Nº	%	Tasa*	Nº	%	Tasa*
Enf.Infecciosas y parasit.	183	1,9	7,1	146	1,4	9,5	329	1,7	8,2
Tumores	2.415	25,3	112,7	3.846	37,4	248,3	6.261	31,6	171,2
Enf.sangre y trast.inmunidad	31	0,3	1,0	31	0,3	1,9	62	0,3	1,4
Enf.endocrinas	359	3,8	11,2	252	2,4	15,0	611	3,1	12,9
Trastornos mentales	707	7,4	18,8	386	3,8	21,1	1.093	5,5	19,9
Enf.sistema nervioso	737	7,7	23,6	473	4,6	27,5	1.210	6,1	25,7
Enf. del ojo	0	-	-	0		0,0	0	0,0	0,0
Enf. del oído	0	-	-	0		0,0	0	0,0	0,0
Enf.sistema circulatorio	2.956	31,0	86,2	2.699	26,2	159,8	5.655	28,5	119,2
Enf.sistema respiratorio	766	8,0	23,1	992	9,6	56,1	1.758	8,9	35,4
Enf.sistema digestivo	443	4,7	15,3	503	4,9	31,9	946	4,8	22,7

Enf.piel y tej.subcutáneo	30	0,3	0,9	21	0,2	1,2	51	0,3	1,0
Enf.sist.osteomuscular y tej.conj.	139	1,5	4,2	72	0,7	4,1	211	1,1	4,2
Enf. Sist.genitourinario	184	1,9	5,4	209	2,0	11,7	393	2,0	7,6
Complicac.embarazo,parto	0		0,0	0		0,0	0	0,0	0,0
Afecciones perinatales	25	0,3	3,9	7	0,1	1,1	32	0,2	2,5
Malformaciones congénitas	18	0,2	1,7	27	0,3	2,7	45	0,2	2,2
Causas mal definidas	307	3,2	8,8	185	1,8	11,0	492	2,5	9,9
Causas externas	236	2,5	11,2	447	4,3	33,3	683	3,4	21,8
Total	9.536	100	335,1	10.296	100	636,0	19.832	100	465,5

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

Los tumores son la primera causa de muerte entre la población de la CAPV en el 2011, con un 32% del total de fallecimientos, en segundo lugar se encuentran las enfermedades del sistema circulatorio con un 29%. En orden de frecuencia le siguen las enfermedades del sistema respiratorio 9%, las enfermedades del sistema nervioso y los trastornos mentales ambas con un 6% y las enfermedades del sistema digestivo con un 5% (Figura 2).

Figura 2. Mortalidad por causas según sexo. CAPV, 2011



Fuente: Registro de Mortalidad. Dirección de Gestión del Conocimiento y Evaluación. Departamento de Salud

Por sexos la distribución es la siguiente: en las mujeres la primera causa de muerte son las enfermedades del sistema circulatorio con un 31%, seguidas de los tumores, 25%, a continuación con un 8% se encuentran las enfermedades del sistema respiratorio y las enfermedades del sistema nervioso, con un 7% los trastornos mentales, y con un 5% las enfermedades del sistema digestivo. En los hombres la primera causa de muerte son los tumores con un 37%, seguidos de las enfermedades del sistema circulatorio con un 26%, a continuación se encuentran las enfermedades del sistema respiratorio 10%, enfermedades del sistema digestivo y las enfermedades del sistema nervioso con un 5% y causas externas con un 4% (Tabla 3).

Tabla 3. Principales causas de muerte por grupos de edad y sexo. CAPV, 2011.

	Mujeres			Hombres		
	Causas	Nº	Tasa*	Causas	Nº	Tasa*
0-14	Afecciones perinatales	24	16,8	Tumores	12	8,0
	Malformaciones congénitas	8	5,6	Malformaciones congénitas	9	6,0
	Enf.sistema nervioso	5	3,5	Afecciones perinatales	7	4,7
	Causas externas	3	2,1	Causas externas	5	3,3
	Tumores	2	1,4	Enf.sistema nervioso	4	2,7
15-34	Tumores	20	8,4	Causas externas	57	22,7
	Causas externas	12	5,0	Tumores	23	9,1
	Enf.sistema circulatorio	10	4,2	Enf.sistema circulatorio	12	4,8
	Enf.sistema respiratorio	4	1,7	Malformaciones congénitas	4	1,6
	Enf.sistema nervioso	3	1,3	Enf.sistema nervioso	2	0,8
35-64	Tumores	590	121,9	Tumores	1.020	211,6
	Enf.sistema circulatorio	89	18,4	Enf.sistema circulatorio	416	86,3
	Causas externas	53	11,0	Causas externas	182	37,8
	Enf.sistema digestivo	50	10,3	Enf.sistema digestivo	133	27,6
	Enf.sistema nervioso	35	7,2	Enf.sistema respiratorio	71	14,7
65 y +	Enf.sistema circulatorio	2.857	1.157,5	Tumores	2.791	1.572,6
	Tumores	1.803	730,5	Enf.sistema circulatorio	2.270	1.279,1
	Enf.sistema respiratorio	727	294,5	Enf.sistema respiratorio	918	517,3
	Trastornos mentales	697	282,4	Enf.sistema nervioso	414	233,3
	Enf.sistema nervioso	694	281,2	Trastornos mentales	377	212,4

* x 100.000 habitantes.

Fuente: Registro de Mortalidad. Dirección de Gestión del Conocimiento y Evaluación. Departamento de Salud

Por grupos de edad, de 0 a 14 años las afecciones perinatales (34%) y las malformaciones congénitas (19%) son las causas más frecuentes, los tumores (15%) ocupan el tercer lugar, seguidos de las enfermedades del sistema nervioso (10%) y las causas externas (9%).

De 15 a 34 años, las causas externas son responsables del 44% de las muertes, seguidas de los tumores (27%), las enfermedades del sistema circulatorio (14%), las enfermedades del aparato respiratorio, del sistema nervioso con un 3%.

De 35 a 64 años el 55% de las muertes son debidas a los tumores, seguidos de las enfermedades del sistema circulatorio (17%), causas externas (8%), enfermedades del sistema digestivo (6%) y enfermedades del sistema respiratorio (4%).

En los mayores de 64 años las enfermedades del sistema circulatorio ocupan el primer puesto (31%) seguidas de los tumores (28%), enfermedades del sistema respiratorio (10%), las enfermedades del sistema nervioso y los trastornos mentales con un 7%.

El número de muertes y las tasas por sexos aparece en la Tabla 4.

Tabla 4. Principales causas por sexo. CAPV, 2011

Mujeres			Hombres		
Causas	Nº	Tasa*	Causas	Nº	Tasa*
Enf. cerebro-vascular	793	24,2	T.M. traquea bronquios y pulmón	913	61,3
Trast. orgánicos senil y presenil	690	18,0	Cardiopatía isquémica	859	53,6
Cardiopatía isquémica	564	17,1	Enf. cerebro-vascular	658	37,4
Enf. de Alzheimer	477	12,6	EPOC y enf. afines	504	28,0
Insuficiencia cardíaca	443	11,6	T.M. colon	381	22,8
Enf.hipertensiva	399	10,2	Trast. orgánicos senil y presenil	370	20,1
T.M. mama	347	18,1	T.M. próstata	366	20,7
Diabetes Mellitus	273	7,9	Enf.hipertensiva	222	12,5
T.M. colon	251	10,5	Insuficiencia cardíaca	215	12,3
T.M. traquea bronquios y pulmón	247	15,4	T.M.estómago	214	13,4

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

Fuente: Registro de Mortalidad. Dirección de Gestión del Conocimiento y Evaluación. Departamento de Salud

Analizando la mortalidad por causas específicas, se puede observar que en las mujeres la primera causa con un 8% del total de muertes es la enfermedad cerebrovascular con una tasa bruta de 71,3 muertes por 100.000 habitantes, en segundo lugar con un 7% los trastornos mentales orgánicos senil y presenil con una tasa de 62,0, en tercer lugar la cardiopatía isquémica con un 6% y una tasa de 50,7 por 100.000 habitantes. A continuación con un 5% se encuentran la enfermedad de Alzheimer con una tasa de 42,9, y la insuficiencia cardiaca con una tasa de 38,9, y con un 4% las enfermedades hipertensivas y el tumor maligno de mama, siendo sus tasas respectivas, 35,9 y 31,2 por 100.000 habitantes.

En los hombres la primera causa de muerte, con un 9% del total es el tumor maligno de tráquea, bronquios y pulmón, con una tasa bruta de 86,0 por 100.000 habitantes, en segundo lugar con un 8% la cardiopatía isquémica, con una tasa bruta de 80,9 por 100.000 habitantes, seguidas con un 6% de las enfermedades cerebrovasculares, con una tasa de 62,0 y de la EPOC que representa el 5% del total de muertes y una tasa de 47,5 por 100.000. A continuación con un 4% el tumor maligno de colon, los trastornos mentales seniles y preseniles y el tumor maligno de próstata, siendo sus tasas respectivas de 35,9, 34,9 y 34,5 por 100.000 habitantes.

Las tasas ajustadas por edad a la población europea estándar se presentan en la Tabla 5.

Para valorar el impacto de la mortalidad prematura, se han calculado los Años Potenciales de Vida Perdidos (APVP). Analizando por grandes grupos de causas, en ambos sexos, los tumores con un 47%, las enfermedades del sistema circulatorio con un 16%, las causas externas con un 15%, las enfermedades del sistema digestivo con un 5%, a continuación las enfermedades del sistema respiratorio con un 4%, las enfermedades del sistema nervioso y la enfermedades infecciosas y parasitarias con un 3%, han sido en el año 2011 las causas de muerte que más años potenciales de vida han hecho perder.

Tabla 5. Años Potenciales de Vida Perdidos (APVP) por causas y sexo. CAPV, 2011

Mujeres			Hombres		
Causas	Nº	Tasa*	Causas	Nº	Tasa*
T.M. mama	2.238	1,98	T.M. traquea bronquios y pulmón	4.330	3,94
T.M. traquea bronquios y pulmón	2.050	1,82	Cardiopatía isquémica	3.413	3,13
Suicidio y autolesiones	848	0,86	Suicidio y autolesiones	2.138	2,18
T.M. ovario	708	0,64	Cirrosis y enf. crónicas hígado	1.580	1,43
Enf. cerebro-vascular	695	0,64	Accidentes tráfico vehic.motor	1.445	1,61
T.M. colon	608	0,53	T.M. encéfalo	1.139	1,37
Cirrosis y enf. crónicas hígado	488	0,43	Enf. cerebro-vascular	1.103	1,00
T.M. encéfalo	470	0,42	T.M. colon	1.050	0,94
T.M. tej.linfatico, excepto leucemia	463	0,49	Envenenamiento por psicofármacos y drogas	1.038	0,95
T.M. estómago	443	0,39	T.M. labio cav. bucal y faringe	1.035	0,96

* x 1.000 ajustadas por edad a la población europea estándar.

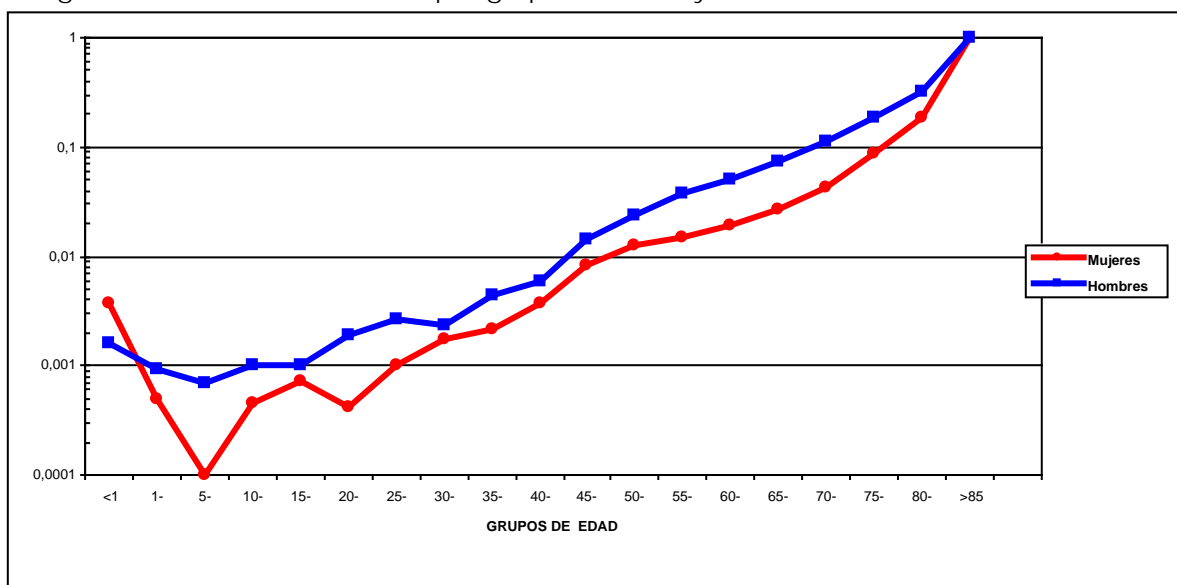
Fuente: Registro de Mortalidad. Dirección de Gestión del Conocimiento y Evaluación. Departamento de Salud.

Las causas específicas que han generado mayor pérdida de años potenciales de vida en las mujeres son, con un 12% el tumor maligno de mama, le siguen en orden de frecuencia, el tumor maligno de tráquea bronquios y pulmón con un 11%, con un 5% los suicidios y autolesiones, con un 4% el tumor maligno de ovario y las enfermedades cerebrovasculares, y con un 3% el resto de las causas. En hombres la mayor mortalidad prematura con un 12% se debe al tumor maligno de traquea bronquios y pulmón, con un 9% la cardiopatía isquémica, a continuación con un 6% los suicidios y autolesiones, con un 4% la cirrosis y enfermedades crónicas del hígado y los accidentes de tráfico de vehículos a motor, y con un 3% el resto de las causas.

Durante el año 2011 se han producido 56 defunciones entre los residentes en la CAPV menores de un año, lo que supone una tasa de mortalidad infantil de 2,6 por 1.000 nacidos vivos. La mortalidad perinatal, nacidos muertos con 22 o más semanas de gestación más los fallecidos en la primera semana de vida, es de 99 casos y una tasa de 4,7 por 1.000 nacidos totales.

La esperanza de vida al nacimiento, o vida media, en la CAPV en el año 2011 es de 86,1 años en mujeres y de 79,3 años en hombres. La probabilidad de morir es mayor en los hombres en todos los grupos de edad excepto en los menores de 1 año (Figura 3).

Figura 3. Probabilidad de morir por grupo de edad y sexo. CAPV, 2011.



Fuente: Registro de Mortalidad. Dirección de Planificación, Ordenación y Evaluación Sanitaria. Departamento de Salud

Por Territorio Histórico, todas las causas y ambos sexos, Araba presenta una mortalidad inferior al conjunto de la CAPV, por sexos, solo las mujeres alavesas tienen una mortalidad inferior al conjunto de la CAV. (Tabla 6).

Tabla 6. Razón de mortalidad estandarizada (RME) por sexo, territorio histórico. CAPV, 2011

	Mujeres		Hombres		Ambos sexos	
	RME	IC 95%	RME	IC 95%	RME	IC 95%
Territorio Histórico						
Álava	93,17	(87,8 – 98,6)	95,31	(90,3 - 100,3)	95,42	(91,7 - 99,1)
Bizkaia	102,22	(99,5 – 105,0)	102,06	(99,4 - 104,7)	101,87	(100,0 - 103,8)
Gipuzkoa	98,96	(95,5 - 102,5)	98,59	(95,2 - 102,0)	98,72	(96,3 – 101,2)

Fuente: Registro de Mortalidad. Dirección de Gestión del Conocimiento y Evaluación. Departamento de Salud.

Se puede acceder a más información sobre datos de mortalidad en la CAPV en los siguientes enlaces:

http://www.osakidetza.euskadi.net/r85-pkpubl01/es/contenidos/informacion/publicaciones_informes_estudio/es_pub/r01hRedirectCont/contenidos/informacion/estado_salud/es_5463/mortalidad_c.html

http://www.osakidetza.euskadi.net/r85-pkpubl01/es/contenidos/informacion/desgeo/es_desgeo/index.html

MORBILIDAD

SISTEMAS DE VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA¹

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 y en referencia a las enfermedades transmisibles, 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 Brotes².

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, como la edad o los condicionantes de riesgo. En la tabla 7 se presentan los casos del año 2008-2012, tasas e índices epidémicos. En la tabla 8 los casos y tasas del período 2012.

Disentería por Shigella: De los 144 casos registrados en el año 2012, 123 se asocian con un brote de transmisión persona a persona en una localidad de Gipuzkoa. Del resto destacan 11 casos cuyo factor de riesgo es el desplazamiento a zona endémica.

Fiebre tifo-paratífica: de los 7 casos notificados en 2012, 2 se relacionaron con tenencia de tortugas y en el resto constaba el antecedente de desplazamiento a otros lugares.

Parotiditis: incidencia elevada, sobre todo en pacientes menores de 20 años y particularmente a partir de 9 años. La máxima incidencia se registró en las primeras semanas de 2012 (Figura 4). La tasa más alta se registró en el grupo de 15-19 años. En otras CC.AA. del Estado también se ha observado un aumento de casos. A pesar de la alta cobertura vacunal con vacuna triple vírica (sarampión, rubéola y parotiditis), se observan brotes periódicos, más o menos cada 5 años.

¹ 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.

² 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.

Figura 4. EDO: Evolución de los casos de parotiditis en la CAPV. 2006-2012

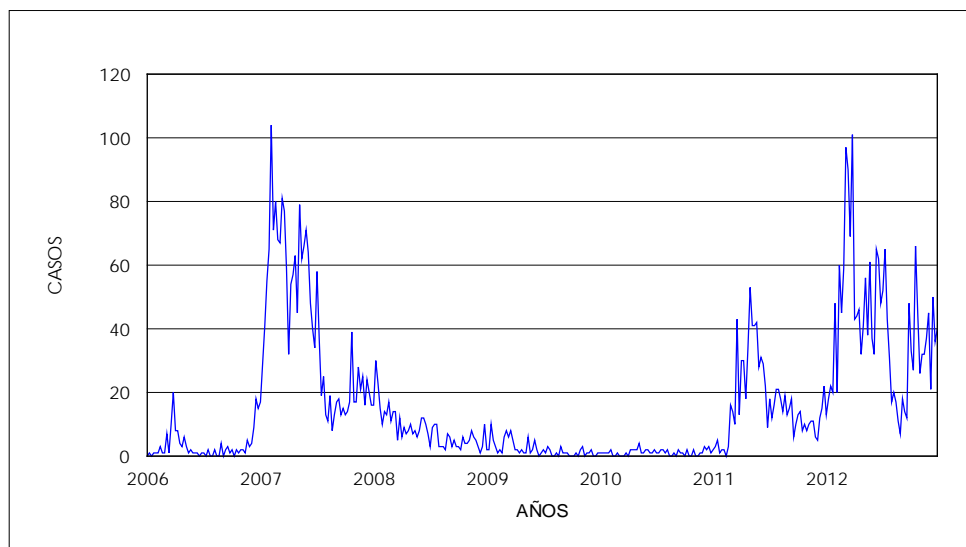


Tabla 7. Casos y tasas de enfermedades de declaración obligatoria (EDO) en la CAPV. 2008-2012

ENFERMEDADES	2008		2009		2010		2011		2012	
	Casos	Tasas X100.000	Casos	Tasas X100.000	Casos	Tasas X100.000	Casos	Tasas X100.000	Casos	Tasas X100.000
Botulismo	0	0	0	0	0	0	0	0	3	0,14
Brucelosis	3	0,14	2	0,09	0	0,00	1	0,05	1	0,05
Cólera	0	0,00	0	0,00	0	0,00	1	0,05	0	0
Disentería	31	1,46	18	0,85	22	1,01	18	0,83	144	6,62
Fiebre tifo-paratífica	4	0,19	3	0,14	2	0,09	15	0,69	7	0,32
Gripe	54.065	2.539,05	58.462	2.745,55	8.720	402,02	24.359	1.120,45	24.168	1.111,67
Hepatitis A	52	2,44	170	7,98	49	2,26	31	1,43	35	1,61
Hepatitis B	45	2,11	29	1,36	35	1,61	23	1,06	20	0,92
Hepatitis C	15	0,70	6	0,28	8	0,37	11	0,51	7	0,32
Hepatitis, otras	0	0,00	1	0,05	0	0,00	1	0,05	0	0
Infección gonocócica	105	4,93	95	4,46	114	5,26	133	6,12	87	4,00
Infección meningocócica	71	3,33	67	3,15	32	1,48	34	1,56	40	1,84
Legionelosis	97	4,56	111	5,21	106	4,89	103	4,74	79	3,63
Lepra	1	0,05	1	0,05	1	0,05	2	0,09	4	0,18
Paludismo	26	1,22	31	1,46	24	1,11	36	1,66	30	1,38
Parotiditis	431	20,24	111	5,21	60	2,77	868	39,93	2.112	97,15
Rubéola	0	0,00	1	0,05	0	0,00	0	0,00	1	0,05
Rubéola congénita	0	0,00	1	0,05	0	0,00	0	0,00	0	0
Sarampión	0	0,00	1	0,05	1	0,05	37	1,70	4	0,18
Sífilis	97	4,56	112	5,26	107	4,93	114	5,24	96	4,42
Tétanos	2	0,09	2	0,09	2	0,09	2	0,09	2	0,09
Tos ferina	41	1,93	16	0,75	4	0,18	179	8,23	354	16,28
Triquinosis	40	1,88	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0
Tuberculosis	406	19,07	402	18,88	389	17,93	395	18,17	346	15,92
Tuberculosis meníngea	10	0,47	1	0,05	7	0,32	4	0,18	5	0,23
Varicela	7.761	364,48	9.717	456,34	8.665	399,49	6.679	307,22	8.685	399,49

Tos ferina: en los 2 últimos años (2011 y 2012) se han multiplicado los casos de tos ferina. La máxima incidencia se registró a mediados de 2012. Los casos se concentran fundamentalmente en los 5 primeros años de vida, sobre todo en pacientes de 1 año. (Figura 5).

Figura 5. EDO: Evolución de los casos de tos ferina en la CAPV. 1990-2012

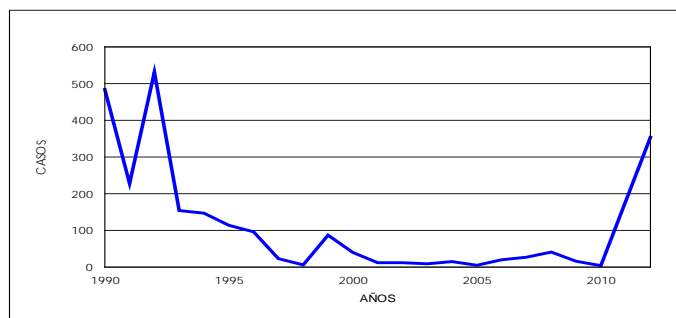


Tabla 8. Enfermedades de Declaración Obligatoria (EDO) por Territorio Histórico en la CAPV. 2012

Enfermedades	Álava	Bizkaia	Gipuzkoa	CAPV 2012	CAPV 2012	CAPV 2012	CAPV 2012
	Casos	Casos	Casos	Casos	Tasas x 10 ⁵	IE 1 ⁽¹⁾	IE 2 ⁽²⁾
Botulismo	0	3	0	3	0,14	0,00	0,00
Disentería	1	12	131	144	6,62	8,00	6,55
Fiebre tifo-paratífica	0	5	2	7	0,32	0,47	1,75
Enfermedad meningocócica	2	22	16	40	1,84	1,18	0,60
Gripe	3.076	10.004	11.088	24.168	1.111,67	0,99	0,76
Legionelosis	4	41	34	79	3,63	0,77	0,77
Meningitis tuberculosa	0	4	1	5	0,23	1,25	0,83
Tuberculosis	37	187	122	346	15,92	0,88	0,86
Varicela	1.400	3.194	4.091	8.685	399,49	1,30	1,00
Infección gonocócica	1	77	9	87	4,00	0,65	0,81
Sífilis	15	59	22	96	4,42	0,84	0,90
Parotiditis	202	472	1.438	2.112	97,15	2,43	4,90
Rubéola	0	0	1	1	0,05	0,00	0,00
Sarampión	0	2	2	4	0,18	0,11	4,00
Tétanos	1	1	0	2	0,09	1,00	1,00
Tos ferina	15	110	229	354	16,28	1,98	13,11
Hepatitis A	2	31	2	35	1,61	1,13	0,71
Hepatitis B	3	12	5	20	0,92	0,87	0,59
Hepatitis C	5	0	2	7	0,32	0,64	0,88
Brucelosis	0	1	0	1	0,05	1,00	1,00
Paludismo	9	15	6	30	1,38	0,83	1,15
Lepra	1	2	1	4	0,18	2,00	4,00

(1) El Índice Epidémico 1 (IE 1) es una razón que se obtiene dividiendo los casos registrados en 2012 por los casos de 2011 para cada enfermedad.

(2) El Índice Epidémico 2 (IE 2) es la razón obtenida al dividir los casos registrados en 2012 por la mediana de los casos del quinquenio anterior (2007-11).

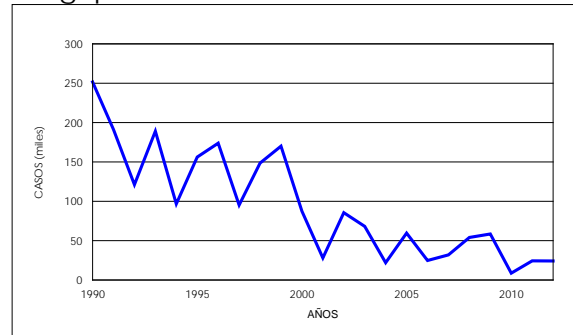
Sarampión: desde 2009 se ha registrado todos los años algún caso de sarampión, después de un período de 6 años en que no se había registrado ninguno. En 2011 se notificaron 37 casos, de los que solamente en el 10% constaba vacunación completa frente a sarampión. Las edades de los casos estaban comprendidas entre menores de 1 año hasta 39. El pasado año solo se registraron 4 casos (Figura 6).

El número de casos de **gripe** de 2012 fue similar al de 2011 (Figura 7). Destaca en el periodo de los últimos 5 años la pandemia de gripe que tuvo lugar en 2009.

Figura 6. EDO: Casos de sarampión en la CAPV. 2009-2012.



Figura 7. EDO: Evolución de los casos de gripe en la CAPV. 1990-2012.



Enfermedad meningocócica: el 61% de los casos registrados en el período 2008-2012 corresponden al serogrupo B. Solamente el 5% corresponden al serogrupo C. En 2012 no se registró ningún caso de este serogrupo, confirmándose así la disminución de la incidencia desde que se incluyó la vacuna frente al meningococo C en calendario vacunal infantil (Figura 8).

La incidencia de la **tuberculosis** en 2012 ha descendido un 12% respecto a 2011 registrando la tasa más baja del período analizado. (Figura 9).

Figura 8. EDO: Evolución de los casos de enfermedad meningocócica en la CAPV. 1990-2012.

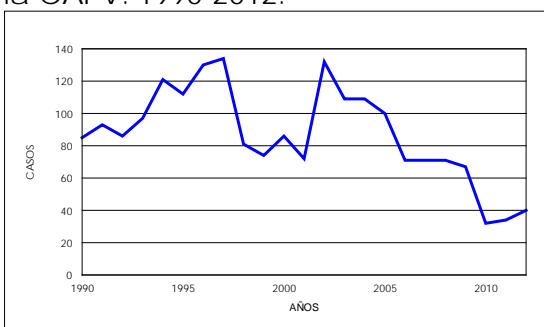
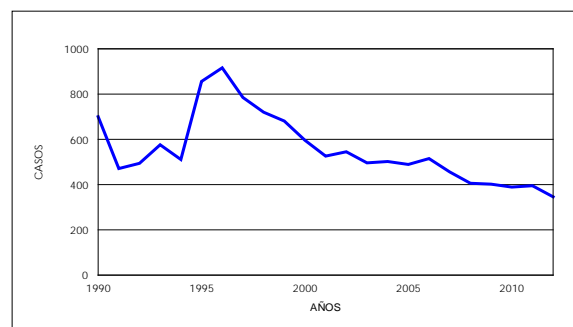


Figura 9. EDO: Evolución de los casos de tuberculosis en la CAPV. 1990-2012.



La **legionelosis** ha descendido un 23% respecto al año anterior.

Se han detectado 30 casos de **paludismo** importados de países de alta endemia, todos del continente africano.

La incidencia de **hepatitis A** ha sido similar a la de 2011 y casi un 30% inferior a la mediana del periodo 2007-2011. Puede señalarse en este último año que el 46% de los casos se asocian con un brote registrado en una localidad de Bizkaia y el 23% con desplazamiento a zona endémica.

2. MÉDICOS VIGÍA

RED VIGÍA DE LA CAPV

Una red vigía o centinela es un instrumento de investigación epidemiológica orientado a mejorar el conocimiento de las enfermedades en la atención primaria. También aportan información útil para la evaluación de la demanda sanitaria, la actividad asistencial o sobre aspectos sociales, las enfermedades o procesos a estudio abarcan enfermedades infecciosas o patologías de tipo crónico. La información obtenida es rápida y de calidad, lo que permite una buena monitorización de los procesos a investigar.

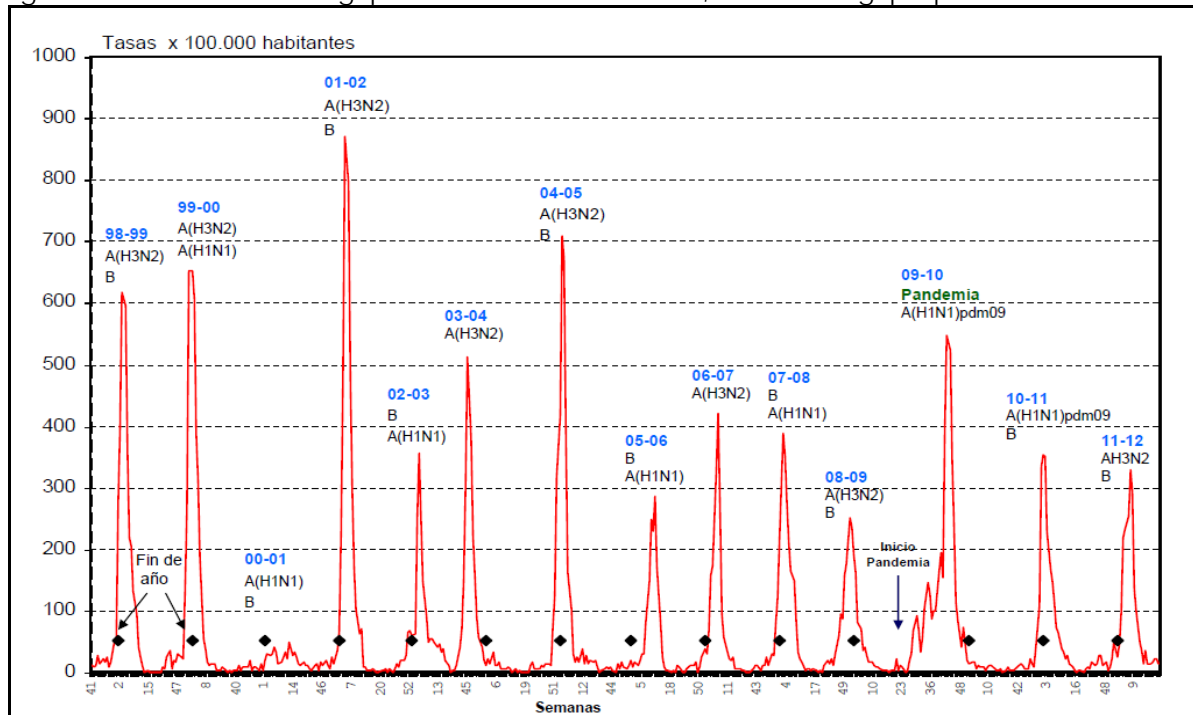
Vigilancia de la gripe

Desde 1998 la red vigía de gripe de Euskadi monitoriza esta enfermedad entre los meses de octubre y mayo. Cada temporada el virus gripal predominante se ha ido alternando hasta que en la temporada 2009-2010 se produjo un cambio relevante, con la aparición del nuevo virus A(H1N1)pdm09 de tipo pandémico.

El 25 de abril de 2009, todavía en fase 3 de alerta pandémica según la OMS, ingresó en el Hospital de Cruces el primer caso sospechoso de gripe pandémica de Euskadi. A partir de aquí se activaron diferentes planes y protocolos de actuación frente a la pandemia. La red vigía de la CAPV tuvo un papel esencial y destacado en su vigilancia y monitorización.

Para una mejor vigilancia de la pandemia se decidió que el período de vigilancia abarcara sin interrupciones desde semana 20 de 2009 a la semana 20 de 2010. Por lo tanto, es difícil hacer una comparación exacta entre esta temporada y el resto.

Figura 10. Evolución de la gripe estacional desde 1998, incluida la gripe pandémica de 2009.



Como puede observarse en la figura 10, la onda epidémica de la temporada pandémica 2009-2010 fue muy precoz, tuvo varios dientes de sierra en los meses de verano y otoño, se extendió durante más semanas y su pico máximo y descenso ocurrieron antes del fin del año 2009. Esta última circunstancia en nuestra serie sólo se había producido anteriormente en la temporada estacional 2003-2004.

La temporada pandémica de 2009 registró 1.874 casos clínicos de síndrome gripal en la red vigía, con una tasa acumulada de 4.418 casos por 100.000 habitantes para todo el periodo vigilado. Dicha incidencia ha sido la mayor registrada en todo el histórico de la red vigía de gripe de la CAPV.

Las tasas de ataque más altas se produjeron en la población más joven, debido a una mayor susceptibilidad frente al virus. El grupo de edad de 5 a 14 años fue el más afectado y donde se alcanzaron tasas acumuladas superiores a 40.000 casos por 100.000 hab., seguido del grupo de 0 a 4 años.

Respecto a los datos virológicos, el 98,89% de los aislamientos tipados correspondieron a la nueva cepa A/California/07/2009(nH1N1).

Temporada gripal 2011-2012

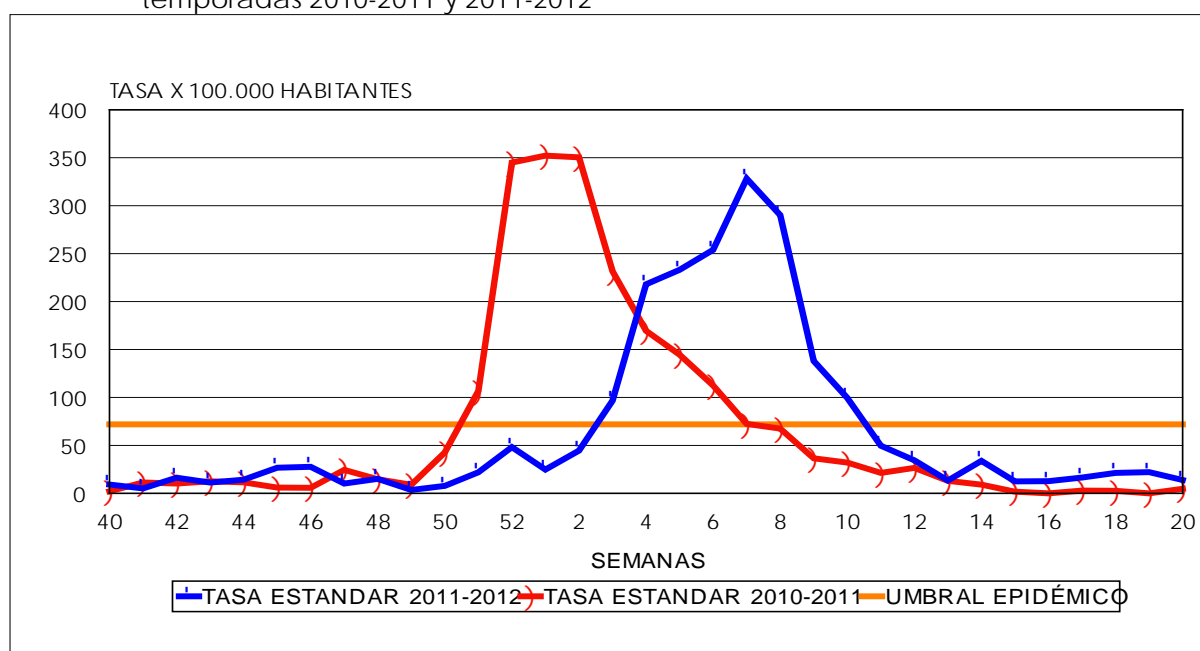
La vigilancia de la última temporada completa de gripe estacional se extendió desde la semana 40 del año 2011 (2 al 8 de octubre) hasta la semana 20 de 2012 (14 al 20 de mayo). La población estudiada, utilizada como denominador y representativa de la CAPV, la componían un total de 65.159 personas (suma de los cupos de los médicos declarantes). Esto supone el 3,06% de la población vasca.

En dicho período, la red vigía ha registrado 1.345 casos clínicos de síndrome gripal, lo que corresponde con una tasa acumulada de 2.373 casos por 100.000

habitantes. Esto supone una incidencia ligeramente superior a la registrada en la temporada anterior 2010-2011 (2.240 x 100 mil hab.).

La evolución de la incidencia de la gripe se mantuvo baja hasta la semana 3/2012 (16-22 de enero) en la que superó el umbral basal de la temporada situado en 71,95 casos por 100.000 hab. (Figura 11). A partir de la semana 3 se inicia ascenso hasta la semana 7 (13 al 19 de febrero), donde se alcanza la incidencia máxima de 328,2 casos x 100 mil. Posteriormente se produce un descenso rápido hasta la semana 11 (12-18 de marzo) donde la incidencia registrada desciende de nuevo por debajo del umbral epidémico con 49,6 casos x 100 mil (Figura 11).

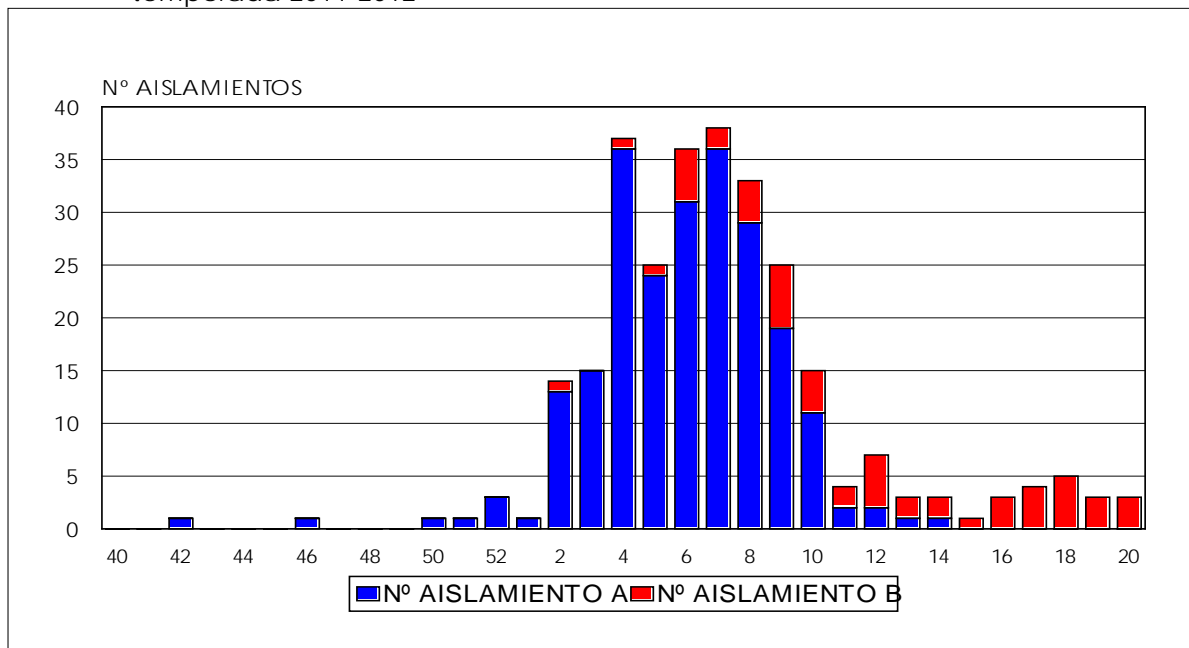
Figura 11. Comparativa de la incidencia semanal de gripe en la CAPV en las temporadas 2010-2011 y 2011-2012



Se remitieron al laboratorio de referencia de gripe del hospital universitario de Donostia un total de 500 muestras de virus gripales. De estas, 282 dieron resultado positivo, resultando un 58,8% de aislamientos positivos. El porcentaje de aislamientos positivos sobre muestras remitidas alcanzó el máximo (86%) coincidiendo con la semana 4 de 2012. Un total de 227 muestras (80,5%) fueron del tipo A distribuidas en: 224 virus tipo AH3, 2 virus A y 1 virus AnH1N1. Otros 55 aislamientos positivos fueron virus tipo B (19,5%) (Figura 12).

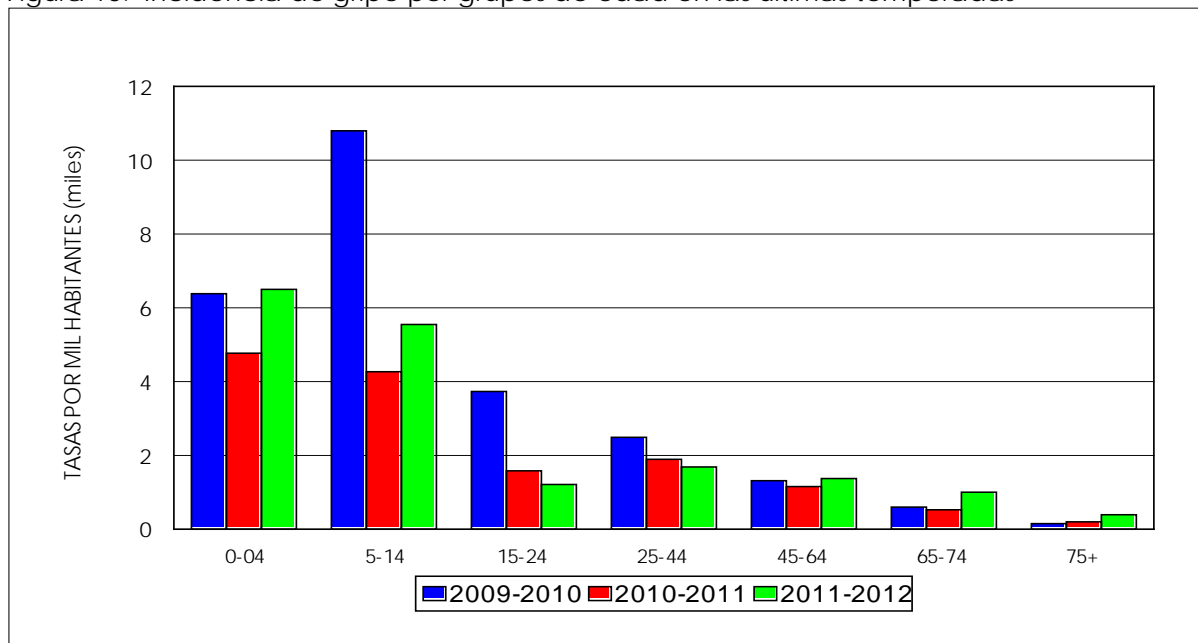
Los virus gripales tipo A del País Vasco, tanto centinela como no centinela, que han sido caracterizados genómicamente, correspondieron por orden de mayor frecuencia a: virus A/England/259/2011(H3N2) en un 40%, A/Stockholm/18/2011(H3N2) un 24%. Los de tipo B fueron caracterizados como B/Bangladesh/3333/2007(Yamagata) un 8% y B/Brisbane/60/2008(Victoria) el 3%.

Figura 12. Distribución de aislamientos virales de gripe por tipo en la CAPV en la temporada 2011-2012



Como es habitual en la gripe estacional, el grupo de edad más afectado han sido los menores de 5 años, seguido de la población de 5-14 años. Al igual que la temporada anterior, la temporada 2011-2012 registró una incidencia mayor de gripe en los adultos de 25-44 años (Figura 13).

Figura 13. Incidencia de gripe por grupos de edad en las últimas temporadas



En Europa, a diferencia de otras temporadas estacionales, la temporada 2011-2012 se inició más tardíamente, con diferencias entre países en cuanto al nivel de impacto. El 89,2% de las muestras analizadas fueron de tipo A y 10,8% tipo B. De los 7.344 virus tipo A subtipados, el 98,7% eran AH3, y 1,3% tipo A(H1)pdm09. De los 185

virus tipo B estudiados, el 61,1% pertenecían al linaje B-Victoria y el 38,9% eran B-Yamagata. Los virus analizados no han presentado resistencias a oseltamivir o zanamivir, pero todos mantienen resistencias a los inhibidores M2.

En resumen, la gripe estacional en la temporada 2011-2012 ha estado dominada por el virus tipo AH3 y su incidencia puede calificarse de media si la comparamos con otras temporadas gripales previas.

Diabetes mellitus tipo 2

Desde el año 2000, la red de médicos vigia del País Vasco ha llevado a cabo un estudio de la diabetes tipo 2 conocida en personas mayores de 24 años. Para ello a través de 61 médicos de atención primaria de Osakidetza pertenecientes a la red se seleccionó una muestra de 65.651 personas (4% de la población mayor de 24 años de la CAPV).

En un primer trabajo se describió la incidencia, prevalencia, complicaciones y riesgo cardiovascular (RCV). Posteriormente, a partir de la población a estudio, se obtuvo una cohorte compuesta por 777 pacientes >24 años con DM tipo 2 de reciente diagnóstico, 367 mujeres (47,2%) y 410 hombres (52,8%). Con este grupo de pacientes, se ha realizado un estudio prospectivo de 10 años de seguimiento. Al inicio del seguimiento, en el año 2000, se recopilaban los datos de la diabetes y sus principales factores de riesgo. Posteriormente se repitió la recogida de datos en los años 2002, 2003, 2004, 2005, 2007 y 2010 con el objetivo de conocer la incidencia de las complicaciones (primeros eventos), los factores de riesgo cardiovascular asociados, estimación de riesgo cardiovascular y cumplimiento de los objetivos de control de la enfermedad.

Se consideraron fuera de objetivos de control los siguientes valores: colesterol ≥ 200 mg/dl, HDL < 45 mg/dl en mujeres y < 35 mg/dl en hombres, triglicéridos ≥ 150 mg/dl, LDL ≥ 100 mg/dl, hemoglobina glicosilada (HbA1C) $\geq 6,5$, TAS ≥ 130 mmHg y TAD ≥ 80 mmHg. En el caso de la HbA1C se ha calculado además el valor $\geq 7\%$ dado que es el nivel a partir del cual se optimiza el tratamiento de la diabetes (tabla 9).

Se obtuvo información sobre otros factores de RCV asociados, como el tabaquismo, obesidad y la ausencia de actividad física. Se registró la evolución de la enfermedad e incidencia de complicaciones: enfermedad coronaria (angina e infarto agudo de miocardio mortal y no mortal), accidente cerebrovascular (ACV) y la enfermedad arterial periférica (EAP) definida como claudicación intermitente y/o amputaciones. También se registraron la retinopatía, neuropatía y nefropatía.

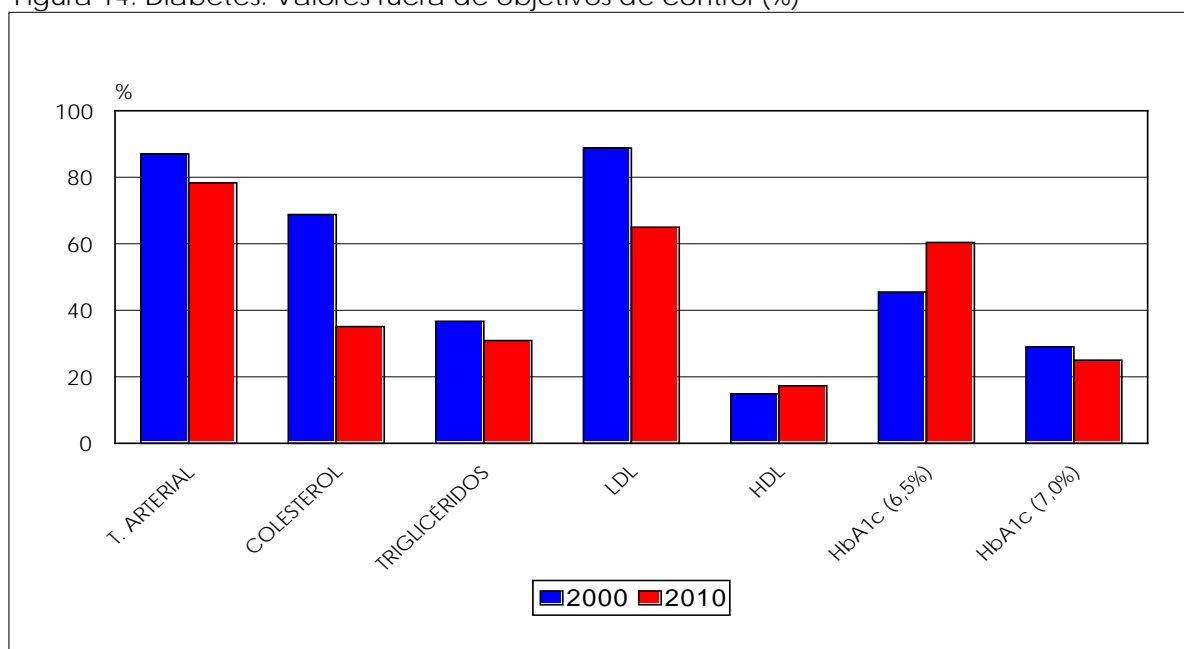
Tabla 9. Descripción de la cohorte. Factores de riesgo al inicio del estudio

	Hombres % n=410	Mujeres % n=367	Total % n=777	P
Hª familiar diabetes	36,5 (137/375)	38,8 (130/335)	37,6 (267/710)	0,53
Fumador	28,1 (108/385)	3,3 (12/362)	16,1 (120/747)	0,00
Obesidad	35,0 (140/400)	55,6 (199/358)	44,7 (339/758)	0,00
Sedentarismo	30,2 (108/358)	47,6 (150/315)	38,3 (258/673)	0,00
	Medias ± EE (n)	Medias ± EE (n)	Medias ± EE (n)	
Colesterol (mg/dl)	215,9 ± 2,1 (398)	224,2 ± 2,0 (362)	219,8 ± 1,5 (760)	0,00
LDL (mg/dl)	137,7 ± 1,9 (363)	142,4 ± 1,8 (336)	139,9 ± 1,3 (699)	0,08
HDL (mg/dl)	49,6 ± 0,6 (377)	55,5 ± 0,7 (348)	52,4 ± 0,5 (725)	0,00
Triglicéridos (mg/dl)	158,9 ± 6,3 (381)	138,3 ± 3,8 (350)	149,4 ± 3,7 (731)	0,00
HbA1c %	6,6 ± 0,1 (379)	6,7 ± 0,1 (353)	6,6 ± 0,0 (732)	0,31
TAS (mmHg)	136,3 ± 0,8 (399)	140,4 ± 0,8 (364)	138,3 ± 0,5 (763)	0,00
TAD (mmHg)	80,7 ± 0,4 (396)	81,7 ± 0,5 (363)	81,2 ± 0,3 (759)	0,13

Nota: Entre paréntesis se expresa el número total de pacientes con datos y/o el denominador utilizado para el cálculo.

En la figura 14 puede observarse la evolución de los porcentajes de diabéticos que tenían los principales factores de riesgo cardiovascular fuera de los objetivos de control al inicio (año 2000) y al final del estudio (año 2010).

Figura 14. Diabetes. Valores fuera de objetivos de control (%)



Comparación años 2000 y 2010

Existen diferencias estadísticamente significación en la proporción de pacientes que mejoran los valores fuera de control en todos los factores de riesgo, excepto en el HDL que empeora pero no significativamente ($p=0,258$). Asimismo, empeoran significativamente el nivel de HbA1c $\geq 6,5\%$ ($p=0,001$) y de HbA1c $\geq 7,0\%$ ($p=0,028$).

Principales conclusiones del estudio:

- El control de la diabetes y de los principales factores de RCV, excepto HbA1c y HDL, evolucionan favorablemente a lo largo del estudio si bien son susceptibles de mejora.
- En nuestro estudio los pacientes con ECV al inicio del estudio tienen un control glucémico y de los factores de riesgo asociados a la diabetes (perfil lipídico y TA) muy similar al de los pacientes con DM tipo 2 sin ECV.
- Las mujeres tienen mayor prevalencia de obesidad y sedentarismo y los hombres mayor prevalencia de tabaquismo que las mujeres con DM tipo 2 de reciente comienzo.
- Los pacientes DM tipo 2 de nuestro estudio presentan una alta prevalencia de complicaciones crónicas en el momento del diagnóstico, siendo mayor en hombres.
- Las tasas de incidencia de ECV se equiparan entre hombres y mujeres con DM tipo 2. Las mujeres desarrollan ECV a edades más avanzadas.
- La enfermedad coronaria es la complicación cardiovascular con mayor incidencia observada en los pacientes diabéticos de nuestro estudio.
- En cuanto a las complicaciones microangiopáticas y neuropáticas, las tasas de incidencia de retinopatía fueron iguales en ambos sexos mientras que la nefropatía fue mayor en hombres y la neuropatía mayor en mujeres. Las mujeres también desarrollaron estas complicaciones a edades más avanzadas.
- El control intensivo de la enfermedad es esencial durante los 5 primeros años ya que el 50% de las complicaciones se desarrollan durante ese periodo.
- Con los años de evolución aumenta el uso de antidiabéticos orales, estatinas y fármacos antihipertensivos, así como la necesidad de emplear combinaciones de varios fármacos.
- El número de consultas por año, por diabetes o sus complicaciones, se acerca a 6 visitas de media y el 50% de los pacientes acude como mínimo 4 veces al año. El 63% de los pacientes al final del estudio declaraba percibir su salud como excelente, buena o muy buena.
- Los métodos de cálculo de riesgo coronario a 10 años que hemos explorado con modelos desarrollados en otras poblaciones (UKPDS y Regicor) deben cambiarse para adaptarse mejor a nuestra población diabética.
- Falleció el 28,3% (220) de los pacientes pertenecientes a la cohorte de estudio. Las causa básica de defunción en el 41,2% fue circulatoria, enfermedades vasculares en otros grupos o por diabetes.
- Las tasas brutas por mortalidad cardiovascular son más de 2 veces superiores en la población con DM tipo 2 de nuestro estudio respecto a la población general del País Vasco mayor de 24 años.

3. VIGILANCIA DE ACCIDENTES EN MAYORES DE 64 AÑOS NO INSTITUCIONALIZADOS Y RESIDENTES EN LA CAPV. ANÁLISIS PROVISIONAL

Los accidentes son una causa importante de morbilidad y mortalidad. El reconocimiento de que los accidentes son evitables ha aumentado y orientado el interés hacia programas dirigidos a su control. Por otra parte el grupo de mayores de 64 años es un grupo especialmente vulnerable y las consecuencias de las lesiones en este grupo son más severas.

La Red Vigía de accidentes de la Comunidad Autónoma del País Vasco (CAPV) se puso en marcha con tres objetivos básicos: 1) Conocer la incidencia de los accidentes en las personas mayores de 64 años no institucionalizadas residentes en la CAPV, 2) Conocer los factores de riesgo que influyen en la accidentalidad y 3) Elaborar un perfil de riesgo individual con las características clínico-epidemiológicas de los accidentados que posibilitara el diseño de una intervención dirigida a reducir o minimizar los riesgos de accidentes de este grupo poblacional.

La red de Vigías de Accidentes en mayores de 64 años de la CAPV está integrada por 44 equipos formados por médico/a y enfermero/a.

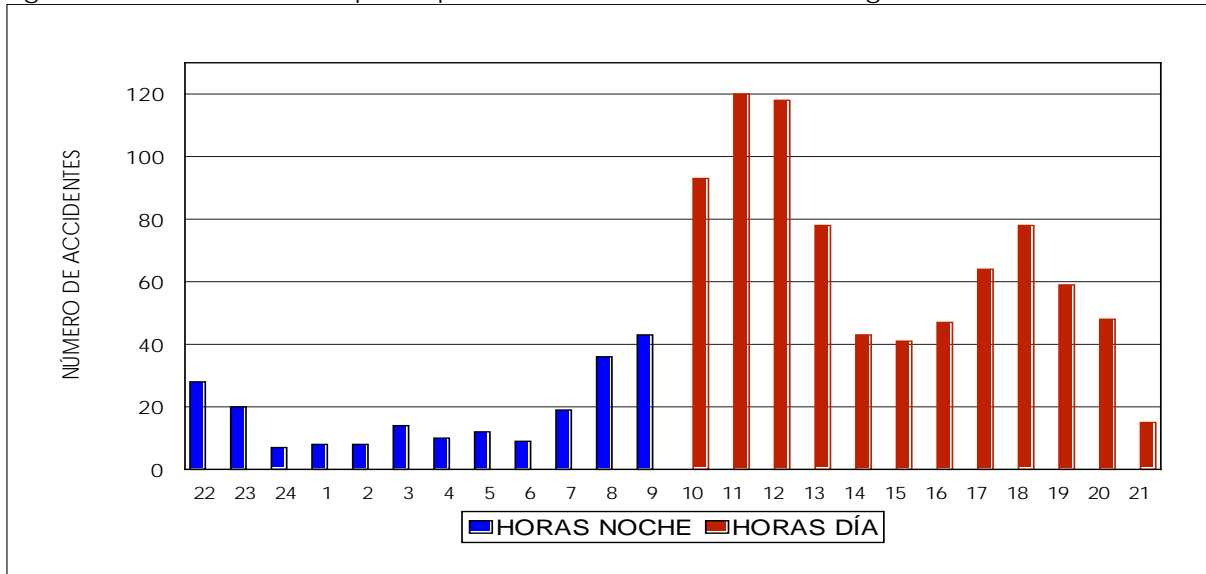
La población sometida a vigilancia activa es de 15.463 mayores de 64 años, no institucionalizados, que pertenecen a los cupos del médico/a vigía. El periodo de estudio abarca desde el 15 de febrero de 2012 hasta el 14 de febrero de 2013. Los equipos realizaron búsqueda activa entre los pacientes de su cupo y rellenaron una encuesta por cada accidente.

Durante los 12 meses de vigilancia, 907 personas tuvieron un accidente y 9% (90) tuvieron más de uno: 73 tuvieron 2 accidentes, 14 tuvieron 3 accidentes y 3 personas tuvieron 4 accidentes.

En este resumen se analizan únicamente las variables relativas al accidente.

Tiempo. Conocemos la hora del accidente del 92% (1107) de los casos. El 21% se produjeron entre las 10 de la noche y 10 de la mañana (12 horas). Las horas con mayor accidentalidad son las de la mañana, entre las 10 y las 14 horas (4 horas), en las que se han producido el 35% de los accidentes declarados. Hubo otro pico de incidencia a la tarde, entre las 17 y las 19 horas (3 horas), con un 20% de los casos (Figura 15).

Figura 15. Hora del día en que se produce el accidente. Red de Vigías. CAPV

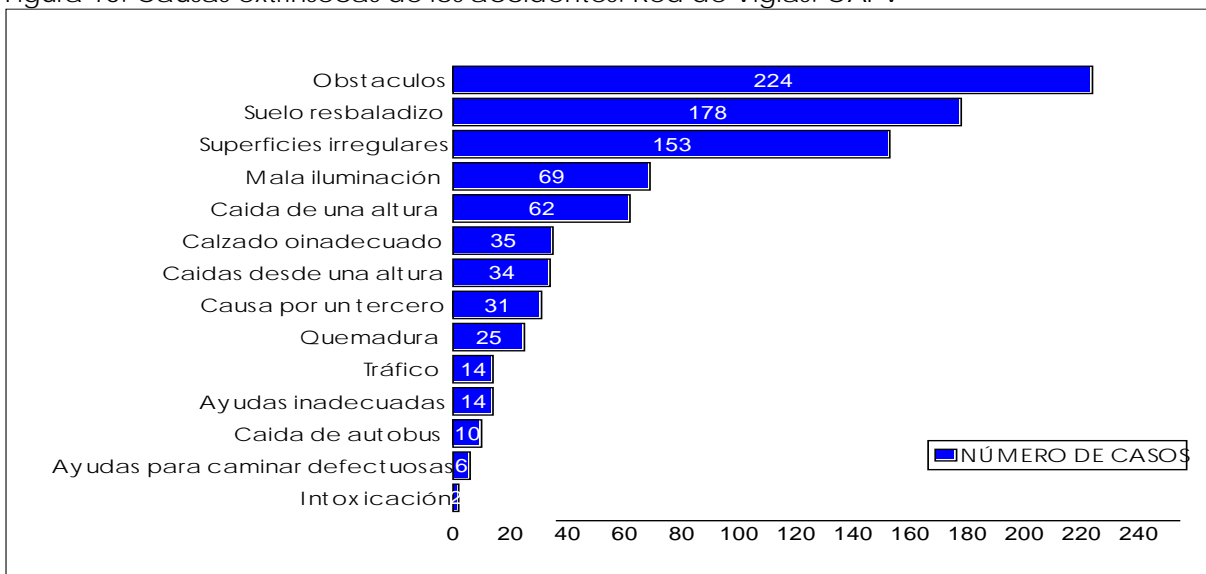


Lugar del accidente: el 59% (651) de los accidentes se han producido en el domicilio del afectado. Dentro del domicilio, por orden de frecuencia: en el dormitorio (28%), la cocina (23%) y en el baño (14%), salón (12%), pasillo (10%) y otros lugares como garaje, balcón, camarote (6%). Entre los 456 accidentes ocurridos fuera del domicilio, el 45% se producen en la acera, 14% en un local y el 9% en el portal.

Tipo de accidente: El tipo de accidente puede ser mixto. El tipo más frecuente ha sido la caída con un 93% del total (1020).

Motivo del accidente. Entre los factores intrínsecos citados con más frecuencia están las alteraciones de la marcha por déficit muscular o del equilibrio (24%), el mareo (8%) y el miedo a caerse (2%); otros motivos referidos son el fallo de la pierna-pie, mal cálculo de la distancia y trastornos neurológicos como ictus previo, parkinson y demencia. Los motivos extrínsecos declarados con más frecuencia han sido: obstáculos (20%), suelo resbaladizo (16%), superficies irregulares (14%) y mala iluminación (6%) (Figura 16).

Figura 16. Causas extrínsecas de los accidentes. Red de Vigías. CAPV

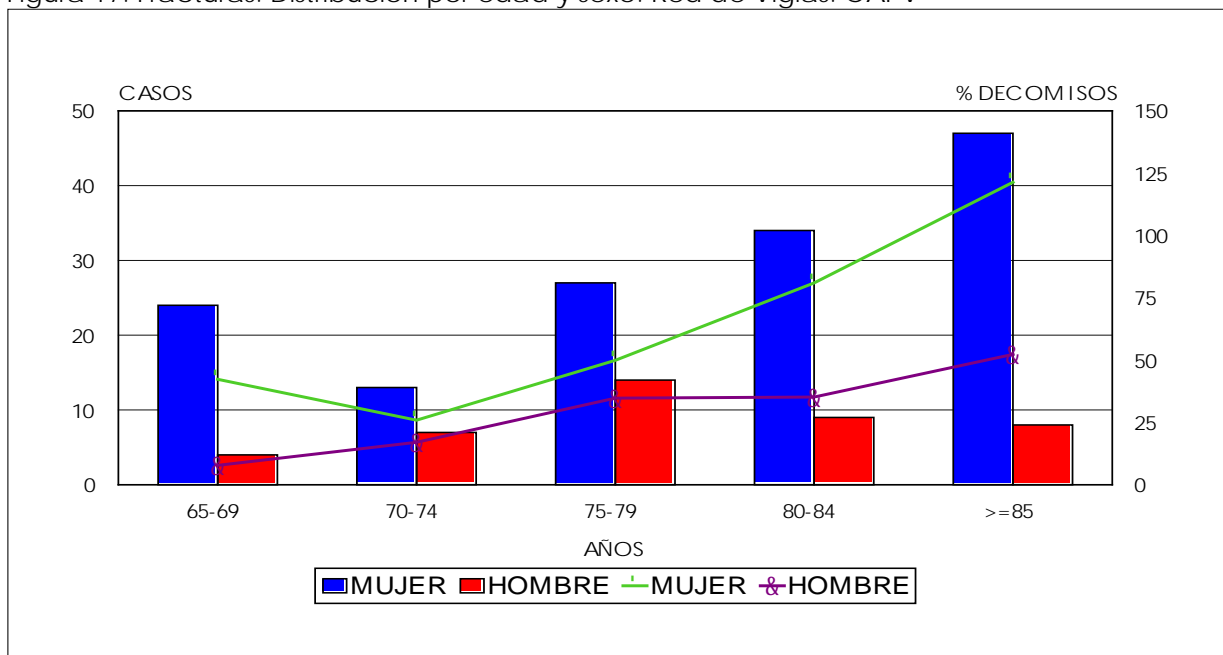


Tipo de lesión. La lesión más frecuente ha sido la contusión (68%), seguida por fracturas (16%) y los cortes-heridas (10%).

Localizaciones anatómicas. Por orden de frecuencia han sido: extremidades inferiores (48%), cabeza (30%), extremidades superiores (30%) y tronco (28%). Hay que tener en cuenta que puede darse más de una localización en el mismo accidente. Si consideramos el accidente con fractura, la localización de la misma ha sido: extremidades inferiores 45% (84), extremidades superiores 36%(68), tronco 24%(45) y cabeza 8%(15).

Dada la severidad de la fractura en estos grupos de edad, representamos en la gráfica siguiente (Figura 17) la distribución por edad y sexo de los pacientes con fractura. El 98% de las mismas son consecuencia de una caída, producida en el 56% de los casos, dentro del propio domicilio.

Figura 17. Fracturas. Distribución por edad y sexo. Red de Vigías. CAPV



Tipo de asistencia. Los tipos de asistencia no son excluyentes. Un 13%(148) recibieron asistencia domiciliaria, 42 %(462) fueron atendidos en la consulta, 31% (341) en urgencias hospitalarias y 6 % (66) fueron ingresados.

Antecedente de accidente en el año anterior. Un 26% (261/988) de los pacientes declararon haber tenido otro accidente el año anterior. Durante los 12 meses analizados, 90 (9%) personas tuvieron más de un accidente: 73 personas dos accidentes, 14 personas tres y tres cuatro accidentes.

4. VIGILANCIA MICROBIOLÓGICA

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

Los siguientes laboratorios de microbiología forman parte del SIMCAPV: en Álava, los hospitales de Txagorritxu y Santiago, y el ambulatorio de Olaguibel; en Bizkaia, los hospitales de Cruces, Basurto, Galdakao, San Eloy y Santa Marina, además de cuatro laboratorios privados y en Gipuzkoa, los hospitales de Donostia, Mendara, Zumárraga, Bidasoa y Alto Deba. La información es enviada a las Unidades de Vigilancia Epidemiológica de los tres Territorios Históricos.

A continuación se presentan algunos de los datos más relevantes entre los años 2008 y 2012.

Infecciones de origen gastrointestinales

Se observa una evolución descendente en el número de declaraciones de *Salmonella*, pasando de 1.165 casos declarados en el año 2008 a 767 en el 2012. En el Figura18 se observa que esta situación es continuación del descenso iniciado en el año 2003 después de un aumento significativo en el número de aislamientos en los primeros años de la década del 2000.

Con respecto a *Campylobacter*, se produjo un aumento entre 2008 y 2009 (1.076 frente a 1.779) y en los años siguientes, hasta 2012 se mantiene el número de declaraciones. Se observa una tendencia descendente desde el año 2005 (Figura19).

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

⁴ Estos son los microorganismos que componen la lista:

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

MICOBACTERIAS: Complejo *Mycobacterium tuberculosis* y otras micobacterias.

VIRUS: Adenovirus, enterovirus, herpes simple tipo 2, poliovirus, rotavirus, gripal, hepatitis A, hepatitis B, hepatitis 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*.

⁵ Las variaciones metodológicas de los distintos sistemas de información pueden originar diferencias en la contabilización de casos.

Figura 18. Evolución infecciones gastrointestinales. Salmonella. SIMCAPV 2000-2012.

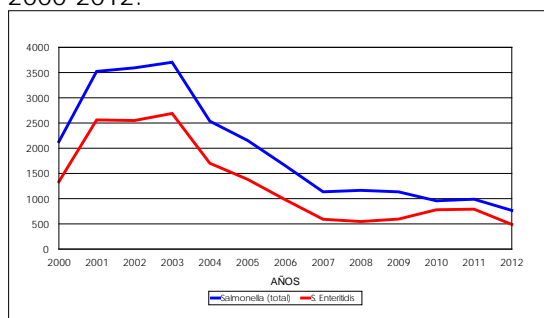
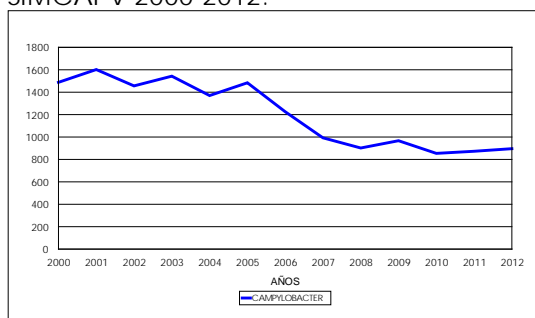


Figura 19. Evolución infecciones gastrointestinales. Campylobacter. SIMCAPV 2000-2012.



Aumento importante registrado en el año 2012 de las declaraciones de *Shigella* registrándose 116 casos. Este aumento se debe a un brote registrado en Gipuzkoa que afectó a escolares de educación infantil y primaria y de transmisión persona a persona (se confirmaron por laboratorio 80 casos). (Figura 20).

Las notificaciones de Rotavirus, después de ser prácticamente idénticas en el 2008 y 2009 (704 y 702 casos respectivamente), aumentaron a los 840 casos en el año 2010 y se mantienen alrededor de los 800 casos hasta el 2012 (Figura 21).

Figura 20. Evolución infecciones gastrointestinales. Shigella. SIMCAPV 2000-2012.

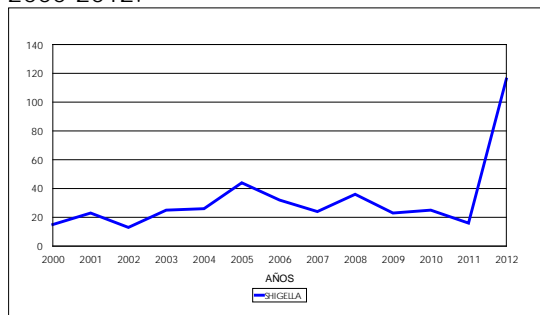
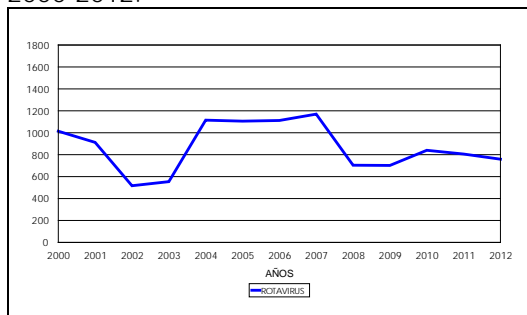
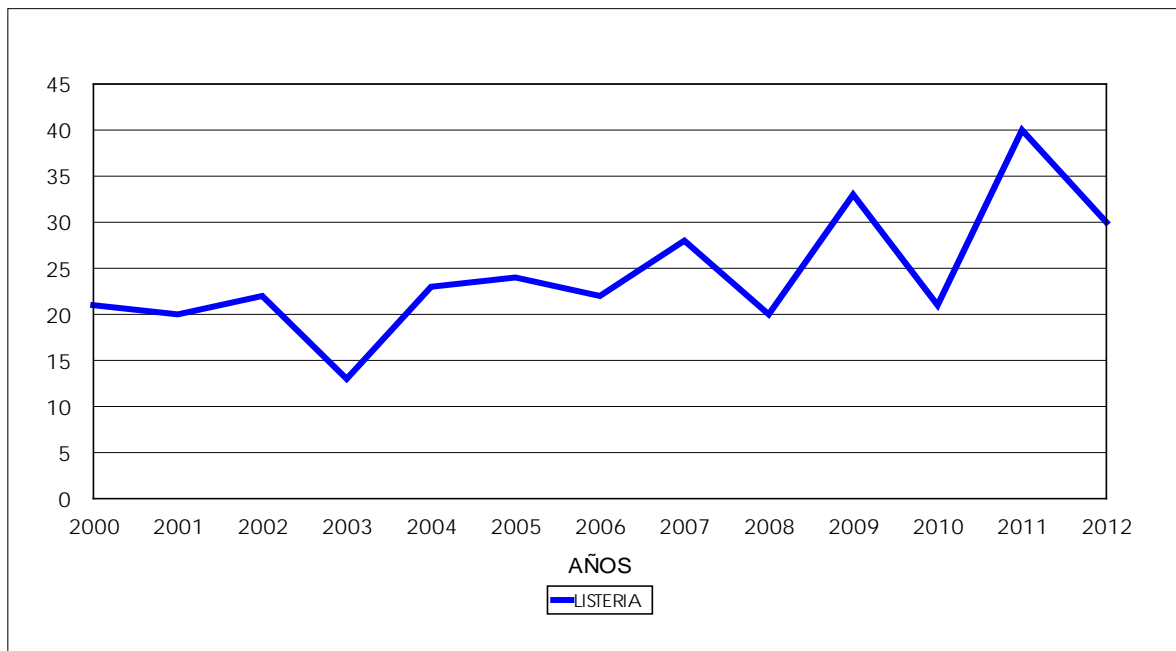


Figura 21. Evolución infecciones gastrointestinales. Rotavirus. SIMCAPV 2000-2012.



Con respecto a la evolución de listeria, se observan fluctuaciones en años alternos y cierta tendencia creciente en la serie de casos (Figura 22).

Figura 22. Evolución infecciones gastrointestinales. Listeria. SIMCAPV 2000-2012



Infecciones respiratorias

Las notificaciones de *Legionella pneumophila* han ido descendiendo desde el año 2009 con 100 casos hasta los 73 casos registrados en el año 2012. En la figura 23 se observan dos repuntes en los casos registrados, en el año 2006 y 2009-2010.

De los 285 casos registrados de micobacterias en los años 2008 y 2009 se ha descendido hasta los 230 casos del año 2012. En la figura 24 se observa en general, una tendencia descendente constante en el registro de casos de *Mycobacterium tuberculosis*.

Figura 23. Evolución infecciones respiratorias. Legionella. SIMCAPV 2000-2012.

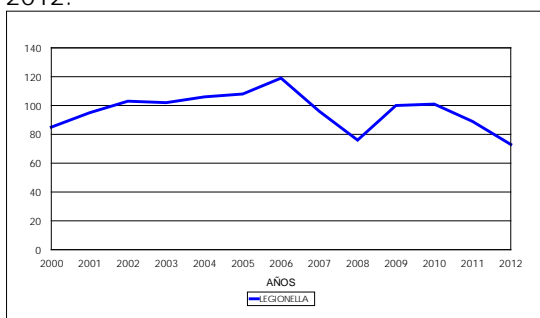
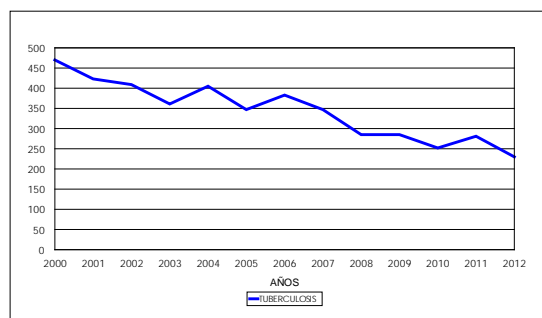


Figura 24. Evolución de *Mycobacterium tuberculosis*. SIMCAPV 2000-2012.



Enfermedades prevenibles por inmunización

En el último año del quinquenio analizado se ha registrado un aumento muy importante en dos de las enfermedades prevenibles por inmunización; en concreto por Bordetella pertussis (Tos ferina) y por virus de la familia Paramyxoviridae (Parotiditis). Este hecho queda reflejado en las figuras 25 y 26.

Figura 25. Evolución de casos por enfermedades prevenibles por inmunización. Tos ferina SIMCAPV. 2008-2012.

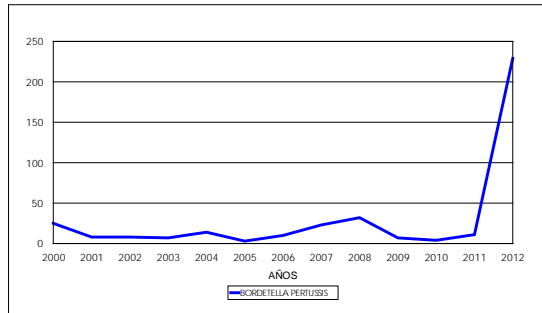
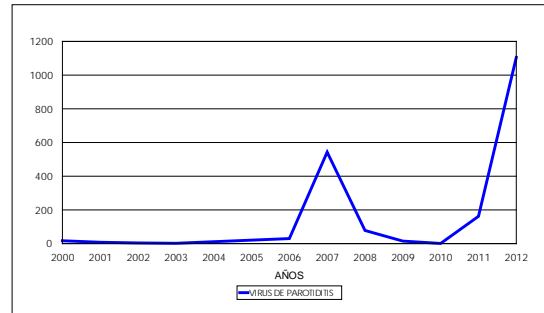


Figura 26. Evolución de casos por enfermedades prevenibles por inmunización. Parotiditis SIMCAPV. 2008-2012.

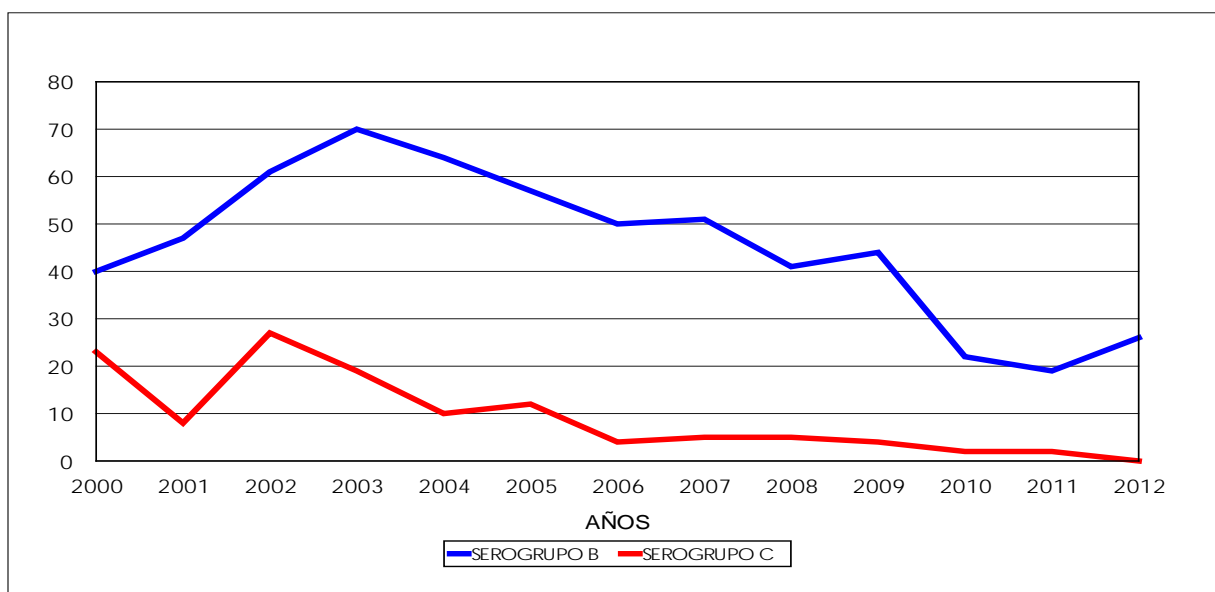


Los casos confirmados de Tos ferina y declarados por el SIMCAPV fueron de 229 en el año 2012. En el año 2010 se habían registrado 4 casos y ya en el 2011 se observó un aumento hasta los 37 casos.

El número de casos de parotiditis registrados por el SIMCAPV en el año 2011 fue de 162 y ascendió a 1105 en el año 2012. El aumento del año 2011 con respecto a los años previos representa el inicio de una segunda onda epidémica en la CAPV, registrándose una primera en el 2007-2008.

La evolución de los casos declarados al SIM de Neisseria meningitidis se observan en la figura 27; descenso paulatino en el número de casos. En el año 2012 no se han registrado casos de meningitis C. El serogrupo B también registra una tendencia decreciente interrumpida en el año 2012 con un ligero aumento.

Figura 27. Evolución de casos Neisseria meningitidis. SIMPCAV. 2008-2012



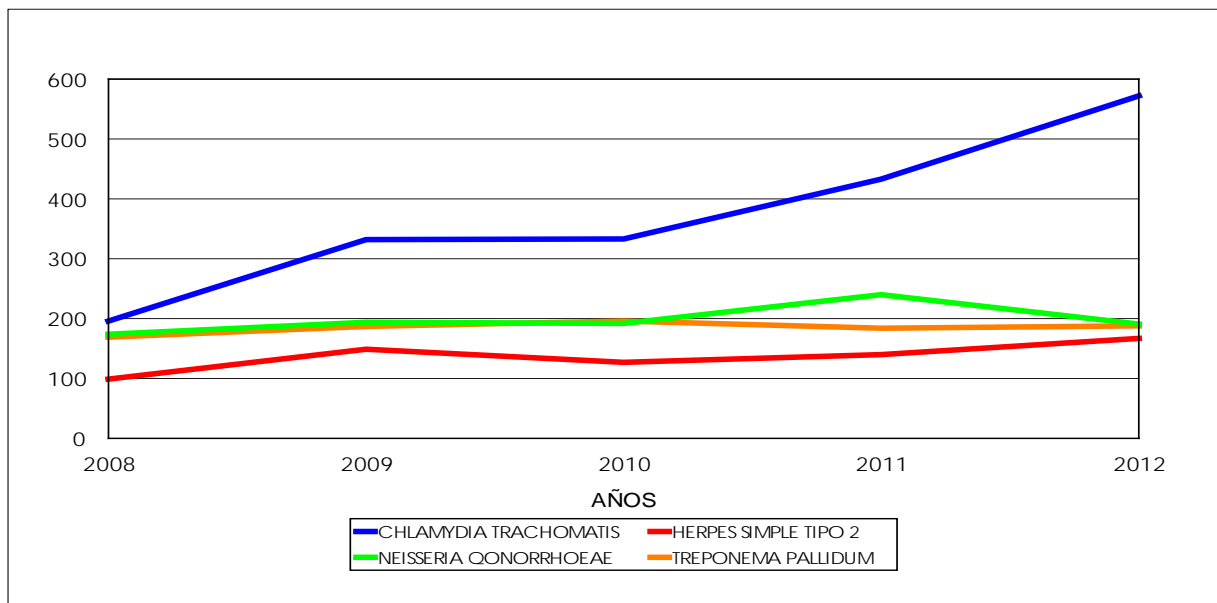
Hepatitis A

Un aumento de casos de Hepatitis A (patología prevenible por vacunación aunque no incluida en el calendario vacunal infantil de la CAPV) se observó en el año 2009 con 153 casos. A este aumento contribuyó el hecho de que en este año se registraron 2 brotes, 1 en Araba con transmisión alimentaria y otro en Bizkaia con mayor incidencia en hombres que presentaban como factor de riesgo la práctica de sexo con otros hombres. En el 2011 se registró otro brote pero de menor intensidad.

Infecciones de transmisión sexual

El aumento detectado en el SIMCAPV de estas infecciones refleja un hecho que viene observándose en los últimos años en países de nuestro entorno. Sobre todo el mayor aumento se produce en *Chlamydia trachomatis*, alcanzando los 572 casos en el año 2012 frente a los 196 detectados en el 2008 (Figura 28).

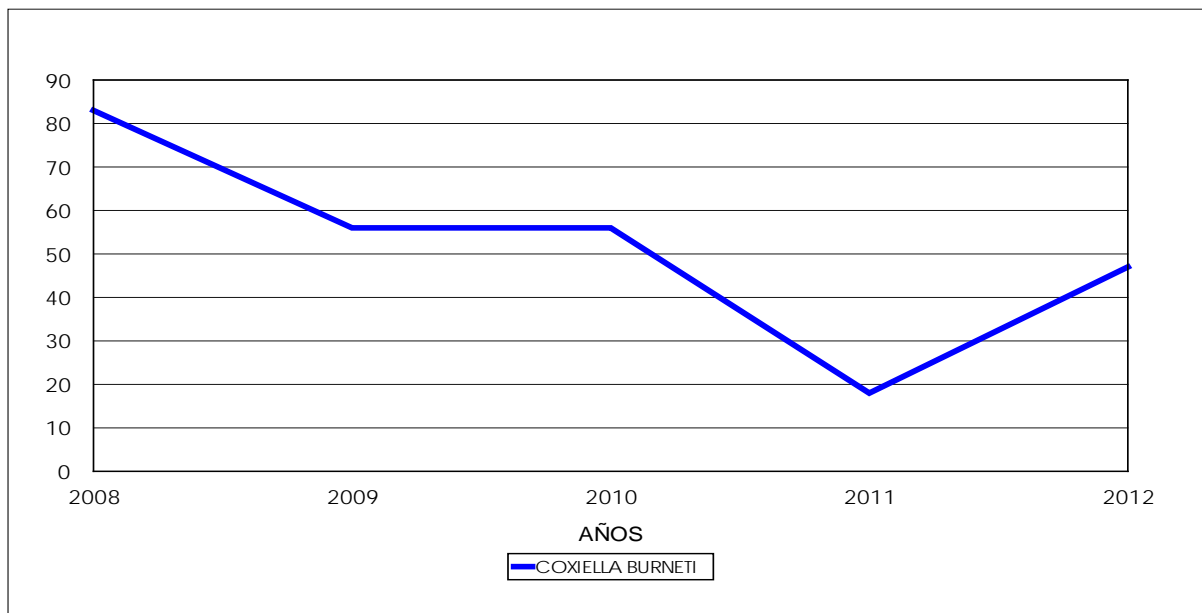
Figura 28. Evolución de casos de ETS. SIMPCAV. 2008-2012



Zoonosis

En las infecciones zoonóticas, el microorganismo más detectado en el quinquenio ha sido *Coxiella burnetti*. Se produce un repunte de los casos en el año 2012 (47 casos) después de observarse un descenso desde el año 2008 (Figura 29).

Figura 29. Evolución de Coxiella burnetti. SIMPCAV. 2008-2012



En el año 2008 se registraron 24 casos de *Trichinella spiralis*. De estos, 23 casos relacionados con un brote en Álava relacionado con el consumo de salchichón de jabalí.

5. BROTES

Entre 2008 y 2012 se han notificado en la CAPV 116 brotes, hídrico y alimentarios: 34 en Álava; 37 en Bizkaia, y 45 en Gipuzkoa. Se han visto afectadas 1.798 personas y hospitalizadas 129.

Según el mecanismo de transmisión se pueden hacer 3 grupos: de transmisión hídrica, alimentaria y otros.

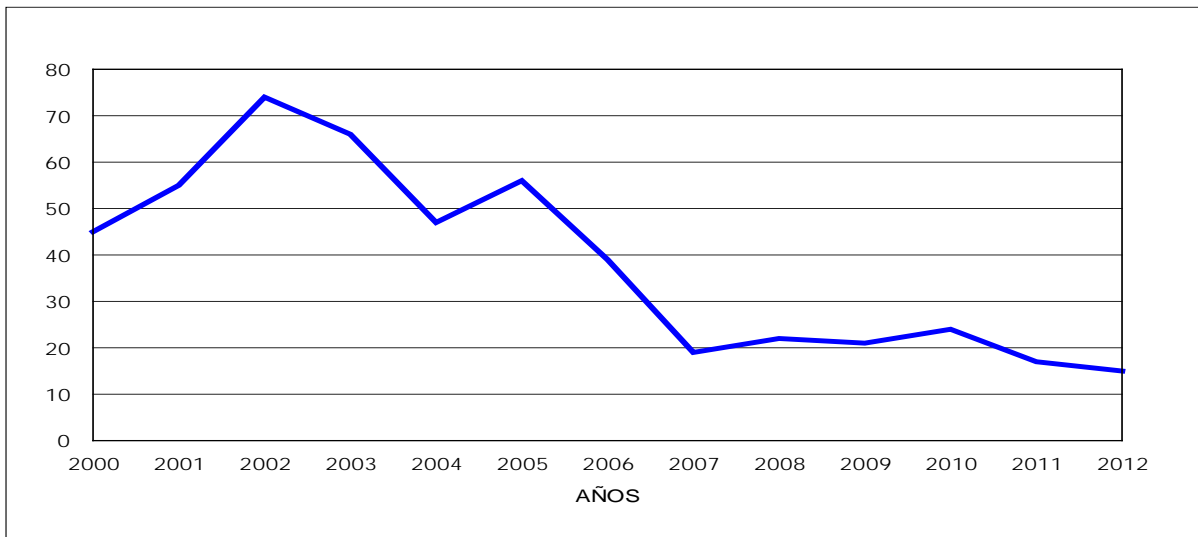
Brotos de origen hídrico

En todo el período 2008-2012 se registró 1 brote en Bizkaia en 2012. Resultaron afectadas 288 personas. Los síntomas fueron leves y no se identificó el origen del brote ni el agente causal. La calificación del agua fue de apta para el consumo.

Toxiinfecciones alimentarias

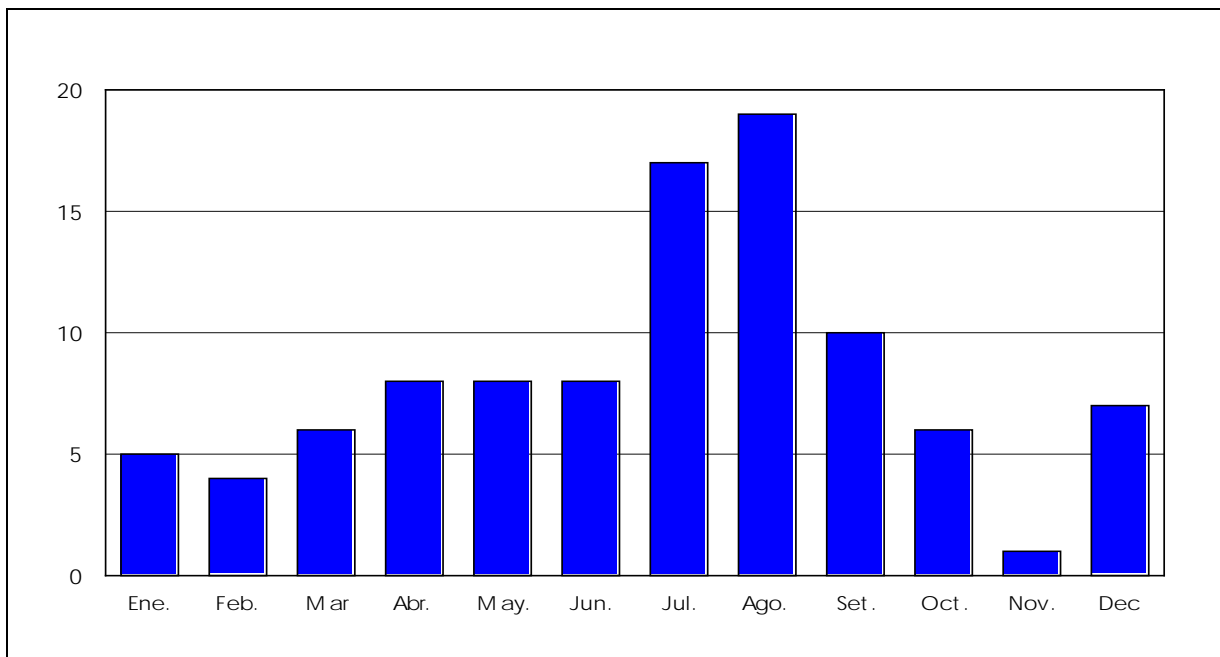
El número de brotes de origen alimentario declarados durante el período 2008-2012 fue 99, con 1.029 personas afectadas y 120 hospitalizadas. Se puede observar en el gráfico la disminución de los brotes desde 2002, año en el que se registró el número más elevado (Figura 30).

Figura 30. Brotes de toxiinfecciones alimentarias. CAPV, 2000-2012



En cuanto a la **distribución de los brotes** por meses se observa en el gráfico que se produce un patrón estacional definido, con mayor número de brotes en verano (Figura 31).

Figura 31. Brotes de toxiinfecciones alimentarias por meses. CAPV, 2008-2012.



Los **alimentos implicados** más frecuentemente han sido los elaborados con huevo o sus derivados, responsables de 47 brotes (47%). En 27 brotes, el alimento implicado no ha podido ser identificado (Tabla 10).

Tabla 10. Toxiinfecciones alimentarias según el alimento implicado. CAPV, 2008-2012

Alimentos implicados	2008	2009	2010	2011	2012	Total
Carne	1					1
Carne de cerdo					1	1
Cereales					1	1
Comida rápida		1				1
Confite/pastel		1	1			2
Desconocido	9	9	5	4		27
Embutido	1			1		2
Huevo/ovoproducto	9	8	13	10	7	47
Marisco/crust/molusco	1		1		2	4
Otro alimento		1			2	3
Pescado			2		1	3
Prod. lácteo,exc:3-4				1		1
Queso	1		1		1	3
Setas			1			1
Sopas,salsas, exc:20				1		1
Varios alimentos		1				1
Total	22	21	24	17	15	99

FUENTE: Registro de brotes de la CAPV.

El **lugar de origen** más frecuente ha sido bares y restaurantes (53) (54%), seguido de domicilios particulares (Tabla 11).

Tabla 11. Toxiinfecciones alimentarias según el lugar de preparación del alimento. CAPV, 2008-2012

Lugar de preparación	2008	2009	2010	2011	2012	Total
Cantina/Bar/Restaurante/Hotel	14	13	14	8	4	53
Cocina central				1	1	2
Desconocido	4	5	3	4	2	18
Establec. elaboración	1	2	1			4
Granja			1			1
Hogar privado	3		4	3	8	18
Otra instit.cerrada		1	1			2
Proveedor alimentario				1		1
Total	22	21	24	17	15	99

FUENTE: Registro de brotes de la CAPV.

Salmonella ha seguido siendo la **etiología** más frecuente, responsable del 60% de los brotes notificados. En el 17% de los brotes no se ha identificado el agente etiológico (Figura 32 y Tabla 12).

Figura 32. Toxiinfecciones alimentarias por *Salmonella*. CAPV 2000-2012

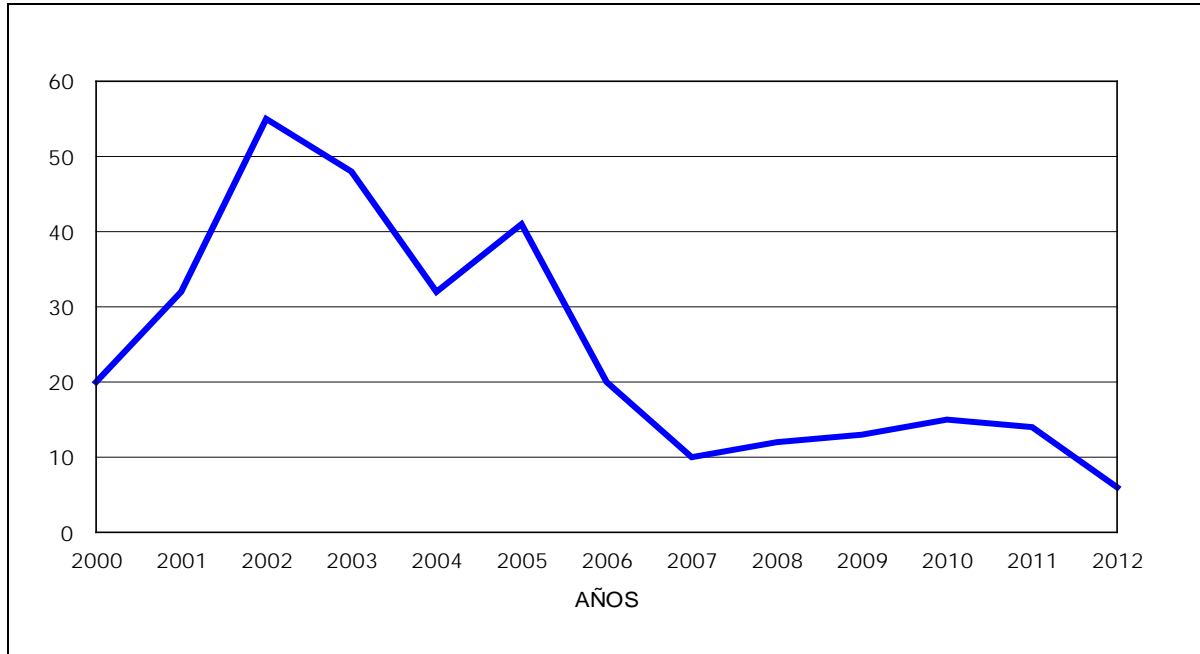


Tabla 12. Toxiinfecciones alimentarias según origen microbiológico. CAPV, 2008-2012.

Agente etiológico	2008	2009	2010	2011	2012	Total
Anisakis					1	1
B.cereus		1			1	2
Campylobacter sp		1				1
Clostridium botulinum					1	1
Clostridium perfringens					1	1
Desconocido	4	3	5	2	3	17
Histamina/escómbrido			2			2
L.monocytogenes					1	1
Salmonella	12	13	15	14	6	60
Staphil.aureus	1		1	1		3
Trichinella	1					1
Virus hepatitis A		1				1
Virus otros	4	2	1		1	8
Total	22	21	24	17	15	99

FUENTE: Registro de brotes de la CAPV.

La **media de personas afectadas** por brote ha sido de 5 en Álava y en Gipuzkoa y de 6 en Bizkaia. La media en la CAPV ha sido de 6 personas afectadas por brote.

Otros brotes

Son brotes de transmisión persona-persona o de los que no se conoce el mecanismo de transmisión. (Tabla 13).

Tabla 13. Otros brotes. CAPV, 2008-2012

	2008	2009	2010	2011	2012
Adenovirus	3			1	
Cl.botulinum					1
Cólera				1*	
Cryptosporidium				1	
Enterovirus				1	
Eritema infeccioso					1
Escabiosis	5	2	1	1	3
Escarlatina				1	
Fiebre Q			1	1	1
Giardia		1			
Impétigo				1	1
Legionella					1
Neumonía					1
Norovirus		4	6	2	1
Rotavirus		1			
S.typhimurium	1				
Salmonella enteritidis					1
Salmonella kedougou	1				
Salmonella typhimurium	3			1	
Sarampión				16 **	4 ***
SARM	2	1	3		1
Shigella flexneri	1				
Shigella sonnei					2
Síndrome pie mano boca				1	
Tiña	1	2	2		1
Tosferina					264****
Virus norwalk/rotavirus	1		1		1
Desconocido	5	3	1		

* 1 caso importado

** 16 agrupaciones, 37 casos

*** Casos

**** Casos asociados a brotes

6. VIH Y SIDA

La infección por VIH y las enfermedades indicativas de sida cuentan con un sistema de vigilancia epidemiológico específico, que forma parte del Sistema estatal de Información de nuevos diagnósticos de VIH y del Registro Nacional del Sida.

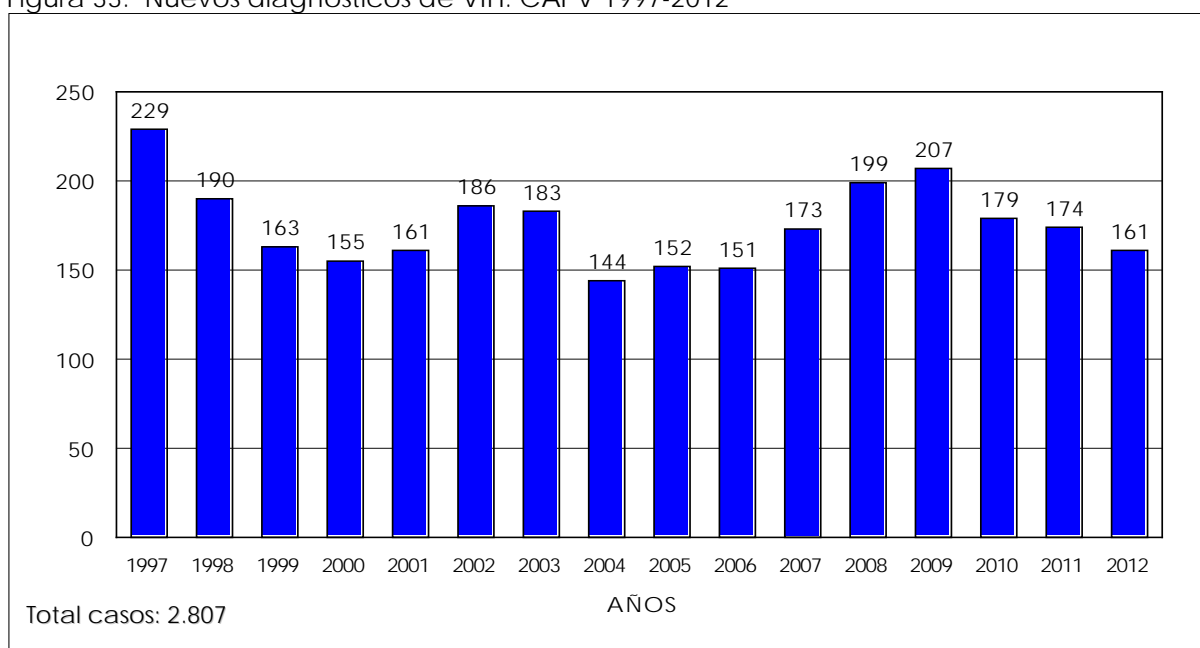
El sida es una enfermedad de declaración obligatoria que se inscribe en un registro nominal creado en el año 1.984 y en el que además de características sociodemográficas se recogen variables clínicas y otras relacionadas con las vías de transmisión.

El registro de nuevas infecciones por VIH se implantó en el año 1.997 y también es nominal e incluye variables sociodemográficas, clínicas y relacionadas con el modo de transmisión de virus.

Nuevas infecciones por VIH

Entre 1997 y 2012 se han contabilizado 2.807 nuevas infecciones por VIH. En 2012 se notificaron 161 casos (74,1/millón de habitantes), lo que implica un descenso de un 7,4% respecto al año anterior (Figura 33).

Figura 33. Nuevos diagnósticos de VIH. CAPV 1997-2012



El 86% de los diagnósticos de 2012 fueron transmitidos a través de relaciones sexuales. La transmisión entre hombres que tienen sexo con hombres mantiene una tendencia ascendente en los últimos años, llegando a contabilizar en 2012 el 49,1% del total de nuevos diagnósticos y el 59,9% de los diagnósticos en hombres. En la actualidad la transmisión homosexual es la predominante, superando el número de casos transmitidos por vía heterosexual.

Casos de sida

Desde 1.984 se han diagnosticado 5.764 **casos de sida**, registrándose la máxima incidencia a mediados de la década de los 90. A partir de esa fecha se produce un descenso continuado consecuencia de la generalización de los tratamientos antirretrovirales (Figura 34). La mortalidad provocada por sida experimenta una evolución similar (Figura 35).

Figura 34. Casos de sida 1984-2012

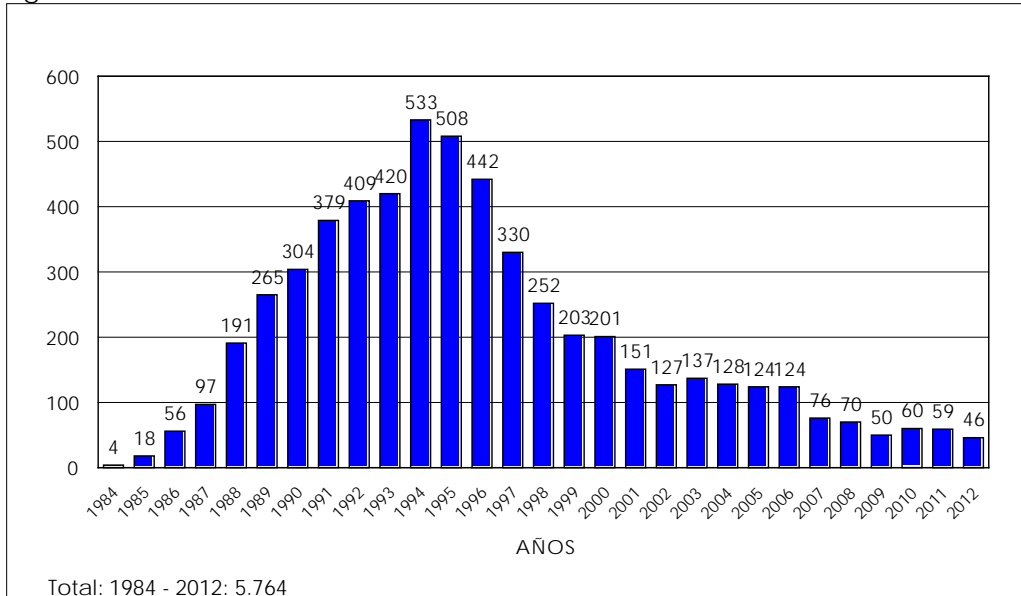
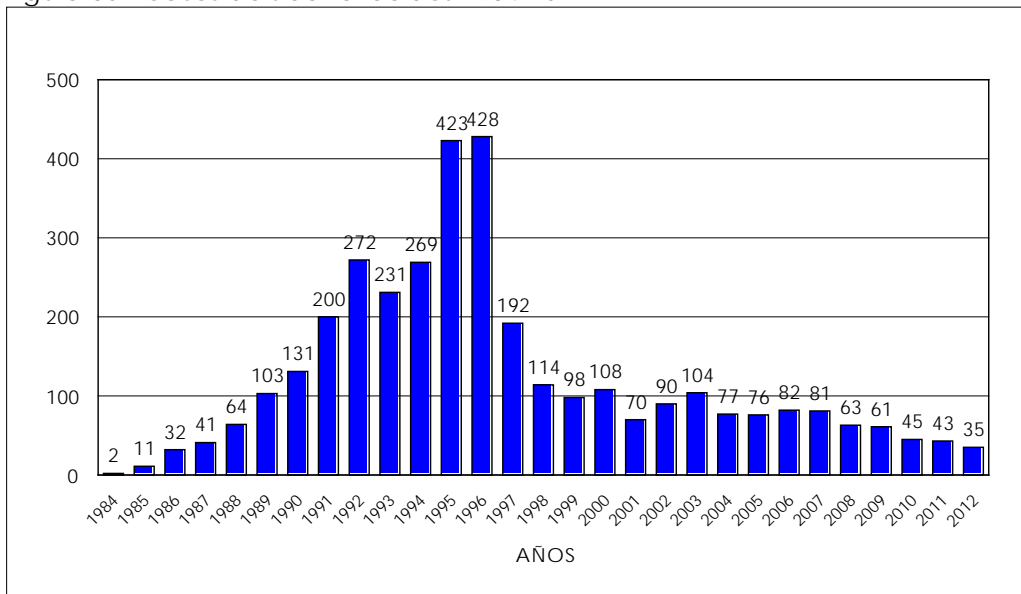


Figura 35. Casos de sida fallecidos 1984-2012



PROTECCIÓN DE LA SALUD

SALUD AMBIENTAL

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. Las actuaciones del Departamento de Salud van dirigidas principalmente a vigilar la concentración de contaminantes en el aire y, en caso de que se superen los límites permitidos, 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 Dirección de Salud Pública dispone de 3 estaciones captadoras de polen ubicadas en las capitales de los Territorios Históricos. A través de éstas, se recogen muestras diarias que, preparadas en los Laboratorios para el recuento mediante su examen al microscopio óptico, proporcionan información polínica de los 365 días del año. Se controlan 45 taxones diferentes, siendo de interés, por su abundancia y/o carácter alergénico, los siguientes:

<i>Alnus (Aliso)</i>	<i>Ligustrum (Aligustre)</i>
<i>Betula (Abedul)</i>	<i>Pinus (Pino)</i>
<i>Castanea (Castaño)</i>	<i>Platanus (Platano)</i>
<i>Corylus (Avellano)</i>	<i>Poaceae (Gramínea)</i>
<i>Cupressus / Taxaceae (Ciprés / Tejo)</i>	<i>Populus (Álamo)</i>
<i>Fagus (Haya)</i>	<i>Quercus (Roble / Encina)</i>
<i>Fraxinus (Fresno)</i>	<i>Urticaceae (Ortiga y Parietaria)</i>

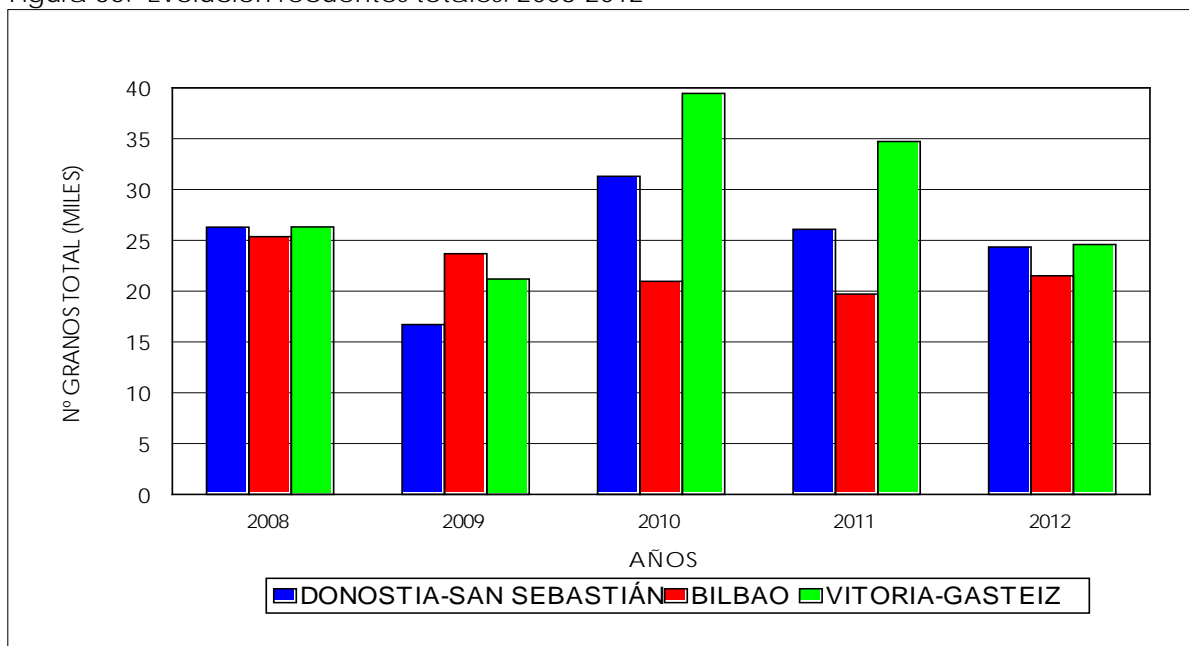
A partir de los recuentos diarios y el histórico disponible, desde 2010 se elaboran informes de situación y previsión, que semanalmente son remitidos a Euskalmet, para difusión pública en su página Web y también a los servicios de alergología y personal médico interesado. Asimismo, los datos diarios son facilitados a la Sociedad Española de Alergología e Inmunología Clínica (SEAIC) y a la Red Española de Aerobiología (REA).

Se pueden consultar los informes detallados en la siguiente dirección:

<http://www.euskalmet.euskadi.net/s07-5853x/es/meteorologia/home.apl?e=5>

La evolución de los recuentos totales anuales registrados en el periodo 2008-2012 se representa en la figura 36.

Figura 36. Evolución recuentos totales. 2008-2012



El gráfico adjunto muestra, para el periodo 2008-2012, el número de días al año en que se registraron niveles de concentración altos para los taxones de interés, conforme a los criterios de la Red Española de Aerobiología. En el caso del recuento total, el umbral referencia adoptado es de 200 granos de polen/m³.

Contaminación abiótica

Tomando como referencia los datos facilitados por la Red de Control de la Contaminación Atmosférica de la Comunidad Autónoma del País Vasco, gestionada por el Departamento de Medio Ambiente y Política Territorial⁶, se ha realizado una valoración de la situación general en cuanto a partículas en suspensión de corte 10 µm (PM₁₀), dióxido de nitrógeno (NO₂), dióxido de azufre (SO₂) y ozono (O₃) en base a los valores establecidos para la protección de la salud en la normativa vigente⁷.

El territorio de la CAPV se ha dividido en 11 zonas aéreas a efectos del seguimiento de la calidad del aire.

En el caso de **partículas en suspensión de corte 10 µm (PM₁₀)**, el valor límite de la media anual para la protección de la salud, establecido en 40 µg/m³, no se ha superado pero la exigencia establecida para las medias diarias (no superación del valor de 50 µg/m³ en más de 35 ocasiones al año) si se ha visto rebasada en algunos sensores ubicados en Bilbao (Larraskitu, Mazarredo y Parque Europa) y en

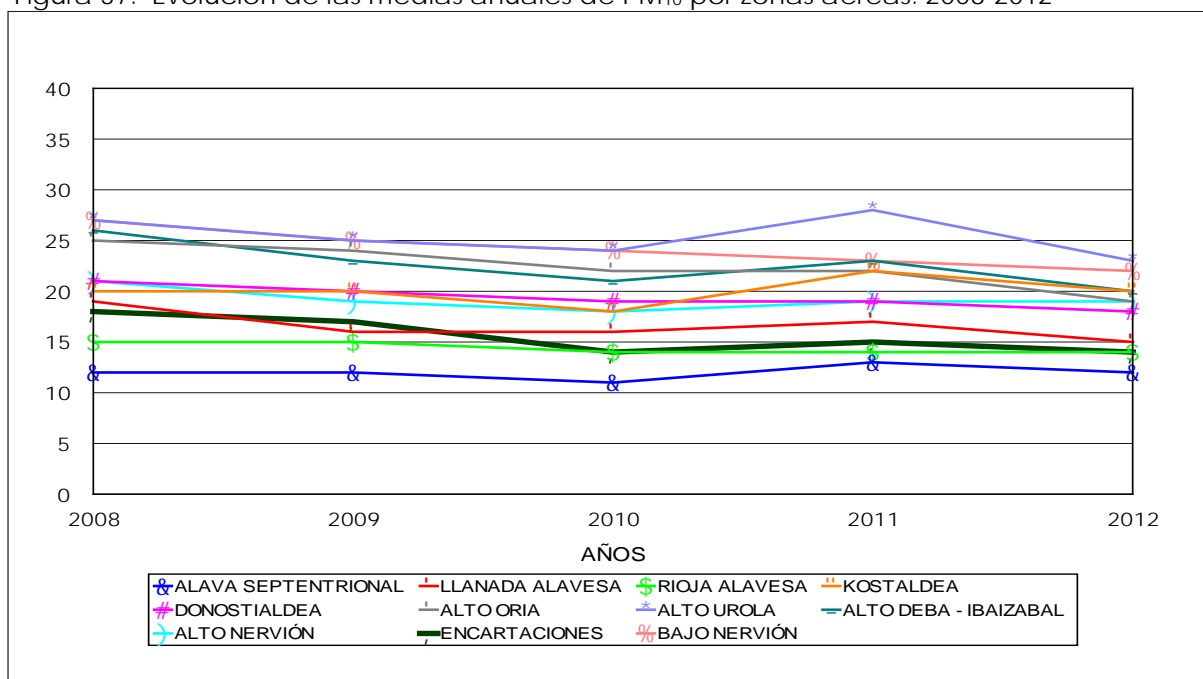
⁶ Se han valorado los datos de 60 sensores de la Red facilitados por la Viceconsejería de Medio Ambiente (13 ubicados en Araba, 31 en Bizkaia y 16 en Gipuzkoa).

⁷ "Directiva 2008/50/CE del Parlamento Europeo y del Consejo de 21 de mayo de 2008 relativa a la calidad del aire ambiente y una atmósfera más limpia en Europa" y "Real Decreto 102/2011, de 28 de enero, relativo a la mejora de la calidad del aire".

Zumarraga. La evolución de la situación general en estos años apunta una ligera mejoría.

En la figura 37 se recoge la evolución de los valores medios de las medias anuales de los sensores existentes en cada una de las zonas aéreas.

Figura 37. Evolución de las medias anuales de PM₁₀ por zonas aéreas. 2008-2012



Por lo que respecta al **dióxido de nitrógeno (NO₂)**, no se ha superado en ningún sensor el límite horario para la protección de la salud establecido en 200 µg/m³ (que no debe superarse más de 18 veces por año civil) aunque si la media anual (establecida en 40 µg/m³) en algunos sensores de Bilbao.

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), ni el umbral de alerta a la población establecido en la superación del valor horario de 500 µg/m³ durante tres horas consecutivas.

Con respecto a la contaminación por **ozono (O₃)**, el umbral de información a la población (180 µg/m³) se ha superado puntualmente en 2012 en los sensores de Izki, Valderejo, Amurrio y Azpeitia. El umbral para la protección de la salud (120 µg/m³ como límite máximo de las medias octohorarias del día en más de 25 ocasiones al año) se ha superado en los sensores de fondo ubicados en Valderejo, Izki, Urkiola y Jaizkibel y algún otro como el ubicado en Elciego. La tendencia en el último año apunta a una menor superación de las medias octohorarias pero una mayor superación del umbral horario.

La tendencia general en este periodo se ha mantenido bastante estable. Salvo en zonas muy localizadas, se respetan los umbrales legislados para la protección de la salud aunque si aparecen niveles altos de PM₁₀ y NO₂ en algunas zonas de Bilbao,

de PM₁₀ en Zumarraga, y ozono en los sensores de fondo principalmente (parques naturales). Sin ser una tendencia muy acusada si se aprecia una ligera mejoría general de la calidad del aire que respiramos.

Por otra parte se han realizado seguimientos en zonas concretas con fuerte afección por partículas y COV fundamentalmente, debido a la incidencia directa de actividades industriales (Muxika, Barakaldo, Muskiz, Zumarraga, Murga,...), trabajando en coordinación con la Viceconsejería de Medio Ambiente, de cara a valorar la situación y las posibles repercusiones en la salud de la población del entorno, y para que se adopten medidas correctoras adecuadas.

El Departamento de Salud, por otra parte, gestiona directamente cuatro captadores (tres ubicados en las capitales y otro en Erandio-Arriagas, como referencia de núcleo industrial) para un seguimiento específico más completo. Además de medir partículas en suspensión de corte 10 µm, se ha determinado en ellas el contenido de ocho metales pesados (plomo, hierro, cadmio, níquel, cromo, manganeso, arsénico y cobre) que a partir de 2012 se han incrementado a dieciséis. Para el **plomo** hay establecido un límite normativo (media anual de 0,5 µg/m³) que se no se ha superado en ninguno de estos cuatro puntos. Respecto al **cadmio, níquel y arsénico** hay establecidos valores objetivo para 2013. Tampoco se han superado dichos valores en ninguno de los puntos. En 2011 se ha controlado el contenido de **Benzo(a)pireno** en la misma fracción particulada y tampoco se ha superado el valor objetivo que fija la normativa para 2013 (1 ng/m³).

Así mismo también se hace un seguimiento específico de la fracción de **partículas de corte 2,5 µm (PM_{2,5})**, en seis sensores (dos ubicados en Bilbao, y los otros en Donostia, Azpeitia, Beasain y Urretxu). En los datos disponibles desde 2009 no se ha visto superado el límite objetivo de la media anual previsto para 2015 fijado en 20 µg/m³.

A lo largo de este periodo se ha ido reforzando la coordinación de actuaciones con la Viceconsejería de Medio Ambiente y como fruto de este trabajo en 2012 se aprobó por ambas partes un "Plan de gestión y explotación de la unidad móvil CG-MS (4691 HBH)" destinada al control de compuestos orgánicos volátiles (COV) fundamentalmente.

A lo largo de estos últimos años se ha participado en los programas europeos APHEIS/APHEKOM (Contaminación del Aire y Salud: un sistema de Información Europeo), con el objetivo de analizar y evaluar los efectos a corto plazo de la contaminación del aire sobre la salud y proporcionar información continuada, a las administraciones públicas y los profesionales del sector, que ayude en la toma de decisiones.

2 - AGUAS DE CONSUMO

La vigilancia de la calidad de las aguas de consumo público es una de las actividades fundamentales dentro del área de la sanidad ambiental.

La Red de Control y Vigilancia de las aguas potables de consumo público se creó en el año 1987 con el objetivo de garantizar la calidad y salubridad del agua de

consumo. En el año 2002 se publicó el decreto 178/2002 por el que se regula el sistema de control, vigilancia e información de la calidad de las aguas de consumo público, que establece que todos los sistemas de abastecimiento deben tener una Unidad de Control y Vigilancia (UCV) que elabore y ejecute programas anuales de control y vigilancia de los sistemas de abastecimiento y de la calidad del agua. Actualmente en Euskadi se controla y verifica la calidad y aptitud del agua de consumo público en las Zonas de Abastecimiento que llega a la práctica totalidad de la población.

En la CAPV existen 432 zonas de abastecimiento y 51 Unidades de Control y Vigilancia (Tabla 14).

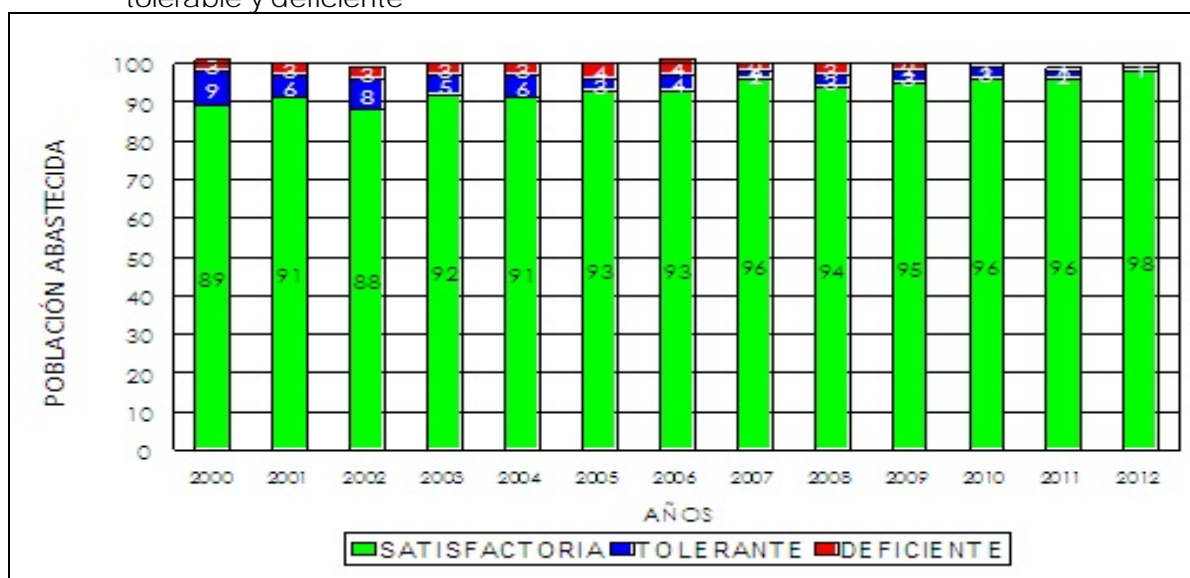
Tabla 14. Nº de zonas de abastecimiento y Unidades de Control y Vigilancia

T.H.	UCV	ZA
ARABA	31	210
BIZKAIA	15	133
GIPUZKOA	5	89
CAPV	51	432

Fuente: EKUIS (Sistema de Información de aguas de consumo de la CAPV)

La relevancia del agua de consumo como factor prioritario en Salud Pública, ha sido clave en la promoción de la mejora de los abastecimientos que han llevado a cabo todas las entidades implicadas, tanto a nivel local como territorial y comunitario (Juntas Administrativas, Ayuntamientos, Consorcios, Mancomunidades, Diputaciones y Gobierno Vasco. **En 2012 el 98% de la población recibió agua con calidad satisfactoria en sus domicilios** (1% tolerable y 1% deficiente) (Figura 38).

Figura 38. Porcentaje de población que recibe agua de calidad satisfactoria, tolerable y deficiente



En la Tabla 15 se muestran los datos por territorio y año, de la población (en número de habitantes y porcentaje) que recibe agua de calidad satisfactoria, tolerable y deficiente.

Tabla 15. Población por territorio y año que recibe agua de calidad satisfactoria, tolerable y deficiente (en nº de habitantes y % de población)

Población (Nº hab. y %)	2008	2009	2010	2011	2012
ARABA					
Satisfactoria	269.251 (95%)	262.974 (93%)	273.175 (96%)	262.606 (92%)	280.767 (97%)
Tolerable	4.452 (2%)	12.724 (4%)	4.494 (2%)	17.738 (6%)	3.612 (1%)
Deficiente	9.815 (3%)	8.137 (3%)	6.196 (2%)	6.417 (2%)	4.311 (1%)
	283.518	283.835	283.865	286.761	288.690
BIZKAIA					
Satisfactoria	1.104.587 (97%)	1.112.839 (98%)	1.093.698 (96%)	1.108.094 (98%)	1.114.908 (99%)
Tolerable	17.408 (2%)	20.187 (2%)	34.136 (3%)	4.769 (0%)	3.912 (0%)
Deficiente	14.802 (1%)	3.771 (0%)	12.511 (1%)	12.430 (1%)	6.473 (1%)
	1.136.797	1.136.797	1.140.345	1.125.293	1.125.293
GIPUZKOA					
Satisfactoria	619.191 (88%)	628.099 (91%)	662.442 (97%)	675.663 (98%)	673.463 (98%)
Tolerable	40.360 (6%)	29.237 (4%)	3.276 (3%)	4.444 (1%)	6.451 (1%)
Deficiente	42.724 (6%)	33.147 (5%)	19.725 (0%)	6.561 (1%)	5.144 (1%)
	702.275	690.483	685.443	686.668	685.058
CAPV					
Satisfactoria	1.993.029 (94%)	2.003.912 (95%)	2.029.315 (96%)	2.046.363 (96%)	2.069.138 (98%)
Tolerable	62.220 (3%)	62.148 (3%)	41.906 (3%)	26.951 (2%)	13.975 (1%)
Deficiente	67.341 (3%)	45.055 (2%)	38.432 (1%)	25.408 (1%)	15.928 (1%)
TOTAL CAPV	2.122.590	2.111.115	2.109.653	2.098.722	2.099.041

Fuente: Subdirecciones de Salud Pública y Adicciones.

En los Centros Comarcales de Salud Pública se llevan a cabo las actividades de supervisión e inspección. Las estructuras a supervisar y el número de cada una de ellas se refleja en la tabla 16.

Tabla 16. Nº de estructuras

Estructura	Nº
Captación	1.054
ETAP	134
Depósitos	1.393
Red Distribución	1.308
Fuentes no red	356

Fuente: EKUIS (Sistema de Información de aguas de consumo de la CAPV)

Hay un total de 5.278 puntos de muestreo y en la Tabla 17 se muestra el número de muestras realizadas por año.

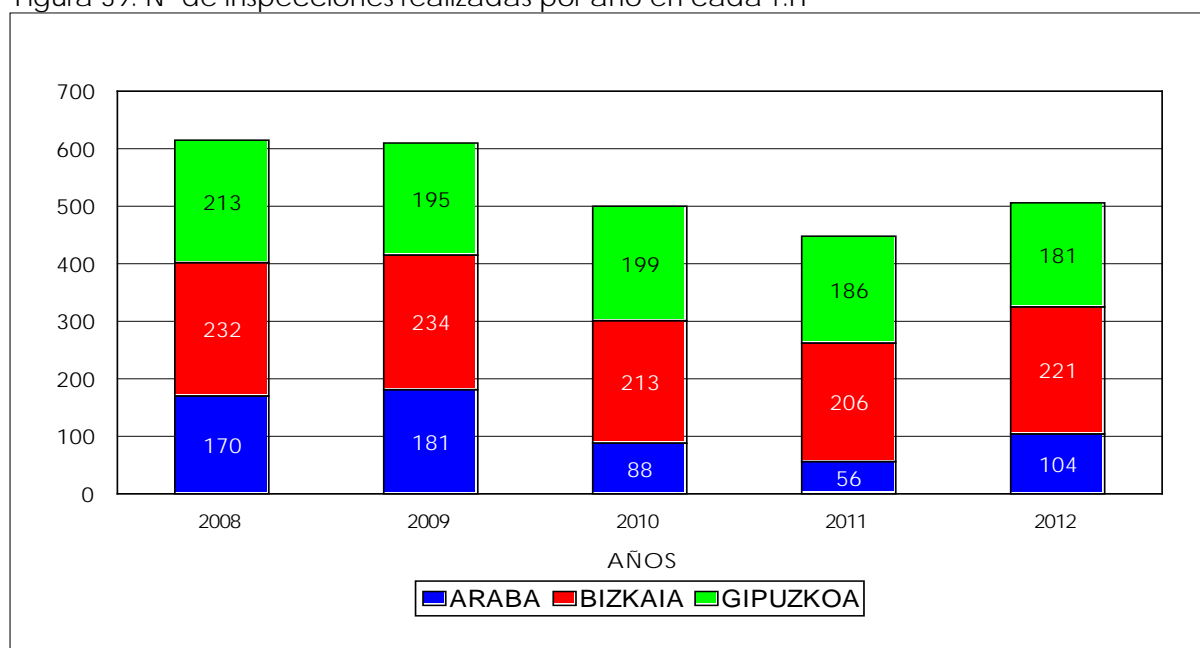
Tabla 17. Nº de muestras analizadas por año

AÑO	2008	2009	2010	2011	2012
Nº muestras	18.772	18.699	19.757	19.665	20.203

Fuente: EKUIS (Sistema de Información de aguas de consumo de la CAPV)

En el siguiente gráfico (Figura 39) podemos ver el nº de inspecciones que se han realizado durante el periodo 2008-2012.

Figura 39. Nº de inspecciones realizadas por año en cada T.H



Fuente: EKUIS (Sistema de Información de aguas de consumo de la CAPV)

A lo largo de este periodo también se han realizado varios trabajos de investigación, estudios y publicaciones:

- Guía para la elaboración de programas de control y gestión de los abastecimientos de agua de consumo de la CAPV (2008).

Objetivo: facilitar a las Unidades de Control y Vigilancia la elaboración de los Programas de control y gestión de los abastecimientos. La guía incorpora los principios del Análisis de Peligros y Puntos de Control Críticos y directrices del Departamento.

- Estudio sobre la cesión de plomo procedente de instalaciones de fontanería en centros escolares de la CAPV (2010).

Objetivo: estimar la presencia de plomo en los elementos de distribución de agua de los centros de educación infantil de la CAPV y valorar su problemática.

- Estudio sobre la cesión de plomo y otros metales de las instalaciones de fontanería al agua de consumo en la CAPV (2010).

Objetivo: conocer y valorar la exposición a plomo y otros metales relacionados con los materiales de las tuberías, a través del consumo de agua de las zonas de abastecimiento (ZA) de la CAPV.

- Contaminantes procedentes del tratamiento de las aguas de consumo en la CAPV: Evaluación del riesgo y las alternativas de tratamiento (2011).

Objetivo: conocer la exposición a subproductos de la desinfección de la población de la CAPV y valorar las posibilidades de actuación en el agua bruta y/o en los tratamientos para reducir las concentraciones de los mismos.

- Evaluación Impacto en la Salud (EIS) de la fluoración del agua de consumo en la CAPV (2012).

3 - AGUAS DE BAÑO

PLAYAS

El Programa de Control y Vigilancia de las Zonas de Baño se lleva a cabo desde los años 80 en las playas de la CAPV.

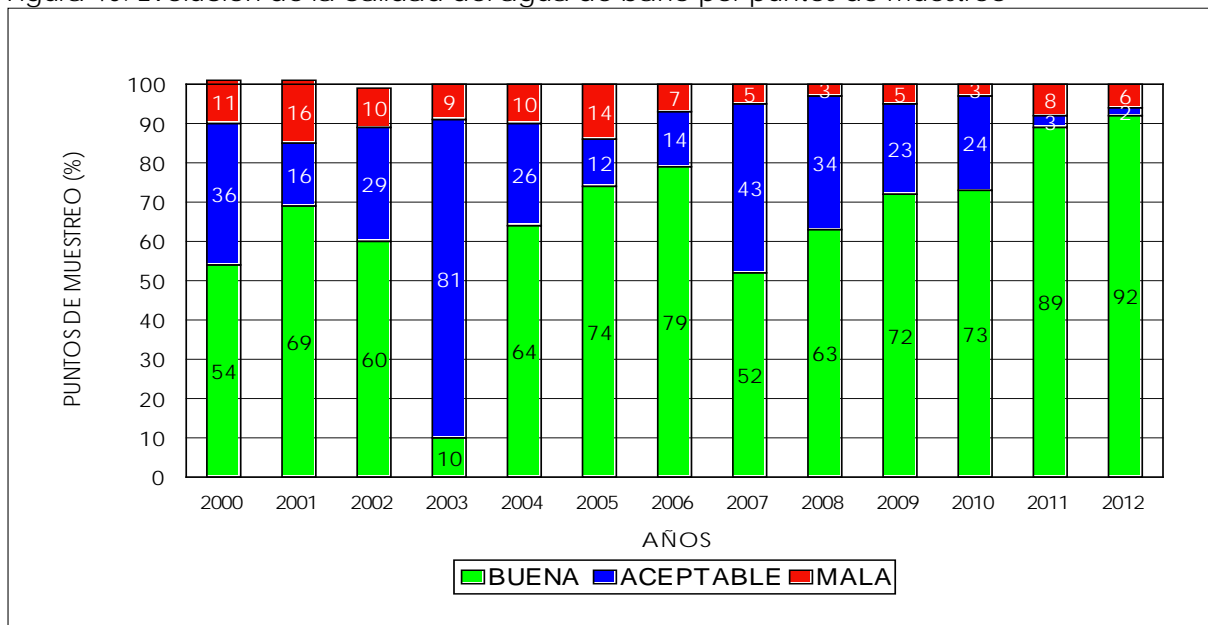
En la tabla siguiente (Tabla 18) se recoge el nº de zonas de baño censadas en la CAPV junto con los puntos de muestreo para el control de la calidad de las aguas.

Tabla 18. Zonas de baño y puntos de muestreo por TH (nº)

TERRITORIO	ZONAS DE BAÑO	PUNTOS DE MUESTREO
Araba	5	5
Bizkaia	21	32
Gipuzkoa	15	23
CAPV	41	60

La calidad de las aguas de baño ha mejorado en los últimos años debido en gran parte a la entrada en funcionamiento de varias EDAR (Estaciones Depuradoras de Aguas Residuales) (Figura 40).

Figura 40. Evolución de la calidad del agua de baño por puntos de muestreo

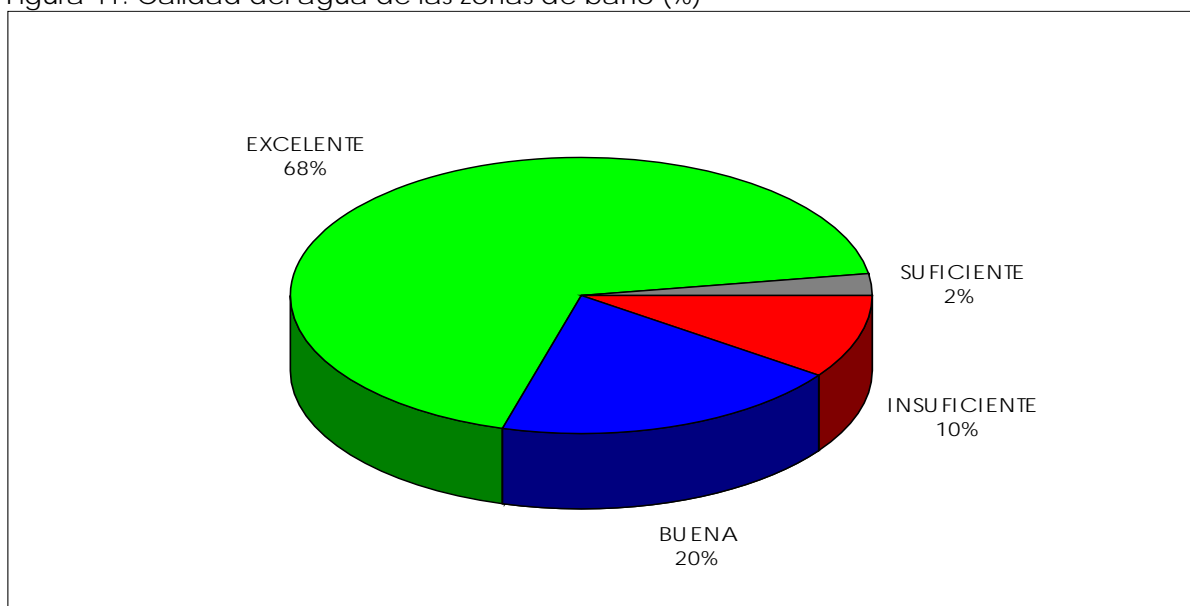


Fuente: Subdirecciones de Salud Pública y Adicciones.

Tras la valoración de los resultados de los muestreos de la temporada 2012, el 92 % de las aguas de baño tenían calidad buena, un 2 % aceptable y un 6% mala.

Las zonas de baño se clasifican en base a los resultados de las 4 últimas temporadas de baño, según La Directiva 2006/7/CE. La primera clasificación se efectuó al finalizar la temporada 2011 con lo datos de los años 2008-2009-2010-2011; clasificándose las zonas de baño como de calidad Insuficiente, Suficiente, Buena y Excelente (Figura 41).

Figura 41. Calidad del agua de las zonas de baño (%)



Fuente: Subdirecciones de Salud Pública y Adicciones.

Esa misma directiva establece obligaciones en relación a la facilitación de información en las inmediaciones de las zonas de baño. Para cumplir con ello en 2012 se diseñaron unos carteles para ubicar en las zonas de baño, en colaboración con los órganos ambientales correspondientes (URA-Agencia Vasca del Agua y CHE-Confederación Hidrográfica del Ebro) y con los Ayuntamientos y Diputaciones Forales de los tres territorios.

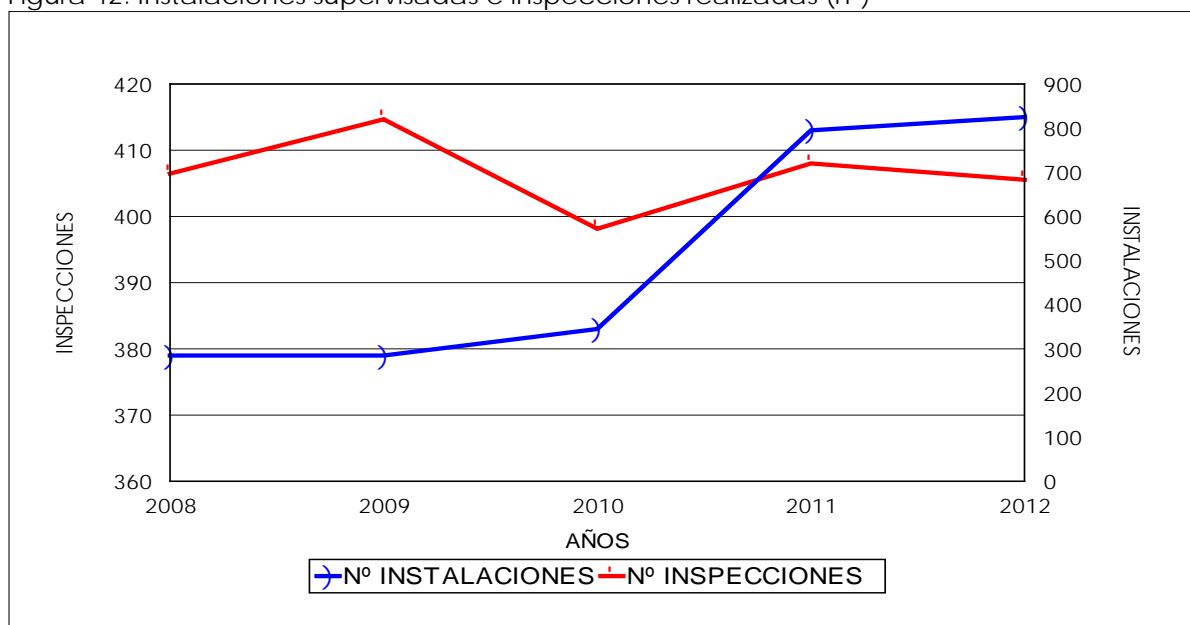
En 2011 se trabajó con los representantes de la ARS (Pyrénées-Atlantiques) en la elaboración de un protocolo y unas fichas para el intercambio de información transfronterizo en caso de presencia de vertidos o *Physalia physalis* (Carabela Portuguesa). El proceso de intercambio de información se produce de forma satisfactoria.

En 2012 se participó en una actuación coordinada por SOS Deiak para la elaboración de un proyecto predictivo para avistamiento y alerta de medusas en periodo estival en las costas de la CAPV. El objetivo del proyecto Marmoka consiste en la localización de medusas, principalmente *Physalia physalis*. Las personas usuarias de embarcaciones informan a SOS-Deiak de la presencia de Carabelas y esos datos se aplican a modelos océano-meteorológicos que permiten prever la trayectoria de las mismas. En el caso de Salud Pública esa información serviría para prever la llegada de medusas a playas y alertar a los y las bañistas.

PISCINAS

Las principales actividades en el programa de piscinas son por una parte la aprobación de los planes de control y por otra la supervisión de las instalaciones que ya tienen ese plan de autocontrol aprobado. Se realizan inspecciones y toma de muestras de los vasos (Figura 42, Tablas 19, 20 y 21).

Figura 42. Instalaciones supervisadas e inspecciones realizadas (nº)



Fuente: Subdirecciones de Salud Pública y Adicciones.

Tabla 19. Instalaciones a controlar por TH y año (nº)

Nº instalaciones	2008	2009	2010	2011	2012
Araba	80	79	82	83	82
Bizkaia*	138	140	141	167	167
Gipuzkoa	161	160	160	163	162
CAPV	379	379	383	413	415

Fuente: Subdirecciones de Salud Pública y Adicciones.

*En los años 2008, 2009 y 2010 no están incluidas las del Ayuntamiento de Bilbao

Tabla 20. Inspecciones realizadas por TH y año en 2008-2012 (nº)

Nº inspecciones	2008	2009	2010	2011	2012
Araba	138	125	135	128	136
Bizkaia	295	401	153	286	241
Gipuzkoa	264	294	284	306	306
CAPV	697	820	572	720	683

Fuente: Subdirecciones de Salud Pública y Adicciones.

Tabla 21. Analíticas realizadas por TH y año en 2008-2012 (nº)

Nº analíticas	2008	2009	2010	2011	2012
Araba*	140	134	129	131	121
Bizkaia*	780	690	658	603	524
Gipuzkoa	416	478	506	534	584
CAPV	556	612	1293	1268	1229

Fuente: Subdirecciones de Salud Pública y Adicciones.

*No están incluidas las analíticas de los Ayuntamientos de Bilbao y Vitoria-Gasteiz.

4. PREVENCIÓN Y CONTROL DE LA LEGIONELOSIS

Dentro del programa de prevención y control de la legionelosis se trabaja con un censo de establecimientos/instalaciones priorizadas en función de su riesgo como posibles focos propagadores de la Legionella. A lo largo del periodo 2008-12 se ha continuado con las tareas de inspección y/o supervisión de esas instalaciones tales como torres de refrigeración, redes de agua interior de los edificios de uso público (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, balnearios, hoteles y campings) (Tablas 22 y 23).

Tabla 22. Censo de establecimientos priorizados para su control

Establecimientos por sectores	Araba	Bizkaia	Gipuzkoa	CAPV
Sector industrial, comercial y servicios	140	275	213	628
Hospitales y clínicas	7	19	17	43
Hoteles, residencias, albergues, balnearios	93	162	150	405
Instalaciones deportivas	34	108	71	213
Otros	19	31	2	52
TOTALES	293	595	453	1.341

Fuente: Unidades de Sanidad Ambiental.

Tabla 23. Número de instalaciones inspeccionadas o supervisadas

Instalaciones	2008	2009	2010	2011	2012	Total
Circuitos de refrigeración (torres, condensadores,...)	289	187	231	178	183	1.068
Circuitos de ACS y AFCH	300	267	300	343	364	1.574
Vasos de hidromasaje, spas	37	41	39	58	60	235
Otros	9	5	19	113	31	177
TOTALES	635	500	589	692	638	3.054

Fuente: Unidades de Sanidad Ambiental.

Además del control de la situación estructural y del programa de mantenimiento de las instalaciones también se realizan controles analíticas para ver el grado de colonización de las mismas y valorar la necesidad de actuaciones correctoras. En torno al 13% de los muestreos han resultado positivos a Legionella (Tabla 24).

Tabla 24. Número de controles analíticos realizados por tipo de instalación

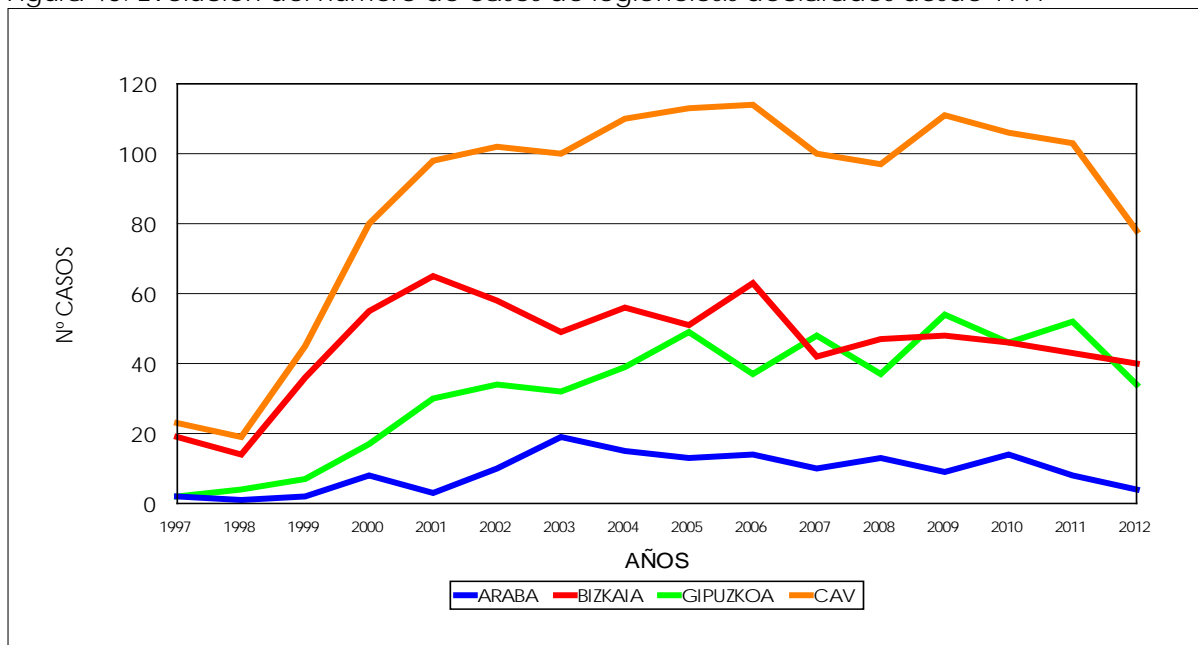
Instalaciones	2008	2009	2010	2011	2012	Total
Circuitos de refrigeración (torres, condensadores,...)	164	260	319	286	266	1.295
Circuitos de ACS y AFCH	543	659	728	738	714	3.382
Vasos de hidromasaje, spas	114	124	125	105	123	591
Otros	31	37	39	43	69	219
TOTALES	852	1.080	1.211	1.172	1.172	5.487
% Muestras positivas a Legionella	15	14	13	12	13	13

Fuente: Unidades de Sanidad Ambiental.

Además, se han realizado actuaciones específicas sobre otros tipos de instalaciones para ir cubriendo nuevos sectores, como por ejemplo el de los lavaderos de vehículos.

En 1997 la legionelosis fue declarada enfermedad de declaración obligatoria y a lo largo de los primeros años se fue observando un incremento en los casos registrados en la CAPV hasta el año 2002 en el que la utilización de la detección del antígeno en orina como prueba diagnóstica adquirió un carácter generalizado. A partir de esa fecha se ha producido una estabilización en el número de casos registrados que se ha mantenido en torno a los 100-110 casos anuales (tasa en torno a 5 casos por cada 100.000 habitantes). No obstante cabe destacar el apreciable descenso que se ha producido en 2012 (Figura 43).

Figura 43. Evolución del número de casos de legionelosis declarados desde 1997



Fuente: Unidad de Vigilancia Epidemiológica.

En 2012 se ha elaborado una "Guía para la toma de muestras" como referencia a tener en cuenta dentro del control preventivo de la legionelosis a llevar a cabo en las instalaciones de riesgo.

5. PRODUCTOS QUÍMICOS

Se realizan tareas de vigilancia, inspección, control y sanción de la legislación relacionada con las sustancias y preparados químicos. El control sanitario de los productos químicos se dirige a prevenir y limitar los efectos perjudiciales para la salud humana derivados de la exposición a los mismos.

En este ámbito se controla la comercialización de los productos verificando la adecuación legal de los preceptivos registros, en su caso, y de los sistemas de información a los usuarios domésticos, profesionales e industriales, mediante la revisión del contenido del etiquetado y de las Fichas de Datos de Seguridad; priorizando productos clasificados peligrosos y dentro de estos los CMRs y sensibilizantes dérmicos e inhalatorios. En su caso se procede a la inmovilización y/o retirada del mercado hasta la corrección de las deficiencias. Por otra parte se realiza el control de las empresas de fabricación, comercialización y/o de servicios de tratamiento con plaguicidas no agrícolas, productos químicos de actividad biocida regulados además de por la normativa general de productos químicos, por normativa específica nacional y europea. Para esto la Comunidad Autónoma del País Vasco dispone de un **Registro Oficial de Establecimientos y Servicios Biocidas (ROESB)** en el que se inscriben previa comprobación de los requisitos exigidos y se tramitan ampliaciones o modificaciones de su actividad.

En 2012 se ha habilitado una aplicación en la que se han volcado todos los expedientes existentes de empresas inscritas para facilitar consultas y las tramitaciones.

Por otra parte también se autoriza la impartición de cursos de formación específicos destinados al personal aplicador de dichos productos. A lo largo del periodo 2008-12 se ha autorizado a 16 entidades de formación para impartir cursos de aplicación de biocidas (niveles básico y cualificado), cursos sobre tratamientos de la madera y cursos sobre prevención de la legionelosis.

A través del Sistema de Intercambio Rápido de Información sobre Productos Químicos (SIRIPO) de la Red de Alerta de Productos Químicos estatal se reciben notificaciones del Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad y de otras CCAA, y a su vez comunicamos las incidencias que se generan en la nuestra. Estas alertas corresponden fundamentalmente a irregularidades en la comercialización y aplicación de biocidas u otros productos químicos, y a deficiencias en el etiquetado y/o fichas de datos de seguridad de los mismos (Tabla 25).

Tabla 25. Actuaciones en proyectos vigilancia y control

		ACTUACIONES				
		2008	2009	2010	2011	2012
Registro ROESB ¹	Inscripciones/modificaciones/bajas	58	41	72	47	75
	Inspecciones	45	48	76	40	48
Red de Alerta SIRIPQ ²	Alertas tramitadas	25	21	25	27	37
	Alertas generadas	6	7	11	11	11
	Inmovilizaciones de productos	1	2	5	2	3
	Retiradas del mercado	0	0	1	1	3
	Expedientes sancionadores	0	0	0	1	1

¹ ROESB (Registro Oficial de Establecimientos y Servicios Biocidas)

² SIRIPO (Sistema de Intercambio Rápido de Información de Productos Químicos)

La Dirección de Salud Pública durante el periodo 2008-2012 además de las actuaciones de vigilancia e inspección sanitaria programados en diversas áreas (productos tratamiento de aguas, uso en piscinas, en espacios privados), ha participado en varios Proyectos Europeos organizados inicialmente por la Red **CLEEN** (Chemical Legislation European Enforcement Network - Red Europea de Ejecución de la Legislación Química) <http://www.cleen-europe.eu/> para comprobar el grado de cumplimiento de la legislación relacionada, con la Directiva de biocidas, abordando la inspección armonizada de biocidas (**Proyecto EUROBIOCIDAS**), y desde 2009 en la implementación del **Reglamento REACH**³ comprobando el (pre)registro de sustancias, y las obligaciones de los formuladores de mezclas en de la cadena de comercialización, (**Proyectos REACH-EN-FORCE -1 y 2** (REF-1 http://echa.europa.eu/documents/10162/13577/forum_ref-1_consolidated_report.pdf y REF-2 pendiente del informe final europeo)). Así mismo se ha verificado el cumplimiento de la legislación europea y nacional de detergentes por parte del sector industrial involucrado en la fabricación y comercialización de detergentes, productos de limpieza y/o tensioactivos (**Proyecto EURODETER**) (Tabla 26).

Tabla 26. Actuaciones en proyectos europeos de vigilancia y control

Proyectos	Empresas inspeccionadas	Productos comprobados
EUROBIOCIDAS (2008)	7	16
REF-1 (2009-2010)	9	237
REF-2 (2010-2011)	12	118
EURODETER (2012)	3	7

3 Reglamento (CE) n° 1907/06 relativo al registro, la evaluación, la autorización y la restricción de sustancias y preparados químicos (Reglamento REACH)

4 Reglamento (CE) n° 1272/2008 sobre clasificación, etiquetado y envasado de sustancias y mezclas. (Reglamento CLP).

Por otra parte se ha desarrollado un importante papel en la implementación de los Reglamentos REACH y CLP en la Comunidad Autónoma del País Vasco, promoviendo y participando junto con los Departamentos de Industria, Medio Ambiente, Kontsumobide y Osalan en la denominada Mesa Vasca de Coordinación REACH-CLP para articular una estrategia coordinada en el abordaje de la implementación de estos reglamentos.

6. OTRAS ACTUACIONES

La Dirección de Salud Pública y Adicciones conforme a las competencias asignadas en distintas áreas informa en atención a la protección de la Salud Pública en las tramitaciones administrativas siguientes:

INFORMES REALIZADOS EN RELACIÓN CON LA ADMINISTRACIÓN Y PLANEAMIENTO TERRITORIAL

Actividades clasificadas: se emiten informes sanitarios dentro de la 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 Salud, intervienen, además, la Diputación Foral o el Departamento de Medio Ambiente y Política Territorial del Gobierno Vasco, según sea el caso. Estos Organismos emiten un informe en el que se imponen las medidas correctoras necesarias y finalmente el Ayuntamiento otorga las licencias correspondientes.

Ordenación del Territorio: se emiten informes sanitarios en los expedientes tramitados a través de la Comisión de Ordenación del Territorio del País Vasco, que es el órgano superior consultivo y de coordinación de la Administración del País Vasco, en el área de actuación de la Planificación Territorial de la CAPV (Tabla 27).

Tabla 27. Informes relacionados con tramitaciones medioambientales

ACTUACIONES		2008	2009	2010	2011	2012
Actividades clasificadas	En suelo residencial					
	Informes	585	393	514	508	256
	En suelo industrial y no urbano					
	Informes	870	638	529	509	396
Autorizaciones Ambientales Integradas	Informes	226	29	12	8	3
Evaluaciones de Impacto Ambiental	Informes	130	120	159	138	100
Ordenación del territorio	Informes emitidos	3	1	4	12	22

A continuación se desglosan los expedientes de actividades clasificadas según el tipo de actividad (Tabla 28).

Tabla 28. Proyectos de actividades clasificadas tramitados en el período 2008-2012

ACTIVIDADES CLASIFICADAS	PROYECTOS RECIBIDOS				
	2008	2009	2010	2011	2012
Agricultura y ganadería	57	33	44	54	30
Industrias extractivas	24	10	8	4	4
Industrias manufactureras	299	244	205	227	131
Suministro de energía, gas, vapor y aire acondicionado	30	4	4	1	6
Suministro de agua, actividades de saneamiento, gestión de residuos y descontaminación	20	21	20	24	10
Construcción	10	16	16	14	11
Comercio al por mayor y menor, reparación de vehículos de motor y motocicletas	154	174	143	225	155
Transporte y almacenamiento	177	37	95	33	31
Hostelería	306	263	280	220	126
Información y comunicaciones	117	21	21	8	3
Actividades financieras y de seguros	35	42	25	29	10
Actividades profesionales, científicas y técnicas	20	17	7	8	13
Actividades administrativas y servicios auxiliares	12	6	8	7	7
Educación	2	10	9	3	1
Actividades sanitarias y de servicios sociales	7	10	8	2	1
Actividades artísticas, recreativas y de entretenimiento	45	15	16	20	12
Otros servicios	9	10	35	36	22
Total	1.324	933	944	915	573

Fuente: Unidades de Sanidad Ambiental.

La fuerte disminución de los proyectos de actividades tramitados en 2012 viene motivada por la entrada en vigor de la Ley 7/2012, de 23 de abril, de modificación de diversas leyes para su adaptación a la Directiva 2006/123/CE, de 12 de diciembre, del Parlamento Europeo y del Consejo, relativa a los Servicios en el mercado interior, y en la que se establecen los proyectos que ya no estarán sometidos al procedimiento de autorización de actividad y que solo requerirán una notificación para obtener la licencia municipal correspondiente.

RESIDUOS SANITARIOS

Se tramitan los expedientes para obtener la resolución favorable de los Planes de Gestión de Residuos de los centros sanitarios (Tabla 29). Se ha trabajado en coordinación interdepartamental en la revisión del decreto autonómico en aras de buscar una mayor agilidad y sencillez en los procedimientos administrativos.

Tabla 29. Planes de gestión de residuos sanitarios tramitados

ACTUACIONES		2008	2009	2010	2011	2012
Residuos sanitarios	Informes emitidos	272	167	100	193	305
	Inspecciones	229	153	127	170	178
	Planes de residuos aprobados	448	153	100	102	93

SANIDAD MORTUORIA

Se tramitan los expedientes para obtener las autorizaciones de las empresas funerarias, cementerios, tanatorios y crematorios, así como para el traslado de cadáveres, de restos humanos y de restos cadavéricos (Tabla 30).

Tabla 30. Expedientes de sanidad mortuoria tramitados

ACTUACIONES		2008	2009	2010	2011	2012
Sanidad mortuoria	Informes emitidos	9	9	10	10	14
	Inspecciones	6	7	25	25	25
	Autorizaciones de cementerios	7	7	6	9	4
	Autorizaciones de crematorios	0	1	1	4	1
	Autorizaciones de tanatorios	3	2	4	4	7
	Expedientes sancionadores	0	0	0	0	1

PLANES DE EMERGENCIA EXTERIOR

Se emiten informes sanitarios en los expedientes tramitados para la aprobación de los Planes de Emergencia Exterior correspondientes a diversas empresas de la CAPV que están sujetas al Real Decreto 1254/1999 de 16 de julio (normativa Seveso) por el que se adoptan las medidas de control y limitación de los riesgos inherentes a los accidentes graves en los que intervienen sustancias peligrosas al objeto de proteger a las personas, los bienes y el medio ambiente (Tabla 31).

Tabla 31. Planes de emergencia exterior informados

ACTUACIONES		2008	2009	2010	2011	2012
PEE	Planes informados	7	8	2	2	7

SEGURIDAD ALIMENTARIA

1. ESTABLECIMIENTOS ALIMENTARIOS

El Programa de control de establecimientos alimentarios de la CAPV tiene como objetivo, realizar las inspecciones a los establecimientos, con una frecuencia basada en el riesgo sanitario particular de cada establecimiento alimentario.

Actualmente los establecimientos alimentarios de la CAPV, están clasificados en cinco grupos según su nivel de riesgo global (que determina las frecuencias de control) y sus condiciones higiénico-sanitarias en particular (que determinan la oportunidad de mejora de los establecimientos)

La mejora de las condiciones higiénico sanitarias, conseguirá la mejora de la calidad sanitaria de los establecimientos alimentarios y los alimentos que producen, comercializan etc., objetivo prioritario del Plan de control del Departamento.

El Plan, incluye diferentes tipos de visitas de control cuyo nivel de ejecución y resultados de mejora, se presentan a continuación.

Los establecimientos se clasifican de acuerdo a los siguientes criterios:

- 1- Alimentos que se manipulan (de mayor a menor riesgo)
- 2- Tipo de actividad que se realiza (a mayor manipulación, mayor riesgo)
- 3- Procesado del alimento (menor riesgo cuando hay procesado que elimina peligros, por ejemplo esterilización)
- 4- Cantidad de alimentos que se manipulan y población de destino (mayor riesgo cuando hay elevadas cantidades de alimentos manipulados, y en el caso en que el alimento se destina a poblaciones de riesgo, como niños, ancianos, etc).

Además se tienen en cuenta las condiciones higiénico-sanitarias del establecimiento, que se conocen a través de las visitas de inspección.

A- SITUACIÓN DE LOS ESTABLECIMIENTOS

El censo de establecimientos se mantiene, con un ligero ascenso en 2012, no achacable a una mayor actividad económica, sino al requerimiento de registro de establecimientos que anteriormente no se censaban (Figura 44).

El riesgo de los establecimientos alimentarios se mantiene en general, variando en el último ciclo estudiado hacia un descenso en el grupo C (de riesgo intermedio) y un incremento notable en el grupo de menor riesgo (A) (Figura 45).

Figura 44. Número de establecimientos

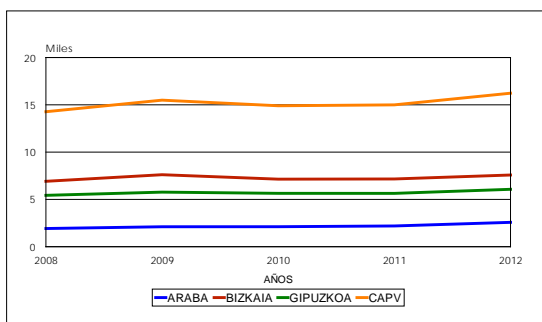
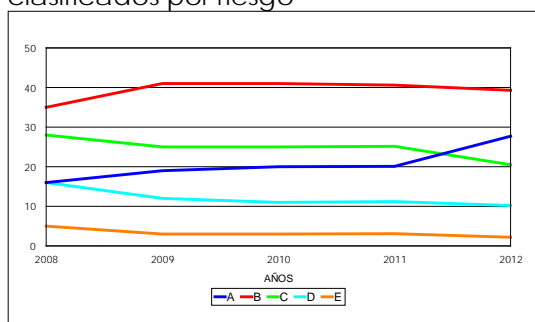


Figura 45. Porcentaje de establecimientos clasificados por riesgo



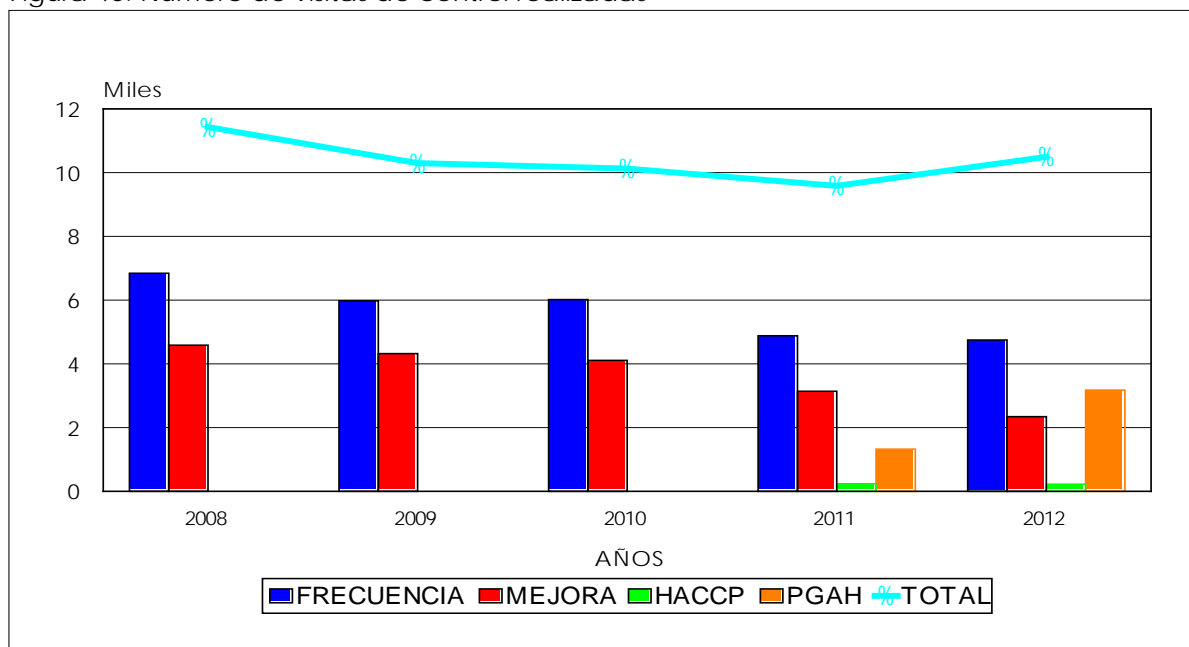
B- PROGRAMA DE CONTROL

1- Inspecciones por riesgo

Las visitas de control por riesgo sanitario, tienen como objetivo verificar las condiciones higiénico-sanitarias de los establecimientos en visitas por riesgo iniciales, e implantar acciones correctoras para la mejora de las mismas, en caso de incumplimientos no subsanados y verificados en visitas de mejora.

También se verifican las condiciones de los sistemas de autocontrol (HACCP) que las industrias tienen que tener implantados (figura 46).

Figura 46. Número de visitas de control realizadas



El número de inspecciones de riesgo (frecuencia y mejora) disminuye de forma progresiva debido a varios factores:

- el número de establecimientos de mayor riesgo se ha reducido
- el porcentaje de inspecciones de seguimiento respecto a las de

frecuencia iniciales se va reduciendo

- parte de los recursos durante el 2011 y 2012 se dedicaron a la ejecución del PGAH así como a la ejecución de auditorías de HACCP,
- La actividad global y los recursos se mantienen, aunque con una distribución de cargas horarias y dedicación diferente en base a los planes especiales de mejora que se planifican.

2- Auditorías de HACCP

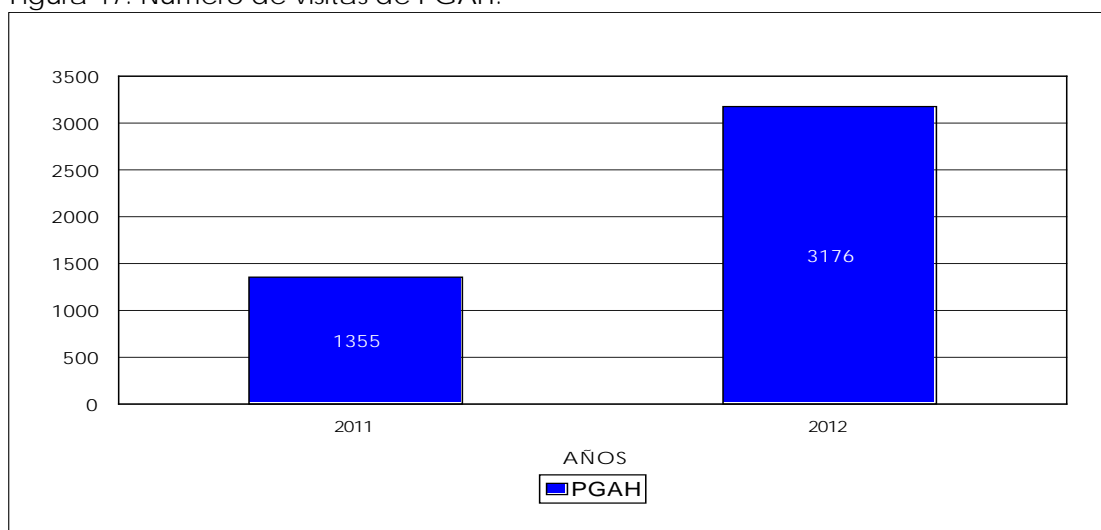
Con el fin de potenciar la contribución de la sociedad vasca a la salud pública, asumiendo el papel de agente y gestor de su responsabilidad, se ha continuado impulsando, como una herramienta eficaz para prevenir riesgos sanitarios derivados del consumo de alimentos, la implantación de un programa de autocontrol, es decir, de sistemas de aseguramiento de la calidad basados en el sistema **HACCP¹⁵, por parte de las empresas de elaboración**. Se realizan unas 250 auditorías anuales del sistema.

3- Plan especial de PGAH

Siendo el sector de hostelería el mayoritario en la CAPV, y teniendo en cuenta los resultados de controles anteriores así como datos de intoxicaciones, brotes, etc., en el 2011 y 2012 se ejecutó dentro del Plan anual de control de la CAPV un programa especial de mejora de las condiciones del sector a través de la implantación de un Plan Genérico de Autocontrol en Hostelería (PGAH) realizado por el Departamento de Sanidad en colaboración con los hosteleros (Figura 47).

El programa incluyó la realización de reuniones directas en todas las localidades importantes entre los responsables de los establecimientos y los Técnicos de Salud, y en la que se explicó el Plan y se les hacía entrega del manual elaborado por el Departamento para realizar las tareas de autocontrol de forma eficaz.

Figura 47. Número de visitas de PGAH.



El grado de ejecución de auditorías de HACCP es el mismo en 2011 y 2012.

Las visitas del Plan de autocontrol en hostelería entre el 2011 y 2012 han permitido llegar al 100% de los establecimientos de hostelería. En una primera visita a todos los establecimientos de hostelería, se informó nuevamente del Plan y se resolvieron las principales dudas. En sucesivas visitas se ha evaluado su implantación. Los datos de la siguiente gráfica muestran los establecimientos que ya tienen el Plan implantado en diciembre de 2012.

En 2013 se terminarán todas las visitas programadas, y de acuerdo a los resultados que se han obtenido, estimamos que el 82% de los establecimientos de hostelería tendrán implantado el plan de autocontrol en diciembre de este año (Figura 48).

Hay diferencias significativas en la adaptación de los establecimientos al Plan Genérico de autocontrol; los comedores institucionales alcanzan porcentajes superiores al resto, como puede apreciarse en la figura 49.

Figura 48. Porcentaje de establecimientos de hostelería con autocontrol.

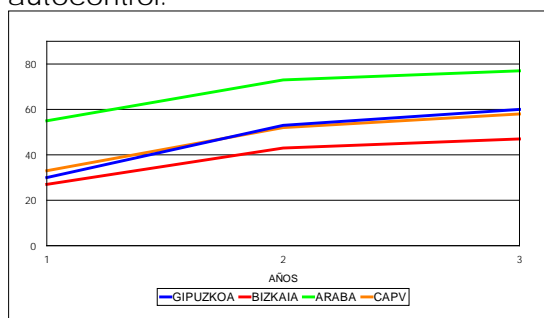
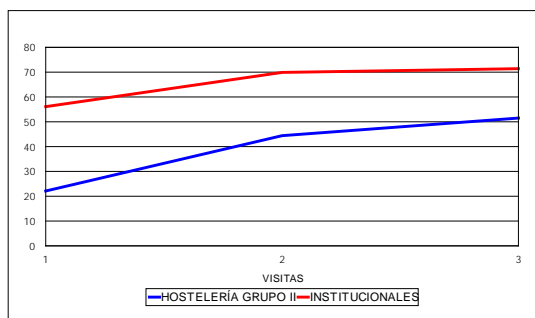


Figura 49. Establecimientos de hostelería con autocontrol. Grupo II e instituciones.



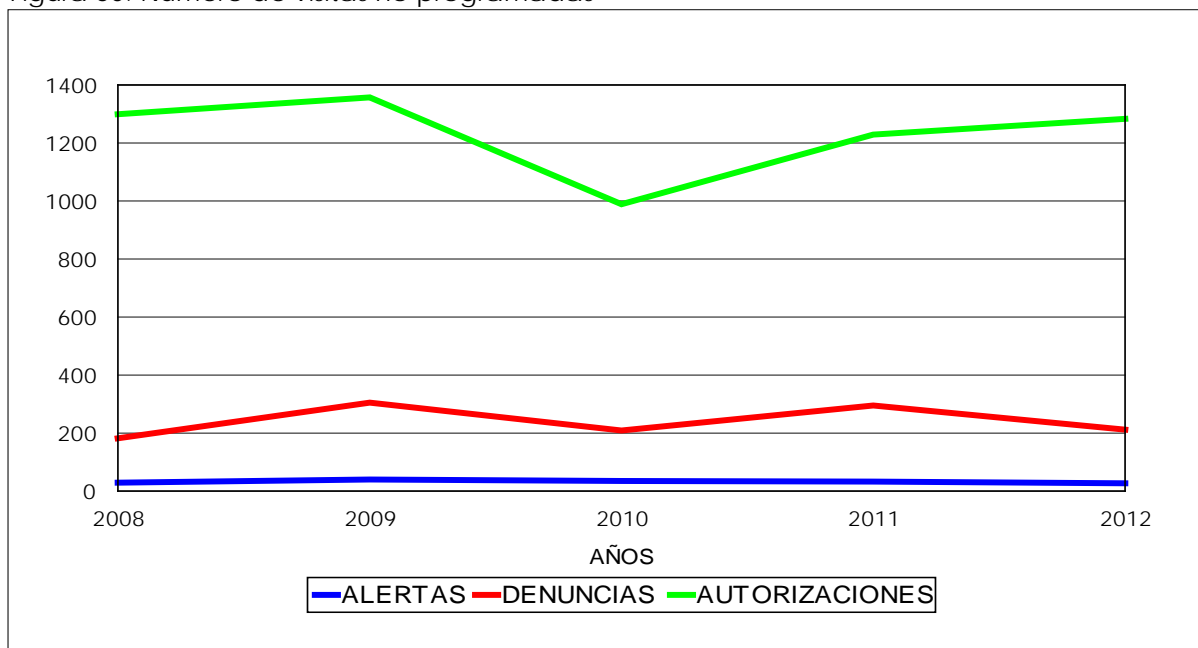
Hay que destacar que este Plan ha tenido un seguimiento especial por parte del Parlamento Vasco. La Directora de Salud Pública lo explicó en la Comisión de Sanidad y posteriormente se contestaron 16 preguntas parlamentarias referidas fundamentalmente al seguimiento del cronograma que se comunicó al Parlamento Vasco.

4- Otras actividades de control

Además de las actividades de control programadas, hay otro tipo de actividades no previstas y que conllevan las actuaciones específicas en el momento en que se requiere. Entre estas actuaciones se encuentran las de

- autorización sanitaria de funcionamiento: las realizadas cuando los establecimientos inician su actividad.
- alertas: visitas realizadas cuando se producen notificaciones de la red de alerta europea sobre establecimientos o productos que pueden afectar a la salud de los consumidores.
- denuncias o reclamaciones: visitas que se generan por las reclamaciones de particulares o derivadas de actividades de control de distintas Administraciones, en relación con establecimientos o productos que pueden suponer un riesgo para la salud (Figura 50).

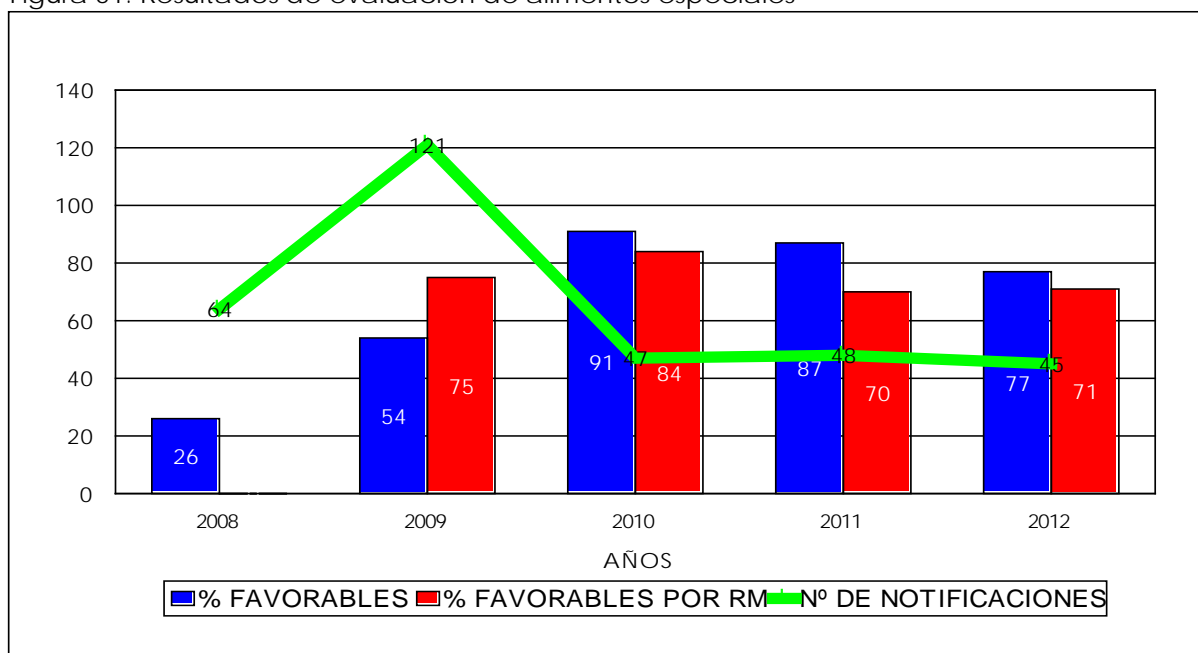
Figura 50. Número de visitas no programadas



5- Actividad de control de etiquetado específico en alimentos especiales

Los operadores económicos tienen el requerimiento legal de notificar a la autoridad competente los complementos alimenticios y los dietéticos que comercializan por primera vez en la CAPV (Figura 51).

Figura 51. Resultados de evaluación de alimentos especiales



La media de notificaciones favorables respecto a las notificaciones recibidas en los cinco años es de 69%.

La media de notificaciones consideradas favorables por reconocimiento mutuo es de 75%. No se considera el año 2008 ya que en este año no estaba publicada la normativa que afecta al reconocimiento mutuo de comercialización de alimentos en los distintos países de la Unión Europea.

Esto quiere decir que del total de los productos notificados, el 75% presentan documentación acreditativa de comercialización en otros países de la UE, (favorable por reconocimiento mutuo) y únicamente el 25% son favorables cuando no presentan esta acreditación.

2. ESTADO NUTRICIONAL DE YODO

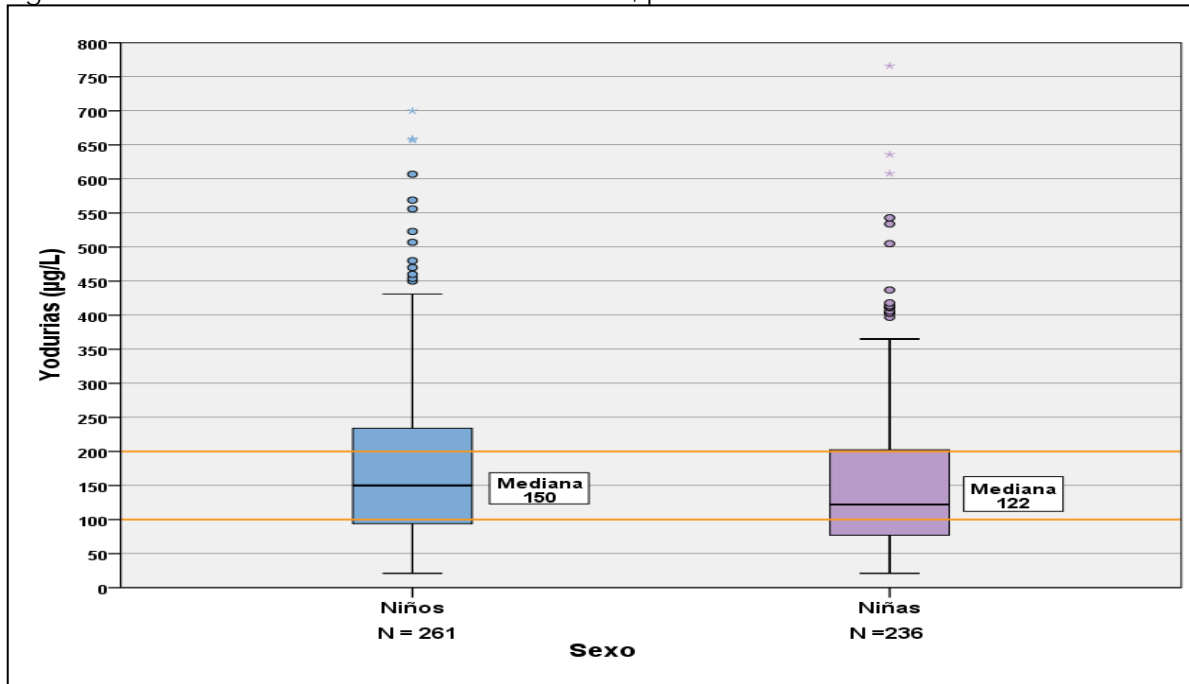
El yodo es un componente esencial de las hormonas tiroideas, necesarias para la regulación y estimulación del metabolismo y el control de la temperatura corporal, así como para el inicio del crecimiento y desarrollo normal de la mayor parte de los órganos, especialmente del cerebro, durante la edad fetal y postnatal inicial.

Cuando hay un aporte insuficiente de yodo, la glándula tiroides no es capaz de sintetizar suficiente cantidad de hormonas tiroideas. En función de la severidad del déficit y del momento de la vida en que se produzca, el espectro de problemas de salud puede ser muy amplio, aunque la manifestación más frecuente y a la vez perceptible es el bocio.

Desde la Dirección de Salud Pública se han realizado en los últimos años diversas actividades de vigilancia del estatus de yodo en la población infantil que han puesto de manifiesto que se ha superado la deficiencia leve-moderada que se venía padeciendo de forma secular. Este cambio en el estado de nutrición del yodo es atribuible al incremento en la utilización de sal yodada y sobre todo al aumento del contenido de yodo en la leche de vaca.

En la figura 52 se muestran los resultados más recientes de yodurias en niños de nuestra Comunidad (2011), correspondientes a los participantes en el estudio Tirokid, en el que participaron escolares de seis años de todas las Comunidades Autónomas. Como puede observarse, las medianas corresponden a un estado de nutrición óptimo de yodo según los criterios de la OMS (entre 100 y 200 µg/L).

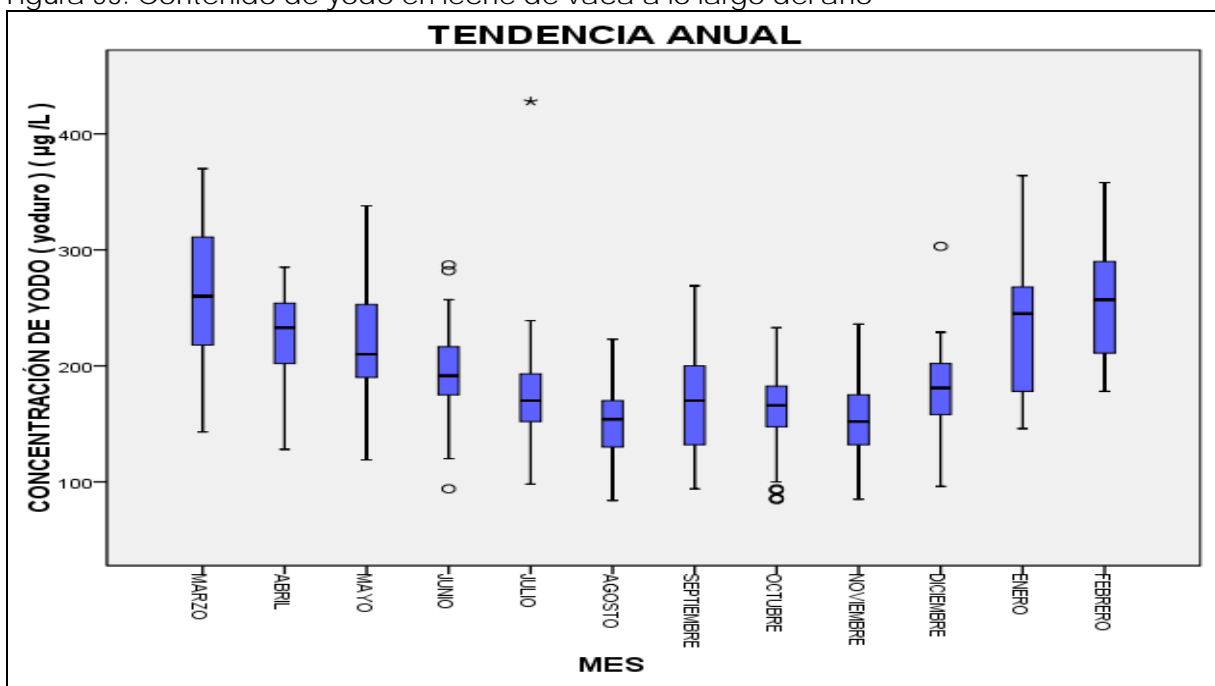
Figura 52. Yodurias del estudio Tirokid-Pais Vasco, por sexo



Fuente: Estudio Tirokid Pais Vasco, Dirección de Salud Pública 2011

Los contenidos de yodo en leche de vaca se representan en la figura 53, donde además se puede observar la variación estacional atribuible a los cambios de alimentación de los animales a lo largo del año. Estos resultados proceden de un Estudio en el que se analizaron cada mes 41 muestras de leche pertenecientes a 14 marcas comerciales diferentes de venta en establecimientos de alimentación de la CAPV.

Figura 53. Contenido de yodo en leche de vaca a lo largo del año



Fuente: Estudio de contenidos de yodo en leche de vaca a lo largo del año, Dirección de Salud Pública 2009.

Por lo que respecta al estatus de yodo en el embarazo y la lactancia y la necesidad y seguridad de la utilización de suplementos, la Dirección de Salud Pública, en colaboración con La Dirección General de Investigación y Salud Pública de la Generalitat de Valenciana, organizó un taller de expertos para elaborar recomendaciones consensuadas respecto a la suplementación con yodo y ácido fólico durante el embarazo y la lactancia (http://www.osakidetza.euskadi.net/r85-gkgnr100/es/contenidos/informacion/publicaciones_informes_estudio/es_pub/adjuntos/Taller_yodo_embarazo_lactancia.pdf)

Las principales conclusiones respecto al yodo fueron las siguientes:

La suplementación universal con comprimidos de IK durante la gestación y la lactancia materna en estos momentos no está justificada en España, ya que con el contenido de yodo en la sal yodada y en la leche y derivados lácteos es posible cubrir las necesidades en la gestación y lactancia, evitando asimismo los posibles riesgos del exceso.

La suplementación farmacológica durante el embarazo y la lactancia debería individualizarse y quedar restringida exclusivamente para las mujeres en riesgo de realizar ingestas insuficientes de yodo o desarrollar disfunción tiroidea en estas etapas. Es decir, a las mujeres que no toman ni van a tomar leche ni derivados lácteos y mujeres que no consumen ni van a consumir sal yodada.

Asimismo es importante que desde los servicios de salud se promueva una alimentación equilibrada, se fomente el consumo de alimentos ricos en yodo y se sustituya la sal sin fortificar por sal yodada.

3. VIGILANCIA DE LA CALIDAD ALIMENTOS

A. SEGURIDAD MICROBIOLÓGICA DE LOS ALIMENTOS

Entre las actividades de control de establecimientos y alimentos se realizan actividades destinadas a la vigilancia y control de la seguridad microbiológica de los alimentos, elaborados y comercializados en la Comunidad Autónoma.

La seguridad microbiológica de los alimentos se enfoca en dos planos diferentes por un lado vigilar la seguridad de los alimentos elaborados y manipulados en la Comunidad Autónoma (Plan de verificación analítica en el control oficial de establecimientos) y de los alimentos comercializados, pero elaborados fuera de la Comunidad Autónoma (plan de vigilancia horizontal de patógenos).

En aquellos casos en que se han realizado recuento de indicadores por encima de los valores recomendados se ha realizado seguimiento, para la mejora de las condiciones higiénicas sanitarias de los establecimientos, y en caso de presencia de patógenos la toma de medidas (intervención cautelara, decomiso,..), para la minimización del riesgo.

Plan de verificación analítica en el control oficial de establecimientos

Se trata de un plan plurianual en el que se está realizando investigación analítica de los alimentos elaborados y manipulados en los establecimientos que realizan esta actividad en la Comunidad Autónoma. Han sido seleccionados los sectores considerando el riesgo microbiológico del alimento, el volumen de producción y el factor cliente. No se han incluido sectores de bajo riesgo microbiológico como el de bebidas, salvo el agua envasada, cafés y estimulantes, aditivos, complementos, grasas, conservantes, oleaginosas, tubérculos o legumbres.

Hasta 2012 fueron investigados el 100% de los establecimientos de elaboración de leche y productos lácteos, de la pesca y derivados, elaboración de productos vegetales, ovoproductos, envasadores de agua, quedan pendientes algunos de los sectores más numerosos, en productos cárnicos: carnicerías salchicherías, en el sector de comidas preparadas: platos preparados industriales y no industria, comidas preparadas del grupo III de hostelería, e institucionales.

Los parámetros analizados fueron de seguridad del producto (patógenos) e indicadores de higiene.

Los parámetros de seguridad con mayor número de determinaciones fueron *Salmonella spp* y *Listeria monocytogenes*, *Salmonella spp* con 6.324 determinaciones, aislándose en 46 (0,72%) ocasiones y *Listeria monocytogenes* 5.560 investigaciones analíticas y 41 (0,74%) muestras con positivos.

El número de muestras tomadas fue diferente en cada establecimiento ya que esta en relación a la variedad de productos elaborados (Tabla 32).

Tabla 32. Vigilancia microbiológica establecimientos, muestras por sector y resultados 2008-2012

Establecimientos		Muestras		
Sector	Nº	Total	Incorrectas	% incorrectas
Elaboración de comidas preparadas	1.011	1991	288	14,6
Obradores de pastelería	372	582	259	44,5
Leche y productos lácteos	255	450	84	18,7
Carne y productos cárnicos	665	1154	112	9,7
Pesca y derivados	159	315	30	9,5
Elaboradores de productos vegetales	7	23	1	4,3
Envasado de agua	3	6	0	-
Ovoproductos	1	12	0	-
TOTAL	2.473	4.533	774	17,1

- Comidas preparadas

Los incumplimientos correspondieron mayoritariamente a indicadores de higiene. En cuanto a patógenos en 2010 se aisló *Salmonella* spp en 3 muestras.

- Obradores de pastelería

Los resultados no aceptables correspondieron a parámetros de higiene, acumulando un mayor número en 2009, en que la norma microbiológica del sector incluía la investigación de mohos y levaduras que presentaron un alto porcentaje de incumplimientos (50%), en 2010 esa norma fue modificada, excluyendo los mohos y levaduras. Es el sector con porcentaje de incumplimientos, correspondiendo a parámetros de higiene salvo una muestra con recuentos elevados de *Listeria monocytogenes* en 2009.

- Leche y productos lácteos

Fueron analizadas 159 muestras de queso elaborado con leche cruda, 121 de helados a base de leche, 88 de leche pasteurizada, 29 de queso fresco, 16 de leche cruda y 37 de diversos productos (kefir, cuajada, yogurt, nata, leche UHT y gaztezaharra)

Los incumplimientos de higiene, corresponden a leche pasteurizada de maquinas expendedoras.

El parámetro de seguridad presente en mayor número de muestras fue enterotoxina estafilocócica en quesos curados elaborados con leche cruda, un total de 10, en 2009 fue el año con mayor número de incumplimientos, 5 muestras.

- Carne y productos cárnicos

El total de 1.154 muestras corresponden a 804 de preparados de carne, 212 de productos cárnicos, 128 de platos cocinados cárnicos y 10 a carne picada

Los productos cárnicos es el alimento en los que se ha aislado *Salmonella* spp en más ocasiones, un total de 30, seguido de *Listeria monocytogenes* en 9 ocasiones y *Campylobacter* spp en 1. El resto de incumplimiento corresponde a indicadores.

- Productos de la pesca y sus derivados

Las muestras analizadas corresponden a 102 muestras de moluscos bivalvos, 63 de pescado seco-salazonado, 56 de conservas, 50 de pescados ahumados, y 44 de semiconservas.

Los ahumados es el alimento que ha presentado mayor número de incumplimientos en parámetros de seguridad 23 aislamientos de *Listeria monocytogenes*. Seguido de semiconservas con un aislamiento de *Salmonella* spp.

- Productos vegetales

Se han investigado 5 muestras germinados listos para el consumo, sin detección de patógenos, 17 conservas vegetales y una ensaladas de IV gama. La muestra incorrecta correspondió a una conserva.

- Ovoproductos y aguas envasadas

En todos los casos las muestras resultaron correctas

Plan de vigilancia horizontal de patógenos

Se realiza vigilancia de patógenos en alimentos comercializados, y no elaborados en la Comunidad Autónoma.

La selección se realiza fundamentalmente en relación al riesgo, y también a los resultados de obtenidos en la verificación analítica en el control oficial de establecimientos (Tabla 33).

Tabla 33. Alimentos investigados y número de muestras.

Alimento	Nº total de muestras	Nº de muestras incorrectas
Quesos de pasta blanda	51	0
Quesos curados elaborados con leche cruda	65	1
Pescados ahumados	44	0
Productos cárnicos loncheados	41	0
Ensaladas y vegetales listos para el consumo	350	0
Ovoproductos	40	1
<i>Pangassius</i> sp	58	4
Espicias	92	0
Alimentos infantiles	632	3
Comidas preparadas	282	4
TOTAL	1560	13

Prevalencia de *Salmonella* spp en huevos

El Departamento de Sanidad, a través de la Dirección de Salud Pública, participó, junto con el Departamento de Agricultura, Pesca y Alimentación, y las Diputaciones Forales, en las actuaciones encaminadas al control y minimización de la salmonelosis.

En el marco de estas actuaciones se realizó un estudio de la prevalencia de *Salmonella* spp en medias docenas de huevos en 2005, que fue repetido con iguales características en 2010.

El estudio se realizó considerando el número de medias docenas de huevos que entran en el mercado al día, para ello se estimó el número de medias docenas que entraban en el mercado al día y se tomó una muestra aleatoria.

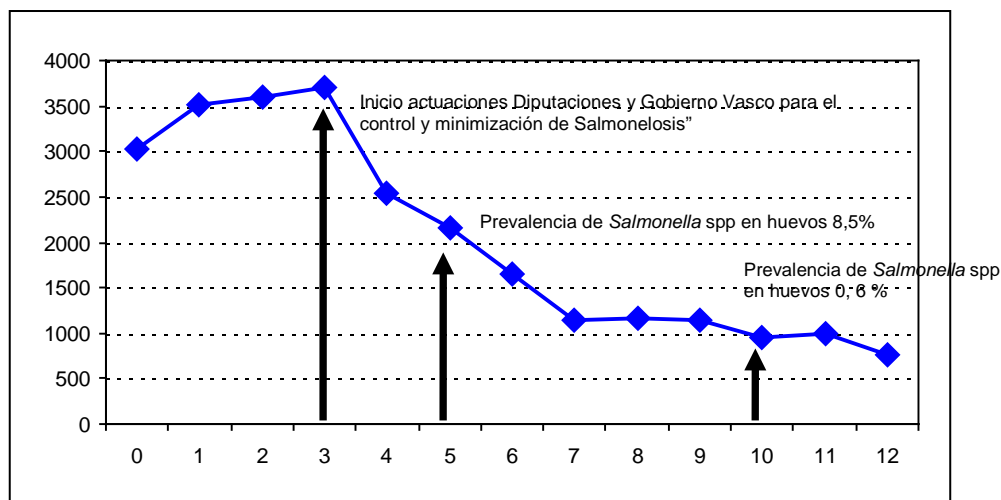
Los estudios realizados en 2005 y 2010 fueron similares lo que permite comparar los resultados. De los resultados cabe destacar el descenso importante de la prevalencia entre los dos estudios (Tabla 34).

Tabla 34. Prevalencia de *Salmonella* spp en huevos comercializados en la CAPV. Estudio de 2005 y 2010.

	Total(cáscara e interior)	Cáscara	Interior
2005	8,2%	7,3	1,1
2010	0,6	0,43	0,1

En la figura 54 se describen las notificaciones de *Salmonella spp* en el Sistema de Información Microbiológica de la CAPV, y las fechas de los estudios de prevalencia de *Salmonella spp* en huevos por año. Las flechas indican la fecha de los estudios de prevalencia de *Salmonella spp* en huevos: 2005: 8,2%, 2010: 0,57 %

Figura 54. Notificaciones de *Salmonella spp*.



- Semiconservas de anchoa bajas en sal

En 2012 se inició un estudio en relación a la calidad microbiológica de las semiconservas de anchoa bajas en sal.

En los últimos años se ha iniciado la comercialización de anchoas con concentraciones de sal más bajas que las habituales. La sal en este producto tiene una función de conservación, además de las organolépticas, por ello se consideró de interés el realizar un estudio comparativo entre la calidad microbiológica de las anchoas con concentraciones de sal baja frente a las más alta que se utilizan tradicionalmente.

Se está realizando la investigación de parámetros microbiológicos, recuento de *Salmonella spp*, *Listeria monocytogenes* y Enterobacterias a 37°C y de *Staphylococcus aureus*, tras preincubación a 17°C durante 10 días en el momento de la toma de muestras y al final de la vida útil. Además de determinar las concentraciones de sal.

No hay resultados definitivos puesto que aún no han llegado todas las muestras al final de la vida útil.

B. SEGURIDAD QUÍMICA DE LOS ALIMENTOS

Los alimentos son mezclas complejas de sustancias químicas de naturaleza muy diversa. Además de los nutrientes, también pueden contener otras sustancias químicas potencialmente peligrosas para la salud que constituyen un grupo muy heterogéneo cuyos orígenes son muy diversos.

Entre estas sustancias están las micotoxinas (producidas por distintos tipos de hongos que crecen sobre algunos alimentos), residuos de productos empleados para el aumento o la mejora de la calidad en la producción, tanto agrícola (plaguicidas, fertilizantes...) como ganadera (medicamentos de uso veterinario), sustancias derivadas de la contaminación medioambiental (metales pesados, bifenilos policlorados...), sustancias que migran desde los materiales de envasado o desde los equipos de fabricación (plastificantes, metales...) o productos derivados de cambios no deseados que tienen lugar durante el tratamiento de los alimentos (nitrosaminas, acrilamida, hidrocarburos aromáticos policíclicos...) entre otros. También pueden estar presentes diversos aditivos alimentarios, cuya incorporación a los alimentos no sólo es intencionada y ha de responder a una necesidad tecnológica concreta, sino que están limitadas las condiciones de su utilización.

C. ESTUDIO DE DIETA TOTAL

Entre 2008 y 2012 se han vigilado las ingestas de arsénico (total e inorgánico), mercurio (total y metil-mercurio), plomo y cadmio, así como las de nitrato, nitrito y sulfito. En todos los casos, las ingestas medias estimadas están por debajo de los valores considerados seguros. (Tabla 35).

Tabla 35.- Ingestas medias de plomo, cadmio, mercurio, metil-mercurio, arsénico total y arsénico inorgánico en la dieta de la CAPV durante 2008-2011

	LÍMITES DE SEGURIDAD (µg/kg de peso y semana) EFSA	INGESTAS MEDIAS SEMANALES (µg/kg de peso)^(a)	(% del límite de seguridad)
Plomo	(b)	2.82	80% (c)
Cadmio	2.5	0.92	37%
Mercurio total (d)	(e)	1.18	
Metil-mercurio (d)	1.3 µg/kg (f)	1.04	80%
Arsénico total (d)	(e)	32.6	
Arsénico inorgánico (d)	(g)	0.45	21% (h)

(a) Se ha considerado un peso medio de adultos de 68 kg, que fue el determinado en la última encuesta alimentaria de la CAPV.

(b) Desde 2010 JECFA y EFSA consideran que la Ingesta Semanal Tolerable Provisional para plomo de 25 µg/kg de peso establecida por JECFA en 1986 es inapropiada debido a la falta de evidencia de un umbral para los efectos neurotóxicos durante el desarrollo y la nefrotoxicidad en adultos.

(c) 80% del límite inferior de la dosis benchmark para toxicidad en el neurodesarrollo.

(d) La ingesta de mercurio y metil mercurio y arsénico total e inorgánico se ha calculado exclusivamente a través de su determinación en el grupo de pescados.

(e) No existen valores de referencia toxicológica ni para mercurio total ni para arsénico total.

(f) Expresado como mercurio.

(g) La Ingesta Semanal Tolerable Provisional para arsénico inorgánico de 15 µg/kg de peso establecida por JECFA en 1989 ha sido considerada inapropiada considerando las evidencias de carcinogenicidad y genotoxicidad del arsénico inorgánico y por tanto la exposición ha de ser tan baja como sea posible.

(h) 21% del límite inferior de la dosis benchmark para cáncer de pulmón.

Fuente: estudio de dieta total de la CAPV

Plomo y cadmio han aparecido ampliamente distribuidos en los diferentes grupos de alimentos de la dieta. La ingesta media semanal de plomo entre 2008 y 2011 ha sido de 2.82 µg/kg de peso. En los 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 los grupos de verduras, frutas, carnes y derivados cárnicos (Figura 55).

La ingesta de cadmio semanal correspondiente también a este periodo ha sido de 0.92 µg/kg, un 37% del valor de referencia toxicológico (Figura 56).

Figura 55. Ingesta semanal de plomo.

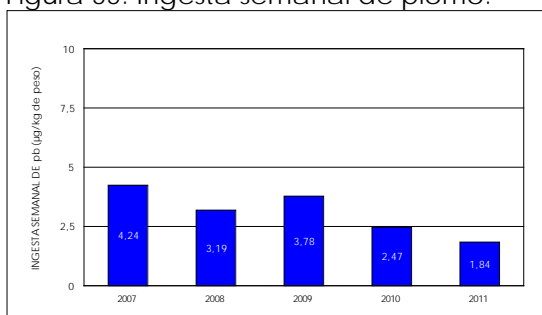
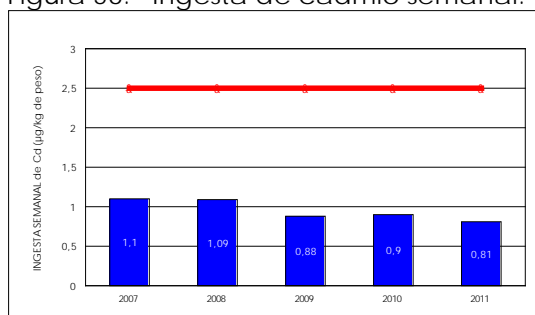


Figura 56. Ingesta de cadmio semanal.



Los pescados son una fuente importante de energía, proteínas, ácidos grasos ω-3, vitaminas y minerales, pero también pueden presentar elevados contenidos de determinados contaminantes orgánicos y algunos metales como el mercurio cuya presencia es necesario vigilar. Además, el mercurio presente en los pescados está mayoritariamente en forma de metil-mercurio que es la forma más tóxica y constituye la fuente casi exclusiva de este contaminante.

El mercurio sólo se ha determinado en el grupo del pescado. La ingesta media semanal de mercurio total entre 2008 y 2011 ha sido de 1.18 µg/kg y la de metil-mercurio 1.04, un 80% de la ingesta tolerable semanal.

Al contrario de lo que sucede con el mercurio, la forma más tóxica de arsénico es el arsénico inorgánico. En los pescados, el arsénico se encuentra mayoritariamente en forma orgánica y el porcentaje de arsénico inorgánico es muy bajo, entre el 1 y el 3%. Por ello, aunque el contenido de arsénico total es elevado, aportan muy poco inorgánico a la dieta. Para el cálculo de la ingesta total de arsénico inorgánico se ha tenido en cuenta también el aportado por los grupos de pan, cereales y bebidas alcohólicas, estimando en estos grupos el contenido de arsénico inorgánico como el 70% del arsénico total. Las ingestas semanales de arsénico total e inorgánico en el periodo 2008-2011 son respectivamente 32,6 y 0,45 µg/kg de peso.

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 36).

Tabla 36. Ingestas medias de nitrato, nitrito y sulfito en la dieta de la CAPV durante 2008-2012

	INGESTA DIARIA ADMISIBLE (IDA) (mg/kg de peso)	INGESTAS MEDIAS DIARIAS	
		(mg/kg de peso)	(% del límite de seguridad)
Nitrato	3.7	0,95	26%
Nitrito	0.07	<0,022	<31%
Sulfito	0.7	0,24	34%

Las concentraciones medias de nitrato en las aguas potables de consumo público de la mayor parte de la CAPV son bajas, no superando en la gran mayoría de los abastecimientos 5 mg/L. Asumiendo un consumo diario de agua de 1L, esto supondría 5 mg de nitrato adicionales, con lo que la ingesta media diaria llegaría a ser de 1,02 mg/kg de peso en este período, un 28% de la Ingesta Diaria Admisible.

Las verduras han supuesto el principal aporte de nitrato a la dieta, un 81%. El aporte debido a las patatas supone un 8% y el de derivados cárnicos un 4%. El 7% 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 ingestas.

La ingesta de sulfitos ya que se trata de aditivos 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 de 0,24 mg/kg de peso expresado como SO₂, lo que supone entre un 34% de la Ingesta Diaria Admisible. El 91% de la ingesta de sulfito procede del grupo de bebidas alcohólicas.

Controles selectivos

Entre 2008 y 2012 se han llevado a cabo controles selectivos de (Tabla 37):

Aditivos alimentarios (nitratos, nitritos, sulfitos) en distintos productos cárnicos (carne picada, salchicha, hamburguesa, lomo adobado, chorizo fresco, chistorra, productos cárnicos curados y productos cárnicos tratados por el calor) (Figuras 57 y 58), productos de la pesca (gambas, langostinos, filetes de pescado, cefalópodos), vinos y frutas desecadas (higo, albaricoque, melocotón, uvas).

Residuos de productos empleados en la producción: residuos de plaguicidas en alimentos infantiles y nitrato en alimentos infantiles y en vegetales (lechuga, espinaca, rúcula, acelga, escarola).

Metales: Plomo, cadmio, arsénico total e inorgánico, mercurio y metil-mercurio en distintas especies de pescados (pez espada, atún, bonito, cazón, rape, congrio, salmonete, panga, perca y otros), y conservas de bonito, plomo y cadmio en bayas de goji, arsénico total e inorgánico en arroz y bebidas a base de arroz y en especias.

Micotoxinas (aflatoxinas B1, B2, G1 y G2, ocratoxina A, zearalenona) en cereales (panes y galletas), vinos y especias (pimentón, pimienta blanca y negra).

Compuestos originados en el procesado de alimentos: acrilamida en patatas fritas y galletas (Figura 59), furano en café y carbamato de etilo en aguardientes de frutas de hueso.

Histamina en conservas y salazones de productos de la pesca (túnidos y anchoas).

Tabla 37. Controles selectivos llevados a cabo entre 2008 y 2012

		Número de muestras analizadas	Número de muestras con contenidos superiores al límite establecido
ADITIVOS ALIMENTARIOS	Nitratos y nitritos en cárnicos	297	15
	Sulfitos en cárnicos	358	45
	Sulfitos en crustáceos	182	19
	Sulfitos en vinos	104	2
	Sulfitos en frutas desecadas	95	9
RESIDUOS DE PRODUCCIÓN	Plaguicidas en alimentos infantiles	109	2 (a)
	Nitrato en alimentos infantiles	90	0
	Nitrato en vegetales	60	0 (b)
METALES	Plomo, cadmio, arsénico, mercurio y metil-mercurio en pescados	150	12 (c)
	Plomo y cadmio en bayas de goji	11	0
	Arsénico total e inorgánico en arroz y derivados	17	0 (d)
	Plomo, cadmio, mercurio y metil-mercurio, arsénico total e inorgánico en alimentos infantiles	109	0
	Arsénico en especias		
MICOTOXINAS	Aflatoxinas B1, B2, G1 y G2, ocratoxina A y zearalenona en cereales	30	0
	Aflatoxinas B1, B2, G1 y G2, ocratoxina A en frutas pasas	46	0
	Aflatoxinas B1, B2, G1 y G2 en frutos secos	30	0
	Ocratoxina A en especias	18	5 (e)
	Aflatoxinas B1, B2, G1, G2 y M1, ocratoxina A, deoxivalenol, fumonisina B1, fumonisina B2, toxinas T2 y HT2, zearalenona y patulina en alimentos infantiles	101	0
PRODUCTOS DEL PROCESADO	Acrilamida en patatas fritas y pan	62	7 (f)
	Furano en café	23	(g)
	Carbamato de etilo en aguardientes de frutas de hueso	8	(g)
	Histamina en conservas y semiconservas de pescado	80	2

(a) En los dos casos se trataba de heptacloroepóxido

(b) No se ha establecido un LMR para nitrato en acelga, pero 5 de las 10 muestras de acelga analizadas presentaron contenidos superiores a los LMRs establecidos para espinacas.

(c) De las 12 muestras que superaron los contenidos máximos de mercurio, 4 eran de pez espada, 4 de cazón, 3 de caella y 1 de atún

(d) Aún no se ha aprobado un límite máximo para arsénico inorgánico en arroz, el valor propuesto es de 0.2 mg/kg

(e) Todas las superaciones de LMRs fueron de ocratoxina A

(f) No existen límites legales para los contenidos de acrilamida en los alimentos pero se han establecido valores recomendados para algunos de ellos

(g) No hay valores recomendados para el contenido de furano en café o de carbamato de etilo en aguardientes de frutas aunque constituyen los principales aportes a la dieta respectivamente

Figura 57. Sulfitos en salchichas y hamburguesas

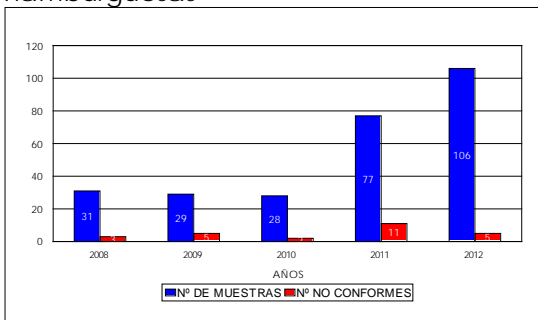


Figura 58. Sulfitos en carne picada: incumplimiento de la legislación

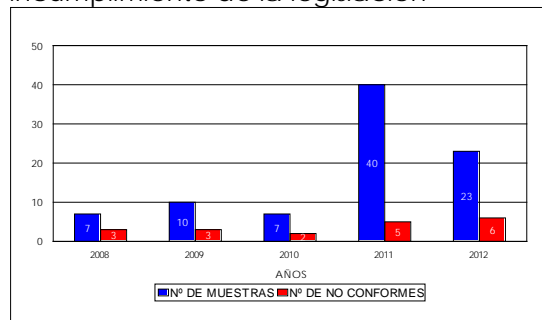
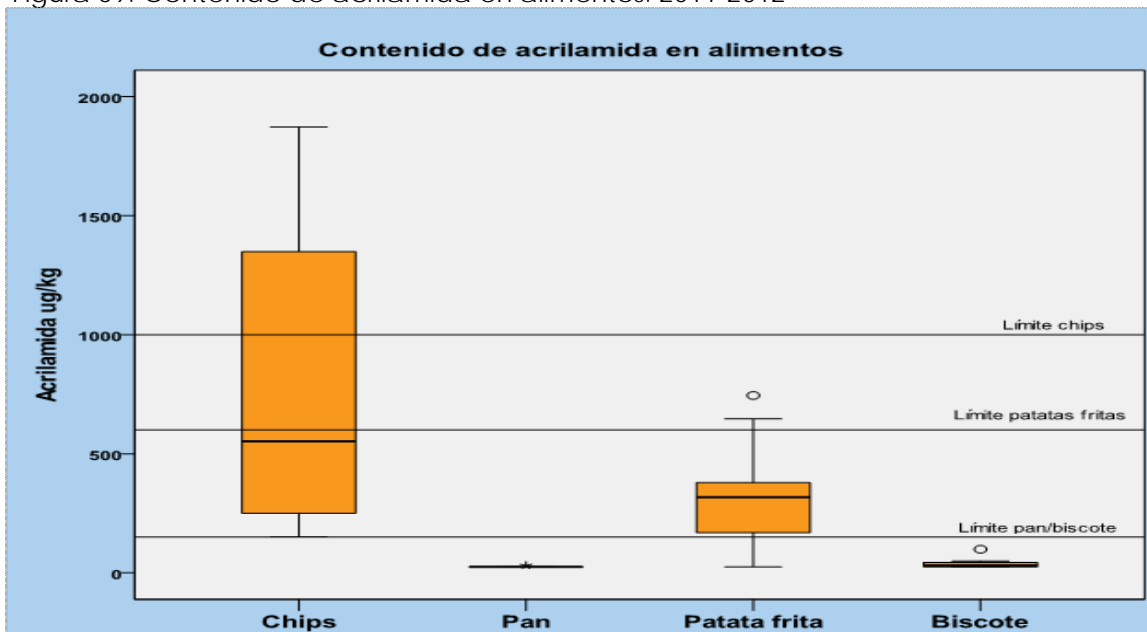


Figura 59. Contenido de acrilamida en alimentos. 2011-2012

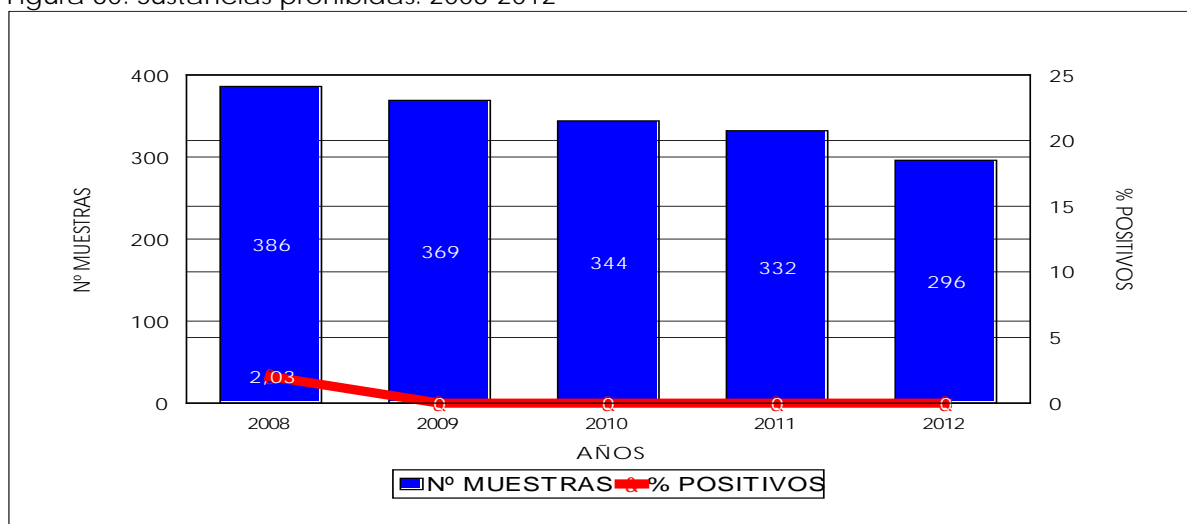


Residuos en alimentos de origen animal

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 de control de estas sustancias que ha ido actualizándose a lo largo de estos años. En este grupo de sustancias se encuentran incluidos tanto los residuos de medicamentos y plaguicidas, como los contaminantes medioambientales. Este plan no se diseña al objeto de valorar la exposición general de los consumidores a estos residuos, sino con el fin de supervisar y controlar el uso ilegal o inadecuado de sustancias farmacológicamente activas, así como la presencia de los contaminantes medioambientales en los productos de origen animal.

Dentro de las sustancias medicamentosas, es en el grupo de las antimicrobianas donde tradicionalmente se han encontrado el mayor número de incidencias; sin embargo, en los últimos años no ha habido ninguna disconformidad (Figura 60).

Figura 60. Sustancias prohibidas. 2008-2012



Todas las incidencias encontradas durante este periodo de tiempo pertenecen al grupo de los corticoesteroides y han sido detectadas en toros de lidia (Figura 61).

Por lo que respecta al grupo de contaminantes ambientales, las no conformidades detectadas pertenecen al grupo de metales pesados en vísceras de ganado mayor (Figura 62).

Figura 61. Medicamentos veterinarios. 2008-2012.

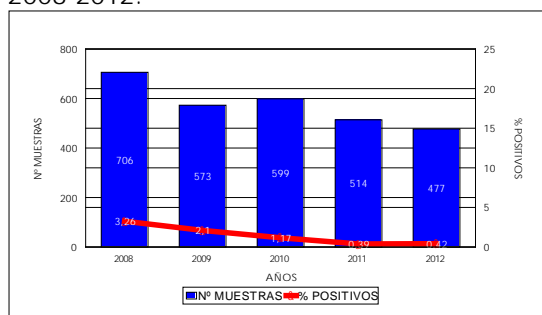
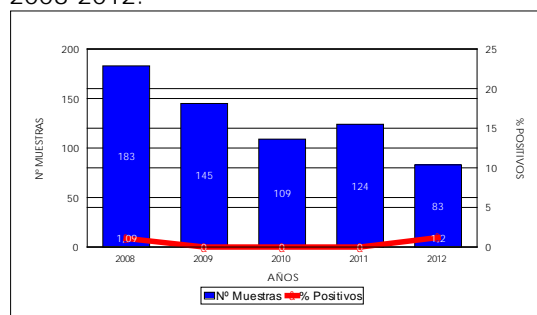


Figura 62. Contaminantes ambientales. 2008-2012.



En consecuencia se puede concluir que se ha cumplido el objetivo del programa y valorar la baja incidencia de las muestras no conformes.

4. CONTROL DE MATADEROS

El principal objetivo del **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.

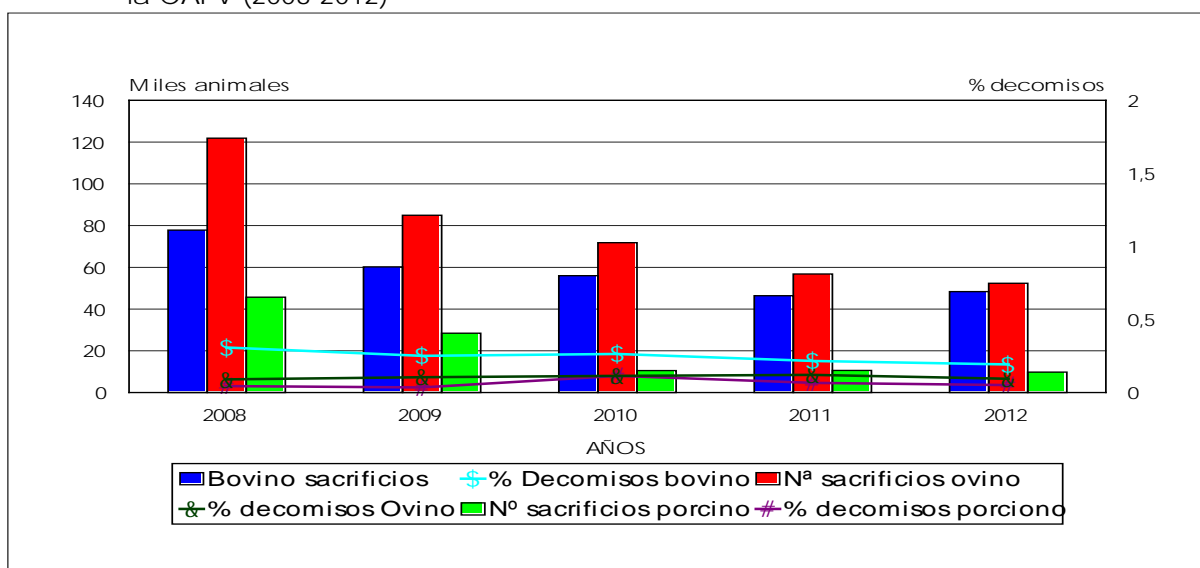
Entre estos controles se incluyen la supervisión continua de la actividad de las propias industrias, realizar la inspección ante-mortem y post-mortem, garantizar el cumplimiento de las condiciones de bienestar de los animales y realizar tareas de vigilancia y control de los principales agentes zoonóticos, así como la supervisión de

la retirada de la cadena alimentaria de las carnes y vísceras declaradas no aptas para consumo humano.

En el periodo 2008-2012 ha habido una disminución en el sacrificio de animales de las grandes especies de abasto debido fundamentalmente al cierre de dos mataderos (Figura 63). Sin embargo, el sacrificio de aves y conejos ha permanecido estable en el mismo periodo.

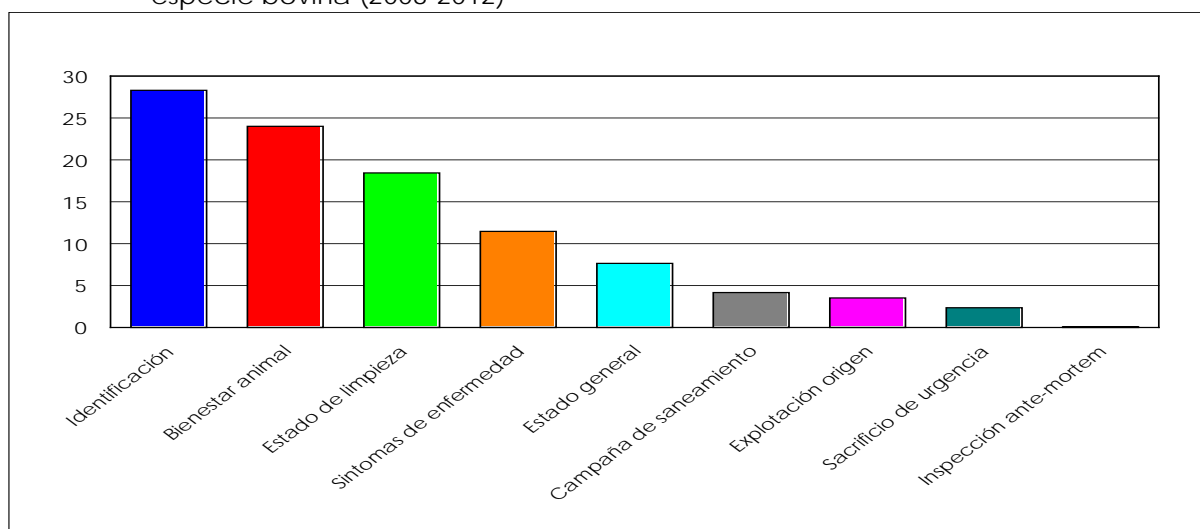
En cuanto a los decomisos totales realizados en los mataderos de la Comunidad Autónoma del País Vasco, su evolución ha ido pareja a la del sacrificio de animales en el mismo periodo (Figura 63).

Figura 63. Evolución de nº de sacrificios y % de decomisos en grandes especies en la CAPV (2008-2012)



En la Inspección ante-mortem las incidencias que se detectan con mayor frecuencia se reflejan en la figura 64.

Figura 64. Porcentajes de incidencias ante-mortem detectadas en animales de la especie bovina (2008-2012)



Fuente: Unidades de Control de Alimentos

En todas las especies, las incidencias que son constatadas con mayor frecuencia corresponden a datos de identificación de los animales, seguidos por los de bienestar animal.

Las principales causas de decomiso, por especie, aparecen gráficamente en las Figuras 65 y 66.

Figura 65. Causas de decomiso detectadas en los mataderos de grandes animales de la CAPV (2008-2012)

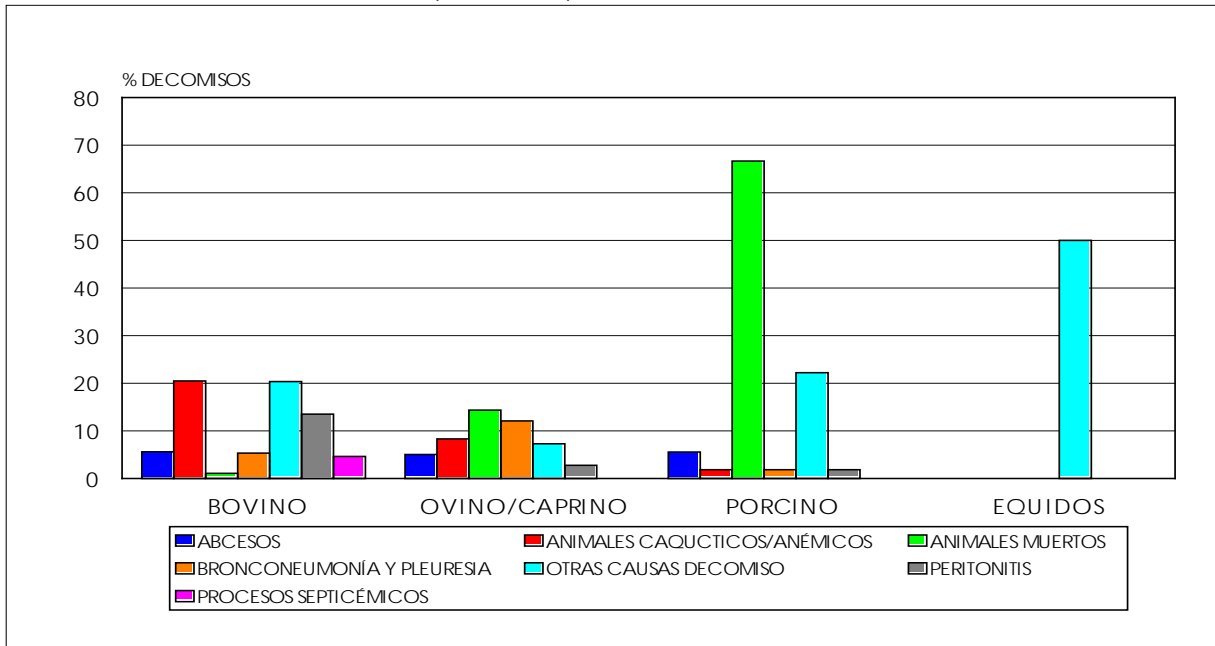
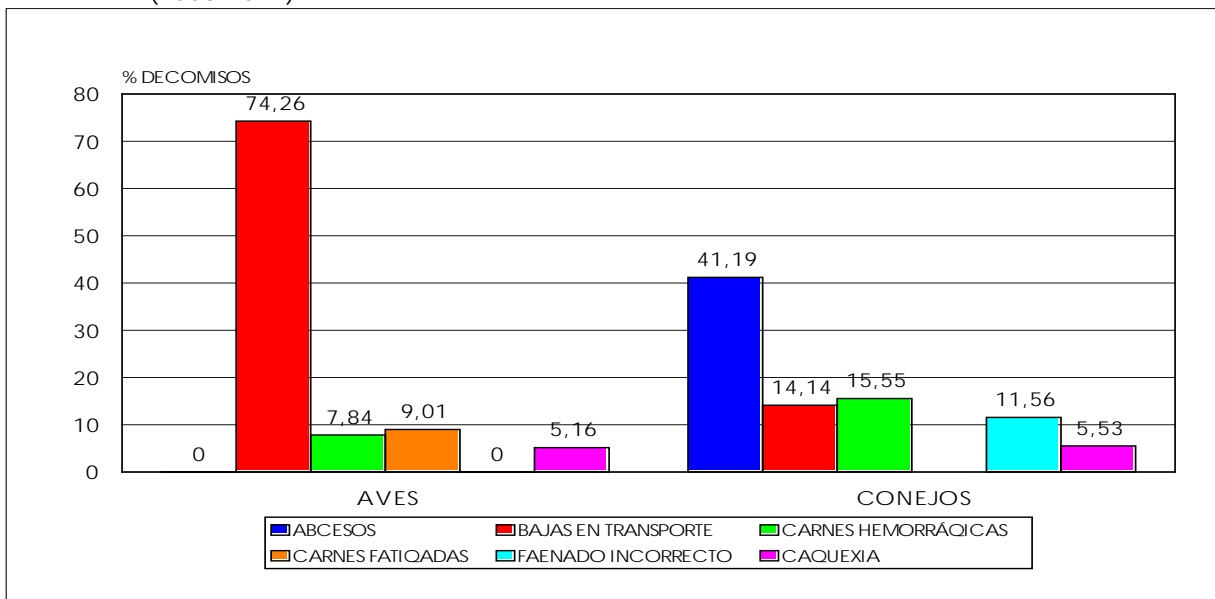


Figura 66. Causas de decomiso en los mataderos de aves y conejos de la CAPV (2008-2012)

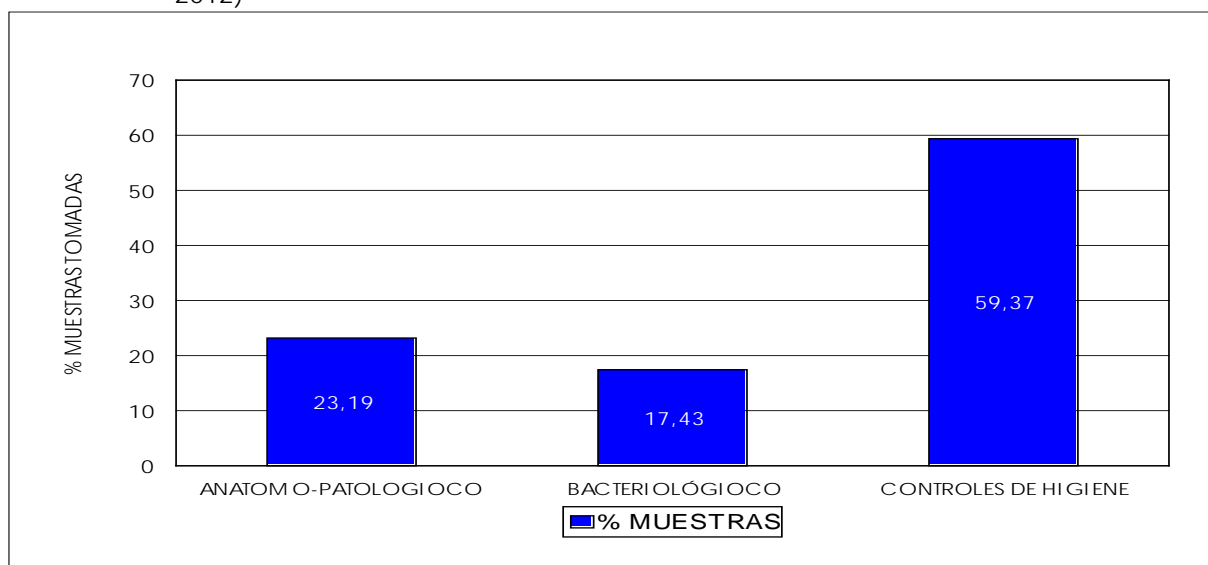


Respecto a los decomisos parciales las principales causas de decomiso por especies corresponden en vacuno a distomatosis hepática (22%), lesiones de bronconeumonía y pleuresía (16%) y procesos degenerativos (27%).

En porcino corresponde a la parasitación por *Ascaris* (28%) y parasitosis hepática y pulmonar por diversos agentes en ovino (60%).

La inspección post-mortem implica la inspección individualizada de todas las canales y despojos de los animales sacrificados, y la recogida de muestras que se incluyen dentro de los planes de vigilancia establecidos, así como todas las que los Servicios de inspección consideren necesarias para el diagnóstico final de aptitud para consumo (Figura 67).

Figura 67. Porcentaje de muestras recogidas en los mataderos de la CAPV (2008-2012)

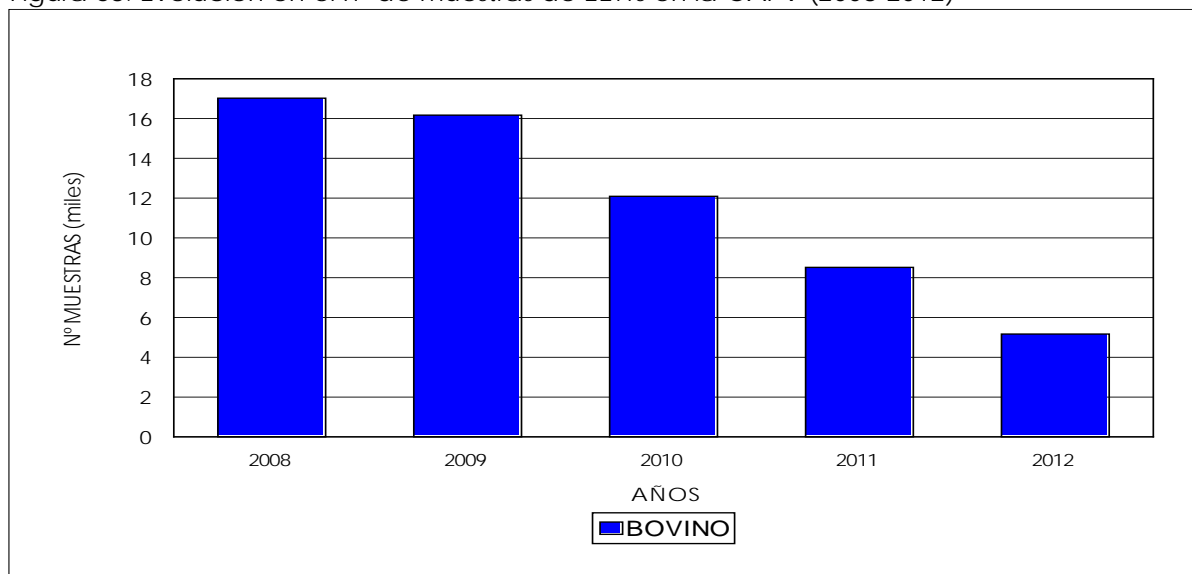


Todos los porcinos y equinos son analizados para la detección de *Trichinella*.

Las Encefalopatías Espongiformes Transmisibles son enfermedades neurodegenerativas que se pueden transmitir de los animales al hombre. El programa de vigilancia de EET tiene por objeto la detección de la encefalopatía espongiforme bovina (EEB) y la tembladera en reses sacrificadas en el País Vasco.

Dentro del **programa de vigilancia de las Encefalopatías espongiformes transmisibles**, en el periodo de tiempo que va del 2008 al 2012 diversos cambios normativos han ido aumentando progresivamente la edad de toma de muestras desde los 30 meses a los 72 meses en la actualidad (Figura 68). Sin embargo, la toma de muestras de las especies ovina/caprina no ha cambiado, y así, se realiza la toma de muestras los caprinos mayores de 18 meses y de un número establecido de ovinos mayores de 18 meses. En este periodo de tiempo no se ha producido ningún caso positivo de Encefalopatía Espongiforme Bovina en bovinos sacrificados en mataderos de la CAPV.

Figura 68. Evolución en el nº de muestras de EETs en la CAPV (2008-2012)



Por otro lado uno de los puntos de control más importantes para la reducción del riesgo de transmisión de encefalopatías sigue siendo la eliminación del Material Especificado de Riesgo por parte de los establecimientos alimentarios que lo producen, bajo la supervisión de la Inspección Veterinaria de los mataderos.

Dentro de la actividad de control de las condiciones higiénicas de los mataderos, en el año 2012 se realizó un muestreo de verificación de los controles de higiene a los que están obligados las industrias. Para ello se realizó la toma de muestras de canales (aerobios mesófilos, enterobacterias y salmonella) y superficies (aerobios mesófilos y enterobacterias) en todos los mataderos industriales de la CAPV.

Por otro lado, en este periodo de tiempo se ha llevado a cabo una actuación especial en este sector con el fin de elaborar un informe de cada uno de los mataderos de la CAPV en los que se recogiese su situación higiénico-sanitaria y la aplicación de criterios del control oficial en base al Procedimiento de Normalización con un fin único, reducir el riesgo sanitario en los mataderos de grandes especies de la CAPV.

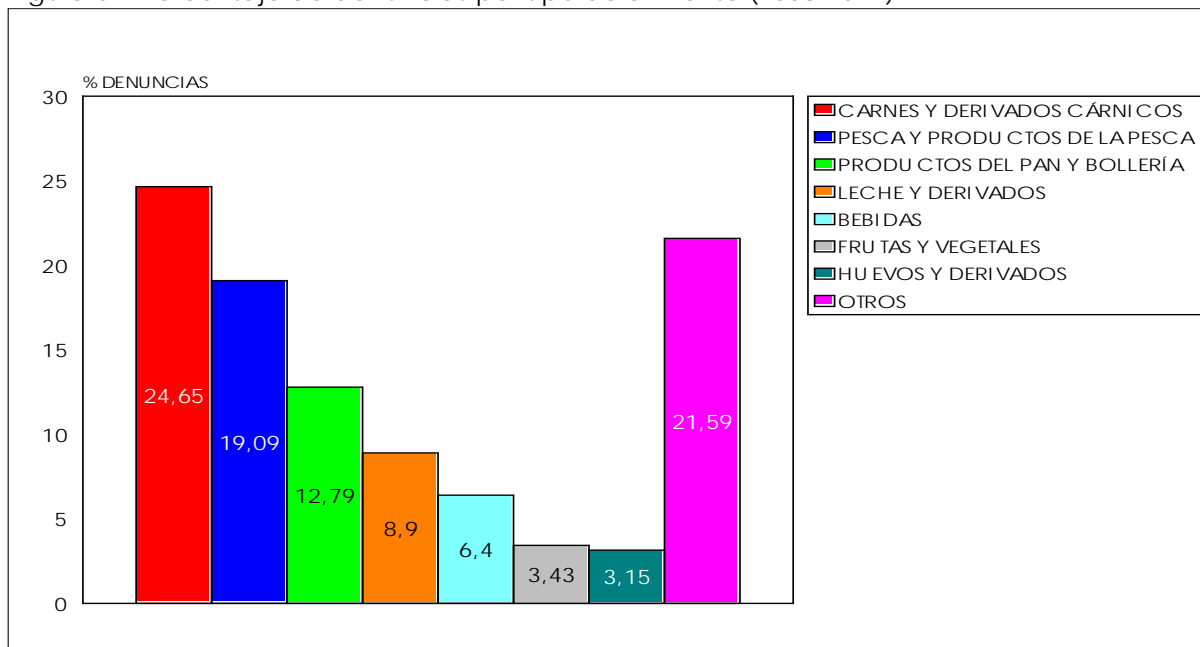
5. OTRAS ACTIVIDADES

Denuncias y Reclamaciones

Durante los años 2008 a 2012 se han gestionado y tramitado un total de 1225 denuncias y reclamaciones, presentadas por particulares u otros organismos y entidades, en las que han estado implicados tanto alimentos como establecimientos.

Los alimentos de origen animal fueron los implicados en mayor número de ocasiones (Figura 69), cabe destacar el incremento de las denuncias y reclamaciones relacionadas con el pan y bollería.

Figura 69. Porcentaje de denuncias por tipo de alimento (2008-2012)



Con respecto al tipo de peligro, los riesgos microbiológicos han sido los más detectados.

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 (MSC), y Comunidades Autónomas.

El número de comunicaciones que han sido activadas en esta Comunidad Autónoma desde 2008 a 2012 han sido 165, como se refleja en la Tabla 38. 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).

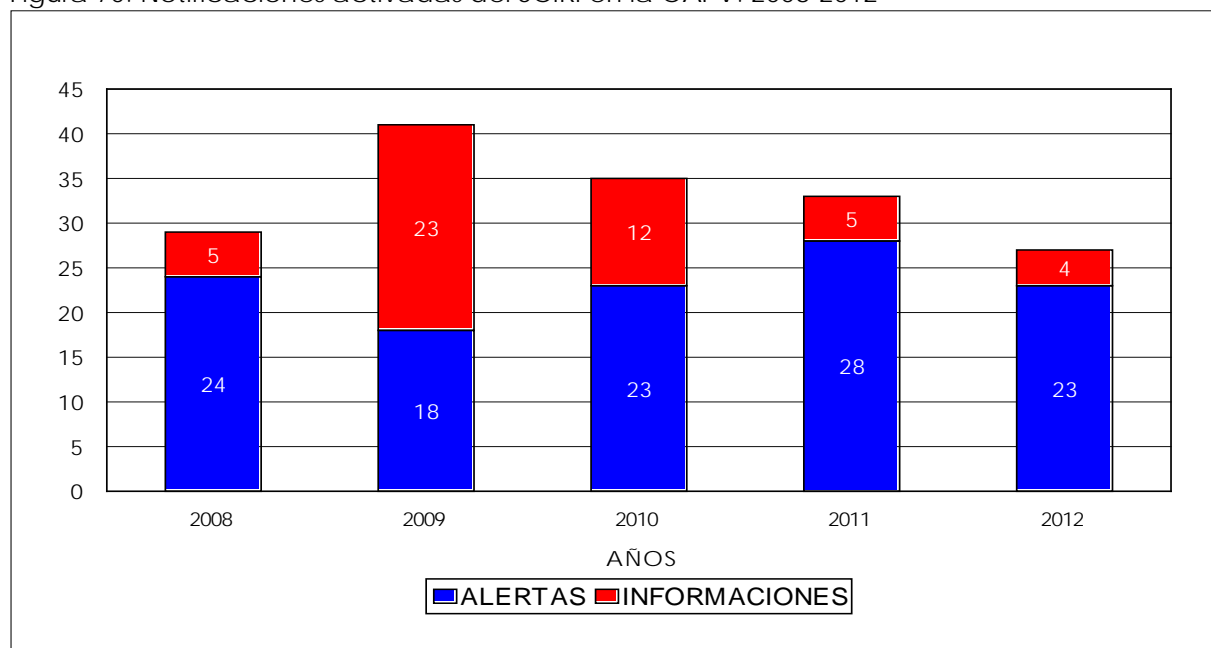
Como consecuencia las activadas como alerta, implican actuación inmediata y las informaciones requieren comprobaciones en las visitas de control programas (Figura 70).

Desde la CAPV se ha activado el sistema de alerta por la detección de *Listeria monocytogenes* en "queso latino" procedente de Portugal en 2012.

Tabla 38. Notificaciones activadas del SCIRI en la CAPV. 2008-2012

Año	Alertas	Informaciones	Total
2008	24	5	29
2009	18	23	41
2010	23	12	35
2011	28	5	33
2012	23	4	27
Total	116	49	165

Figura 70. Notificaciones activadas del SCIRI en la CAPV. 2008-2012



Formación

Se ha desarrollado en los dos últimos años un Sistema de Gestión del Conocimiento del área alimentaria, que permite establecer y priorizar las áreas de mejora relacionadas con la formación del personal y programar anualmente las actividades de formación. Además este sistema desarrolla procedimientos que permiten gestionar eficazmente la formación, difundirla en todos los ámbitos, así como poner en marcha sistemas de vigilancia que nos permitan estar al día de nuevos conocimientos.

Este sistema se va ampliar al área de sanidad ambiental y de promoción de salud.

En el periodo 2008-2012 se han realizado, desde la Dirección de Salud Pública, 23 publicaciones relacionadas con la seguridad alimentaria. En el Congreso Kausal 2008 celebrado en Córdoba el premio a la mejor comunicación oral lo recibió una de estas publicaciones.

Han realizado estancia en el Servicio 11 alumnos del Máster de Seguridad Alimentaria que realiza la Facultad de Farmacia de Vitoria.

LABORATORIO

El laboratorio de Salud Pública (LSP) realiza la actividad analítica programada correspondiente a "Programas de Salud Pública" y la actividad analítica necesaria como resultado de situaciones de alerta o emergencia sanitaria, Además responde a la demanda generada por Osakidetza en relación a pruebas de toxicología y análisis químicos y asimismo a otros Departamentos del Gobierno Vasco, Instituciones (Ayuntamientos, Fundaciones), otras Comunidades Autónomas y a Proyectos de Investigación.

Tiene cinco áreas analíticas principales: Microbiología, Química Ambiental, Clínica analítica, Toxicología y Química analítica de alimentos. Cuenta con tres sedes ubicadas en Vitoria-Gasteiz, Donostia-San Sebastian y Derio (Bizkaia). Aporta cobertura analítica a los Programas de Vigilancia de aguas de consumo, aguas de recreo, Legionella, contaminación atmosférica biótica y abiótica; sanidad alimentaria (seguridad química: controles químicos selectivos, dieta total, investigación de residuos veterinarios y seguridad microbiológica; vigilancia epidemiológica, cribado neonatal y detección de drogas y estupefacientes.

La cartera de servicios del Laboratorio de Salud Pública, está estructurada por procedimientos analíticos (matrices y analitos que incluye), indicando el rango de trabajo, límite de detección, y su estado de acreditación por la Entidad Nacional de Acreditación (ENAC). Esta cartera del laboratorio aporta una elevada oferta analítica 543 determinaciones, de los cuales 342 están acreditados.

El LSP está acreditado por ENAC. Inicialmente se solicitó la acreditación para la actividad analítica ligada al control oficial ya que según el Art. 41 del Reglamento CE 882/2004, desde el 1/1/2010 todos laboratorios que realicen control oficial "deberán estar acreditados".

Con posterioridad, se acreditaron otras actividades del Laboratorio como el cribado neonatal-metabolopatías, química ambiental, alcohol en sangre y drogas de abuso en orina.

El Sistema de Gestión de la Calidad del LSP, está basado en las siguientes normas UNE-EN ISO:

- UNE-EN ISO/IEC 17025: 2005 Requisitos generales relativos a la competencia técnica de los Laboratorios de ensayo y calibración
- UNE-EN ISO 15189: 2007 Laboratorios clínicos. Requisitos particulares relativos a la calidad y la competencia.

El alcance de acreditación está incluido en 7 expedientes, que junto con las determinaciones disponibles en la cartera de servicios, se detalla en la tabla 39

Tabla 39: Cartera de servicios del LSP y alcance de acreditación por ENAC

Sede	Nº de expediente	Norma de acreditación UNE-EN ISO	Área
Araba	134/LE331	17025	Área Química y Microbiología
Bizkaia	132/LE326	17025	Área Química Ambiental: aguas (QAG) Área Química alimentaria (QAL) Área Microbiología: aguas (MAG) Área Microbiología: alimentos (MAL)
	132/LE469	17025	Etanol en sangre (ALC) Drogas de abuso orina (DRO)
	132/LE1136	17025	Área Química Ambiental Aire: polen e inmisiones atmosféricas (QAM)
	132/LE1108	15189	Análisis Clínicos: cribado neonatal (MET), bioquímica (BIO) y otros análisis clínicos (CLI)
Gipuzkoa	137/LE328	17025	Análisis físico-químicos de productos agroalimentarios y aguas
	137/LE1823	17025	Etanol/Metanol en sangre: ALC
Araba	No acreditado		Cli: microbiología + Polen
Bizkaia			Cli: microbiología
Gipuzkoa			Cli: microbiología + Polen

El LSP va ampliando su alcance de acreditación de acuerdo con las solicitudes y las necesidades de la Dirección de Salud pública. Así, desde 2008 se han ampliado las siguientes acreditaciones de métodos (Tabla 40).

Tabla 40: Ampliación de la acreditación del LSP(2008-2012)

Procedimiento analítico
Cribado de drogas de abuso (Opiáceos, Metabolitos de cocaína, Anfetaminas/Éxtasis, Benzodiacepinas, Metabolitos de cannabinoides y Metadona)
Enterotoxina estafilocócica
Manipulación y gestión de muestras de Sangre desecada en papel de filtro
Fibrosis Quística: bioquímica y molecular
Hemoglobinas F, A, S, C
Acilcarnitinas
Metil-mercurio
Microbiología de la producción primaria
Triquina en carne de equino
PCBs en grasa y leche
Antiparasitarios en alimentos: Avermectinas y Benzimidazoles
E.coli por NMP en moluscos
Trihalometanos en aguas
Aniones por cromatografía iónica Fluoruros
Boro por espectrofotometría U.V.visible

Se ha dado un gran impulso al área de biología molecular, para mejorar la respuesta en la identificación de gérmenes o toxinas causantes de los brotes y asimismo se han desarrollado técnicas de detección de nuevos contaminantes y microcontaminantes.

Desde mayo del año 2011, se pone en funcionamiento en colaboración con el Departamento de Medio Ambiente una Unidad Móvil GC: Masas que permite la detección continua "in situ" de contaminantes en aire y la intervención inmediata ante incidentes medioambientales.

ASPECTOS GENERALES DE EVOLUCIÓN DE LA ACTIVIDAD DEL LSP (2008-2012)

En relación a la evolución de la actividad, en este periodo en el Programa de Aguas de Consumo se han introducido técnicas complejas para la detección a nuevos contaminantes, pesticidas, derivados de la desinfección.

En el Programa de aguas de recreo (piscinas, aguas continentales y playas), se observa que las muestras de piscinas son estables en los últimos 5 años. En las muestras de Aguas de mar, se observa un aumento del número de muestras, que se debe a la incorporación de nuevos puntos de baño.

El Programa de vigilancia y control de la presencia de Legionella en instalaciones de riesgo ha supuesto un incremento importante de la actividad analítica de control y ligada al estudio de brotes epidémicos.

Respecto al Programa de Contaminación atmosférica abiótica, la actividad ha aumentado muy sensiblemente por la incorporación creciente de la demanda de metales pesados e hidrocarburos aromáticos policíclicos en partículas en suspensión presentes en el aire ambiente, procedentes de captadores de partículas atmosféricas de diferente corte (PST, PM₁₀, PM_{2,5} y PM₁) transportables a los lugares de incidencia considerados.

El Programa de contaminación atmosférica biótica, mantiene la actividad de muestro semanal en Bilbao, Donostia y Vitoria-Gasteiz.

Con relación al Programa de seguridad química de los alimentos, se han incrementado actividades analíticas de residuos de fármacos de uso veterinario (antimicrobianos y antiparasitarios), micotoxinas, plaguicidas, acrilamida, PCBs y metales solicitados por el Plan Nacional de Investigación de Residuos (PNIR) y otras sustancias (PCBs, plaguicidas y micotoxinas), aditivos y determinados contaminantes y se adapta asimismo a la demanda del PNIR. Los controles químicos selectivos del programa de Seguridad Química de los alimentos (SEQUAL) y las determinaciones de sulfitos y metales en las muestras del programa de DIETA TOTAL.

En el Programa de seguridad microbiológica de los alimentos, el descenso de determinaciones de Microbiología se produce por una adaptación a la Normativa en la que se eliminan los análisis de indicadores (aerobios mesófilos, enterobacterias, estafilococos...), pero ha aumentado el número de parámetros analizados.

El control y vigilancia Sanitaria de mataderos, se ha centrado en determinaciones microbiológicas para la vigilancia y supervisión de las condiciones higiénico sanitaria

del faenado: patógenos de superficie y supervisión *E. coli* O:157 en canales, esponjas y superficies . Además se realiza control oficial parasitológico de Triquina.

Dentro del programa de cribado neonatal de Enfermedades Congénitas de la CAPV, se han analizado las muestras correspondientes a los bebés recién nacidos en el periodo 2008-2012 para la detección precoz de las enfermedades congénitas endocrino metabólicas, incorporándose nuevas enfermedades al programa por la ampliación adoptada por el departamento de Sanidad a propuesta del Consejo Asesor de Cribado Neonatal de la CAPV.

El apoyo a los programas de vigilancia epidemiológica y alertas de Salud Pública, incluye agentes contaminantes biológicos y químicos.

Las actividades de apoyo a otras Instituciones, incluye a la red Asistencial de Osakidetza: cribado de drogas de abuso y metales en orina metales en fluidos biológicos, cálculos renales, alcohol en sangre, aguas de diálisis, legionella, piscinas y aguas de consumo, y de apoyo al Departamento de Interior del Gobierno Vasco (acceso de aspirantes a la Ertzaintza, Atestados de Tráfico), Policía Municipal y Euskotren.

EVOLUCIÓN GENERAL DE LA ACTIVIDAD (2008-2012)

Durante el periodo 2008-2012, en el LSP se han analizado 598.303 muestras de toda la CAPV, realizando 3.579.087 determinaciones (Figuras 71 y 72).

Figura 71. Evolución de la actividad analítica del LSP (2008-2012).
Muestras y determinaciones totales

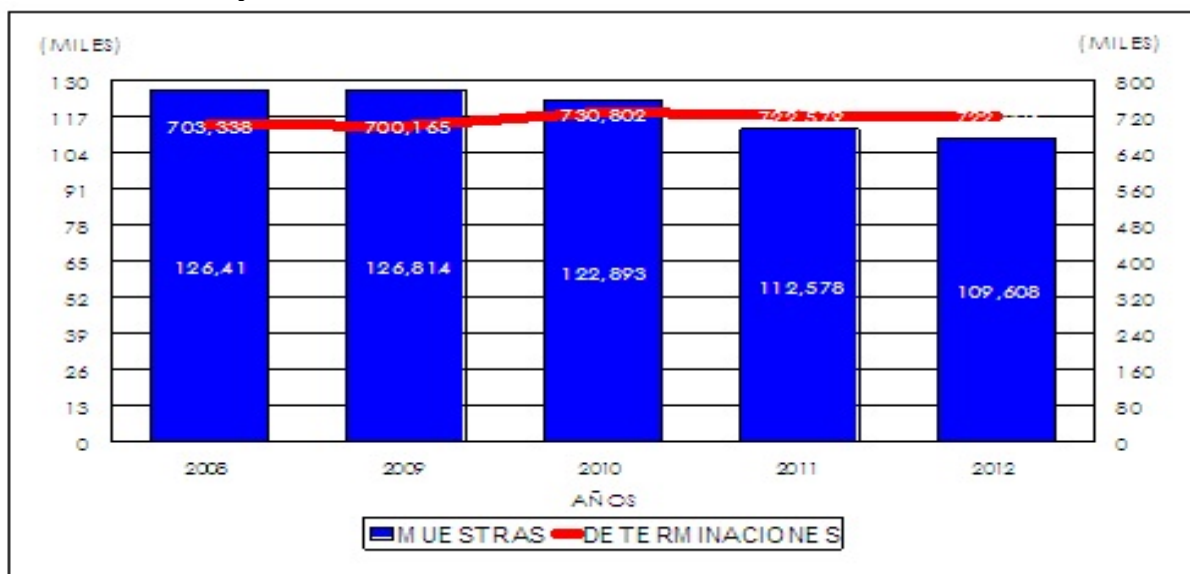
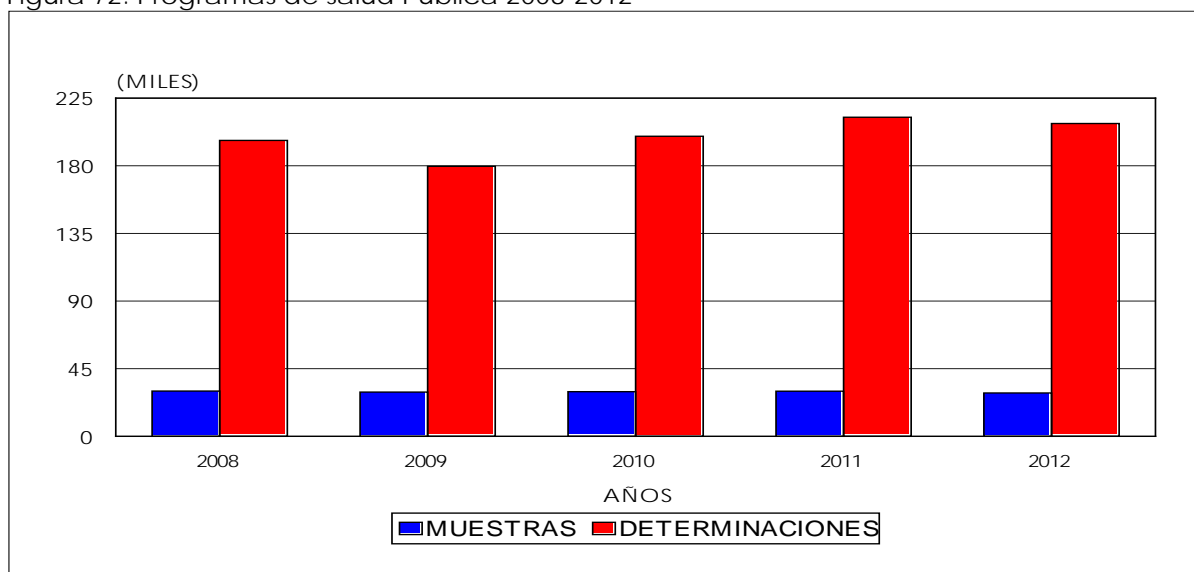


Figura 72. Programas de salud Pública 2008-2012



La evolución anual de la actividad analítica en las diversas áreas de trabajo se refleja en la Figura 73.

Con relación a las muestras analizadas, la actividad del laboratorio se recae como cabe esperar, principalmente en las muestras correspondientes a Programas de Salud Pública, apoyo al Departamento de Medio Ambiente, y a la Red Asistencial de Osakidetza. El 2,7% de muestras proceden de Proyectos de Investigación, y el 0,4% a actividades de demanda de Entidades externas (Figura 74).

Figura 73. Evolución de la actividad analítica del LSP, por áreas de trabajo (Muestras 2008-2012).

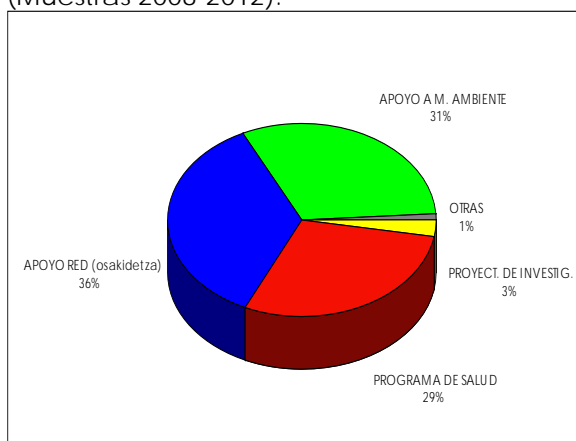
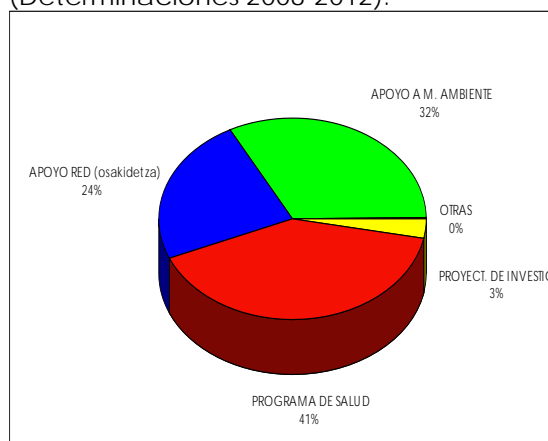


Figura 74. Evolución de la actividad analítica del LSP, por áreas de trabajo (Determinaciones 2008-2012).

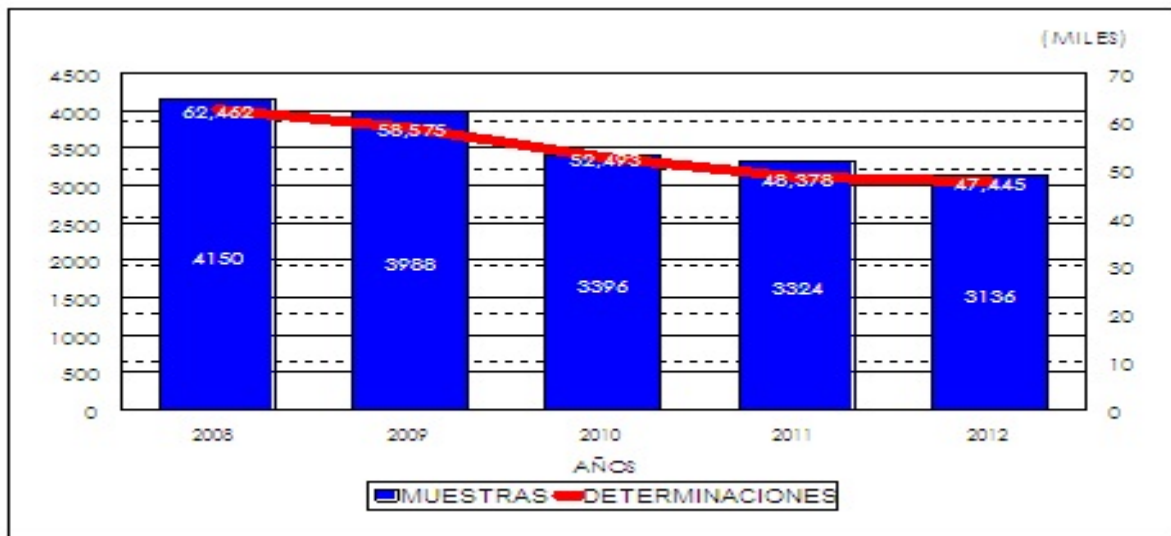


ACTIVIDADES DE APOYO A LOS PROGRAMAS DE SALUD AMBIENTAL

Como soporte al Programa de aguas de consumo, en el periodo 2008-2012 se han analizado 17.944 muestras con un total de 269.353 determinaciones. (Figura 75).

La actividad ha ido descendiendo, para estabilizarse en los últimos tres años.

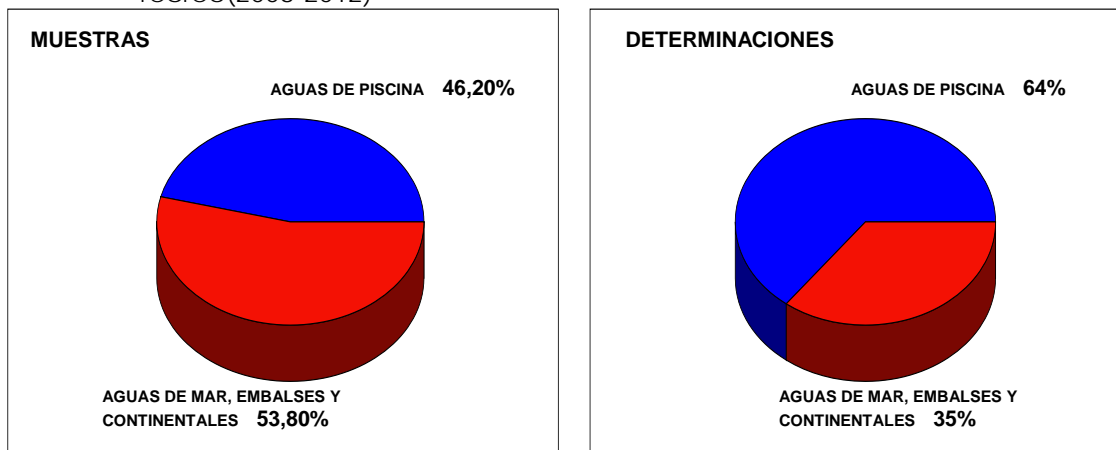
Figura 75. Evolución de la actividad analítica del LSP: aguas de consumo (2008-2012)



Respecto al Programa de aguas de recreo, se detecta un incremento inicial de la actividad, fruto de incremento de número de vasos y de puntos de baño de playas, permaneciendo estable en los tres últimos años.

La distribución de las muestras de aguas de recreo se detalla en la figura 76.

Figura 76. Evolución de la actividad analítica del LSP: distribución de las aguas de recreo(2008-2012)



Como apoyo al Programa de control de legionella (Figura 77), se han analizado 6.690 muestras realizando 25.296 determinaciones fisicoquímicas y microbiológicas. Después del incremento inicial de la actividad, ésta se ha estabilizado en los últimos años.

La actividad analítica del Programa de Contaminación Atmosférica Abiótica se expone en la Figura 78.

Figura 77. Evolución de la actividad analítica del LSP: legionela (2008-2012)

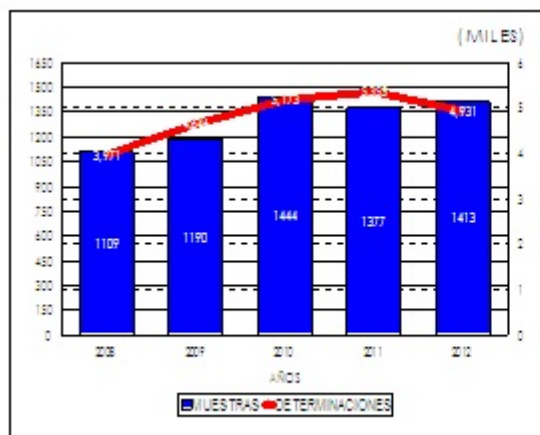


Figura 78. Evolución de la actividad analítica del LSP: Contaminación Atmosférica Abiótica (2008-2012)



CALIDAD DEL AIRE

En un punto característico del entramado urbano del municipio de Bilbao existe una estación automática que genera datos en una media de 15 minutos por cada parámetro (SO₂, partículas en suspensión PM₁₀µm, O₃, óxidos de nitrógeno: NO₂, NO, NOx y CO (Tabla 38).

Estas mediciones son utilizadas por la Unión Europea como punto de referencia para la evaluación de la contaminación en áreas urbanas e identificación de indicadores sobre la calidad del aire ambiente.

Mediante el empleo de sensores manuales se determina el índice de humos, como variable independiente en la aplicación de modelos predictivos, y partículas en suspensión, en diferente granulometría (PST, PM₁₀, PM_{2,5} y PM₁). Los contaminantes en las partículas medidos son metales pesados y hidrocarburos aromáticos policíclicos –PAHs- (Tablas 41 y 42).

Tabla 41. Evolución de la actividad analítica del LSP: Programa de contaminación atmosférica (muestras de material particulado). 2008-2012

	2008	2009	2010	2011	2012	TOTAL
Humos:	365	365	365	365	365	1.825
PST	54	54	54	54	54	270
PM ₁₀	2.190	2.190	2.190	2.190	2.190	10.950
PM _{2,5}	1.825	1.825	1.825	1.825	1.825	9.125
PM ₁	365	365	365	365	365	1.825
Metales	4.015	4.015	4.015	4.380	4.745	21.170
PAHs	365	365	365	565	730	2.390
TOTAL	9.179	9.179	9.179	9.744	10.274	47.555

Tabla 42. Evolución de la actividad analítica del LSP: Programa de contaminación atmosférica (determinaciones material particulado). 2008-2012

	2008	2009	2010	2011	2012	TOTAL
Humos:	365	365	365	365	365	1.825
PST	54	54	54	54	54	270
PM ₁₀	2.190	2.190	2.190	2.190	2.190	10.950
PM _{2,5}	1.825	1.825	1.825	1.825	1.825	9.125
PM ₁	365	365	365	365	365	1.825
Metales	64.240	64.240	64.240	70.080	75.920	338.720
PAHs	2.190	2.190	2.190	3.390	11.680	21.640
TOTAL	70.864	70.864	70.864	77.904	92.034	382.530

Unidad Móvil

En la actualidad se dispone de capacidad para una monitorización en continuo, en periodos de 20 minutos, de 171 compuestos orgánicos volátiles (Riesgos sobre la salud) y 15 mercaptanos (Molestias por olores). La operación permite identificar y cuantificar en modo semicuantitativo cualquier compuesto químico al que se haya establecido perfil en la librería de referencia OMS o EPA.

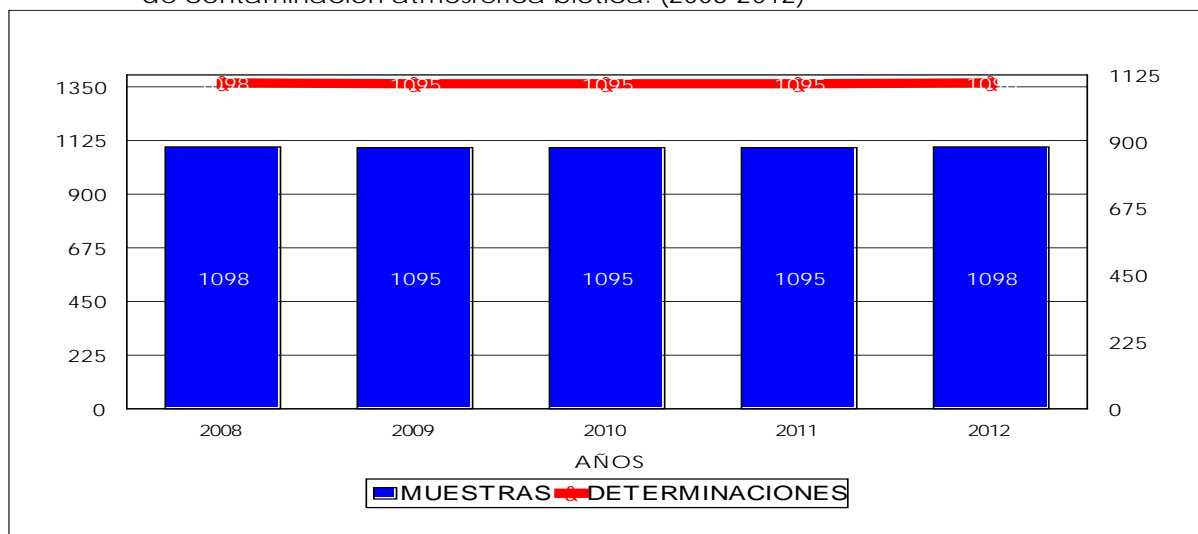
La actividad analítica fue la siguiente:

Año 2011. VOCs: 2.200 muestras con un total de 376.200 parámetros y Mercaptanos: 650 muestras con un total de 9.750 parámetros

Año 2012. VOCs: 8.800 muestras con un total de 1.504.800 parámetros y Mercaptanos: 875 muestras con un total de 13.125 parámetros

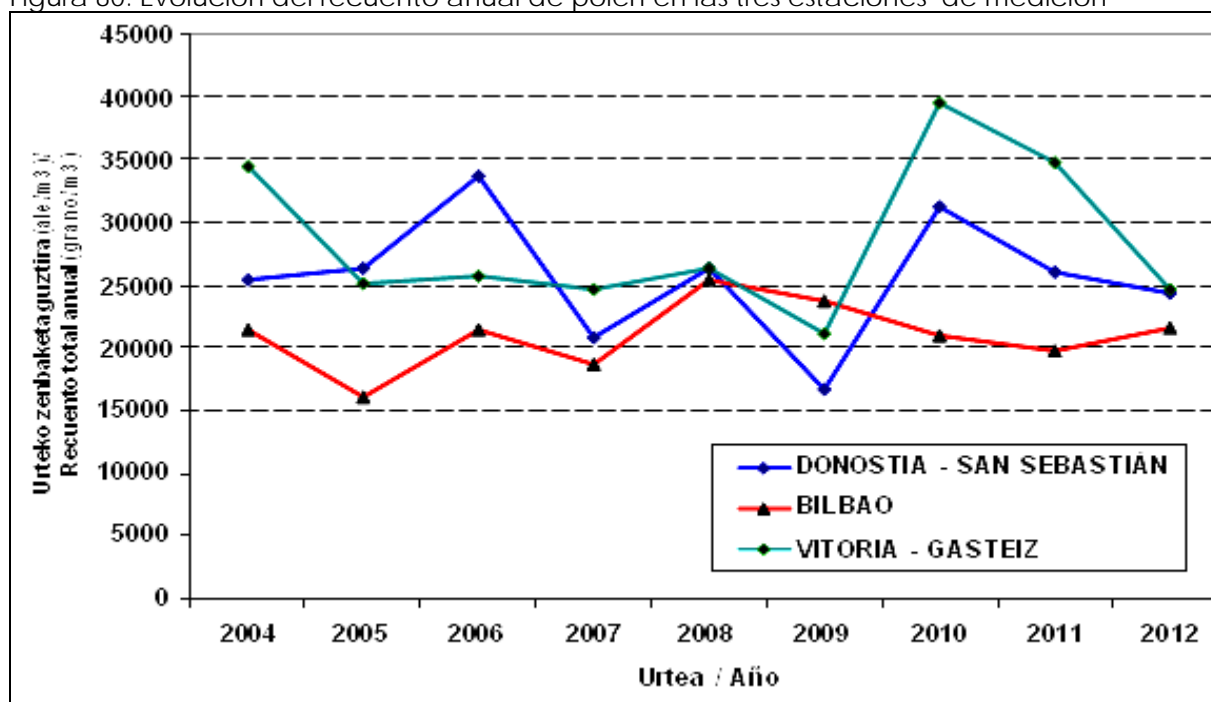
El Programa de vigilancia de la contaminación atmosférica incluye la determinación de contaminantes de naturaleza biótica (recuento de tipos polínicos), como abiótica (Figura 79).

Figura 79. Evolución de la actividad analítica del LSP: Programa de contaminación atmosférica biótica. (2008-2012)



Se identifican, diariamente, 43 taxones polínicos presentes en el ambiente . La información se suministra a los Servicios de alergología de los hospitales, a los Servicios de pediatría y a todos los profesionales sanitarios que los solicitan. También se informa regularmente a la red de aerobiología de la SEAC (Sociedad Española de Alergia e Inmunología Clínicas) y a la REA (Red Española de Aerobiología), y a Euskalmet (Figura 80).

Figura 80. Evolución del recuento anual de polen en las tres estaciones de medición



ACTIVIDADES DE APOYO A PROGRAMAS DE SALUD ALIMENTARIA

Con relación al Programa de seguridad química de los alimentos, se han llevado a cabo actividades destinadas a investigar residuos de fármacos de uso veterinario y otras sustancias (PCBs, plaguicidas y micotoxinas), aditivos y determinados contaminantes. Respecto a la actividad ligada al PNIR se han realizado 29.024 determinaciones sobre un total de 7.273 muestras (Figura 81).

En el año 2009 se consolida, como se ha avanzado el grupo de SQUAL, llevándose a cabo el Programa de contaminantes y Residuos de Plaguicidas en alimentos infantiles. Se ha visto por ello incrementada la actividad en un 88% con respecto a los años anteriores continuándose la actividad en este sentido (Figura 82).

Figura 81. Evolución de la actividad analítica del LSP: PNIR (2008-2012)

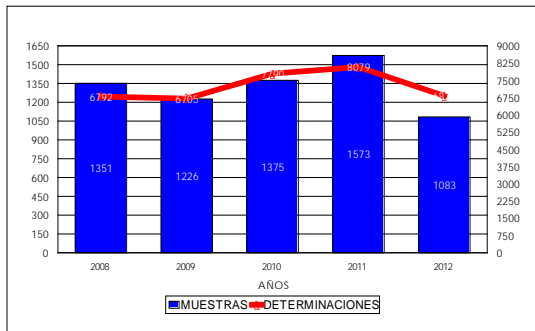
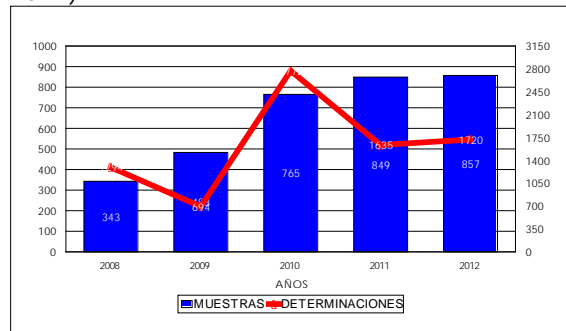
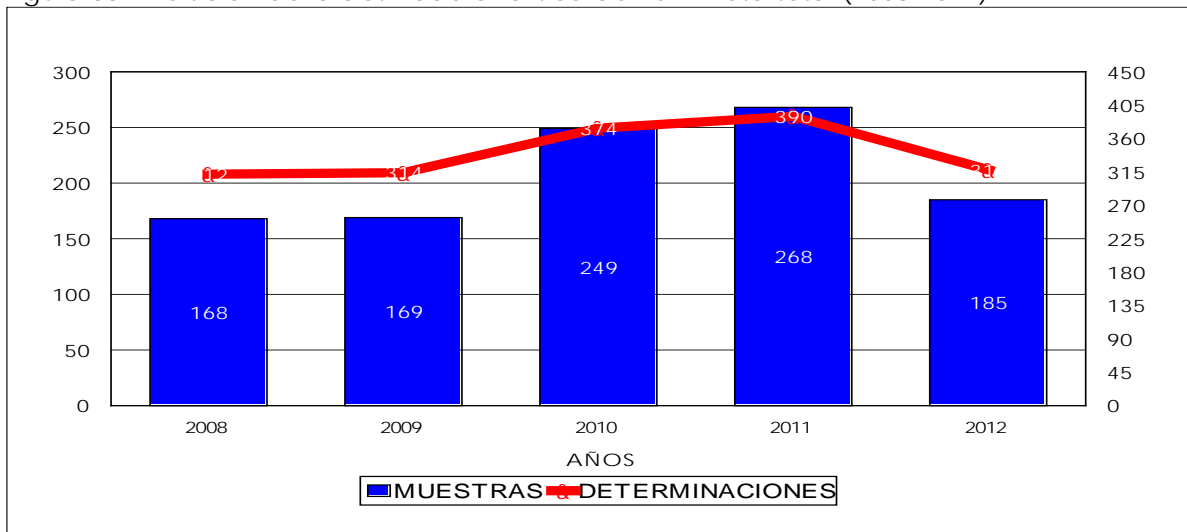


Figura 82. Evolución de la actividad analítica del LSP: controles selectivos (2008-2012)



La actividad ligada al Programa de Dieta total, analiza 16 grupos de alimentos (gestión de compras mensuales, cocinado y elaboración de cada uno de los grupos de alimentos) para cada una de las dietas mensuales en las tres sedes del laboratorio (Figura 83).

Figura 83. Evolución de la actividad analítica del LSP: Dieta total (2008-2012)



La actividad analítica ligada al Programa de seguridad microbiológica de los alimentos, ha sufrido oscilaciones, con una tendencia al descenso de la actividad en el último año (Figura 84).

El control y vigilancia Sanitaria de mataderos, es llevada a cabo en la sede de Gipuzkoa (Figura 85). El número de muestras para el examen parasitológico de triquina en carne de caballo, permanece estable; el descenso de determinaciones deriva de que el control microbiológico de canales y de superficies, no se programa todos los años.

Figura 84. Evolución de la actividad analítica del LSP: Seguridad Microbiológica de los Alimentos (2008-2012)

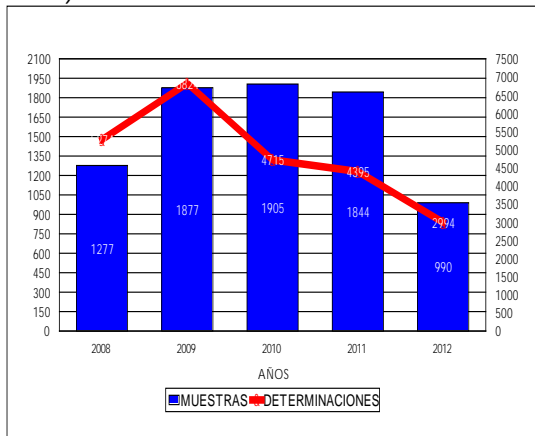
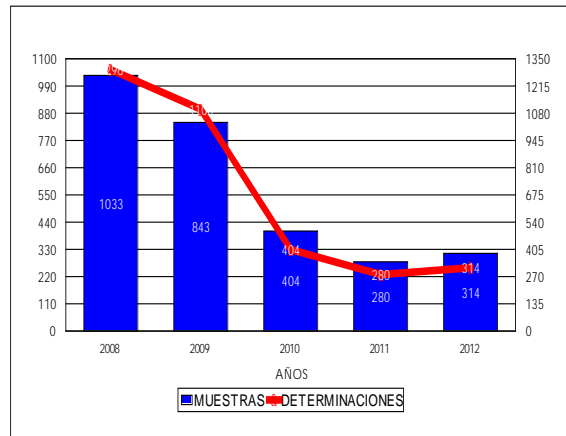


Figura 85. Evolución de la actividad analítica del LSP: Vigilancia Sanitaria en Mataderos (2008-2012)



El Programa de cribado neonatal de Enfermedades Congénitas de la CAPV, ha incorporado nuevas enfermedades, dando cobertura a todos los bebés nacidos en la CAPV (Figura 86).

El Programa, con una trayectoria de 30 años, ha cumplido todas las demandas del Consejo Asesor de enfermedades congénitas de la CAPV. Se han acreditado los análisis de todas las enfermedades congénitas bajo la Norma ISO 15189.

Las Actividades de apoyo a programas de vigilancia epidemiológica y alertas de Salud Pública, han mostrado una tendencia decreciente, básicamente por la drástica disminución de los brotes de Salmonella (Figura 87).

Figura 86. Evolución de la actividad analítica del Programa de cribado neonatal de la CAPV (2008-2012)

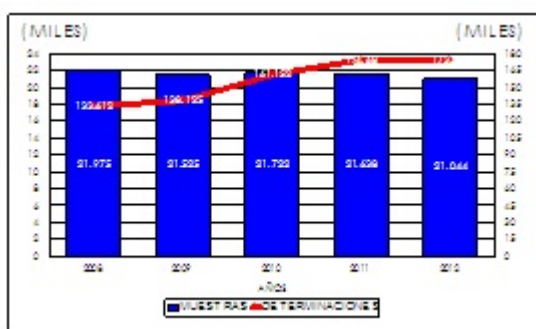
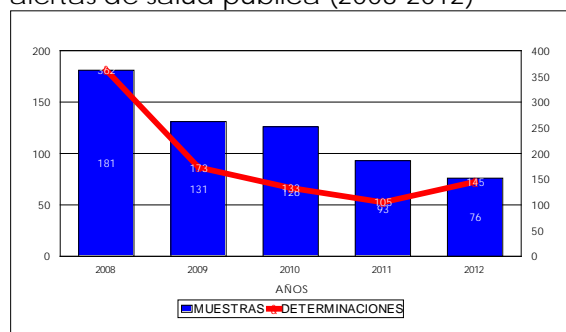


Figura 87. Evolución de la actividad analítica de vigilancia epidemiológica y de alertas de salud pública (2008-2012)



Actividades de apoyo a otras Instituciones: Osakidetza, Departamentos del Gobierno Vasco y Ayuntamientos. La evolución de la actividad se detalla en la figuras 88, 89, 90 y 91.

Figura 88. Evolución de la actividad analítica para Osakidetza y otras Instituciones de la CAPV (2008-2012)



Figura 89. Análisis fisicoquímicos y microbiológicos de muestras para la red asistencial (Osakidetza) 2008-2012

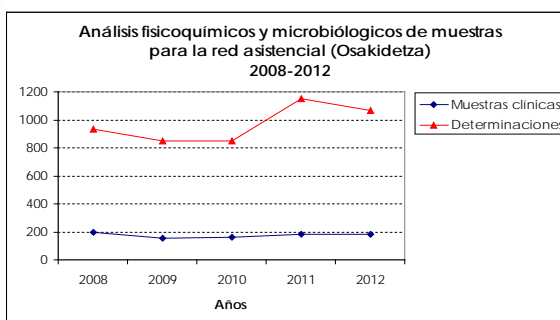


Figura 90. Análisis Toxicológicos. Muestras Resumen. Actividad Analítica Laboratorio Salud Pública 2008-2012

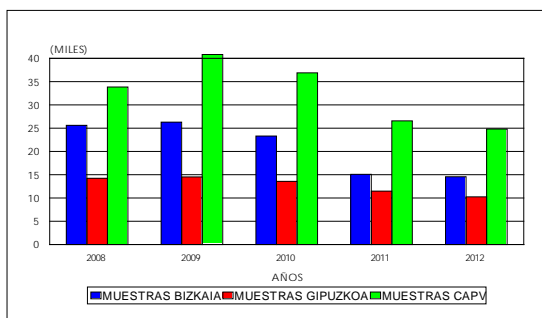
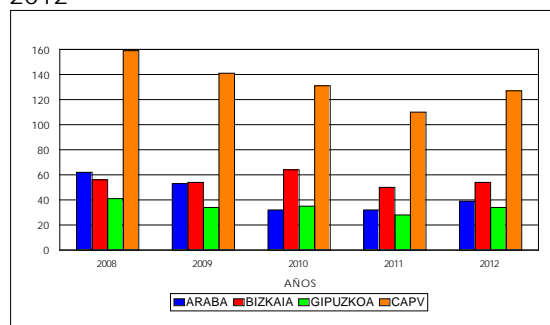


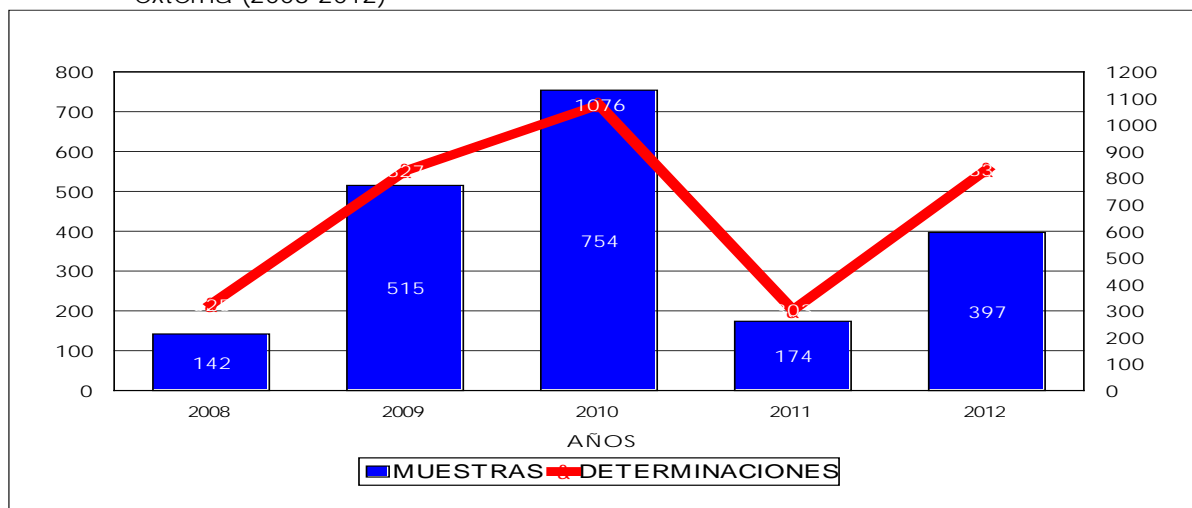
Figura 91. Alcholemias. Muestras y Determinaciones. Resumen Actividad Analítica Laboratorio Salud Pública 2008-2012



ANALÍTICA DE DEMANDA EXTERNA

La evolución de la actividad es discontinua, y se realiza en función de los contratos establecidos (Figura 92).

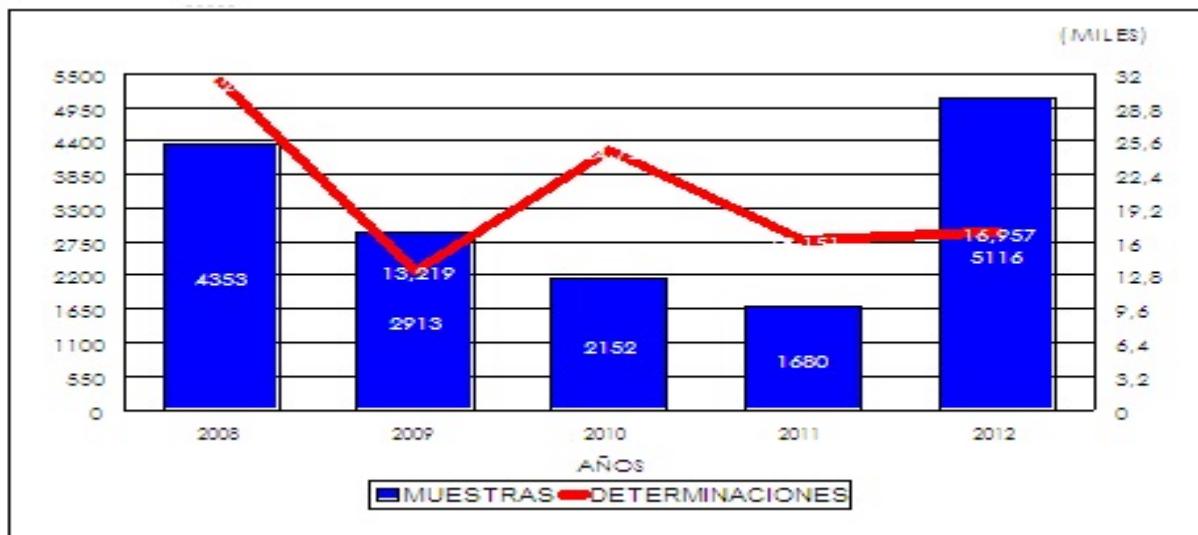
Figura 92. Evolución de la actividad analítica ligada a la demanda externa (2008-2012)



PARTICIPACIÓN EN PROYECTOS DE INVESTIGACIÓN

La evolución de la actividad, va ligada a los proyectos en los que se participa (Figura 93).

Figura 93. Evolución de la actividad analítica ligada a Proyectos de investigación (2008-2012)



PROMOCIÓN DE LA SALUD

1. SALUD MATERNO INFANTIL

Nacimientos

En el periodo 2008-2012 se han producido un total de 108.368 nacimientos en la CAPV. Como se aprecia en la Figura 94 y tabla 40, en Bizkaia han nacido 55.915 (51,13%); 37.775 en Gipuzkoa (34,54%) y 14.678 en Álava (13,42%) (Figura 94 y Tabla 43).

Figura 94. Porcentaje de nacimientos según el Registro de Recién Nacidos en la CAPV, 2008-2012

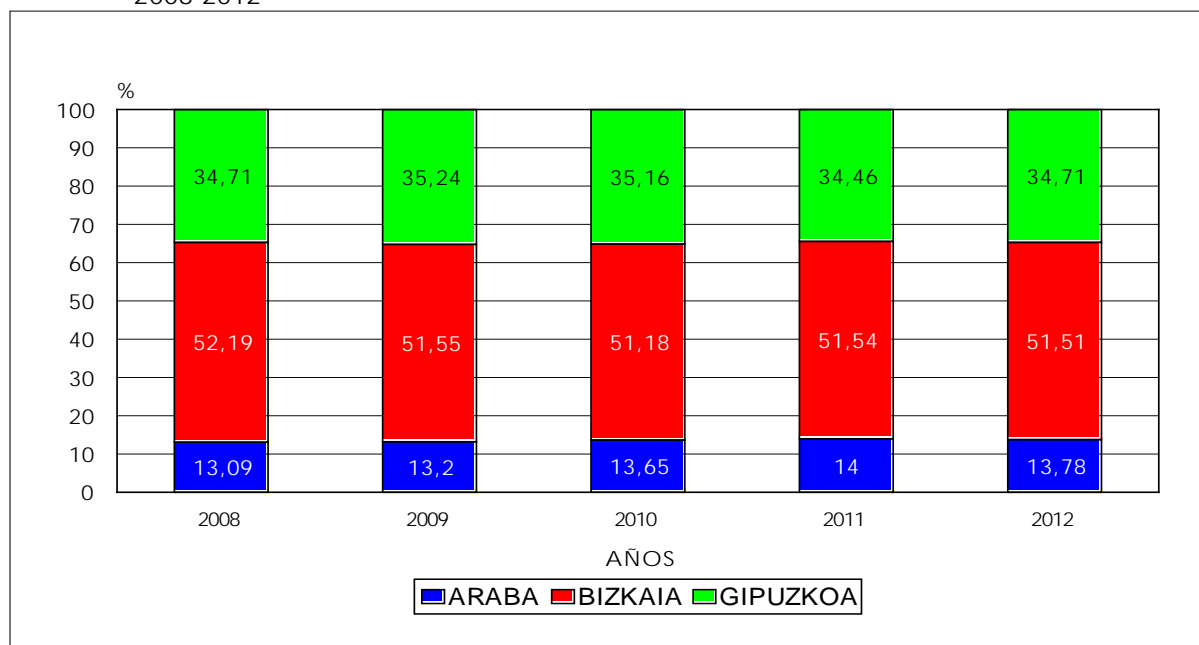


Tabla 43. Evolución del número de nacimientos por Territorios Históricos en la CAPV, 2008-2012

Territorio	2008	2009	2010	2011	2012
Álava	2.892	2.855	2.978	3.041	2.912
Bizkaia	11.527	11.147	11.166	11.192	10.883
Gipuzkoa	7.667	7.621	7.671	7.482	7.334
CAPV	22.086	21.623	21.815	21.715	21.129

FUENTE: Registro de bebés recién nacidos de la CAPV.

Respecto al **tipo de alimentación** que han recibido los bebés nacidos en el periodo 2008-2012 durante su tiempo de permanencia en la maternidad, sigue siendo

netamente predominante la lactancia natural, que tras su descenso durante 2008 vuelve a experimentar un repunte progresivo (Tabla 44)⁸.

Tabla 44. Evolución de porcentaje de los tipos de alimentación de bebés recién nacidos en la CAPV. 2008-2012

Alimentación	2008	2009	2010	2011	2012
Natural	63	64	65	67	69
Artificial	13	13	13	13	12
Mixta	23	22	21	19	17
No consta	1	2	1	1	2

FUENTE: Registro de bebés recién nacidos de la CAPV.

El porcentaje de **bebés recién nacidos con bajo peso** se ha venido manteniendo estable a nivel de la CAPV desde 2008 (Tabla 45).

Tabla 45. Porcentaje de bebés recién nacidos de bajo peso (<2.500 g) en la CAPV. 2008-2012

Territorio	2008	2009	2010	2011	2012
Álava	7,5	6,4	6,9	7,0	7,2
Bizkaia	7,5	7,3	7,5	7,4	7,2
Gipuzkoa	6,7	6,7	6,7	6,6	6,6
CAPV	7,2	7,0	7,1	7,1	7,0

FUENTE: Registro de bebés recién nacidos de la CAPV.

El porcentaje de partos por **vía abdominal** también se mantiene estable durante el periodo 2008-2012 (Tabla 46). Como viene ocurriendo desde hace años, los partos por cesárea suponen el 28,11% en la sanidad privada frente al 13,37% en la sanidad pública.

Tabla 46. Evolución del porcentaje de partos por vía abdominal (cesárea) en la CAPV. 2008-2012

	2008		2009		2010		2011		2012	
	Publico	Privado	Publico	Privado	Publico	Privado	Publico	Privado	Publico	Privado
Abdominal	12,82	25,73	13,3	26,81	13,47	28,56	13,51	30,11	13,75	29,33

FUENTE: Registro de recién nacidos de la CAPV.

Por **grupo de edad de la madre en el periodo 2008-2012**, el mayor número de nacimientos (42,04%) se ha producido en el grupo de 30-34 años, seguido del de 35-39 años (30,60%). El correspondiente a madres menores de 20 años ha representado el 1,28 % del total, y el de madres de 40 años o más ha supuesto el 5,69%, con una clara tendencia al alza en dicho período (Tabla 47 y Figura 95).

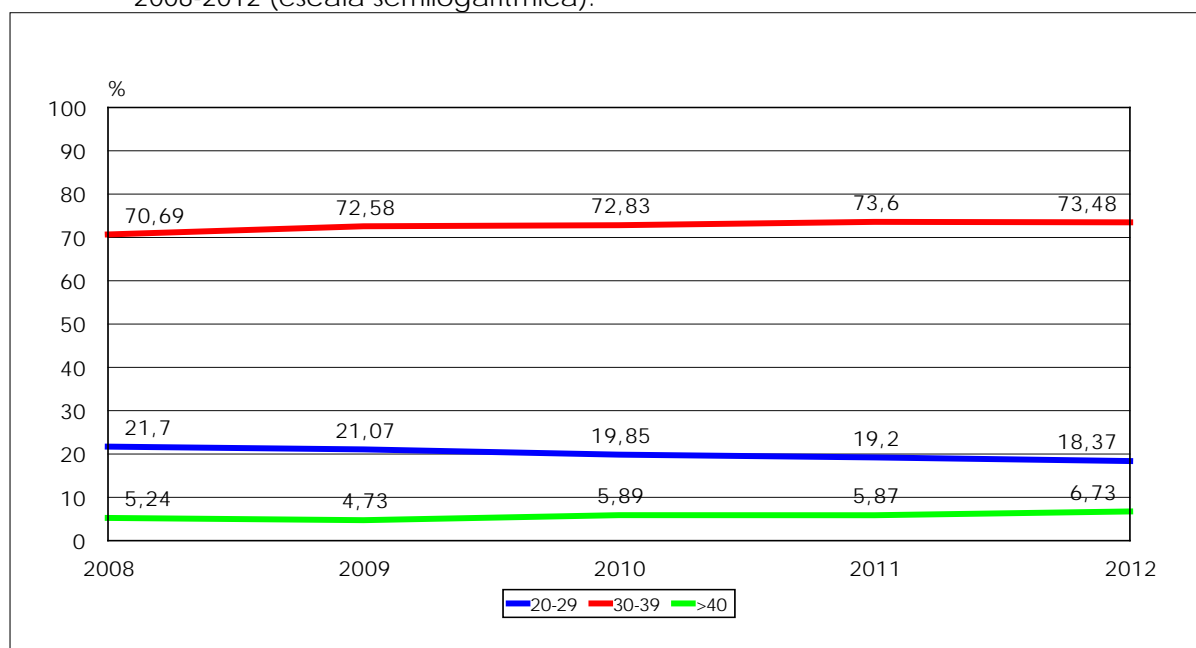
⁸ Es suficiente que el bebé haya tomado un biberón, aunque sea sólo con agua, para que venga clasificado como de alimentación mixta.

Tabla 47. Proporción de nacimientos por grupo de edad de la madre en la CAPV. 2008-2012

Edad	2008	2009	2010	2011	2012
< 14	0,04	0,03	0,01	0,01	0,03
15-19	1,39	1,26	1,28	1,18	1,19
20-24	5,2	5,24	4,82	4,54	4,3
25-29	16,5	15,83	15,03	14,66	14,07
30-34	42,69	43,74	42,36	41,48	39,93
35-39	28	28,84	30,47	32,12	33,55
= > 40	5,24	4,73	5,89	5,87	6,73
No consta	0,84	0,4	0,15	0,14	0,21
< 30	23,13	22,37	21,13	20,4	19,58
= > 30	76,03	77,32	78,72	79,47	80,2
< 17	0,21	0,23	0,16	0,13	0,14

FUENTE: Registro de recién nacidos de la CAPV.

Figura 95. Evolución de nacimientos según la edad de la madre en la CAPV. 2008-2012 (escala semilogarítmica).



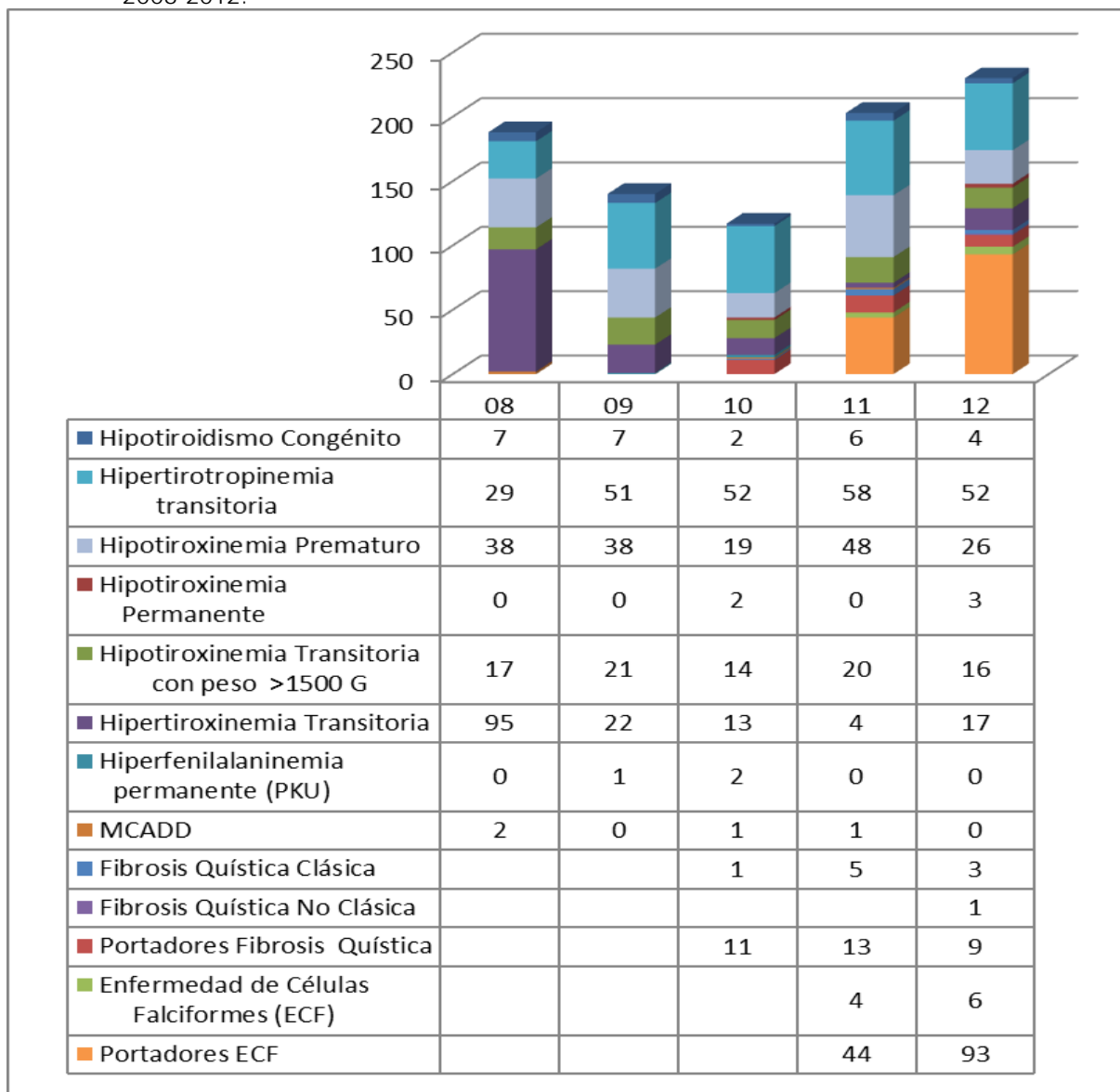
Programa de Cribado Neonatal de Enfermedades Congénitas de la CAPV (metabolopatías)

El Programa de Cribado Neonatal de Enfermedades Congénitas ha estudiado en el periodo 2008-2012 a 107.707 bebés recién nacidos vivos, 107.590 nacidos en domicilio o centros de la CAPV, y 117 en otra Comunidad Autónoma o en el extranjero⁹. Los casos detectados según diagnóstico han sido 906 (Figura 96).

⁹ El tipo y número de determinaciones realizadas se pueden ver en el capítulo dedicado al Laboratorio.

El Departamento de Salud, de acuerdo con las recomendaciones del Consejo Asesor de Cribado Neonatal de Enfermedades Congénitas de la CAPV, ha introducido varios cambios en el cribado neonatal de enfermedades congénitas. En Febrero de 2007 inicia el cribado de la Deficiencia de AcilCoA deshidrogenada de cadena media (MCAD) por Espectrometría de Masas en Tándem. En febrero de 2010 se incorpora el cribado de la Fibrosis Quística (FQ) al Programa y por último, en mayo de 2011 se incorpora el cribado de la Enfermedad de Células Falciformes. En el mes de septiembre de 2012, el Consejo Asesor recomienda al Departamento de Salud la inclusión en el futuro de cinco nuevas patologías: LCHAD, Homocistinuria, Jarabe de Arce, Acidemia Isovalérica y Acidemia Glutárica después de realizar un estudio exhaustivo Coste/efectividad.

Figura 96. Casos inicialmente detectados de metabopatías en la CAPV durante 2008-2012.



2. PROGRAMA DE VACUNACIONES

Desde finales del 2007, siguiendo las recomendaciones del Consejo Asesor de Vacunaciones de Euskadi, el Departamento de Salud ha introducido varios cambios en el calendario vacunal infantil de la Comunidad Autónoma del País Vasco (CAPV).

- En el curso escolar 2007-2008 se incluyó la vacuna frente al Virus del Papiloma Humano (VPH) a las niñas que cursan primer curso de Educación Secundaria Obligatoria (1º ESO).
- En el año 2010 se oficializó el cambio de pauta de revacunación en adultos frente al tétanos-difteria siguiendo las últimas recomendaciones de la OMS que establecen que en personas correctamente vacunados en la infancia (al menos 5 dosis de tétanos) y, en ausencia de heridas tetanígenas, se recomienda la administración de una única dosis de recuerdo en torno a los 65 años de edad.
- Por último, a finales del 2011, se modificó la pauta de vacunación frente a varicela a los 10 años. La nueva pauta establece que se vacunarán a los 10 años de edad con 2 dosis de vacuna frente a varicela y como mínimo debe transcurrir un mes entre la primera y la segunda dosis.

Encuesta de Seroprevalencia de la CAPV

En 2009 se inició el trabajo de campo de la I Encuesta de Seroprevalencia en Euskadi. El objetivo principal de este trabajo era, conocer el estado inmunitario frente a las principales enfermedades incluidas en el calendario vacunal en la población de 2 a 59 años residente en la CAPV. Asimismo, pretendía estimar la prevalencia por edad y sexo de inmunes y susceptibles frente a las enfermedades incluidas en el programa de vacunación e identificar posibles grupos de población sin una inmunización adecuada. Por último permitía investigar los factores asociados al estado inmunitario frente a cada una de las enfermedades estudiadas.

Se seleccionó una muestra representativa de la población vasca entre 2-59 años de edad compuesta de 1.702 personas distribuidas en 8 grupos de edad. El trabajo de campo comenzó en enero y finalizó en mayo de 2009, los análisis de laboratorio y el análisis final se completaron en 2010 y 2011. Participaron los laboratorios de microbiología de Cruces, Basurto y Donostia (recogida de muestras y análisis) y Txagorritxu (recogida de muestras).

Se estudiaron las enfermedades prevenibles mediante vacunación incluidas en el calendario de la CAPV (Difteria, Tétanos, Tos ferina, Poliomieltis, Sarampión, Rubéola, Parotiditis, Varicela, Meningococo serogrupo C, Haemophilus influenzae tipo b, y Hepatitis B). Además, se analizaron las hepatitis A y C.

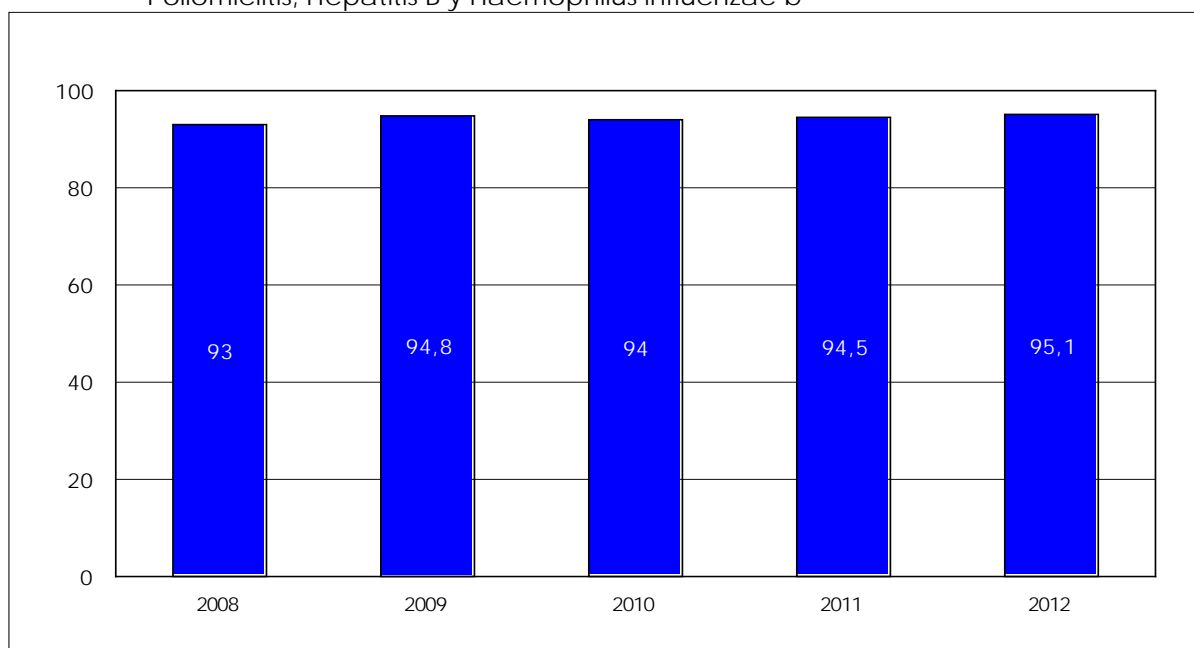
Conclusiones y recomendaciones:

- Difteria: no hay casos hace años en la CAPV, se aconseja mantener una adecuada vigilancia de la enfermedad.
- Tétanos: se muestra una clara mejoría en la inmunidad de la población adulta (20-59 años de edad) respecto a datos previos. El objetivo debe ser garantizar una adecuada primovacunación hasta los 16 años, y completar 5 dosis en la población adulta insuficientemente vacunada.
- Tos ferina: prioridad mantener coberturas de vacunación elevadas, así como una estrecha vigilancia y control de la enfermedad.
- Poliovirus: la población está protegida frente a la poliomielitis y con niveles de inmunidad adecuados tras la erradicación de la enfermedad.
- Sarampión: necesidad de mejorar la cobertura con dos dosis de vacuna, sobre todo en grupos de edad de 10-20 años y 25-29 años. Además de mantener la vigilancia epidemiológica activa de la enfermedad para alcanzar la erradicación.
- Rubéola, los niveles de protección son satisfactorios y adecuados para poder conseguir la erradicación de la enfermedad en el futuro.
- Parotiditis: los niveles de protección son bajos para lo esperado y es necesario reforzar la vacunación con vacuna triple vírica para completar dos dosis de vacuna en personas no correctamente vacunadas.
- Varicela: la prioridad es que la población alcance la adolescencia con niveles de protección adecuados para evitar complicaciones en adultos.
- Meningococo C: pérdida de la protección con el paso del tiempo, siendo mayor en los vacunados con tres dosis en los 6 primeros meses de vida. Considerar dosis adicionales de vacuna en estas cohortes.
- *Haemophilus influenzae* tipo b: resultados satisfactorios que deben mantenerse en el futuro.
- Hepatitis B: los resultados son los esperados, obteniéndose mejores resultados cuando las pautas de vacunación incluyen o administran una dosis de recuerdo o la última dosis de la serie de primovacunación a los 5 meses de la segunda.
- Hepatitis A: la población menor de 40 años es susceptible de forma generalizada por ausencia de contacto con el virus. Esto implica priorizar la vigilancia y las actuaciones preventivas en los grupos de mayor riesgo.

Evolución coberturas vacunales

Durante estos años, 2008 a 2012, las coberturas vacunales se han mantenido dentro de niveles aceptables y superan el 90% en la serie primaria (Figura 97).

Figura 97. % de cobertura vacunal serie primaria (3 dosis) de Difteria, Tétanos, Tos ferina, Poliomieltitis, Hepatitis B y Haemophilus influenzae b



En el último año disponible 2012, las coberturas vacunales estimadas para el **calendario vacunal infantil** han alcanzado los siguientes niveles (Tabla 48).

Tabla 48. Cobertura vacunal para las vacunas del Calendario vacunal infantil en el País Vasco. 2012

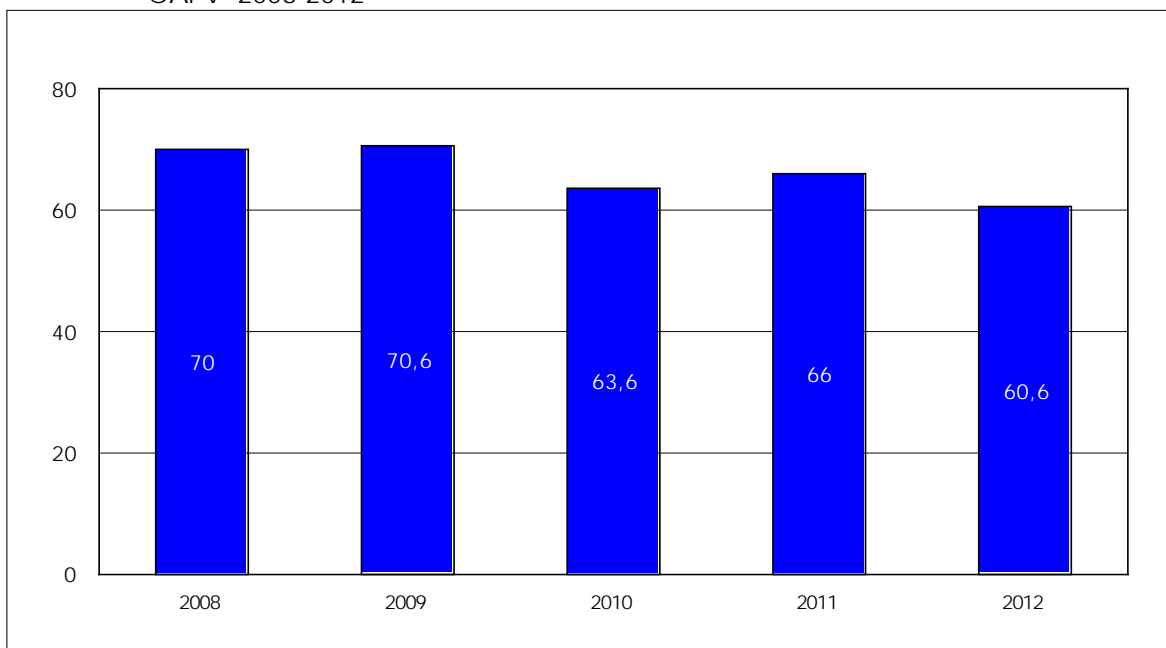
Vacunas	CAPV
BCG	89,5
DTPa-Polio-Hib (4 ^o dosis)	94,8
Hepatitis B (3 ^a dosis)	95,1
Meningococo C (3 ^a dosis)	94,8
Triple Vírica (1 ^o dosis)	94,3
Triple Vírica (2 ^a dosis)	94,2
DTPa 6 años	88,3
Hepatitis B (1 ^o ESO)	92,3
Virus del Papiloma Humano(niñas de 1 ^o ESO)	81,8

(1) Curso escolar 11-12.

FUENTE: Unidades de Epidemiología. Dirección de Salud Pública y Adicciones.

La campaña de **vacunación antigripal**, llevada a cabo en los meses de septiembre y octubre del 2012, 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 60,6%. Como se observa en la gráfica la cobertura vacunal antigripal ha descendido a partir de la pandemia gripal de 2009 (Figura 98).

Figura 98. Evolución cobertura vacunal antigripal en población >64 años.
CAPV 2008-2012



Fuente: Dirección de Asistencia Sanitaria. Osakidetza

3. PROGRAMAS DE APOYO A SALUD PÚBLICA

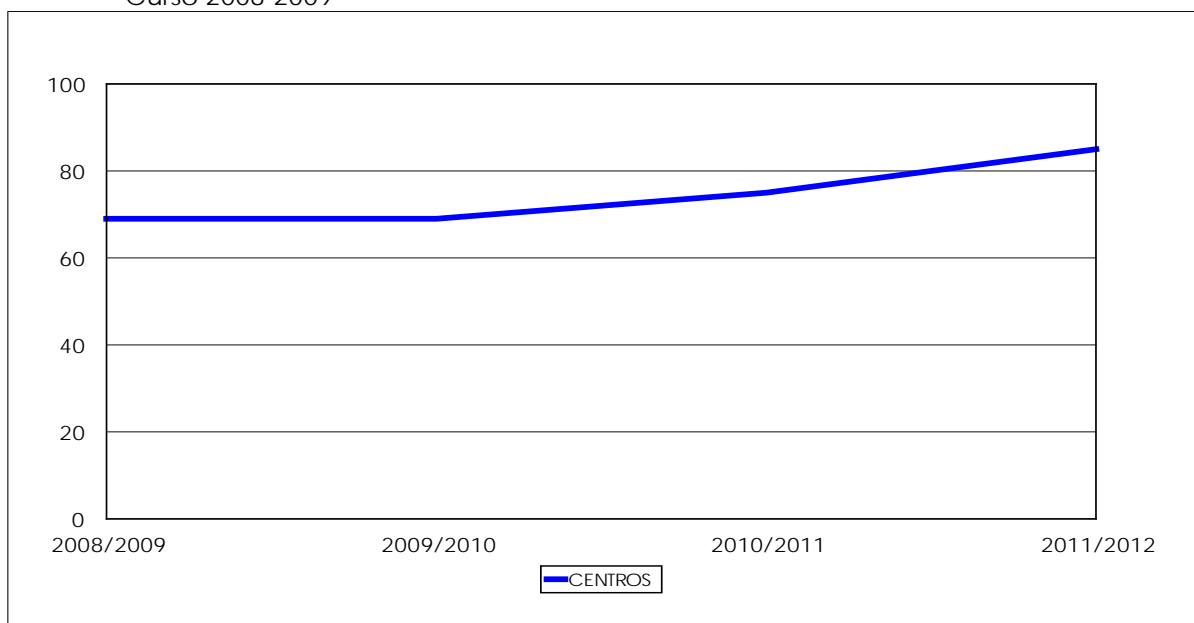
Proyectos de Innovación relativos a la Promoción y Educación para la Salud (PIPES)

Para progresar en la promoción de hábitos saludables en la comunidad educativa, se ha destinado durante cuatro cursos académicos entre 2008 y 2012, una partida presupuestaria para subvencionar **Proyectos de Innovación relativos a la Promoción y Educación para la Salud (PIPES)** presentados por centros educativos no universitarios (Figura 99).

Los proyectos se han basado en intervenciones sobre alimentación, actividad física, relaciones afectivo-sexuales, promoción de hábitos saludables y habilidades personales, higiene y salud buco-dental, etc.

La dotación media por curso académico ha sido de 130.000 € aproximadamente.

Figura 99. Número de centros educativos que obtuvieron subvención para PIPES.
Curso 2008-2009

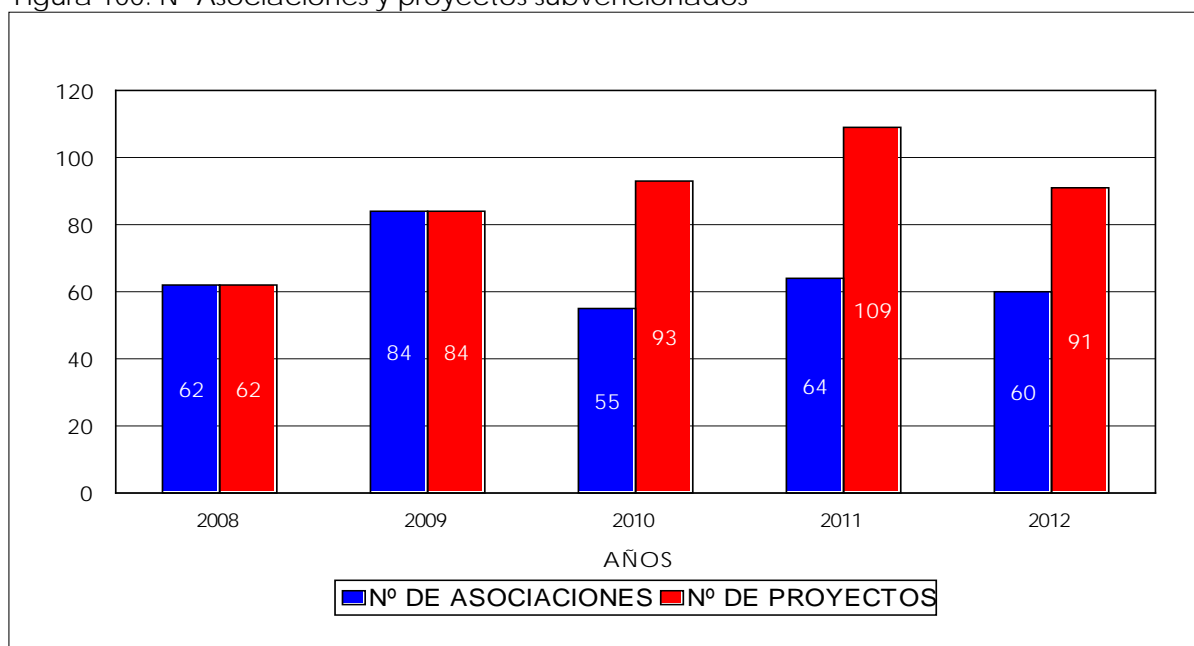


Mejora de la calidad de vida de personas enfermas y sus familias

Con la finalidad de contribuir al conocimiento de la enfermedad y su tratamiento por parte de personas enfermas y sus familias y de promover conductas saludables para la mejora de su calidad de vida se han ofertado anualmente, ayudas dirigidas a **Asociaciones sin ánimo de lucro formadas por personas enfermas y sus familias**.

En la figura se puede ver el nº de entidades y proyectos subvencionados en el periodo 2008-2012 (Figura 100).

Figura 100. Nº Asociaciones y proyectos subvencionados



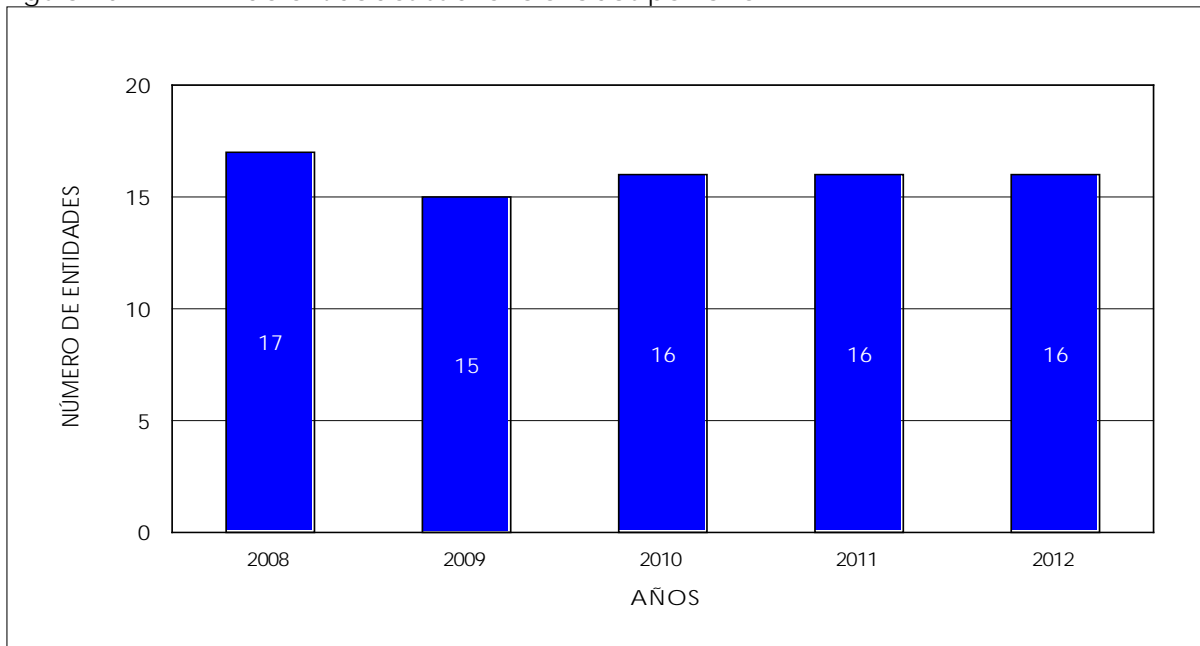
Los proyectos y actividades subvencionados están relacionados con patologías diversas como cáncer, diabetes, problemas nutricionales, problemas neurodegenerativos y neuromusculares, enfermedades psíquicas, etc.).

Prevención y control del VIH/sida

Con el fin de fomentar y fortalecer mediante su financiación programas/actuaciones en el campo del VIH/sida que se hallan ya arraigados o están camino de serlo dentro del tejido social se ofertan anualmente ayudas dirigidas a **entidades de iniciativa social sin ánimo de lucro orientadas a la prevención y control del sida** que consiguen un acceso a poblaciones especialmente vulnerables a las que de otra manera la Administración no podría acceder.

En la figura se puede ver el número de entidades que han sido financiadas durante el periodo 2008-2012 (Figura 101).

Figura 101. VIH: N° de entidades subvencionadas por año



4. ACTIVIDAD FÍSICA Y PREVENCIÓN DEL SEDENTARISMO

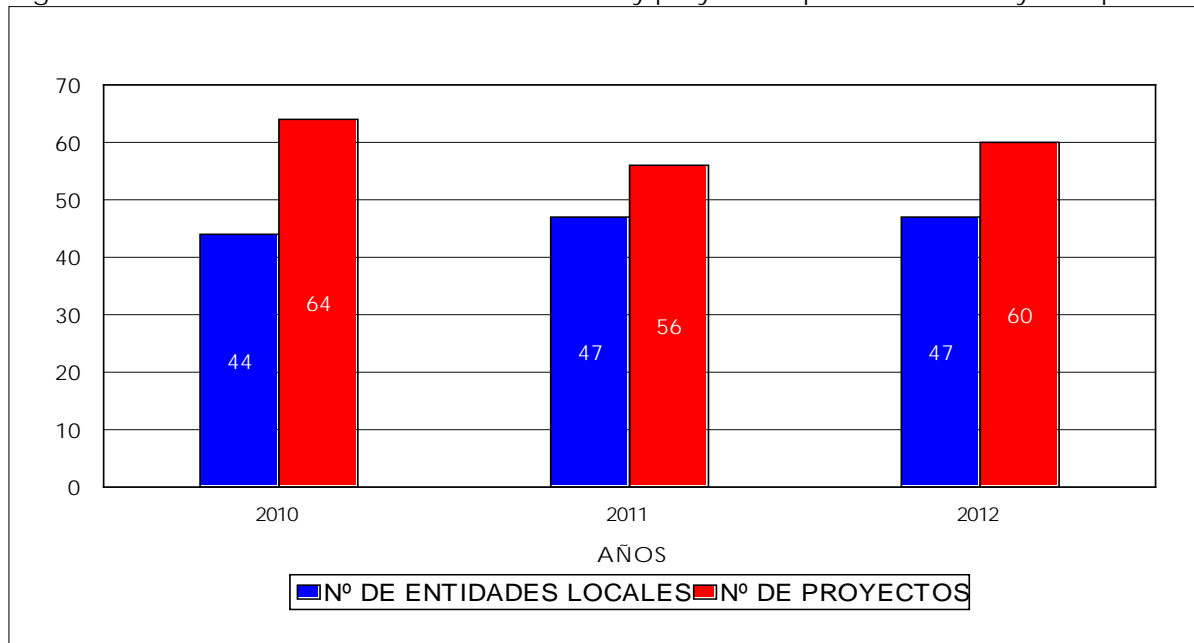
En 2010, se creó una partida presupuestaria específica dirigida a las entidades locales de Euskadi con el fin de promover la salud en las actuaciones que se lleven a cabo en el ámbito local y desde otros sectores diferentes del sanitario.

Como ámbito de trabajo se escogió la promoción de la actividad física estableciéndose como objetivo promover las intervenciones dirigidas a la mejora de las actitudes hacia la práctica de la actividad física por parte de la población

general y en especial de la población más sedentaria, así como a la promoción de la movilidad activa bien a pie o en bicicleta.

En la figura se aprecian el número de entidades locales y el número de proyectos subvencionados durante los años 2010, 2011 y 2012 (Figura 102).

Figura 102. Nº de entidades locales de la CAPV y proyectos que obtuvieron ayudas por año



Los ámbitos de intervención de los proyectos subvencionados han sido:

- La oferta y dinamización de actividades específicas de nueva creación
- El acondicionamiento y/o creación de nuevos espacios urbanos
- La dinamización de la utilización de dichos espacios
- La creación y señalización de ejes o recorridos urbanos
- El fomento de los desplazamientos activos a centros escolares o de trabajo.

Estudio de la práctica de la Actividad Física en el País Vasco

En 2010 las Direcciones de Salud Pública y de Deportes del Gobierno Vasco encargaron la realización de un estudio diagnóstico sobre los niveles de práctica de actividad física de la población vasca¹⁰.

Los resultados del estudio mostraron que en la CAPV existe un amplio porcentaje de la población que no alcanza los niveles de actividad física recomendados y podrían, por tanto, beneficiarse de una acción decidida en el fomento de la actividad física y en la limitación de la conducta sedentaria (Figuras 103-106).

¹⁰ Departamento de Sanidad y Consumo, Gobierno Vasco. *Diagnóstico de la Actividad Física en Euskadi*. 2010.

Figura 103. Población adulta (%)

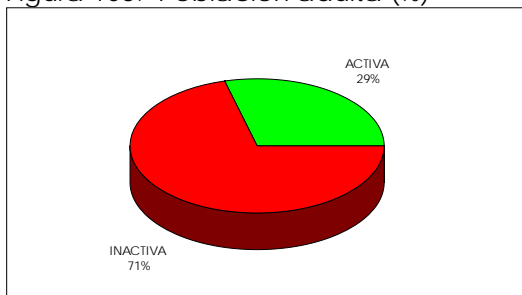
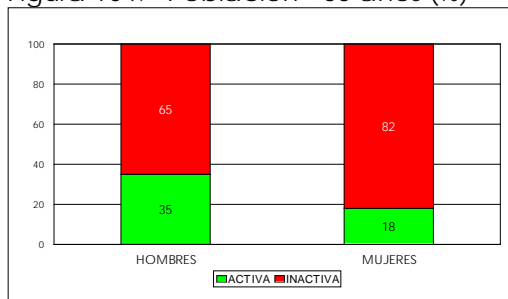


Figura 104. Población >65 años (%)



Fuente: Departamento de Sanidad y Consumo, Gobierno Vasco.
Diagnóstico de la Actividad Física en Euskadi. 2010.

Figura 105. Población Infantil y juvenil (%)

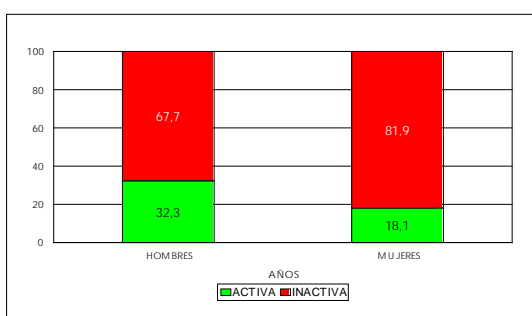
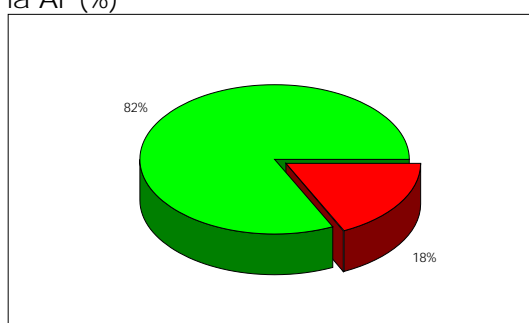


Figura 106. Población sin ningún interés en la AF (%)



Fuente: Departamento de Sanidad y Consumo, Gobierno Vasco.
Diagnóstico de la Actividad Física en Euskadi. 2010.

Plan Vasco de Actividad Física-Aktibili

En respuesta a los datos previos, en el 2011 se inicia el Plan Vasco de Actividad Física-Aktibili, una iniciativa de la sociedad vasca para incrementar la actividad física regular y reducir el tiempo que las personas permanecemos sedentarias y alcanzar así una mejora de la salud y de la calidad de vida de la población vasca.

Sus objetivos se centran en tres ámbitos:

- En las personas: Transmitir el conocimiento de las recomendaciones de actividad física, lograr la mejora de las actitudes hacia la práctica de actividad física regular, el incremento y mantenimiento de la población suficientemente activa y la reducción del tiempo dedicado a conductas sedentarias.
- En la sociedad: Lograr el reconocimiento y apoyo social a la práctica de la actividad física y la limitación de la conducta sedentaria, la creación de oportunidades para la práctica de actividades físicas, la equidad en el acceso a la actividad física y a los beneficios derivados de ésta.

- En el entorno físico: Existencia de espacios urbanos y naturales que faciliten la práctica de actividad física, acceso a instalaciones recreativas y deportivas y la existencia de infraestructura adecuada para el transporte activo.

Sus **premisas básicas** son la consideración de los determinantes sociales de la salud, la creación de entornos favorables y la potenciación de la cooperación intersectorial e interinstitucional.

Se crea así el **Marco para la Acción** que asienta las bases para la definición de las **estrategias y proyectos** para la promoción de la actividad física en la CAPV. Para ello se elaboraron, mediante consenso de grupos de trabajo formados por personas de diferentes perfiles profesionales, las propuestas de intervención prioritarias para el incremento de la actividad física y la reducción del sedentarismo para cada grupo poblacional establecido.

Como resultado de este trabajo se obtienen **96 propuestas de actuación** que se clasifican en **11 ámbitos** de actuación y **13 estrategias**¹¹.

Como ejemplo, se numeran a continuación una serie de actuaciones desarrolladas a nivel local derivadas de estas propuestas:

- *Proyecto intersectorial Osakidetza – Ayuntamiento de Vitoria-Gasteiz.* Proyecto piloto de derivación de pacientes desde Atención Primaria al agente comunitario para su asesoramiento y acompañamiento en la práctica de actividad física.
- *Actividad física no competitiva en educación primaria.* Promoción de juegos no competitivos en el alumnado de educación primaria durante los tiempos de recreo y en el tiempo libre tras la comida.
- *Amarauna. Programa de caminos escolares.* Puesta en marcha de siete caminos escolares, a través del trabajo coordinado con agentes municipales.
- *Tipi tapa. Promoción de la actividad física en población mayor.* Programa de intervención comunitaria dirigido a la población mayor, que potencia la reserva de autonomía moral e independencia funcional y prioriza la realización de actividad física no estructurada como ocio activo y la creación de un entorno favorable para ello.

¹¹ Estrategias y proyectos para la promoción de la actividad física. <http://goo.gl/Z2oolG>

5. TABAQUISMO

El consumo de tabaco es la principal causa de muerte evitable en el mundo y es origen de un gran abanico de problemas de salud. En Euskadi se calculó que en 2007, 2.582 muertes fueron atribuibles al tabaco, el 22.6% de las muertes de hombres y el 3,1% de las muertes de mujeres.

Situación del tabaquismo en la CAPV

Los datos de la última encuesta de salud realizada en 2007 revelaban lo siguiente:

1. Consumo de tabaco:

- El 28,7% de los hombres y el 22,5% de las mujeres son fumadores de tabaco.
- La mayor prevalencia se da entre los 25 y 44 años.
- Por primera vez en las personas jóvenes de 16 a 24 años, las chicas fuman más que los chicos, un 25,5% frente a un 22,4%.

Otros datos derivados de la encuesta y que evidencian las desigualdades sociales del consumo de tabaco son:

- En los hombres existe una relación entre el nivel de estudios y el tabaco, fuman más los que menos estudios tienen, sobre todo entre los más jóvenes.
- En los hombres se da un claro gradiente socioeconómico, fuman más a medida que se desciende en la escala social.
- En los hombres, el abandono también sigue un patrón socioeconómico, pero inverso al del consumo. Es mayor al subir en la escala social.
- En las mujeres, el patrón socioeconómico de abandono es más marcado que en los hombres.
- Las diferencias de consumo por comarcas sanitarias son relevantes. En los hombres destaca Euzkerraldea mientras que en las mujeres Uribe.

EUSKADI LIBRE DE HUMO DE TABACO

En el año 2008 tomando como referencia el Plan MPOWER de la OMS diseñado para reducir la epidemia del tabaquismo, se comienza a trabajar en un proyecto conocido hoy como "Euskadi libre de humo de tabaco". El objetivo general del proyecto 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 Euskadi.

Bajo el lema "VIVE SIN TABACO", el proyecto abarca una serie de intervenciones complementarias y sinérgicas orientadas a la prevención y la progresiva reducción del tabaquismo entre la población, así como a la protección a las personas no fumadoras del humo del tabaco;

1. Monitorizar el consumo de tabaco

El objetivo es establecer sistemas eficaces de vigilancia, supervisión y evaluación que permitan obtener datos periódicos representativos a nivel autonómico sobre los indicadores clave del consumo de tabaco en jóvenes y adultos. Estos datos se obtienen a partir de la ESCAPV, el informe Euskadi y Drogas y la aplicación Osabide-AP.

2. Proteger a la población del humo del tabaco.

El objetivo es hacer cumplir la ley sobre los entornos completamente libres de humo.

En el año 2011, entra en vigor la Ley 1/2011 de 3 de febrero de tercera modificación de la Ley sobre prevención, asistencia e inserción en materia de drogodependencias. Esta nueva medida legislativa se pone en marcha para respetar el derecho de la ciudadanía a respirar un aire libre de humo y proteger la salud de las personas no fumadoras en todos los espacios públicos y lugares de trabajo cerrados, incluidos restaurantes y bares.

3. Ofrecer ayuda a la persona fumadora en Atención Primaria.

El objetivo es ofrecer servicios de fácil acceso para tratar clínicamente la dependencia del tabaco en el 100% de los centros de atención primaria como una medida más en la atención básica que se presta.

En el año 2010 se propone un programa de formación dirigido a profesionales sanitarios de Osakidetza para la intervención en Consejo Sanitario y en tratamiento individual y grupal del tabaquismo.

En atención a las desigualdades sociales en el consumo de tabaco, la oferta de formación comienza en 2011 por aquellos centros de salud ubicados en zonas básicas de salud más desfavorecidas (Quintiles 5 y 4).

La formación homogénea a los profesionales de Osakidetza ha favorecido la extensión de la oferta de tratamientos de deshabituación en los centros de atención primaria y como consecuencia el aumento de las personas que se acogen a ellos.

Según datos recogidos de Osabide AP, los tratamientos de deshabituación registrados en los centros de atención primaria durante 2012 comparados con los del año 2011, han pasado los individuales de 388 a 1.729 y los grupales de 51 a 483 (Figuras 107 y 108).

Tratamientos de deshabituación registrados en Osakidetza

Figura 107. Tratamiento Individual

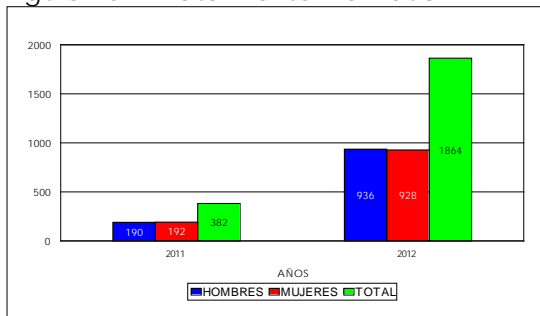
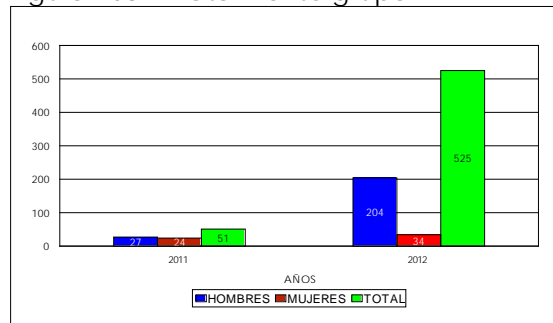


Figura 108. Tratamiento grupal



FUENTE: Osabide AP

4. Informar sobre los riesgos para la salud del tabaco

El objetivo es conseguir la sensibilización sobre los **riesgos para la salud del consumo de tabaco y del aire contaminado con humo de tabaco (AHT)**, entre grupos de edad, sexos y lugares de residencia para que las personas comprendan las consecuencias del tabaco.

Durante los años 2011 y 2012 se han puesto en marcha una serie de actuaciones que, a través de la participación de múltiples agentes tienen como objeto cambiar las normas sociales sobre el consumo de tabaco:

- En el ámbito educativo se ha desarrollado "Clases sin humo", un programa de intervención antitabáquica en centros educativos con el objetivo de retrasar la edad de inicio del consumo en la adolescencia (Figuras 109 y 110).

Figura 109. Programa Aula sin humo. Curso escolar 2011-2012. Por centros

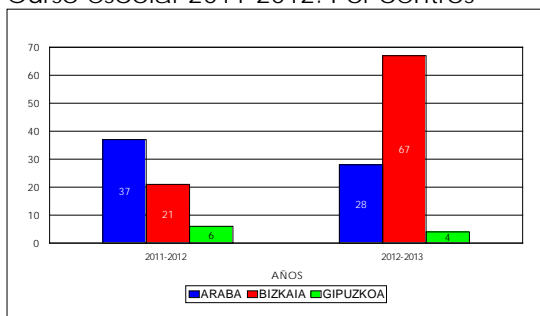
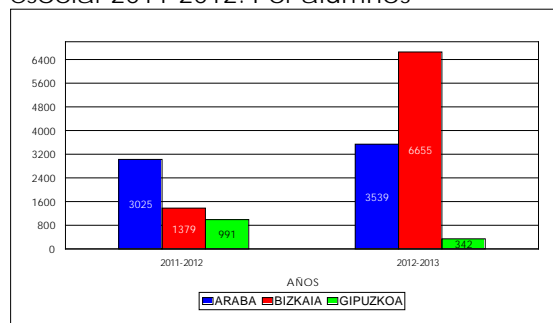


Figura 110. Programa Aula sin humo. Curso escolar 2011-2012. Por alumnos



FUENTE: Departamento de Salud

- En el ámbito poblacional son cada vez más los municipios y comarcas que a través de la participación de agentes sociales, sanitarios, colegios profesionales y ciudadanía en general están impulsando el desarrollo de programas de sensibilización con miras a prevenir el inicio del consumo de tabaco y a aumentar la derivación a atención primaria de aquellas personas que quieren abandonar el tabaco.

6. EDUCACIÓN PARA LA SALUD

Con objeto de apoyar a los profesionales sanitarios en su labor de promoción y educación para la salud, desde la Dirección de Salud Pública y Adicciones se editan y publican anualmente una serie de materiales didácticos orientados a la salud materno infantil.

El material se distribuye entre los diferentes Centros de Salud y Hospitales de Euskadi para ser entregado por el personal sanitario a las mujeres embarazadas y/o a los padres y madres cuando acuden a la consulta del control del niño sano.

Relación de material didáctico:

- **Cartilla de la embarazada:** Documento de registro de los controles sanitarios de la mujer embarazada.
- **Vas a ser madre:** Guía de orientación en el embarazo, parto y puerperio con consejos de salud, ejercicios recomendados y apoyo a la lactancia.
- **Embarazo sin tabaco:** Guía de apoyo en la deshabituación tabáquica para mujeres embarazadas.
- **Atención al parto Normal:** Documento dirigido a las mujeres embarazadas, los futuros padres, acompañantes y familiares con el fin de informar sobre los cuidados que van a recibir las mujeres sanas y sus bebés durante el parto y el nacimiento normales en las maternidades hospitalarias.
- **Cartilla de salud infantil:** Documento para el registro de actividades preventivas (vacunas y controles periódicos de salud) así como información sobre salud y estilos de vida en las diferentes etapas de desarrollo infantil.
- **Tu bebé ya está en casa:** Guía sobre cuidados del bebé en sus primeros meses de vida y de la madre en la recuperación posparto.
- **Guías de Seguridad Infantil:** Desarrolladas dentro del programa Zainbide tienen como objetivo ayudar al cambio de los comportamientos del padre y de la madre hacia pautas de conducta más seguras con sus hijos o hijas menores de cinco años.

Anualmente se distribuyen aproximadamente unos 24.000 ejemplares de cada uno de ellos.

7. PREVENCIÓN DEL VIH E INFECCIONES DE TRANSMISIÓN SEXUAL

Los datos obtenidos a través del sistema de vigilancia epidemiológica del VIH permiten adecuar los objetivos de actuación a la realidad y se concretan en los siguientes puntos:

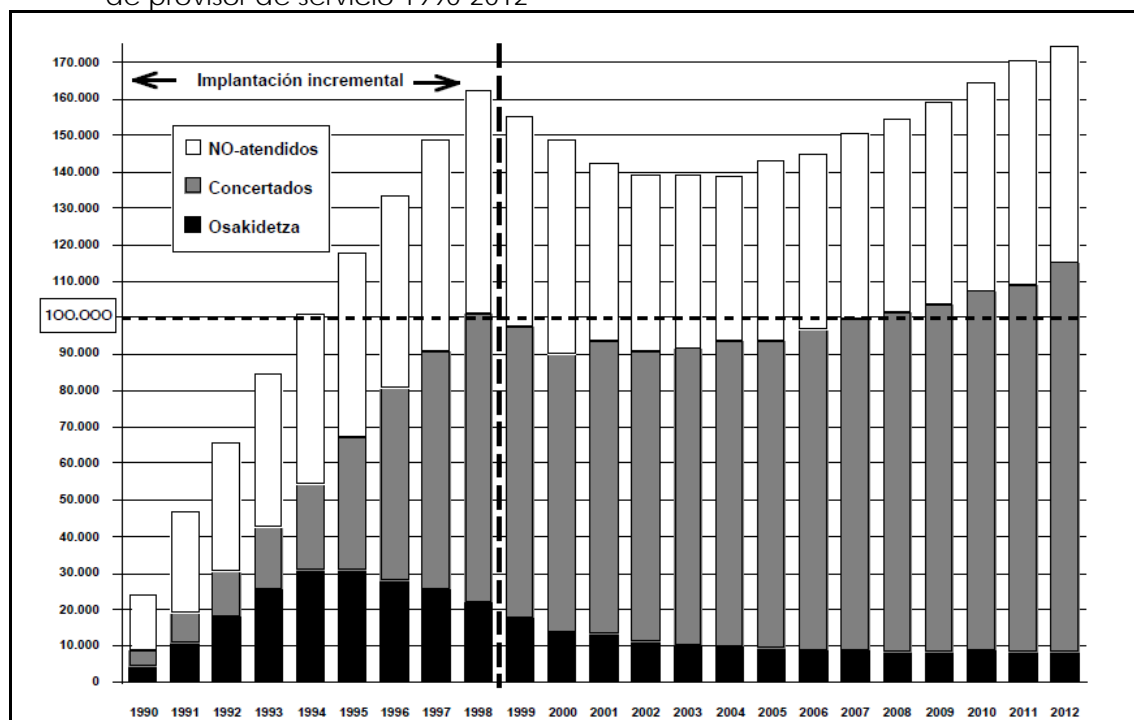
1. Prevenir la transmisión del VIH y de las infecciones de transmisión sexual en la población general, con especial énfasis en los hombres que tienen sexo con hombres.
2. Prevenir la transmisión del VIH, de las infecciones de transmisión sexual y el embarazo no deseado en jóvenes.
3. Promover el diagnóstico precoz de la infección por VIH, promocionando las pruebas diagnósticas
4. Reducir el estigma y la discriminación de las personas con VIH.

Para el logro de estos objetivos se vienen desarrollando diferentes actuaciones entre las que se pueden destacar las siguientes: mejora de la difusión de información con especial atención en internet (www.osakidetza.euskadi.net/sida) y las redes sociales, programas de prevención con especial énfasis en los jóvenes y en hombres que tienen sexo con hombres, programas para la realización del test rápido del VIH, y apoyo a ONGs que trabajan por la integración y normalización de las personas seropositivas.

8. PROGRAMA DE ASISTENCIA DENTAL INFANTIL (PADI)

El PADI garantiza asistencia dental básica y de calidad a todas las niñas y niños desde los 7 a los 15 años, dispensando cuidados preventivos y tratamientos adecuados, mediante una extensa red de 1.000 dentistas de familia. En 2012, atendió a 115.008 niñas y niños de los 174.565 en esas edades residentes en la CAPV. Dos de cada tres (65,88%) utilizaron el PADI en 2012 (Figura 111).

Figura 111. Evolución del número de niñas y niños atendidos por el PADI según tipo de provisor de servicio 1990-2012



FUENTE: Servicio Dental Comunitario. Osakidetza

La frecuencia media de utilización desde los 7 a los 15 años es de 6,3 ejercicios sobre los 9 de cobertura. Algo más de una cuarta parte (el 27,8% en 2012) de las niñas y niños que cumplen 15 años utilizaron el PADI en todos y cada uno de los 9 ejercicios en que estuvieron incluidos. A esa edad de 15 años, el 92% de las niñas y niños de la CAPV han utilizado el sistema de asistencia del PADI.

Las edades de cobertura se corresponden con la erupción y maduración posteruptiva de la dentición permanente. Es en esas edades cuando el riesgo de caries es mayor y su avance más rápido. Si se superan estas edades sin lesiones ni acumulación de tratamiento reparador, las posibilidades de una mejor salud dental y general en resto de la vida se incrementan.

La Tabla 49, detalla la asistencia dispensada por los dentistas del PADI en 2012 en dentición permanente, junto al porcentaje (perfil) que representa por cada 100 niños o niñas. Muestra el adecuado enfoque preventivo desarrollado.

Tabla 49. Asistencia dental dispensada en el PADI en 2012

Asistencia dispensada	Número	Perfil
Asistencia general		
Selladores	25.410	22,09
Obturaciones	21.402	18,61
Extracciones	894	0,78
Tratamientos pulpares	430	0,37
Total revisiones	115.008	
Asistencia adicional (por traumatismos)		
Obturaciones	658	0,57
Reconstrucciones	1.401	1,22
Apicoformaciones	41	0,04
Endodoncias	154	0,13
Coronas	45	0,04
Extracciones	24	0,02
Mantenedores	8	0,01
Total traumatismos	1.635	1,42

FUENTE: Servicio Dental Comunitario. Osakidetza

Los cuidados dispensados por los dentistas del PADI son causa directa de la buena salud de nuestros jóvenes de hoy. A ello han contribuido igualmente medidas de Salud Pública como la fluoración, y otras a nivel individual, como la implicación de las familias en la higiene dental de sus hijos.

La estrategia de Salud Dental adoptada ha logrado reducir drásticamente la prevalencia de caries en la población infantil. Si, en 1988, el porcentaje de niños libres de experiencia de caries (CAOD=0) era 86% (7 años), 31% (12 años) y 18% (14 años); en 2008 había aumentado hasta 98% (7 años), 74% (12 años) y 61% (14 años). La mejora se ha producido en todas las clases sociales, si bien aún persiste un gradiente que relaciona la salud dental y su adecuada asistencia con la condición social. Este nuevo escenario epidemiológico requerirá complementar la estrategia poblacional vigente con acciones específicas sobre los grupos de riesgo que concentren la caries remanente.

9. SALUD EN TODAS LAS POLÍTICAS

La Estrategia de Salud en Todas las Políticas (SeTP) trata de promocionar las políticas públicas saludables, introduciendo de forma sistemática la salud y la equidad en salud en el diseño, desarrollo y evaluación de las mismas.

En el año 2011, en el marco del Plan de Innovación Pública se constituye una **Comunidad de Práctica** (CoP) formada por personas de distintas áreas del departamento de Salud, que a través del trabajo colaborativo, proyecta conformar un cuerpo sólido de prácticas en esta materia que repercuta en la mejora de la calidad de vida de la población.

Las siguientes intervenciones han sido realizadas desde el área de Salud Pública:

1. Actuaciones de sensibilización (ver apartado de formación):

- 1.1. Durante el año 2010 y 2011 se realizan 3 **talleres de sensibilización** sobre los determinantes sociales de la salud, la equidad y la Salud en Todas las Políticas.
- 1.2. En 2012 se lleva a cabo una jornada informativa sobre **“Intervenciones para promoción de la equidad en salud en el entorno urbano”**. En la jornada se analiza la situación de las desigualdades locales en salud de Euskadi y sus causas, y se presentan herramientas y estrategias de intervención para reducir las desigualdades en salud y mejorar la equidad en salud en los municipios.
- 1.3. **Training for Health Impact Assessment**. Curso de capacitación para la utilización práctica de la herramienta de Evaluación del impacto en la Salud (EIS).

2. Actuaciones para visualizar e integrar la salud en las políticas de las administraciones locales: Ekitalde Salud y Desarrollo Urbano Sostenible.

En el año 2012 se crea un **Ekitalde** (grupo de trabajo) en el seno de la red de municipios vascos por la sostenibilidad Udalsarea 21, liderado por el Departamento de Salud y con la participación de 11 municipios y 4 entidades comarcales de Euskadi.

El grupo trabaja en el diseño de una herramienta tipo checklist que ayude a las personas que trabajan en planificación urbana a conocer el efecto en la salud de las intervenciones y les apoye en la elección de alternativas que maximicen los efectos positivos en salud y disminuyan los negativos. Este trabajo se concretará a finales del 2013 con la redacción de un **Cuaderno Udalsarea**, guía práctica que recopilará el conocimiento y la metodología generada en el grupo y que estará disponible para el resto de municipios de Euskadi.

3. Actuaciones de implementación de la herramienta EIS:

- EIS del **Programa de fluoración del agua de consumo en Euskadi**.

Esta EIS está analizando la conveniencia de mantener la fluoración del agua de consumo de la CAPV en las concentraciones actuales.

El estudio se encuentra en la fase de caracterización de impactos (Tabla 50).

Tabla 50. Fase de caracterización de impactos. Estado de situación actual:

PROYECTO O EIS	Análisis intervención	Perfil de población	Revisión bibliográfica de evidencia	Producción nueva evidencia		Estimación impactos	
				Cuantitativa	Cualitativa	Identificación	Jerarquización
Programa de fluoración del agua de consumo	x	x	x	x	En curso		

El informa completo se presentará al grupo director de la EIS al finalizar el primer semestre de 2013.

- EIS de la **Nueva lonja de pescado de Pasaia y Reordenación de la Herrera.**

EIS de la nueva lonja de pescado de Pasaia, ya en ejecución, y de la reordenación de La Herrera, un área portuaria abandonada, cuya propuesta de nuevos usos residenciales ha sido pospuesta repetidamente, consecuencia del desacuerdo entre administraciones.

Se trata de una EIS concurrente que se está desarrollando en base a la Guía Merseyside, gracias a la financiación obtenida en convocatoria competitiva en 2011.

En 2012 ya se emitió un informe de recomendaciones con propuestas a los agentes implicados (Ayuntamiento y Autoridad Portuaria) de una serie de medidas preventivas a aplicar durante el periodo de obras.

El estudio se encuentra en la fase de caracterización de impactos (Tabla 51).

Tabla 51. Fase de caracterización de impactos. Estado de situación:

PROYECTO EIS	Análisis intervención	Perfil de población	Revisión bibliográfica de evidencia	Producción nueva evidencia		Estimación impactos	
				Cuantitativa	Cualitativa	Identificación	Jerarquización
Lonja de pescado de Pasaia y Reordenación de la Herrera	x	x	x	x	x	x	En curso

