

Departamento de Salud
Gobierno Vasco

Salud Pública y Adicciones

Informe 2019-2021



Euskadi, bien común

EUSKO JAURLARITZA



GOBIERNO VASCO



Un registro bibliográfico de esta obra puede consultarse
en el catálogo de la Biblioteca General del Gobierno Vasco:

https://www.katalogoak.euskadi.eus/cgi-bin_q81a/abnetclop?SUBC=VEJ/J0001

EDICIÓN

1ª, mayo 2023

©

Administración de la Comunidad Autónoma del País Vasco
Departamento de Salud

INTERNET

www.euskadi.eus

DIRECCIÓN, COORDINACIÓN Y ELABORACIÓN

Departamento de Salud, Gobierno Vasco

Presentación

El Informe de Salud Pública 2019-2021 resume los resultados y actuaciones realizadas por los equipos técnicos de la Dirección de Salud Pública y Adicciones del Departamento de Salud durante tres años muy intensos para el conjunto social, para las organizaciones sanitarias y especialmente para la actividad de salud pública. Con ello, este informe quiere responder a una voluntad determinada por devolver y comunicar a la sociedad información relevante sobre la salud pública en Euskadi, así como contribuir a rendir cuentas a la ciudadanía.

El informe refleja la multiplicidad de funciones incluidas en el ámbito de la Salud Pública; también, el esfuerzo realizado por el Departamento de Salud para responder a las necesidades de la sociedad en esta materia.

Las funciones esenciales de Salud Pública contemplan la vigilancia e información sanitaria y la respuesta ante amenazas y alertas, mediante el estudio y monitorización de la ocurrencia y distribución de problemas de salud entre la población. También incluye funciones de protección de la salud, incluyendo la vigilancia de riesgos en el entorno ambiental, sanitario, y alimentario; así como funciones de prevención de riesgos para la salud y de promoción de conductas y de condiciones de vida que favorezcan la salud.

Tradicionalmente, los Informes de Salud Pública se han publicado con carácter anual. De este modo, han permitido construir una serie histórica de datos y de información sistematizada sobre varios de los principales aspectos de la actividad de salud pública, lo cual ha permitido su seguimiento y estudio por aquellas personas interesadas ya sea con fines académicos, técnicos, de investigación e incluso meramente informativos. Esto es también parte de la vocación de este informe.

En esta ocasión, presentamos un informe que recoge el trabajo de tres de los últimos años. Es por ello un informe especial, referido a un periodo que indudablemente ha sido especial. El espacio temporal que transcurre entre los años 2020 y 2022, marcado por la irrupción y desarrollo

de la pandemia de COVID-19 y condicionado por las crisis de orden sanitario, social, y económico derivadas de la pandemia, ha supuesto un auténtico desafío para toda la sociedad y se ha vivido de manera acusada en el ámbito de la salud pública.

La pandemia ha supuesto una demanda sin precedentes sobre los servicios asistenciales y sobre los de salud pública; exigiendo la realización, en un contexto de urgencia, de numerosas actuaciones de vigilancia y evaluación de la situación, de prevención y protección de la salud ante las emergentes necesidades que se han ido sucediendo. Todo ello en un contexto de gran incertidumbre y de grave riesgo para la colectividad. Ha sido también una experiencia a la vez que extenuante y de mucha tensión, de gran aprendizaje, a partir de la cual los profesionales de salud pública y del sistema sanitario en su conjunto han extraído lecciones importantes para que las actuaciones y respuestas a los problemas de salud de la población en situaciones de emergencias sanitarias sean más efectivas y eficientes.

Por ello, quiero aprovechar esta oportunidad para reconocer y felicitar a los y las profesionales del ámbito de la salud pública, y a quienes ven reflejado su trabajo en este informe, por la ingente actividad llevada a cabo en estos años, tanto aquella relativa al COVID-19 como a otros temas de salud igualmente importantes, así como por su determinación y compromiso mostrado en los momentos de gran dificultad y demanda. Un compromiso que se ve reflejado solo en parte en este Informe y que ha contado con la dedicación de las y los profesionales de la Dirección de Salud Pública y Adicciones en todos sus niveles de actuación, así como con la colaboración y participación de profesionales de otros ámbitos del Departamento de Salud y del Gobierno Vasco, de Osakidetza, entidades locales y Territoriales y organizaciones colaboradoras. A todos ellos mi sincero agradecimiento y reconocimiento.

Itziar Larizgoitia

Directora de Salud Pública y Adicciones

Índice

1. Vigilancia epidemiológica	14
1.1. Fuente de datos y sistemas de información	14
1.1.1. Enfermedades de declaración obligatoria (EDO)	14
1.1.2. Sistema de Información Microbiológica (SIM)	14
1.1.3. Brotes epidémicos	16
1.1.4. Red vigía	16
1.2. Enfermedades transmisibles	17
1.2.1. Enfermedades prevenibles por vacunación	17
1.2.2. Infecciones de transmisión sexual, parenteral y tuberculosis	26
1.2.3. Enfermedades de transmisión alimentaria, vectorial y zoonótica	35
1.2.4. Enfermedades de transmisión respiratoria y gripe	61
1.2.5. Otras enfermedades transmisibles y riesgos asociados	64
1.3. Vigilancia de COVID-19	73
1.3.1. Incidencia	73
1.3.2. Brotes de COVID-19 fuera del ámbito domiciliario	78
1.3.3. Monitorización de la Severidad	80
1.3.4. Vigilancia microbiológica de las variantes	92
1.3.5. Vigilancia ambiental en aguas residuales	94
1.4. Enfermedades no transmisibles	99
1.4.1. Cáncer	99
2. Prevención	108
2.1. Salud materno infantil	108
2.1.1. Programa de cribado prenatal	108
2.1.2. Programa de cribado neonatal de enfermedades congénitas	110
2.1.3. Programa de asistencia dental (PADI)	112
2.2. Cribado de cáncer	115
2.2.1. Programa de Detección Precoz del Cáncer de Mama	115
2.2.2. Programa de Cribado de Cáncer de Colorrectal	118
2.2.3. Programa de Cribado de Cáncer de Cérvix	121
2.3. Programa de vacunaciones	122

3. Protección de la salud	126
3.1. Salud ambiental	126
3.1.1. Aire	126
3.1.2. Aguas de consumo	133
3.1.3. Aguas de baño	137
3.1.4. Prevención y control de la legionelosis	143
3.1.5. Productos químicos	145
3.1.6. Otras actuaciones	146
3.2. Salud alimentaria	150
3.2.1. Actividades en establecimientos alimentarios	150
3.2.2. Actividades relacionadas con el análisis de los alimentos	157
3.2.3. Actividades relacionadas con la nutrición y el etiquetado	169
3.2.4. Alertas y reclamaciones	174
3.2.5. Otras actividades: publicaciones	178
4. Promoción de la salud	182
4.1. Impulso de políticas que apoyan la salud	182
4.1.1. Difundir el Proyecto Salud y Desarrollo Urbano	182
4.1.2. Proyecto life URBAN KLIMA 2050	182
4.2. Creación de entornos favorables	183
4.2.1. Entorno educativo	183
4.2.2. Entorno local	185
4.3. Refuerzo de la acción comunitaria	186
4.3.1. Participación ciudadana y salud	186
4.3.2. Impulso de procesos comunitarios locales	187
4.3.3. Euskadi Aktiboa. Activos para la salud	187
4.3.4. Apoyar la creación de recorridos saludables (redes de caminantes o proyectos TTIPI-TTAPA) como facilitador de dinámicas comunitarias	188
4.3.5. Curso Salud Comunitaria para profesionales de Osakidetza	189
4.4. Desarrollo de aptitudes personales para la salud	189
4.4.1. Publicación y distribución de material de educación para la salud dirigido a la infancia y la maternidad	189

4.4.2. Publicación y distribución de material de educación para la salud dirigido a las personas mayores.....	191
4.4.3. Publicación y distribución de material de educación para la salud dirigido a la población general	191
4.4.4. Publicación y distribución de material de educación para la salud dirigido a la los servicios de salud.....	192
4.4.5. Ayudas para la mejora de la calidad de vida de personas enfermas y sus familias	193
4.5. Participación en proyectos transversales.....	193
4.5.1. SANO. Estrategia de prevención de la obesidad infantil	193
4.5.2. MUGIMENT	195
4.5.3. Osasun Eskola.....	197
4.5.4. Alianza de Salud Comunitaria.....	197
4.6. COVID-19.....	198
5. Adicciones	202
5.1. Coordinación y apoyo en la intervención sobre adicciones.....	202
5.1.1. Ley 1/2016, de 7 de abril, de atención integral de adicciones y drogodependencias.....	202
5.1.2. VII Plan sobre Adicciones de Euskadi 2017-2021	203
5.1.3. Subvenciones para el desarrollo de programas de prevención comunitaria de las adicciones, mantenimiento de equipos y realización de proyectos de prevención y reducción de riesgos y daños	203
5.2. Creación de conocimiento, formación y evaluación.....	204
5.2.1. Encuesta sobre Adicciones de Euskadi.....	204
5.2.2. Proyectos de investigación, estudios e informes y actividades de formación.....	205
5.2.3. Actualización Observatorio y web de adicciones	206
5.3. Reducción de la oferta.....	207
5.3.1. Información sobre las denuncias en materia de tabaco.....	207
5.3.2. Actuaciones realizadas en materia de tabaco.....	208
5.3.3. Actuaciones en materia de alcohol.....	209

5.4. Estrategia Euskadi Libre de Humo de Tabaco	209
5.4.1. Programa Kerik Gabeko Gazteak (prevencción ámbito escolar).....	<u>210</u>
5.4.2. Kerik Gabeko Guneak (proyecto piloto).....	<u>211</u>
5.4.3. Oferta de tratamiento a la dependencia del tabaquismo en Atención Primaria.....	<u>212</u>
5.5. Programa menores y alcohol	212
5.5.1. Intervenciones en el ámbito educativo	<u>213</u>
5.5.2. Intervenciones en el ámbito festivo y de ocio.....	<u>214</u>
5.5.3. Campaña de sensibilización sobre los riesgos asociados al consumo de alcohol.....	<u>215</u>
5.6. Asistencia socio-sanitaria de las adicciones	216
5.6.1. Intervención asistencial	<u>216</u>
5.6.2. Reducción de daños: Intervenciones con personas en situación de exclusión social.....	<u>217</u>
6. Laboratorio	220
7. Desarrollo normativo	224

1. Vigilancia epidemiológica

1.1. Fuente de datos y sistemas de información

1.1.1. Enfermedades de declaración obligatoria (EDO)

El sistema de Enfermedades de Declaración Obligatoria (EDO) tiene como objetivo la detección y monitorización de las enfermedades transmisibles de mayor impacto sobre la salud pública. El listado de enfermedades se actualizó en la ORDEN de 21 de enero de 2016, del Consejero de Salud, por la que se modifican los anexos del Decreto 312/1996, de 24 de diciembre, por el que se crea el sistema de Vigilancia Epidemiológica en la Comunidad Autónoma del País Vasco¹.

Estas son las enfermedades que componen la lista de declaración: Gripe, Infección gnocócica, Sífilis, Linfogranuloma venéreo, Varicela, Herpes Zóster, Salmonelosis, Yersiniosis, Chlamydia trachomatis, Giardiasis, Campilobacteriosis, Criptosporidiosis, Sarampión, Rubéola, Enf. Meningocócica, Botulismo, Triquinosis, Cólera, Fiebre Amarilla, Peste, Difteria, Poliomielitis, Rabia, Gripe por nuevo subtipo de virus, SARS, Fiebre del Nilo Occidental, Fiebres hemorrágicas Víricas, Viruela, Enfermedad estreptocócica invasiva, Parotiditis, Tétanos, Tétanos neonatal, Tosferina, Hepatitis A, Hepatitis B, Hepatitis C, Tuberculosis, Meningitis tuberculosa, Fiebre tifo-paratifoidea, Disentería (shigelosis), Brucelosis, Legionelosis, Paludismo, Lepra, Rubéola congénita, Infección por E. coli verotoxigénico, Encefalitis transmitida por garrapatas, Enfermedad por Chikungunya, Dengue, Enfermedad de Lyme, Fiebre Q, Leishmaniasis, Carbunco, Hidatidosis, Toxoplasmosis congénita, Leptospirosis, Fiebre exantemática mediterránea, Listeriosis, Tularemia, Sífilis congénita, Enfermedad neumocócica invasiva, Enfermedad invasiva por haemophilus influenzae, VIH, SIDA y Encefalopatías espongiiformes transmisibles humanas.

1.1.2. Sistema de Información Microbiológica (SIM)

El Sistema de Información Microbiológica de la Comunidad Autónoma del País Vasco tiene como objetivo recoger datos sobre la patología infecciosa en la Comunidad Autónoma de Euskadi 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.

¹ [https://www.legegeunea.euskadi.eus/eli/es-pv/o/2016/01/21/\(4\)/dof/spa/html/webleg00-contfich/es/](https://www.legegeunea.euskadi.eus/eli/es-pv/o/2016/01/21/(4)/dof/spa/html/webleg00-contfich/es/)

Los siguientes laboratorios de microbiología forman parte del SIM: en Álava, el Hospital Universitario 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 Mendaro, Zumárraga, Bidasoa y Alto Deba, además de la Clínica de la Asunción de Tolosa. La información es enviada a las Unidades de Vigilancia Epidemiológica de los tres Territorios Históricos.

El SIM funciona de manera estable desde 1993 y quedó incorporado al Sistema de Vigilancia Epidemiológica creado mediante el Decreto 312/1996 del Gobierno Vasco. Su funcionamiento se detalla en la ORDEN de 27 de febrero de 2009, del Consejero de Sanidad, por la que se regula la declaración al Sistema de Información Microbiológica de la Comunidad Autónoma del País Vasco².

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 hepática, Leishmania spp, Plasmodium spp, Taenia spp, Toxoplasma gondii, Trichinella spiralis.
- **OTROS:** Norovirus, Cryptosporidium.

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

² [https://www.legegunea.euskadi.eus/eli/es-pv/o/2009/02/27/\(3\)/dof/spa/html/webleg00-contfich/es/](https://www.legegunea.euskadi.eus/eli/es-pv/o/2009/02/27/(3)/dof/spa/html/webleg00-contfich/es/)

1.1.3. Brotes epidémicos

Las situaciones epidémicas y brotes relevantes notificados se incluyen el Registro de brotes, que tiene como objetivo la detección de incrementos significativamente elevados de casos en relación a los valores esperados de determinados problemas de salud. La declaración de brote epidémico es obligatoria y urgente para la puesta en marcha de actuaciones preventivas o de control urgente por parte de la autoridad sanitaria para proteger la salud de la población, tal y como se recoge en el DECRETO 312/1996, de 24 de diciembre. Estas situaciones epidémicas y brotes incluyen:

- Enfermedades que puedan comportar algún riesgo para la salud pública.
- La presencia de cualquier proceso relevante de intoxicación aguda colectiva, independientemente de que sea causado por accidente, manipulación o consumo.
- La aparición de cualquier incidencia de tipo catastrófico que pueda afectar a la salud de la comunidad.
- El incremento significativamente elevado de casos en relación con los valores esperados.

1.1.4. Red vigía

La Red de vigía se constituye como un elemento del sistema de vigilancia epidemiológica basado en la notificación voluntaria de enfermedades. El establecimiento de la Red se realiza en virtud del DECRETO 312/1996, de 24 de diciembre. En el Artículo 4 se especifica que el Sistema de Vigilancia Epidemiológica del País Vasco está constituida, entre otros, por “Sistemas específicos, como los registros de casos, encuestas de seroprevalencia, médicos vigía y otros que se podrán aplicar a la vigilancia del SIDA, de la infección por VIH y de otras enfermedades inmunoprevenibles”.

Los sistemas de vigilancia centinela son útiles por recoger información epidemiológica y virológica de calidad sobre determinantes o problemas de salud que, debido a sus características, son considerados de especial interés para la Salud Pública.

En las enfermedades de elevada incidencia poblacional, como es el caso de las infecciones respiratorias agudas (IRA), los sistemas centinela permiten obtener información representativa sobre las características de las personas que la padecen, así como de la circulación del agente infeccioso a la que está asociada esa actividad, la distribución con relación al lugar y al tiempo, la forma de presentación de la enfermedad y sus complicaciones, con rapidez y especificidad.

1.2. Enfermedades transmisibles

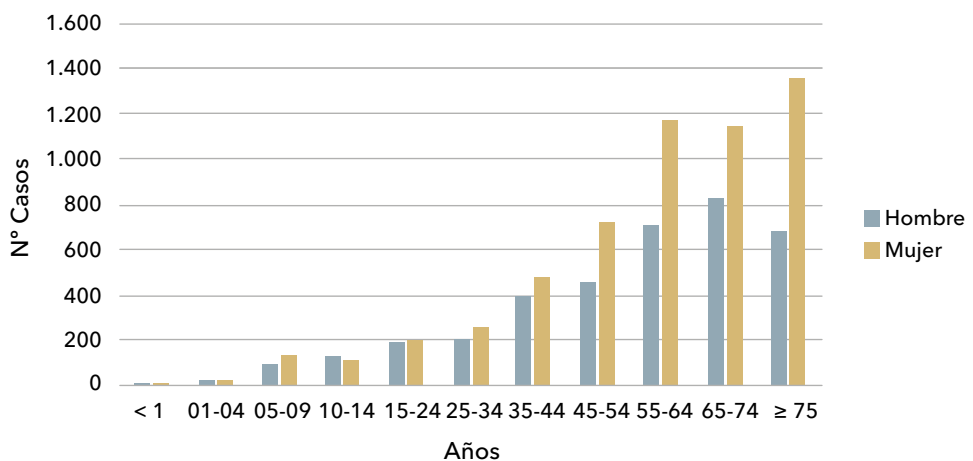
1.2.1. Enfermedades prevenibles por vacunación

Difteria: no se declaró ningún caso de difteria durante el periodo 2019-2021.

Herpes zóster: según los datos disponibles en SIM, en el año 2021 se declararon 102 casos de varicela-zoster, en el año 2020 se declararon 86 casos y en el año 2019 se declararon 133 casos.

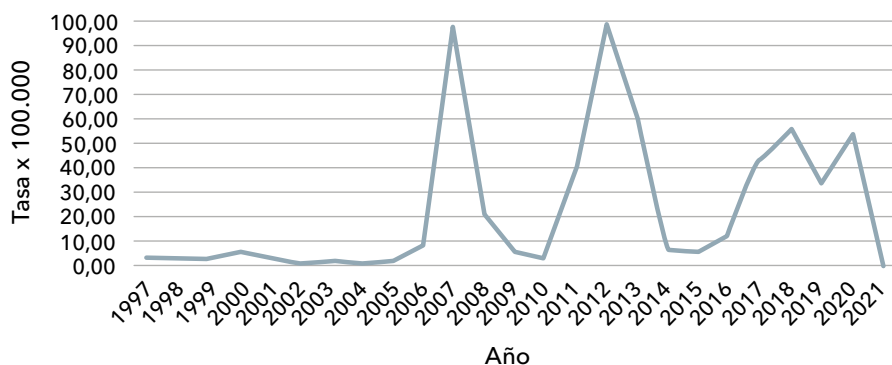
En relación con las consultas realizadas en atención primaria, en el año 2019 se atendió a 10.136 personas con diagnóstico de herpes zóster y en el año 2020 a 9.293 personas. La distribución por sexo y edad para el año 2020 se muestra en la figura 1:

Figura 1. Características de las personas con diagnóstico de herpes zóster atendidas en atención primaria. CAE, año 2020. Osakidetza.



Parotiditis: en el año 2019 la incidencia de parotiditis disminuye respecto años previos, con una tasa de 33,2 casos por 100.000 (705 casos), en 2020 hay un aumento alcanzando valores similares a los registrados en el año 2018, con una tasa de 53,5 casos por 100.000 (1.177 casos) y en 2021 disminuye drásticamente con una tasa de 0,6 casos por 100.000 (13 casos). En la figura 2 se puede observar la evolución registrada entre el año 1997 y 2021.

Figura 2. Evolución de las tasas de parotiditis. CAE, años 1997 a 2021. EDO.



Salud Pública y Adicciones. Informe 2019-2021

En la tabla 1 se representan las tasas por 100.000 habitantes por sexos y según grupo de edad por año.

Tabla 1. Número de casos y tasas de parotiditis según grupo de edad y sexo. CAE años 2019-2021. EDO

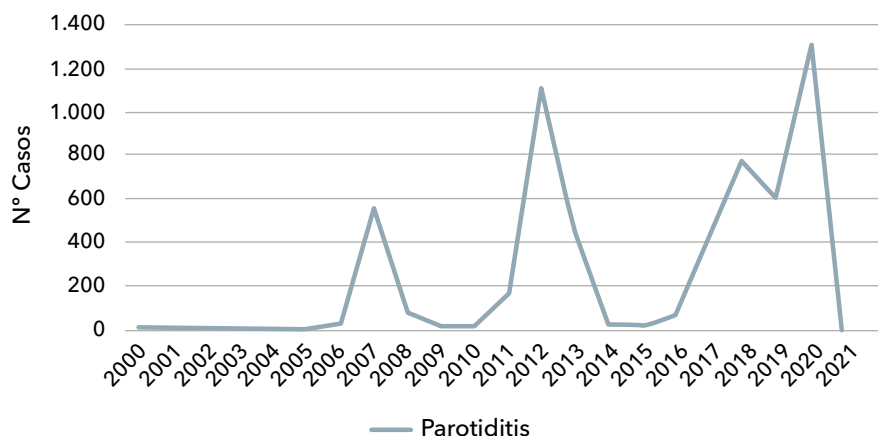
Edad	2019						2020						2021					
	Hombres		Mujeres		Total		Hombres		Mujeres		Total		Hombres		Mujeres		Total	
	N	Tasa	N	Tasa	N	Tasa	N	Tasa	N	Tasa	N	Tasa	N	Tasa	N	Tasa	N	Tasa
< 1	1	12,20	0	-	1	6,23	0	-	0	-	0	-	0	-	0	-	0	-
1 a 4	9	23,72	11	30,23	20	26,91	2	5,48	1	2,88	3	4,21	1	2,87	1	3,02	2	2,94
5 a 9	30	55,63	31	60,64	61	58,06	14	26,26	12	23,58	26	24,95	2	3,80	3	6,02	5	4,88
10 a 14	71	129,87	47	90,87	118	110,91	69	124,44	61	117,15	130	120,91	0	-	0	-	0	-
15 a 19	111	214,31	65	134,98	176	176,09	236	439,31	185	372,82	421	407,38	1	1,83	0	-	1	0,95
20 a 24	89	184,62	62	134,96	151	160,39	165	327,92	157	325,83	322	326,90	0	-	0	-	0	-
25 a 29	46	91,44	16	32,26	62	62,06	43	84,02	45	89,66	88	86,82	0	-	0	-	0	-
30 a 34	29	49,34	8	13,65	37	31,52	40	69,50	20	34,73	60	52,11	0	-	0	-	0	-
35 a 39	15	20,04	12	16,19	27	18,12	18	25,09	24	33,62	42	29,34	0	-	0	-	0	-
40 a 44	5	5,42	12	13,33	17	9,33	13	14,35	15	16,90	28	15,61	0	-	0	-	0	-
45 a 49	7	7,83	5	5,74	12	6,80	9	9,92	14	15,80	23	12,82	0	-	0	-	0	-
50 a 54	2	2,33	5	5,78	7	4,06	7	8,19	10	11,63	17	9,91	0	-	0	-	0	-
55 a 59	2	2,53	1	1,19	3	1,84	2	2,49	4	4,71	6	3,63	0	-	0	-	0	-
60 a 64	3	4,29	2	2,65	5	3,44	3	4,15	3	3,85	6	3,99	0	-	0	-	0	-
> 65	5	2,42	3	1,07	8	1,64	2	0,95	1	0,35	3	0,61	0	-	1	0,35	1	0,20
Total	425	40,03	280	24,86	705	32,22	624	58,47	553	48,83	1177	53,50	6	0,56	7	0,62	13	0,59

N: Número de casos. Tasa: Casos por 100.000 habitantes.

En relación a las declaraciones de **Parotiditis** (Paramyxovirus) a través del SIM, en el año 2019 disminuye respecto el año anterior con 609 casos declarados, en 2020 aumenta considerablemente con 1.296 casos y en 2021 disminuye para detectarse tan solo 2 casos (Figura 3).

Es de destacar el repunte del año 2020 y la disminución drástica de 2021.

Figura 3. Evolución de los casos de parotiditis. CAE, años 2000 a 2021. SIM.



Poliomielitis: no se declaró ningún caso de poliomielitis durante el periodo 2019-2021.

Rubéola: no se declaró ningún caso de rubéola durante el periodo 2019-2021.

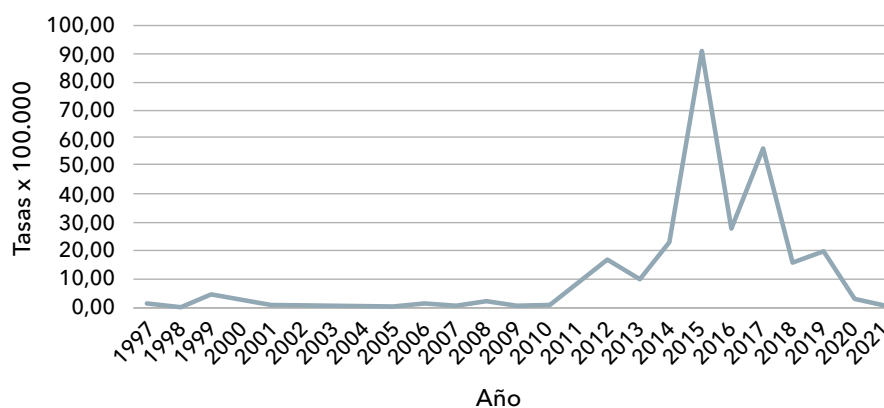
Rubéola congénita: no se declaró ningún caso de rubéola congénita durante el periodo 2019-2021.

Sarampión: no se registró ningún caso durante el periodo 2020-2021. En el año 2019 se declararon 9 casos (4 hombres y 5 mujeres), 3 de Araba/Álava, 1 de Gipuzkoa y 5 de Bizkaia. La tasa para el conjunto de la Comunidad Autónoma de Euskadi (CAE) fue de 0,41 casos por 100.000 habitantes.

Tétanos: no se declaró ningún caso de tétanos durante el periodo 2019-2021.

Tosferina: en 2019 cambia la tendencia descendente de años previos en la incidencia de tosferina, registrándose 415 casos (tasa de 18,97 casos por 100.000 habitantes). En el año 2020 desciende con 78 casos y una tasa de 3,55 casos por 100.000 habitantes y en el 2021 no se registra ningún caso. En la figura 4 se puede ver la evolución del número de casos de tosferina desde el año 1997.

Figura 4. Evolución de las tasas de tosferina. CAE, años 1997 a 2021. EDO.



Salud Pública y Adicciones. Informe 2019-2021

Las mayores tasas de incidencia se registraron en edades inferiores a 15 años (tabla 2).

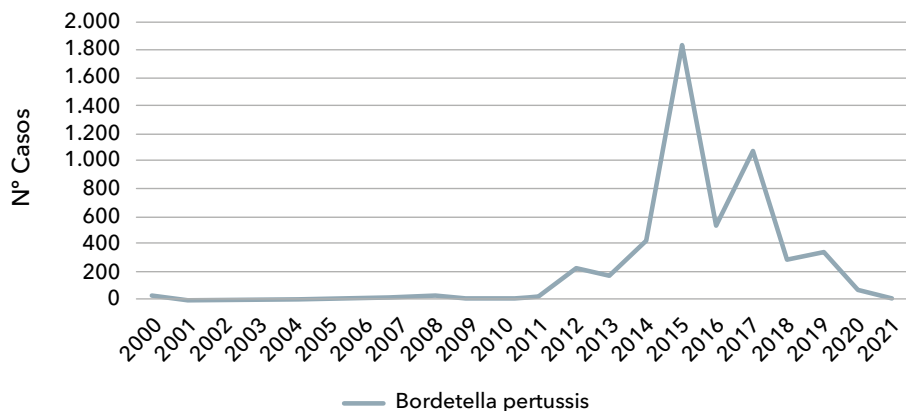
Tabla 2. Número de casos y tasas de tosferina según grupo de edad y sexo. CAE, años 2019 a 2021. EDO.

Edad	2019						2020						2021					
	Hombres		Mujeres		Total		Hombres		Mujeres		Total		Hombres		Mujeres		Total	
	N	Tasa	N	Tasa	N	Tasa	N	Tasa	N	Tasa	N	Tasa	N	Tasa	N	Tasa	N	Tasa
< 1	15	182,97	14	178,39	29	180,73	5	64,39	2	26,89	7	46,04	0	-	0	-	0	-
1 a 4	41	108,08	40	109,94	81	108,99	6	16,44	15	43,16	21	29,47	0	-	0	-	0	-
5 a 9	34	63,04	47	91,93	81	77,10	10	18,76	14	27,51	24	23,03	0	-	0	-	0	-
10 a 14	59	107,92	46	88,93	105	98,69	6	10,82	6	11,52	12	11,16	0	-	0	-	0	-
15 a 19	1	1,93	2	4,15	3	3,00	1	1,86	0	-	1	0,97	0	-	0	-	0	-
20 a 24	2	4,15	2	4,35	4	4,25	0	-	0	-	0	-	0	-	0	-	0	-
25 a 29	1	1,99	1	2,02	2	2,00	0	-	0	-	0	-	0	-	0	-	0	-
30 a 34	5	8,51	2	3,41	7	5,96	1	1,74	1	1,74	2	1,74	0	-	0	-	0	-
35 a 39	7	9,35	10	13,49	17	11,41	0	-	2	2,80	2	1,40	0	-	0	-	0	-
40 a 44	9	9,76	22	24,45	31	17,01	1	1,10	2	2,25	3	1,67	0	-	0	-	0	-
45 a 49	5	5,59	7	8,03	12	6,80	0	-	1	1,13	1	0,56	0	-	0	-	0	-
50 a 54	2	2,33	7	8,10	9	5,22	0	-	3	3,49	3	1,75	0	-	0	-	0	-
55 a 59	1	1,27	9	10,74	10	6,14	1	1,25	0	-	1	0,61	0	-	0	-	0	-
60 a 64	7	10,02	0	-	7	4,82	0	-	1	1,28	1	0,67	0	-	0	-	0	-
> 65	6	2,90	11	3,93	17	3,49	0	-	0	-	0	-	0	-	0	-	0	-
Total	195	18,37	220	19,53	415	18,97	31	2,90	47	4,15	78	3,55	0	-	0	-	0	-

N: Número de casos. Tasa: Casos por 100.000 habitantes.

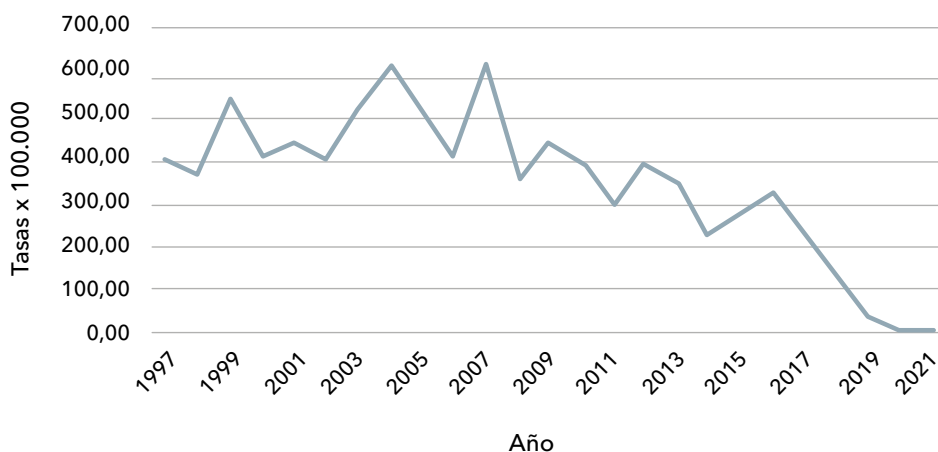
Las notificaciones a través del SIM de **Bordetella pertussis** (Tosferina) continúan disminuyendo en el año 2019 y 2020 con 351 y 66 casos respectivamente. Cabe destacar que en el año 2021 no se declara ningún caso (Figura 5).

Figura 5. Evolución de los casos de *Bordetella pertusis*. CAE, años 2000 a 2021. SIM.



Varicela: en el año 2019 se declararon 717 casos, en 2020 no se registró ningún caso y en 2021 tan solo se registraron 4 casos con una tasa de 0,18 casos por 100.000 habitantes. La reducción puede deberse a una infranotificación debido a un cambio en el sistema de registro. En la figura 6 se observa una disminución desde el año 2016.

Figura 6. Evolución de las tasas de varicela. CAE, años 1997 a 2021. EDO.



Viruela: no se declaró ningún caso de viruela durante el periodo 2019-2021.

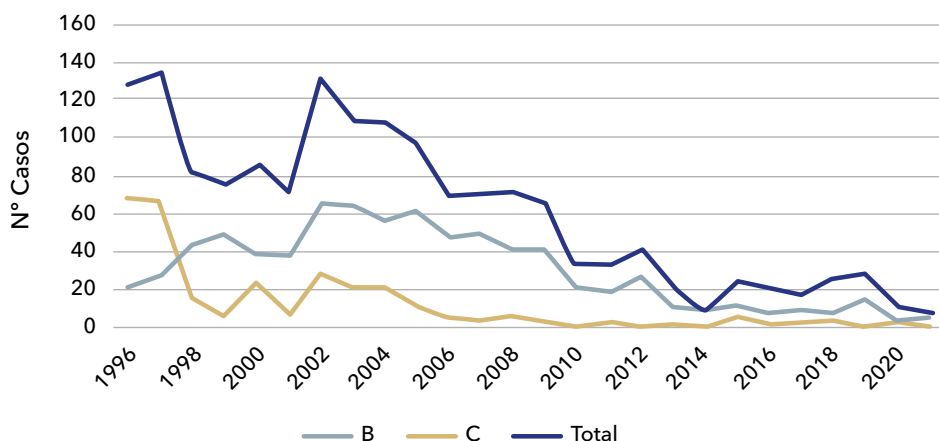
Difteria: no se han declarado casos de Difteria en los años 2019, 2020 y 2021 en la CAE.

Enfermedad invasiva por *Haemophilus influenzae*: desde el 2019 al 2021 se han declarado 64 casos confirmados de enfermedad invasiva por *Haemophilus influenzae* en la CAE: 9 en Araba/Álava, 30 en Bizkaia y 25 en Gipuzkoa. El 64,1% son hombres y la mediana de edad de 73 años (rango de 0 a 94 años). Se

han contabilizado 3 casos de tipo b: uno en un niño de 2 años correctamente vacunado y los otros dos son adultos no vacunados. 60 casos han requerido hospitalización y 8 personas han fallecido.

Enfermedad meningocócica: en el periodo 2019-2021, se han notificado en total 48 casos de enfermedad meningocócica invasiva, 46 confirmados y 2 sospechosos. De los confirmados, 24 han sido del serogrupo B, 1 serogrupo C, 2 serogrupo Y, 4 serogrupo W135 y el resto sin serogrupar.

Figura 7. EDO: Evolución de enfermedad meningocócica. Nº de total de casos, casos serogrupo B y C. CAE 1996-2021.



La tasa de incidencia más elevada en el periodo de estudio, se ha registrado en el año 2019 en Gipuzkoa, siendo 1,673 casos x 100.000 habitantes. Ese mismo año en Gipuzkoa, se presentaron dos casos asociados (caso primario y caso coprimario) y un brote de dos casos en un grupo de niños del mismo municipio.

En los dos casos asociados, se aisló *N. meningitidis* del serogrupo W-135. Ambos eran mayores de 70 años, y ninguno de los dos estaba vacunado.

En el brote ocurrido en el municipio de Gipuzkoa, los resultados de laboratorio concluyeron que en los dos casos la enfermedad había sido producida por *N. meningitidis* serogrupo B. Las dos muestras, se enviaron al Centro Nacional de Microbiología (CNM) y según el informe de resultados del CNM, los dos aislamientos clínicos presentaban la misma caracterización molecular, estableciéndose la relación entre ambos. Ninguna de las dos niñas estaba vacunada contra ese serogrupo.

En la siguiente tabla se representa el número de casos y la tasa de incidencia por territorio histórico y por año:

Tabla 3. Número de casos y tasa de enfermedad meningocócica invasiva, según año y TH. EDO.

TH	2019		2020		2021	
	N	Tasa	N	Tasa	N	Tasa
Araba/Álava	2	0,915	0	0,000	1	0,303
Gipuzkoa	12	1,673	4	0,555	3	0,417
Bizkaia	14	1,138	9	0,783	3	0,262
TOTAL	28	1,28	13	0,591	7	0,319

Tasa: Nº de casos por 100.000 habitantes.

De los 48 casos notificados, el 54,17% son hombres y el 45,83% mujeres, con una mediana de edad de 18 años (rango de 4 meses a 77 años). La tasa más elevada se ha presentado en el grupo de menores de un año.

Tabla 4. Número de casos y tasa de enfermedad meningocócica, por grupo de edad y año. EDO.

EDAD	2019		2020		2021	
	N	Tasa	N	Tasa	N	Tasa
< 1 año	6	37,392	5	32,886	0	0,000
1 a 4 años	4	5,382	2	2,807	0	0,000
5 a 9 años	2	1,904	0	0,000	0	0,000
10 a 14 años	2	1,880	0	0,000	0	0,000
15 a 19 años	3	3,002	1	0,968	1	0,947
20 a 24 años	1	1,062	1	1,015	0	0,000
25 a 44 años	2	0,365	1	0,186	1	0,194
45 a 64 años	1	0,152	1	0,150	4	0,594
> 65 años	7	1,438	2	0,405	1	0,198
Total	28	1,28	12	0,546	7	0,319

Tasa: Nº de casos por 100.000 habitantes.

En relación a la evolución de los casos, un niño de 5 meses falleció tras sufrir un cuadro de shock. La *Neisseria meningitidis* fue de serogrupo Y.

Enfermedad neumocócica invasiva: entre el año 2019-2021, se han registrado 506 casos, 313 hombres (61,7%) y 194 mujeres (38,3%) y la mediana de edad de 65 años (rango de 0 a 102). El 95,1% de los casos ha requerido ingreso hospitalario y se han registrado 64 (12,6%) fallecimientos. Entre los fallecidos, 25 (39%) estaban vacunados.

Tabla 5. Nº de casos y tasas de enfermedad neumocócica invasiva, por grupo de edad. CAE 2019-2021. EDO

EDAD	2019		2020		2021	
	N	Tasa	N	Tasa	N	Tasa
< 1 año	6	37,392	4	26,309	7	48,011
1 a 4 años	12	16,146	6	8,420	10	14,724
5 a 9 años	1	0,952	2	1,919	0	0,000
10 a 14 años	1	0,940	0	0,000	1	0,915
15 a 19 años	1	1,001	1	0,968	1	0,947
20 a 24 años	1	1,062	2	2,030	0	0,000
25 a 44 años	21	3,828	14	2,598	12	2,327
45 a 64 años	78	11,875	28	4,202	38	5,644
> 65 años	136	27,941	64	12,946	59	11,705
Total	257	11,746	121	5,501	128	5,836

Tasa: Nº de casos por 100.000 habitantes.

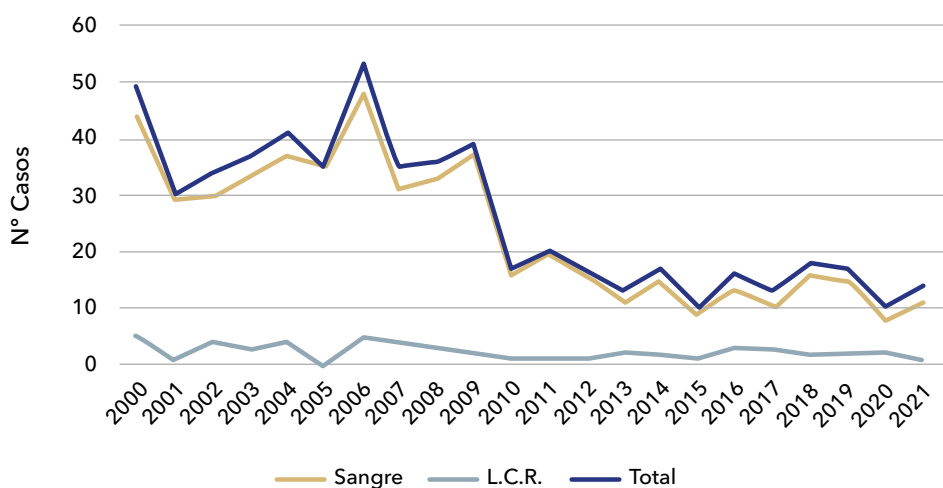
Se dispone del serotipo de 289 de los 506 casos declarados.

Tabla 6. EDO. Serotipos. *Streptococo pneumoniae* 2019-2021.

Serotipo	N	Serotipo	N	Serotipo	N
3	44	10A/D	3	18/18A	1
4	6	11A	3	18B/18C	1
6A	1	11A/D	4	18C	1
6AC/6CD	2	12F	8	19A	18
6B	1	13	1	19F	4
6C	7	14	4	22F	5
7C	2	15A	3	22F/22A	5
7C/40	2	15B	2	23A	4
7F/7A	2	15B/15C	1	24F	1
8	84	15C	2	31	5
9A/9V	1	15A/15F	3	33F	1
9N	9	15F	2	33F/33A	4
9N/9L	9	16F	7	34	2
9V	1	17F	7	35B	3
10A	10	18A	1	38	2

A través del SIM, el número de casos por *Streptococo pneumoniae* registrado en menores de 5 años en este periodo de tiempo ha sido de 41 casos, 5 en LCR y 34 en sangre.

Figura 8. Evolución de la declaración de casos en menores de 5 años. *Streptococcus pneumoniae*. SIM. CAE 2000-2021.



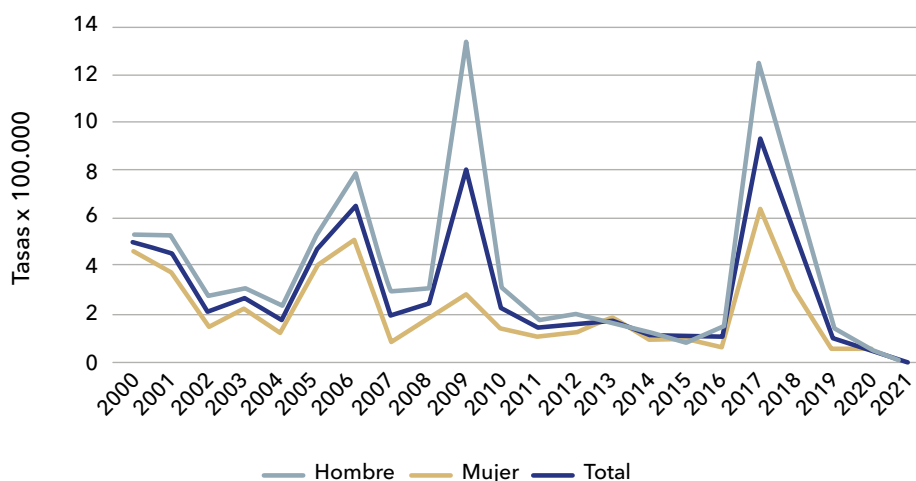
1.2.2. Infecciones de transmisión sexual, parenteral y tuberculosis

HEPATITIS VIRALES

Hepatitis A: En el año 2021 no se ha notificado ningún caso de hepatitis A. La mediana de los 10 últimos años es de 31 casos anuales.

El siguiente gráfico (Figura 7) representa la evolución de la incidencia de hepatitis A en la CAE desde el año 2000, según sexos. En otoño de 2008 el servicio de Salud Pública de Barcelona declaró al Centro Nacional de Epidemiología un brote de hepatitis A entre hombres que tienen relaciones sexuales con hombres (HSH), el cual se extendió a otras comunidades, como fue el caso de la CAE. La incidencia comenzó a descender a partir del 2010, manteniéndose más o menos estable hasta el año 2017, en el que se detectaron casos relacionados con un brote registrado relacionado también con población HSH. En 2020, con la pandemia de COVID-19, se acentuó el descenso, registrando cifras inferiores a las obtenidas antes de 2017. Las tasas de incidencia de la enfermedad, de manera general, son más altas entre los hombres que entre las mujeres.

Figura 9. Evolución de las tasas de hepatitis A según sexo. CAE, años 2000 a 2021. EDO.



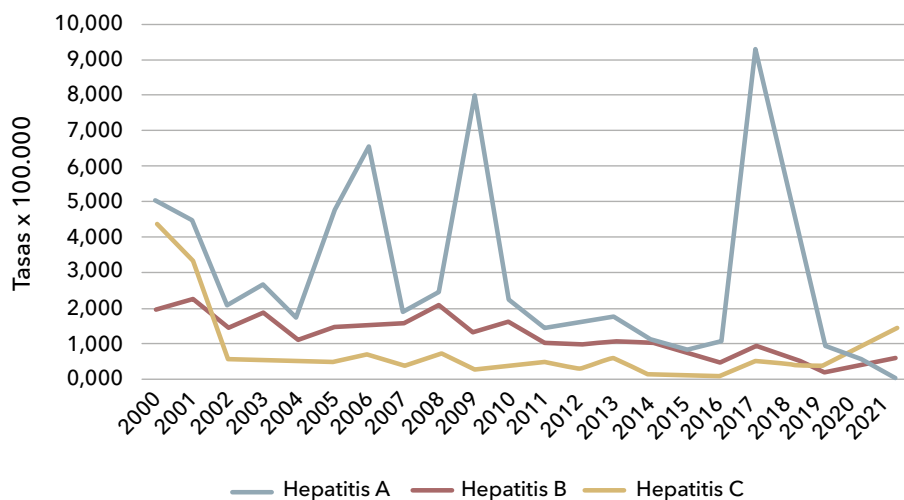
Hepatitis B: durante el año 2021 se declararon 14 casos de Hepatitis B en la CAE, lo que representa una tasa de 0,64 casos por 100.000 habitantes (en 2020 fueron 10 casos, una tasa de 0,45 casos por 100.000). El 57,14% precisó ingreso hospitalario. La mediana de edad fue de 53 años (rango 35-65) y media de 49. El 85,71% de los casos eran hombres. En 11 de los casos la transmisión se produjo por contacto sexual, un caso tuvo contacto con un enfermo o portador y en otro caso la exposición fue un trasplante hepático.

Hepatitis C: en 2021 se declararon 32 casos al sistema EDO (tasa de 1,46 casos por 100.000 habitantes), de los que 3 fueron clasificados como casos de infección aguda, 13 de nuevo diagnóstico y el resto infección crónica. Los casos incrementaron respecto al año anterior, en 2020 se registraron 20 casos (0,91 casos por 100.000 habitantes). El 68,8% de los casos eran hombres y el 31,2% mujeres, con edades comprendidas entre 34 y 91 años (mediana de 58).

Como factores de riesgo se identificaron: uso de drogas vía parenteral en el (21,9 %), recibir transfusiones o hemoderivados (9,4%), contactos con persona enferma o portadora (3%) y mantener relaciones heterosexuales (3%).

En la siguiente gráfica (Figura 10) se presenta la evolución de los casos de Hepatitis A, B y C en la CAE desde el año 2000.

Figura 10. Evolución de las tasas de hepatitis A, B y C. CAE, años 2000 a 2021. EDO.



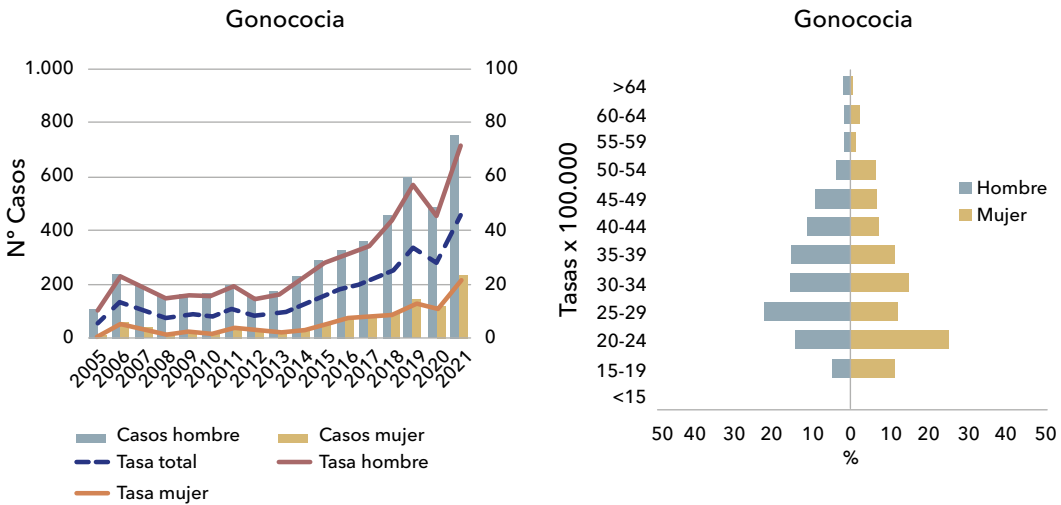
Otras hepatitis: en 2021 se han registrado 5 casos de Hepatitis E, mismo número de casos que al año anterior. Todos los casos identificados fueron hombres. La distribución por territorios es la siguiente: 3 casos en Bizkaia y 2 en Gipuzkoa, con tasas de 0,26 y 0,28 casos x 100.000 habitantes respectivamente.

INFECCIONES DE TRANSMISIÓN SEXUAL

Las Infecciones de Transmisión Sexual (ITS) que se incluyen en la vigilancia de epidemiológica son las siguientes: gonococia, sífilis precoz, sífilis congénita, clamidia, linfogranuloma venéreo y virus del herpes simple tipo 2 (VHS-2). Se presenta la evolución temporal de cada ITS y su distribución por sexo y grupo de edad. Todas las ITS tuvieron un descenso en 2020, posiblemente debido a los confinamientos por la pandemia de la COVID-19.

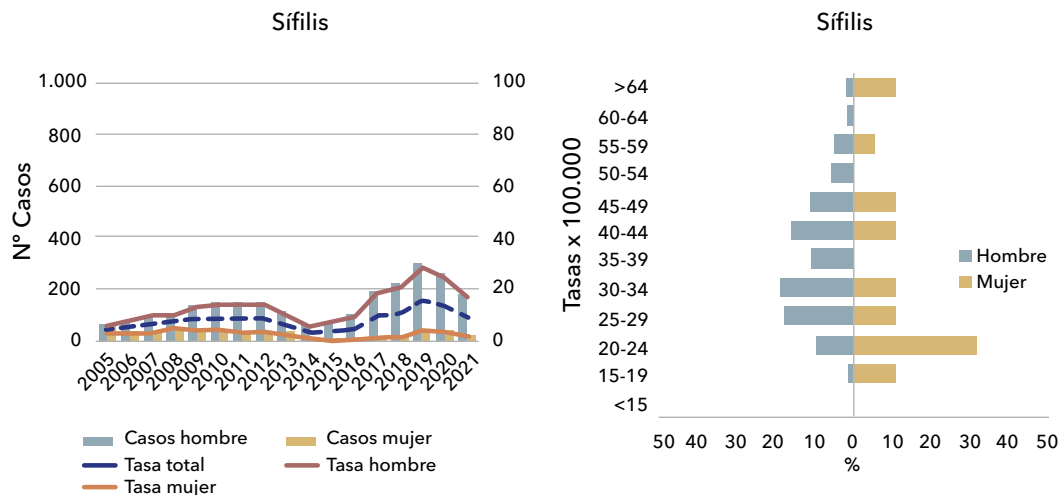
Según el SIM, los casos de **gonococia** aumentaron un 63,4% respecto al año previo con 990 casos en 2021 y 606 casos en 2020. El 76,3% de los casos fueron hombres y de estos, el grupo de edad más frecuente fue el de 20 a 24 años. En la última década se ha producido un aumento constante de casos, con un ascenso marcado en el último año (Figura 11).

Figura 11. Evolución y características de los casos de infección gonocócica. CAE, años 2005 a 2021. SIM.



Se notificaron 199 casos de **sífilis precoz** en 2021 en toda la CAE. En 2020 se registraron 301 casos (IE1=0,66 e IE2=0,82). El 86,4% fueron hombres y de estos, el 19,5% tenía una edad comprendida entre 25 y 29 años (Figura 12).

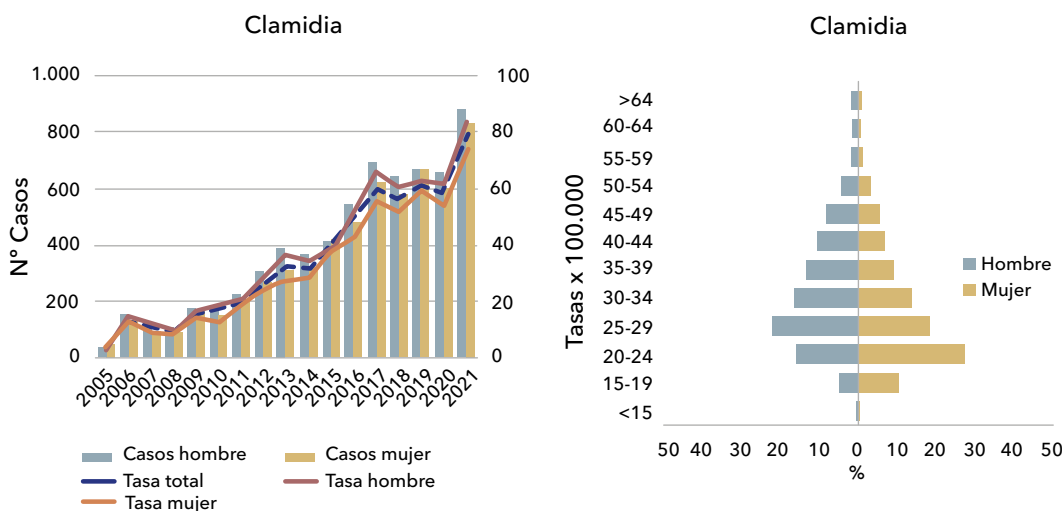
Figura 12. Evolución y características de los casos de sífilis. CAE, años 2005 a 2021. SIM.



Sífilis congénita: No se declaró ningún caso.

Se registraron 1.716 infecciones de *Chlamydia trachomatis* en 2021, un 36% más que en 2020 (n=1.262). La distribución fue similar en ambos sexos. El grupo de edad con mayor número de casos fue el de 20 a 29 años. Desde el 2008 se observa una tendencia anual ascendente, con una tasa de incidencia de 9 casos por 100.000 en 2008, a una tasa de 78 casos por 100.000 en 2021 (Figura 13).

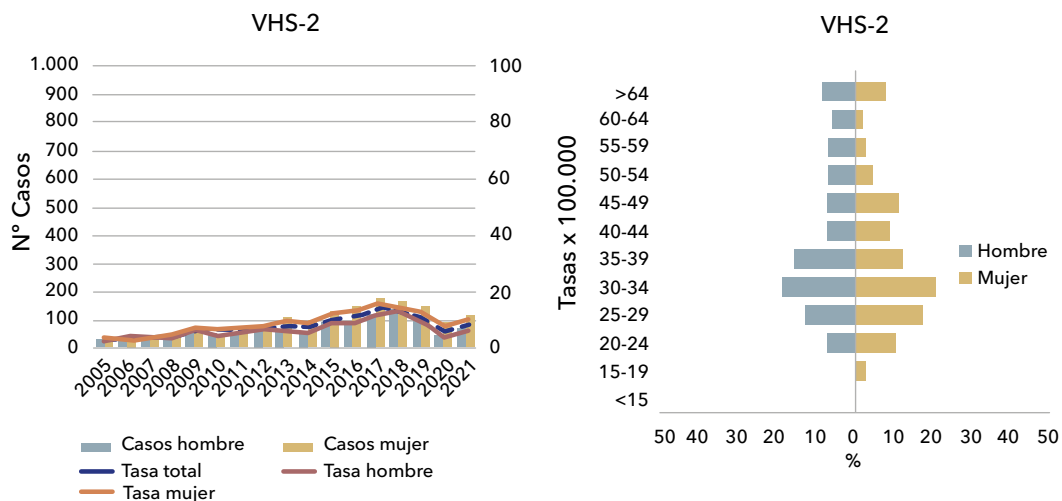
Figura 13. Evolución y características de los casos de *Chlamydia trachomatis*. CAE, años 2005 a 2021. SIM.



En 2021 hubo 22 casos de **linfogramuloma venéreo**, 14 en 2020. Todos los casos fueron hombres. El grupo de edad más frecuente fue el de 35 a 39 años (27,3%), seguido del de 25 a 29 años (18,2%).

Hubo 184 detecciones del virus del **Herpes simple tipo 2** en el año 2021, 137 en 2020 (IE1=1,34 e IE2=0,73). El 62,5% de los casos se dieron en mujeres. El grupo de edad mayoritario pertenecía al de 30 a 34 años (20,2%), seguido del de 25 a 29 años (15,8%) (Figura 14).

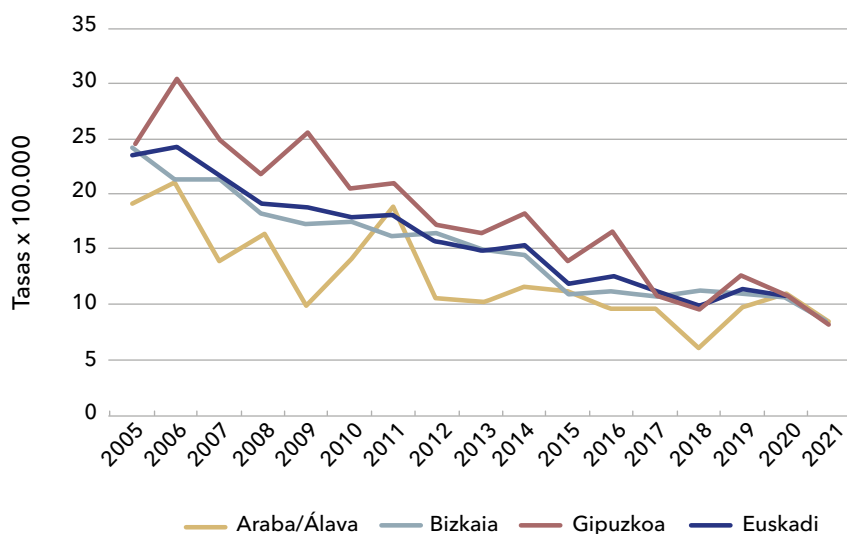
Figura 14. Evolución y características de los casos de *Virus herpes simple tipo 2*. CAE, años 2005 a 2021. SIM.



TUBERCULOSIS

En el año 2021 se notificaron 183 casos de tuberculosis, lo que representa una tasa de 8,34 por 100.000 habitantes. Es el primer año en que se alcanza una tasa menor de 10, lo que nos sitúa entre los países de baja incidencia de tuberculosis. Las tasas alcanzan valores similares desde 2020 en los tres territorios históricos (Figura 15).

Figura 15. EDO: Evolución de las tasas de tuberculosis por territorio histórico. CAE, años 2005 a 2021.



En el análisis por OSI, las tasa más alta se ha registrado en Alto Deba y la más baja en la OSI Bidasoa, aunque los números son pequeños y, por lo tanto, inestables (Tabla 7).

Tabla 7. Distribución por OSI de las tasas de tuberculosis. CAE, año 2021.

OSI	TASA
OSI Alto Deba	17,15
OSI Araba/Errioxa	9,10
OSI Bajo Deba	8,31
OSI Barakaldo Sestao	5,58
OSI Barrualde Galdakao	9,34
OSI Bidasoa	2,58
OSI Bilbao Basurto	11,87
OSI Ezkerraldea-Enkarterri Cruces	6,80
OSI Donostialdea	6,34
OSI Goierri Alto Urola	12,48
OSI Tolosaldea	9,30
OSI Uribe	4,58

Tasa: Casos por 100.000 habitantes.

Por sexos, 106 casos se registraron en hombres (9,96 x 100.000) y 77 en mujeres (6,81 x 100.000). La media de edad de los casos fue de 52 años y mediana de 51 (rango: 0-93 años). Por edades, las mayores tasas se registraron en mayores de 75 años y de 25 a 34 años, con 15,56 y 14,53 casos por 100.000 habitantes respectivamente (Tabla 8).

Tabla 8. Distribución de las tasas de tuberculosis según grupo de edad y sexo. CAE, año 2021.

EDAD	HOMBRES		MUJERES		AMBOS SEXOS	
	N	TASA	N	TASA	N	TASA
0-4	2	4,72	1	2,49	3	3,64
5-14	2	1,84	2	1,95	4	1,89
15-24	12	11,29	3	3,01	15	7,28
25-34	11	10,53	14	13,43	25	11,98
35-44	13	8,45	13	8,48	26	8,47
45-54	18	10,18	9	5,14	27	7,68
55-64	20	12,83	8	4,83	28	8,71
65-74	12	10,29	12	9,04	24	9,62
>75	16	16,21	15	9,62	31	12,17
TOTAL	106	9,96	77	6,81	183	8,34

N: Número de casos. Tasa: Casos por 100.000 habitantes.

En la tabla 9 se especifica la distribución de las localizaciones de la enfermedad, independientemente de que en un mismo caso la afectación puede implicar a más de una localización.

Tabla 9. Características de los casos de tuberculosis según localización. CAE, año 2021.

LOCALIZACIÓN	N	%
Pulmonar	113	54,33
Linfática	38	18,27
Pleural	21	10,10
Diseminada / miliar	10	4,81
Genitourinaria	5	2,40
Ósea	5	2,40
Laríngea	4	1,92
Meníngea	2	0,96
Peritoneal	1	0,48
Otras	9	4,33

N: Número de casos.

En el 85% de los casos (n=155) se identificó el agente implicado, y entre estos el 52% fue *M. tuberculosis*, el 32% fue *M. tuberculosis complex*, y el 2% fue *M. bovis*. Treinta casos tuvieron una baciloscopia positiva en esputo, lo que supone una tasa de bacilíferos de 1,4 por 100.000 habitantes.

En el 57% de los casos (n=104) se identificaron uno o más factores de riesgo. El mayoritario fue el consumo de tabaco, (22%), seguido de terapia inmunosupresora (13%), diabetes (12%) y contacto estrecho con un caso (7%).

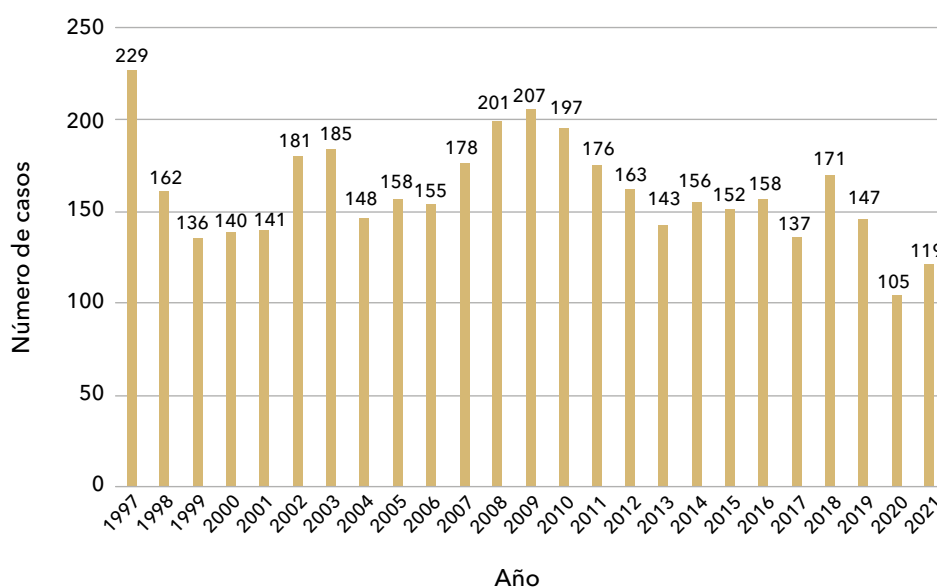
El 29% de los casos tienen como origen un país extranjero, de ellos, el 41% proceden de algún país latinoamericano y el 33% de algún país africano.

VIH y SIDA

La infección por VIH y las enfermedades indicativas de sida cuentan con un sistema de vigilancia epidemiológico específico, que forma parte del Sistema estatal de Información de nuevos diagnósticos de VIH y del Registro Nacional del Sida. El sida es una enfermedad de declaración obligatoria que se inscribe en un registro nominal creado en el año 1.984 y en el que además de características sociodemográficas se recogen variables clínicas y otras relacionadas con las vías de transmisión. El registro de nuevas infecciones por VIH se implantó en el año 1.997 y también es nominal e incluye variables sociodemográficas, clínicas y relacionadas con el modo de transmisión de virus.

Entre 1997 y 2021 se han contabilizado 4.045 nuevas infecciones por VIH. En 2021 se notificaron 119 casos (5,4/100.000 habitantes), lo que implica un aumento respecto al año anterior (Figura 16).

Figura 16. Evolución de los nuevos diagnósticos de VIH. CAE, años 1997 a 2021. Registro de casos de VIH y SIDA.



La distribución de los nuevos casos de VIH por territorio histórico en los años 2020 y 2021 se muestra en la tabla 10.

Tabla 10. Distribución de los nuevos diagnósticos de VIH por territorio histórico. CAE, años 2020 a 2021. Registro de casos de VIH y SIDA.

	2020		2021	
	N	%	N	%
Araba/Álava	13	12,4	28	23,5
Bizkaia	63	60	61	51,3
Gipuzkoa	29	27,6	30	25,2
CAE	105	100	119	100

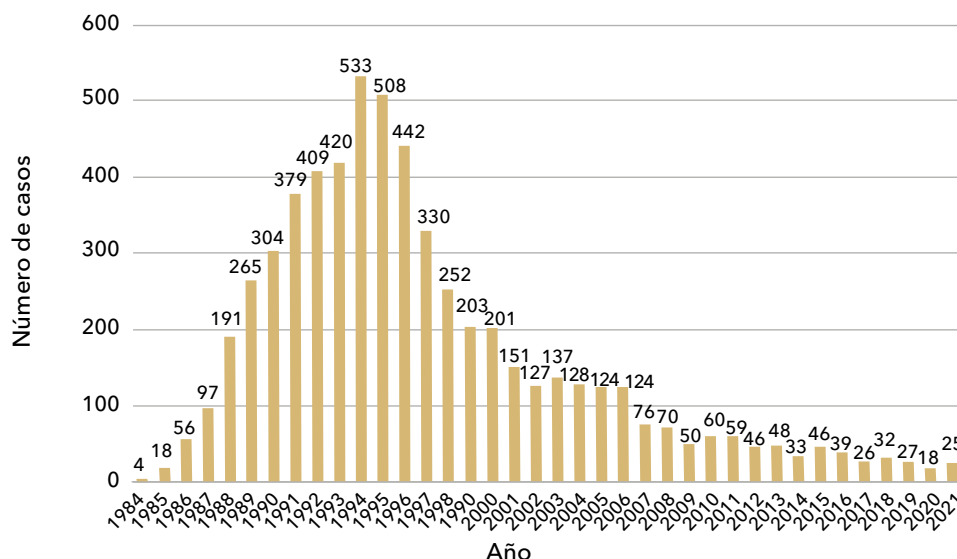
N: Número de casos.

El 84% de los nuevos diagnósticos de 2021 corresponden a hombres. La transmisión entre hombres que tienen sexo con hombres supone el 54,3% del total de nuevos diagnósticos. La transmisión por vía heterosexual supone un 39,5% de los nuevos diagnósticos.

Desde 1984 se han diagnosticado 6.085 casos de sida, registrándose la máxima incidencia a mediados de la década de los 90. A partir de esa fecha se produce un descenso continuado consecuencia de la generalización de los tratamientos antirretrovirales (Figura 17). La mortalidad provocada por sida se mantiene en niveles muy bajos.

En el 2021 se han notificado 25 casos de sida, aumentando el número de casos respecto al año anterior. La mayoría de los casos son hombres, 66,7% en 2020 y 88% en 2021.

Figura 17. Evolución de los casos de SIDA. CAE, años 1984 a 2021. Registro de casos de VIH y SIDA.



La distribución de número de casos de sida por territorio histórico en los años 2020 y 2021 se muestra en la tabla 11.

Tabla 11. Distribución de los nuevos diagnósticos de SIDA por territorio histórico. CAE, años 2020 a 2021. Registro de casos de VIH y SIDA.

	2020		2021	
	N	%	N	%
Araba/Álava	3	16,7	10	40
Bizkaia	8	44,4	10	40
Gipuzkoa	7	38,9	5	20
CAE	18	100	25	100

N: Número de casos.

Se puede consultar más información sobre VIH y SIDA en el informe del Plan del Sida e Infecciones de Transmisión Sexual³ del Departamento de Salud.

³ https://www.osakidetza.euskadi.eus/contenidos/informacion/osk_osaesk_salud_sex_vih/es_def/adjuntos/Memoria-Plan-del-Sida-e-ITS-2021.pdf

1.2.3. Enfermedades de transmisión alimentaria, vectorial y zoonótica

ENFERMEDADES DE TRANSMISIÓN VECTORIAL

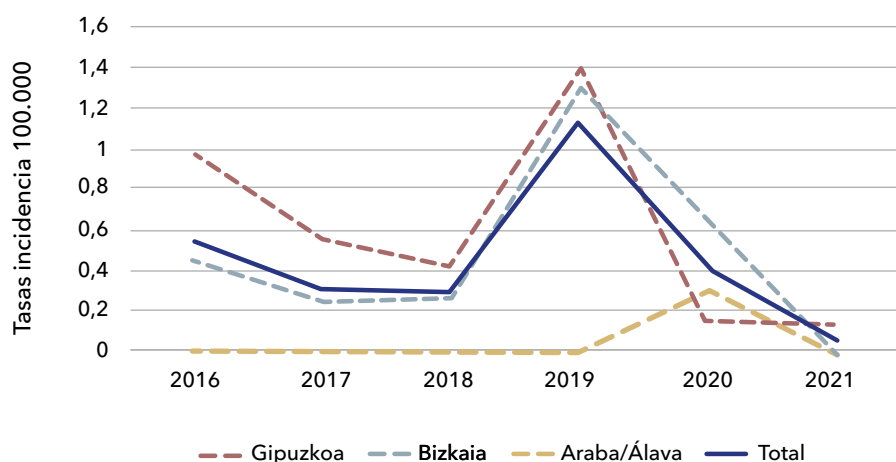
Borreliosis: Desde el 2019 al 2021 se han declarado 13 casos de borreliosis en la CAE: 5 en Araba/Álava, 4 en Bizkaia y 4 en Gipuzkoa. Ocho de los casos son hombres. El rango de edad oscila desde 25 a 74 años, mediana de 51. En cinco de los casos la bacteria fue aislada en LCR. Dos de los casos fueron ingresados.

Chikungunya: Durante el año 2019 se ha declarado 1 caso confirmado, una mujer de 51 años de Gipuzkoa, con antecedente de viaje a Guinea Ecuatorial. El caso no precisó ingreso hospitalario. No se han declarado casos en 2020 y 2021.

Dengue: Se han registrado 35 casos de dengue, 30 confirmados y 5 probables. Todos han sido casos importados con antecedentes de viaje a países endémicos (25 casos del continente americano, 10 del continente asiático y 1 del continente africano). Ninguno de los casos desarrolló dengue grave ni tuvo complicaciones. Veintiuno de los casos precisaron ingreso hospitalario y no hubo fallecidos.

En 2019 se observa un aumento claro de casos con respecto a años anteriores, como consecuencia de la epidemia de dengue de 2019 del Sudeste Asiático y Latinoamérica, así como la tendencia al alza de los viajes internacionales. En contraposición, se observa un fuerte descenso en los casos declarados en los años 2020 y 2021 con respecto a años anteriores, coincidiendo con el descenso general de viajes internacionales motivado por las restricciones de movilidad aplicadas mundialmente a consecuencia de la pandemia de Covid-19 (Figura 18).

Figura 18. Evolución de las tasas de dengue por territorio histórico. CAE, años 2016 a 2021. EDO.



Encefalitis transmitida por garrapatas: No se han declarado casos de encefalitis transmitida por garrapatas durante los años 2019, 2020 y 2021 en la CAE.

Fiebre amarilla: No se han declarado casos de fiebre amarilla en los años 2019, 2020 y 2021 en la CAE.

Fiebre exantemática mediterránea: Se han declarado 3 casos de fiebre exantemática mediterránea en el periodo 2019-2021. La distribución por territorios es la siguiente: 1 en Araba/Álava, en 2019 y 2 en Gipuzkoa, en 2021. Todos fueron hombres con una mediana de edad de 75 años (rango 40-76). Ninguno de ellos tenía antecedente de viaje. Dos de ellos tenían antecedente de picadura de garrapata y el caso que no refirió picadura de garrapata trabajaba con animales de abasto y domésticos. Todos requirieron ingreso hospitalario, uno de los casos ingresó en la UCI y falleció con un cuadro de encefalitis.

Fiebre hemorrágica vírica: No se han declarado casos de fiebre hemorrágica vírica en los años 2019, 2020 y 2021 en la CAE.

Fiebre del Nilo Occidental: No se han declarado casos de fiebre del Nilo Occidental en los años 2019, 2020 y 2021 en la CAE.

Leishmaniasis: Se han declarado 5 casos de leishmaniasis en el periodo 2019-2021. Tres en el 2019 (uno por cada territorio histórico), uno en el 2020 (Araba/Álava) y uno en 2021 (Araba/Álava). Todos fueron hombres. La mediana de edad fue de 47 años (rango 1 a 76 años). En 3 de los 5 casos el agente causal fue *Leishmania infantum*, en los otros dos casos no pudo determinarse la especie. Cuatro casos tenían antecedentes de viaje fuera de Euskadi durante el periodo de incubación.

En cuanto a la forma clínica, 2 casos presentaron leishmaniasis cutánea, que no requirieron ingreso y cuya evolución fue favorable y ambos tenían antecedentes de viaje (Calpe y Marruecos). Los otros 3 casos desarrollaron leishmaniasis visceral y requirieron ingreso hospitalario: un bebé de 15 meses residente de Kanpezu (Araba/Álava) sin antecedentes de viaje pero que residía en una casa con animales (perros, gatos y aves) y que desarrolló un síndrome hemofagocítico secundario; un hombre de 34 años con Lupus Eritematoso Sistémico (LES) y antecedentes de viaje a Madrid, región mediterránea de Europa (Bosnia y Croacia) y Marruecos y un hombre de 77 años con antecedente de viaje a Málaga que falleció durante una recidiva de la leishmaniasis.

Paludismo: En el periodo 2019-2021 se han registrado 98 casos de paludismo, identificándose *Plasmodium falciparum* en 85 casos, infección mixta por *P. falciparum* y *P. vivax* en 5 casos, *P. malariae* en 3 casos, *P. ovale* en 2 casos de infección mixta *P. falciparum* y *P. malariae* en 1 caso. Por sexos el 54% fueron hombres y el 46% mujeres. La mediana de edad fue de 40 años (rango de 0 a 70 años). Sólo 4 casos habían realizado quimioprofilaxis completa. El 94% de los casos requirió ingreso hospitalario. Se dieron 6 casos de malaria grave, dos de ellos en mujeres gestantes. No hubo fallecidos.

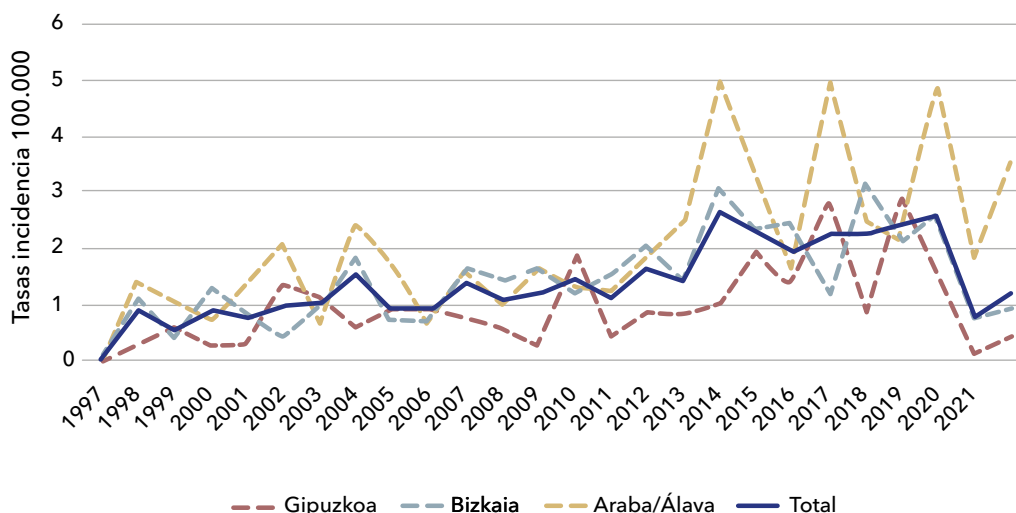
Tabla 12. Distribución de los casos de paludismo por territorio histórico, año y sexo. CAE, años 2020 a 2021. EDO.

	NÚMERO DE CASOS							
	ARABA/ÁLAVA		BIZKAIA		GIPUZKOA		CAE	
	Hombres	Mujeres	Hombres	Mujeres	Hombres	Mujeres	Hombres	Mujeres
2019	9	7	17	13	4	7	30	27
2020	2	4	3	5	1	0	6	9
2021	8	4	7	4	2	1	17	9

Todos los casos habían viajado durante el periodo de incubación a países endémicos, todos en el continente africano a excepción de un caso, que había viajado a Honduras y Nicaragua. El motivo principal del viaje fue la visita familiar en el país de origen (79,6%), seguido de motivos laborales (9,2%), inmigración (5,1%) y turismo (3,1%).

En la figura 19 se reflejan las tasas de incidencia por 100.000 habitantes desde 1997 hasta 2021 por territorio histórico:

Figura 19. Evolución de las tasas de paludismo por territorio histórico. CAE, años 1997 a 2021. EDO.



Se observa un fuerte descenso en los casos declarados en los años 2020 y 2021 con respecto a años anteriores, coincidiendo con el descenso general de viajes internacionales motivado por las restricciones de movilidad aplicadas en el mundo entero a consecuencia de la pandemia de Covid-19.

Zika: Durante el año 2019 se han declarado 4 casos probables de Zika. Dos fueron mujeres, de 24 y 25 años, inmigrantes recién llegadas a Gipuzkoa desde Venezuela y Nicaragua respectivamente. Se detectaron anticuerpos neutralizantes en controles del embarazo normal estando ambas asintomáticas. Los dos casos restantes fueron hombres, uno de Araba/Álava y otro de Bizkaia, con historial de viaje turístico a zonas endémicas (Brasil y Filipinas).

No se declararon casos en 2020 y 2021.

Zika congénito: No se han detectado casos de Zika congénito en el periodo 2019-2021.

LEGIONELOSIS

El número de casos y la tasa de legionelosis en la CAE y por territorio histórico en el periodo de estudio, se presentan en la Tabla 13.

Tabla 13. Distribución de los casos de legionelosis por territorio histórico y año. CAE, años 2019 a 2021. EDO.

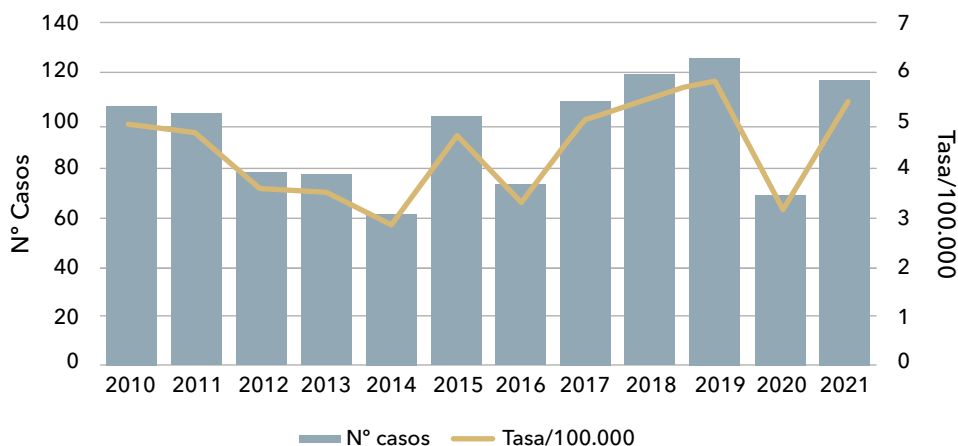
	2019		2020		2021	
	N	Tasa	N	Tasa	N	Tasa
Araba/Álava	22	6,71	4	1,21	13	3,94
Bizkaia	43	3,76	41	3,57	57	4,96
Gipuzkoa	61	8,51	25	3,47	47	5,97
CAE	126	5,76	70	3,18	117	5,32

N: Número de casos. Tasa: Casos por 100.000 habitantes.

En el año 2020 se ha producido una disminución acusada de los casos, que afecta de forma desigual a los tres territorios históricos. La tasa del año 2021 disminuye ligeramente con respecto a la de 2019, pero se encuentra por encima de 5 casos por 100.000 habitantes.

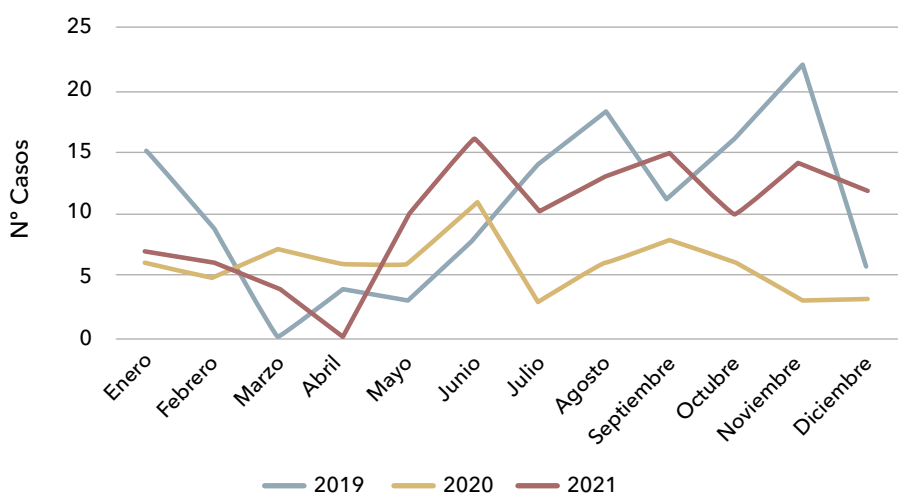
En la Figura 20 se representa la tendencia de la incidencia desde el año 2010, que alcanza su máximo en 2019, con un claro descenso en 2020.

Figura 20. Evolución de la legionelosis. CAE, años 2010 a 2021. EDO.



Como en años anteriores, el mayor porcentaje de casos se produce entre los meses de junio y noviembre, el 71% en 2019, 53% en 2020 y 67% en 2021 (Figura 21).

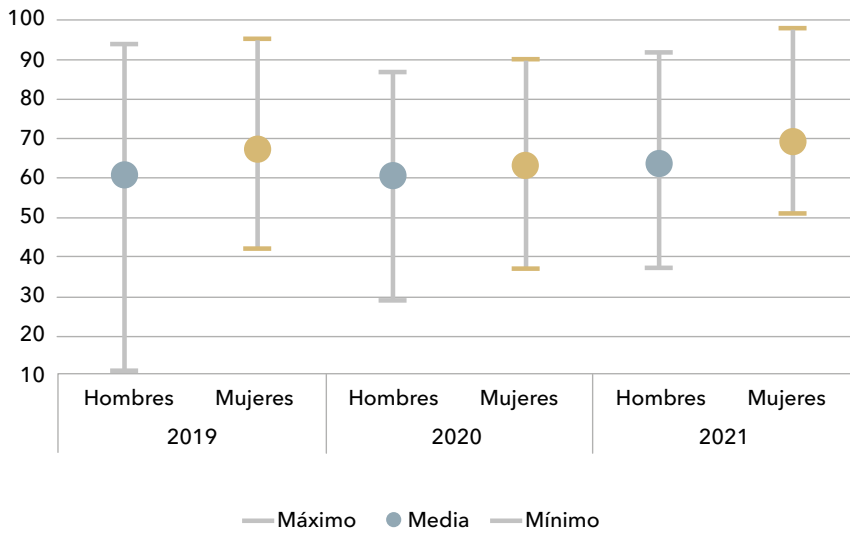
Figura 21. Distribución de los casos de legionelosis por mes. CAE, años 1997 a 2021. EDO.



En el periodo estudiado ha habido seis casos importados y un caso asociado a viaje.

En relación a la distribución de la enfermedad en el conjunto de la CAE por edad y sexo, en los tres años hay una incidencia mayor en hombres que en mujeres, la razón hombre/mujer varía, en 2019 es 2,40, en 2020 es de 1,25 y en 2021 3,33. Tanto la media de edad como la mediana son más elevadas en las mujeres todos los años, figura 22. En el año 2019 se dio un caso en el grupo de menores de 25 años, algo bastante excepcional. En los años 2019 y 2021 son muy elevadas las tasas en los hombres de 85 y más años.

Figura 22. Edad de los casos de legionelosis por sexo y año. CAE, años 2019 a 2021. EDO.



La tabla 14 muestra los casos y las tasas por OSI en los tres años analizados en este informe. No se ha diagnosticado ningún caso en la OSI Arabako-Errioxa. La OSI Araba tuvo un número de casos elevados en el año 2019 debido a un brote en Vitoria-Gasteiz. Las OSI de Bizkaia, excepto Barrualde Galdakao, tuvieron tasas bajas en el año 2019. En el año 2020 solo las OSI de Bajo Deba y Bidasoa presentaron tasas elevadas. En 2021 se mantienen elevadas las tasas en Bajo Deba y aumentan las de Barakaldo-Sestao, en esta última se estudió una agrupación de casos en el municipio de Barakaldo (Tabla 14).

Tabla 14. Distribución por OSI de los casos y tasas de legionelosis. CAE, años 2019 a 2021. EDO.

	2019		2020		2021	
	N	Tasa	N	Tasa	N	Tasa
OSI Araba	20	7,10	3	1,06	11	3,87
OSI Arabako-Errioxa	0	0,00	0	0,00	0	0,00
OSI Barakaldo-Sestao	1	0,80	2	1,58	9	7,13
OSI Barrualde-Galdakao	18	5,83	14	4,52	18	5,81
OSI Bilbao-Basurto	14	4,04	13	3,72	15	4,29
OSI Ezkerr.-Enkart.-Cruces	4	2,46	7	4,30	6	3,69
OSI Uribe	5	2,32	4	1,84	9	4,15
OSI Alto-Deba	4	6,18	1	1,54	3	4,63
OSI Bajo-Deba	10	13,72	8	10,95	14	19,16
OSI Bidasoa	9	11,71	5	6,48	4	5,18
OSI Donostialdea	25	6,92	9	2,48	22	6,06
OSI Goierri-Alto Urola	8	8,33	2	2,07	3	3,11
OSI Tolosaldea	8	12,44	2	3,09	3	4,64

N: Número de casos. Tasa: Casos por 100.000 habitantes.

En el año 2019 entre los meses de enero y febrero se produjo un brote en Vitoria-Gasteiz que afectó a nueve personas. En tres de ellas se pudo determinar por PCR el genotipado de la bacteria, pero no se pudo determinar que estuvieran relacionadas. También se detectó presencia de la *legionella* en tres torres de refrigeración analizadas y en un camión cisterna, pero tampoco existe coincidencia entre estas muestras y las clínicas. Tras la limpieza y desinfección de los posibles focos no se produjeron nuevos casos.

En 2020 en Bizkaia hubo dos casos relacionados con la estancia en un hotel de la Comarca Uribe, uno en enero y otro en noviembre. Este centro tiene un circuito de agua caliente muy antiguo y problemático en el que se ha actuado en distintas ocasiones.

En 2021 en Bizkaia se dio una agrupación de cuatro casos de hombres residentes en Barakaldo que iniciaron síntomas entre el 6 y el 10 de septiembre. En el estudio ambiental no se pudo detectar ningún factor de riesgo común que justificara esta asociación. Además, es probable que el foco de uno de los casos estuviera en su domicilio ya que se aisló *legionella* en el circuito de agua caliente sanitaria, pero no se puede asegurar al no disponer de cultivo de esputo del paciente para poder comparar las cepas.

Este mismo año, 2021, se inició un brote relacionado con una empresa de la OSI Barrualde-Galdakao y que ha continuado durante el año 2022. Durante 2021 se dieron siete casos (cinco trabajadores de la empresa, una persona que paseaba por el entorno y un trabajador de otra empresa que realizó su tarea en la empresa implicada). Entre marzo de 2021 y marzo de 2022 se han detectado 11 casos. Se ha detectado *Legionella* en varios puntos de las aguas de la empresa y se han tomado medidas correctoras, pero se trata de una empresa grande y compleja. No se cuenta con ningún cultivo de esputo de los pacientes.

La mayoría de los casos han sido hospitalizados, aunque se ha producido un ligero descenso en el porcentaje de hospitalizados en Bizkaia y Gipuzkoa en el año 2021. Tres de los cuatro casos (75%) del TH de Araba/Álava en el año 2020 han precisado ingreso en UCI, este porcentaje es mucho menor en otros años y los otros dos TH. La letalidad en la CAE es más alta en el año 2019, 5,5%, disminuye a 3,5% en 2020 y 3,4% 2021. Araba/Álava no presenta ningún fallecimiento en los tres años.

Se puede consultar más información en Informe de legionelosis en la CAE 2019-2021⁴.

ENFERMEDADES DE TRANSMISIÓN ZONÓTICA

Brucelosis: Durante el 2019 se han declarado 2 casos de brucelosis en la CAE, uno en Gipuzkoa y otro en Bizkaia. Son 2 hombres de 7 y 29 años. El caso de Gipuzkoa es un caso importado desde Pakistán con posible exposición a leche de búfala sin tratar. Respecto al caso de Bizkaia no se pudo determinar el origen de la enfermedad.

Durante el 2020 y 2021 no se han declarado casos de brucelosis.

Carbunco: No se han declarado casos de carbunco durante los años 2019,2020 y 2021 en la CAE.

Fiebre Q: Durante el 2021 se han declarado 141 casos de fiebre Q, 109 confirmados y 32 probables. La tasa es de 6,43/100.000 habitantes y la razón por sexos (H/M) es de 1,82. El rango de edades va desde 1 año hasta 83 años, siendo la mediana de 42 años.

Cincuenta y dos de los casos han requerido hospitalización. Setenta y cinco casos han desarrollado una neumonía y uno hepatitis. 110 casos están asociados a un brote y 31 de los casos son casos aislados. 108 casos están relacionados con la estancia en las cuevas de Baltzola (Dima) entre diciembre de 2020 y octubre de 2021. Se debió a una exposición no directa de ganado caprino y bovino los cuales frecuentan la zona donde se ubican las cuevas.

⁴ https://www.euskadi.eus/contenidos/informacion/informes_vigilancia_epidem/es_def/adjuntos/informe-legionelosis-capv-2019-2021.pdf

Tabla 15. Distribución de los casos y las tasas de Fiebre Q por territorio histórico. CAE, año 2021. EDO.

TERRITORIO	N	Tasa
Araba/Álava	8	2,42
Bizkaia	116	10,14
Gipuzkoa	17	2,36

N: Número de casos. Tasa: Casos por 100.000 habitantes.

Respecto a la distribución de las tasas por OSI, destaca la OSI Alto Deba (21,83/100.000) seguida de OSI Barakaldo-Sestao (14,33/100.000) y OSI Uribe (14,22/100.000) (Tabla 16).

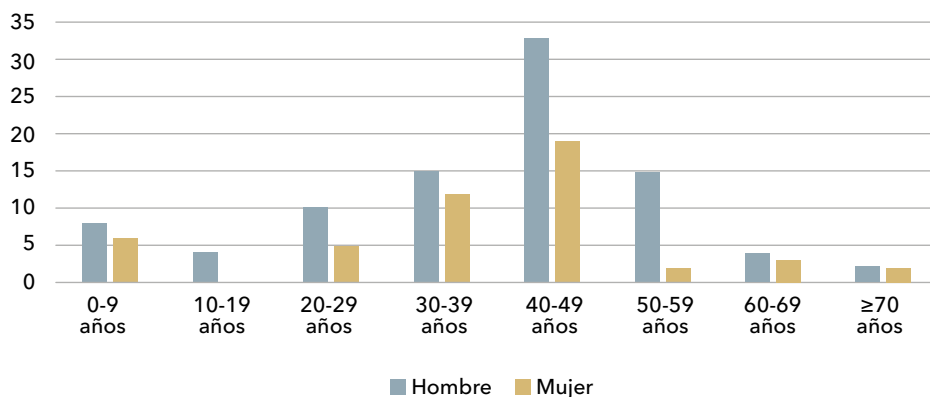
Tabla 16. Distribución por OSI de los casos y tasas de Fiebre Q. CAE, año 2021. EDO.

OSI	N	Tasa
OSI Araba	8	2,79
OSI Arabako Errioxa	0	0
OSI Alto Deba	14	21,83
OSI Bajo Deba	1	1,39
OSI Bidasoa	1	1,29
OSI Donostialdea	1	0,28
OSI Goierri Alto Urola	1	1,04
OSI Tolosaldea	0	0
OSI Barakaldo Sestao	18	14,33
OSI Barrualde Galdakao	31	10,03
OSI Bilbao Basurto	20	5,79
OSI Ezkerraldea-Enkarterri Cruces	15	9,27
OSI Uribe	31	14,22

N: Número de casos. Tasa: Casos por 100.000 habitantes.

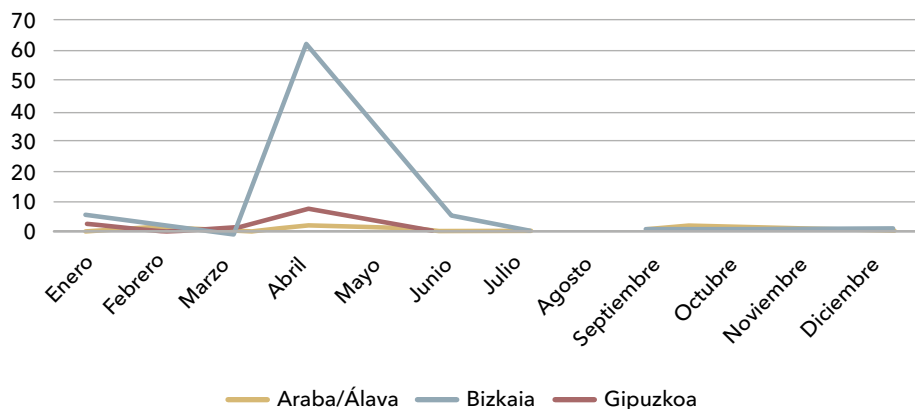
En la Figura 23 se muestra la distribución de los casos por sexo y grupo de edad del año 2021.

Figura 23. Distribución por sexo y edad de los casos de Fiebre Q. CAE, año 2021. EDO.



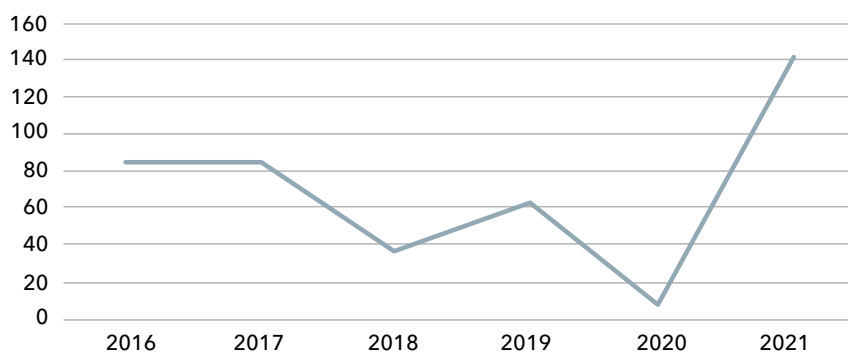
La Figura 24 representan la distribución de casos por territorio histórico y mes de inicio de síntomas. Se observa un pico de casos en primavera coincidiendo con parideras de cabras y ovejas.

Figura 24. Distribución de los casos de Fiebre Q por mes y territorio histórico. CAE, año 2021. EDO.



En la Figura 25 se representa la evolución del número de casos por año en la CAE. Desde 2016 se ha observado un descenso en el número de casos de Fiebre Q. En el 2019 se declararon 62 casos en la CAE, 37 confirmados y 25 probables con una tasa de 2,83/100.000 habitantes. El descenso de número de casos del año 2020 puede deberse a una infranotificación de casos debido a la pandemia. En el 2021 se han declarado un total de 141 casos en la CAE.

Figura 25. Evolución del número de caso de Fiebre Q. CAE, años 2016 a 2021. EDO.



Hidatidosis: En el año 2021 se han declarado tres casos de hidatidosis en la CAE. Dos en Araba/Álava, hombres de 84 y 51 años que son recidivas de hidatidosis previas. Un caso en Bizkaia que es un caso nuevo en un paciente migrante.

En los años previos solo se ha declarado un caso en Araba/Álava en el año 2019, es un hombre de 37 años con contacto con un perro.

Leptospirosis: Se han declarado 25 casos de leptospirosis en el periodo 2019-2021, 18 hombres y 7 mujeres con una mediana de edad de 47 años (rango 6-77 años).

En 11 de los casos (44%) había antecedentes de contacto con animales (incluidos domésticos y roedores) y/o exposición ambiental (tareas de jardinería, agricultura, suelos contaminados...). En 9 de los casos (36%) se determinó como fuente de exposición más probable diversas actividades realizadas en aguas potencialmente contaminadas como lagos, ríos, humedales, alcantarillados... En 5 de ellos (20%) no se pudo determinar con claridad la fuente de exposición.

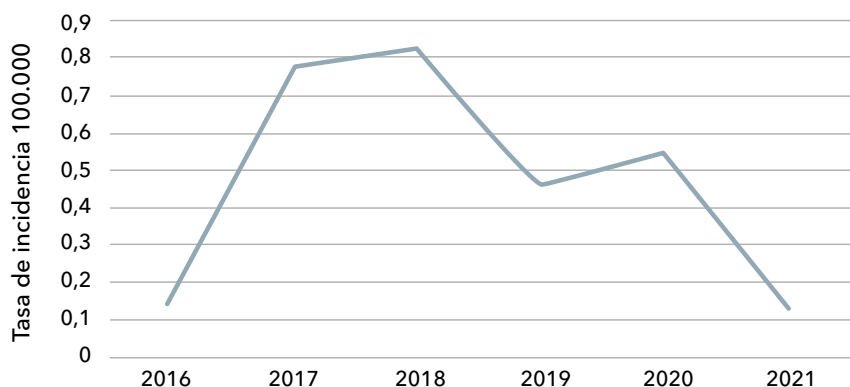
Veintiuno de ellos (84%) requirieron atención hospitalaria y 15 de ellos (60%) precisó ingreso en la UCI. Uno de ellos, un hombre de 52 años, falleció como consecuencia de un fallo multiorgánico.

La Tabla 17 muestra la distribución de casos por sexo y territorio histórico y la Figura 26 su evolución en el tiempo.

Tabla 17. Distribución de los casos de leptospirosis por territorio histórico y sexo. CAE, años 2019 a 2021. EDO.

	NÚMERO DE CASOS							
	ARABA/ÁLAVA		BIZKAIA		GIPUZKOA		CAE	
	Hombres	Mujeres	Hombres	Mujeres	Hombres	Mujeres	Hombres	Mujeres
2019	0	0	4	1	4	1	10	2
2020	0	0	3	0	6	3	12	3
2021	0	1	0	1	1	0	3	2

Figura 26. Evolución de las tasas de leptospirosis. CAE, años 2016 a 2021. EDO.



Peste: No se han declarado casos de peste en los años 2019,2020 y 2021 en la CAE.

Rabia: En 2019, un hombre que residía en Bizkaia y que había sido mordido por un gato en Marruecos falleció por la enfermedad de la rabia. Es el primer caso declarado desde 1956. Se aplicó profilaxis postexposición a 55 personas: 44 sanitarios y 11 familiares del caso. En los años 2020 y 2021 no hubo casos.

Toxoplasmosis congénita: No se han notificado casos de toxoplasmosis congénita en el periodo 2019-2021.

Tularemia: En 2019 se declararon cinco casos todos con antecedente de estancia en algún pueblo de Castilla León, comunidad en la que se produjo un brote de tularemia. Son dos casos de Araba/Álava, una pareja de más de 65 años y con el antecedente de relación con animales de caza, conejos y liebre. Un hombre de Gipuzkoa con antecedente de corte en la mano durante su estancia en Castilla-León. Y una mujer de 73 años y un hombre de 33 años de Bizkaia, con antecedente de picadura de garrapata y no lesión clara, pero que habían pasado las vacaciones en provincias de Castilla-León.

En el año 2020 se declaró un caso en un niño de 10 años residente en Bizkaia.

No se han declarado casos de tularemia durante el año 2021, ni en EDO ni SIM.

ENFERMEDADES DE TRANSMISIÓN ALIMENTARIA

Botulismo: Durante el 2019 se han declarado 9 casos de botulismo en Gipuzkoa asociados a un brote por consumo de una conserva casera de atún en el ámbito familiar.

En el 2020 y 2021 no se han declarado casos de botulismo.

Campilobacteriosis: Según los datos recabados del SIM, en el año 2021 se registraron 2.537 casos, con una tasa de 115,6 casos por 100.000 habitantes. El 56% fueron hombres y el 23% pertenecían al grupo de edad 10-19 años.

Tras un acusado descenso entre 2019 y 2020, el número de casos vuelve a subir, manteniendo una tendencia ascendente que comenzó en 2008.

En la figura 27 se observa la evolución de casos por campilobacteriosis en el periodo 2000-2021.

Figura 27. Evolución infecciones gastrointestinales. Campylobacter. CAE, años 2000 a 2021. SIM

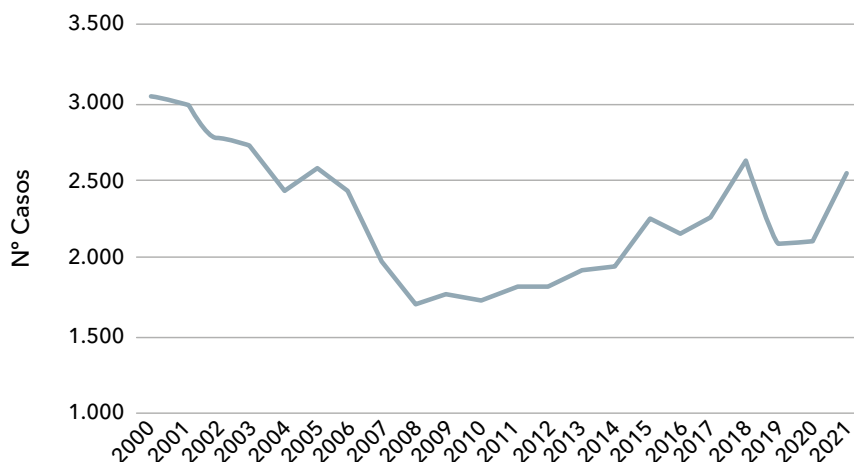


Tabla 18. Infecciones gastrointestinales. Campylobacter por año y territorio histórico. CAE, años 2019 a 2021. SIM.

	NÚMERO DE CASOS					
	ARABA/ÁLAVA		BIZKAIA		GIPUZKOA	
	N	Tasa	N	Tasa	N	Tasa
2019	403	122,9	950	83,1	735	102,5
2020	324	98,1	1001	87,1	792	109,9
2021	475	143,9	1271	111,1	797	110,9

N: Número de casos. Tasa: Casos por 100.000 habitantes.

Cólera: No se han declarado casos de cólera en el periodo 2019-2021.

Criptosporidiosis: En el año 2018 se empieza a utilizar para la vigilancia el nuevo protocolo de vigilancia epidemiológica de Criptosporidiosis, aunque previamente se venían recogiendo en el SIM.

En el año 2021 se declararon al SIM 92 detecciones de *Cryptosporidium*, lo que supone una tasa en la CAE de 4,2 por 100.000 habitantes, 56,5% en hombres y un 15,2% en niños/as de 2 años o menores.

La evolución de las tasas es difícil de valorar por la corta serie de años en que se han recogido datos con el mismo criterio del protocolo, donde además se incluyen los años de la pandemia de COVID-19. En la figura 28 es significativo el alto número de casos en el año 2018 y la tasa más alta se presenta todos los años en Gipuzkoa.

Figura 28. Evolución infecciones gastrointestinales. *Cryptosporidium* por territorio histórico. CAE, años 2017 a 2021. SIM.

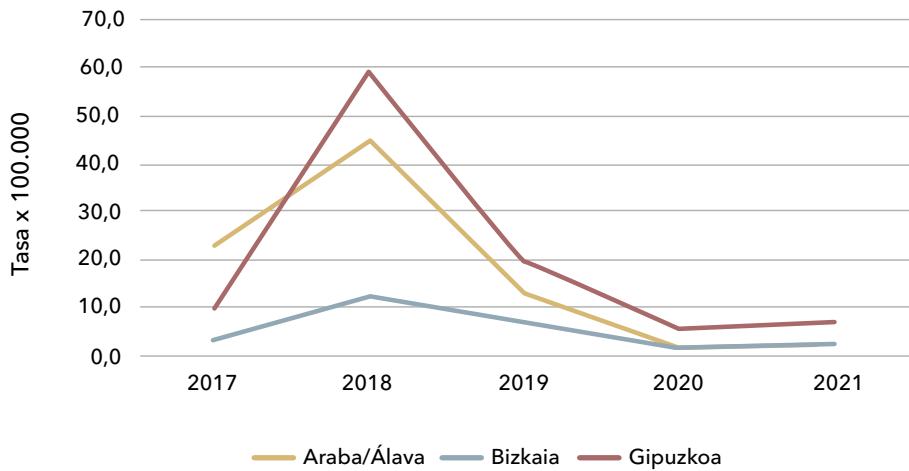


Tabla 19. Infecciones gastrointestinales. *Campylobacter* por año y territorio histórico. CAE, años 2019 a 2021. SIM.

	ARABA/ÁLAVA	GIPUZKOA	BIZKAIA	CAE	
	N	N	N	N	TASA
2017	77	74	46	197	9,05
2018	148	422	140	710	32,56
2019	44	142	77	263	12,02
2020	7	45	25	77	3,50
2021	8	54	30	92	4,19

N: Número de casos. Tasa: Casos por 100.000 habitantes.

Tabla 20. Infecciones gastrointestinales. Criptosporidiosis por año y sexo. CAE, años 2019 a 2021. SIM

	NÚMERO DE CASOS		
	HOMBRES	MUJERES	AMBOS SEXOS
2019	136	127	263
2020	41	36	77
2021	52	40	92

Tabla 21. Infecciones gastrointestinales. Criptosporidiosis por edad. CAE, años 2019 a 2021. SIM

	NÚMERO DE CASOS									
	<1 año	1-9 años	10-19 años	20-29 años	30-39 años	40-49 años	50-59 años	60-69 años	70-79 años	≥ 80 años
2019	15	158	17	13	11	11	15	13	5	4
2020	5	38	10	6	4	3	1	4	4	2
2021	1	49	11	9	3	5	3	4	5	2

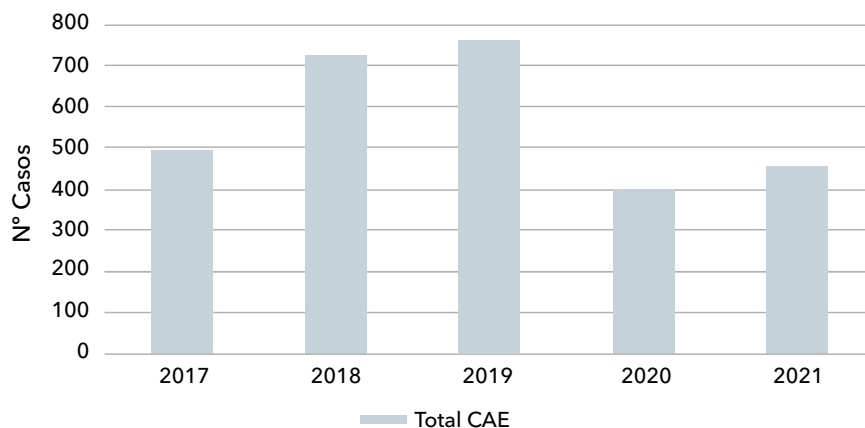
Giardiasis: En el año 2021 se notificaron 455 casos de Giardia, lo que supone una tasa de 20,75 por 100.000 ligeramente superior a 2020 en que se registraron 400 casos. En 2019 se dio la mayor tasa del trienio, 30,6 casos por 100.000 habitantes (Tabla 22).

Tabla 22. Infecciones gastrointestinales. Giardia por territorio histórico. CAE, año 2021. SIM.

TERRITORIO	N	Tasa
Araba/Álava	78	23,62
Bizkaia	157	13,72
Gipuzkoa	220	30,60

N: Número de casos. Tasa: Casos por 100.000 habitantes.

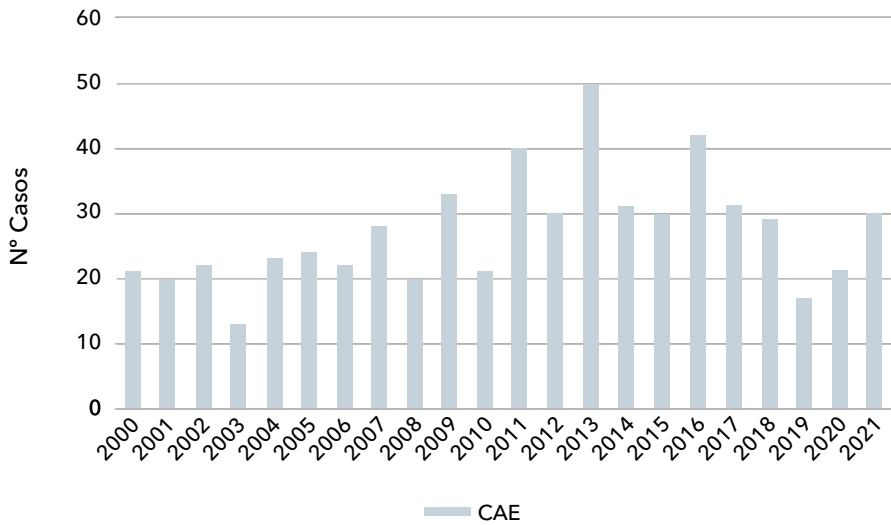
Figura 29. Evolución infecciones gastrointestinales. Giardia. CAE, años 2017 a 2021. SIM.



Listeriosis: En 2021 se declararon al sistema EDO 28 casos de listeriosis de los cuales uno fue neonatal. El 64,3% eran hombres y la mediana de edad fue de 76 años. Todos fueron hospitalizados y uno falleció (letalidad: 3,6%).

En el 75% de los casos el aislamiento se realizó en sangre y el 10,7% en líquido cefaloraquídeo.

Figura 30. Evolución infecciones gastrointestinales. *Listeria*. CAE, años 2020 a 2021. EDO.



Norovirus: En el año 2021 se registraron en el SIM 1.284 casos de *Norovirus*, lo que supone una tasa 58,5 detecciones por cada 100.000 habitantes de la CAE. El 53,7% eran hombres y el 57,7% pertenecientes al grupo de edad de 1-9 años. En 2021 el número de casos ha sido ligeramente superior al año 2019. En la figura 31 se puede observar la estacionalidad del microorganismo que alcanza los máximos en octubre-noviembre. El descenso del 2020 probablemente se deba a la situación de pandemia por COVID-19.

Figura 31. Evolución infecciones gastrointestinales. *Norovirus*. CAE, años 2014 a 2021. SIM.

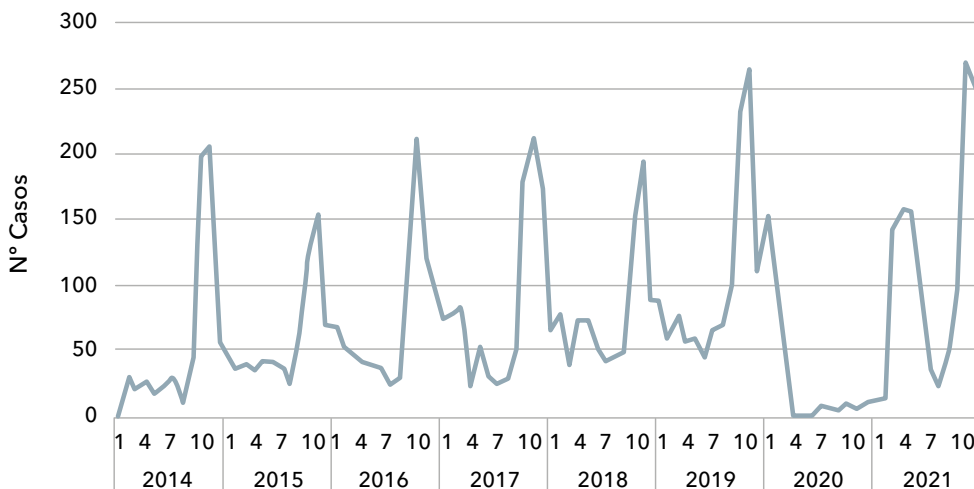


Figura 32. Distribución de las infecciones por *Norovirus* según grupo de edad. CAE, año 2021. SIM.

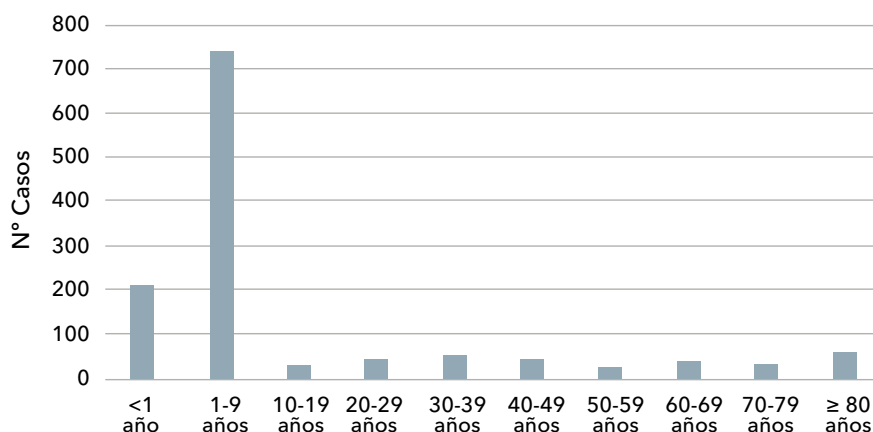


Tabla 23. Infecciones gastrointestinales. *Norovirus* por territorio histórico. CAE, años 2019 a 2021. SIM.

	ARABA/ÁLAVA		BIZKAIA		GIPUZKOA		TOTAL	
	N	Tasa	N	Tasa	N	Tasa	N	Tasa
2019	7	2,1	320	28,0	904	126,0	1231	56,3
2020	3	0,9	138	12,0	202	28,0	343	15,6
2021	25	7,6	488	42,7	771	107,2	1284	58,5

N: Número de casos. Tasa: Casos por 100.000 habitantes.

Salmonelosis (excluye fiebre tifoidea y paratifoidea): En el año 2021 se notificaron 508 casos de *Salmonella*, según datos del SIM, con una tasa de 23,16 aislamientos por cada 100.000 habitantes. Desde 2017 se observa una disminución de los casos declarados de *S. Typhimurium* (Figura 33, Figura 34 y Tabla 24).

Figura 33. Evolución infecciones gastrointestinales. *Salmonella*. CAE, años 2000 a 2021. SIM.

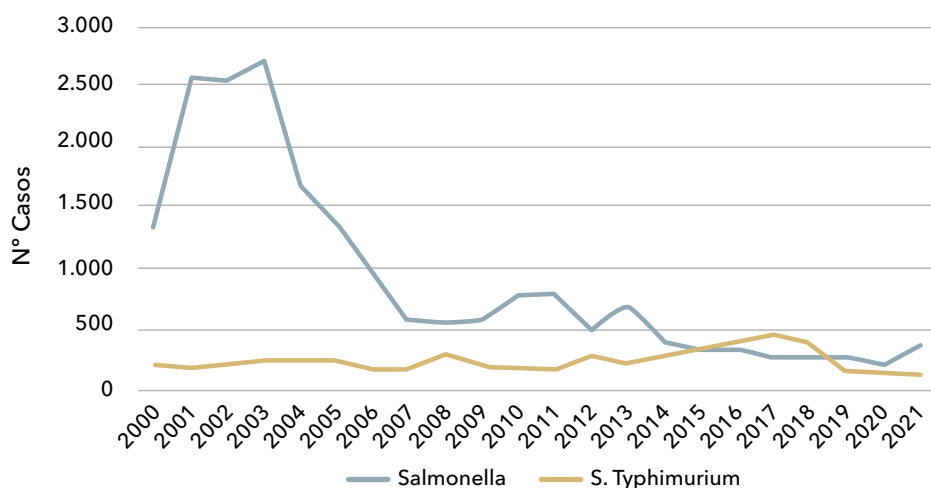


Figura 34. Evolución del número de casos. *Salmonella*. CAE, años 2000 a 2021. SIM.

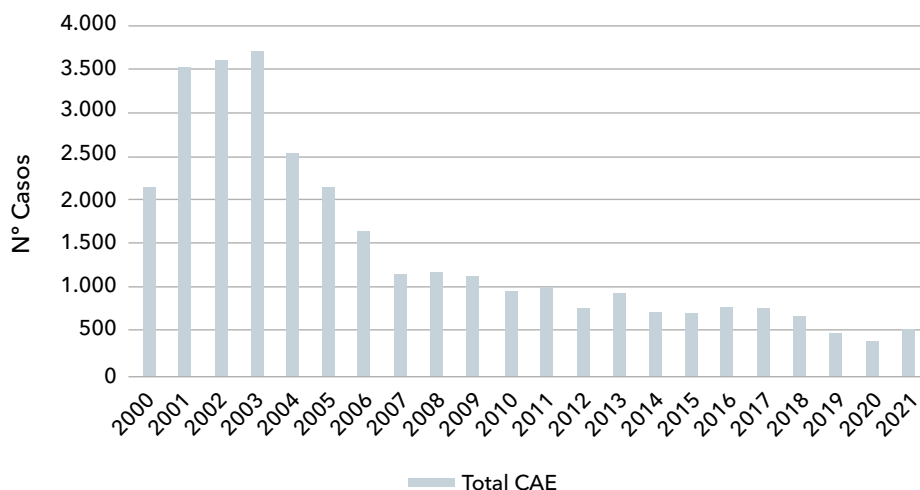


Tabla 24. Distribución de los casos de *Salmonella* por grupos de edad y sexo. CAE, año 2021. SIM.

EDAD	HOMBRE		MUJER		AMBOS SEXOS	
	N	Tasa	N	Tasa	N	Tasa
< 1 año	7	92,6	15	213,6	22	150,9
1 a 9 años	75	85,8	134	161,6	209	122,7
10 a 19 años	44	39,6	75	72,4	119	55,4
20 a 29 años	26	25,6	44	44,9	70	35,1
30 a 39 años	17	14,0	27	22,0	44	18,0
40 a 49 años	22	12,4	46	26,3	68	19,3
50 a 59 años	21	12,6	44	25,7	65	19,2
60 a 69 años	28	20,6	41	27,6	69	24,3
70 a 79 años	26	26,7	48	40,6	74	34,3
> de 80 años	14	24,7	36	35,2	50	31,5
Total	280	26,3	510	45,2	790	36,0

N: Número de casos. Tasa: Casos por 100.000 habitantes.

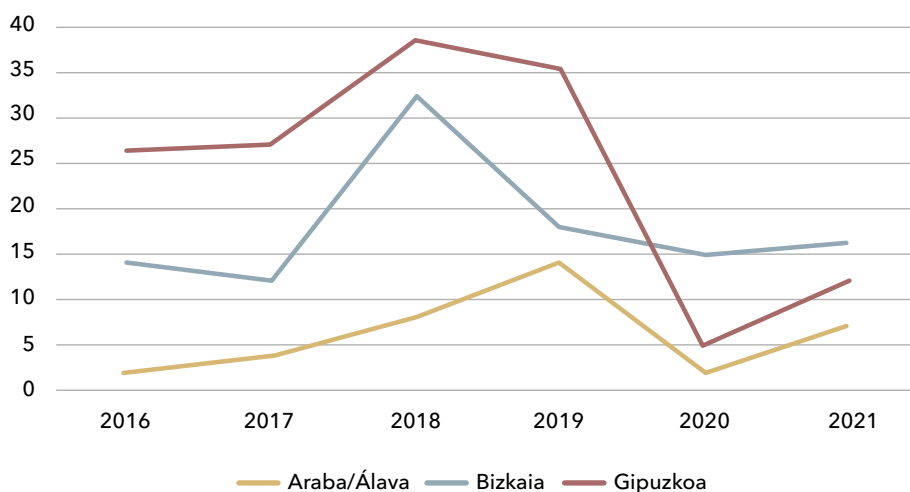
Shigelosis: Durante el 2019 se han declarado 67 casos de shigelosis en la CAE: 14 en Araba/Álava, 18 en Bizkaia y 35 en Gipuzkoa. La ratio hombre/mujer es de 2,05. El rango de edad es de 2 a 76 años, mediana de 34. Dieciocho casos están asociados a viajes fuera de España durante el periodo de incubación.

En el año 2020 el número de casos ha descendido a 22: 2 en Araba/Álava, 15 en Bizkaia y 5 en Gipuzkoa. La ratio hombre/mujer es de 3,40. El rango de edad es de 4 a 53 años, mediana de 28. Sólo uno de los casos está asociado a viaje durante el periodo de incubación.

En el 2021 se han declarado 35 casos: 7 en Araba/Álava, 16 en Bizkaia y 12 en Gipuzkoa. La ratio hombre/mujer es de 1,69. El rango de edad es de 2 a 87 años, mediana de 31. Cuatro de los casos están asociados a viaje durante el periodo de incubación.

De los 124 casos declarados en estos tres años de estudio, como principal factor de riesgo destacan: en 26 de ellos contacto persona a persona durante prácticas sexuales, en 22 desplazamiento a zona endémica, en 10 consumo de alimento sospechoso y en 10 contacto con un enfermo o portador. En la Figura 35 se representa la evolución de la enfermedad por territorio histórico desde el año 2016 en la CAE.

Figura 35. Evolución del número de casos por territorio histórico. *Shigelosis*. CAE, años 2016 a 2021. SIM.



Rotavirus: En el año 2021 se han detectado 501 aislamientos de *Rotavirus* lo que supone una tasa de 22,84 detecciones por 100.000 habitantes, con un aumento importante con respecto a los registrados en 2020, año que probablemente debido a la pandemia, se registra el menor número de casos desde el año 2000.

El 84,03% de los casos de *Rotavirus* se registra en menores de 10 años.

Figura 36. Evolución infecciones gastrointestinales. *Rotavirus*. CAE, años 2000 a 2021. SIM.

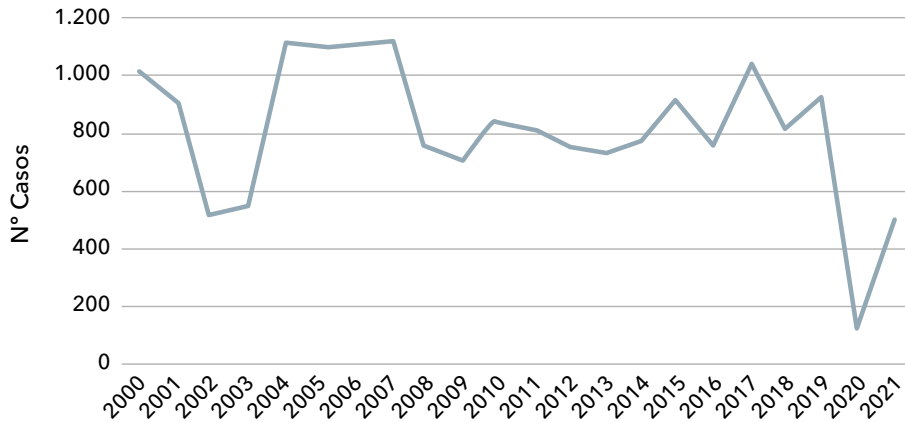
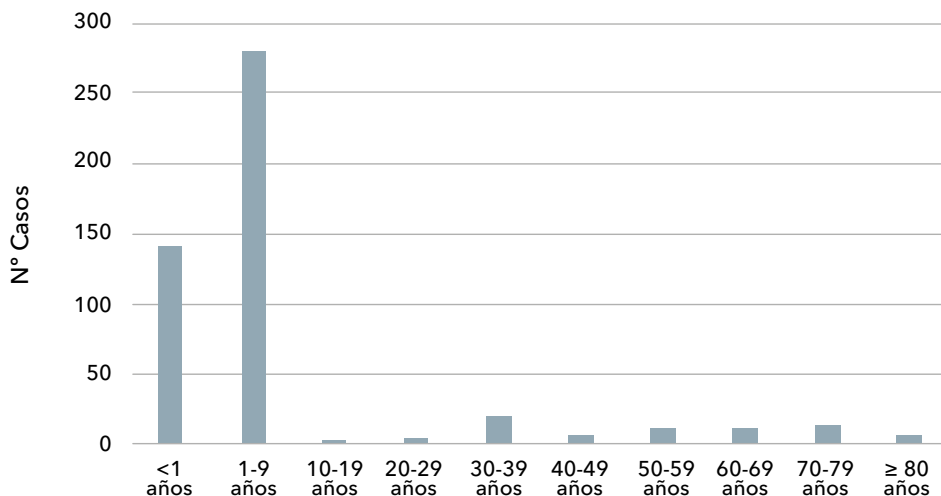


Tabla 25. Número de casos y tasa de *rotavirus*. CAE, años 2019 a 2021. SIM.

	ARABA/ÁLAVA	BIZKAIA	GIPUZKOA	CAE	
	N	N	N	N	TASA
2019	122	262	546	930	42,5
2020	5	44	78	127	5,77
2021	35	106	360	501	22,84

Tasa: Casos por 100.000 habitantes.

Figura 37. Distribución de los casos de *rotavirus* por grupos de edad. CAE, año 2021. SIM.



Triquinosis: Se notificaron 4 casos de triquinosis en 2019, todos de Araba/Álava. Fueron dos mujeres de 16 y 48 años, madre e hija y dos hombres, de 15 y 71 años. No pudo determinarse el alimento implicado en ninguno de los casos.

Fiebre Tifoidea y Paratifoidea: Durante 2019 se declararon once casos de fiebre tifoidea y paratifoidea en la CAE, en 2020 los casos declarados fueron cuatro y en 2021 dos, con la siguiente distribución:

Tabla 26. Distribución de los casos de fiebre tifoidea y paratifoidea por territorio histórico y sexo. CAE, años 2019-2021. SIM.

	ARABA/ÁLAVA		BIZKAIA		GIPUZKOA		CAE	
	Hombres	Mujeres	Hombres	Mujeres	Hombres	Mujeres	Hombres	Mujeres
2019	3	0	3	2	3	0	9	2
2020	0	1	2	0	1	0	3	1
2021	0	0	0	1	1	0	1	1

Tabla 27. Distribución de los casos de fiebre tifoidea y paratifoidea por edad y sexo. CAE, años 2019 a 2021. SIM.

	NÚMERO DE CASOS								
	<1 año	1-9 años	10-19 años	20-29 años	30-39 años	40-49 años	50-59 años	> 60 años	Total
Hombres	1	3	2	2	2	3	0	0	13
Mujeres	0	1	0	1	1	0	1	0	4
Ambos sexos	1	4	2	3	3	3	1	0	17

En cuanto a los datos de gravedad, no se han registrado fallecimientos durante los años 2019, 2020 y 2021. Los ingresos registrados en 2019 fueron 7 y en 2020 y 2021, uno en cada año.

Entre 2019 y 2021 los casos importados fueron 10, siete de ellos entre 2019 y 2021, siete de ellos en 2019, uno en 2020 y dos en 2021.

Figura 38. Tasas por 100.000 habitantes de fiebre tifoidea y paratifoidea por territorio histórico. CAE, años 2019-2021. SIM.

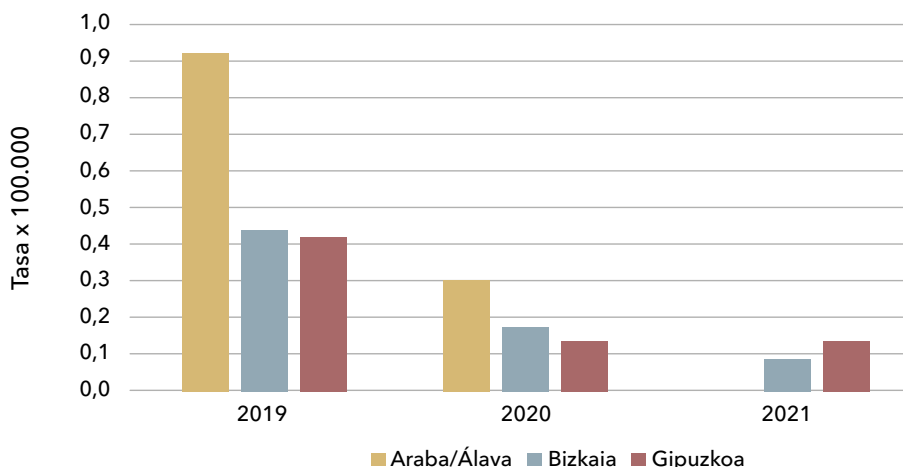
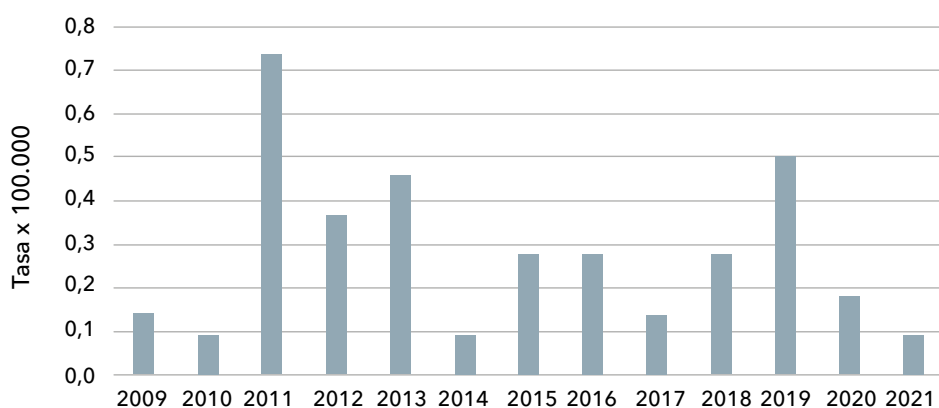


Figura 39. Tasas por 100.000 habitantes de fiebre tifoidea y paratifoidea. CAE, años 2009 a 2021. SIM.



E. Coli Enterohemorrágica: Durante 2019 se declararon 87 casos de E. Coli enterohemorrágica en la CAE, en 2020 los casos declarados fueron 51 y en 2021 fueron 146 casos (142 se confirmaron, 3 probables y 1 sospechoso) (Tabla 28 y Tabla 29).

Tabla 28. Casos de E. Coli enterohemorrágica por territorio histórico y sexo. CAE, años 2019 a 2021. SIM.

	ARABA/ÁLAVA		BIZKAIA		GIPUZKOA		CAE	
	Hombres	Mujeres	Hombres	Mujeres	Hombres	Mujeres	Hombres	Mujeres
2019	0	4	17	30	18	18	35	52
2020	2	1	13	22	4	9	19	32
2021	2	1	50	52	21	20	73	73

Tabla 29. Distribución de los casos de E. Coli enterohemorrágica por edad. CAE, años 2019 a 2021. SIM.

	<1 año	1-9 años	10-19 años	20-29 años	30-39 años	40-49 años	50-59 años	60-69 años	70-79 años	80-89 años	>90 años	Total
Hombres	12	34	17	6	9	16	11	9	6	7	0	127
Mujeres	8	27	11	18	17	10	15	17	27	5	2	157
Ambos sexos	20	61	28	24	26	26	26	26	33	12	2	284

En cuanto a los datos de gravedad, no se ha registrado fallecimientos durante el año 2021, mientras que en los años 2019 y 2020 se contabilizaron 1 y 2 fallecimientos respectivamente. Los ingresos registrados en 2019 fueron 17 y en 2020 y 2021, 18 y 34 respectivamente.

Figura 40. Tasas de E. Coli enterohemorrágica por territorio histórico. CAE, años 2019 a 2021. SIM.

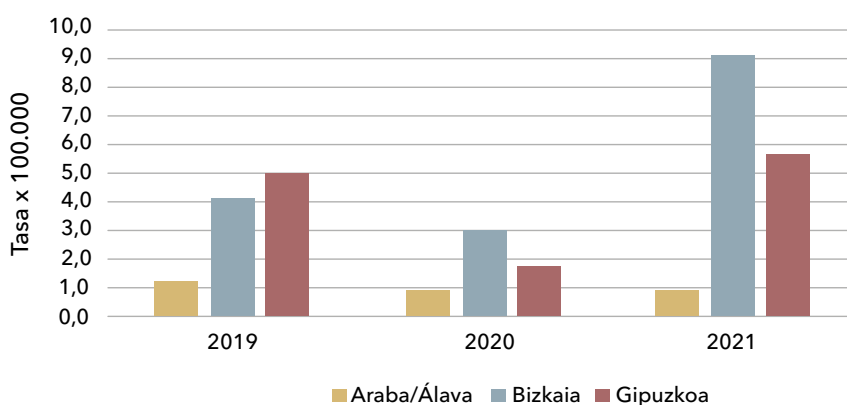
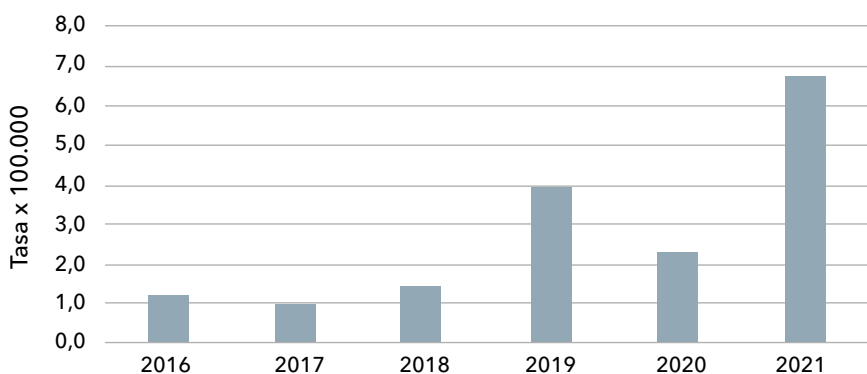


Figura 41. Tasas por 100.000 habitantes de E. Coli enterohemorrágica. CAE, años 2016 a 2021. SIM.



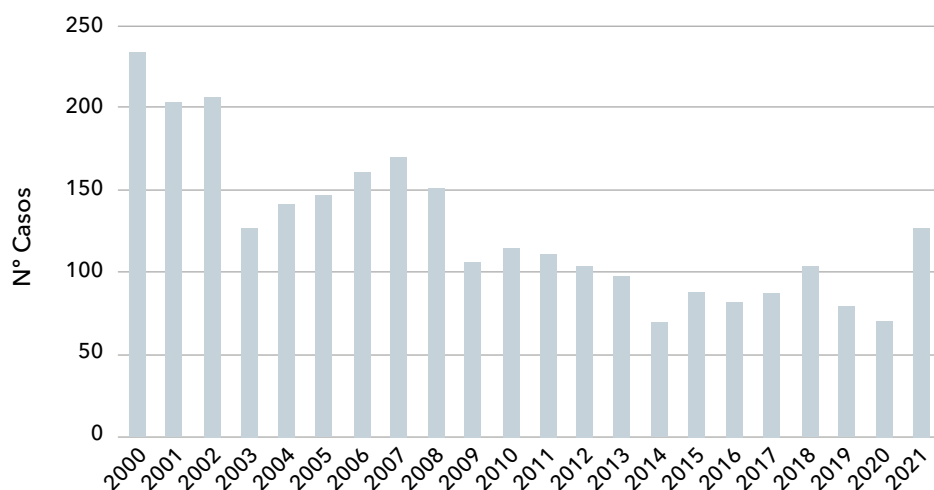
Yersiniosis: En el año 2021 se declararon al SIM 127 detecciones de yersiniosis, lo que supone una tasa en la CAE de 5,8 detecciones por 100.000 habitantes, el 53,5% en hombres. Las mayores tasas se producen en los menores de 10 años. Los casos de 2021 aumentan considerablemente con respecto al año anterior, rompiendo la tendencia descendente que se venía observando desde el año 2000 (Tabla 30 y Figura 42).

Tabla 30. Distribución por grupos de edad y sexo. *Yersinia*. CAE, año 2021. SIM.

EDAD	HOMBRE		MUJER		AMBOS SEXOS	
	N	Tasa	N	Tasa	N	Tasa
< 1 año	3	39,7	6	85,4	9	61,7
1 a 9 años	23	26,3	21	25,3	44	25,8
10 a 19 años	15	13,5	5	4,8	20	9,3
20 a 29 años	3	3,0	7	7,1	10	5,0
30 a 39 años	10	8,2	5	4,0	15	6,1
40 a 49 años	3	1,7	5	2,9	8	2,3
50 a 59 años	4	2,4	6	3,5	10	3,0
60 a 69 años	3	2,2	2	1,3	5	1,8
70 a 79 años	2	2,0	1	0,8	3	1,4
> de 80 años	2	3,5	1	1,0	3	1,9
Total	68	6,4	59	5,2	127	5,8

Tasa: Casos por 100.000 habitantes.

Figura 42. Evolución infecciones gastrointestinales por *Yersinia*. CAE, años 2000 a 2021. SIM.



TOXIINFECCIONES ALIMENTARIAS

Durante el año 2019 se declararon 45 brotes en la CAE, en el año 2020 se notificaron 12 y en el año 2021 se contabilizaron 32 con la siguiente distribución por territorio histórico:

Tabla 31. Brotes declarados por territorio histórico. CAE, años 2019 a 2021. Registro de brotes.

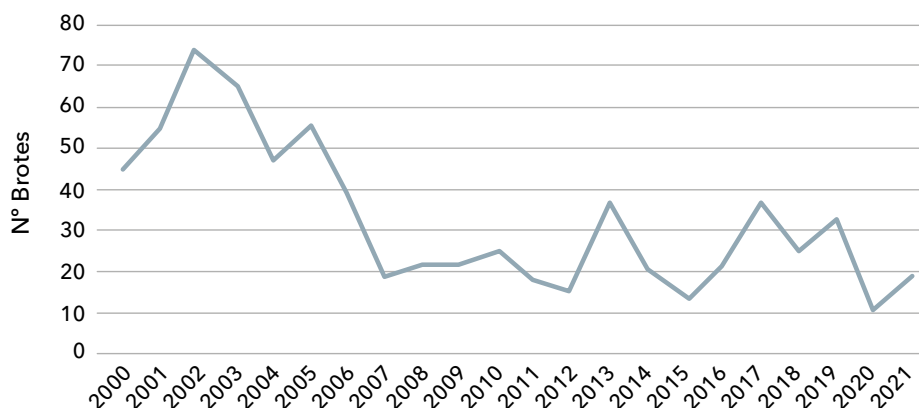
		2019	2020	2021	Total
Araba/ Álava	Alimentario	4	0	1	5
	No alimentario	1	0	1	2
	Total	5	0	2	7
Bizkaia	Alimentario	15	8	9	32
	No alimentario	11	1	4	16
	Total	26	9	13	48
Gipuzkoa	Alimentario	14	3	9	26
	No alimentario	0	0	8	8
	Total	14	3	17	34
CAE	Alimentario	33	11	19	63
	No alimentario	12	1	13	26
	Total	45	12	32	89

Como consecuencia de las toxiinfecciones que se han producido en la CAE, se han contabilizado en 2019, 1.313 personas a riesgo, de las que 467 enfermaron, 22 necesitaron hospitalización y se produjo un fallecimiento. En 2020, se han identificado 267 personas a riesgo, 137 enfermaron y 9 necesitaron hospitalización. En 2021, se han recogido 2.038 personas a riesgo, 347 enfermaron y 16 necesitaron hospitalización.

El tamaño medio del brote por toxiinfección alimentaria en la CAE ha sido en 2019 de 14,2; en 2020 de 12,5 y en 2021 de 18,3.

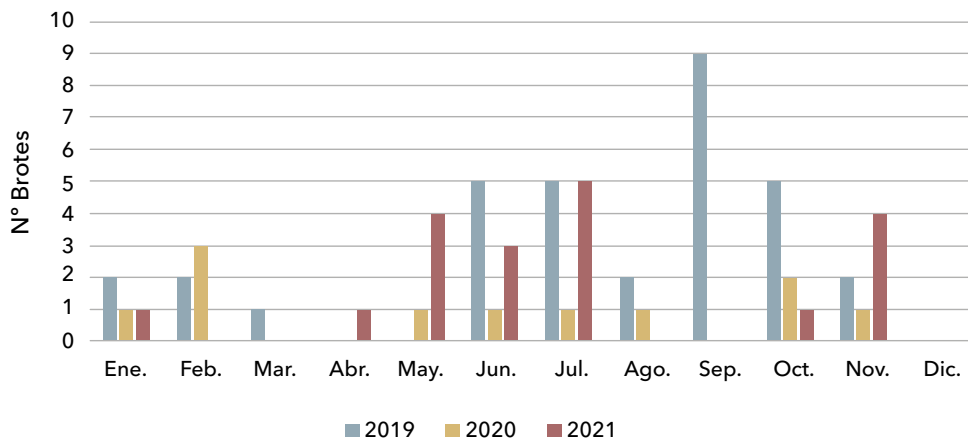
En la figura 43 se representa la tendencia registrada en el número de brotes alimentarios desde el año 2000.

Figura 43. Evolución de los brotes por toxiinfección alimentaria. CAE, años 2000 a 2021. Registro de brotes.



En la distribución de los brotes alimentarios por meses, representada en la figura 44, en 2019 se aprecia una mayor incidencia en septiembre, en 2020 en febrero y en 2021 en julio.

Figura 44. Brotes por toxiinfección alimentaria por mes. CAE, años 2019 a 2021. Registro de brotes.



En cuanto a los alimentos implicados en los brotes:

- En el año 2019: en el 30% de los brotes no se pudo identificar el alimento implicado. Dentro de los identificados los mayoritarios con un 9% fueron los cereales, mariscos/crustaceos/moluscos y el pescado.
- En el año 2020: en el 27 % de los brotes no se pudo identificar el alimento implicado. Dentro de los identificados el mayoritario con un 27 % fue el grupo del huevo y los ovoproductos.
- En el año 2021: en el 63 % de los brotes no se pudo identificar el alimento implicado. Dentro de los identificados el mayoritario con el 16 % fue el grupo del huevo y los ovoproductos.

Tabla 32. Toxiinfecciones alimentarias según el alimento implicado. CAE, años 2010 a 2021. Registro de brotes.

Alimentos implicados	'10	'11	'12	'13	'14	'15	'16	'17	'18	'19	'20	'21	Total
Abastecimiento común de aguas de consumo								1					1
Carne						1						2	3
Carne de cerdo			1				1		1	1			4
Carne de ternera								2	1	1			4
Cereales			1							3			4
Comida rápida				1						1			2
Confite/pastel	1												1
Desconocido	5	4		11	9	8	14	11	13	10	3	12	100
Embutido		1						1					2
Espicias									1				1
Huevo/ovoproducto	13	10	7	16	4		5	7		2	3	3	70
Leche maternizada								1					1
Marisco/crust/molusc	1		2	1	1	2			3	3	1		14
Otro alimento			2	3	1	1	1	1	1	2		1	13
Pavo									1				1
Perdidos por el sistema								2		6	2		10
Pescado	2		1	1	4	2	1	3	1	3	1	1	20
Pollo				1				2	1				4
Prod. lácteo, exc:3-4		1								1			2
Prod. de pescado								1					1
Prod. de setas								1					1
Queso	1		1	2				3	2		1		10
Setas	1				2			1					4
Sopas,salsas, exc:20		1											1
Varios alimentos				1									1
Total	24	17	15	37	21	14	22	37	25	33	11	19	275

Fuente: Registro de Brotes de la CAE.

En cuanto al lugar de consumo/procedencia, los lugares más implicados en las toxiinfecciones alimentarias, tal y como se aprecia en la siguiente tabla, en 2019, fueron los establecimientos públicos de restauración (restaurantes, bares...), también en 2020 y 2021, junto con los hogares privados.

Tabla 33. Toxiinfecciones alimentarias según el lugar de consumo/procedencia del alimento. CAE, años 2010 a 2021. Registro de brotes.

Lugar de preparación	'10	'11	'12	'13	'14	'15	'16	'17	'18	'19	'20	'21	Total
Autobús								1					1
Cantina/Bar/ Restaurante/Hotel	14	8	4	22	14	4	13	12	8	16	3	3	121
Cocina central		1	1							1	1	1	5
Colectivo sin especificar								1		1			2
Diferentes lugares								1					1
Escuela/Guardería								1	2			1	4
Desconocido	3	4	2	6				6	8	10	4	11	54
Geriátrico								3	3	1			7
Establec. elaboración	1								2				3
Granja	1												1
Hogar privado	4	3	8	4	4	3	3	8	2	3	3	3	48
Otros	1			5	3	7	3	2					21
Tienda										1			1
Proveedor alimentario		1						2					3
Geriátrico							3						3
Total	24	17	15	37	21	14	22	37	25	33	11	19	275

Se identificó Salmonella como agente implicado, en el 15%, 45% y 37% de las toxiinfecciones alimentarias en los años 2019, 2020 y 2021 respectivamente. No se pudo determinar el agente etiológico implicado en el 9%, 27% y 42% de las mismas en los años 2019, 2020 y 2021 respectivamente. (Figura 45 y Tabla 34).

Figura 45. Brotes por toxiinfecciones alimentarias ocasionados por salmonella. CAE, años 2000 a 2021. Registro de brotes.

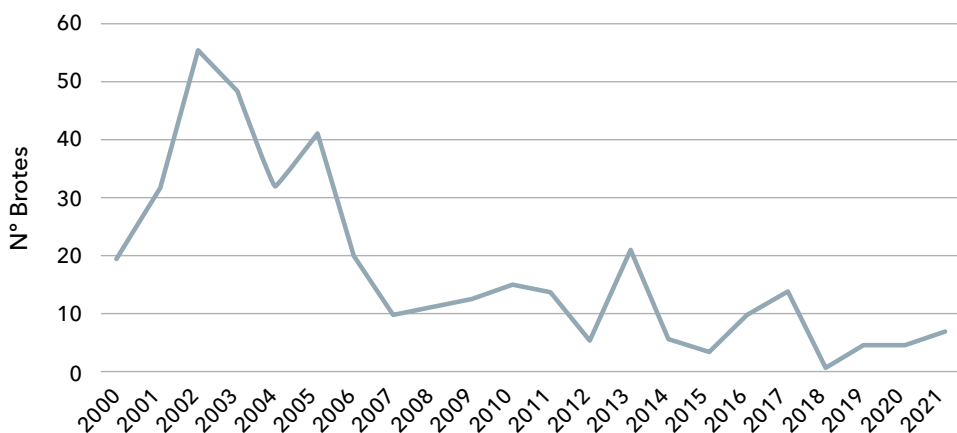


Tabla 34. Toxiinfecciones alimentarias según el origen microbiológico. CAE, años 2010 a 2021. Registro de brotes.

Agente etiológico	'10	'11	'12	'13	'14	'15	'16	'17	'18	'19	'20	'21	Total
Anisakis			1		1	1	1		0				4
B.cereus			1		2			1	1	1			6
Campylobacter sp						1			0			1	2
Clostridium botulinum			1						0	1			2
Clostridium perfringens			1		1	1			3	1	1		8
Clostridium sp.										1		1	2
Desconocido	5	2	3	8	6	2	10	8	14	3	3	8	79
Histamina/escómbrido	2				3	1	1	4	1	2		1	15
L.monocytogenes			1	1					0				2
Salmonella	15	14	6	21	6	4	10	14	1	5	5	7	108
Shigella sonnei										1			1
Shigella flexneri					1				0				1
Staphilococcus	1	1		2				2	2	1	1		10
Virus hepatitis A									0				0
Otras bacterias					1			1	0				2
Virus Norwalk						3		4	2	8		1	18
Otros virus	1		1	5		1		3	1	2	1		15
Total	24	17	15	37	21	14	22	37	25	33	11	19	275

OTROS BROTES

Se han registrado 12, 1 y 13 brotes no relacionados con el consumo de alimentos o de agua de consumo público durante 2019, 2020 y 2021.

En la Tabla 35 se indica el agente causante del brote, habiéndose detectado en los años 2019 y 2020 mayoritariamente el virus Norwalk.

Tabla 35. Brotes no alimentarios según el origen microbiológico. CAE, años 2019 a 2021. Registro de brotes.

Agente causante	2019	2020	2021
Virus Norwalk	6	0	6
Virus (otros)	0	0	3
Rotavirus	3	0	0
Mycobacterium sp	0	0	1
<i>E. Coli</i>	1	0	0
Desconocido	2	1	3
Total	12	1	13

1.2.4. Enfermedades de transmisión respiratoria y gripe

EVOLUCIÓN DE LAS TEMPORADAS GRIPALES

El periodo analizado en este informe abarca lo que serían tres temporadas de la vigilancia de gripe: 2019-2020, 2020-2021 y 2021-2022. La irrupción de la pandemia de la COVID-19 a inicios del año 2020 afecto a la vigilancia en la parte final de la temporada 2019-2020, pero también transformó el enfoque de la vigilancia en las siguientes temporadas, pasando de la vigilancia de la gripe a la vigilancia de la Infección Respiratoria Aguda (IRA).

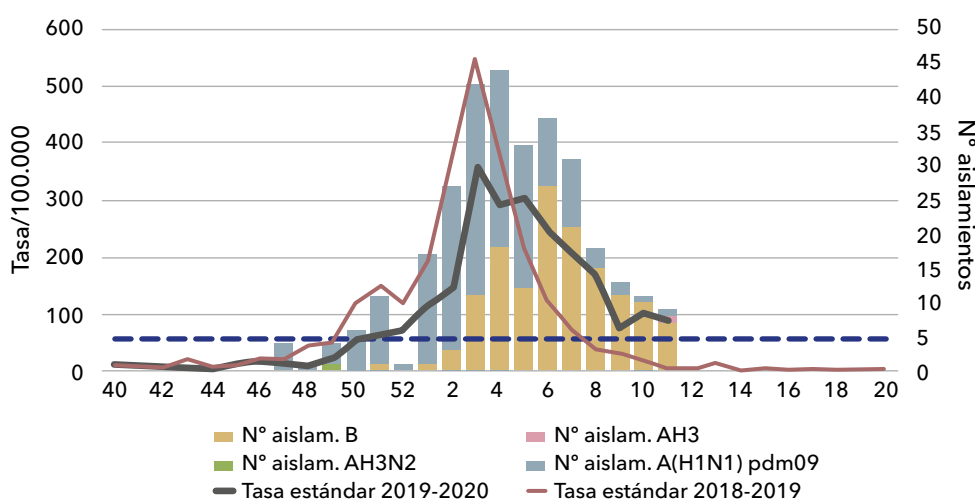
Debido a las diferentes características de las tres temporadas mencionadas, se describe cada una de ellas de manera independiente.

Temporada 2019-2020

Fue la última temporada en la que se pudo hacer una la vigilancia de la gripe como la que se venía haciendo en los últimos años, pero la vigilancia se interrumpió en la semana 12 de 2020 debido a la aparición del SARS-CoV-2.

La temporada de 2019/2020 se caracterizó por una intensidad menor a la precedente; el umbral epidémico se superó más tarde (semana 51 de 2019) y el pico máximo se alcanzó en la semana 3 de 2020. Al inicio de la temporada el virus predominante fue el AH1pdm09 y pasado el pico epidémico fue reemplazado por el tipo B (Figura 46).

Figura 46. Evolución semanal de gripe. CAE, temporada 2019-2020. Red vigía.



Fuente: Red Vigía.

Los hospitales de la CAE registraron 333 casos graves de gripe, de los cuales 80 ingresaron en la UCI y 45 fallecieron.

Se detectaron dos brotes en residencias de personas mayores.

Temporada 2020-2021

La respuesta a la emergencia sanitaria provocada por la COVID-19 obligó a reorganizar las Unidades de Atención Primaria (UAP), lo que imposibilitaba mantener una vigilancia de la gripe como se venía realizando previamente a la pandemia. De ese modo, se pasó a una vigilancia de infección respiratoria aguda (IRA) y los recursos se centraron en la recogida de muestras de casos sospechosos de IRA tratados en atención primaria a las que se les realizaba una PCR para gripe, VRS y COVID-19.

En la temporada 2020-2021 hubo una circulación mínima de virus de la gripe. No se detectó ningún caso en nuestra red vigía y solo se registraron 2 y 66 detecciones a nivel estatal y europeo, respectivamente.

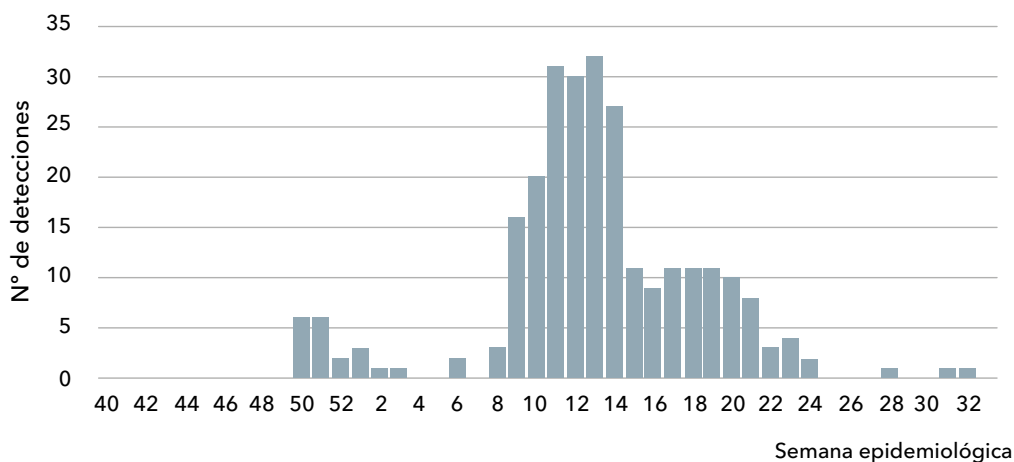
Temporada 2021-2022

En esta segunda temporada desde el inicio de la pandemia, se hizo un esfuerzo para recomponer la red vigía. Se afianza el sistema de vigilancia centinela de IRA siguiendo las recomendaciones internacionales del Centro Europeo para la Prevención y el Control de las Enfermedades (ECDC) y la Organización Mundial de la Salud (OMS), centrado en el ámbito de la atención primaria.

La necesidad manifestada durante la pandemia de mejorar e integrar los sistemas de información, hacen que esta temporada 2021-2022 se diseñara una vigilancia que permitiera el intercambio de información de manera electrónica y a su vez que los sistemas pudieran reducir en lo posible las cargas de trabajo.

En esta temporada, se registraron dos picos de virus de la gripe en muestras centinela, el primero a finales de diciembre de 2021 (semanas 50-51) y el segundo, de mayor magnitud, en marzo de 2022 (semanas 11-13) (Figura 47).

Figura 47. Número de detecciones de virus de la gripe. CAE, temporada 2021-2022. Red vigía.



Hasta la semana 33 del 2022 se detectaron 263 virus de la gripe en muestras centinelas de IRA, todas ellas del subtipo A(H3). En el mismo periodo, el Sistema de Información Microbiológica de la CAE registró 4.840 detecciones, 4.798 (99,1%) de tipo A y 42 (0,9%) tipo B. De los 1.063 virus subtipados, 1.047 (98,5%) fueron A(H3) y 16 (1,5%) A(H1)pdm09.

A nivel europeo, el 99% de los virus gripales de muestras centinela fueron del tipo A y el 1% del tipo B. Entre las muestras tipo A subtipadas, el 93% fueron A(H3) y el 7% A(H1)pdm09.

1.2.5. Otras enfermedades transmisibles y riesgos asociados

ENFERMEDAD INVASIVA POR ESTREPTOCOCO GRUPO A

Entre el año 2019 a 2021 se han notificado en total 98 casos de enfermedad invasiva causada por estreptococo del grupo A, siendo su distribución por territorio histórico, año y sus correspondientes tasas por 100.000 según se indica en la tabla 36. El mayor número de casos en el periodo descrito, se registró en el año 2019 con 56 casos (2,6 casos x 100.000) y siendo Araba/Álava el territorio con mayor incidencia, 13 casos (4,0 casos x 100.000) en el año 2019. Se notificaron el mismo número de casos (21) en los años 2020 y 2021.

Tabla 36. Enfermedad invasiva por estreptococo grupo A según año y territorio histórico. CAE, años 2019 a 2021. EDO.

	2019		2020		2021	
	N	Tasa	N	Tasa	N	Tasa
Araba/Álava	13	4,0	2	0,6	2	0,6
Gipuzkoa	19	2,6	7	1,0	8	1,1
Bizkaia	24	2,1	12	1,0	11	1,0
CAE	56	2,6	21	1,0	21	1,0

N: Número de casos. Tasa: Casos por 100.000 habitantes.

En el periodo descrito de los 3 años, el 54,1% (n=58) de los casos eran hombres y el 45,9% (n=45) mujeres. Los casos registrados durante los 3 años, en ambos sexos, se describe en la Tabla 37.

Tabla 37. Enfermedad invasiva por estreptococo grupo A según año y territorio histórico. CAE, años 2019 a 2021. EDO.

SEXO	2019		2020		2021	
	Casos	Tasa	Casos	Tasa	Casos	Tasa
Hombre	29	2,7	11	1,0	13	1,2
Mujer	27	2,4	10	0,9	8	0,7
Total	56	2,6	21	1,0	21	1,0

Tasa: Casos por 100.000 habitantes.

Considerando el periodo de los 3 años, la edad media de los casos fue de 51 años y mediana de 55,5 años (rango de 1 a 90 años), no observándose diferencias significativas entre hombres y mujeres. En menores de un año se registraron 6 casos. En la Tabla 38 se indica la distribución de los casos en función del grupo de edad a lo largo de los 3 años estudiados.

Tabla 38. Enfermedad invasiva por estreptococo grupo A según edad y año. CAE, años 2019 a 2021. EDO.

EDAD	2019		2020		2021	
	N	Tasa	N	Tasa	N	Tasa
0 a 9 años	12	6,1	0	0,0	1	0,5
10 a 19 años	1	0,5	1	0,5	1	0,5
20 a 29 años	2	1,0	1	0,5	0	0,0
30 a 39 años	7	2,6	4	1,5	4	1,6
40 a 49 años	6	1,7	3	0,8	2	0,6
50 a 59 años	5	1,5	5	1,5	2	0,6
60 a 69 años	8	2,9	4	1,4	3	1,1
70 a 79 años	7	3,5	2	0,9	4	1,9
80 a 89 años	8	6,3	1	0,8	4	3,2
90 y más	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Total	56	2,6	21	1,0	21	1,0

N: Número de casos. Tasa: Casos por 100.000 habitantes.

Se registraron 11 fallecimientos, 8 hombres (72,7%) y 3 mujeres (27,3%). La edad media de los fallecidos fue de 72,6 años y la mediana de 80 años (rango de 19 a 85 años). En relación a los antecedentes de factores de riesgo, 8 casos (72,7%) presentaban enfermedad cardiaca, 3 casos (27,3%) enfermedad pulmonar crónica, 2 (18,2%) diabetes y 1 (9,1%) cáncer.

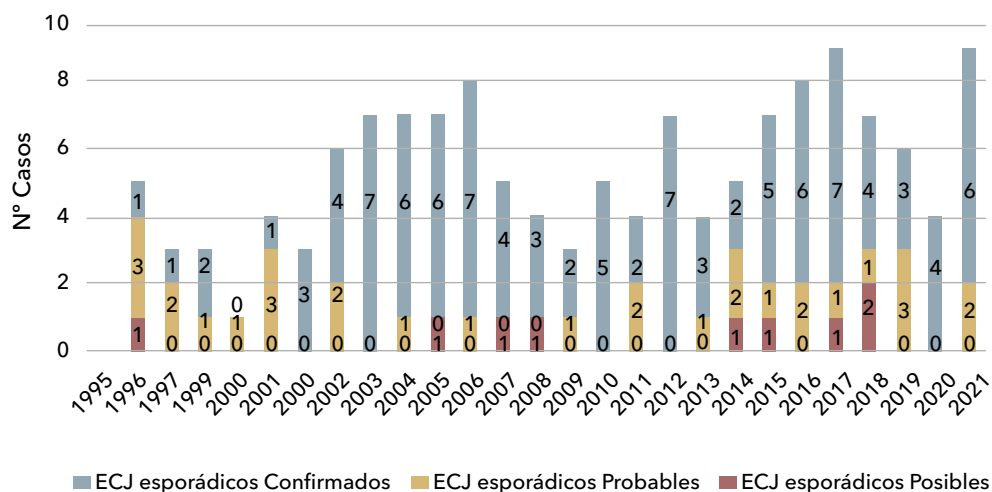
ENCEFALOPATÍAS ESPONGIFORMES TRANSMISIBLES HUMANAS (EETH)

Se han contabilizado los casos declarados desde 1995 hasta 2021 de EETH en la CAE.

En la figura 48, se muestran por año de diagnóstico, los casos de Creutzfeldt-Jakob esporádicos (ECJ esporádicos) tanto confirmados por autopsia como no confirmados, que son los probables y los posibles.

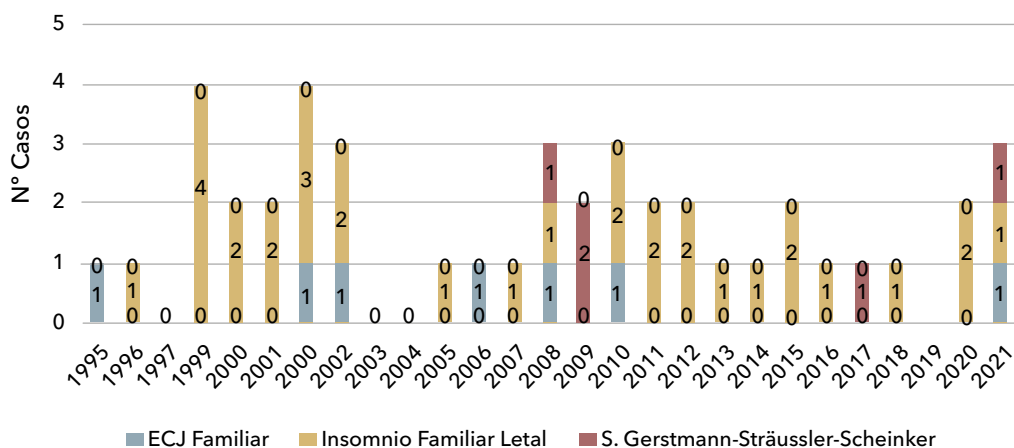
En la temporada analizada se han confirmado un 72% de los casos con las autopsias realizadas a los mismos.

Figura 48. Distribución de casos de ECJ esporádicos por año de diagnóstico. CAE, años 1995 a 2021. EDO.



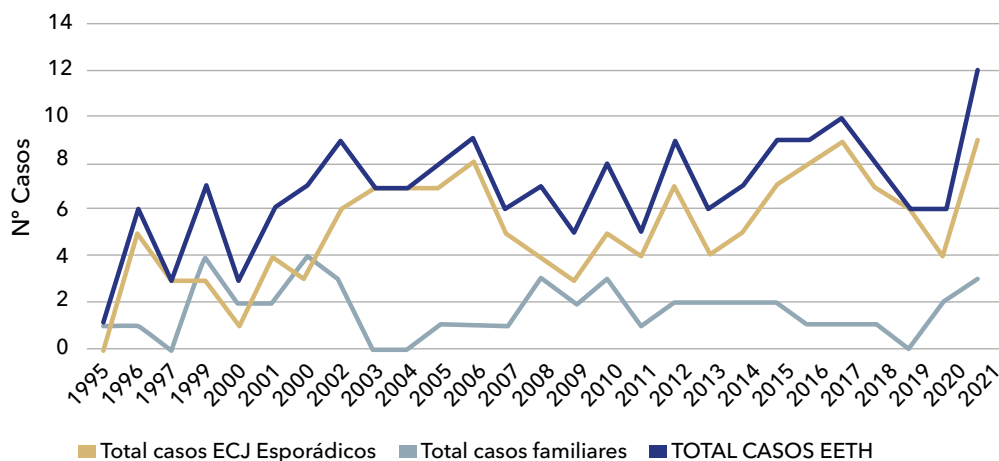
En la figura 49, se muestran por año de diagnóstico, las EETH de tipo familiar o genético: los casos de Creutzfeldt-Jakob hereditaria o familiar (ECJ familiar), los casos de Insomnio Familiar Letal (IFL) y los casos del síndrome de Gerstmann-Sträussler-Scheinker (GSS). En la temporada analizada se han confirmado un 100% de los casos.

Figura 49. Evolución de casos EETH familiar o genético por año de diagnóstico. CAE, años 1995 a 2021. EDO



En la figura 50 se aprecia la evolución de esta patología en la horquilla de tiempo tenida en cuenta, constatándose un mayor nº de casos esporádicos que hereditarios.

Figura 50. Evolución de casos de EETH por año de diagnóstico. CAE, años 1995 a 2021. EDO.



En la Tabla 39, se expone por territorio histórico la distribución de los casos de EETH desde 1995 a 2021. Teniendo en cuenta el número de habitantes de cada territorio, en Araba/Álava se puede observar el predominio de los casos de EETH de tipo genético en relación a los otros dos TH.

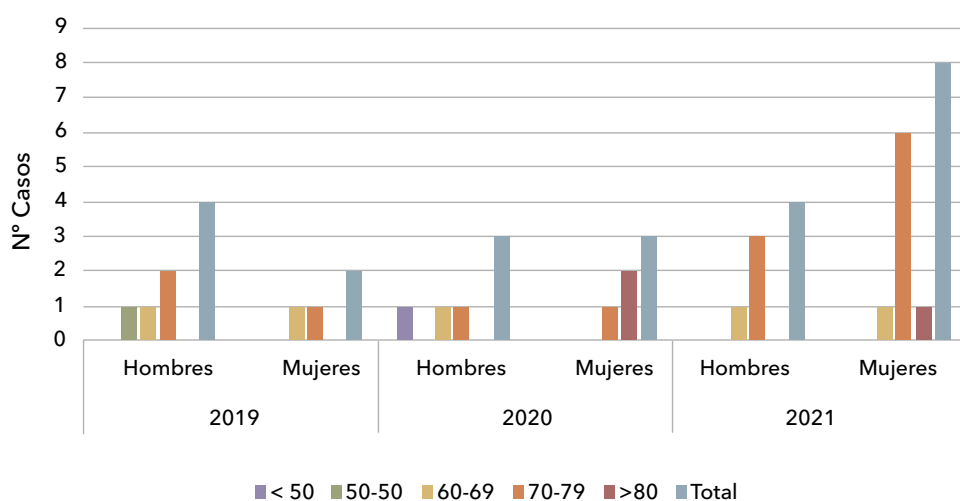
Tabla 39. Distribución de casos de EETH en por territorio histórico. CAE, años 1995 a 2021. EDO.

	ARABA/ÁLAVA	BIZKAIA	GIPUZKOA	CAE
Casos ECJ Esporádicos	18	79	46	143
Casos Familiares*	24	11	9	44
Casos EETH	42	90	55	187

*EETH de tipo familiar o genético: Creutzfeldt-Jakob hereditaria o familiar (ECJ familiar), Insomnio Familiar Letal (IFL) y Síndrome de Gerstmann-Sträussler-Scheinker (GSS).

En cuanto a la distribución por sexo y grupos de edad de los casos de EETH declarados desde 2019 a 2021, en la figura 51 se puede apreciar un aumento de estos en las mujeres en el año 2021, sobre todo en las del grupo de edad de 70 a 79 años.

Figura 51. Distribución de casos de EETH por sexo y grupos de edad. CAE, años 2019 a 2021. EDO.



En los casos ECJ esporádicos confirmados la edad media de diagnóstico fué de 69,3 años en 2019, de 79,2 años en 2020 y de 73,4 años en 2021. El grupo de edad donde se diagnosticaron mas casos corresponde al de 70-79 años (57,9%) en el trienio 2019-2021. Un 63,7% fueron mujeres y un 36,3% fueron hombres. Las tasas de ECJ esporádicos confirmados por 1.000.000 habitantes son: 1,4 para 2019, 1,8 para 2020 y 3,2 para 2021. Las tasas de ECJ esporádicos confirmados y probables por 1.000.000 habitante⁶⁵ son: 2,7 para 2019, 1,8 para 2020 y 4,1 para 2021.

Se ha registrado 5 casos familiares confirmados por estudio genético y molecular en el trienio 2019-2021. La edad media de diagnóstico es de 65 años, estando la mayoría de los casos registrados entre 64 y 77 años de edad. Un 60% de los casos familiares fueron mujeres y un 40% hombres.

No se ha detectado en la CAE ningún caso sospechoso de la nueva variante de la enfermedad de Creutzfeldt-Jakob (ECJv).

LEPRA

Los casos de lepra que se notifican son importados. En general, personas naturales de países endémicos o bien que trabajan o han trabajado dichos países. El diagnóstico definitivo se produce tras lesiones dermatológicas con un tiempo de evolución variable y que previamente no diagnosticados en los países de origen.

En el periodo comprendido 2019 a 2021 se ha notificado 4 casos de lepra. Todos con antecedentes de haber vivido o trabajado en zonas endémicas.

En el 2019 se registró un caso de lepra paucibacilar en Gipuzkoa, una mujer de 92 años con antecedentes de trabajar como enfermera en Venezuela a lo largo de su vida.

Dos casos se notificaron en el año 2020: una mujer de 46 años con lepra multibacilar, natural de Brasil y que recientemente se trasladó a vivir al País Vasco. No se identificó el posible riesgo de exposición en su país. El otro caso se notificó en una persona de 34 años de origen brasileño y con diferentes factores de riesgo.

El cuarto caso (lepra lepromatosa) se notificó en el año 2021, un hombre de 39 años, natural de Colombia.

1.3. Vigilancia de COVID-19

Importante destacar que este informe analiza las infecciones confirmadas por una PCR y/o Ag declaradas por los laboratorios al Departamento de Salud del Gobierno Vasco. La incidencia real de infección es evidentemente mucho más elevada.

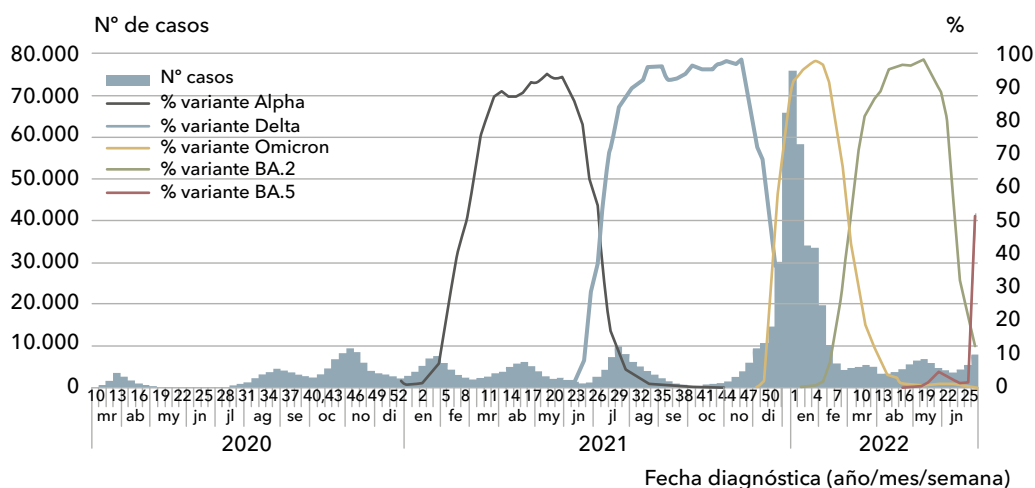
1.3.1. Incidencia

Desde el primer diagnóstico de COVID-19 el 1 de marzo de 2020 hasta el 3 de julio de 2022 (semana 26), se han registrado 741 877 PDIA positivas (PCR/ Ag) en personas residentes en la Comunidad Autónoma Vasca. Esto equivale a una tasa de incidencia acumulada (IA) al final del periodo de 33,8 casos por cada cien habitantes, 32,6 en hombres y 35,0 en mujeres. Se han registrado 32707 reinfecciones (4,4%).

En la primera onda pandémica, entre el 2 de marzo y el 10 de mayo de 2020, se confirmaron 13084 casos; la tasa más alta se registró en la semana 13 (162,8/100.000). Desde el 11 de mayo hasta el 12 de julio, la incidencia se mantuvo en cifras bajas con tasas semanales inferiores a 10/100.000 (rango: 2,0-9,1); en este periodo se registraron 848 casos. En la semana 29 (13-19 julio de 2020) se observó un cambio de tendencia y se inició un periodo de elevada incidencia con varias ondas (picos máximos en las semanas 35 y 45 de 2020, en las semanas 4, 15 y 29 de 2021 y en la semana 1 de 2022). El pico más elevado (3464,4/100 000) de toda la pandemia se registró en la primera semana de 2022, momento en que la variante Omicron suponía más del 90% de las variantes circulantes.

La vacunación y las diferentes variantes han ido influyendo a lo largo de toda la pandemia tanto en la incidencia como en la severidad de la enfermedad. Las ondas de incidencia, como sucede en otras enfermedades de transmisión respiratoria, se asocian a épocas de mayor contacto social.

Figura 52. Número de casos (PDIA +) por semana de diagnóstico y porcentaje de variantes circulantes. CAE, 2020-2022 (semana 26).

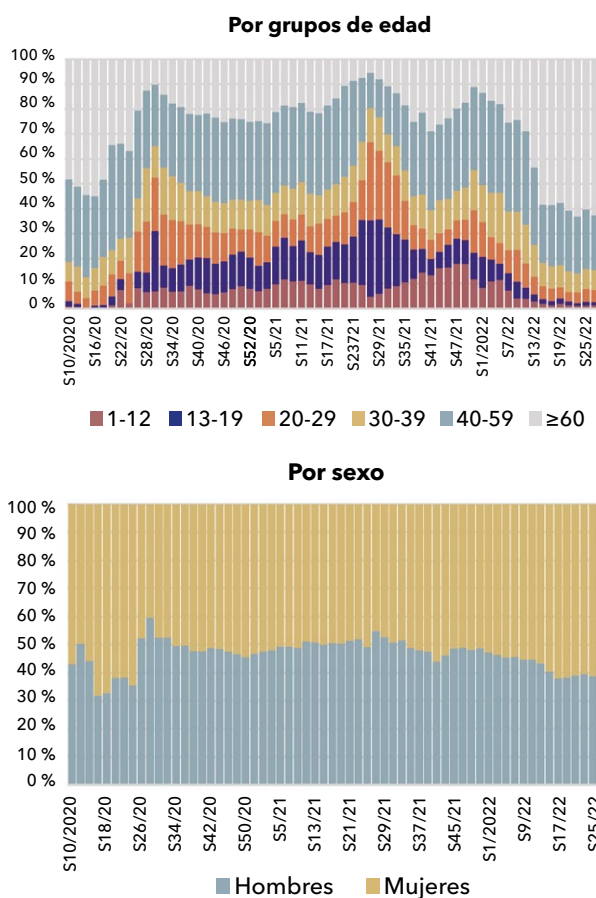


Fuente: Laboratorios de Microbiología de Osakidetza y laboratorios privados de la CAE y EDO (Enfermedades de Declaración Obligatoria).

El porcentaje de mujeres afectadas ha sido superior al de hombres prácticamente toda la pandemia, en todos los territorios y OSI. La mayor diferencia se observa en la primera onda, durante el confinamiento y la explicación podría ser que hay más mujeres trabajando en el ámbito sanitario y sociosanitario y más mujeres institucionalizadas.

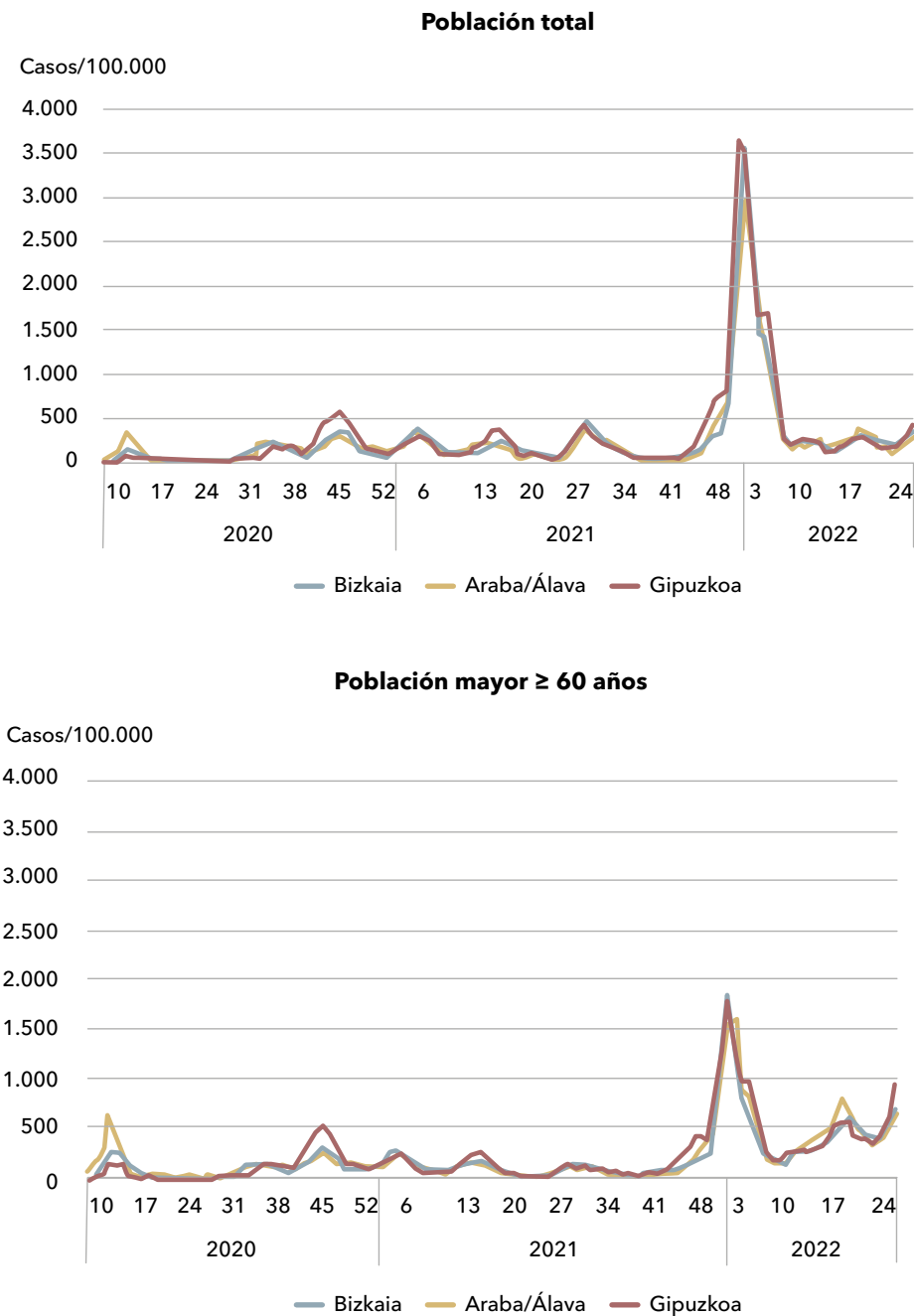
Destaca el mayor porcentaje de casos en mayores de 60 años en la primera onda pandémica influenciado por la menor disponibilidad de pruebas diagnósticas, y en el primer trimestre del año 2022 por el cambio de estrategia que limitaba la realización de pruebas diagnósticas únicamente a la población vulnerable (>= a 60 años). También se observa un mayor porcentaje en los jóvenes de 12 a 29 años en el verano de 2021 asociado a viajes de estudios principalmente. Posteriormente, en el otoño de 2021, se aprecia un mayor porcentaje en los menores de 12 años que comienzan el curso escolar aun sin vacunar. La evolución en los otros grupos de edad es más estable.

Figura 53. Porcentaje de casos (PDIA+) por fecha de diagnóstico (14 días), por grupos de edad y por sexo. CAE, 2020-2022 (semana 26).



La evolución de la incidencia ha sido similar en los tres territorios históricos, con ligeras variaciones. En la primera onda pandémica la tasa más alta la presentó Araba/Álava y la más baja Gipuzkoa. La situación se invirtió en la última onda pandémica de 2020. En la onda pandémica de 2022 la incidencia más baja correspondió a Araba/Álava, aunque es más alta en los mayores de 60 años en el segundo trimestre.

Figura 54. Tasa de incidencia (por 100.000 habitantes) por semana de diagnóstico y por Territorio Histórico de residencia del paciente. CAE. 2020-2022 (semana 26).



Aunque la incidencia ha sido más alta en las mujeres prácticamente en toda la pandemia, su evolución ha sido similar en ambos sexos, tanto en la CAE como en cada OSI. Por TH de residencia de los casos, la tasa de incidencia acumulada en 2020-2022 (semana 26) más elevada se registró en Gipuzkoa y la más baja en Araba/Álava. Por OSI la tasa más alta la presentó la OSI Debagoiena (42%), tanto en hombres como en mujeres y la más baja correspondió a los hombres y mujeres de la OSI Rioja Alavesa (24%).

Tabla 40. Número de casos (PDIA+) y tasa de incidencia (por 100 habitantes) de COVID-19 confirmados, por sexo y por OSI/TH de residencia. 2020-2022(sem26).

	HOMBRES		MUJERES		TOTAL	
	N	Tasa	N	Tasa	N	Tasa
OSI Araba	43.676	31,4	49.176	34,0	92.852	32,7
OSI Rioja Alavesa	1.328	22,0	1.496	26,5	2.824	24,1
ARABA/ÁLAVA	49.415	30,5	55.673	33,1	105.088	31,8
OSI Barakaldo-Sestao	18.611	30,9	21.624	33,1	40.235	32,0
OSI Barrualde-Galdakao	45.695	30,1	50.780	32,3	96.475	31,2
OSI Bilbao-Basurto	55.026	33,8	64.617	35,3	119.643	34,6
OSI Ezkerraldea-Enkarterri	22.501	28,8	26.045	31,2	48.546	30,0
OSI Uribe	32.909	31,3	37.121	32,8	70.030	32,1
BIZKAIA	173.580	31,5	198.602	33,5	372.182	32,5
OSI Bidasoa	12.950	34,1	14.784	37,3	27.734	35,8
OSI Debagoiena	12.875	40,5	13.930	43,1	26.805	41,8
OSI Debabarrena	12.913	36,3	14.058	38,4	26.971	37,4
OSI Donostialdea	58.170	33,3	67.664	35,9	125.834	34,7
OSI Goierri Alto Urola	18.338	37,9	19.873	41,6	38.211	39,7
OSI Tolosaldea	12.216	37,9	13.489	41,8	25.705	39,8
GIPUZKOA	124.216	35,4	140.391	38,2	264.607	36,8
CAE	12.216	37,9	13.489	41,8	25.705	39,8

N: Número de casos. Tasa: casos por 100 habitantes.

Nivel socioeconómico. Disponemos del índice de privación⁵ del 94% y 91% de los pacientes diagnosticados en los años 2020 y 2021-2022 respectivamente. La relación entre el índice de privación y la incidencia de COVID-19 es significativa en ambos sexos. En el primer año de pandemia la Tasa de Incidencia Estandarizada a la edad (TEE) fue significativamente superior en los niveles III, IV y V (más desfavorecidos) que en el nivel I y II (más favorecidos). En 2021 y primer semestre de 2022, esta diferencia desaparece.

⁵ Construcción de un índice de privación a partir de datos censales en grandes ciudades españolas (Proyecto MEDEA) https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0213-91112008000300002

Figura 55. Tasa de Incidencia Estandarizada (TEE por 100.000 habitantes) de enfermedad COVID-19, según el Índice de Privación y sexo. CAE, 2020-2022 (semana 26).

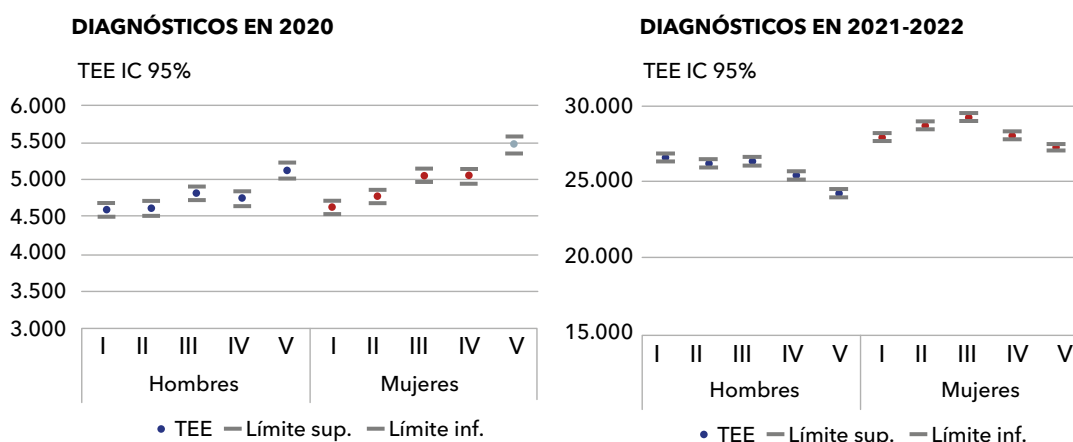


Tabla 41. COVID 19. Número de casos y tasas crudas (TC), tasas estandarizadas por edad (TEE) y Razón de Tasas Estandarizadas (RTE), por Índice de Privación, sexo y año de diagnóstico. CAE, 2020-2022 (semana 26).

Índice Privación	Hombres					Mujeres							
	Casos	TC	TEE	RTE	IC del 95%	Casos	TC	TEE	RTE	IC del 95%			
2020	I (+ rico)	10103	4536,90	4600,50	1,00								
	II	10151	4490,40	4614,76	1,00	1,00	1,01	11270	4754,81	4772,29	1,03	1,03	1,04
	III	10534	4687,59	4821,31	1,05	1,04	1,05	11680	4979,26	5052,86	1,09	1,09	1,10
	IV	9358	4657,58	4756,82	1,03	1,03	1,04	10432	4933,79	5054,78	1,09	1,09	1,10
	V (+ pobre)	9083	4990,88	5129,33	1,11	1,11	1,12	10100	5304,04	5470,21	1,18	1,18	1,19
	Sin IP	3402 (6,5%)					3713 (6,3%)						
2021	I (+ rico)	58385	26218,65	26617,06	1,00								
	II	58389	25828,98	26216,33	0,98	0,98	0,99	66201	27930,20	28653,95	1,03	1,02	1,03
	III	58346	25963,75	26388,65	0,99	0,99	0,99	66655	28415,46	29241,11	1,05	1,05	1,05
	IV	50159	24964,66	25456,78	0,96	0,96	0,96	56882	26902,19	27999,04	1,00	1,00	1,00
	V (+ pobre)	43288	23785,66	24254,50	0,91	0,91	0,91	49820	26163,08	27257,98	0,98	0,97	0,98
	Sin IP	26013 (8,8%)					29498 (8,8%)						
2022	I (+ rico)	58385	26218,65	26617,06	1,00			66814	27161,93	27932,49	1,00		
	II	58389	25828,98	26216,33	0,98	0,98	0,99	66201	27930,20	28653,95	1,03	1,02	1,03
	III	58346	25963,75	26388,65	0,99	0,99	0,99	66655	28415,46	29241,11	1,05	1,05	1,05
	IV	50159	24964,66	25456,78	0,96	0,96	0,96	56882	26902,19	27999,04	1,00	1,00	1,00
	V (+ pobre)	43288	23785,66	24254,50	0,91	0,91	0,91	49820	26163,08	27257,98	0,98	0,97	0,98
	Sin IP	26013 (8,8%)					29498 (8,8%)						

Para estimar el efecto del nivel socioeconómico utilizamos el Índice de Privación (IP) MEDEA actualizado por área de residencia, según el censo de 2011.

1.3.2. Brotes de COVID-19 fuera del ámbito domiciliario

Desde el 11 de mayo de 2020, inicio de la “desescalada”, hasta el 19 de diciembre de 2021 (semana 50) se han investigado 4.049 brotes fuera del ámbito domiciliario, con un total de 32.013 casos. La investigación de brotes se suspende en la semana 50 de 2021 porque a partir de esa semana, con la introducción de la variante Omicron, la alta incidencia registrada en la comunidad hizo que disminuyera la exhaustividad de la declaración por parte de la Red de Rastreo.

Se considera brote de COVID-19 cualquier agrupación de tres o más casos con infección activa entre los que se ha establecido un vínculo epidemiológico. Los brotes que únicamente afectan a los convivientes habituales de un mismo domicilio, salvo que tengan características especiales o que se expandan a nuevos ámbitos, no se analizan en este informe. Del ámbito laboral se excluye el personal sanitario, de educación y de hostelería cuando los brotes incluyen clientes.

Aunque el porcentaje de asociados a brotes es del 11% del total de los casos confirmados en la comunidad en el mismo periodo, la investigación de brotes es importante porque ayuda a identificar los ámbitos de exposición donde la transmisión del virus ha sido más elevada y orienta la toma de medidas de control.

Se recogen cinco ámbitos generales: laboral, social, educativo, sociosanitario y sanitario. Los ámbitos de inicio de los brotes son por orden de frecuencia el educativo (43%), laboral (24%), social (17%), sociosanitario (13%), y sanitario (2%). Fuera de estos cinco ámbitos generales, se recogen 4 brotes en centros penitenciarios con 61 casos y 1 brote en un edificio de viviendas con 44 casos.

Con respecto al número de casos asociados a estos brotes, los centros educativos aportan el 34% de los casos, el ámbito social el 21%, el laboral el 19%, los centros sociosanitarios el 22% y los centros sanitarios el 5%. En el 2021, el número medio de casos por brote disminuye en todos los ámbitos con respecto al 2020.

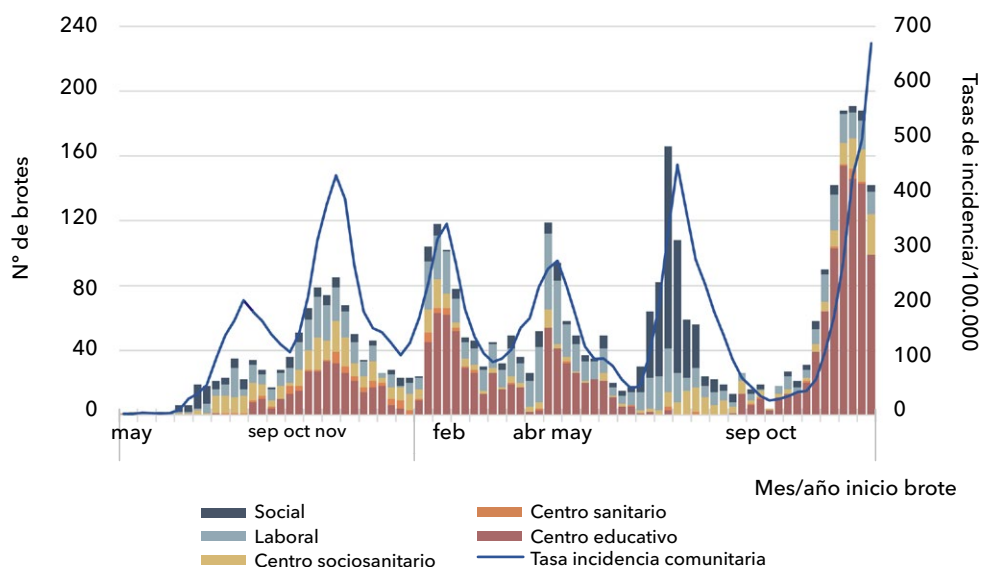
Tabla 42. Número y porcentaje de brotes y casos por ámbito de exposición CAE, 11 mayo 2020- 19 diciembre 2021.

Ámbito general	Nº brotes	%	Nº casos	%	Media casos	Mediana casos	Rango casos
Centro educativo	1748	43	10939	34	6	4	(3-226)
Centro sanitario	95	2	1478	5	16	9	(3-103)
Centro sociosanitario	539	13	6886	22	13	7	(3-163)
Laboral	965	24	5990	19	6	4	(3-65)
Social	697	17	6615	21	9	5	(3-216)
Otros*	5	0	105	0	21	23	(4-44)
Total	4049	100	32013	100	8	9	(3-226)

*Otros: Centros penitenciarios, vivienda comunitaria.

Aunque los dos brotes con más casos se han registrado en el ámbito educativo (226 casos) y en el social (216 casos), los brotes de mayor tamaño ocurren en el ámbito sociosanitario y sanitario. El tamaño de los brotes disminuye en todos los ámbitos del 2020 al 2021.

Figura 56. Número de brotes por ámbito de exposición y semana de inicio del brote. Tasa de incidencia por semana de diagnóstico. CAE, 11 mayo 2020-19 diciembre 2021.



Fuente: Unidades de Vigilancia Epidemiológica de la CAE.

La distribución de los brotes ha presentado seis picos de incidencia simultáneos a los observados en la comunidad.

En el **ámbito sociosanitario**, especialmente en las residencias de mayores, la transmisión fue especialmente elevada en el 2020. En cambio, en el 2021 se registra un porcentaje de brotes y de casos bajo debido probablemente a la primovacunación y a la dosis de refuerzo.

Los brotes del **ámbito social**, a pesar de estar presentes en todo el periodo de estudio, predominan en la segunda onda pandemia de 2021, en la época de verano. Se asocian a viajes de fin de curso o viajes vacacionales organizados durante la época de verano y la gran mayoría de los cuales se producen fuera de la CAE.

En cuanto al **ámbito laboral** la distribución temporal de brotes es uniforme. La investigación identifica con frecuencia como factor de riesgo los momentos de descanso dentro de la jornada laboral.

En el **ámbito educativo** los brotes están presentes a lo largo del curso escolar. Se observa un aumento de brotes con tendencia ascendente a principios de octubre de 2021 que coincide con el inicio curso escolar y se ve favorecido por la introducción de la variante *Ómicron* y afecta sobre todo a escolares, que aún no habían sido inmunizados.

En el **ámbito sanitario** hay una disminución en el número de brotes del 2020 al 2021, debido seguramente a la mejora de la vigilancia y control de la enfermedad en dichos centros.

1.3.3. Monitorización de la Severidad

Definimos como enfermedad severa la infección que determina el ingreso y/o el fallecimiento del paciente. Se registran los ingresos por sintomatología COVID-19 y los ingresos de pacientes que estando ingresados por otra causa se contagian y presentan síntomas de COVID-19; se excluyen los ingresados con PDIA+ por otras causas y sin sintomatología COVID-19.

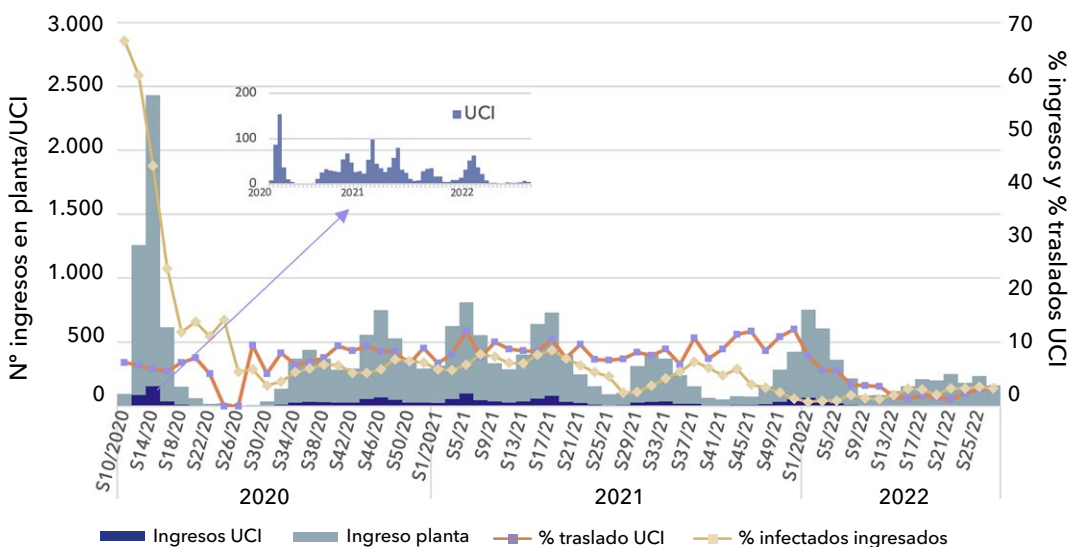
Analizamos los ingresos hospitalarios que se generan en la población residente en Araba/Álava y Bizkaia (67% de la población de la CAE) con diagnóstico confirmado (PDIA+) entre el 1 de marzo de 2020 y el 3 julio(sem26) de 2022. Asumimos que la severidad es similar en los tres Territorios Históricos.

Se registran los fallecidos por COVID-19 que tienen como causa básica del fallecimiento en el certificado de defunción la enfermedad COVID-19 (CIE-10: U071). El análisis se hace con la información disponible al realizar este informe, fallecidos diagnosticados en 2020-2021.

MORBILIDAD HOSPITALARIA

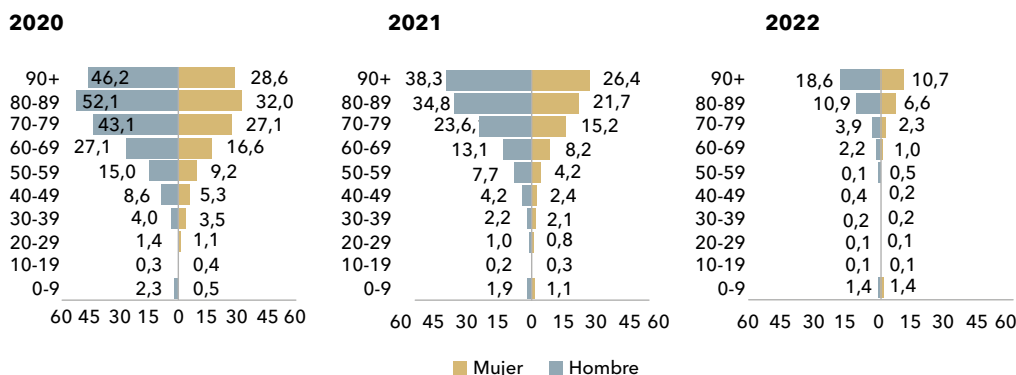
Hasta el 3 de julio 2022, al menos 19.416 personas residentes en Araba/Álava o Bizkaia fueron ingresadas por COVID 19, el 56% (1.533,7/100.000) eran hombres y el 44% mujeres (1.114,1/100.000). La edad media de los hombres era 66 años y la de las mujeres 68. El 10% de los hombres y el 6% de las mujeres ingresadas fueron trasladadas a la UCI y dentro de esta unidad, al menos el 64% de los hombres y el 61% de las mujeres precisaron ventilación mecánica invasiva. En 2022, coincidiendo con el predominio del linaje de variante *Omicron*, se observan las tasas de hospitalización más bajas (582,2 en 2020, 522,8 en 2021 y 212,0 en 2022) y también el porcentaje de personas infectadas que ingresan y el porcentaje de traslados a UCI es menor.

Figura 57. Número de ingresos en planta y en UCI por fecha de ingreso (14 días). Porcentaje (%) de pacientes PDIA+ que ingresan y % de ingresados que pasan a UCI. Bizkaia y Araba/Álava. 2020-2022 (semana 26).



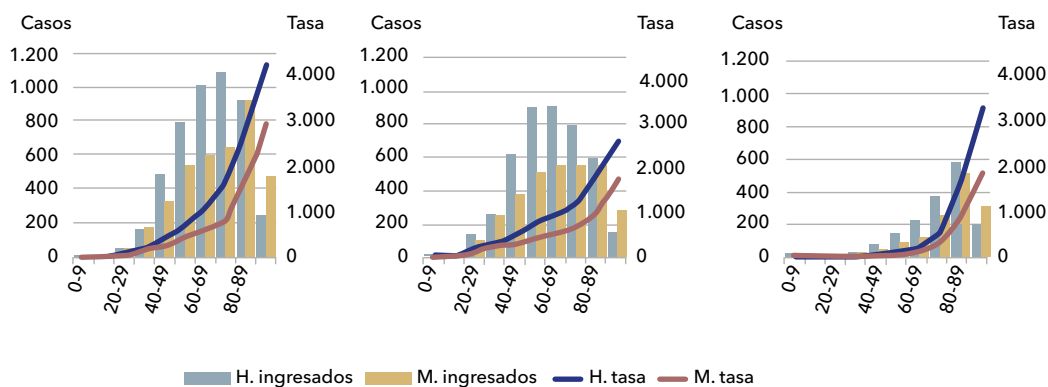
El porcentaje de pacientes con PDIA+ que ingresan ha disminuido a lo largo de la pandemia, siendo el 12%, 4% y 1% en 2020, 2021 y 2022 respectivamente. La severidad de la enfermedad en todos los periodos es mayor en los hombres y aumenta con la edad.

Figura 58. Porcentaje de pacientes ingresados según el año de diagnóstico, por edad y por sexo. Bizkaia y Araba/Álava, 2020-2022 (semana 26).



También las tasas de ingresados por 100.000 habitantes, menos influenciadas por el número de pruebas realizadas, han disminuido a lo largo de la pandemia: 582,2/100.000 en 2020, 524,8/100.000 en 2021 y 212,0/100.000 en 2022. La edad media de los pacientes ingresados fue 68, 63 y 75 años en 2020, 2021 y 2022 respectivamente.

Figura 59. Número y tasa de ingresos en planta (por 100.000) según el año de diagnóstico, por edad y por sexo. Bizkaia y Araba/Álava, 2020-2022 (semana 26).



La estancia en planta tuvo un rango amplio, desde cero días hasta varios meses. Las estancias más largas corresponden a pacientes que, tras ingresos largos en la UCI, son trasladados a hospitales de larga estancia para rehabilitación. Para calcular la estancia media, excluimos 93 casos (0,5%) que estuvieron más de 3 meses ingresados. El valor de la estancia media en planta ha disminuido a lo largo de la pandemia. En la UCI no se observa este cambio.

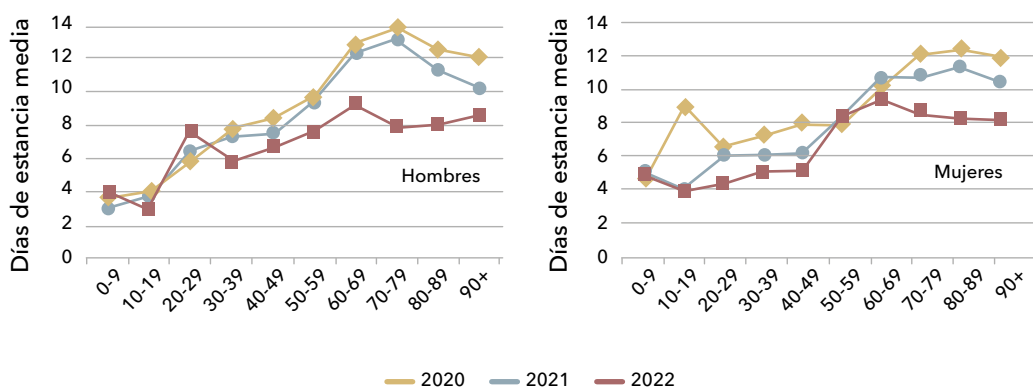
Tabla 43. Estancia media (días) en planta y en UCI. Bizkaia y Araba/Álava, 2020-2022 (semana 26).

	PLANTA				UCI			
	2020	2021	2022	Total	2020	2021	2022	Total
Número de ingresos	8.430	7.509	3.213	19.152	661	766	121	1.548
Media	11	10	8	10	15	16	15	15
Q25 (Cuartil 25)	5	4	3	4	5	6	4	5
Q50 (Mediana)	8	7	6	7	10	12	10	11
Q75 (Cuartil 75)	14	12	10	12	19	21	21	20
Casos no contabilizados*				364				100

*Sin alta (centros privados) o con estancia >90 días.

La estancia media aumenta, en general, al aumentar la edad de las personas ingresadas. En 2022 ha sido para ambos sexos la más baja en todos los grupos de edad.

Figura 60. Estancia media (días) en planta por edad y año de ingreso. Bizkaia y Araba/Álava, 2020-2022 (semana 26).



Los síntomas más frecuentes de la COVID-19 registrados en los pacientes ingresados son: fiebre, neumonía, tos, dificultad respiratoria y “otros”. La presentación clínica de la enfermedad ha variado a lo largo de la pandemia. Por un lado, el porcentaje de pacientes con neumonía ha disminuido de forma importante desde 70% en 2020 y 80% en 2021, hasta 40% en 2022 y, por otro lado, el porcentaje de “otros” síntomas ha aumentado 10 puntos, de 30 a 40%. Esta etiqueta “otros” se asocia, en general, a pacientes crónicos con pluripatología y edad avanzada (media: 75 años), que ingresan por una descompensación de su patología de base que coincide con la infección por SARS-CoV-2.

Tabla 44. Sintomatología de las personas ingresadas por COVID 19, por sexo. Bizkaia y Araba/Álava, 2020-2022 (semana 26).

SINTOMATOLOGÍA	HOMBRES		MUJERES		TOTAL	
	N	%	N	%	N	%
Fiebre	8.438	77	6.049	71	14.487	75
Neumonía	7.917	72	5.531	65	13.448	69
Cefalea	1.205	11	1.128	13	2.333	12
Diarrea	1.597	15	1.570	19	3.167	16
Vómitos	440	4	731	9	1.171	6
Escalofríos	574	5	319	4	893	5
Tos	6.532	60	4.946	58	11.478	59
Dolor de garganta	1.039	10	956	11	1.995	10
Dificultad respiratoria	5.606	51	4.348	51	9.954	51
Síndrome de distress respiratorio	605	6	318	4	923	5
Otros cuadros respiratorios graves	1.085	10	717	9	1.802	9
Fallo renal agudo	589	5	368	4	957	5
Anosmia	747	7	666	8	1.413	7
Ageusia	727	7	608	7	1.335	7
Otros	3.322	30	2.770	33	6.092	31

El 77% de los ingresados presenta algún factor de riesgo que aumenta la vulnerabilidad. Todos los factores de riesgo son más frecuentes en los hombres, excepto la obesidad y la enfermedad neurológica que son más frecuentes en mujeres.

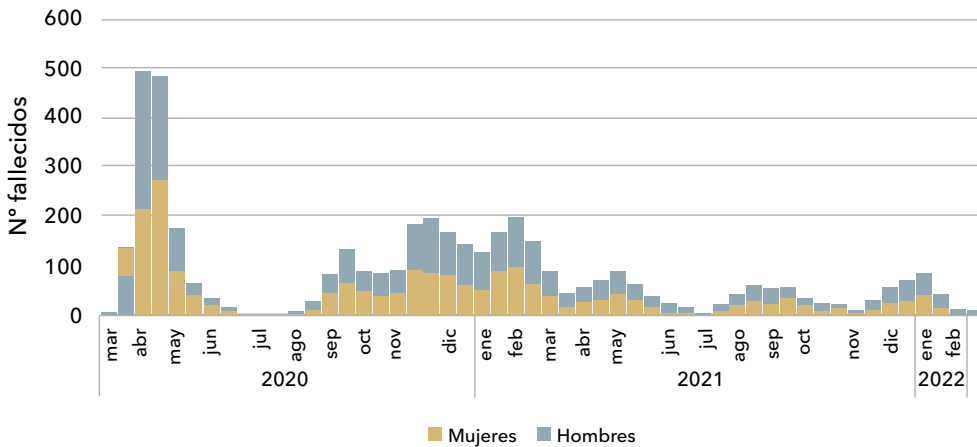
Tabla 45. Factores de riesgo de los casos ingresados por COVID-19. 2020-2022. Bizkaia y Araba/Álava, 2020-2022 (semana 26). EDO.

FACTORES DE RIESGO	HOMBRES		MUJERES		TOTAL	
	N	%	N	%	N	%
Diabetes mellitus	2.386	22	1.575	19	3.961	20
Enf. cardiovascular (incluye hipertensión)	5.948	54	4.341	51	10.289	53
Enf. pulmonar crónica	2.500	23	1.534	18	4.034	21
Enf. neurológica (incluye demencia)	1.451	13	1.558	18	3.009	15
Enfermedad renal crónica	1.179	11	784	9	1.963	10
Cáncer	700	6	424	5	1.124	6
Obesidad	1.014	9	1.043	12	2.057	11
Enf. hepática crónica	373	3	149	2	522	3
Embarazo			89	1		
Postparto			7	0,1		
Inmunodeficiencia	382	4	319	4	701	4
Otros factores de riesgo	641	6	613	7	1.254	7
Sin factores de riesgo	2.334	21	1.721	20	4.055	21
No consta	207	2	145	2	352	2
Total ingresos	10.932		8.484		19.416	

MORTALIDAD

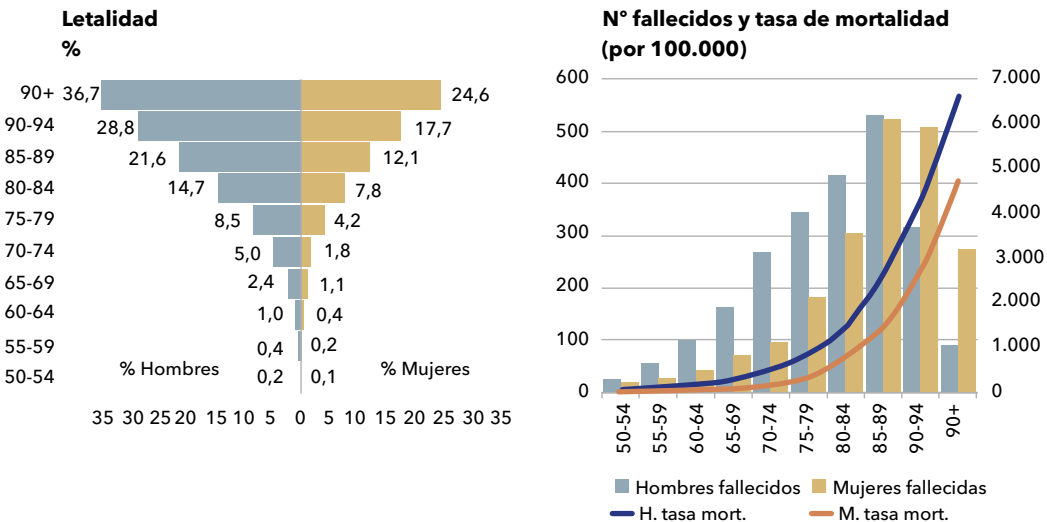
Del total de personas residentes en la CAE diagnosticadas hasta el 31 de diciembre de 2021, se han registrado 4.412 fallecimientos por COVID-19 entre 2020 y 2022 (semana 26). El 53% (2.341) eran hombres con una edad media de 80 años y el 47% (2.071) mujeres con una edad media de 85 años. El 96% de los fallecidos tenían sesenta o más años. La letalidad, que esta sobreestimada en la primera onda pandémica debido a la falta de pruebas diagnósticas, es más baja en el año 2021 (0,6%) que en el año 2022 (2,5%) debido probablemente a la reducción de la inmunidad vacunal y al mayor número de pruebas diagnósticas.

Figura 61. Número de fallecidos (PDIA +) por fecha de defunción (14 días) y por sexo. CAE, 2020-2021 (semana 26). EDO, Registro de mortalidad.



La tasa de mortalidad acumulada de todo el periodo fue 201,2 por 100.000 habitantes (220,0 en hombres y 183,4 en mujeres) y la letalidad global, 1,2% (1,2% en hombres y 1,0 % en mujeres). Tanto la mortalidad como la letalidad aumentan con la edad, los dos indicadores son más elevados en los hombres en todos los grupos de edad. Durante todo el periodo fallecieron 173 personas menores de 60 años, 48 eran menores de cincuenta.

Figura 62. CAE, 1 marzo 2020 a 31 diciembre 2021.



Fuente: EDO, Registro de mortalidad de la CAE.

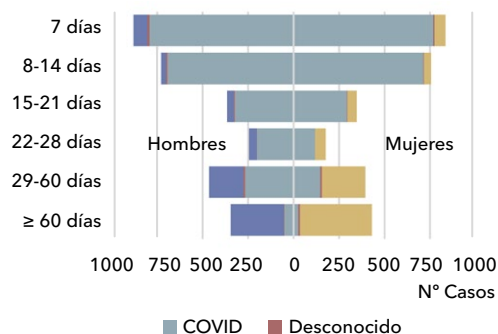
Se dispone de información sobre los factores de riesgo (FR) del 96% de las personas fallecidas. Del total de casos con información, al revisar la historia clínica, en el 97% de los casos se registra al menos un factor de riesgo y del 3% restante (145) solo 14 personas fallecidas eran menores de 60 años. Los tres FR más frecuentes son la enfermedad cardiovascular (incluye hipertensión), la enfermedad neurológica (incluye demencias) y la diabetes. Excepto la enfermedad neurológica y la obesidad, el resto de FR registrados son más frecuentes en los hombres. El 24% de los casos presentan un FR, 36% dos FR y 40% tres o más FR.

Tabla 46. Factores de riesgo en personas fallecidas por COVID-19. CAE, 2020-2021.

FACTORES DE RIESGO	HOMBRES		MUJERES		TOTAL	
	N	%	N	%	N	%
Casos con FR registrados	2.150	96	1.923	98	4.073	97
Diabetes mellitus	731	32	535	27	1.266	30
Enf. Cardiovascular (incluye hipertensión)	1.759	78	1.508	77	3.267	77
Enfermedad pulmonar crónica	666	30	383	19	1.049	25
Enf. neurológica (incluye demencia)	710	32	889	45	1.599	38
Enfermedad renal crónica	507	23	416	21	923	22
Cáncer	298	13	175	9	473	11
Obesidad	141	6	171	9	312	7
Enfermedad hepática crónica	113	5	43	2	156	4
Embarazo	0	0	1	0		0
Inmunodeficiencia	106	5	73	4	179	4
Otros	203	9	203	10	406	10
Casos sin factores de riesgo	79	4	31	2	110	3
No constan FR	21	1	14	1	35	1
Casos con información	2.250		1.968		4.218	

Consta el fallecimiento de 5.967 personas que fueron diagnosticadas con una prueba PDIA los años 2020-2021. Entre esas personas 4.412 (74%) tienen como causa básica de defunción en el certificado de defunción la COVID-19 y 1.506 (25%) tienen otra causa de fallecimiento. En 66 casos (1%) no se dispone del certificado de defunción. El 89% de los fallecimientos se producen en los primeros 28 días tras el diagnóstico.

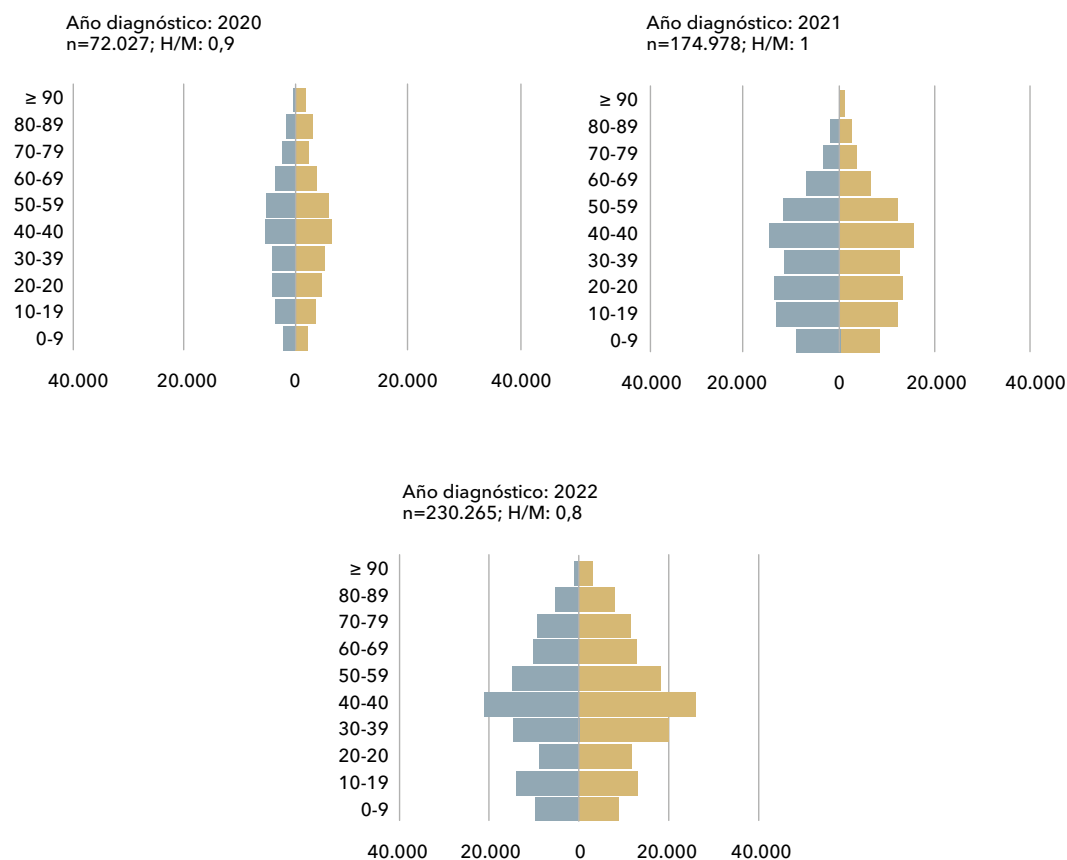
Figura 63. Número de fallecidos con PDIA+, por sexo, causa de defunción y tiempo transcurrido desde el diagnóstico hasta el fallecimiento. CAE, 2020-2021.



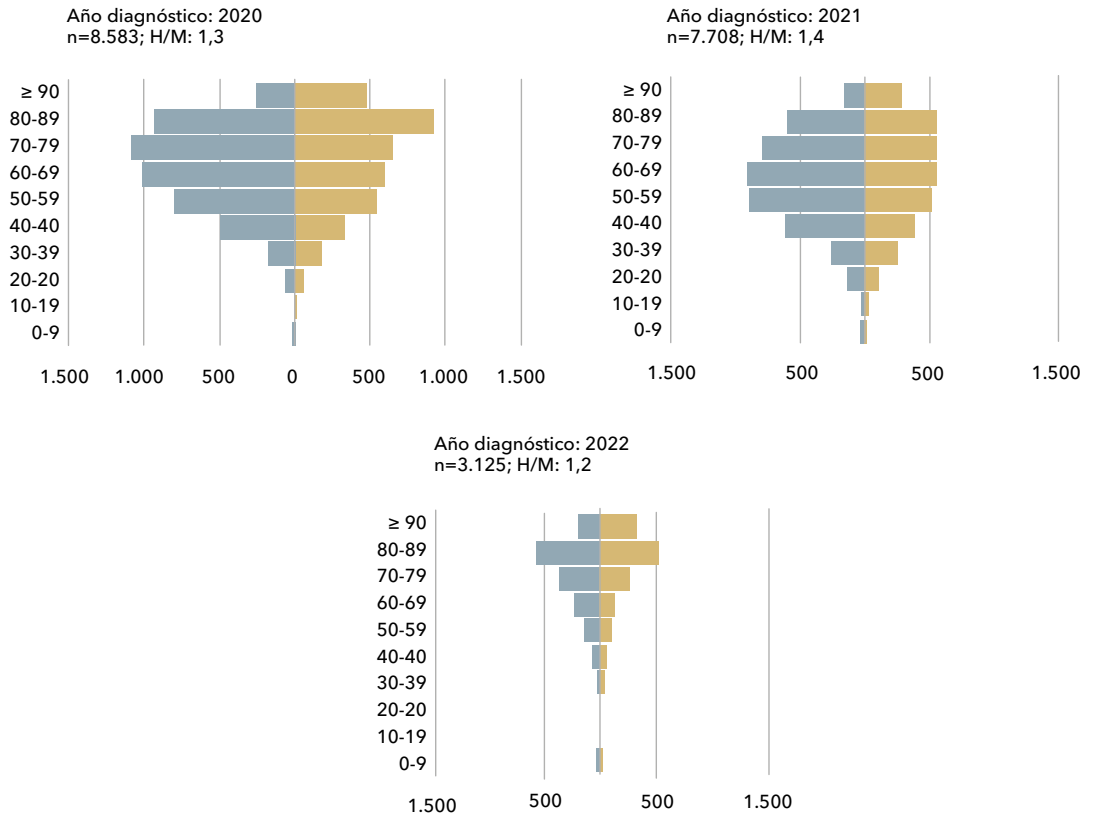
Fuente: Registro de mortalidad. EDO (Enfermedades de declaración obligatoria).

Figura 64. Distribución por sexo, por grupos de edad y por año de diagnóstico del número de infecciones, hospitalizaciones (planta y UCI) y fallecimientos. Bizkaia y Araba/Álava, 2020-2022 (semana 26).

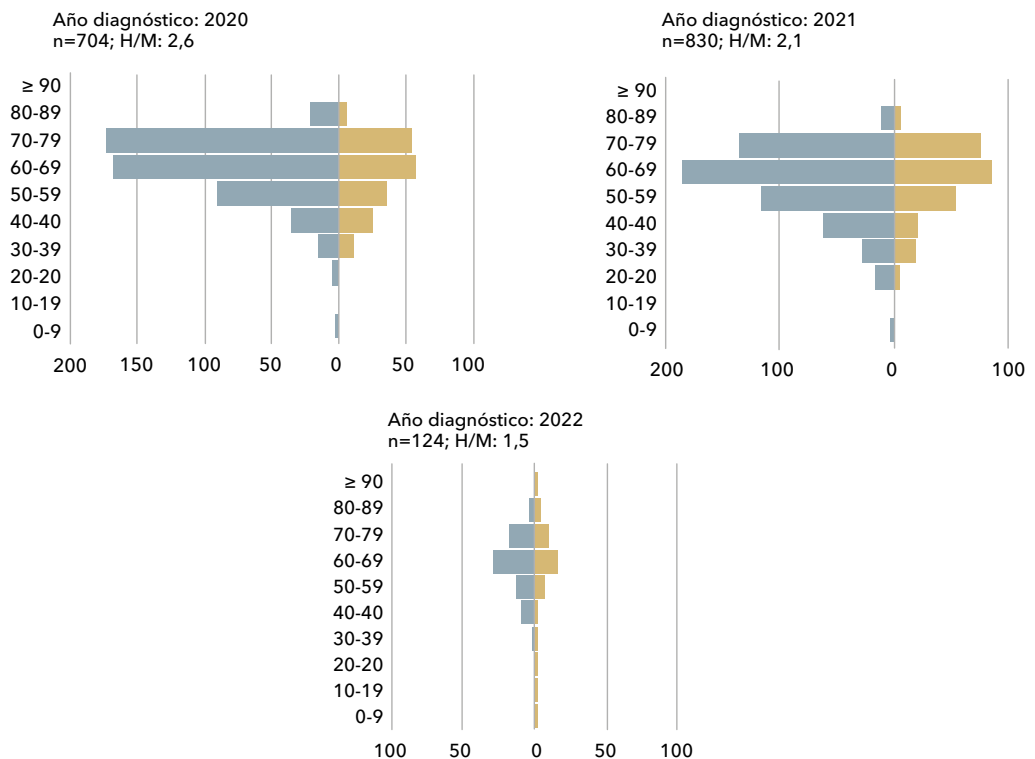
INFECCIONES



INGRESOS PLANTA



INGRESOS UCI



FALLECIDOS

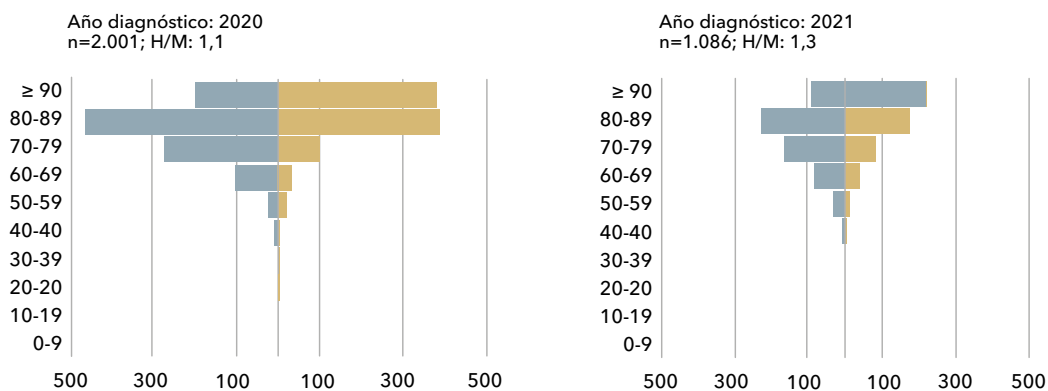


Tabla 47. Incidencia acumulada y hospitalización en planta y en UCI por COVID-19, por periodos diagnósticos y por sexo. (Infecciones: CAE) (Hospitalizaciones: Araba/Álava, Bizkaia). 2020-2022 (semana 26).

	PRIMERA	2020*	2021	2022	TOTAL
Nº CASOS (CAE)					
Hombres	5394	52631	138041	156539	347211
Mujeres	7690	58796	141910	193960	394666
Total	13084	111427	279951	350499	741877
Tasa IA (por 100.000)					
Hombres	506,9	4946,3	12973,3	14711,7	32631,4
Mujeres	681,0	5207,1	12567,8	17177,4	34952,2
Total	596,6	5080,6	12764,5	15981,2	33826,3
Razón de tasas H/M	0,7	0,9	1,0	0,9	0,9
Edad (media)					
Hombres	63	43	36	44	41
Mujeres	62	46	38	46	43
Nº INGRESOS (Araba/Álava - Bizkaia)					
Hombres	2407	4806	4442	1684	10932
Mujeres	1906	3777	3266	1441	8484
Total	4313	8583	7708	3125	19416
Tasa hospitalización (por 100.000)					
Hombres	337,7	674,3	623,2	236,3	1533,7
Mujeres	250,3	496,0	428,9	189,2	1114,1
Total	292,5	582,2	522,8	212,0	1317,0
Razón tasas: H/M	1,3	1,4	1,5	1,2	1,4

Edad					
Hombres	67	67	62	73	66
Mujeres	69	67	64	76	68
Total	68	68	63	75	67
% infecciones que ingresan					
Hombres	54,0	14,2	5,1	1,6	4,9
Mujeres	29,9	9,9	3,7	1,1	3,3
Total	39,8	11,9	4,4	1,4	4,1
N° ingresos en UCI					
Hombres	221	507	559	75	1141
Mujeres	80	197	271	49	517
Total	301	704	830	124	1658
Razón casos H/M	2,8	2,6	2,1	1,5	2,2
Edad					
Hombres	65	64	60	63	62
Mujeres	62	61	61	59	61
Total	64	63	61	61	62
% ingresados que pasan a UCI					
Hombres	9,2	10,5	12,6	4,5	10,4
Mujeres	4,2	5,2	8,3	3,4	6,1
Total	7,0	8,2	10,8	4,0	8,5
N° ingresos con VM					
Hombres	171	327	365	41	733
Mujeres	63	123	169	23	315
Total	234	450	534	64	1048
% pacientes en UCI con VM					
Hombres	77,4	64,5	65,3	54,7	64,2
Mujeres	78,8	62,4	62,4	46,9	60,9
Total	77,7	63,9	64,3	51,6	63,2

*En el 2020 se incluye la primera onda pandémica (desde 1 marzo hasta el 10 de mayo de 2020).

Tabla 48. Número de fallecidos, letalidad y mortalidad por COVID-19, por periodos diagnósticos y por sexo. CAE, 2020-2021.

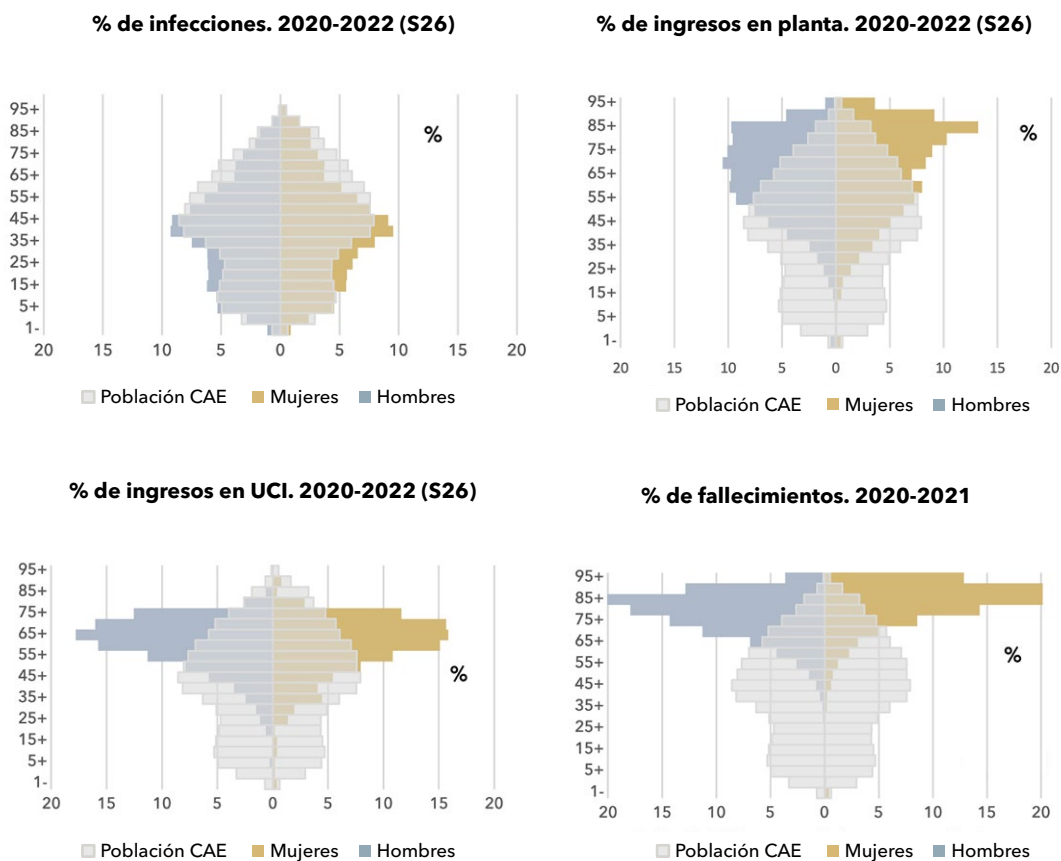
	PRIMERA	2020**	2021	TOTAL
Nº FALLECIDOS (CAE)				
Hombres	708	1451	890	2341
Mujeres	702	1346	725	2071
Total	1410	2797	1615	4412
Tasa mortalidad (por 100.000)				
Hombres	66,5	136,4	83,6	220,0
Mujeres	62,2	119,2	64,2	183,4
Total	64,3	127,5	73,6	201,2
Razón tasas H/M	1,1	1,1	1,3	1,2
Edad				
Hombres	81	81	78	80
Mujeres	86	86	83	85
Tasa letalidad (%)				
Hombres	13,1	2,8	0,6	1,2
Mujeres	9,1	2,3	0,5	1,0
Total	10,8	2,5	0,6	1,1

*Primera onda: desde el 1 marzo/2020 hasta el 10 mayo /2020.

**En el 2020 se incluye la primera onda pandémica.

En la figura 65 se representa la pirámide de población de la CAE por grupos de edad quinquenales y, superpuesto, el porcentaje de hombres y mujeres infectados, ingresados y fallecidos por COVID-19. En el grupo de mayores de 60 años (30% de la población residente en la CAE), se han registrado el 22% de las infecciones, el 68% de los ingresos (estimación con los datos de Araba/Álava y Bizkaia) y el 96% de los fallecimientos.

Figura 65. Distribución (%) por edad (grupos quinquenales) y sexo de los casos de COVID-19 confirmados y distribución (%) de la población. CAE, 2020-2022 (semana 26).

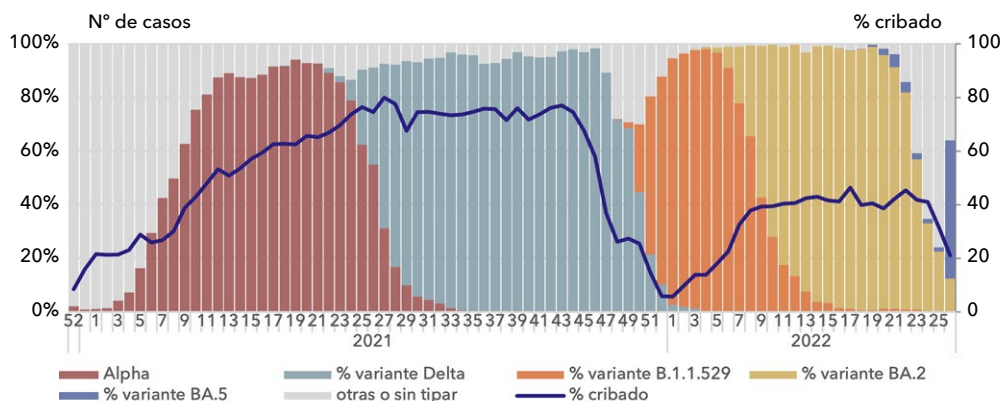


1.3.4. Vigilancia microbiológica de las variantes

La variante circulante durante el primer año de la pandemia, 2020, fue la variante de *Wuhan*. La variante Alpha (B.1.1.7) fue secuenciada por primera vez en los laboratorios de la CAE en la semana 52 de 2020 y alcanzó el máximo en la semana 16 de 2021. Los primeros casos de variante Delta (B.1.617.2) se identificaron en la semana 16 de 2021 y la variante *Omicron* irrumpió en la semana 48 de 2021 alcanzando el máximo en la semana 2 de 2022. En 2021 se registran las variantes Alpha y Delta y en 2022 el linaje *Omicron*. El reemplazo de una variante es progresivo en el caso de la variante delta y muy rápido cuando irrumpe la *Omicron*.

El porcentaje de cribado de variantes presenta un importante descenso a finales del 2021 y primer trimestre del año 2022 debido a la elevada incidencia de ese periodo.

Figura 66. Porcentaje de variantes identificadas por semana y año de diagnóstica. CAE, 2020 (semana 52) a 2022 (semana 26).

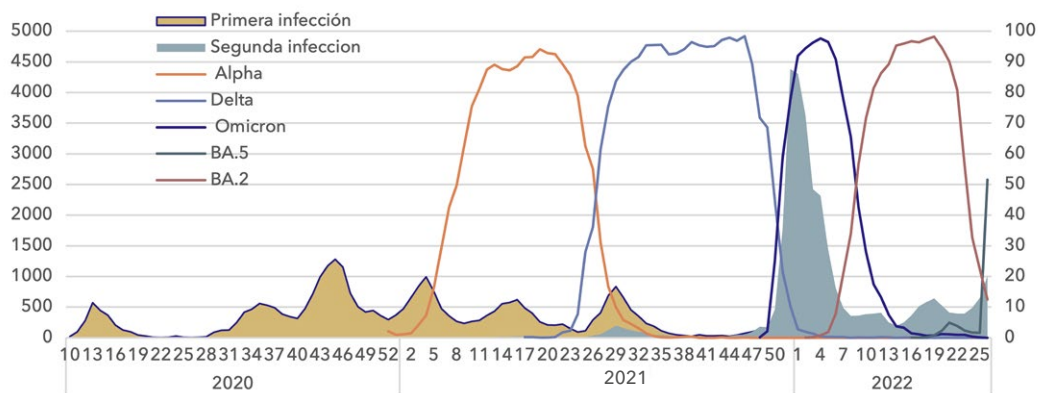


Fuente: Servicios de Microbiología de la Red de Diagnóstico Biológico de Osakidetza.

El 4% de las infecciones registradas hasta la semana 26 de 2022, eran reinfecciones. En total, 32.549 personas tuvieron una segunda infección confirmada por una PDIA y, de estas 194 una tercera. Seis pacientes fallecieron en la segunda reinfección, uno en 2020 y 5 en 2021, lo que supone una tasa de letalidad de 0,02%.

En la segunda infección, solo el 13% (4.219) de las variantes están caracterizadas. De estas, el 2% son variante Alpha, el 20% Delta y el 78% son linaje *Omicron* (42% B.1.1.529 y 36% BA.2), el resto son otras variantes. Destaca la influencia en el número de reinfecciones registradas de la introducción del linaje *Omicron*.

Figura 67. Número de pacientes con reinfección COVID y % de variantes circulantes por fecha de diagnóstico de la primera y segunda infección. CAE, 2020-2022 (semana 26).



Fuentes: Servicios de Microbiología de la Red de Diagnóstico Biológico de Osakidetza. EDO (Enfermedades de Declaración Obligatoria).

1.3.5. Vigilancia ambiental en aguas residuales

El estudio de la concentración de material genético del virus SARS-CoV-2 en las aguas residuales se ha revelado como una herramienta importante de estudio de evolución de la pandemia.

A partir de esos niveles detectados y su variación a lo largo del tiempo se puede evidenciar la circulación del virus dentro de la comunidad. Esto es posible porque un porcentaje elevado de personas infectadas, ya sean sintomáticas, asintomáticas, presintomáticas o postsintomáticas, o incluso sintomáticas sin diagnosticar, excreta en sus heces partículas víricas que se vierten a la red de saneamiento.

Los niveles detectados nos permiten conocer si el número de infectados en la comunidad aumenta o disminuye. Sin embargo, estos niveles detectados también pueden variar debido a multitud de factores a lo largo del proceso, por ejemplo, eventos de lluvia, temperatura, tiempo de retención hidráulica en alcantarillas, transporte de muestras al laboratorio, hora de muestreo, etc. que pueden distorsionarnos la información y que debemos tener en cuenta.

La CAE participa en el proyecto para la Vigilancia y Alerta Temprana de SARS-CoV-2 en aguas residuales (proyecto VATar COVID-19), desarrollado por el Ministerio para la Transición Ecológica y el Reto Demográfico (MITECO), el Ministerio de Sanidad, el Consejo Superior de Investigaciones Científicas, Ministerio de Ciencia e Innovación, y las comunidades autónomas.

El Proyecto se puso en marcha en mayo de 2020 y realiza el estudio semanal de la presencia y evolución del material genético del virus (ARN SARS-CoV-2) y sus variantes en 54 depuradoras distribuidas por todo el estado. La Estación Depuradora de Aguas Residuales (EDAR) alavesa de Crispijana de Vitoria-Gasteiz y la EDAR de Galindo de Bilbao son las representantes vascas del proyecto VATar. Se puede consultar más información en la web del proyecto VATar⁶.

A su vez, el proyecto URBEHA da seguimiento del SARS-CoV-2 en las Estaciones Depuradoras de Aguas Residuales de la Comunidad Autónoma de Euskadi. En este sentido, la agencia vasca del agua, URA, amplía el seguimiento mediante el proyecto URBEHA, incorporando las aguas de entrada y salida de EDAR adicionales, entre ellas la EDAR Loiola de Donostia-San Sebastián. Se puede consultar más información en la web del proyecto URBEHA⁷.

⁶ Alerta temprana COVID 19 en aguas residuales: <https://www.miteco.gob.es/es/agua/temas/concesiones-y-autorizaciones/vertidos-de-aguas-residuales/alerta-temprana-covid19/default.aspx>

⁷ Proyecto URBEHA: <https://www.uragentzia.euskadi.eus/proyecto-urbeha/webura00-01040503urbeha/es/>

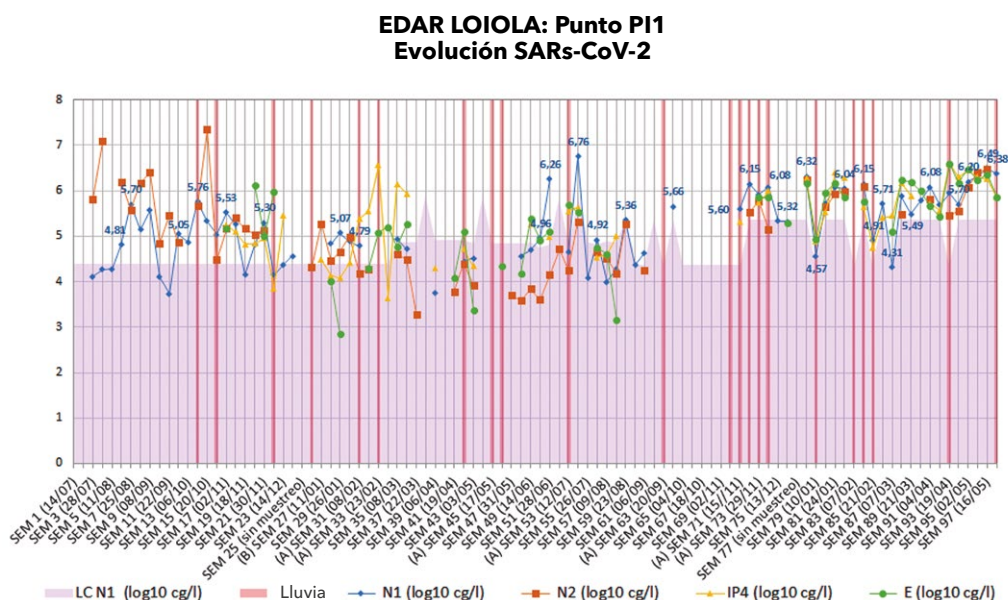
A continuación se presentan los resultados hasta la semana 98 (23/05/2022) del proyecto VATar de las EDAR de Crispijana y Galindo y del proyecto URHEBA del EDAR de Loiola.

RESULTADOS Y EVOLUCIÓN DE LOS AISLAMIENTOS EN AGUAS RESIDUALES

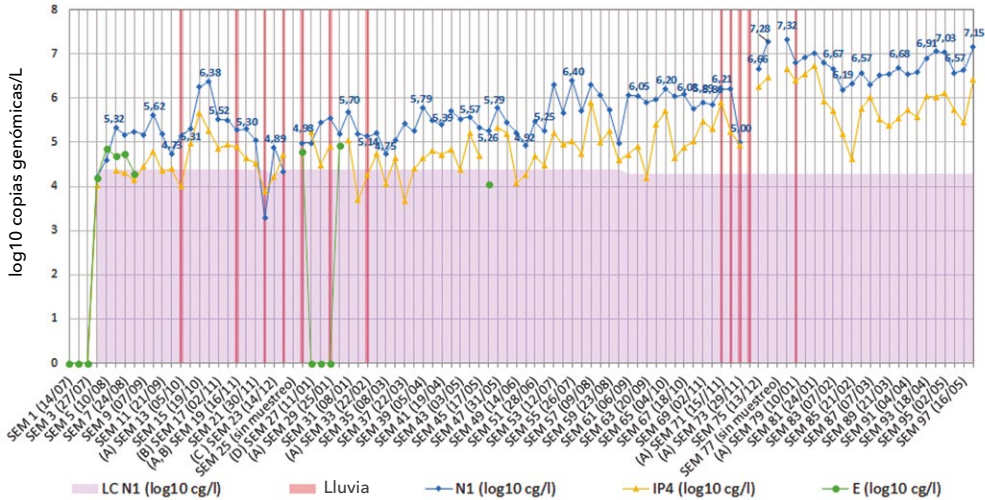
Los resultados que pueden variar debido al efecto de dilución provocado por las lluvias registradas horas antes del muestreo, así como los de variación intersemanal cuando al menos uno de los dos datos con los que se ha calculado haya estado afectado.

En cuanto la cuantificación de material genético del virus SARS-CoV-2 y su evolución respecto a la semana anterior, se observan variaciones en la cantidad de material genético cuantificado, encontrándose mayores concentraciones en los períodos en el que la tasa de incidencia de casos ha sido elevada (septiembre y octubre de 2020 y diciembre de 2021). En todas las EDAR se observa un aumento significativo en la cuantificación del material genético de COVID-19 a partir de diciembre de 2021, fecha en la que irrumpe con fuerza la variante Omicron en la CAE.

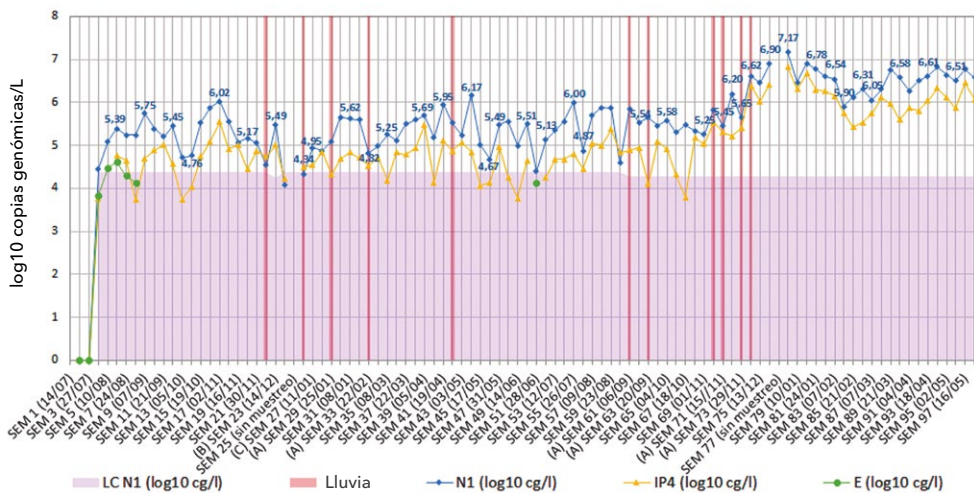
A continuación se muestra la evolución de la cuantificación del material genético aislado por semana desde el inicio del proyecto.



EDAR GALINDO: ENTRADA
Evolución SARs-CoV-2



EDAR CRISPIJANA: ENTRADA
Evolución SARs-CoV-2



Fuentes: Ministerio para la Transición Ecológica y el Reto Demográfico (MITECO) y URA.

EVOLUCIÓN DE LAS VARIANTES SARS-COV-2

El análisis se basa en la detección y estimación de proporciones de mutaciones específicas de las principales variantes de preocupación, utilizando como diana el gen que codifica para la glicoproteína S.

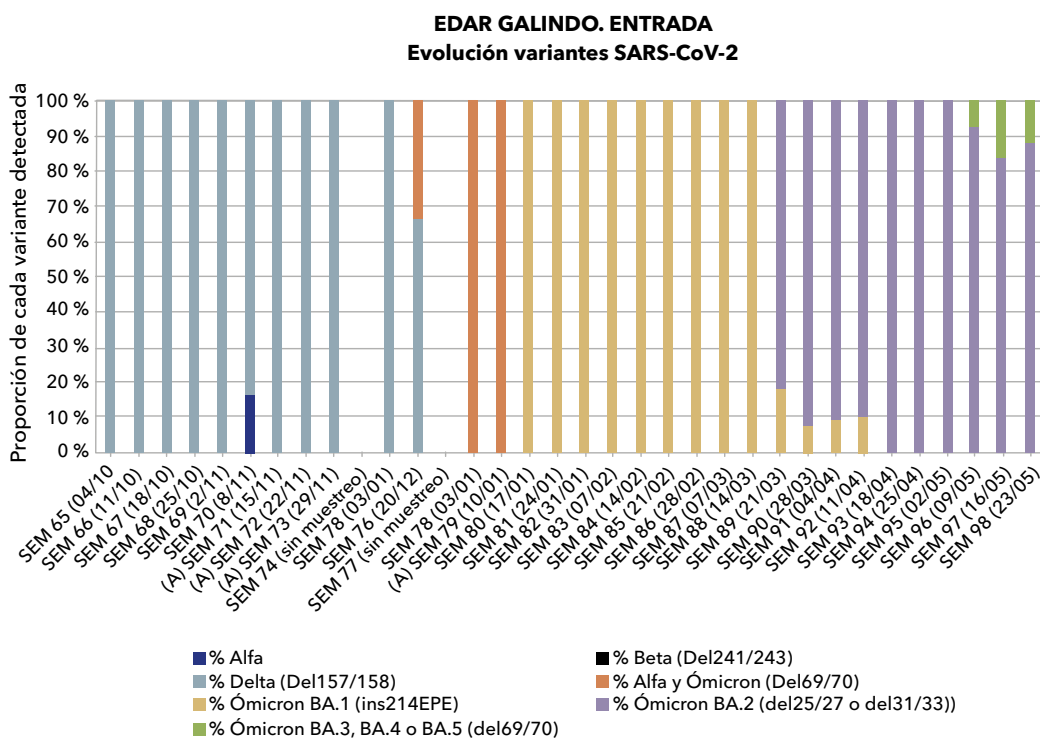
El análisis para la detección de la mutación del25/27 indica que está presente, mientras que el análisis para la detección de la del69/79 indica que está presente en una proporción baja. Esto parece indicar la presencia del sublinaje BA.2, y el BA.4 o BA.5 en una proporción baja.

A la hora de interpretar estos resultados se ha de tener en cuenta que la mutación del69/70 está presente en los sublinajes BA.1, BA.3, BA.4 y BA.5 de Ómicron. Sin embargo, la comparativa con otros análisis a nivel nacional, indicaría que la detección de esta mutación actualmente se debe a la presencia en la muestra de los sublinajes BA.4 y BA.5.

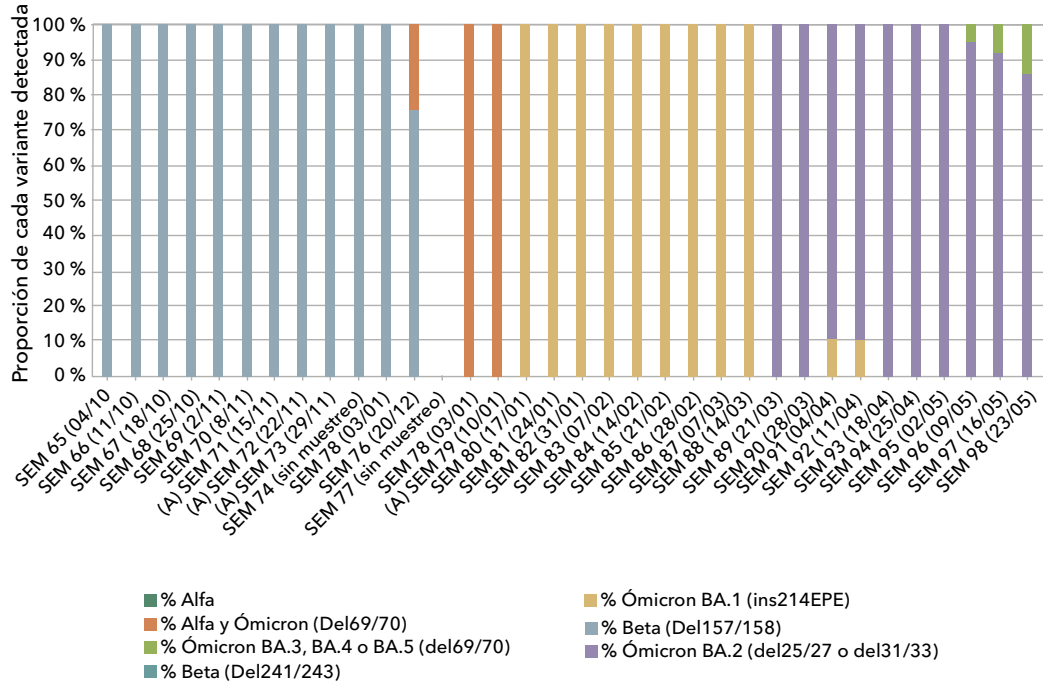
Por otro lado, la mutación del25/27, hasta ahora específica del sublinaje BA.2, está también presente en los nuevos sublinajes BA.4 y BA.5, por lo que su detección en la muestra indica la presencia de cualquiera de estos 3 sublinajes. Por lo tanto, para conocer la presencia de los sublinajes BA.4 y BA.5 se ha de analizar en conjunto los resultados del análisis de las mutaciones del69/70 y del25/27.

El estudio de variantes en las EDAR de la CAE se inició el 4 de octubre de 2021. Hasta diciembre de 2021 la mayoría de las variantes detectadas fue Delta. A partir de esta fecha irrumpe la variante *Omicron* y comienza a detectarse su presencia en las aguas residuales. En la EDAR 12 Crispijana el 20 de diciembre de 2021 el 69% de las variantes eran Delta y el 22% Alfa y *Omicron*. En la EDAR13 Galindo el 20 de diciembre de 2021 el 61% de las muestras eran Delta y el 31% Alfa y *Omicron*.

Figura 68. A continuación se muestra la evolución de las variantes de SARS-CoV-2 en las EDAR de Galindo y Crispijana.



EDAR CRISPIJANA. ENTRADA
Evolución variantes SARS-CoV-2



Fuentes: Ministerio para la Transición Ecológica y el Reto Demográfico (MITECO) y URA.

1.4. Enfermedades no transmisibles

1.4.1. Cáncer

EVOLUCIÓN DE LA INCIDENCIA DE CÁNCER EN LA CAE 2001-2016

Se presentan los resultados más destacados sobre la incidencia del cáncer en la CAE en el quinquenio 2012-2016 y la evolución de la incidencia y mortalidad en el periodo 2001-2016. En el quinquenio 2012-2016 se diagnosticaron en la CAE 70.310 casos de cáncer, una media de 14.062 nuevos casos al año (8.240 en hombres y 5.822 en las mujeres). La tasa de incidencia bruta fue de 777,2 por 100.000 en los hombres y de 522,1 por 100.000 en las mujeres. Las tasas ajustadas por edad también son superiores en los hombres, con una razón hombre/mujer de 1,8.

La tasa de incidencia del conjunto de tumores malignos en las mujeres presenta un aumento significativo del 1,8% anual hasta el año 2013 en que se estabiliza (de 372,4 casos por 100.000 habitantes en 2001 a 460,6 en 2013). En este cambio de tendencia influye la incidencia de cáncer de colon-recto (segundo tumor más frecuente en mujeres tras el de mama) que presentaba un aumento significativo de incidencia de 2,2% anual hasta el año 2013, año en que se estabiliza. El aumento significativo de la incidencia de cáncer de mama, 1,7% anual (de 101,9 en 2001 a 129,6 en 2016), y el aumento de un 5,8% anual, estadísticamente significativo, en la del cáncer de pulmón (de 12,9 en 2001 a 31,5 en 2016) explican un menor ritmo de mejora entre las mujeres que entre los hombres.

En el caso de los hombres, las tasas de incidencia del conjunto de tumores malignos en el periodo 2001-2016 tampoco ha sido uniforme. La incidencia, que presentaba un aumento (0,3% anual) no significativo desde el inicio del periodo, en el año 2013 cambia de tendencia y disminuye significativamente un 4,2 % anual (757,1 por 100.000 en el año 2016). En este cambio influye la disminución de la incidencia de tumores muy frecuentes como: el tumor de colon-recto que presenta un descenso significativo anual del 11,1% desde el 2013 (de 147,3 en 2013 a 106,0 en el año 2016); el cáncer de próstata que disminuye significativamente desde el año 2004 un 1,8% al año (de 203,9 en 2004 a 158,9 en 2016) y el cáncer de pulmón que desciende significativamente un 0,6% anual (de 124,5 a 109,0) a lo largo de todo el periodo.

En las tablas 49 y 50 se presentan conjuntamente los datos sobre la incidencia de cáncer en la CAE 2012-2016, junto a las tasas brutas y estandarizadas por localización, así como las tendencias de las tasas de incidencia en la CAE 2001-2016 con los Porcentajes de Cambio Anual (PCA) por localización, tanto en mujeres como en hombres.

EVOLUCIÓN DE LA MORTALIDAD POR CÁNCER DE LA CAE 2001-2020

La tasa de mortalidad por cáncer (todos los tumores malignos) desciende significativamente en el periodo 2001-2020 en ambos sexos. En las mujeres disminuye un 0,3% anual a lo largo de todo el periodo (de 177,3 en 2001 a 155,8 en 2020). En los hombres esta disminución es mayor: 0,8 % anual hasta el 2013 (de 438,9 por 100.00 habitantes en 2001 a 391,3 en 2013), y de un 2,3 % anual del 2013 al 2020 (333,1 por 100.000 en 2020).

Teniendo en cuenta las localizaciones más frecuentes de los tumores malignos en cada sexo, en las mujeres la mortalidad por cáncer de pulmón ha aumentado significativamente a lo largo de todo el periodo; un 7,2 anual hasta el año 2010 (de 10,3 a 20,7) y un 2% anual desde este año hasta 2020 (de 20,7 a 22,5). En los hombres, sin embargo, la mortalidad por cáncer de pulmón desciende significativamente desde el 2007 un 1,6% anual (de 101,9 en 2007 a 80,3 en 2020). La mortalidad por cáncer de colon-recto disminuye significativamente desde el año 2012 un 0,7% al año (de 22,1 a 18,9) a lo largo de todo el periodo en las mujeres y un 4,5% al año (de 59,7 en 2012 a 40,1 en 2020) en los hombres. Descienden significativamente a lo largo de todo el periodo la mortalidad por cáncer de mama, un 1,4% anual (de 32,8 a 20,2), y la mortalidad por el cáncer de próstata un 1,9% anual (de 42,9 a 33,4).

En la figura 69 se presenta la evolución de las tasas de incidencia y de mortalidad ajustadas a la nueva población estándar y el porcentaje de cambio anual (PCA) en las localizaciones más frecuentes de los tumores malignos, en cada sexo, durante el periodo 2001-2020.

Tabla 49. Incidencia de tumores malignos (casos, tasa bruta y estandarizada) por localización en hombres (CAE 2012-2016) y evolución de la incidencia por localización en hombres (CAE 2001-2016).

LOCALIZACIÓN	INCIDENCIA CAE 2012-2016			EVOLUCIÓN INCIDENCIA CAE 2001-2016		
	Casos	TB	TEE13	Periodo	PCA	(IC95%)
Cavidad oral y faringe	1.505	28,4	28,7	2001-2016	↓ -2,5	(-3 - -2)
Esófago	596	11,3	11,6	2001-2016	↓ -2,7	(-4 - -2)
Estómago	1.669	31,5	33,0	2001-2016	↓ -1,8	(-3 - -1)
Colon, recto y canal anal	6.635	125,3	130,3	2001-2013	↑ 2,4	(2 - 3)
				2013-2016	↓ -11,1	(-15 - -8)
Hígado	1.418	26,8	27,4	2001-2016	0,4	(-1 - 1)
Vesícula y vías biliares	399	7,5	8,2	2001-2012	2,3	(-0 - 5)
				2012-2016	-6,6	(-16 - 4)
Páncreas	1.095	20,7	21,6	2001-2016	↑ 2,1	(1 - 3)
Laringe	955	18,0	18,4	2001-2016	↓ -3,3	(-4 - -3)
Tráquea, bronquios y pulmón	5.756	108,7	112,2	2001-2016	↓ -0,6	(-1 - -0)
Melanoma de piel	748	14,1	14,3	2001-2016	↑ 2,5	(1 - 4)
Mesotelioma	160	3,0	3,1	2001-2016	3,2	(-0 - 7)
Mama	81	1,5	1,6	2001-2016	1,0	(-4 - 2)
Próstata	8.324	157,2	166,9	2001-2004	4,4	(-2 - 11)
				2004-2016	↓ -1,8	(-3 - -1)
Testículos	309	5,8	5,6	2001-2016	↑ 2,3	(1 - 4)
Riñón	1.550	29,3	29,5	2001-2016	↑ 1,9	(1 - 3)
Vejiga, pelvis renal y otros	3.453	65,2	68,8	2001-2012	1	(-0 - 2)
				2012-2016	-3,2	(-8 - 2)
Sistema nervioso central	631	11,9	12,1	2001-2016	0,6	(-1 - 2)
Tiroides	299	5,7	5,4	2001-2016	↑ 6,5	(4 - 9)
Linfoma de Hodgkin	253	4,8	4,7	2001-2016	1,9	(-0 - 4)
Linfoma No Hodgkin	1.241	23,4	23,9	2001-2016	↑ 2,1	(1 - 3)
Meloma múltiple	428	8,1	8,5	2001-2016	0,7	(-1 - 2)
Leucemias	1.932	36,5	38,5	2003-2016	1,1	(-0 - 3)
Resto de tumores malignos	1.726	32,6	34,3	-	-	-
Tumores malignos	41.163	777,2	808,6	2001-2013	0,3	(0 - 1)
				2013-2016	↓ -4,2	(-7 - -2)

TB: Tasa bruta por 100.000

TEE13: Tasa ajustada por edad a la nueva población europea estándar por 100.000

PCA: Porcentaje de cambio anual. ↑ Aumento estadísticamente significativo. ↓ Descenso estadísticamente significativo.

Tabla 50. Incidencia de tumores malignos (casos, tasa bruta y estandarizada) por localización en mujeres (CAE 2012-2016) y evolución de la incidencia por localización en mujeres (CAE 2001-2016). Registro de tumores.

LOCALIZACIÓN	INCIDENCIA CAE 2012-2016			EVOLUCIÓN INCIDENCIA CAE 2001-2016		
	Casos	TB	TEE13	Periodo	PCA	(IC95%)
Cavidad oral y faringe	576	10,3	9,0	2001-2016	↑ 1,8	(0 - 3)
Esófago	143	12,6	2,1	2001-2016	0,3	(-3 - 3)
Estómago	921	16,5	13,4	2001-2016	↓ -1,8	(-3 - -1)
Colon, recto y canal anal	4.113	173,7	62,0	2001-2013 2013-2016	↑ 2,2 -5,4	(1 - 4) (-14 - 4)
Hígado	487	8,7	7,1	2001-2016	0,6	(-2 - 1)
Vesícula y vías biliares	397	7,1	5,5	2001-2012	↓ -2,5	(-4 - -1)
Páncreas	989	17,7	14,5	2001-2016	↑ 1,6	(1 - 2)
Laringe	951	1,6	11,5	2001-2016	-1	(-2 - 4)
Tráquea, bronquios y pulmón	1.884	33,8	30,2	2001-2016	↑ 5,8	(5 - 7)
Melanoma de piel	857	15,4	13,8	2001-2016	↑ 1,8	(0 - 3)
Mesotelioma	51	30,9	0,8	2001-2016	3,5	(-5 - 6)
Mama	7.938	142,2	126,9	2001-2016	↑ 1,7	(1 - 2)
Cuello de útero	433	7,8	7,0	2001-2016	-0,6	(-2 - 1)
Cuello de útero, útero sai	1.672	30,0	26,8	2001-2004 2006-2016	↑ 3,6 -0,6	(0 - 7) (-2 - 1)
Ovario	908	16,3	14,6	2001-2016	0,7	(-0 - 2)
Riñón	698	12,5	10,8	2001-2016	↑ 2	(1 - 3)
Vejiga, pelvis renal y otros	876	15,7	12,9	2001-2011 2011-2016	↑ 5,1 -2,1	(3 - 7) (-7 - 3)
Sistema nervioso central	510	9,1	8,1	2001-2016	-0,4	(-1 - 1)
Tiroides	944	16,9	15,9	2001-2019 2009-2016	↑ 12,2 0,1	(8 - 17) (-4 - 4)
Linfoma de Hodgkin	143	2,6	42,8	2001-2016	1,4	(-1 - 4)
Linfoma No Hodgkin	1.053	18,9	16,4	2001-2016	↑ 1,7	(1 - 3)
Mieloma múltiple	401	7,2	6,1	2001-2016	0,4	(-1 - 2)
Leucemias	1.510	27,1	22,8	2003-2016	↑ 1,6	(0 - 3)
Resto de tumores malignos	1.552	27,8	22,9	-	-	-
Tumores malignos	29.147	522,1	454,0	2001-2013 2013-2016	↑ 1,8 -0,9	(2 - 2) (-3 - 2)

TB: Tasa bruta por 100.000

TEE13: Tasa ajustada por edad a la nueva población europea estándar por 100.000

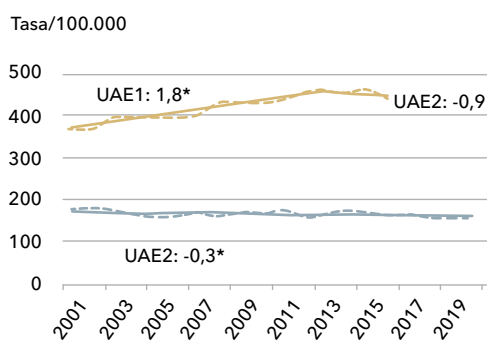
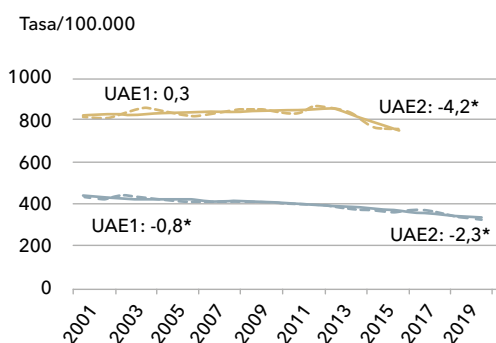
PCA: Porcentaje de cambio anual. ↑ Aumento estadísticamente significativo. ↓ Descenso estadísticamente significativo.

Figura 69. Evolución de las tasas de incidencia (2001-2016) y de mortalidad (2001-2020) de tumores malignos, por año de diagnóstico/fallecimiento y por sexo, CAE. Registro de tumores.

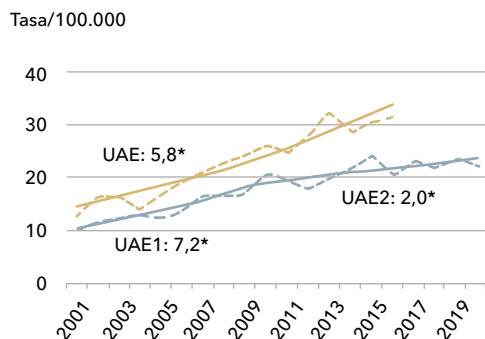
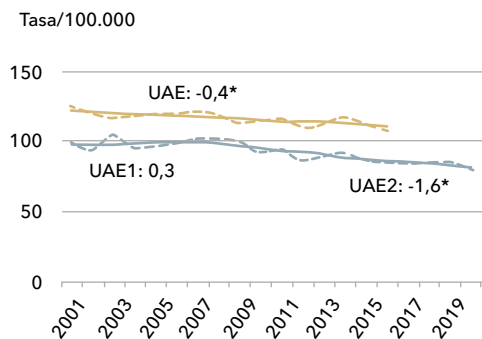
HOMBRES

MUJERES

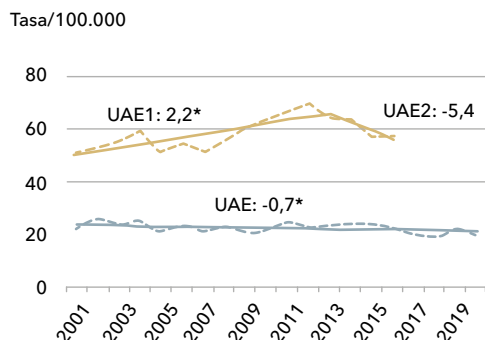
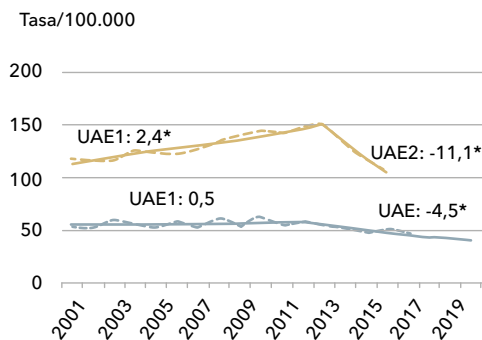
Todos los tumores. (CIE-10: C00-C97)



Pulmón. (CIE-10: C33-C34)

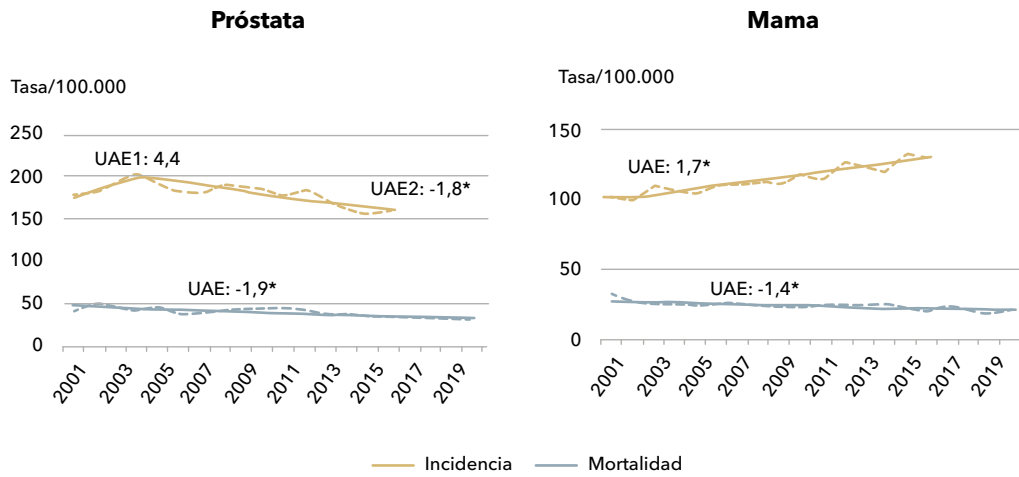


Cáncer de colon y recto. (CIE-10: C18-C21)



— Incidencia — Mortalidad

Salud Pública y Adicciones. Informe 2019-2021



Se puede consultar más información en el informe “Cáncer en la Comunidad Autónoma de Euskadi 2001-2020” del Departamento de Salud del Gobierno Vasco⁸.

⁸ https://www.euskadi.eus/contenidos/informacion/registros_cancer/es_def/adjuntos/Cancer-CAE-2001-2020.pdf

2. Prevención

2.1. Salud materno infantil

2.1.1. Programa de cribado prenatal

Se puso en marcha en 2009 y se desplegó a toda la Organización a partir del 2010. Es un cribado organizado, es decir, que se ofrece a todas las mujeres que acuden a la red de Osakidetza para el seguimiento de su embarazo. La implicación y coordinación de profesionales en todo el proceso (matronas de Atención Primaria, Bioquímica, Ginecología y Epidemiología) permiten monitorizar y evaluar la calidad del Programa.

La información pormenorizada del Programa de cribado prenatal puede consultarse en la web del Departamento de Salud⁹. El Programa de cribado prenatal del Primer Trimestre tiene como **objetivo** detectar las trisomías 21 (Síndrome de Down), 18 (Síndrome de Edwards) y 13 (Síndrome de Patau), así como otras trisomías sexuales.

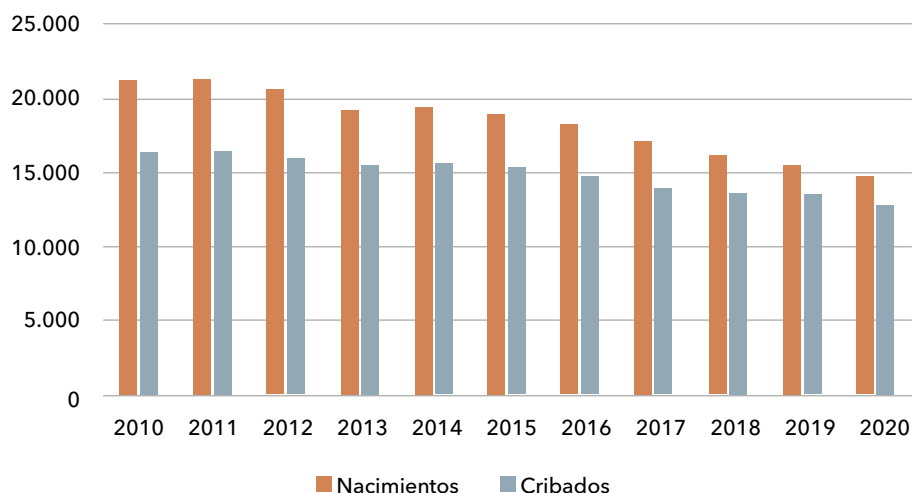
En cuanto a las **características** del programa, se estableció como punto de corte para el cálculo de riesgo positivo a partir de 1/270. Para su cálculo se utiliza un algoritmo (SsdwLab 6.3[®]) que contempla diferentes parámetros (fecha de última regla, edad, antecedentes obstétricos, factores de riesgo (obesidad, tabaco), marcadores bioquímicos (β -HCG y PAPP-A) y ecográficos (translucencia nucal), que se registran en la historia clínica. Todos los embarazos se siguen por el Centro Coordinador del Programa incorporando los resultados perinatales (Aborto Espontáneo, IVE, Recién Nacido), las técnicas invasivas en los casos positivos y el registro de las anomalías congénitas tanto cromosómicas como morfológicas.

Principales resultados

Desde 2009 a 2020 (último año con disponibilidad de resultados) se han registrado 168.292 cribados, estimándose una cobertura del 83,1% de los nacimientos (EUSTAT), con variabilidad a lo largo del periodo como se aprecia en la figura 70.

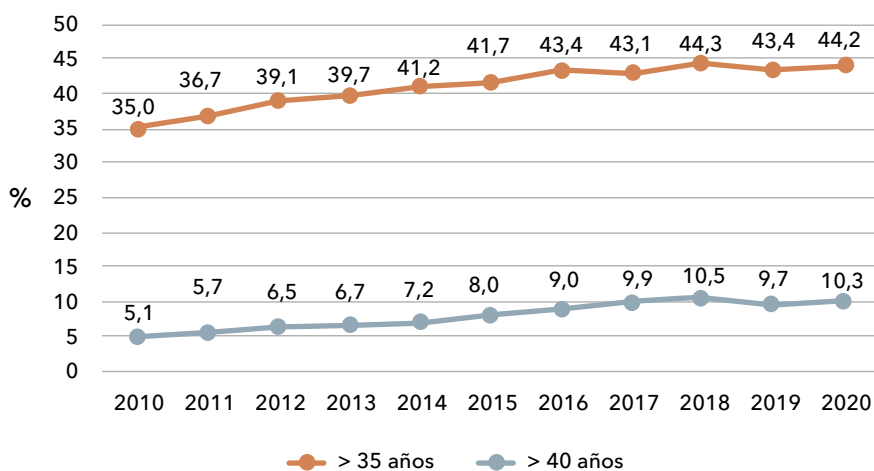
⁹ Programa de cribado prenatal de síndrome de Down y otras anomalías cromosómicas <https://www.osakidetza.euskadi.eus/salud-reproductiva/-/programa-de-cribado-prenatal-de-sindrome-de-down-y-otras-anomalias-cromosomicas/>

Figura 70. Número de nacimientos y cribados registrados 2009-2020.



La edad de las mujeres embarazadas ha ido aumentando significativamente a lo largo del periodo, suponiendo las mayores de 35 años una media de 40,6% y de más de 40 años, 7,8%, uno de los parámetros de más peso, junto con la translucencia nucal en el cálculo de riesgo. El porcentaje de casos positivos no ha variado significativamente a lo largo del periodo (5,4%).

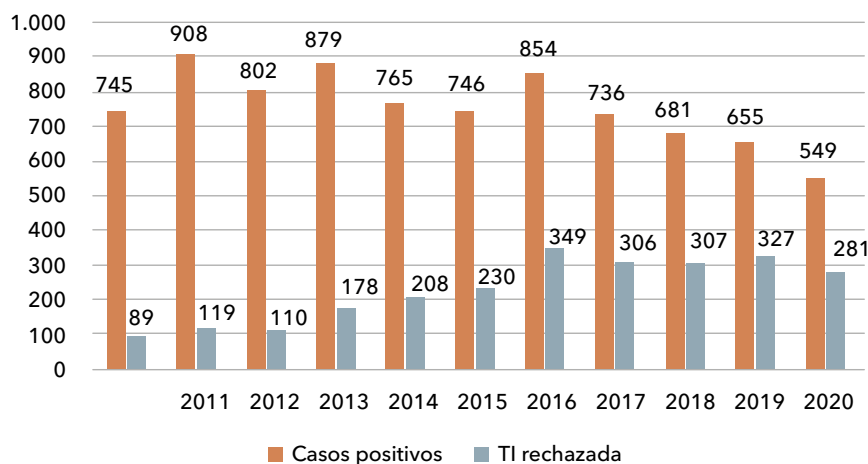
Figura 71. Edad de las mujeres embarazadas sobre el total de cribados.



En estos casos (riesgo $\geq 1/270$) se indica una técnica invasiva (TI) (Amniocentesis/Biopsia coriónica) para realización del análisis cito-genético de confirmación diagnóstica. La tasa de abortos post-técnica invasiva se sitúa en el 0,8%.

La tendencia de rechazo de la TI ha aumentado a lo largo del periodo al haberse introducido en el sector privado la determinación de DNA-flc. (Figura 72).

Figura 72. Casos Positivos y Rechazo TI de confirmación.



En cuanto a la detección de las principales cromosomopatías analizando los principales parámetros de sensibilidad, especificidad se observa en la tabla 48 una alta sensibilidad para la trisomía 21 (la cromosomopatía más frecuente) e inferior para la 13 y 18 (ambas incompatibles con la vida y con una detección precoz en la ecografía del primer y segundo trimestre por las anomalías morfológicas asociadas). Se registró una tasa de falsos positivos de 3,6% en trisomía 21 y de 0,56 en T18 y T13.

Tabla 51. Sensibilidad y especificidad del cribado del primer trimestre 2009-2020.

ANOMALÍA	SENSIBILIDAD		ESPECIFICIDAD	
Trisomía 21	90,44%	(IC 95%: 88,27 - 92,62)	96,41%	(IC 95%: 96,32 - 96,5)
Trisomías 18 y 13	78,75%	(IC 95%: 73,9 - 83,61)	99,44%	(IC 95%: 99,41 - 99,48)

2.1.2. Programa de Cribado Neonatal de Enfermedades Congénitas

El Programa de Cribado Neonatal de Enfermedades Congénitas ha estudiado en 2021 a 14.440 bebés recién nacidos vivos, 14.436 nacidos en domicilio o centros de la CAE, y 4 en otra Comunidad Autónoma o en el extranjero. Los casos presuntivos detectados en el cribado, según diferentes diagnósticos, incluyendo los portadores, han sido 259.

En febrero de 2007 el Departamento de Salud inicia el cribado de la Deficiencia de AcilCoA deshidrogenasa 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. 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. Por último, en mayo de 2019 se pone en marcha el cribado de la Deficiencia de Biotinidasa.

Tabla 52. Casos confirmados de enfermedades congénitas en la CAE durante 2019-2021.

ENFERMEDADES CONGÉNITAS	2019	2020	2021
Hipotiroidismo congénito	9	4	7
Hiperfenilalaninemia permanente	1	1	2
Hiperfenilalaninemia permanente benigna	0	0	1
MCADD	3	3	0
Fibrosis Quística clásica	1	1	4
Fibrosis Quística no clásica	0	0	0
Enfermedad de células falciformes	2	5	2
Acidemia Glutárica tipo I	0	0	0
Adidemia Isovalérica	0	0	0
Homocistinuria	0	0	0
Orina con olor a Jarabe de Arce	0	0	0
LCHADD	0	0	1
Deficiencia de Biotinidasa	1	2	1
Totales	17	16	18

Fuente: Programa de cribado neonatal de enfermedades congénitas de la CAE.

Se puede consultar más información en la memoria del año 2021 “Programa de cribado neonatal de enfermedades congénitas de la CAE” del Departamento de Salud del Gobierno Vasco¹⁰.

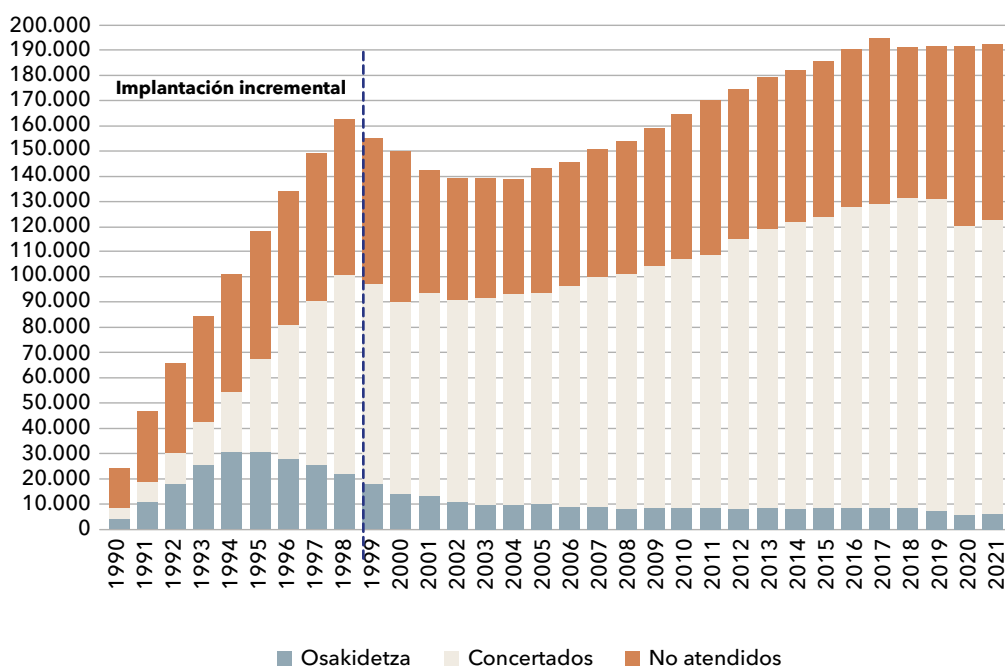
¹⁰ https://www.euskadi.eus/contenidos/informacion/salud_infancia_talon/es_def/adjuntos/Memoria-Cribado-Neonatal-Enfermedades-Congenitas-CAPV-2021.pdf

2.1.3. Programa de Asistencia Dental Infantil (PADI)

El PADI garantiza asistencia dental básica y de calidad a la población infantil desde los 7 a los 15 años, dispensando cuidados preventivos y tratamientos reparadores en dentición permanente, mediante una extensa red de más de 1.000 dentistas de familia¹¹.

En 2021, se atendió a una población de 122.888 escolares de los 192.168 en esas edades, residentes en la CAE. Aproximadamente seis de cada diez (63,95%) utilizaron el PADI en 2021 (Figura 73).

Figura 73. Evolución de la población atendida en el PADI según tipo de proveedor de servicio. Base de datos del PADI, 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 27% en 2020) de los niños y niñas que cumplen 15 años utilizaron el PADI en todos y cada uno de los 9 ejercicios en que estuvieron incluidos. A la edad de 15 años, el 94% de las niñas y los niños de la CAE han utilizado el 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

¹¹ La mayor parte son dentistas del sector privado, más de la mitad de los actualmente colegiados en la CAE, concertados al efecto por el Departamento de Salud. El resto son dentistas de Osakidetza.

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

La Tabla 53 detalla la asistencia dispensada por los dentistas del PADI en 2019, 2020 y 2021 en dentición permanente, junto al porcentaje (perfil) que representa por cada 100 niños y niñas, tanto en procedimientos preventivos como reparadores.

Tabla 53. Asistencia dental dispensada en el PADI. CAE, años 2019 a 2021. Base de datos PADI, Osakidetza.

Asistencia dispensada	2019		2020		2021	
	N°	Perfil %	N°	Perfil %	N°	Perfil %
Asistencia general						
Selladores	16.876	12,89	11.692	9,72	12.518	10,19
Obturaciones	19.865	15,18	15.434	12,83	16.696	13,59
Extracciones	1.302	0,99	1.105	0,92	1.205	0,98
Ttos. pulpares (endodoncias)	330	0,25	213	0,18	452	0,37
Revisiones	130.886	100	120.301	100	122.888	100
Asistencia adicional (por traumatismo)						
Obturaciones	612	0,47	366	0,30	406	0,33
Reconstrucciones	1.382	1,06	886	0,74	1.078	0,88
Apico-formaciones	28	0,01	28	0,02	22	0,02
Endodoncias	134	0,10	115	0,10	113	0,09
Coronas	22	0,02	24	0,02	19	0,02
Extracciones	24	0,02	10	0,001	14	0,01
Mantenedores	7	0,001	6	0,001	6	0,001
Población atendida por traumatismo	1.558	1,19	1.005	0,83	1.170	0,95

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 e hijas.

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 del 86% (7 años), 31% (12 años) y 18% (14 años); en 2018 ha aumentado hasta 97% (7 años), 76% (12 años) y 74% (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 social¹².

El Plan de Salud 2013-2020 contiene acciones y objetivos para la continuidad y mejora del PADI. Determina superar para 2020 una utilización anual del 75% y que el 80% de los niños y las niñas de 12 años estén libres de experiencia de caries (CAOD=0).

Se puede consultar más información en la memoria del año 2021 “Programa de Atención Dental Infantil” del Departamento de Salud del Gobierno Vasco¹³.

¹² Departamento de Salud, IV Estudio Epidemiológico de la Salud Buco-dental de la CAE. Población escolar infantil 2018.

¹³ https://www.euskadi.eus/contenidos/informacion/salud_padi/es_def/adjuntos/Informe_anual_PADI_2021.pdf

2.2. Cribado de cáncer

2.2.1. Programa de Detección Precoz del Cáncer de Mama

La información pormenorizada del Programa de Detección Precoz del Cáncer de Mama puede consultarse en la web del Departamento de Salud¹⁴. El Gobierno Vasco puso en marcha en 1995 en el Área Sanitaria Araba el Programa de Detección Precoz del Cáncer de Mama (PDPCM), extendiéndose a lo largo de 1997 a toda la Comunidad Autónoma del País Vasco (CAE). Esta iniciativa responde a las recomendaciones del Consejo Asesor sobre el Cáncer y el Plan de Salud de Euskadi para hacer frente al cáncer más frecuente y que mayor número de muertes por cáncer produce entre las mujeres en la CAE. La tasa de incidencia estandarizada por 100.000 habitantes fue de 132,1 en 2015 y de 20,2 la tasa de mortalidad estandarizada en 2020.

El **objetivo** del programa es detectar los cánceres de mama en el estadio más precoz posible, con el fin de disminuir la mortalidad por dicha causa y aumentar la calidad de vida de las afectadas, realizando un mayor número de tratamientos conservadores.

Entre las **características** de este programa de cribado se incluye su carácter poblacional, en la que se incluye a todas las mujeres de la CAE entre 50 y 69 años (ambos inclusive) y las mujeres de 40-49 años con antecedentes familiares de cáncer de mama de primer grado con carácter bienal. La técnica empleada es la mamografía bilateral en doble proyección: cráneo-caudal y oblicua medio-lateral.

Desde comienzo del programa en noviembre de 1995 hasta diciembre de 2021, se han registrado los datos siguientes datos acumulados:

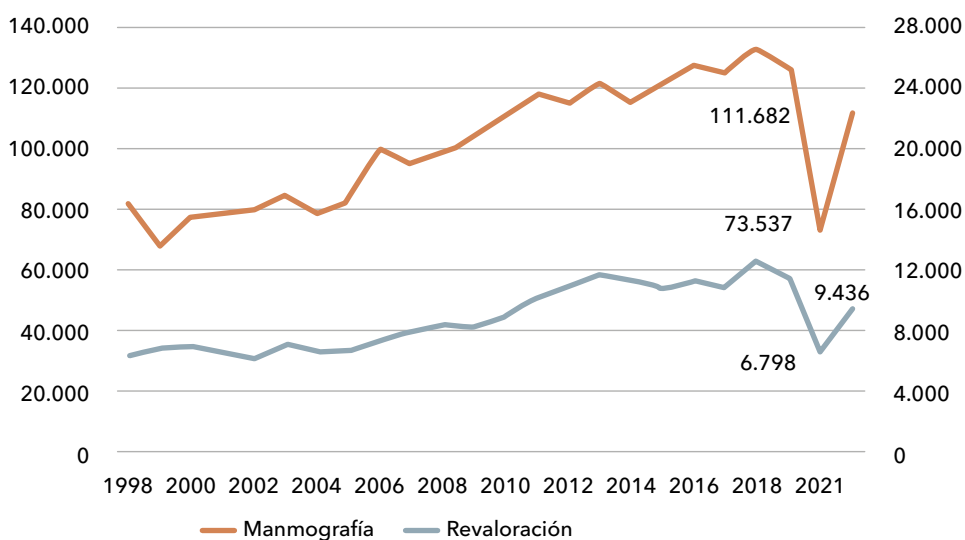
Citas válidas	2.918.190	
Exploraciones realizadas	2.331.869	79,9%
Revaloraciones (otras pruebas radiológicas)	206.228	8,8%
Mujeres derivadas a H. Referencia (cat. 3HR-4-5)	25.199	1,1%
Cánceres detectados	11.313	
Ca. in situ / detectados		16,7%
Invasivo < 10 mm / invasivos		35,3%
Tratamiento conservador		83,9%
Tasa de Detección por 1.000 mujeres exploradas		4,9%

¹⁴ Programa de Detección Precoz del Cáncer de Mama <https://www.osakidetza.euskadi.eus/enfermedad-cancer/-/programa-cancer-de-mama/>

A lo largo del año 2021 a pesar de haber ido recuperando paulatinamente el ritmo de trabajo previo a la pandemia, prácticamente todas las unidades han trabajado con un retraso variable. Estos han variado entre los 0 meses y los 9 meses, excepto en tres unidades con retrasos de 11-12 meses cuya población representa el 36% de la población diana del programa.

En 2021, se realizaron **111.682 mamografías** y **9.436 revaloraciones** realizadas entre mamografías basales y controles intermedios (6 y 12 meses). La figura 74 muestra la evolución de las mamografías realizadas y de las revaloraciones desde el año 1998 hasta el año 2021.

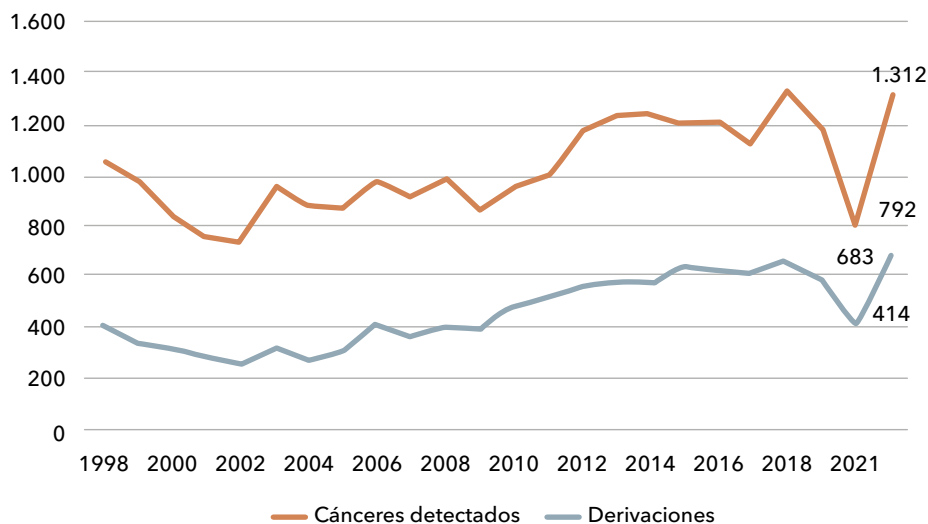
Figura 74. Evolución de la actividad del Programa de Detección Precoz del Cáncer de Mama. Comunidad Autónoma de Euskadi. Años 1998 a 2021.



2006-2010: ampliación progresiva de la edad hasta 69 años / 2011-2014: incorporación de mujeres 40-49 años con antecedentes de familiares de primer grado con cáncer mama.

Las mujeres **derivadas a Hospital de Referencia fueron 1.312 y 683 los cánceres diagnosticados**. En 2021 se ha alcanzado el mayor número de cánceres detectados en un año en el programa. La evolución de las derivaciones a Hospital de referencia (nº de mujeres citadas para realización del protocolo diagnóstico-terapéutico), así como los cánceres detectados desde el comienzo del Programa hasta el 31 de diciembre de 2021, se recoge en la figura 75.

Figura 75. Evolución de la actividad del Programa de Detección Precoz del Cáncer de Mama. Comunidad Autónoma de Euskadi. Años 1998 a 2021.



2006-2010: ampliación progresiva de la edad hasta 69 años / 2011-2014: incorporación de mujeres 40-49 años con antecedentes de familiares de primer grado con cáncer mama.

En cuanto a los **indicadores de participación e impacto**, cabe destacar lo siguiente:

- a) **Participación.** La participación se ha recuperado hasta alcanzar casi el nivel pre-pandémico y cumplen con el objetivo deseable establecido por las guías europeas de calidad en cribado mamográfico de tasas de participación de >70% como aceptable y >75% como deseable.
- b) **Tasa de detección.** La tasa de detección es la más alta desde que se completara la implantación del programa en el conjunto de la CAE con una tasa de 6,1‰ cánceres detectados.
- c) **Estadío II+ sobre el total de cánceres.** Conviene tener en cuenta que la clasificación TNM sufrió un cambio a partir del año 2010, consistente en que los tumores en Estadío IIa con afectación ganglionar Nmic, pasaron a clasificarse como Estadío IB. Para el conjunto de los cánceres diagnosticados la tasa de tumores Estadío II+ es la más baja de la serie con un porcentaje de 20,8%.
- d) **Tumores invasivos menores de 10mm.** El porcentaje de tumores invasivos de 10 mm o menos en el conjunto de los diagnósticos (cribado inicial + cribados sucesivos) se ha recuperado con respecto al de 2020
- e) **Cánceres invasivos sobre el total de cánceres.** El porcentaje de cánceres invasivos es uno de los más bajos de la serie 1988-2021 con un porcentaje de 80,5 %.
- f) **Cánceres sin afectación ganglionar sobre los invasivos.** Los cánceres sin afectación ganglionar mantienen su tendencia ascendente y el porcentaje alcanzado en 2021 es el más alto de la serie.

2.2.2. Programa de Cribado de Cáncer de Colorrectal

El Programa de Cribado de Cáncer Colorrectal (PCCR) fue aprobado en el 2008 a propuesta del Consejo Asesor del Cáncer de Euskadi.

El **objetivo** del programa es disminuir la incidencia y mortalidad por el cáncer colorrectal (CCR) por la detección y tratamiento de lesiones pre-malignas y malignas.

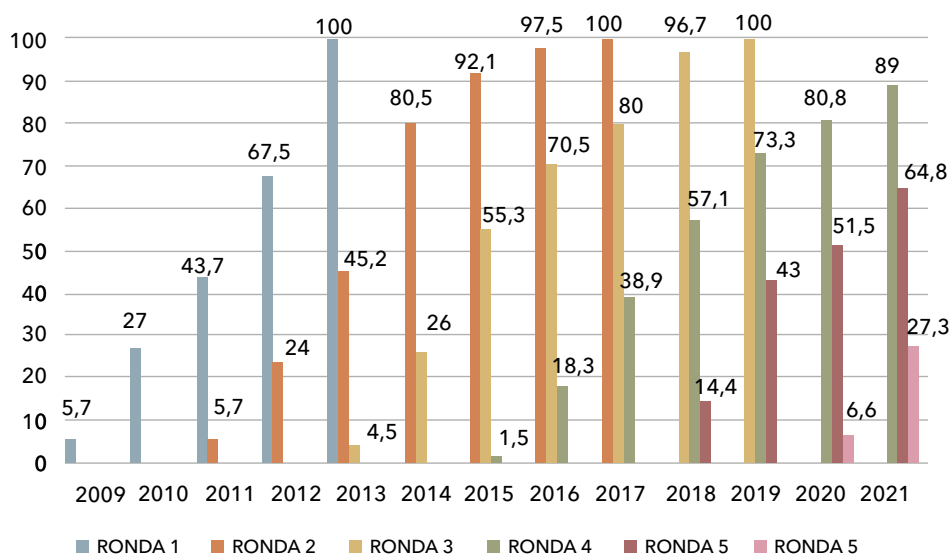
Entre las **características** de este programa de cribado se incluye su carácter poblacional, en el que participan las personas de 50 a 69 años a las que se les invita para la realización de un test inmunoquímico cuantitativo (FIT) bienal, con un punto de corte de 20µg Hb/g heces, y en el que se emplea la colonoscopia con sedación como test de confirmación.

Cobertura 2009-2021

La cobertura del 100% de la población se alcanzó en 2013, aunque con variaciones en la implementación en las Organizaciones Sanitarias Integradas (OSI), a finales del 2018 se alcanzó el 100% de cobertura en todas las OSI.

La pandemia COVID-19 tuvo un gran impacto en la cobertura al tener que suspender las invitaciones debido a la necesidad de priorizar la atención, a la necesidad de cambiar los protocolos de seguridad y a las bajas laborales de profesionales. A finales del 2020, respecto a la planificación prevista, se había invitado al 48% de la población, generándose un retraso en las invitaciones que de forma paulatina se recuperó en 2021 y se va a finalizar en 2022.

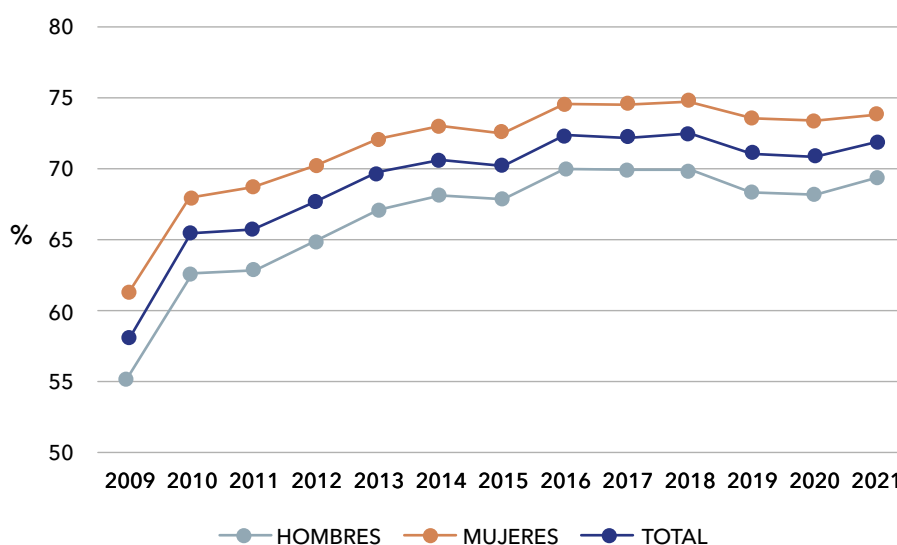
Figura 76. Evolución de la cobertura del Programa de Cribado de Cáncer de Colorrectal. Comunidad Autónoma de Euskadi. Años 2009 a 2021.



Participación 2009-2021

La evolución de la tasa de participación ha seguido una tendencia positiva desde el inicio del Programa, aunque significativamente menor en hombres vs mujeres, en ambos casos y desde 2011 se observa que en ambos casos es superior a las recomendadas desde las Guías de Práctica Clínica (2010) y de la Estrategia contra el Cáncer 2021 (deseable 65%).

Figura 77. Evolución de tasa de participación en Programa de Cribado de Cáncer de Colorrectal. Comunidad Autónoma de Euskadi. Años 2009 a 2021.



Como consecuencia de la pandemia se observó una ligera disminución en la participación (invitaciones de finales 2019 y año 2020), recuperándose a partir del 2021.

Indicadores de resultado

En la siguiente tabla se observan los indicadores de resultados más relevantes del Programa 2009-2021. La tasa de positividad y de adherencia a la colonoscopia, así como la detección de lesiones avanzadas y cáncer es significativamente superior en hombres vs mujeres acorde a los resultados encontrados en Programas poblacionales internacionales, a pesar de la baja participación de los hombres. Por otra parte, la detección de cánceres en estadios iniciales es inferior en mujeres, lo que se está monitorizando para ajustar el punto de corte de FIT a medio plazo.

RESULTADOS E INDICADORES 2009-2021	MUJER		HOMBRE		TOTAL	
Invitaciones	1.306.634		1.212.083		2.518.717	
Participación	951.884	72,9%	821.553	67,8%	1.773.510	70,4%
Positividad	40.180	4,2%	54.530	6,6%	94.714	5,3%
Adherencia colonoscopia	37.332	92,9%	50.442	92,5%	87.867	92,8%
Lesiones avanzadas en colonoscopia	10.542	28,%	23.334	46,3%	33.904	38,6%
Cáncer Invasivo en colonoscopia	1.484	4,0%	2.565	5,1%	4.053	4,6%
Cáncer Invasivo en Estadio Inicial (I-II)	1.009	68%	1.848	72,0%	2.925	72,2%
Tasa detección Adenoma Avanzado x1.000 participantes		11,07		28,40		19,12
Tasa de detección de Cáncer Invasivo x 1.000 participantes		1,56		3,12		2,29
Tasa de detección Lesiones Avanzadas y Cáncer Invasivo x 1.000 participantes		12,63		31,52		21,40
Valor Predictivo Positivo TSOH para Lesiones Avanzadas y Cáncer		29,9		47,5		40,1

Durante la pandemia, si bien se dejaron de detectar Lesiones Avanzadas y Cáncer Invasivo, la extensión de la invitación ha repercutido ligeramente en el retraso posterior. Los cánceres detectados por este retraso se están monitorizando para conocer el impacto de la pandemia en el Programa.

La información completa del programa puede consultarse en la Web del Departamento de Salud¹⁵.

¹⁵ <https://www.osakidetza.euskadi.eus/enfermedad-cancer/-/cancer-colorrectal/>

2.2.3. Programa de Cribado de Cáncer de Cérvix

La información pormenorizada del Programa de cribado de cáncer de cérvix puede consultarse en la web del Departamento de Salud¹⁶. El País Vasco fue la primera comunidad autónoma en implementar un programa de cribado organizado con prueba de Virus del Papiloma humano (VPH) en 2015 así como en implantar un programa poblacional de cribado de cáncer de cérvix en 2018. Este último se inició en junio de 2018 en la Organización Sanitaria Integrada (OSI) Debabarrena, haciéndose extensivo a todas las OSIs a finales de 2019.

El **objetivo** fundamental del cribado es reducir la incidencia y mortalidad por cáncer cérvico-uterino (CCU), identificando a las mujeres con lesiones precursoras con mayor riesgo de progresión a cáncer invasor, es decir, detectando las lesiones de alto grado (HSIL).

Entre las **características** de este programa de cribado se incluye su carácter poblacional, en la que se incluye a todas las mujeres de la CAE de edades entre los 25-65 años, y sigue la siguiente estrategia:

- 25-34 años: citología como prueba primaria de cribado, con un intervalo de 3 años.
- 35-65 años: detección de VPH con genotipado como prueba primaria de cribado con un intervalo de 5 años.

Las invitaciones se están realizando según el objetivo planificado: invitación a todas las mujeres de 25 a 34 años en los 3 años siguientes a la fecha de inicio en cada OSI y a las mujeres de 34 a 65 años en los 5 años siguientes a la fecha de inicio en cada OSI. De esta manera, en diciembre de 2022 se ha alcanzado la cobertura de la invitación del 100 % de las mujeres de la franja de edad de 25 a 34 años y la previsión es que el mes de diciembre de 2024 será cuando se alcance la cobertura de invitación del 100% en la franja de edad de 35-65 años.

¹⁶ <https://www.osakidetza.euskadi.eus/enfermedad-cancer/-/programa-de-cribado-de-cancer-de-cervix/>

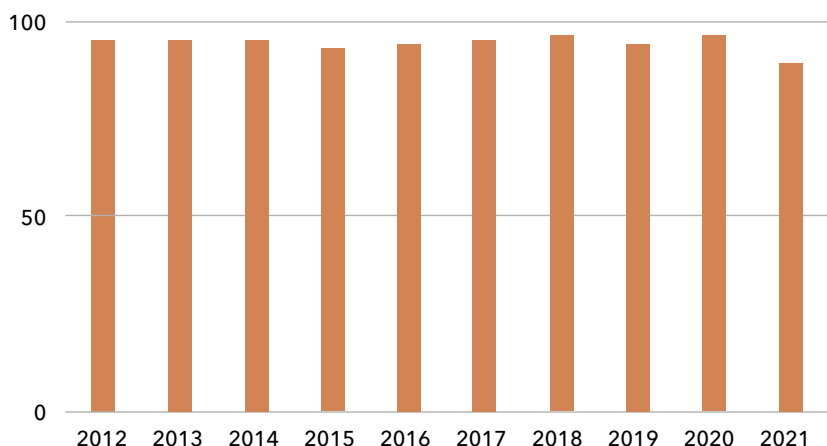
2.3. Programa de Vacunaciones

Durante el período 2019-2020, el Departamento de Salud ha mantenido el mismo calendario vacunal establecido en el año 2018, tanto para población infantil como adulta. A partir del año 2020, en el calendario infantil se sustituyó la dosis de vacuna frente al meningococo C a los 12 años de edad por la vacuna tetravalente MenACWY y que se empezó a administrar desde el curso escolar 2019-2020. Se trata de una vacuna inyectable de una sola dosis que protege a más tipos de meningococos, concretamente al A, C, W e Y. Además, con el fin de proteger a la población adolescente y reducir la tasa de portación nasofaríngea, se estableció una vacunación extraordinaria de otras cohortes para administrar esta vacuna. Durante este periodo se ha captado a la población nacida entre los años 2001 y 2007 para completar la protección frente a los meningococos A, W e Y. La vacunación extraordinaria se completó a lo largo del curso 2021-2022.

Evolución coberturas vacunales

En el período 2018-2020, las coberturas vacunales del calendario de vacunación infantil se han mantenido en niveles adecuados superando el 95% en la primovacunación de la vacuna hexavalente DTPa (Figura 78. En el 2021 el porcentaje de cobertura vacunal ha descendido hasta el 89,20% para las 2 dosis, pero ha aumentado al 94,04% para el recuerdo 1).

Figura 78. Porcentaje de cobertura vacunal (2 dosis) de Difteria, Tétanos, Tos ferina, Poliomielitis, Hepatitis B y Haemophilus influenzae b. CAE, 2012 a 2021. Sistema de Información de Vacunaciones.



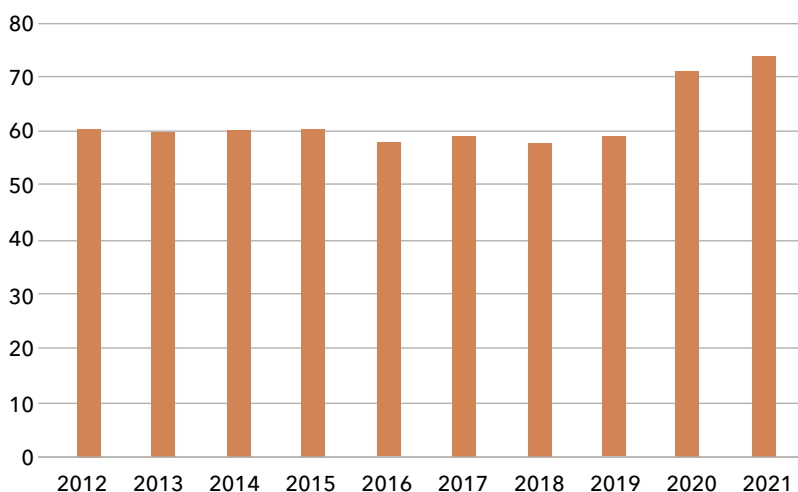
Las coberturas vacunales estimadas para el calendario vacunal infantil han alcanzado los siguientes niveles (Tabla 54) en el período de 2019-2021.

Tabla 54. Porcentaje de cobertura vacunal para el resto de las vacunas del Calendario Vacunal Infantil. CAE, años 2019 a 2021. Sistema de Información de Vacunaciones.

VACUNAS	Cobertura 2019	Cobertura 2020	Cobertura 2021
Meningococo C (Recuerdo 1)	89,5	75,5	79,9
Neumococo conjugada (3ª dosis)	93,3	85,4	93,7
Triple Vírica (1º dosis)	94,1	95,1	84,1
Triple Vírica (2ª dosis)	94,2	90,2	81,4
Virus del Papiloma Humano (2ª dosis)	85,5	88,5	69,3
Tétanos-difteria 16 años**	90,2	80,2	81,2

**La edad de vacunación para la vacuna Difteria-Tétanos establecida por el Ministerio de sanidad es de 14 años, pero en la CAE esta vacuna se administra a los 16 años para conseguir porcentajes de coberturas vacunales más elevados.

Figura 79. Porcentaje de cobertura vacunal (2 dosis) de Difteria, Tétanos, Tosferina, Poliomiélitis, Hepatitis B y Haemophilus influenzae b. CAE, 2012 a 2021. Sistema de Información de Vacunaciones.



En cuanto a la vacunación de la población adulta, la campaña de vacunación antigripal se lleva a cabo en los meses de octubre y noviembre y está dirigido, como otros años, a los grupos de personas con mayor riesgo de sufrir complicaciones graves relacionadas con la enfermedad gripal. Debido a la pandemia, se observa que la cobertura vacunal de gripe en mayores de 64 años ha aumentado significativamente, pasando de un 58,7% en el 2019 al 73,66% en 2021 (Figura 79).

3. Protección de la salud

3.1. Salud ambiental

3.1.1. Aire

La contaminación del aire se considera el principal factor ambiental asociado a enfermedades evitables y a la mortalidad prematura en la Unión Europea.

De su control y vigilancia se responsabilizan diferentes Instituciones. Las actuaciones de la Dirección de Salud Pública y Adicciones van dirigidas principalmente a evaluar los riesgos y el impacto para la salud de los contaminantes en el aire que superan los límites permitidos. Así como de la realización por parte del Laboratorio de Salud Pública de controles semanales de la situación y previsión de la contaminación biótica que se remite a los profesionales sanitarios y publican para disposición de la población en general en la web del Departamento de Salud y en la web de Euskalmet.

3.1.1.1. CONTAMINACIÓN BIÓTICA (POLEN)

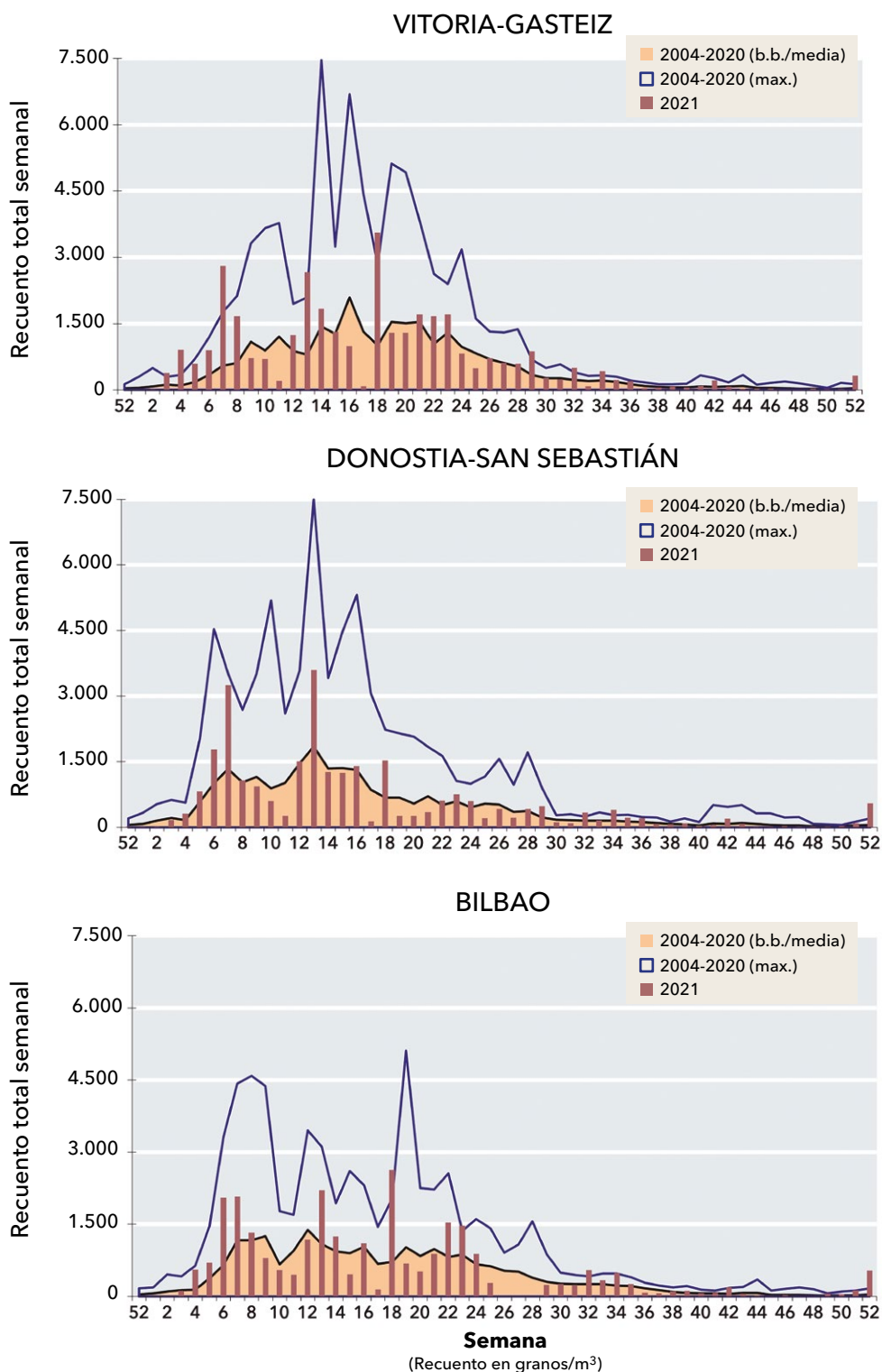
La Dirección de Salud Pública y Adicciones dispone de 3 estaciones captadoras de polen ubicadas en las capitales de los Territorios Históricos. Recogen muestras diarias que, preparadas en los laboratorios, se examinan para el recuento al microscopio óptico, obteniéndose información de los niveles de polen aéreo de todos los días del año. Se controlan 45 taxones polínicos diferentes y las esporas de *Alternaria*, siendo de interés, por su abundancia y carácter alérgico, 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 se encuentran disponibles en las webs del Departamento de Salud y de Euskalmet. También se remiten a los servicios de alergología y al personal médico interesado. Asimismo, los datos diarios son facilitados a la Sociedad Española de Alergología e Inmunología Clínica (SEAIC), a la Red Española de Aerobiología (REA) y se encuentran disponibles en la web Open Data Euskadi.

En la gráfica siguiente pueden compararse, para cada una de las estaciones, los recuentos totales semanales en granos/m³ registrados en 2021 (en barras) con los máximos (en rojo) y valores medios (en naranja) del periodo 2004-2020.

Figura 80. Recuentos polínicos semanales en las tres capitales. 2021.



En la siguiente tabla se resume, para el periodo enero-julio (30 semanas), el número de semanas en que se vieron superados los recuentos totales semanales promedio y máximo históricos del periodo 2004-2020 y se indican, en orden de abundancia, los tipos mayoritarios con recuento anual superior al 5% del total.

Tabla 55. N° semanas entre los meses de febrero y julio de 2021 en las que se superaron el promedio semanal y el máximo histórico del periodo 2004-2020 y tipos mayoritarios en orden de abundancia.

Estación	N° de semanas de 2021 (enero a julio) en que se superó el promedio semanal del periodo 2004-2020	Tipos mayoritarios en 2021
Vitoria-Gasteiz	14 semanas (>Promedio) 3 semana (>Máximo)	Cupressaceae/Taxaceae, Quercus, E. Alternaria, Platanus, Poaceae (gramíneas), Urticaceae.
Donostia San Sebastián	12 semanas (>Promedio) 0 semanas (>Máximo)	Quercus, Cupressaceae/Taxaceae, Alnus, Urticaceae, Pinus, Platanus, Poaceae (gramíneas), Fraxinus.
Bilbao	12 semanas (>Promedio) 2 semanas (>Máximo)	Pinus, Quercus, Urticaceae, Cupressaceae /Taxaceae, Poaceae (gramíneas).

3.1.1.2. CONTAMINACIÓN ABIÓTICA

El Departamento de Medio Ambiente dispone de una Red de Control de Calidad del Aire para controlar y vigilar los niveles de distintos contaminantes y evaluar la calidad del aire el Euskadi. Esta red está integrada por 53 estaciones ubicadas en zonas rurales, urbanas y suburbanas.

Esta Red dispone de analizadores y sensores que miden automáticamente los contaminantes que marca la normativa en materia de calidad del aire, principalmente dióxido de azufre (SO₂), óxidos de nitrógeno (NO y NO₂), ozono troposférico, monóxido de carbono (CO), benceno y partículas en suspensión (PM₁₀ y PM_{2.5}).

En Open Data Euskadi están disponibles las mediciones horarias y diarias de calidad de aire realizadas por los sensores de la Red y el índice de calidad del aire. Así mismo anualmente publica el informe de calidad de aire de la CAE y periódicamente el perfil ambiental de Euskadi .

Ante denuncias o episodios de superación de determinados contaminantes desde el Departamento de Salud se realiza investigación con la colaboración del Departamento de Medio Ambiente y el laboratorio de Salud Pública y se realizan evaluaciones de riesgos.

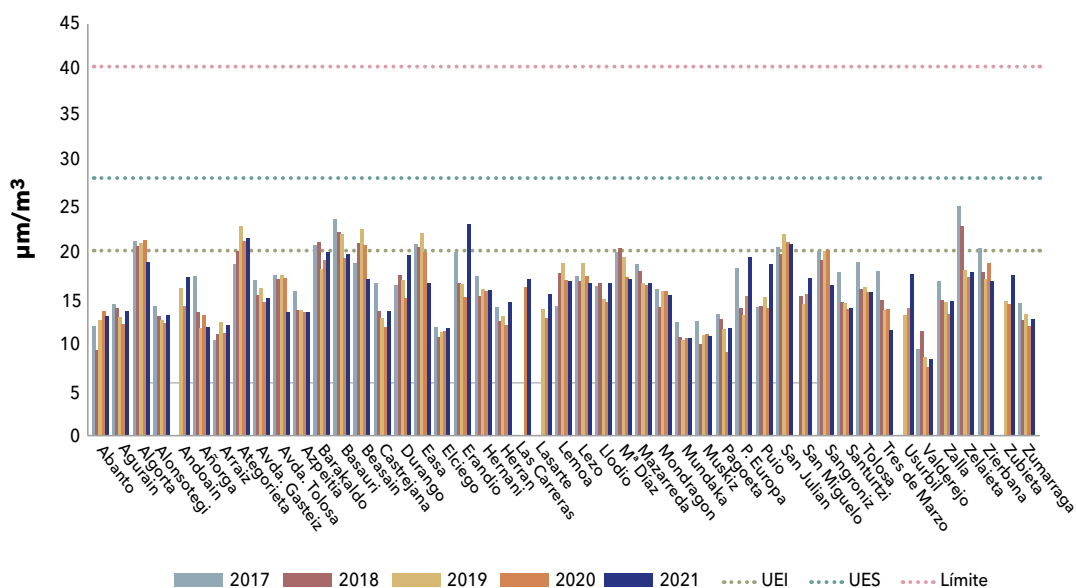
Tabla 56. Valores límite de los principales contaminantes ambientales.

Contaminantes	Valores limite RD 102/2011	Valores recomendados OMS
PM_{2.5}	Promedio anual: 25 µg/m ³	Promedio diario: 15 µg/m ³ Promedio anual: 5 µg/m ³
PM₁₀	Promedio diario: 50 µg/m ³ (no superar mas de 35 veces) Promedio anual: 40 µg/m ³	Promedio diario: 45 µg/m ³ Promedio anual: 15 µg/m ³
NO₂	Promedio anual: 40 µg/m ³	Promedio diario: 25 µg/m ³ Promedio anual: 10 µg/m ³
SO₂	Promedio diario: 125 µg/m ³	Promedio diario: 40 µg/m ³
O₃	Promedio octohorario: 120 µm/m ³	Media diaria octohoraria: 60 µm/m ³

El ozono, dióxido de nitrógeno y la materia particulada (PM) son en la actualidad reconocidos como los 3 contaminantes más significativos que afectan directamente a la salud humana.

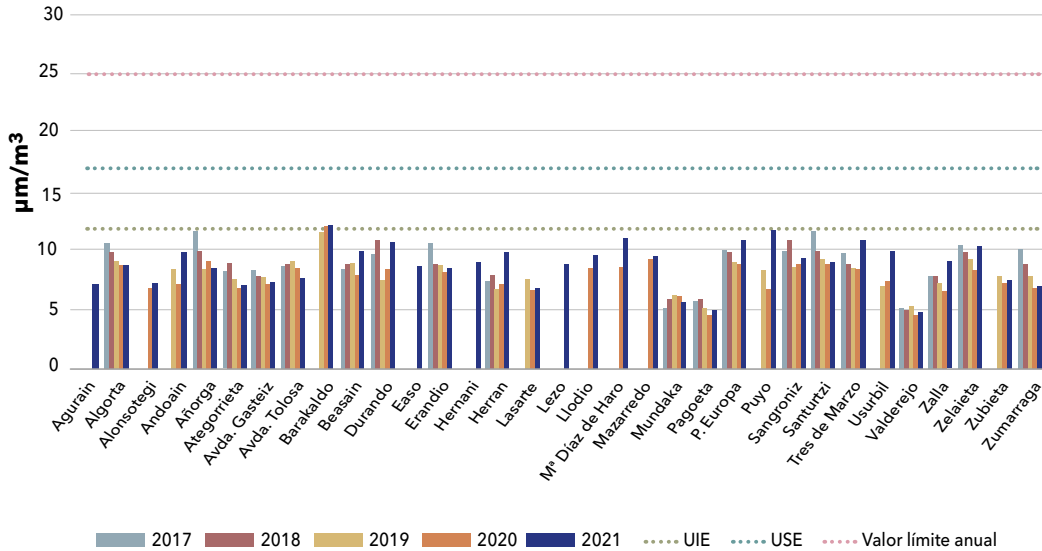
En las gráficas de PM₁₀, PM_{2,5} y NO₂ se representa el dato recogido en cada estación, el valor límite y los umbrales de evaluación superior e inferior (UES y UEI). Estos umbrales son valores de referencia que marca la normativa vigente para poder determinar el modo en que se va a evaluar una zona, con mediciones fijas, indicativas o modelización.

PM₁₀: media anual



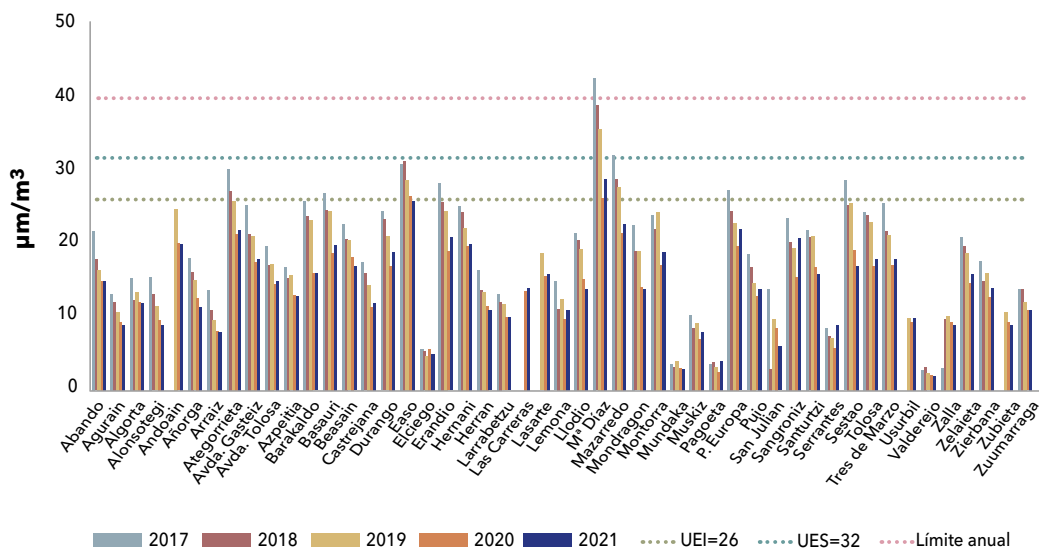
Fuente: INFORME ANUAL DE LA CALIDAD DEL AIRE DE LA CAE 2021. Red de Control de Calidad del Aire de la CAE. Gobierno Vasco. Departamento de Departamento de Desarrollo Económico, Sostenibilidad y Medio Ambiente.

PM_{2.5}: media anual



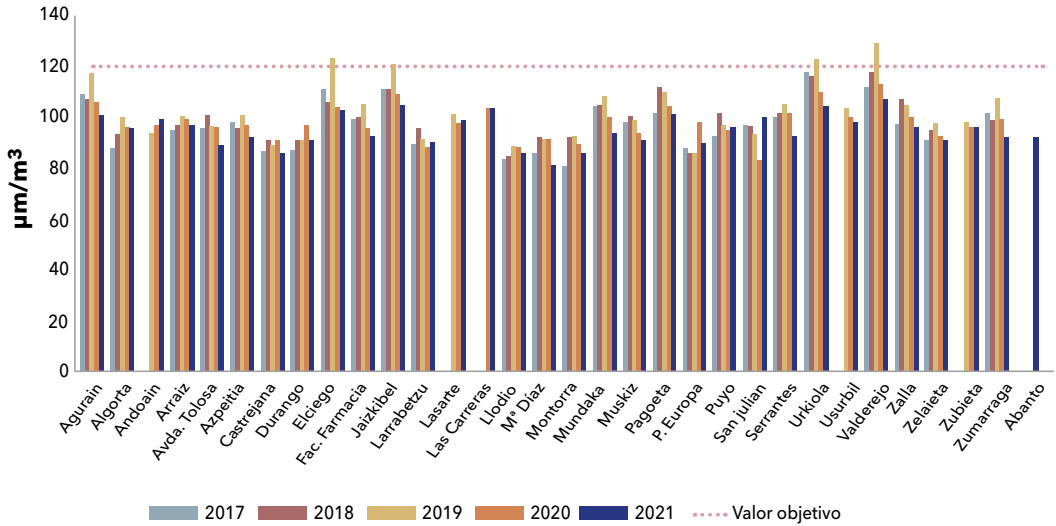
Fuente: INFORME ANUAL DE LA CALIDAD DEL AIRE DE LA CAE 2021. Red de Control de Calidad del Aire de la CAE. Gobierno Vasco. Departamento de Departamento de Desarrollo Económico, Sostenibilidad y Medio Ambiente.

NO₂: media anual



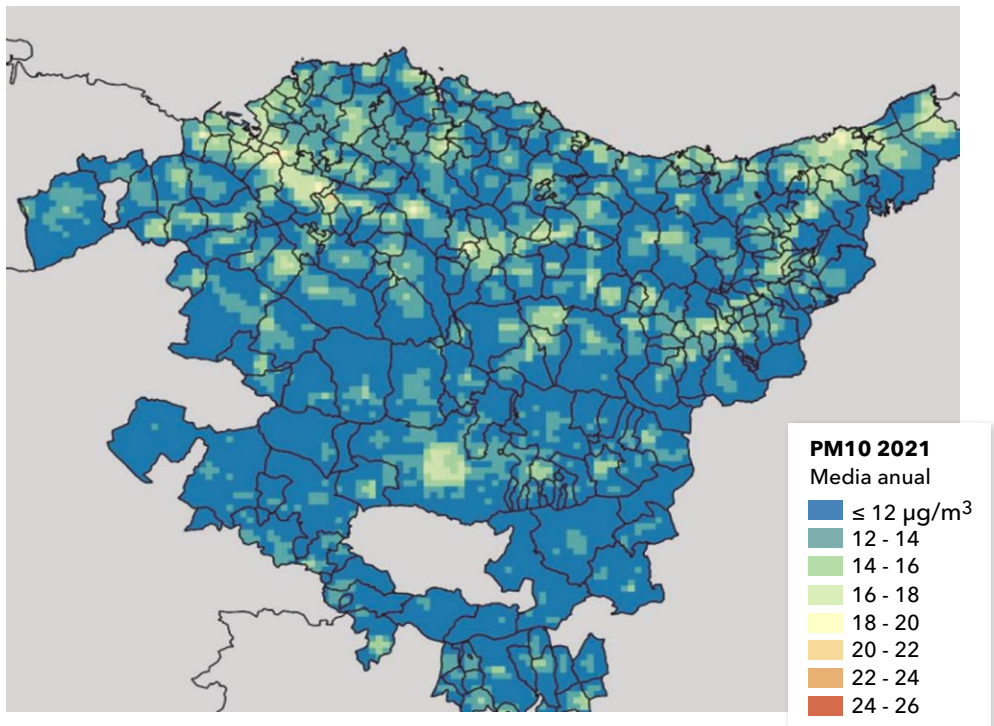
Fuente: INFORME ANUAL DE LA CALIDAD DEL AIRE DE LA CAE 2021. Red de Control de Calidad del Aire de la CAE. Gobierno Vasco. Departamento de Departamento de Desarrollo Económico, Sostenibilidad y Medio Ambiente.

O₃: P93,2 anual máximos octohorarios diarios

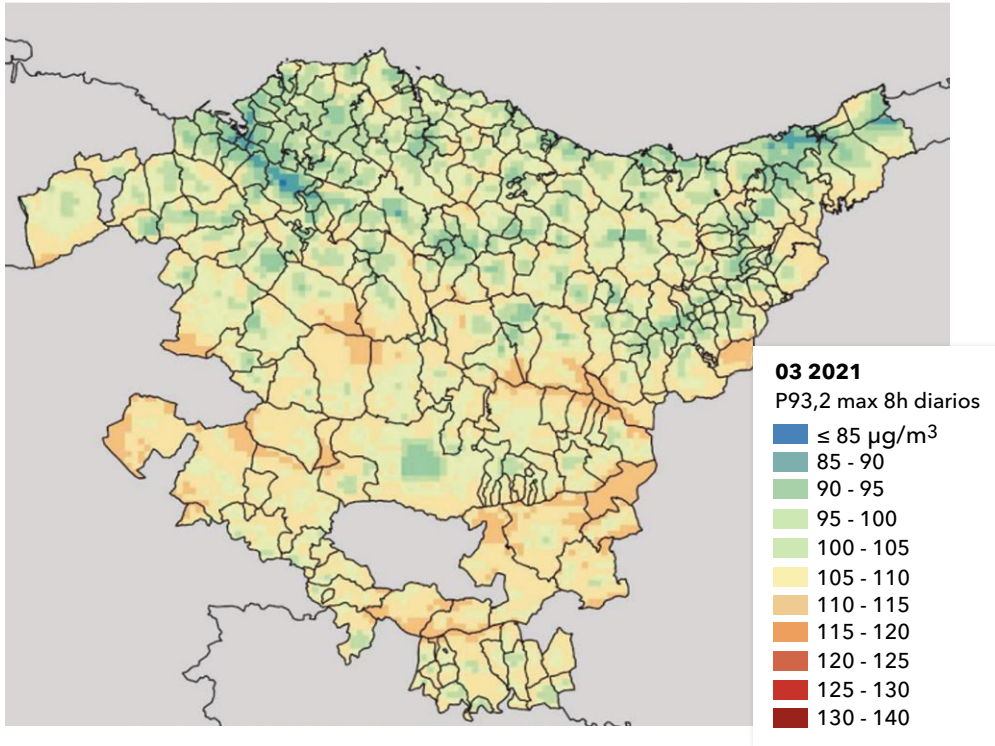


Fuente: INFORME ANUAL DE LA CALIDAD DEL AIRE DE LA CAE 2021. Red de Control de Calidad del Aire de la CAE. Gobierno Vasco. Departamento de Departamento de Desarrollo Económico, Sostenibilidad y Medio Ambiente.

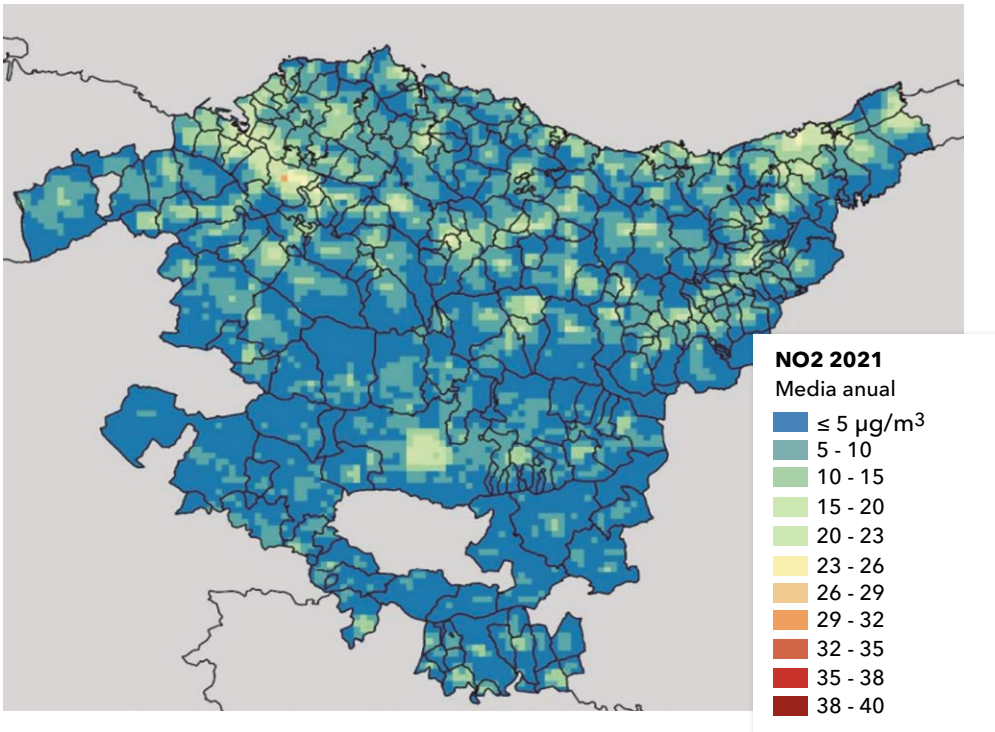
A partir de los estadísticos anuales obtenidos de las mediciones registradas para el NO₂, PM₁₀ y Ozono en las estaciones de la Red mediante el metodo de kriging se obtiene una visión espacial de la situación de la calidad del aire en todo el territorio de la CAE para poder estimar la exposición de la población.



Fuente: LA CALIDAD DEL AIRE DE LA CAE 2021. Red de Control de Calidad del Aire de la CAE. Gobierno Vasco. Departamento de Departamento de Desarrollo Económico, Sostenibilidad y Medio Ambiente.



Fuente: :INFORME ANUAL DE LA CALIDAD DEL AIRE DE LA CAE 2021. Red de Control de Calidad del Aire de la CAE. Gobierno Vasco. Departamento de Departamento de Desarrollo Económico, Sostenibilidad y Medio Ambiente.



Fuente: INFORME ANUAL DE LA CALIDAD DEL AIRE DE LA CAE 2021. Red de Control de Calidad del Aire de la CAE. Gobierno Vasco. Departamento de Departamento de Desarrollo Económico, Sostenibilidad y Medio Ambiente.

3.1.2. Aguas de Consumo

En la vigilancia y control de riesgos ambientales, los derivados del agua de consumo han sido siempre un área de actuación prioritaria en salud pública, ya que afectan a toda la población con independencia de sus condiciones de vida.

En la CAE la Red de Control y Vigilancia de las aguas potables de consumo público está integrada por las Unidades de control y vigilancia, los centros comarcales de Salud Pública, los centros territoriales de Gestión de la Red y el centro comunitario. Los objetivos y funciones de cada uno de estos integrantes de la Red quedan definidos en el Decreto 178/2002, en el que también se crea el Sistema de Información de las Aguas de Consumo Público de la CAE (EKUIS), que es un sistema flexible y transparente, donde los integrantes de la Red recogen los resultados de la vigilancia. Los ciudadanos, a través de la página web del departamento, pueden consultar el origen y la calidad del agua de su domicilio.

En Euskadi existen en la actualidad 386 Zonas de Abastecimiento (ZA) y 67 Unidades de Control y Vigilancia (UCV). Se observa una disminución en el número de ZA en los últimos años (en 2018 había 407 zonas) debido a la integración progresiva de sistemas de abastecimiento de poca entidad en otras zonas más grandes y con mejores infraestructuras.

Tabla 57. Nº de zonas de abastecimiento y Unidades de Control y Vigilancia.

T.H.	UCV	ZA
Araba/Álava	40	224
Bizkaia	16	79
Gipuzkoa	11	83
Euskadi	67	386

Fuente: EKUIS (Sistema de Información de Aguas de Consumo de EUSKADI).

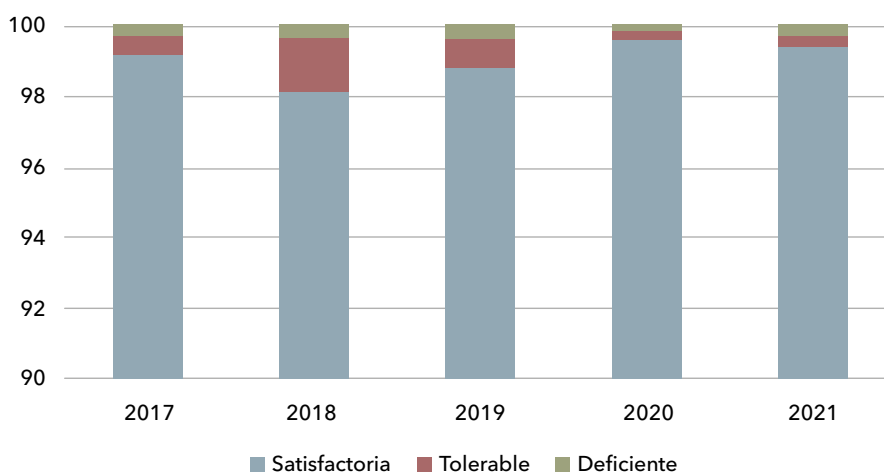
A finales de 2020 se publicó la DIRECTIVA (UE) 2020/2184 del Parlamento Europeo y del Consejo de 16 de diciembre de 2020 relativa a la calidad de las aguas destinadas al consumo humano que unifica toda la normativa referente al agua de consumo en un único texto. Esta directiva entró en vigor en enero de 2021 y establece un plazo de dos años para su trasposición al ordenamiento jurídico de los Estados Miembros. La publicación definitiva de la nueva normativa estatal de aguas de consumo planteará nuevos retos en el control y vigilancia del agua de consumo de la CAE iniciándose un nuevo ciclo en el que se desarrolla y afianza el enfoque preventivo de la seguridad del agua basada en factores de riesgo y la comunicación e intercambio de información entre todos los agentes implicados.

Hay que señalar que en la CAE la vigilancia se ha basado en estos principios en todas las zonas de abastecimiento desde el año 2008 en consonancia con los principios que la OMS promulgó en el año 2004, esto es, *“La forma más eficaz de garantizar sistemáticamente la seguridad de un sistema de abastecimiento de agua de consumo es aplicando un planteamiento integral de evaluación y gestión de los riesgos que abarque todas las etapas del sistema de abastecimiento, desde la cuenca de captación hasta su distribución al consumidor”*.

Por otra parte, el Departamento de Salud y la Agencia Vasca del Agua firmaron en el año 2019 un Convenio de colaboración en materia de protección de la calidad de las aguas de consumo público y calidad de las aguas de zonas de baño. Este convenio tiene por objeto afianzar una serie de actuaciones que favorezcan una mejor protección de las aguas destinadas a la producción de agua de consumo humano y de las zonas de baño, contemplando de forma integrada aspectos salud y medio ambiente.

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, Gobierno Vasco y Administraciones Hidráulicas). Resultado del trabajo realizado es que actualmente en Euskadi el 99,5 % de la población recibe agua que cumple todos los estándares de calidad (0,25 % tolerable y 0.25 % deficiente)¹⁷.

Figura 81. Porcentaje de población de la CAE que recibe agua de calidad satisfactoria, tolerable y deficiente (periodo 2017-2021).



Fuente: Unidades de Salud Ambiental.

¹⁷ Calificación sanitaria de las aguas de consumo en función del % de análisis aptos:

- ≥ 95% Satisfactoria
- ≥ 90% y < 95% Tolerable
- < 90% Deficiente

En la tabla siguiente 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 58. 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 %)	2017	2018	2019	2020	2021
ARABA/ÁLAVA					
Satisfactoria	315.714 (97,6%)	320.732 (98,5%)	318.733 (97,2%)	325.473 (98,6%)	323.460 (98,0%)
Tolerable	4.985 (1,5%)	2494 (0,8%)	4.424 (1,3%)	3.663 (1,1%)	2.982 (0,9%)
Deficiente	2.893 (0,9%)	2292 (0,7%)	4.910 (1,5%)	1.073 (0,3%)	3.747 (1,1%)
Total	323.592	325.518	327.967	330.209	330.189
BIZKAIA					
Satisfactoria	1.136.568 (99,8%)	1.108.238 (97,2%)	1.130.991 (99,0%)	1.147.233 (99,8%)	1.142.169 (99,8%)
Tolerable	993 (0,1%)	28.495 (2,5%)	10.634 (0,9%)	456 (0,04%)	761 (0,1%)
Deficiente	1.865 (0,1%)	3.929 (0,3%)	1.228 (0,1%)	1.355 (0,1%)	1.193 (0,1%)
Total	1.139.426	1.140.662	1.142.853	1.149.044	1.144.123
GIPUZKOA					
Satisfactoria	706329 (99,0%)	674505 (99,6%)	713.576 (98,5%)	719.534 (99,9%)	716.064 (99,6%)
Tolerable	6.068 (0,9%)	1.888 (0,3%)	3.300 (0,46%)	624 (0,1%)	1.931 (0,3%)
Deficiente	404 (0,1%)	666 (0,1%)	321 (0,04%)	300 (0,04%)	892 (0,1%)
Total	712.801	714.269	717.197	720.458	718.887
EUSKADI					
Satisfactoria	2.158.611 (99,2%)	2.140.685 (98,2%)	2.163.300 (98,9%)	2.192.240 (99,7%)	2.181.693 (99,5%)
Tolerable	12.046 (0,6%)	32.877 (1,5%)	18.258 (0,8%)	4.743 (0,2%)	5.674 (0,3%)
Deficiente	5.162 (0,2%)	6.887 (0,3%)	6.459 (0,3%)	2.728 (0,1%)	5.832 (0,2%)
Total Euskadi	2.175.819	2.180.449	2.188.017	2.199.711	2.193.199

Fuente: Unidades de Salud Ambiental.

La vigilancia sanitaria se realiza principalmente a través de las auditorías a los Programas de Control y Gestión de las zonas de abastecimiento que elaboran y ejecutan UCVs y de los análisis de supervisión. Estas auditorías incluyen la supervisión del mantenimiento e inspección de las infraestructuras (captaciones, estaciones de tratamiento de agua potable y depósitos).

En 2018 se finalizó el proceso de normalización de todos los procedimientos de actuación en agua de consumo y se puso en marcha la aplicación para la evaluación de riesgos de las zonas de abastecimiento en función de los resultados de las auditorías y de la verificación analítica realizada en todas las ZA.

Los resultados de las 236 auditorías realizadas desde entonces, ponen de manifiesto el constante compromiso de las UCV en el mantenimiento y mejora continua en la gestión de los sistemas de abastecimiento de la CAE de manera que en 2021, la valoración global es que el 92% de las auditorías ha sido favorable.

Tabla 59. N° auditorías realizadas (periodo 2018-2021).

Año	N° auditorías a las ZA	Favorables	Mejorables	Desfavorables
2018	60	45 (75%)	15	0
2019	70	55 (78%)	14	1
2020	56	50 (89%)	6	0
2021	50	46 (92%)	4	0

Tabla 60. Verificación analítica. N° análisis por perfil analítico (periodo 2018-2021).

Año	Completo	Control salida ETAP	Control	Grifo	Supervisión	Total
2018	1225	6655	5453	2993	1936	18262
2019	1554	7367	5071	3088	1885	18965
2020	1517	7731	5414	3053	1615	19330
2021	1606	7859	5566	3238	1979	20248

Además, junto con las UCVs, se han realizado actividades encaminadas a disminuir la exposición a subproductos de la desinfección en aquellas zonas de abastecimiento con problemas específicos de estas sustancias.

3.1.3. Aguas de Baño

3.1.3.1. PLAYAS

El Programa de Control y Vigilancia de las Zonas de Baño se lleva a cabo, anualmente durante la temporada de baño, sobre 42 zonas de baño y 62 puntos de muestreo.

Territorio	Zona de baño	Puntos de muestreo
Araba/Álava	5	5
Bizkaia	21	33
Gipuzkoa	16	24
Euskadi	42	62

Fuente: Unidades de Salud Ambiental.

Además de los controles analíticos semanales realizados sobre la calidad de las aguas de baño también se realizan inspecciones periódicas para evaluar las condiciones higiénicas sanitarias del entorno de la playa.

Las temporadas 2020 y 2021 han sido temporadas de baño atípicas debido a la situación de pandemia en la que nos encontrábamos por lo que hubo que trabajar sobre medidas a implantar para poder compaginar el uso de estas zonas de baño con la seguridad de los usuarios frente al contagio por la COVID-19. Se publicó una guía con las recomendaciones y medidas a adoptar en cuanto control de aforos, limpieza y ventilación de servicios higiénicos y vestuarios, uso de duchas, adecuación de residuos, uso de mascarillas.

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 82).

Figura 82. Última clasificación de las zonas de baño de Euskadi en (%).

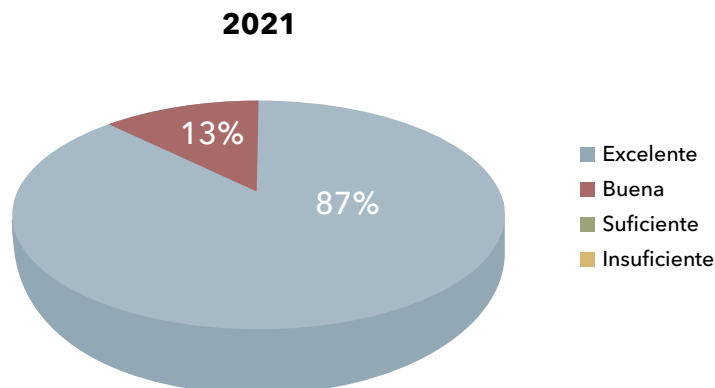
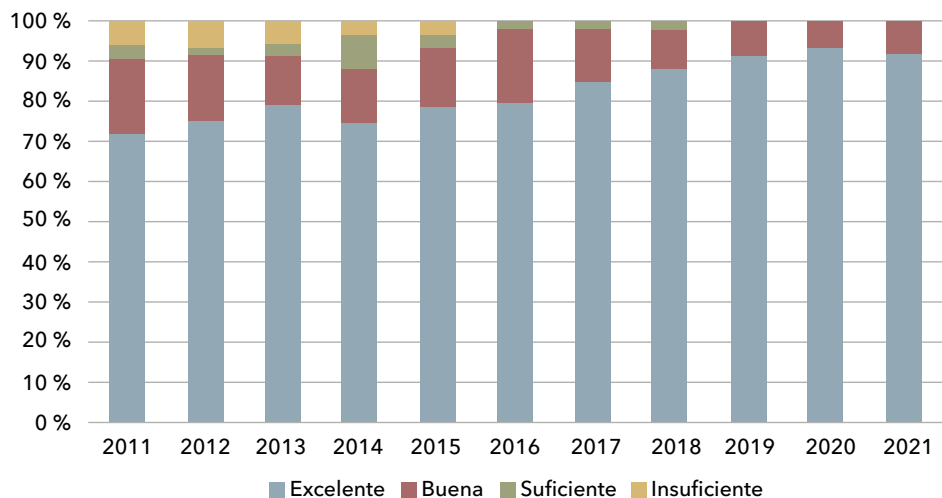


Figura 83. Evolución de la calidad del agua de baño por puntos de muestreo.



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.

3.1.3.2. PISCINAS Y ÁREAS RECREATIVAS DE AGUA

El programa de piscinas tiene una larga trayectoria en Euskadi habiéndose alcanzado un elevado grado de cumplimiento de los parámetros de calidad del agua.

En estos últimos años, hay varios aspectos que hay que tener en cuenta a la hora de valorar el trabajo realizado:

Por una parte, se han normalizado todos los procedimientos del programa y se ha desarrollado informáticamente e implantado un módulo específico para piscinas y áreas recreativas de agua dentro del Sistema Integrado de Salud Ambiental (SISA). Para el desarrollo de este módulo se tuvo en cuenta que todos los procedimientos de salud ambiental han de pasar progresivamente a la tramitación electrónica. Este proceso finalizó en diciembre de 2021 y está previsto que a lo largo de 2022 se comience a gestionar todo el programa a través de SISA, incluyendo la evaluación del riesgo, la planificación de las auditorías (la frecuencia de las auditorías se planifica en función del riesgo de la instalación, el cual a su vez está basado en el riesgo estructural, histórico y de gestión) y la tramitación electrónica de los expedientes.

Por otra parte, se han empezado a instalar un tipo nuevo de zonas recreativas, donde el usuario tiene contacto directo con el agua que recircula, pero, a diferencia de las piscinas, no disponen de vaso de inmersión (Áreas Recreativas de Agua - ARAs). A día de hoy estas áreas carecen de legislación y sin embargo son cada vez más frecuentes en los municipios, por lo que requieren de un seguimiento específico.

Finalmente, la declaración de la situación de emergencia sanitaria ocasionada por la pandemia de COVID, ha supuesto que gran parte de los recursos de las comarcas destinados a este programa se hayan dedicado a realizar inspecciones para comprobar la elaboración e implantación de los protocolos COVID en las instalaciones. Además, en los veranos de 2020 y 2021, muchas instalaciones de temporada no permanecieron abiertas debido a la pandemia por lo que no pudieron hacerse una parte de las auditorías planificadas.

En cuanto a las actividades desarrolladas en el programa de piscinas, la principal es la realización de auditorías (incluyendo una toma de muestra en cada auditoría) para valorar el grado de implantación del documento de autocontrol y la eficacia del mismo.

Tabla 61. Número de instalaciones a controlar, auditorías y muestreos realizados por TH y año.

Nº (%)	2019						
	PISCINAS				ARAs		
	Instalaciones	Auditorías ¹	Muestras	Otras inspecciones	Instalaciones	Auditorías ²	Muestras
Araba/Álava	54	32 (59%)	36 (67%)	1	0	0	0
Bizkaia	118	106 (82%)	65 (55%)	6	2	2 (100%)	2 (100%)
Gipuzkoa	88	78 (89%)	69 (78%)	9	1	0	1 (100%)
Euskadi	260	216 (83%)	170 (65%)	16	3	2 (67%)	3 (100%)

Nº (%)	2020							
	PISCINAS				ARAs			
	Instalaciones	Auditorías ¹	Muestras	Inspecc. COVID ¹	Instalaciones	Auditorías ²	Muestras	Inspecc. COVID ¹
Araba/Álava	55	2 (1%)	36 (65%)	55 (100%)	1	0	0	0
Bizkaia	122	31 (13%)	72 (59%)	167 (100%)	2	0	0	0
Gipuzkoa	88	24 (27%)	60 (68%)	93 (100%)	4	3 (75%)	4 (100%)	1 (25%)
Euskadi	265	57 (22%)	168 (63%)	315 (100%)	7	3 (43%)	4 (57%)	1 (14%)

Nº (%)	2021							
	PISCINAS				ARAs			
	Instalaciones	Auditorías ¹	Muestras	Inspecc. COVID ¹	Instalaciones	Auditorías ²	Muestras	Inspecc. COVID ¹
Araba/Álava	58	44 (69%)	43 (74%)	58 (100%)	1	0	0	0
Bizkaia	128	79 (57%)	72 (56%)	131 (100%)	6	5 (67%)	2 (33%)	2 (33%)
Gipuzkoa	88	55 (63%)	42 (48%)	91 (100%)	5	5 (100%)	5 (100%)	5 (100%)
Euskadi	274	178 (65%)	157 (57%)	280 (100%)	12	10 (83%)	7 (58%)	7 (58%)

1 Entre paréntesis, se muestra el porcentaje de instalaciones auditadas o inspeccionadas respecto al total. No se tienen en cuenta las auditorías o inspecciones de mejora o seguimiento.

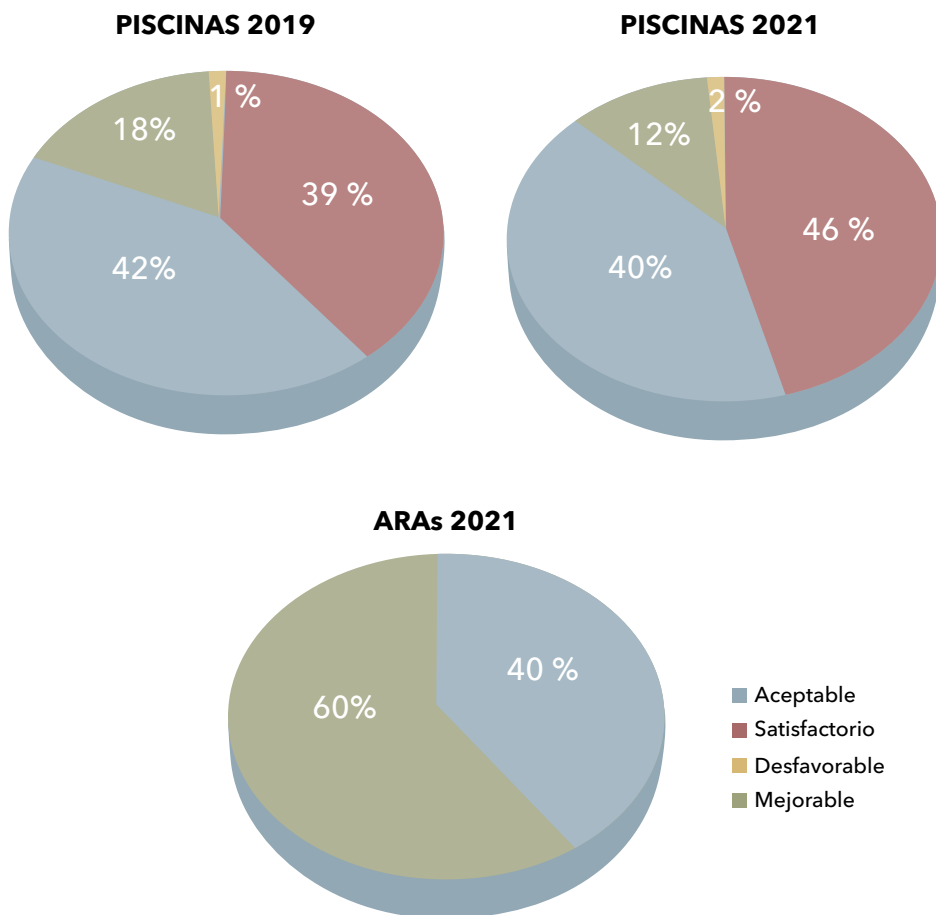
2 En 2019 y 2020 se tienen en cuenta las inspecciones para la caracterización inicial de las ARAs. En 2021, una vez implantado el protocolo de auditoría para ARAs, se contabilizan las auditorías.

Fuente: Sistema Integrado de Salud Ambiental (los datos corresponden a las instalaciones de uso público de los 3 TTHH sin tener en cuenta las capitales).

En 2020 no se pudieron realizar la gran mayoría de las auditorías planificadas debido a que muchas de las instalaciones no abrieron en temporada o abrieron durante muy poco tiempo. Además, gran parte de los/as técnicos de Salud Pública estuvieron ejerciendo de rastreadores COVID por lo que se paralizó en parte la actividad inspectora y se priorizó la comprobación del establecimiento e implantación en las piscinas de los protocolos COVID.

En 2021, se retomó la actividad de inspección, pero nuevamente, gran parte del esfuerzo realizado se dedicó a comprobar la implantación de los protocolos COVID. Aun así, se llegaron a completar el 94% de las auditorías planificadas.

Figura 84. Clasificación de las instalaciones en función del riesgo¹⁸



Fuente: Sistema Integrado de Salud Ambiental (los datos corresponden a las instalaciones de uso público de los 3 TTHH sin tener en cuenta las capitales).

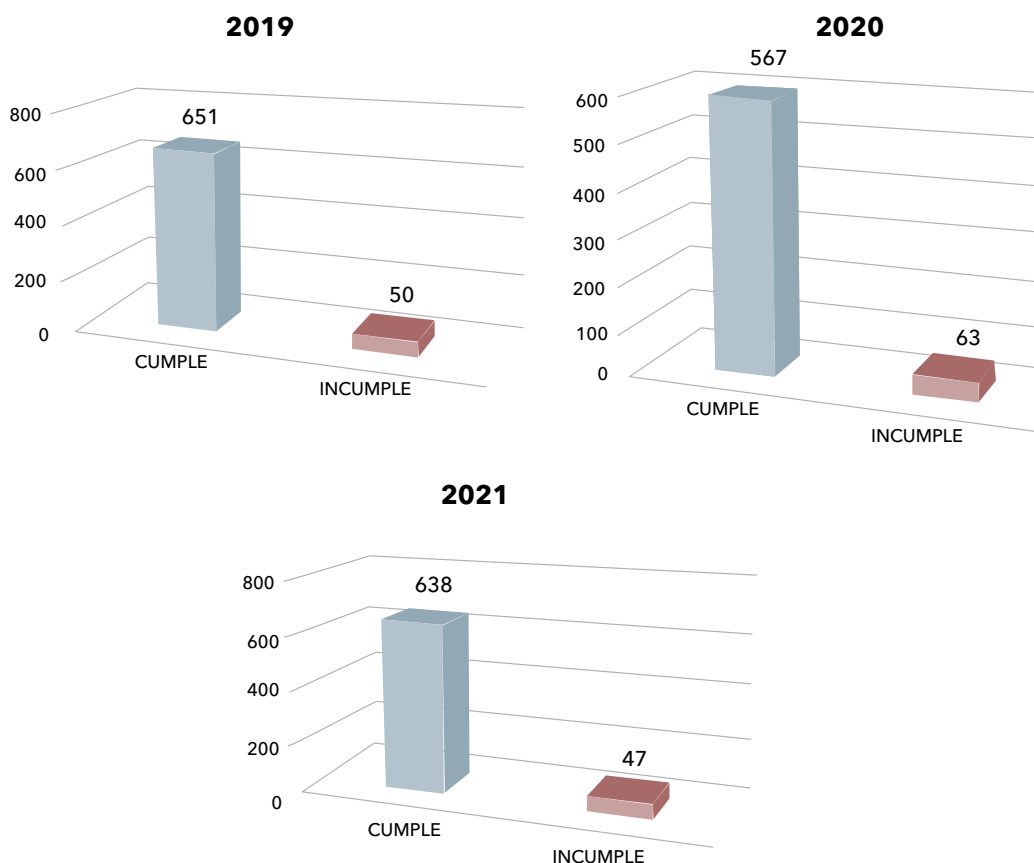
¹⁸ Clasificación de las piscinas en función del riesgo:

- Satisfactorio: sin deficiencias o con deficiencias leves.
- Aceptable: con deficiencias menores.
- Mejorables: con deficiencias mayores.
- Desfavorable: con deficiencias críticas (requieren subsanación inmediata).

No se representa la clasificación de las piscinas del año 2020 ya que no es representativa de la situación. Durante el estado de alarma debido al COVID sólo se hicieron las auditorías de aquellas instalaciones de mayor riesgo por lo que los resultados están muy sesgados. Entre 2019 y 2021 se ha observado un pequeño incremento del porcentaje de instalaciones en situación desfavorable, aunque en números totales son sólo 5 instalaciones en toda la CAE. Por otra parte, el descenso del porcentaje de instalaciones mejorables del 18% al 12% se ha traducido, en su mayoría, en un incremento del porcentaje de instalaciones clasificadas satisfactoriamente, del 39% al 46%.

En el caso de las ARAs, son instalaciones de reciente creación por lo que algunas aún no tienen un plan de autocontrol completamente implantado y les penaliza el hecho de que todas ellas presentan elementos con aerosolización, que incrementan el riesgo estructural. Es necesario un seguimiento en el tiempo para observar la evolución del riesgo asociado a estas instalaciones.

Figura 85. Resultados analíticos.



Fuente: Unidades de Salud Ambiental.

El porcentaje de analíticas de supervisión que no cumplen con los criterios microbiológicos se mantiene alrededor del 7-10 %, es decir, se obtienen valores similares a los previos a la pandemia.

Entre 2018 y 2019 se tomaron muestras para realizar un estudio de Productos Derivados de la Desinfección (PDDs) en 43 vasos clorados y 3 bromados de la CAE. El objetivo del estudio fue describir la situación de las piscinas cubiertas de uso público en Euskadi en cuanto a la presencia de PDDs en el agua y en el aire. A primeros de 2022 se finalizó el informe del estudio.

Se analizaron entre otros parámetros, el cloroformo y tricloramina en el aire y los ácidos haloacéticos (HAAs), los trihalometanos (THMs) y los haloacetoneitrilos (HANs) en el agua del vaso y en el agua de renovación.

Los resultados más significativos obtenidos en este estudio fueron que los niveles de PDDs del agua del vaso estuvieron en todos los casos por debajo de los niveles de referencia establecidos por la ECHA (European Chemical Agency) y la OMS (Organización Mundial de la Salud) y que en las muestras de aire, los niveles de cloroformo estaban muy próximos al valor de referencia del INERIS (Institut national de l'environnement industriel et des risques) y en el caso de la tricloramina, la media obtenida en medidas puntuales fue superior a los valores establecidos por la OMS, la ANSES (Agence nationale de sécurité sanitaire de l'alimentation, de l'environnement et du travail) y la ECHA.

Otras actividades de los programas de estos tres últimos años han sido:

- La revisión de las solicitudes de reapertura que envían las instalaciones para la temporada de verano, junto con la Declaración Responsable de que cumplen los criterios higiénico-sanitarios.
- Tramitación de las solicitudes de exención de socorrista.
- Consultas de titulares de instalaciones respecto a:
 - Proyecto constructivo de nuevas piscinas.
 - Procedimientos y trámites a realizar.
 - Elaboración e implantación de los protocolos COVID y condiciones de uso de las instalaciones en las distintas fases de la pandemia.

3.1.4. 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 que se han priorizado en función de su riesgo como posibles focos propagadores de la Legionella.

Tabla 62. Censo 2021 de instalaciones de la CAE por tipo de instalación.

TTHH	CRF	ACS	FOR	LCA	LVH	NEB
Araba/Álava	92	95	0	0	8	9
Bizkaia	143	491	1	0	13	0
Gipuzkoa	130	268	8	1	24	0
TOTAL	365	854	9	1	45	9
TOTAL Instalaciones 1283						

Fuente: Sistema Integral Salud Ambiental (SISA).

Según el riesgo estimado se establece una mayor o menor frecuencia en las auditorías a realizar. En 2019, 2020 y 2021 se ha continuado con esta programación en las instalaciones censadas de 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), Fuentes Ornamentales (FOR), Vehículos Lavacalles (LCA), instalaciones Lava Vehículos (LVH) y Nebulizadores (NEB).

Debido a la situación excepcional originada por la pandemia por Covid-19 el número de auditorías y toma de muestras en instalaciones de riesgo de proliferación de legionella durante el año 2020 fue inferior a años anteriores.

En las auditorías se mide el Riesgo que tienen las instalaciones de proliferación de la Legionella. El Riesgo Total de las instalaciones se calcula teniendo en cuenta los requisitos estructurales obteniendo el Riesgo Estructural (RE), el Riesgo de Gestión de la instalación (RG) obtenido de las auditorías y el Riesgo Histórico de la instalación (RH). Mediante este Riesgo Total clasificamos las instalaciones como Satisfactorias, Aceptables, Mejorables o Desfavorables¹⁹.

¹⁹ Clasificación de las instalaciones en función del riesgo de proliferación de legionella:

- Satisfactorio: sin deficiencias o con deficiencias leves.
- Aceptable: con deficiencias menores.
- Mejorables: con deficiencias mayores.
- Desfavorable: con deficiencias críticas (requieren subsanación inmediata).

Tabla 63. Porcentaje Instalaciones de riesgo de proliferación de Legionella censadas en la CAE en las diferentes escalas de valoración del Riesgo Total.

RIESGO TOTAL	CRF	ACS	FOR	LCA	LVH	NEB
Leve	78%	58%	11%	100%	40%	67%
Medio	18%	28%	0	0	33%	33%
Grave	1%	9%	11%	0	13%	0
Sin Riesgo calculado	3 %	5%	78%	0	14%	0

Fuente: Sistema Integral Salud Ambiental (SISA).

Las instalaciones de riesgo de proliferación de legionella de la CAE se encuentran en su mayoría dentro de un Riesgo Total (RT) de la instalación Medio o Leve, en concreto: el 96% de los CRF y el 86% de las ACS. En 2021 no se ha tramitado ningún expediente sancionador. Para 2022 se dispondrá de los Riesgos Totales de todas las instalaciones censadas dentro del desarrollo del Sistema Integral de Información Ambiental.

Además del control de la situación estructural y del programa de mantenimiento de las instalaciones, también se realizan controles analíticos de supervisión para ver el grado de colonización de las mismas y valorar la necesidad de actuaciones correctoras.

En el último año se han tomado un total de 2355 muestras ambientales para análisis de Legionella. 2096 muestras forman parte de muestreos programados y se han tomado en distintos tipos de establecimientos censados. El resto se han tomado tras la aparición de casos de legionelosis.

Tabla 64. Número de controles analíticos de Legionella realizados en la CAE por instalaciones y número de muestras en las que se ha detectado Legionella.

TTHH / TIPO INSTALACIÓN	ARABA/ÁLAVA		BIZKAIA		GIPUZKOA		CAE	
	NM	NM+	NM	NM+	NM	NM+	NM	NM+
CRF	78	4	108	24	96	16	282	44
ACS	119	38	913	106	489	64	1521	208
FOR	0	0	0	0	8	0	8	0
LCA	0	0	0	0	3	0	3	0
LVH	6	0	2	0	30	2	38	2
NEB	4	1	0	0	0	0	4	1
PISCINAS con Aerosolización	15	2	98	11	127	6	240	19
OTROS (CASOS)	83	8	128	14	48	12	259	34
TOTAL	305	53	1249	155	801	100	2355	308

Fuente: Sistema Integral Salud Ambiental (SISA). NM: Número de muestras de Legionella. NM+: Número de muestras de Legionella positivas.

Del total de las muestras programadas el 13% han resultado positivas, siendo este porcentaje algo menor al de años anteriores.

Tras la notificación de los casos de legionelosis se realiza una investigación ambiental de cara a identificar el posible foco origen de la infección. En los casos donde a partir de la información aportada por la encuesta epidemiológica se identifican instalaciones en las que ha podido existir una exposición de riesgo, se realiza una supervisión del estado de mantenimiento de dichas instalaciones y, en su caso, se realizan controles analíticos. No obstante, el foco de infección rara vez es identificado, bien porque no se identifica exposición de riesgo ambiental o bien porque la presencia de legionela en las instalaciones investigadas no se detecta o, cuando se detecta, no se dispone de muestras biológicas para compararlas con las ambientales.

3.1.5. 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 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, Consumo y Bienestar Social y de otras CCAA, y a su vez se comunican las incidencias que se generan en Euskadi. 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 65. Actuaciones en proyectos vigilancia y control.

		ACTUACIONES				
		2017	2018	2019	2020	2021
Registro ROESB ¹	Inscripciones/modificaciones/bajas	56	69	72	29	48
	Inspecciones	38	40	47	20	71
Red de Alerta SIRIPQ ²	Alertas tramitadas	32	28	16	22	11
	Alertas generadas	1	10	2	3	1
	Inmovilizaciones de productos	0	1	0	7	1
	Retiradas del mercado	4	1	1	10	1
	Expedientes sancionadores	0	0	0	0	0

¹ROESB (Registro Oficial de Establecimientos y Servicios Biocidas) (Fuente).

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

Fuente: Unidades de Salud Ambiental.

3.1.6. Otras actuaciones

3.1.6.1. 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 clasificadas 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, Planificación Territorial y Vivienda 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**.

Tabla 66. Informes relacionados con tramitaciones medioambientales.

ACTUACIONES		2017	2018	2019	2020	2021
Actividades clasificadas	En suelo residencial					
	Informes	48	76	70	44	57
	En suelo industrial y urbano					
	Informes	308	295	285	255	267
Autorizaciones Ambientales Integradas	Informes	17	29	7	12	28
Evaluaciones de impacto ambiental	Informes	80	103	67	53	45

Fuente: Unidades de Salud Ambiental.

Tabla 67. Proyectos de actividades clasificadas tramitados en 2017-2021.

ACTIVIDADES CLASIFICADAS	PROYECTOS RECIBIDOS				
	2017	2018	2019	2020	2021
Agricultura y ganadería	23	16	30	31	36
Industrias extractivas	1	0	1	0	4
Industrias manufactureras	156	153	144	105	126
Suministro de energía, gas, vapor y aire acondicionado	4	1	4	12	10
Suministro de agua, actividades de saneamiento, gestión de residuos y descontaminación	17	25	8	12	15
Construcción	6	4	5	7	4
Comercio al por mayor y menor, reparación de vehículos de motor y motocicletas	85	82	74	67	67
Transporte y almacenamiento	17	27	24	12	8
Hostelería	14	24	27	26	26
Información y comunicaciones	1	3	0	0	1
Actividades financieras y de seguros	0	1	4	1	7
Actividades profesionales, científicas y técnicas	3	7	7	7	6
Actividades administrativas y servicios auxiliares	3	1	2	3	3
Educación	1	1	2	1	1
Actividades sanitarias y de servicios sociales	4	1	1	2	1
Actividades artísticas, recreativas y de entretenimiento	8	17	17	8	9
Otros servicios	13	8	5	5	0
TOTAL	356	371	355	299	324

Fuente: Unidades de Salud Ambiental.

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 CAE.

3.1.6.2. RESIDUOS SANITARIOS

Con fecha 9 de marzo de 2015 se publicó en el Boletín Oficial del País Vasco el Decreto 21/2015, de 3 de marzo, sobre gestión de los residuos sanitarios en la Comunidad Autónoma de Euskadi. Se elimina la obligación de los productores de residuos sanitarios de disponer de un Plan de Gestión de Residuos Sanitarios aprobado por las autoridades sanitaria y medioambiental competentes. Los productores de residuos sanitarios peligrosos, al igual que el resto de los productores de residuos peligrosos, se encuentran obligados a realizar una “comunicación” en los términos previstos en la Ley 22/2011, de 28 de julio, de residuos y suelos contaminados, y ello en orden a que por el órgano ambiental se proceda a su inscripción en el Registro de producción y gestión de residuos de la CAE.

3.1.6.3. 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 68. Expedientes de sanidad mortuoria tramitados.

ACTUACIONES		2017	2018	2019	2020	2021
Sanidad mortuoria	Informes emitidos	11	5	2	2	0
	Inspecciones	6	4	5	3	6
	Autorizaciones de cementerios	9	0	0	1	0
	Autorizaciones de crematorios	0	1	1	0	2
	Autorizaciones de tanatorios	1	2	9	5	8
	Expedientes sancionadores	0	2	0	0	0

Fuente: Unidades de Salud Ambiental.

3.1.6.4. 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 Euskadi que están sujetas al Real Decreto 1254/1999 de 16 de julio (normativa Seveso) por el que se adoptan las medidas de control y limitación de los riesgos inherentes a los accidentes graves en los que intervienen sustancias peligrosas al objeto de proteger a las personas, los bienes y el medio ambiente (Tabla 69).

Tabla 69. Planes de emergencia exterior informados.

ACTUACIONES		2017	2018	2019	2020	2021
PEE	Planes informados	0	0	0	5	0

Fuente: Unidades de Salud Ambiental.

3.1.6.5. VIGILANCIA DE MOSQUITOS AEDES INVASORES

La vigilancia de *Aedes* está integrada dentro del “Plan nacional de preparación y respuesta frente a enfermedades transmitidas por vectores: Dengue, Chikungunya y Zika”. Estas enfermedades denominadas arbovirosis, se transmiten fundamentalmente por mosquitos de la especie *Aedes albopictus* aunque también se considera que *Aedes japonicus* puede ser un vector potencial de estos virus.

En 2012 se detectan por primera vez huevos de *Aedes albopictus* en Bidart (Francia), y en 2013 se comenzó a investigar la presencia de estos mosquitos en la CAE. La primera detección de *Aedes albopictus* en Euskadi se produjo en Irun en 2014 y se cree que su llegada se produjo en algún medio de transporte ya que el calor que desprenden los motores de los vehículos y el CO₂ que producen atraen a los mosquitos adultos.

A partir de 2020 además se empieza a detectar *Aedes japonicus* en cuatro municipios. Actualmente se estima que ya está establecido por todo Bizkaia y Gipuzkoa y puntualmente en Álava. Se detectan fundamentalmente, en zonas no urbanas ya que requieren arbustos y arbolado.

Aedes albopictus por su parte, se detecta fundamentalmente en las zonas urbanas del Gran Bilbao y Donostialdea y en los alrededores de Irún.

Para vigilar la presencia y la posible expansión de estos mosquitos, en 2021 se colocaron ovitrampas en todos los municipios de Euskadi de más de 10.000 habitantes, además de en Derio, Aeropuerto de Bilbao y Laguardia. De los 45 municipios, 38 dieron positivo para *Aedes spp.* Para confirmar la especie implicada, se incubaron los huevos recogidos y se realizó la identificación de adultos tanto morfológicamente como con métodos moleculares (PCR).

En cuanto a la estacionalidad, *A. albopictus* presenta el máximo pico de detección en septiembre y *A. japonicus* en julio. Los muestreos se realizan de junio a noviembre.

Desde la Dirección de Salud Pública, con la colaboración de NEIKER (Instituto Vasco de Investigación y Desarrollo Agrario) y del BCAM (Basque Center for Applied Mathematics), se está trabajando en la elaboración e implantación de un sistema de clasificación territorial de Euskadi en base al riesgo de infecciones por arbovirus transmitidas por mosquitos *Aedes*, orientado a las actuaciones de prevención y control de las citadas infecciones.

3.2. Salud alimentaria

3.2.1. Actividades en establecimientos alimentarios

3.2.1.1. CONTROL DE ESTABLECIMIENTOS ALIMENTARIOS

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

Actualmente los establecimientos alimentarios de Euskadi 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 o comercializan, que es objetivo prioritario del programa de control. 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 la infancia, personas mayores, etc.).

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

• Situación de los establecimientos

El censo de establecimientos tiene un ligero incremento, respecto años anteriores.

Tabla 70. Datos de censo de establecimientos.

CENSO	2018	2019	2020	2021
Araba/Álava	3.050	3.144	3.149	3.254
Bizkaia	8.127	8.491	8.583	8.596
Gipuzkoa	7.790	8.278	8.117	8.248
Euskadi	18.967	21.932	21.869	22.119

Aproximadamente el 25% de los establecimientos censados son industrias con distintas actividades alimentarias y cuyo ámbito de comercialización no está restringido a Euskadi. El 75% restante, corresponde a establecimientos cuya actividad está restringida a Euskadi. Entre estos establecimientos minoristas, el 53 % corresponde a la hostelería, los demás, corresponden a otras actividades tales como carnicerías, panaderías no industriales, pescaderías etc.

El riesgo de los establecimientos se clasifica en cinco grupos A, B, C, D y E, correspondiendo el A al riesgo más bajo y el E al de mayor riesgo. El mayor porcentaje de establecimientos corresponde a los de menor riesgo (A y B), y representan el 50,95% de los establecimientos; los grupos de mayor riesgo D y E alcanzan un porcentaje de 14,04%. El 13,22% de los establecimientos no requieren clasificación.

Tabla 71. % de establecimientos por riesgo.

RIESGO	%
A	24,61
B	26,34
C	21,77
D	10,66
E	3,38
Z	(*)13,22

Tabla 72. Número de visitas de control realizadas.

	2019	2020	2021
Frecuencias	5.181	3.103	5.903
Seguimiento de Mejoras	1.407	903	1.872
HACCP	295	145	278
HACCP Seguimiento de Mejoras	71	58	56
Total	8.973	6.229	10.130

- a. “Inspección de Frecuencias”: inspección de control oficial, con una periodicidad establecida en base a la clasificación del establecimiento.
- b. “Inspección de seguimiento de mejoras” inspección para la subsanación de las desviaciones detectadas en inspección de frecuencias.

- c. “HACCP” auditoria del sistema de aseguramiento de la calidad basados en el sistema HACCP, basado en el Análisis de Peligros y Puntos Críticos de Control, con una periodicidad establecida en base a la clasificación del establecimiento.
- d. “HACCP Seguimiento de Mejoras” inspección para la subsanación de las desviaciones detectadas en las auditorias de autocontrol.

Los últimos tres años se han realizado un total de 903 auditorías (HACCP), de las cuales 718 son auditorias iniciales y 185 son de seguimiento de mejoras.

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:

1. Autorización sanitaria de funcionamiento: las realizadas cuando los establecimientos inician o cambian su actividad.
2. Los establecimientos, que no requieren autorización sanitaria, realizan una comunicación de inicio o cambio de actividad.
3. Alertas: visitas realizadas cuando se producen notificaciones de la red de alerta europea sobre establecimientos o productos que pueden afectar a la salud de los consumidores.
4. Denuncias: 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.
5. Toma de muestras: visitas a establecimientos para la toma de muestras de alimentos (la mayoría contempladas en los diferentes programas de control oficial).
6. Coronavirus, controles e inspecciones relativas la pandemia y los establecimientos alimentarios.
7. Otras inspecciones: se realizan por circunstancias variadas y no programadas.

Tabla 73. Otras actividades de control (algunas analizadas con mayor detalle en apartados propios).

		2019	2020	2021
1	Autorización	99	71	97
	Autorización mejoras	6	8	13
2	Comunicación	604	586	891
	Comunicación mejoras	152	111	279
3	Alertas	98	57	39
4	Reclamaciones (brotes)	230 (4)	171 (1)	187 (10)
5	Toma de muestras	1.035	733	1.005
6	Otras	741	418	741

3.2.1.2. CONTROL DE MATADEROS

El principal objetivo del Servicio Veterinario Oficial (SVO) de inspección permanente en los mataderos de la Comunidad Autónoma del País Vasco (CAE) es efectuar los controles necesarios para garantizar la calidad higiénico-sanitaria de las carnes que se procesan. Estos controles incluyen la supervisión continua de la actividad de estas industrias, la verificación del cumplimiento de las condiciones de bienestar de los animales, la ejecución de la inspección ante-mortem de los animales y post-mortem de las canales, la realización de 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 y por consiguiente decomisadas.

En periodo 2019-2021 el sacrificio de animales para consumo humano se ha mantenido estable, registrándose un ligero aumento en la producción de carne de ovino y porcino y una disminución en el sacrificio de la especie equina.

Tabla 74. Nº sacrificios y decomisos totales (DT) ungulados (2019-2021).

	2019		2020		2021	
	SACRIFICIOS	DT	SACRIFICIOS	DT	SACRIFICIOS	DT
Bovino	42.450	46	43.526	37	42.681	37
Ovino/Caprino	63.181	70	82.769	55	76.015	144
Porcino	11.074	28	11.732	11	12.976	18
Equino	472	6	223	0	165	0

Respecto a los decomisos totales de vacuno practicados en los mataderos de la CAE, estos son más frecuentes en ganado mayor que presenta una mayor incidencia de afectaciones sistémicas por procesos inflamatorios o degenerativos de diversa etiología. De este modo, han aumentado ligeramente los decomisos totales de canales por procesos inflamatorios agudos que representan la primera causa de decomiso (peritonitis, pericarditis, septicemia, nefritis), seguido por los decomisos totales catalogados en otras causas de origen inespecífico como son los procesos metabólicos, degenerativos, parasitarios y tumorales que mantienen una proporción inferior. En porcino, la primera causa de decomiso también es debida a procesos inflamatorios.

Tabla 75. N° sacrificios aves y conejos (2019-2021).

	2019	2020	2021
Aves	10.058.098	10.193.304	10.517.209
Conejos	1.177.646	1.195.593	1.164.106

En aves y conejos el sacrificio no ha sufrido variaciones importantes a lo largo de este periodo. En cuanto a los decomisos totales, en conejos suponen el 1% de los sacrificios y en aves alrededor de un 0,5% del total de animales sacrificados.

La inspección post-mortem implica el examen individualizado de todas las canales, vísceras y despojos de los animales y en ocasiones, para completar el dictamen sobre la aptitud de las carnes para el consumo, es necesario realizar pruebas complementarias de laboratorio, bien cuando se sospecha de enfermedad, ante un cuadro clínico que presenta el animal o por otros motivos como sospecha de tratamientos clínicos, etc.

La normativa exige, asimismo, la toma de muestras para realizar análisis de Encefalopatías Espongiformes Transmisibles (EETs) en vacuno y pequeños rumiantes, en el caso de animales sospechosos o sacrificados de urgencia, y la determinación de *Trichinella spp.* en las canales de porcino adulto y équidos.

Tabla 76. N° de determinaciones analíticas post-mortem, realizadas en control oficial Mataderos CAE (2019-2021).

	2019	2020	2021
Microbiología CRH canales	373	286	288
Microbiología CRH superficies	440	401	380
Triquina	11538	11950	13133
EEB	49	0	41

Las **Encefalopatías Espongiformes Transmisibles** (EETs), son enfermedades neurodegenerativas que se sospecha 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 (Scrapie) en reses ovinas sacrificadas en el País Vasco. Durante el periodo 2019-2021, la toma de muestras en la especie bovina se ha dirigido a los animales sacrificados de urgencia mayores de 48 meses con destino a consumo humano y animales procedentes de “Países de riesgo controlado”. No se ha producido ningún caso positivo de Encefalopatía Espongiforme Bovina en bovinos sacrificados en mataderos de la CAE. En cuanto a la toma de muestras de las especies ovina/caprina se realiza en ovinos y caprinos mayores de 18 meses y a un número aleatorio de animales establecido a nivel nacional. Por otro lado, uno de los puntos de control más importantes para la reducción del potencial riesgo de transmisión de encefalopatías sigue siendo la eliminación de los Materiales Especificados de Riesgo (MER) por parte de los establecimientos alimentarios que los producen, bajo la supervisión del Servicio Veterinario Oficial ubicado en los mataderos.

En este periodo, además de la supervisión trimestral de los **Controles Regulares de Higiene** (CRH), que realiza el Servicio Veterinario Oficial (SVO) en cada matadero, se han llevado a cabo muestreos de verificación de los resultados analíticos de los controles realizados por las industrias, en las distintas especies sacrificadas, tanto de canales como de superficies de trabajo, para alcanzar el objetivo de mejora de las operaciones del faenado de los animales y aumentar la calidad higiénica de las carnes. (Tabla 76).

En cuanto a la actividad de control realizada para el cumplimiento del **Bienestar Animal**, los mataderos de la CAE tienen implantado y adaptado el Procedimiento Normalizado de Trabajo (PNT) de todos los puestos de trabajo implicados en el bienestar animal, teniendo en cuenta las ocho guías de buenas prácticas en bienestar animal aplicables en las distintas fases de producción de la cadena alimentaria publicadas por AESAN, de acuerdo a los requerimientos de los informes de las visitas de la Comisión Europea a varios mataderos de diferentes CCAA.

Se verifica por el SVO la aplicación de los procedimientos normalizados de trabajo (PNT) en bienestar animal por los operadores económicos, se valora la competencia del personal, poseedor de la certificación correspondiente para realizar el trabajo en todos los puestos con implicación del bienestar animal. Se realizan visitas de auditoría en los mataderos para abordar de forma homogénea la aplicación de las pautas de trabajo en todos ellos. A partir del informe del resultado de la auditoría, con las no conformidades detectadas, cada matadero presenta el plan de corrección de las mismas, siendo objeto de seguimiento por parte del control oficial.

En relación a la formación continua sobre bienestar animal de los operarios de los mataderos, en el marco de lo establecido por el *REGLAMENTO (CE) N° 1099/2009 relativo a la protección de los animales en el momento de la matanza*, en 2019, 2020 y 2021, dos empresas formadoras, bajo supervisión oficial, han impartido un total de cuatro cursos destinados a la obtención del certificado de competencia en bienestar animal a las personas que realizan el sacrificio y operaciones conexas para la producción de alimentos, en virtud de lo establecido en la *Instrucción de 11 de septiembre de 2013, del Viceconsejero de Salud del Departamento de Salud del Gobierno Vasco para la Delegación de cursos de formación y expedición del certificado de competencia en bienestar animal*.

3.2.1.3. ACTUACIONES ESPECIALES RELACIONADAS CON LA COVID-19

Desde que se decretó el confinamiento (marzo de 2020) los técnicos de Salud Pública han estado realizando una importante tarea de Apoyo de la Red de Rastreo en periodos de alta transmisión de la pandemia reduciendo la actividad inspectora. En relación con la seguridad alimentaria y el cumplimiento de las normas exigidas por la situación pandémica, se reorganizaron los servicios de inspección y se modificaron los parámetros de control para realizar un seguimiento de las condiciones sanitarias de los establecimientos, así como para prevenir la transmisión del coronavirus entre el personal de los establecimientos alimentarios y la clientela.

La constatación de **deficiencias relacionadas con casos confirmados de Covid-19** entre los trabajadores, se concretó en cierres preventivos de los establecimientos alimentarios en los que tras realizar la limpieza y desinfección de las instalaciones y la comprobación de que el personal no estaba en periodo de aislamiento, se permitió su reapertura. Se realizaron un total de 2.047 actuaciones de cierres y reaperturas.

Por otro lado, era necesario hacer seguimiento de las condiciones de los establecimientos alimentarios tanto en cuanto a las condiciones higiénico sanitarias como a las exigencias de contención de la pandemia.

Para llevar a cabo toda la actividad, se **elaboraron nuevas herramientas metodológicas** de verificación de las condiciones en los establecimientos, incorporando protocolos relacionados con la prevención del coronavirus o prestando especial atención a determinados parámetros como el de exposición y temperatura de los pintxos en barra. **Se diseñaron nuevas herramientas informáticas** para el registro y evaluación de resultados de los controles.

Los controles se realizaron en la fase inicial de la pandemia mayoritariamente de forma no presencial. Se realizaron 1.794 **contactos telefónicos o por correo electrónico**, recogiendo la información y proporcionando las recomendaciones

y requisitos legales a los establecimientos alimentarios. Posteriormente, cuando las circunstancias pandémicas lo permitieron se realizaron **visitas presenciales** para contrastar la información recibida. Se inspeccionaron establecimientos con actividades esenciales: sector de comercio minorista, industrias alimentarias, sector de hostelería, residencias de mayores y comedores escolares. Además, se implementó el control en establecimientos de platos preparados de comida para llevar o servicio a domicilio cuya actividad se incrementó tras el cierre de la hostelería.

Toda esta actividad de control se tradujo en la vigilancia de 5.917 establecimientos en la CAE en las que se verificaron las medidas generales de higiene de los establecimientos alimentarios, las medidas relacionadas con la contención del Covid-19 o la exposición de los pintxos.

Hay que resaltar de toda esta actividad, que los establecimientos tenían un aceptable grado de cumplimiento, teniendo en cuenta las fechas de inspección desde el inicio de la pandemia en la que los recursos eran de difícil disponibilidad (carencia de mascarillas, guantes etc.) hasta el final del proceso.

En el global de inspecciones realizadas, los aspectos que tenían un mayor nivel de incumplimiento fueron la falta de conocimientos específicos por parte del personal sobre medidas COVID-19 (17%), la carencia de elementos físicos para la protección del vendedor/cliente (10%) o la carencia de medios de información a los clientes sobre las medidas de seguridad y su cumplimiento (7%). Las incidencias detectadas graves fueron objeto de requerimiento inmediato de subsanación para poder continuar con la actividad.

3.2.2. Actividades relacionadas con el análisis de los alimentos

3.2.2.1. SEGURIDAD MICROBIOLÓGICA DE LOS ALIMENTOS

La estrategia de vigilancia microbiológica en seguridad alimentaria se ejecuta a través del Programa de Seguridad Microbiológica de los Alimentos.

El objetivo general de este programa consiste en evaluar la calidad microbiológica de los alimentos manipulados, elaborados y consumidos en la Comunidad Autónoma del País Vasco (CAE), de manera que se minimicen riesgos para la salud de las personas consumidoras derivados de la contaminación microbiológica de los alimentos elaborados y/o comercializados; siendo los riesgos microbiológicos una de las principales causas de enfermedades de origen alimentario.

Otros objetivos del programa mencionado son:

- Normalizar las actividades de vigilancia analítica microbiológica en el control oficial.
- Verificar el cumplimiento de los criterios microbiológicos establecidos por la reglamentación para los diferentes alimentos elaborados y comercializados en los establecimientos de la CAE.
- Adoptar las acciones correctoras eficaces derivadas de los incumplimientos.

Para conseguir los objetivos propuestos, el Programa de Seguridad Microbiológica desarrolla las actividades de vigilancia y control, principalmente, a través de tres líneas de actuación: Plan de verificación analítica en el control oficial de establecimientos de elaboración de alimentos, plan de vigilancia horizontal de patógenos y plan de vigilancia de resistencias antimicrobianas de bacterias zoonóticas e indicadores.

A. 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 alimentos de la CAE, estableciendo una priorización de establecimientos a muestrear.

Durante los años 2019, 2020 y 2021 y teniendo en cuenta que el plan de muestreo sirve de verificación analítica y de información complementaria al control oficial, la selección de los establecimientos por sector a muestrear en cada comarca, se realiza dando prioridad a los que van a ser visitados.

Dentro de este plan se ha analizado la calidad microbiológica de conformidad al Reglamento 2073/2005 de los siguientes tipos de alimentos:

- Comidas preparadas listas para el consumo (comedores institucionales, hostelería, industrias de platos preparados...).
- Productos de pastelería.
- Leche y productos lácteos.
- Carne y derivados cárnicos.
- Productos de la pesca.
- Huevos.
- Ovoproductos.
- Conservas vegetales (2019).

B. Plan de vigilancia horizontal de patógenos

Vigilancia y control específica de agentes patógenos en productos comercializados en la CAE, preferentemente elaborados fuera de la CAE.

- Alimentos listos para el consumo de mayor riesgo de presencia de *Listeria monocytogenes* (ahumados de la pesca, productos cárnicos cocidos, quesos de pasta blanda, patés pasterizados).
- Platos preparados envasados refrigerados: investigación de *Listeria monocytogenes* y *Salmonella spp.*
- Investigación de virus de hepatitis E en derivados cárnicos de porcino (salchichas y burger meat) y en superficies de manipulación/útiles de carnicería.
- Hierbas aromáticas e infusiones de hierbas: Investigación de *Salmonella spp.* y *Listeria monocytogenes*.
- Brotes de Semillas germinadas (investigación de *E. coli verotoxigénico*).

En líneas generales durante 2019, 2020 y 2021 se han analizado un total de 3.033 muestras: 2.482 relativas al PLAN A; 536 relativas al PLAN B.

Plan de verificación analítica en el control oficial de establecimientos.

La Tabla 77 resume el número de muestras analizadas durante estos tres años, en el **PLAN A**, en los diferentes grupos de alimentos, indicándose entre paréntesis las muestras No Conformes.

Tabla 77. PLAN A, Plan de verificación analítica en el control oficial de establecimientos.

ALIMENTO	PARÁMETRO	2019	2020	2021
Comidas preparadas listas para el consumo	Salmonella spp.	703	362	773
	Listeria monocytogenes Enterobacterias a 37 °C			
Productos de pastelería	Salmonella spp.	66	46	64
	Listeria monocytogenes Enterobacterias a 37 °C			
Leche y productos lácteos (*) (parámetros en base al tipo de producto, R 2073/2005)	Enterotoxina estafilocócica	86 (11)	17 (1)	77 (1)
	Salmonella spp.			
	Listeria monocytogenes			
	E. coli β-glucuronidasa +			
	Estafilococos coagulasa positivos			
Carne, preparados de carne, productos cárnicos y platos preparados cárnicos	Salmonella spp.,	77 (6)	57 (3)	71 (2)
	Campylobacter spp.			
	E coli verotoxigénico			
	Listeria monocytogenes Staphylococcus aureus resistente a meticilina			
Productos de la pesca	Salmonella spp.,	39	29 (1)	33 (2)
	Listeria monocytogenes,			
	Control estabilidad			
	E. coli β-glucuronidasa +			
	Norovirus (genotipo I y II)			
	Virus de la hepatitis A			
Huevos	Salmonella spp	25	5	25
Ovoproducto	Salmonella spp.	3		1
	Listeria monocytogenes			
Productos vegetales (Conservas de hortalizas)	Control estabilidad	14		

(*) Con motivo de la problemática asociada a la presencia de enterotoxina estafilocócica en queso curado, durante 2014-2018, en el año 2019 paralelamente a la programación se llevó a cabo el PLAN DE ENTEROTOXINA ESTAFILOCÓCICA EN QUESOS MADURADOS ELABORADOS A BASE DE LECHE CRUDA, plan que consistió en ampliar el estudio de enterotoxina hasta en el 30% de las queserías.

En relación a las muestras NO CONFORMES (NC), solo se han recogido como tales aquellos incumplimientos respecto a los criterios establecidos en la normativa de aplicación. No se han incluido los resultados de los parámetros indicadores o con finalidad prospectiva, aunque son parámetros analizados y reflejados (p.ej. Enterobacterias a 37 °C en comidas preparadas).

A grandes rasgos, el mayor número de desviaciones se observó en la leche y productos lácteos durante el año 2019, mayoritariamente por la detección *L. monocytogenes* (ya se ha mencionado el plan específico que supuso una mayor verificación de resultados en queserías).

Ante las NC, en general, se procedió a la comprobación de las prácticas higiénicas y de manipulación; adoptándose las medidas previstas en su sistema de autocontrol (la investigación del origen de la contaminación, revisión de los registros de incidencias en la producción primaria, la comprobación documental de los resultados analíticos de las muestras de leche, así como la verificación analítica de los lotes inmediatamente próximos al no conforme).

Cuando la NC derivaba de la detección de *Salmonella* y/o enterotoxina estafilocócica, se procedió a la retirada y destrucción de los lotes afectados.

Ante la detección de *L. monocytogenes*, se procedió a la comprobación de las prácticas higiénicas y de manipulación, la verificación analítica de superficies, así como el aumento del periodo de maduración de los lotes implicados, liberándolos al consumo, tras una nueva verificación analítica en la que quedaba demostrada la disminución de carga microbiana y consecuente aptitud del producto para ser comercializado y consumido.

Plan de vigilancia horizontal de patógenos. La Tabla 78 resume el número de muestras analizadas durante estos tres años, en el **PLAN B**, en los diferentes grupos de alimentos, indicándose entre paréntesis las muestras que superan los límites máximos establecidos.

Tabla 78. PLAN B, Plan de verificación analítica en el control oficial de establecimientos.

ALIMENTO	PARÁMETRO	2019	2020	2021
Cárnicos cocidos envasados, Patés pasterizados	<i>Listeria monocytogenes</i>	60	40	49
Quesos de pasta blanda	<i>Listeria monocytogenes</i>	29	19	25
Ahumados de la pesca	<i>Listeria monocytogenes</i>	30	19	79
Platos preparados envasados en refrigeración	<i>Listeria monocytogenes</i> , <i>Salmonella spp.</i>	50	-	-
Derivados cárnicos a base de carne de cerdo y (superficies y útiles de carnicería)	virus de hepatitis E	98	-	-
Hierbas aromáticas e infusiones de hierbas	<i>Salmonella spp</i> <i>L. monocytogenes</i>	62	-	-
Semillas germinadas envasadas	<i>E. coli verotoxigénico</i>	-	-	36
Moluscos bivalvos	<i>Norovirus genogrupo I y II</i> ; <i>virus de la hepatitis A</i>	-	-	52 (8*)

(8*) Los incumplimientos por detección de norovirus en moluscos bivalvos vivos, cuya investigación se ha realizado con finalidad prospectiva (en el plan A no los hemos incluido).

La vigilancia de *L. monocytogenes* en los principales alimentos de riesgo asociados en su transmisión, que de forma sostenida se viene realizando en el plan de vigilancia horizontal de patógenos, 149 muestras de productos expuestos envasados en establecimientos minoristas, correspondientes a distintas marcas comerciales y procedencias, muestran resultados conformes.

En la investigación relativa a Semillas germinadas (2021), el porcentaje de cumplimiento de actividad de muestreo de alimentos fue del 60% (36 muestras en lugar de las 50 programadas), pese a que todos los resultados fueron conformes. El cumplimiento se debió a la dificultad de encontrar comercializado suficiente producto, en consecuencia, por falta de diversidad de marcas.

3.2.2.2. SEGURIDAD QUÍMICA DE LOS ALIMENTOS

El objetivo del Programa de Seguridad Química de los Alimentos es evitar la presencia en el mercado de alimentos con contenidos de sustancias que pueden ser perjudiciales para la salud como contaminantes, residuos de plaguicidas o aditivos alimentarios entre otros, en cantidades superiores a las permitidas por los correspondientes Reglamentos Europeos. Por otro lado, también se realizan

actuaciones en el ámbito de los materiales en contacto con los alimentos, especialmente la revisión y valoración de la documentación aportada por los fabricantes, para evitar que los materiales puedan ceder sustancias indeseables a los alimentos.

La selección de las combinaciones alimento/sustancia analizada se ha basado en la clasificación por riesgo (risk ranking) establecida por AESAN (Agencia española de seguridad alimentaria y nutrición), en función de la toxicidad de cada sustancia y su probabilidad de aparición en cada grupo de alimentos, de modo que se realizan más análisis en las combinaciones de mayor riesgo.

Durante los años 2019, 2020 y 2021 se ha investigado la presencia de plomo, cadmio, mercurio y metil-mercurio, arsénico total e inorgánico, nitrato, acrilamida, histamina, hidrocarburos aromáticos policíclicos (benzopireno, benzantraceno, benzofluoranteno y criseno), micotoxinas (aflatoxinas B1, B2, G1 y G2, Ocratoxina A, zearalenona y patulina), bifenilos policlorados no similares a dioxinas (PCB 28, 52, 101, 138, 153 y 180). Asimismo, se han analizado los residuos de 214 materias activas de plaguicidas y en cuanto a los aditivos, los más analizados son los sulfitos pero también se han analizado nitrito y nitrato, sorbatos y benzoatos. Los alérgenos analizados incluyen gluten, proteína láctea y frutos de cáscara (avellana, cacahuete y nuez).

En la Tabla 79 se resume el número de muestras analizadas durante estos tres años en los diferentes grupos de alimentos, indicándose entre paréntesis las muestras que superan los límites máximos establecidos.

Tabla 79. Número de muestras de alimentos en las que se han analizado posibles sustancias indeseables en 2019, 2020 y 2021 (entre paréntesis las que superan los límites máximos o valores de referencia establecidos).

ALIMENTO	PARÁMETRO	2019	2020	2021
Pescado y productos de la pesca	Arsénico total e inorgánico	12		
	Cadmio	75 (1)	65 (1)	18
	Plomo	64	64	18
	Mercurio y metil mercurio	25 (4)	65 (4)	16
	Hidrocarburos aromáticos policíclicos		21	12
	PCBs no similares a dioxinas		10	5
	Histamina	40 (1)	23 (1)	23 (4)
	Aditivos alimentarios	107 (15)	24	37
	Alérgenos			2

Salud Pública y Adicciones. Informe 2019-2021

Carne y productos cárnicos	Cadmio			10
	Plomo			10
	Hidrocarburos aromáticos policíclicos		8	
	Aditivos alimentarios	158 (17)	37 (5)	39 (2)
	Alergenos	3	10 (1)	10
Leche y productos lácteos	Plomo		1	9
	Histamina			16
Grasas y aceites	Plomo			5
	Hidrocarburos aromáticos policíclicos		10	5
	Alergenos			2
Frutas y hortalizas (incluye setas y zumos de frutas)	Cadmio	1	28	51
	Plomo	1	28	59
	Mercurio y metil mercurio		28	
	Acrilamida			3
	Aflatoxinas			9
	Nitrato		14	12
	Aditivos alimentarios	3	7	1
Frutos secos y frutas desecadas	Aflatoxinas	33	20	
	Aditivos alimentarios	28 (1)	20	23
	Alergenos	3		10
Cereales y productos a base de cereales	Arsénico total e inorgánico		43	
	Acrilamida	27 (2)	7	10
	Aflatoxinas			8
	Aditivos alimentarios		1	5
	Alergenos	5	2	15
Aperitivos listos para el consumo	Acrilamida	29 (7)	19 (14)	11 (2)
	Aditivos alimentarios	1	25	20
	Alergenos		4	
Miel, cacao y derivados	Cadmio	5	19	
	Plomo			5
	Mercurio y metil mercurio		20	
	Alergenos		6 (1)	10

Golosinas (chuches)	Alergenos			5
Platos preparados	Alergenos	7		3
Salsas y especias	Hidrocarburos aromáticos policíclicos			8 (1)(*)
	Aditivos alimentarios		6	31 (2)
	Alergenos	18	17	13
Té	Aditivos alimentarios		1	2
Bebidas alcohólicas	Plomo		19	
	Aditivos alimentarios	35		
	Alergenos	1		
Bebidas no alcohólicas	Aditivos alimentarios		17	18
	Alergenos			1
Alimentos destinados a la alimentación infantil	Arsénico total e inorgánico			9
	Cadmio			9
	Plomo			9
	Acilamida	6	18 (16)	10
	Aflatoxinas		18	10
	Hidrocarburos aromáticos policíclicos			9

En el grupo de pescado y productos de la pesca es relevante la superación de los contenidos máximos de mercurio en pez espada y tiburones (cazón, marrajo), así como la detección de niveles de histamina superiores a los permitidos en atún, tanto congelado como en conserva. Por lo que se refiere a los contenidos superiores a los permitidos de aditivos en este grupo de alimentos se trató de sorbatos y benzoatos en bacalao desalado y sulfitos en crustáceos.

Los sulfitos fueron también detectados en cantidades superiores a las permitidas en el grupo de productos cárnicos, en concreto en salchichas y hamburguesas. En este grupo también se encontraron niveles de nitratos y nitritos en chorizo por encima de los autorizados.

Asimismo, se han encontrado niveles superiores a los permitidos de nitratos y nitritos en dos muestras de pimentón (incluido en el grupo de salsas y especias). Pero lo más llamativo en este producto ha sido la presencia de hidrocarburos aromáticos policíclicos, para los que se han establecido límites máximos en pimentón, pero que no se aplican a pimentón ahumado. Por ello en el cuadro se

observa sólo un incumplimiento (de una muestra de pimentón no ahumado) ya que, aunque se han determinado contenidos muy elevados en las muestras de pimentón ahumado analizadas, legalmente no son incumplimientos

Por lo que se refiere a la acrilamida, se ha detectado en cantidades superiores a los niveles de referencia sobre todo en snacks a base de patata (patatas fritas) y papillas de cereales destinadas a la alimentación infantil, pero también en otros snacks, galletas o pan de molde. La superación de los niveles de referencia implica que los explotadores de la empresa alimentaria han de revisar las medidas de mitigación aplicadas y adaptar los procedimientos y los controles necesarios para alcanzar niveles de acrilamida que sean los más bajos razonablemente posibles e inferiores a dichos niveles de referencia.

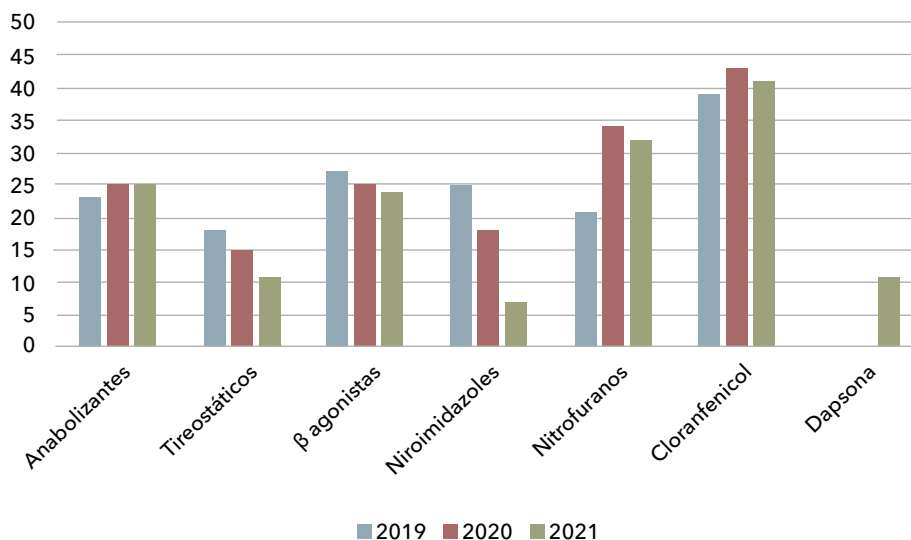
Finalmente hay que señalar que se han analizado los residuos de plaguicidas en muestras tanto de origen vegetal (20) como animal (4) y alimentos infantiles (2) en cada uno de los tres años señalados, según lo requerido por AESAN para dar cumplimiento al Programa Coordinado Europeo de investigación de residuos de plaguicidas. En ningún caso se ha detectado la presencia de ningún residuo en cantidades superiores a las permitidas.

3.2.2.3. CONTROL DE RESIDUOS DE MEDICAMENTOS EN ALIMENTOS DE ORIGEN ANIMAL (PNIR)

La Dirección de Salud Pública y Adicciones junto con la Dirección de Farmacia, la Dirección de Agricultura y Ganadería y los Servicios de Ganadería de las Diputaciones Forales llevan trabajando conjuntamente en un plan de control de estas sustancias desde el año 2001. 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 las personas consumidoras a estos residuos. Tiene como objetivo prevenir, eliminar o reducir a niveles aceptables la presencia de dichos residuos en los productos de origen animal. En este grupo de sustancias se encuentran incluidos tanto los residuos de medicamentos y sustancias prohibidas para uso animal, como plaguicidas y contaminantes medioambientales.

Con respecto al grupo de las sustancias prohibidas en animales, durante el periodo 2019-2021 no hubo ninguna no conformidad (Figura 86).

Figura 86. Número de muestras tomadas en sustancias prohibidas CAE (2019-2021).



Dentro del grupo de sustancias medicamentosas, son los antimicrobianos donde tradicionalmente se han encontrado el mayor número de incidencias y debido a esto, es el grupo de sustancias más muestreado. En los años 2019, 2020 y 2021, no se detectó ninguna no conformidad para las sustancias antimicrobianas en nuestro territorio (Figura 87), si bien, en el año 2020 se detectó un positivo en una muestra y tras la investigación en explotación ganadera se concluyó que resultado positivo se había debido a una contaminación cruzada.

Figura 87. Número de muestras tomadas en Sustancias Antimicrobianas CAE (2019-2021).

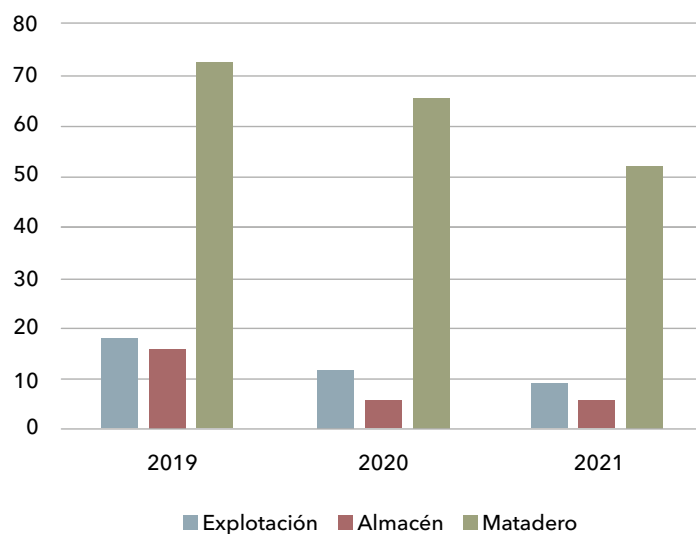
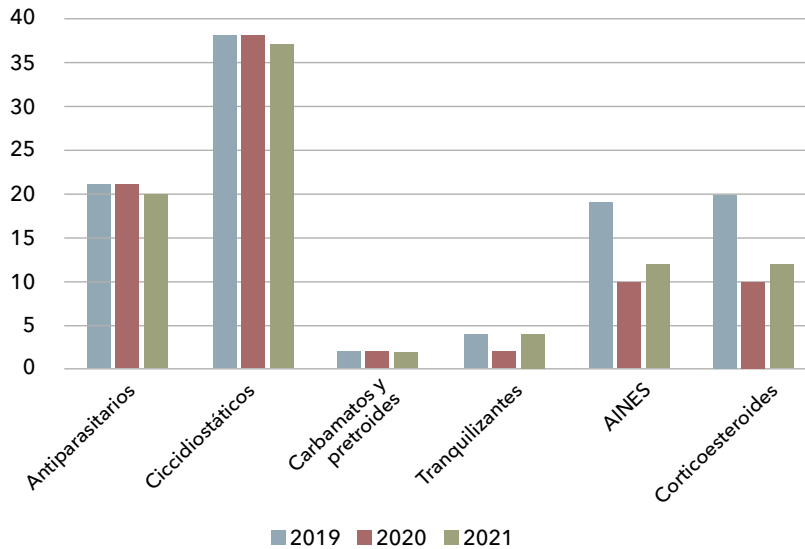


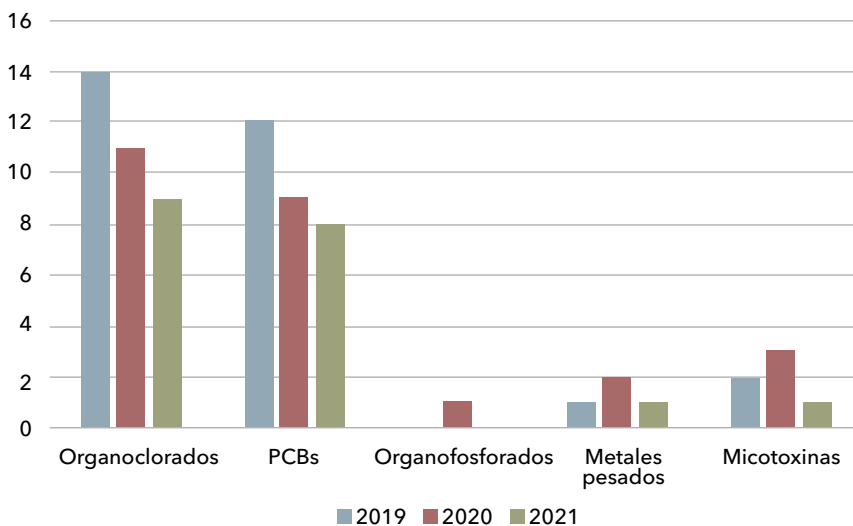
Figura 88. Nº de muestras en otras sustancias medicamentosas CAE (2019-2021).



Aunque durante unos años, todas las incidencias detectadas en el País Vasco venían encontrándose en el grupo de las sustancias corticoesteroides en toros de lidia, en los últimos años, no se ha detectado ningún no conforme a corticoides. En el resto de los grupos no ha habido ninguna muestra no conforme (Figura 88).

Finalmente, por lo que respecta al grupo de contaminantes ambientales, no ha habido ninguna no conformidad (Figura 89).

Figura 89. Nº de muestras de contaminantes ambientales CAE. (2019-2021).



Durante estos años se ha seguido colaborando con otras administraciones públicas en la investigación de no conformidades detectadas fuera de nuestra comunidad, de animales procedentes de la CAE.

3.2.3. Actividades relacionadas con la nutrición y el etiquetado

3.2.3.1. DECLARACIONES NUTRICIONALES Y DE SALUD

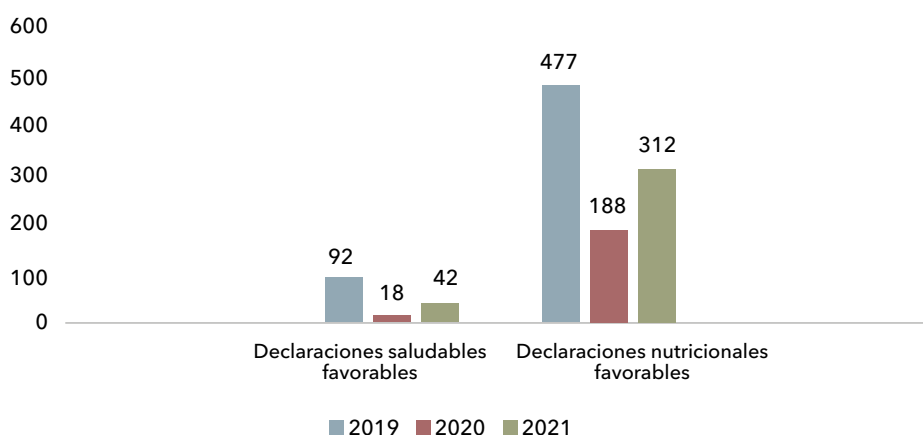
La información del etiquetado de los alimentos y el etiquetado de propiedades nutricionales o saludables de los mismos ha de ser veraz, clara y precisa para que los consumidores estén correctamente informados respecto a los alimentos que adquieran y consuman y garantizar de este modo una elección consciente.

A través de este programa, se vigila por una parte que las **declaraciones nutricionales y de propiedades saludables del etiquetado** de alimentos sean veraces y se ajusten a la normativa y por otro, se realiza la **verificación analítica de las concentraciones de sal y grasa** en alimentos con declaraciones nutricionales valoradas favorablemente en la revisión de etiquetas.

Se han revisado un total de 487 productos de diferentes grupos de alimentos previamente seleccionados. Cada alimento puede tener una o más declaraciones saludables o nutricionales. En los 487 productos se han revisado 242 declaraciones saludables y 1.093 de propiedades nutricionales. El grado de cumplimiento se refleja en la Figura 90.

En los 487 productos se han revisado un total de 1.335 declaraciones. De ellas un total de 1.129 han sido valoradas favorablemente (152 de propiedades saludables y 977 de declaraciones nutricionales).

Figura 90. Cumplimiento de las declaraciones estudiadas.



El grado de cumplimiento en la CAE para el total de declaraciones (saludables y nutricionales en los tres años es del 84,5%). Hay un mayor nivel de cumplimiento en las declaraciones nutricionales (89,4%) frente a las saludables (62,8%)

Respecto a la **verificación analítica del contenido de sal y grasa** en los alimentos con declaraciones relacionadas con estos nutrientes, se ha realizado la actividad que se indica a continuación.

Tabla 80. Analíticas realizadas.

	2019	2020	2021
N° de muestreos de verificación de contenido de sal	14	8	9
N° de muestreos de verificación de contenido de grasa	14	8	8

De 61 muestras analizadas, 56 tuvieron resultados de sal/grasa conforme a lo declarado en el etiquetado. El grado de cumplimiento para el total de muestras analizadas es de un 91,8%.

Los incumplimientos tienen acciones derivadas de requerimiento para su corrección en los establecimientos de la CAE y notificaciones a la Comunidad Autónoma o País Miembro de origen del responsable.

3.2.3.2. COMEDORES ESCOLARES SALUDABLES

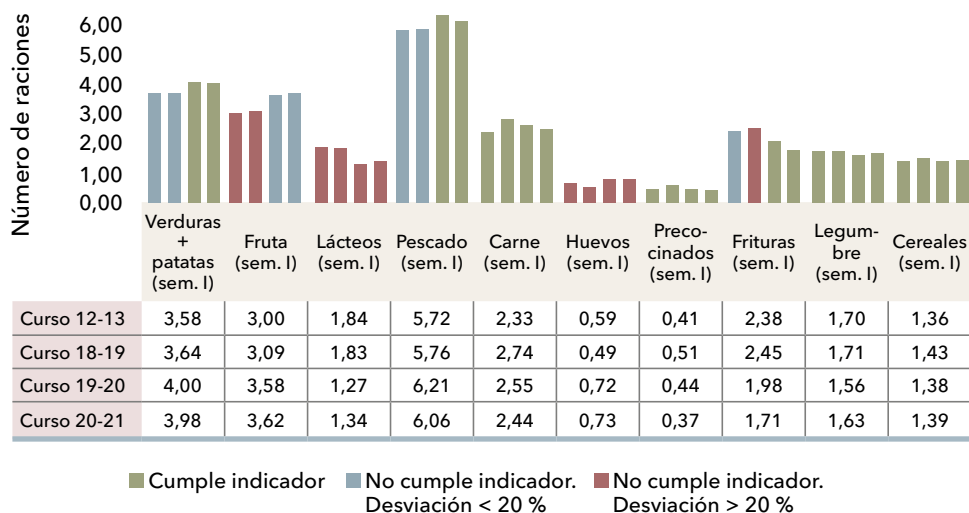
Con el objetivo de mejorar la oferta de menús escolares se ha incluido desde el 2019, la **valoración nutricional de los menús de los comedores escolares** como actividad normalizada de inspección en los centros escolares de infantil primaria y secundaria y bachiller, tanto públicos como privados.

En los cursos 2018-2019, 2019-2020 y 2020-2021, se han valorado los menús ofertados por cocinas centrales (que representan la casi totalidad de comida transportada) a centros públicos y la mayoría de los centros públicos que tienen cocina propia. En los colegios concertados se han valorado 180 colegios con elaboración in situ.

Los resultados que se obtienen de estas evaluaciones se comparan con las recomendaciones de referencia de la estrategia NAOS (Nutrición, Actividad Física y Prevención de la Obesidad), y se traslada a un informe de resultados y recomendaciones de mejora que se envía a cada centro escolar. Las recomendaciones se centran en la mejora de consumos semanales de verduras, hortalizas y ensaladas, cereales, huevos, frutas, precocinados, carne, pescado o postres lácteos.

Desde el inicio de la actividad se han adecuado de forma progresiva los menús a las recomendaciones, obtenido importantes mejoras. No obstante, los resultados indican que, sigue habiendo un margen para seguir modificando los menús en grupos de alimentos que se encuentran más alejados de las recomendaciones como verduras, hortalizas y ensaladas, huevos, frutas o postres lácteos.

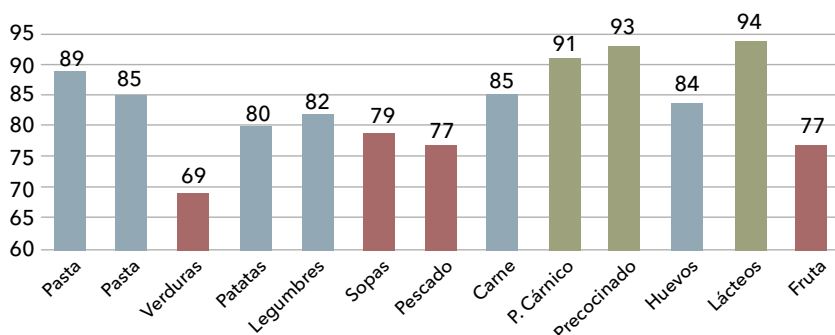
Figura 91. Frecuencias de consumo por grupos de alimentos.



Se espera que las actividades que se realizan en los centros escolares contribuyan positivamente a la mejora de indicadores que presentan desviaciones respecto a las recomendaciones.

Otra de las actividades desarrolladas en los centros escolares es el de estudio de ingestas. En el curso 2019-2020 se desarrolló el proyecto metodológico del estudio y en el curso 2020-2021, comenzó la valoración real de las ingestas de los menús mejorados, obteniendo datos finales de 93 centros escolares de infantil, primaria, secundaria y bachiller. Para la ejecución del estudio, se valoran distintos parámetros entre otros, la cantidad de comida que queda en el plato cada día en relación con los tres platos que se sirven (primeros, segundos y postre), incidiendo especialmente en los platos de mayor interés como fruta, verdura y pescado.

Figura 92. Ingestas promedio (%) por grupo de alimentos.



Se puede concluir que el nivel de ingesta es aceptable. No obstante, la evaluación pormenorizada de los datos indica diferencias entre ciclos formativos (edades). Por tanto, una oportunidad de mejora es la de potenciar una mayor ingesta de frutas, verduras y pescados en los grupos de menor ingesta.

3.2.3.3. REDUCCIÓN PROGRESIVA DE SAL: REFORMULACIÓN

Alineadas con las políticas sanitarias de ámbito europeo y nacional, a nivel autonómico se desarrollan acciones o intervenciones específicas para proteger la salud promoviendo, entre otras, la reformulación (cambios en la composición) de alimentos para conseguir ofrecer a todos los ciudadanos alimentos con mejor composición nutricional, contribuir así a la adopción de estilos de vida más saludables.

Reducción progresiva de sal en pan

Uno de los principales factores implicados en la hipertensión arterial es el excesivo consumo de sodio, que se ingiere en la dieta en forma de cloruro sódico (sal común).

Con el objetivo de fomentar la salud a través de la alimentación, el Departamento de salud, en colaboración con el sector de panadería, inició en 2019 el proyecto de reformulación de un alimento básico de alto consumo como el pan, para conseguir que el sector redujese la cantidad de sal incorporada en el proceso de elaboración y conseguir un máximo de 18 gr sal/kg harina.

Participaron en este programa un total de 179 obradores de panadería a los que se previamente se informó del estudio. Se realizó un primer muestreo de pan para valorar la situación de partida en 179 establecimientos. Se enviaron los resultados analíticos a los obradores junto con la propuesta de un segundo análisis para verificar el objetivo de reducción en aquellos establecimientos que no cumplían el objetivo en la primera visita (94 establecimientos). En estos establecimientos se realizó un segundo muestreo.

El análisis de los resultados indica que, de los 179 obradores participantes, tras el primer muestreo el porcentaje de resultados favorables fue del 52,5% y al finalizar el proyecto (carta inicial + muestreo inicial + informe de resultados + segundo muestreo), el 86% presentaron resultados favorables.

Indicar que el trabajo de concienciación y adaptación por parte del sector de panadería ha permitido, por un lado, conseguir una menor aportación de sal a través del pan y por otro, la adecuación del sector de panadería a la legislación recientemente publicada, pasando a ser responsabilidad del sector, cumplir con los valores de sal que la norma establece.

Tabla 81. Muestréos y resultados.

	2019 - 2021
Nº de muestras de pan evaluadas. Primer muestreo	179
Nº de muestras con resultados inferiores a 18 gr/Kg. Primer muestreo	85
Nº de muestras de pan evaluadas. Segundo muestreo	94
Nº de muestras con resultados inferiores a 18 gr/Kg . Segundo muestreo	69

Reducción progresiva de sal/grasa total/azúcar en productos cárnicos

Otro de los planes de reformulación de alimentos para conseguir objetivos de reducción de sal, grasa y azúcar en su composición (nutrientes que se consideran factores predisponentes de enfermedades crónicas en la población), son productos como jamón cocido, chorizo, salchichón, longaniza, mortadela o salchicha cocida, entre otros.

Como inicio del estudio, se solicitó a las industrias de la CAE de elaboración de productos y derivados cárnicos, las fichas técnicas de composición y etiquetado nutricional de los productos que elaboran, para valorar la información nutricional y compararla con los objetivos marcados por la estrategia NAOS.

En 53 elaboradores de derivados cárnicos, se revisaron un total de 139 productos y se registraron los datos nutricionales de todos ellos, sobre grasa, sal, hidratos de carbono, azúcar y proteína.

Se han contrastado los datos con las recomendaciones para la reformulación de estos productos, lo que servirá para el planteamiento de nuevas actividades una vez estudiada la viabilidad para aplicar los criterios de reducción en los productos que superasen dichos objetivos.

3.2.3.4. CONTROL DE COMPLEMENTOS ALIMENTICIOS

Con el objetivo general de reducir los riesgos vinculados al consumo de complementos alimenticios, en 2019, 2020 y 2021 se ha continuado con la vigilancia del etiquetado de los complementos alimenticios que se notifican para su comercialización, se ha realizado el muestreo y estudio de etiquetas de complementos alimenticios que de forma aleatoria se recogen en las inspecciones y como tercera línea de actuación se han realizado muestreos para la detección analítica de sustancias, normalmente no declaradas en el etiquetado, cuyo consumo produce reacciones adversas (sildenafil y derivados, yohimbina, sibutramina, fenofaleína, 2-4 dinitrofenol, sustancias hormonales y estimulantes como la cafeína y synefrina).

Tabla 82. Muestreos realizados.

	2019	2020	2021
Sustancias vigorizantes sexuales: Sildenafil/ Tadalafil/Derivados yohimbina	21	18	17
Sustancias adelgazantes: Sibutramina/Fenofaleína	9	8	9
Sustancias para aumentar la masa muscular: Anabolizantes	6	8	8
Sustancias estimulantes: Cafeína-Synefrina	10	9	8

Los resultados analíticos, del total de **muestras analizadas** para detección de vigorizantes sexuales (56), 4 resultaron ser positivos a sildenafilo (7,1%). Los resultados analíticos positivos tienen como acciones derivadas la retirada de la comercialización y la notificación de los positivos a las redes de alerta alimentaria para su gestión fuera de la CAE.

Los datos correspondientes a la actividad de vigilancia y control figuran en la Tabla 83.

Se han realizado 438 **valoraciones de notificaciones** de puesta en el mercado de alimentos cuya razón social radica en la CAE.

El control de establecimientos que elaboran o comercializan complementos alimenticios del 2019 al 2021 en la CAE, ha supuesto 157 visitas de inspección en las cuales se han recogido para su estudio y verificación de cumplimiento de la normativa de etiquetado, 123 etiquetas.

Tabla 83. Controles realizados.

	2019	2020	2021
Notificaciones de productos estudiadas	96	91	251
Revisión de etiquetas en inspección	46	8	69
Inspecciones en establecimientos	59	49	49

Los incumplimientos en las notificaciones de primera comercialización en la CAE, generan requerimientos de subsanación y/o resolución negativa de comercialización. Los incumplimientos en el etiquetado de productos muestreados para su estudio en las visitas de inspección, generan comunicación de las irregularidades detectadas a las Comunidades Autónomas o Países Miembros de la Unión Europea donde radica la razón social del responsable, para su corrección.

3.2.4. Alertas y reclamaciones

3.2.4.1. ALERTAS

Sistema Coordinado de Intercambio Rápido de Información (SCIRI)

Todas las incidencias en la cadena alimentaria que supongan un riesgo directo o indirecto para la salud se gestionan y coordinan a través de la Red estatal de Alerta Alimentaria. En esta Red participan las Autoridades competentes en

materia de seguridad alimentaria de las Comunidades Autónomas y la Comisión Europea, la Agencia Española de Seguridad Alimentaria (AESAN) y diversas organizaciones de la industria alimentaria.

Mediante el SCIRI se realiza el intercambio rápido de información para la gestión de los citados riesgos o incidencias.

A través del SCIRI se gestionan, principalmente, dos tipos de expedientes:

- Alertas: requieren actuaciones directas porque el producto puede encontrarse ya en el mercado y existe un riesgo asignado.
- Informaciones: el producto implicado no se encuentra en el mercado o no presenta un riesgo para la salud o se desconocen aún los posibles riesgos.

Aunque han afectado a la CAE en menor medida, existen otros tipos de expedientes como rechazos de productos alimentarios en fronteras, incumplimientos en situaciones puntuales o los englobados en el apartado de “varios” en el que no se definen unos riesgos o actuaciones concretas.

En cuanto a los expedientes que han afectado a la CAE, en 2019 cabe destacar el aumento de alertas por presencia de alérgenos no declarados en el etiquetado que se originaron en el último trimestre del año, a raíz de la aparición de una gran partida de gluten orgánico contaminado con mostaza que había sido utilizado en la elaboración de una amplia gama de productos.

En 2020, la actividad se vio afectada por la pandemia de COVID y, aunque las actuaciones de vigilancia se mantuvieron, parte de los recursos de Seguridad Alimentaria estuvieron colaborando también en la gestión de la misma. Además, desde finales de septiembre, se tramitaron una gran cantidad de expedientes relacionados con la presencia del plaguicida óxido de etileno en semillas de sésamo.

Y, por último, en 2021, continuó la gran afluencia de expedientes relacionados con el óxido de etileno, agudizada a partir de junio con la aparición del plaguicida en estabilizantes utilizados para la fabricación de helados y otros productos de repostería. Ante el riesgo de colapso del sistema, se fue evolucionando en la gestión de estos expedientes, de manera que, aunque disminuyeron las inspecciones, aumentaron los contactos con establecimientos mayoristas o distribuidores, que a su vez contactaban con sus clientes minoristas, y finalmente, AESAN y las CCAA conjuntamente, decidieron optimizar las actuaciones con un enfoque de gestión del riesgo diferente.

La tabla 84 recoge un resumen de la gestión de los expedientes SCIRI durante los años 2019, 2022 y 2021, donde se observa un importante incremento en el número de expedientes y de actuaciones externas derivadas en este trienio.

Tabla 84. Notificaciones y actuaciones del SCIRI en la CAE. 2019, 2020 y 2021.

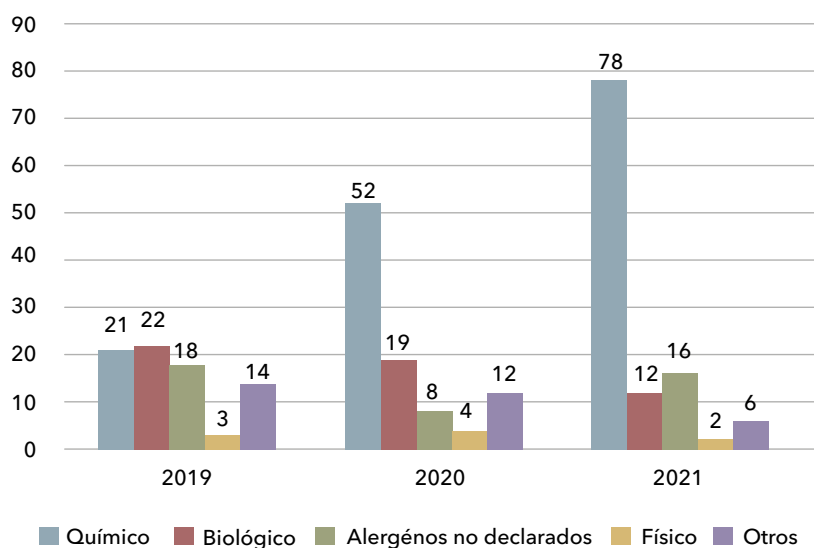
		2019	2020	2021
Alertas totales* SCIRI		310	361	476
Informaciones* totales SCIRI		199	175	283
N° de Notificaciones que han afectado a la CAE	Con adopción de medidas	78	94	114
	Sin medidas adicionales	14	29	82
	Total	92	123	196
Actuaciones derivadas	Establecimientos contactados	274	534	608
	N° de inspecciones	99	59	48
	Total actuaciones	373	593	656

(* Fuente: Sistema Coordinado de Intercambio Rápido de Información).

Tipo de peligro

Dentro de los expedientes en los que se han adoptado medidas, los relacionados con riesgos químicos han sido los que más alertas han generado, debido en gran parte del aumento en el n° de expedientes tramitados por la aparición del plaguicida óxido de etileno en diferentes tipos de alimentos (34 en 2020 y 54 en 2021) (Ver figura 93).

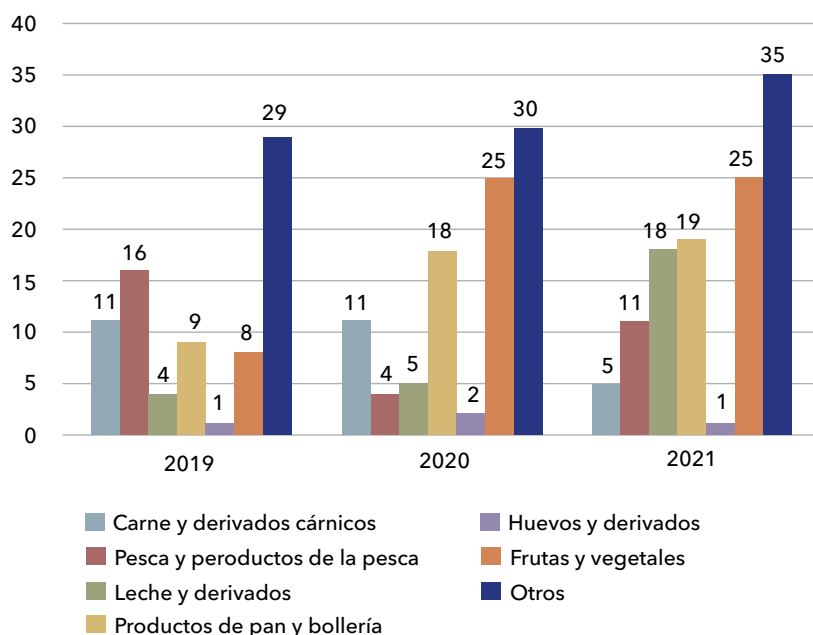
Figura 93. Alertas generadas por tipo de peligro.



Tipo de alimento

Respecto a los expedientes gestionados en función de los tipos de alimentos, se ha observado un aumento de los grupos de: leche y derivados, productos del pan y bollería y verduras y vegetales, a medida que la contaminación por óxido de etileno afectaba a semillas de sésamo, productos de panadería y helados. También debido a la presencia de óxido de etileno han aumentado las alertas en el grupo de “otros” que engloba aceites, bebidas, materiales en contacto con los alimentos y complementos alimenticios.

Figura 94. Alertas generadas por tipo de alimento.



3.2.4.2. RECLAMACIONES

Denuncias y Reclamaciones

En este apartado se incluyen los incumplimientos de las normas de Seguridad Alimentaria en los que han estado implicados tanto alimentos como establecimientos de la CAE; denuncias y reclamaciones presentadas por particulares u otros organismos y entidades, tanto de ésta como de otras Comunidades Autónomas; incidencias en los programas de control, brotes e intoxicaciones.

Durante el año 2019 se gestionaron y tramitaron por las Comarcas de Salud Pública un total de 2315 reclamaciones, de las cuáles 364 requirieron la colaboración o seguimiento por parte de la Dirección de Salud Pública y Adicciones (DSPyA). En 2020 fueron 2096 (214 con colaboración de la DSPyA) y en 2021 un total de 2998 (296 con colaboración de la DSPyA).

Tabla 85. Reclamaciones en la CAE 2019, 2020 y 2021.

		2019	2020	2021
Reclamaciones	DSP	364	214	296
	totales	2.315	2.096	2.998
Inspecciones derivadas	Denuncia	218	177	188
	Programas de control	171	34	182
	Total	389	204	370

3.2.5. Otras actividades: publicaciones

Año 2019

Para la aplicación de medidas que permitieran flexibilizar ciertos aspectos que exigen las normativas europeas a algunos tipos de establecimientos, se publicaron las siguientes normas autonómicas:

- ORDEN de 5 de febrero de 2019, de la Consejera de Desarrollo Económico e Infraestructuras y del Consejero de Salud, por la que se aprueban las normas técnicas específicas de adaptación de las condiciones higiénico-sanitarias de los establecimientos del sector de productos de origen vegetal.
- ORDEN de 5 de febrero de 2019, de la Consejera de Desarrollo Económico e Infraestructuras y del Consejero de Salud, por la que se aprueban las normas técnicas específicas de adaptación de las condiciones higiénico-sanitarias de los establecimientos del sector de productos de panadería, pastelería y harinas.

Publicación de la **“Guía de recomendaciones para una alimentación saludable en edad escolar”**. Los 5 cuadernillos que componen la guía, sirven para el afianzamiento de hábitos saludables en la edad escolar. Las recomendaciones pueden ser aplicadas tanto por responsables de los menús escolares como por las familias.

Año 2020

Publicación de la carpeta **“Fomento de la alimentación saludable en edad escolar. Fichas de actividades”** Contiene 45 fichas que sirven de herramienta para integrar actividades relacionadas con la alimentación saludable en las diversas asignaturas, en el comedor, en el patio del colegio, en extraescolares etc., todo ello para asentar conocimiento, concienciación y motivación respecto a la alimentación saludable en el ámbito pedagógico.

4. Promoción de la salud

4.1. Impulso de políticas que apoyan la salud

El objetivo de esta línea es incorporar la salud en las agendas de las administraciones a nivel local, supramunicipal, territorial y de gobierno, dando a conocer la *Estrategia de Salud en Todas las Políticas* como forma de conseguir que las opciones más fáciles sean las más saludables.

Consiste en integrar la visión de la salud en la planificación urbana y la ordenación del territorio promoviendo el uso de la “Guía práctica para el análisis del efecto en la salud de iniciativas urbanas locales” a todas las personas implicadas en la planificación, desarrollo o seguimiento de cualquier iniciativa que implique una modificación del medio urbano.

Actuaciones realizadas

4.1.1. Difundir el proyecto salud y desarrollo urbano

Con este proyecto se pretende sensibilizar a las administraciones locales, supramunicipales y territoriales, así como a otras entidades interesadas, sobre:

- La salud y sus determinantes.
- La existencia de las desigualdades sociales en salud.
- Los efectos en la salud y en la equidad en salud de la planificación urbana y la ordenación del territorio.

Esta actuación se desarrolla a demanda utilizando un taller tipo diseñado para una formación concertada con el IVAP.

Instrumento facilitador elaborado:

“Guía práctica para el análisis del efecto en la salud de iniciativas locales de urbanismo”.

Durante los años 2019, 2020 y 2021 se han realizado un total de 9 jornadas en Bizkaia en las que se ha promocionado la Guía de Salud y Desarrollo Urbano Sostenible.

4.1.2. proyecto Life URBAN KLIMA 2050

Proyecto de adaptación y mitigación del cambio climático en Euskadi (2020-2025) (<https://urbanklima2050.eu>) en cuya acción C.3.1. participa el área de promoción de la salud.

Con este proyecto se pretende:

- Incorporar la variable de salud en los instrumentos de planeamiento urbano, teniendo en cuenta riesgos futuros debido al cambio climático.
- Actualizar la “Guía práctica para el análisis de iniciativas locales de urbanismo” introduciendo el cambio climático como otro determinante a considerar.

Existe un grupo de trabajo liderado por BC3 (Basque Centre for Climate Change) en el que la Dirección de Salud Pública y Adicciones (DSPyA), IHOBE y Neiker participan como socios implicados.

La ejecución se prolongará hasta el año 2025.

4.2. Creación de entornos favorables

Un importante objetivo para la Promoción de la Salud es la creación de entornos que propicien los apoyos físicos, sociales, económicos y culturales que favorezcan las elecciones saludables.

Actuaciones realizadas

4.2.1. Entorno educativo

4.2.1.1. JORNADAS Y TALLERES

- **Jolastokia, egin! Experiencias y reflexiones para la transformación participativa. (6 junio, 2020)**

Jornada dirigida a AMPAs, Berritzegunes, profesorado, alumnado y familias en general para compartir las experiencias de transformación de patios escolares iniciadas en distintos centros educativos.

Debido a las restricciones sanitarias, la jornada tuvo lugar en formato online y en ella participaron 42 centros escolares y 10 representantes de diferentes administraciones y centros de investigación.

Los resultados de la jornada están recogidos en el video [Jolastokia, egin! Jornada de transformación de patios escolares](#).

- **Jolastoki aktiboak: formación y asesoramiento (14-16 junio, 2021)**

Talleres organizados por el Departamento de Salud en coordinación con el Departamento de Educación. Dirigido a las comunidades escolares interesadas en impulsar la transformación de sus espacios de recreo y entornos escolares.

Los talleres *Jolastoki aktiboak* realizados en 2021 constituyeron todo un programa de orientación en claves de formación y asesoramiento. En ellos tomaron parte representantes de 61 centros escolares.

Junto con los talleres se ofrecieron 2 sesiones de asesoramiento individual a centros que cumpliesen unos requisitos previos, de cara a que pudieran plantear un proyecto específico para su centro. En estas sesiones se atendieron las dudas y necesidades específicas de cada escuela y se ofreció orientación en el diseño de acciones, búsqueda de recursos y primeros pasos a dar.

En estas sesiones participaron 20 centros escolares, 14 centros públicos y 2 centros concertados. De ellos, 5 centros eran de Araba/Álava, 7 centros de Bizkaia y 4 centros de Gipuzkoa.

4.2.1.2. AYUDAS PARA LA PROMOCIÓN DE LA ACTIVIDAD FÍSICA EN EL ENTORNO ESCOLAR

Ayudas para el desarrollo de acciones orientadas a promocionar la movilidad activa entre el alumnado. Su objetivo es financiar actuaciones para:

- a. La creación y dinamización de caminos escolares, orientados a aprovechar las oportunidades que ofrecen los espacios urbanos, para los desplazamientos activos y seguros.
- b. La transformación de los patios escolares en espacios inclusivos para el aprendizaje, el juego y el movimiento.
- c. La promoción de actividades dirigidas a fomentar la práctica regular de actividad física en familia, como excursiones al monte, salidas en bicicleta, paseos en patines o actividades de juego en familia, entre otras.

En la tabla adjunta se muestran el número de proyectos subvencionados en las convocatorias de los años 2019 a 2021 y la cuantía concedida.

Tabla 86. Ayudas caminos escolares 2019-2021.

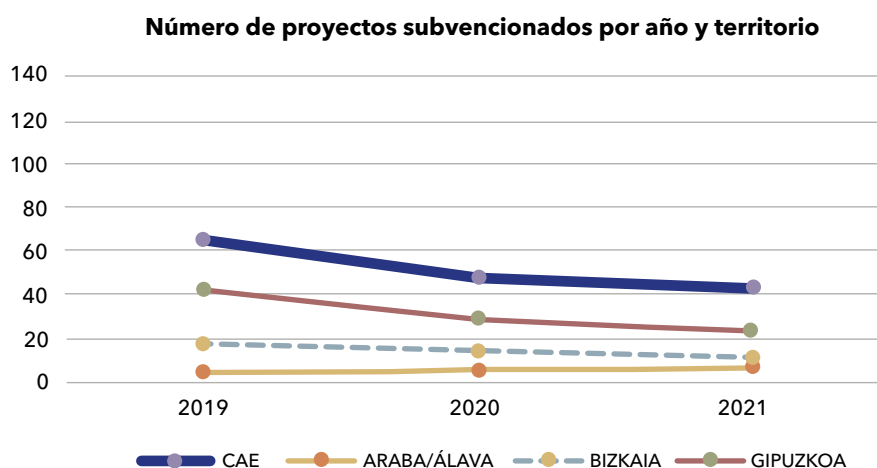
	2019		2020		2021	
	Proyectos subvencionados	Cuantía (€)	Proyectos subvencionados	Cuantía (€)	Proyectos subvencionados	Cuantía (€)
ARABA/ÁLAVA	3	11.872,34	7	33.500,00	5	25.000,00
BIZKAIA	13	44.395,80	8	33.050,00	6	24.770,00
GIPUZKOA	11	37.731,86	6	27.450,00	18	86.230,00
EUSKADI	27	94.000,00	21	94.000,00	29	136.000,00

4.2.2. Entorno local

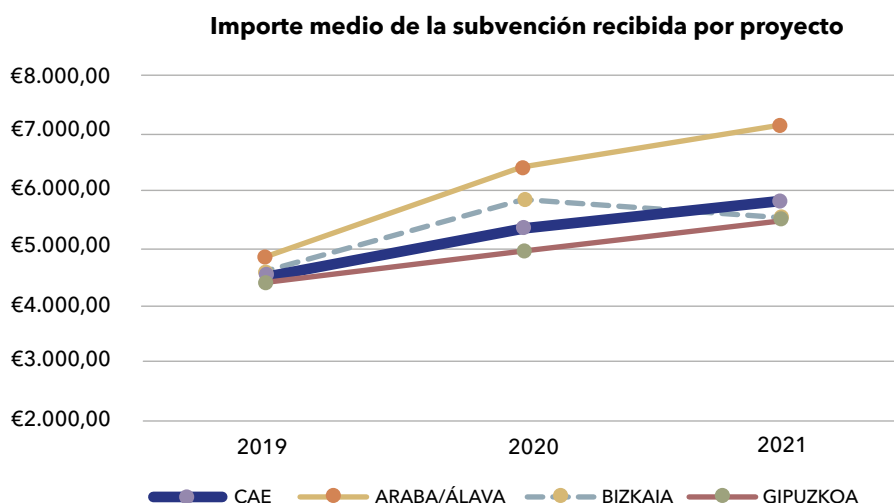
Ayudas para la promoción de la salud a nivel local

Ayudas dirigidas a las entidades locales para incentivar la realización de actuaciones para la promoción de la salud que, con objetivos comunitarios, respondan a necesidades, aspiraciones, problemas o temas de interés de la comunidad y se desarrollen en el marco de procesos de participación comunitaria. Estas ayudas son también una oportunidad para impulsar procesos de participación comunitaria en el ámbito local, al valorarse la intersectorialidad y la participación de la comunidad en las diferentes fases del proyecto.

En el periodo 2019-2021 se han subvencionado 156 proyectos que fueron presentados por 65 entidades locales.



La dotación presupuestaria de estas subvenciones ha sido de 799.835,49 euros para los tres años, descendiendo desde los 292.000,00 euros en el año 2019 hasta los 250.000,00 euros en el año 2021.



En cuanto a las actuaciones objeto de subvención, más del 85 % de las actividades tienen relación con la promoción de la actividad física (envejecimiento activo, rutas saludables o senderismo). En otro 8 % se relacionan con la promoción de la acción comunitaria. En el resto de temas encontramos contenidos como, el empoderamiento de la mujer, la alimentación saludable y sostenible o la prevención de adicciones.

4.3. Refuerzo de la acción comunitaria

Abordar la salud desde una perspectiva comunitaria impulsando y/o participando en procesos de acción comunitaria.

Desde la DSPyA se busca fortalecer la acción comunitaria ayudando a las comunidades a encontrar vías para decidir qué necesitan para estar sanas y cómo alcanzar sus objetivos. Sin la participación activa de la ciudadanía, ésta no puede hacerse responsable del control de su salud y de sus determinantes.

Mediante la participación comunitaria, los individuos y las organizaciones de una comunidad, abordan los conflictos dentro de la comunidad, y adquieren una mayor influencia y control sobre los determinantes de la salud de su comunidad.

Actuaciones realizadas

4.3.1. Participación ciudadana y Salud

En el año 2018 Euskadi entra a formar parte de la Alianza para el Gobierno Abierto (*Open Government Partnership-OGP*) para participar en su Programa para Gobiernos Locales. La Alianza para el Gobierno Abierto es una organización internacional de referencia cuyo fin es evaluar y desarrollar mecanismos para fomentar gobiernos “más abiertos, responsables y sensibles a la ciudadanía”. En OGP Euskadi participan conjuntamente el Gobierno Vasco, las Diputaciones Forales de Araba, Bizkaia y Gipuzkoa y los Ayuntamientos de Vitoria-Gasteiz, Donostia-San Sebastián y Bilbao.

El Compromiso 3 del *Plan de Acción para el Gobierno Abierto en Euskadi 2018-2020*, persigue la creación de un laboratorio (I-Lab) donde investigar, ensayar, aprender y construir soluciones concretas y usables para extender la cultura de la participación y la generalización y transferencia de buenas prácticas.

En este contexto se situó el proyecto piloto **Potencial salutogénico de los procesos de participación ciudadana**, liderado por el área de promoción de la salud de la DSPyA y las 3 Subdirecciones junto a DACIMA, Innobasque, Diputación de Gipuzkoa, las administraciones locales de Bilbao y Hernani, Osakidetza y ciudadanía.

Tomando como base la visión positiva de la salud, el proyecto es una apuesta para aportar un valor extra a los procesos de participación ciudadana, independientemente de su naturaleza u objetivo, para ayudar a mejorar el bienestar y la salud de la ciudadanía y a reducir las desigualdades en salud de la comunidad.

La participación ciudadana es un elemento fundamental para aumentar el bienestar de las comunidades y mejorar la salud de las poblaciones. Participar no es ser beneficiario de un programa sino implicarse en el diagnóstico, diseño, ejecución y evaluación. Solo las personas que viven en un determinado territorio son conocedoras de sus preferencias y necesidades.

Como resultado del proyecto piloto se desarrolló un modelo de trabajo que pone en valor el potencial de los procesos participativos para aumentar la salud y el bienestar de las comunidades. Este modelo se recoge en la [Guía para una participación generadora de bienestar y salud \(PDF, 7 MB\)](#).

La guía aporta orientaciones prácticas que incorporan la visión de la salud en el diseño, ejecución y evaluación de los procesos participativos.

4.3.2. Impulso de procesos comunitarios locales

En los tres territorios de la CAE se impulsan espacios de encuentro-procesos de participación locales orientados a la mejora de la salud y el bienestar de la población, en los que intervienen los servicios públicos, las instituciones y la ciudadanía. En la tabla se muestran aquellos procesos participativos comunitarios en marcha en la actualidad, en los que, más allá de las instituciones que los impulsen, ha existido una participación activa de personal de la DSPyA.

Tabla 87. Procesos Comunitarios con participación de Salud Pública y Adicciones.

	TERRITORIO			
	ARABA/ÁLAVA	BIZKAIA	GIPUZKOA	EUSKADI
Nº procesos comunitarios	8	22	34	64

4.3.3. Euskadi Aktiboa. Activos para la salud

El proyecto *Euskadi Aktiboa* tiene como finalidad facilitar la identificación y conexión de fortalezas o activos para la salud (diferentes agentes y recursos de una comunidad) y potenciar la participación y la capacidad de las personas y grupos para generar procesos de coproducción de salud en su comunidad.

Estos activos se pueden geo-localizar mediante la plataforma [Euskadi Aktiboa](#). Así, cualquier persona, entidad o colectivo puede incorporar a la plataforma activos en salud presentes en su comunidad, así como conocer activos disponibles en su entorno.

En 2018 se puso en marcha esta plataforma que, tras un trabajo de difusión y sensibilización en la comunidad, ha empezado a dar sus frutos con la subida progresiva y creciente de activos por parte de las personas que han identificado dichos activos. En la tabla se resumen los activos recogidos en la plataforma de *Euskadi Aktiboa* durante 2019, 2020 y 2021.

Tabla 88. Activos recogidos en *Euskadi Aktiboa*.

TERRITORIO	ARABA/ ÁLAVA	BIZKAIA	GIPUZKOA	EUSKADI
Nº de activos de la CAE recogidos en <i>Euskadi Aktiboa</i>	54	170	150	374
Nº de recursos de la comunidad	33	54	63	150
Nº de actividades	21	116	87	224

4.3.4. Apoyar la creación de recorridos saludables (Redes de caminantes o proyectos TTIPI-TTAPA) como facilitador de dinámicas comunitarias

La DSPyA trabaja en la creación y dinamización de **recorridos saludables** a través de la participación de diferentes agentes de la comunidad (asociaciones, ayuntamientos, servicios de salud, etc. así como la propia comunidad). El objetivo de estos recorridos es impulsar:

- La práctica de la actividad física.
- La cohesión social.
- Las relaciones intergeneracionales.
- El bienestar emocional de las personas mayores a nivel local.

El proyecto *Ttipi-Ttapa* ha sido reconocido en 2021 como **“Mejor práctica en salud” por la Dirección General de Salud de la Unión Europea**, la cual identifica, reconoce y difunde las mejores prácticas para el progreso de la promoción de la salud en Europa.

Durante la pandemia por el COVID-19, los proyectos *Ttipi-Ttapa* se han visto afectado por las restricciones impuestas por la situación sanitaria. Por ello, la DSPyA publicó un documento dirigido a los municipios con recomendaciones

específicas para poder desarrollar el programa con todas las medidas higiénicas y de seguridad recomendadas.

Durante el año 2021, una vez superada la pandemia, se han ido recuperando los proyectos *Ttipi-Ttapa* en los diferentes municipios, habiendo en la actualidad 37 proyectos en marcha, 33 en Gipuzkoa y 4 en Araba/Álava.

4.3.5. Curso Salud Comunitaria para profesionales de Osakidetza

La DSPyA ha diseñado y pilotado, junto a la Dirección de Asistencia Sanitaria de Osakidetza, un curso básico online dirigido a profesionales de Osakidetza, que fomenta la incorporación del abordaje comunitario de la salud en sus organizaciones de servicios mediante:

- La presentación de conceptos como salutogénesis y activos de salud de una comunidad.
- El acercamiento a la metodología propuesta por el Departamento para este abordaje.
- La presentación de diferentes experiencias llevadas a cabo en nuestra CCAA.

Este curso está disponible en la plataforma de *Osabide Global* para profesionales de la salud que quieran hacer una inmersión inicial en la acción comunitaria para aumentar la salud de la población local.

4.4. Desarrollo de aptitudes personales para la salud

4.4.1. Publicación y distribución de material de educación para la salud dirigido a la infancia y la maternidad

4.4.1.1. ENTORNO SANITARIO

La DSPyA ha editado y publicado una serie de materiales didácticos orientados a la salud materno-infantil. El objetivo es apoyar a los y las profesionales del ámbito sanitario en su labor de promoción y educación para la salud. 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 distribuido en el periodo 2019-2021:

MATERIAL DISTRIBUIDO	2019	2020	2021
Guía del embarazo, parto y puerperio saludable	12.600	7.650	10.850
Guía para las madres que amamantan	6.800	5.647	7.030
Cartilla de la embarazada	13.400	16.000	17.800
Cartilla de salud infantil	26.600	28.650	16.350
Desde los primeros meses	9.300	5.850	5.200
Desde el primer año	5.250	5.200	2.700
En edad preescolar	4.200	2.200	1.750
En edad escolar	4.200	3.100	2.000

Las guías de salud infantil están orientadas a las familias e incluyen información 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..

La cartilla de salud infantil es un documento para el registro de actividades preventivas (vacunas y controles periódicos de salud).

Como guía de salud maternal se ha distribuido la Guía de embarazo, parto y puerperio saludable, en la que se orienta a las mujeres que tengan intención de quedarse embarazadas o que ya lo estén sobre las opciones más saludables que pueden adoptar en las diferentes fases del proceso, Asimismo, como complemento a la información de la guía para la mujer embarazada, y como apoyo a la lactancia materna, se publica la Guía para las madres que amamantan. Finalmente, se distribuye la cartilla de la embarazada, documento de registro de los controles sanitarios de la mujer embarazada.

Todos estos materiales pueden ser descargados de la web del Departamento de Salud.

4.4.1.2. ENTORNO ESCOLAR

- La DSPyA ofrece en su página web un material de apoyo para el personal de los centros docentes que pueden encontrarse en su actividad laboral con casos que requieren una atención sanitaria urgente. Esta información también resulta útil a toda la población que tenga que actuar en casos de urgencias sanitarias. El material disponible consta de un [documento escrito](#)

y una serie de vídeos explicativos de diferentes casos de urgencias que pueden ocurrir en el ámbito escolar y pautas de actuación recomendadas para cada caso (reanimación cardiopulmonar básica; obstrucción de la vía aérea por cuerpo extraño; convulsión; asma).

4.4.2. Publicación y distribución de material de educación para la salud dirigido a las personas mayores

a. Guía para el envejecimiento activo y saludable

La DSPyA ofrece en su página web esta guía con la que se anima a las personas mayores a participar en la sociedad de acuerdo con sus necesidades, deseos y capacidades, aprovechando al máximo las oportunidades de tener buena salud física, sentirse bien emocionalmente y disponer de un entorno social favorable. El objetivo es extender la calidad y esperanza de vida a edades avanzadas.

b. Guía de derivación de personas mayores al Servicio de Orientación de Actividad Física (SOAF)

La DSPyA ha trabajado en la redacción de esta guía, desarrollada dentro del Programa de Atención de Mayores (PAM) de Osakidetza. El objetivo es que a todo paciente mayor de 70 años que acuda a consulta médica y/o enfermería de Osakidetza, tras una valoración funcional, se le derive a un servicio SOAF local, donde una persona profesional de la actividad física les atenderá y ayudará a mejorar sus conductas de actividad física desde un punto de vista integral, derivándoles posteriormente a los recursos de salud para la práctica de la actividad física existentes en su localidad y recogidos en la plataforma *Euskadi Aktiboa*.

4.4.3. Publicación y distribución de material de educación para la salud dirigido a la población general

a. Alimentación Saludable. Colección ON EGIN!

La colección *ON EGIN!* consta de una serie de materiales basados en EL PLATO SALUDABLE que ayuda a trabajar la alimentación saludable en diferentes entornos, tanto educativo, sanitario como familiar.

Una de las actuaciones contempladas en la *Estrategia de Prevención de la Obesidad Infantil SANO*, es elaborar materiales informativos y formativos, con orientaciones y mensajes sencillos, claros y homogéneos en relación con la alimentación saludable, así como su adaptación al contexto multicultural de las familias.

b. Calendario

En 2019, 2020 y 2021 la DSPyA ha editado e impreso 130.000 unidades de un calendario de mesa con diferente información gráfica de salud que el Gobierno Vasco ofrece a la ciudadanía. Los temas recogidos en este periodo han sido la alimentación saludable, los alimentos de temporada y las medidas prevención COVID-19. Estos calendarios se han distribuido entre el personal del Gobierno Vasco y de Osakidetza.

4.4.4. Publicación y distribución de material de educación para la salud dirigido a los servicios de salud

a. Curso de formación en alimentación saludable para profesionales de Atención Primaria

La DSPyA ha trabajado en la redacción del material para el curso de formación en alimentación saludable. Curso dirigido a profesionales de enfermería y medicina de atención primaria con el objetivo de acompañar a las personas que acuden a consulta en la toma de decisiones saludables con respecto a su alimentación.

b. Talleres de prevención de caídas en mayores

Los talleres de prevención de caídas en personas mayores son una intervención de carácter colaborativo interinstitucional y multifactorial para prevenir estos accidentes. La población-diana son las personas mayores autónomas de más de 64 años. Los objetivos son:

- Reducir la incidencia de caídas en personas mayores.
- Establecer mecanismos de colaboración local.
- Potenciar las intervenciones comunitarias.

Las circunstancias que han rodeado a la pandemia del COVID, hicieron aconsejable suspender temporalmente las actividades relacionadas con los talleres de caídas.

En el año 2021 comenzaron de nuevo las presentaciones, reuniones preparatorias y reuniones de evaluación con vistas al 2022. En Bizkaia se comenzaron con los primeros talleres presenciales, concretamente en la Comarca Interior-Barrualde, con una total de 29 participantes.

Estos talleres están incluidos en el panel de prácticas innovadoras del **Action Group A2 (Falls Prevention) de la EIPAAH (Estrategia Europea para el Envejecimiento Activo y Saludable)** y han sido calificados por el **Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud de España** como Buena Práctica.

4.4.5. Ayudas para la mejora de la calidad de vida de personas enfermas y sus familias

La finalidad de estas ayudas es apoyar a los colectivos de personas afectadas por alguna enfermedad en el desarrollo de habilidades y recursos, aumentando el conocimiento y la información sobre la enfermedad y las conductas en salud más adecuadas; encauzar sus necesidades socio-sanitarias y reducir las desigualdades en salud.

Los proyectos y actividades subvencionados están relacionados con patologías diversas como cáncer, diabetes, problemas nutricionales, problemas neurodegenerativos y neuromusculares, enfermedades psíquicas, etc. En los años 2019-2021 se ha destinado una partida de 300.000 euros anuales para este fin y han sido subvencionados un total de 279 proyectos correspondientes a 223 entidades.

Ayudas calidad de vida	2019			2020			2021		
	Nº Entidades	Nº Proyectos	Cuantía (€)	Nº Entidades	Nº Proyectos	Cuantía (€)	Nº Entidades	Nº Proyectos	Cuantía (€)
Araba/Álava	16	37	92.235,76	26	26	103.728,15	27	27	110.526,03
Bizkaia	21	39	91.896,38	25	25	88.337,65	23	23	81.145,07
Gipuzkoa	25	42	115.867,86	29	29	107.934,20	31	31	108.328,90
TOTAL	62	118	300.000,00	80	80	300.000,00	81	81	300.000,00

4.5. Participación en proyectos transversales

4.5.1. SANO. Estrategia de prevención de la obesidad infantil

a. **EL VIAJE DE MANGOLS. Programa de tratamiento de la obesidad infantil**

La DSPyA ha trabajado con Osakidetza en el desarrollo de una herramienta con la que abordar en la consulta, el sobrepeso y la obesidad infantil. Este programa combina las nuevas tecnologías con consultas presenciales protocolizadas en Pediatría.

El Viaje de Mangols, caminando hacia una vida saludable, es un novedoso tratamiento basado en la metodología Serious Game.

Su objetivo es que niños, niñas y familias adquieran, de una manera fácil y divertida, conocimientos y estrategias que generen los cambios necesarios para conseguir unos hábitos de vida saludable. Se aborda el problema de la obesidad teniendo en cuenta toda su complejidad; trabajando entre otros la alimentación equilibrada, la actividad física, la fortaleza emocional o la superación de obstáculos.

b. Alimentación Saludable. Colección *ON EGIN!*

Uno de los proyectos estratégicos de SANO, es la formación e información a las familias sobre hábitos saludables para la prevención de la obesidad y del sobrepeso infantil. Para responder a este proyecto se han elaborado materiales informativos y formativos, con orientaciones y mensajes sencillos, claros y homogéneos en relación con la alimentación saludable. Igualmente se ha trabajado en la adaptación al contexto multicultural de las familias.

Como punto de partida se ha utilizado el *Plato para comer saludable* diseñado por la Universidad de Harvard.

Este material llega a la población a través de diferentes canales de distribución (página web, Departamento de Educación, consultas de Atención Primaria y Pediatría...) con lo que se consigue acceder al entorno familiar, escolar y sanitario.

Igualmente se utiliza como apoyo al curso de formación en alimentación saludable dirigido a profesionales de AP (ver 4.4.a) así como al programa de tratamiento de la obesidad infantil *El Viaje de Mangols* (ver 5.1.a).

El material que se ha editado y difundido en el periodo 2019-2021 desde la DSPyA y que está recogido en la colección *ON EGIN* es el siguiente:

	Unidades	Coste €
Guía de alimentación saludable (bilingüe)	32.000	11.474,52
Guía de alimentación saludable (árabe, chino, francés, portugués, rumano, inglés)	6.000	1.612,93
Salvamantel plato saludable	10.000	1.887,60
Tríptico plato saludable	20.500	927,16
Plato de plástico plato saludable	13.220	32.474,95
Poster plato saludable	9.000	1.488,30
TOTAL		49.865,46

4.5.2. MUGIMENT

El Plan de Salud 2013-2020 señala, en el área de actuación de entornos y conductas saludables, la colaboración intersectorial en el ámbito local y comunitario como eje central para la promoción de la actividad física y la prevención del sedentarismo.

Así, con el objetivo de lograr una población más activa 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 Actividad Física y Deportes junto con las tres Diputaciones Forales, han mantenido el plan estratégico común para la promoción de la actividad física en Euskadi.

En el gráfico siguiente se concreta la contribución de Salud Pública al proyecto.

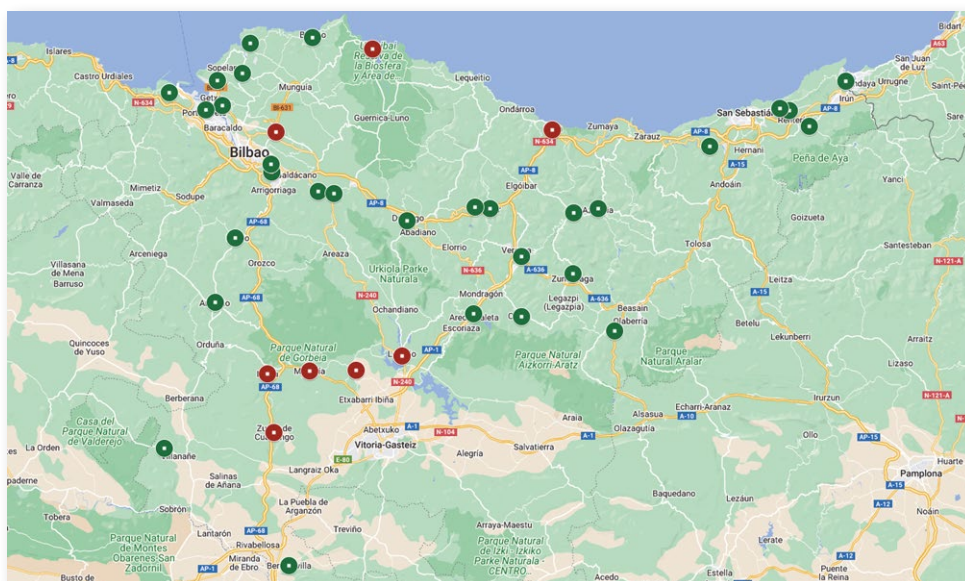


Durante los años de pandemia se han continuado con las reuniones intersectoriales implicadas para la coordinación y desarrollo del proyecto *MUGIMENT*.

4.5.2.1. REDES *MUGIMENT*

El personal técnico de Salud Pública participa en el mantenimiento y fortalecimiento de redes *MUGIMENT*, redes de trabajo intersectorial para la promoción de la actividad física a nivel local. En 2021 hay activas 38 redes *MUGIMENT* en los tres territorios de la CAE, 7 en Araba/Álava, 17 en Bizkaia y 14 en Gipuzkoa, tal y como se observa en la imagen adjunta.

Redes *MUGIMENT* en la CAE.

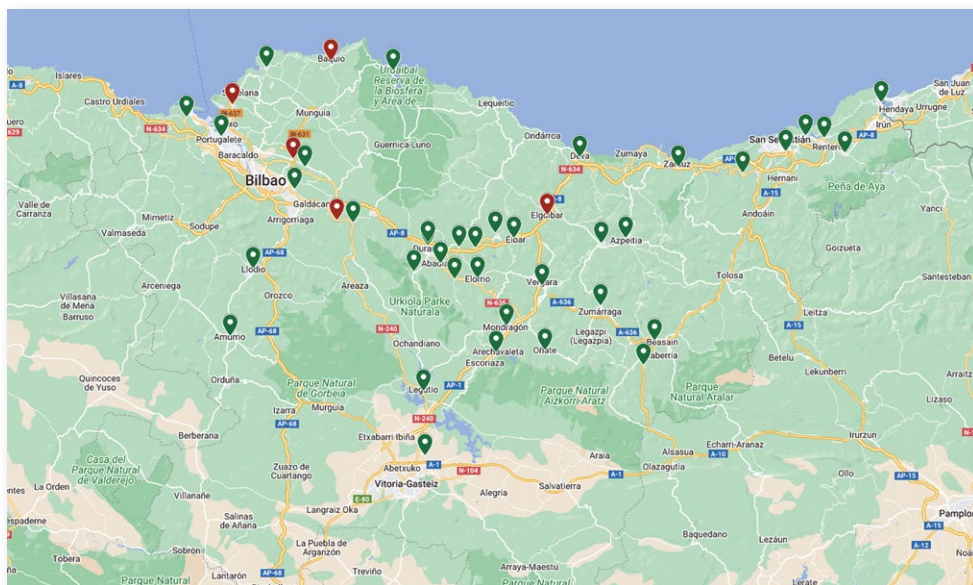


4.5.2.2. SERVICIOS DE ORIENTACIÓN DE ACTIVIDAD FÍSICA (SOAF)

Las Direcciones de Salud Pública y Adicciones y de Actividad Física y Deportes, ha impulsado el desarrollo de servicios de orientación de actividad física en aquellos municipios donde se encuentra establecido un proceso participativo comunitario. Los *Servicios de Orientación de Actividad Física* son un recurso al que las personas inactivas pueden acudir para recibir el asesoramiento, orientación y acompañamiento necesario de una persona experta que les ayudará a mejorar sus hábitos de actividad física, hasta lograr que se realice regularmente.

En la actualidad, con el trabajo conjunto de las dos Direcciones, las Diputaciones Forales y Osakidetza, se han puesto en marcha servicios de orientación de actividad física en 43 municipios, 4 en Araba/Álava, 19 en Bizkaia y 20 en Gipuzkoa.

Servicios de Orientación de Actividad Física en la CAE.



4.5.3. Osasun Eskola

El área de Promoción de la Salud de la DSPyA ha mantenido la colaboración con Osakidetza, durante 2018, en el desarrollo de un Plan Estratégico 2018-2020 para *Osasun Eskola* así como en la revisión del plan de comunicación y página web de este proyecto.

4.5.4. Alianza de Salud Comunitaria

La Alianza de Salud Comunitaria (ASC) es una plataforma que agrupa a 28 organizaciones e instituciones que trabajan por la promoción de la salud de las comunidades y que comparten el interés manifiesto por implicar y empoderar a las personas en la toma de responsabilidad de su propia salud. Todas las entidades, desde diferentes ámbitos, buscan mejorar la salud poblacional, trabajando la mejora de los diferentes determinantes de salud con una perspectiva de equidad y fortalecimiento de la comunidad.

La DSPyA está adherida a la Alianza desde el año 2016.

Durante estos años la colaboración con la ASC ha consistido en:

- Mantenimiento y actualización de la base de datos compartida que da pie a *Euskadi Aktiboa* (ver apartado 3.3).
- Participación en el proyecto *Evalúa GPS* (Evalúa y Aplica Guías de práctica de Promoción de la Salud: evaluación de la implementación de

la guía NICE NG44), financiado con fondos procedentes del Instituto de Investigación Sanitaria Carlos III.

Este proyecto consiste en la adaptación de una herramienta, *Evalguía*, pensada para analizar y mejorar la participación comunitaria de proyectos o programas, como una forma de mejorar la salud y el bienestar de las personas y reducir las desigualdades en salud.

4.6. COVID-19

El área de Promoción de la Salud ha trabajado desde la declaración del estado de alarma en marzo de 2020 en diferentes tareas de la Dirección de Salud Pública y Adicciones relacionadas con la pandemia y que han supuesto durante largos periodos una dedicación del 100% del tiempo del personal del área.

Las tareas más destacadas que se han llevado a cabo han sido:

- Elaboración de directrices de salud pública, adaptadas a la normativa en vigor de cada momento de la pandemia. Se han elaborado más de 40 documentos con directrices generales y específicas para diferentes sectores como hostelería, hoteles, gimnasios, agrupaciones corales y orquestas, artes escénicas, eventos deportivos, fiestas patronales, actividades en periodo navideño y centros de personas mayores entre otros.
- Atender consultas y responder a preguntas de la ciudadanía, de las diferentes administraciones públicas, de organizaciones de eventos, asociaciones, etc. Se han contabilizado más de 500 respuestas enviadas.
- Revisar e informar sobre la adecuación de protocolos de actuación para reducir la transmisión de la COVID-19 presentados por federaciones y clubs deportivos, en relación con su funcionamiento; por empresas organizadoras de eventos de carácter cultural, deportivo y asociativo; o por organismos oficiales para la celebración de procesos selectivos o electorales. Se han emitido más de 120 informes.
- Elaboración de resoluciones con la relación de territorios históricos y municipios que resultaban afectados por la aplicación de medidas adicionales debido a las altas tasas de incidencia. Más de 25 resoluciones se redactaron durante las diferentes fases de la pandemia.
- Coordinación con los servicios jurídicos para conocer y unificar criterios de interpretación de la normativa en vigor en cada momento. Esto requirió numerosas reuniones y contactos telefónicos y vía mail. Como resultado, más de 30 informes jurídicos.

- Coordinar el Grupo de homogeneización de criterios compuesto por personal de la Dirección y de las 3 Subdirecciones territoriales (1 reunión semanal durante más de un año).
- Elaboración de informes de respuesta a reclamaciones de responsabilidad patrimonial de la administración frente a diversos establecimientos (gimnasios, hostelería, hoteles, salones de juego, etc.).

5. Adicciones

5.1. Coordinación y apoyo en la intervención sobre adicciones

5.1.1. Ley 1/2016, de 7 de abril, de Atención Integral de Adicciones y Drogodependencias

La Ley 1/2016, de 7 de abril, de Atención Integral de Adicciones y Drogodependencias (BOPV, nº 69 de 13 de abril de 2016), <https://www.euskadi.eus/y22-bopv/es/bopv2/datos/2016/04/1601527a.shtml> reguló las medidas y acciones a desarrollar en materia de adicciones en las áreas de promoción de la salud, prevención, reducción de la oferta, asistencia, inclusión social, formación e investigación y organización institucional. La ley también regula el régimen sancionador, aunque se centra sobre todo en la prevención y en la concienciación social para lograr el cambio de actitudes y hábitos sociales.

En 2018 entró en vigor el Decreto 25/2018, de 20 de febrero, regulador del dispositivo institucional contenido en la Ley a nivel de la Administración General de la Comunidad Autónoma. El objeto del decreto es regular la Comisión de Coordinación Interinstitucional y el Consejo Vasco sobre Adicciones, el órgano de apoyo y asistencia al Gobierno Vasco y el Observatorio Vasco sobre Adicciones que funcionalmente está vinculado al Observatorio Vasco de Salud.

En diciembre de 2019 se publicó el Decreto 187/2019, de 26 de noviembre, sobre señalización en materia de bebidas alcohólicas, productos de tabaco y dispositivos susceptibles de liberación de nicotina. El decreto regula las características y la ubicación de los carteles informativos de las medidas limitativas de la promoción, venta, suministro y consumo de bebidas alcohólicas, productos de tabaco y dispositivos susceptibles de liberación de nicotina, así como de las advertencias sanitarias previstas en la Ley 1/2016, de 7 de abril.

Continuando con el desarrollo de la Ley 1/2016, de 7 de abril, en 2020 se aprobó el Decreto 5/2020, de 21 de enero, de creación y determinación de reconocimientos a las mejores prácticas y a la trayectoria profesional en materia de adicciones. Su objeto es poner en valor las buenas prácticas desarrolladas por personas o entidades en las áreas de prevención, asistencia, inclusión social, formación e investigación en materia de adicciones, y dar a conocer la labor continuada y referencial realizada.

A lo largo del 2021 se ha elaborado el proyecto de decreto de sustitución de sanciones por incumplimiento de la Ley 1/2016, de 7 de abril, y se han realizado los trámites internos para su aprobación y entrada en vigor a principios del 2022. Este decreto regula el régimen de sustitución de sanciones previsto en el

artículo 93 de la Ley 1/2016, de 7 de abril, estableciendo para ello las medidas alternativas y el procedimiento dirigido a su aplicación.

Además, desde el 2018 se han formulado numerosas consultas por parte de la ciudadanía y agentes públicos y privados -mayormente relativas al tabaco y al alcohol-.

5.1.2. VII Plan sobre Adicciones de Euskadi 2017-2021

Las políticas planificadas en materia de adicciones son el instrumento estratégico de planificación, ordenación y coordinación de las estrategias y actuaciones de todas las administraciones públicas vascas durante su periodo de vigencia. Se trata de una política de carácter intersectorial, en la que, además de salud, confluyen educación, cultura, juventud, deporte, inclusión social, política comunitaria, salud laboral, vivienda, medio ambiente, seguridad, administración de justicia, instituciones penitenciarias, publicidad y medios de comunicación. El plan recoge 16 objetivos y 50 acciones, que se agrupan en 5 áreas prioritarias (las dos últimas, de carácter transversal).

Tal y como plantea el propio plan en el capítulo 5.1., cada año se lleva a cabo una **evaluación del grado de cumplimiento** que se envía al parlamento vasco, donde se recoge el grado de cumplimiento de las acciones y de los objetivos del plan.

5.1.3. Subvenciones para el desarrollo de programas de prevención comunitaria de las adicciones, mantenimiento de equipos y realización de proyectos de prevención y reducción de riesgos y daños

- Ayudas económicas concedidas por la Dirección de Salud Pública y Adicciones para el mantenimiento de **equipos técnicos municipales de prevención comunitaria:**

	2017		2018		2019		2020		2021	
	N	Cuantía €	N	Cuantía €	N	Cuantía €	N	Cuantía €	N	Cuantía €
Araba/ Álava	4	198.280	4	191.322	4	177.383	3	175.078	4	210.116
Bizkaia	19	666.489	20	652.532	10	309.751	10	311.797	9	234.461
Gipuzkoa	11	309.366	12	330.281	20	687.001	20	687.260	20	729.558
TOTAL	34	1.174.135	36	1.174.135	34	1.174.135	33	1.174.135	33	1.174.135

- Ayudas económicas concedidas a las Entidades Locales por la Dirección de Salud Pública y Adicciones para el **desarrollo de programas de prevención comunitaria de las adicciones**:

	2017		2018		2019		2020		2021	
	N	Cuantía €	N	Cuantía €	N	Cuantía €	N	Cuantía €	N	Cuantía €
Araba/ Álava	3	53.413	3	52.327	3	54.552	2	57.683	3	58.896
Bizkaia	23	296.458	22	273.376	22	279.678	21	289.600	22	281.951
Gipuzkoa	18	211.895	20	236.062	18	227.535	16	214.482	18	220.918
TOTAL	44	561.765	45	561.765	39	561.765	39	561.765	43	561.765

- Ayudas económicas concedidas a entidades por la Dirección de Salud Pública y Adicciones **para proyectos de prevención y reducción de riesgos y daños en adicciones**:

	2017		2018		2019		2020		2021	
	N	Cuantía €	N	Cuantía €	N	Cuantía €	N	Cuantía €	N	Cuantía €
Araba/ Álava	10	93.774	10	87.092	9	75.710	14	122.948	14	130.569
Bizkaia	40	611.467	46	603.994	43	599.498	45	747.197	51	731.127
Gipuzkoa	15	177.259	16	191.414	15	207.292	15	248.355	15	256.804
TOTAL	65	882.500	72	882.500	67	882.500	74	1.118.500	80	1.118.500

5.2. Creación de conocimiento, formación y evaluación

5.2.1. Encuesta sobre Adicciones de Euskadi

La **Encuesta sobre Adicciones de Euskadi**, se lleva a cabo en la Comunidad Autónoma de Euskadi de manera periódica. La población a estudio son las personas de 15 a 74 años, residentes en la CAE, y se realiza para conocer el estado de la situación sobre el consumo de drogas y otras adicciones sin sustancia, la percepción de riesgo y opinión de la población sobre dicha problemática y las medidas para combatirlas, así como de los factores sociales relacionados.

La información de la última edición de la encuesta se recogió en el periodo comprendido entre finales del 2017 y principios del año 2018. Durante los años objeto de este informe se han analizado los datos y se han elaborado estudios sobre temas específicos que se presentan en la siguiente sección (2.2.).

En el año 2021 se ha trabajado en la actualización del cuestionario y la metodología para la siguiente edición, que está prevista iniciarla en 2022. Como resultado se pueden destacar las siguientes novedades:

- a) La ampliación del rango de edad de la población diana de las ediciones precedentes (25-74 años) a toda la población > de 25 años (permitirá obtener información sobre las personas de edad más avanzada.
- b) La incorporación de un módulo de adicciones en el ámbito laboral.
- c) La introducción de la videoconferencia como método de administración de la encuesta. Además, se ha seguido avanzando en la incorporación de la perspectiva de género.

5.2.2. Proyectos de investigación, estudios e informes y actividades de formación

Las investigaciones y estudios materializados entre el año 2019 y 2021 se presentan a continuación:

- En 2019 se realizó un estudio sobre las “**Necesidades de los equipos técnicos y otros recursos locales** de prevención comunitaria de las adicciones en Euskadi”.
- Al final de la primera ola de la pandemia de la Covid-19 (verano de 2020) se llevó a cabo un proyecto de investigación para conocer el “**Impacto de la Covid-19** en el ámbito de las adicciones en Euskadi”.
- En el año 2020 se efectuó el estudio sobre “Envejecimiento y Adicciones” dirigido a cuantificar y caracterizar el consumo de drogas y otras adicciones en las personas de edad avanzada, y a conocer la percepción de los y las profesionales del área, así como de las propias personas mayores.
- A partir de los resultados de la Encuesta sobre Adicciones en Euskadi, 2017-18, se elaboraron **estudios sobre temas específicos de adicciones** (alcohol y tabaco, cannabis, otras drogas ilegales, psicofármacos y comportamentales).
- En el periodo 2019-2021 se publicaron 3 **boletines monográficos**, que consisten en revisiones de la literatura científica disponible sobre temas relacionados con las drogodependencias y otras adicciones. Los temas de dichos monográficos fueron: “Mujeres y psicofármacos”, “Envejecimiento y adicciones” y “Juegos de azar”.

- También se realizó un “Estudio sobre el consumo del cannabis entre las personas jóvenes y adolescentes de la CAE”.
- El Instituto Vasco de Criminología de la UPV/EHU, llevó a cabo el diseño y trabajo de campo de una investigación para la “Implementación de pautas comunes, en el ámbito administrativo, para el desarrollo normativo en materia de adicciones en Euskadi”.
- El IDD (Instituto Deusto Drogodependencias) investigó sobre “El Consumo de drogas, juego dinerario y otras conductas de riesgo de la juventud del País Vasco en los nuevos espacios de ocio (lonjas juveniles)”.

En cuanto a actividades de formación en el periodo objeto de este informe, se han llevado a cabo las siguientes:

- Workshop de recogida y análisis de la información sobre “Nuevas situaciones y la influencia de la COVID -19 en adolescentes y jóvenes en relación al uso de drogas y otras conductas de riesgo”.
- Workshop de recogida y análisis de la información sobre “La intervención asistencial, sanitaria y social, la influencia del COVID-19”.
- Workshop de recogida y análisis de la información sobre “Violencia de género en mujeres drogodependientes: recursos y pautas de actuación”.
- Symposium sobre *Avances en drogodependencias.* “Mujeres y psicofármacos”.
- Symposium sobre *Avances en drogodependencias.* “Abordaje del consumo de drogas en las personas mayores”.
- Seminario: El trabajo desde perspectiva de género con hombres consumidores de drogas.

5.2.3. Actualización Observatorio y web de adicciones

El **Observatorio de Adicciones, GABIA**: es un espacio destinado a reunir resultados científicamente respaldados sobre el fenómeno de las drogodependencias y otras adicciones en la Comunidad Autónoma de Euskadi. Mediante el tratamiento y la elaboración de información recogida periódicamente en Euskadi, ofrece una visión global y permanente de las adicciones y de las posibles tendencias del fenómeno en los contextos estatal y europeo. También proporciona información actualizada sobre los recursos de prevención y reducción de riesgos, las buenas prácticas, la aparición de nuevas sustancias psicoactivas y las publicaciones y sitios web de interés a nivel profesional y poblacional.

Los contenidos del observatorio: Mapa de Recursos, Sistema de Alertas, centro de documentación Drogomedia y estudios, publicaciones y otros documentos de interés, tanto del ámbito vasco como del estatal, europeo y de otras autonomías, tienen una puesta al día continuada, al igual que otros espacios de la **web de adicciones** (normativa, programas y planes, etc.).

5.3. Reducción de la oferta

5.3.1. Información sobre las denuncias en materia de tabaco

Por Territorio Histórico

	Nº DENUNCIAS				
	2017	2018	2019	2020	2021
Araba/Álava	31	42	41	26	6
Bizkaia	124	104	128	100	75
Gipuzkoa	28	46	43	35	11
TOTAL	183	192	212	162	92

Por tipo de infracción

	Nº DENUNCIAS				
	2017	2018	2019	2020	2021
Fumar	44	67	65	45	9
Permitir fumar	127	112	125	96	75
Venta de tabaco/DSLN	11	13	19	21	8
Falta señalización	1	1	3		
TOTAL	183	192	212	162	92

Por sector

	Nº DENUNCIAS				
	2017	2018	2019	2020	2021
Hostelería	125	129	114	120	72
Centro cultural/social/recreativo	1	2	1		
Centro de trabajo	2				1
Centro de transporte		2	3	2	
Centro deportivo	6	20	6	4	
Centro/galería comercial			23	17	6
Centro sanitario		1			
Estación de servicio	1				
Parque infantil	1				4
Comercio	5	12			
Establecimiento de juego	38	24	62	13	7
Comunidad de vecinos	2			2	
Resto	2	2	3	4	2
TOTAL	183	192	212	162	92

Por denunciante

	N° DENUNCIAS				
	2017	2018	2019	2020	2021
Ertzaintza	49	87	93	41	15
Policía Municipal	96	74	78	111	31
Particular	27	22	25	8	41
Guardia Civil		9	16	2	5
Com. Propietarios					
Inspección Salud Pública	11				
TOTAL	183	192	212	162	92

5.3.2. Actuaciones realizadas en materia de tabaco

- Sanciones impuestas por permitir fumar o por venta de productos de tabaco o DSLN:

	N° RESOLUCIONES SANCIONADORAS				
	2017	2018	2019	2020	2021
Araba/Álava	7	11	17	3	1
Bizkaia	47	41	40	36	9
Gipuzkoa	11	10	17	5	
TOTAL	65	62	74	44	10

- Actuaciones informativas dirigidas a entidades o personas denunciadas sobre la normativa aplicable al supuesto concreto:

N° DE ACTUACIONES INFORMATIVAS					
2017	2018	2019	2020	2021	
7	11	17	3	1	

- Comunicaciones a los municipios de las denuncias por la infracción de fumar, correspondiendo a los alcaldes y las alcaldesas la sanción de esta infracción desde la entrada en vigor de la Ley 1/2016, de 7 de abril):

COMUNICACIONES					
2017	2018	2019	2020	2021	
44	67	65	45	9	

5.3.3. Actuaciones en materia de alcohol

- Venta y consumo de alcohol: remisión de las denuncias a los municipios, correspondiendo a los alcaldes y las alcaldesas la sanción por estas infracciones.

N° DE REMISIONES A LOS MUNICIPIOS				
2017	2018	2019	2020	2021
26	6	0	3	5

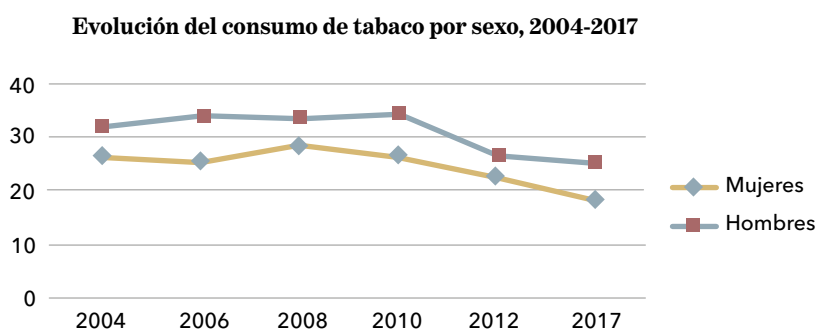
- Publicidad ilícita de bebidas alcohólicas mediante anuncios publicados en ediciones impresas y digitales: comunicaciones informativas de la normativa aplicable e instando el cese de la publicidad ilícita.

COMUNICACIONES				
2017	2018	2019	2020	2021
1	1	0	0	1

5.4. Estrategia Euskadi Libre de Humo de Tabaco

Según la Encuesta sobre Adicciones en Euskadi se mantiene la tendencia iniciada en 2008 de disminución de las prevalencias generales de consumo de tabaco, situándose el consumo diario en la población total del País Vasco en el 22,1%. Respecto a la distribución de la población en relación a su consumo, uno de cada cuatro hombres lo consume habitualmente (25,6%) frente al 18% de las mujeres y un 24,3% de mujeres y un 28,8% de hombres han abandonado su consumo.

Es importante destacar que la mayor variación a lo largo del periodo 2004-2017, tuvo lugar entre 2010 y 2012, momento de entrada en vigor de la Ley 42/2010, de 30 de diciembre sobre 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%, mientras que en las mujeres la disminución fue del 8,9%²⁰.



²⁰ Drogomedia. Centro de documentación sobre drogodependencias del País Vasco. <http://bit.ly/leaKmgE>

En cuanto a la distribución por edad, las mujeres que habían tenido algún contacto con el tabaco (bien por consumir de forma habitual, ocasional o por haber abandonado el consumo) se concentraban en la población con edad intermedia. Según este patrón, la proporción de mujeres que no había tenido nunca contacto con el tabaco era mayor entre las mujeres más jóvenes (15-24 años) y mayor aún en el grupo de 65 a 74 años, edad en la que la proporción ascendía al 70%.

Al mismo tiempo, las principales diferencias entre mujeres y hombres se producían en la población de edad más avanzada. La proporción de quienes consumían de forma habitual o habían abandonado el consumo era mayor entre los hombres y, sin embargo, entre las mujeres destacaba la proporción de quienes nunca lo habían probado. Este hecho, sin duda, estaba muy ligado a la influencia de los roles y el proceso de socialización que mujeres y hombres han tenido a lo largo del tiempo.

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 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 el aumento de la razón (ratio) de tabaquismo entre mujeres y hombres²¹.

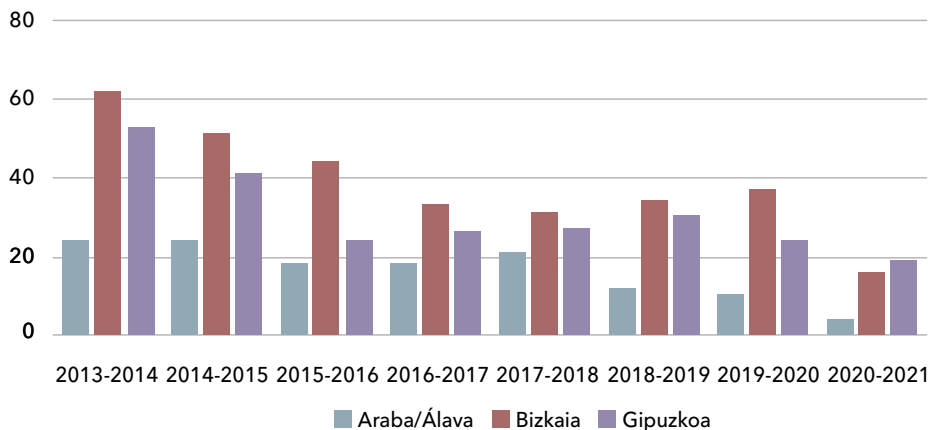
5.4.1. Programa Kerik Gabeko Gazteak (prevención ámbito escolar)

Este programa se enmarca en la estrategia “Euskadi Libre de Humo de Tabaco”, y en concreto, entre las intervenciones planteadas para informar y sensibilizar a los distintos grupos de población de los riesgos para la salud derivados del consumo de tabaco. Se lleva a cabo en el ámbito educativo y tiene por objetivo el 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.

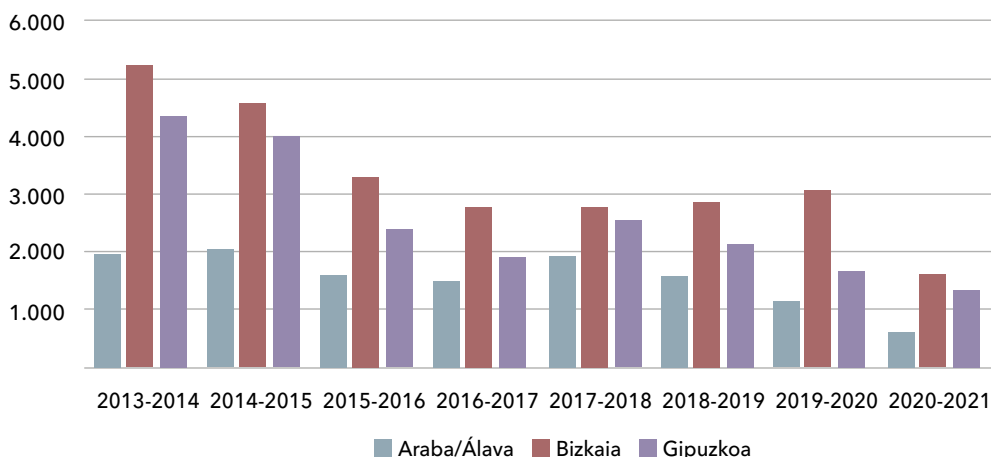
Kerik Gabeko Gazteak se dirige tanto al alumnado de **6º de primaria como al de 1º y 2º de la ESO** y se plantea como un **programa a desarrollar en las aulas** con la ayuda del profesorado.

²¹ Usama Bilal et al. Gender and smoking: A theory driven approach to smoking gender differences in Spain. Tob Control 2014;1136

Número de centros escolares participantes en el programa Clase Sin Humo- Kerik Gabeko Gazteak, 2011-2021.



Número de alumnos participantes en el programa Clase Sin Humo- Kerik Gabeko Gazteak, 2011-2021



5.4.2. Kerik Gabeko Guneak (proyecto piloto)

La iniciativa **Kerik Gabeko Guneak/ Espacios Libres de Humo** se creó para promover conductas saludables y proteger el medio ambiente de la contaminación del humo y de las colillas de tabaco. Tiene como objetivos: a) el seguir avanzando en la creación de un ambiente urbano más saludable, b) el desnormalizar el consumo de tabaco y c) el mejorar el medio ambiente. Se fundamenta en que la creación de ambientes libres de humo contribuye a prevenir el consumo de tabaco o retrasar la edad de inicio y elimina su exposición pasiva, sobre todo en menores.

Los espacios libres de humo son lugares donde, sin estar prohibido fumar, se recomienda no fumar (playas, entorno de los centros escolares, entorno de los parques infantiles y otros espacios).

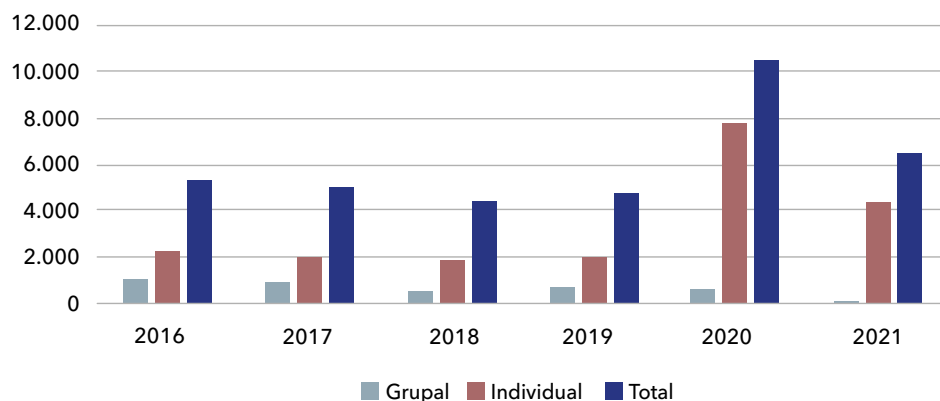
El año 2021 se llevó a cabo una experiencia piloto en las playas de Itzurun y Santiago de Zumaia, Laga y Laida de Ibarangelu, Isuntza de Lekeitio, Laidatxu y Ondartzape de Mundaka y Garaio Sur de Burgelu, para poner a prueba los diferentes elementos de la iniciativa e iniciar en el año 2022 la creación de una [Red de Espacios Libres de Humo](#).

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

Desde que se puso en marcha el programa, en el año 2011, han recibido el tratamiento un total de 39.383 personas. Tras una estabilización en 2016-19, en 2020 y 2021 se da un importante incremento en el número de tratamiento individuales.

El llamativo aumento del inicio de tratamiento en 2020, ha podido deberse a la puesta en marcha de la financiación a cargo del Departamento de Salud del tratamiento farmacológico para dejar de fumar; la pandemia y los efectos nocivos del tabaco en caso de contraer el coronavirus y la mayor concienciación social para vivir en un ambiente sin humo.

Figura 95. Número de personas que han recibido tratamiento de dependencia del tabaco en Atención Primaria.



5.5. Programa Menores y Alcohol

Para dar respuesta a la acción “Desarrollar intervenciones para disminuir los consumos de riesgo de alcohol” en 2014 se creó el programa “Menores y alcohol”, de prevención y reducción de riesgos asociados al consumo de alcohol en menores de edad. Sus objetivos son: disminuir la cifra de menores que comienzan a consumir alcohol, retrasar la edad de inicio de consumo, reducir los consumos excesivos y abordar los problemas asociados al consumo de alcohol en este colectivo.

5.5.1. Intervenciones en el ámbito educativo:

- **Proyectos de prevención universal subvencionados a través de la Orden de Ayudas y financiados directamente por el Gobierno Vasco.** Cada año, en torno a 43 entidades locales desarrollan programas de prevención universal en el ámbito educativo, que no abordan de manera exclusiva la prevención del consumo del alcohol, pero que sí la incluyen a través de la educación en valores y la promoción de la salud.

	2017	2018	2019	2020	2021
Nº Proyectos	100	63	61	57	69
Total personas participantes	126.612	158.087	144.990	104.280	131.986

- **ICEBERG. Programa de prevención universal impulsado por el Gobierno Vasco en coordinación con las entidades locales con plan de adicciones, dirigido al alumnado de 6º de primaria y primer ciclo de la ESO.**

	Nº centros	Nº alumnado participante	Nº municipios
2017	52	6.831	18
2018	56	6.310	23
2019	48	6.557	21
2020	33	3.664	14
2021	3	528	2

- **Programa de prevención y reducción de riesgos, específico sobre el consumo de alcohol, dirigido al alumnado de 4º de la ESO, Bachillerato y Ciclos formativos, financiado directamente por el Gobierno Vasco e impulsado por las entidades locales.**

	Nº talleres	Nº centros	Nº alumnos/as participantes	Nº municipios
2017	268	98	4.735	53
2018	277	96	5.100	46
2019	255	87	4.844	52
2020	224	75	4.331	35
2021	298	105	5.368	38

- **Programa de prevención selectiva sobre el consumo de alcohol en el ámbito escolar a través de las artes escénicas, financiado directamente por el Gobierno Vasco e impulsado por las entidades locales.**

	Nº representaciones	Nº municipios	Nº participantes
2017	36	27	2.238
2018	40	23	2.300
2019	61	27	3.709
2020	4	2	310
2021	67	22	2.366

5.5.2. Intervenciones en el ámbito festivo y de ocio

- **Programa de prevención y reducción de riesgos asociados al consumo de alcohol, mediante intervenciones en espacios de ocio**, financiado directamente por el Gobierno Vasco e impulsado por las entidades locales.

	Nº municipios	Nº intervenciones	Nº personas
2017	52	73	15.137
2018	48	71	16.371
2019	55	77	16.996
2020	2	4	149
2021	30	43	3.865

- **Programa de formación y sensibilización de profesionales que trabajan en contacto con personas menores de edad**, financiado directamente por el Gobierno Vasco e impulsado por las entidades locales, en el que participan personal de hostelería, de txosnas, integrantes de comisiones de fiestas, monitores de tiempo libre, educadores de calle o policías municipales o ertzainas.

	Nº talleres	Nº municipios	Nº profesionales
2017	22	23	302
2018	28	16	335
2019	32	15	322
2020	2	1	21
2021	30	17	411

Cabe mencionar dos programas de prevención que no son específicos del consumo de alcohol, pero que se incluyen dentro de las acciones dirigidas al espacio festivo y de ocio, en aquellos lugares donde se reúnen jóvenes.

- **Programa de prevención y reducción de riesgos del consumo de drogas en el ámbito festivo y de ocio**, financiado directamente por el Gobierno Vasco e impulsado por las entidades locales.

	Nº municipios	Nº intervenciones	Nº personas
2017	39	47	17.387
2018	39	62	18.046
2019	37	63	16.265
2020	2	3	440
2021	3	4	181

- Programa de prevención y reducción de riesgos del consumo de drogas en lonjas de uso lúdico, financiado directamente por el Gobierno Vasco e impulsado por las entidades locales.

	N° entidades locales	N° lonjas	N° jóvenes
2017	12	29	536
2018	16	53	842
2019	19	35	589
2020	0	0	0
2021	0	0	0

5.5.3. Campaña de sensibilización sobre los riesgos asociados al consumo de alcohol

La marca ZAINDU identifica desde 2017 el conjunto de acciones de sensibilización dirigidas a la población en general sobre el consumo de alcohol y otras drogas ilegales:

- Campaña “Elige la foto del verano” de sensibilización sobre el riesgo del consumo de alcohol en entornos festivos en la que, en coordinación con las entidades locales y con la colaboración de las comisiones de fiestas, responsables de comparsas, txosnas, profesionales de la hostelería, etc... se difunden mensajes preventivos frente a los riesgos asociados al consumo de drogas y a las conductas adictivas. La campaña dispone de distintos materiales de apoyo con un consejo breve dirigido a las personas que se reúnen en el ámbito festivo y de ocio. Estos materiales incluyen cartelería, alcoholímetros cualitativos, trípticos informativos o regletas que miden los efectos del alcohol en el organismo, según la edad, el género y el peso.

Material distribuido

	N° entidades locales	N° carteles	N° regletas	N° alcoholímetros
2017	22	1.500	6.000	5.350
2018	21	1.000	9.000	9.000
2019	26	655	13.300	12.950
2020	0	0	0	0
2021	20	475	10.700	10.900

- Campaña de distribución de materiales sobre prevención del consumo de alcohol, en centros de atención primaria. En el marco del programa Menores y Alcohol y del protocolo de diagnóstico, tratamiento y prevención del consumo de alcohol elaborado por Osakidetza, todos los años se distribuyen materiales de la marca ZAINDU que se utilizan para la realización del consejo breve de prevención de alcohol.

Material distribuido

	Nº centros	Nº trípticos repartidos
2017	16	6.000
2018	16	6.000
2019	9	6.800
2020	0	0
2021	13	5.300

En 2021 como en 2020, debido al impacto de la pandemia del COVID-19, Osakidetza no demanda material para la realización del consejo breve de prevención de alcohol, pero en conformidad con las entidades locales se distribuyen 5.300 trípticos de prevención del consumo de alcohol, “Alkoholaz jakin” a 13 ayuntamientos y mancomunidades.

5.6. Asistencia socio-sanitaria de las adicciones

5.6.1. Intervención asistencial

Los recursos asistenciales de la Red de Salud Mental son:

- 32 centros de tratamiento ambulatorio de toxicomanías o Centros de Salud Mental.
- Centro de orientación y tratamiento de adicciones COTA (Araba/Álava).
- Un hospital psiquiátrico de media estancia en Araba/Álava.
- Servicios de dispensación de metadona.
- Unidades de desintoxicación hospitalaria.
- Programas de Intervención en toxicomanías en Centros Penitenciarios en Bizkaia y Gipuzkoa (el programa de tratamiento de adicciones en el C.P. Zaballa en Araba/Álava es contratado por la Dirección de Aseguramiento y Contratación Sanitaria del Departamento de Salud).

Los recursos asistenciales **concertados** son:

- 7 Comunidades Terapéuticas.
- 9 Centros de tratamiento de toxicomanías (Araba/Álava 1, Bizkaia 6, Gipuzkoa 2).

Además, se inició el estudio para la “Elaboración desde la perspectiva de género de un protocolo de detección (derivación o intervención) de mujeres consumidoras de drogas, víctimas de violencia de género. IDD

5.6.2. Reducción de daños: Intervenciones con personas en situación de exclusión social

Convenios suscritos en 2021 (prorrogados hasta 4 años) con 3 entidades para el mantenimiento de 3 recursos sociosanitarios en la capital de Bizkaia. Estos recursos son cofinanciados por el Gobierno Vasco, la Diputación Foral de Bizkaia y el Ayuntamiento de Bilbao:

- Convenio con Fundación Gizakia: centro sociosanitario “Andén 1”.
- Cáritas Diocesana de Bilbao: Centro de Emergencia y Acogida Nocturna “Hontza”.
- Comisión Ciudadana Antisida de Bizkaia: Centro de día de baja exigencia para personas drogodependientes.

Desde junio de 2021 la prisión de Zaballa-Araba pasa a ser gestionada, en relación a las adicciones, por la red de Salud Mental Extrahospitalaria de Osakidetza, al igual que las otras 2 prisiones existentes en la CAE.

6. Laboratorio

El Laboratorio de Salud Pública de Euskadi actúa principalmente como un servicio de apoyo analítico a las actuaciones de Protección, Promoción y Vigilancia de la Salud, recogidos en los Programas de la Dirección de Salud Pública y Adicciones del Gobierno Vasco.

Adicionalmente, realiza tareas analíticas de forma habitual a otras instituciones y entidades, entre ellos: Departamento de Desarrollo Económico, Sostenibilidad y Medio Ambiente, Departamento de Seguridad, Policías municipales, Ayuntamientos de Bilbao, Gasteiz y Donostia, Diputaciones Forales de Araba, Bizkaia y Gipuzkoa, Osakidetza, URA, AZTI y otras Comunidades Autónomas.

El Laboratorio tiene implantado un sistema de Gestión de la Calidad, que cubre procedimientos de las áreas de química y microbiología de los alimentos, aguas y aire, así como química clínica. De esta forma se da respuesta a las exigencias de la Reglamentación y Directivas europeas: Reglamentos nº 2073/2005, 1881/2006 y 7 de abril de 2017, (UE) nº 2017/625 sobre controles oficiales, límites microbiológicos y contenidos máximos de contaminantes químicos en alimentos. Así como, al Reglamento (UE) 2020/2184 que afecta a las aguas de consumo.

Este Sistema de Gestión de la Calidad ha sido reconocido por la Entidad Nacional de Acreditación (ENAC), en sucesivas auditorías desde el año 1.998, de forma que en la actualidad se dispone de los siguientes expedientes de acreditación: según las normas: UNE-EN ISO/IEC 17025: 2017 Requisitos generales relativos a la competencia técnica de los Laboratorios de ensayo y calibración y UNE-EN ISO 15189: 2013 Laboratorios clínicos. Requisitos particulares relativos a la calidad y la competencia:

- LSP Araba: 134/LE331.
- LSP Bizkaia: 132/LE326, 132/LE469, 132/LE1136, 132/LE1108.
- LSP Gipuzkoa: 137/LE328.

El alcance de los procedimientos cubiertos por estos expedientes, puede consultarse en la página WEB del laboratorio, en la dirección: <https://www.euskadi.eus/gobierno-vasco/laboratorio/>

En la misma página se puede consultar la memoria de actividades completa del laboratorio. En este se recogen se recogen las muestras analizadas y el número de determinaciones realizadas en los años 2019, 2020 y 2021 en el Laboratorio de Salud Pública, con el fin de dar continuidad a la última publicada de forma unificada, correspondiente al año 2018. Las actividades se han agrupado en razón a los Programas a los que dan respuesta.

7. Desarrollo normativo

En 2021 se avanzó en el proceso de elaboración y tramitación del anteproyecto de Ley de Salud Pública. Se elaboró el texto del anteproyecto, que fue sometido a informe de los órganos requeridos, se le dio trámite de información pública, se presentó en consulta pública previa. El texto fue revisado a partir de las aportaciones realizadas.

Son numerosos los organismos, entidades y personas –del ámbito municipal, institucional, sindical, académico, sanitario, profesional o laboral- que han contribuido con sus propuestas y alegaciones a mejorar el texto inicial

El objetivo principal del proyecto de Ley de Salud Pública de Euskadi es salvaguardar y potenciar la salud de la población vasca como bien público de máximo interés, garantizando los derechos de las personas en materia de salud, la igualdad de oportunidades y la equidad. Mediante esta norma Euskadi se dotará de un marco legal más completo y actualizado para dar respuesta a las necesidades y demandas en salud pública en la sociedad vasca, de forma más eficaz e integral.