

Informe 2014

Salud pública y adicciones



ÍNDICE

INFORMACIÓN POBLACIONAL	4
MORBILIDAD.....	15
SISTEMAS DE VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA	15
1. ENFERMEDADES DE DECLARACIÓN OBLIGATORIA (EDO)	15
2. GRIPE	21
3. MICROBIOLOGÍA.....	26
4. BROTES.....	33
PROTECCIÓN DE LA SALUD	38
SALUD AMBIENTAL	38
1. AIRE	38
2. AGUAS DE CONSUMO	44
3. AGUAS DE BAÑO.....	47
4. PREVENCIÓN Y CONTROL DE LA LEGIONELOSIS	51
5. PRODUCTOS QUÍMICOS	54
6. OTRAS ACTUACIONES	55
SEGURIDAD ALIMENTARIA	58
1. ESTABLECIMIENTOS ALIMENTARIOS	58
2. SEGURIDAD MICROBIOLÓGICA DE LOS ALIMENTOS	64
3. SEGURIDAD QUÍMICA	70
4. OTRAS ACTIVIDADES.....	77
LABORATORIO.....	78
1. EVOLUCIÓN GENERAL DE LA ACTIVIDAD.....	81
2. PROGRAMAS DE SALUD PÚBLICA	82
3. DETERMINACIONES TOXICOLÓGICAS.....	90
4. FORMACION Y DOCENCIA	93
PREVENCIÓN	94
1. SALUD MATERNO INFANTIL.....	94
2. PROGRAMA DE VACUNACIONES	96
3. PREVENCIÓN DEL VIH E INFECCIONES DE TRANSMISIÓN SEXUAL.....	97
4. PROGRAMA DE ASISTENCIA DENTAL INFANTIL (PADI)	98

PROMOCIÓN DE LA SALUD	100
1.PROMOCIÓN DE LA ACTIVIDAD FÍSICA.....	100
2.CREACIÓN DE ENTORNOS FAVORABLES.....	103
3.SALUD Y ACCIÓN COMUNITARIA	103
4.ADQUISICIÓN DE APTITUDES INDIVIDUALES.....	104
ADICCIONES	108
1. COORDINACIÓN Y APOYO EN LA INTERVENCIÓN SOBRE ADICCIONES.....	108
2. ESTUDIOS, INFORMES Y DOCUMENTACIÓN	113
3. REDUCCIÓN DE LA OFERTA.....	115
4. PREVENCIÓN DE LAS ADICCIONES.....	116
5. EUSKADI LIBRE DE HUMO DE TABACO	118
6. PROGRAMA MENORES Y ALCOHOL.....	120
7. ASISTENCIA SOCIO-SANITARIA DE LAS ADICCIONES.....	125
8. PROYECTO DE LEY SOBRE ADICCIONES	126

INFORMACIÓN POBLACIONAL

1. INFORMACIÓN POBLACIONAL CAPV 2014

Según los datos de Eustat, la población de la C.A de Euskadi al 1 de enero de 2014 es de 2.172.877 personas, de las que 1.115.422 (51,3%) son mujeres y el resto varones 1.057.455 (48,7%). La distribución de esta población por Territorios Históricos es: Araba/Álava 320.032, Bizkaia 1.144.214 y Gipuzkoa 708.631. Es la segunda vez que pierde población respecto a 2012, año del máximo histórico de población. En concreto la C.A. de Euskadi pierde 6.072 personas respecto a 2013. Esto contrasta con el balance positivo entre el 2006 y el 2012 cuando la población aumentó todos los años y arrojó una ganancia de unas 66.200 personas en el conjunto del periodo.

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.

No se dispone de datos de nacimientos del cuarto trimestre de 2014 por lo que las comparaciones son sobre el tercer trimestre.

Según datos de Eustat en el tercer trimestre de 2014 el número de nacidos en la C.A. de Euskadi ha sido de 4.940, lo que supone un descenso del 0,7% respecto al mismo período del año anterior. El territorio que ha experimentado un mayor descenso ha sido Bizkaia donde nacieron 2.487 niños y niñas, un 3,6% menos; en Gipuzkoa con 1.606 nacimientos se ha producido un descenso del 0,6%. Por el contrario, Álava, con 847 nacimientos, ha experimentado un incremento del 8,7% (Tabla 1).

En cuanto al envejecimiento de la población según datos de Eustat, en 2014 la C.A de Euskadi, con el 20,7% de población con 65 o más años, supera la proporción de población en este tramo de edad que se da en España (18,2%). Castilla y León, Principado de Asturias y Galicia, que superan el 23%, son las Comunidades Autónomas que tienen proporciones más elevadas. Si se compara con Europa, sólo

Italia y Alemania superan las cifras vascas. En 2006 la proporción era menor en 4 puntos porcentuales.

En la Comunidad Autónoma de Euskadi se da una relación de 1,4 personas de 65 y más años por cada menor de 16 años, superando el ratio del conjunto de España, que es de 1,1.

En lo referente a la esperanza de vida de la población destaca la evolución positiva de este indicador. En la C.A. de Euskadi en los últimos años, según los últimos datos disponibles de Eustat y Eurostat, si la esperanza de vida de la población vasca en el año 2001 era de 76,4 años para los hombres y de 83,7 años para las mujeres, en el año 2011 se situaba en 78,9 y en 85,4 años, respectivamente. Esta última cifra es más alta en relación con la media de todos los países de la UE-28, situada en 83,1 años en 2011.

- **Población en relación con la actividad**

Los datos del cuarto trimestre de 2014 del mercado laboral de la C.A. de Euskadi dan una cifra de 898.000 personas ocupadas, lo que supone un incremento neto de 6.000 personas respecto al trimestre anterior (+0,7%), según datos elaborados por Eustat. Por otro lado, la tasa de paro se mantiene en el 14,5%, igual a la del tercer trimestre de 2014.

En cuanto al género, el ascenso de la ocupación afecta tanto a las mujeres, con 3.500 ocupadas más que el trimestre anterior, como a los hombres, que aumentan en 2.500 su cifra de ocupados.

La tasa de ocupación, porcentaje de personas ocupadas de 16 a 64 años sobre el total de esas edades, aumenta 0,5 puntos porcentuales con respecto al trimestre anterior, situándose en el 64,8%. Esta tasa alcanza el 68,6% entre los hombres, mientras que supone el 61% para las mujeres.

Por territorios históricos, la tasa de ocupación más elevada resulta ser la de Gipuzkoa, con un 67,9% y un aumento respecto al trimestre anterior de 0,5 puntos; en segundo lugar se sitúa Álava, con una tasa de 65,6% y un aumento de 0,8 puntos; por último, Bizkaia tiene la tasa más baja, con un 62,7% y un aumento de 0,5 puntos porcentuales en el último trimestre.

El número de personas paradas se estima en 152.300 en el cuarto trimestre del año, 500 más que el trimestre anterior. El colectivo de mujeres paradas, que comprende a 73.200 personas, ha aumentado en 3.600, mientras que el colectivo de hombres desempleados ha disminuido en 3.000, hasta un total de 79.200 en el trimestre.

Los datos del cuarto trimestre de 2014 ofrecen una tasa de paro del 14,5%, igual a la del trimestre anterior, pero siete décimas porcentuales inferior al cuarto trimestre de 2013. La tasa de paro masculina baja al 14,2% (0,6 puntos porcentuales menos) y la femenina sube 0,5 puntos, alcanzando el 14,8%. La tasa de paro juvenil sigue siendo la más alta, con el 40,1%, afectando el desempleo a 17.300 jóvenes activos de 16 a 24 años.

Por otra parte y relacionado con el mercado laboral, la incidencia de la crisis económica ha provocado un incremento de las tasas de pobreza durante los últimos años. Reflejo de este incremento es el aumento de perceptores de la RGI Renta de Garantía de Ingresos, (ayuda dirigida a personas que no disponen de recursos o que teniéndolos son insuficientes para cubrir sus necesidades básicas). Según los datos del Servicio Vasco de Empleo Lanbide se ha pasado de 24.000 personas perceptoras de Renta de Garantía de Ingresos en 2004 a 65.687 personas perceptoras en diciembre de 2014.

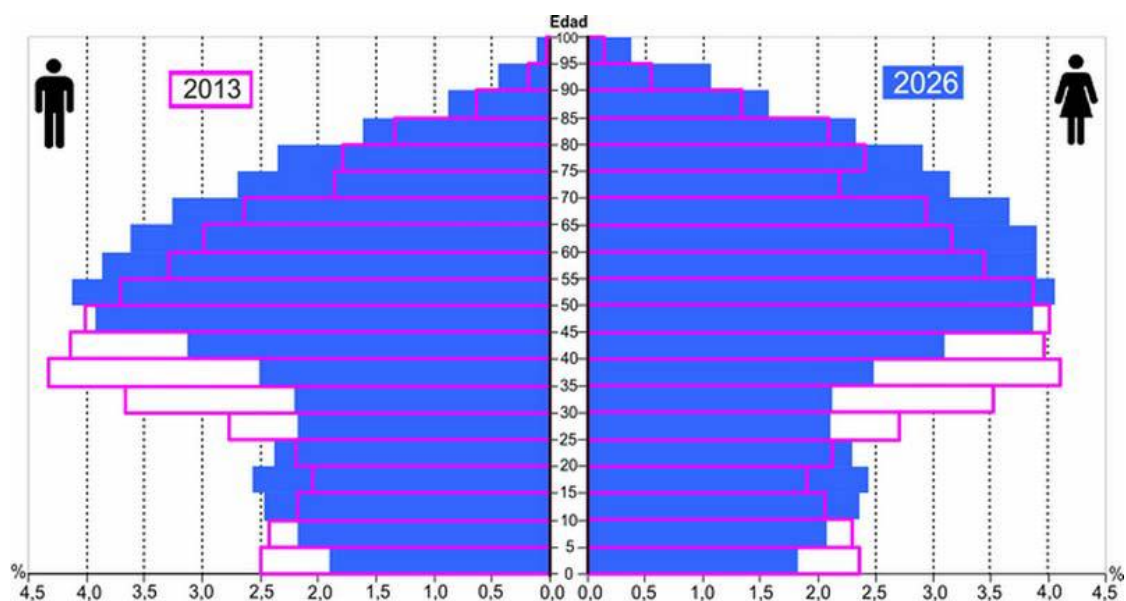
De estas 65.687 personas perceptoras de RGI en diciembre de 2014, corresponde a mujeres 37.704 (57%) y a hombres 27.983 (43%).

- **Sueldos y salarios.**

En Euskadi el salario medio bruto mensual por persona trabajadora en el año 2013, según el INE, asciende a 2.162 euros, siendo la segunda Comunidad en la distribución salarial por Comunidades, ocupando la primera posición la Comunidad de Madrid con un salario medio bruto mensual de 2.198,7 euros.

- **Proyección demográfica 2013-2026**

Figura 1: Pirámides de población de la C.A de Euskadi 2013-2026



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

Se estima que la C.A. de Euskadi 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, según las Proyecciones Demográficas 2026 realizadas por Eustat. Esto supondría algo menos de 100.000 personas menos que en 2014, 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 (Figura 1).

Se prevé una disminución de la población de los tres territorios, aunque con diferencias de intensidad: Álava perderá poco más de 6.000 habitantes, mientras que el descenso poblacional en Gipuzkoa se aproximará a 31.000 personas y en Bizkaia a 65.000. Esas diferencias prolongarán la tendencia de los últimos quinquenios de un progresivo aumento del peso poblacional de Álava en detrimento de la de Bizkaia en el conjunto de la C.A. de Euskadi. En el año 2026 se prevé que el 15,1% de la población resida en Álava, (1,5 puntos porcentuales más que en 2001), el 52,3% en Bizkaia (1,5 puntos menos) y el 32,6% en Gipuzkoa.

Se combinarán saldos negativos en los dos componentes del crecimiento demográfico, el natural (nacimientos menos defunciones) y el migratorio (inmigraciones menos emigraciones). El crecimiento natural presentará saldos cada vez más negativos por el aumento de las defunciones y el fuerte descenso de los nacimientos. En lo que respecta al saldo migratorio, se estima que será de -50.000 habitantes, cifra similar a la del decrecimiento natural.

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

Se estima que la población de 20 a 64 años de edad pierda 195.000 personas, un 15%, en estos 13 años, como resultado de las caídas de unas 95.000 personas de los grupos de edad 20-34 y de 141.000 en el de 35 a 49 años, y del incremento de más de 41.000 en el de 50-64 años.

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 total, 32.000 personas irían al grupo de 85 y más años, que pasará a suponer el 4,6% del total.

La esperanza de vida al nacimiento alcanzará 82,6 años para los hombres y 88,4 años para las mujeres en 2025, partiendo de los 79,1 y 85,6 años, respectivamente, en 2010. La diferencia de esperanza de vida al nacimiento entre mujeres y hombres pasará de 6,5 años en 2010 a 5,8 en 2026.

2. MORTALIDAD EN LA CAPV, 2013

Durante el año 2013 se han producido 19.692 defunciones entre las personas residentes en la CAE (un 3% menos que en el 2012). Por sexo 9.506 (48%) son mujeres y 10.186 (52%) hombres (Tabla 2)

La tasa bruta de mortalidad es de 895 por 100.000 habitantes (un 3% menor que en el 2012), 844 para las mujeres y 949 para los hombres, La tasa de mortalidad ajustada por edad a la población europea estándar, es de 430 por 100.000 habitantes, 308 para las mujeres y 587 para los hombres.

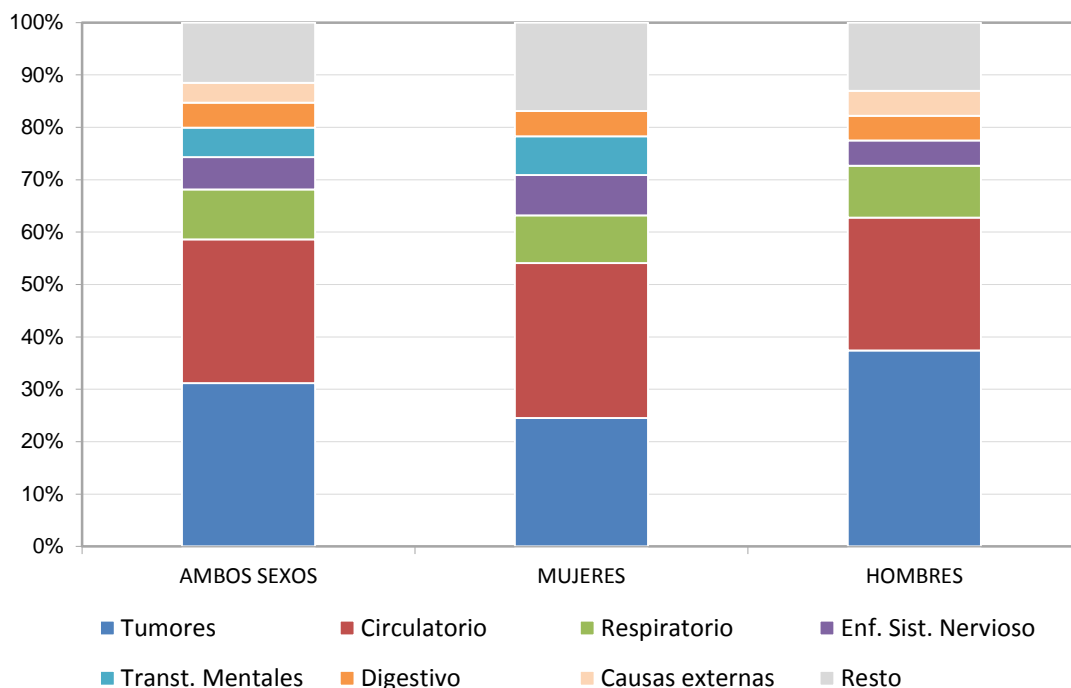
Tabla 2: Número de defunciones, frecuencias relativas y tasas de mortalidad por grupos de causas y sexo. CAPV, 2013

	Causas	Mujeres			Hombres			Ambos sexos		
		Nº	%	Tasa*	Nº	%	Tasa*	Nº	%	Tasa*
I	Enf.Infecciosas y parasit.	167	1,8	5,3	145	1,4	8,9	312	1,6	7,0
II	Tumores	2.329	24,5	105,5	3.814	37,4	232,8	6.143	31,2	160,4
III	Enf.sangre y trast.inmunidad	39	0,4	1,2	35	0,3	2,1	74	0,4	1,6
IV	Enf.endocrinas	385	4,0	11,7	255	2,5	14,0	640	3,2	12,9
V	Trastornos mentales	699	7,3	16,3	397	3,9	19,6	1.096	5,6	17,7
VI	Enf.sistema nervioso	732	7,7	21,2	491	4,8	26,7	1.223	6,2	23,8
VII	Enf. del ojo	0	0,0	0,0	0	0	0,0	0	0	0,0
VIII	Enf. del oído	0	0,0	0,0	0	0	0,0	0	0	0,0
IX	Enf.sistema circulatorio	2.817	29,6	76,0	2.591	25,4	141,6	5.408	27,5	104,8
X	Enf.sistema respiratorio	865	9,1	22,7	1.004	9,9	50,8	1.869	9,5	33,4
XI	Enf.sistema digestivo	459	4,8	14,4	483	4,7	29,1	942	4,8	21,2
XII	Enf.piel y tej.subcutáneo	34	0,4	0,8	24	0,2	1,3	58	0,3	1,1
XIII	Enf.sist.osteomuscular y tej.conj.	147	1,6	4,0	73	0,7	3,6	220	1,1	3,8
XIV	Enf. Sist.genitourinario	214	2,3	5,6	187	1,8	9,5	401	2,0	7,0
XV	Complicac.embarazo,parto	0	0,0	0,0	0	0	0,0	0	0	0,0
XVI	Afecciones perinatales	8	0,1	1,2	16	0,6	2,3	24	0,1	1,8
XVII	Malformaciones congénitas	24	0,2	2,3	20	0,2	1,7	44	0,2	2,0
XVIII	Causas mal definidas	331	3,5	8,2	167	1,6	9,2	498	2,5	8,9
XIX	Causas externas	256	2,7	11,5	484	4,8	34,0	740	3,8	22,2
	Total	9.506	100	307,8	10.186	100	587,2	19.692	100	448,5

** 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, 2013

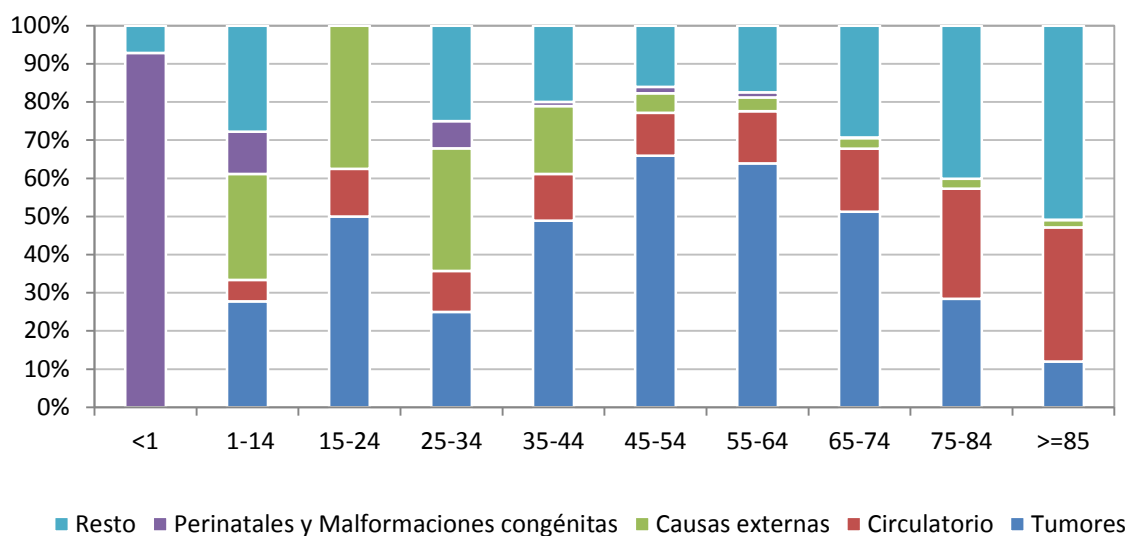


FUENTE: Registro de Mortalidad. Dirección de Planificación, Ordenación y Evaluación Sanitaria. Departamento de Salud.

Los tumores (31%) son la primera causa de muerte entre la población de la CAE en el 2013, en segundo lugar se encuentran las enfermedades del sistema circulatorio (28%). En orden de frecuencia le siguen las enfermedades del sistema respiratorio (10%), las enfermedades del sistema nervioso y los trastornos mentales ambas con un 6% (Figura 2).

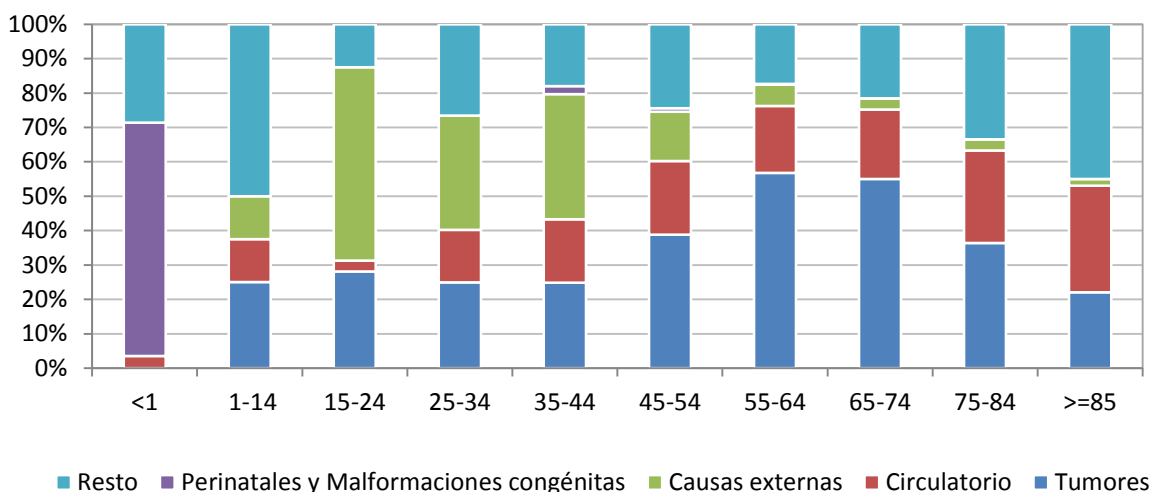
Por sexos, en las mujeres la primera causa de muerte son las enfermedades del sistema circulatorio (30%), seguidas de los tumores (25%), a continuación se encuentran las enfermedades del sistema respiratorio (9%), las enfermedades del sistema nervioso (8%) y los trastornos mentales (7%), y las enfermedades del sistema digestivo (5%) (Figura 3). En los hombres los tumores (37%) son la primera causa de muerte, seguidos de las enfermedades del sistema circulatorio (25%), a continuación se encuentran las enfermedades del sistema respiratorio (10%), del sistema nervioso, las causas externas y las enfermedades del sistema digestivo y con un 5% cada una (Figura 4).

Figura 3: Mortalidad por causas según edad en mujeres. CAPV, 2013



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

Figura 4: Mortalidad por causas según edad en hombres. CAPV, 2013



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

Por grupos de edad, las principales causas de muerte en menores de un año son las afecciones perinatales y las malformaciones congénitas (93% en las niñas y el 68% en los niños). En las mujeres, la primera causa de mortalidad de 1 a 74 años son los tumores, excepto de 25 a 34 que son las causas externas. En mayores de 75 años las enfermedades del sistema circulatorio ocupan el primer puesto seguidas de los tumores. En los hombres, la primera causa de mortalidad de 15 a 44 años son las causas externas, de 45 a 84 los tumores seguidos de las enfermedades del sistema circulatorio, que ocupan la primera posición a partir de los 85 años. (Tabla 3).

Tabla 3: Principales causas de muerte por grupos de edad y sexo. CAPV, 2013

Mujeres			Edad	Hombres		
Causas	Nº	Tasa*		Causas	Nº	Tasa*
Afecciones perinatales	8	74,7	< 1	Afecciones perinatales	16	146,2
Malformaciones congénitas	5	46,7		Malformaciones congénitas	3	27,4
Enf. sistema respiratorio	1	9,3		Causas mal definidas	3	17,4
Total causas	14	130,7		Enf. sistema nervioso	2	18,3
Tumores	5	3,6	1 - 14	Total causas	28	255,8
Causas externas	5	3,6		Enf. endocrinas	3	2,0
Malformaciones congénitas	2	1,4		Tumores	2	1,3
Enf. sistema circulatorio	1	0,7		Enf. sistema circulatorio	1	0,7
Total causas	18	12,8		Causas externas	1	0,7
Tumores	4	4,7	15-24	Total causas	8	5,4
Causas externas	3	3,5		Causas externas	18	20,0
Enf. sistema circulatorio	1	1,2		Tumores	9	10,0
Total causas	8	9,4		Enf. sistema nervioso	2	2,2
Causas externas	9	6,7	25-34	Enf. sistema respiratorio	1	1,1
Tumores	7	5,2		Total causas	32	35,6
Enf. sistema circulatorio	3	2,2		Causas externas	24	17,2
Enf. sistema respiratorio	3	2,2		Tumores	18	12,9
Total causas	28	20,9		Enf. sistema circulatorio	11	7,9
Tumores	44	24,8	35-44	Enf. sistema nervioso	4	2,9
Causas externas	16	9,0		Total causas	69	49,4
Enf. sistema circulatorio	11	6,2		Causas externas	63	33,6
Enf. sistema nervioso	6	3,4		Tumores	43	22,9
Total causas	90	50,7		Enf. sistema circulatorio	32	17,0
Tumores	205	116,4	45-54	Enf. Infecciosas y parasitarias	7	3,7
Enf. sistema circulatorio	35	19,9		Total causas	173	93,1
Enf. sistema nervioso	16	9,1		Tumores	223	129,6
Causas externas	16	9,1		Enf. sistema circulatorio	123	71,5
Total causas	311	176,6		Causas externas	82	47,7
Tumores	319	220,7	55-64	Enf. sistema digestivo	56	32,6
Enf. sistema circulatorio	68	47,0		Total causas	574	333,6
Enf. sistema nervioso	23	15,9		Tumores	643	470,7
Enf. sistema digestivo	21	14,5		Enf. sistema circulatorio	221	161,8
Total causas	499	345,2		Enf. sistema digestivo	74	54,2
Tumores	400	365,0	65-74	Causas externas	70	51,2
Enf. sistema circulatorio	129	117,7		Total causas	1.133	829,3
Enf. sistema nervioso	49	44,7		Tumores	972	1.010,2
Enf. sistema digestivo	42	38,3		Enf. sistema circulatorio	357	370,0
Total causas	781	712,7		Enf. sistema respiratorio	106	110,2
Enf. sistema circulatorio	731	717,7	75-84	Enf. sistema digestivo	82	85,2
Tumores	720	706,9		Total causas	1.767	1.836,5
Enf. sistema respiratorio	209	205,2		Tumores	1.244	1.740,1
Enf. sistema nervioso	207	203,2		Enf. sistema circulatorio	919	1.285,5
Total causas	2.534	2.487,8		Enf. sistema respiratorio	380	531,5
Enf. sistema circulatorio	1.838	3.923,0	85 y +	Enf. sistema nervioso	193	270,0
Tumores	635	1.334,0		Total causas	3.417	4.779,7
Enf. sistema respiratorio	592	1.263,6		Enf. sistema circulatorio	925	4.720,8
Trastornos mentales	537	1.146,2		Tumores	659	3.363,3
Total causas	5.223	11.147,9		Enf. sistema respiratorio	461	2.352,8
				Trastornos mentales	233	1.189,1
				Total causas	2.985	15.234,3

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, el 8% de las muertes se deben a la enfermedad cerebrovascular, seguida de los trastornos mentales orgánicos senil y presenil con un 7%, a continuación con un 5%, están la cardiopatía isquémica, la enfermedad de Alzheimer y la insuficiencia cardíaca (Tabla 4).

En los hombres las primeras causas de muerte, con un 9%, son el tumor maligno de tráquea, bronquios y pulmón y la cardiopatía isquémica, a continuación con un 5% las enfermedades cerebrovasculares y de la EPOC y con un 4% el tumor maligno de colon, los trastornos mentales seniles y preseniles. El tumor maligno de próstata ocupa la séptima posición con un 3%.

Tabla 4: Principales causas por sexo. CAPV, 2013

Mujeres			Hombres		
Causas	Nº	Tasa*	Causas	Nº	Tasa*
Enf. cerebro-vascular	758	21,2	T.M. traquea bronquios y pulmón	907	59,1
Trast. orgánicos senil y presenil	683	15,6	Cardiopatía isquémica	876	50,8
Cardiopatía isquémica	499	14,6	Enf. cerebro-vascular	543	28,6
Insuficiencia cardíaca	469	11,2	EPOC y enf. afines	474	23,6
Enf. de Alzheimer	442	10,5	T.M. colon	383	21,9
Enf. hipertensiva	419	9,7	Trast. orgánicos senil y presenil	375	18,2
T.M. mama	339	16,6	T.M. próstata	305	15,4
Diabetes Mellitus	301	8,6	Insuficiencia cardíaca	239	13,1
T.M. colon	259	15,0	T.M. estómago	235	11,9
T.M. traquea bronquios y pulmón	247	10,7	T.M. vejiga	219	13,2

* 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 (47%), las enfermedades del sistema circulatorio (16%) y las causas externas (16%), han sido en el año 2013 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, 2013

Mujeres			Hombres		
Causas	Nº	Tasa*	Causas	Nº	Tasa*
T.M. mama	2.025	1,7	T.M. traquea bronquios y pulmón	4.253	3,7
T.M. traquea bronquios y pulmón	1.740	1,5	Cardiopatía isquémica	3.420	3,0
Suicidio y autolesiones	913	0,8	Suicidio y autolesiones	2.100	2,1
Enf. cerebro-vascular	820	0,9	Cirrosis y enf. crónicas hígado	1.508	1,4
Accidentes tráfico vehic.motor	715	0,7	Accidentes tráfico vehic.motor	1.063	1,0
T.M. estómago	575	0,5	Envene.accidental por drogas	985	1,1
Cirrosis y enf. crónicas hígado	520	0,4	Enf. cerebro-vascular	925	0,9
T.M. colon	390	0,3	T.M. páncreas	858	0,7
Cardiopatía isquémica	325	0,3	T.M. estómago	820	0,7
T.M. tejido linfático y org. hematop.	293	0,3	T.M. colon	778	0,7

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

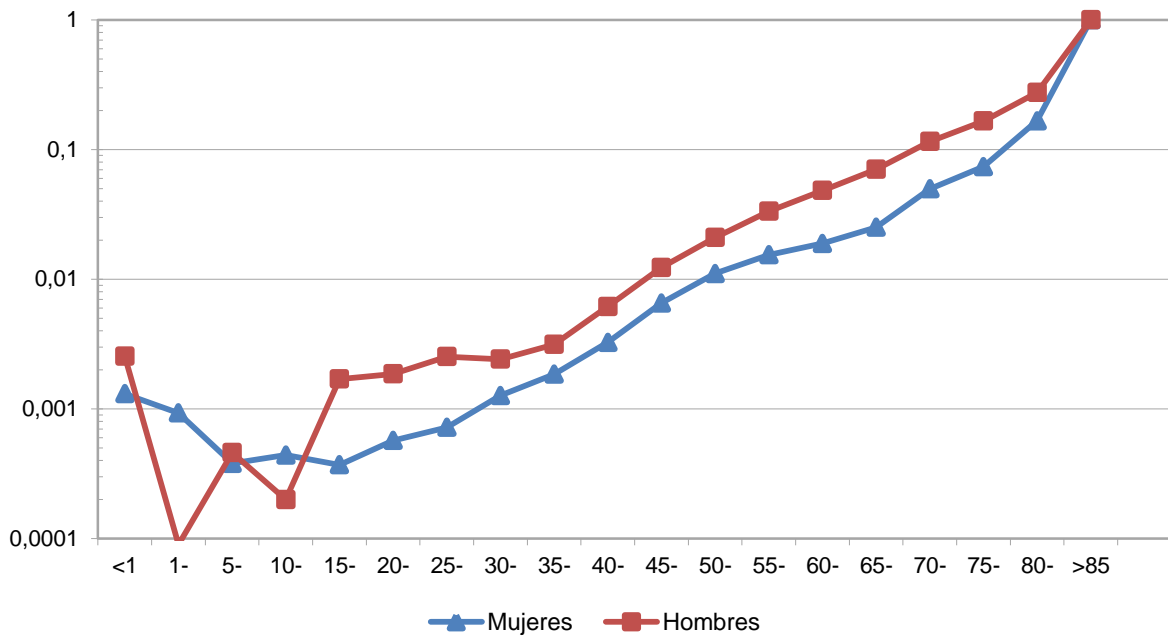
FUENTE: Registro de Mortalidad. Dirección de Planificación, Ordenación y Evaluación Sanitaria. Departamento de Salud.

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 (12%), le siguen en orden de frecuencia, el tumor maligno de tráquea bronquios y pulmón (10%), con un 5% el tumor maligno de colon y los suicidios y autolesiones, y con un 4% Las enfermedades cerebrovasculares. En hombres la mayor mortalidad prematura se debe al tumor maligno de traquea bronquios y pulmón (12%), a continuación la cardiopatía isquémica (10%), los suicidios y autolesiones (6%), la cirrosis y enfermedades crónicas del hígado (4%), y con un 3% el envenenamiento accidental por drogas y los accidentes de tráfico (Tabla 5).

Durante el año 2013 se han producido 42 defunciones entre los residentes en la CAE menores de un año, lo que supone una tasa de mortalidad infantil de 2,2 por 1.000 nacidos vivos (un 18% menos que en 2012). La mortalidad perinatal, nacidos muertos con 22 o más semanas de gestación más los fallecidos en la primera semana de vida, es de 87 casos y una tasa de 4,5 por 1.000 nacidos totales (un 15% menos que en 2012).

La esperanza de vida al nacimiento, o vida media, en la CAE en el año 2013 es de 87,2 años en mujeres y de 80,2 años en hombres. La probabilidad de morir es mayor en los hombres en todos los grupos de edad excepto en los de 1 a 4 y de 10 a 14 años (Figura 5).

Figura 5: Probabilidad de morir por grupo de edad y sexo. CAPV, 2013



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

SISTEMAS DE VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA¹

La Vigilancia Epidemiológica constituye la base de las actuaciones que permiten prevenir y controlar la enfermedad en el campo de la salud pública. Para conseguir ese objetivo y en referencia a las enfermedades transmisibles, la Vigilancia Epidemiológica dispone de cuatro sistemas generales de información: las Enfermedades de Declaración Obligatoria, la Red Vigía, el Sistema de Información Microbiológica y el Registro de Brotes².

1. ENFERMEDADES DE DECLARACIÓN OBLIGATORIA (EDO)

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

Las enfermedades que forman parte de este sistema de vigilancia epidemiológica son 34; en cinco de ellas se recoge información exclusivamente numérica y en las otras 29 se recogen, además, datos de carácter individual, como la edad o los condicionantes de riesgo. En la tabla 6 se presentan los casos del año 2014, tasas e índices epidémicos. En la tabla 7 los casos y tasas del período 2009-2013.

¹ En este capítulo del Informe se hace referencia a los Sistemas de Vigilancia Epidemiológica relativos a enfermedades transmisibles y no transmisibles; en el capítulo dedicado a Prevención de la Salud se analizan los datos del Registro de bebés recién nacidos de la CAPV, del programa de cribado neonatal de enfermedades congénitas (metabolopatías) y del programa de vacunaciones.

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

Tabla 6: Enfermedades de Declaración Obligatoria (EDO) por Territorio Histórico en la CAPV. 2014

	Álava Casos	Bizkaia Casos	Gipuzkoa Casos	CAPV 2013 Casos	CAPV 2013 Tasas X 10 ⁵	CAPV 2013 IE 1 ⁽¹⁾	CAPV 2013 IE 2 ⁽²⁾
Enfermedades de transmisión alimentaria							
F. tifo-paratífica	0	2	0	2	0,09	0,20	0,25
Shigelosis	1	26	52	79	3,64	3,29	3,59
Hepatitis víricas							
Hepatitis A	4	14	6	24	1,10	0,63	0,63
Hepatitis B	6	15	3	24	1,10	1,00	1,00
Hepatitis C	1	2	1	4	0,18	0,31	0,50
Enfermedades de transmisión aérea o respiratoria							
Gripe	3.404	10.341	8.483	22.228	1.022,98	0,76	0,91
Legionelosis	7	30	25	62	2,85	0,79	0,60
Meningitis tuberculosa	2	3	2	7	0,32	2,33	1,75
Tuberculosis	28	167	129	324	14,91	1,01	0,83
Enfermedades de transmisión sexual							
Inf. Gonocócica	1	133	12	146	6,72	1,72	1,54
Sífilis	21	53	27	101	4,65	1,02	0,94
Enfermedades prevenibles por inmunización							
Enf. Meningocócica	0	7	3	10	0,46	0,48	0,29
Parotiditis	44	89	19	152	7,00	0,12	0,18
Tos ferina	9	102	399	510	23,47	2,30	2,85
Varicela	838	1.676	2.574	5.088	234,16	0,65	0,59
Enfermedades importadas							
Paludismo	10	27	14	51	2,35	0,88	1,65
Zoonosis							
Brucelosis	0	2	0	2	0,09	1,00	2,00

(1) **El Índice Epidémico 1 (IE 1)** es una razón que se obtiene dividiendo los casos registrados en 2014 por los casos de 2013 para cada enfermedad.

(2) **El Índice Epidémico 2 (IE 2)** es la razón obtenida al dividir los casos registrados en 2014 por la mediana de los casos del quinquenio anterior (2009-13).

Tabla 7: Casos y tasas enf. de declaración obligatoria (EDO) en la CAPV. 2009-2013

ENFERMEDADES	2009		2010		2011		2012		2013	
	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	3	0,14	0	0,00
Brucelosis	2	0,09	0	0,00	1	0,05	1	0,05	2	0,09
Cólera	0	0,00	0	0,00	1	0,05	0	0,00	0	0,00
Fiebre tifo-paratífica	3	0,14	2	0,09	15	0,69	8	0,37	10	0,46
Gripe	58.462	2.745,55	8.720	402,02	24.359	1.120,45	24.195	1.109,96	29.078	1.333,97
Hepatitis A	170	7,98	49	2,26	31	1,43	35	1,61	38	1,74
Hepatitis B	29	1,36	35	1,61	23	1,06	22	1,01	24	1,10
Hepatitis C	6	0,28	8	0,37	11	0,51	8	0,37	13	0,60
Infección gonocócica	95	4,46	114	5,26	133	6,12	92	4,22	85	3,90
Infección meningocócica	67	3,15	32	1,48	34	1,56	40	1,84	21	0,96
Legionelosis	111	5,21	106	4,89	103	4,74	79	3,62	78	3,58
Lepra	1	0,05	1	0,05	2	0,09	4	0,18	1	0,05
Paludismo	31	1,46	24	1,11	36	1,66	31	1,42	58	2,66
Parotiditis	111	5,21	60	2,77	868	39,93	2.112	96,89	1.308	60,01
Rubéola	1	0,05	0	0,00	0	0,00	1	0,05	0	0,00
Rubéola congénita	1	0,05	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00
Sarampión	1	0,05	1	0,05	37	1,70	4	0,18	0	0,00
Shigelosis	18	0,85	22	1,01	18	0,83	144	6,61	24	1,10
Sífilis	112	5,26	107	4,93	114	5,24	97	4,45	99	4,54
Tétanos	2	0,09	2	0,09	2	0,09	2	0,09	0	0,00
Tos ferina	16	0,75	4	0,18	179	8,23	354	16,24	222	10,18
Tuberculosis	402	18,88	389	17,93	395	18,17	345	15,83	322	14,77
Tuberculosis meníngea	1	0,05	7	0,32	4	0,18	5	0,23	3	0,14
Varicela	9.717	456,34	8.665	399,49	6.679	307,22	8.686	398,47	7.769	356,41

Los **índices epidémicos** son una medida que expresa el porcentaje de cambio de una enfermedad con respecto al año anterior (índice epidémico 1) o con respecto a la mediana del quinquenio anterior (índice epidémico 2). Si el valor del índice se encuentra entre 0,76 y 1,24 la incidencia se considera normal, si es menor o igual a 0,75 incidencia baja, si es mayor o igual a 1,25 incidencia alta. (Figuras 6 y 7).

Figura 6: EDO- Índice Epidémico 1. CAPV 2014

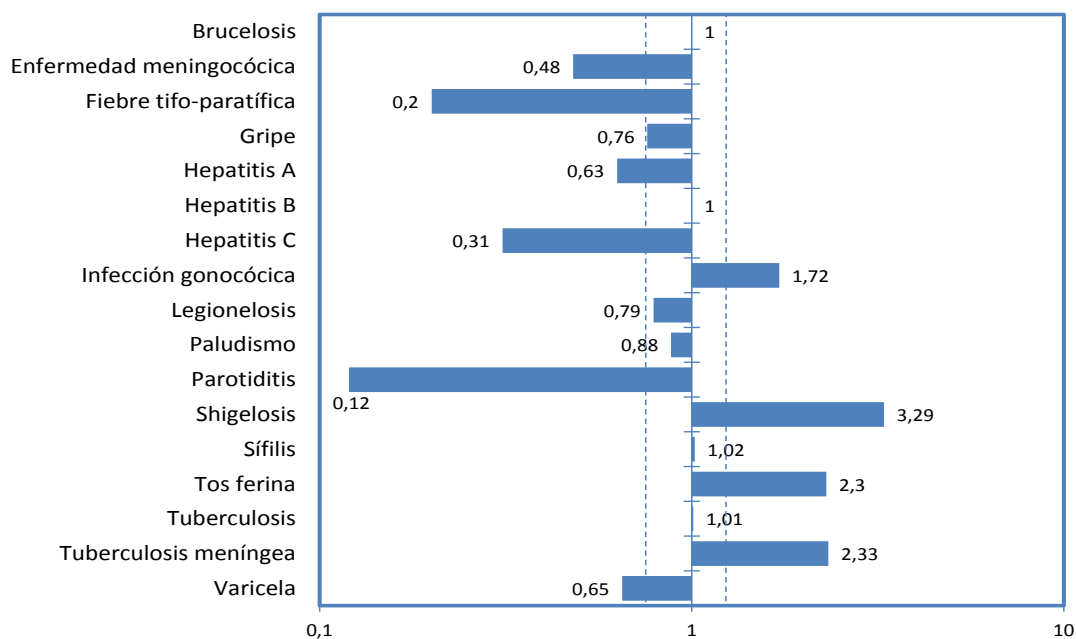
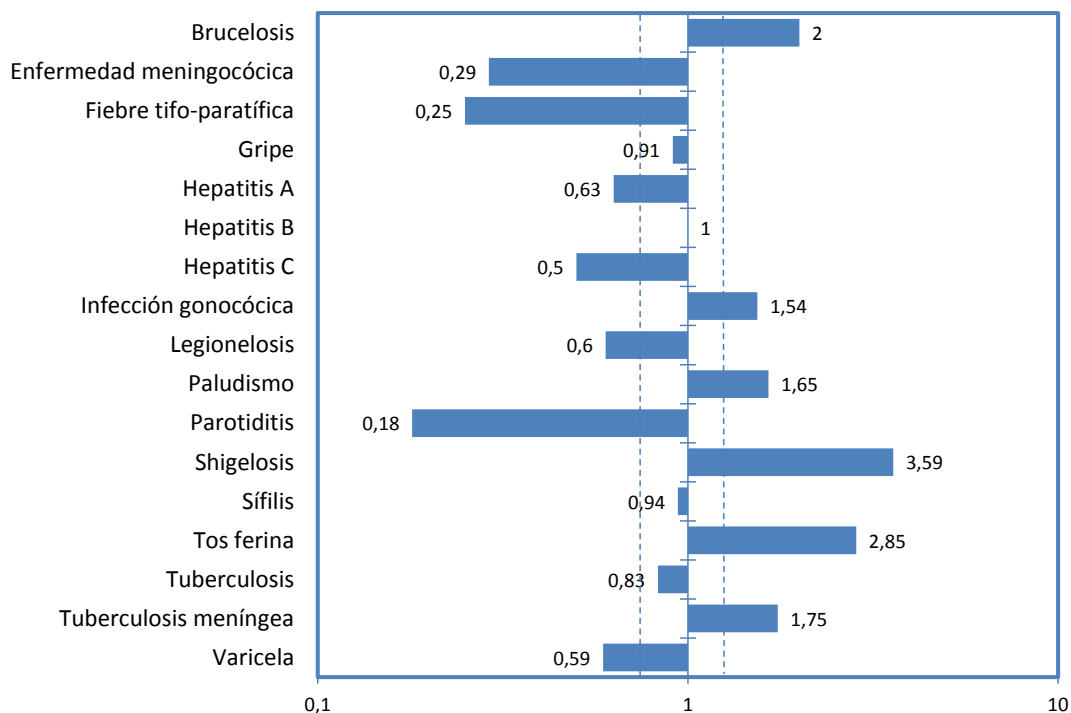


Figura 7: EDO- Índice Epidémico 2. CAPV 2014



Dentro de las enfermedades de transmisión alimentaria se registraron 79 casos de shigelosis, la razón hombre/mujer fue 2 a 1. En Bizkaia 12 de los casos estuvieron relacionados con un brote en establecimiento de alimentación y 9 casos de Gipuzkoa con un brote escolar. Los factores de riesgo conocidos más frecuentes fueron la ingesta de agua/alimentos sospechosos y el desplazamiento a zonas endémicas. El 58% de los serogrupos fue *Shigella sonnei* y el 28% *Shigella flexneri*.

Disminuyó la incidencia de hepatitis A y C. La incidencia de hepatitis B se mantuvo como el pasado año, sin casos por debajo de los 30 años. La notificación de sífilis permanece estable y la de infección gonocócica experimenta una subida. La incidencia de las enfermedades de transmisión aérea o respiratoria se mantiene o desciende ligeramente. (Figura 8 y 9).

Figura 8: EDO- Evolución de los casos de gripe en la CAPV. 1990-2014

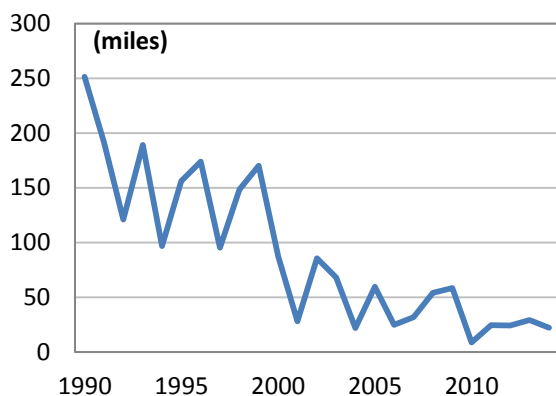
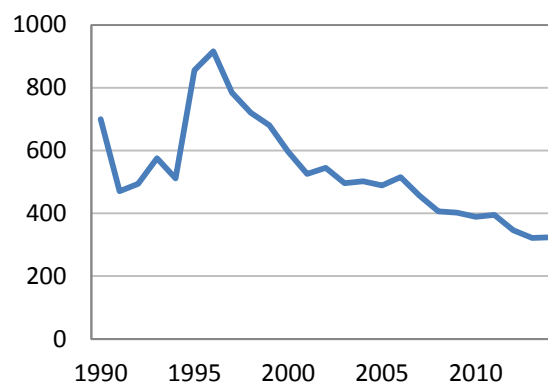


Figura 9: EDO- Evolución de los casos de tuberculosis en la CAPV. 1990-2014



La incidencia de **tuberculosis** presenta a lo largo del período un descenso sostenido desde 1996. La tasa de 2014 es similar a la del año anterior. Hubo 7 casos de meningitis tuberculosa, todos mayores de 30 años, 5 de los cuales procedían de fuera de la CAPV. El 5,4% de los cultivos con test de resistencia fue resistente a 1 fármaco y el 1,6% a 2 ó más fármacos, lo que indica un bajo nivel de resistencia a los medicamentos antituberculosos, similar a años anteriores. Según la distribución de casos por OSI, la tasa más elevada corresponde a Bajo Deba y la más baja a la OSI Cruces-Ezkerraldea-Enkarterri. (Tabla 8). Las tasas de legionelosis van descendiendo cada año (figura 10).

Tabla 8: Tasa de tuberculosis X 100.000 – AÑO 2014

	Tasa X 100.000
Araba	12,27
OSI Alto Deba	15,53
OSI Bajo Deba	30,34
OSI Barakaldo Sestao	11,05
OSI Barrualde Galdakao	14,00
OSI Bidasoa	9,17
OSI Bilbao Basurto	20,16
OSI Cruces-Ezkerraldea-Enkarterri	8,51
OSI Donostialdea	15,72
OSI Goierri Alto Urola	22,17
OSI Tolosaldea	23,73
OSI Uribe	11,19

Figura 10: EDO- Evolución de los casos de legionelosis en la CAPV. 2005-2014



Enfermedades prevenibles por inmunización

Enfermedad meningocócica: se registraron 10 casos, 8 mujeres y 2 varones. De éstos, 9 fueron del serogrupo B y 1 caso no se pudo serogrupar. No hubo fallecimientos (Figura 11). Desde el año 2002 el descenso de la enfermedad ha sido constante, no solo para el serogrupo C, cuya vacuna está incluida en el calendario vacunal, sino también frente al resto de serogrupos. (Figura 12).

Figura 11: EDO- Evolución de los casos de enfermedad meningocócica en la CAPV. 1990-2014

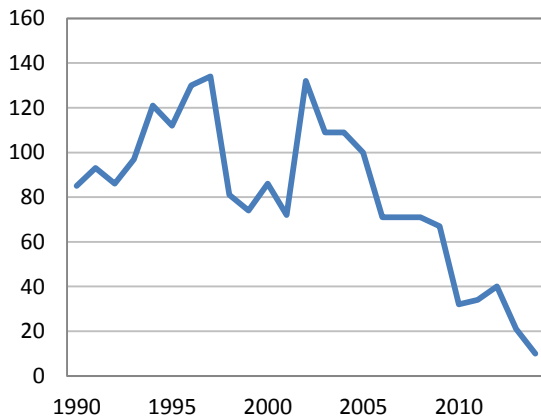
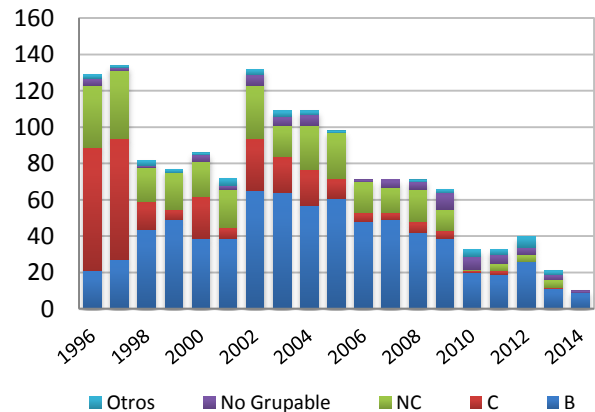


Figura 12: EDO- Evolución de los casos de enfermedad meningocócica en la CAPV por serogrupo. 1996-2014



Parotiditis: Se registraron 152 casos (Figura 13), muy por debajo de la incidencia del pasado año (IE1=0,12). La tasa más alta se registró en menores de 10 años.

Figura 13: EDO- Evolución de los casos de parotiditis en la CAPV. 2006-2014

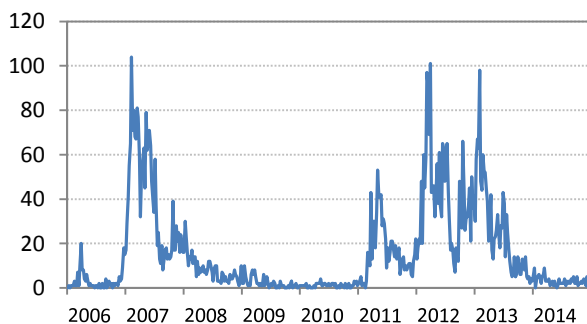
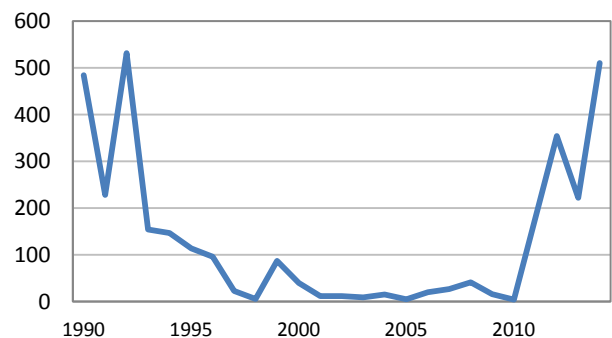
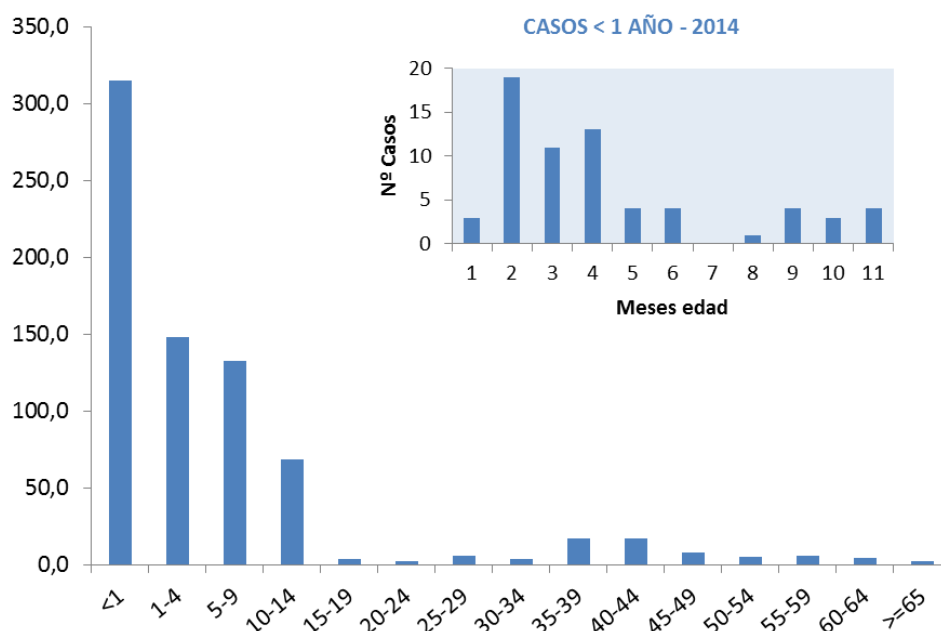


Figura 14: EDO- Evolución de los casos de tos ferina en la CAPV. 1990-2014



Tos ferina: la incidencia duplica la del año anterior. Las mayores tasas se registran en los menores de 15 años, pero sobre todo en los menores de 1 año. (Figura 14 y 15). Entre las posibles causas de este aumento se señalan, además de la mejora en el acceso a técnicas de diagnóstico rápido que permiten una mejor notificación de la enfermedad, la evanescencia del efecto protector de la vacuna y la menor efectividad de la vacuna acelular comparada con la efectividad de la vacuna de células enteras.

Figura 15: EDO- Tasas de tos ferina por grupos de edad. CAPV. 2014



Se observa una disminución importante de los casos de varicela, tanto frente a los de 2013 como frente a la mediana del último quinquenio. La vacuna contra la varicela no está incluida en el calendario de vacunación. Por segundo año consecutivo no se registró ningún caso de sarampión.

Enfermedades importadas, zoonosis y otras

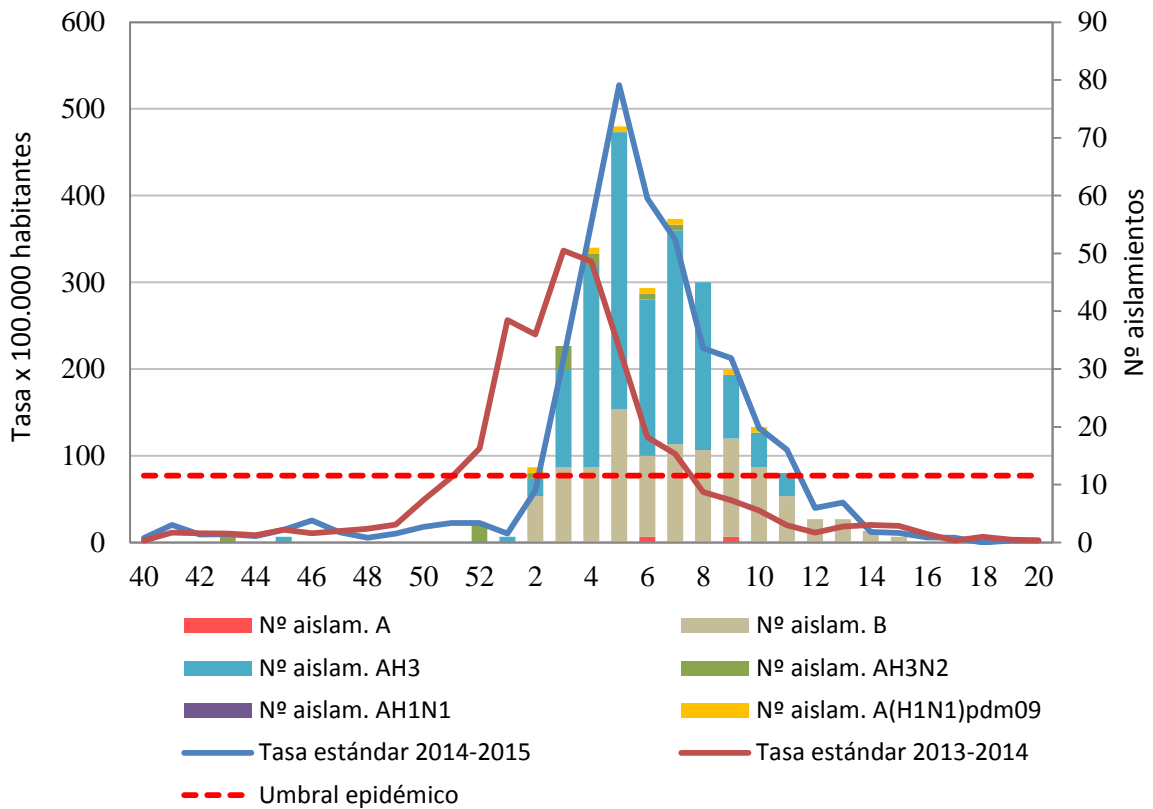
Se han notificado 51 casos de paludismo importados de países de alta endemia. La procedencia conocida es del continente africano (de Guinea Ecuatorial 8 casos, 16%). En el caso de la brucelosis el factor de riesgo fue el consumo de queso o derivado.

2. GRIPE

2.1. Evolución de la temporada gripal 2014-2015 en Euskadi

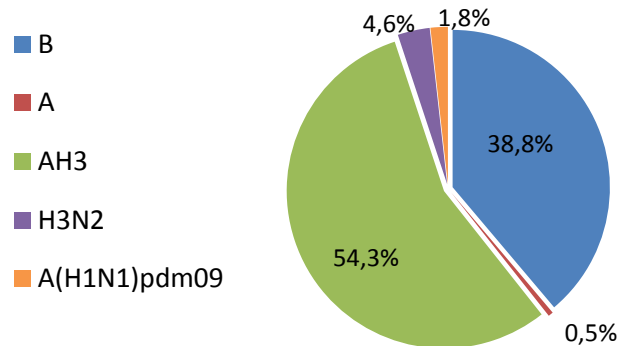
La red de médicos/as vigía, con una población vigilada de 65.220 personas (3,03% de la población de la CAPV), en la temporada 2014/15 ha registrado 1.802 casos (tasa de 3.194 casos por 100.000). El pico de incidencia se alcanzó en la semana 5/2015 (527,6 casos por 100.000). En la semana 3 se superó el umbral epidémico (210,96 casos x 100.000), regresando de nuevo a niveles basales en la semana 12/2015 (39,63 casos por 100.000), abarcando un periodo epidémico de nueve semanas. La evolución de la temporada 2014-15 se representa en la figura 16.

Figura 16: Evolución temporada 2014-15. Red Vigia de gripe de la CAPV



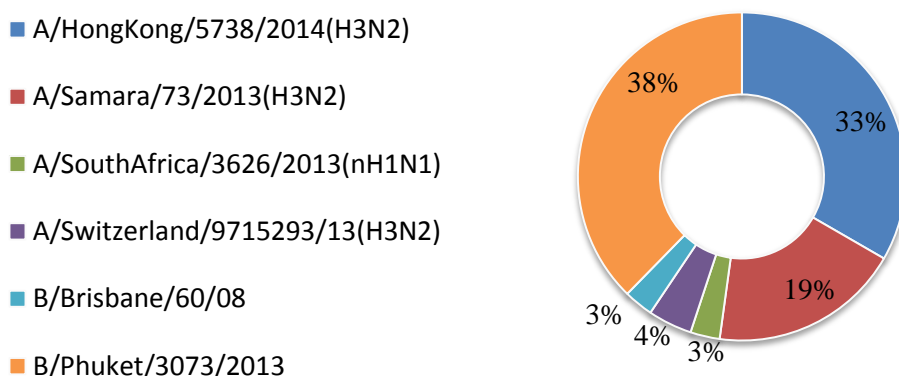
El primer positivo de la temporada, un virus AH3N2, se registró en la semana 43/2014. De las 684 muestras remitidas al laboratorio a lo largo de la temporada 2014-15, el 57,6% (394) fueron positivas a virus gripales, siendo el 61,2% virus de tipo A y el 38,8% tipo B (Figura 17). Entre los virus A subtipados, predominaron los de tipo AH3 (88,9%). El resto fueron virus AH3N2 (7,5%), A(H1N1)pdm09 (2,9%) y A sin subtipar (0,8%).

Figura 17: Aislamiento de virus de la gripe. 2014-15. CAPV



El Centro Nacional de Microbiología ha genotipado 69 muestras del País Vasco, de la red vigía y no vigía (Figura 18).

Figura 18: Genotipado de virus de la gripe. 2014-15. CAPV



Las cepas circulantes pertenecientes a los virus tipo AH3N2 y genotipadas como A/HongKong/5738/2014 y A/Switzerland/9715293 a nivel del ScVGE (Sistema Centinela de Vigilancia de Gripe en España) mostraron una discordancia del 62% con la cepa contenida en la vacuna antigripal de la temporada 2014-2015 (A/Texas/50/2012).

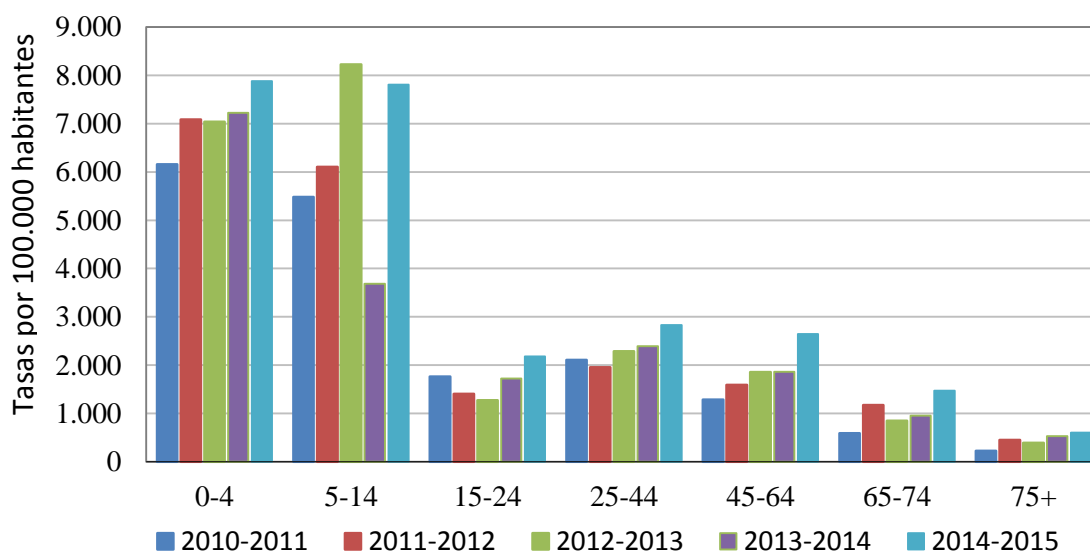
2.2. Características de los casos

El 24% de los casos tienen algún factor de riesgo. El 7,5% presentaban enfermedad respiratoria crónica, el 2,2% enfermedades del sistema circulatorio, el 1,9% enfermedades metabólicas, el 0,8% inmunodeficiencias, el 0,6% enfermedades renales, 0,6% embarazo, 0,6% enfermedades hepáticas y el 0,6% obesidad.

El 68,9% de los 302 casos elegibles para vacunación por pertenecer a grupos de riesgo, no estaba vacunado.

El grupo de edad de 5 a 14 años en esta temporada muestra tasas claramente más elevadas que la temporada precedente. Conjuntamente con el grupo de 0 a 4 años fueron los grupos más afectados, con tasas acumuladas promedio similares (Figura 19). En todos los grupos de edad se observaron mayores tasas que en la temporada 2013-14.

**Figura 19: Tasas por 100.000 según grupo de edad.
Temporadas 2010-2011 a 2014-2015. CAPV**



2.3. Casos hospitalizados confirmados de virus de la gripe

En esta temporada 2014/15 se han declarado 130 casos graves hospitalizados con gripe confirmada (53,1% hombres). La edad media es de 63 años (rango: 1-101 años) y mediana de 73 años, siendo el 66% mayores de 64 años. El 44,6% de los casos precisó ingreso en UCI (la mayoría con factores de riesgo).

El 40% de los pacientes susceptibles de vacunación antigripal, por estar incluidos en grupos de riesgo, no estaba vacunado. Se han registrado 17 fallecimientos (13,6%), con edades comprendidas entre 60 y 101 años (mediana de 78 años), el 76,5% eran mayores de 74 años y todos con varios factores de riesgo de complicaciones de gripe.

Independientemente de la edad, el 75% de los casos registrados presentaban factores de riesgo de complicaciones de gripe. En la tabla 9 se describen la distribución de los factores de riesgo y complicaciones en los casos registrados.

**Tabla 9: Factores de riesgo y complicaciones (%).
Casos hospitalizados con gripe confirmada. CAPV 2014-15**

Factores de riesgo	%
Enfermedad cardiovascular crónica	41
Enfermedad respiratoria crónica	32
Enfermedades metabólicas	22
Inmunodeficiencia	7
Enfermedad renal crónica	9
Enfermedad hepática crónica	4
Enfermedad oncológica	7
Obesidad	3
Complicaciones	%
Neumonía	76
SDRA (Síndrome distrés respiratorio agudo) respiratorio Adulto	12
Coinfección	19
Fallo multiorgánico	5

Se confirmó un caso en una embarazada (semana 35 de gestación). De los aislamientos, el 75,4% fueron virus tipo A y el 24,6% de tipo B. Entre los virus A, el 59,2% son AH3, 4,1% AH3N2, 3,1% A(H1N1)pdm09 y 33,7% A no subtipado.

2.4. Estimación de la efectividad de la vacuna antigripal

La Red de Médicos Vigía ha participado por séptima vez en el 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 participan por parte del estado español con 188 médicos de 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.

Como resultados preliminares, realizados en febrero/2015, la efectividad vacunal en los grupos recomendados de vacunación fue superior al 60% para todos los subtipos virales.

Posteriormente, se observó una disminución de la efectividad vacunal antigripal frente a AH3N2, con un efecto subóptimo, a lo largo de la temporada y dependiente del tiempo transcurrido desde la vacunación. Por el contrario, la efectividad frente a virus tipo B, en líneas generales, mantuvo su efectividad a lo largo de la temporada, con efecto protector moderado.

Hemos de recordar que una protección vacunal del 50% frente a la infección confirmada por laboratorio en grupos de riesgo permite evitar un importante número de complicaciones por gripe, con la consiguiente reducción en

hospitalizaciones y defunciones derivadas de la infección gripal; el impacto positivo de la vacuna antigripal en la salud de la población es muy alto.

3. MICROBIOLOGÍA

El Sistema de Información Microbiológica de la Comunidad Autónoma del País Vasco (SIMCAPV), creado mediante el Decreto 312/1996 del Gobierno Vasco, tiene como objetivo recoger datos sobre la patología infecciosa en la CAPV confirmada por laboratorio de acuerdo a una lista establecida previamente, que permite unificar los criterios de declaración de todos los laboratorios, para así proporcionar información específica e imprescindible para la vigilancia epidemiológica.

Los siguientes laboratorios de microbiología forman parte del SIMCAPV: en Álava, el hospital Universiatrio Araba; en Bizkaia, los hospitales Universitarios de Cruces y Basurto, hospitales de Galdakao, San Eloy y Santa Marina, además de cuatro laboratorios privados y en Gipuzkoa, hospital Universitario de Donostia y los hospitales de Mendara, Zumárraga, Bidasoa y Alto Deba, además de la Clínica Asunción Tolosa. La información es enviada a las Unidades de Vigilancia Epidemiológica de los tres Territorios Históricos.

Estos son los microorganismos que componen la lista de declaración:

- BACTERIAS: Bartonella spp, Bordetella pertussis, Borrelia burgdorferi, Borrelia recurrentis, Brucella spp, Campylobacter spp, Corynebacterium diphtheriae, Coxiella burnetti, Chlamydia pneumoniae, Chlamydia psittaci, Chlamydia trachomatis, Escherichia coli enterohemorrágica, Francisella tularensis, Haemophilus ducreyi, Haemophilus influenzae, Legionella pneumophila, Leptospira spp, Listeria monocytogenes, Mycoplasma pneumoniae, Neisseria gonorrhoeae, Neisseria meningitidis, Salmonella typhi y paratyphi, Salmonella spp, Shigella spp, Staphylococcus aureus meticilin resistente, Streptococcus agalactiae, Streptococcus pneumoniae, Treponema pallidum, Vibrio cholerae, Vibrio spp, Yersinia spp.
- MICOBACTERIAS: Complejo Mycobacterium tuberculosis y otras micobacterias.
- VIRUS: Adenovirus, enterovirus, herpes simple tipo 2, poliovirus, rotavirus, gripal, hepatitis A, hepatitis B, hepatitis delta, parotiditis, rubéola, sarampión, respiratorio sincitial.
- PARÁSITOS: Entamoeba histolytica, Echinococcus granulosus, Fasciola hepatica, Leishmania spp, Plasmodium spp, Taenia spp, Toxoplasma gondii, Trichinella spiralis.
- OTROS: Norovirus, Cryptosporidium.

En la tabla 10 se indican los aislamientos notificados por los laboratorios declarantes al SIMCAPV según Área Sanitaria.

Tabla 10: Aislamientos notificados. SIMCAPV 2014

Aislamientos SIMCAPV 2014	Araba	Gipuzkoa	Bizkaia	Total
Adenovirus	23	14	64	101
Bartonella	0	0	1	1
Bordetella pertussis	0	333	94	427
Borrelia burgdorferi	0	0	7	7
Campylobacter	245	1010	695	1950
Chlamydia	24	313	383	720
Coxiella burnetti	31	3	39	73
Cryptosporidium (1)	0	100	0	100
E. Coli Enterohemorrágico	0	8	0	8
Echinococcus granulosus	11	0	0	11
Entamoeba histolytica	0	1	3	4
Enterovirus	0	57	22	79
Fasciola hepática	1	0	0	1
Francisella tularensis	0	0	1	1
Haemophilus influenzae	2	2	7	11
Hepatitis A	3	6	8	17
Hepatitis B	0	4	7	11
Herpes simple tipo 2	0	52	119	171
Legionella pneumophila	5	24	30	59
Listeria monocytogenes	5	14	12	31
Micobacterias	36	113	146	295
Mycoplasma pneumoniae	19	5	34	58
Neisseria gonorrhoeae	9	68	188	265
Neisseria meningitidis	0	3	7	10
Norovirus(1)	0	664	0	664
Parotiditis	0	0	26	26
Plasmodium	10	17	20	47
Rotavirus	61	540	177	778
Salmonella	112	307	293	712
Salmonella typhi y paratyphi	0	0	4	4
Shigella	1	49	18	68
Staphylococcus aureus meticilin resistente(2)	254	149	989	1392
Streptococcus agalactiae	0	2	2	4
Streptococcus pneumoniae	15	82	100	197
Streptococcus pyogenes	2	30	15	47
Taenia	0	7	10	17
Treponema pallidum	10	13	53	76
Vibrio	0	0	1	1
Virus gripal	0	176	403	579
Virus respiratorio sincitial	5	422	130	557
Yersinia	14	23	32	69
TOTAL	898	4.611	4.140	9.649

(1) Datos del Hospital Universitario Donostia, (2) No incluye datos del Hospital Universitario Donostia

Infecciones de origen gastrointestinal

En el año 2014 se han registrado 712 casos de *Salmonella*, reduciéndose los aislamientos con respecto a años anteriores ($IE1^3=0,78$ e $IE2^4=0,74$) (Figura 20). En el año 2014 se registraron 1.950 casos de *Campylobacter* ($IE1=1,01$ e $IE2=1,08$), continuando con el aumento de aislamientos desde el año 2010 (Figura 21).

Figura 20: Evolución infecciones gastrointestinales. Salmonella. SIMCAPV 2009-2014

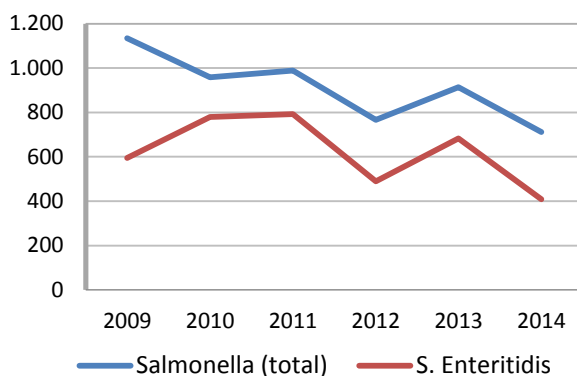
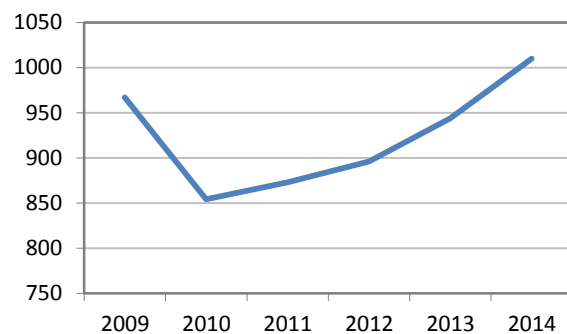


Figura 21: Evolución infecciones gastrointestinales. Campylobacter SIMCAPV 2009-2014



Se ha producido un nuevo aumento en el año 2014 de los casos de *Shigella*, 68 casos con un $IE1=2,96$ e $IE2=2,96$. Registrándose 19 *Shigella flexneri*, 42 *Shigella sonnei*, 1 *Shigella boydii*, 1 *Shigela dysenteriae* y 5 *Shigella spp.* En este año 2014 casos de shigelosis estuvieron relacionados con brotes (Figura 22) Se ha producido un repunte de aislamientos de rotavirus, con 778 casos (Figura 23) ($IE1=1,06$ e $IE2=1,03$).

³ El Índice Epidémico 1 (IE 1): razón que se obtiene dividiendo los casos registrados en 2013 por los casos de 2012 para cada enfermedad.

⁴ 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.

Figura 22: Evolución infecciones gastrointestinales. Shigella SIMCAPV 2009-2014

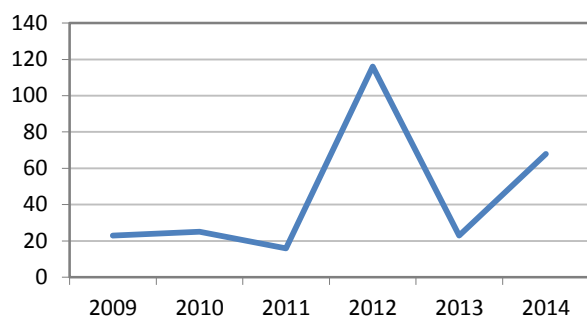
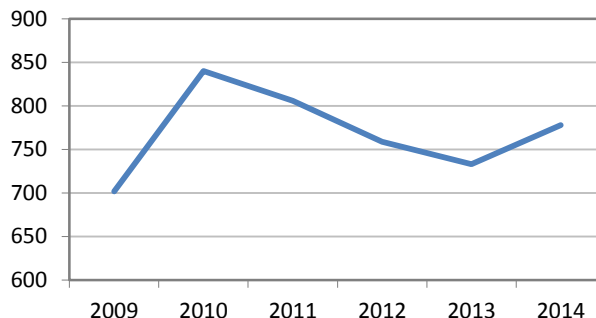
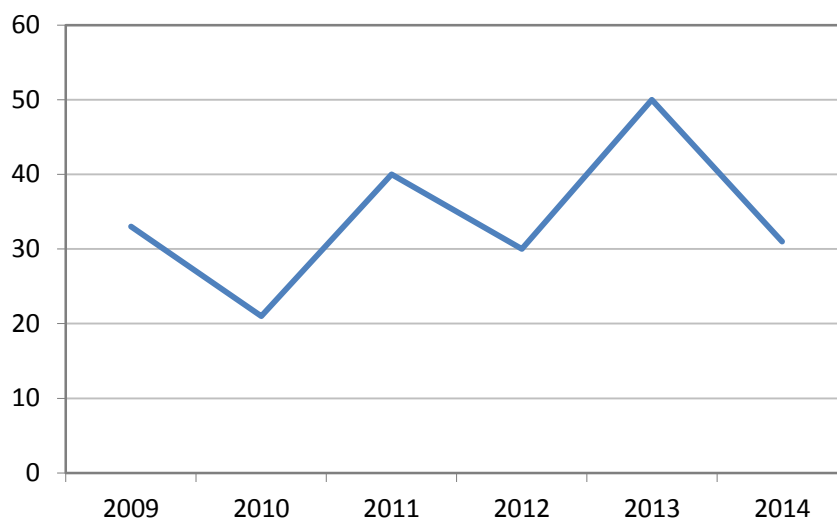


Figura 23: Evolución infecciones gastrointestinales. Rotavirus SIMCAPV 2009-2014



En el año 2014 se registraron 31 casos de Listeria (Figura 24), con IE 1=0,62 e IE 2=0,94).

Figura 24: Evolución infecciones gastrointestinales. Listeria SIMCAPV 2009-2014



Infecciones respiratorias

Los 59 casos de *Legionella pneumophila* declarados al SIMCAPV representan un IE1=0,78 e IE2=0,66. Se observa una tendencia descendente en los últimos años. Se observa una tendencia estable en los casos de *Mycobacterium tuberculosis* desde el año 2009, registrándose 255 casos en el año 2014, representando un IE1= 1,13 e IE2=1,0 (Figura 25 y 26).

Figura 25: Evolución casos de Legionella. SIMCAPV 2009-2014

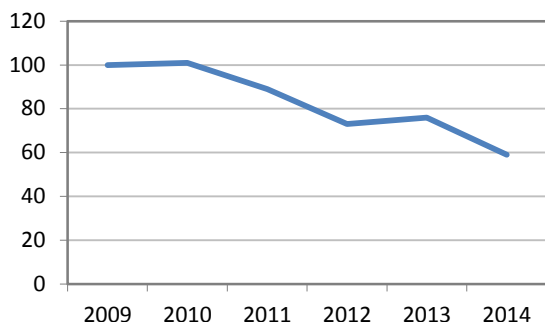
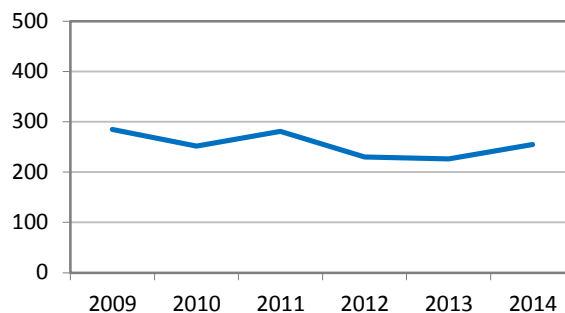


Figura 26: Evolución casos de Mycobacterium tuberculosis. SIMCAPV 2009-2014



Enfermedades prevenibles por inmunización

Se ha registrado un importante aumento de *Bordetella pertussis* (Tos ferina) con 427 casos declarados. Claramente reflejado este aumento en el $IE1=2,31$ e $IE2=38,82$ (Figura 27). Después del importante aumento en los casos registrados, con 1.105 casos de parotiditis en el año 2012, se desciende hasta los 26 casos declarados en el año 2014, (Figura 28), reflejado en un $IE1=0,06$ e $IE2=0,16$.

Figura 27: Evolución de casos de Bordetella pertussis (Tos ferina). SIMCAPV. 2009-2014

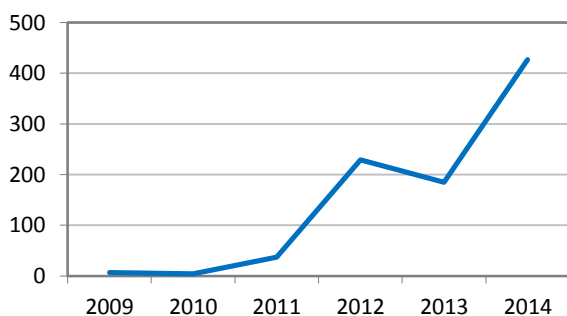
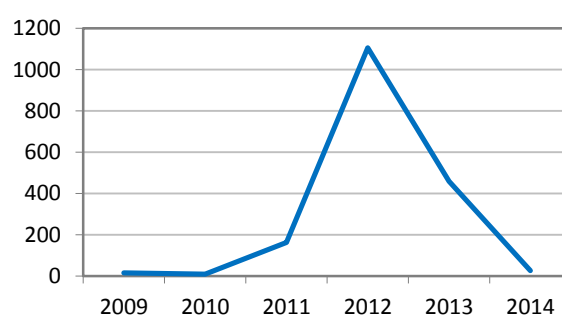


Figura 28: Evolución de casos de Parotiditis. SIMCAPV. 2009-2014



Enfermedades del Sistema Nervioso Central

En el año 2014 se declaró al SIMCAPV 10 casos de *Neisseria meningitidis*, de los cuales 9 fueron del serogrupo B y 1 sin serogrupar (Figura 29). Estos datos representan un $IE1=0,62$ e $IE2=0,36$. A destacar la no notificación de casos del serogrupo C. El mayor número de casos (53) por *Streptococo pneumoniae* registrado en menores de 5 años entre los años 2000 y 2014, se registró en el año

2006. En el año 2014 se notificaron 17 casos, lo que representa un IE1=1,31 y con respecto al quinquenio anterior un IE2=1,0 (Figura 30).

Figura 29: Evolución de casos Neisseria meningitidis C y B. SIMCAPV. 2009-2014

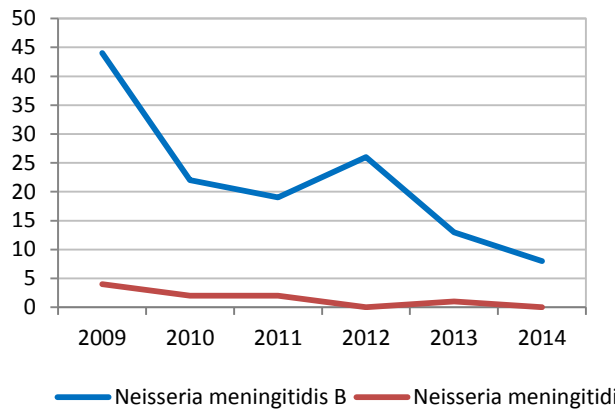
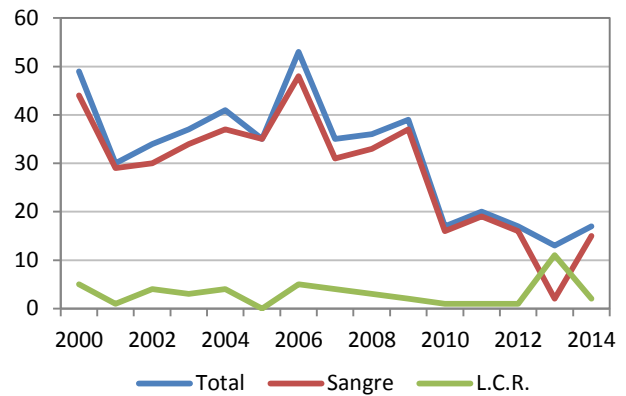


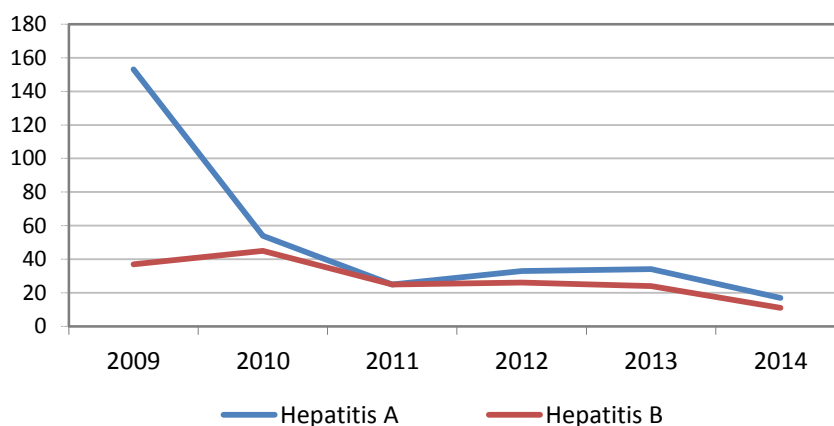
Figura 30: Casos Streptococo pneumoniae en menores de 5 años. SIMCAPV 2000-2014



Hepatitis A y B

Se ha producido un descenso de casos de Hepatitis A (17 casos) con respecto al año 2013 (IE1=0,50) y con respecto al quinquenio anterior el IE2=0,50). Continúa el descenso de Hepatitis B (Figura 31), registrándose 11 casos en el año 2014, IE1=0,46 y un IE2=0,42.

Figura 31: Hepatitis A y B. SIMCAPV. 2009-2014



Infecciones de transmisión sexual

El número de casos (685) de *Chlamydia trachomatis* representan IE1=0,98 con respecto al año previo pero el IE2=1,58 indica que continúa siendo una infección de alta incidencia. Se mantienen estables las infecciones por *herpes simple tipo 2* (171

casos), *Neisseria gonorrhoeae* aumenta hasta los 265 casos y disminuyen los casos de *Treponema pallidum* (76 casos). Este último experimenta un descenso en los últimos años quedando reflejado en el IE2=0,41 (Figura 32).

Zoonosis

Coxiella burnetti, con 73 casos (IE1=1,40 e IE2=1,40) continúa registrando incidencia alta. En el año 2014 se ha registrado un brote por fiebre Q (Figura 33).

Figura 32: Evolución de casos de ETS. SIMCAPV. 2009-2014

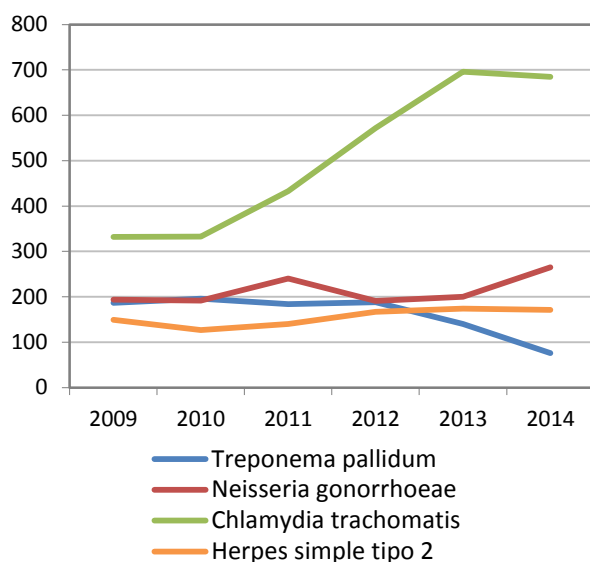
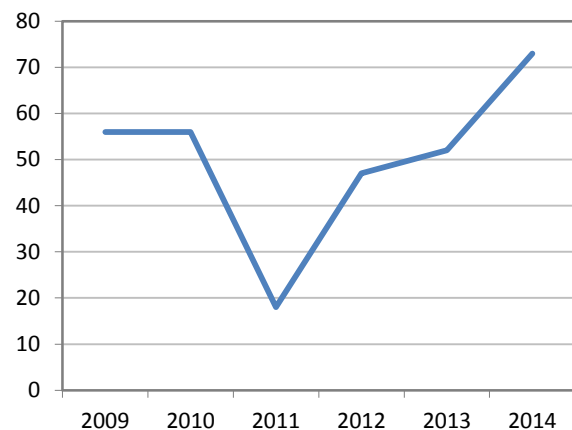


Figura 33: Evolución de casos por Coxiella burnetti. SIMCAPV. 2009-2014



4. BROTES

En 2014 se han notificado en la CAPV 22 brotes hídricos y alimentarios: 9 en Álava; 6 en Bizkaia, y 7 en Gipuzkoa. Se han visto afectadas 200 personas y hospitalizadas 12. Se registraron también 8 brotes cuyo mecanismo de transmisión no se conoce con 211 personas afectadas y 2 hospitalizadas.

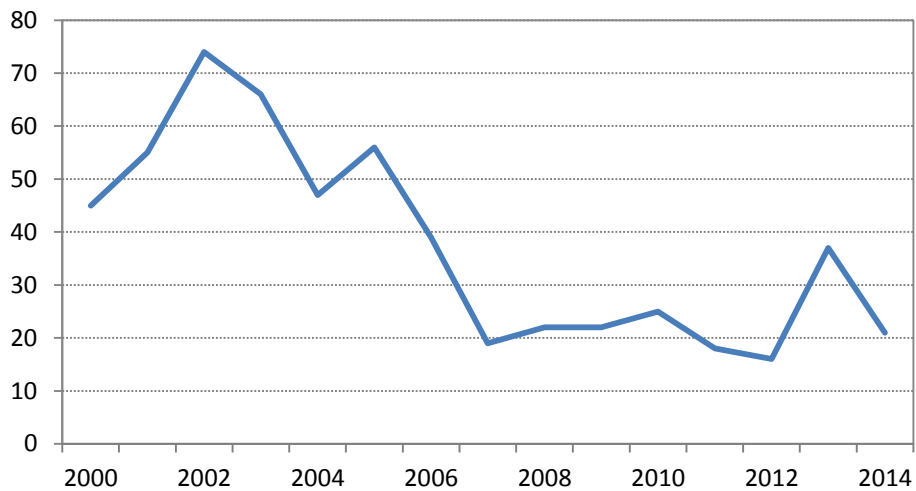
4.1. Brotes de origen hídrico

Se registró 1 brote en Gipuzkoa en un hogar privado. Resultaron afectadas 4 personas y una de ellas tuvo que ser hospitalizada.

4.2. Toxiinfecciones alimentarias

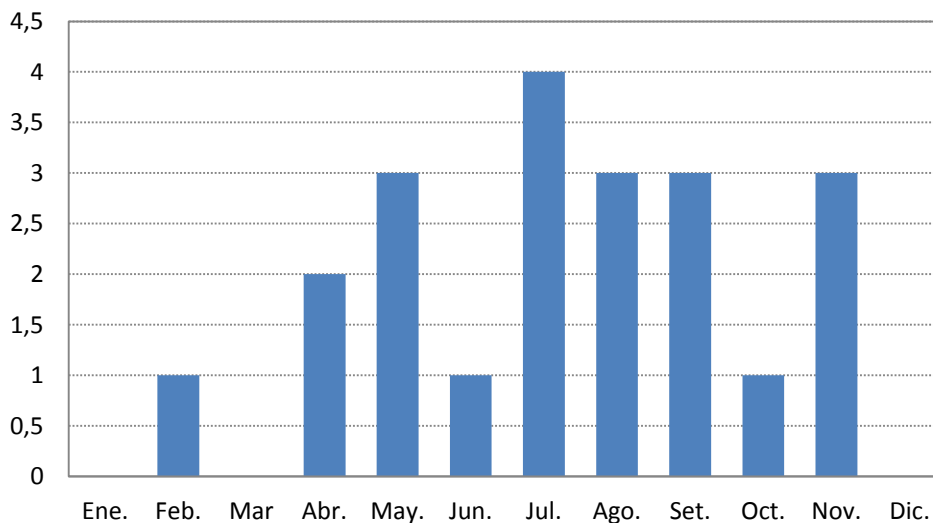
Fueron 21 los brotes de origen alimentario declarados durante 2014, con 196 personas afectadas y 11 hospitalizadas. Se puede observar en el gráfico la disminución de los brotes desde 2002, año en el que se registró el número más elevado. (Figura 34).

Figura 34: Brotes de toxiinfecciones alimentarias. CAPV, 2000-2014



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 35).

Figura 35: Brotes de toxiinfecciones alimentarias por meses. CAPV, 2014



Los **alimentos implicados** más frecuentemente en 2014 han sido los elaborados con huevo o sus derivados y los relacionados con el consumo de pescado. En 9 brotes el alimento implicado no ha podido ser identificado (Tabla 11).

Tabla 11: Toxiinfecciones alimentarias según el alimento implicado. CAPV, 2009-2014

Alimentos implicados	2009	2010	2011	2012	2013	2014	Total
Carne							
Carne de cerdo				1			1
Cereales				1			1
Comida rápida	1				1		2
Confite/pastel	1	1					2
Desconocido	9	5	4		11	9	38
Embutido			1				1
Huevo/ovoproducto	8	13	10	7	16	4	58
Marisco/crust/molusc		1		2	1	1	5
Otro alimento	1			2	3	1	7
Pescado		2		1	1	4	8
Pollo					1		1
Prod. lácteo,exc:3-4			1				1
Queso		1		1	2		4
Setas		1				2	3
Sopas,salsas, exc:20			1				1
Varios alimentos	1				1		2
Total	21	24	17	15	37	21	135

FUENTE: Registro de brotes de la CAPV.

El **lugar de origen** más frecuente en 2014 ha sido bares y restaurantes 14 (67%), (Tabla 12).

Tabla 12: Toxiinfecciones alimentarias según el lugar de consumo del alimento. CAPV, 2009-2014

Lugar de preparación	2009	2010	2011	2012	2013	2014	Total
Cantina/Bar/Restaurante/Hotel	13	14	8	4	22	14	75
Cocina central			1	1			2
Desconocido	5	3	4	2	6		20
Establec. elaboración	2	1					3
Granja		1					1
Hogar privado		4	3	8	4	4	23
Otros	1	1			5	3	10
Proveedor alimentario			1				1
Total	21	24	17	15	37	21	135

FUENTE: Registro de brotes de la CAPV.

Destaca el descenso de *Salmonella* en relación al año anterior. En el 29% de los brotes no se ha identificado el agente etiológico (Fig. 36 y Tabla 13).

Figura 36: Toxiinfecciones alimentarias por *Salmonella*. CAPV 2000-2014

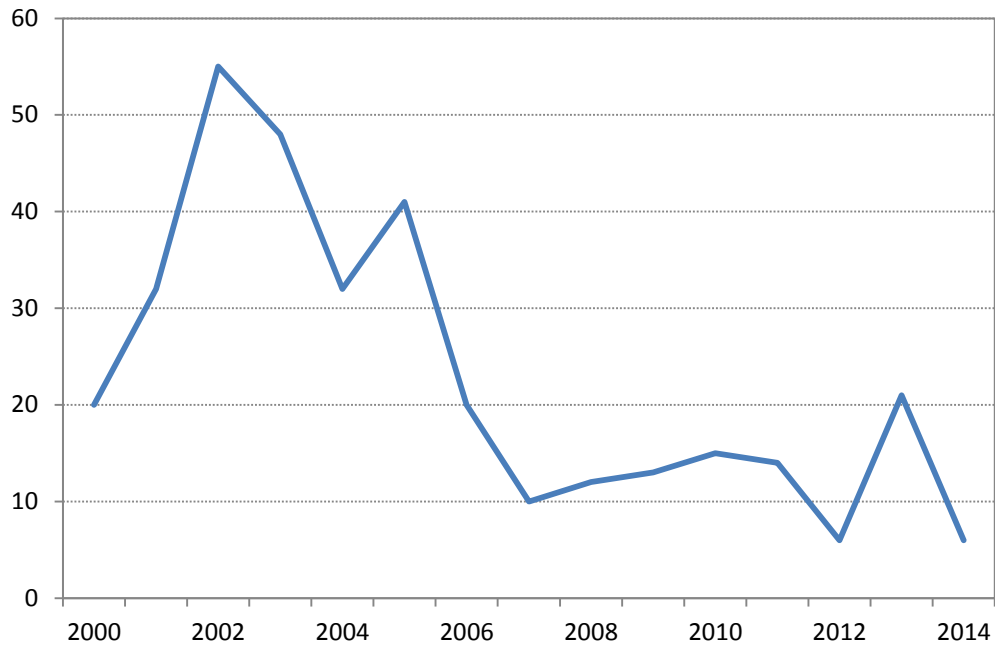


Tabla 13: Toxiinfecciones alimentarias según origen microbiológico. CAPV, 2009-2014

Agente etiológico	2009	2010	2011	2012	2013	2014	Total
Anisakis				1		1	2
B.cereus	1			1		2	4
Campylobacter sp	1						1
Clostridium botulinum				1			1
Clostridium perfringens				1		1	2
Desconocido	3	5	2	3	8	6	27
Histamina/escómbrido		2				3	5
L.monocytogenes				1	1		2
Salmonella	13	15	14	6	21	6	75
Shigella flexneri						1	1
Staphilococcus		1	1		2		4
Virus hepatitis A	1						1
Otras bacterias						1	1
Otros virus	2	1		1	5		9
Total	21	24	17	15	37	21	135

FUENTE: Registro de brotes de la CAPV.

En 2014 la **media de personas afectadas** por brote ha sido de 6 en Álava y en Bizkaia y de 17 en Gipuzkoa. La media en la CAPV ha sido de 9 personas afectadas por brote.

4.3. Otros brotes

Son brotes 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 14: 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
Total	32

FUENTE: Registro de brotes de la CAPV.

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)

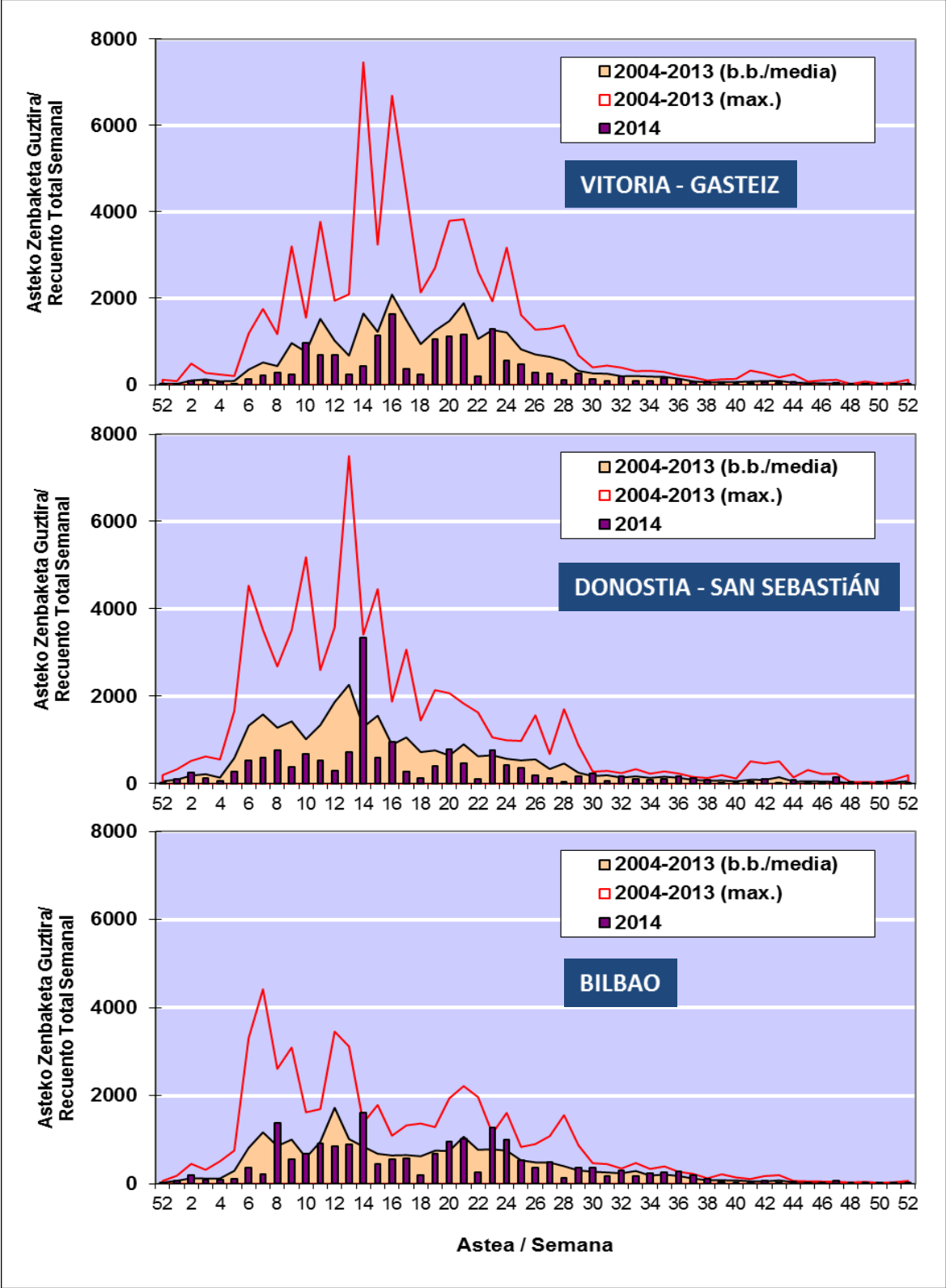
La Dirección de Salud Pública dispone de 3 estaciones captadoras de polen ubicadas en las capitales de los Territorios Históricos. Recogen muestras diarias que, preparadas en los Laboratorios, se examinan para el recuento al microscopio óptico, obteniéndose información polínica de los 365 días del año. Se controlan 45 taxones polínicos diferentes y las esporas de *Alternaria*, siendo de interés, por su abundancia y carácter alergénico, los siguientes:

Alnus (Aliso)	Ligustrum (Aligustre)
Betula (Abedul)	Pinus (Pino)
Castanea (Castaño)	Platanus (Platano)
Corylus (Avellano)	Poaceae (Gramínea)
Cupressaceae/Taxaceae (Ciprés / Tejo)	Populus (Álamo)
Fagus (Haya)	Quercus (Roble / Encina)
Fraxinus (Fresno)	Urticaceae (Ortiga y Parietaria)
	Esporas de <i>Alternaria</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 (SEAC), a la Red Española de Aerobiología (REA) y se encuentran disponibles en la web Open Data Euskadi.

En la gráfica siguiente (Figura 37) pueden compararse, para cada una de las estaciones, los recuentos semanales registrados en 2014 (en barras) con los máximos y valores medios del periodo 2004-2013.

Figura 37: Recuentos polínicos semanales en las tres capitales. 2014



En el cuadro siguiente (Tabla 15) se resume el número de semanas en que se vieron superados los recuentos semanales promedio del periodo 2004-2013 y se indican, en orden de abundancia, los tipos mayoritarios (recuento anual superior al 5% del total).

Tabla 15: N° semanas en las que se supera el promedio semanal del periodo completo anterior.

Estación	Nº de semanas en que se superó el promedio semanal de 2004-2013	Tipos mayoritarios 2014(en orden de abundancia)
Vitoria-Gasteiz	2 semanas (4 %)	Quercus, Esporas de Alternaria, Platanus, Cupressaceae/Taxaceae, Poaceae, Pinus, Populus y Urticaceae
Donostia-San Sebastián	4 semanas (8 %)	Platanus, Quercus, Pinus, Cupressaceae/Taxaceae, Poaceae, Urticaceae, y Alnus
Bilbao	7 semanas (13 %)	Pinus, Urticaceae, Quercus, Cupressaceae/Taxaceae, Poaceae y Esporas de Alternaria

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 Territorial⁵, se ha realizado una valoración de la situación general en cuanto a partículas en suspensión de corte 10 µm y 2,5 µm (PM10 y PM2,5), dióxido de nitrógeno (NO2), dióxido de azufre (SO2), ozono (O3) y benceno en base a los valores establecidos para la protección de la salud en la normativa vigente⁶ y en los valores guía recomendados por la OMS.

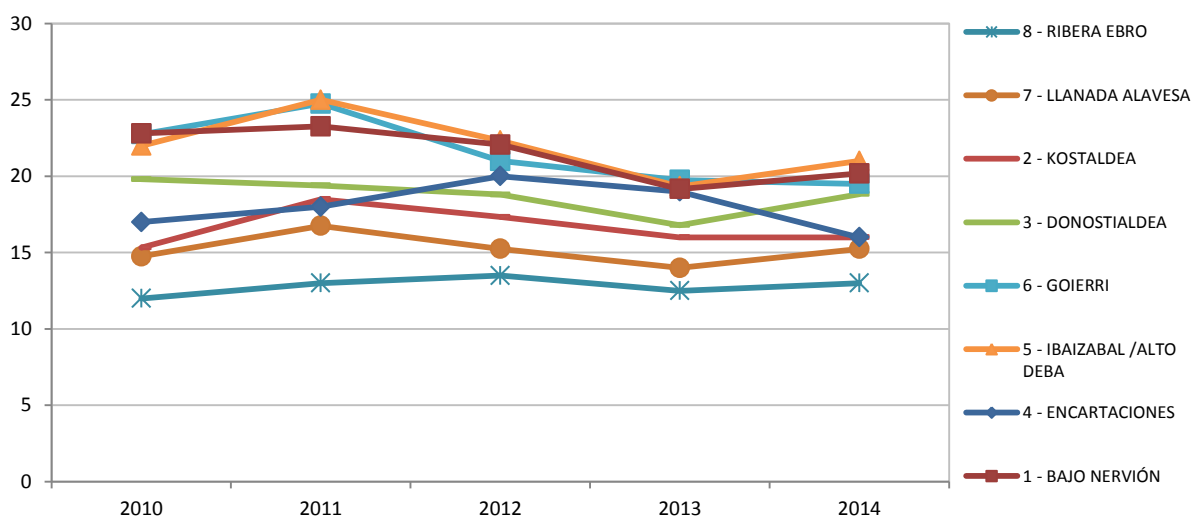
⁵ Se han valorado los datos de 47 sensores de la Red facilitados por la Viceconsejería de Medio Ambiente (8 ubicados en Araba, 25 en Bizkaia y 14 en Gipuzkoa).

⁶ “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”.

En el caso de partículas en suspensión de corte 10 μm (PM_{10}), tanto el valor límite de la media anual para la protección de la salud (establecido en 40 $\mu\text{g}/\text{m}^3$) como la exigencia establecida para las medias diarias (no superación del valor de 50 $\mu\text{g}/\text{m}^3$ en más de 35 ocasiones al año) no se han visto superados en los sensores de referencia (en Zumarraga se han producido 30 superaciones, seguido por Zelaieta-Zornotza con 18). Los datos registrados en 2014 muestran una situación similar a la de años precedentes.

En la figura 38 se recoge la evolución de los valores medios de las medias anuales de los sensores existentes en cada una de las 8 zonas aéreas en las que se ha dividido el territorio de la CAPV.

Figura 38: Evolución de las medias anuales de PM_{10} por zonas aéreas (en $\mu\text{g}/\text{m}^3$). 2010-2014



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 ($\text{PM}_{2,5}$), mejores indicadores de efectos en salud, tampoco se han registrado valores superiores a los niveles señalados en la normativa.

Por lo que respecta a los niveles guía recomendados por la OMS para las medias anuales de PM_{10} y $\text{PM}_{2,5}$ (20 y 10 $\mu\text{g}/\text{m}^3$ respectivamente), estos se ven superados en los entornos más urbanizados (Bajo Nervión, Donostialdea,...) y especialmente en los núcleos próximos a industrias contaminantes (Zumárraga, Zelaieta,...). En la tabla siguiente sólo se reflejan los sensores que han superado los niveles guía de la OMS (Tabla 16).

Tabla 16: Sensores en los que las medias anuales han superado los niveles guía de la OMS.

Sensor	Localización	PM 2,5 Media anual superior a 10µg/m ³	PM10* Media anual superior a 20µg/m ³
Llodio	Lamuza, s/n. Laudio	-	23
Tres marzo	Plaza Tres de Marzo, s/n. Vitoria-Gasteiz	-	20
Algorta	Paseo de la Galea, s/n. Getxo	11	23
Basauri	Inst. Uribarri. Basauri	-	22
Erandio	Jose Luis Goyoaga Etorb, s/n. Erandio	11	21
Parque Europa	Parque Europa, s/n (Txurdinaga). Bilbao	12	-
Mazarredo	Alda. Mazarredo (Guggenheim). Bilbao	-	20
M ^a Díaz de Haro	M ^a Díaz de Haro, 68. Bilbao	-	20
Sangroniz	Iturrikosolo, s/n. Sondika	-	21
Santurtzi	Vista Alegre, 29. Santurtzi	12	-
Zelaieta	Parque Zelaieta, s/n. Zornotza	11	26
Ategorrieta	Avda. Alcalde José Elozegi. Donostia	-	23
Av. Tolosa	Avda. Tolosa, s/n. B ^o Antiguo. Donostia	-	20
Easo	Plaza Centenario. Donostia	-	22
Zumarraga	Grupo Izazpi, 3-6. Zumarraga	11	25

Fuente: datos de la Red de calidad del aire (Viceconsejería de Medio Ambiente)

*Datos con el factor de corrección correspondiente a cada sensor.

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

En cuanto al dióxido de azufre (SO₂) tampoco se han superado en ningún sensor las limitaciones establecidas para la protección de la salud, ni el límite horario, 350 µg/m³ (que no se debe superar más de 24 veces por año civil), ni el límite diario, 125 µg/m³ (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/m³ durante tres horas consecutivas.

Con respecto a la contaminación por ozono (O₃), el umbral de información a la población (media horaria de 180 µg/m³) no se ha superado en ningún sensor. El

umbral para la protección de la salud ($120 \mu\text{g}/\text{m}^3$ 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 Valderejo (36), El Ciego (28) y Jaizkibel (25). En el caso del ozono si bien las medias anuales son similares ha habido menos superaciones del umbral referido a las medias octohorarias en relación con el año anterior.

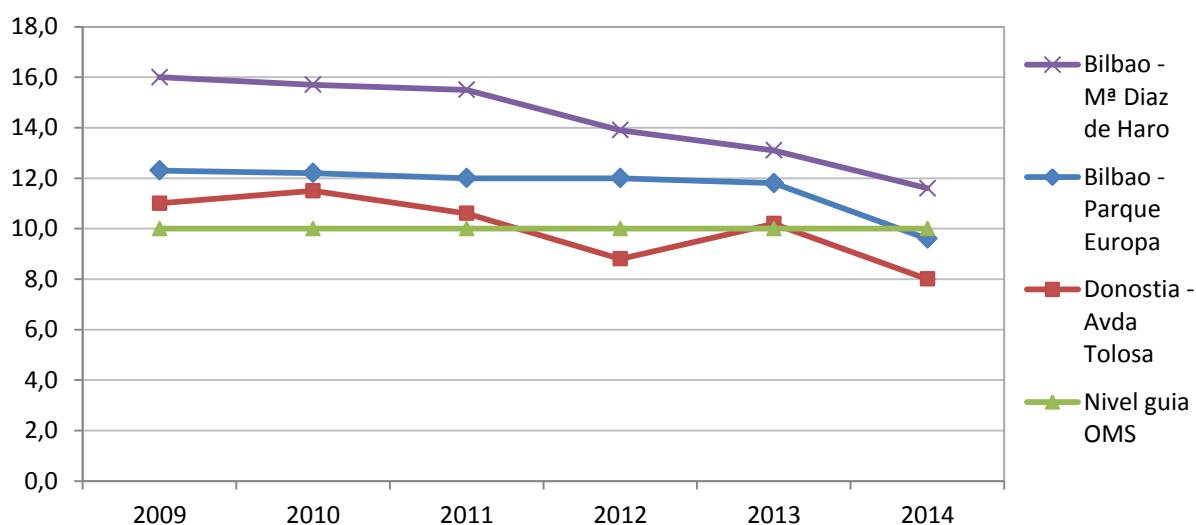
Como valoración global los datos correspondientes a 2014 se mantienen en términos similares a los observados en los años precedentes, con algunas pequeñas oscilaciones. Hay algunos puntos concretos directamente afectados por la contaminación industrial existente en sus proximidades pero en el resto de los casos el principal punto de mejora es el correspondiente a la afección por el tráfico en las zonas urbanas

El Departamento de Salud gestiona directamente cuatro captadores para un seguimiento específico más completo (tres ubicados en las capitales y otro en Erandio-Arriagas, como referencia de núcleo industrial). Además de medir partículas en suspensión de corte $10 \mu\text{m}$, se determina en ellas el contenido de dieciséis metales pesados (plomo, hierro, cadmio, níquel, cromo, manganeso, arsénico, cobre, vanadio, cobalto, zinc, selenio, bario, cerio, paladio y mercurio). Para el plomo hay establecido un límite normativo (media anual de $0,5 \mu\text{g}/\text{m}^3$) que no se ha visto superado en ninguno de esos cuatro puntos citados. Respecto al cadmio, níquel y arsénico hay establecidos valores objetivo 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 16 compuestos aromáticos policíclicos entre ellos el Benzo(a)pireno para el que tampoco se ha superado el valor objetivo que señala la normativa ($1 \text{ ng}/\text{m}^3$) como media anual (referencia para ese grupo de compuestos).

Así mismo también se hace un seguimiento específico de la fracción de partículas de corte $2,5 \mu\text{m}$ ($\text{PM}_{2,5}$), en otros tres sensores (dos ubicados en Bilbao y otro en Donostia) (Figura 39). En ninguno se supera el valor objetivo de la media anual previsto para 2015 fijado en $20 \mu\text{g}/\text{m}^3$, aunque el nivel guía establecido por la OMS ($10 \mu\text{g}/\text{m}^3$) si se ha visto superado en uno de los sensores de Bilbao (media anual de $11,6 \mu\text{g}/\text{m}^3$).

Figura 39: Evolución de las medias anuales de PM_{2,5} . 2009-2014



FUENTE: Datos facilitados por el Laboratorio Normativo del Departamento de Salud.

A lo largo del 2014 ha continuado el seguimiento y valoración de la situación en el entorno de la refinería de Petronor y se han atendido algunas incidencias con afección a la población. Se informa de las actuaciones realizadas a los Ayuntamientos y colectivos ciudadanos de la zona.

Se está elaborando la caracterización de los niveles de compuestos orgánicos volátiles (COV) en diferentes tipos de zonas (urbanas, industriales, de fondo rural,...) de cara a la identificación de los principales contaminantes existentes en cada una de ellas (perfiles) y para la detección de situaciones que requieran actuaciones correctoras.

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 428 zonas de abastecimiento y 54 Unidades de Control y Vigilancia (Tabla 17).

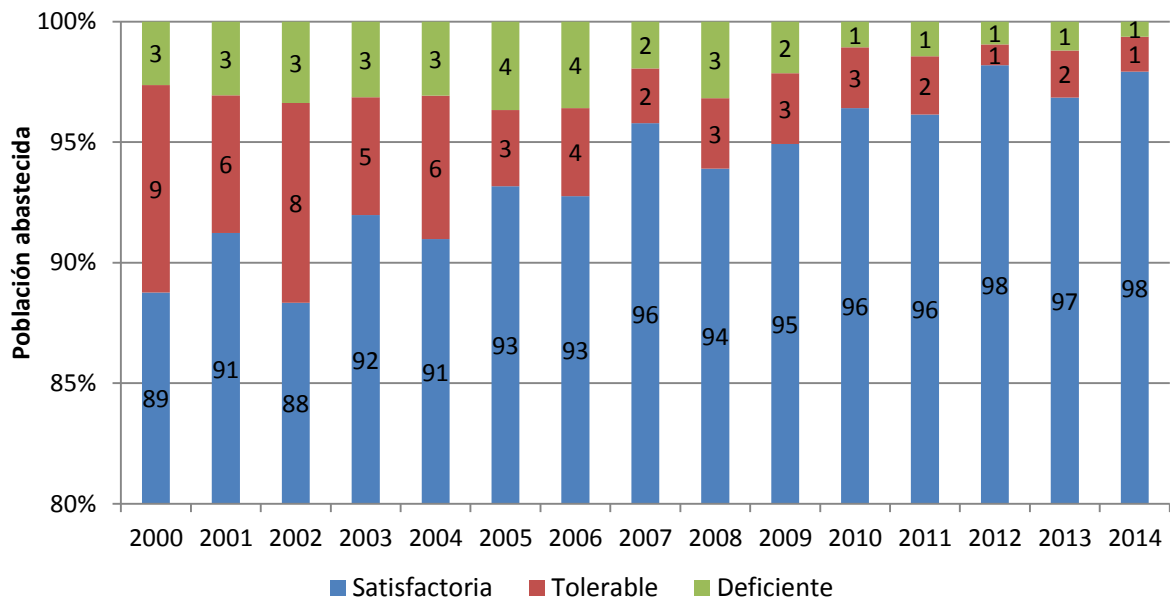
Tabla 17: N° de zonas de abastecimiento y Unidades de Control y Vigilancia

T.H.	UCV	ZA
ARABA	35	220
BIZKAIA	13	118
GIPUZKOA	6	90
CAPV	54	428

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 2014 el 98% de la población recibió agua con calidad satisfactoria en sus domicilios (1% tolerable y 1% deficiente) (Figura 40).

Figura 40: Porcentaje de población que recibe agua de calidad satisfactoria, tolerable y deficiente.



FUENTE: Subdirecciones de Salud Pública y Adicciones.

En la Tabla 18 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 18: 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 %)	2011	2012	2013	2014
ARABA				
Satisfactoria	262.606 (92%)	280.767 (97%)	271.134 (93%)	281.431 (96%)
Tolerable	17.738 (6%)	3.612 (1%)	12.221 (4%)	6.063 (2%)
Deficiente	6.417 (2%)	4.311 (1%)	6.783 (2%)	4.550 (2%)
	286.761	288.690	290.138	292.044
BIZKAIA				
Satisfactoria	1.108.094 (98%)	1.114.908 (99%)	1.111.899 (99%)	1.116.964 (98%)
Tolerable	4.769 (0%)	3.912 (0%)	7.946 (1%)	19.327 (2%)
Deficiente	12.430 (1%)	6.473 (1%)	5.448 (1%)	4.002 (0%)
	1.125.293	1.125.293	1.125.293	1.140.293
GIPUZKOA				
Satisfactoria	675.663 (98%)	673.463 (98%)	671.606 (98%)	672.902 (99%)
Tolerable	4.444 (1%)	6.451 (1%)	5.850 (1%)	5.092 (1%)
Deficiente	6.561 (1%)	5.144 (1%)	5.693 (1%)	4.701 (1%)
	686.668	685.058	683.149	682.695
CAPV				
Satisfactoria	2.046.363 (96%)	2.069.138 (98%)	2.054.639 (97%)	2.071.297 (98%)
Tolerable	26.951 (2%)	13.975 (1%)	26.017 (2%)	30.482 (1%)
Deficiente	25.408 (1%)	15.928 (1%)	17.924 (1%)	13.253 (1%)
TOTAL CAPV	2.098.722	2.099.041	2.098.580	2.115.032

FUENTE: Subdirecciones de Salud Pública y Adicciones.

En los Centros Comarcales de Salud Pública se llevan a cabo las actividades de supervisión e inspección de las estructuras (Tabla 19) (Figura 41). Hay un total de 5.406 puntos de muestreo (Tabla 20).

Tabla 19: Nº de estructuras.

Estructura	Nº
Captación	1.060
ETAP	139
Depósitos	1.456
Red Distribución	1.371
Fuentes no red	361

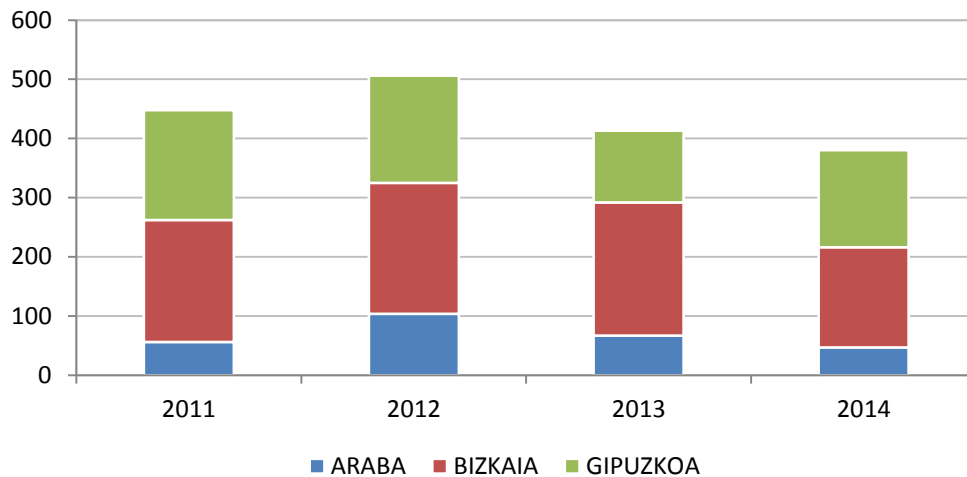
FUENTE: EKUIS (Sistema de Información de Aguas de Consumo de la CAPV)

Tabla 20: Nº de muestras analizadas por año.

AÑO	2011	2012	2013	2014
Nº muestras	19.665	20.203	21.510	22.254

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

Figura 41: N° 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 2014 se reunió la comisión de seguimiento. Asimismo, durante 2014 se ha continuado respondiendo a las diferentes solicitudes de información de la plataforma Ezpitsua y otras del Juzgado de lo Contencioso Administrativo N°1 de Bilbao, Ararteko, Ministerio y Comisión Europea.
- Se ha continuado con los controles de seguimiento de la situación del pozo que abastece de agua a la población de Zubillaga (Lantarón) por la posible afección de los vertidos procedentes de la empresa General Química, S.A. que se detectaron en la zona. Además 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.

3. AGUAS DE BAÑO

PLAYAS

El Programa de Control y Vigilancia de las Zonas de Baño se lleva a cabo sobre 40 zonas de baño y 60 puntos de muestreo (Tabla 21).

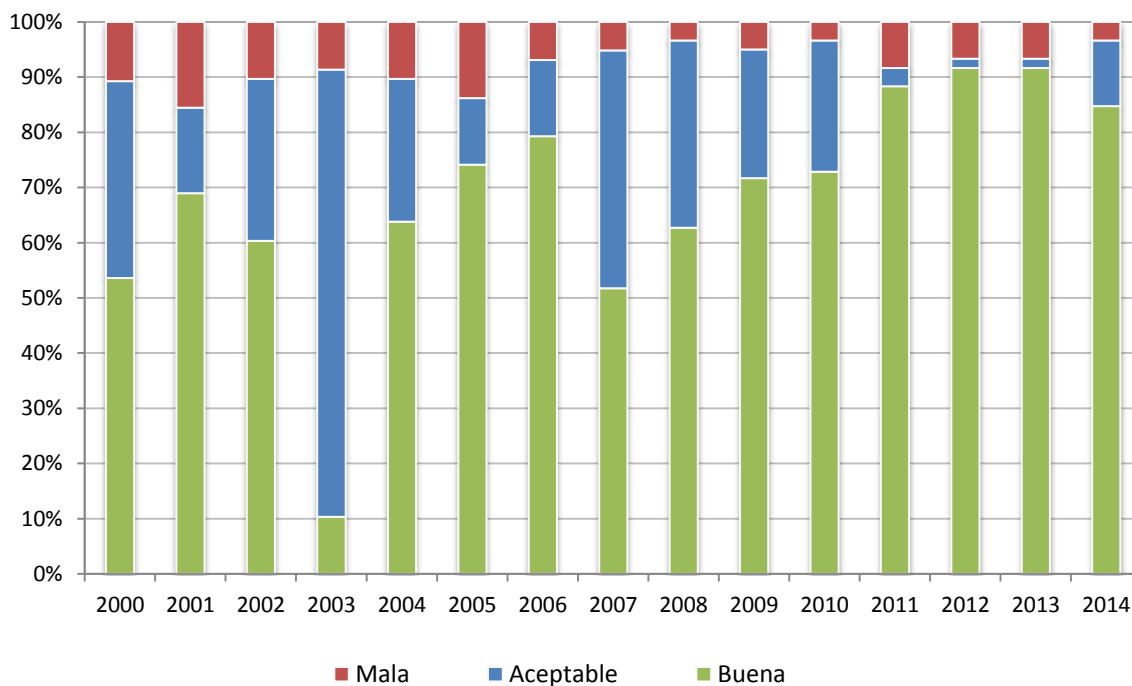
Tabla 21: Zonas de baño y puntos de muestreo por TH (nº).

TERRITORIO	ZONAS DE BAÑO	PUNTOS DE MUESTREO
Araba	5	5
Bizkaia	21	32
Gipuzkoa	14	23
CAPV	40	60

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 42). Tras la valoración de los resultados de los muestreos de la temporada 2014, el 85 % de los puntos de muestreo arrojan datos de buena calidad del agua, un 12 % aceptable y un 3 % mala.

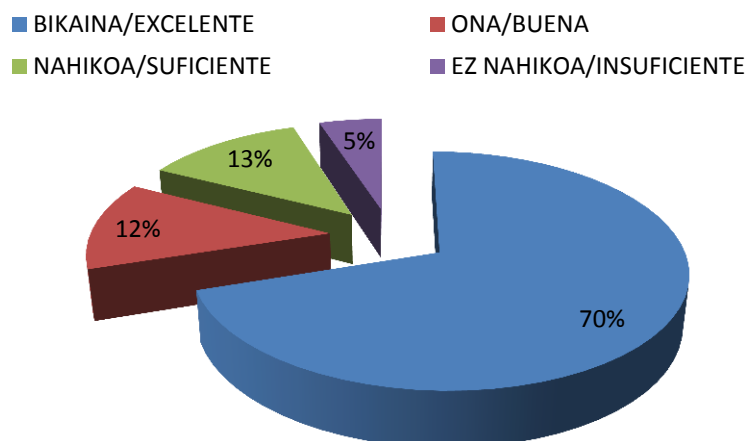
Figura 42: Evolución de la calidad del agua de baño por puntos de muestreo.



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. Pudiendo resultar de calidad Insuficiente, Suficiente, Buena o Excelente (Figura 43). Las zonas de baño con agua de calidad insuficiente en 2014 fueron Toña y San Antonio.

Figura 43: Calidad del agua de las zonas de baño en 2014 (%).



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 2014 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 (Tablas 22 y 23; Figuras 44 y 45)

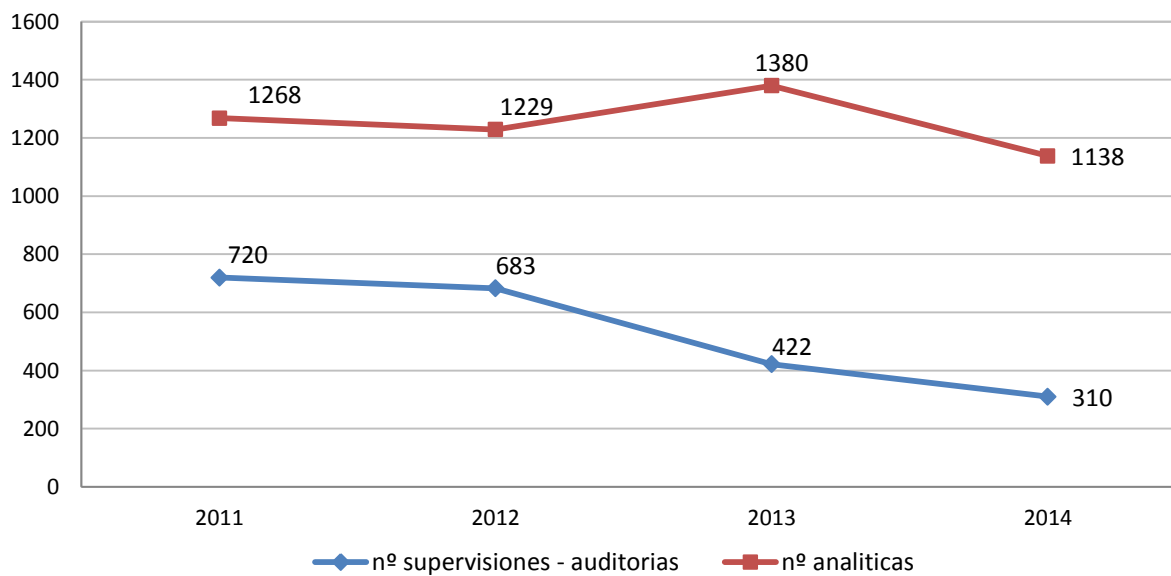
Tabla 22: Instalaciones a controlar y supervisiones realizadas por TH y año (nº).

Nº	2011		2012		2013		2014	
	Instalaciones	Supervisiones	Instalaciones	Supervisiones	Instalaciones	Supervisiones	Instalaciones	Supervisiones
Araba*	83	128	82	136	82	146	64	59
Bizkaia	167	286	167	241	166	155	189	121
Gipuzkoa	163	306	162	306	166	121	170	130
CAPV	413	720	415	683	414	422	418	310

FUENTE: Subdirecciones de Salud Pública y Adicciones.

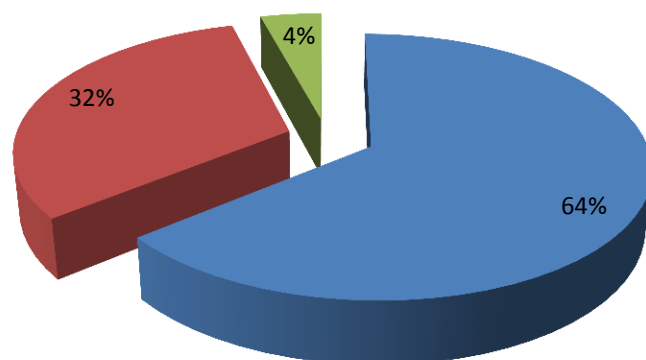
*Sin las instalaciones de Vitoria -Gasteiz

Figura 44: Nº de supervisiones-auditorias y controles analíticos realizadas.



FUENTE: Subdirecciones de Salud Pública y Adicciones.

Figura 45: Resultado de las supervisiones (% informes favorables, mejorables y desfavorables).



■ % informes favorables ■ % informes mejorables ■ % informes desfavorables

FUENTE: Subdirecciones de Salud Pública y Adicciones.

Tabla 23: Analíticas realizadas por TH y año en 2010-2013 (nº).

Nº analíticas	2011	2012	2013	2014
Araba	131	121	125	122
Bizkaia	603	524	679	574
Gipuzkoa	534	584	576	442
CAPV	1.268	1.229	1.549	1.138

FUENTE: Subdirecciones de Salud Pública y Adicciones.

En 2014 el 78,5% de muestras analizadas en la CAPV cumplieron los criterios de calidad.

4. PREVENCIÓN Y CONTROL DE LA LEGIONELOSIS

El programa de prevención y control de la legionelosis se diseña en base a un censo de establecimientos/instalaciones priorizadas en función de su riesgo como posibles focos propagadores de la Legionella. Según la priorización se establece una mayor o menor frecuencia en las supervisiones a realizar. En 2014 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. (Tablas 24 y 25).

Tabla 24: N° de establecimientos inspeccionados por sectores.

Sector	Araba		Bizkaia		Gipuzkoa		CAPV	
	P	NP	P	NP	P	NP	P	NP
Sector industrial y administrativo	38	31	75	31	50	25	163	87
Hospitales y clínicas	8	-	11	-	12	-	31	-
Hoteles, albergues, campings	12	-	27	-	50	-	89	-
Residencias	7	-	33	-	19	-	59	-
Balnearios	13	-	6	-	6	-	25	-
Fuentes ornamentales-lavaderos de vehículos	0	-	2	-	38	-	40	-
Polideportivos	12	-	49	-	40	-	101	-
Otros	3	-	5	-	7	-	15	-
Total	93	31	208	31	222	25	523	87

FUENTE: Unidades de Sanidad Ambiental.

P: n° inspecciones presenciales + caracterizaciones

NP: n° seguimientos No Presenciales

Tabla 25: N° instalaciones inspeccionadas y N° 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	86	11	87	12	52	1	225	24
ACS/AFCH	43	22	145	24	133	4	321	50
Vasos (de hidromasajes / balnearios)	9	0	13	1	31	0	53	1
Otros	1	1	9	2	38	0	48	3
Total	139	34	254	39	254	5	647	78

FUENTE: Unidades de Sanidad Ambiental.

I: n° instalaciones inspeccionadas RA: instalaciones a las que se ha requerido corrección de deficiencias

En los circuitos ACS/AFCH es donde se detectan más deficiencias que han sido objeto de requerimientos para su subsanación. 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.

El 15% del total de los muestreos han resultado positivos a Legionella. Los porcentajes más altos de positivos se han producido en los circuitos ACS-AFCH de hospitales (25% de los muestreos), residencias (19%) y balnearios (18%) lo que ha motivado la adopción de medidas correctoras adecuadas a la situación caso por caso. (Tabla 26).

Tabla 26: N° de controles analíticos por sectores e instalaciones y N° de muestras en las que se ha detectado Legionella.

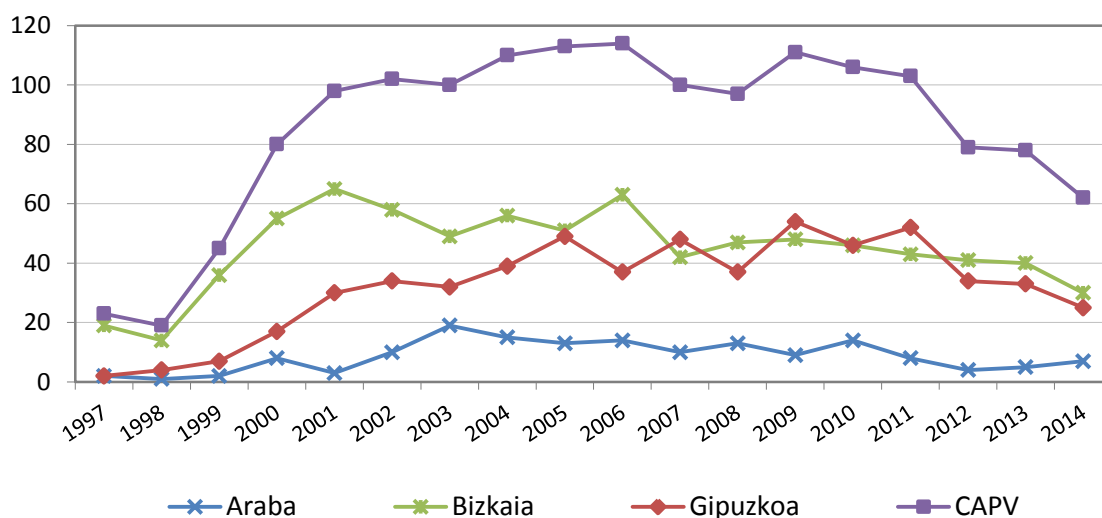
Sector		Araba		Bizkaia		Gipuzkoa		CAPV	
		NM	NM+	NM	NM+	NM	NM+	NM	NM+
Sector industrial y administrativo	CRF	60	4	116	12	104	21	280	37
Hospitales y clínicas	CRF	-	-	5	0	13	2	18	2
	ACS	57	23	104	24	66	9	227	56
Hoteles, albergues, campings	ACS	35	5	76	9	132	13	243	27
Residencias	ACS	23	4	130	29	67	8	220	41
Balnearios	ACS	53	2	16	0	19	0	88	2
	Vasos	5	1	16	2	24	5	45	8
Polideportivos	ACS	37	7	127	24	129	8	293	39
	Vasos	4	0	3	0	33	3	40	3
Fuentes ornamentales - lavaderos vehículos.	ACS-AFCH	-	-	3	0	43	4	46	4
Otros		13	9	11	0	28	1	52	10
Total		287	55	607	100	658	74	1.552	229

FUENTE: Unidades de Sanidad Ambiental.

En 1997 la legionelosis fue declarada enfermedad de declaración obligatoria. En los primeros años de seguimiento se observó un incremento de los casos registrados 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 anuales registrados, en torno a 100-110 casos anuales (tasa de 5 casos por cada 100.000 habitantes), y en los últimos años se ha producido un apreciable descenso en el número de casos (tasa de 3,6 casos por cada 100.000 habitantes). (Figura 46).

Dentro del seguimiento de los casos de legionelosis se realiza una investigación ambiental de cara a detectar el posible foco origen del contagio. Se supervisa la situación y el mantenimiento, y se realizan controles analíticos en las instalaciones sospechosas de haber sido origen del contagio lo que permite detectar situaciones con deficiencias. No obstante la identificación clara del foco origen no es posible en muchos casos por la ausencia de muestras biológicas de las cepas presentes en las personas afectadas para comparar con las detectadas en las instalaciones.

Figura 46: Evolución del número de casos de legionelosis declarados desde 1997.



FUENTE: Unidades de Sanidad Ambiental.

Durante 2014 se han actualizado protocolos internos de funcionamiento y 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.

5. PRODUCTOS QUÍMICOS

El control sanitario de los productos químicos se realiza para prevenir y limitar los efectos perjudiciales para la salud humana derivados de la exposición a los mismos. Se controla la comercialización de los productos verificando la adecuación legal de los preceptivos registros y de los sistemas de información a personas usuarias domésticas, profesionales e industriales. En su caso se procede a la inmovilización y/o retirada del mercado hasta la corrección de las deficiencias. También 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 (Registro Oficial de Establecimientos y Servicios Biocidas – ROESB).

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 o aplicación de biocidas u otros productos químicos, deficiencias en el etiquetado o fichas de datos de seguridad de los mismos (Tabla 27).

Tabla 27: Actuaciones en proyectos vigilancia y control.

		ACTUACIONES				
		2010	2011	2012	2013	2014
Registro ROESB¹	Inscripciones/modificaciones/bajas	72	47	75	69	116
	Inspecciones	76	40	48	33	21
Red de Alerta SIRIPQ²	Alertas tramitadas	25	27	37	32	44
	Alertas generadas	11	11	11	15	10
	Inmovilizaciones de productos	5	2	3	5	6
	Retiradas del mercado	1	1	3	3	4
	Expedientes sancionadores	0	1	1	0	0

¹ROESB (Registro Oficial de Establecimientos y Servicios Biocidas)

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

6. OTRAS ACTUACIONES

INFORMES REALIZADOS EN RELACIÓN CON LA ADMINISTRACIÓN AMBIENTAL 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.

También se emiten informes dentro de otras tramitaciones tales como las **Autorizaciones Ambientales Integradas** y **Evaluaciones de Impacto Ambiental** (Tablas 28 y 29)

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: Informes relacionados con tramitaciones medioambientales.

ACTUACIONES		2010	2011	2012	2013	2014
Actividades clasificadas	En suelo residencial					
	Informes	514	508	256	136	232
	En suelo industrial y no urbano					
	Informes	529	509	396	304	326
Autorizaciones Ambientales Integradas	Informes	12	8	3	3	5
Evaluaciones de Impacto Ambiental	Informes	159	138	100	46	39

FUENTE: Unidades de Sanidad Ambiental.

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

ACTIVIDADES CLASIFICADAS	PROYECTOS RECIBIDOS				
	2010	2011	2012	2013	2014
Agricultura y ganadería	44	54	30	34	21
Industrias extractivas	8	4	4	0	1
Industrias manufactureras	205	227	131	107	122
Suministro de energía, gas, vapor y aire acondicionado	4	1	6	8	7
Suministro de agua, actividades de saneamiento, gestión de residuos y descontaminación	20	24	10	20	27
Construcción	16	14	11	2	5
Comercio al por mayor y menor, reparación de vehículos de motor y motocicletas	143	225	155	89	108
Transporte y almacenamiento	95	33	31	16	24
Hostelería	280	220	126	91	99
Información y comunicaciones	21	8	3	1	1
Actividades financieras y de seguros	25	29	10	0	0
Actividades profesionales, científicas y técnicas	7	8	13	9	5
Actividades administrativas y servicios auxiliares	8	7	7	3	4
Educación	9	3	1	3	3
Actividades sanitarias y de servicios sociales	8	2	1	0	14
Actividades artísticas, recreativas y de entretenimiento	16	20	12	7	15
Otros servicios	35	36	22	16	1
Total	944	915	573	406	457

FUENTE: Unidades de Sanidad Ambiental.

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		2010	2011	2012	2013	2014
Residuos sanitarios	Inspecciones	127	170	178	69	22
	Planes de residuos aprobados	100	102	93	206	135

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		2010	2011	2012	2013	2014
Sanidad mortuoria	Informes emitidos	10	10	14	17	10
	Inspecciones	25	25	25	13	11
	Autorizaciones de cementerios	6	9	4	9	7
	Autorizaciones de crematorios	1	4	1	3	0
	Autorizaciones de tanatorios	4	4	7	4	3
	Expedientes sancionadores	0	0	1	0	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 2014 no se han presentado nuevos planes (Tabla 32).

Tabla 32: Planes de emergencia exterior informados.

ACTUACIONES		2010	2011	2012	2013	2014
PEE	Planes informados	2	2	7	0	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).

Tabla 33: Datos de censo de establecimientos.

Araba	2.878
Bizkaia	8.154
Gipuzkoa	6.656
CAPV	17.688

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 13%. Se han realizado 8.947 visitas de control a establecimientos alimentarios (Tablas 34 y 35).

Tabla 34: % de establecimientos por riesgo.

A	29
B	38
C	20
D	9
E	4

Tabla 35: Número de visitas de control realizadas.

Frecuencias	5.553
Seguimiento de mejoras	3.039
HACCP	355
Total	8.947

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 han realizado en 2014 un total de 355 auditorías, de las cuales 268 son auditorías iniciales y 87 son de seguimiento de mejoras.

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 que se completó en 2014 con los siguientes datos de ejecución (Tabla 36):

Tabla 36: Controles realizados.

Notificaciones de productos	182
Inspecciones en establecimientos	20
Productos revisados por muestreo aleatorio	60

1.3. 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. En 2014 se realizaron un total de 952

inspecciones iniciales de este tipo y 57 de seguimiento de mejoras.

- 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
- 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.
- Otras inspecciones: se realizan por circunstancias variadas y no programadas. En 2014 se realizaron 1.253.

1.4. 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 2014 el sacrificio de animales de las grandes especies de abasto se ha mantenido con respecto al año 2013. (Figura 47 y 48).

Figura 47: Evolución de nº de sacrificios en la CAPV (2008-2014)

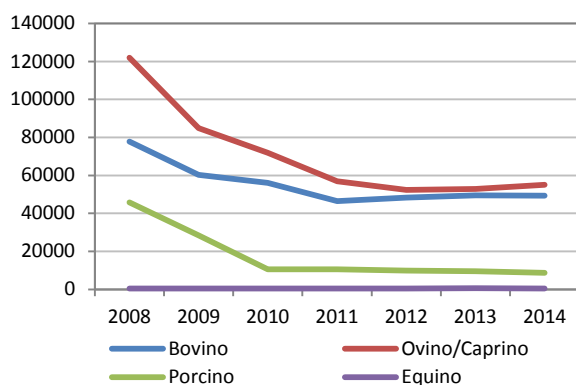
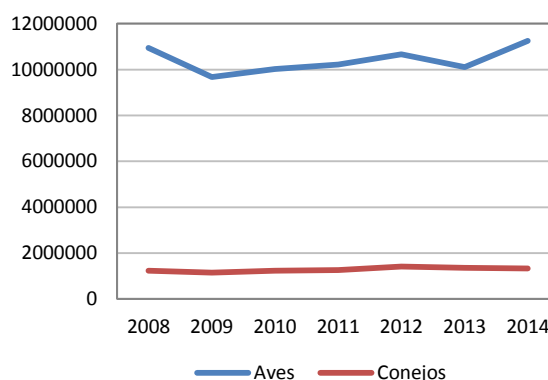


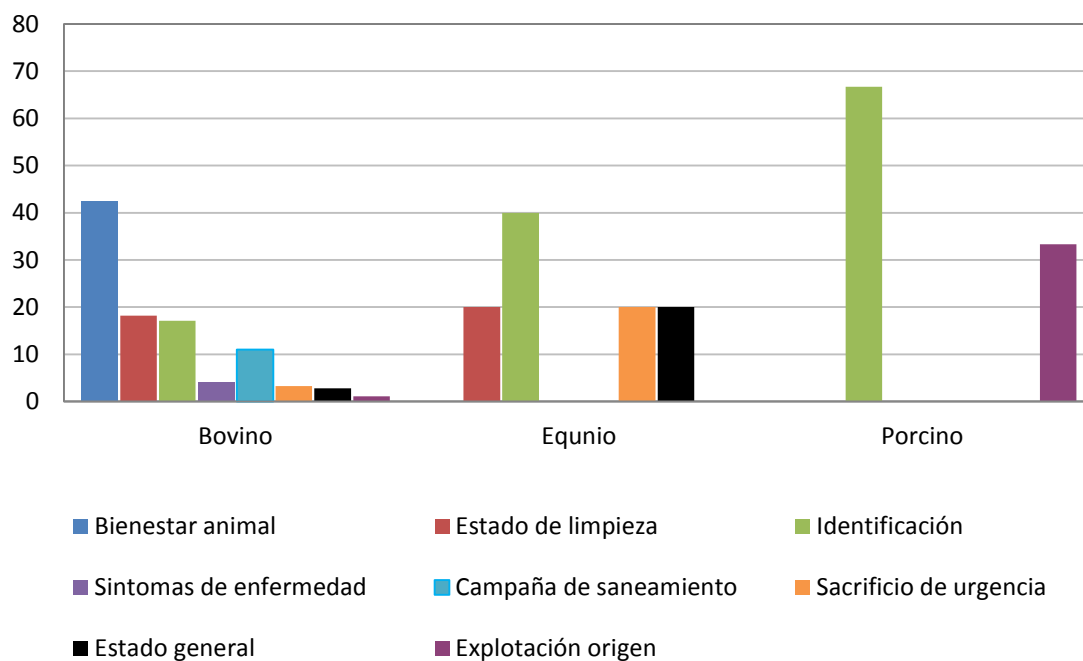
Gráfico 48: Evolución de nº de sacrificios de aves y conejos en la CAPV (2008-2014)



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 porcinos (Figura 49).

Figura 49: Porcentajes de incidencias ante-mortem detectadas en los mataderos de la CAPV (2014).



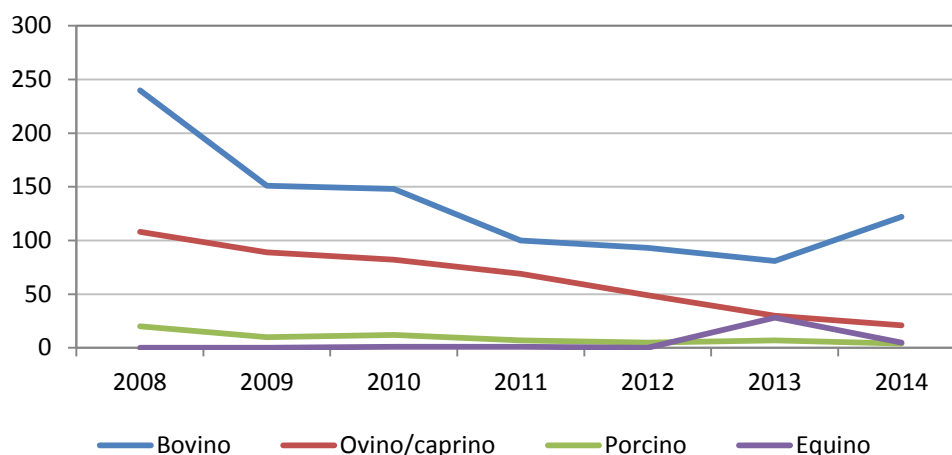
FUENTE: Unidades de control de alimentos.

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) (Figura 50).

Tabla 37: Sacrificios y decomisos (2014).

	Especie animal					
	Bovino	Ovino/caprino	Porcino	Aves	Conejos	Equino
Nº sacrificios	49.289	55.070	8.675	11.257.376	1.328.447	458
Nº decomisos totales	122	21	4	78.210	11.349	5

Figura 50: Evolución decomisos totales en grandes especies (2008-2014).

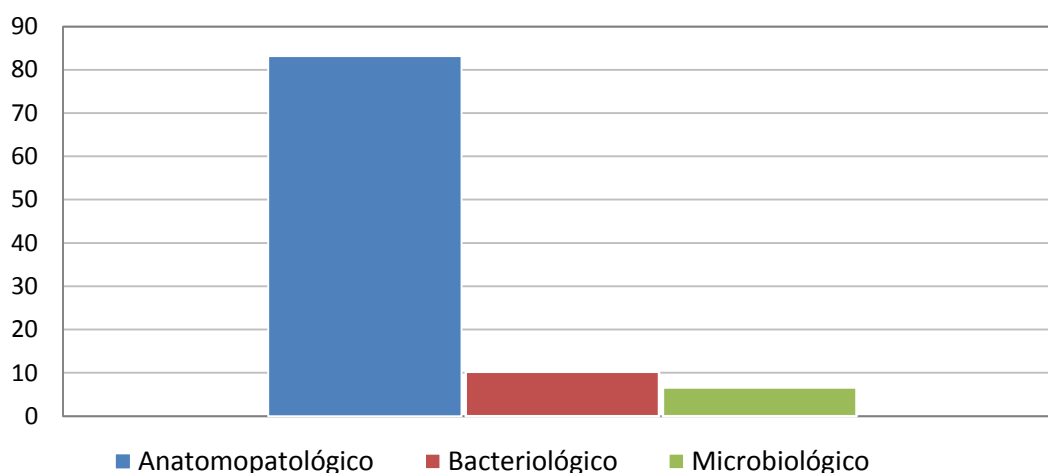


FUENTE: Unidades de control de alimentos.

Respecto a los decomisos parciales las principales causas de decomiso por especies corresponden en vacuno a distomatosis hepática (13%), lesiones por bronconeumonía y pleuresía (22%) y procesos degenerativos (43%). En porcino corresponde a la parasitación por *Ascaris* (60%) y parasitosis hepática y pulmonar por diversos agentes en ovino (51,20%).

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 51).

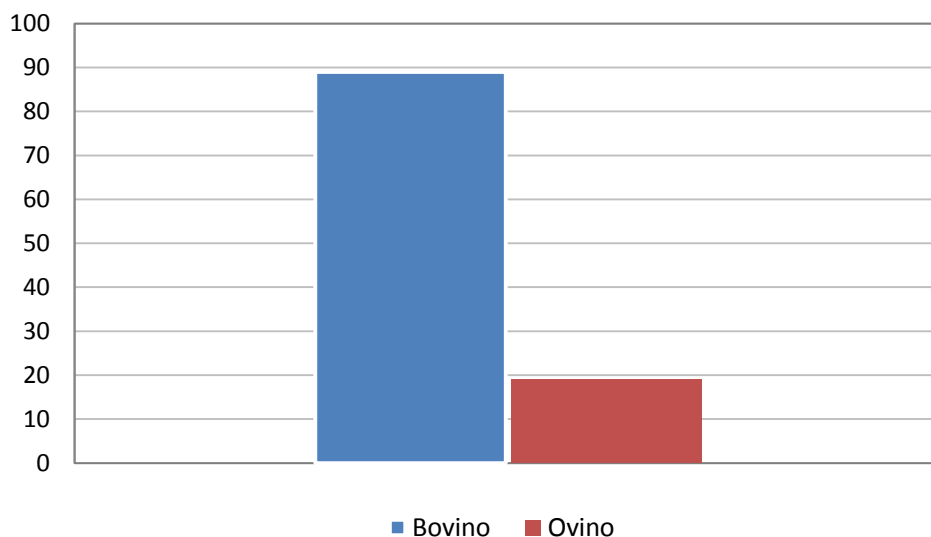
Figura 51: Porcentaje de muestras recogidas en los mataderos de la CAPV (2014).



En cuanto a las Encefalopatías Espongiformes Transmisibles (ETT), 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 hubo un cambio normativo importante que limitaba 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. Durante el año 2014 no se ha producido ningún caso positivo de Encefalopatía Espongiforme Bovina en bovinos sacrificados en mataderos de la CAPV (Figura 52).

Figura 52: Porcentaje de encefalopatía espongiformes en la CAPV (2014).



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, 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 2014, el 64,71% del personal que trabaja en los mataderos de la CAPV y ha solicitado dicho certificado por el procedimiento simplificado, lo ha obtenido. El citado Reglamento, exigía, así mismo, que los mataderos incorporasen 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.

A partir del brote surgido en Alemania como consecuencia del *E. coli* productor de toxina Shiga O 104:H4, los estudios, bien en Europa, bien en España, se están dirigiendo a buscar este *E. coli*, debido a una mayor notificación de casos humanos en los últimos años relacionados con el *E. coli* NO O157, si bien los casos más graves siguen asociándose al *E. coli* O157 H7. En 2014, en la CAPV, se continúa con el estudio de prevalencia de *E. coli* O 157:H7 en el ganado vacuno menor sacrificado en nuestros mataderos y además se ha tratado de identificar *E. coli* productor de toxinas Shiga (O157 y NO O157) en las canales de los mismos animales en los que se recogieron heces para buscar *E. coli* O157:H7.

2. SEGURIDAD MICROBIOLÓGICA DE LOS ALIMENTOS

Toda estrategia de seguridad alimentaria debe incluir el apoyo analítico a los diferentes programas y actividades de control alimentario.

En este sentido, las actividades de vigilancia y control de la seguridad microbiológica de los alimentos son abordados a través de tres importantes líneas de actuación desarrollados en los siguientes apartados: verificación analítica de los alimentos elaborados en los establecimientos de la Comunidad Autónoma Vasca, el control de los microorganismos patógenos en los alimentos en su fase de comercialización, dirigido principalmente a los de elaboración externa a la CAPV y el control de las resistencias antimicrobianas de bacterias zoonóticas e indicadores, cuya metodología ha sido modificada por la Unión Europea con el fin de armonizar los criterios en los Estados Miembros. Es por ello, que los resultados de este último apartado, serán incluidos con los correspondientes al próximo año.

Ante los resultados disconformes obtenidos, tomando como valores límites microbiológicos los recogidos en las normativas de referencia, e informes científicos, se adoptaron las medidas necesarias, siempre proporcionales al riesgo. Ante el incumplimiento de gérmenes indicadores, las actuaciones fueron dirigidas a la supervisión de las condiciones higiénicas y de las prácticas de manipulación durante el proceso de elaboración de los alimentos implicados. Las actuaciones ante el incumplimiento de microorganismos patógenos, incluyeron además de la investigación del origen del incumplimiento, la retirada del producto afectado. En todos los casos se valoró la necesidad de realizar verificaciones analíticas tanto de materias primas como de productos elaborados. Cuando los incumplimientos

correspondían a productos elaborados o manipulados fuera de la Comunidad autónoma, éstos fueron notificados a las Autoridades Sanitarias de origen.

2.1. Plan de verificación analítica en el control oficial de establecimientos

Esta línea de vigilancia microbiológica da respuesta, de un modo sistemático, a las distintas demandas analíticas derivadas de la actividad de control oficial en establecimientos de elaboración de la CAPV.

Anualmente, se revisan y definen los sectores, actividades y alimentos a investigar, de modo que a lo largo del tiempo, pueden ser abordados todos los sectores de elaboración. Para ello, se tienen en cuenta los siguientes criterios de selección: alimento de riesgo, población de destino, clasificación del establecimiento por riesgo, censo por sector y volumen de actividad, documentos e informes de organismos oficiales y bibliografía general.

Se procedió a la investigación analítica de 1653 muestras de producto recogidas en un total de 719 establecimientos. El número total de muestras tomadas en cada establecimiento, dependiendo de la variedad de productos elaborados y su volumen de actividad, fue diferente (tabla 38).

Tabla 38: Vigilancia microbiológica en establecimientos de elaboración, resultados por sector.

Establecimientos		Muestras		
Sector	Nº Establecimientos	Nº Total	Nº No conformes	% correctas
Comidas preparadas	474	1136	124	89
Productos de pastelería	31	72	10	86,1
Leche y productos lácteos	20	20	1	95
Carne y productos cárnicos	130	249	79	68,3
Productos de la pesca	46	66	7	89,4
Centros de embalaje de huevos	5	80	0	100
Ovoproductos	1	3	0	100
Hielo	2	2	0	100
Helados no lácteos	4	10	0	100
Cacao y derivados	6	15	0	100
TOTAL	719	1653	221	86,6

Los parámetros investigados fueron tanto indicadores de higiene como microorganismos patógenos o sus toxinas. En cada tipo de alimento se analizaron varios parámetros, por lo que el número total de determinaciones realizadas es superior al de muestras y la suma del número de incumplimientos por parámetro, superior a la suma de muestras no conformes.

Globalmente, Las determinaciones de patógenos o sus toxinas que dieron lugar a muestras no conformes fueron: *Campylobacter* spp (36 muestras; 61%), Norovirus (2 muestras; 28,6%), *Staphylococcus aureus* resistente a la meticilina (25 muestras; 15,8%), enterotoxina estafilocócica (1 muestra; 5%), *Yersinia enterocolitica* (3 muestras; 3%), *E. coli* verotoxigénico (2 muestras; 1,3%), *Salmonella* spp (8 muestras; <1%) y *Listeria monocytogenes* (7 muestras; <1%). Entre los indicadores de falta de higiene investigados, el principal parámetro con incumplimientos fue Enterobacterias a 37°C (143 muestras; 11,3%).

Por sector, los resultados más destacables fueron los siguientes:

- **Comidas preparadas**

A excepción de 2 muestras en las que fue detectada presencia de *Listeria monocytogenes*, el resto de incumplimientos obtenidos (124 muestras) fueron por detección de valores de enterobacterias a 37°C superiores a los límites establecidos. La totalidad de las muestras (1136) resultaron correctas para *Salmonella* spp.

Los principales incumplimientos fueron detectados en establecimientos de hostelería G-II.

- **Obradores de pastelería**

En todos los casos, los resultados no conformes obtenidos (10 muestras) fueron por superar el valor límite establecido para el parámetro de higiene, enterobacterias a 37°C, siendo correctos (72 muestras) para los patógenos investigados, *Salmonella* spp y *Listeria monocytogenes*.

- **Leche y productos lácteos**

El único incumplimiento obtenido fue la detección de enterotoxina estafilocócica en una muestra de queso curado elaborado con leche cruda, siendo todos los resultados correctos (20 muestras) para *Listeria monocytogenes*.

- **Carne y productos cárnicos**

Dependiendo del tipo de producto muestreado, preparados cárnicos de ave (56 muestras), preparados cárnicos de vacuno-porcino (161 muestras), carne picada (12 muestras), platos preparados cárnicos (19 muestras) y productos cárnicos cocidos (1 muestra), los parámetros analizados fueron diferentes.

Los incumplimientos más destacables en relación al aislamiento de los microorganismos patógenos fueron: *Campylobacter* spp en preparados

cárnicos de ave (61%), *Staphylococcus aureus* resistente a la meticilina en preparados de carne de vacuno y porcino (15,8%), *Salmonella* spp investigado en la totalidad de las muestras cárnicas (8%), *Yersinia enterocolítica* en preparados de carne de porcino (3%), *E. coli* verotoxigénico en carne picada y preparados de carne de vacuno (1,3%).

En cuanto a los parámetros indicadores, el 35% de las muestras de platos preparados cárnicos cocidos y el 2% de las muestras de preparados de carne fresca, superaron el valor límite establecido para enterobacterias a 37°C y *E. coli* β glucuronidasa +, respectivamente.

Hay que destacar así mismo, que todos los resultados de las muestras de productos cárnicos cocidos en las que se investigó *Listeria monocytogenes* (20) fueron correctos.

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

Se procedió a la investigación analítica de 62 muestras de productos de la pesca.

De todos los resultados obtenidos, es destacable la presencia de *Listeria monocytogenes* en productos ahumados (56%) y norovirus genogrupo I y II en moluscos bivalvos (29%). Estas últimas muestras, tomadas de 2 centros de depuración diferentes, fueron también no conformes por superar el valor límite establecido para *E. coli* (230 NMP/100 g).

- **Centros de embalaje de huevos**

Los resultados de las 80 muestras de huevos, de distintas procedencias y lotes, recogidas en 5 centros de clasificación, fueron correctos respecto al único parámetro analizado tanto en cáscara como en el interior, *Salmonella* spp.

- **Ovoproductos**

Los resultados de las 3 muestras de ovoproductos recogidas en el único establecimiento de elaboración de la CAPV, fueron conformes a los distintos parámetros investigados, enterobacterias a 37°C, *Salmonella* spp y *Listeria monocytogenes*.

- **Hielo**

Los resultados de las muestras recogidas en los 2 únicos establecimientos de elaboración y envasado de hielo, para su posterior venta en comercio minorista, fueron correctos a los criterios microbiológicos establecidos para el agua de consumo.

- **Helados no lácteos**

Se investigaron 10 muestras de helado no lácteo recogidas en 4 establecimientos de elaboración de carácter industrial. Los resultados fueron conformes a los distintos parámetros investigados, enterobacterias a 37°C, *Salmonella* spp y *Listeria monocytogenes*.

- **Cacao y derivados**

Los resultados de las 15 muestras de productos a base de cacao recogidas en los 6 establecimientos de elaboración, fueron conformes a los 2 parámetros investigados, enterobacterias a 37°C y *Salmonella* spp.

2.2. Plan de vigilancia horizontal de patógenos

Se llevó a cabo vigilancia microbiológica de alimentos de riesgo comercializados en la CAPV, aplicando las medidas necesarias ante la detección de gérmenes patógenos. Al tratarse de productos elaborados fuera de la Comunidad Autónoma, los incumplimientos detectados fueron notificados a las Autoridades Sanitarias de las CCAA de procedencia del alimento (Tabla 39).

Tabla 39: Alimentos investigados y número de muestras.

Alimento	Nº muestras recogidas	Nº muestras No Conformes	% correctas
Hielo	72	8	88,9
Productos cárnicos cocidos	69	1	98,6
Vegetales consumo en crudo	55	0	100
Carne de vacuno picada	56	2	96,4
Frutos rojos congelados	57	1	98,2
Total	309	12	96,1

- **Hielo**

Se recogieron muestras de hielo envasado y comercializado en establecimientos minoristas (13) y muestras de hielo elaborado in situ en establecimientos de hostelería (59). Los resultados de las muestras de hielo envasado fueron correctos, mientras que 8 muestras de hielo elaborado en hostelería dieron resultados no conformes, en al menos un parámetro. Se obtuvieron recuentos de *E. coli* β-glucuronidasa+ (3 muestras), de Coliformes totales (5 muestras) y de *Clostridium perfringens* (2 muestras), por encima de los límites establecidos en la normativa de aplicación.

- **Productos cárnicos cocidos**

Se analizó *Listeria monocytógenes* en productos cárnicos cocidos, loncheados, envasados y puestos a la venta en minoristas o grandes superficies. Las muestras se analizaron en dos momentos diferentes: a la llegada al laboratorio y al final de la vida útil del producto. Los resultados fueron correctos en todas las muestras excepto una, en la que se detectó presencia de *L. monocytógenes* tanto en el momento inicial como al final de su vida útil.

- **Vegetales de consumo en crudo**

Las muestras correspondieron a tres grupos de productos envasados: Semillas germinadas (brotes de alfalfa, soja, puerro,...), ensaladas IV Gama y vegetales envasados para consumo en crudo (lechugas, escarolas,...). Los resultados fueron correctos para todos los parámetros analizados: *Salmonella* spp, *Listeria monocytógenes*, *E.coli* verotoxigénico, *Norovirus* (genotipo I y II) y Virus de la hepatitis A.

- **Carne de vacuno picada**

Se investigó presencia de *E. coli* verotoxigénico en 56 muestras de carne de vacuno picada, recogidas en carnicerías. Solamente en una muestra se detectó presencia de este patógeno.

- **Frutos rojos congelados**

Se analizaron 57 muestras de frutos rojos congelados (arándanos, moras, frambuesas,...). Se detectó *Norovirus* (genotipo II) en una muestra de grosellas rojas, mientras que los resultados del resto de parámetros analizados (Virus de la hepatitis A, *Salmonella* spp y *Listeria monocytógenes*) fueron correctos en todas las muestras.

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 inició en 2013.

Controles selectivos

En 2014 se han llevado a cabo controles selectivos de (Tabla 40):

- **Aditivos alimentarios:** sulfitos en distintos productos cárnicos (carne picada, salchicha, hamburguesa), crustáceos (gambas, langostinos) y frutas desecadas (albaricoque, melocotón).
- **Residuos de productos empleados en la producción:** nitrato en vegetales (lechuga, espinaca, rúcula).
- **Metales:** mercurio total en distintas especies de pescados de los que más acumulan (pez espada, atún, bonito, cazón, caella y marrajo), y en conservas de atún y bonito.
- **Arsénico:** arsénico total e inorgánico en arroz y productos a base de arroz.
- **Micotoxinas:** aflatoxinas B1, B2, G1 y G2, ocratoxina A y zearalenona en panes y cereales de desayuno.
- **Compuestos originados en el procesado de alimentos:** acrilamida cereales de desayuno.
- **Histamina** en conservas y semiconservas de pescado (túnicos y anchoas).

Tabla 40: Controles selectivos llevados a cabo en 2014.

		Número de muestras analizadas	Número de muestras con contenidos superiores al límite establecido	
ADITIVOS ALIMENTARIOS	Sulfitos en cárnicos	93	10	
	Sulfitos en crustáceos	34	3	
	Sulfitos en frutas desecadas	20	1	
RESIDUOS DE PRODUCCIÓN	Nitrato en vegetales	13	1	
METALES	Mercurio total en pescados	Túnidos		
		bonito	15	0
		atún	5	0
		Tiburones		
		Cazón	2	1
		Marrajo	2	2
Caella	8	4		
	Pez espada	15	6	
	Conservas de atún y bonito	23	0	
MICOTOXINAS	Aflatoxinas B1, B2, G1 y G2, y zearalenona	Pan del día	10	0
	Aflatoxinas B1, B2, G1 y G2, ocratoxina A y zearalenona	Cereales de desayuno	30	0
CONTAMINANTES DEL PROCESADO	Acrilamida	Cereales de desayuno	30	2 (a)
AMINAS BIOGENAS	Histamina	Conservas y semiconservas de pescado	18	0
ARSÉNICO	As total e inorgánico	Arroz y productos a base de arroz	42	3 (b)

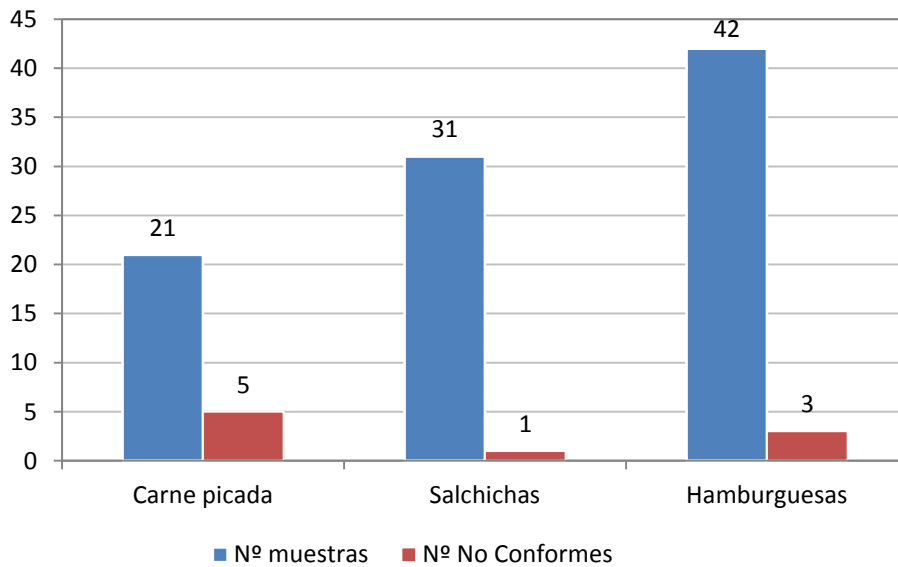
(a) No existen límites legales para los contenidos de acrilamida en los alimentos pero se han establecido valores recomendados para algunos de ellos

(b) Existe una propuesta para limitar el contenido máximo de arsénico inorgánico en arroz y productos a base de arroz pendiente de aprobación por la Comisión Europea

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 3 y el 24%. Los porcentajes de incumplimientos

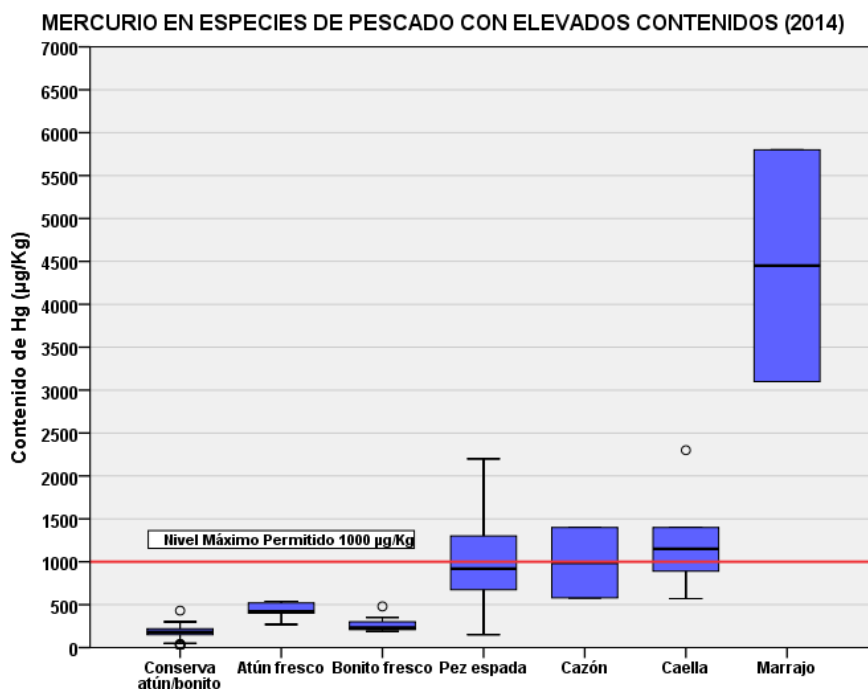
han descendido en salchichas y hamburguesas frente a los del año anterior pero en carnes picadas, en las que no está permitida la presencia de aditivos, se ha constatado un aumento importante de muestras con sulfitos, de hasta un 24% (Figura 53).

Figura 53: 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. No se han detectado contenidos superiores a los permitidos en ninguna muestra de bonito o atún fresco de las 20 analizadas y tampoco en ninguna de las 23 muestras de conservas de estas especies. Como se viene constatando en los últimos años, los contenidos de mercurio realmente elevados se circunscriben a otras especies como caella y sobre todo pez espada, cazón y marrajo (Figura 54) que presentan varios incumplimientos de los valores exigidos por la legislación.

Figura 54: Contenido de mercurio en pescado.



Respecto al contenido de arsénico en arroz, se trata de uno de los alimentos que más arsénico inorgánico (la forma más tóxica) aporta al conjunto de la dieta y por ello la Comisión Europea va a establecer unos límites máximos en arroz y productos derivados. En 2014 se ha determinado el contenido de arsénico total e inorgánico en 21 muestras de arroz integral que son las que presentan los contenidos más elevados y también en arroz descascarillado (12) y determinados productos a base de arroz (9). Sólo se han determinado concentraciones de arsénico inorgánico superiores a las propuestas en una muestra de arroz integral otra de arroz descascarillado y una de tortitas a base de arroz.

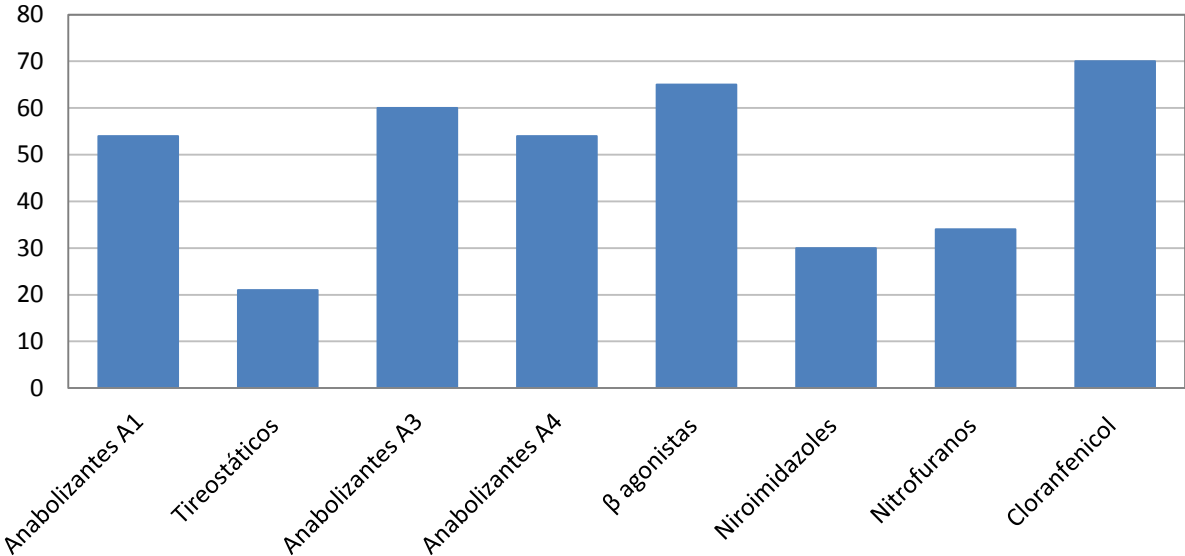
Residuos en alimentos de origen animal

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.

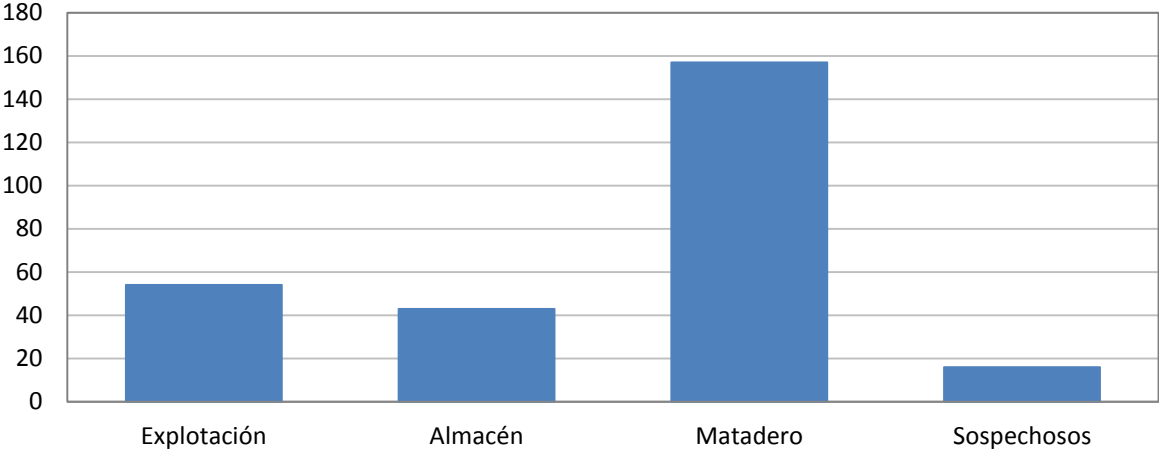
Con respecto al grupo de las sustancias prohibidas, el pasado año hubo un positivo dentro del subgrupo de anabolizantes A4. Tras la consiguiente investigación se comprobó que fue debido a la alimentación de los animales muestreados con pienso contaminado con una micotoxina (contaminante ambiental) (Figura 55).

Figura 55: N° de muestras en Sustancias prohibidas 2014 / Muestreo de sustancias prohibidas.



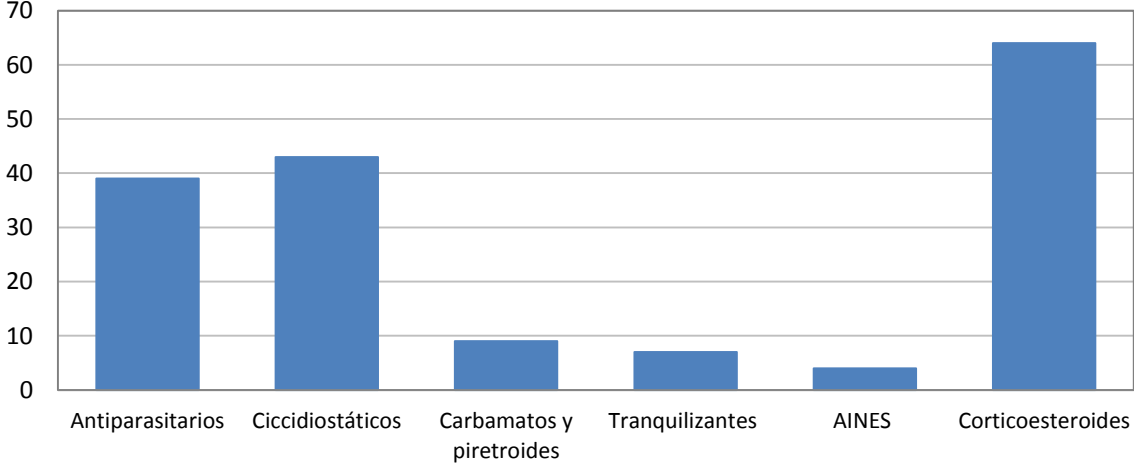
Dentro de las sustancias medicamentosas, es en el grupo de las antimicrobianas donde tradicionalmente se han encontrado el mayor número de incidencias; debido a esta situación, es el grupo que más muestreado. Sin embargo, este último año, como en los precedentes, no ha habido ninguna disconformidad en nuestro territorio (Figura 56).

Figura 56: N° de muestras en Sustancias Antimicrobianas (2014).



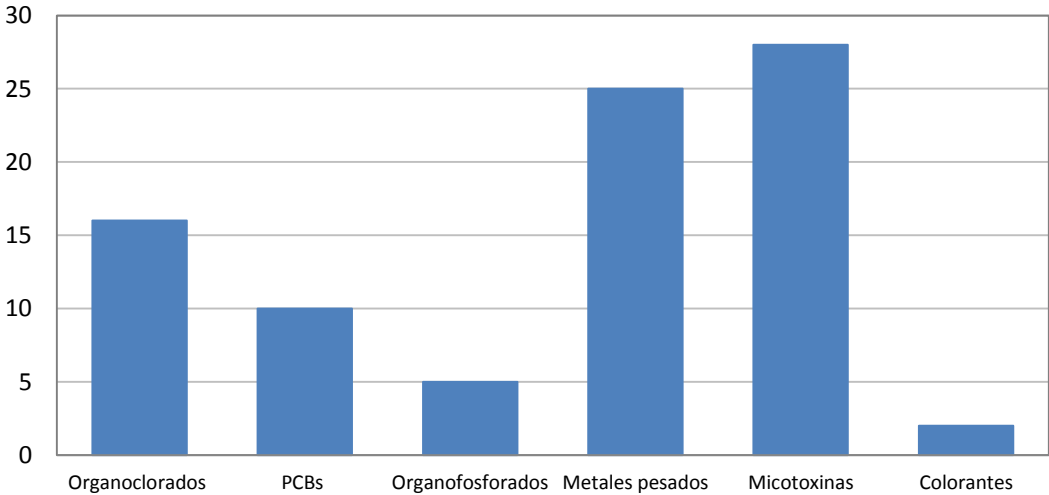
En los últimos años, todas las incidencias venían encontrándose en el grupo de los corticoesteroides, concretamente en toros de lidia. Sin embargo, este último año, como en años anteriores, tno ha sido detectado ningún positivo dentro del grupo correspondiente a otras sustancias medicamentosas (Figura 57).

Figura 57: N° de muestras en otras sustancias medicamentosas (2014).



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. No obstante, este año 2014 no ha sido detectada ninguna disconformidad a estas sustancias. (Figura 58).

Figura 58.- N° de muestras de contaminantes ambientales.



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

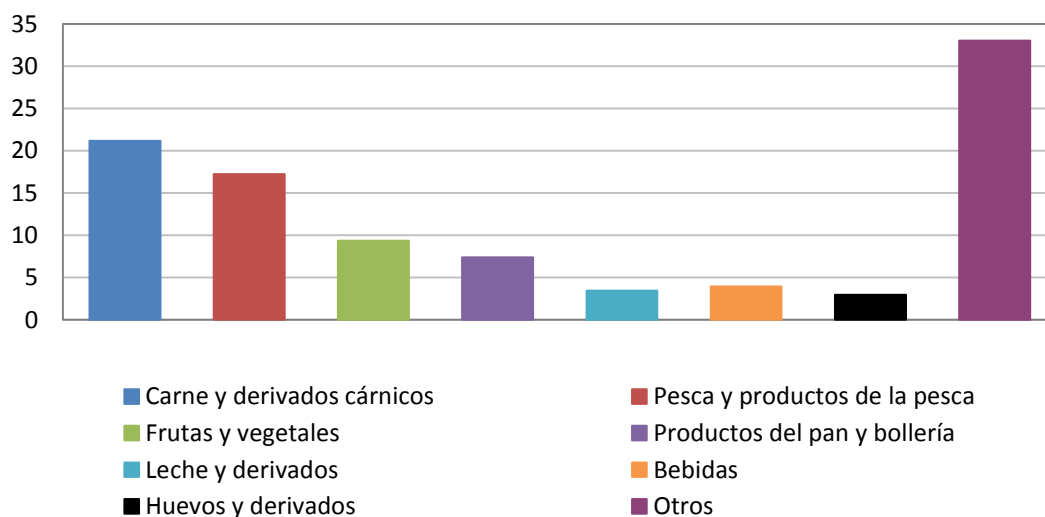
4. OTRAS ACTIVIDADES

Denuncias y Reclamaciones

Durante el año 2014 se han gestionado y tramitado un total de 219 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.

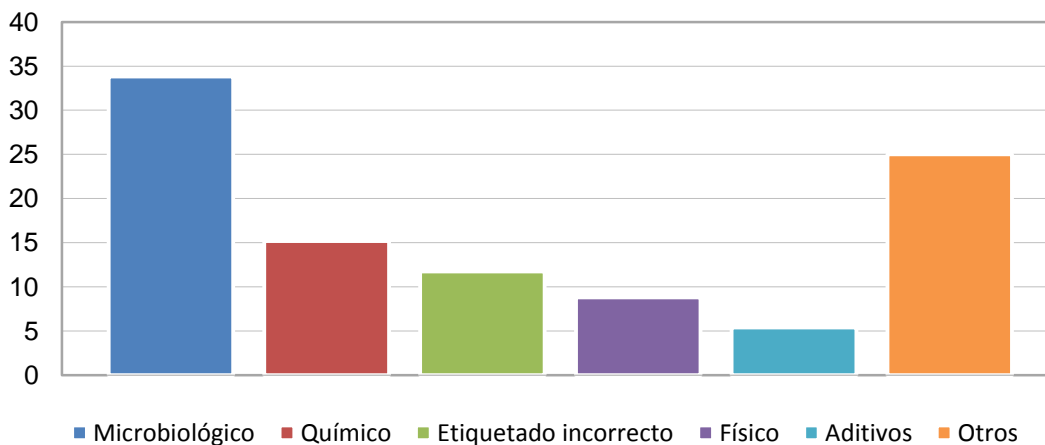
Los alimentos de origen animal fueron los implicados en mayor número de ocasiones (Figura 59). El grupo otros engloba aceites, materiales en contacto con los alimentos, complementos alimenticios, deficiencias en el etiquetado de alimentos y deficiencias en la manipulación entre otros.

Figura 59: Porcentaje de denuncias por tipo de alimento (2014).



Con respecto al tipo de peligro, los riesgos microbiológicos han sido los más detectados (Figura 60).

Figura 60: Porcentaje de denuncias por tipo de peligro (2014).



LABORATORIO

El laboratorio de Salud Pública (LSP) realiza la actividad analítica programada correspondiente a "Programas de Salud Pública" y la que se genera como resultado de situaciones de alerta o emergencia sanitaria. Además responde a la demanda generada por Osakidetza en relación a pruebas de toxicología, análisis microbiológicos y 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, Química Clínica, 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.

El LSP tiene implantado desde 1988 un sistema de gestión de calidad acreditado por ENAC (tabla 41) desde 1998. 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: 2013 Laboratorios clínicos. Requisitos particulares relativos a la calidad y la competencia.

El alcance de acreditación está incluido en 7 expedientes y abarca 169 procedimientos analíticos (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

Además de las analíticas acreditadas por ENAC, el laboratorio dispone en sus tres sedes de otras no acreditadas en las áreas de actividad citadas. En las carteras de servicios del LSP se detalla toda la información relativa a los métodos analíticos, estando estructuradas por procedimientos analíticos (incluyendo matrices y analitos), indicando el rango de trabajo, límite de detección, y su estado de acreditación. El LSP va ampliando su alcance de acreditación de acuerdo con las solicitudes y las necesidades de la Dirección de Salud Pública y Adicciones.

En 2014 se ha ampliado el alcance de la acreditación en los siguientes procedimientos y matrices:

- Marcadores de cinco nuevas enfermedades Congénitas: Enfermedad del Jarabe de Arce (MSUD): Leu y Val; LCHAD:C16OH 3-Hidroxiipalmitoil Carnitina; Glutárica tipo I (GA1): C5DC Glutaril Carnitina; Isovalérica C5: Isovalerilcarnitina; Homocistinuria: Met, Citrulina
- Digestión mediante microondas de las muestras de hígado y carnes.
- Cloranfenicol en agua y dos nitroimidazoles (Ipronidazol y hidroxipronidazol) en huevo y músculo.
- Ampliación de las matrices de los procedimientos de microbiología de los alimentos.
- Detección de Salmonella y Listeria monocytogenes por PCR.
- Recuento de E. coli en aguas por la técnica del sustrato definido.
- Ampliación de los analitos de benzimidazoles.

Durante 2014 el LSP ha trabajado en la puesta a punto y validación de los siguientes métodos:

- Validación de nuevos plaguicidas (etofumesato y metabolitos de triazinas) en el procedimiento PNTCOR03.
- Validación de la matriz "cereales" en el procedimiento para la determinación de arsénico inorgánico por espectrofotometría de absorción atómica.
- Determinación de grasa en productos cárnicos.
- Determinación de PCBs en huevos, pescados y aceite.
- Tetraciclinas en músculo de ave.
- Determinación de sodio (Na+) en Carne.
- Revalidación de los métodos de Química correspondientes al alcance de la acreditación.
- Comienzo de la puesta a punto de la técnica europea de consenso para el análisis de metilmercurio en pescados empleando analizadores de mercurio (AMA254 y DMA80).
- Toxicología: Se han realizado las validaciones para Cribado de Creatinina, ketamina, acetil morfina, etanol y etil glucurónido en orina.
- Metabolopatías: Validación de procedimiento para la determinación de contenido de yodo en suplementos farmacológicos.
- Modificación del método para la determinación de alcoholemias.
- Detección de Salmonella y L. monocytogenes en alimentos por RT-PCR.
- Detección y recuento de coliformes totales y E. coli en agua por el método NMP-técnica del sustrato definido.
- Recuento de enterococos intestinales en aguas de mar, Aguas superficiales no tratadas, Aguas de consumo. NMP Técnica de sustrato definido.
- Ampliación de alcance de la matriz "aguas tratadas no destinadas a consumo humano" en el Procedimiento PNTMAG19 de recuento de aerobios.
- Detección de E.coli verotoxigénico por la técnica de PCR a tiempo real en distintas matrices: Canales de vacuno, productos cárnicos y vegetales.
- Seguimiento de las validaciones de recuento en placa de E. coli en alimentos y detección de E. coli O157.

1. EVOLUCIÓN GENERAL DE LA ACTIVIDAD

Durante el año 2014, en el LSP se han analizado 114.532 muestras de la CAPV y otras CCAA, realizándose 3.323.945 determinaciones.

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 (15.200) y sobre todo de determinaciones (2.538.000), para no distorsionar las cifras, éstas se tratarán por separado. En consecuencia, sin tener en cuenta a las unidades móviles se han analizado 99.332 muestras con un total de 785.945 determinaciones, lo que supone un descenso del 10,88 % de muestras respecto a los datos de actividad del 2013, ocasionado fundamentalmente por el descenso de la demanda de drogas de abuso en orina, sin embargo el número total de determinaciones ha aumentado en un 6,5% (Figuras 61 y 62).

Figura 61: Actividad analítica general del LSP- Muestras y Determinaciones (sin unidad móvil).

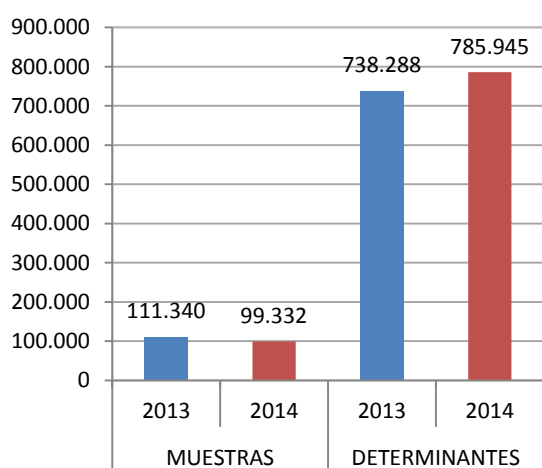
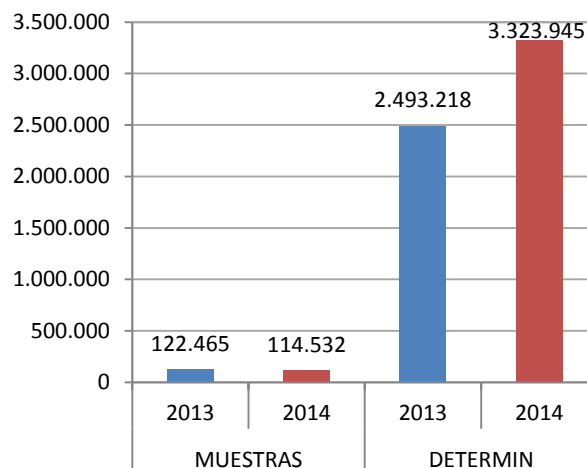


Figura 62: Actividad analítica general del LSP- Muestras y Determinaciones (con unidad móvil).



Con relación a las muestras analizadas, la actividad del laboratorio recae principalmente en los Programas de Salud Pública (80% de muestras y 88% de determinantes) y a la Red Asistencial de Osakidetza (18% de muestras 11% de determinantes). La actividad de Proyectos de Investigación representa el 2,4 % de muestras y 0,6% de determinaciones. La demanda de entidades externas supone una actividad menor (Figuras 63 y 64).

Figura 63: Muestras realizadas en el LSP, por Solicitante / actividad.

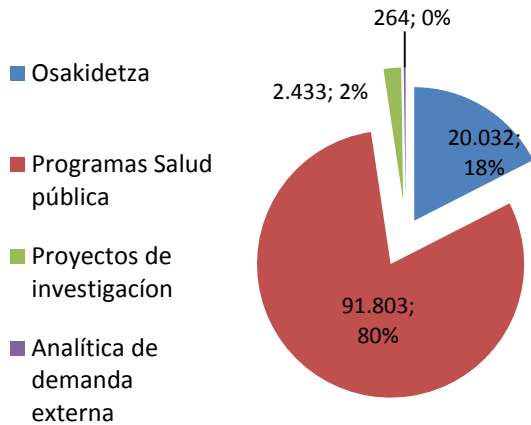
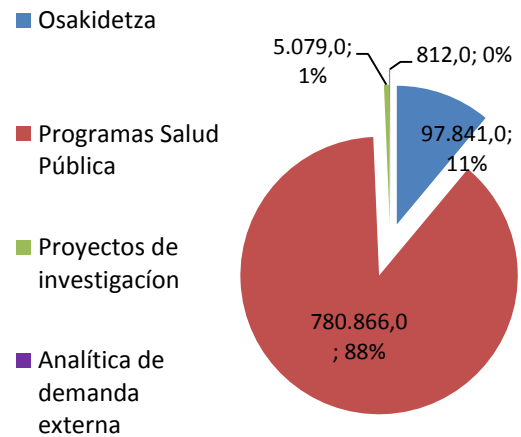


Figura 64: Determinaciones realizadas en el LSP, por Solicitante / actividad.



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 fisicoquímicas de supervisión, control y completos, además de otras analíticas especializadas como la determinación de plaguicidas, hidrocarburos, hidrocarburos aromáticos policíclicos (HAPs) y derivados de la desinfección (trihalometanos, cloroetenos, haloacetoneitrilos, haloacetonas y ácidos haloacéticos).

En el Programa de Piscinas (API) se lleva a cabo el análisis de muestras de agua de piscinas cloradas, bromadas, isocianuradas y electrofísicas. Los parámetros analíticos son los recogidos en la Reglamentación vigente (RD 742/2013). Puntualmente se realizan análisis de piscinas con riesgo de Legionella.

El Programa de vigilancia de playas, aguas de mar y aguas Continentales (ríos, pantanos y embalses: aguas de baño y abastecimiento del Zadorra), tiene como

objetivo los análisis de control de la calidad físico-química y microbiológica del agua en las zonas de baño.

El Programa de prevención y control de Legionella (LEG) incluye instalaciones de riesgo: torres de refrigeración, redes de agua caliente sanitaria de edificios de uso público (ACS), agua fría de consumo humano (AFCH), hospitales, residencias de tercera edad, así como instalaciones deportivas y balnearios. Desde octubre de 2013 sólo se realiza los ensayos microbiológicos de *Legionella spp* y *Legionella pneumophila*. La caracterización de *L. pneumophila* incluye *Legionella spp* distinta a *L. pneumophila*, *L. neumophila* O:1 o *L. neumophila* 2:14. En las aguas procedentes de torres de refrigeración se realiza además el recuento de aerobios a 36°C.

En relación a la evolución global de la actividad analítica en los Programas de Salud Ambiental (Figuras 65 y 66), se ha producido un descenso del número de muestras (4,9%) y determinaciones (8,7%) ocasionado por una demanda inferior de aguas de consumo y de baño, en especial de aguas de piscina; por el contrario la demanda del Programa del Legionella ha aumentado (20,7% muestras y 21,7% determinaciones).

Figura 65: Evolución de la actividad analítica del LSP en los programas de Salud Ambiental.

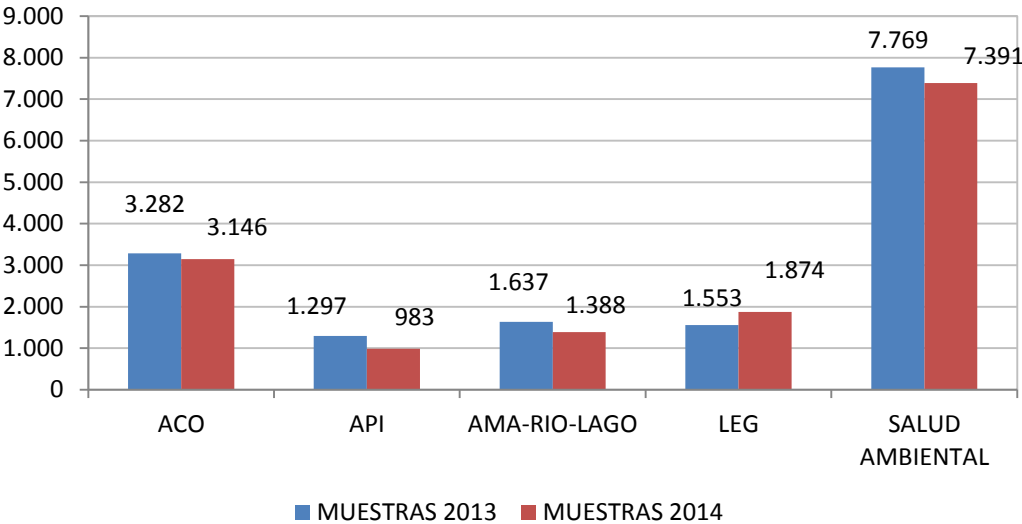
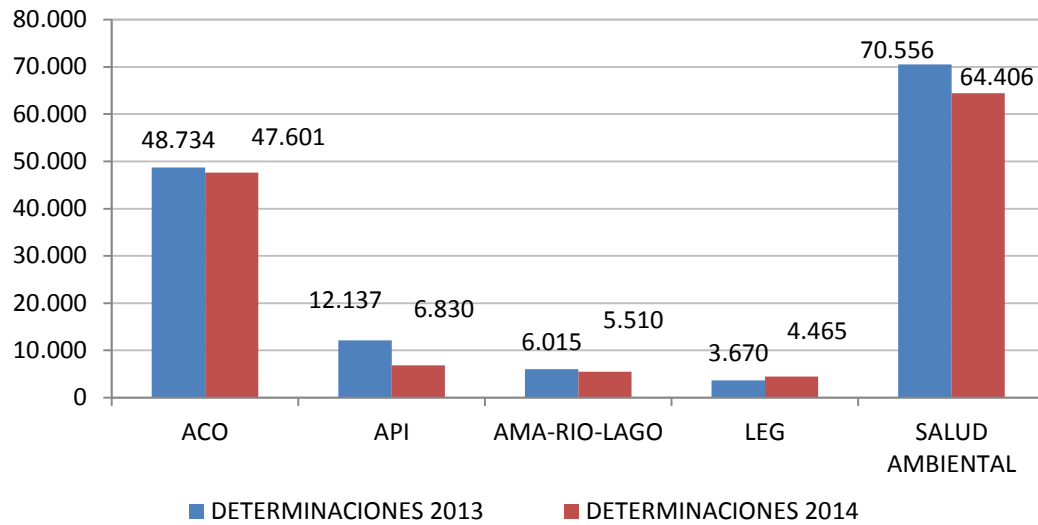


Figura 66: Evolución de la actividad analítica del LSP en los programas de Salud Ambiental.



2.2. Calidad del 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.

2.2.1 Contaminación atmosférica biótica (polen)

Se identifican diariamente en las estaciones situadas en cada una de las capitales vascas 45 taxones polínicos presentes en el ambiente. Los informes y datos se remiten a los servicios de alergología de los hospitales y profesionales sanitarios que lo soliciten. Asimismo, los datos diarios son facilitados a la Sociedad Española de Alergología e Inmunología Clínica (SEAC), a la Red Española de Aerobiología (REA) y a Open Data Euskadi para su difusión pública a través de sus respectivas webs.

2.2.2 Contaminación atmosférica abiótica

Las muestras de aire analizadas proceden de las estaciones manuales y automáticas fijas de la red de Vigilancia de la contaminación atmosférica de los Departamentos de Salud y de Medio Ambiente.

En un punto característico del entramado urbano del municipio de Bilbao existe una estación automática que genera datos en una media de 15 minutos por cada

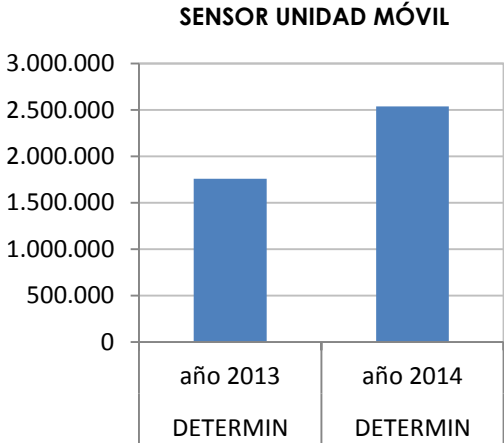
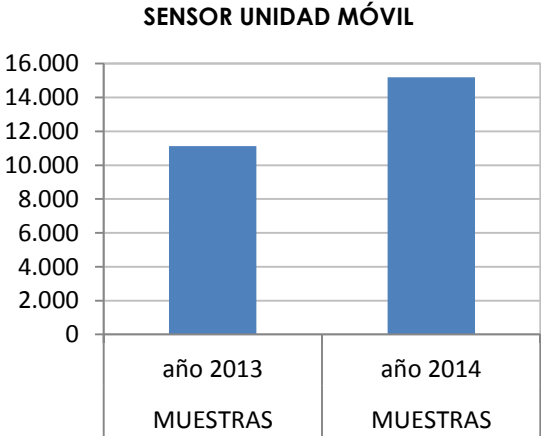
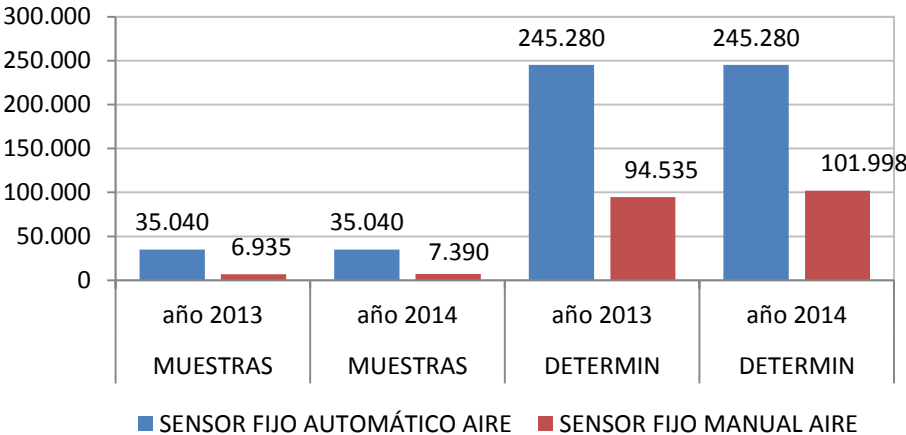
parámetro (SO₂, partículas en suspensión PM₁₀µm, O₃, óxidos de nitrógeno: NO₂, NO, NO_x y CO). Estas mediciones son utilizadas por la Unión Europea como punto de referencia para la evaluación de la contaminación en áreas urbanas e identificación de indicadores sobre la calidad del aire ambiente.

En las muestras tomadas con sensores manuales se determinan las partículas en suspensión en diferente granulometría (PM₁₀, PM_{2,5} y PM₁), metales pesados (16 elementos) e hidrocarburos aromáticos policíclicos (HAPs: 16 compuestos).

La unidad móvil dispone de capacidad para una monitorización en continuo de muestras de aire en el lugar de la emisión, incluyendo la determinación de 180 compuestos orgánicos volátiles (Riesgos sobre la salud) de los cuales 15 son mercaptanos (Molestias por olores). También permite identificar y cuantificar en modo semicuantitativo cualquier compuesto químico al que se haya establecido perfil en la librería de referencia OMS o EPA.

La vigilancia de la contaminación ambiental es una demanda claramente al alza en los últimos años (Figura 67). Con respecto al año precedente, el incremento de actividad de la Unidad móvil se traduce en un incremento del 37% de muestras y 44% de determinaciones.

Figura 67: Evolución de la actividad analítica del LSP: Programa de contaminación atmosférica abiótica.



2.3. Salud alimentaria

El LSP ha realizado las analíticas del programa de Seguridad Microbiológica de los alimentos (SMA) de los alimentos elaborados y/o comercializados en la CAPV, así como de apoyo al Plan de verificación analítica en el control oficial y Plan de vigilancia horizontal de patógenos. Se examina la calidad microbiológica de los alimentos, investigando la prevalencia de microorganismos patógenos así como los indicadores de contaminación. En los moluscos también se realiza la detección Virus de Hepatitis A y Norovirus GI y GII, ya que estos alimentos se encuentran frecuentemente implicados en gastroenteritis víricas. También se llevó a cabo una analítica microbiológica adicional, derivada de las tareas de verificación y supervisión. Siguiendo la tendencia iniciada en 2013, ha aumentado significativamente la actividad analítica de SMA, duplicándose en muestras y determinaciones.

En lo que se refiere al estudio de Susceptibilidad Antimicrobiana (SATB), se ha realizado el seguimiento analítico derivado de la Decisión Europea de 17/09/13 sobre seguimiento y notificación de la resistencia de las bacterias zoonóticas y comensales a los antibióticos, Directiva 2003/99/CE y RD 1940/2004. El Laboratorio realizó análisis de detección de Salmonella spp en muestras de cuellos de aves tomadas en matadero.

Dentro de control sanitario oficial de mataderos, el laboratorio realiza la analítica de control de triquina (TRIQ) en muestras de equino. Asimismo se llevó a cabo la investigación de patógenos zoonóticos E. coli O157H7 y E. coli verotoxigenico (STEC), en contenido intestinal de vacuno y canales de vacuno respectivamente.

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 mantiene el 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).

Se realizan análisis de inhibidores de crecimiento microbiano (cribado), y confirmación de cloranfenicol, nitroimidazoles, Quinolonas Macrólidos Aflatoxina M1, Ocratoxina A, Metales pesados (Cadmio y Plomo), plaguicidas organoclorados, benzimidazoles, Avermectinas y PCBs. La actividad se ha mantenido en niveles similares.

Con relación al Programa de seguridad química de los alimentos se investigan las micotoxinas, 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.

Dentro de este Programa se incluyen los controles selectivos (CSE), siendo objeto de estudio las 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, micotoxinas, y de otras Comunidades Autónomas conservantes (sorbico y benzoico) y edulcorantes. También se incluyen en esta actividad los Controles Oficiales de alimentos para el cumplimiento de los límites máximos de residuos establecidos por la legislación correspondiente. La actividad CSE ha aumentado también de modo relevante.

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. Las analíticas efectuadas han sido SO₂, nitratos, nitritos, mercurio, Cd, Pb, As total y As inorgánico, Las muestras de DTO también han aumentado igualmente.

Como aspecto novedoso dentro de actividades de alimentación saludable (promoción de la salud) se han realizado análisis del contenido en sal (pan, semiconservas de anchoa y productos cárnicos). En estos últimos se ha analizado asimismo el contenido en grasa.

En conjunto la actividad analítica de los Programas de Seguridad Alimentaria ha aumentado con respecto al año precedente, en un 31% de muestras y 18% de determinaciones (Figuras 68 y 69).

Figura 68: Evolución de la actividad analítica del LSP en los Programas de Salud Alimentaria

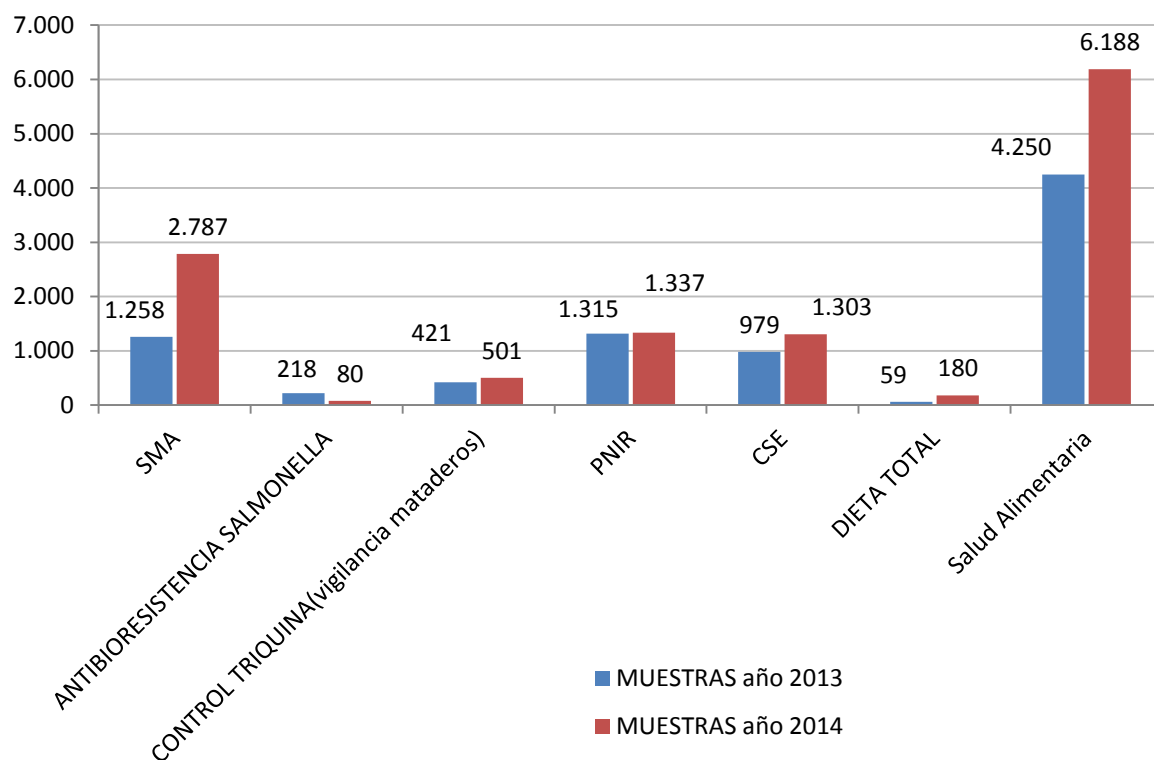
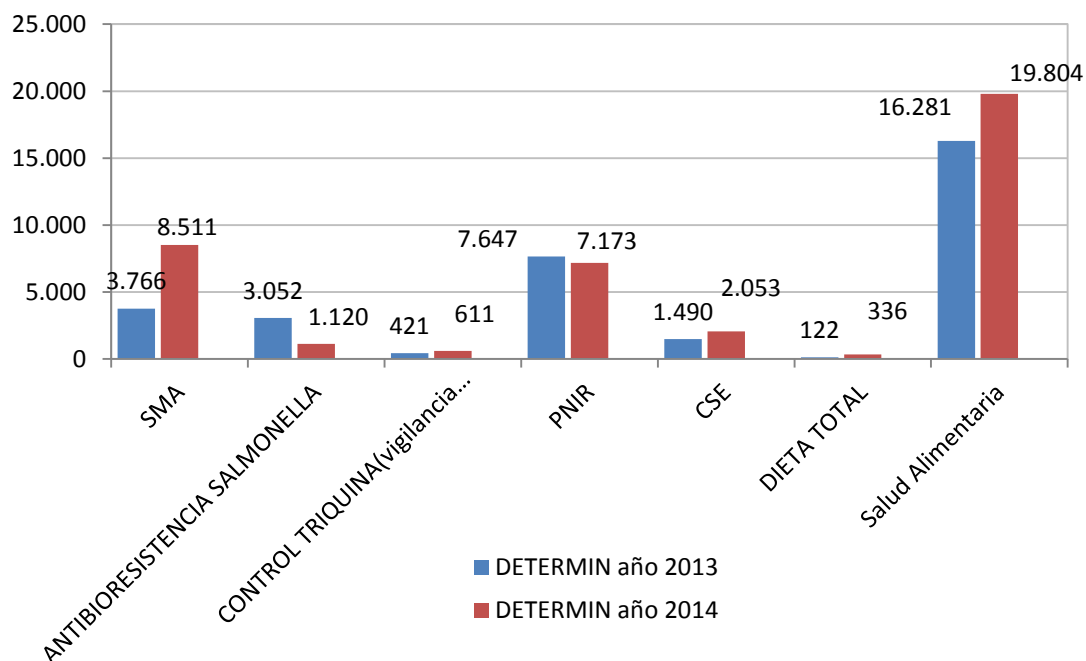


Figura 69: Evolución de la actividad analítica del LSP en los Programas de Salud Alimentaria

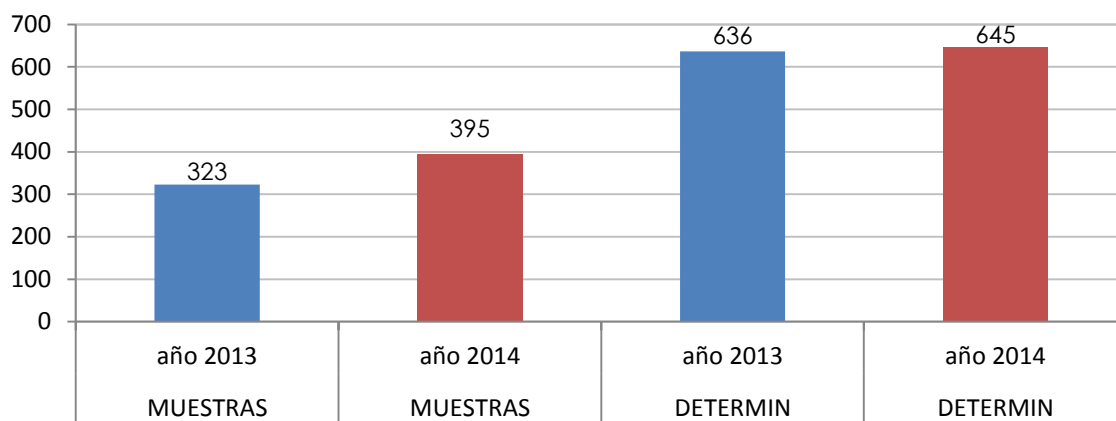


2.4 Vigilancia epidemiológica

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: Toxiinfecciones en alimentos (TAL), como de muestras biológicas de pacientes (TAC).

Las Actividades de apoyo a programas de vigilancia epidemiológica y alertas de Salud Pública han mostrado y mantenido una tendencia creciente respecto al 2013, básicamente por el aumento de los brotes de Listeria, Norovirus, Salmonella, y otros patógenos (Figura 70).

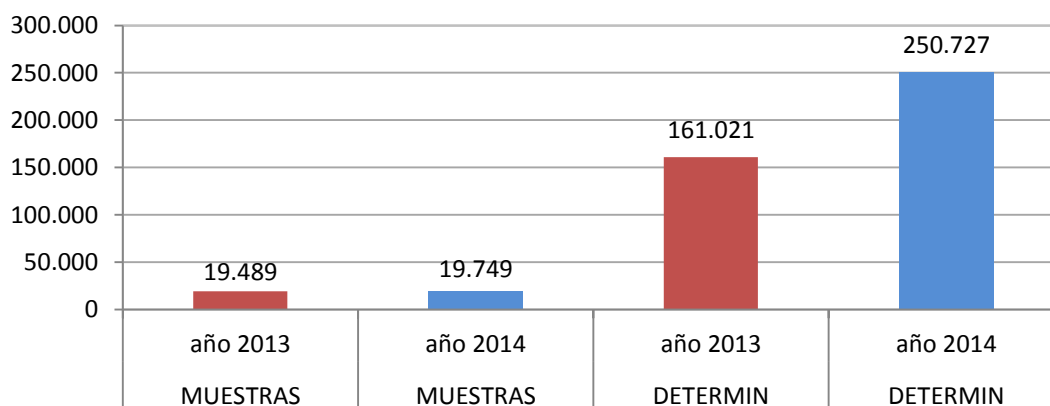
Figura10: Evolución de la actividad analítica del Programa de Vigilancia Epidemiológica.



2.5 Programa de cribado neonatal de enfermedades congénitas (Metabolopatías)

Análisis de muestras de sangre desecada en papel de filtro de todos los recién nacidos en la Comunidad Autónoma del País Vasco para la detección de las siguientes enfermedades congénitas: Hipotiroidismo Congénito, Fenilcetonuria, Fibrosis Quística, Deficiencia de acil-CoA deshidrogenasa de cadena media (MCADD), Deficiencia de 3-Hidroxi acil-CoA deshidrogenasa de cadena larga (LCHADD), Acidemia Glutárica tipo1(GA_I), Enfermedad de Células Falciformes, Acidemia Isovalérica, Enfermedad de la orina de Jarabe de Arce, Homocistinuria. El Programa tiene una trayectoria de 30 años, y se dispone de una memoria anual específica del mismo. El número de bebés nacidos es similar al del año precedente, sin embargo se han realizado un 36% de determinaciones adicionales (Figura 71).

Figura 71: Evolución de actividad analítica del Programa de cribado neonatal de la CAPV



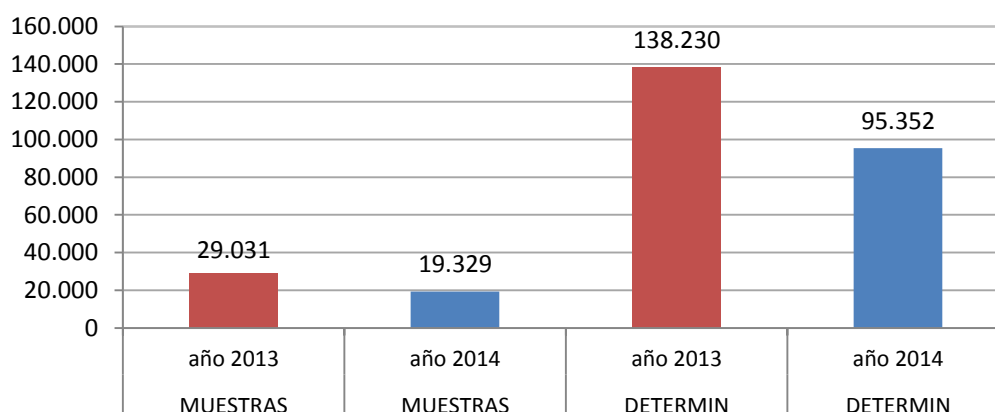
3. DETERMINACIONES TOXICOLÓGICAS

3.1 Protección de detección de drogas de abuso en orina

Análisis de muestras de orina para la detección de drogas de abuso: opiáceos, cannabis, cocaína, anfetaminas/éxtasis, benzodiazepinas, metadona, ketamina, 6-monoacetilmorfina (marcador de consumo de heroína), etanol y etil glucurónido. Además se realiza la determinación de creatinina para detectar posibles diluciones/adulteraciones.

Los demandantes de las muestras programadas son los módulos de asistencia psicosocial concertados y organizaciones y fundaciones sin ánimo de lucro. Las muestras no programadas proceden de otros centros de Osakidetza (ambulatorios) o de Instituciones que han demandado este servicio (Atestados de tráfico de Bizkaia y Gipuzkoa, EuskoTren, Metro y Arkaute). El descenso de la actividad se basa en la disminución de la demanda en uno de los Territorios (Figura 72).

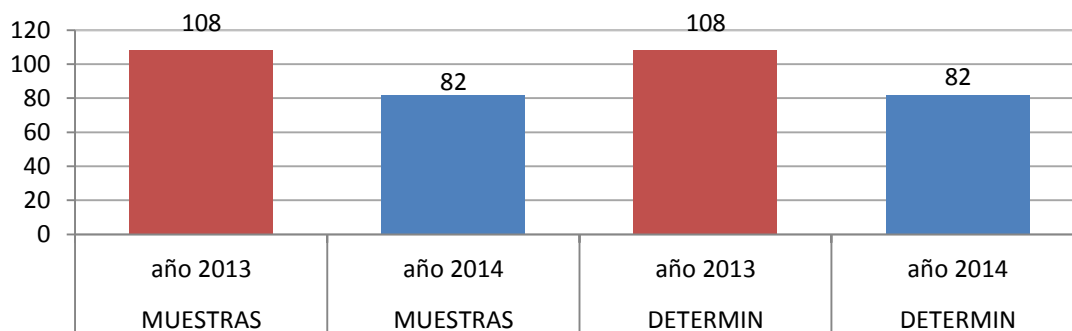
Figura 72: Evolución de la actividad analítica del Programa de Cribado de Drogas en orina.



3.2 Programa de determinación de alcohol en sangre (ALC)

Análisis de contraste de pruebas de aire espirado en controles de carretera y alcoholemias solicitadas en casos de accidente o agresión (Figura 73).

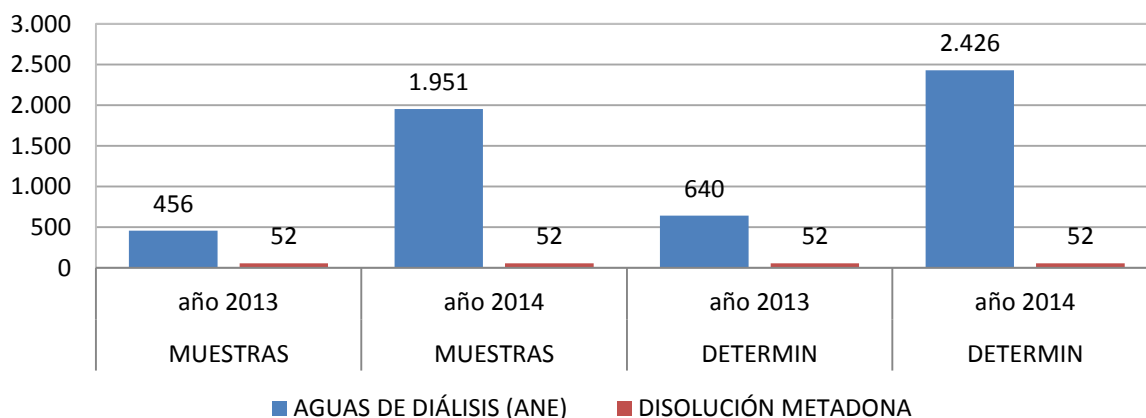
Figura 73: Evolución de la actividad analítica de Determinación de Alcoholemias.



3.3. Otros análisis para Osakidetza

Como apoyo a Osakidetza se realiza 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 (H. Galdacano, H. Cruces, H. Txagorritxu y H. Santiago) y centros de hemodiálisis (Hemobesa y Dialbilbo), (Figura 74). Se lleva a cabo el control de la disolución de metadona. También se realizan determinaciones de Legionella, piscinas y aguas de consumo que ya han sido incluidas en las estadísticas correspondientes a estas actividades. En conjunto se ha producido un notable aumento de la actividad.

Figura 74: Evolución de la actividad analítica de otras muestras clínicas.



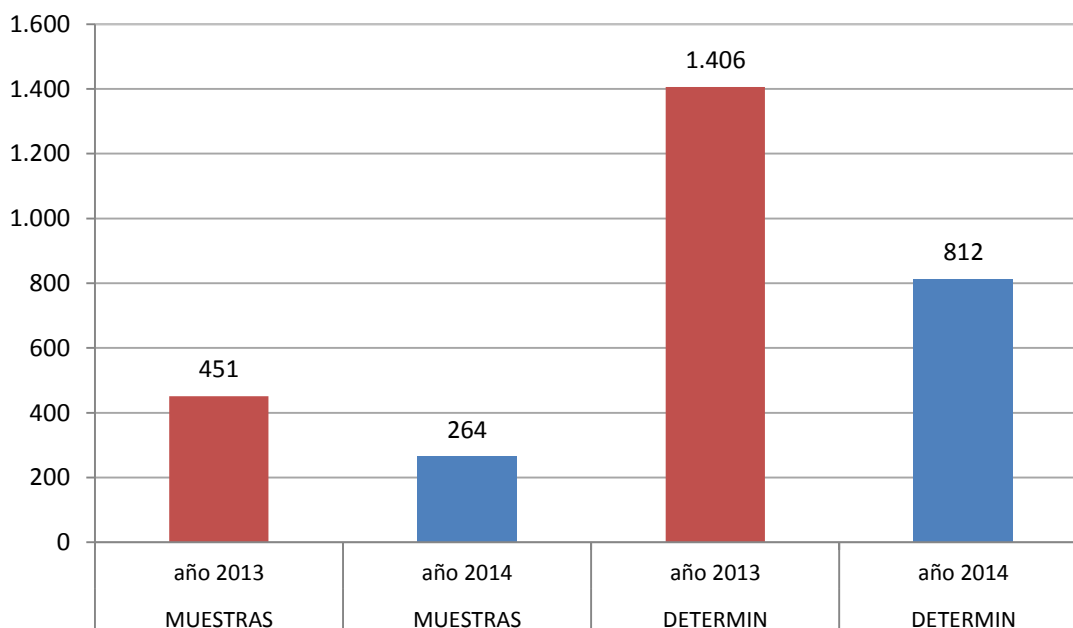
3.4. Analítica de demanda externa

Las actividades más importantes al margen del PNIR, muestras de calzas y heces de gallina para el control de Salmonella dentro del “Programa de control y minimización de Salmonella” para el Departamento de Agricultura del Gobierno Vasco y las Diputaciones Forales; análisis microbiológicos de muestras de piel para el Banco de sangre. Para el Instituto de Investigación Submarina, análisis microbiológicos (E. coli β -glucuronidasa positivo y enterococos intestinales) del emisario submarino de Zarautz. También se han llevado a cabo análisis contradictorios y dirimentes de determinaciones acreditadas solicitados desde Entidades públicas y privadas.

Las determinaciones que se realizan para Azti son químicas (Hg, Cd, Pb y SO₂). Finalmente se han llevado a cabo análisis fisicoquímicos y microbiológicos a Entidades privadas, a las que se demanda la realización de analíticas acreditadas.

En el año 2014 se observa un descenso de la actividad (Figura 75).

Figura 75. Evolución de la actividad analítica de demanda externa (2013-2014).



4. FORMACION Y DOCENCIA

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 2014 se ha impartido formación mediante prácticas tuteladas, a 10 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 2014 dos alumnas del máster de Calidad y Seguridad Alimentaria de la Facultad de Farmacia de Vitoria-Gasteiz han realizado sus trabajos de prácticas tuteladas en las áreas de Química Alimentaria y Microbiología. Asimismo se tuteló a una alumna del último curso del grado de Ciencia y Tecnología de Alimentos. También se colaboró en la formación de una alumna del Master de Química Aplicada y materiales poliméricos. Facultad de Ciencias Químicas de Donostia-San Sebastian. Se ha colaborado con la Unidad de Docencia del Hospital Universitario de Basurto acogiendo a una alumna del MIR durante un mes, entre febrero y marzo de 2014.

1. SALUD MATERNO INFANTIL

Nacimientos

En el periodo 2014 se han producido un total de 19.807 nacimientos en la CAPV. En Bizkaia han nacido 10.094 (50.97%); 6.720 en Gipuzkoa (33.92%) y 2.993 en Álava (15.11%) (Tabla 42).

Tabla 42: Evolución del número de nacimientos por Territorios Históricos en la CAPV. 2010-2014.

Territorio	2010	2011	2012	2013	2014
Álava	2.978	3.041	2.912	2.718	2.993
Bizkaia	11.166	11.192	10.883	10.172	10.094
Gipuzkoa	7.671	7.482	7.334	6.680	6.720
CAPV	21.815	22.715	21.129	19.570	19.807

FUENTE: Registro de bebés recién nacidos de la CAPV.

Respecto al tipo de alimentación que han recibido los bebés nacidos en el periodo 2010-2013 durante su tiempo de permanencia en la maternidad, sigue siendo netamente predominante la lactancia natural (Tabla 43)⁷.

Tabla 43: Evolución de porcentaje de los tipos de alimentación de bebés recién nacidos en la CAPV. 2010-2014.

Alimentación	2010	2011	2012	2013	2014
Natural	65	67	69	70	68
Artificial	13	13	12	12	12
Mixta	21	19	17	17	18
No consta	1	1	2	1	1

FUENTE: Registro de bebés recién nacidos de la CAPV.

El porcentaje de bebés recién nacidos con bajo peso (<2.500 gr) se ha incrementado ligeramente en 2014 (Tabla 44).

Tabla 44: Porcentaje de bebés recién nacidos de bajo peso (<2.500 g) en la CAPV. 2010-2014.

Territorio	2010	2011	2012	2013	2014
Álava	6,9	7,0	7,2	7,9	7,8
Bizkaia	7,5	7,4	7,2	7,3	8,0
Gipuzkoa	6,7	6,6	6,6	7,0	7,3
CAPV	7,1	7,1	7,0	7,3	7,7

FUENTE: Registro de bebés recién nacidos de la CAPV.

⁷ Es suficiente que el bebé haya tomado un biberón, aunque sea sólo con agua, para que venga clasificado como de alimentación mixta.

El 29,80% 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 14,56% (Tabla 45).

Tabla 45: Evolución del porcentaje de partos por vía abdominal (cesárea) en la CAPV. 2010-2014.

	2010		2011		2012		2013		2014	
	Publico	Privado	Publico	Privado	Publico	Privado	Publico	Privado	Publico	Privado
Abdominal	13,47	28,56	13,51	30,11	13,75	29,33	14,00	30,67	14,56	29,80

FUENTE: Registro de bebés recién nacidos de la CAPV.

Por edad de la madre en el periodo 2010-2014, el mayor número de nacimientos (38,33%) se ha producido en el grupo de 30-34 años, seguido del de 35-39 años (34,49%). El correspondiente a madres menores de 20 años ha representado el 1,26 % del total, y el de madres de 40 años o más ha supuesto el 7,77%, porcentaje este que se va incrementando (Tabla 46).

Tabla 46: Proporción de nacimientos por grupo de edad de la madre en la CAPV. 2010-2014

Edad	2010	2011	2012	2013	2014
< 14	0,01	0,01	0,03	0,01	0,03
15-19	1,28	1,18	1,19	1,23	1,23
20-24	4,82	4,54	4,3	3,98	4,50
25-29	15,03	14,66	14,07	13,67	13,61
30-34	42,36	41,48	39,93	39,07	38,33
35-39	30,47	32,12	33,55	34,37	34,49
= > 40	5,89	5,87	6,73	7,57	7,77
No consta	0,15	0,14	0,21	0,11	0,04
< 30	21,13	20,4	19,58	18,89	19,37
= > 30	78,72	79,47	80,2	81,12	80,59
< 17	0,16	0,13	0,14	0,24	0,24

FUENTE: Registro de bebés recién nacidos de la CAPV.

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

El Programa de Cribado Neonatal de Enfermedades Congénitas ha estudiado en 2014 a 19.749 bebés recién nacidos vivos, 19.739 nacidos en centros de la CAPV o

domicilios, y 10 en otra Comunidad Autónoma o en el extranjero⁸. Los casos detectados según diagnóstico han sido 417 (Tabla 47).

Tabla 47: Casos inicialmente detectados de enfermedades congénitas en la CAPV durante 2009-2014.

Enfermedades Congénitas	2009	2010	2011	2012	2013	2014
Hipotiroidismo congénito	7	2	6	4	7	10
Hiperfenilalaninemia permanente	1	2	0	0	2	2
Hiperfenilalaninemia transitoria						1
MCADD	0	1	1	0	2	-
Fibrosis Quística clásica	-	1	5	3	-	3
Fibrosis Quística no clásica	-	-	-	1	-	-
Enfermedad de células falciformes	-	-	4	6	3	4
Homocistinuria						1
Acidemia Isovalérica						2
Totales	8	6	16	12	14	23

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

El programa se inicia en 1980 con el cribado del hipotiroidismo congénito e hiperfenilalaninemia. Febrero de 2007 y tras el informe favorable elaborado por el Comité Asesor de Cribado Neonatal de enfermedades endocrinometabólicas de la CAPV, el Departamento de Salud 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 Febrero de 2014.

2. PROGRAMA DE VACUNACIONES

Evolución coberturas vacunales

Durante el año 2014, las coberturas vacunales se han mantenido estables, excepto la primera dosis de triple vírica cuto descenso se atribuye a problemas de registro (Figura 77).

En el año 2014, las coberturas vacunales estimadas para el calendario vacunal infantil han alcanzado los siguientes niveles (Tabla 48).

⁸ El tipo y número de determinaciones realizadas se pueden ver en el capítulo dedicado al Laboratorio.

Figura 77: % de cobertura vacunal serie primaria (3 dosis) de Difteria, Tétanos, Tos ferina, Poliomiéлитis, Hepatitis B y Haemophilus influenzae b

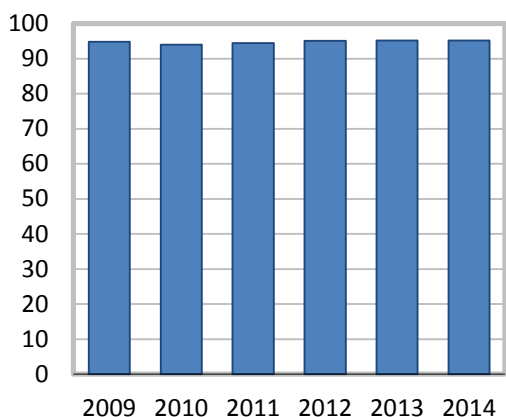


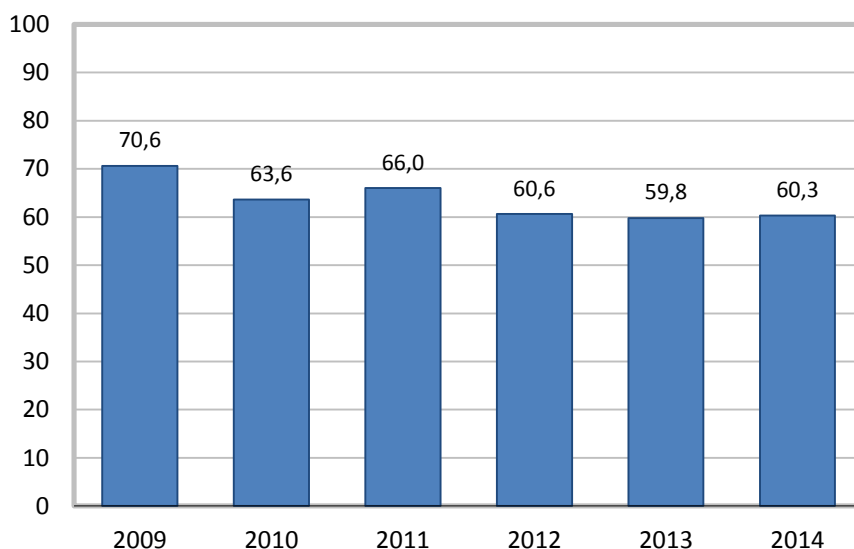
Tabla 48: Cobertura vacunal para el resto de las vacunas del Calendario vacunal infantil en el País Vasco. 2014.

Vacunas	Cobertura CAPV
DTPa-Polio-Hib (4º dosis)	95,2
Meningococo C (3ª dosis)	96,0
Triple Vírica (1º dosis)	90,4
Triple Vírica (2ª dosis)	95,4
DTPa 6 años	85,4
Virus del Papiloma Humano(niñas 1º ESO)*	91,1
Tétanos-difteria 16 años	76,0

* Curso Escolar 2014-15.
FUENTE: Epidemiología. Dirección de Salud Pública y Adicciones.

La campaña de vacunación antigripal, llevada a cabo en los meses de septiembre y octubre del 2014, se ha dirigido, como otros años, a los grupos de personas con mayor riesgo de sufrir complicaciones graves relacionadas con la enfermedad gripal. La cobertura vacunal en mayores de 64 años ha alcanzado el 60,3%, cifra similar al año anterior (Figura 78).

Figura 78: Evolución cobertura vacunal antigripal en población >64 años. CAPV 2009-2014.



FUENTE: Dirección de Asistencia Sanitaria. Osakidetza

3. PREVENCIÓN DEL VIH E INFECCIONES DE TRANSMISIÓN SEXUAL

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

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

Para el logro de estos objetivos se vienen desarrollando diferentes actuaciones entre las que se pueden destacar las siguientes: mejora de la difusión de información con especial atención en internet (www.osakidetza.euskadi.net/sida) y las redes sociales, programas de prevención con especial énfasis en 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.

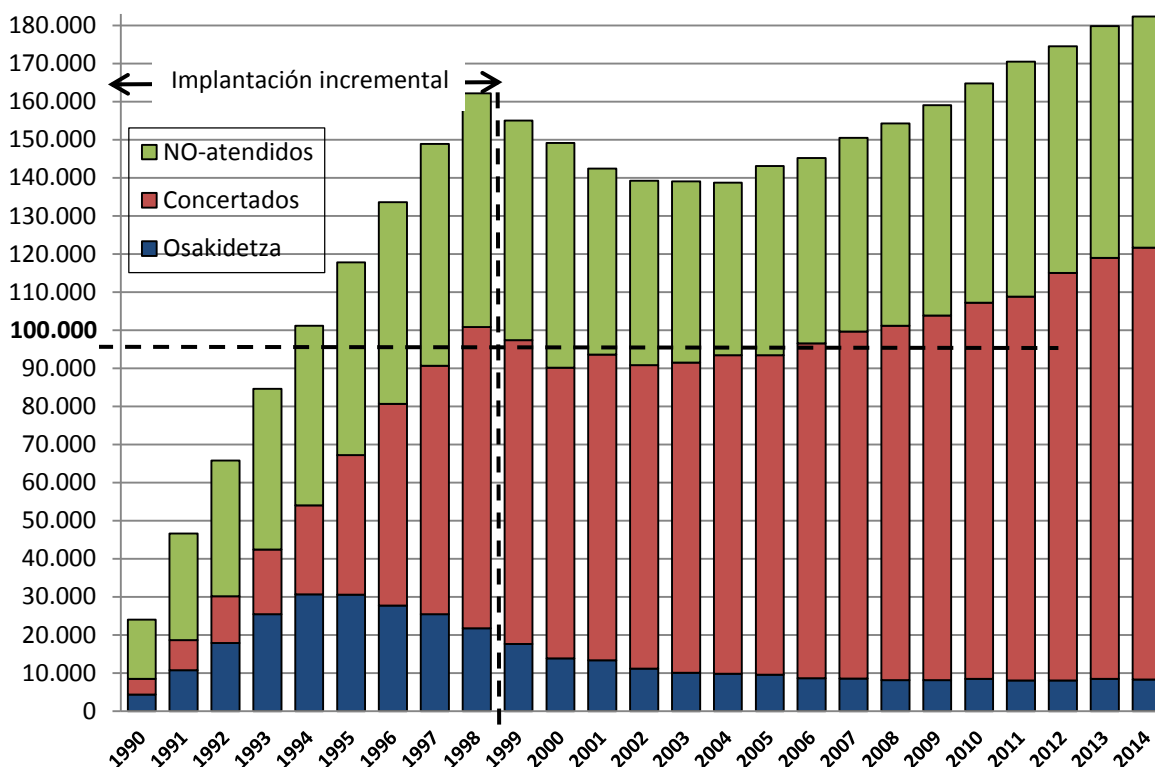
Con el fin de fomentar y fortalecer programas/actuaciones en el campo del VIH/sida que se hallan ya arraigados o están camino de serlo dentro del tejido social, se ha destinado una partida presupuestaria de 300.000 €, a ayudas dirigidas a entidades de iniciativa social sin ánimo de lucro orientadas a 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 33 proyectos correspondientes a 16 entidades, cifra similar al año 2013 (32 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. 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 familia⁹. En 2014, atendió a 121.695 niñas y niños de los 182.329 en esas edades residentes en la CAPV. Dos de cada tres (66,74%) utilizaron el PADI en 2014 (Figura 79).

Figura 79: Evolución del número de niñas y niños atendidos por el PADI según tipo de provisor de servicio 1990-2014.



FUENTE: Servicio Dental Comunitario. Osakidetza.

La frecuencia media de utilización desde los 7 a los 15 años es de 6,4 ejercicios sobre los 9 de cobertura. Algo más de una cuarta parte (el 28,7% en 2014) 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 91% 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

⁹ 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.

acumulación de tratamiento reparador, las posibilidades de una mejor salud dental y general en el resto de la vida se incrementan.

La Tabla 49 detalla la asistencia dispensada por los dentistas del PADI en 2014 en dentición permanente, junto al porcentaje (perfil) que representa por cada 100 niños o niñas. Muestra el adecuado enfoque preventivo desarrollado.

Tabla 49: Asistencia dental dispensada en el PADI en 2014.

Asistencia dispensada	Número	Perfil
Asistencia general		
Selladores	18.539	15,23
Obturaciones	20.185	16,59
Extracciones	995	0,82
Tratamientos pulpares	299	0,25
Total revisiones	121.695	
Asistencia adicional (por traumatismos)		
Obturaciones	623	0,51
Reconstrucciones	1.415	1,16
Apicoformaciones	18	0,01
Endodoncias	141	0,12
Coronas	58	0,05
Extracciones	17	0,01
Mantenedores	13	0,01
Total traumatismos	1.644	1,35

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 social¹⁰. Este nuevo escenario epidemiológico requerirá complementar la estrategia poblacional vigente con acciones específicas sobre los grupos de riesgo que concentren la caries remanente.

¹⁰ Departamento de Sanidad, tercer estudio epidemiológico de la salud buco-dental de la CAPV. Población escolar infantil 2008. Vitoria-Gasteiz, 2010.

1. PROMOCIÓN DE LA ACTIVIDAD FÍSICA

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, vienen desarrollado un plan estratégico común para la promoción de la actividad física en Euskadi, **MUGIMENT**.



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. Durante el 2014, la Dirección de Salud Pública y Adicciones ha contribuido al desarrollo del proyecto con las siguientes actuaciones:



A. Taller de formación sobre Actividad física y Salud. Municipios activos.

Dentro de la estrategia MUGISARE, durante 2014 se ha celebrado un taller sobre "Promoción de la actividad física (AF) y reducción del sedentarismo en el ámbito local, Municipios Activos" por cada territorio Histórico (Eibar, Gasteiz y Urduliz). Su objetivo ha sido 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. En los mismos han participado personas de diferentes ámbitos:

- Ayuntamientos (Salud Pública, Deportes, Agenda 21, Centro de Estudios Ambientales, etc.)

- ▶ Educación (AMPAS, profesorado, monitores de actividades extraescolares, AMPAS, Facultad de ciencias de la AF y Deporte, Escuela Universitaria de Magisterio, Berritzegunes, etc.).
- ▶ Empresas privadas (Geotech s.l., Osasuna Mugimendua Kontrola s.l., Athlon, etc.).
- ▶ Salud (Osakidetza, Salud Escolar, Salud Pública y Adicciones).

B. Proyectos Piloto

MUGISARE, estrategia clave de MUGIMENT y eje central del resto tiene como objetivo crear Redes Locales para la coordinación de las diferentes estrategias y acciones a desarrollar se ha desarrollado una experiencia piloto en cuatro municipios de la Comunidad Autónoma (Ermua, Gasteiz, Getxo y Lezo).

El objetivo es especificar el procedimiento de implantación de MUGISARE en el resto de los municipios en base a la experiencia adquirida y la generación de una tabla de recursos para poder poner a disposición de esos municipios. El esquema de trabajo desarrollado es el siguiente:





Dentro de la estrategia MUGIERAGIN, enfocada a implicar a profesionales sanitarios y del deporte como agentes promotores de la actividad física mediante la sensibilización, formación, programas de intervención, etc., se ha puesto en marcha el Programa "**Actívate, Aconseja Salud**", un programa de formación *on line* destinado a profesionales sanitarios de Equipos de Atención Primaria (Enfermería y Medicina) para la formación en consejo breve de actividad física para la salud. La primera convocatoria, en la que se están formando 50 profesionales de Osakidetza y Salud Pública, comenzó en septiembre de 2014 y tiene previsto finalizar en octubre de 2015.

Paralelamente, y como apoyo al consejo médico sobre actividad física, se han diseñado y publicado posters y trípticos con recomendaciones sobre la práctica de la actividad física beneficiosa para la salud en las diferentes etapas de la vida (infancia, juventud, edad adulta y mayores). Este material (6.000 carteles y 20.000 trípticos), con el lema: "**Elije actividad, física, evita el sedentarismo, tú ganas**", se ha distribuido por las consultas de atención primaria de los Centros de Salud de la CAPV para ser entregados a las y los pacientes que acuden a consulta.



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. Debido a los buenos resultados de la convocatoria anterior y queriendo reforzar la apuesta de la Dirección de Salud Pública y Adicciones por la promoción de la actividad física como medio para alcanzar un mejor estado de salud de la población, en el 2014 se ha aumentado la partida presupuestaria en 31.700 euros, destinándose así un total de 256.700 euros para incentivar a las entidades locales al fomento de la práctica de actividad física en el entorno local. En total, se han subvencionado 84 proyectos presentados por 80 entidades locales de la CAPV, 30 más que la convocatoria anterior.

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.

2. CREACIÓN DE ENTORNOS FAVORABLES

Salud y desarrollo urbano

Con el objeto de visualizar e integrar la salud en las políticas de las Administraciones Locales, y tras la publicación de la Guía "Salud y desarrollo urbano sostenible" y el aplicativo online para el análisis del efecto en salud de iniciativas urbanas locales, durante el año 2014, se han concentrado los esfuerzos en su difusión:

- **Presentación Ezagutruke.** Presentación de la guía en la Red Vasca de Municipios hacia la sostenibilidad, Udalsarea 21, de la que es miembro también el Departamento de Salud.

La jornada estaba dirigida al personal municipal de desarrollo sostenible, urbanismo, movilidad, etc., a personal de Salud Pública y de otros departamentos del Gobierno Vasco y a empresas de consultoría y profesionales del sector.

Los objetivos de la jornada, fueron: visibilizar la importancia de considerar la Salud en todas las políticas municipales, dar a conocer la Guía y la herramienta informática, generar inquietud y debate entre el personal de la administración pública implicado en la materia, y el sector privado haciendo partícipes a consultoras y profesionales del sector de la CAPV.

- **Taller formativo "Salud y desarrollo urbano"**, 20 horas de duración en el que participaron 25 técnicos/as de Salud Pública. El objetivo fue dotar de conocimientos y habilidades para el análisis del efecto en la salud de la planificación urbana.

3. SALUD Y ACCIÓN COMUNITARIA

Abordaje de la salud desde una perspectiva comunitaria

Una forma de abordar los determinantes de la salud en el contexto micro, en el que cristalizan un buen número de determinantes intermedios de la salud, es actuar desde perspectiva comunitaria. El abordaje comunitario de la salud es una

modalidad de actuación y un instrumento para abordar problemáticas relacionadas con la salud dentro de un contexto comunitario.

La salud comunitaria, es la expresión colectiva de la salud de los individuos y grupos en una comunidad definida. En esta salud comunitaria influyen las características de los individuos, las familias, el medio social, cultural, ambiental, los servicios de salud y factores sociales, políticos y globales.

Una de las bases de la salud comunitaria es el trabajo en red. Consiste en crear alianzas para establecer objetivos compartidos y actuar cooperativamente para alcanzarlos mediante procesos participativos en los que intervienen los servicios públicos, las instituciones y la ciudadanía.

En los últimos años, en numerosos municipios de la CAPV se han creado espacios de encuentro o foros de participación locales orientados a la mejora de la salud de la ciudadanía, que han facilitado la puesta en marcha de diferentes intervenciones en la comunidad con mayor o menor participación tanto de los diferentes sectores como de la ciudadanía.

El **grupo de trabajo de Salud Comunitaria** está integrado por personal Técnico de la Dirección de Salud Pública y Adicciones y personal sanitario y técnico de Osakidetza y su objetivo es el de promover la creación de Redes Locales de Salud y el desarrollo de intervenciones comunitarias efectivas y estructuradas en los municipios.

4. ADQUISICIÓN DE APTITUDES INDIVIDUALES

4.1. Publicación y Distribución de material de EDUCACIÓN PARA LA SALUD

A. Infancia y Maternidad

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:**



Desde los primeros meses



Desde el primer año

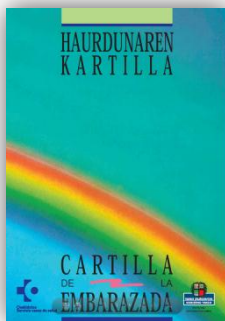


En la edad preescolar



En la edad escolar

Guías de orientación a las familias respecto a la 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.

parto y puerperio con recomendados y



Vas a ser madre: Guía de orientación en el embarazo, consejos de salud, ejercicios 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.



Atención al Parto normal: Guía dirigida a mujeres embarazadas así como a sus acompañantes y familiares que ofrece información sobre los cuidados previstos durante el parto y nacimiento en maternidades hospitalarias.

En el 2014 se han distribuido unos 24.000 ejemplares de cada uno de ellos a través de servicios de maternidad y pediatría de Osakidetza.

B. Tercera edad

En el 2014 un grupo de trabajo intersectorial que integraba a la Dirección de Salud Pública y Adicciones, al Departamento de Empleo y Políticas Sociales y a profesionales de Osakidetza desarrolló una guía de salud dirigida a las personas mayores.



Esta **“Guía para el envejecimiento activo y saludable”** pretende ayudar a las personas mayores a tomar las decisiones adecuadas para mantener o mejorar su bienestar, decisiones que les permitan ser personas autónomas e independientes en su día a día, con mejor salud, con más seguridad y con mayor capacidad para afrontar y superar las adversidades. Se han imprimido 60.000 guías y distribuido por centros de salud, centros de mayores, asociaciones, etc.

4.2. 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 se ha destinado una partida presupuestaria de 300.000 € para este fin y han sido subvencionados un total de 101 proyectos correspondientes a 62 entidades, cifras ligeramente superiores al año 2013 (99 proyectos de 61 entidades).

1. COORDINACIÓN Y APOYO EN LA INTERVENCIÓN SOBRE ADICCIONES

A. 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.

El Grupo Técnico de Evaluación del VI Plan, integrado por personal técnico de adicciones de la Dirección de Salud Pública y Adicciones del Departamento de Salud llevó a cabo en 2014 el seguimiento del Plan mediante el procesamiento de la información disponible en la Dirección y la solicitada a las distintas entidades e instituciones.

B. Coordinación con otros planes

Durante el año 2014 se remitió información relacionada con la intervención en adicciones a otros planes del Gobierno: Plan de Salud; Plan para la Igualdad de Hombres y Mujeres en la CAPV; Plan Joven.

C. Coordinación con el Ayuntamiento de Bilbao y la Diputación Foral de Bizkaia para el nuevo proyecto de Centro Sociosanitario de Atención a las Adicciones

En octubre de 2013, Médicos del Mundo comunicó su intención de no continuar con la gestión de la Sala de Consumo Supervisado de la calle Bailén de Bilbao. Esta circunstancia llevó a un proceso de reflexión, a lo largo de 2014, por parte de las tres instituciones participantes en la financiación y gestión de la Sala (Gobierno Vasco-Dirección de Salud Pública y Adicciones, Ayuntamiento de Bilbao y Diputación Foral de Bizkaia), sobre cómo mejorar la atención a las personas drogodependientes usuarias. Tras una veintena de reuniones, a finales de 2014 estaba ya definido el nuevo proyecto de centro sociosanitario interinstitucional de atención a las adicciones Andén I, como proyecto distinto, con el valor añadido de que el consumo supervisado, como estrategia de reducción de riesgos y daños, es una prestación básica, pero no única, a partir de la cual se puedan generar procesos de motivación y cambio hacia la inserción social. Es decir, se trata dar un paso más allá de la mera estrategia de reducción de riesgos y daños y de avanzar hacia la inserción social de las personas usuarias que así lo precisen y deseen, generando sinergias entre los recursos tanto sociales como sanitarios. El objetivo es,

además, fomentar el acompañamiento social y la continuidad de cuidados a lo largo de todo el proceso.

D. Orden de subvenciones

- 1) Ayudas a ayuntamientos para el mantenimiento de equipos técnicos de prevención de adicciones.

Destinadas al mantenimiento de los equipos ya existentes (Tabla 50), El número de equipos municipales de prevención existentes por Territorio Histórico se mantiene estable (Figura 80). El coste y financiación desde 2008 ha sufrido un retroceso (Figura 81).

Tabla 50: Equipos municipales de drogodependencias que recibieron ayuda 2008-2014.

Araba	Bizkaia	Gipuzkoa
	Arrigorriaga	
	Barakaldo	
	Basauri	
	Beasain (desde 2013)	Andoain
	Bermeo (hasta 2013)	Aretxabaleta
	Bilbao	Arrasate-Mondragon
Vitoria-Gasteiz	Erandio	Azpeitia
Amurrio	Ermua	Bergara
Llodio	Galdakao	Donostia-San Sebastian
Instituto Foral de	Gernika-Lumo	Hondarribia
Bienestar Social	Getxo	Irun
(atención a la	Ortuella	Oñati (hasta 2013)
población de las	Portugalete	Ordizia (hasta 2012)
cuadrillas de Araba)	Santurtzi (salvo en el 2010)	Tolosa
	Mancomunidades de Arratia, Durango,	Zarautz
	Encartaciones, Lea-Artibai, Txorierrri,	Zumarraga (hasta el 2009)
	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).	

Figura 80: N° de equipos municipales de prevención de las adicciones por Territorio Histórico. (2008-2014).

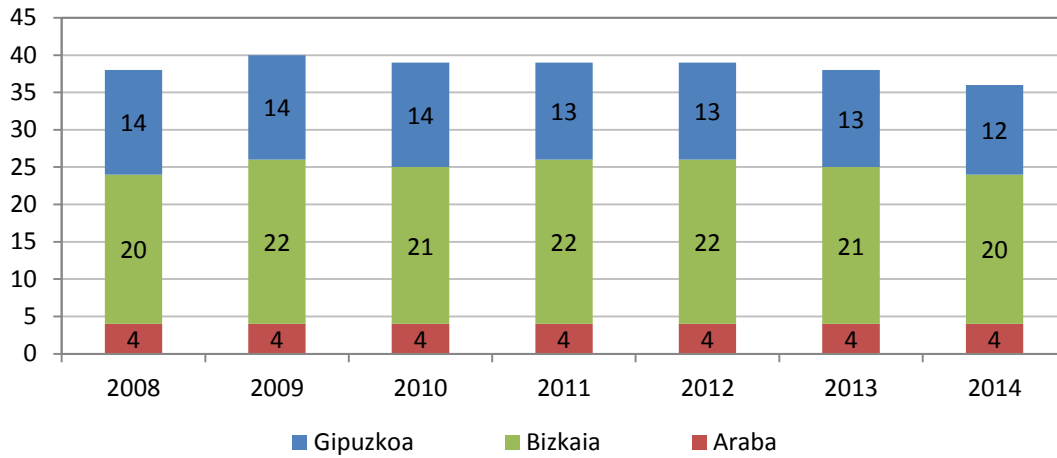
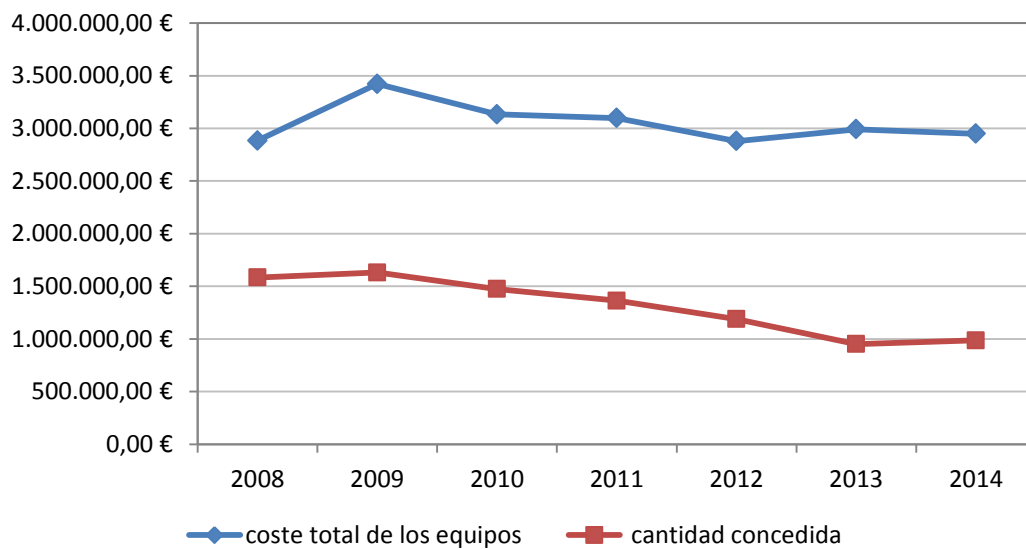


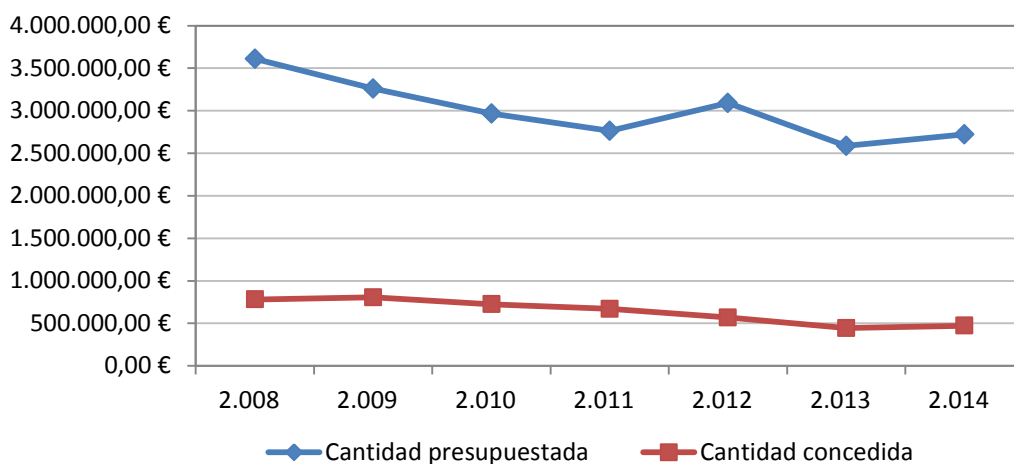
Figura 81: Presupuesto de los equipos técnicos municipales y cantidad concedida (2008-2014).



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

Son ayudas económicas que se otorgan a las entidades locales de la CAPV para el desarrollo de los programas (Figura 82).

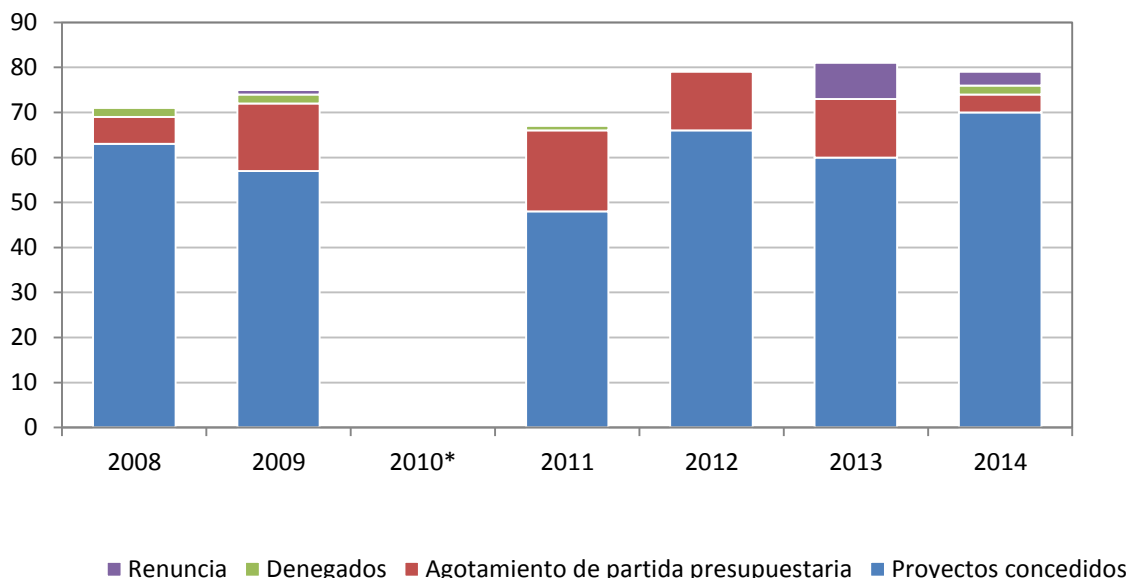
Figura 82: Coste de los programas comunitarios y cantidad concedida para su realización (2008-2014).



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

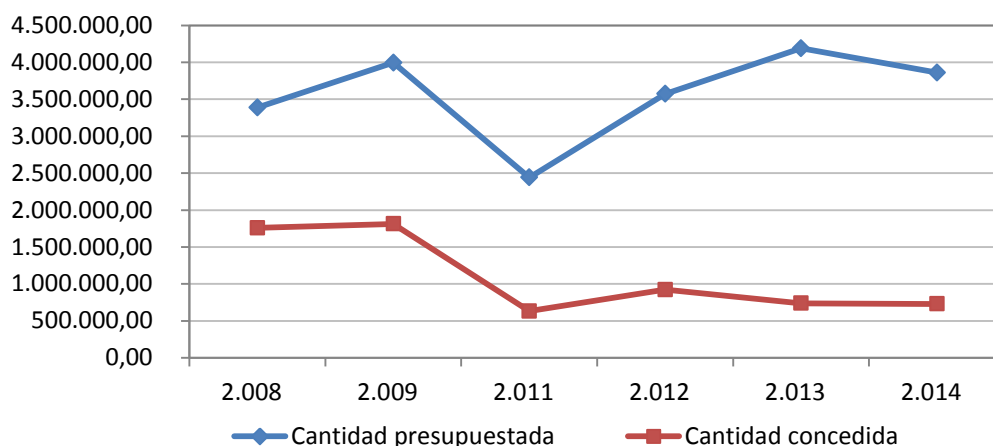
A estas ayudas se acogen las entidades de iniciativa social sin ánimo de lucro que realiza proyectos de prevención y reducción de riesgos y daños de adicciones (Figuras 83 y 84).

Figura 83: Nº de proyectos de prevención y reducción de riesgos y daños (2008-2014; excepto año 2010¹¹).



¹¹ 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.

Figura 84: Coste de los proyectos que reciben ayudas y cantidad concedida (2008-2014; excepto año 2010).



E. Reuniones de las estructuras de coordinación institucionalizadas y con entidades

A lo largo de 2014 se celebraron las siguientes reuniones con: personal técnico de prevención municipal.

- **Parlamento Vasco**

Se compareció ante el Parlamento Vasco en la ponencia para el análisis de una solución regulada de la actividad de los clubes sociales de cannabis. Además, se presentó el Programa de Menores y Alcohol ante la Comisión de Salud.

- **Plan Nacional de Drogas**

En 2014 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). Se remitieron los datos recabados a la Comunidad Autónoma de Euskadi para la elaboración de la memoria de actividades del Plan Nacional sobre Drogas.

2. ESTUDIOS, INFORMES Y DOCUMENTACIÓN

La elaboración de informes y estudios ha estado enmarcada en los convenios de colaboración que se han seguido manteniendo con el Instituto Deusto de Drogodependencias (IDD) y el Centro de Documentación Eguía Careaga (SIIS), así mismo, se contó con la colaboración del Instituto Vasco de Criminología-(IVAC) para asesoramiento en la elaboración del proyecto de ley sobre adicciones :

- Publicaciones del SIIS: "Desigualdades socioeconómicas, consumo de drogas y territorio".
- Publicaciones del IDD:
 - "Género, vulnerabilidad y prácticas de riesgo en el consumo de alcohol en menores".
 - "El consumo de drogas y de otros factores relacionados, analizados desde una perspectiva de género".
- Actividades de formación:
 - Jornada de presentación del programa "Menores y Alcohol"
 - Perspectiva relacional en la dinamización de equipos y el acompañamiento social a personas en exclusión. 21 y 22 de mayo de 2014
 - El Cigarrillo Electrónico: Solución o problema. 28 de mayo de 2014.
 - Patología dual, ¿dos enfermedades?
 - Manejo del apego en el tratamiento de las drogodependencias 9 de octubre
 - Cannabis y jóvenes. 28 de noviembre de 2014
 - XXI Symposium sobre "Avances en drogodependencias". Consumo de Alcohol entre adolescentes y jóvenes. 9 y 10 de octubre

Drogomedia es un centro de documentación en adicciones (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 (Tabla 51).

Tabla 51: Fondo documental del Centro de Documentación de Drogodependencias (documentos específicos de drogodependencias).

Centro de Documentación de Drogodependencias del País Vasco	
1. Fondo documental	44.305
2. Nuevas incorporaciones 2014	1.934
3. Monografías (fondo)	8.589
4. Monografías (nuevas 2014)	98
5. Documentos electrónicos (fondo)	22.012
6. Documentos electrónicos (nuevos 2014)	1.602
7. Textos legislativos (fondo)	1.749
8. Medios vaciados en hemeroteca	28
9. Revistas	126
10.Consultas a la biblioteca	602
Drogomedia	
11.Sesiones 2014	31.009
12.Páginas vistas 2014	93.431
13.Suscriptores boletín diario electrónico	784
Perfiles sociales	
14.Twitter Drogomedia (seguidores 2014)	817
15.Facebook Drogomedia (usuarios 2014)	225
Directorio Drogas	
16.Visitas 2014	2.179
17.Páginas vistas 2014	13.113

3. REDUCCIÓN DE LA OFERTA

A. Tabaco

La Ley 18/1998, de 25 de junio, sobre prevención, asistencia e inserción en materia de drogodependencias, atribuye al Departamento de Salud la competencia inspectora y sancionadora en materia de tabaco (Delegados y Delegadas Territoriales y Directora de Salud Pública y Adicciones). Desde que entró en vigor la nueva normativa (Ley 1/2011, de 3 de febrero) que modificó la anterior, se han recibido 614 denuncias, correspondiendo 129 al año 2104 (Tabla 52).

Se han realizado 2 expedientes sancionadores y 134 actuaciones informativas e individualizadas sobre la normativa aplicable al supuesto concreto.

Tabla 52: Denuncias clasificadas.

SECTOR		TERRITORIOS		INFRACCIÓN		DENUNCIANTE	
2014							
HOSTELERIA	99	ALAVA	41	FUMAR	29	HERTZAINZA	12
CENTRO CULTURAL/SOCIAL	5	BIZKAIA	77	PERMITIR FUMAR	86	POLICÍA MUNICIPAL	76
CENTRO DE TRABAJO	2	GIPUZKOA	11	VENTA TABACO	14	PARTICULAR	22
CENTRO SANITARIO	1					GUARDIA CIVIL	18
PARQUE INFANTIL	1					INSPECTOR SALUD PÚBLICA	1
COMERCIO	11						
ESTABLEC. JUEGO	4						
COMUNIDAD VECINOS	3						
AEROPUERTO	2						
VÍA PÚBLICA	1						
TOTALES	129		129		129		129

B. Cigarrillos electrónicos

En base a las recomendaciones de la Organización Mundial de la Salud que desaconsejaba su uso hasta que existiera evidencia sobre la seguridad, eficacia y calidad de estos productos, el Consejero de Salud dictó la Orden de 20 de marzo de 2014, por la que se señalaba la adopción de medidas para disuadir del uso del cigarrillo electrónico (e-cig) en los centros y establecimientos sanitarios, en los centros docentes, y en las dependencias de la Administración General e Institucional de la Comunidad Autónoma de Euskadi, incluidos los medios de transporte públicos. (BOPV nº 56, de 21 de marzo de 2014).

El proyecto de Ley sobre adicciones aprobado por el Consejo de Gobierno en fecha 9 de diciembre de 2014, ha incorporado la regulación del cigarrillo electrónico equiparando totalmente su regulación a la establecida para el tabaco.

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.

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

En el año 2014 la red de recursos la constituían 36 equipos técnicos municipales de prevención comunitaria de drogodependencias, que desempeñan su labor en 36 localidades de más de 8000 habitantes de la CAPV: 4 en Araba, 12 en Gipuzkoa y 20 en Bizkaia. Además, se apoyan 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 2014 se financiaron 249 programas en los diferentes niveles de prevención (Figura 85 y Tabla 53).

Figura 85: Número de proyectos distribuida por tipo de prevención, 2012-2014.

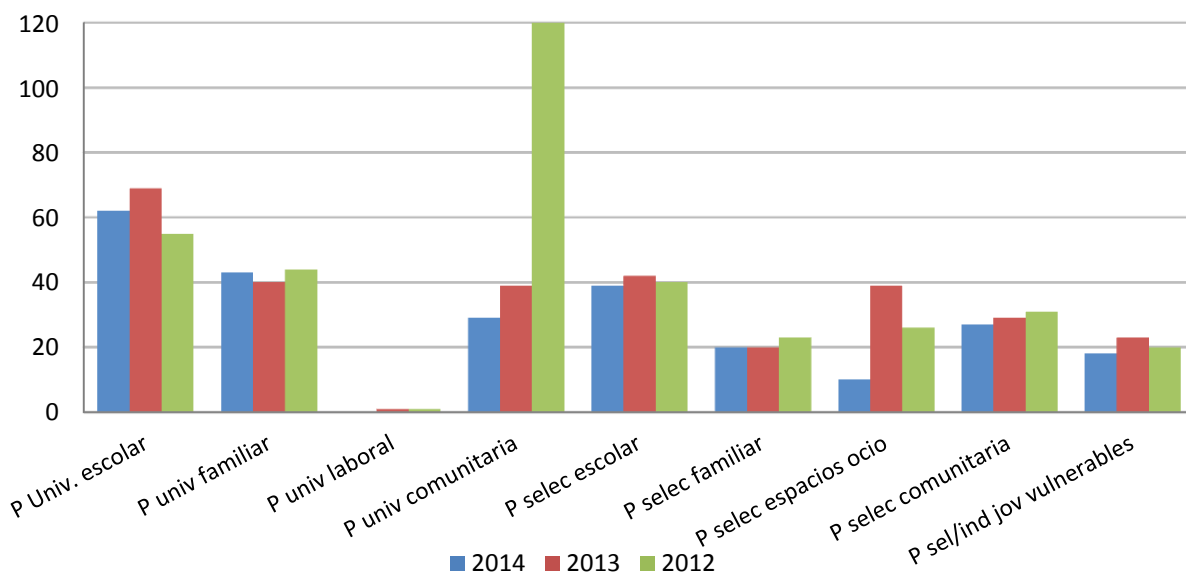


Tabla 53: Alcance de los diferentes proyectos de prevención en 2014.

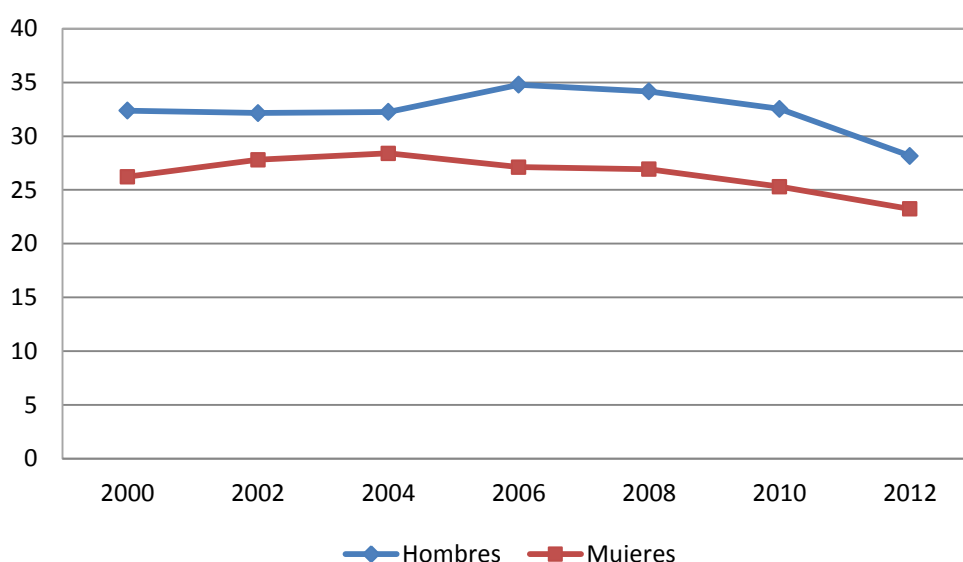
Tipo Prevención	Centros educativos	Alumnos alumnas	Profesores profesoras	AMPAS	Padres madres	Escuela Padres madres	Jóvenes	Población	Locales
Universal escolar	705	111.236	2.268	22	707				
Universal familiar				167	8.898		1.483		
Universal comunitaria					1.465		1.252	35.539	
Selectiva escolar	283	35.806	774		312				
Selectiva familiar				27	969		352	0	
Selectiva ocio							34.774	744	
Selectiva-indicada comunitaria				9			1.797	1.573	
Selectiva-indicada Jóvenes vulnerables							2.689		
Total	988	147.042	3.042	216	12.351		42.347	37.856	

5. EUSKADI LIBRE DE HUMO DE TABACO

Según la última encuesta Euskadi y Drogas (2012) la prevalencia de consumo diario de tabaco en la población total del País Vasco era del 25,7% (23,3 y 28,2% en mujeres y hombres respectivamente). Entre el año 2000 y 2012 dicho consumo disminuyó en los hombre un 15% y en las mujeres cerca del 13%.

Es importante destacar que la **mayor variación bienal** a lo largo de todo el periodo tuvo lugar **entre 2010 y 2012**, momento en el que entró en vigor la Ley 42/2010 de 30 de diciembre de medidas frente al tabaquismo. Este potencial efecto de las nuevas medidas, principalmente relativas a la prohibición de fumar en lugares públicos parecía más importante en los hombres, donde se produjo una reducción del tabaquismo del 15,4%, que en las mujeres, con una disminución del 8,9%¹² (Figura 86).

Figura 86: Número de proyectos distribuida por tipo de prevención, 2012-2014.



La evolución del tabaquismo en estos 12 años a estudio fue diferente en función de la edad. Los/as jóvenes de 15 a 34 que experimentaron un descenso del 43,3%. Se observó a partir de 2010 un descenso importante, mayor que en la población general, de la prevalencia del consumo de tabaco (20,9%). En el grupo de población de 35 a 74 años la proporción de personas fumadoras disminuyó un 6,3%, entre los hombres, entre las mujeres aumentó un 3,6%.

Esta diferente evolución del consumo de tabaco en función del sexo tiene su origen en el diferente patrón de cada sexo en la epidemia del tabaquismo. Un estudio que

¹² Drogomedia. Centro de documentación sobre drogodependencias del País Vasco. <http://bit.ly/1eaKmgE>

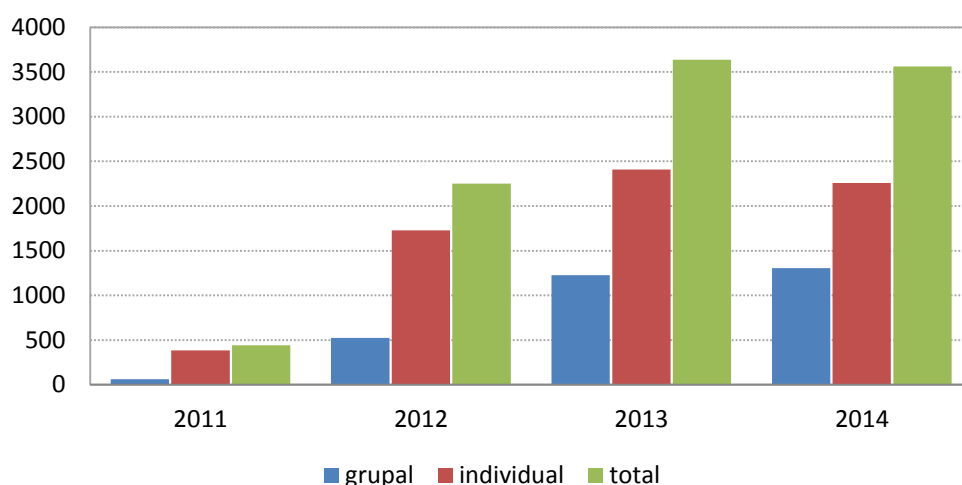
analizó los cambios en igualdad de género y las diferencias en prevalencia del consumo de tabaco, concluyó que la disminución de la desigualdad de género tiene una correlación inversa con la relación de la tasa de tabaquismo entre hombres y mujeres (a menor desigualdad mayor consumo de tabaco entre las mujeres)¹³.

Con respecto al hábito de fumar entre la población joven, se está trabajando una nueva línea sobre el uso conjunto de cannabis y tabaco, lo que se ha llamado el nudo cannabis-tabaco. De hecho, existe la hipótesis de que el cannabis empieza a ser una puerta de entrada al tabaquismo. En el año 1994 la razón de prevalencias de consumo de tabaco versus cannabis era de 2,5 y en el año 2012 es de 1,8.

A. Oferta de tratamiento a la dependencia del tabaquismo en Atención Primaria

En el año 2014, el 85% de los cupos de Atención Primaria ofrecía tratamiento de deshabituación tabáquica. Así, desde que se puso en marcha el programa, en el año 2011, han recibido el tratamiento un total de 9.892 personas. El número anual de personas tratadas ha experimentado un incremento paulatino a lo largo de los 4 años, hasta estabilizarse en 2014. Con respecto a los años anteriores 2013 se observó un aumento del tratamiento grupal y una ligera disminución del individual (Figura 87).

Figura 87: Número de personas que han recibido tratamiento de la dependencia del tabaco en Atención Primaria. Osakidetza/Svs, 2011-2014.



¹³ Usama Bilal et al. Gender and smoking: A theory driven approach to smoking gender differences in Spain. *Tob Control* 2014;1136

B. Programa preventivo CLASES SIN HUMO

Se trata de un programa de prevención en el ámbito educativo destinado a retrasar la edad de inicio del consumo de tabaco, mediante la sensibilización sobre los riesgos para la salud del consumo de tabaco y del aire contaminado por el humo. La evolución por Territorio Histórico a lo largo de los 4 cursos escolares ha sido heterogénea, pero en el año 2014 la participación de los centros y alumnado ha ido sido más equilibrada. En total, en los 4 cursos escolares han participado 419 centros y 37.100 alumnos y alumnas (Figuras 88 y 89).

Figura 88: Número de centros escolares participantes en el programa Clase Sin Humo, 2011-2014.

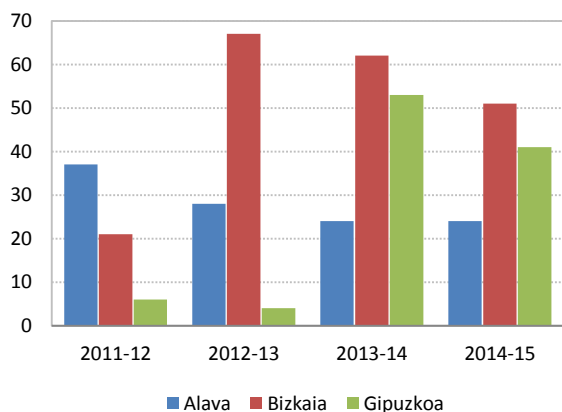
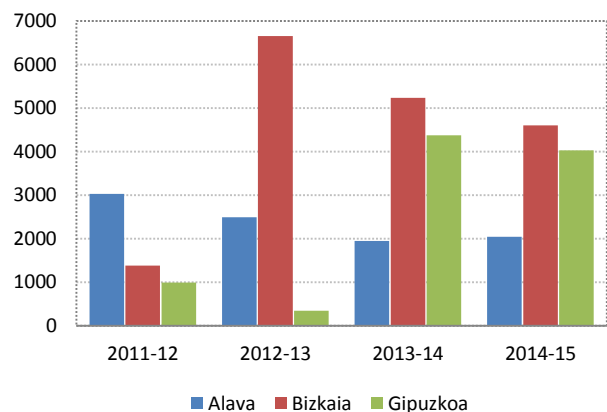


Figura 89: Número de alumnos y alumnas participantes en el programa Clase Sin Humo, 2011-2014.



6. PROGRAMA MENORES Y ALCOHOL

Tras la constitución en 2013, a impulsos del Departamento de Salud, de una comisión interinstitucional para abordar el consumo de alcohol por parte de menores de edad, se constituyeron tres grupos de trabajo integrados por profesionales de distintas entidades públicas y privadas, en base a cuyo trabajo se elaboró el documento final del Programa Menores y Alcohol que se presentó en el Parlamento Vasco en mayo 2014 (Tabla 54).

Este programa pretende intensificar la acción institucional sobre la prevención del consumo de alcohol entre la población joven. Para reforzar esta línea de actuación, es ineludible mejorar la coordinación interinstitucional que posibilite una más eficiente actuación al objeto, principalmente, de disminuir la prevalencia de su consumo entre la población joven, retrasar la edad de inicio, situada en los 14,8 años en 2012 según la Euskadi y Drogas, y reducir la proporción de jóvenes que realizan un consumo intensivo de alcohol, sobre todo, los fines de semana.

Tabla 54: Objetivos del Programa Menores y Alcohol.

	Objetivo	Indicador	Cumplimiento
1	Intensificar la acción institucional ante el consumo de alcohol por parte de personas menores de edad.	Nº de programas de prevención del consumo de alcohol y de intervenciones para su aplicación dirigidos a jóvenes de la CAPV.	
2	Disminuir la cifra de menores que comienzan a consumir alcohol.	Prevalencia de personas consumidoras de alcohol entre los 15 y 24 años, en base a los datos Euskadi Drogas 2012	Se verificará en la próxima encuesta
3	Retrasar la edad de inicio al consumo.	Edad media de inicio en el consumo de alcohol de la población juvenil, en base a los datos Euskadi Drogas 2012	Se verificará en la próxima encuesta.
4	Reducir los consumos excesivos y de riesgo y su frecuencia entre adolescentes.	Prevalencia de consumo excesivo y de riesgo entre los/as jóvenes, en base a los datos Euskadi Drogas 2012	Se verificará en la próxima encuesta.
5	Abordar los problemas asociados al consumo de alcohol en este colectivo.	Definición, diseño y puesta en marcha del mecanismo de coordinación entre los diferentes agentes (Servicios Sociales, Salud y Educación).	
6	Incrementar la participación de los jóvenes en las políticas relacionadas con su salud, especialmente las relacionadas con el alcohol.	Nº de menores que participan activamente en el desarrollo y puesta en marcha de las acciones del programa de prevención del consumo de alcohol.	
7	Mejorar el conocimiento por parte de los y las adolescentes del riesgo del consumo y abuso del alcohol. Incrementar la educación y sensibilización de las y los menores en relación con el alcohol y desarrollar alternativas significativas a su consumo.	Realización de un estudio ad hoc para valorar el impacto de los conocimientos adquiridos en la percepción del riesgo de consumo de alcohol.	
8	Reducir las presiones para beber en la gente joven, especialmente en relación con las promociones de alcohol, patrocinio y disponibilidad.	Aprobación y publicación de la Ley de Adicciones que regula los aspectos los aspectos sobre promoción, venta, publicidad y disponibilidad de alcohol.	Proyecto de Ley aprobado y con estos aspectos recogidos
9	Ofrecer alternativas de ocio sin riesgos para la salud.	Nº de acciones alternativas de ocio diurno y nocturno llevadas a cabo en el periodo de vigencia del programa.	
10	Promover activamente hábitos de vida saludables y una cultura de salud que incluya el rechazo del consumo por parte de menores de edad, así como la modificación de actitudes y comportamientos de la sociedad respecto a la problemática vinculada a estos comportamientos.	Puesta en marcha de, al menos, un programa destinado a identificar los activos en salud de un área y a dar a conocer su interrelación con la promoción de conductas saludables.	

A. Desarrollo, coordinación y seguimiento

El programa prevé la creación de una Comisión Directora, que actúe como órgano rector de este programa, y de un comité o grupo de trabajo técnico que coordine la puesta en marcha, evaluación y seguimiento de este programa.

Comisión directora	Comité técnico
Lehendakaritza Salud Educación, Política Lingüística y Cultura Empleo y Políticas sociales Justicia y A. Pública Seguridad Diputaciones Forales Ayuntamientos EUEDEL Consejo de la juventud	Educación, Política Lingüística y Cultura (1 representante) Osakidetza (1) EUEDEL (1) Salud (2)

• Acciones desarrolladas

Acciones que se venían realizando y que se han integrado en el programa.

- Potenciar los equipos técnicos de drogodependencias, los programas de prevención comunitaria de las adicciones y los proyectos de prevención y reducción de riesgos del tercer sector.
- Potenciar y difundir los llamados "programas de proximidad" en los ámbitos festivos y de ocio donde se concentran principalmente personas jóvenes.
- Impulsar los proyectos dirigidos a padres y madres -Guraso Eskolak.
- Control de establecimientos que suministran alcohol a menores

Acciones realizadas en 2014.

- Intervención de reducción de riesgos del consumo de alcohol en lonjas.
- Programa para promover prácticas saludables dirigido a la hostelería.
- Elaborar un material de formación para la dispensación de alcohol ("Dispensación Responsable").
- Impulsar programas específicos de prevención de abuso de alcohol en eventos donde se concentran un gran número de jóvenes (fiestas patronales, Euskal Eskola Publikoaren eguna, Araba Euskaraz, Kilometroak, Ibilaldia, Nafarroa Oinez, Herri Urrats...)
- Potenciar en el currículo el desarrollo de los factores de protección.
- Abordar el consumo problemático de alcohol por parte de menores en el proyecto de ley de Adicciones.

- Introducir en la orden de ayudas sobre adicciones un criterio de valoración que prime la prevención del consumo de alcohol en menores.
- Campaña informativa dirigida a la sociedad en general sobre la prevención de los riesgos y daños asociados al consumo de alcohol,

Acciones iniciadas durante el 2014 y para que puedan ser llevadas a efecto en 2015.

- Recursos y materiales sobre alcohol y menores entre el personal del ámbito de la educación no formal.
- Elaborar materiales de soporte para el trabajo de prevención en lonjas.
- Estrategias de comunicación en redes sociales.
- Impulsar una red sobre alcohol y menores: entidades sociales, instituciones, ámbito educativo y medios de comunicación para el intercambio de experiencias y propuestas de acción.
- Revisar y diseñar programas de prevención universal y selectiva en el ámbito escolar.
- Generar recursos didácticos de prevención universal de titularidad pública, "online", dirigidos al profesorado, a las familias y al alumnado, para prevenir el consumo de alcohol entre el alumnado.
- Implementación de un programa de prevención universal del consumo de alcohol dirigido al alumnado y a la comunidad educativa.
- Incluir en la formación que ofrecen las Escuelas de Hostelería formación sobre dispensación excelente de bebidas alcohólicas.
- Impulso de contenidos acreditados sobre prevención del consumo de alcohol y otras drogas en la titulación de monitor/a de ocio y tiempo libre.
- Acciones de sensibilización dirigidas a responsables de comunicación de distintas instituciones (Talleres prensa).
- Elaboración de una guía sobre el tratamiento adecuado de la información en los medios de comunicación social sobre el consumo responsable de alcohol.

B. Datos de alcance 2014

- Programas de prevención en el ámbito educativo¹⁴.
 - Presupuesto: 712.269 €
 - Centros educativos: 473
 - Alumnado: 82.841¹⁵.
 - Profesorado: 1.807
 - Padres y madres: 907

¹⁴ Realizados por las entidades locales y subvencionados a través de la Orden de Ayudas de Adicciones. No necesariamente específicos de alcohol. Comprenden programas de prevención universal y selectiva. Se engarzan con el programa «Menores y Alcohol» en la acción primera del mismo.

¹⁵ Un centro y alumno o alumna pueden recibir más de un programa. Por esto pueden estar contabilizados más de una vez.

- Programa de prevención del consumo de alcohol en el ámbito educativo¹⁶.
 - Presupuesto: 106.260 €.
 - Centros educativos: 73
 - Alumnado: 3.780
 - Talleres: 230

- Prevención del consumo de alcohol en el ámbito festivo y de ocio.
 - Alcoholimetrías:
 - 70 intervenciones¹⁷.
 - 17.467 jóvenes participantes.
 - Más de 42 municipios.

 - Testing¹⁸
 - 24 intervenciones.
 - 12.900 jóvenes participantes.
 - 20 municipios.

C. Otras acciones sobre prevención del consumo de alcohol

- HOSTELERÍA. Dispensación Responsable
 - 11 intervenciones con comisiones de fiestas y trabajadores del ámbito de la hostelería, monitores de tiempo libre.
 - 122 profesionales participantes.
- LONJAS.
 - 11 intervenciones en lonjas.
 - 172 jóvenes participantes.
- TEATRO. Mimarte¹⁹.
 - 28 intervenciones.
 - 1.200 alumnado participante.
- CAMPAÑA. Llénate, ¡pero de emociones!
 - 27 entidades locales solicitan materiales para participar en la campaña.
 - Se reparten: 8.000 regletas de prevención del consumo de alcohol, 6.000 alcoholímetros cualitativos, 300 metacrilatos de «Alcohol a menores ni gota»
 - 4.000 carteles.

Coste total directo acciones 308.900 €.

¹⁶ Financiación vía contractual por parte del Gobierno Vasco.

¹⁷ 40 intervenciones Gobierno Vasco. 20 Diputación Foral de Araba. 10 Entidades Locales. A través de la contratación del Gobierno Vasco las 40 intervenciones se realizaron en 32 municipios. Incluidas las fiestas de las ikastolas y de la Escuela Pública Vasca.

¹⁸ Un centro y alumno o alumna pueden recibir más de un programa. Por esto pueden estar contabilizados más de una vez

¹⁹ Intervenciones financiadas por parte del Gobierno Vasco y entidades locales.

7. ASISTENCIA SOCIO-SANITARIA DE LAS ADICCIONES

A. Intervención asistencial

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.

B. 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 2014 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. Este convenio, sin embargo, finalizó el 25 de noviembre de ese año, ya que la propia entidad decidió poner fin a su actividad en la Sala de Consumo. Desde ese momento la Fundación Gizakia pasó a encargarse de

un nuevo recurso sociosanitario (Andén 1) que incluye entre otras actividades un espacio de consumo supervisado.

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 cuanto a la atención a personas drogodependientes con medidas penales, en 2014, en la prisión de Zaballa-Araba (a diferencia de las otras 2 prisiones que están incluidas en la red de Salud Mental Extrahospitalaria de Osakidetza) 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. PROYECTO DE LEY SOBRE ADICCIONES

El proyecto de ley ha sido el primer texto normativo que el Gobierno Vasco ha realizado con el sistema de co-redacción, es decir la elaboración y tramitación total del texto se ha realizado simultáneamente en euskera y castellano,

Se han tenido en cuenta las referencias internacionales, y se han plasmado las resoluciones aprobadas por la Comisión de Salud y Consumo del Parlamento Vasco, sobre los denominados clubes sociales de cannabis.

El texto ha incorporado las propuestas formuladas por entidades que colaboran habitualmente con la Dirección de Salud Pública y Adicciones el Centro de Documentación y Estudios de la Fundación Eguia Careaga (SiiS), el Instituto Deusto de Drogodependencias, el Instituto Deusto de Drogodependencias, Instituto Vasco de Criminología (IVAC), dependiente de la Universidad del País Vasco.

El trámite de audiencia pública ha sido muy amplio respecto de todos los sectores, organizaciones e instituciones interesadas en la materia. Todos los departamentos del Gobierno Vasco, Eudel, el Consejo Económico y Social y todas las instituciones públicas y privadas participantes en el Consejo Asesor de Drogodependencias. Sus aportaciones han sido apreciadas y tomadas en consideración.

Después de los informes de la Oficina de control Económico y de la Comisión Jurídica Asesora se aprobó en Consejo de Gobierno y se remitió al Parlamento Vasco.

El proyecto de ley se estructura en 97 artículos, distribuidos en siete Títulos, dos Disposiciones adicionales, una única Disposición transitoria, una única Disposición derogatoria y tres Disposiciones finales. En el articulado se regula la promoción de la salud y la prevención de las adicciones, la reducción de la oferta, la asistencia sanitaria, el desarrollo y gestión del conocimiento, la organización institucional, las infracciones y las sanciones.

El Título Preliminar referido a **disposiciones generales**, establece los grandes principios inspiradores y los objetivos generales de la ley. En el ámbito material de la ley, además de las sustancias con capacidad adictiva, se contemplan las adicciones comportamentales o adicciones sin sustancia (juego patológico y conductas excesivas respecto de las tecnologías digitales). Es novedosa la regulación del cigarrillo electrónico, al amparo de La Directiva 2014/40/UE, equiparándolo a todos los efectos a la regulación del tabaco.