

# Informe 2013

# Salud Pública y Adicciones





# ÍNDICE

INFORMACIÓN POBLACIONAL .....	4
MORBILIDAD .....	14
<i>SISTEMAS DE VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA</i> .....	14
1. ENFERMEDADES DE DECLARACIÓN OBLIGATORIA (EDO) .....	14
2. GRIPE .....	20
3. MICROBIOLOGÍA .....	23
5. BROTOS .....	28
6. VIH Y SIDA .....	33
<i>ADICCIONES</i> .....	35
PROTECCIÓN DE LA SALUD .....	41
SALUD AMBIENTAL .....	41
1. AIRE .....	41
2. AGUAS DE CONSUMO .....	47
3. AGUAS DE BAÑO .....	51
4. PREVENCIÓN Y CONTROL DE LA LEGIONELOSIS .....	55
5. PRODUCTOS QUÍMICOS .....	58
6. OTRAS ACTUACIONES .....	60
SEGURIDAD ALIMENTARIA .....	63
1. ESTABLECIMIENTOS ALIMENTARIOS .....	63
2. SEGURIDAD MICROBIOLÓGICA DE LOS ALIMENTOS .....	72
3. SEGURIDAD QUÍMICA .....	76
4. OTRAS ACTIVIDADES .....	83
LABORATORIO .....	85
PROMOCIÓN DE LA SALUD .....	100
1. SALUD MATERNO INFANTIL .....	100
2. PROGRAMA DE VACUNACIONES .....	103
3. PROGRAMAS DE APOYO A SALUD PÚBLICA .....	105
4. ACTIVIDAD FÍSICA Y PREVENCIÓN DEL SEDENTARISMO .....	106
5. EDUCACIÓN PARA LA SALUD .....	111
6. PREVENCIÓN DEL VIH E INFECCIONES DE TRANSMISIÓN SEXUAL .....	112
7. PROGRAMA DE ASISTENCIA DENTAL INFANTIL (PADI) .....	113

8. SALUD Y DESARROLLO URBANO .....	115
ADICCIONES .....	116
1. COORDINACIÓN Y APOYO EN LA INTERVENCIÓN SOBRE ADICCIONES .....	116
2. ESTUDIOS, INFORMES Y DOCUMENTACIÓN .....	121
3. REDUCCIÓN DE LA OFERTA.....	124
4. PREVENCIÓN DE LAS ADICCIONES.....	126
5. EUSKADI LIBRE DEL HUMO DE TABACO .....	128
6. PROGRAMA MENORES Y ALCOHOL .....	130
7. ASISTENCIA SOCIO-SANITARIA DE LAS ADICCIONES .....	131
8. LEY SOBRE ADICCIONES .....	133

## INFORMACIÓN POBLACIONAL

### 1. DEMOGRAFÍA EN LA COMUNIDAD AUTÓNOMA DEL PAÍS VASCO

Según los datos de Eustat, en 2013 la población residente en el País Vasco es de 2.178.949 personas, de las que 1.117.105 (51,2%) son mujeres y el resto varones 1.061.844(48,8%). La distribución de esta población por Territorios Históricos es: Araba/Álava 320.266, Bizkaia 1.150.792 y Gipuzkoa 707.891, registrándose un crecimiento vegetativo en 2012 de 252 personas (Tabla 1).

Tabla 1. Bebés nacidos vivos y tasa de natalidad por 1.000 habitantes por Territorio Histórico. 2006-2013

	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
2012	20.533	9,4	3.293	10,3	10.342	9,0	6.898	9,8
2013	19.118	8,8	3.099	9,7	9.732	8,5	6.287	8,9

FUENTE: Eustat. Estadística de nacimientos de la c. a. de Euskadi. Tasas provisionales.

En cuanto al número de nacimientos en 2013 se llegó a la cifra de 19.118, lo que supone un 6,9% menos que el año anterior.

En la C.A. de Euskadi, según los datos de Eustat la esperanza de vida en 2011, se situaba en 79,3 años para los hombres y para las mujeres 86,1 años. Cuenta con una población de 440.116 personas que cuentan con 65 (y más años), lo que representa el 20,2% de la población total, situándose entre los países de la UE- 27 con la población más envejecida.

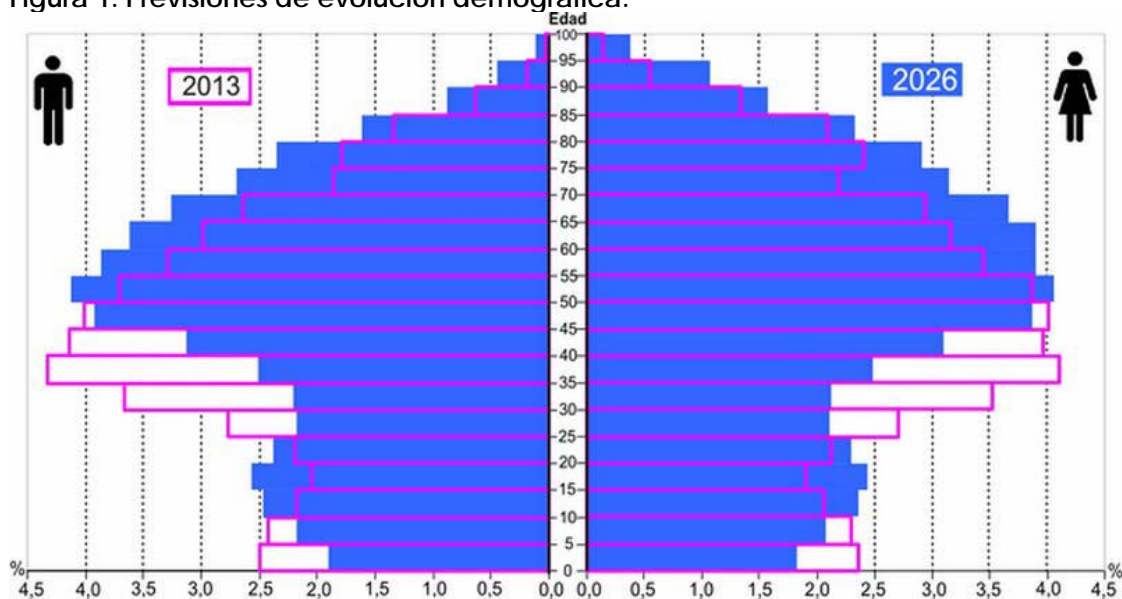
Por lo que respecta a las migraciones, la principal causa del aumento de la población a partir del año 2000 fue la llegada de población extranjera, alcanzando su cima en el año 2007 con más de 17.000 personas, siendo poco menos de 10.000 en 2012. En 2013 la población extranjera en Euskadi era de 184.045 personas, representando el 8,4% de la población total.

Según Eustat, en el año 2013 la tasa de paro en Euskadi es del 14,3 % (13,8% en las mujeres y el 14,8% en los hombres). Destaca de manera significativa la tasa de paro en el colectivo de 16-24 años (39,2%), frente al grupo de 25-44 años (15,5%) y al grupo de 45 años y más (10,3%).

Según el III Plan Vasco de Inclusión Activa 2013-2016, la incidencia de la crisis económica que comenzó en 2008 ha provocado un incremento de las tasas de pobreza durante los últimos años. Se han pasado de 24.000 personas perceptoras de Renta de Garantía de Ingresos (RGI) en 2004 a 57.369 personas en abril de 2012.

En Euskadi el salario bruto anual por persona trabajadora en el año 2012, según el INE, es el más alto del Estado y asciende a 26.535,61 euros, produciéndose una brecha salarial entre hombres (30.084,89 euros) y mujeres (22.313,41 euros).

**Figura 1. Previsiones de evolución demográfica.**



FUENTE: Eustat. Proyecciones demográficas 2026. Población a 1 de enero.

Según las proyecciones demográficas 2026 realizadas por Eustat se estima que la población de C.A. de Euskadi disminuirá en más de 100.000 personas entre 2013 y 2026. Contará al 1 de enero de 2026 con 2.077.000 habitantes, de ellos 1.004.000 serán varones (48,3%) y el resto, 1.073.000 (51,7%) mujeres con una variación de -0,3% en promedio anual. Los mayores ritmos de descenso se localizarán a finales de la presente década, con tasas de -0,4%, para desacelerarse posteriormente hasta una tasa de -0,3% al final del período proyectado.

Por Territorios se prevé una disminución de población en los tres, aunque con diferencias, Álava disminuiría en poco más de 6.000 habitantes y Gipuzkoa y Bizkaia disminuirían en 31.000 y 65.000 personas respectivamente.

La población de menos de 20 años que ha supuesto un 17,8% del total de la C.A de Euskadi en 2013, en 2026 mantendrá su porcentaje pero sus efectivos disminuirán en 18.000 personas.

La estimación para la población de 20 a 64 años es que pierda 195.000 personas.

La población de 65 o más años podría aumentar en más de 110.000 personas por lo que su peso llegará al 26,5% en 2026, casi 7 puntos más que en 2013. De este grupo 32.000 personas pertenecerán al grupo de 85 y más años.

## 2. MORTALIDAD EN LA COMUNIDAD AUTÓNOMA DEL PAÍS VASCO, 2012

Durante el año 2012 se han producido 20.281 defunciones entre las personas residentes en la CAPV (un 2% más que en el 2011). Por sexo 9.929 (49%) son mujeres y 10.352 (51%) hombres.

La tasa bruta de mortalidad es de 926 por 100.000 habitantes (un 2% mayor que en el 2011), 885 para las mujeres y 969 para los hombres, La tasa de mortalidad ajustada por edad a la población europea estándar, es de 449 por 100.000 habitantes, 322 para las mujeres y 610 para los hombres.

Tabla 2. Número de defunciones, frecuencias relativas y tasas de mortalidad por grupos de causas y sexo. CAPV, 2012

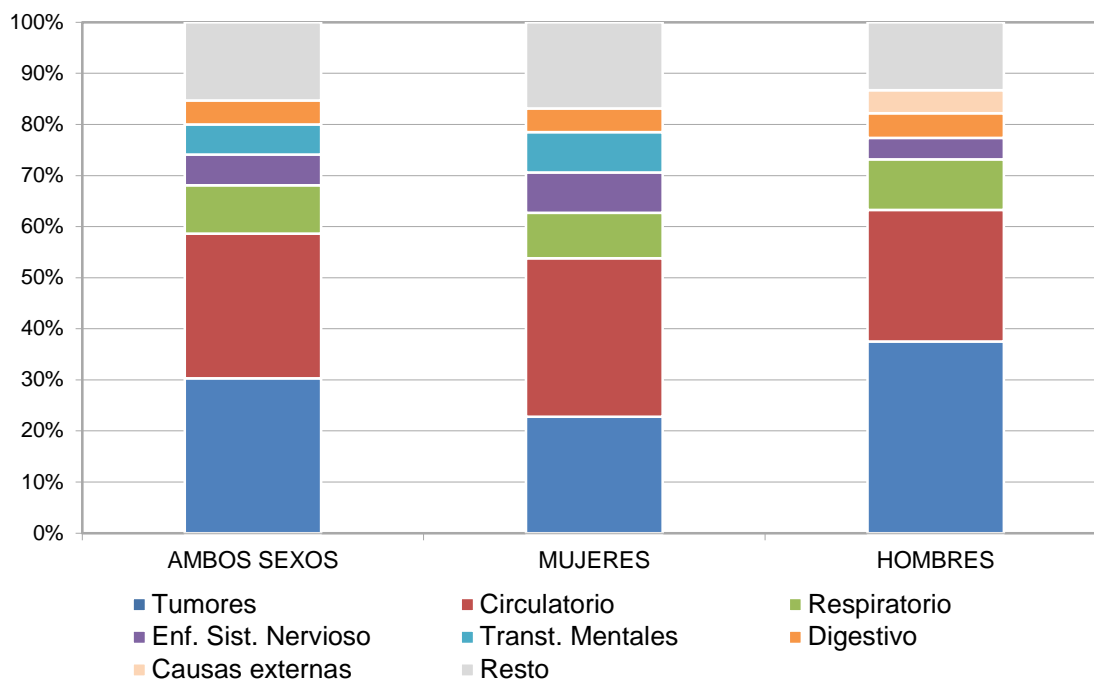
	Causas	Mujeres			Hombres			Ambos sexos		
		Nº	%	Tasa*	Nº	%	Tasa*	Nº	%	Tasa*
I	Enf.Infecciosas y parasit.	177	1,8	5,9	153	1,5	9,3	330	1,6	7,6
II	Tumores	2.263	22,8	101,3	3.886	37,5	239,7	6.149	30,3	161,0
III	Enf.sangre y trast.inmunidad	46	0,5	1,3	33	0,3	2,1	79	0,4	1,7
IV	Enf.endocrinas	376	3,8	11,3	265	2,6	14,8	641	3,2	12,8
V	Trastornos mentales	788	7,9	19,0	414	4	21,4	1.202	5,9	20,4
VI	Enf.sistema nervioso	780	7,9	23,4	438	4,2	24,3	1.218	6	24,2
VII	Enf. del ojo	0	0,0	0,0	0	0	0,0	0	0	0,0
VIII	Enf. del oído	1	0,0	0,0	0	0	0,0	1	0	0,0
IX	Enf.sistema circulatorio	3.079	31,0	85,2	2.657	25,7	150,0	5.736	28,3	114,3
X	Enf.sistema respiratorio	887	8,9	23,4	1.028	9,9	54,7	1.915	9,4	35,8
XI	Enf.sistema digestivo	456	4,6	14,8	500	4,8	30,8	956	4,7	22,1
XII	Enf.piel y tej.subcutáneo	46	0,5	1,2	13	0,1	0,6	59	0,3	1,0
XIII	Enf.sist.osteomuscular y tej.conj.	135	1,4	3,6	63	0,6	3,3	198	1	3,5
XIV	Enf. Sist.genitourinario	260	2,6	7,0	189	1,8	9,5	449	2,2	7,8
XV	Complicac.embarazo,parto	0	0,0	0,0	0	0	0,0	0	0	0,0
XVI	Afecciones perinatales	13	0,1	2,0	13	0,1	1,8	26	0,1	1,9
XVII	Malformaciones congénitas	23	0,2	2,4	17	0,2	1,8	40	0,2	2,1
XVIII	Causas mal definidas	353	3,6	9,0	214	2,1	12,3	567	2,8	10,8
XIX	Causas externas	246	2,5	11,5	469	4,5	33,2	715	3,5	21,6
	<b>Total</b>	<b>9.929</b>	<b>100</b>	<b>322,2</b>	<b>10.352</b>	<b>100</b>	<b>609,6</b>	<b>20.281</b>	<b>100</b>	<b>448,5</b>

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

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



**Figura 2. Mortalidad por causas según sexo. CAPV, 2012**

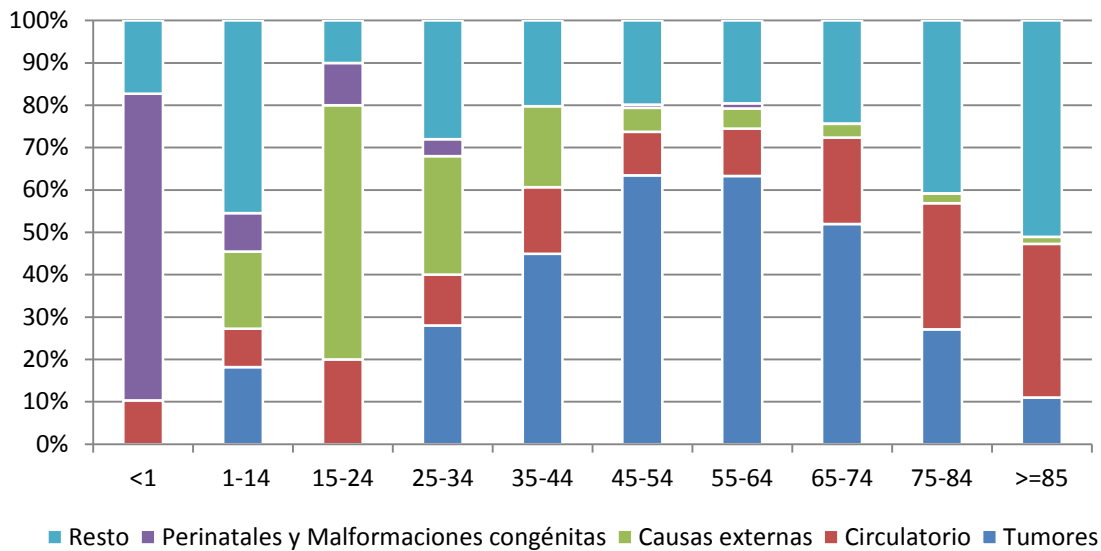


FUENTE: Registro de Mortalidad. Dirección de Planificación, Ordenación y Evaluación Sanitaria. Departamento de Salud.

Los tumores son la primera causa de muerte entre la población de la CAPV en el 2012, con un 30% del total de fallecimientos, en segundo lugar se encuentran las enfermedades del sistema circulatorio con un 28%. 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%. Con respecto al 2011, los trastornos mentales y las enfermedades del sistema respiratorio (con un 10% y un 9%) son las causas que más han aumentado (Figura 2).

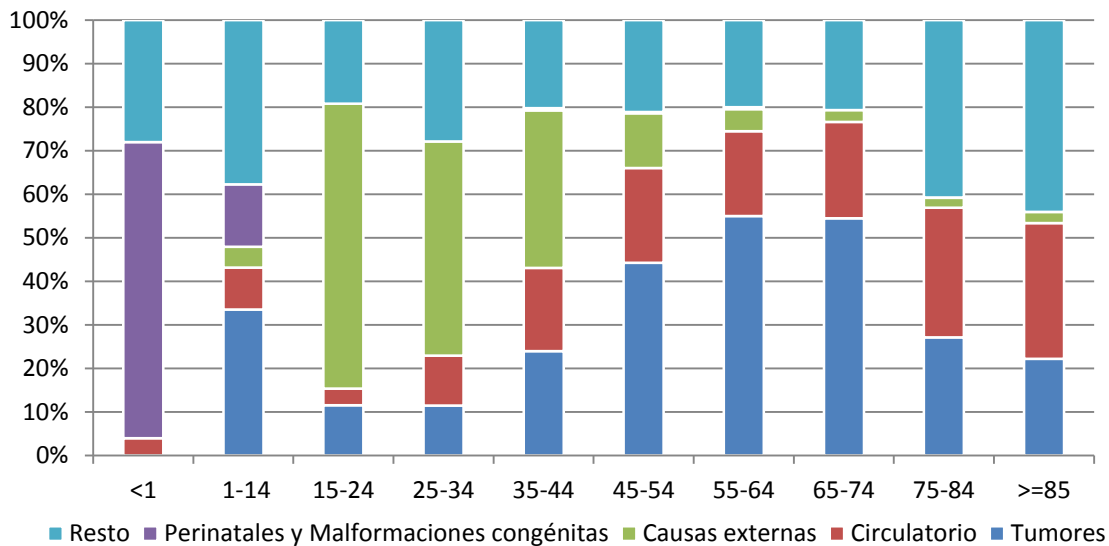
Por sexos, en las mujeres la primera causa de muerte son las enfermedades del sistema circulatorio (31%), seguidas de los tumores (23%), a continuación se encuentran las enfermedades del sistema respiratorio (9%), las enfermedades del sistema nervioso y los trastornos mentales (ambas con un 7%), y las enfermedades del sistema digestivo (5%). En los hombres los tumores (38%) son la primera causa de muerte, seguidos de las enfermedades del sistema circulatorio (26%), a continuación se encuentran las enfermedades del sistema respiratorio (10%), enfermedades del sistema digestivo y las causas externas (ambas con un 5%), y las enfermedades del sistema nervioso y los trastornos mentales (con un 4%)(Tabla 2).

Figura 3. Mortalidad por causas según edad en mujeres. CAPV, 2012



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

Figura 4. Mortalidad por causas según edad en hombres. CAPV, 2012



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

Por grupos de edad, la principal causa de muerte en los menores de un año son las afecciones perinatales y las malformaciones congénitas (72% en las niñas y el 68% en los niños). En las mujeres, las causas externas ocupan la primera causa de muerte de 15 a 34 años, siendo responsables del 60% de las muertes en el grupo de edad de 15 a 24 años. A partir de los 34 años hasta los 74 años los tumores son la primera causa de muerte, y suponen más del 50% de las muertes de las mujeres de 45 a 74 años. En las mujeres mayores de 75 años las enfermedades del sistema circulatorio son la primera causa de muerte, y a partir de los 85 años los trastornos mentales ocupan la segunda posición (Figura 2).

En los hombres de 15 a 44 años la principal causa de muerte son las causas externas, representan un 65% de la mortalidad en los jóvenes (15-24 años). De los 45 a los 84 años los tumores son la primera causa de muerte, seguidos de las enfermedades del sistema circulatorio, que ocupan la primera posición a partir de los 85 años. El número de defunciones y las tasas específicas por edad aparecen en la tabla 3 y figura 3.

**Tabla 3. Principales causas de muerte por grupos de edad y sexo. CAPV, 2012**

Mujeres			Edad	Hombres		
Causas	Nº	Tasa*		Causas	Nº	Tasa*
Afecciones perinatales	13	122,4	< 1	Afecciones perinatales	12	110,2
Malformaciones congénitas	8	75,3		Malformaciones congénitas	5	45,9
Enf. sistema circulatorio	3	28,2		Enf. Infecciosas y parasitarias	2	18,4
Enf. endocrinas	2	18,8		Causas mal definidas	2	18,4
Total causas	29	273,0		Total causas	25	229,6
Enf.sistema nervioso	3	2,2	1 - 14	Tumores	7	4,8
Tumores	2	1,5		Enf. endocrinas	3	2,1
Causas externas	2	1,5		Malformaciones congénitas	3	2,1
Enf. sistema circulatorio	1	0,7		Enf. sistema circulatorio	2	1,4
Total causas	11	8,0		Total causas	21	14,4
Causas externas	6	6,9	15-24	Causas externas	17	18,5
Enf. sistema circulatorio	2	2,3		Tumores	3	3,3
Enf. Infecciosas y parasitarias	1	1,2		Enf.sistema nervioso	2	2,2
Malformaciones congénitas	1	1,2		Enf. sistema respiratorio	2	2,2
Total causas	10	11,5		Total causas	26	28,3
Tumores	7	5,0	25-34	Causas externas	30	20,7
Causas externas	7	5,0		Tumores	7	4,8
Enf. sistema circulatorio	3	2,2		Enf. sistema circulatorio	7	4,8
Enf. endocrinas	2	1,4		Enf.sistema nervioso	5	3,5
Total causas	25	18,0		Total causas	61	42,1
Tumores	40	22,7	35-44	Causas externas	68	36,6
Causas externas	17	9,6		Tumores	45	24,2
Enf. sistema circulatorio	14	7,9		Enf. sistema circulatorio	36	19,3
Enf. Infecciosas y parasitarias	4	2,3		Enf. Infecciosas y parasitarias	10	5,4
Total causas	89	50,4		Total causas	188	101,0
Tumores	179	103,2	45-54	Tumores	258	152,2
Enf. sistema circulatorio	29	16,7		Enf. sistema circulatorio	127	74,9
Causas externas	16	9,2		Causas externas	73	43,1
Enf.sistema nervioso	15	8,7		Enf. sistema digestivo	46	27,1
Total causas	282	162,5		Total causas	583	343,9
Tumores	305	213,3	55-64	Tumores	642	474,1
Enf. sistema circulatorio	54	37,8		Enf. sistema circulatorio	227	167,6
Enf.sistema nervioso	27	18,9		Enf. sistema digestivo	86	63,5
Enf. sistema digestivo	27	18,9		Causas externas	59	43,6
Total causas	482	337,1		Total causas	1.171	864,7
Tumores	390	356,2	65-74	Tumores	964	1.006,9
Enf. sistema circulatorio	153	139,7		Enf. sistema circulatorio	392	409,4
Enf.sistema nervioso	40	36,5		Enf. sistema respiratorio	115	120,1
Enf. sistema digestivo	33	30,1		Enf. sistema digestivo	85	88,8
Total causas	750	684,9		Total causas	1.771	1.849,7
Enf. sistema circulatorio	800	799,3	75-84	Tumores	1.303	1.867,1
Tumores	727	726,4		Enf. sistema circulatorio	943	1.351,2
Enf.sistema nervioso	256	255,8		Enf. sistema respiratorio	402	576,0

Enf. sistema respiratorio	208	207,8		Enf. sistema nervioso	178	255,1
Total causas	2.684	2.681,6		Total causas	3.549	5.085,4
Enf. sistema circulatorio	2.020	4.503,5		Enf. sistema circulatorio	921	4.968,7
Trastornos mentales	627	1.397,9		Tumores	657	3.544,5
Enf. sistema respiratorio	622	1.386,7	85 y +	Enf. sistema respiratorio	443	2.389,9
Tumores	613	1.366,7		Trastornos mentales	221	1.192,3
Total causas	5.567	12.411,4		Total causas	2.957	15.952,7

x 100.000 ajustados por edad a la población europea estándar.

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

Analizando la mortalidad por causas específicas, se puede observar que en las mujeres las primeras causas (8% del total de muertes) son la enfermedad cerebrovascular con una tasa bruta de 73,2 muertes por 100.000 habitantes, y los trastornos mentales orgánicos senil y presenil con una tasa de 68,7. En tercer lugar la cardiopatía isquémica (6%) y una tasa de 49,0 por 100.000 habitantes. A continuación con un 5% se encuentran la insuficiencia cardíaca, con una tasa de 47,1 y la enfermedad de Alzheimer con una tasa de 44,2 por 100.000 habitantes.

En los hombres las primeras causas de muerte (8% del total) son el tumor maligno de tráquea, bronquios y pulmón, con una tasa bruta de 80,5 por 100.000 habitantes y la cardiopatía isquémica, con una tasa bruta de 79,1 por 100.000 habitantes, seguidas de las enfermedades cerebrovasculares (6%), con una tasa de 57,2 y de la EPOC (5%), una tasa de 50,7 y 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 39,5, 35,4 y 34,1 por 100.000 habitantes. Las tasas ajustadas por edad a la población europea estándar se presentan en la siguiente tabla (Tabla 4).

**Tabla 4. Principales causas por sexo. CAPV, 2012**

Mujeres			Hombres		
Causas	Nº	Tasa*	Causas	Nº	Tasa*
Enf. cerebro-vascular	821	22,7	T.M. tráquea bronquios y pulmón	860	57,2
Trast. orgánicos senil y presenil	770	18,3	Cardiopatía isquémica	845	49,6
Cardiopatía isquémica	549	16,1	Enf. cerebro-vascular	611	33,5
Insuficiencia cardíaca	528	12,7	EPOC y enf. afines	542	28,3
Enf. de Alzheimer	496	12,4	T.M. colon	422	24,5
Enf. hipertensiva	383	9,7	Trast. orgánicos senil y presenil	378	18,9
T.M. mama	341	17,0	T.M. próstata	364	19,3
Diabetes Mellitus	271	7,4	Insuficiencia cardíaca	270	14,4
T.M. colon	243	9,3	T.M. estómago	249	15,4
T.M. tráquea bronquios y pulmón	222	13,8	T.M. vejiga	213	12,2

\* X 100.000 Ajustadas por edad a la población europea estándar.

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

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 (45%), las enfermedades del sistema circulatorio (17%) y las causas externas (16%), han sido en el año 2012 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, 2012

Mujeres			Hombres		
Causas	Nº	Tasa*	Causas	Nº	Tasa*
T.M. mama	2.133	1,85	T.M. traquea bronquios y pulmón	4.243	3,76
T.M. traquea bronquios y pulmón	1.745	1,51	Cardiopatía isquémica	3.200	2,82
Suicidio y autolesiones	650	0,61	Suicidio y autolesiones	1.995	1,98
Enf. cerebro-vascular	520	0,49	Cirrosis y enf. crónicas hígado	1.548	1,39
Accidentes tráfico vehic.motor	507	0,72	Accidentes tráfico vehic.motor	1.245	1,39
T.M. estómago	470	0,41	Envene.accidental por drogas	1.120	1,05
Cirrosis y enf. crónicas hígado	440	0,38	Enf. cerebro-vascular	1.020	0,89
T.M. colon	435	0,37	T.M. páncreas	925	0,81
Cardiopatía isquémica	400	0,34	T.M. estómago	908	0,79
T.M. tejido linfático y org. hematop.	400	0,35	T.M. colon	895	0,79

\* X 1.000 Ajustadas por edad a la población europea estándar.

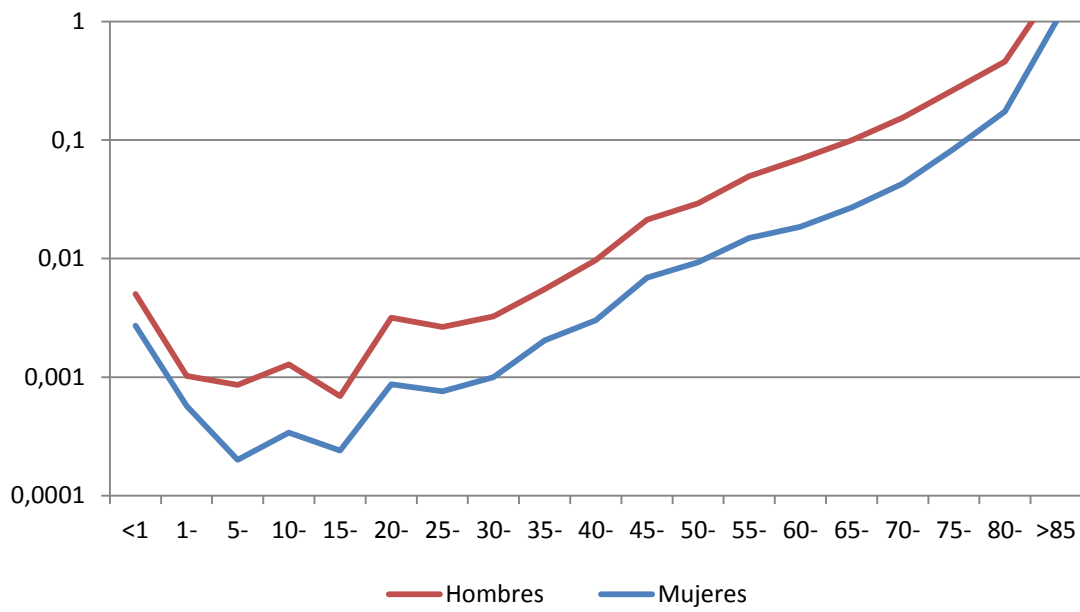
FUENTE: Registro de Mortalidad. Dirección de Planificación, Ordenación y Evaluación Sanitaria. Departamento de Salud.

Al igual que en años anteriores, las causas específicas que han generado mayor pérdida de años potenciales de vida en las mujeres son, el tumor maligno de mama (13%), le siguen en orden de frecuencia, el tumor maligno de tráquea bronquios y pulmón (11%), los suicidios y autolesiones (4%), con un 3% el resto de las causas que aparecen en la Tabla 4. En hombres la mayor mortalidad prematura se debe al tumor maligno de traquea bronquios y pulmón (12%), a continuación la cardiopatía isquémica (9%), los suicidios y autolesiones (6%), 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 (Tabla 5).

Durante el año 2012 se han producido 54 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 114 casos y una tasa de 5,5 por 1.000 nacidos totales.

La esperanza de vida al nacimiento, o vida media, en la CAPV en el año 2012 es de 86,5 años en mujeres y de 79,8 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 5).

Figura 5. Probabilidad de morir por grupo de edad y sexo. CAPV, 2012



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

## **SISTEMAS DE VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA<sup>1</sup>**

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 Brotes<sup>2</sup>.

### **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. Estos son algunos de los datos de mayor interés desde el punto de vista epidemiológico.

En la tabla 6 se presentan los casos del año 2013, tasas e índices epidémicos. En la tabla 7 los casos y tasas del período 2008-2012.

---

<sup>1</sup> 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 Anomalías Congénitas y de Enfermedades Endocrino-Metabólicas.

<sup>2</sup> Estos distintos sistemas difieren entre sí no sólo en cuanto a las fuentes de información, sino también en lo relativo a criterios diagnósticos, en función de los objetivos y la especificidad de cada uno de ellos; por eso, en algunas ocasiones y en algunas patologías, se pueden observar diferencias numéricas en la contabilización de los casos.

Tabla 6. Enfermedades de Declaración Obligatoria (EDO) por Territorio Histórico en la CAPV. 2013

	Álava Casos	Bizkaia Casos	Gipuzkoa Casos	CAPV 2013 Casos	CAPV 2013 Tasas X 10 <sup>5</sup>	CAPV 2013 IE 1 <sup>(1)</sup>	CAPV 2013 IE 2 <sup>(2)</sup>
<b>Enfermedades de transmisión alimentaria</b>							
F. tifo-paratífica	1	7	2	10	0,46	1,25	2,50
Shigelosis	0	11	13	24	1,10	0,17	1,09
<b>Hepatitis víricas</b>							
Hepatitis A	4	25	9	38	1,74	1,09	0,78
Hepatitis B	5	10	9	24	1,10	1,09	0,83
Hepatitis C	4	2	7	13	0,60	1,63	1,63
<b>Enfermedades de transmisión aérea o respiratoria</b>							
Gripe	5.156	10.854	13.068	29.078	1.333,97	1,20	1,19
Legionelosis	5	40	33	78	3,58	0,99	0,76
Meningitis tuberculosa	0	2	1	3	0,14	0,60	0,60
Tuberculosis	33	173	116	322	14,77	0,93	0,82
<b>Enfermedades de transmisión sexual</b>							
Inf. Gonocócica	1	79	5	85	3,90	0,92	0,81
Sífilis	18	62	19	99	4,54	1,02	0,93
<b>Enfermedades prevenibles por inmunización</b>							
Enf. Meningocócica	3	12	6	21	0,96	0,53	0,53
Parotiditis	228	454	626	1.308	60,01	0,62	3,03
Tos ferina	1	44	177	222	10,18	0,63	5,41
Varicela	2.275	3.073	2.421	7.769	356,41	0,89	0,90
<b>Enfermedades importadas</b>							
Paludismo	16	35	7	58	2,66	1,87	1,87
<b>Zoonosis</b>							
Brucelosis	1	1	0	2	0,09	2,00	2,00
<b>Otras enfermedades infecciosas</b>							
Lepra	0	1	0	1	0,05	0,25	1,00

(1) El Índice Epidémico 1 (IE 1) es una razón que se obtiene dividiendo los casos registrados en 2013 por los casos de 2012 para cada enfermedad.

(2) El Índice Epidémico 2 (IE 2) es la razón obtenida al dividir los casos registrados en 2013 por la mediana de los casos del quinquenio anterior (2008-12).



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	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00	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	0,00
Fiebre tifo-paratífica	4	0,19	3	0,14	2	0,09	15	0,69	8	0,37
Gripe	54.065	2.539,05	58.462	2.745,55	8.720	402,02	24.359	1.120,45	24.195	1.109,96
Hepatitis A	41	1,93	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	22	1,01
Hepatitis C	15	0,70	6	0,28	8	0,37	11	0,51	8	0,37
Hepatitis, otras	0	0,00	1	0,05	0	0,00	1	0,05	2	0,09
Infección gonocócica	105	4,93	95	4,46	114	5,26	133	6,12	92	4,22
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	3,62
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	31	1,42
Parotiditis	431	20,24	111	5,21	60	2,77	868	39,93	2.112	96,89
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	0,00
Sarampión	0	0,00	1	0,05	1	0,05	37	1,70	4	0,18
Shigelosis	31	1,46	18	0,85	22	1,01	18	0,83	144	6,61
Sífilis	97	4,56	112	5,26	107	4,93	114	5,24	97	4,45
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	16,24
Triquinosis	40	1,88	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00
Tuberculosis	406	19,07	402	18,88	389	17,93	395	18,17	345	15,83
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	8.686	398,47

#### Enfermedades de transmisión alimentaria:

Fiebre tifo-paratífica: destacan, como factores de riesgo, la tenencia de tortugas como mascotas y el desplazamiento a otros países. Shigelosis: el factor de riesgo conocido más frecuente también es el desplazamiento a zonas endémicas.

#### Hepatitis víricas:

Hepatitis A: como factores de riesgo conocidos consta el desplazamiento a zonas endémicas, el contacto con algún caso de hepatitis o la ingesta de marisco crudo. Hepatitis B: solamente un caso de todos los registrados estaba vacunado. Hepatitis C: el factor de riesgo más frecuente fue el uso de drogas por vía parenteral.

### Enfermedades de transmisión aérea o respiratoria:

La gripe ascendió ligeramente con relación a años precedentes (Figura 6). La tuberculosis descendió un 7% respecto al año anterior. Cabe destacar un brote que afectó a 9 alumnos/as de un centro educativo de Bizkaia (Figura 7). Legionelosis: la condición de persona fumadora ha sido el factor de riesgo más frecuente. Se registró un brote en un balneario de Bizkaia que afectó a 3 personas.

Figura 6. EDO: Evolución de los casos de gripe en la CAPV. 1990-2013

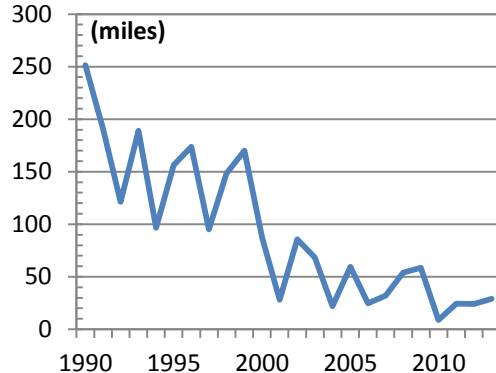
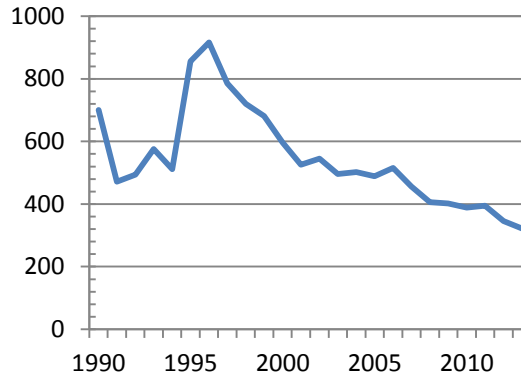


Figura 7. EDO: Evolución de los casos de tuberculosis en la CAPV. 1990-2013



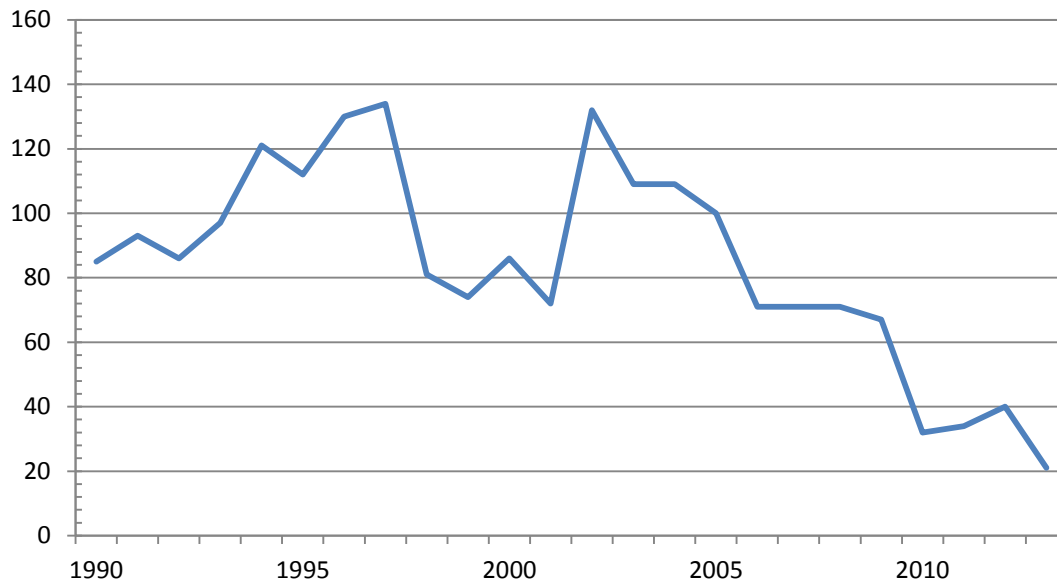
### Enfermedades de transmisión sexual:

La notificación de sífilis e infección gonocócica permanecen estables, probablemente con una importante subdeclaración de casos.

### Enfermedades prevenibles por inmunización

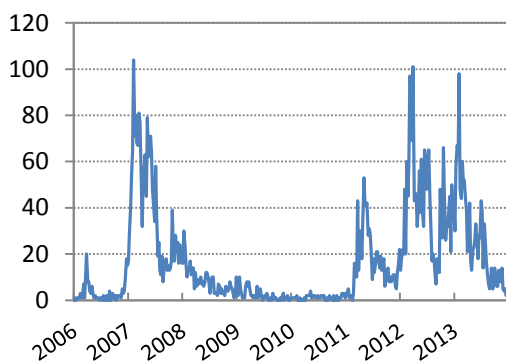
Enfermedad meningocócica: se confirmaron microbiológicamente 17 de los 21 casos. De estos, 11 fueron del serogrupo B y solamente 1 caso del serogrupo C. Se registró un fallecimiento por serogrupo B (Figura 8). Parotiditis: La tasa más alta se registró en el grupo de 15-19 años. Los casos ocurrieron con más frecuencia en el primer trimestre y descendieron a final de año. El 45% de los casos había recibido la vacunación completa (Figura 9).

**Figura 8. EDO: Evolución de los casos de enfermedad meningocócica en la CAPV. 1990-2013**

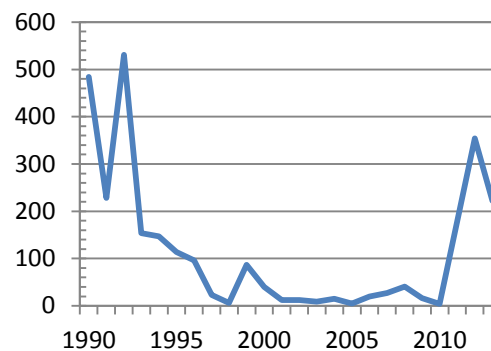


Tos ferina: las tasas más elevadas se registran en los menores de 15 años, pero sobre todo en menores de 1 año y el 40% ha completado la vacunación. En el último trimestre del año disminuyeron los casos registrados (Figura 10). Varicela: la vacuna contra la varicela no está incluida en el calendario de vacunación. Se observa una disminución del 10% de los casos, tanto frente a 2012 como frente a la mediana del último quinquenio. Sarampión: no se registró ningún caso.

**Figura 9. EDO: Evolución de los casos de parotiditis en la CAPV. 2006-2013**



**Figura 10. EDO: Evolución de los casos de tos ferina en la CAPV. 1990-2013**



**Enfermedades importadas, zoonosis y otras (Figuras 11 y 12):**

Se han notificado 58 casos de paludismo importados de países de alta endemia. Excepto 2 casos que proceden de Pakistán, el resto procede del continente africano (de Guinea Ecuatorial 13 casos, 22%). Brucelosis: el factor de riesgo de uno de los 2 casos fue el consumo de queso o derivado. Lepra: se registró 1 caso que procedía de Sudamérica.

Figura 11. EDO: Índice Epidémico 1. CAPV 2013

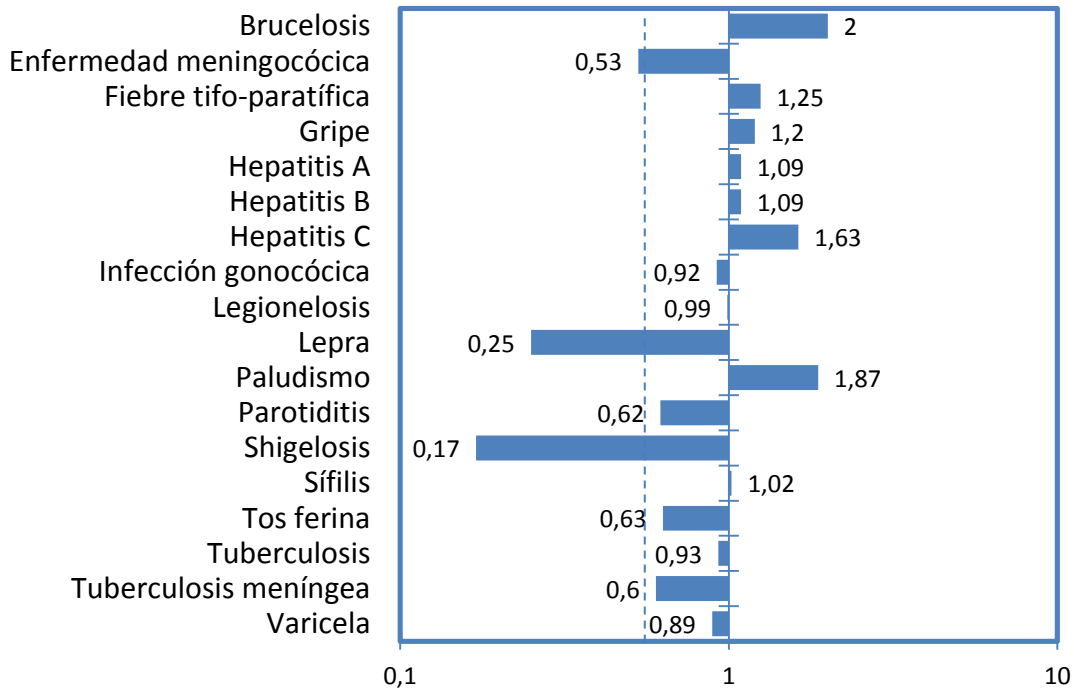
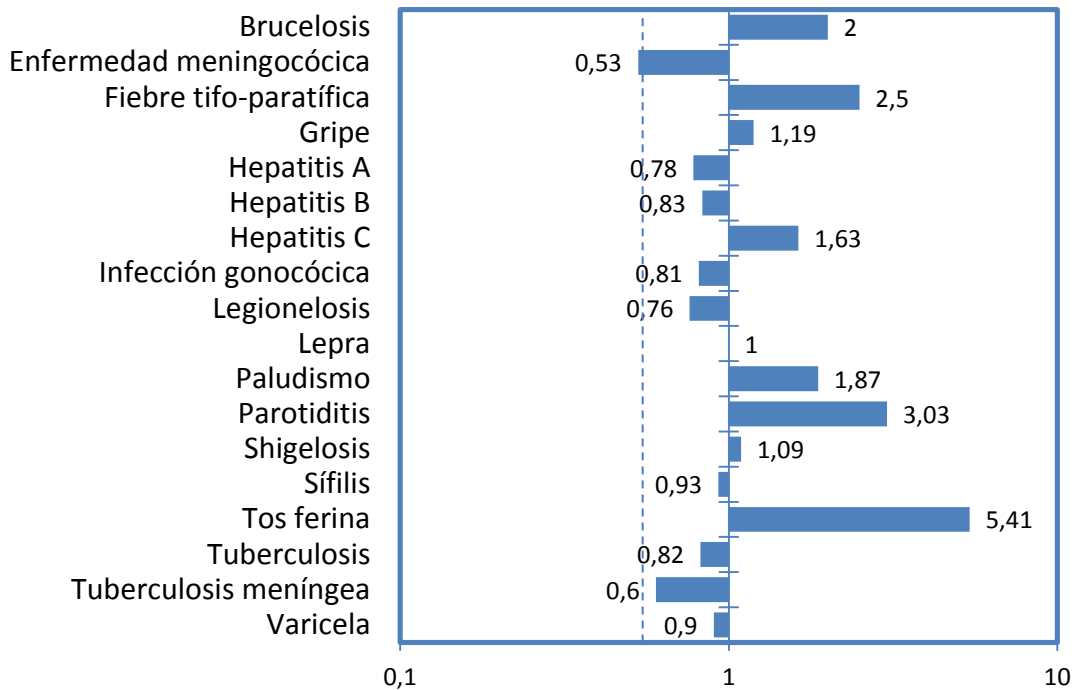


Figura 12. EDO: Índice Epidémico 2. CAPV 2013



## 2. GRIPE

### 2.1. Evolución de la temporada gripal 2013-2014 en Euskadi

Durante la temporada gripal (octubre-mayo), la red de médicos/as vigía, con una población de 65.177 personas (3,03% de la población de la CAPV), ha registrado 1.289 casos clínicos de gripe. Esto representa una tasa acumulada de 2.283 casos por 100.000 habitantes para el conjunto de la temporada. El umbral epidémico de esta temporada (76,5 casos por 100.000 habitantes) se superó en la semana 51/2013. El pico de actividad gripal se registró en la semana 03/2014 con una tasa de 350,4 casos por 100.000 habitantes (Figura 13).

El primer aislamiento positivo (virus tipo B) se registró en la semana 47/2013. El periodo epidémico dura 10 semanas (semana 51/2013 a la semana 8/2014). El 99% de los virus confirmados por laboratorio fueron virus tipo A y el 1% virus del tipo B. Se observó durante la temporada 2013-2014 una circulación mixta, siendo el 50,7% de los virus aislados del tipo A(H1N1)pdm09 y el 49,3% virus AH3.

### 2.2. Características de los casos

La incidencia por sexos es similar. El 17,7% de los casos (228) tienen algún factor de riesgo. El 6,3% presentaban enfermedad respiratoria crónica, el 3,5% enfermedades del sistema circulatorio, el 2,6% enfermedades metabólicas, el 0,8% inmunodeficiencias y el 0,1% enfermedades renales. En la figura 14 se representan las tasas por 100.000 habitantes según el grupo de edad afectado, siendo el de 0 a 4 años es más afectado. Entre los 214 casos incluidos en los grupos de riesgo en los que está indicada la vacunación antigripal, el 61,7% no estaba vacunado.

Figura 13. Evolución de la temporada gripal 2013-2014.

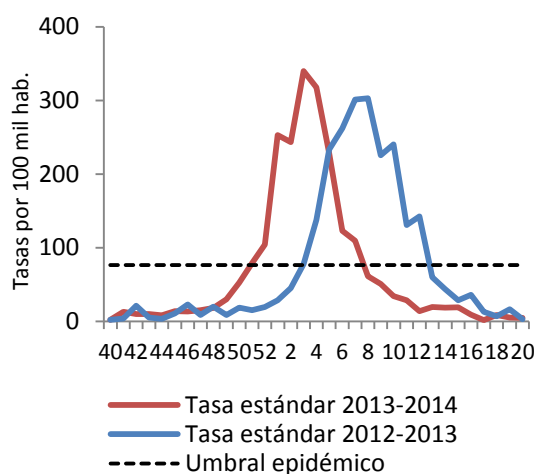
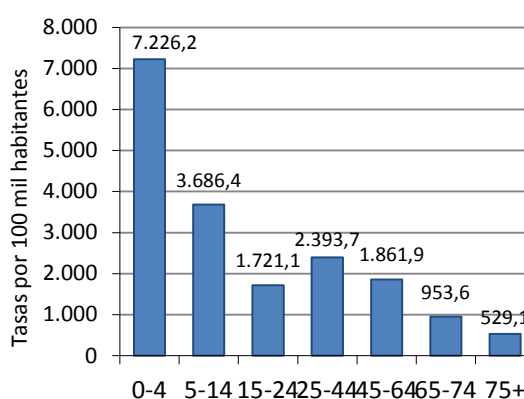


Figura 14. Incidencia de gripe por grupo de edad. Temporada 2013-2014



### **2.3. Casos hospitalizados confirmados de virus de la gripe**

Al igual que las últimas temporadas, se registraron en los Hospitales Universitarios Donostia, Cruces y Basurto los casos ingresados con gripe confirmada por laboratorio. Se registraron 148 casos, 53,4% (79) eran hombres y el 46,6% (69) mujeres con una edad media de 47 años (rango de 0 a 93 años) y mediana de 52 años. Por grupos de edad el grupo de 45 a 64 años fue el que presentó más ingresos. El 63,2% de los casos estaban comprendidos entre los 25 y 64 años.

Todos los virus aislados fueron del tipo A, predominando claramente los del tipo A(H1N1)pdm09 (74,3%), y los restantes eran el 16,2% virus AH3 , el 5,4% virus del tipo AH3N2, y el 4,1% Virus A sin subtipar.

Entre los factores de riesgo más frecuentes en mayores de 14 años destacaron la enfermedad respiratoria crónica (22,4%), diabetes (19,6%), la enfermedad cardiovascular crónica (16,2%), inmunodeficiencias (13,7%), así como la obesidad mórbida (IMC  $\geq$  40 kg/m<sup>2</sup>) presente en el 13,8% de los casos y enfermedad renal crónica y procesos oncológicos en el 10% de los casos. Se registraron 6 casos (4,1%) en mujeres embarazadas. La complicación más frecuente en estos casos fue la neumonía (83,1%), seguida del SDRA (28,6%). Entre los casos ingresados que eran candidatos a vacunación antigripal por pertenecer a grupos de riesgo o tener más de 64 años, el 67,0% no estaba vacunado. El 54,1% de los casos hospitalizados con gripe confirmada precisó su ingreso en UCI; de éstos, el 51,2% eran mujeres. El 75,4% de los ingresados en UCI no estaban vacunados aunque estaban incluidos en los grupos de riesgo candidatos a vacunación.

Fallecieron 23 pacientes hospitalizados (15,5%), 13 hombres y 10 mujeres. El 95,7% de los casos fallecidos presentaban factores de riesgo de complicaciones por gripe. El 59,1% no estaba vacunado a pesar de pertenecer a los grupos de riesgo incluidos en la indicación de vacuna antigripal.

### **2.4. Estimación de la efectividad de la vacuna antigripal**

Mediante el método poblacional de screening se estimó una eficacia vacunal del 52,9% para la vacuna antigripal de la temporada 2013-14. Esta cifra es inferior a la de la temporada anterior.

Mediante la red vigía se ha realizado la sexta edición del estudio de casos y controles cycEVA (casos y controles Efectividad Vacuna Antigripal), dentro del proyecto europeo I-MOVE (Monitoring the influenza vaccine effectiveness in the European Union and European Economic Area), en el que han participado por parte del estado español las redes centinela de vigilancia de gripe de Baleares, Castilla y León, Navarra, País Vasco, La Rioja y Melilla junto al Centro Nacional de

Microbiología y el Centro Nacional de Epidemiología, coordinador del estudio. La efectividad vacunal (EV) frente a casos confirmados de A(H1N1)pdm09 fue mayor que frente a A(H3N2). Por grupos de edad, la efectividad de la vacuna fue del 40-50% en los menores de 15 años y mayores de 64 años frente a ambos subtipos de virus A, mientras que la protección fue menor del 30% para los adultos jóvenes. La Efectividad Vacunal en los grupos de riesgo recomendados de vacunación fue mayor, destacándose que la vacuna antigripal disminuía en un 40% el riesgo de infecciones confirmadas de gripe en la población diana, lo que refuerza las recomendaciones de vacunación antigripal en dicha población.

### 3. MICROBIOLOGÍA

El Sistema de Información Microbiológica de la Comunidad Autónoma del País Vasco (SIMCAPV)<sup>3</sup> tiene como objetivo recoger datos sobre la patología infecciosa en la CAPV confirmada por laboratorio de acuerdo a una lista establecida previamente<sup>4</sup>, que permite unificar los criterios de declaración de todos los laboratorios, para así proporcionar información específica e imprescindible para la vigilancia epidemiológica<sup>5</sup>.

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

#### Infecciones de origen gastrointestinal

Aumento de los casos de Salmonella registrados en el año 2013 (914 casos) frente al año 2012 (IE<sup>6</sup>=1,19), aunque no superan la mediana del quinquenio anterior (IE<sup>7</sup>=0,92). En la figura 15 se observa la evolución de los aislamientos desde el año 2008.

---

<sup>3</sup> 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.

<sup>4</sup> 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, 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*.

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

<sup>6</sup> **El Índice Epidémico 1 (IE 1):** razón que se obtiene dividiendo los casos registrados en 2013 por los casos de 2012 para cada enfermedad.

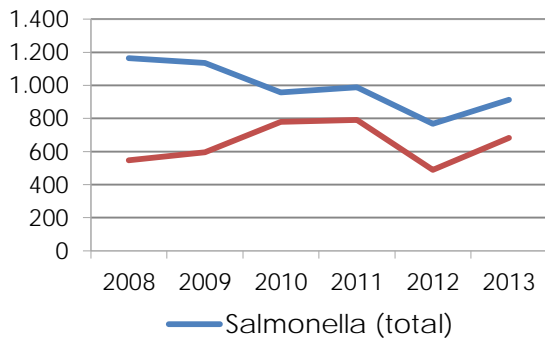
<sup>7</sup> **El Índice Epidémico 2 (IE 2):** razón obtenida al dividir los casos registrados en 2013 por la mediana de los casos del quinquenio anterior (2008-2012).

Valores comprendidos entre 0,76 y 1,24 se consideran incidencias normales. Son de incidencia alta aquellas enfermedades con un IE igual o superior a 1,25 y de incidencia baja las que presentan valores inferiores o iguales a 0,75. En enfermedades con baja incidencia debe tenerse en cuenta que pequeñas oscilaciones en el número de casos producen grandes variaciones en los índices.

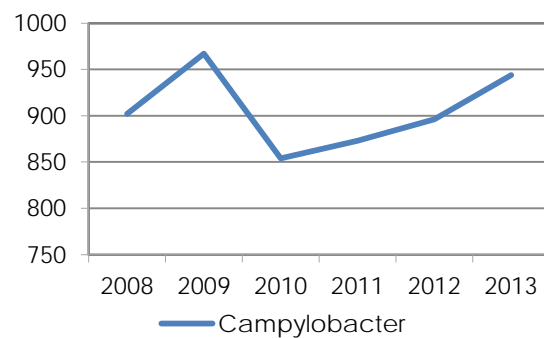


En el año 2013 se registraron 1.932 casos de *Campylobacter* frente a 1.807 del 2012, (IE1=1,07 e IE2=1,09). Tendencia creciente en el número de aislamientos desde el año 2010 (Figura 16).

**Figura 15. Evolución de los casos de infecciones gastrointestinales. Salmonella. SIMCAPV 2008-2013**

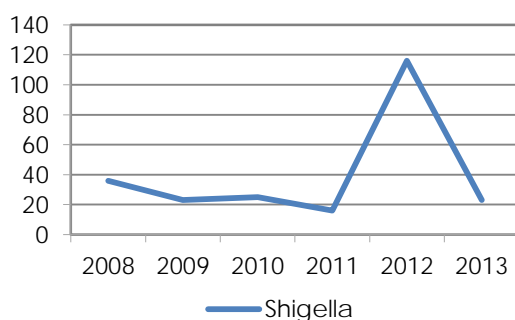


**Figura 16. Evolución de los casos de infecciones gastrointestinales. Campylobacter. SIMCAPV 2008-2013**

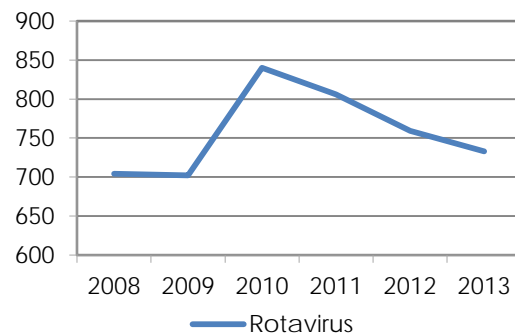


En la serie representada en la figura 17 se observa el regreso a un número de aislamientos de *Shigella* acorde con los años anteriores, después del brote detectado en el año 2012 (116 casos). En el año 2013 se aislaron 23 casos (IE1=0,20 e IE2=0,92) (11 *Shigella flexneri*, 10 *Shigella sonnei* y 2 *Shigella boydii*). Se observa un descenso en el aislamiento de Rotavirus, después del pico de casos del año 2010, hasta los 733 casos en el año 2013 (Figura 18) (IE1=0,97 e IE2=0,97).

**Figura 17. Evolución de los casos de infecciones gastrointestinales. Shigella. SIMCAPV 2000-2013**

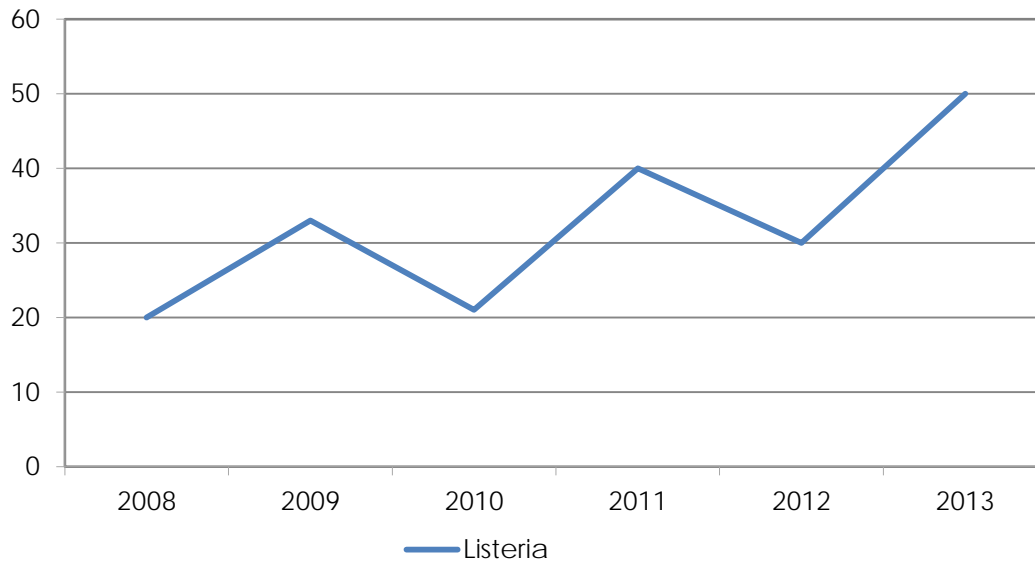


**Figura 18. Evolución de los casos de infecciones gastrointestinales. Rotavirus. SIMCAPV 2000-2013**



La evolución de listeria describe un patrón en "sierra" desde el año 2006 con tendencia creciente en el tiempo (Figura 19). En el año 2013 se aislaron 50 casos (IE 1=1,67 e IE 2=1,67), algunos de estos casos relacionados con un brote.

**Figura 19. Evolución de los casos de infecciones gastrointestinales. Listeria SIMCAPV 2000-2013**

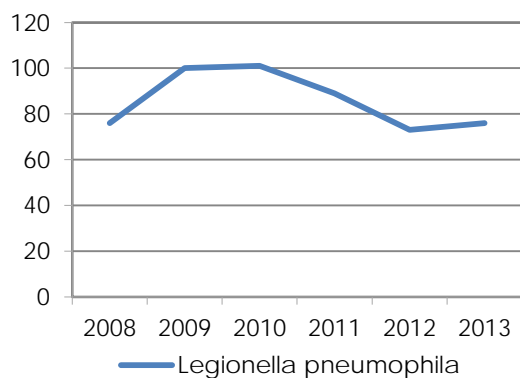


### Infecciones respiratorias

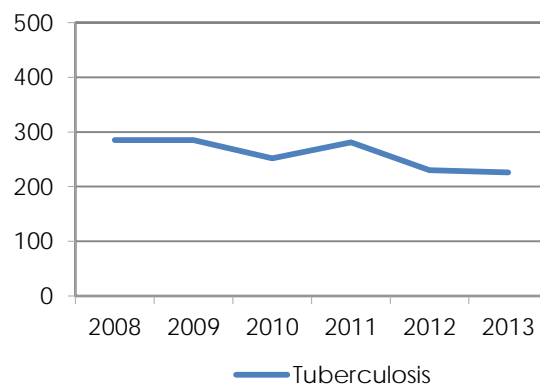
Con un IE1= 1,04, los casos de legionella declarados al SIMCAPV han sido 76. Las notificaciones de Legionella pneumophila han ido descendiendo desde el año 2009, aunque se observan dos repuntes en los casos registrados en el año 2006 y 2009-2010 y con un IE2=0,85 (Figura 20).

En el figura 21 se observa un nuevo descenso en el número de casos de Mycobacterium tuberculosis declarados al SIMCAPV, registrándose 226 casos (IE1= 0,98 e IE2=0,80).

**Figura 20. Evolución de los casos de infecciones respiratorias. Legionella. SIMCAPV 2000-2013**



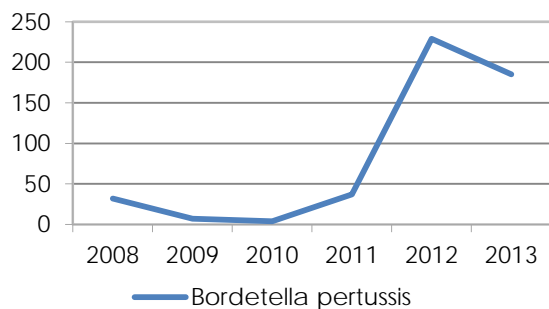
**Figura 21. Evolución de los casos de Mycobacterium tuberculosis. SIMCAPV 2000-2013**



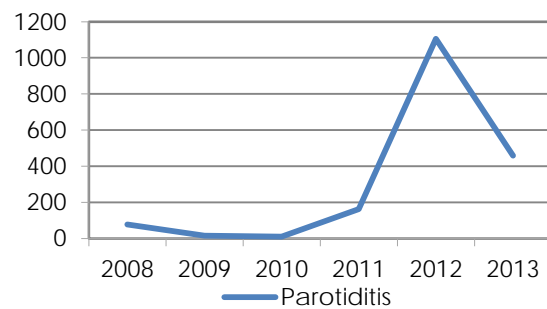
## Enfermedades prevenibles por inmunización

Patrón muy similar en la evolución de la serie temporal de casos de *Bordetella pertussis* (Tos ferina) y por virus de la familia Paramyxoviridae (Parotiditis). Los 185 casos registrados de *Bordetella pertussis* (Figura 22) representan un importante descenso con respecto al año previo (229), reflejado en un  $IE1=0,42$ . Sin embargo sigue siendo muy alto en comparación a los casos observados en último quinquenio,  $IE2=16,82$ .

**Figura 22. Evolución de los casos de *Bordetella pertussis* (Tos ferina). SIMCAPV. 2008-2013**



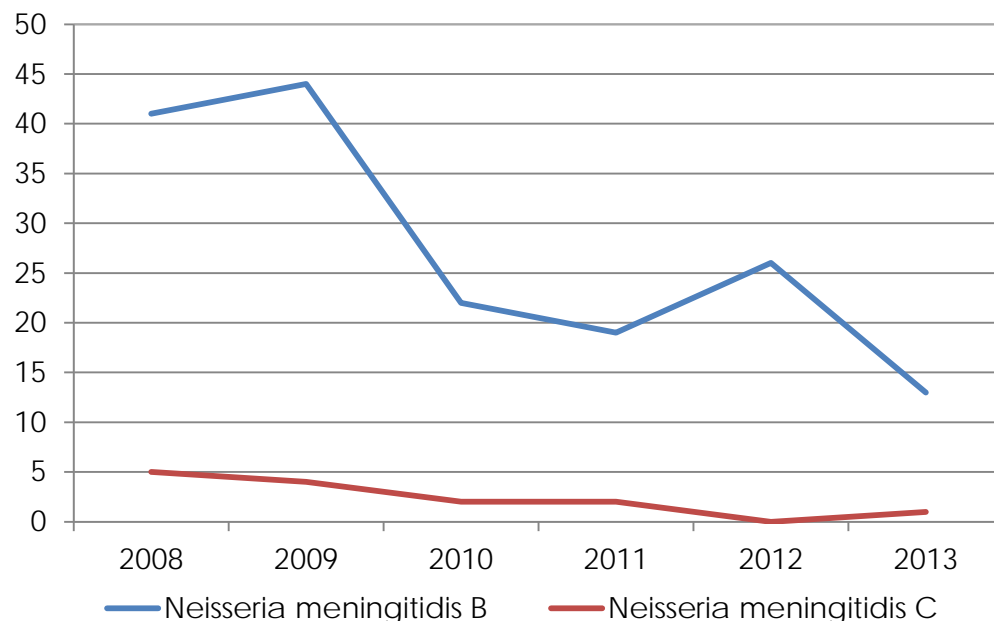
**Figura 23. Evolución de los casos de Parotiditis. SIMCAPV. 2008-2013**



Se observa una reducción en el número de casos registrados de Parotiditis (459) en el año 2013 respecto al año previo (1.105) (Figura 23), con un  $IE1=0,42$ . Sin embargo, el índice epidémico es alto, en comparación a los 5 años anteriores,  $IE=5,88$ .

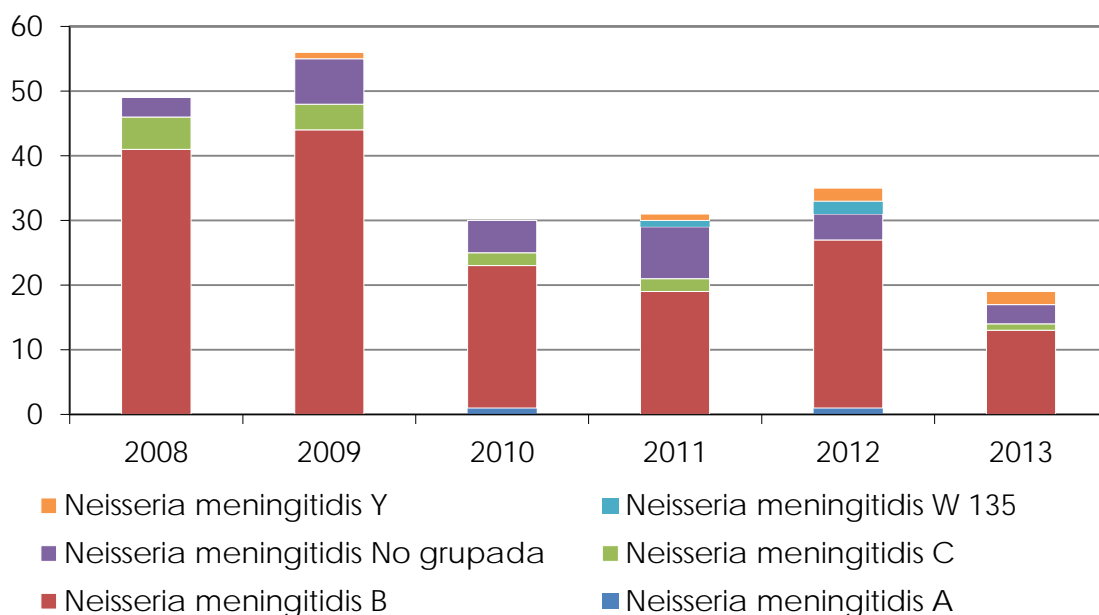
En el año 2013 se declaró al SIMCAPV un solo caso de *Neisseria meningitidis* C. Así mismo, los casos declarados del serogrupo B continúa su descenso (Figura 24).

**Figura 24. Evolución de casos *Neisseria meningitidis* C y B. SIMPCAV. 2008-2013**



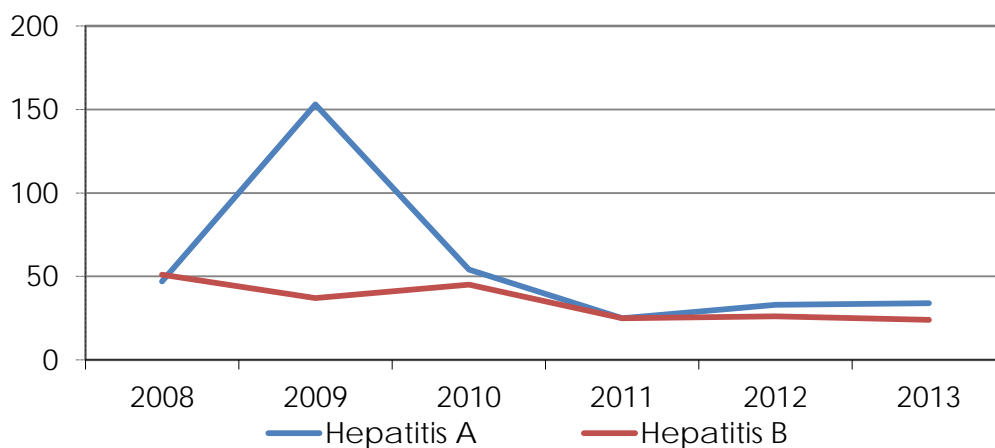
En nuestro entorno, los serogrupos B y C son los más habituales, sin embargo, bien a casusa de la vacunación (serogrupo C) o la baja circulación (serogrupo B), los aislamientos han ido reduciéndose paulatinamente (Figura 25).

**Figura 25. Evolución de los casos de serogrupos de Neisseria meningitidis. SIMPCAV. 2008-2012**



Se registraron 34 casos de Hepatitis A en el año 2013 (IE1=1,03 e IE2=0,72). El elevado número de casos del año 2009 (153 casos) se debió a un brote (Figura 26). Con respecto a la Hepatitis B, se observa una disminución constante en el tiempo en la declaración de casos. Los 24 casos del año 2013 representan un IE1=0,92 y un IE2=0,65.

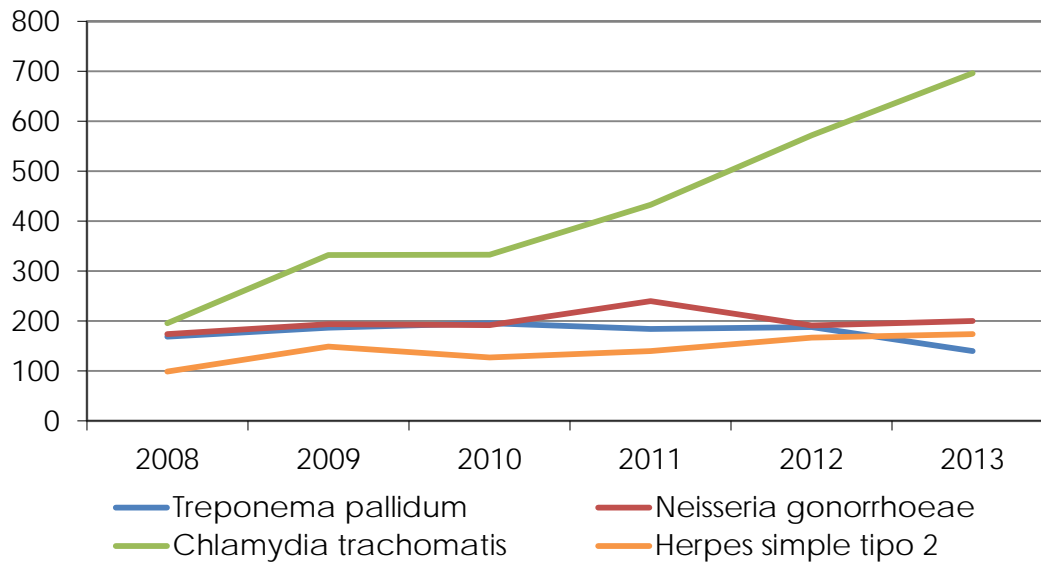
**Figura 26. Evolución de los casos de Hepatitis A y B. SIMPCAV. 2008-2013**



## Infecciones de transmisión sexual

Continúa detectándose un aumento en los aislamientos de *Chlamydia trachomatis*, 696 en este año 2013. Este aumento se refleja en los IE1=1,22 y un IE2=2,09. El resto de microorganismos declarados al SIMCAV (*Treponema pallidum*, *Neisseria gonorrhoeae* y Herpes simple tipo 2) se mantienen estables. (Figura 27).

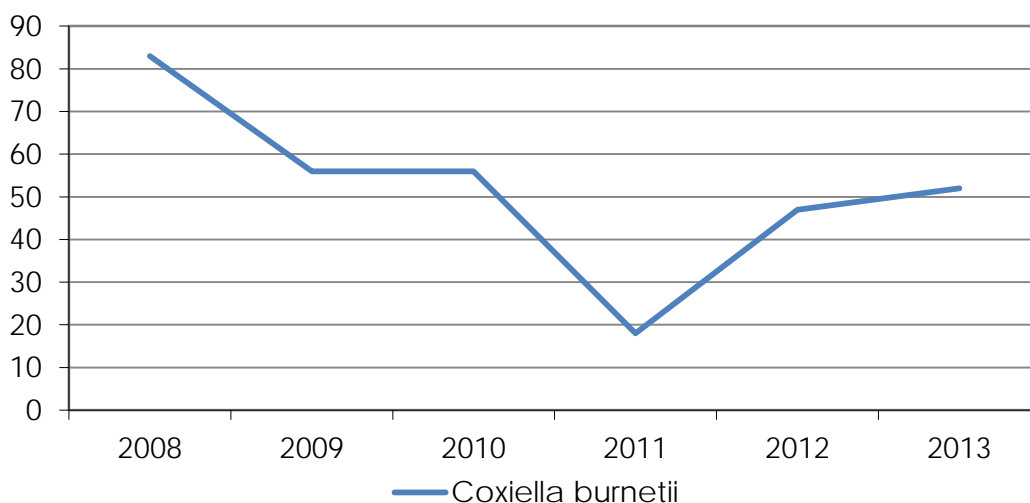
Figura 27. Evolución de los casos de ETS. SIMCAV. 2008-2013



## Zoonosis

*Coxiella burnetii*, con 52 casos, vuelve a aumentar el número de aislamientos en el año 2013 (IE1=1,11) e IE2=0,93)( Figura 28).

Figura 28. Evolución de los casos de *Coxiella burnetii*. SIMCAV. 2008-2013



## 5. BROTES

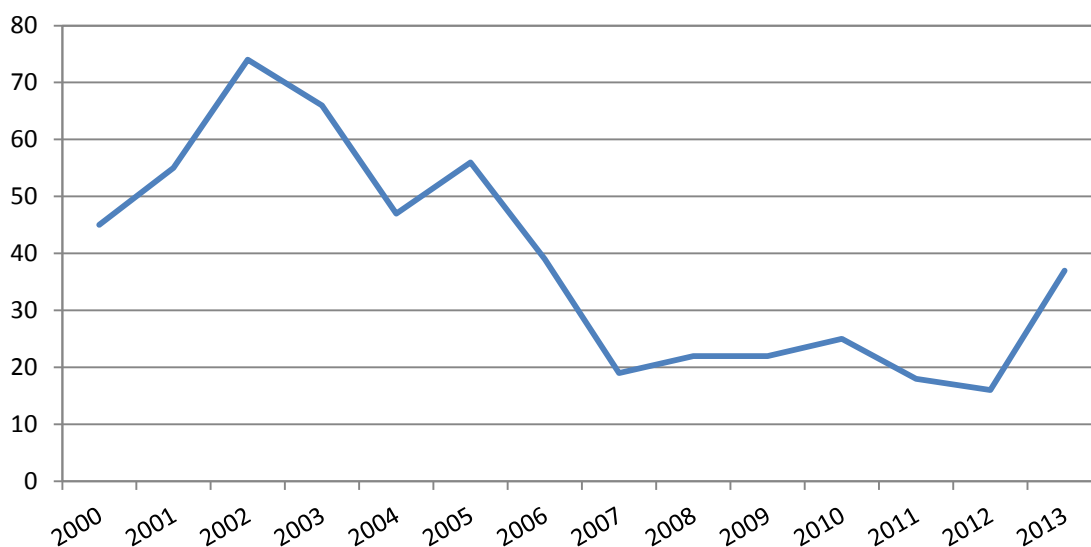
En 2013 se han notificado en la CAPV 38 brotes hídricos y alimentarios: 4 en Álava; 11 en Bizkaia, y 23 en Gipuzkoa. Se han visto afectadas 680 personas y hospitalizadas 46.

Se registró 1 brote de origen hídrico en Gipuzkoa. Resultaron afectadas 238 personas. Los síntomas más frecuentes fueron diarrea, dolor abdominal, náuseas y vómitos. Se aislaron rotavirus y norovirus tanto en el agua de consumo como en las personas afectadas.

### 2. Toxiinfecciones alimentarias

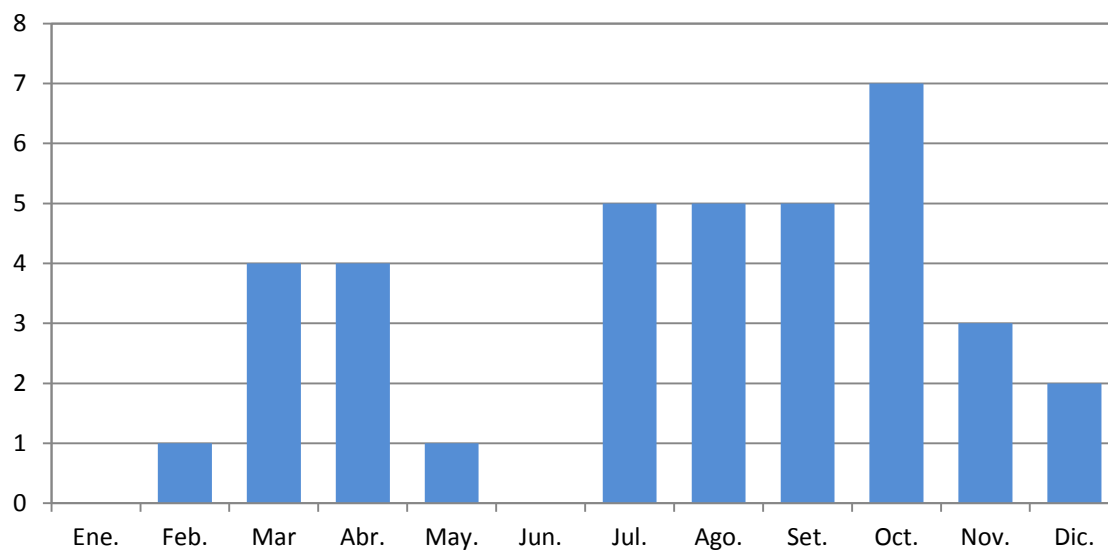
Fueron 37 los brotes de origen alimentario declarados durante 2013, con 442 personas afectadas y 46 hospitalizadas. Se observa una disminución de los brotes desde 2002, año en el que se registró el número más elevado, y el repunte en 2013 (Fig. 29).

Figura 29. Brotes de toxiinfecciones alimentarias. CAPV, 2013



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 y otoño (Figura 30).

Figura 30. N° de brotes de toxiinfecciones alimentarias por meses. CAPV, 2013



Los **alimentos implicados** más frecuentemente en 2013 han sido los elaborados con huevo o sus derivados, responsables de 16 brotes (43%). En 11 brotes el alimento implicado no ha podido ser identificado (Tabla 8).

Tabla 8. Toxiinfecciones alimentarias según el alimento implicado. CAPV, 2008-2013

Alimentos implicados	2008	2009	2010	2011	2012	2013	Total
Carne	1						1
Carne de cerdo					1		1
Cereales					1		1
Comida rápida		1				1	2
Confite/pastel		1	1				2
Desconocido	9	9	5	4		11	38
Embutido	1			1			2
Huevo/ovoproducto	9	8	13	10	7	16	63
Marisco/crust/molusc	1		1		2	1	5
Otro alimento		1			2	3	6
Pescado			2		1	1	4
Pollo						1	1
Prod. lácteo,exc:3-4				1			1
Queso	1		1		1	2	5
Setas			1				1
Sopas,salsas, exc:20				1			1
Varios alimentos		1				1	2
<b>Total</b>	<b>22</b>	<b>21</b>	<b>24</b>	<b>17</b>	<b>15</b>	<b>37</b>	<b>136</b>

FUENTE: Registro de brotes de la CAPV.

El **lugar de origen** más frecuente en 2013 ha sido bares y restaurantes 22 (59%), (Tabla 9).

Tabla 9. Toxiinfecciones alimentarias según el lugar de preparación del alimento. CAPV, 2008-2013

Lugar de preparación	2008	2009	2010	2011	2012	2013	Total
Cantina/Bar/Restaurante/Hotel	14	13	14	8	4	22	75
Cocina central				1	1		2
Desconocido	4	5	3	4	2	6	24
Establec. elaboración	1	2	1				4
Granja			1				1
Hogar privado	3		4	3	8	4	22
Otros		1	1			5	7
Proveedor alimentario				1			1
<b>Total</b>	<b>22</b>	<b>21</b>	<b>24</b>	<b>17</b>	<b>15</b>	<b>37</b>	<b>136</b>

FUENTE: Registro de brotes de la CAPV.

Salmonella ha seguido siendo la **etiología** más frecuente, responsable del 57% de los brotes notificados. En el 22% de los brotes no se ha identificado el agente etiológico (Fig. 31 y Tabla 10). En 2013 la media de personas afectadas por brote ha sido de 11 en Álava, de 13 en Gipuzkoa y de 10 en Bizkaia. La media en la CAPV ha sido de 12 personas afectadas por brote.

Figura 31. Brotes por toxiinfecciones alimentarias por Salmonella. CAPV 2000-2013

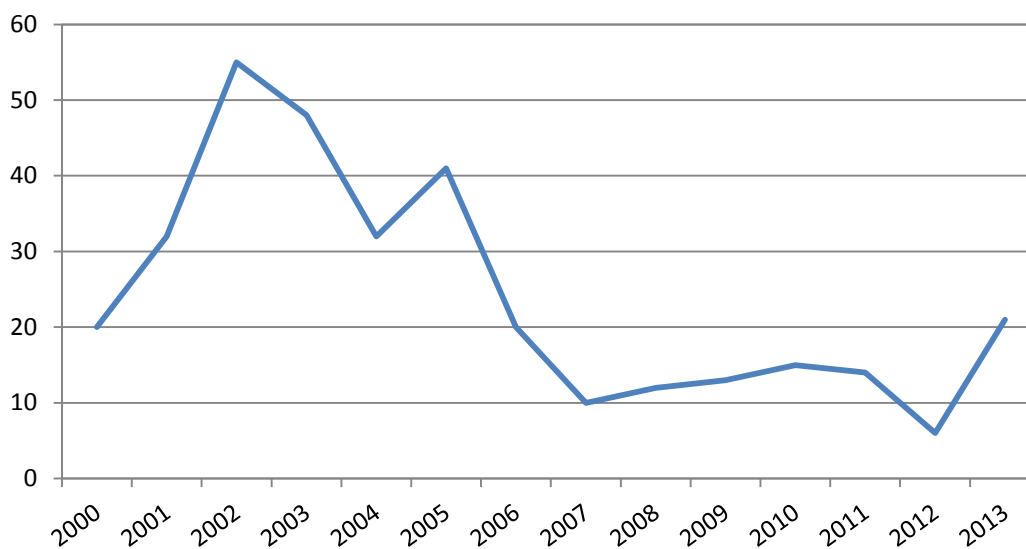




Tabla 10. Toxiinfecciones alimentarias según origen microbiológico. CAPV, 2008-2013

Agente etiológico	2008	2009	2010	2011	2012	2013	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	8	25
Histamina/escómbrido			2				2
L.monocytogenes					1	1	2
Salmonella	12	13	15	14	6	21	81
Staphilococcus	1		1	1		2	5
Trichinella	1						1
Virus hepatitis A		1					1
Virus otros	4	2	1		1	5	13
<b>Total</b>	<b>22</b>	<b>21</b>	<b>24</b>	<b>17</b>	<b>15</b>	<b>37</b>	<b>136</b>

FUENTE: Registro de brotes de la CAPV.

Otros brotes han sido de transmisión persona-persona o de los que no se conoce el mecanismo de transmisión. En algunos casos se trata de agrupaciones de ámbito familiar (Tabla 11).

Tabla 11. Otros brotes. CAPV, 2013

BROTE	Nº brotes
Desconocido	2
Escabiosis	2
Fiebre Q	1
Gripe	2
Hepatitis A	1
Impétigo	1
Legionella	1
Listeria	1
Neumonía	1
Rotavirus/otros	2
S. pyogenes	1
Tuberculosis	17
<b>Total</b>	<b>32</b>

FUENTE: Registro de brotes de la CAPV.

## 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.

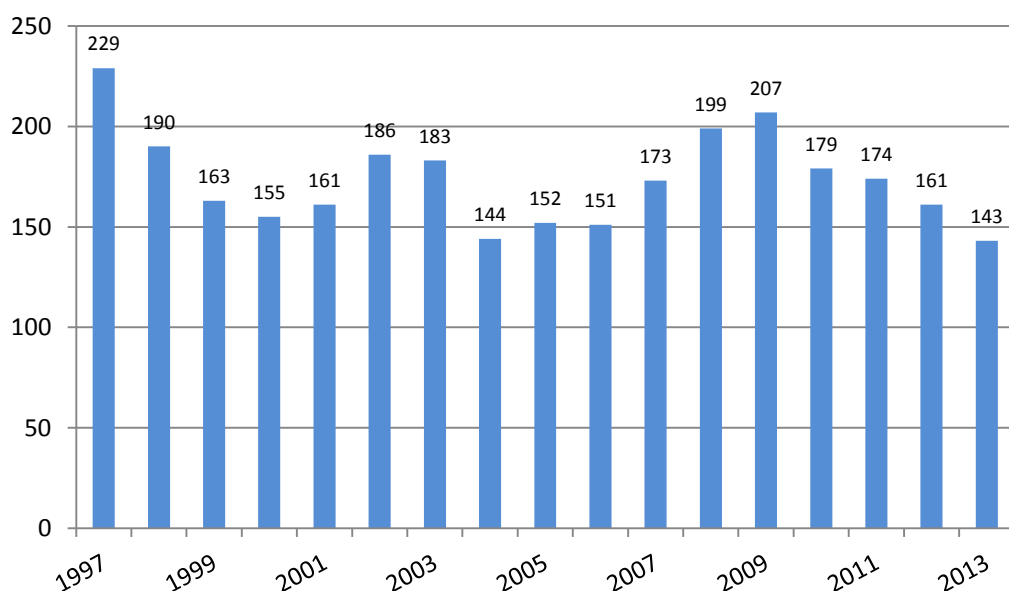
El sida es una enfermedad de declaración obligatoria que se inscribe en un registro nominal creado en el año 1.984 y en el que además de características sociodemográficas se recogen variables clínicas y otras relacionadas con las vías de transmisión.

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 2013 se han contabilizado 2.950 nuevas infecciones por VIH. En 2013 se notificaron 143 casos (65,6/millón de habitantes), lo que implica un descenso de un 11,1% respecto al año anterior (Figura 32).

Figura 32. Nuevos diagnósticos de VIH. CAPV 1997-2013



El 79,7% de los diagnósticos de 2013 fueron por transmisión 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 2013 el 55,9% del total de nuevos diagnósticos y el 63,2% 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 5.812 **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 33). La mortalidad provocada por sida experimenta una evolución similar (Figura 34).

Figura 33. Casos de sida 1984-2013

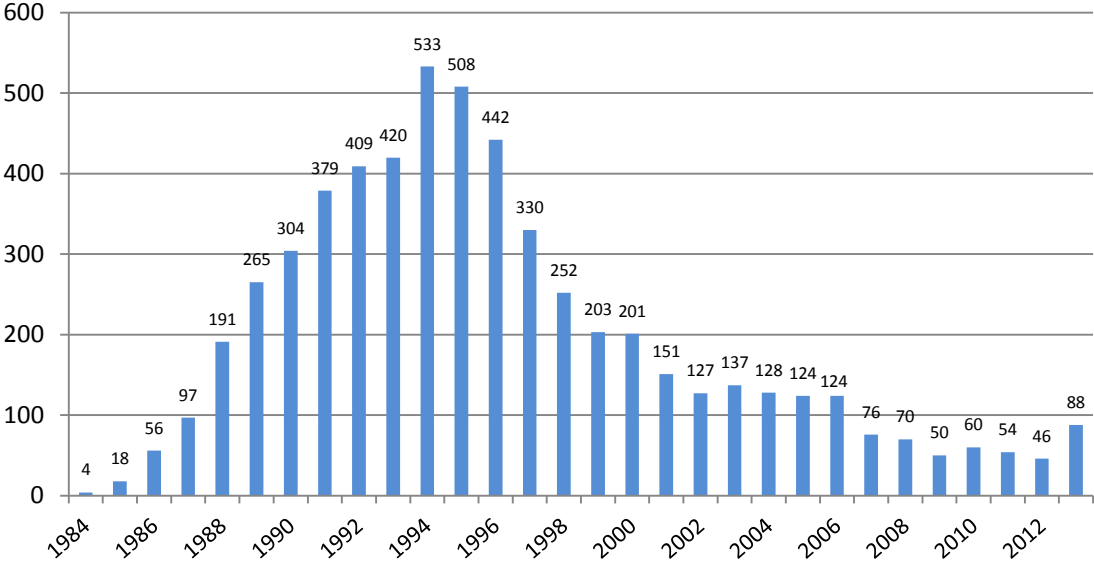
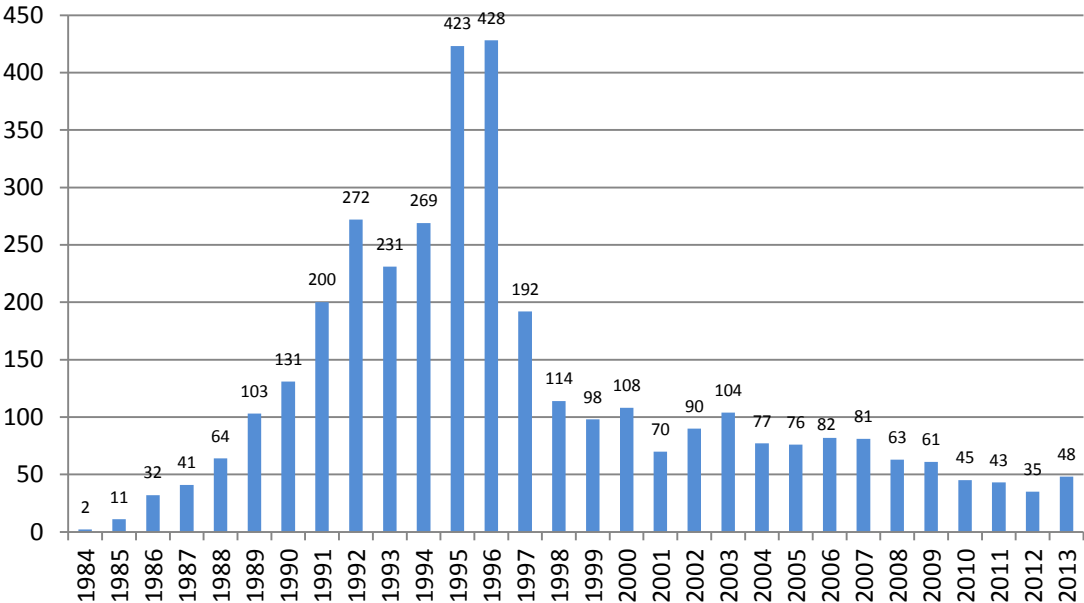


Figura 34. Casos de sida fallecidos 1984-2013



## ADICCIONES

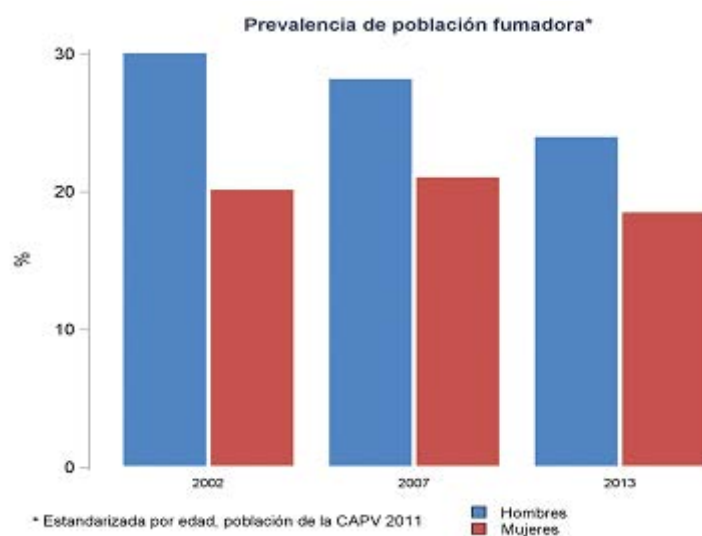
Diferentes estudios sobre mortalidad y carga de enfermedad atribuibles al consumo de drogas han estimado que 7,6 millones de muertes en el mundo<sup>8</sup> y 30,2 millones de años vividos con discapacidad<sup>9</sup> son consecuencia de estas conductas.

### Consumo de tabaco

Según la encuesta Euskadi y Drogas<sup>10</sup>, en 2012 el número de personas fumadoras entre la población de 15 a 74 años era de 423.000. Entre 2011 y 2012 las ventas de paquetes de cigarrillos descendieron un 10% en Euskadi, las de cigarrillos puros un 11% y las de paquetes de picadura de liar casi un 6%.

El porcentaje de personas fumadoras también ha descendido en los últimos años, pasando del 33% en 2008 al 26% en 2012. La última Encuesta de Salud de la CAPV (2013) desveló que en los hombres se ha producido un descenso continuo desde el año 2002, mientras que en mujeres se inició en 2007<sup>11</sup> (Figura 35).

Figura 35: Evolución del consumo de tabaco por sexo en la CAPV.



FUENTE: Departamento de Salud. Gobierno Vasco. ESCAV, 2013

Tradicionalmente el consumo de tabaco ha sido más prevalente entre los hombres, sin embargo las diferencias entre hombres y mujeres han ido disminuyendo y se aprecia la evolución hacia un patrón similar en ambos sexos. La encuesta Drogas y

<sup>8</sup> WHO. Global health risks: mortality and burden disease attributable to selected major risks. Geneva: World Health Organization, 2009.

<sup>9</sup> Whiteford HA et al. Global burden of disease attributable to mental and substance use disorders: findings from the Global Burden of Disease Study 2010. Lancet 2013;382:1575-86.

<sup>10</sup> Departamento de Salud. Euskadi y Drogas 2012. Vitoria-Gasteiz: Servicio Central de Publicaciones del Gobierno Vasco, 2013.

<sup>11</sup> Departamento de Salud. Datos relevantes de la Encuesta de Salud del País Vasco 2013. Vitoria-Gasteiz: Departamento de Salud, Servicio de Estudios e Investigación Sanitaria 2013.

Escuela<sup>12</sup> realizada en 2011 estudia la prevalencia del consumo de tabaco por año de edad y sexo (Tabla 12).

Tabla 12: Consumo de tabaco en la población escolar por sexo y edad.

Años de edad	<10	11	12	13	14	15	16	17	18
	%								
Chico	58,7	55,4	51,4	52,5	51,3	47,4	49,5	52,3	66,5
Chica	41,3	44,6	48,6	47,5	48,7	52,6	50,5	47,7	33,5

FUENTE: (Drogas y escuela VIII. Instituto Deusto de Drogodependencias, 2012)

En cuanto a las desigualdades socioeconómicas en el consumo de tabaco, los hombres de nivel socioeconómico alto (grupos I y II: directivos y mandos intermedios) tenían un 23% menos riesgo de ser fumadores que el resto, pero en las mujeres de la misma edad no se observó efecto alguno<sup>13</sup>.

El análisis desagregado en dos grupos de edad (16-44 y >44) puso de manifiesto que el diferente efecto de la clase social en función del sexo está relacionado con la epidemia del tabaquismo. En las mujeres se observaron desigualdades sociales en el grupo de mujeres de 16 a 44 años a partir de 2002. No obstante, en las mayores de 44 persistía el patrón inverso, con mayor prevalencia de tabaquismo entre las mujeres de clase social alta que son las primeras que empezaron a fumar<sup>14</sup> (Figuras 36 Y 37).

Figuras 36: Prevalencia estandarizada de población fumadora habitual de 16-44 años por clase social. CAPV 1986-2007

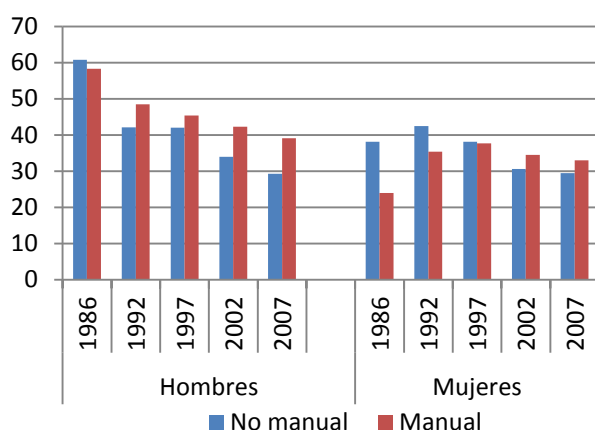
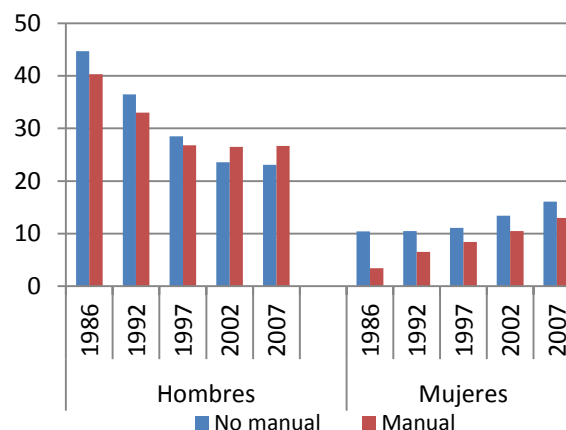


Figura 37. Prevalencia estandarizada de población fumadora habitual mayor de 44 años por clase social. CAPV 1986-2007



FUENTE: (Bacigalupe A, Esnaola U, Martín U. Evolución de la prevalencia y de las desigualdades en el consumo de tabaco en la CAE. Vitoria-Gasteiz: Servicio Central de Publicaciones, 2011)

<sup>12</sup> Instituto Deusto de Drogodependencias. Drogas y Escuela VIII. Bilbao: Universidad de Deusto, 2012.

<sup>13</sup> Centro de Documentación y Estudios SiS. Desigualdades socioeconómicas, consumo de drogas y Territorio. Fundación Eguía Careaga, 2014

<sup>14</sup> (Bacigalupe A, Esnaola U, Martín U. Evolución de la prevalencia y de las desigualdades en el consumo de tabaco en la CAE. Vitoria-Gasteiz: Servicio Central de Publicaciones, 2011)

## Consumo de Alcohol

El consumo de alcohol habitual en la población de 15 a 74 años ha experimentado una disminución significativa a partir de 2006 (del 24 al 15% en 2012). También ha crecido la proporción de quienes no beben nunca (del 8 al 13%). Sin embargo, entre los años 2010 y 2012 se ha observado un aumento del consumo excesivo y de riesgo (Euskadi y Drogas, 2012).

En cuanto a la edad de inicio del consumo de alcohol, a pesar de ser un indicador que ha permanecido estable a lo largo de 20 años, se ha observado una ligera disminución entre 2008 y 2012, al pasar de los 17,3 años a los 16,4. Según la encuesta Drogas y Escuela de 2011, casi tres de cada cuatro adolescentes de la población vasca han probado alcohol alguna vez en su vida.

Al igual que con el consumo de tabaco las tradicionales diferencias entre sexos, consistentes en una mayor prevalencia en hombres, tienden a desaparecer. A pesar de este acercamiento en relación a la cantidad de consumo, el patrón de conducta es diferente: entre semana consumen más alcohol los chicos, pero el fin de semana los consumos se igualan (Tabla 13).

**Tabla 13: consumo de alcohol los días laborables y el fin de semana por sexo en la CAPV.**

<b>Días laborables</b>	Hombre	Mujeres
	%	
Abstemios/as	79,8	90,0
Poco bebedores/as	5,2	2,2
Consumo excesivo	2,2	0,8
Consumo de riesgo	4,7	1,3
<b>Fines de semana</b>		
Abstemios/as	45,6	43,6
Poco bebedores/as	9,2	12,7
Consumo excesivo	10,4	13,5
Consumo de riesgo	21,2	18,2

FUENTE: Drogas y Escuela, 2011

Al contrario de lo ocurrido con el tabaco, el consumo de alcohol *per capita* y el gasto que los hogares vascos destinan a la compra de bebidas alcohólicas ha experimentado un ligero aumento a partir de 2010, al pasar de 20,2 litros por habitante a 22,9 en 2012. Este incremento se produjo tanto en vino y cerveza como en licores de mayor graduación.

En lo que se refiere a las desigualdades socioeconómicas en el consumo de alcohol, no se ha encontrado un patrón definido. El análisis de los datos de Euskadi y Drogas de 2012 mostró que los hombres adultos de nivel socioeconómico alto tienen menos riesgo de ser bebedores diarios. El análisis de los datos la ESCAV 2013 reveló que en el caso de las mujeres el pertenecer a un nivel socioeconómico bajo

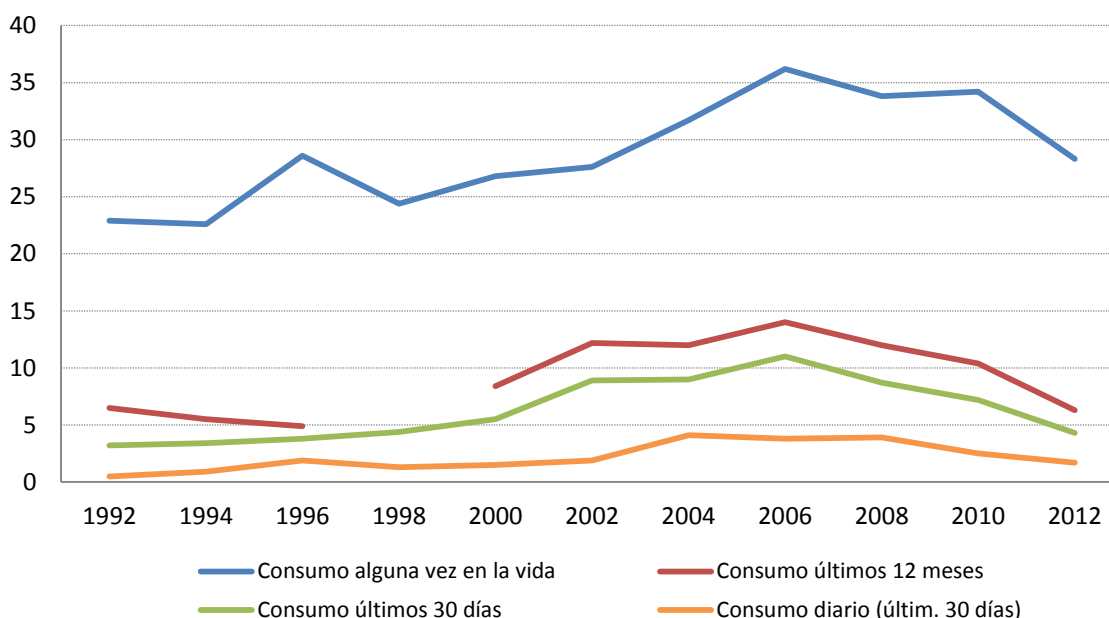
actúa como “factor protector”, tanto del consumo diario como del consumo excesivo.

La edad también tiene efecto en el tipo y cantidad de consumo. En los análisis multivariantes se observó que las personas jóvenes tenían menos riesgo de ser consumidoras a diario, pero más de ser consumidoras excesivas.

## Consumo de Cannabis

En el año 2006 se inició una tendencia de reducción de las tasas de consumo de cannabis, tras 6 años de incremento constante, que se ha consolidado en 2012. Con un descenso del 21% en las tasas de consumo experimental, los niveles actuales de consumo se asemejan a los del año 2000 (Euskadi y Drogas, 2012) (Figura 38).

**Figura 38: Evolución de las tasas de prevalencia (%) de consumo de cannabis en la población de 15 a 74 años de la CAPV, 1992-2012.**



FUENTE: Euskadi y drogas, 2012

En cuanto a las desigualdades sociales, las mujeres tenían una probabilidad significativamente inferior de ser consumidoras habituales de cannabis que los hombres (OR: 0,28). Sin embargo, el hecho de ser joven suponía un factor de riesgo de consumir, con una probabilidad 12 veces mayor que una persona de 35 años. En el caso de los hombres, el pertenecer a un nivel socioeconómico alto reducía el riesgo de ser consumidor habitual (OR: 0,63).

## Consumo de Drogas Ilegales

El consumo de drogas ilegales distintas al cannabis, particularmente la cocaína, ha venido decreciendo desde 2006, y entre 2010 y 2012 experimentó una reducción mayor. El uso experimental de, al menos, una droga ilegal se ha reducido en un 40% entre 2004 y 2012 (14% versus 8%).

En términos absolutos, si en 2004 había 74.600 personas que señalaban haber consumido alguna droga ilegal distinta del cannabis en el último año, en 2012 la cifra decreció hasta 21.000 (Tabla 14).

Tabla 14: Evolución del consumo de drogas ilegales.

	1992	1994	1996	1998	2000	2002	2004	2006	2008	2010	2012
	%										
Consumo alguna vez en la vida	5,3	5,9	6,5	7,2	7,1	10,2	14,1	13,6	12,0	10,1	8,6
Consumo últimos 12 meses	2,0	1,4	1,2		2,9	3,4	4,4	4,4	3,8	2,3	1,3
Consumo últimos 30 días	0,6	0,4	0,4	1,1	1,5	1,9	2,5	2,7	1,7	1,4	0,7

FUENTE: Euskadi y Drogas, 2012.

Las mujeres tenían un riesgo significativamente inferior que los hombres de consumo experimental y reciente de drogas ilegales (OR: 0,44 y 0,28 respectivamente). Al igual que con el cannabis, el hecho de ser joven multiplicaba el riesgo en ambos casos (OR: 3,1 Y 7,8). Los hombres de nivel socioeconómico alto tenían menos riesgo de estos consumos que los de nivel bajo. En las mujeres, sin embargo se apreciaba una tendencia inversa, más riesgo las de nivel alto, aunque el efecto no fue significativo ( $p= 0,084$ ).

En cuanto a la **edad media** de las personas admitidas a tratamiento por toxicomanías no alcohólicas, se apreció por un lado un envejecimiento generalizado, y por otro un cierto incremento de las personas muy jóvenes.

## Otras adicciones

El consumo de **psicofármacos** con prescripción médica ha disminuido, pero ha aumentado el uso de los mismos sin receta. En el año 2012, entre los tres fármacos considerados (tranquilizantes, somníferos y antidepresivos), la prevalencia de uso más elevada fue la de tranquilizantes. Al menos una vez los había utilizado el 16,4% de la población vasca.

En 2012 se estimó que el 22,6% de la población vasca, algo más de 373.000 personas, pueden considerarse **jugadoras activas**. De ellas, el 2,8% (46.000 personas) podrían presentar algún tipo de riesgo y aquellas que pueden considerarse jugadoras excesivas o problemáticas serían algo más de 4.000 (Euskadi y Drogas,



2012). Según los datos del Ministerio de Hacienda, desde 2008 se ha producido una reducción muy importante en las cantidades que la ciudadanía de la CAPV destina a los juegos de azar.

En lo que se refiere al uso abusivo de nuevas tecnologías, se estima que alrededor de 30.300 personas entre 15 y 74 años ha tenido un uso problemático de internet.

## 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 de la Dirección de Salud Pública y Adicciones 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 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 y Adicciones 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 los 365 días del año. Se controlan 45 taxones diferentes, siendo de interés, por su abundancia y/o carácter alergénico, los siguientes:

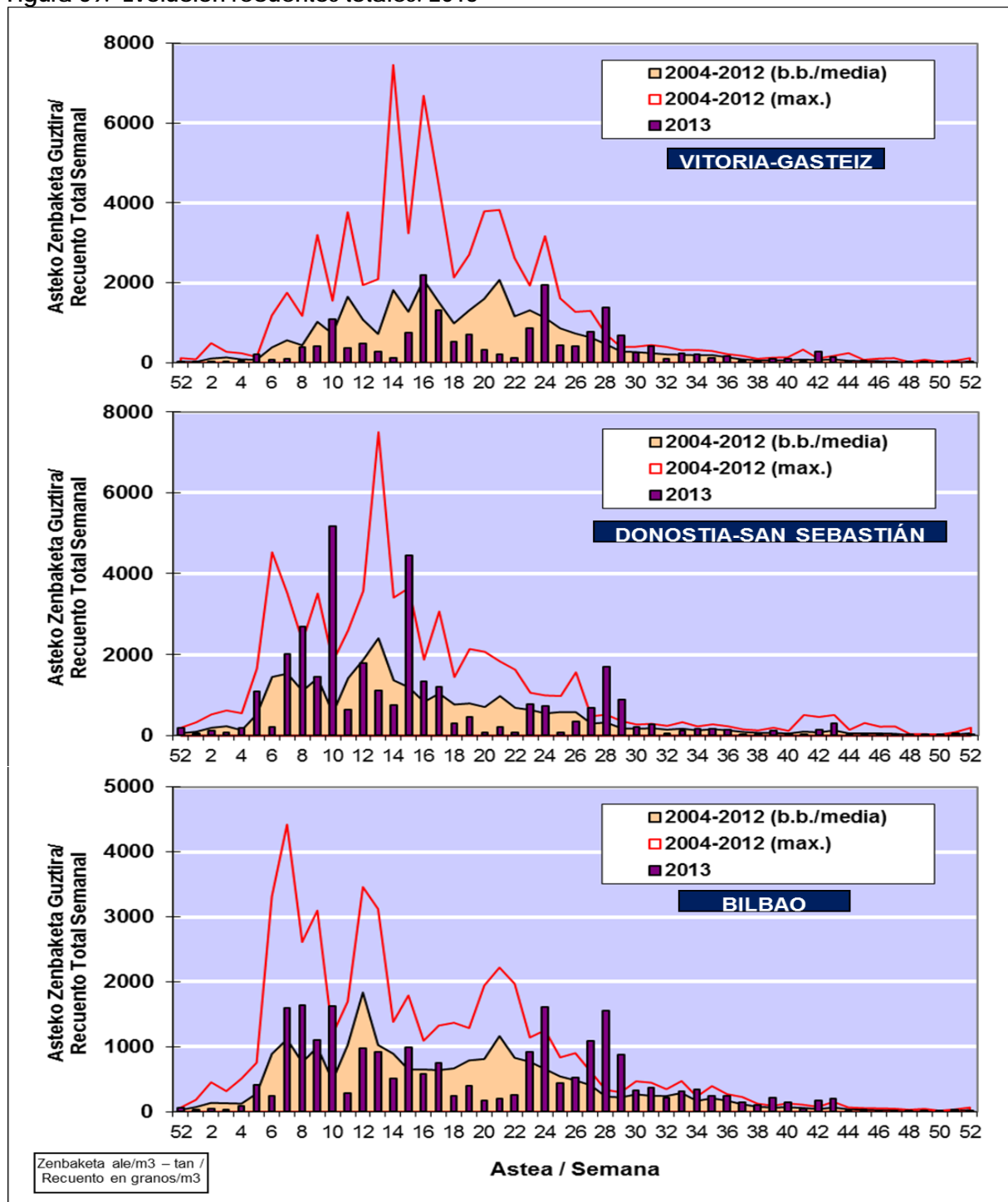
<i>Alnus (Aliso)</i>	<i>Ligustrum (Aligustre)</i>
<i>Betula (Abedul)</i>	<i>Pinus (Pino)</i>
<i>Castanea (Castaño)</i>	<i>Platanus (Platano)</i>
<i>Corylus (Avellano)</i>	<i>Poaceae (Gramínea)</i>
<i>Cupressus / Taxaceae (Ciprés / Tejo)</i>	<i>Populus (Álamo)</i>
<i>Fagus (Haya)</i>	<i>Quercus (Roble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

Desde 2010, a partir de los recuentos diarios y el histórico disponible, se elaboran informes de situación y previsión, que semanalmente son remitidos a Euskalmet, para difusión pública en su página web y se remiten a su vez 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), a la Red Española de Aerobiología (REA) y se encuentran disponibles en la web Open Data Euskadi.

En 2013, por primera vez, se elaboró un informe resumiendo los datos del periodo 2004-2012 e incluyendo calendarios polínicos para las tres estaciones que componen la red.

En la figura 39 pueden compararse, para cada una de las estaciones, los recuentos semanales registrados en 2013 (en barras) con los máximos y valores medios del periodo 2004-2012.

Figura 39. Evolución recuentos totales. 2013



En la tabla 15 se resume el número de semanas en que se vieron superados los recuentos semanales promedio del periodo 2004-2012 y se indican, en orden de abundancia, los tipos mayoritarios (recuento anual superior al 5% del total).

Tabla 15. Recuentos semanales promedio.

Estación	Nº de semanas en que se superó el promedio semanal de 2004-2012	Tipos mayoritarios 2013 (en orden de abundancia)
Vitoria-Gasteiz	8 semanas (15 %)	Esporas de <i>Alternaria</i> , Poaceae, Platanus, Pinus Cupressaceae/Taxaceae, Urticaceae y Quercus
Donostia-San Sebastián	13 semanas (25 %)	Alnus, Platanus, Pinus, Cupressaceae/Taxaceae, Fraxinus, Urticaceae, Poaceae y Quercus
Bilbao	16 semanas (31 %)	Urticaceae, Pinus, Poaceae, Alnus y Cupressaceae/Taxaceae

## 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 Territorial<sup>15</sup>, se ha realizado una valoración de la situación general en cuanto a partículas en suspensión de corte 10 µm (PM<sub>10</sub>), dióxido de nitrógeno (NO<sub>2</sub>), dióxido de azufre (SO<sub>2</sub>) y ozono (O<sub>3</sub>) en base a los valores establecidos para la protección de la salud en la normativa vigente<sup>16</sup>.

El territorio de la CAPV está 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 (PM<sub>10</sub>)**, tanto el valor límite de la media anual para la protección de la salud (establecido en 40 µg/m<sup>3</sup>) como la exigencia establecida para las medias diarias (no superación del valor de 50 µg/m<sup>3</sup> en más de 35 ocasiones al año) no se han visto superados. Los niveles más elevados

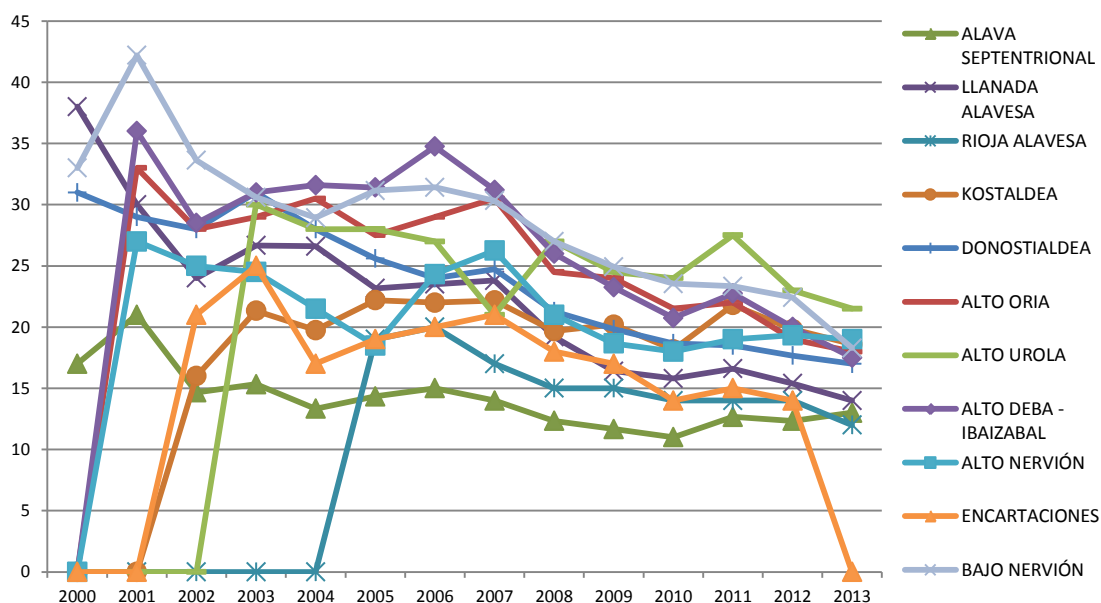
<sup>15</sup> Se han valorado los datos de 62 sensores de la Red facilitados por la Viceconsejería de Medio Ambiente (13 ubicados en Araba, 31 en Bizkaia y 16 en Gipuzkoa). Se ha trabajado con los valores brutos sin aplicar factores de corrección.

<sup>16</sup> "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".

siguen registrándose en Bilbao así como en zonas industrializadas como Zumárraga. Los datos registrados en 2013 muestran una ligera mejoría en relación con los del año anterior.

En la figura 40 se recoge la evolución de los valores medios de las medias anuales de los sensores existentes en cada una de las zonas aéreas.

**Figura 40. Evolución de las medias anuales de PM<sub>10</sub> por zonas aéreas. 2000-2013**



FUENTE: Datos de la red de sensores del Departamento de Medio Ambiente y Política Territorial

Respecto a las **partículas en suspensión de corte 2,5 µm (PM<sub>2,5</sub>)**, que son mejores indicadores de efectos en salud, hay pocos sensores en los que se registren. En las 4 ubicaciones con datos suficientes a lo largo del año (Algorta, Elorrio, Santurtzi y Zelaieta) se han obtenido valores ligeramente superiores al nivel guía recomendado por la OMS para la media anual (10 µg/m<sup>3</sup>). Respecto al objetivo de que la media diaria de 25 µg/m<sup>3</sup>, no se supere en más de 25 ocasiones al año, no se ha cumplido en Santurtzi donde han sido 29 días en los que se ha superado dicho valor.

Por lo que respecta al **dióxido de nitrógeno (NO<sub>2</sub>)**, no se ha superado en ningún sensor el límite horario para la protección de la salud establecido en 200 µg/m<sup>3</sup> (que no debe superarse más de 18 veces por año civil) ni la media anual (establecida en 40 µg/m<sup>3</sup>).

En cuanto al **dióxido de azufre (SO<sub>2</sub>)** en ningún sensor se han superado las limitaciones establecidas para la protección de la salud, ni el límite horario, 350 µg/m<sup>3</sup> (que no se debe superar más de 24 veces por año civil), ni el límite diario, 125 µg/m<sup>3</sup> (que no debe 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/m<sup>3</sup> durante tres horas consecutivas.

Con respecto a la contaminación por **ozono (O<sub>3</sub>)**, el umbral de información a la población (180 µg/m<sup>3</sup>) solo se ha superado puntualmente en 2013 en los sensores de Serantes (4 ocasiones) y Valderejo (1 ocasión). El umbral para la protección de la salud (120 µg/m<sup>3</sup> como límite máximo de las medias octohorarias del día) se ha visto superado en más de 25 ocasiones a lo largo del año en los sensores de Serantes (46), Abanto y Jaizkibel (36), Mundaka (32) y Valderejo (28). Les siguen Izki (24) y Pagoeta (23). En el caso del ozono la tendencia en 2013 ha apuntado a una menor superación del umbral de información pero a un notable incremento en la superación del umbral referido a las medias octohorarias.

Los datos correspondientes a 2013 mantienen la tendencia de una ligera mejoría que se venía observando los últimos años en lo que respecta a partículas y óxidos de nitrógeno. Pero con respecto al ozono, si bien las superaciones del umbral de información a la población han sido puntuales por el contrario el número de superaciones del valor objetivo del umbral de protección de la salud referido a las medias octohorarias ha sufrido un fuerte incremento, en los sensores de fondo fundamentalmente. Así mismo las medias anuales de las concentraciones de ozono han presentado un aumento considerable en prácticamente todas las zonas.

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 determina en ellas el contenido de ocho metales pesados (plomo, hierro, cadmio, níquel, cromo, manganeso, arsénico y cobre). En 2013 se ha ampliado este listado con el control de otros 8 metales pesados (vanadio, cobalto, zinc, selenio, bario, cerio, paladio y mercurio). Para el **plomo** hay establecido un límite normativo (media anual de 0,5 µg/m<sup>3</sup>) que no se ha visto superado en ninguno de esos cuatro puntos citados. Respecto al **cadmio, níquel y arsénico** hay establecidos valores objetivo para 2013 que tampoco se han superado en ninguno de los puntos. La tendencia es a la baja en casi todos los casos.

En estas partículas también se controla el contenido de 6 compuestos aromáticos policíclicos entre ellos el **Benzo(a)pireno** para el que tampoco se ha superado el valor objetivo que señala la normativa para 2013 (1 ng/m<sup>3</sup>) como media anual (referencia para ese grupo de compuestos).

Así mismo también se hace un seguimiento específico de la fracción de **partículas de corte 2,5 µm (PM<sub>2,5</sub>)**, en otros tres sensores (dos ubicados en Bilbao y otro en Donostia). En ninguno se supera el valor objetivo de la media anual previsto para 2015 fijado en 20 µg/m<sup>3</sup>, aunque si son valores ligeramente superiores al valor

objetivo de calidad recomendado por la OMS (valores de 13,1 y 11,8  $\mu\text{g}/\text{m}^3$  en Bilbao, y 10,2  $\mu\text{g}/\text{m}^3$  en Donostia).

Como caso particular de seguimiento de una problemática específica en cuanto a calidad del aire, cabe mencionar el caso de los municipios en torno a la empresa Petronor. Desde hace varios años se han producido numerosas quejas y denuncias de vecinos y asociaciones de vecinos por problemas derivados del funcionamiento de dicha empresa, en muchos casos por emisiones al aire.

A lo largo del 2013 se han mantenido dos líneas de trabajo. Por un lado, la Subdirección de Salud Pública con los Departamentos de Medio Ambiente y de Seguridad y los Ayuntamientos afectados para establecer un protocolo de actuación ante episodios agudos.

Un segundo grupo formado por personal técnico de la Subdirección de Salud Pública, de Medio Ambiente y del Laboratorio trabajan con el objetivo de evaluar la calidad de aire y el riesgo para la salud de la población residente en el entorno de la refinería de Petronor.

Existe el compromiso de informar puntualmente a la población sobre las incidencias y las actuaciones que se realizan.

## 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 419 zonas de abastecimiento y 52 Unidades de Control y Vigilancia. (Tabla 16).

**Tabla 16. Nº de zonas de abastecimiento y Unidades de Control y Vigilancia**

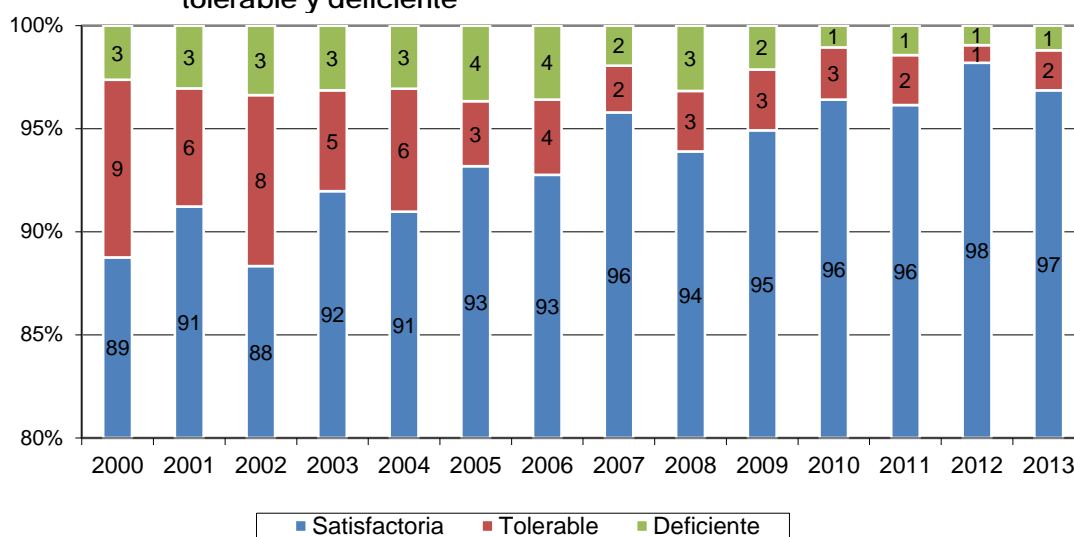
T.H.	UCV	ZA
ARABA	33	210
BIZKAIA	13	120
GIPUZKOA	6	89
<b>CAPV</b>	<b>52</b>	<b>419</b>

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 2013 el 97% de la población recibió agua con calidad satisfactoria en sus domicilios (2% tolerable y 1% deficiente) (Figura 41).



Figura 41. Porcentaje de población que recibe agua de calidad satisfactoria, tolerable y deficiente



FUENTE: Subdirecciones de Salud Pública y Adicciones.

En la Tabla 17 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 17. 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 %)	2010	2011	2012	2013
<b>ARABA</b>				
Satisfactoria	273.175 (96%)	262.606 (92%)	280.767 (97%)	271.134 (93%)
Tolerable	4.494 (2%)	17.738 (6%)	3.612 (1%)	12.221 (4%)
Deficiente	6.196 (2%)	6.417 (2%)	4.311 (1%)	6.783 (2%)
Total	283.865	286.761	288.690	290.138
<b>BIZKAIA</b>				
Satisfactoria	1.093.698 (96%)	1.108.094 (98%)	1.114.908 (99%)	1.111.899 (99%)
Tolerable	34.136 (3%)	4.769 (0%)	3.912 (0%)	7.946 (1%)
Deficiente	12.511 (1%)	12.430 (1%)	6.473 (1%)	5.448 (1%)
Total	1.140.345	1.125.293	1.125.293	1.125.293
<b>GIPUZKOA</b>				
Satisfactoria	662.442 (97%)	675.663 (98%)	673.463 (98%)	671.606 (98%)
Tolerable	3.276 (3%)	4.444 (1%)	6.451 (1%)	5.850 (1%)
Deficiente	19.725 (0%)	6.561 (1%)	5.144 (1%)	5.693 (1%)
Total	685.443	686.668	685.058	683.149
<b>CAPV</b>				
Satisfactoria	2.029.315 (96%)	2.046.363 (96%)	2.069.138 (98%)	2.054.639 (97%)
Tolerable	41.906 (3%)	26.951 (2%)	13.975 (1%)	26.017 (2%)
Deficiente	38.432 (1%)	25.408 (1%)	15.928 (1%)	17.924 (1%)
<b>TOTAL CAPV</b>	2.109.653	2.098.722	2.099.041	2.098.580 (100%)

FUENTE: Subdirecciones de Salud Pública y Adicciones.

En los Centros Comarcales de Salud Pública se llevan a cabo las actividades de supervisión e inspección (Tabla 18). Hay un total de 5.338 puntos de muestreo (Tabla 19). En el siguiente gráfico (Figura 42) podemos ver el nº de inspecciones que se han realizado durante el periodo 2010-2013.

Tabla 18. Nº de estructuras

Estructura	Nº
Captación	1.067
ETAP	136
Depósitos	1.448
Red Distribución	1.357
Fuentes no red	360

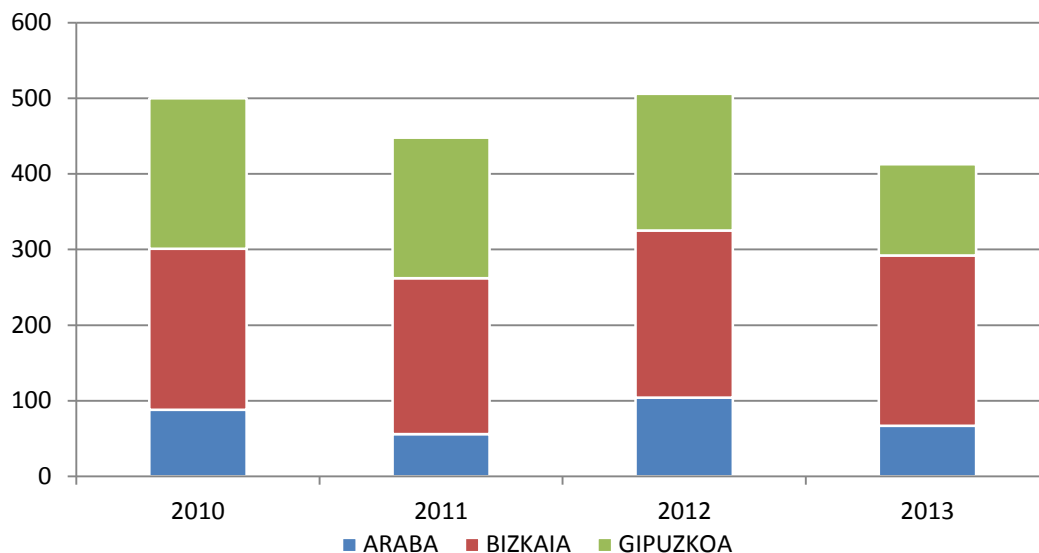
FUENTE: EKUIS (Sistema de Información de Aguas de Consumo de la CAPV)

Tabla 19. Nº de muestras analizadas por año.

AÑO	2010	2011	2012	2013
Nº muestras	19.757	19.665	20.203	21.510

FUENTE: EKUIS (Sistema de Información de Aguas de Consumo de la CAPV)

Figura 42. Nº de inspecciones realizadas por año en cada T.H.



FUENTE: EKUIS (Sistema de Información de Aguas de Consumo de la CAPV).

Otras actuaciones específicas de seguimiento y control:

- Con relación al seguimiento de la contaminación por hexaclorociclohexano (HCH) del embalse de Loiola (Bizkaia), a lo largo de 2013 se realizaron reuniones del grupo técnico y de la comisión de seguimiento. En la reunión del grupo técnico (14/03/2013) se propuso modificar y simplificar el *Procedimiento de actuación para uso del agua del embalse Loiola para consumo* a la vista de la información sobre la evolución de la situación, ya que se había constatado una disminución de la concentración de HCH de forma continuada y además los picos de caudal de los últimos tiempos no llevaban asociada presencia de HCH. Del protocolo de seguimiento se

eliminó el caudal de seguridad pero mantenía la vigilancia analítica semanal como medida de control. En la comisión de seguimiento (20/03/2013) se aprobó la propuesta. Asimismo, durante 2013 se ha continuado respondiendo a las diferentes solicitudes de información de la plataforma Ezpitsua y otras del Ararteko y de Ministerio (en contestación a un requerimiento del Parlamento Europeo).

- Se ha continuado con los controles de seguimiento de la situación del pozo que abastece de agua a la población de Zubillaga (Lantaron) por la posible afección de los vertidos procedentes de la empresa General Química, S.A. que se detectaron en la zona. Aparte de los controles, caracterización y evaluación de la situación realizados por la propia empresa, se han realizado tareas de control por parte de la Confederación Hidrográfica del Ebro y del Departamento de Salud. Los resultados han indicado un bajo nivel de afección en el pozo de suministro no siendo motivo para impedir su uso para el abastecimiento.

Por otra parte cabe apuntar estas otras actuaciones llevadas a cabo:

- En octubre de 2013 se celebró la *Jornada sobre Salud y Agua de Consumo* con el objetivo de crear un lugar de encuentro entre los distintos agentes que intervienen en la vigilancia y control de las aguas de consumo del País Vasco. Asistieron representantes de entidades abastecedoras, unidades de control y vigilancia, entidades locales, personal técnico de Salud Pública y Adicciones, técnicos de los órganos ambientales, universidad y centros de investigación. La jornada versó sobre: 1. Control y vigilancia del agua en la CAPV. Gestión de los sistemas de abastecimiento y 2. Investigación de factores de riesgo y evaluación de la exposición de la población.
- Se estableció una línea de colaboración (junto con URA) con el Ayuntamiento de Abegondo (A Coruña) en relación a un proyecto europeo LIFE (Life rural supplies) sobre abastecimiento de agua en pequeños núcleos rurales.

### 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 (Tabla 20).

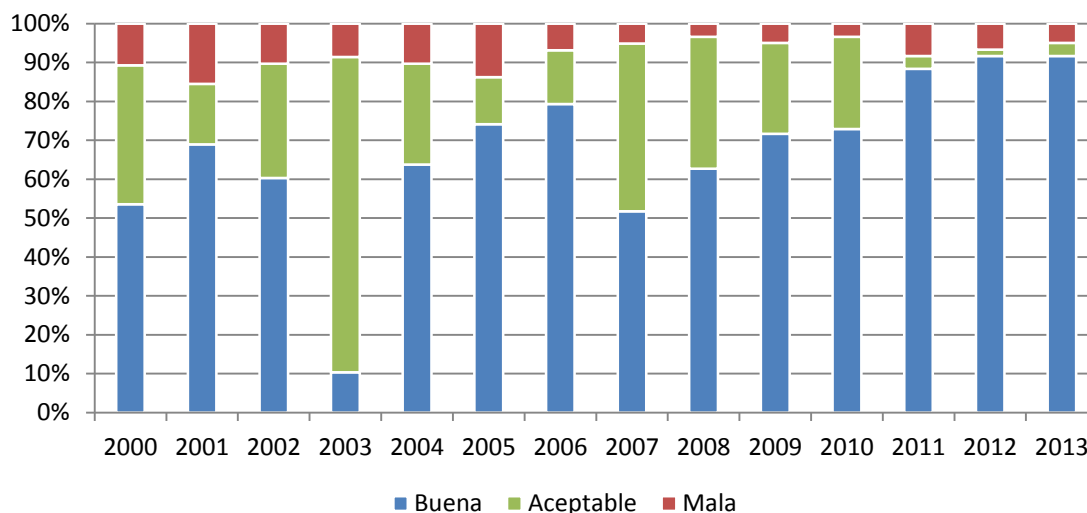
Tabla 20. Zonas de baño y puntos de muestreo por TH (n°).

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

FUENTE: Subdirecciones de Salud Pública y Adicciones.

La calidad de las aguas de baño ha mejorado en los últimos años debido en gran parte a la entrada en funcionamiento de varias Estaciones Depuradoras de Aguas Residuales (EDAR) (Figura 43). Tras la valoración de los resultados de los muestreos de la temporada 2013, el 92 % de las aguas de baño tenían calidad buena, un 3 % aceptable y un 5 % mala.

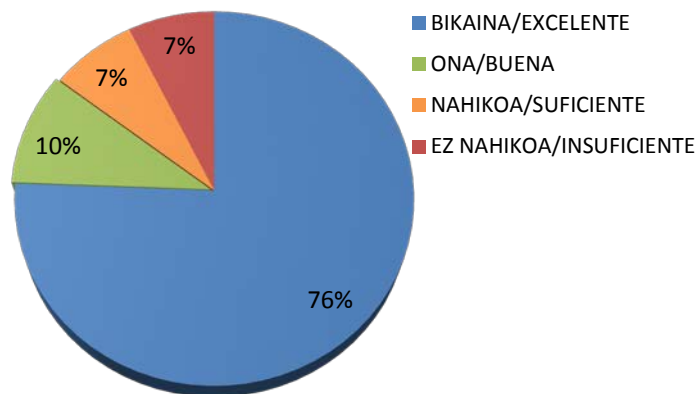
Figura 43. Evolución de la calidad del agua de baño por puntos de muestreo.



FUENTE: Subdirecciones de Salud Pública y Adicciones.

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 los datos de los años 2008-2011, clasificándose las zonas de baño como de calidad Insuficiente, Suficiente, Buena y Excelente (Figura 44). Las zonas de baño con agua de calidad insuficiente en 2013 fueron Toña, San Antonio y Laidatxu.

Figura 44. Calidad del agua de las zonas de baño en 2013 (%).



FUENTE: Subdirecciones de Salud Pública y Adicciones.

La Directiva 2006/7/CE también establece obligaciones en relación a la facilitación de información en las inmediaciones de las zonas de baño. Para ello se utilizan carteles informativos elaborados, 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 Históricos.

En 2013 se ha seguido colaborando en el proyecto Marmoka, coordinado por SOS Deiak, para la elaboración de un modelo predictivo para avistamiento y alerta de medusas en periodo estival en las costas de la CAPV. El objetivo de este proyecto consiste en la localización de medusas, principalmente *Physalia physalis* (Carabela Portuguesa). 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. Esta información, así como la relativa a vertidos contaminantes que puedan tener afección transfronteriza, se intercambia con los representantes de la ARS (Agence Régionale de Santé d'Aquitaine - Pyrénées-Atlantiques) a través de un protocolo que se estableció en 2011.

## PISCINAS

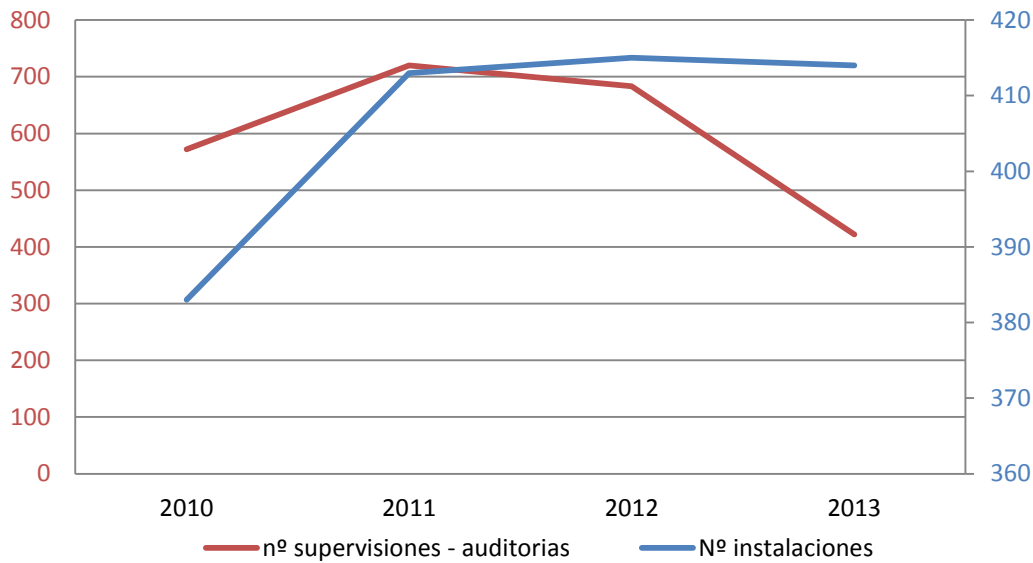
Las principales actividades en el programa de piscinas son por una parte la aprobación de los planes de autocontrol y por otra su supervisión en las instalaciones que ya tienen ese plan de autocontrol aprobado. Se realizan inspecciones y toma de muestras de los vasos (Tabla 21, Figura 45)

Tabla 21. Instalaciones a controlar y supervisiones realizadas por TH y año (n°).

Nº	2010		2011		2012		2013	
	Instalaciones	Supervisiones	Instalaciones	Supervisiones	nstalaciones	Supervisiones	Instalaciones	Supervisiones
Araba	82	135	83	128	82	136	82	146
Bizkaia	141	153	167	286	167	241	166	155
Gipuzkoa	160	284	163	306	162	306	166	121
<b>CAPV</b>	<b>383</b>	<b>572</b>	<b>413</b>	<b>720</b>	<b>415</b>	<b>683</b>	<b>414</b>	<b>422</b>

FUENTE: Subdirecciones de Salud Pública y Adicciones.

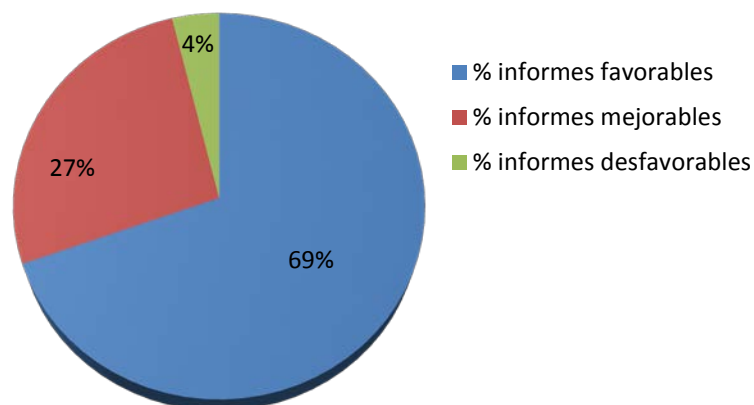
Figura 45. N° de instalaciones y supervisiones realizadas (n°).



FUENTE: Subdirecciones de Salud Pública y Adicciones.

En 2013 el 74% de muestras analizadas en la CAPV cumplieron los criterios de calidad (Figura 46) (Tabla 22). En cuanto a normativa, el 11 de octubre se publicó en el BOE el Real Decreto 742/2013, de 27 de septiembre, por el que se establecen los criterios técnico-sanitarios de las piscinas.

Figura 46. Resultado de las supervisiones (% informes favorables, mejorables y desfavorables).



FUENTE: Subdirecciones de Salud Pública y Adicciones.

Tabla 22. Analíticas realizadas por TH y año en 2010-2013 (n°).

Nº analíticas	2010	2011	2012	2013
Araba	129	131	121	294
Bizkaia	658	603	524	679
Gipuzkoa	506	534	584	576
<b>CAPV</b>	<b>1293</b>	<b>1268</b>	<b>1229</b>	<b>1549*</b>

FUENTE: Subdirecciones de Salud Pública y Adicciones.

\*El aumento en 2013 se debe a que se han incluido las analíticas de las instalaciones 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 que se han priorizado en función de su riesgo como posibles focos propagadores de la Legionella. En base a este se establece una mayor o menor frecuencia en las supervisiones a realizar. A lo largo de 2013 se ha continuado con esta programación en circuitos de refrigeración (CRF), redes de agua interior de los edificios de uso público, agua caliente sanitaria (ACS) y agua fría de consumo humano (AFCH) y otros elementos de riesgo en los establecimientos priorizados. También se ha empezado a intervenir en otros establecimientos a los que hasta ahora no se había llegado como son los alojamientos rurales/casas de agroturismo (se han iniciado actuaciones en Gipuzkoa que se harán extensivas a los tres Territorios Históricos a lo largo de 2014) (Tablas 23 y 24).

Tabla 23 - Nº de establecimientos inspeccionados por sectores.

Sector	Araba		Bizkaia		Gipuzkoa		CAPV	
	P	NP	P	NP	P	NP	P	NP
Sector industrial y administrativo	22	8	61	12	66	29	149	49
Hospitales y clínicas	7	0	14	4	9	0	30	4
Hoteles, albergues, campings	13	0	40	2	28	0	81	2
Residencias	14	0	40	6	21	8	75	14
Balnearios	4	0	13	2	8	2	25	4
Polideportivos	14	0	75	0	41	5	130	5
Otros	1	0	13	10	38	0	52	10
<b>Total</b>	<b>75</b>	<b>8</b>	<b>256</b>	<b>36</b>	<b>211</b>	<b>44</b>	<b>542</b>	<b>88</b>

FUENTE: Unidades de Sanidad Ambiental.

**P:** nº inspecciones presenciales + caracterizaciones

**NP:** nº seguimientos No Presenciales

Tabla 24: Nº instalaciones inspeccionadas y Nº de instalaciones (de las inspeccionadas) con deficiencias que han requerido actuaciones.

Tipo de instalación	Araba		Bizkaia		Gipuzkoa		CAPV	
	I	RA	I	RA	I	RA	I	RA
CRF/Torres	22	9	73	15	69	2	164	26
ACS/AFCH	49	7	169	18	84	3	302	28
Hidromasajes/balnearios	4	1	13	3	27	0	44	4
Otros	0	0	13	0	31	0	44	0
<b>Total</b>	<b>75</b>	<b>17</b>	<b>268</b>	<b>36</b>	<b>211</b>	<b>5</b>	<b>554</b>	<b>58</b>

FUENTE: Unidades de Sanidad Ambiental.

**I:** nº instalaciones inspeccionadas

**RA:** instalaciones a las que se ha requerido corrección de deficiencias



Además del control de la situación estructural y del programa de mantenimiento de las instalaciones también se realizan controles analíticos para ver el grado de colonización de las mismas y valorar la necesidad de actuaciones correctoras. En torno al 16% de los muestreos han resultado positivos a Legionella, con pequeñas diferencias entre CRF y ACS. Los positivos han sido más bajos en los vasos de hidromasaje y en el resto de instalaciones. (Tabla 25).

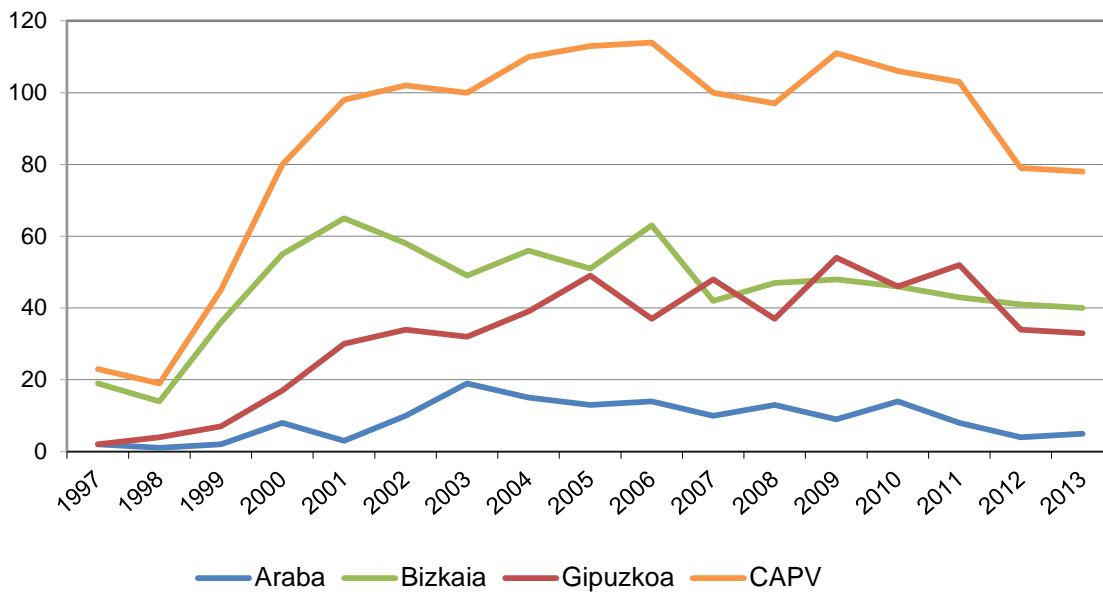
**Tabla 25: N° de controles analíticos por sectores y N° de muestras en las que se ha detectado Legionella**

Sector		Araba		Bizkaia		Gipuzkoa		CAPV	
		NM	NM+	NM	NM+	NM	NM+	NM	NM+
Sector industrial y administrativo	CRF	46	5	82	15	105	19	233	39
Hospitales y clínicas	CRF	0	0	4	0	8	1	12	1
	ACS	59	28	115	32	95	12	269	72
Hoteles, albergues, campings	ACS	0	0	54	7	64	5	118	12
Residencias	ACS	0	0	54	9	80	12	134	21
Balnearios	ACS	101	3	26	9	22	0	149	12
	Vasos	5	0	20	2	27	3	52	5
Polideportivos	ACS	0	0	135	39	82	11	217	50
	Vasos	4	0	0	0	0	0	4	0
Otros		0	0	11	3	163	6	174	9
<b>Total</b>		215	36	501	116	646	69	1362	221

FUENTE: Unidades de Sanidad Ambiental.

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 produjo 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) y en los últimos años se ha observado un apreciable descenso en el número de casos (tasa de 3,6 casos por cada 100.000 habitantes) (Figura 47).

Figura 47. Evolución del número de casos de legionelosis declarados desde 1997.



FUENTE: Unidades de Sanidad Ambiental.

Se ha elaborado un nuevo documento informativo sobre medidas preventivas para evitar la infección por *Legionella* en el hogar y otro dirigido a entidades que solicitan autorización de actividades que tengan elementos de riesgo en sus instalaciones, para la adecuación de las medidas preventivas (repartido entre los ayuntamientos).

Se ha trabajado también en la revisión de protocolos internos de funcionamiento (perfiles analíticos, estudio ambiental de casos,...). Por otra parte se ha participado en la revisión de la propuesta de modificación de la normativa estatal (RD 865/2003) sobre prevención y control de la legionelosis. Se ha realizado una acción formativa sobre muestreos y técnicas analíticas para el personal técnico del Departamento y técnicos de otros ámbitos relacionados (municipal, centros sanitarios, empresas del sector de mantenimiento, laboratorios,...).

## 5. PRODUCTOS QUÍMICOS

Se realizan tareas de vigilancia, inspección, control y sanción de las sustancias y preparados químicos según la legislación. 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 personas usuarias domésticas, 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 cancerígenos, mutágenos y tóxicos para la reproducción (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 estatal 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.

A través del **Sistema de Intercambio Rápido de Información sobre Productos Químicos (SIRIPQ)** 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 se comunican las incidencias que se generan en la CAPV. 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 26).

**Tabla 26. Actuaciones en proyectos vigilancia y control**

		ACTUACIONES				
		2009	2010	2011	2012	2013
<b>Registro ROESB<sup>1</sup></b>	Inscripciones/modificaciones/bajas	41	72	47	75	69
	Inspecciones	48	76	40	48	33
<b>Red de Alerta SIRIPQ<sup>2</sup></b>	Alertas tramitadas	21	25	27	37	32
	Alertas generadas	7	11	11	11	15
	Inmovilizaciones de productos	2	5	2	3	5
	Retiradas del mercado	0	1	1	3	3
	Expedientes sancionadores	0	0	1	1	0

<sup>1</sup>ROESB (Registro Oficial de Establecimientos y Servicios Biocidas)

<sup>2</sup>SIRIPQ (Sistema de Intercambio Rápido de Información de Productos Químicos)

La Dirección de Salud Pública y Adicciones ha participado en varios Proyectos Europeos durante 2013, organizados inicialmente por la Red **CLEEN** (Chemical Legislation European Enforcement Network - Red Europea de Ejecución de la

Legislación Química; <http://www.cleen-europe.ue/>) continuando en la implementación del **Reglamento REACH**<sup>17</sup> comprobando el (pre)registro de sustancias, y las obligaciones de los formuladores de mezclas en la cadena de comercialización y el cumplimiento de las obligaciones por parte de fabricantes, importadores y representantes exclusivos (Proyectos **REACH-EN-FORCE 1-2-3** respectivamente). También se han realizado algunas inspecciones dentro del Proyecto **EURODETER**, verificando 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. (Tabla 27)

**Tabla 27. Actuaciones en proyectos europeos de vigilancia y control**

<b>Proyectos</b>	<b>Empresas inspeccionadas</b>	<b>Productos comprobados</b>
REF-1	3	8
REF-2	16	72
REF-3	9	12
EURODETER	3	6

FUENTE: Unidades de Sanidad Ambiental.

<sup>17</sup> Reglamento (CE) nº 1907/06 relativo al registro, la evaluación, la autorización y la restricción de sustancias y preparados químicos (Reglamento REACH)

## 6. OTRAS ACTUACIONES

### 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 28 y 29).

Tabla 28. Informes relacionados con tramitaciones medioambientales

ACTUACIONES		2009	2010	2011	2012	2013
<b>Actividades clasificadas</b>	<b>En suelo residencial</b>					
	Informes	393	514	508	256	136
	<b>En suelo industrial y no urbano</b>					
	Informes	638	529	509	396	304
<b>Autorizaciones Ambientales Integradas</b>	Informes	29	12	8	3	3
<b>Evaluaciones de Impacto Ambiental</b>	Informes	120	159	138	100	46
<b>Ordenación del territorio</b>	Informes emitidos	1	4	12	22	6

FUENTE: Unidades de Sanidad Ambiental.

Tabla 29. Proyectos de actividades clasificadas tramitados en 2009-2013.

ACTIVIDADES CLASIFICADAS	PROYECTOS RECIBIDOS				
	2009	2010	2011	2012	2013
Agricultura y ganadería	33	44	54	30	34
Industrias extractivas	10	8	4	4	0
Industrias manufactureras	244	205	227	131	107
Suministro de energía, gas, vapor y aire acondicionado	4	4	1	6	8
Suministro de agua, actividades de saneamiento, gestión de residuos y descontaminación	21	20	24	10	20
Construcción	16	16	14	11	2
Comercio al por mayor y menor, reparación de vehículos de motor y motocicletas	174	143	225	155	89
Transporte y almacenamiento	37	95	33	31	16
Hostelería	263	280	220	126	91
Información y comunicaciones	21	21	8	3	1
Actividades financieras y de seguros	42	25	29	10	0
Actividades profesionales, científicas y técnicas	17	7	8	13	9
Actividades administrativas y servicios auxiliares	6	8	7	7	3
Educación	10	9	3	1	3
Actividades sanitarias y de servicios sociales	10	8	2	1	0
Actividades artísticas, recreativas y de entretenimiento	15	16	20	12	7
Otros servicios	10	35	36	22	16
<b>Total</b>	<b>933</b>	<b>944</b>	<b>915</b>	<b>573</b>	<b>406</b>

FUENTE: Unidades de Sanidad Ambiental.

En 2013 ha continuado la disminución de los proyectos de actividades tramitados con respecto al año anterior, motivada por la aplicación 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 30). 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 30. Planes de gestión de residuos sanitarios aprobados e inspecciones realizadas.

ACTUACIONES		2009	2010	2011	2012	2013
Residuos sanitarios	Inspecciones	153	127	170	178	69
	Planes de residuos aprobados	153	100	102	93	206

FUENTE: Unidades de Sanidad Ambiental.

## 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 31).

Tabla 31. Expedientes de sanidad mortuoria tramitados

ACTUACIONES		2009	2010	2011	2012	2013
Sanidad mortuoria	Informes emitidos	9	10	10	14	17
	Inspecciones	7	25	25	25	13
	Autorizaciones de cementerios	7	6	9	4	9
	Autorizaciones de crematorios	1	1	4	1	3
	Autorizaciones de tanatorios	2	4	4	7	4
	Expedientes sancionadores	0	0	0	1	0

FUENTE: Unidades de Sanidad Ambiental.

## 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. Durante 2013 no se han presentado nuevos planes. (Tabla 32)

Tabla 32. Planes de emergencia exterior informados

ACTUACIONES		2009	2010	2011	2012	2013
PEE	Planes informados	8	2	2	7	0

FUENTE: Unidades de Sanidad Ambiental.

# 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 programa de control del Departamento. 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.

### 1.1. Situación de los establecimientos

El censo de establecimientos tiene un ligero incremento, respecto a años anteriores (Tabla 33).

Figura 33: Datos de censo de establecimientos 2013.

Araba	2.871
Bizkaia	8.013
Gipuzkoa	6.499
<b>CAPV</b>	<b>17.383</b>

El mayor porcentaje de establecimientos corresponde a los de menor riesgo (A y B) y los grupos de mayor riesgo D y E alcanzan un porcentaje de 12% (Tablas 34 y 35).



Figura 34: % de establecimientos por riesgo 2013.

	2013
A	28
B	39
C	21
D	10
E	2

Figura 35: Número de visitas de control realizadas.

Frecuencias	5.701
Seguimiento de mejoras	2.822
HACCP	323
PGAH	1.441
<b>Total</b>	<b>10.287</b>

## 1.2. Auditorías de autocontrol (APPCC/HACCP)

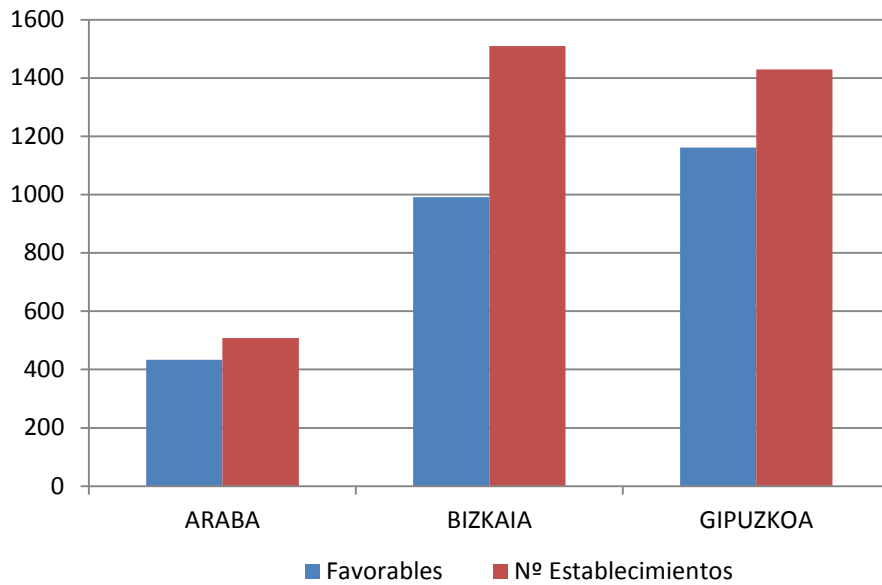
Con el fin de potenciar la contribución de la sociedad vasca a la salud pública, asumiendo el papel de agente y gestor de su responsabilidad, se ha continuado impulsando, como una herramienta eficaz para prevenir riesgos sanitarios derivados del consumo de alimentos, la implantación de un programa de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

## 1.3. Implantación del Plan Genérico de Autocontrol en HosteleríaC/HACCP)

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.

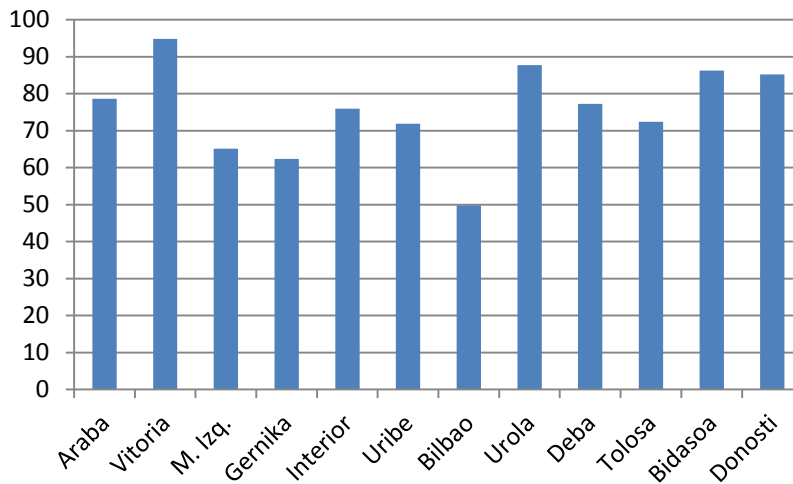
En 2013 se realizaron 1441 inspecciones al sector de hostelería, y se ha comprobado que el 75% de los establecimientos tienen correctamente implantado el Plan Genérico (Figura 48).

Figura 48: Inspecciones en el sector de hostelería con autocontrol.



La proporción de establecimientos de hostelería que cuentan con Plan Genérico es diferente según las diferentes comarcas de salud pública y ayuntamientos (Figura 49).

Figura 49: Porcentaje de establecimientos con PGAH por Comarcas/ Establecimientos con plan genérico.



**Programa especial de alimentación especial:**

Además de la revisión de las notificaciones que tienen obligación de realizar los operadores económicos cuando ponen los productos en el mercado, durante el 2013 se realizó un programa de control especial en todas las empresas con actividad en alimentos especiales y un muestreo aleatorio de productos recogidos en estas empresas (Tabla 36).

**Tabla 36: Controles realizados**

Notificaciones de productos	126
Inspecciones en establecimientos	54
Productos revisados por muestreo aleatorio	326

#### 1.4. Otras actividades de control

Fuera 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.
- Aletas: 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.

#### 1.5. Inspección 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 2013 ha habido una disminución en el sacrificio de animales de las grandes especies de abasto debido fundamentalmente al cierre de dos mataderos (Figura 50 y 51).

Figura 50. Evolución de nº de sacrificios en la CAPV (2008-2013)

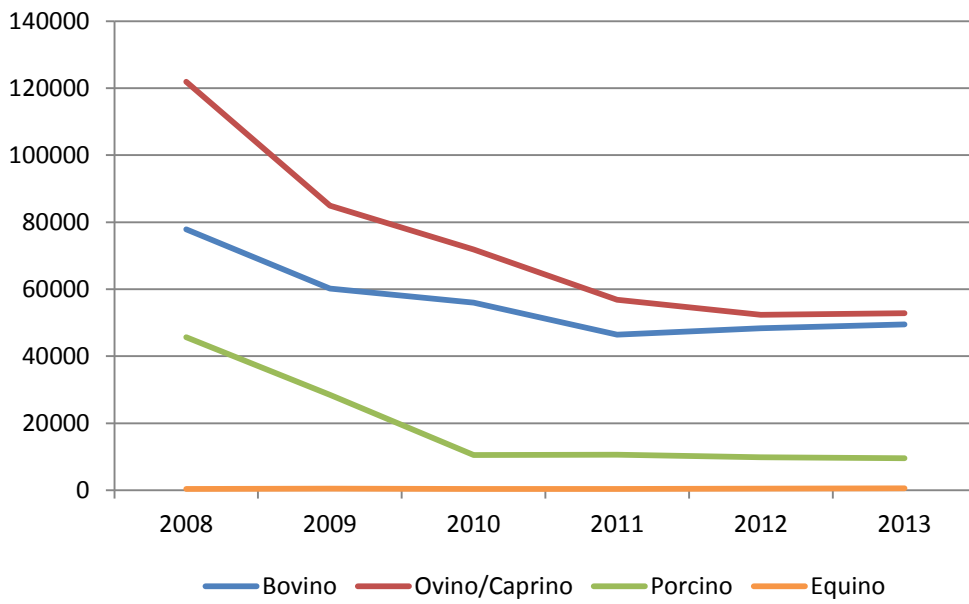
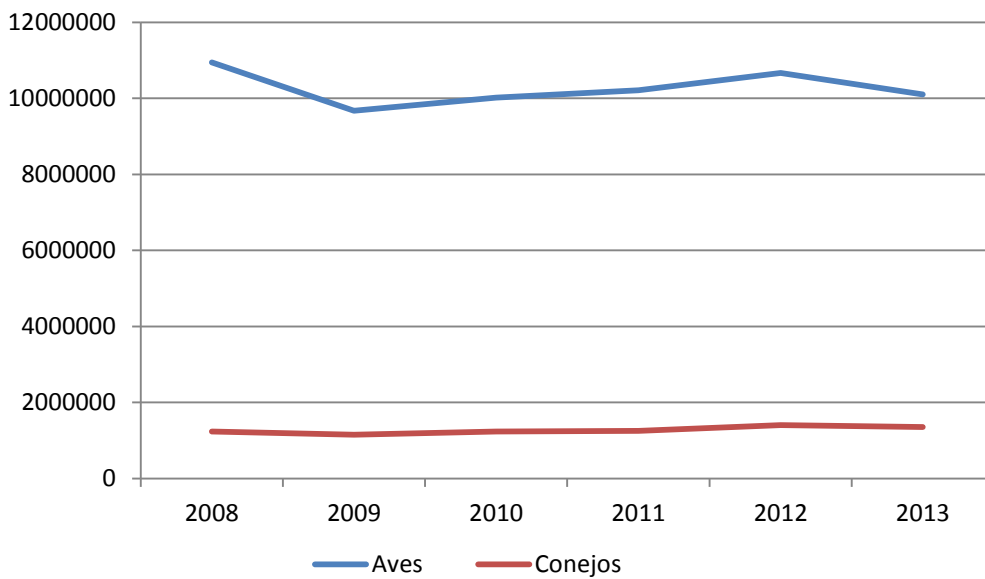


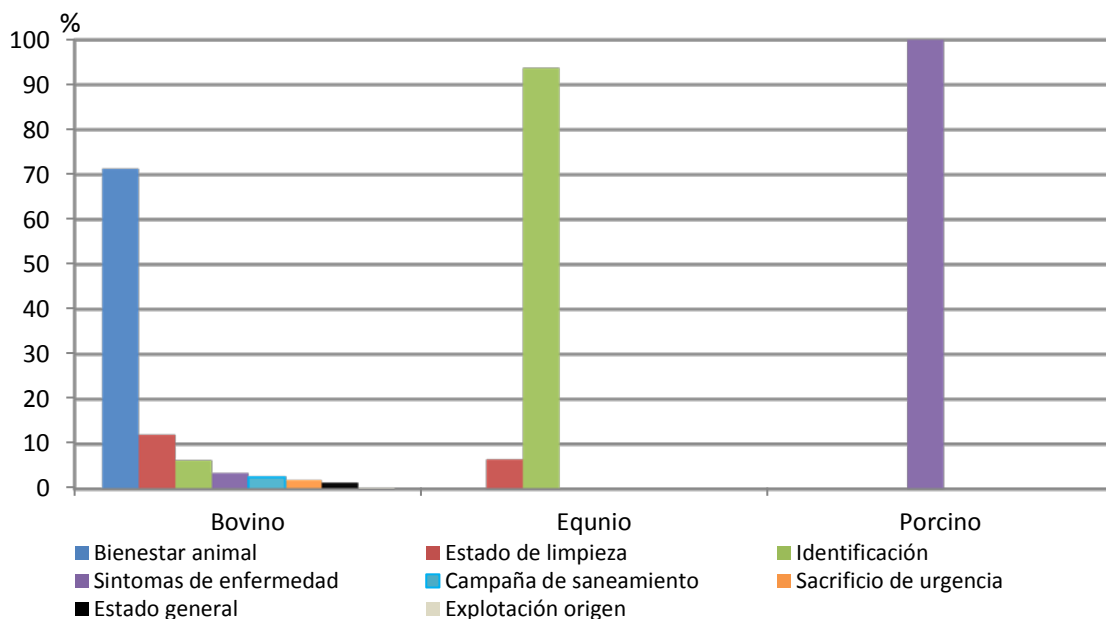
Gráfico 51. Evolución de nº de sacrificios de aves y conejos en la CAPV (2008-2013)



FUENTE: Unidades de control de alimentos.

Las incidencias que son constatadas con mayor frecuencia corresponden a datos de correspondientes al bienestar animal en vacuno, identificación animal en équidos y síntomas de enfermedad en la especie porcina (Figura 52).

Figura 52. Porcentajes de incidencias ante-mortem detectadas en los mataderos de la CAPV (2013).



FUENTE: Unidades de control de alimentos.

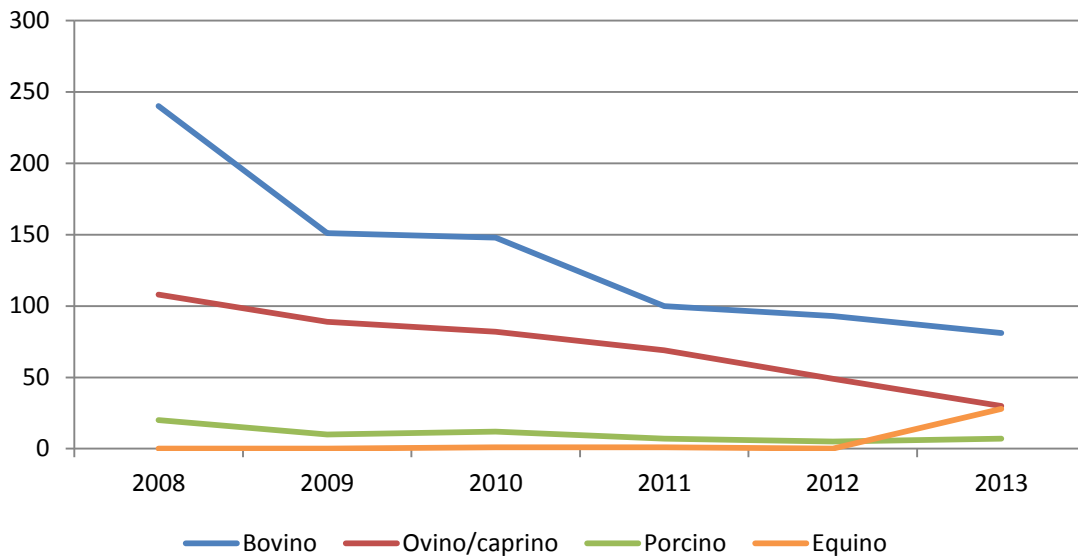
En cuanto a los decomisos totales realizados en los mataderos de la Comunidad Autónoma del País Vasco, su evolución ha ido pareja a la del sacrificio de animales en el mismo periodo (Tabla 37).

Tabla 37. Sacrificios y decomisos.

	Especie animal					
	Bovino	Ovino/capriño	Porcino	Aves	Conejos	Equino
Nº sacrificios	49.440	52.792	9.556	10.105.511	11.353.751	569
Nº decomisos totales	81	30	7	91.874	9.873	28

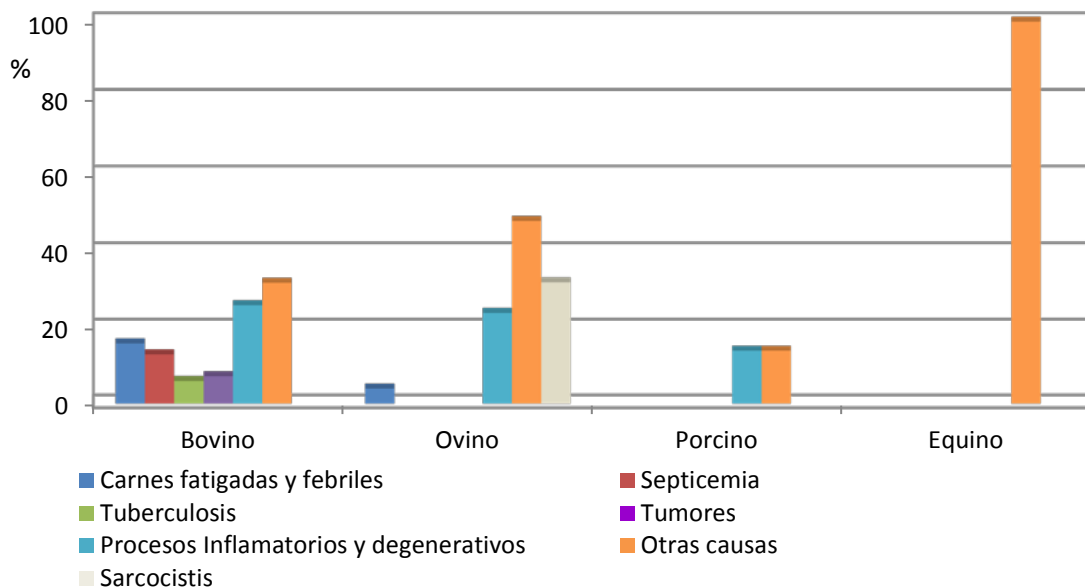
Las causas de decomiso correspondientes a la especie equina en el 100% de los casos fueron debidos a problemas de identificación animal, y las referentes a la especie porcina se debieron en todos los casos a síntomas de enfermedad de los animales. En ovino el mayor porcentaje de decomisos totales fue por sarcocistosis (Figura 53).

**Figura 53. Evolución decomisos totales en grandes especies**



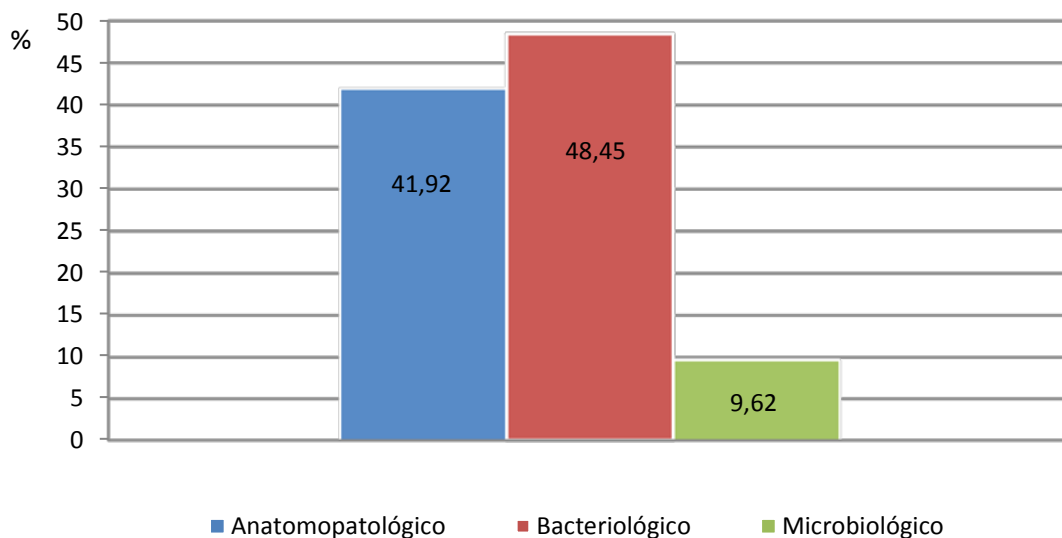
Respecto a los decomisos parciales las principales causas de decomiso por especies corresponden en vacuno a distomatosis hepática (22%), lesiones de bronconeumonía y pleuresía (17%) y procesos degenerativos (29%). En porcino corresponde a la parasitación por *Ascaris* (43%) y parasitosis hepática y pulmonar por diversos agentes en ovino (58%) (Figura 54).

**Figura 54. Causas de decomiso detectadas en los mataderos de grandes animales de la CAPV (2013).**



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 de las canales procedentes de dichos animales. Así mismo, todos los porcinos y equinos sacrificados son analizados para la detección de *Trichinella* (Figura 55).

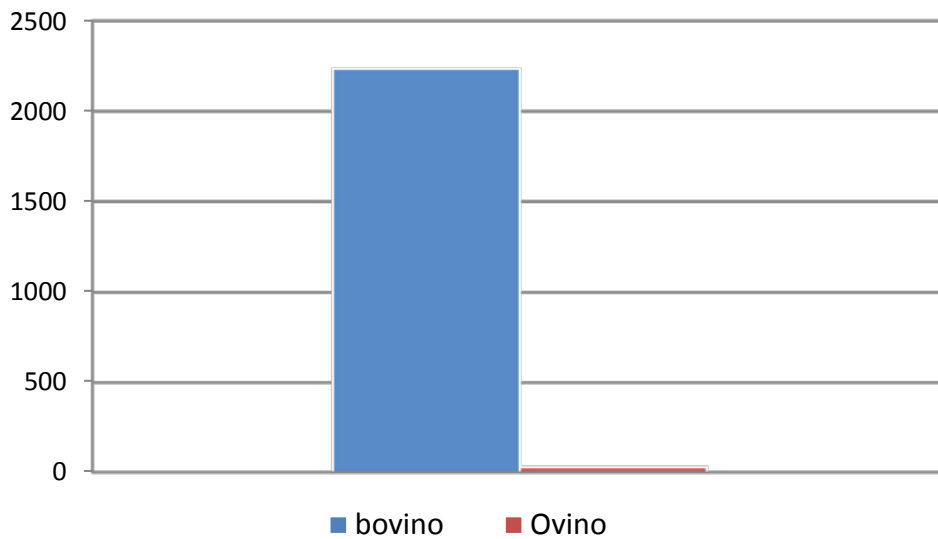
Figura 55. Porcentaje de muestras recogidas en los mataderos de la CAPV (2013).



En cuanto a las Encefalopatías Espongiformes Transmisibles, estas son enfermedades neurodegenerativas que se pueden transmitir de los animales a las personas. 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 año 2013 ha habido un cambio normativo importante que limita la toma de muestras en la especie bovina a los animales con destino a consumo humano sacrificados de urgencia mayores de 48 meses. 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 56).

Figura 56. 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.

La entrada en vigor del Reglamento (CE) 1099/2009 relativo a la protección de los animales en el momento de la matanza, en vigor a partir del 1 de enero de 2013, incorporaba como novedad la formación y certificado de competencia en bienestar animal del personal del matadero que realice el sacrificio y operaciones conexas. Durante el pasado 2013 se ha elaborado una Instrucción con la finalidad establecer las normas para la delegación de cursos de formación destinados a la obtención del mencionado certificado en la CAPV. El citado Reglamento, exige, así mismo, que los mataderos incorporen en sus prácticas habituales Procedimientos Normalizados de Trabajo en materia de bienestar animal en el sacrificio. Por parte de esta Administración se ha realizado la evaluación de los mencionados procedimientos presentados por la mayoría de los mataderos situados en la comunidad.

En 2013 se continúa con el estudio de prevalencia de E coli O 157:H7 en el ganado vacuno menor sacrificado en la CAPV. Teniendo en cuenta la información bibliográfica aportada por las agencias EFSA y AESAN en los respectivos informes de los comités científicos y con la finalidad de completar la información epidemiológica recogida durante los años 2008 y 2009, se plantea la necesidad de continuar el estudio iniciado en los mataderos de Gipúzkoa haciéndolo extensivo a todos los mataderos de vacuno de la CAPV para contrastar los resultados teniendo un número suficientemente representativo de muestras.



## 2. 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) También se realiza vigilancia de resistencias antimicrobinas de las cepas aisladas de *Eschechia coli* y *Salmonella* spp.

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 cautelar, decomiso,.. ), para la minimización del riesgo. Cuando los incumplimientos correspondieron a productos elaborados o manipulados fuera de la Comunidad Autónoma, además se puso en conocimiento de las Autoridades Sanitarias de origen.

### 2.1. 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.

En 2013 los sectores investigados fueron: comidas preparadas: grupo III de hostelería; obradores de pastelería, leche y productos lácteos: elaboración de queso curado y máquinas expendedoras de leche; carne y productos cárnicos: carnicerías salchicherías y carnicerías charcuterías; elaboración de productos de la pesca: ahumados, seco-salazonados, conservas y depuradoras de moluscos; elaboración de ovoproductos y semillas germinadas. Los parámetros analizados fueron de seguridad del producto (patógenos) e indicadores de higiene.

Los parámetros de seguridad detectados fueron *Salmonella* spp (4 detecciones en 363 muestras) y *Listeria monocytogenes* (3 aislamientos en 63 muestras), enterotoxina estafilocócica (1 detección en 14 muestras) y *Eschechia coli* O157:H7 (1 detección en 106 muestras). El número total de muestras tomadas fue diferente en cada establecimiento ya que esta en relación a la variedad de productos elaborados (Tabla 38).

Tabla 38. Vigilancia microbiológica establecimientos, muestras por sector y resultados 2013.

Establecimientos		Muestras		
Sector	Nº	Total	No aceptables	% aceptables
Elaboración de comidas preparadas	9	23	1	97
Obradores de pastelería	11	20	7	65
Leche y productos lácteos	46	46	2	96
Carne y productos cárnicos	146	280	95	66
Pesca y derivados	25	40	7	83
Elaboradores de productos vegetales	1	4	0	100
Ovoproducos	1	3	0	100
<b>Total</b>	<b>239</b>	<b>416</b>	<b>112</b>	<b>73</b>

- **Comidas preparadas**

Un solo incumplimiento por recuento de enterobacterias a 37°C superiores a los límites fijados, en ninguna muestra se detectó presencia de *Salmonella* spp ni *Listeria monocytogenes*.

- **Obradores de pastelería**

Los resultados no aceptables, en 7 de las 20 muestras, correspondieron a parámetros de higiene, enterobacterias a 37°C. Sin aislamientos de *Salmonella* spp ni *Listeria monocytogenes*.

- **Leche y productos lácteos**

Fueron analizadas 46 muestras, 14 de queso curado elaborado con leche cruda y 32 de leche pasteurizada en máquinas expendedoras. Con dos muestras no aceptables una de queso con detección de enterotoxina estafilocócica y otra de leche por recuentos elevados de enterotoxina estafilocócica. En ninguna de las 46 muestras se aisló *Listeria monocytogenes*

- **Carne y productos cárnicos**

El total de 280 muestras corresponden 161 a preparados de carne, 60 a preparados de carne de ave, 45 a platos preparados cárnicos cocidos, 10 de productos cárnicos cocidos, 4 productos cárnicos curados. En carnicerías salchicherías fueron tomadas 267 muestras y las 13 restantes en carnicerías charcuterías.

Las 95 muestras no conformes correspondieron 32 a preparados cárnicos. 34 a preparados cárnicos de ave, 24 a platos preparados cárnicos cocidos, 4 a productos cárnicos cocidos y 1 a productos cárnicos curados. Estas muestras fueron tomadas 90 en carnicerías salchicherías y 5 en carnicerías charcuterías.

Las determinaciones que dieron lugar a muestras no conformes fueron: *Campylobacter* spp (36 muestras, 61%), *Staphylococcus aureus* resistente a la metilicina (27 muestras, 17%), *Yersinia enterocolitica* (6 muestras 10%),

*Salmonella* spp (4 muestras, 1%), y *Escherichia coli* O157: H7 (1 muestras, < 1%). En cuanto a indicadores 23 muestras superaron el límite establecido, 22 por enterobacterias a 37°C (50%) y 1 por *E. coli* β glucuronidasa + (<0,1%). En ninguna de las 59 muestras en las que se investigó se identificó *Listeria monocytogenes*. Todos los resultados de las muestras de conservas, productos seco-salazonados y salazones fueron correctas.

- **Productos de la pesca y sus derivados**

Las 40 muestras analizadas corresponden a 10 muestras de moluscos bivalvos, 10 de pescados ahumados, 9 de pescado seco-salazonado y 7 de conservas.

Los ahumados es el alimento que ha presentado mayor número de incumplimientos con 3 aislamientos de *Listeria monocytogenes* (30%). Seguido de norovirus genotipo I y II 2 detecciones (14%) en moluscos bivalvos y 2 aislamiento de *E. coli* β glucuronidasa +, NMP en moluscos bivalvos.

- **Productos vegetales**

Se han investigado 4 muestras germinados listos para el consumo, con resultados correctos frente a *E. coli* patógenos expresados como genes codificadores de shigatoxinas 1 y 2, *Salmonella* spp y *Listeria monocytogene*).

- **Ovoproductos**

En las 3 muestras investigadas los resultados fueron correctos frente a enterobacterias a 37°C, *Salmonella* spp y *Listeria monocytogenes*.

## 2.2. 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.

En todos los casos en los que fueron detectados incumplimientos fueron notificadas las Autoridades Sanitarias en razón de la procedencia del alimento (Tabla 39).

Tabla 39. Alimentos investigados y número de muestras

Alimento	Nº total de muestras	Nºde muestras incorrectas	% aceptables
Platos preparados cárnicos cocidos	162	70	57
Moluscos y crustáceos envasados	120	4	97
Productos de la pesca ahumados	58	1	2
Filetes de pescado	28	-	100
Hierbas aromáticas y especias	120	8	93
<b>Total</b>	<b>488</b>	<b>83</b>	<b>83</b>

- **Platos preparados cárnicos cocidos**

Presentaron el mayor porcentaje de muestras no conformes con recuentos altos de enterobacterias a 37°C y en 2 muestras *Listeria monocytogenes* con

recuentos superiores a 100 ufc/g, No fue detectada *Salmonella* spp en ninguna de las muestras.

- **Moluscos y crustáceos envasados**

Las muestras correspondieron a dos grupos de productos presentados envasados cocidos refrigerados (54 muestras) y crudos congelados (66 muestras). Todos los incumplimientos correspondieron a productos crudos congelados y fueron por presencia de Norovirus (genogrupo I y II) determinado por PCR en 2 muestras, *Vibrio cholerae* no toxigénico, no-O1 no-O139, en 1 muestra y recuento elevado de *E.coli*  $\beta$ -glucuronidasa + (>40 ufc/g) en otra. No fue detectada la presencia de *L. monocytogenes*, *Salmonella* spp ni *Vibrio parahaemolyticus*.

- **Productos de la pesca ahumados**

En las 58 muestras se investigó la presencia de *Salmonella* spp y *Listeria monocytogenes*, detectándose la presencia de esta última en 1 muestra.

- **Filetes de pescado**

En los mercados centrales se tomaron 28 muestras de pescado fileteado en ninguna de las muestras fuero detectada la presencia de *Vibrio cholerae*, *Vibrio parahaemolyticus*, *Salmonella* spp ni *L. monocytogenes*.

- **Hierbas aromáticas y especias**

En 8 de las 120 muestras se detectaron recuentos de *Bacillus cereus* superiores a  $10^3$  ufc/g, en ninguna de las muestras se detectó la presencia de *Salmonella* spp.

### 2.3. Plan de vigilancia de resistencias antimicrobianas

Durante 2013 fueron investigadas 100 cepas de *E coli* y 27 de *Salmonella* spp Fueron testadas frente a  $\beta$  lactamicos (ampicilina, ceftazidima y cefotaxima), aminocluósidos (gentamicina, kanamicina y estreptomycin), quinolinas (ciprofloxacino y ácido nalidíxico), tetraciclina, quimioterapicos (sulfametoxazol y trimetoprim), anfenicoles (cloranfenicol y florfenicol) y, polimixina (colisitna)

De las 100 cepas de *E. coli* 46 han resultado sensibles a todos los antimicrobianos testados, resistentes a un antimicrobiano 10, a dos antimicrobianos 8 cepas, 7 a tres antimicrobianos, y 27 a más de 4.

De las 27 cepas de *Salmonella* spp, 5 han sido sensibles a todos los antimicrobianos, 1 resistente a uno, 5 resistentes a dos antimicrobianos, 13 cepas a tres antimicrobianos, 1 cepa a cuatro y 2 cepas a cinco ó más antimicrobianos.

### 3. SEGURIDAD QUÍMICA

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.

Las Administraciones tienen la obligación legal de vigilar la presencia en los alimentos de muchas de estas sustancias ajenas a su composición natural, con el objetivo de que no estén presentes en el mercado alimentos con contenidos superiores a los permitidos legalmente y garantizar así el mismo nivel de seguridad en todo el mercado único que conforma la Unión Europea. Con este fin se llevan a cabo controles selectivos de determinados compuestos en diferentes alimentos. En ocasiones estos controles se realizan también para valorar la idoneidad de nuevos límites de contaminantes que aún no han sido aprobados, como es el caso del arsénico en arroz y derivados.

Pero desde el punto de vista de la salud, es fundamental además estimar la exposición global a estas sustancias a través del conjunto de la dieta para poder compararlas con los valores de seguridad establecidos y evaluar los riesgos derivados de su presencia en los alimentos. En la CAPV la estimación de las ingestas de sustancias potencialmente peligrosas vehiculadas con los alimentos en adultos se ha venido realizando a través de un Estudio de Dieta Total (EDT) que se inició en 1990 y se ha realizado de manera ininterrumpida hasta 2012 con los mismos datos de consumo de alimentos.

Es evidente que los patrones de consumo de alimentos se modifican con el tiempo, reflejando cambios en la disponibilidad de alimentos, en la situación económica y sobre todo en los hábitos laborales y estilos de vida de una población. La necesidad

de actualización de los datos de consumo de alimentos después de más de veinte años ha conducido a una reestructuración en el EDT que, a falta de datos precisos actual sobre los consumos en adultos, ha utilizado el consumo de alimentos de adolescentes (entre 15 y 18 años) de la CAPV. Estos datos proceden de la última encuesta alimentaria realizada en esta Comunidad que se realizó a niños/as y adolescentes con edades comprendidas entre los 4 y los 18 años entre marzo de 2004 y febrero de 2005. A partir de los datos iniciales ha sido preciso realizar una recodificación y un estudio estadístico detallado para configurar la nueva estructura de grupos y cantidades de cada alimento que constituye la estructura del EDT de adolescentes de la CAPV que se ha iniciado en 2013. Durante ese año sólo se ha llevado a cabo la preparación de 3 dietas, cuyos resultados se evaluarán junto con los 12 de 2014.

### Controles selectivos

En 2013 se han llevado a cabo controles selectivos de (Tabla 40):

- **Aditivos alimentarios:** sulfitos en distintos productos cárnicos (carne picada, salchicha, hamburguesa), crustáceos (gambas, langostinos), frutas desecadas (albaricoque, melocotón) y vinos (blanco, tinto).
- **Residuos de productos empleados en la producción:** nitrato en vegetales (lechuga, espinaca, rúcula, acelga).
- **Metales:** mercurio y metil-mercurio en distintas especies de pescados de los que más acumulan (pez espada, atún, bonito, cazón, caella y marrajo), y en conservas de atún, bonito y anchoa.
- **Micotoxinas:** aflatoxinas B1, B2, G1 y G2, ocratoxina A y zearalenona en panes y galletas, cratoxina A en vinos.
- **Compuestos originados en el procesado de alimentos:** acrilamida en patatas fritas y galletas.
- **Histamina** en conservas y semiconservas de pescado (túnicos y anchoas).
- **Alergenos:** presencia de gluten en alimentos a base de cereales destinados a celíacos.

Tabla 40.- Controles selectivos llevados a cabo en 2013

		Número de muestras analizadas	Número de muestras con contenidos superiores al límite establecido	
ADITIVOS ALIMENTARIOS	Sulfitos en cárnicos	118	15	
	Sulfitos en vino	29	0	
	Sulfitos en crustáceos	38	5	
	Sulfitos en frutas desecadas	30	5	
RESIDUOS DE PRODUCCIÓN	Nitrato en vegetales	44	0	
METALES	Mercurio y metil-mercurio en pescados	Túnidos	22	2
		bonito	12	2
		atún	10	0
		Tiburones	16	11
		Cazón	2	2
		Marrajo	6	6
		Caella	8	3
	Pez espada	14	11	
	Salmonete	3	0	
	Raya	1	0	
Mercurio y metil-mercurio en conservas	Conservas de anchoa	10	0	
	Conservas de atún	18	0	
MICOTOXINAS	Aflatoxinas B1, B2, G1 y G2, ocratoxina A y zearalenona	Pan del día Pan tostado Galletas	20	0 (a)
	Ocratoxina A	Vino	27	0
PRODUCTOS DEL PROCESADO	Acrilamida (b)	Patatas fritas	30	1
		galletas	15	1
HISTAMINA		Conservas y semiconservas de pescado	19	0
ALERGENOS	Gluten	Cereales destinados a celíacos	5	1 (c)

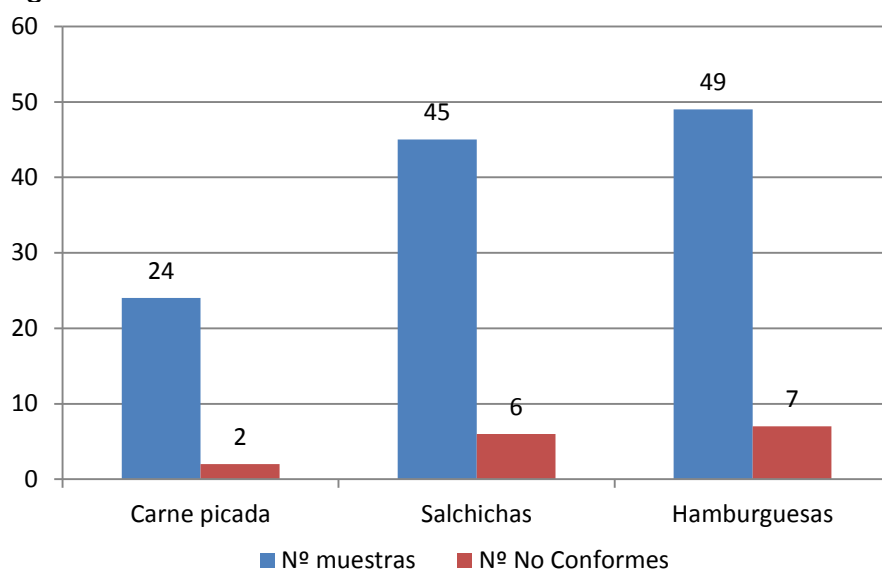
(a) Sólo en dos ocasiones se detectaron contenidos superiores al límite de cuantificación de las técnicas analíticas, ambos de ocratoxina A y muy inferiores a los límites permitidos

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

(c) Límite para el contenido de gluten en los alimentos destinados a celíacos: 20.0 mg/kg (Reglamento 41/2009 sobre la composición y etiquetado de productos alimenticios apropiados para personas con intolerancia al gluten)

Entre los resultados de estos controles cabe destacar que los sulfitos que se utilizan como aditivos conservadores en distintos alimentos se han encontrado por encima de los niveles permitidos en crustáceos, en frutas desecadas y en derivados cárnicos en porcentajes que oscilan entre el 13 y el 17%. En carnes picadas este porcentaje es únicamente del 8% pero hay que recordar que la utilización de aditivos está prohibida en ellas. La utilización de sulfitos en crustáceos y derivados cárnicos se ha realizado en los últimos años sin variaciones significativas en los porcentajes de incumplimientos (Figura 57).

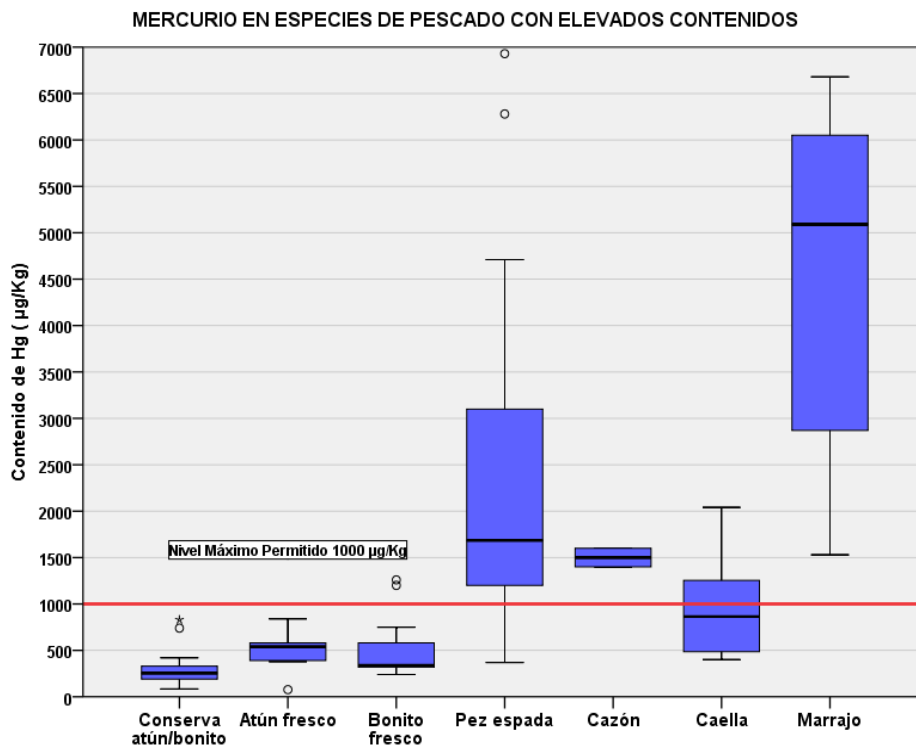
**Figura 57.- Análisis de sulfito en derivados cárnicos**



El hallazgo más relevante se refiere sin embargo a los contenidos de mercurio en especies de pescado en los que ya en años anteriores se había detectado su presencia a niveles superiores a los permitidos por la legislación. Para estas especies que acumulan más mercurio al estar al final de las redes tróficas, se permiten concentraciones de hasta 1000 µg/kg. Se han detectado incumplimientos en dos muestras de bonito de las 12 analizadas pero los contenidos de mercurio realmente elevados se circunscriben a otras especies como caella y sobre todo pez espada, cazón y marrajo (Figura 58). El consumo de estas especies, especialmente por parte de embarazadas y niños, puede resultar en superaciones muy acusadas de las ingestas de metil-mercurio consideradas seguras con el consiguiente riesgo para la salud. Pero además se trata de un incumplimiento generalizado de los niveles máximos permitidos por la legislación europea (Reglamento 1881/2006) sobre el que es preciso actuar.



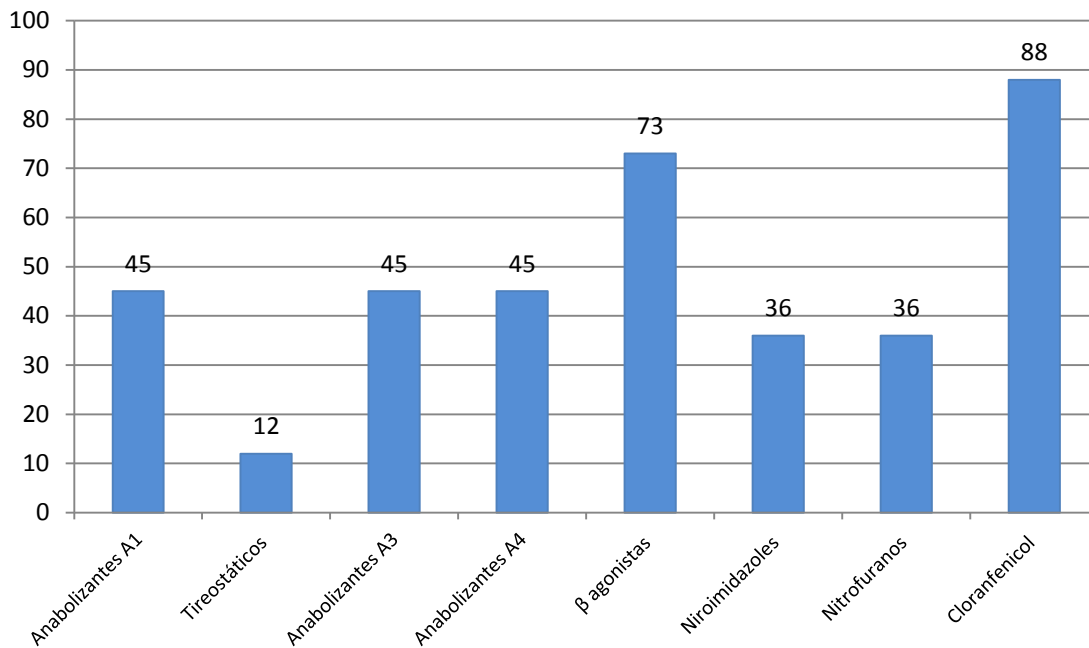
Figura 58.- Contenido de mercurio en pescado



### Residuos en alimentos de origen animal

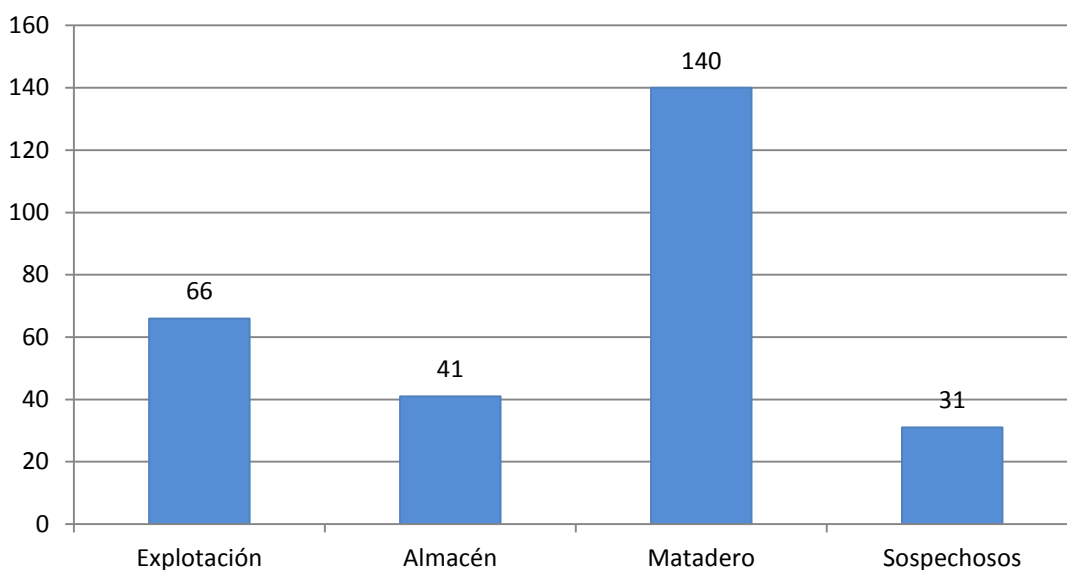
En el año 2001 se puso en marcha, junto con la Dirección de Farmacia, el Departamento de Agricultura y los Servicios de Ganadería de las Diputaciones Forales un plan de control de estas sustancias que ha ido actualizándose a lo largo de los años. En este grupo de sustancias se encuentran incluidos tanto los residuos de medicamentos y plaguicidas, como los contaminantes medioambientales. El plan se diseña con la finalidad 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 al objeto de valorar la exposición general de los consumidores a estos residuos y tiene como objetivo reducir la presencia de dichos residuos de en los productos de origen animal (Figura 59). Durante el año 2013 no se ha detectado ningún positivo al uso de estas sustancias.

**Figura 59.- N° de muestras en Sustancias prohibidas 2013 / Muestreo de sustancias prohibidas.**



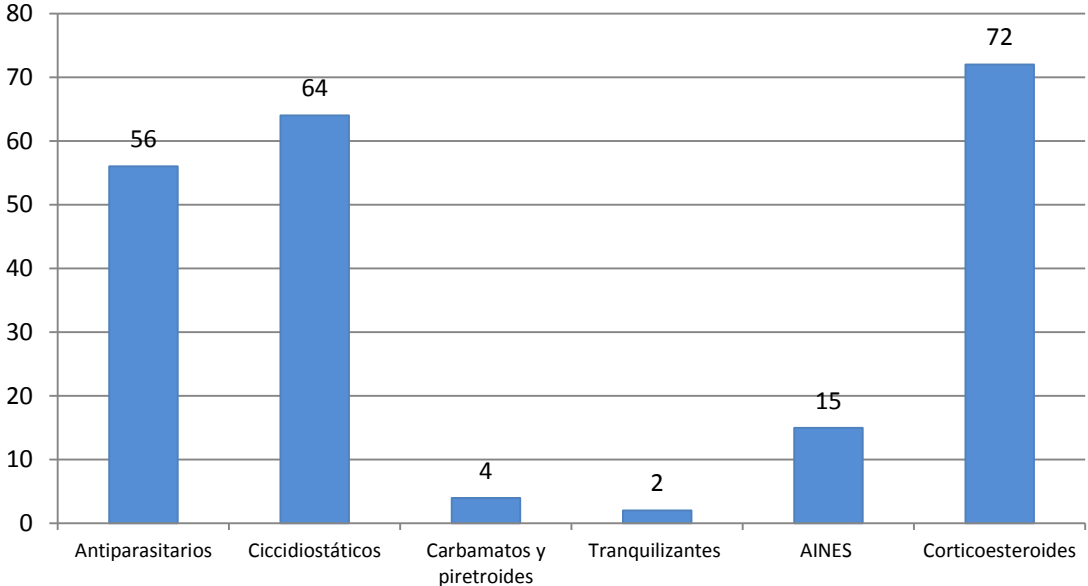
Dentro de las sustancias medicamentosas, es en el grupo de las antimicrobianas donde tradicionalmente se han encontrado el mayor número de incidencias; debido a esta situación, es el grupo que más muestreado. Sin embargo, este último año, como en los precedentes, no ha habido ninguna disconformidad en nuestro territorio (Figura 60).

**Figura 60.- N° de muestras en Sustancias Antimicrobianas. 2013**



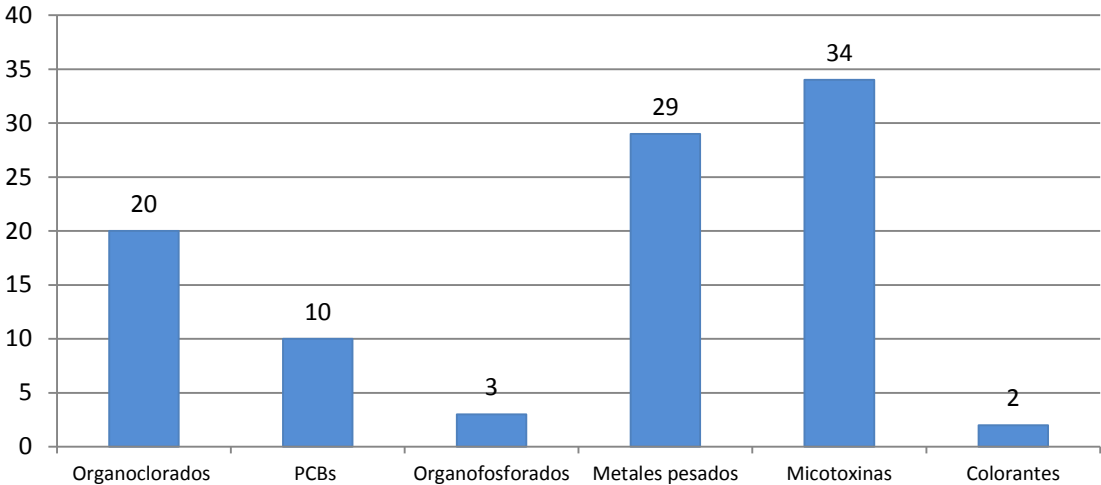
En los últimos años, todas las incidencias venían encontrándose en el grupo de los corticoesteroides, más concretamente en toros de lidia. No obstante, este último año tampoco ha sido detectado ningún positivo dentro del grupo correspondiente a otras sustancias medicamentosas (Figura 61).

**Figura 61.- N° de muestras en otras sustancias medicamentosas. 2013**



Por lo que respecta al grupo de contaminantes ambientales, las no conformidades detectadas venían perteneciendo al grupo de metales pesados en vísceras de ganado mayor. Este año, también fue detectada una muestra no conforme a metales pesados (Figura 62).

**Figura 62.- N° de muestras de contaminantes ambientales. 2013**



En conclusión se ha cumplido el objetivo del programa dándose una baja incidencia de las muestras no conformes. Se ha seguido colaborando con otras administraciones públicas en la investigación de no conformidades detectadas fuera de nuestra comunidad.

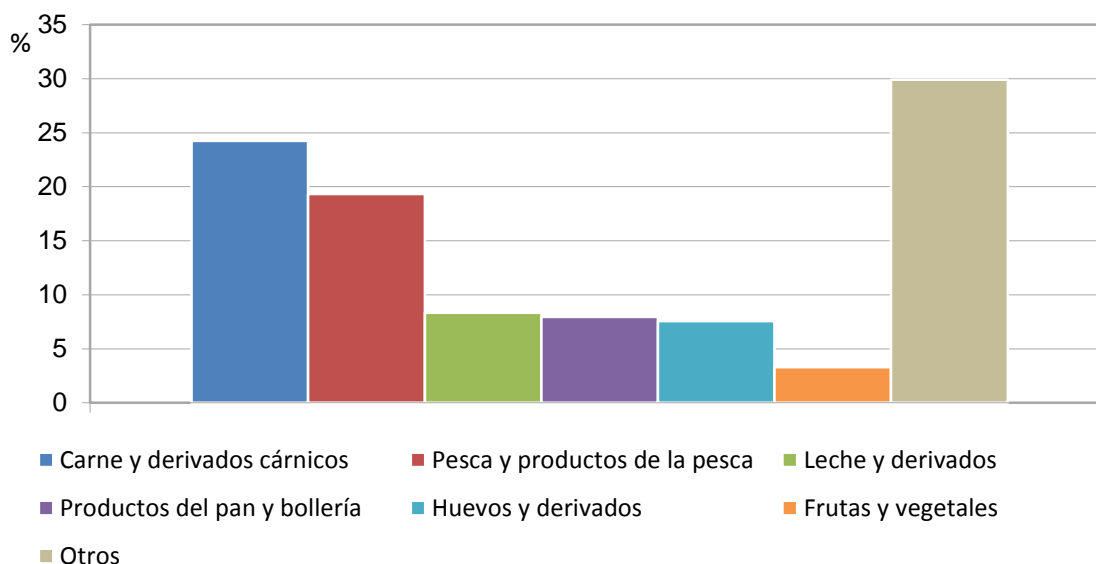
## 4. OTRAS ACTIVIDADES

### Denuncias y Reclamaciones

Durante el año 2013 se han gestionado y tramitado un total de 264 denuncias y reclamaciones, presentadas por particulares u otros organismos y entidades, tanto de ésta como de otras Comunidades Autónomas, en las que han estado implicados tanto alimentos como establecimientos.

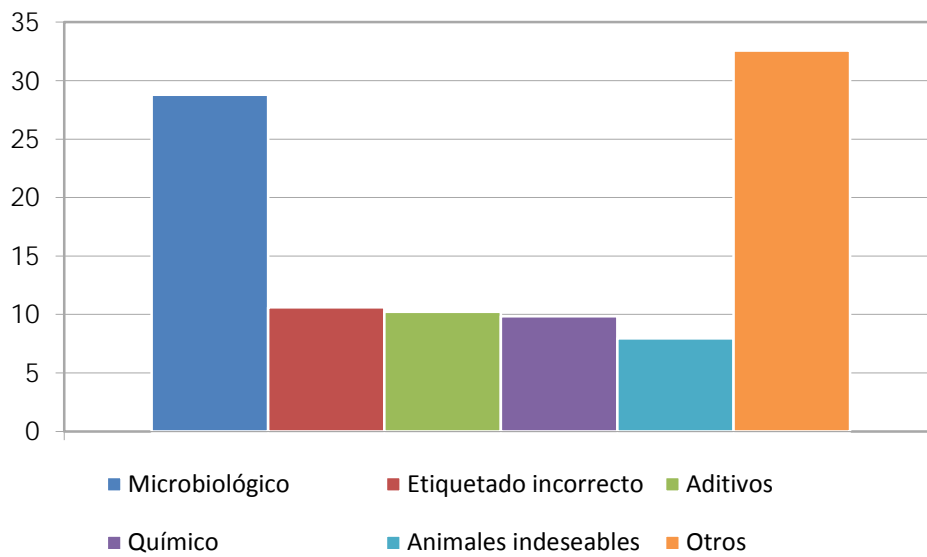
Los alimentos de origen animal fueron los implicados en mayor número de ocasiones (Figura 63). El grupo otros engloba aceites, bebidas, materiales en contacto con los alimentos, complementos alimenticios, deficiencias en el etiquetado de alimentos y deficiencias en la manipulación entre otros.

Figura 63. Porcentaje de denuncias por tipo de alimento (2013).



Con respecto al tipo de peligro, los riesgos microbiológicos han sido los más detectados, y dentro de los peligros de origen químico destaca el aumento en la detección de mercurio en pescado (Figura 64).

Figura 64. Porcentaje de denuncias por tipo de peligro (2013).



Difusión de resultados. Jornada transferencia resultados Plan Investigación Seguridad Alimentaria Euskadi. Vitoria-Gasteiz. 22 de noviembre de 2013

- "Enterobacterias y bacterias patógenas en semiconservas". Resultados preliminares
- "Prioridades en la investigación de virus de transmisión alimentaria"

Formación. Jornada *Listeria monocytogenes* y *Legionella pneumophila*. Dos patógenos de interés: biofilms y persistencia.

## 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 (Diputaciones Forales, Ayuntamientos, Fundaciones), otras Comunidades Autónomas y a Proyectos de Investigación.

Tiene cinco áreas analíticas principales: Microbiología, Química Ambiental, Clínica analítica, Toxicología y Química de alimentos. Cuenta con tres sedes ubicadas en Vitoria-Gasteiz, Donostia-San Sebastián 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 alcohol, drogas y estupefacientes.

La cartera de servicios del Laboratorio de Salud Pública, está estructurada por procedimientos analíticos (incluyendo matrices y analitos), 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 de 569 determinaciones, de las cuales 342 están acreditadas.

El LSP está acreditado por ENAC. Inicialmente, por requerimientos legales tanto a nivel de la Unión Europea como estatal y autonómica, se solicitó la acreditación para la actividad analítica ligada al control oficial de alimentos y aguas para el consumo humano. 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: 2012 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 41.

Tabla 41: Alcance de acreditación por ENAC.

Sede	Nº de expediente	Norma de acreditación UNE-EN ISO	Áreas Analíticas
Araba	134/LE331	17025	Análisis físico-químicos de productos agroalimentarios y aguas. Análisis microbiológicos de productos agroalimentarios y aguas.
Bizkaia	132/LE326	17025	Análisis físico-químicos de productos agroalimentarios y aguas. Análisis microbiológicos de productos agroalimentarios y aguas.
	132/LE469	17025	Etanol en sangre Drogas de abuso orina
	132/LE1136	17025	Química Ambiental Aire: polen e inmisiones atmosféricas
	132/LE1108	15189	Análisis Clínicos: cribado neonatal, bioquímica y otros análisis clínicos
Gipuzkoa	137/LE328	17025	Análisis físico-químicos de productos agroalimentarios y aguas. Análisis microbiológicos de productos agroalimentarios y aguas.
	137/LE1823	17025	Etanol en sangre: ALC

Además de las analíticas acreditadas por ENAC, el laboratorio dispone en sus tres sedes de otras analíticas no acreditadas en las áreas citadas

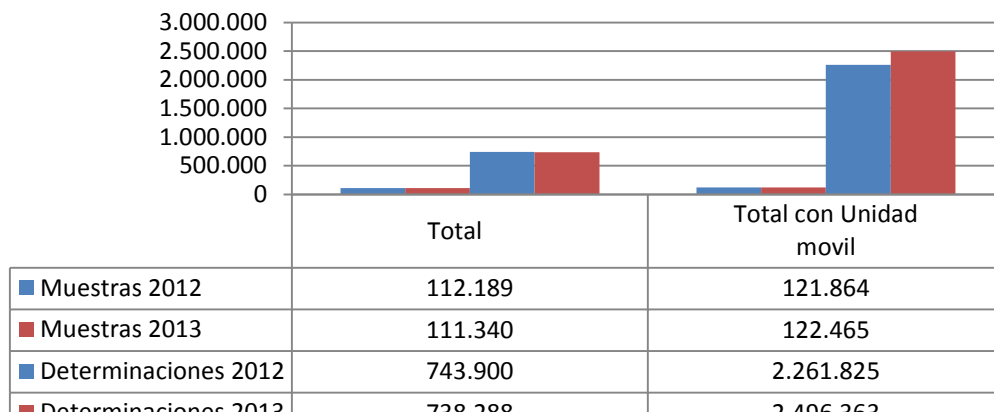
El LSP va ampliando su alcance de acreditación de acuerdo con las solicitudes y las necesidades de la Dirección de Salud Pública y Adicciones. Durante 2013 se han validado 26 nuevos ensayos, gran parte de los cuales está previsto que se acrediten a lo largo de 2014.

# 1. EVOLUCIÓN GENERAL DE LA ACTIVIDAD

Durante el año 2013, en el LSP se han analizado 122.465 muestras de toda la CAPV, realizándose 2.496.363 determinaciones (Figura 65).

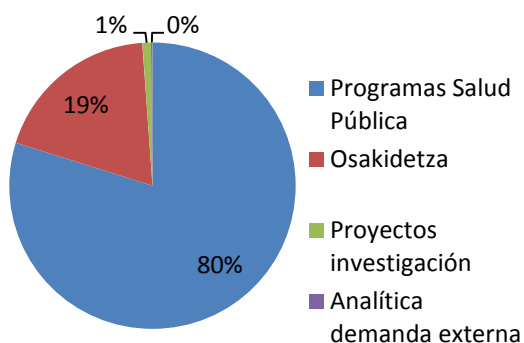
Dado que la actividad de las unidades móviles que dan soporte a los programas conjuntos con el Departamento de Medio Ambiente suponen una gran cantidad de muestras (11.125) y sobre todo de determinaciones (1.758.075), para no distorsionar las cifras, éstas se tratarán por separado. Así pues, sin tener en cuenta a las unidades móviles se han analizado 111.340 muestras con un total de 738.288 determinaciones, lo que supone un ligero descenso del 0,8 % respecto a los datos del 2012.

**Figura 65: Actividad analítica general del LSP 2012-2013: Muestras y Determinaciones**

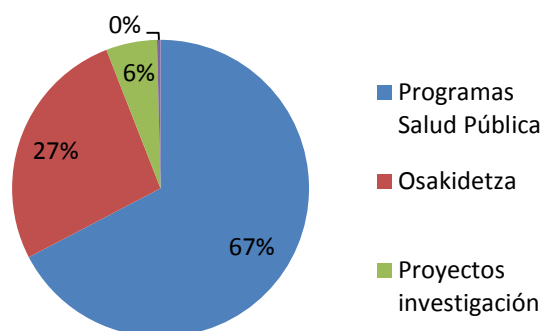


La actividad analítica en función del solicitante o la actividad se reflejan en las Figuras 66 y 67.

**Figura 66. Determinaciones realizadas en el LSP, por solicitante/actividad**



**Figura 67. Muestras analizadas en el LSP, por solicitante/actividad.**



Con relación a las muestras analizadas, la actividad del laboratorio recae principalmente en las muestras correspondientes a Programas de Salud Pública y a la Red Asistencial de Osakidetza. El 5,5 % de muestras proceden de las Proyectos de Investigación y el 0,4 % corresponden a actividades de demanda de entidades externas.



## 2. PROGRAMAS DE SALUD PÚBLICA

### 2.1 . Salud Ambiental

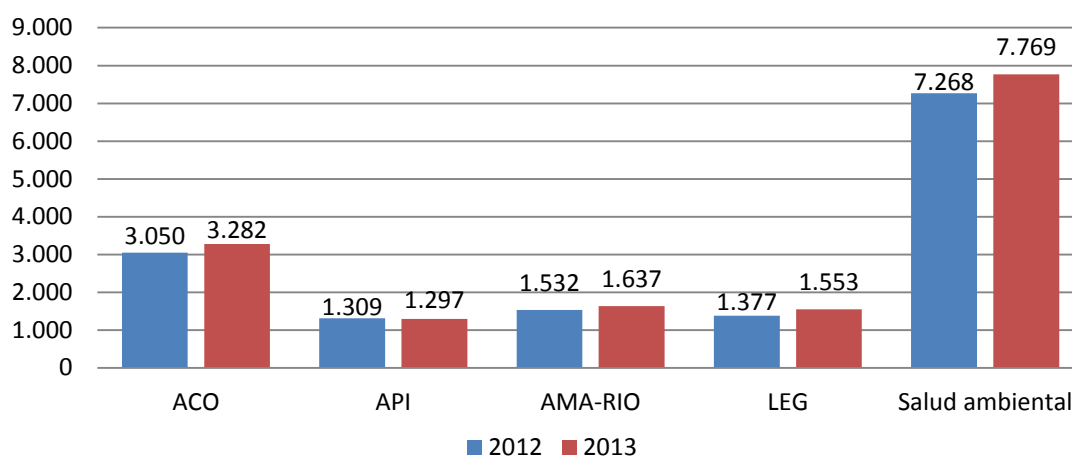
En el Programa de Aguas de Consumo (ACO) se realizan los análisis de muestras de agua de redes de distribución y captaciones correspondientes a la Red de Control y Vigilancia de las Aguas Potables de Consumo Público. Se realizan las analíticas microbiológicas y físico-químicas de supervisión, control y completos además de otras analíticas especializadas como la determinación de Plaguicidas, Hidrocarburos Aromáticos Policíclicos, o Derivados de la desinfección entre otras.

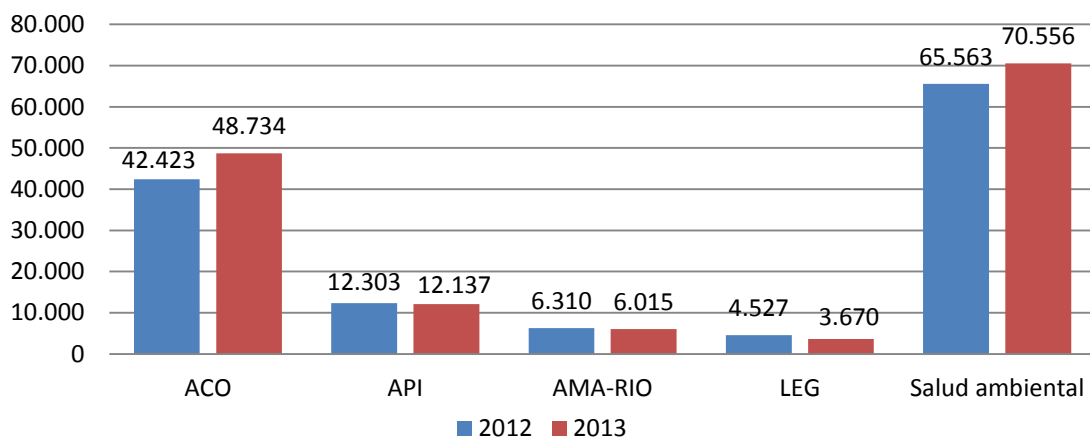
En el Programa de piscinas (API) se lleva acabo el análisis de muestras de agua de piscinas cloradas, bromadas, isocianuradas y electrofísicas. Puntualmente también se realizan análisis de piscinas con riesgo de Legionella.

En el Programa de Aguas Continentales y Aguas Marinas (RIO, AMA), el objeto de los análisis es el control de la calidad físico-química y microbiológica del agua en las zonas de baño.

En el Programa de prevención y control de Legionella (LEG) en instalaciones de riesgo, desde octubre de 2013 se han reducido el número de determinaciones por muestra ya que se decidió que en las muestras de agua caliente sanitaria sólo se realizasen los ensayos microbiológicos de Legionella spp y Legionella pneumophila. Hasta esa fecha se realizaban además otros 5 parámetros físico-químicos. En las aguas procedentes de torres de refrigeración se realiza además el recuento de aerobios a 36°C (Figuras 68 y 69).

**Figuras 68 y 69. Evolución de la actividad analítica del LSP en los programas de Salud Ambiental**





## 2.2 . Salud Alimentaria

En el Programa de seguridad microbiológica de los alimentos (SMA) se determinan los indicadores de contaminación así como los microorganismos patógenos susceptibles de ser transmitidos por los alimentos.

En lo que se refiere al estudio de Susceptibilidad Antimicrobiana (SATB), se ha producido un importante aumento tanto en el número de muestras como en el de determinaciones ya que durante 2013 se han realizado los estudios de susceptibilidad de E. coli y Salmonella.

Dentro de control sanitario de mataderos, el laboratorio realiza la analítica de control de triquina (TRIQ) en el que durante 2013 se ha producido un significativo aumento del número de muestras y determinaciones.

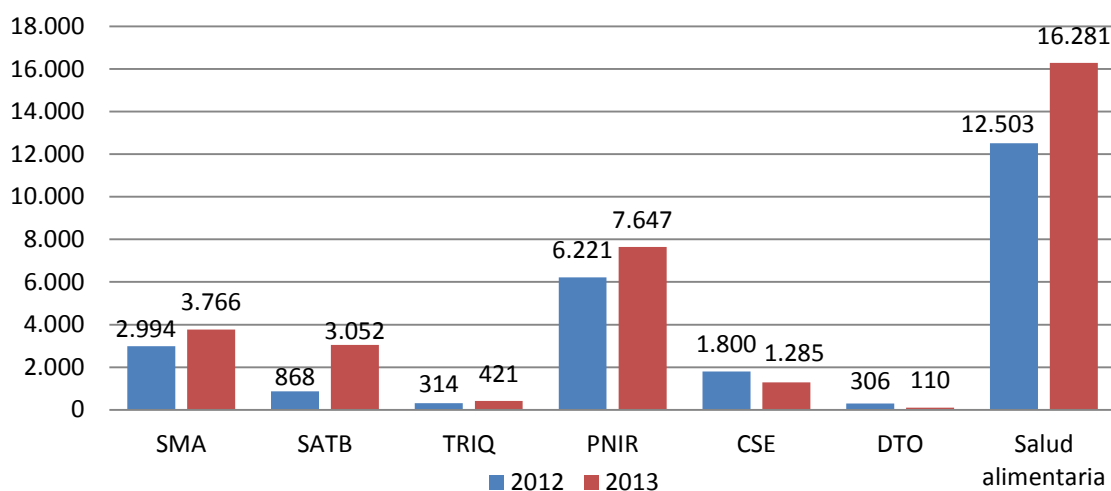
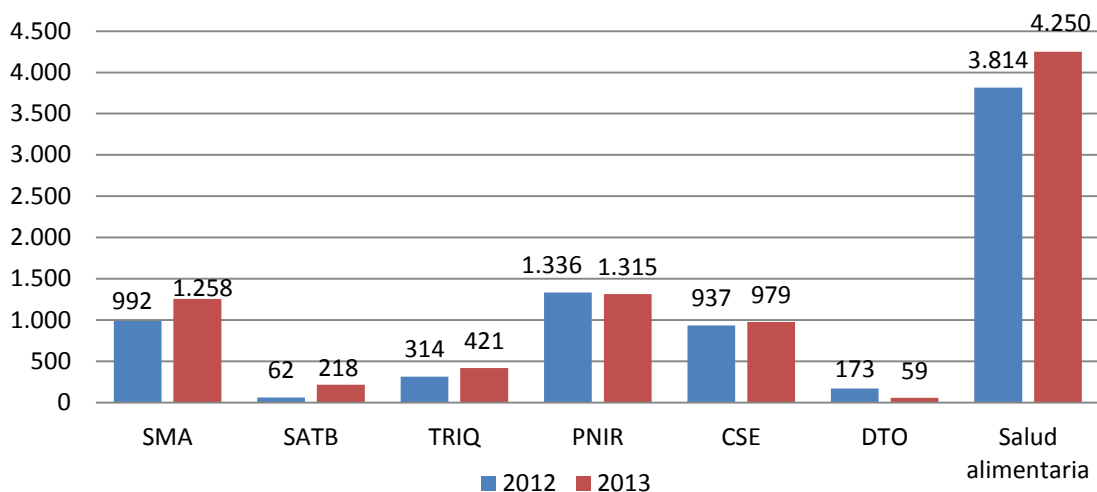
El objeto de las muestras del Programa Nacional de Investigación de Residuos (PNIR) es el análisis de la presencia de residuos y contaminantes (antibióticos, micotoxinas, metales pesados, PCBs y plaguicidas) en alimentos de origen animal. Se ha realizado un convenio entre distintos laboratorios de la zona norte para el intercambio de muestras entre las comunidades autónomas participantes (País Vasco, La Rioja, Navarra, Aragón, Cantabria y Asturias).

Con relación al Programa de seguridad química de los alimentos (CSE), el objeto de estudio son muestras de alimentos para la evaluación de la presencia de compuestos químicos perjudiciales para la salud, como aditivos (sulfitos, nitratos y nitritos), alérgenos (histamina), metales pesados (Hg, Pb y Cd), arsénico, acrilamida y micotoxinas.

En el programa de Dieta Total (DTO) también se analizan muestras de alimentos para la evaluación de la presencia de compuestos químicos perjudiciales para la salud en una dieta confeccionada según los criterios establecidos por la Dirección

de Salud Pública y Adicciones. Este programa se suspendió provisionalmente durante el año 2013 y no se reanudó hasta el último cuatrimestre por lo que se ha producido una importante disminución en la actividad (Figuras 70 y 71).

**Figuras 70 y 71. Evolución de la actividad analítica del LSP en los programas de Salud Alimentaria.**



## 2.3. Calidad del aire

### 2.3.1. Contaminación atmosférica biótica (recuento de tipos polínicos)

Se identifican diariamente en las estaciones situadas en cada una de las capitales vascas 43 taxones polínicos presentes en el ambiente. Los informes y datos se remiten a los servicios de alergia, a Euskalmet, a SEAIC (Sociedad Española de Alergología e Inmunología Clínica), a REA (Red Española de Aerobiología) y a Open Data Euskadi, para su difusión pública a través de sus respectivas webs.

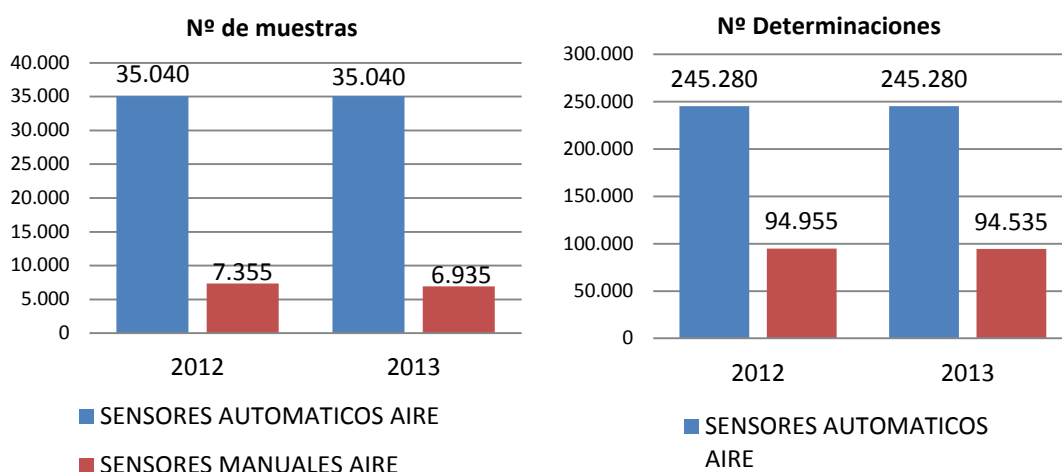
En 2013 se elaboró, por primera vez en la CAV y para las tres estaciones, un informe con datos de una serie de 9 años, conteniendo calendarios polínicos y datos estadísticos para los taxones más relevantes. El Programa de contaminación atmosférica biótica, mantiene la actividad de muestro diario en Bilbao, Donostia y Vitoria-Gasteiz.

### 2.3.2. Contaminación atmosférica abiótica

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 (SO<sub>2</sub>, partículas en suspensión PM<sub>10</sub>µm, O<sub>3</sub>, óxidos de nitrógeno: NO<sub>2</sub>, NO, NO<sub>x</sub> y CO). 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.

Además, 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, PM<sub>10</sub>, PM<sub>2,5</sub> y PM<sub>1</sub>). Los contaminantes en las partículas medidos son metales pesados e hidrocarburos aromáticos policíclicos (PAHs) (Figura 72).

**Figura 72. Evolución de la actividad analítica del LSP: Programa de contaminación atmosférica abiótica.**



### 2.3.3. 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 (Tabla 42).

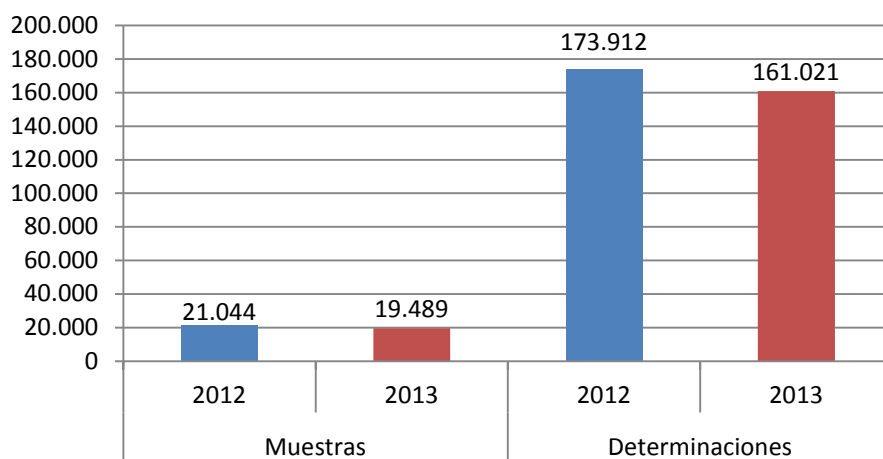
Tabla 42. Evolución de la actividad analítica del LSP: Unidades Móviles

2012		2013	
MUESTRAS	DETERMINACIONES	MUESTRAS	DETERMINACIONES
9.675	1.517.925	11.125	1.758.075

### 2.4. Cribado Neonatal

Dentro del programa de cribado neonatal de Enfermedades Congénitas de la CAPV se han analizado las muestras correspondientes a todos los bebés recién nacidos en el año 2013 para la detección precoz de las enfermedades congénitas endocrino metabólicas, la Fibrosis Quística y la Enfermedad de Células Falciformes. El Programa, con una trayectoria de 30 años, ha acreditado los análisis de todas las enfermedades congénitas bajo la Norma ISO 15189 (Figura 73).

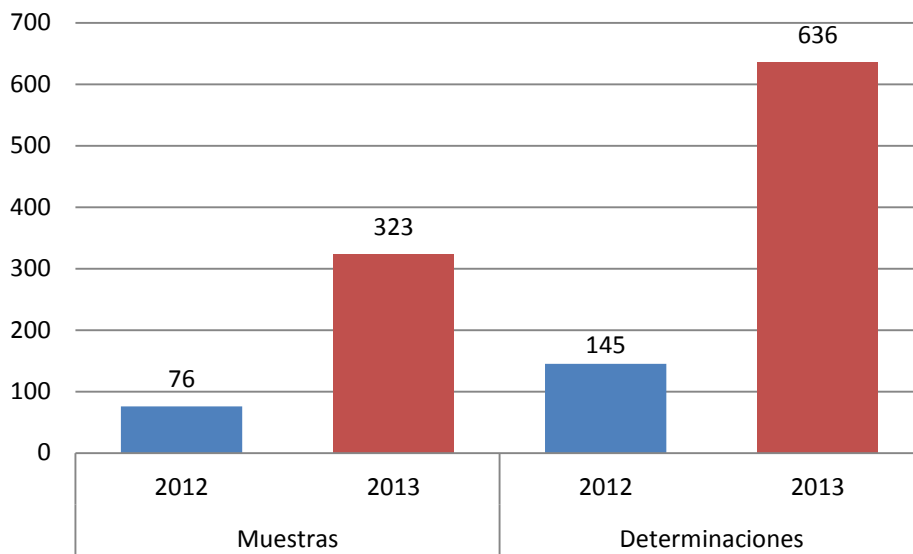
Figura 73. Evolución de la actividad analítica del Programa de cribado neonatal de la CAPV.



## 2.5. Vigilancia epidemiológica

El apoyo a los programas de vigilancia epidemiológica y alertas de Salud Pública, incluye agentes contaminantes biológicos y químicos y se realiza en muestras tanto de alimentos como de pacientes. Las Actividades de apoyo a programas de vigilancia epidemiológica y alertas de Salud Pública han mostrado una tendencia creciente respecto al 2012, básicamente por el aumento de los brotes de Listeria, Norovirus, Salmonella, Bacillus cereus y Toxina estafilocócica (Figura 74).

**Figura 74. Evolución de la actividad analítica del Programa de Vigilancia Epidemiológica.**

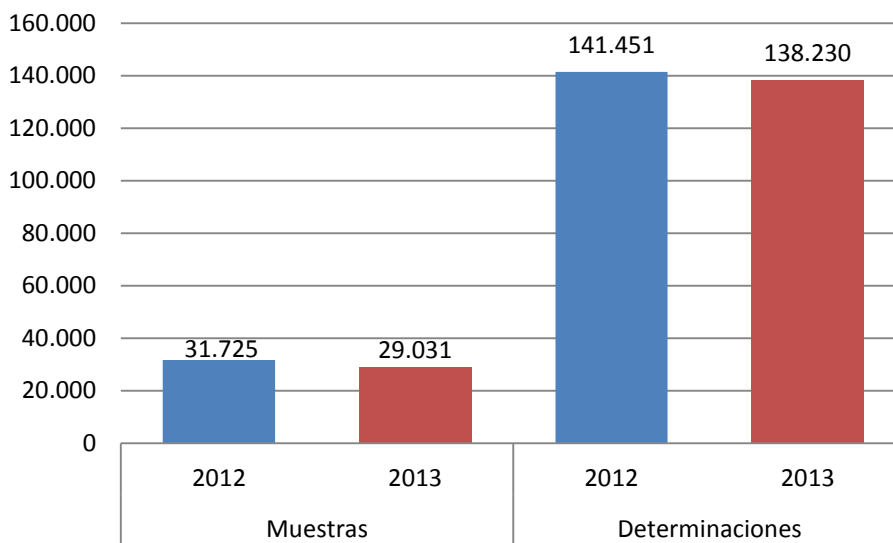


### 3. PROGRAMAS DE APOYO A OTRAS ENTIDADES DEL GOBIERNO VASCO

#### 3.1. Análisis de drogas en orina

Se realiza el cribado de drogas de abuso en orina, fundamentalmente para Osakidetza y la Red Asistencial asociada y en menor medida para Departamento de Interior del Gobierno Vasco (acceso de aspirantes a la Ertzaintza y Atestados de Tráfico), Policía Municipal y Euskotren (Figura 75).

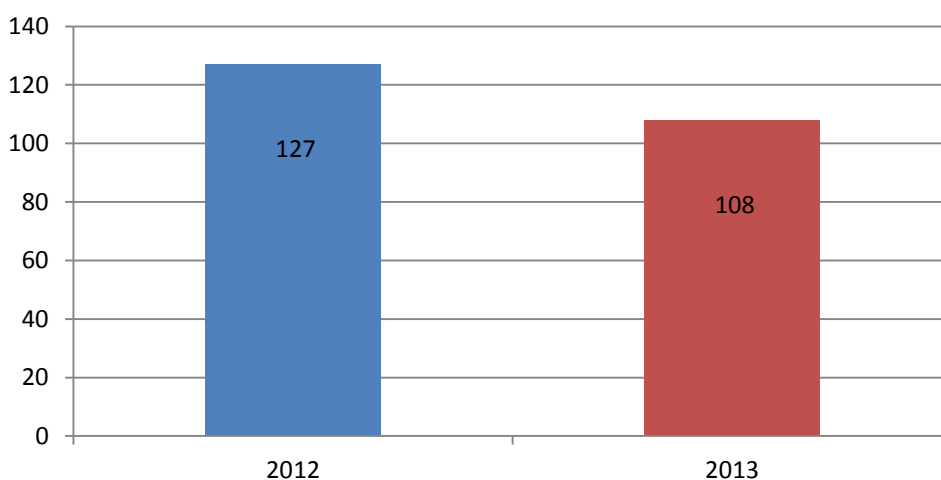
Figura 75. Evolución de la actividad analítica del Programa de Cribado de Drogas en orina.



#### 3.2. Alcoholemias

Se analizan muestras de sangre con fines legales para la determinación de la alcoholemia en atestados de tráfico (Figura 76).

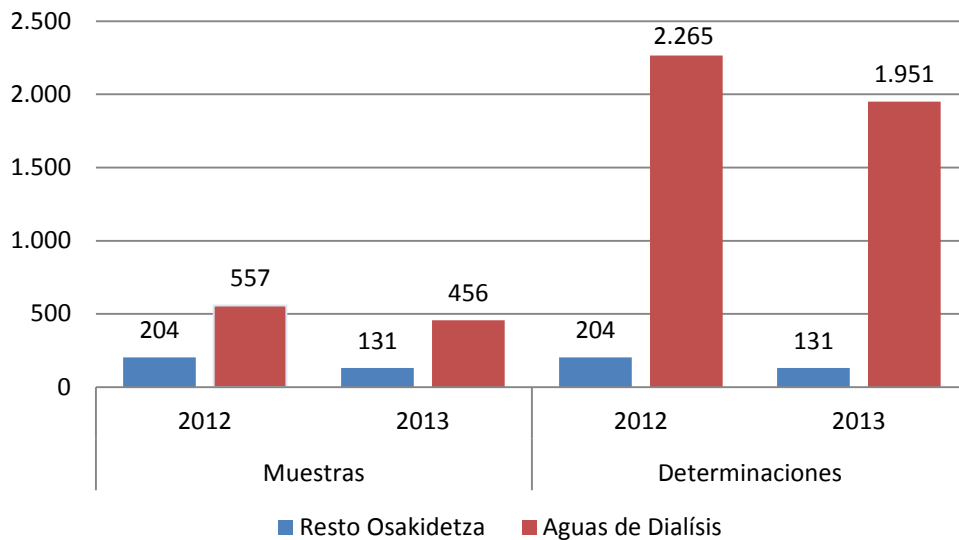
Figura 76 Evolución de la actividad analítica de Determinación de Alcoholemias.



### 3.3. Otros análisis para Osakidetza

Como apoyo a Osakidetza, se realizan otros ensayos como la determinación de metales en orina, metales en fluidos biológicos, cálculos renales y aguas de diálisis. Por número de muestras y determinaciones, la actividad más importante es la de aguas de diálisis consistente en el análisis físico-químico y microbiológico de muestras de agua de los equipos dializadores de los Hospitales del Osakidetza (Figura 77). También se realizan determinaciones de Legionella, piscinas y aguas de consumo que ya han sido incluidas en las estadísticas correspondientes a estas actividades.

Figura 77. Evolución de la actividad analítica de otras muestras clínicas.

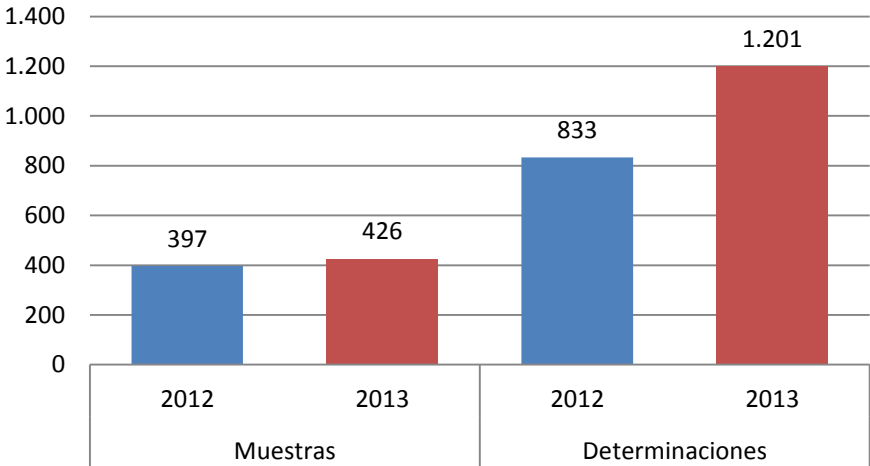




#### 4. ANALÍTICA DE DEMANDA EXTERNA

Por volumen de muestras, las actividades más importantes son el control y vigilancia Sanitaria de mataderos y los ensayos que se realizan para Azti-Tecnalia. El control y vigilancia Sanitaria de mataderos se centra 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. Las determinaciones que se realizan para Azti son tanto químicas (Hg, Cd, Pb y SO<sub>2</sub>) como microbiológicas (E. coli β-glucuronidasa positivo, enterococos y Salmonella) (Figura 78). La evolución de estas actividades varía en función de los contratos establecidos. En el año 2013 se observa un incremento tanto del número de muestras como del de determinaciones.

Figura 78. Evolución de la actividad analítica ligada a la demanda externa.



## 5. PARTICIPACIÓN EN PROYECTOS DE INVESTIGACIÓN

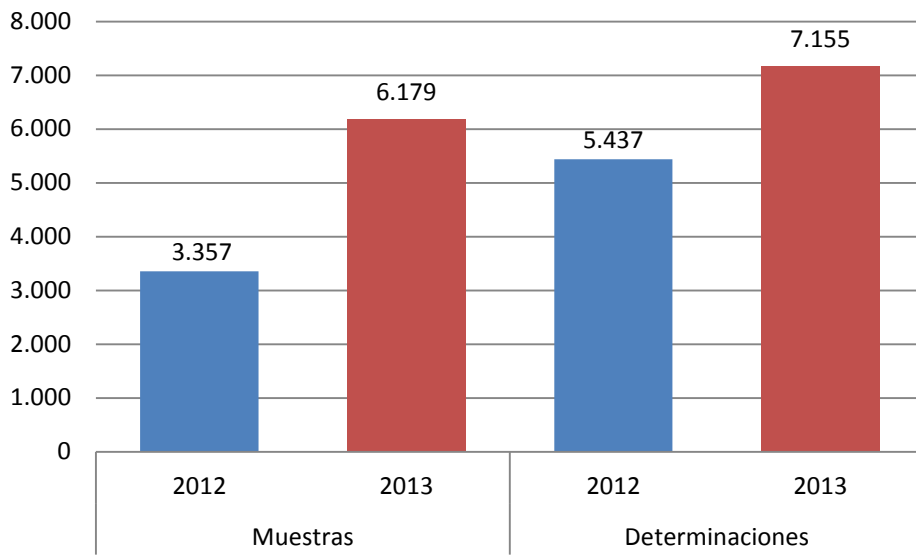
Colaboración, dando el soporte analítico en distintos proyectos de investigación (Figura 79):

- Proyecto Infancia y Medio Ambiente (INMA): es un proyecto de investigación con el objetivo de estudiar el papel de los contaminantes ambientales durante el embarazo e inicio de la vida, y sus efectos en el crecimiento y desarrollo infantil. En este proyecto participan las tres sedes del laboratorio y supone la gran mayoría de las muestras analizadas en el laboratorio para proyectos de investigación.
- Proyecto "Vitamina D" para el estudio de los niveles de Vitamina D en suero organizado por la Unidad de Investigación del Hospital de Cruces.
- Proyecto "Entéricos: subproductos de la desinfección y otros determinantes ambientales genéticos y moleculares de cancer colorrectal" y "Riesgo de cancer en España por cancerígenos en agua de consumo" para el análisis de contaminantes ambientales en aguas, desarrollado por el Centro de Investigación en Epidemiología Ambiental ( Fundació CREAL).
- Proyecto "Segalimet" para el análisis de determinados compuestos químicos en verduras organizado por Neiker.
- Proyecto de "Evaluación y gestión de recursos costeros y control de la calidad de las aguas" y Red de seguimiento del estado ecológico de las aguas de transición y costeras de la CAPV" desarrollado por la fundación AZTI.

Además se ha participado en diversos estudios intercomparativos para la validación de nuevos métodos:

- Validación del método oficial europeo "Método horizontal para la detección de enterotoxinas estafilocócicas en alimentos", organizado por AFNOR.
- Validación de "Método RAPID Enterobacteriaceae para el recuento de Enterobacteriaceae ", organizado por Adria Developpement bajo EN ISO 14140.
- Validación del método de cribado de inhibidores en carnes organizado por el CNA.
- Validación del Método alternativo para la detección de *L. monocytogenes* por Sure Tect™ PCR a tiempo real organizado por AFNOR.
- "Detection, enumeration and serotyping of Salmonella" Comité ISO/CEN, WG 9, Revisión of EN ISO 6579:2002.

Figura 79. Evolución de la actividad analítica ligada a Proyectos de investigación.



## 6. FORMACION Y DOCENCIA

### Docencia impartida

- “Master Universitario en Microbiología y Salud: Acreditación, normalización y control del riesgo biológico en el laboratorio de microbiología” Organizado por la Universidad del País Vasco y celebrado en Leioa en octubre de 2013.
- “Seminario de *Legionella*: muestreo y técnicas analíticas” en la Subdirección de Salud Pública de Bizkaia. Noviembre de 2013.
- Jornadas de Referencia sobre análisis de alimentos. Centro Nacional de Alimentación (CNA). Intercomparación en análisis microbiológicos. Madrid 15/06/2013.
- Jornada técnica de Biofilms. Dirección de salud Pública. Departamento de Salud. *Listeria monocytogenes* y *Legionella pneumophila*: biofilms y persistencia. Gasteiz 24/09/2014.
- Sesión Técnica dirigida a técnicos de Salud Pública. Subdirección de Salud Pública de Gipuzkoa. Expresión de resultados analíticos. Donostia. 29/11/2013.

### Formación en prácticas

El LSP participa en la formación práctica de alumnado procedente de centros de Formación de Grado Superior de Técnicos de Laboratorio de las distintas modalidades. Durante el año 2013 se ha impartido formación mediante prácticas tuteladas, a once alumnos/as de módulos superiores de formación profesional.

El LSP se encuentra como Entidad colaboradora para el desarrollo de las prácticas externas en los grados de Ciencia y Tecnología de los Alimentos y Ciencias Ambientales de la Universidad del País Vasco (UPV). Durante el año 2013 dos alumnas de la Facultad de Farmacia de Vitoria-Gasteiz y una alumna de la Facultad de Biología de Leioa han realizado su trabajo de prácticas tuteladas en el laboratorio.

## 1. SALUD MATERNO INFANTIL

### Nacimientos

En el periodo 2013 se han producido un total de 19.570 nacimientos en la CAPV. En Bizkaia han nacido 10.172 (51,98%); 6.680 en Gipuzkoa (34,13%) y 2.718 en Álava (13,89%) (Tabla 43).

Tabla 43 . Evolución del número de nacimientos por Territorios Históricos en la CAPV. 2009-2013

Territorio	2009	2010	2011	2012	2013
Álava	2.855	2.978	3.041	2.912	2.718
Bizkaia	11.147	11.166	11.192	10.883	10.172
Gipuzkoa	7.621	7.671	7.482	7.334	6.680
<b>CAPV</b>	<b>21.623</b>	<b>21.815</b>	<b>22.715</b>	<b>21.129</b>	<b>19.570</b>

FUENTE: Registro de bebés recién nacidos de la CAPV.

Respecto al tipo de alimentación que han recibido los bebés nacidos en el periodo 2009-2013 durante su tiempo de permanencia en la maternidad, sigue siendo netamente predominante la lactancia natural (Tabla 38)<sup>18</sup>.

Tabla 44. Evolución de porcentaje de los tipos de alimentación de bebés recién nacidos en la CAPV. 2009-2013

Alimentación	2009	2010	2011	2012	2013
Natural	64	65	67	69	70
Artificial	13	13	13	12	12
Mixta	22	21	19	17	17
No consta	2	1	1	2	1

FUENTE: Registro de bebés recién nacidos de la CAPV.

El porcentaje de bebés recién nacidos con bajo peso se ha incrementado en 2013 (Tabla 45).

Tabla 45. Porcentaje de bebés recién nacidos de bajo peso (<2.500 g) en la CAPV. 2009-2013

Territorio	2009	2010	2011	2012	2013
Álava	6,4	6,9	7,0	7,2	7,9
Bizkaia	7,3	7,5	7,4	7,2	7,3
Gipuzkoa	6,7	6,7	6,6	6,6	7,0
<b>CAPV</b>	<b>7,0</b>	<b>7,1</b>	<b>7,1</b>	<b>7,0</b>	<b>7,3</b>

FUENTE: Registro de bebés recién nacidos de la CAPV.

<sup>18</sup> Es suficiente que el bebé haya tomado un biberón, aunque sea sólo con agua, para que venga clasificado como de alimentación mixta.

El porcentaje de partos por vía abdominal se ha incrementado en 2013 (Tabla 46). Como viene ocurriendo desde hace años, ese tipo de parto ha sido más frecuente en el sector privado que en el público: el 30,67% del total de partos que han tenido lugar en el sector privado se ha realizado mediante cesárea; en el sector público, ese porcentaje ha sido del 14,00%.

**Tabla 46. Evolución del porcentaje de partos por vía abdominal (cesárea) en la CAPV. 2009-2013.**

	2009		2010		2011		2012		2013	
	Publico	Privado	Publico	Privado	Publico	Privado	Publico	Privado	Publico	Privado
Abdominal	13,3	26,81	13,47	28,56	13,51	30,11	13,75	29,33	14,00	30,67

FUENTE: Registro de bebés recién nacidos de la CAPV.

Por edad de la madre en el periodo 2009-2013, el mayor número de nacimientos (39,07%) se ha producido en el grupo de 30-34 años, seguido del de 35-39 años (34,37%). El correspondiente a madres menores de 20 años ha representado el 1,24 % del total, y el de madres de 40 años o más ha supuesto el 7,57%, porcentaje este que se va incrementando (Tabla 47).

**Tabla 47. Proporción de nacimientos por grupo de edad de la madre en la CAPV. 2009-2013**

Edad	2009	2010	2011	2012	2013
< 14	0,03	0,01	0,01	0,03	0,01
15-19	1,26	1,28	1,18	1,19	1,23
20-24	5,24	4,82	4,54	4,3	3,98
25-29	15,83	15,03	14,66	14,07	13,67
30-34	43,74	42,36	41,48	39,93	39,07
35-39	28,84	30,47	32,12	33,55	34,37
= > 40	4,73	5,89	5,87	6,73	7,57
No consta	0,4	0,15	0,14	0,21	0,11
< 30	22,37	21,13	20,4	19,58	18,89
= > 30	77,32	78,72	79,47	80,2	81,12
< 17	0,23	0,16	0,13	0,14	0,24

FUENTE: Registro de bebés recién nacidos de la CAPV.

## Programa de Cribado Neonatal de Enfermedades Congénitas de la CAPV (metaboloopatías)

El Programa de Cribado Neonatal de Enfermedades Congénitas ha estudiado en 2013 a 19.489 bebés recién nacidos vivos, 19.482 nacidos en domicilio o centros de la CAPV, y 7 en otra Comunidad Autónoma o en el extranjero<sup>19</sup>. Los casos detectados según diagnóstico han sido 238 (Tabla 48).

En Febrero de 2007 de acuerdo con el informe favorable elaborado por la Comisión de Cribado Neonatal de enfermedades endocrinometabólicas de la CAPV se inicia el cribado de la Deficiencia de AcilCoA deshidrogenada de cadena media (MCAD) por Espectrometría de Masas en Tándem. Con fecha 4/12/2009 se aprobó la incorporación del cribado de la Fibrosis Quística (FQ) al Programa, comenzando en febrero de 2010. En abril de 2010 se aprobó la incorporación del cribado de la Enfermedad de Células Falciformes al Programa, comenzando en mayo de 2011. Por último en septiembre de 2012, se aprueba la inclusión en conjunto de las cinco nuevas patologías: LCHAD, Homocistinuria, Jarabe de Arce, Acidemia Isovalérica y Acidemia Glutárica, que se incorporan al programa en 2014.

Tabla 48. Casos inicialmente detectados de enfermedades congénitas en la CAPV durante 2008-2013.

Enfermedades Congénitas	2008	2009	2010	2011	2012	2013
Hipotiroidismo congénito	7	7	2	6	4	7
Hiperfenilalaninemia permanente	0	1	2	0	0	2
MCADD	2	0	1	1	0	2
Fibrosis Quística clásica	-	-	1	5	3	-
Fibrosis Quística no clásica	-	-	-	-	1	-
Enfermedad de células falciformes	-	-	-	4	6	3
<b>Totales</b>	<b>9</b>	<b>8</b>	<b>6</b>	<b>16</b>	<b>12</b>	<b>14</b>

FUENTE: Programa de cribado neonatal de enfermedades congénitas de la CAPV.

<sup>19</sup> El tipo y número de determinaciones realizadas se pueden ver en el capítulo dedicado al Laboratorio.

## 2. PROGRAMA DE VACUNACIONES

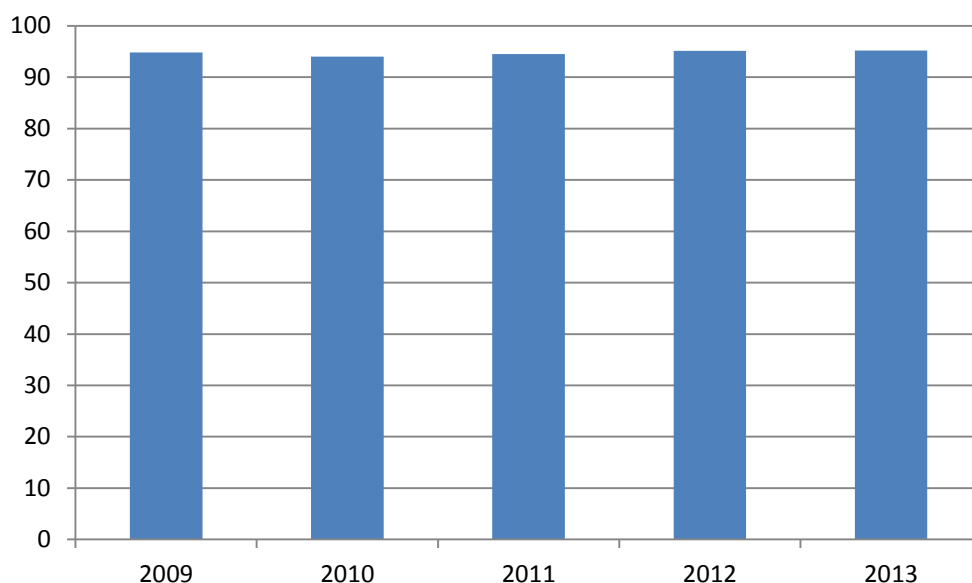
En el año 2013 el Departamento de Salud ha introducido 2 cambios en el calendario vacunal infantil de la Comunidad Autónoma del País Vasco (CAPV): la retirada de la vacuna contra la tuberculosis (BCG) en bebés recién nacidos y la del virus de la hepatitis B (VHB) a los 13 años. La primera medida se tomó en base al descenso paulatino de la enfermedad tuberculosa en Euskadi en los últimos años. Además, el programa de control de la enfermedad que funciona de forma satisfactoria en Euskadi se va a redefinir este mismo año. Otra razón es la necesidad de armonizar la situación de esta vacuna con la existente en otras CCAA y con Europa ya que Euskadi es la única comunidad autónoma que mantenía esta vacuna en el calendario.

La vacuna VHB a los 13 años se había mantenido desde el año 2000 para completar las cohortes que no fueron vacunadas frente a hepatitis B en el primer año de vida. Actualmente todas las cohortes nacidas en el año 2000 ya han sido vacunadas frente a la hepatitis B en los centros escolares hasta el curso escolar 2011-2012. No obstante, para aquellos niños y niñas que no hayan podido ser vacunados hasta el momento, se les recomendará y ofrecerá la vacuna a través de los centros escolares o en los centros de salud.

### Evolución coberturas vacunales

Durante el año 2013, las coberturas vacunales se han mantenido, al igual que los últimos 5 años, dentro de niveles aceptables superando el 90% en la serie primaria (Figura 80).

**Figura 80. % de cobertura vacunal serie primaria (3 dosis) de Difteria, Tétanos, Tos ferina, Poliomiélitis, Hepatitis B y *Haemophilus influenzae* b.**





En el año 2013, las coberturas vacunales estimadas para el calendario vacunal infantil han alcanzado los siguientes niveles (Tabla 49).

**Tabla 49. Cobertura vacunal para el resto de las vacunas del Calendario vacunal infantil en el País Vasco. 2013.**

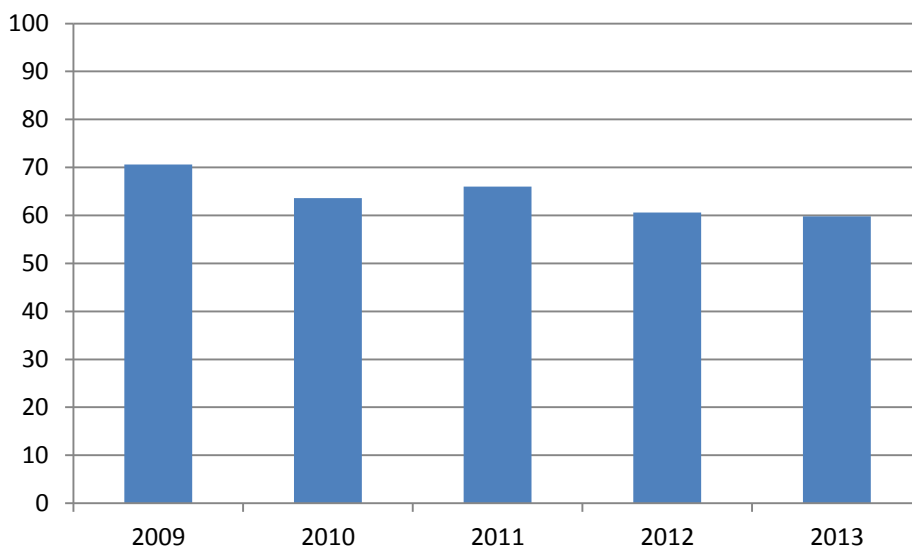
Vacunas	Cobertura CAPV
DTPa-Polio-Hib (4 <sup>o</sup> dosis)	92,2
Meningococo C (3 <sup>a</sup> dosis)	95,3
Triple Vírica (1 <sup>o</sup> dosis)	92,1
Triple Vírica (2 <sup>a</sup> dosis)	92,7
DTPa 6 años	80,9
Virus del Papiloma Humano(niñas de 1 <sup>o</sup> ESO)*	90,2
Tétanos-difteria 16 años	53,8

\* Curso Escolar 12-13.

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 2013, 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 59,8%. La cobertura vacunal antigripal ha sufrido un descenso desde la pandemia gripal de 2009.

**Figura 81. Evolución cobertura vacunal antigripal en población >64 años. CAPV 2009-2013.**



FUENTE: Dirección de Asistencia Sanitaria. Osakidetza

### **3. PROGRAMAS DE APOYO A SALUD PÚBLICA**

#### **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 anualmente se ofertan ayudas dirigidas a Asociaciones sin ánimo de lucro formadas por personas enfermas y sus familias. Los proyectos y actividades subvencionados están relacionados con patologías diversas como cáncer, diabetes, problemas nutricionales, problemas neurodegenerativos y neuromusculares, enfermedades psíquicas, etc. Este año han sido subvencionados un total de 99 proyectos correspondientes a 61 entidades, cifras ligeramente superiores al año 2012 (91 proyectos de 60 entidades).

#### **Prevención y control del VIH/SIDA**

Con el fin de fomentar y fortalecer programas/actuaciones en el campo del VIH/sida que se hallan ya arraigados o están camino de serlo dentro del tejido social, se ha destinado una partida presupuestaria de 300.000 €, a ayudas dirigidas a entidades de iniciativa social sin ánimo de lucro orientadas a la prevención y control del VIH/sida que consiguen un acceso a poblaciones especialmente vulnerables a las que de otra manera la Administración no podría acceder. Este año se han subvencionado un total de 32 proyectos correspondientes a 16 entidades, cifra similar al año 2012 (33 proyectos de 16 entidades).

Se han priorizado los proyectos dirigidos a colectivos de hombres que tienen sexo con hombres, los dirigidos a otros colectivos vulnerables tales como personas inmigrantes, personas usuarias de drogas por vía parenteral y personas que ejercen la prostitución y los proyectos de diagnóstico precoz de la infección por VIH.

## 4. ACTIVIDAD FÍSICA Y PREVENCIÓN DEL SEDENTARISMO

La actividad física abarca el ejercicio, pero también otras actividades que entrañan movimiento corporal, se realizan como parte de los momentos de juego, del trabajo, de formas de transporte activas, de las tareas domésticas y de actividades recreativas.

Un nivel adecuado de actividad física regular en adultos reduce el riesgo de hipertensión, cardiopatía coronaria, accidente cerebrovascular, diabetes, cáncer de mama y de colon, depresión y caídas; mejora la salud ósea y funcional, y contribuye al equilibrio calórico y el control del peso.

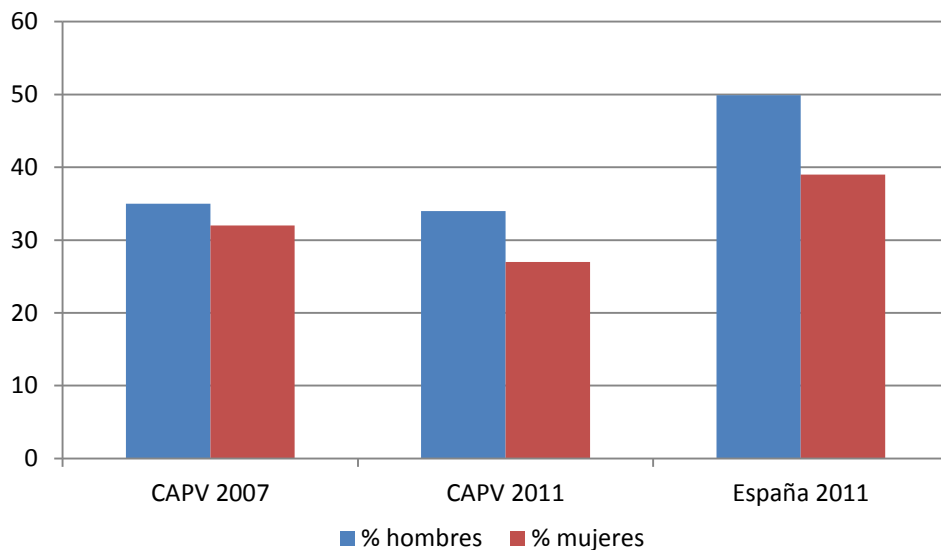
Según datos de la Organización Mundial de la Salud (OMS), la inactividad física es el cuarto factor de riesgo en lo que respecta a la mortalidad mundial (6% de las muertes registradas en todo el mundo). Se estima que la inactividad física es la causa principal del 21%-25% de los cánceres de mama y de colon, el 27% de los casos de diabetes y aproximadamente el 30% de la carga de cardiopatía isquémica.

### Práctica de actividad física en la CAPV

Según los datos recogidos en la última Encuesta de Salud de la CAPV (ESCAV 2013) el 31% de la población del País Vasco no cumple con los mínimos establecidos por la OMS en la práctica de actividad física en su tiempo libre este porcentaje es mayor en las mujeres (34%) que en los hombres (27 %). Las personas con menor nivel de estudios y menor nivel socioeconómico son más inactivas. Existe un alto porcentaje de mujeres con estudios superiores que son inactivas comparado con el mismo grupo de hombres.

En comparación con los datos que se tenían en la última encuesta sobre los niveles de práctica de la actividad física en la CAPV del 2007 (32% de hombres inactivos y 35% de mujeres inactivas), a pesar de haber mejorado y de ser menores que los datos obtenidos para España en su conjunto (44,6% de personas inactivas) (Figura 82), sigue existiendo un amplio margen de mejora en relación con los niveles de actividad física existentes en los países más destacados de Europa y de los referentes en la promoción de la Actividad Física en el mundo, como son Canadá y EEUU y Australia. Así mismo, se sigue observando una clara desigualdad en la práctica de la actividad física entre las mujeres y las personas de niveles socioeconómicos bajos.

Figura 82. Prevalencia de la inactividad física en la Comunidad Autónoma Vasca comparada con datos anteriores y con el conjunto del Estado Español.













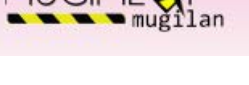
Fuente: Dirección de Salud Pública y Adicciones.

## Proyecto MUGIMENT

Con el objetivo de lograr una población más activa y menos sedentaria en Euskadi, y en un esfuerzo de optimización, creación de sinergias y establecimiento de alianzas, las Direcciones de Salud Pública y Adicciones y la de Juventud y Deportes, han impulsado el desarrollo de un plan estratégico común para la promoción de la actividad física en Euskadi, **MUGIMENT**.

Partiendo del Plan de Actividad Física y Prevención del Sedentarismo del Gobierno Vasco (2011), se han definido las prioridades estratégicas, objetivos y acciones a emprender para el período 2013-2020.

MUGIMENT tiene como eje central el municipio y consta de ocho estrategias diferentes en función de la población diana y del objetivo que se pretende conseguir. MUGISARE es la estrategia central, con un claro desarrollo local, alrededor de la cual pivotan MUGIBILI, MUGIEGUN, MUGITOKI, MUGIKASI, MUGIBETI, MUGIERAGIN y MUGILAN.

estrategia 	población diana 	objetivo principal 
	Comunidad	Crear redes locales para la coordinación de acciones y estrategias.
	Agentes locales clave, profesionales, expertos	Crear un centro de referencia de recopilación, actualización y generación de conocimiento.
	Población general	Fomentar la actividad de CAMINAR.
	Población general	Facilitar la participación ciudadana en eventos deportivos.
	Población infantil	Incrementar el tiempo de AF prevención del sedentarismo en los centros escolares.
	Profesionales del ámbito sanitario y de deportes	Implicar a profesionales sanitarios y del deporte; promotores de AF (sensibilización, formación, programas de intervención...)
	Población mayor	Impulsar la práctica de AF atendiendo a sus necesidades particulares.
	Centros de trabajo.	Facilitar la práctica de AF y prevenir el sedentarismo en el entorno laboral.

Durante el 2013, la Dirección de Salud Pública y Adicciones ha contribuido al desarrollo del proyecto con las siguientes actuaciones:

#### A. Ayudas para la promoción de la AF.

Estas ayudas se enmarcan en MUGIBILI, estrategia orientada a la población general con el objetivo de fomentar la actividad de caminar. En el 2013 se ha destinado una partida presupuestaria de 225.000 euros para incentivar a las entidades locales al fomento de la práctica de actividad física en el entorno local. En total, se han subvencionado 51 proyectos presentados por otras tantas entidades locales de la CAPV.

Las actuaciones objeto de subvención fueron la adecuación y dinamización de recorridos o paseos en entornos urbanos y periurbanos para la promoción del ocio activo así como para facilitar la movilidad activa a centros escolares y/o polígonos industriales.

### **B. Taller de formación sobre Actividad física y Salud. Municipios activos.**

Dentro de la estrategia MUGISARE, durante los días 28 y 29 de noviembre de 2013, se celebró en Irún el taller para la promoción de la actividad física relacionada con la salud. Su objetivo era fomentar la creación de redes locales intersectoriales en salud y mejorar la capacitación de los y las profesionales vinculados a la promoción de la actividad física en el ámbito local. Asistió personal técnico municipal de Deportes, Urbanismo, Servicios Sociales, Juventud, Educación y Movilidad, personal sanitario de Atención Primaria, personal técnico de Salud Pública, profesorado de Educación Física y profesionales de centros deportivos privados.

### **C. TIPI-TAPA**

Es un programa de intervención comunitaria, incluido en las estrategias MUGIBILI y MUGIBETI, basado en una actuación coordinada de las comarcas de salud pública, municipios, y centros de salud, que tiene como objetivo la promoción de la actividad física en mayores de 64 años. Se aborda desde dos perspectivas complementarias:

- Desde una aproximación comunitaria en el ámbito municipal se potencian la actividad de “caminar”, la identificación de barreras y preferencias, la elaboración de mapas, la dinamización de grupos de caminantes y la identificación de recursos para personas frágiles.
- Desde una aproximación individual se implican los centros de salud en el consejo breve, el refuerzo positivo, la prescripción de las rutas diseñadas y de recursos comunitarios, y la derivación de los pacientes, en su caso, a talleres de atención especial (ver “Talleres para personas frágiles”).

Desde 2010 hasta 2013 se ha desarrollado Tipi-Tapa en un total de 20 municipios de Gipuzkoa (Tabla 50).

**Tabla. 50. Municipios con actividades TIPI TAPA**

<b>ACTIVIDADES TIPI TAPA EN MARCHA</b>	<b>2012</b>	<b>2013</b>
Nº de municipios con Tipi Tapa implantado	9	20
Nº de grupos de caminantes	8	6
Nº de talleres de ejercicio físico para frágiles	3	4
Nº de centros de salud que dan consejo de AF y/o derivan a recursos municipales	4	7

### **D. Taller de Ejercicio Físico para personas mayores frágiles.**

Dentro de las estrategias MUGIMENT: *Mugibili, Mugibeti*

Encuadrado como proyecto de investigación de Kronikgune, se sitúa dentro de las estrategias Mugibili, Mugibeti de Mugiment. Se dirige a personas mayores con problemas de movilidad que pueden ver mejorada su condición física general, la agilidad y el equilibrio de la marcha mediante la práctica de actividad física dirigida y adaptada. Se realiza la derivación desde Atención Primaria a pacientes con criterios de fragilidad y la inclusión en el programa de ejercicio de aquellas personas con un Barthel 85-95 o 100 con problemas de movilidad. Durante 2013 se impartieron en Gipuzkoa 3 talleres grupales, de 3 meses de duración, dirigidos a personas en situación de fragilidad y 1 taller grupal dirigido a profesionales que trabajan con personas en situación de fragilidad al que asistieron profesionales de distintos municipios.

#### **E. AMARAUNA**

Programa de promoción de los caminos escolares en Gipuzkoa. Actualmente están en marcha 20 caminos correspondientes a 13 municipios.

#### **F. "Mugiment Araba, hastapenak"**

Se han iniciado los contactos y el desarrollo del Proyecto para su puesta en marcha en 2014, con dos líneas de trabajo previstas:

- Taller de Municipios activos, dirigido a diferentes agentes sociales involucrados o potencialmente involucrados en la promoción de Actividad Física.
- Taller de iniciación a la Actividad Física, para la población general. Áreas prioritarias de intervención: Zona rural de Araba/Álava. Talleres de 4 horas de duración repartidas en dos sesiones y ofertadas dentro de la agenda deportiva de los ayuntamientos.

#### **G. "Pedalea, Cárgate de Energía y Cuidate"**

Colaboración para el pilotaje del uso de bicicletas en dos centros de salud de atención primaria de Álava para cargar el teléfono móvil u otros dispositivos similares.

## 5. EDUCACIÓN PARA LA SALUD

Con objeto de apoyar a los y las profesionales del ámbito sanitario 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 en los 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 y niña.

Relación de material didáctico:

- **Guías de Salud Infantil:** Con el objetivo de sintetizar y actualizar los materiales de promoción de la salud infantil para adaptarlos a los contenidos aprobados en el nuevo Programa de Salud Infantil de Osakidetza, la Dirección de Salud Pública y Adicciones ha editado cuatro nuevas Guías de Salud Infantil.
  - Desde los primeros meses
  - Desde el primer año
  - En la edad preescolar
  - En la edad escolar

Estas Guías recogen los contenidos existentes en las guías anteriores (recomendaciones de la antigua Cartilla de Salud Infantil, "Tu bebe ya está en casa" y las "Guías de Seguridad Infantil") e incluyen contenidos nuevos, basados en las últimas evidencias científicas, sobre: alimentación saludable, actividad física y sedentarismo, salud bucodental, tabaquismo, salud postural, salud sexual, establecimiento de límites, bienestar emocional, televisión y otras pantallas, control de redes sociales, etc.

- **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.
- **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.

Anualmente se distribuyen unos 24.000 ejemplares de cada uno de ellos a través de servicios de maternidad y pediatría de Osakidetza.



## 6. 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:

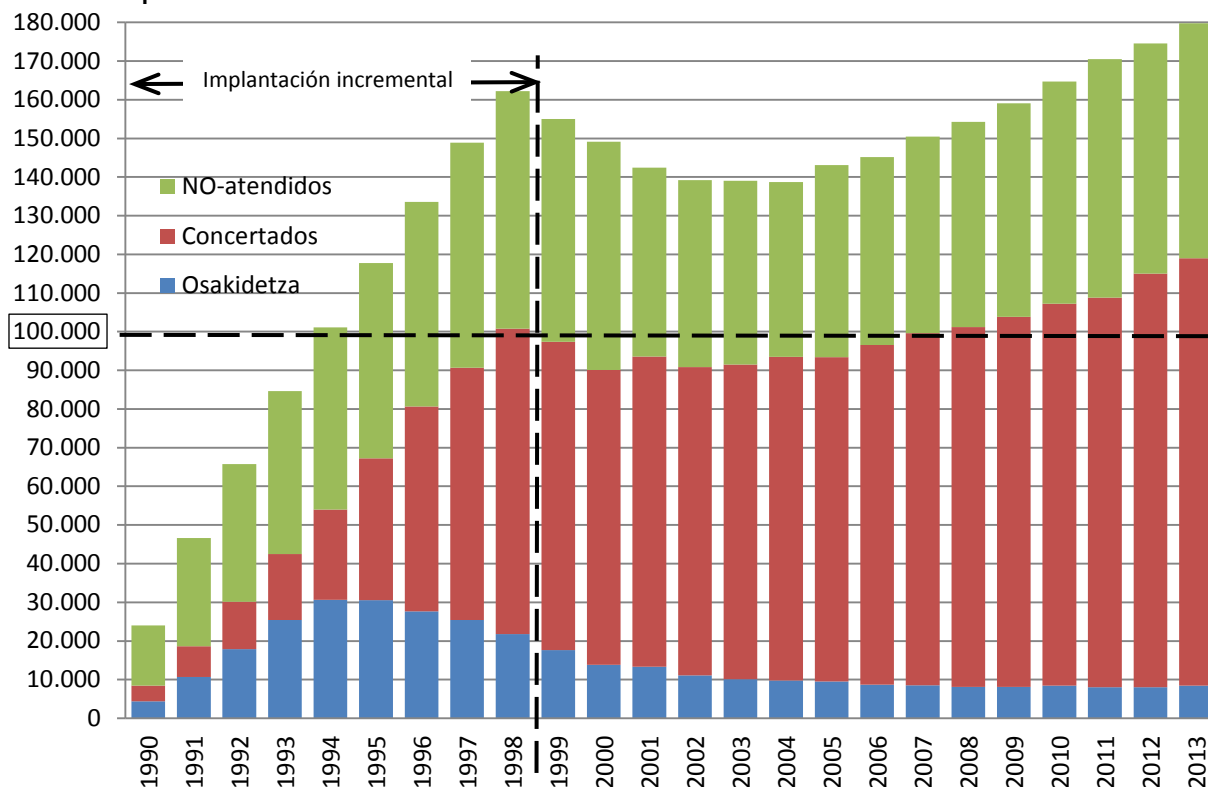
1. Prevenir la transmisión del VIH y de las infecciones de transmisión sexual en la población general, con especial énfasis en los hombres que tienen sexo con hombres.
2. Prevenir la transmisión del VIH, de las infecciones de transmisión sexual y el embarazo no deseado en jóvenes.
3. Promover el diagnóstico 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](http://www.osakidetza.euskadi.net/sida)) y las redes sociales, programas de prevención con especial énfasis en hombres que tienen sexo con hombres y en jóvenes, programas para la realización del test rápido del VIH, y apoyo a ONGs que trabajan por la integración y normalización de las personas seropositivas.

## 7. 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<sup>20</sup>. En 2013, atendió a 118.981 niñas y niños de los 179.800 en esas edades residentes en la CAPV. Dos de cada tres (66,17%) utilizaron el PADI en 2013 (Figura 83).

**Figura 83. Evolución del número de niñas y niños atendidos por el PADI según tipo de provisor de servicio 1990-2013**



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 27,2% en 2013) 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 90% 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.

<sup>20</sup> La mayor parte son dentistas del sector privado, más de la mitad de los actualmente colegiados en la CAPV, concertados al efecto por el Departamento de Sanidad. El resto son dentistas de Osakidetza.

La Tabla 51 detalla la asistencia dispensada por los dentistas del PADI en 2013 en dentición permanente, junto al porcentaje (perfil) que representa por cada 100 niños o niñas. Muestra el adecuado enfoque preventivo desarrollado.

Tabla 51. Asistencia dental dispensada en el PADI en 2013

Asistencia dispensada	Número	Perfil
<b>Asistencia general</b>		
Selladores	22.600	18,99
Obturaciones	21.062	17,70
Extracciones	853	0,72
Tratamientos pulpares	394	0,33
Total revisiones	118.981	
<b>Asistencia adicional (por traumatismos)</b>		
Obturaciones	623	0,52
Reconstrucciones	1.427	1,20
Apicoformaciones	23	0,02
Endodoncias	158	0,13
Coronas	41	0,03
Extracciones	31	0,03
Mantenedores	8	0,01
Total traumatismos	1.626	1,37

FUENTE: Servicio Dental Comunitario. Osakidetza.

Los cuidados dispensados por los dentistas del PADI son causa directa de la buena salud dental de nuestra juventud 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/as.

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<sup>21</sup>. Este nuevo escenario epidemiológico requerirá complementar la estrategia poblacional vigente con acciones específicas sobre los grupos de riesgo que concentren la caries remanente.

<sup>21</sup> Departamento de Sanidad, tercer estudio epidemiológico de la salud buco-dental de la CAPV. Población escolar infantil 2008. Vitoria-Gasteiz, 2010.

## 8. SALUD Y DESARROLLO URBANO

Con el objeto de visualizar e integrar la salud en las políticas de las Administraciones Locales, durante el año 2013 ha finalizado el trabajo iniciado en el seno de la red Udalsarea en 2012 por el Ekitalde Salud y Desarrollo Urbano. Este Ekitalde o grupo de trabajo, integrado por 17 ayuntamientos y entidades municipales, ha sido liderado por el Departamento de Salud y el Departamento de Medio Ambiente del Gobierno Vasco, a través de la sociedad pública de gestión ambiental Ihobe como Secretaría Técnica de la red Udalsarea 21.

El grupo de trabajo ha elaborado el "**Cuaderno Salud y desarrollo urbano sostenible**" y un **aplicativo online** con los que personal municipal y los equipos de planificación urbana, podrán maximizar los efectos positivos y eliminar o mitigar los negativos de las iniciativas urbanas en la salud de la población.

El denominado "Cuaderno de Salud y desarrollo urbano sostenible" de Udalsarea 21, es una guía práctica para el análisis del efecto en salud de iniciativas urbanas locales y está dirigida a todas las personas implicadas en la planificación, desarrollo o seguimiento de cualquier iniciativa - plan, programa, o actuación- que implique una modificación del medio urbano y que suponga por tanto, una oportunidad para aprovechar el entorno para la promoción de la vida saludable.

La guía se estructura en dos grandes bloques de contenidos. Uno teórico que sirve para situar la salud en la planificación urbana, poniendo de relieve los principales determinantes de la salud afectados por la planificación urbana, y otro más operativo, en el que se presenta el método y la herramienta que servirán para valorar la incidencia de las distintas iniciativas locales urbanas sobre esos determinantes de la salud. Tanto el Cuaderno en versión descargable, como la herramienta on-line, estarán disponibles a partir del 2014 en la página web de Udalsarea 21.

## 1. COORDINACIÓN Y APOYO EN LA INTERVENCIÓN SOBRE ADICCIONES

### Plan de Adicciones

El VI Plan de Adicciones de la CAPV, 2011-2015 recoge las directrices a seguir en materia de adicciones por el Gobierno Vasco, otras administraciones y entidades, y comprende 25 programas estructurados en torno a sus 6 líneas estratégicas.

En 2013 se constituyó el Grupo Técnico de Evaluación del VI Plan, integrado por técnicos de adicciones de la Dirección de Salud Pública y Adicciones del Departamento de Salud. Su función es la de realizar el seguimiento del Plan mediante el procesamiento de la información disponible en la Dirección y la solicitada a las distintas entidades e instituciones.

### Orden de subvenciones

Desde 2002 se conceden ayudas económicas para el mantenimiento de los equipos municipales de prevención de las adicciones, el desarrollo de programas de prevención comunitaria de las adicciones y la realización de proyectos de prevención y reducción de riesgos y daños.

#### a) Ayudas para el mantenimiento de equipos técnicos.

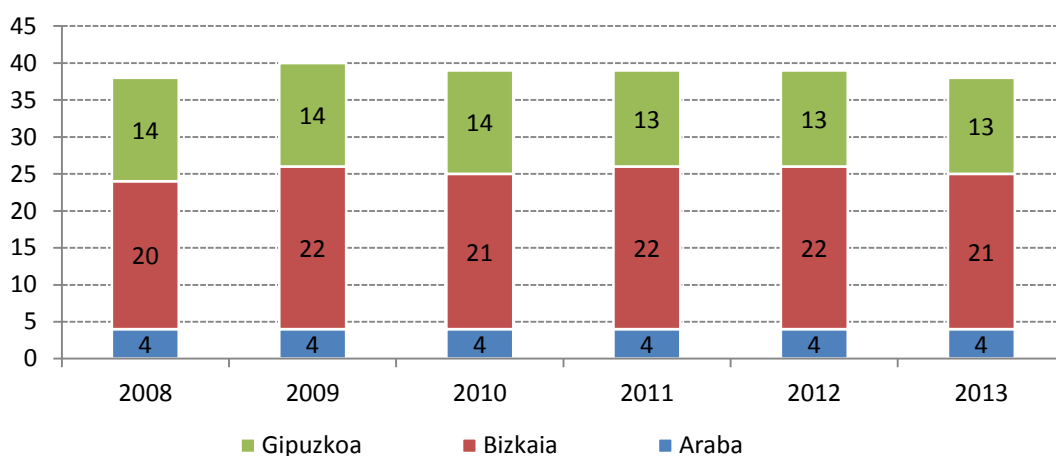
En el año 2010 dejaron de otorgarse ayudas para la creación de equipos y actualmente, únicamente se destinan al mantenimiento de los ya existentes, siempre que tengan aprobado o en fase de elaboración un plan local de drogodependencias o adicciones. La siguiente tabla presenta los equipos municipales que han recibido ayudas económicas desde 2008.

Tabla 52. Equipos municipales de drogodependencias que recibieron ayuda 2008-2013.

Araba	Bizkaia	Gipuzkoa
Vitoria-Gasteiz	Arrigorriaga	Andoain
Amurrio	Barakaldo	Aretxabaleta
Llodio	Basauri	Arrasate-Mondragon
Instituto Foral de Bienestar Social (atención a la población de las cuadrillas de Araba)	Bermeo	Azpeitia
	Bilbao	Bergara
	Erandio	Donostia-San Sebastian
	Ermua	Hondarribia
	Galdakao	Irun
	Gernika-Lumo	Oñati
	Getxo	Ordizia
	Ortuella	Tolosa
	Portugalete	Zarautz
	Santurtzi (salvo en el 2010)	Zumarraga (hasta el 2009)
	Mancomunidades de Arratia, Durango, Encartaciones, Lea-Artibai, Txorierrri, Uribe Kosta, el Consorcio Mungialde.	
	En el año 2009 se crearon los equipos de Leioa y Sestao (creados en 2009, Sestao solicitó las ayudas hasta 2012).	

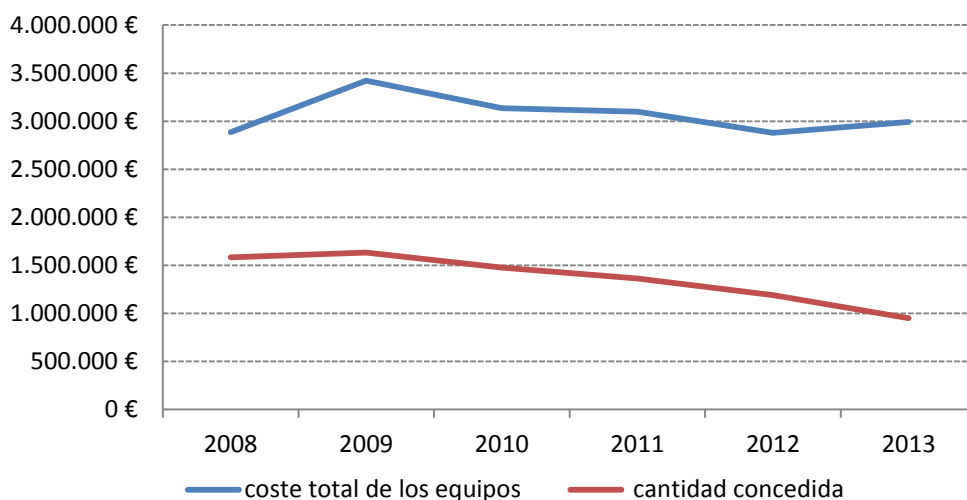
El número de equipos municipales de prevención existentes por Territorio Histórico se mantiene estable (Figura 84). Y el coste y financiación desde 2008 ha sufrido un retroceso (Figura 85).

Figura 84: Nº de equipos municipales de prevención de las adicciones por Territorio Histórico. (2008-2013)



El reparto de la cantidad asignada a este capítulo se realiza vía "no concursal", pudiendo el departamento correspondiente financiar hasta un 75% del coste del personal.

**Figura 85: Presupuesto de los equipos técnicos municipales y cantidad concedida (2008-2013)**

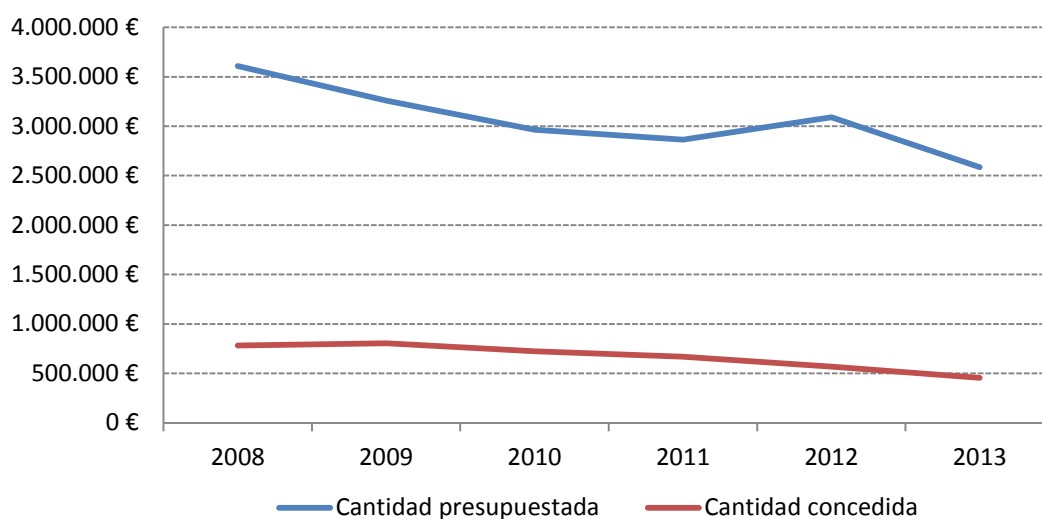


b) Ayudas para el desarrollo de programas de prevención comunitaria de las adicciones

Se trata, en concreto, de las ayudas económicas que se otorgan a las entidades locales de la CAPV para el desarrollo de los programas incluidos en los planes locales de adicciones o drogodependencias aprobados o en proceso de elaboración. Desde 2010, los proyectos se integran en programas de prevención comunitaria.

El Departamento de Salud puede financiar vía concursal hasta un 75% del presupuesto aprobado, y ningún programa puede recibir más del 10% del total asignado a este capítulo en la orden de ayudas (Figura 86).

**Figura 86: Coste de los programas comunitarios y cantidad concedida para su realización (2008-2013).**

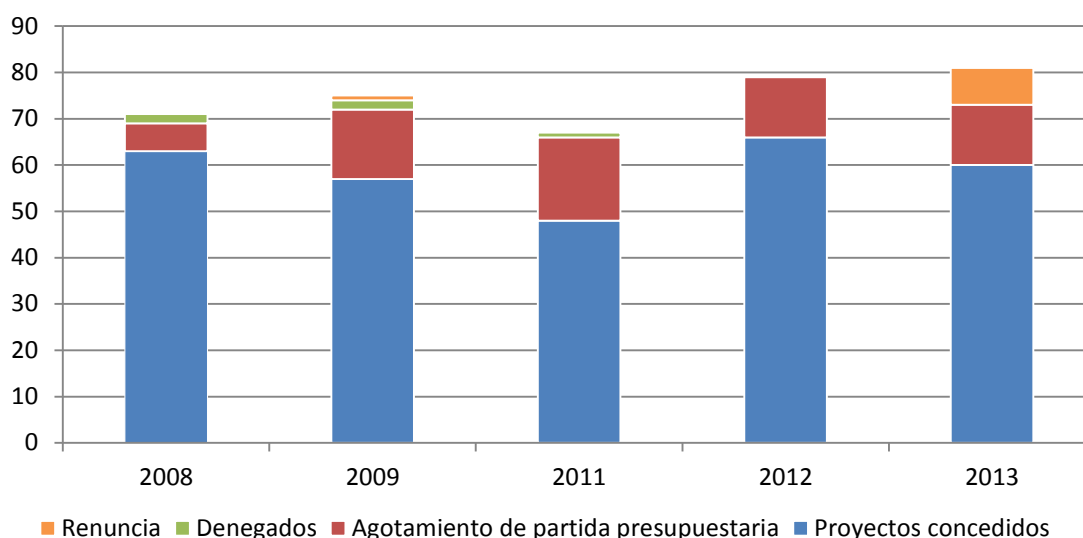


c) Ayudas para la realización de proyectos de prevención y reducción de riesgos y daños

A estas ayudas pueden acogerse las entidades de iniciativa social sin ánimo de lucro que realicen proyectos de prevención y reducción de riesgos y daños de adicciones. Se entienden como tales los que tienen por finalidad: a) la promoción de la educación para la salud, b) la disminución de daños asociados a las adicciones, c) la reducción del abuso de drogas así como de conductas adictivas y d) la promoción de la máxima información y capacitación de las personas usuarias de drogas legales e ilegales o que presenten una adicción sin sustancia.

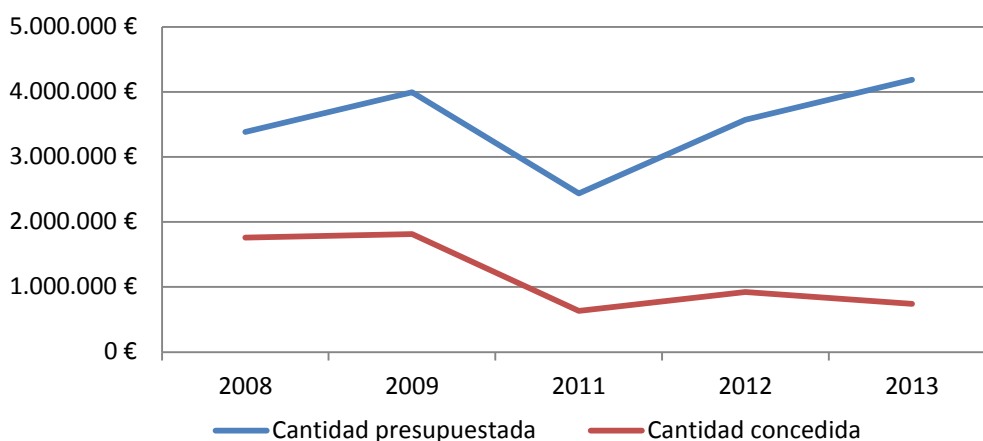
También se incluyen actuaciones de sensibilización social y apoyo como, por ejemplo, la coordinación de recursos, planificación, diseño y promoción de la participación de agentes comunitarios (Figuras 87 y 88).

**Figura 87: N° de proyectos de prevención y reducción de riesgos y daños (2008-2013; excepto año 2010<sup>22</sup>).**





**Figura 88: Coste de los proyectos que reciben ayudas y cantidad concedida (2008-2013; excepto año 2010<sup>22</sup>).**



El Departamento, vía concursal, puede financiar hasta el 100% del presupuesto que resulte aprobado y no subvenciona más del 10% del total asignado a este Capítulo por proyecto.

### **Reuniones de las estructuras de coordinación institucionalizadas y con entidades**

A lo largo de 2013 se celebraron las siguientes reuniones:

- Consejo Asesor de Drogodependencias, 12 de julio de 2013.
- Comisión Mixta de Educación para la Salud (integrada por los departamentos de Educación, Política Lingüística y Cultura, Empleo y Asuntos Sociales y Salud), 3 de junio y 10 de diciembre de 2013.
- Consejo Vasco de Servicios Sociales, el 3 de julio de 2013.
- Consejo Vasco de Atención Sociosanitaria, 3 de julio y 26 de diciembre de 2013.
- Consejo de Sanidad de Euskadi, 29 de noviembre de 2013.

Se mantuvieron, asimismo, 30 reuniones con entidades que trabajan en el ámbito de las adicciones.

### **Plan Nacional de Drogas**

En 2013 se renovó el convenio específico del Protocolo General de Colaboración suscrito el 2 de junio de 1999 entre el Ministerio del Interior (Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas) y la CAPV. Además, se participó, en las comisiones del Plan Nacional sobre Drogas (intersectorial, interautonómica y comisiones de trabajo), acudiendo a las 2 reuniones convocadas.

<sup>22</sup> El año 2010 fue especial porque se gestionaron a través de las subvenciones del Departamento de Empleo y Asuntos Sociales para el fomento de actividades del tercer sector.

## 2. ESTUDIOS, INFORMES Y DOCUMENTACIÓN

### Encuestas, informes y estudios

- Euskadi y Drogas 2012

Se trata de una encuesta domiciliaria que se realiza bienalmente, orientada a conocer la prevalencia y pautas de uso de las distintas adicciones, con y sin sustancia, entre la población vasca de 15 a 74 años, así como su percepción sobre la importancia del problema y la opinión sobre las principales propuestas planteadas. Mediante un muestreo estratificado de una sola etapa se realizó la encuesta a 2.007 personas. Una novedad de esta última encuesta ha sido la introducción de diversas preguntas relacionadas con la adicción al juego y a Internet. Presentada en el Parlamento Vasco el 27 de septiembre de 2013, se ha distribuido en formato libro y mediante PDF interactivo.

<http://bit.ly/1uE6plw>

- Drogas y Escuela 2011

Esta encuesta la lleva a cabo el Instituto Deusto de Drogodependencias (IDD), con la colaboración del Gobierno Vasco, de manera periódica y aporta datos sobre el consumo de drogas de los y las adolescentes vascas y las representaciones sociales que mantienen ante el mismo. Fue presentada en la Universidad de Deusto el 5 de junio de 2013.

- SEIT 2011

El Sistema de Información sobre Toxicomanías recoge de manera continua información sobre tres indicadores relacionados con el consumo de drogas. El informe de la CAPV se publicó en mayo de 2013.

<http://bit.ly/1vO9A7b>

- Encuesta de Salud 2013

Se realiza cada 5 años con el objetivo de conocer el estado de salud de la población, el uso recursos de salud y cuidados y la situación sobre los determinantes de la salud. En este último apartado se incluyen preguntas sobre el consumo de drogas. Fue presentada en rueda de prensa el 14 de noviembre de 2013.

<http://bit.ly/1uWxsw>

## **Colaboración con la universidad y otras entidades**

Como en años anteriores, en 2013 se suscribieron sendos convenios de colaboración con el SIIIS (Centro de Documentación y Estudios de la Fundación Eguía Careaga) y con el Instituto Deusto de Drogodependencias. Así mismo, se contó con la colaboración del Instituto Vasco de Criminología-(IVAC) para asesoramiento en la elaboración de la ley sobre adicciones.

## **Organización y participación en actividades de formación**

Las actividades organizadas por el Departamento de Salud u otras entidades, en colaboración con el mismo, van dirigidas al personal técnico de prevención comunitaria de las adicciones, de las entidades del tercer sector, de la Dirección de Salud Pública y Adicciones, del área de Salud Comunitaria de Osakidetza, del Departamento de Educación, y a las personas en fase de formación interesadas en la materia. Un total de 487 personas participaron en las actividades siguientes:

- Taller sobre prevención de adicciones, 26 y 28 de junio de 2013.
- Jornada sobre prevención y detección precoz, 19 de marzo de 2013.
- Drogas, riesgo y diversión, 12 y 13 de junio de 2013.
- Symposium del IDD sobre adicciones sin sustancia. 7 de noviembre de 2013.
- Taller de prevención de adicciones sobre alcohol y tabaco, 26 de junio de 2013.
- Curso-Taller: Claves de la adicción femenina. Autoengaño, coadicción, dualidad, y psicoterapia específica, 6 de noviembre de 2013.
- Jornada sobre desarrollo de programas de promoción de la salud en centros escolares: Sistema organizativo y elementos que facilitan el desarrollo de un programa, 25 de noviembre de 2013.
- Curso sobre programa de formación en dinámicas grupales activas. 27, 28 y 29 de noviembre de 2013.
- El trabajo con familias vulnerables y adolescentes con consumos de drogas, 11, 12 y 14 de diciembre de 2013.

## **Drogomedia**

Es un centro de documentación ( [www.drogomedia.com](http://www.drogomedia.com)) dirigido a profesionales, jóvenes, padres y madres que, promovida por el Gobierno Vasco, contiene abundante información sobre adicciones, tanto de carácter más divulgativo (glosario, diccionario, sustancias, noticias, agenda, recursos, enlaces, investigaciones) como técnico (herramientas, novedades documentales, novedades institucionales, etc.). Se actualiza permanentemente y, en concreto, la sección de hemeroteca se renueva cada día a primera hora de la mañana (Tabla 53).

Tabla 53: Fondo documental del Centro de Documentación de Drogodependencias (documentos específicos de drogodependencias).

1. Fondo documental	43.906
2. Nuevas incorporaciones 2012	1.308
3. Monografías (fondo)	8.491
4. Monografías (nuevas 2013)	230
5. Documentos electrónicos (fondo)	20.410
6. Documentos electrónicos (nuevos 2013)	1.178
7. Textos legislativos (fondo, 100% electrónicos)	1.662
8. Medios vaciados en hemeroteca	28
9. Revistas	132
10.Consultas a la biblioteca	612
<b>Drogomedia</b>	
11.Sesiones 2013	26.282
12.Páginas vistas 2013	88.234
13.Suscriptores boletín diario electrónico	784
<b>Perfiles sociales</b>	
14.Twitter Drogomedia (seguidores 2013)	583
15.Facebook Drogomedia (usuarios 2013)	165
<b>Directorio Drogas</b>	
16.Visitas 2013	1.601
17.Páginas vistas 2013	8.888

### 3. REDUCCIÓN DE LA OFERTA

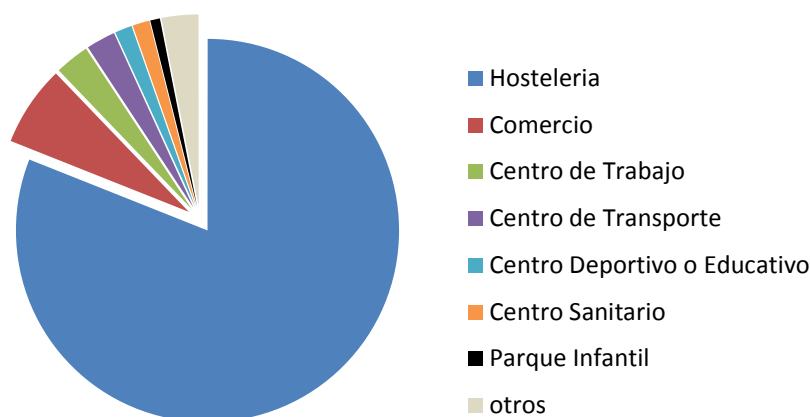
Bajo este epígrafe se engloban las medidas orientadas a disminuir la presencia y la oferta de droga y juego, de acuerdo al marco legal vigente, al igual que al control del comercio ilícito de drogas y juego. Intervienen diferentes agentes, como la Ertzaintza, policías locales y otros cuerpos del Estado, la Dirección de Juego y Espectáculos, el poder judicial, el sistema penal y el Departamento de Salud.

#### Tabaco

La Ley 18/1998, de 25 de junio, sobre prevención, asistencia e inserción en materia de drogodependencias, atribuye al Departamento de Salud tanto la competencia inspectora como sancionadora en materia de tabaco. Desde que entró en vigor la nueva normativa (Ley 1/2011, de 3 de febrero) que modificó la anterior, se han recibido 485 denuncias.

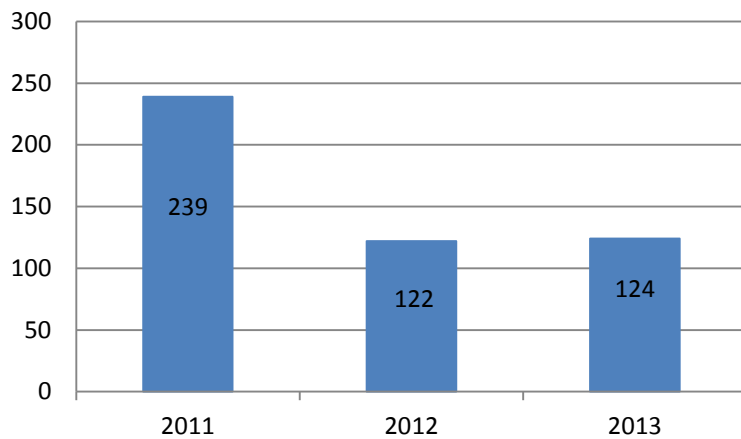
La mayoría de las denuncias recibidas han sido en establecimientos hosteleros, concretamente por permitir fumar en los mismos. También se han recibido numerosas denuncias en comercios por vender tabaco sin autorización y por vender tabaco a personas menores de edad.

Figura 89: Distribución (%) de denuncias por sector (2011-2013).



La Policía Municipal realizó más de un tercio de las denuncias (38%), pero también se han recibido denuncias de personas particulares (21%), de la Guardia Civil (9%) y de la Ertzaintza (8%). Probablemente por el efecto del cambio normativo el mayor número de denuncias se recibió el primer año de entrada en vigor (2011), y se redujo a la mitad los dos años posteriores (Figura 90).

Figura 90: Número de denuncias por año, 2011-2013.



## Alcohol

La misma Ley 18/1998, de 25 de junio, atribuye con carácter general a alcaldes y alcaldesas la competencia sancionadora por infracciones en materia de alcohol, por lo que son los municipios quienes tramitan las denuncias por este tipo de infracciones. Desde la Dirección de Salud Pública y Adicciones se asesoró a diversas instituciones y entidades sobre normativa en materia de publicidad, promoción, venta y consumo de bebidas alcohólicas.

## Cigarrillos electrónicos

En base a la recomendación de la OMS (julio 2013) que desaconsejaba su uso hasta que exista evidencia sobre su seguridad, eficacia y calidad, el Departamento de Salud inició el trámite de una orden que regula y restringe el uso del cigarrillo electrónico, disuadiendo de su uso en centros y establecimientos sanitarios, docentes; y dependencias de la Administración General e Institucional de la CAPV, incluidos los medios de transporte públicos.

## 4. PREVENCIÓN DE LAS ADICCIONES

El modelo de prevención que se sigue en Euskadi es un modelo comunitario que busca utilizar los distintos recursos existentes en la comunidad, con el fin de llegar a la población destinataria final de la intervención. Para ello, el Gobierno Vasco apoya económica y técnicamente a los ayuntamientos y mancomunidades para que elaboren y pongan en marcha su propio plan local de adicciones.

Los programas y acciones recogidos en el VI Plan de Adicciones abarcan distintos niveles de intervención. La prevención universal contempla programas o acciones dirigidos a la población general, o a grupos amplios de personas que no están identificadas en base a ningún factor de riesgo, que se trabajan en los ámbitos escolar, familiar, laboral y comunitario. Por su parte, la prevención selectiva se define como el conjunto de acciones dirigidas a grupos de población concretos que se hallan sometidos a factores de riesgo, capaces de generar problemas relacionados con las drogas o el juego, independientemente de que sean usuarios o no de drogas.

La prevención indicada comprende las intervenciones dirigidas a personas de alto riesgo que muestran consumos de drogas y otros problemas de comportamiento. La prevención selectiva e indicada se trabaja en los ámbitos escolar, familiar, festivo y del ocio, comunitario, y con adolescentes jóvenes altamente vulnerables y sus familias.

Finalmente, la prevención determinada engloba actividades dirigidas a reducir los riesgos para la salud y mitigar los daños en personas con drogodependencias.

En el año 2013 la red de recursos la constituían 38 equipos técnicos municipales de prevención comunitaria de drogodependencias, que desempeñan su labor en 38 localidades de más de 8000 habitantes de la CAPV: 4 en Araba, 13 en Gipuzkoa y 21 en Bizkaia. Además, el Gobierno Vasco, a través de la Orden de subvenciones, apoya intervenciones preventivas en otras 9 entidades locales que no alcanzan el número de habitantes requerido y no pueden acogerse a las ayudas para la contratación de equipos. El 85% de la población de la CAPV vive en una localidad atendida por un equipo de prevención comunitaria.

Por otra parte, la red de recursos comunitarios de prevención está formada por entidades de iniciativa social, que han realizado programas enmarcados en los ámbitos de prevención universal, selectiva o indicada. Durante 2013 se financiaron 2.315 proyectos en los diferentes niveles de prevención anteriormente explicados (Figura 91). En el Anexo 1 se presentan los diferentes proyectos y programas existentes en cada nivel de prevención en 2013 (Tabla 54).

Figura 91: Número de proyectos distribuida por tipo de prevención, 2012-2013.

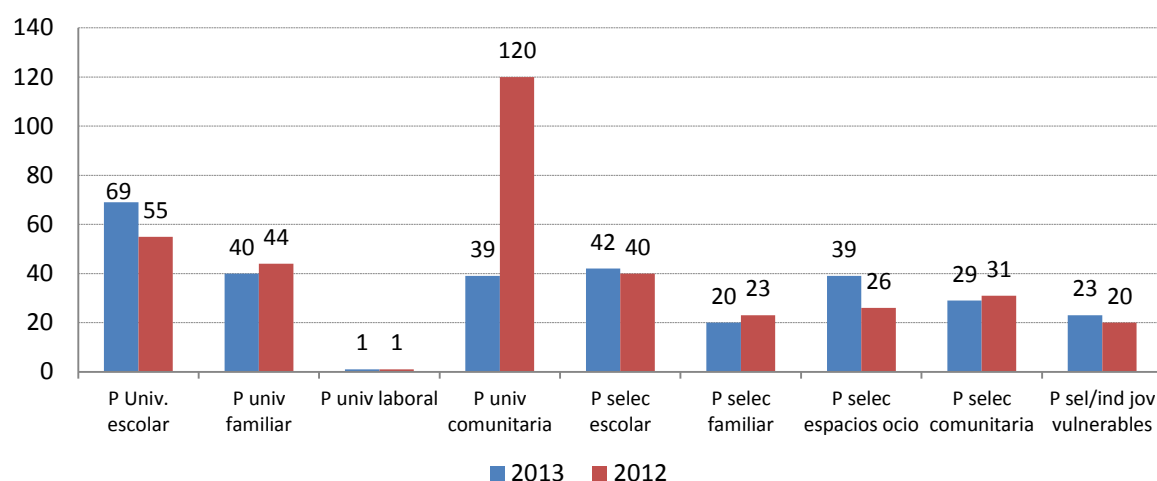


Tabla 54: Alcance de los diferentes proyectos de prevención en 2013.

Tipo Prevención	Centros educativos	Alumnos alumnas	Profesores profesoras	AMPAS	Padres madres	Escuela Padres madres	Jóvenes	Personas	Locales
Universal escolar	743	135.239	4.640	11					
Universal familiar				94	17.656	609			
Universal comunitaria							35.563	97.923	
Selectiva escolar	302	30.869	1.183		525				
Selectiva familiar				24	963		478		
Selectiva ocio							44.005	44.396	21
Selectiva-indicada comunitaria							3.872	6.790	
Selectiva-indicada Jóvenes vulnerables								3.609	
<b>Total</b>	<b>1.045</b>	<b>166.108</b>	<b>5.823</b>	<b>129</b>	<b>19.144</b>	<b>609</b>	<b>83.918</b>	<b>152.718</b>	<b>21</b>



## 5. EUSKADI LIBRE DEL HUMO DE TABACO

El consumo de tabaco es la principal causa de muerte evitable en el mundo, siendo un factor de riesgo de seis de las ocho causas principales de mortalidad a nivel mundial. La OMS estima que su consumo mata a más de cinco millones de personas cada año.

La Dirección de Salud Pública y Adicciones junto a Osakidetza y otros agentes institucionales principalmente del ámbito local, tienen en marcha el proyecto “Euskadi libre de humo de tabaco”, cuyo objetivo es hacer disminuir la mortalidad y la morbilidad atribuibles al consumo de tabaco en Euskadi.

Bajo el lema **“VIVE SIN TABACO”**, el proyecto basado en el plan MPOWER de la OMS, 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 de las personas no fumadoras del humo del tabaco.

### **Monitorización del tabaquismo en la CAPV**

En Euskadi, el consumo de tabaco ha disminuido de forma muy relevante en los últimos años. Según datos de la última encuesta de salud realizada en 2013, el consumo en los hombres ha pasado de un 30%, en 2002, a un 28% en 2007 y un 24% en 2013. En las mujeres, por primera vez desde 1997, se ha producido una disminución. En 2007 fumaba el 21% de las mujeres y en 2013 el 19%.

Respecto a la exposición al humo de tabaco ajeno (tabaquismo pasivo o de segunda mano) ha disminuido también de forma muy relevante, a más de la mitad respecto a 2007 y en más del 60% respecto a 2002.

Según la encuesta Euskadi y Drogas<sup>23</sup>, en 2012 el número de personas fumadoras entre la población de 15 a 74 años era de 423.000. Tras la entrada en vigor de la Ley 1/2011 de modificación de la Ley de Adicciones en materia de tabaco, las ventas de paquetes de cigarrillos descendieron en Euskadi un 10% entre 2011 y 2012, las de cigarros puros un 11% y las de paquetes de picadura de liar casi un 6%.

---

<sup>23</sup> Departamento de Salud. Euskadi eta Drogas 2012. Vitoria-Gasteiz: Servicio Central de Publicaciones del Gobierno Vasco, 2013

### **Ayuda a la persona fumadora**

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.

Según datos recogidos de Osabide AP, los tratamientos de deshabituación registrados durante 2013 en los centros de atención primaria han aumentado, comparados con los del año 2012, de 1.908 a 2.739 los individuales y de 520 a 1.304 los grupales.

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.

### **Programa "Clases sin humo".**

Este programa se enmarca dentro de las intervenciones planteadas para informar y sensibilizar a los distintos grupos de población de los riesgos para la salud derivados del consumo de tabaco así como del aire contaminado con humo de tabaco. Los riesgos que conlleva el consumo de tabaco, aconsejan intervenir en la adolescencia antes de que se consolide el consumo habitual, teniendo en cuenta su elevado poder adictivo.

Clases Sin Humo es un programa de intercambio y diálogo sobre el tabaco entre el alumnado de primer ciclo de la ESO, con el fin de retrasar la edad de contacto con el tabaco. Diversos estudios demuestran que es un programa eficaz, efectivo y de fácil implantación. En el año 2013 han participado 11.550 alumnos/as y 138 centros escolares, frente a 10.536 alumnos/as y 99 centros del año 2012.

## 6. PROGRAMA MENORES Y ALCOHOL

Ante la preocupante situación de consumo excesivo de alcohol, cada vez más temprano e intensivo, entre las personas menores de edad, especialmente durante los fines de semana y en eventos donde se concentran gran número de jóvenes, el Gobierno Vasco tomo la decisión de intervenir y elaborar el Programa Menores y Alcohol.

El 17 de junio de 2013 se reunió en Donostia una comisión interinstitucional integrada por los Departamentos de Salud, de Educación, de Políticas Sociales y de Seguridad del Gobierno Vasco, junto a EUDEL y los ayuntamientos de las 3 capitales con el fin de analizar la cuestión. En el encuentro se puso de manifiesto la necesidad de coordinación interinstitucional e intersectorial para el abordaje integral del problema. Así mismo, se planteó elaborar un programa que, en base a medidas normativas y acciones concretas y multisectoriales, permita disminuir la cifra de menores que consumen alcohol, retrasar la edad de inicio, reducir las presiones para el consumo y mejorar el conocimiento por parte de los y las adolescentes del riesgo del abuso del alcohol.

Para ello, se acordó la constitución de 3 grupos de trabajo que se reunieron entre los meses de septiembre y diciembre de 2013:

1. Departamentos de Educación y Cultura, de Empleo y Políticas Sociales y de Salud.
2. Ayuntamientos de las 3 capitales, EUDEL, Departamento de Justicia y Administración Pública, Departamento de Seguridad y Departamento de Salud.
3. Osakidetza y Departamento de Salud.

En diciembre de 2013 el borrador del documento del programa estaba ya terminado.

## 7. ASISTENCIA SOCIO-SANITARIA DE LAS ADICCIONES

### Intervención asistencial

La asistencia terapéutica contempla actividades orientadas a la rehabilitación y mejora de las condiciones de salud y de vida de las personas adictas. La asistencia a las personas drogodependientes es responsabilidad del Departamento de Salud del Gobierno Vasco, a través de sus recursos propios del Servicio Vasco de Salud-Osakidetza y de otros servicios concertados con entidades sin ánimo de lucro dotadas de los recursos profesionales necesarios.

El sistema cuenta con estos recursos:

- 32 centros para tratamiento ambulatorio de las toxicomanías y/o alcoholismo (Bizkaia y Gipuzkoa).
- 1 centro de tratamiento integral de las toxicomanías (Alava).
- 9 centros de tratamiento de toxicomanías concertados (Alava 1, Bizkaia 6, Gipuzkoa 2).
- 7 comunidades terapéuticas privadas concertadas especializadas en la rehabilitación de las personas toxicómanas. Una de ellas dedicada exclusivamente a mujeres/madres drogodependientes con hijos menores a su cargo.
- 1 unidad de desintoxicación hospitalaria en el Hospital de Galdakao (Bizkaia). Además, en las unidades de psiquiatría de agudos, enmarcados en otros 4 hospitales generales de cada uno de los territorios históricos, se realizan programas de desintoxicación en un marco más general de ingreso.
- 1 hospital de día para atención a personas toxicómanas (Manuene – Bizkaia).
- 3 hospitales psiquiátricos en Bizkaia.
- 1 hospital psiquiátrico de ½ estancia en Alava.
- 1 centro de tratamiento de patología dual (Maldatxo – Aita Meni, Gipuzkoa).
- 3 recursos asistenciales en cada una de las 3 prisiones de la CAPV. En los centros de Gipuzkoa y en Bizkaia la atención es prestada directamente por Osakidetza. En Araba está gestionado por la Asociación de psiquiatras Lur Gizen.
- 6 unidades hospitalarias para tratar la desintoxicación y el tratamiento residencial de alcoholismo.
- 2 residencias no-hospitalarias para tratar el acogimiento residencial de los enfermos alcohólicos.

## **Reducción de daños: Intervenciones con personas en situación de exclusión social**

El Gobierno Vasco, junto con la Diputación Foral de Bizkaia y el Ayuntamiento de Bilbao, renovó en 2013 los convenios suscritos con 3 entidades para el mantenimiento de 3 recursos sociosanitarios en la capital vizcaína:

1. Convenio con Médicos del Mundo – Sala de Consumo Supervisado de Menor Riesgo.
2. Cáritas Diocesana de Bilbao – Centro de Emergencia y Acogida Nocturna “Hontza”.
3. Comisión Ciudadana Antisida de Bizkaia – Centro de día de baja exigencia para personas drogodependientes.

En 2013 se inició un proceso de revisión y análisis conjunto de estos 3 recursos sociosanitarios de Bilbao por parte de las 3 instituciones participantes.

En cuanto a la atención a personas drogodependientes con medidas penales, en 2013, la atención a las personas recluidas en Basauri y Martutene fue transferida a Osakidetza - Red de Salud Mental Extrahospitalaria. En el caso de Zaballa, la atención se presta desde la Dirección de Salud Pública y Adicciones a través de la entidad Lur Gizen. Las Comunidades terapéuticas para presos con patología dual se atienden mediante concierto desde las subdirecciones de Bizkaia y Gipuzkoa.

## **8. LEY SOBRE ADICCIONES**

En 2013 se iniciaron los trabajos de redacción del Proyecto de Ley sobre Adicciones. Teniendo en cuenta las nuevas realidades y patrones de consumo, la amplia experiencia acumulada por las administraciones y las entidades y las nuevas normativas en los ámbitos estatal y europeo en el nuevo proyecto de ley se abordarán las denominadas adicciones sin sustancia, así como nuevos productos que han proliferado en los últimos tiempos, como son los cigarrillos electrónicos. También se profundizará entre otras cuestiones, en los derechos y deberes de las personas usuarias, en la prevención y en el fenómeno del consumo de alcohol por parte de las personas menores de edad.

## **Anexo 1: Proyectos y programas desarrollados durante el año 2013 en cada nivel de prevención**

### **Prevención universal escolar:**

“Clases sin humo”, “En la huerta con mis amigos”, “Osasunkume”, Prevención de tutorías “FERE”, “Jóvenes y Drogas”, “Ordago”, “Drogas al desnudo”, “INESI”, “Zineskola”, “Osasunaren bila”, “baztertu opila”, Prevención del cáncer, “Pantallas amigas”, “Educar las emociones”, “Bihar txotxongiloa”, “Sociodrama”, “Retomemos”, “Síndrome del lunes”, “Jóvenes y lonjas”, “El retrovisor para jóvenes DES”, “Jóvenes changemakers-City Portugalete”, “Escaparte”, “Fundraising”

### **Prevención universal familiar:**

Proyectos en los centros escolares de Gipuzkoa (AGIPAD), Escuelas de Padres y Madres [equipos técnicos municipales de Prevención de las Drogodependencias (PdD)].

Prevención universal laboral: Programas en el espacio del trabajo (equipos técnicos municipales de PdD).

### **Prevención universal comunitaria:**

Programas (equipos técnicos municipales de Prevención de Drogodependencias), Campañas de sensibilización (Dirección de Salud Pública y Adicciones, en colaboración con los equipos técnicos municipales de PdD).

### **Prevención selectiva escolar:**

Programas como “Mimarte”, “Cannabis al desnudo”, “Riesgo-Alcohol”, “Yo adolescente joven”, “Motibatu”, “Garaiz-A tiempo”, “La pared”, “Yerba”.

**Prevención selectiva familiar:** Intervención precoz con menores y familias sobre factores de vulnerabilidad (BIGE); prevención selectiva familiar en los centros escolares de Gipuzkoa; escuelas de padres y madres (equipos técnicos municipales).

### **Prevención selectiva en espacios de ocio:**

Prevención y reducción de riesgos asociados al consumo de alcohol y de drogas no legales mediante intervenciones en espacios de ocio; reducción de riesgos en lonjas y servicio de información y testado de sustancias, “punto fijo”; campaña “alcohol a menores ni gota”.

**Prevención selectiva e indicada comunitaria:**

Programas de intervención específica en la comunidad gitana, atención y acompañamiento a niños/as y jóvenes de la comunidad gitana y sus familiares, para la promoción de la salud y gestión de riesgos, cannabis y salud: hacia un consumo responsable del cannabis, adolescentes, consumo de alcohol y presión de grupo.

**Prevención indicada con adolescentes y jóvenes altamente vulnerables y sus familias:**

Programas de atención a familias y adolescentes altamente vulnerables, intervención terapéutica a familias de adolescentes con alta vulnerabilidad, adolescentes, adicciones y comportamientos problemáticos, Nerabeekin, Intervención con menores consumidores de familias con violencia filio-parental, prevención indicada con alumnado del PCPI Otxarkoaga, atención a familias afectadas por el juego patológico y nuevas adicciones sin sustancia, tratamiento de personas afectadas por adicciones comportamentales.

En diciembre de 2013 se suscribió un acuerdo entre los Departamentos de Educación y Seguridad para formación de alumnos y alumnas a cargo de la Ertzaintza, ante los riesgos derivados de la navegación por Internet y la realidad y consecuencias del consumo de drogas, entre otros temas.