

Departamento de Salud
Gobierno Vasco

Salud Pública y Adicciones

Informe 2022



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, xxxxx 2024

©

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

Una vez más, es un placer introducir con unas palabras el Informe de Salud Pública y Adicciones 2022, el cual recoge las actuaciones y esfuerzos del Departamento de Salud en esta materia. Con esta introducción quiero subrayar y agradecer el amplio esfuerzo realizado por la organización en el desempeño de las funciones esenciales de Salud Pública a lo largo del citado año.

Las actuaciones que se presentan a continuación, dibujan un extenso recorrido por el espacio de las actividades más relevantes para la salud colectiva. Así, describen acciones en el ámbito de vigilancia e información sanitaria, incluyendo en ellas la monitorización de la ocurrencia y distribución de problemas de salud entre la población y la respuesta ante amenazas y alertas. Asimismo, el informe contiene una amplia sección sobre aspectos de protección de la salud, entendiendo con ello la vigilancia y control de riesgos en los entornos ambiental, sanitario, y alimentario. También, la prevención de enfermedades y la promoción de conductas y de condiciones de vida que favorecen la salud constituyen respectivos capítulos importantes, describiendo iniciativas y programas de gran **calado** para la salud de la población, los cuales se ven complementados con una amplia sección dedicada específicamente a estos mismos aspectos desde la óptica de prevención de adicciones y mitigación de sus consecuencias. El informe también proporciona una descripción detallada de las actividades realizadas por el Laboratorio de Salud Pública, siendo éste un recurso fundamental y crítico para el ejercicio del resto de funciones esenciales de la salud colectiva. Finalmente, este documento se cierra con una descripción del proceso de elaboración del Plan de Salud Euskadi 2030, el cual comenzó a desarrollarse durante el año 2022. El Plan de Salud es el instrumento superior de planificación y programación del sistema sanitario de Euskadi, por el que se establecen los objetivos generales en materia de salud y las prioridades que durante su vigencia se trasladarán en políticas sanitarias. Por ello, su elaboración es asimismo una responsabilidad de gran relevancia para el conjunto de las administraciones públicas.

Por todo ello, este informe constituye un ejercicio de transparencia sobre la dedicación y trabajo realizado por la administración en beneficio de la salud pública. Asimismo, entendemos que, también constituye un recurso valioso para los y las profesionales, investigadores, y ciudadanía interesada en los resultados alcanzados en los ámbitos citados y detallados a lo largo de este documento.

A la luz de este informe comprensivo y minucioso, expresión de un gran esfuerzo colectivo y organizado, quiero reconocer el alto nivel del trabajo realizado y felicitar a los y las profesionales que ven reflejado su desempeño en este informe, por su compromiso y profesionalidad puestas al servicio de la salud de la ciudadanía de Euskadi. En este trabajo destaca además de la contribución de los profesionales de la Dirección de Salud Pública y Adicciones en todos sus niveles territoriales, la participación de muchas otras áreas y profesionales de otros ámbitos del Departamento de Salud y del Gobierno Vasco, de Osakidetza, y de otras entidades locales y territoriales, así como otras organizaciones colaboradoras. A todos ellos mi sincero agradecimiento y reconocimiento por su buen trabajo.

Itziar Larizgoitia

Directora de Salud Pública y Adicciones

Índice

1. Vigilancia epidemiológica	14
1.1. Vigilancia de enfermedades de declaración obligatoria	14
1.2. Vigilancia de infecciones respiratorias agudas	18
1.3. Vigilancia microbiológica	21
1.4. Vigilancia de brotes epidémicos y alertas sanitarias	30
1.4.1. Mpox.....	30
1.4.2. Enfermedad invasiva por estreptococo β hemolítico del grupo A (SGAi).....	31
1.4.3. Escabiosis.....	32
1.4.4. Brotes epidémicos.....	34
1.5. Registro de cáncer	35
1.6. Fortalecimiento de la vigilancia en salud pública	39
1.7. Plan de actuación frente a las temperaturas elevadas	41
1.8. Otras actuaciones	43
1.9. Resumen de vigilancia epidemiológica	44
2. Prevención	48
2.1. Salud materno infantil	48
2.1.1. Cribado Prenatal de Anomalías Cromosómicas.....	48
2.1.2. Cribado Neonatal de Enfermedades Congénitas.....	51
2.1.3. Programa de Asistencia Dental Infantil (PADI).....	52
2.2. Cribado de cáncer	54
2.2.1. Detección Precoz del Cáncer de Mama.....	54
2.2.2. Detección Precoz de Cáncer Colorrectal.....	57
2.2.3. Detección Precoz de Cáncer de Cérvix.....	60
2.3. Vacunación e inmunizaciones	62
3. Protección de la salud	70
3.1. Salud ambiental	70
3.1.1. Aire.....	70
3.1.2. Aguas de consumo.....	77
3.1.3. Aguas de baño.....	82
3.1.4. Prevención y control de la legionelosis.....	89

3.1.5. Productos químicos.....	92
3.1.6. Otras actuaciones.....	93
3.1.7. Resumen de salud ambiental.....	97
3.2. Salud alimentaria	98
3.2.1. Actividades en establecimientos alimentarios.....	98
3.2.2. Actividades relacionadas con el análisis de los alimentos.....	106
3.2.3. Actividades relacionadas con la nutrición y el etiquetado.....	116
3.2.4. Alertas y reclamaciones	120
3.2.5. Otras actividades	124
4. Promoción de la salud.....	128
4.1. Impulso de políticas que apoyan la salud.....	128
4.1.1. Proyecto Urban Klima 2050	128
4.2. Creación de entornos favorables	128
4.2.1. Ayudas para la promoción de la actividad física en el entorno escolar	129
4.3. Refuerzo de la acción comunitaria	129
4.3.1. Ayudas para el desarrollo de proyectos participativos orientados a la promoción de la salud a nivel local.....	130
4.3.2. Impulso de la acción comunitaria a nivel local	130
4.3.3. Euskadi Aktiboa	131
4.3.4. Apoyo a la creación de rutas de caminantes (Proyectos TIPI-TAPA) como facilitador de dinámicas comunitarias.....	131
4.4. Desarrollo de aptitudes personales para la salud	133
4.4.1. Publicación y Distribución de material de educación para la salud	133
4.4.2. Talleres de prevención de caídas en personas mayores	134
4.4.3. Ayudas para la mejora de la calidad de vida de personas enfermas y sus familias	134
4.5. Colaboración con proyectos transversales	135
5. Adicciones.....	140
5.1. Coordinación y apoyo en la intervención sobre adicciones.....	140
5.1.1. Ley 1/2016, de 7 de abril, de Atención Integral de Adicciones y Drogodependencias.....	140
5.1.2. VII Plan sobre Adicciones de Euskadi 2017-2021	140
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	141

5.2. Creación de conocimiento, formación y evaluación	144
5.2.1. Encuesta sobre Adicciones de Euskadi	144
5.2.2. Proyectos de investigación, estudios e informes y actividades de formación.....	145
5.2.3. Actualización del Observatorio y web de adicciones.....	146
5.3. Reducción de la oferta	146
5.3.1. Información sobre las denuncias en materia de tabaco	146
5.3.2. Actuaciones realizadas en materia de tabaco	148
5.3.3. Actuaciones en materia de alcohol:	148
5.4. Estrategia euskadi libre de humo de tabaco	149
5.4.1. Programa Kerik Gabeko Gazteak (prevención ámbito escolar)	150
5.4.2. Kerik Gabeko Guneak.....	151
5.4.3. Oferta de tratamiento a la dependencia del tabaquismo en Atención Primaria...151	
5.5. Menores y alcohol	152
5.5.1. Intervenciones en el ámbito educativo.....	152
5.5.2. Intervenciones en el ámbito festivo y de ocio.....	154
5.5.3. Campaña de sensibilización sobre los riesgos asociados al consumo de alcohol. 155	
5.6. Asistencia socio-sanitaria de las adicciones	156
5.6.1. Intervención asistencial.....	156
5.6.2. Reducción de daños: Intervenciones con personas en situación de exclusión social	157
5.7. Resumen del área de adicciones	157
6. Laboratorio	162
7. Plan de Salud 2030	166
8. Desarrollo normativo	170

1. Vigilancia epidemiológica

La vigilancia epidemiológica es el proceso continuo, sistemático y organizado de recolección, análisis, interpretación y difusión de datos sobre eventos relacionados con la salud, que permiten la identificación, evaluación y control de riesgos y daños a la salud. Es una herramienta fundamental para la salud pública, ya que permite contribuir a la aplicación de medidas de control individual y colectivo de los problemas que supongan un riesgo para la salud de incidencia local, autonómico estatal o internacional y difundir la información a sus niveles operativos competentes.

Son actividades propias de la vigilancia la recogida sistemática de la información epidemiológica, su análisis e interpretación y la difusión de sus resultados y recomendaciones. El sistema de vigilancia epidemiológica está integrado por la notificación de **enfermedades de declaración obligatoria**, la notificación de **situaciones epidémicas y brotes**, la **información microbiológica** y por la vigilancia centinela principalmente enfocado a la vigilancia de **infecciones respiratorias agudas**. Forman también parte esencial de la vigilancia epidemiológica el control de la susceptibilidad de la población a determinadas enfermedades infecciosas a través de los **programas de vacunación e inmunizaciones**, así como otras actividades relacionadas con la información y registros de determinados problemas de salud.

1.1. Vigilancia de enfermedades de declaración obligatoria

La vigilancia epidemiológica de las Enfermedades de Declaración Obligatoria (EDO) cubre a la totalidad de la población de Euskadi y tiene como objetivo la detección y monitorización de las enfermedades transmisibles de mayor impacto sobre la salud pública. En este sistema de notificación básico se incluyen los casos registrados tanto en atención primaria como en hospitales, públicos y privados. La vigilancia epidemiológica de las EDO incluye al listado de enfermedades recogidas en el [DECRETO 312/1996](#) y en su modificación por parte de la [ORDEN de 21 de enero de 2016](#).

Caben destacar las actividades iniciadas en 2022 en materia de **tuberculosis**. A este respecto, se ha iniciado el proceso para actualizar el [Programa de Tuberculosis de la Comunidad Autónoma de Euskadi](#), se ha actualizado el [informe anual](#) donde se recoge el análisis de situación de la enfermedad así como la [información de la web](#) y los materiales de difusión relacionados para fomentar la prevención y el control de la enfermedad en la comunidad.

En cuanto al **VIIH/SIDA e ITS** el Plan de Sida e Infecciones de Transmisión Sexual de Euskadi juega un papel fundamental en el diagnóstico precoz y el control de este tipo de infecciones. En sus [informes anuales](#) se pueden consultar los datos relativos a los nuevos casos, los tratamientos antirretrovirales, las profilaxis preexposición (PrEP), las consultas

en los centros de ITS, los test rápidos en farmacias, así como otras actividades de diagnóstico precoz y prevención de la enfermedad.

La **Encefalopatías Espongiformes Transmisibles Humanas** comprende, entre otras encefalopatías, la Enfermedad de Creutzfeldt-Jakob, incluida la nueva variante de la enfermedad. Son enfermedades que requieren para su confirmación una autopsia postmortem. Los casos notificados a lo largo del año se validan, se completa la información, se analiza el riesgo y se envía la información al Registro Estatal de EETH.

En su conjunto se han revisado y validado un total de 5.264 eventos asociados al sistema de vigilancia de EDO excluyendo infecciones respiratorias ocasionadas por gripe y COVID, que se gestionan mediante la vigilancia de infecciones respiratorias agudas, la varicela y el zóster, que se registran de manera numérica. Las unidades de epidemiología revisan y validan la información y la completan con los datos necesarios para establecer las actuaciones de prevención y control recogidas en los [Protocolos de vigilancia](#) del Departamento de Salud. En cuanto a los casos, se han implementado medidas como el aislamiento, la exclusión de los pacientes de sus colectivos habituales o la educación para la salud para evitar contagios. En cuanto a los contactos, se ha llevado a cabo numerosos estudios para su identificación y se han aplicado medidas como el diagnóstico precoz, la profilaxis post-exposición o la inmunización. En cuanto a la investigación de las fuentes de contagio, ha permitido identificar y abordar de manera efectiva los factores de riesgo y las vías de transmisión. Asimismo, se ha realizado un análisis periódico de la información recogida en el sistema y un envío periódico de la misma al Sistema de Vigilancia Epidemiológica gestionado por el Centro Nacional de Epidemiología y coordinado por el Ministerio de Sanidad.

Desde el año 2022 las notificaciones se captan de manera automática en base a los códigos de diagnóstico que se recogen en la historia clínica. A pesar de las mejoras, el sistema de vigilancia de EDO está en constante evolución para avanzar para su integración con otros sistemas de cara a permitir una exhaustividad mayor de la información. La exhaustividad puede ser limitada para algunas infecciones, como las de transmisión sexual, las digestivas o las ocasionadas por virus respiratorios, estando estas mejor recogidas en el Sistema de Información Microbiológica (SIM).

A continuación, se presenta la información sobre las EDO en Euskadi en los últimos 6 años. En los apartados de transmisión alimentaria se recogen solo aquellas que tienen una vigilancia individualizada mediante encuesta y el resto se recogen en el apartado del SIM. Con respecto a las ITS se aportan datos en el apartado del SIM ya que la vigilancia individualizada está en fase de implantación y no refleja de manera fiable la incidencia de estas, a diferencia del SIM que aporta datos confirmados de manera exhaustiva.

Tabla 1. Casos notificados al sistema de vigilancia de enfermedades de declaración obligatoria de Euskadi (EDO). Años 2017 a 2022

	2017	2018	2019	2020	2021	2022
Enfermedades de transmisión respiratoria						
Gripe	32034	34829	935	252	15	18119
Legionelosis	108	120	126	70	119	145
Tuberculosis	232	219	245	239	179	238
SARS-Cov-2	N/A	N/A	2	607768	686044	430951
Lepra	2	0	1	2	1	1
SARS	0	0	0	0	0	0
Enfermedades de transmisión alimentaria						
Botulismo	0	0	9	0	0	0
Cólera	0	0	0	0	0	0
Fiebre Tifoidea y Paratifoidea	3	6	10	4	2	3
E coli verotoxigénico	20	31	87	53	146	182
Listeriosis	33	32	23	25	28	27
Disentería	43	78	67	22	35	83
Triquinosis	1	1	4	0	0	0
Enfermedades prevenibles por inmunización						
Difteria	0	0	0	0	0	0
Enfermedad meningocócica invasiva	18	26	28	13	9	13
Enfermedad neumocócica invasiva	293	245	257	120	129	175
Enfermedad invasora por Haemophilus influenzae	19	30	37	15	12	24
Parotiditis	930	1206	705	1177	15	395
Poliomielitis	0	0	0	0	0	0
Rubéola	0	0	0	0	0	0
Rubéola congénita	0	0	0	0	0	0
Sarampión	0	6	9	0	0	0
Tétanos	0	0	0	1	0	1
Tosferina	1215	334	415	78	0	5
Varicela	5320	3098	719	2	4	777
Herpes zóster	N/A	N/A	8	26	72	11519
Viruela	0	0	0	0	0	0

	2017	2018	2019	2020	2021	2022
Hepatitis virales						
Hepatitis A	203	107	21	12	0	17
Hepatitis B	20	14	5	10	14	12
Hepatitis C (1)	12	9	8	20	32	51
Otras hepatitis	10	12	9	5	5	6
Enfermedades de transmisión vectorial						
Dengue (2)	7	6	25	9	1	41
Encefalitis Transmitida por Garrapatas	0	0	0	0	0	1
Fiebre Amarilla	0	0	0	0	0	0
Fiebre del Nilo Occidental	0	0	0	0	0	0
Fiebre Exantemática Mediterránea	0	0	2	0	2	1
Fiebres Hemorrágicas Víricas	0	0	0	0	0	0
Fiebre Recurrente Transmitida por Garrapatas	0	4	4	5	4	1
Leishmaniasis	2	3	4	1	2	2
Paludismo(2)	50	52	58	16	27	53
Enfermedad por virus Chikungunya(2)	7	1	1	0	0	1
Enfermedad por virus Zika(2)	3	1	4	0	0	1
Tifus exantemático	0	0	0	0	0	0
Enfermedades de transmisión zoonótica						
Brucelosis	0	1	2	0	0	2
Carbunco	0	0	0	0	0	0
Fiebre Q	83	39	62	9	142	62
Hidatidosis	1	2	1	1	3	7
Leptospirosis	17	18	10	12	3	8
Peste	0	0	0	0	0	0
Rabia	0	0	1	0	0	0
Tularemia	0	0	5	1	0	2
Otras enfermedades						
Encefalopatías Espongiformes Transmisibles Humanas	9	8	8	8	11	9
Enfermedad invasiva por Estreptococo del Grupo A	0	51	56	21	21	55

(1) Se registran hepatitis C agudas documentadas y aquellas otras que, aunque no agudas, son de nuevo diagnóstico.

(2) Casos importados

Debido a la pandemia de SARS-CoV-2, se ha observado un descenso en la incidencia de algunas EDO durante los años 2020 y 2021. Las medidas de prevención y control implementadas para hacer frente a la COVID-19, como el uso de mascarillas, el distanciamiento social, la ventilación o la higiene de manos, han podido reducir la propagación de otras enfermedades transmisibles. La disminución en la búsqueda de servicios sanitarios también puede haber influido en la notificación de ciertas patologías. Debido al temor al contagio de COVID-19, algunas personas han podido evitar acudir a los servicios de salud, lo que ha llevado a un menor diagnóstico y notificación de ciertas EDO. Esto puede haber generado un subregistro de casos y dificultado la detección temprana de enfermedades. En cuanto al importante incremento observado en la vigilancia del Herpes Zoster, se debe a su reciente inclusión como enfermedad de declaración numérica en el sistema de enfermedades de declaración obligatoria.

1.2. Vigilancia de infecciones respiratorias agudas

La vigilancia de la gripe se ha servido habitualmente de diversos sistemas y fuentes de información que ofrecían una visión amplia del comportamiento de la enfermedad y de las diferentes cepas gripales circulantes, tanto a nivel del estado como en Euskadi. El periodo de vigilancia abarcaba una temporada, que iba de la semana 40 de un año hasta la semana 20 del año siguiente.

Los años 2020 y 2021, se han caracterizado principalmente por la pandemia producida por el virus SARS-CoV-2 y por las medidas dirigidas a su vigilancia, prevención y control. El cambio en la situación de la pandemia producido durante finales del 2021 y comienzos del 2022 han hecho necesario adaptar el sistema a los cambios epidemiológicos reflejados.

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) se ha implementado un sistema de vigilancia centinela en el ámbito de la atención primaria y hospitalaria, basándose en la experiencia conseguida en el marco del Sistema de Vigilancia de Gripe. El objetivo de este sistema es vigilar gripe y COVID-19 conjuntamente y que esos sistemas permanezcan en el tiempo como sistemas de vigilancia de infección respiratoria aguda (IRA) leve y grave (IRAG), con los que se podría vigilar; además de los dos virus mencionados, cualquier otro virus respiratorio o posible agente etiológico emergente en el futuro. La vigilancia con el mecanismo actual recaba la información generada durante todo el año por las redes vigía o centinela.

El sistema de vigilancia de [infecciones respiratorias agudas](#) (SIVIRA) incluye distintos componentes que se han [desplegado](#) en Euskadi de manera progresiva:

- Vigilancia centinela de Infección Respiratoria Aguda (IRAs) en atención primaria
 - Componente sindrómico: recoge diagnósticos codificados en la historia clínica
 - Componente sistemático: recoge datos aleatorizados de centros centinelas

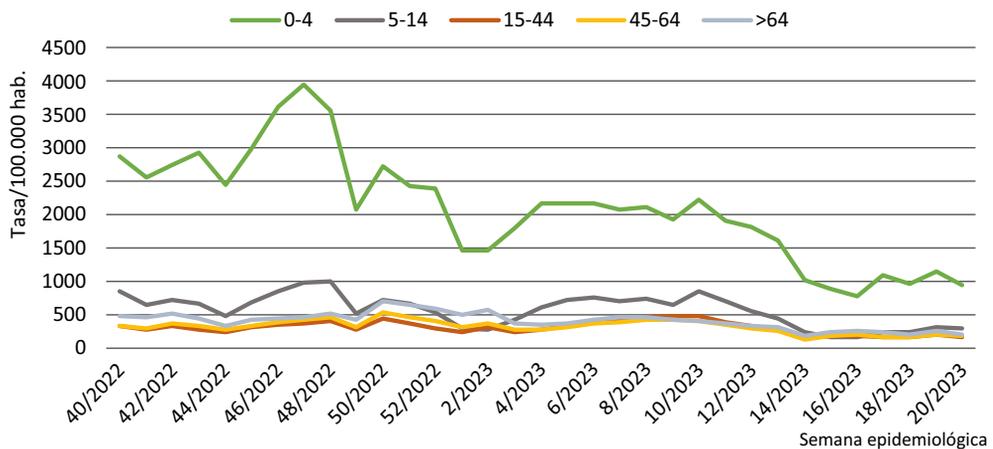
- Vigilancia centinela de Infección Respiratoria Aguda Grave (IRAG) en atención hospitalaria
 - Componente sindrómico: recoge diagnósticos codificados en la historia clínica
 - Componente sistemático: recoge datos aleatorizados del centro centinela
- Vigilancia virológica no centinela

Cabe destacar la importancia de la estrecha colaboración las personas responsables de los Sistemas de información de Osakidetza para poder establecer las extracciones y explotaciones de datos correspondientes a cada uno de los componentes. Asimismo, cabe destacar el papel fundamental que tienen los servicios de microbiología de la Red de Diagnóstico Biológico de Osakidetza, que resultan esenciales en la vigilancia virológica, así como la parte sistemática de las IRAs y las IRAG.

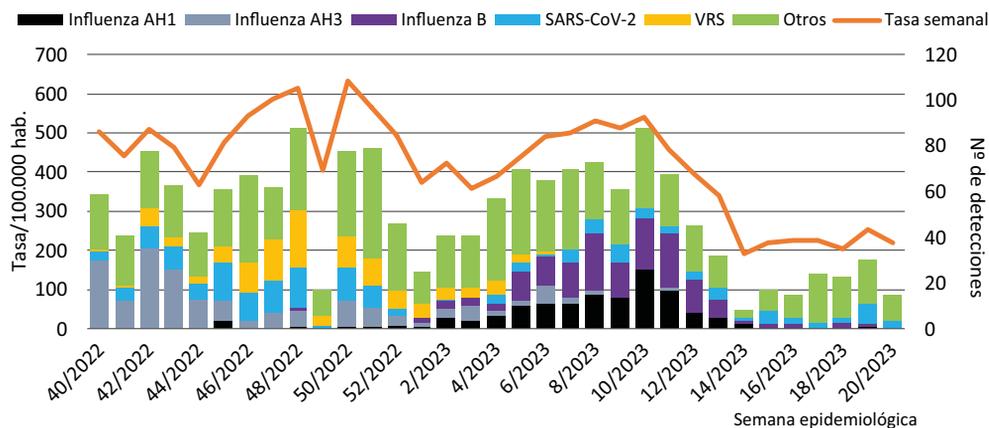
A pesar de las mejoras, el sistema de vigilancia de infecciones respiratorias agudas está en proceso de desarrollo para avanzar para su integración con otros sistemas de cara a permitir una oportunidad mayor de la información. Durante el año 2022 se ha elaborado el [Protocolo de vigilancia de la infección respiratoria aguda en atención primaria en Euskadi](#), se ha desarrollado los indicadores y la [Metodología en vigilancia de infecciones respiratorias agudas](#), y se han analizado los datos periódicamente publicando un informe semanal en temporada de virus respiratorios (de la semana 40 del año en curso a la semana 20 del año siguiente) y un informe mensual en el periodo entre temporadas. Durante la temporada 2022/2023 la vigilancia de IRAG solo se ha implementado para los ingresos hospitalarios por COVID-19, está pendiente la recopilación del resto de datos del sistemático de las IRAG.

Figura 1. Resultados del sistema de vigilancia de enfermedades infecciones respiratorias agudas de Euskadi (SIVIRA). Temporada 2022/2023.

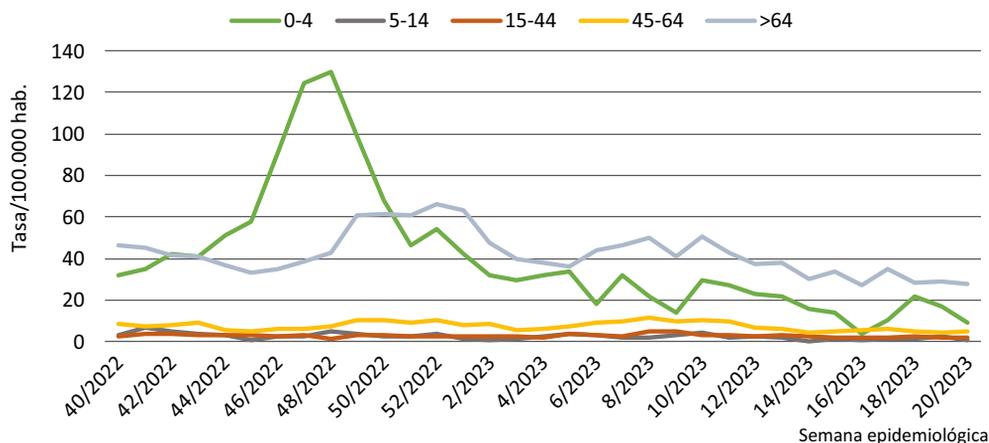
a. Componente sindrómico. Tasa de infecciones respiratorias agudas en atención primaria por grupo de edad y por semana epidemiológica. Temporada 2022/2023. Euskadi.



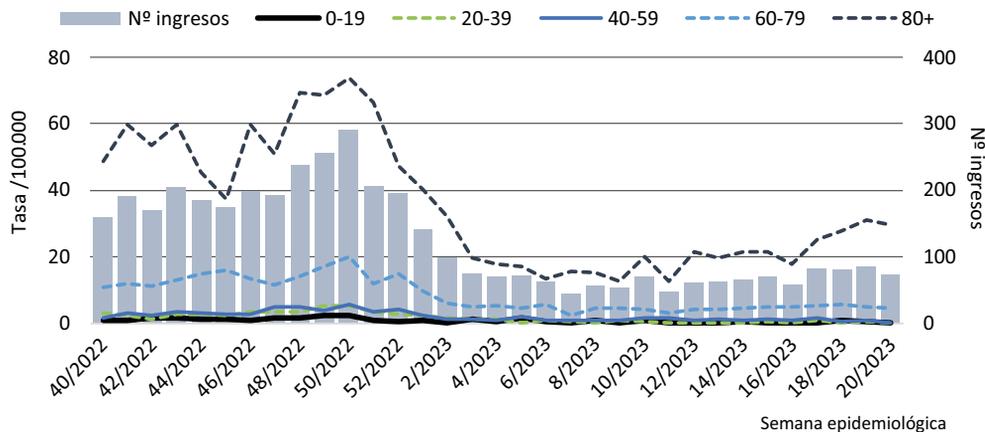
b. Componente sistemático. Tasa de infecciones respiratorias agudas en atención primaria y detecciones de virus respiratorios en la red centinela por semana epidemiológica. Temporada 2022/2023. Euskadi.



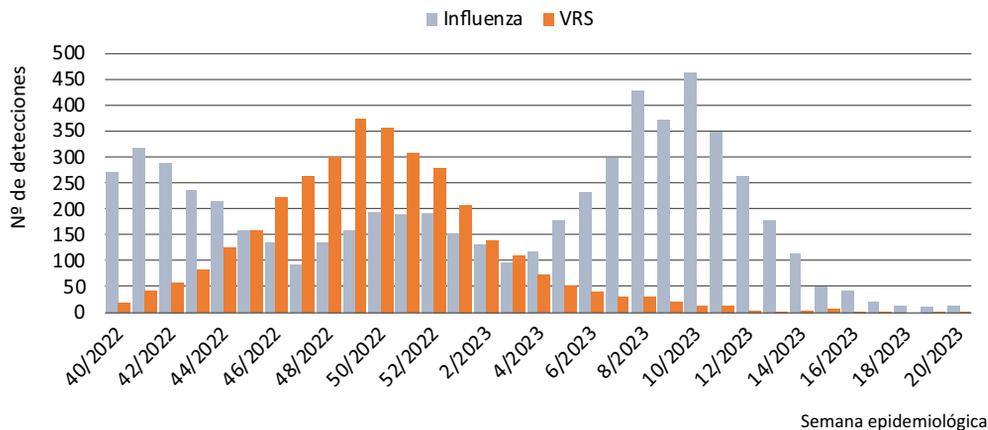
c. Componente sindrómico. Tasa de infecciones respiratorias agudas graves en atención hospitalaria por grupo de edad y por semana epidemiológica. Temporada 2022/2023. Euskadi.



d. Componente sistemático. Tasas y número de ingresos con PDIA positiva para SARS-CoV-2, por semana epidemiológica y edad. Temporada 2022/2023. Euskadi.



e. Vigilancia virológica no centinela. Número de detecciones semanales de gripe y virus respiratorio sincitial por semana epidemiológica. SIM. Temporada 2022/2023. Euskadi.



El desarrollo del sistema de vigilancia centinela de infección respiratoria aguda se ha basado, como se ha comentado anteriormente, en la experiencia conseguida en el marco del sistema de vigilancia centinela de gripe. En Euskadi se ha realizado una apuesta decidida por la informatización del sistema, captando la información necesaria que se genera por los procesos clínicos asistenciales habituales, lo cual va a permitir conseguir un sistema simple, flexible, aceptable, oportuno y estable para vigilar la situación de las infecciones respiratorias. Los primeros resultados de este sistema se pueden observar en la temporada 2022/2023.

1.3. Vigilancia microbiológica

El Sistema de Información Microbiológica de la Comunidad Autónoma Vasca (SIMCAV) recoge datos sobre la patología infecciosa confirmada por todos los laboratorios de microbiología de la Red de Diagnostico Biológico de Osakidetza, que remiten la información de manera voluntaria.

Los objetivos del SIMCAV son la detección de la circulación de los diferentes agentes etiológicos, sus características y sus patrones de presentación, caracterización de brotes epidémicos, identificación de nuevos agentes y patologías emergentes e incorporación de nuevos elementos de vigilancia, tales como resistencias bacterianas.

Este sistema de vigilancia funciona de manera estable desde el año 1993. Es un sistema de notificación básico que incluyen las infecciones registradas tanto en atención primaria como en hospitales. La normativa relativa a la vigilancia microbiológica se recoge en el [DECRETO 312/1996](#) y se desarrolla en la [ORDEN de 27 de febrero de 2009](#). De este modo, la información generada por este sistema es fundamental dado que permite corregir la infranotificación observada en la declaración de algunas EDO que requieren confirmación microbiológica, complementa al sistema de vigilancia de infecciones

respiratorias agudas aportando información relevante sobre los virus circulantes y permite caracterizar la presentación de diversos patógenos de interés para la salud pública. En el funcionamiento del SIMCAV juega un papel central los servicios de microbiología de la Red de Diagnóstico Biológico de Osakidetza.

Las actividades realizadas con este sistema incluyen la recepción, revisión y registro de los datos en los sistemas de información del Departamento de Salud, la confirmación de los agentes etiológicos de brotes y enfermedades de declaración obligatoria y la implementación de las recomendaciones recogidas en los protocolos de prevención y control correspondientes.

A continuación, se presenta la información del SIMCAV en Euskadi de los últimos 6 años.

Tabla 2. Casos notificados al sistema de información microbiológica de Euskadi (SIMCAV). Años 2017 a 2022

	2017	2018	2019	2020	2021	2022
Enfermedades de transmisión sexual						
Chlamydia trachomatis	1303	1205	1308	1251	1701	2217
Chlamydia trachomatis L1, L2, L3	11	16	26	15	25	43
Herpes simple no tipado	1	0	0	0	0	0
Herpes simple tipo 1	5	4	0	2	4	99
Herpes simple tipo 2	299	305	252	135	180	252
Neisseria gonorrhoeae	455	555	741	606	996	1416
Treponema pallidum	207	241	281	252	199	284
Enfermedades Inmunoprevenibles						
Bordetella pertussis	1069	280	351	66	1	1
Clostridium Tetani	0	0	0	1	1	0
Corynebacterium diphtheriae	0	0	0	9	0	0
Haemophilus influenzae	13	13	14	12	10	25
Haemophilus influenzae B	1	2	2	0	1	0
Haemophilus influenzae F	0	0	0	0	1	0
Haemophilus influenzae no tipable	14	19	21	2	0	0
Parotiditis (Paramyxovirus)	389	774	609	1296	2	17
Sarampión (Morbillivirus)	0	8	10	0	0	0
Varicela-zoster	62	68	133	86	102	146
Enfermedades vectoriales						
Dengue Dengue 1	0	0	5	0	0	0

	2017	2018	2019	2020	2021	2022
Dengue Dengue 2	0	0	1	0	0	0
Dengue Dengue 3	0	0	2	0	0	0
Dengue Dengue 4	0	1	0	0	0	0
Dengue Dengue sp	3	5	19	7	2	29
Leishmania sp	3	4	2	3	1	1
Plasmodium falciparum	41	49	50	12	23	39
Plasmodium malariae	1	0	2	2	3	0
Plasmodium ovale	1	3	2	0	0	2
Plasmodium sp	3	3	8	4	4	5
Plasmodium vivax	1	4	4	1	0	0
Virus de la encefalitis transmitida por garrapatas	0	0	0	0	0	1
Virus del Chikungunya (CHIKV)	0	1	1	0	0	0
Virus Zika	0	0	1	0	0	0
Fiebre tifoidea y paratifoidea						
Salmonella paratyphi	0	0	1	0	0	0
Salmonella paratyphi A	0	2	0	0	0	0
Salmonella paratyphi B	0	0	3	1	1	3
Salmonella paratyphi B var java	0	0	4	0	0	0
Salmonella typhi	1	3	5	2	1	3
Hepatitis víricas						
Hepatitis A	184	98	20	13	0	11
Hepatitis B	18	17	7	8	13	13
Hepatitis C	1	1	2	28	30	29
Hepatitis D	0	1	3	4	2	1
Hepatitis E	6	11	2	5	4	4
Infecciones gastrointestinales						
Aeromonas sp	0	0	0	1	0	0
Campylobacter otra especie	5	1	8	8	9	10
Campylobacter coli	178	306	239	229	291	274
Campylobacter fetus	5	10	6	7	4	9
Campylobacter jejuni	1858	2257	1818	1772	2083	2198

Salud Pública y Adicciones. Informe 2022

	2017	2018	2019	2020	2021	2022
Campylobacter lari	0	1	0	1	0	3
Campylobacter sp	222	49	16	99	156	179
Campylobacter upsaliensis	0	0	1	1	0	0
Clostridium difficile enterotoxigénico	83	235	290	417	524	508
Cryptosporidium sp	197	710	263	77	91	291
Entamoeba histolytica	5	12	5	4	7	8
Escherichia coli O103	0	0	1	0	0	1
Escherichia coli O111	0	0	2	0	0	0
Escherichia coli O157	19	30	17	11	28	34
Escherichia coli O26	0	0	1	0	0	0
Escherichia coli verotoxigénica	1	0	66	84	119	162
Giardia Lamblia	494	729	759	400	453	469
Listeria monocytogenes	31	29	17	21	30	27
Norovirus	1012	935	1231	343	1284	1589
Rotavirus	1039	815	930	127	501	986
Salmonella agama	1	0	0	0	0	0
Salmonella agbeny	0	1	0	3	0	0
Salmonella agona	1	2	1	1	0	2
Salmonella altona	0	0	0	0	0	1
Salmonella anatum	0	1	0	0	0	0
Salmonella arizonae	3	1	2	1	2	3
Salmonella bareilly	1	0	1	0	0	1
Salmonella blockley	0	0	0	1	0	0
Salmonella bovis-morbificans	1	3	1	2	7	6
Salmonella braenderup	1	1	1	0	1	2
Salmonella brandenburg	1	1	3	0	3	2
Salmonella bredeney	3	1	3	1	0	1
Salmonella chester	0	0	1	1	1	4
Salmonella cholera-suis	1	0	1	0	0	0
Salmonella coeln	4	3	2	0	3	8
Salmonella corvalli	0	1	1	0	1	1
Salmonella derby	0	4	1	2	3	2

	2017	2018	2019	2020	2021	2022
Salmonella diarizonae	2	0	1	0	2	1
Salmonella enterica	31	8	29	20	27	39
Salmonella enteritidis	107	84	116	114	201	160
Salmonella enugu	0	0	0	0	0	1
Salmonella give	0	1	0	0	0	1
Salmonella gold-coast	1	0	0	0	2	1
Salmonella grupo B	1	2	0	0	1	0
Salmonella grupo C	24	38	7	1	0	0
Salmonella grupo C1	2	2	9	5	4	13
Salmonella grupo C2	0	6	3	2	2	17
Salmonella grupo D	0	1	0	0	0	0
Salmonella hadar	2	2	1	1	1	4
Salmonella havana	0	0	1	0	0	0
Salmonella infantis	5	13	3	2	11	11
Salmonella kedougou	0	0	0	0	0	1
Salmonella kentucky	0	0	1	1	1	0
Salmonella kottbus	0	0	0	0	0	1
Salmonella litchfield	1	0	3	0	2	0
Salmonella livingstone	0	0	1	0	0	1
Salmonella london	0	0	1	0	3	2
Salmonella mbandaka	2	0	0	0	0	3
Salmonella meleagridis	0	0	0	0	0	1
Salmonella mikawasima	1	1	0	4	1	2
Salmonella minnesota	0	0	0	0	1	0
Salmonella montevideo	0	0	2	0	0	1
Salmonella muenchen	1	0	1	2	0	1
Salmonella muenster	0	1	0	0	0	1
Salmonella napoli	0	1	0	0	0	0
Salmonella newport	1	5	4	4	10	5
Salmonella ohio	0	0	0	2	1	2
Salmonella oranienburg	0	0	0	1	0	0
Salmonella otra especie	0	0	0	2	2	4

Salud Pública y Adicciones. Informe 2022

	2017	2018	2019	2020	2021	2022
<i>Salmonella panama</i>	1	0	0	0	0	0
<i>Salmonella pomona</i>	0	0	0	1	0	1
<i>Salmonella poona</i>	0	2	0	0	3	3
<i>Salmonella rissen</i>	0	0	1	1	1	3
<i>Salmonella saboya</i>	0	0	1	1	0	0
<i>Salmonella salamae</i>	0	0	0	0	1	0
<i>Salmonella salmonella sp</i>	84	86	67	40	62	59
<i>Salmonella san-diego</i>	0	1	0	0	0	0
<i>Salmonella senftenberg</i>	0	0	1	1	0	0
<i>Salmonella singapore</i>	0	0	1	0	1	0
<i>Salmonella stanley</i>	0	0	1	0	0	1
<i>Salmonella telelkebir</i>	1	0	0	0	0	0
<i>Salmonella thompson</i>	1	1	0	0	1	1
<i>Salmonella typhimurium</i>	472	391	179	158	145	214
<i>Salmonella veneziana</i>	0	3	1	0	1	0
<i>Salmonella virchow</i>	0	5	5	0	2	8
<i>Shigella boydii</i>	1	2	0	0	1	2
<i>Shigella dysenteriae</i>	0	0	1	0	0	2
<i>Shigella flexneri</i>	20	24	31	14	14	48
<i>Shigella sp</i>	0	2	1	1	3	1
<i>Shigella sonnei</i>	25	50	33	7	14	26
<i>Taenia saginata</i>	6	8	2	3	2	3
<i>Taenia sp</i>	8	2	3	3	2	0
<i>Trichinella spiralis</i>	1	1	9	0	1	0
<i>Vibrio alginolyticus</i>	1	0	0	2	0	5
<i>Vibrio cholerae no 01</i>	0	0	2	1	0	0
<i>Vibrio fluvialis</i>	1	0	0	0	1	1
<i>Vibrio parahaemolyticus</i>	2	1	2	3	1	1
<i>Vibrio sp</i>	0	0	0	1	3	2
<i>Yersinia enterocolitica</i>	87	102	74	70	126	129
<i>Yersinia enterocolitica O3</i>	0	0	1	0	0	0
<i>Yersinia frederiksenii</i>	0	1	1	0	0	0

	2017	2018	2019	2020	2021	2022
Yersinia pseudotuberculosis	0	0	3	0	1	0
Yersinia sp	0	0	0	0	0	1
Infecciones respiratorias						
Chlamydomphila pneumoniae	72	84	44	12	13	3
Legionella pneumophila	84	103	97	54	79	85
Legionella pneumophila sg 1	0	0	14	3	17	26
Legionella sp	0	0	8	2	14	15
Mycoplasma pneumoniae	30	101	79	62	31	4
Virus respiratorio sincitial A	179	36	15	2	50	58
Virus respiratorio sincitial B	148	30	7	4	134	113
Virus respiratorio sincitial no tipado	1200	1317	1775	853	1939	2782
Infecciones del SNC						
Enterovirus Coxsackie A4	2	0	0	0	0	0
Enterovirus Coxsackie A6	1	0	0	0	0	0
Enterovirus Coxsackie A9	0	1	0	0	0	0
Enterovirus Coxsackie B no tipado	0	1	0	0	0	0
Enterovirus Coxsackie B3	0	1	0	0	0	0
Enterovirus Coxsackie B4	0	1	0	0	0	0
Enterovirus Echo 11	0	0	3	0	0	0
Enterovirus Echo 13	0	0	2	0	0	0
Enterovirus Echo 16	0	0	2	0	0	0
Enterovirus Echo 18	0	1	0	0	0	0
Enterovirus Echo 25	1	2	0	0	0	0
Enterovirus Echo 30	1	0	0	0	0	0
Enterovirus Echo 6	0	1	0	0	0	0
Enterovirus Echo 9	0	1	0	0	0	0
Enterovirus Echo no tipado	2	0	0	0	0	0
Enterovirus enterovirus	0	6	30	4	0	12
Enterovirus enterovirus 71	0	1	0	0	0	0
Enterovirus no tipado	86	60	51	5	12	50
Enterovirus sp	4	1	0	0	0	4
Neisseria meningitidis A	0	0	0	0	0	1

Salud Pública y Adicciones. Informe 2022

	2017	2018	2019	2020	2021	2022
Neisseria meningitidis B	9	7	14	4	3	1
Neisseria meningitidis C	3	3	0	1	0	0
Neisseria meningitidis no tipable	0	6	6	0	0	0
Neisseria meningitidis no tipada	5	2	2	7	5	7
Neisseria meningitidis W135	0	3	1	1	0	0
Neisseria meningitidis Y	1	0	2	1	0	1
Streptococcus agalactiae	64	63	59	77	70	69
Streptococcus pneumoniae	310	269	255	129	118	199
Streptococcus pneumoniae 1	1	0	0	0	0	0
Micobacterias						
Mycobacterium abscesus	2	4	1	1	3	3
Mycobacterium africanum	0	1	0	1	0	1
Mycobacterium avium	9	1	3	6	4	11
Mycobacterium avium complex	8	9	7	2	0	1
Mycobacterium bovis	3	4	6	5	3	2
Mycobacterium chelonae	3	2	5	2	3	2
Mycobacterium chimaera	7	16	19	14	20	17
Mycobacterium elephantis	0	0	1	0	0	0
Mycobacterium fortuitum	2	2	6	4	2	4
Mycobacterium gordonae	5	4	12	15	3	6
Mycobacterium intracellulare	10	1	9	5	1	4
Mycobacterium kansasii	4	0	6	3	2	0
Mycobacterium kumamotoense	0	0	0	1	0	1
Mycobacterium lentiflavum	2	9	25	2	6	11
Mycobacterium leprae	1	0	1	1	2	1
Mycobacterium malmoense	1	1	1	2	1	0
Mycobacterium margaritense	0	1	2	1	1	0
Mycobacterium marinum	1	1	1	0	0	0
Mycobacterium mycobacterium sp	0	2	0	1	0	1
Mycobacterium no tuberculosis	0	0	5	3	0	0
Mycobacterium otra especie	3	4	3	0	0	0
Mycobacterium otras micobacterias	0	1	4	2	5	2

	2017	2018	2019	2020	2021	2022
<i>Mycobacterium scrofulaceum</i>	0	0	1	0	0	0
<i>Mycobacterium simiae</i>	1	1	1	0	1	0
<i>Mycobacterium terrae</i>	0	0	0	0	2	0
<i>Mycobacterium tuberculosis</i>	43	65	70	69	67	109
<i>Mycobacterium tuberculosis complex</i>	113	111	105	81	51	47
<i>Mycobacterium xenopi</i>	0	2	1	0	4	1
Otros						
Adenovirus 40/41	0	0	83	32	97	192
Adenovirus no tipado	191	182	231	186	307	1021
Adenovirus otra especie	1	1	0	0	0	0
<i>Staphylococcus aureus</i> meticilin resistente (SRAM)	1429	1078	912	886	0	0
<i>Streptococcus pyogenes</i>	43	48	51	21	13	49
Zoonosis						
<i>Bartonella henselae</i>	1	14	29	37	24	5
<i>Bartonella sp</i>	1	0	2	3	0	2
<i>Borrelia burgdorferi</i>	11	18	22	25	41	9
<i>Brucella abortus</i>	0	0	0	1	0	0
<i>Brucella melitensis</i>	0	0	0	0	0	1
<i>Brucella sp</i>	0	2	0	0	0	1
<i>Chlamydia sp</i>	0	1	0	0	0	0
<i>Coxiella burnetti</i>	111	84	81	53	158	86
<i>Echinococcus granulosus</i>	2	3	6	1	2	0
<i>Fasciola hepática</i>	2	3	0	0	3	0
<i>Francisella tularensis</i>	0	0	3	0	0	0
<i>Leptospira interrogans</i>	0	2	1	5	0	0
<i>Leptospira sp</i>	11	13	7	15	4	8
Rabia (Rabdovirus)	0	0	1	0	0	0
<i>Rickettsia conorii</i>	0	6	7	4	5	0
<i>Toxoplasma gondii</i>	0	0	1	3	26	0

El flujo de información del SIM aún no está automatizado y requiere de la coordinación proactiva entre los distintos servicios de microbiología de la Red de Diagnóstico Biológico

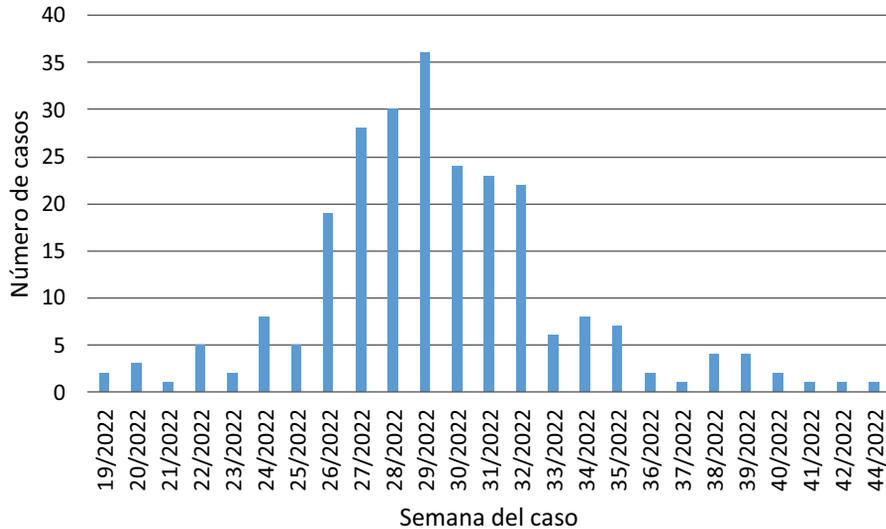
de Osakidetza y de las unidades de vigilancia epidemiológica del Departamento de Salud. A pesar de ello, el SIM proporciona una información muy valiosa sobre una amplia variedad de microorganismos que pueden suponer un riesgo infeccioso para la población más allá de las Enfermedades de Declaración Obligatoria. Asimismo, su contribución ha resultado fundamental para implementar acciones de prevención y control, confirmar los agentes etiológicos de distintos brotes, así como para ampliar la información disponible en otros sistemas de información y de vigilancia epidemiológica.

1.4. Vigilancia de brotes epidémicos y alertas sanitarias

1.4.1. Mpox

El **mpox** es una enfermedad zoonótica viral, poco frecuente, endémica en algunos países de África occidental y central. Todos los casos de mpox identificados fuera de áreas endémicas hasta mayo de 2022 eran importados o vinculados a un caso importado o a animales importados de áreas endémicas. El principal mecanismo de transmisión descrito de mpox en humanos ocurría a través de contacto con mamíferos vivos o muertos, principalmente roedores o primates de zonas endémicas.

En mayo de 2022, la Agencia de Seguridad Sanitaria del Reino Unido (UKHSA) informó sobre la identificación de varios casos de mpox sin antecedente de viajes reciente a áreas endémicas o contacto con casos notificados previamente. Esta ha sido la primera vez que se han identificado cadenas de transmisión de mpox sin vínculos con países endémicos. El 10 de junio se publicó la primera [evaluación rápida del riesgo](#) para España con sucesivas actualizaciones según evolucionaba la situación internacional. La Organización Mundial de la Salud consideró el [brote internacional de mpox](#) como un evento de salud pública de interés internacional entre el 23 de julio del 2022 y el 11 de mayo del 2023. Entre las actividades desarrolladas en Euskadi, se incorporaron las pruebas diagnósticas que permitían confirmar el diagnóstico de enfermedad a través de los servicios de microbiología de la Red de Diagnóstico Biológico de Osakidetza, se elaboraron [protocolos de vigilancia de mpox](#), con sucesivas actualizaciones que incluía actuaciones de detección precoz, manejo de casos y estudio de contactos, se elaboraron las recomendaciones para la [vacunación selectiva](#) de los grupos expuestos a mayor riesgo siguiendo lo dispuesto por la Ponencia de Vacunas a través de las consultas de infecciones de transmisión sexual de Osakidetza y se elaboraron materiales para la [comunicación](#) y la difusión de contenidos de cara a la concienciación de la ciudadanía y de los grupos expuestos a mayor riesgo.

Figura 2. Curva epidémica de casos confirmados de mpox en Euskadi. Sistema EDO, año 2022

Desde la semana 44/2022 no se han detectado nuevos casos. El descenso puede ser debido a una combinación de factores que incluye la sensibilización de la población a riesgo, la adopción de medidas de detección precoz y prevención de la infección, la inmunización adquirida mediante la vacunación y la inmunización adquirida mediante la infección.

1.4.2. Enfermedad invasiva por estreptococo β hemolítico del grupo A (SGAi)

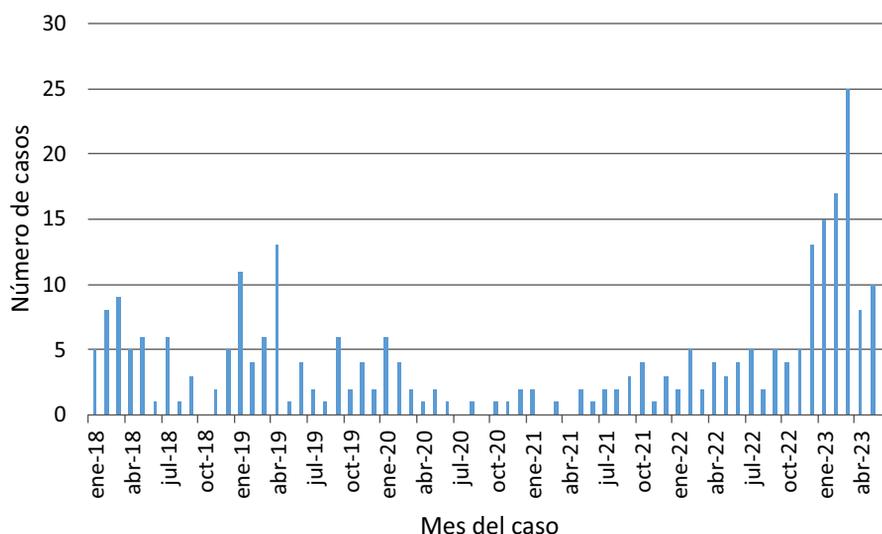
El estreptococo β hemolítico del grupo A (SGA) o *Streptococcus pyogenes* es una bacteria gram positiva cuya infección puede producir enfermedad localizada (faringitis, impétigo, etc.). Sus formas invasivas pueden presentar bacteriemia sin foco identificado, neumonía, peritonitis, sepsis, etc. La transmisión se realiza a través de gotas con secreciones respiratorias o por contacto directo y rara vez se produce por contacto indirecto a través de objetos contaminados. La infección es transmisible hasta 24 horas después de haberse iniciado el tratamiento antibiótico. Aunque la SG Ai puede afectar a individuos de cualquier edad y aparentemente sanos

El 2 de diciembre de 2022 se publicó una alerta en Reino Unido sobre un inusual aumento de las infecciones por *S. pyogenes*, pasando de 186 casos en la semana 46 en años precedentes a 851 casos en ese mismo año, con un predominio de las habituales infecciones ORL tipo escarlatina. Paralelamente se observó un aumento de las infecciones invasivas por el estreptococo del grupo A en menores de 10 años, que superó la incidencia de 2,3 casos por 100.000 habitantes de 1 a 4 años, comparada con la media de 0,5 casos en los años prepandemia (2017 a 2019). El 6 de diciembre de 2022, la Sociedad Española de Infectología Pediátrica emitió una alerta en la que se establecen unas recomendaciones ante la posibilidad de casos graves de infección por *S. pyogenes* y una solicitud de vigilar la situación.

Desde el año 2008 los aislamientos de SGA en muestra estéril se declaran al Sistema de Información Microbiológica, y desde enero de 2016 la SGAi es una enfermedad de declaración obligatoria en Euskadi que cuenta con su propio [protocolo de vigilancia](#). En Euskadi, se observa un ascenso que comienza en diciembre del 2022, alcanza su pico en marzo del 2023 y posteriormente desciende hasta alcanzar valores similares a los registrados en el periodo previo a la pandemia.

Entre las actividades llevadas a cabo se ha realizado un seguimiento estrecho de la situación, se han mantenido los sistemas de vigilancia habituales y se ha facilitado información a los servicios asistenciales para poner en su conocimiento el cambio en el patrón de la enfermedad.

Figura 3. Curva epidémica de casos confirmados de SGAi en Euskadi. Sistema EDO, años 2018-2023



En Euskadi se ha observado un incremento en la incidencia de la enfermedad que responde a los patrones observados en otros países de nuestro entorno como Inglaterra. La vigilancia epidemiológica de la SGAi ha permitido realizar un seguimiento estrecho de la infección e implementar las recomendaciones recogidas en el protocolo de vigilancia.

1.4.3. Escabiosis

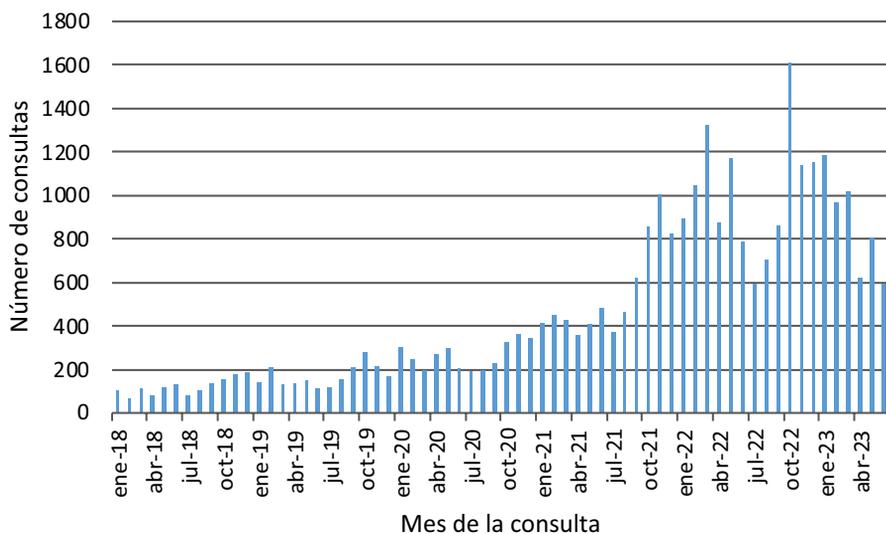
La **escabiosis o sarna** es una infección parasitaria de la piel distribuida a nivel global. Afecta a personas de distintas edades y niveles socioeconómicos. Está causada por el ácaro *Sarcoptes scabiei* var. *Hominis*. El único reservorio es el ser humano. Las personas afectadas refieren prurito intenso, más por la noche, ya que el ácaro presenta mayor actividad con el calor. Las lesiones primarias son los surcos, lesiones patognomónicas de infestación. La transmisión ocurre de persona a persona por contacto prolongado piel con

piel (entre 15 y 20 minutos). La transmisión por contacto con sábanas o ropa parasitada se considera posible ya que el ácaro puede sobrevivir hasta 4 días fuera del huésped.

No es una enfermedad de declaración obligatoria pero la detección de brotes epidémicos requiere de actuaciones de prevención y control. En los últimos años se está observando un aumento continuado en la frecuencia de la enfermedad de escabiosis entre la población general y en forma de brotes o agregación de casos en instituciones cerradas o semicerradas. Este aumento comenzó antes de la pandemia, pero durante la misma se hizo más marcado, manteniéndose a finales de 2022 y principios del 2023 en incidencias aún más elevadas de lo que eran en el periodo previo.

Entre las actividades desarrolladas en esta materia se incluye la revisión y actualización del [Protocolo de vigilancia de escabiosis](#), la participación en la elaboración de [materiales divulgativos](#) e [información a la ciudadanía](#), la identificación de brotes epidémicos y la implementación de recomendaciones para la prevención y control de la enfermedad, así como la coordinación entre distintos agentes para facilitar la adopción de las medidas, entre los que se incluye los servicios de atención primaria. Asimismo, desde salud pública se ha impulsado la *RESOLUCIÓN de 2 de mayo de 2023, de la Directora de Salud Pública y Adicciones por la que se establecen las pautas de actuación para el control de las cadenas de transmisión y la protección de la salud de residentes y trabajadores frente a posibles brotes de escabiosis en instituciones cerradas en Euskadi*, que ha contribuido notablemente a facilitar la adopción de medidas de prevención y control en instituciones cerradas.

Figura 4. Curva epidémica de las consultas de sarna en Euskadi. OAS, años 2018-2023



En Euskadi se ha observado un aumento de la demanda sanitaria relacionada con la sarna. Este aumento es compatible con lo observado en otros países de nuestro entorno. La puesta en marcha de diversas medidas ha podido contribuir a ralentizar la propagación de la enfermedad. Las fuentes de información no tradicionales, como los datos de historia

clínica, pueden aportar un valor importante a la vigilancia epidemiológica y se debe continuar explorando esa vía.

1.4.4. Brotes epidémicos

La gestión de **brotes epidémicos** requiere llevar a cabo una investigación epidemiológica para averiguar si existe un vínculo epidemiológico entre una serie de casos detectados de una misma patología, que generalmente se traduce en un estudio descriptivo de series de casos o de casos y controles, y la redacción de un informe preliminar. Una vez verificada la existencia de un posible vínculo epidemiológico en tiempo, lugar y persona, se coordina la recogida de muestras microbiológicas de las personas afectadas con su posterior envío a los laboratorios de microbiología de la Red de Diagnóstico Biológico de Osakidetza. Según el agente causal sospechoso, las actuaciones se coordinan entre los distintos laboratorios de microbiología, las unidades de vigilancia epidemiológica y el área de seguridad alimentaria, de sanidad ambiental o de medicina preventiva. Tras analizar toda la información recogida, se emite un informe final de brote con las hipótesis que podrían explicar el fenómeno observado.

Durante el año 2022 se notificaron en Euskadi un total de 34 brotes epidémicos de diversas etiologías, siendo 19 alimentarios y 13 no alimentarios.

Tabla 3. Brotes epidémicos declarados en Euskadi. Años 2019 a 2022.

		2019	2020	2021	2022
Araba	Alimentario	4	0	1	4
	No alimentario	1	0	1	0
	Total	5	0	2	4
Bizkaia	Alimentario	15	8	9	12
	No alimentario	12	1	4	5
	Total	27	9	13	17
Gipuzkoa	Alimentario	14	3	9	7
	No alimentario	0	0	8	6
	Total	14	3	17	13
Total Euskadi	Alimentario	33	11	19	23
	No alimentario	13	1	13	11
	Total	46	12	32	34

Durante el año 2022 el número de brotes vuelve a aumentar tras el descenso observado durante el año 2020, no obstante, aún sigue en valores inferiores a los observados en la etapa prepandemia.

1.5. Registro de cáncer

El Registro de Cáncer de Euskadi es un registro de base poblacional creado en 1986 con una cobertura próxima al 100 %, es decir, recoge y elabora información de todos los casos de cáncer malignos diagnosticados en personas residentes de la Comunidad Autónoma de Euskadi (CAE). La información del registro está regulada en el [Decreto 66/2011](#).

Los registros de cáncer son parte esencial de cualquier programa de control de cáncer. Su principal objetivo es proporcionar tasas de incidencia, tendencias temporales y supervivencia por tipo de tumor, sexo, grupos de edad y áreas de salud. Por tanto, una de las aportaciones básicas del Registro de Cáncer es la de poder realizar estudios epidemiológicos para orientar con mayor eficacia la prevención de los riesgos para la salud, así como para realizar una mejor planificación y evaluación sanitarias.

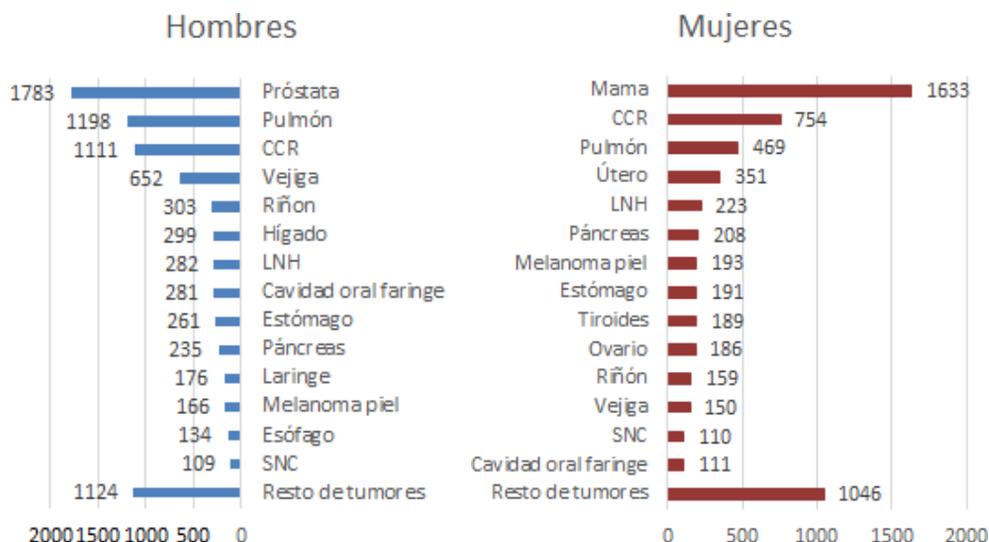
Las actividades realizadas en materia del Registro de Cáncer de Euskadi se realizan de manera coordinada entre los Servicios Centrales del Departamento de Salud y cada Unidad de Epidemiología Territorial. Siendo los Registros hospitalarios de Osakidetza y otros sistemas de información de los hospitales públicos, concertados y privados las principales fuentes de información.

En el año 2022, se ha terminado la validación y registro de los casos de cáncer correspondientes al año 2017. Para garantizar la validez y exhaustividad del registro se han llevado diferentes controles de calidad mediante herramientas e indicadores habituales propuestos por la *International Agency of Research on Cancer* (IARC).

Con los datos finales se han realizado los informes periódicos de la incidencia actualizada del cáncer en Euskadi. Además, se han enviado los datos a la Red Española de Registros de Cáncer (REDECAN) con la finalidad de calcular las nuevas estimaciones de la incidencia de cáncer en España.

A continuación, se presentan los resultados más destacados sobre la incidencia de cáncer en Euskadi en el año 2017, último año con datos consolidados, y la evolución de la incidencia en el periodo 2003-2017.

Figura 5. Número de casos de cáncer en las localizaciones más frecuentes, por sexo. Registro de Cáncer de Euskadi, 2017



Localización según CIE-10 Cavidad oral /faringe: C01-06; C09-C14; Esófago: C15; Estómago: C16; Colon-recto: C18-C20; Hígado: C22; Páncreas: C25; Laringe: C32; Pulmón: C33-C34; Melanoma de piel: C43; Mama: C50; Útero: C54; Ovario: C56; Próstata: C61; Riñón: C64; Vejiga: C67; SNC: C71; Tiroides: C73; Linfoma no Hodgkin (LNH): M9650-9655,9659,9661-9667

En 2017, en el Registro Poblacional de Cáncer de Euskadi se registraron 14.087 tumores malignos en personas residentes en la CAE, 8.114 (58 %) en hombres y 5.973 (42 %) en mujeres. Estas cifras equivalen a una tasa cruda de incidencia de 769,99 y 536,79 cánceres por 100.000 hombres y mujeres respectivamente. La Figura anterior representa la frecuencia absoluta de cáncer en las localizaciones más frecuentes por sexo y en las tablas siguientes se muestran los datos de incidencia de todos los tumores malignos por sexo y localización.

Tabla 4. Tasas crudas y estandarizadas de incidencia de cáncer en hombres. Registro de Cáncer de Euskadi, 2017 (Actualización a 22 febrero 2023)

Localización	Incidencia CAE 2017			Evolución Incidencia CAE 2001-2017		
	Casos	TB	TEE13	Periodo	PCA	(IC95 %)
Cavidad oral y faringe	281	26.6	25.9	2001 - 2017	↓ -2,6	(-3,0 - -2,1)
Esófago	134	12.7	12.5	2001 - 2017	↓ -2,4	(-3,2 - -1,5)
Estómago	261	24.7	24.5	2001 - 2015	↓ -1,6	(-2,5 - -0,7)
				2015 - 2017	-12,5	(-29 - 7,6)
Colon, recto y canal anal	1.111	105.2	105.0	2001 - 2013	↑ 2,3	(1,7 - 2,8)
				2013 - 2017	↓ -9,4	(-12 - -6,8)

Localización	Incidencia CAE 2017			Evolución Incidencia CAE 2001-2017		
	Casos	TB	TEE13	Periodo	PCA	(IC95 %)
Hígado	299	28.3	27.9	2001 – 2017	-0,4	(-0,4 – 1,3)
Vesícula y vías biliares	70	6.6	6.4	2001 – 2012	↓ -2,5	(-4,1 – -0,8)
				2012 – 2017	-6,2	(-13 – 0,8)
Páncreas	235	22.3	22.0	2001 – 2017	↑ 2,1	(1,4 – 2,7)
Laringe	176	16.7	16.3	2001 – 2017	↓ -3,3	(-3,9 – -2,7)
Tráquea, bronquios y pulmón	1.198	113.4	112.0	2001 – 2017	↓ -0,5	(-0,8 – -0,3)
Melanoma de piel	166	15.7	15.3	2001 – 2017	↑ 2,5	(1,4 – 3,5)
Mesotelioma	35	3.3	3.3	2001 – 2017	2,9	(-0,1 – 6,0)
Mama	15	1.4	1.4	2001 – 2017	-1,1	(-3,8 – 1,7)
Próstata	1.783	168.8	172.2	2001 – 2004	4	(-2,9 – 11,3)
				2004 – 2017	↓ -1,5	(-2,2 – -0,9)
Testículos	71	6.7	6.7	2001 – 2017	↑ 2,6	(1,4 – 3,8)
Riñón	303	28.7	27.6	2001 – 2017	↑ 1,7	(0,6 – 2,8)
Vejiga, pelvis renal y otros	652	61.7	62.0	2001 – 2012	1,0	(0 – 2,1)
				2012 – 2017	-3,2	(-6,3 – 0)
Sistema nervioso central	109	10.3	10.0	2001 – 2017	0,3	(-0,9 – 1,5)
Tiroides	64	6.1	5.8	2001 – 2017	↑ 6,1	(4,1 – 8,1)
Linfoma de Hodgkin	47	4.5	4.6	2001 – 2017	↑ 1,9	(0 – 3,8)
Linfoma No Hodgkin	282	26.7	26.1	2001 – 2017	↑ 2,3	(1,5 – 3,2)
Mieloma múltiple	93	8.8	8.7	2001 – 2017	0,9	(-0,4 – 2,2)
Leucemias	375	35.5	35.3	2003 – 2017	↑ 1,4	(0,2 – 2,6)
Resto de tumores malignos	354	33.5	33.2	-	-	-
Tumores malignos	8.114	768.1	764.6	2001 – 2013	0,3	(0,1 – 0,6)
				2013 – 2017	↓ -3,0	(-4,6 – -1,4)

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. ↓ Ídem descenso

Tabla 5. Tasas crudas y estandarizadas de incidencia de cáncer en mujeres. Registro de Cáncer de Euskadi, 2017 (Actualización a 22 febrero 2023)

Localización	Incidencia CAE 2017			Evolución Incidencia CAE 2001-2017		
	Casos	TB	TEE13	Periodo	PCA	(IC95 %)
Cavidad oral y faringe	111	9.9	8.2	2001 - 2017	↑ 1,5	(0,2 - 2,8)
Esófago	27	2.4	2.0	2001 - 2017	0,1	(-2,4 - 2,6)
Estómago	191	17.1	13.4	2001 - 2017	↓ -1,7	(-2,6 - -0,7)
Colon, recto y canal anal	754	67.4	54.2	2001 - 2012	↑ 2,5	(1,2 - 3,8)
				2012 - 2017	-3,6	(-7,2 - 0,1)
Hígado	67	6.0	4.8	2001 - 2017	-1	(-2,5 - 0,6)
Vesicula y vías biliares	63	5.6	3.9	2001 - 2017	↓ -2,8	(-4,3 - -1,3)
Páncreas	208	18.6	14.9	2001 - 2017	↑ 1,7	(1 - 2,4)
Laringe	14	1.3	1.2	2001 - 2017	0,4	(-2,6 - 3,6)
Tráquea, bronquios y pulmón	469	41.9	36.7	2001 - 2017	↑ 5,9	(5 - 6,8)
Melanoma de piel	193	17.2	14.8	2001 - 2017	↑ 1,8	(0,6 - 3)
Mesotelioma	8	0.7	0.7	2001 - 2017	0,2	(-4,3 - 4,8)
Mama	1.633	145.9	126.8	2001 - 2017	↑ 1,6	(1,3 - 2)
Cuello de útero	84	7.5	6.9	2001 - 2017	-0,7	(-1,8 - 0,4)
Cuerpo de útero, útero sai	351	31.4	27.1	2001 - 2004	6,3	(-1,2 - 14,3)
				2004 - 2017	-0,2	(-0,9 - 0,5)
Ovario	186	16.6	14.6	2001 - 2017	0,7	(-0,2 - 1,6)
Riñón	159	14.2	11.7	2001 - 2017	↑ 2,1	(1,2 - 3)
Vejiga, pelvis renal y otros	150	13.4	11.1	2001 - 2012	↑ 4,7	(2,8 - 6,7)
				2011 - 2017	-4	(-9,3 - 1,5)
Sistema nervioso central	110	9.8	8.7	2001 - 2017	-0,2	(-1,1 - 0,8)
Tiroides	189	16.9	15.7	2001 - 2009	↑ 12,2	(8,3 - 16,4)
				2009 - 2017	0	(-2,8 - 2,9)
Linfoma de Hodgkin	36	3.2	3.2	2001 - 2017	1,6	(-0,6 - 3,8)
Linfoma No Hodgkin	223	19.9	16.6	2001 - 2017	↑ 1,7	(0,9 - 2,5)
Mieloma múltiple	86	7.7	6.3	2001 - 2017	0.6	(-0,7 - 2)
Leucemias	329	29.4	24.3	2003 - 2017	↑ 2	(1,1 - 3)
Resto de tumores malignos	322	29.7	23.4	-	-	-
Tumores malignos	5.973	533.6	450.9	2001 - 2013	↑ 1,8	(1,5 - 2,1)
				2013 - 2017	-0,5	(-1,9 - 1)

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. ↓ Ídem descenso

En el periodo analizado, 2001-2017, teniendo en cuenta la incidencia del conjunto de tumores, se observa en el año 2013 un cambio significativo de tendencia en ambos sexos. En los hombres la tendencia, que era estable hasta el año 2013, entre 2013 y 2017 presenta un descenso significativo del 3 % anual (IC 95 %: -4,8; -1,1). En las mujeres los últimos cuatro años la tendencia ascendente mantenida hasta 2013 (1,8 % anual) se estabiliza.

La disminución de la incidencia de cáncer en los hombres se debe a que tumores malignos muy frecuentes como el CCR, pulmón, vejiga, laringe, cavidad oral-faringe, esófago y estómago, que en conjunto suponen el 45 % de los diagnósticos en 2017, presentan una tendencia significativa descendente. En cambio, los tumores que están aumentando, también de forma significativa, como tumores hematológicos, de páncreas, melanoma, riñón y testículo suponen el 14 % del total.

En las mujeres se ha interrumpido la tendencia ascendente en la incidencia debido principalmente a la disminución de incidencia del CCR, pero no hay cambios tan acusados que hagan prever una mejora significativa. La incidencia del cáncer de mama sigue aumentando y también lo hace la incidencia de cáncer de pulmón.

1.6. Fortalecimiento de la vigilancia en salud pública

DESARROLLO DE NUEVAS APLICACIONES

Euskadi solicitó fondos en aplicación del acuerdo del Pleno del Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud, bajo el concepto de “Proyecto para el desarrollo del Sistema de Información de Vigilancia en Salud Pública (SIVSP)”. Para llevar a cabo las actuaciones relacionadas con estos fondos, se colabora con la Sociedad Informática del Gobierno Vasco —EJIE, S.A.—, dentro del cual se han desarrollado las siguientes líneas de acción o subproyectos:

1. Análisis funcional de la red de Vigilancia en Salud Pública de la CA de Euskadi/País Vasco.
2. Integración del Sistema de Información Microbiológica de la CAV (SIMCAV) con la aplicación de vigilancia epidemiológica (AB02-SIVE).
3. Integración en el sistema de vigilancia de Enfermedades de Declaración Obligatoria de la C.A. de Euskadi (AB02-SIVE) otros sistemas de información complementarios y enfermedad/condición-específica.
4. Integración de los datos de Infecciones Respiratorias Agudas (IRAs) obtenidos de la Red de Vigilancia de IRAs con la aplicación de vigilancia epidemiológica (AB02-SIVE).
5. Integración de la historia clínica (OSABIDE) y de la aplicación de vigilancia epidemiológica (AB02-SIVE).

FORMACIÓN DE PERSONAL

La formación de las personas que trabajan en el ámbito de la vigilancia en salud pública resulta fundamental para desarrollar un nivel adecuado de competencias profesionales que permitan desempeñar las actividades de vigilancia con eficacia y calidad, adaptándose a las necesidades cambiantes de la misma. Se han realizado diversas actividades formativas, no obstante, todavía cabe la mejora de la misma mediante la elaboración de planes de formación amplios que permita una capacitación específica y una formación continuada en función de los distintos perfiles dedicados a la vigilancia en salud pública. Entre las actividades realizadas se incluyen las siguientes:

Curso complementario de Epidemiología y Demografía: Principios, métodos y aplicaciones en salud, impartido por la EHU. Metodologías saludables para el bienestar: herramientas para la gestión de las relaciones interpersonales impartido por el IVAP. [Webinar on incidence date and basis of diagnosis impartido por el European Network of Cancer Registries \(ENCR\)](#). Curso avanzado en vacunas en el marco de los XXIII Cursos de Verano impartido por la Universidad Rey Juan Carlos. Jornada Seguridad del Paciente y Seguridad Vacunal: Medidas Preventivas que salvan vidas impartido por la Asociación Española de Vacunología. Jornada Reacciones Adversas asociadas a la vacunación impartida por la Asociación Española de Vacunología.

PARTICIPACIÓN EN COMUNICACIONES A CONGRESOS Y PUBLICACIONES CIENTÍFICAS

La investigación en vigilancia en salud pública es esencial para proteger y promover la salud de la población al proporcionar información relevante sobre distintas enfermedades, tendencias de los problemas de salud o factores de riesgo relacionados. Esto, a su vez, apoya la toma de decisiones informadas, la prevención de distintas enfermedades y permite mejorar la respuesta a emergencias de salud pública. Por ello resulta de gran interés potenciar la investigación aplicada y la innovación en la vigilancia en salud pública. Entre otras actividades se han realizado las siguientes:

III Congreso nacional de enfermería y vacunas 2022. Donosti, 25, 26 y 27 de mayo. Presidencia del congreso, R. Sancho. “Que nos aporta la colaboración entre las SSCCEE y el CGE. La experiencia en la pandemia” R. Sancho. “Vacunación en adultos y grupos de riesgo. El fenómeno de la Inmunosenescencia” R. Sancho. “Migrantes, refugiados, vacunas: adaptación del calendario. La globalización de las vacunas” R. Sancho. “El humor también inmuniza: bulos fuera, pero con humor” R. Sancho, M. Pretel, E. Espinilla.

XI Congreso AEV 2022. Lleida, 20, 21 y 22 de octubre: Comunicación: “Fomentando la vacunación de la población adulta” R. Sancho Martínez. M. Antolín Vicente. S. Aramburu Garate. M.J. Arzuaga Iribarren. A. Bueno Intxaurre. C. Fernández Olmeda.

[XXXL Reunión Científica de la SEE 2022](#). Donosti. 30 y 31 de agosto y 1 y 2 de septiembre de 2022. “Ventajas de las mujeres en la supervivencia al cáncer: estudio de la red española de registros de cáncer (REDECAN)” M. Guevara, A. López de Munain, AI. Marcos, C. Díaz, M. Carulla, MJ. Sánchez, P. Sancho, E. Ardanaz. “COVID-19 en usuarios

de residencias de personas mayores de Araba/Álava a lo largo de la pandemia” L. Etxebarriarteun, P. Sancho, S. Sanz. “Análisis de la enfermedad neumocócica invasiva en Álava (2016-2021)” S. Sanz, L. Etxebarriarteun, P. Sancho. “Brotos de coronavirus fuera del ámbito domiciliario en la comunidad autónoma vasca (CAV)” L. Sainz de Aja Gallastegui, M. Oribe Amores, L. Imaz Goienetxea, E. Bikandi Pagalday, L. Etxebarriarteun Aranzabal, I. Solabarrieta Agorria. “Brote de toxiinfección alimentaria por *Clostridium perfringens* en un centro escolar de Bizkaia” L. Sainz de Aja, R. Santamaría, G. Ramos, I. Arandia, N. Chimeno, A. López, X. Beraza. “Brote de Fiebre Q relacionado con la estancia en unas cuevas de Bizkaia” X. Beraza, I.I. Zendoia, I. Arrazola, A. Lopez. “Brote de toxiinfección alimentaria por *Salmonella* Enteritidis asociado a una granja de Burgos” JM. Legarra, G. Ramos, A. Chirapozu, N. Chimero, C. Zugazaga, N. Macazaga, F. Betes, S. Herrera. “Brote de toxiinfección alimentaria por *Salmonella* enteritidis asociado a una granja de Toledo” R. Santamaría, L. Sainz de Aja, G. Ramos, N. Chimeno, C. Zugazaga, S. Herrera, I. Arandia, A. Lopez, J. Legarra. “Diferencias de género en COVID-19. Bizkaia. 1 de marzo de 2020 - 31 de diciembre de 2021” Imaz L., Oribe M., Sainz de Aja Gallastegui L., Beraza Ortiz X., de Castro V. “Comparación del impacto de la COVID-19 entre personas mayores de 70 años institucionalizadas y no institucionalizadas en residencias de mayores de Bizkaia” L. Imaz, M. Irizar, D. Millares, R. Santamaria, A. Boveda, V. de Castro, C. Castells. “Factores de riesgo asociados a la mortalidad por COVID-19 en Bizkaia. 1 de marzo de 2020 - 31 de diciembre de 2021” de Castro V., de la Cruz M., Imaz L., Oribe M., Sainz de Aja L. “Incremento en brotes de escabiosis en centros sociosanitarios de Gipuzkoa (2017-2022)” Dorronsoro A., Mokoroa O., Alvarez L. “Agrupación de casos de tuberculosis multirresistente en Bilbao” X. Beraza, L. Herrera, M.J. Unzaga, M. Bilbao, L. Sainz de Aja.

Congreso Grell Ascension Meeting 2022. Pamplona 18-20 de mayo. “Incidence And Survival Of Malignant Tumors In Children Of The Basque Country” L. Sainz de Aja, A. Lopez de Munain, M. de la Cruz, V. de Castro, M. C. San Sebastián, P. Sancho.

1.7. Plan de actuación frente a las temperaturas elevadas

Como consecuencia del exceso de morbilidad observado en Europa durante el verano del año 2003, y con el marco normativo establecido por la “Orden PRE/1518/2004, de 28 de mayo, por la que se crea la Comisión Interministerial para la aplicación efectiva del Plan Nacional de Actuaciones Preventivas de los Efectos del Exceso de Temperaturas sobre la Salud”, desde la temporada estival del año 2024 se activan en Euskadi “Las actuaciones preventivas ante los efectos del exceso de temperaturas sobre la salud”. Esta activación comienza con carácter general el 1 de junio y finaliza el 30 de septiembre. Se introduce un criterio de flexibilidad que permite la activación fuera de este período. En el año 2022 se realizó la correspondiente [actualización de las actuaciones](#). El plan se compone de unas fuentes de información y unas actuaciones relacionadas con los distintos niveles de alerta.

Las **fuentes de información** para monitorizar la situación comprenden tres elementos:

- Sistema de información meteorológica
- Sistema de información de mortalidad diaria (MoMo)
- Notificación de los fallecimientos debidos a altas temperaturas

El **Sistema de información meteorológica** emplea las variables meteorológicas facilitadas por Euskalmet (Agencia Vasca de Meteorología), que genera todos los días, durante el tiempo en que está activo el plan contra el calor; ficheros de pronóstico a 7 días de temperaturas estimadas máximas y mínimas, para las **4 zonas climáticas** definidas en Euskadi:

- Zona costera: muy cercana al mar
- Zona cantábrica interior: resto de la vertiente cantábrica
- Zona de transición: llanura alavesa y cercanías
- Zona del eje de Ebro: Rioja alavesa y zona sur de Álava

El pronóstico anticipado de temperaturas altas, que puedan afectar a la población residente en un ámbito geográfico concreto, permite calificar el nivel de riesgo al que esta población puede verse expuesta. Según la magnitud del exceso de temperatura y su persistencia, se establecen tres niveles básicos de riesgo, que se representan por colores y se corresponden con situaciones de distinto nivel de adversidad:

- Nivel 1, amarillo: crea una situación de aviso.
- Nivel 2, naranja: crea una situación de alerta.
- Nivel 3, rojo: crea una situación de alarma.

Según el nivel de riesgo, se realizarán las recomendaciones de medidas preventivas frente al calor; dirigidas a población general, grupos vulnerables y agentes e instituciones.

Hay dos situaciones problemáticas asociadas a al aumento de las temperaturas estivales:

- Temperaturas altas extremas
- Temperaturas altas persistentes

Durante la temporada estival 2022 se realizaron las siguientes comunicaciones:

	Zona 1	Zona 2	Zona 3	Zona 4
Nivel 1 Avisos Naranjas	2	3	6	5
Nivel 2 Avisos Rojos	1	2	3	3

El **Sistema de información de mortalidad diaria (MoMo)** emplea los datos de mortalidad por todas las causas gestionado por el Instituto de Salud Carlos III. Desde el 1 de junio hasta el 30 de septiembre se ha identificado en Euskadi 1.074 exceso de defunciones por todas las causas y 161 atribuibles a las altas temperaturas.

Tabla 6. Defunciones observadas, esperadas y atribuibles a temperaturas elevadas en Euskadi. Sistema Momo, junio-septiembre de 2022

Fecha	Defunciones observadas	Defunciones esperadas	Exceso todas las causas	Atribuibles a temperatura
Junio 2022	1863	1659	204	38
Julio 2022	2264	1685	580	69
Agosto 2022	1877	1679	198	28
Septiembre 2022	1740	1648	92	26

El sistema de **notificación de los fallecimientos debidos a altas temperaturas** recoge la información de los servicios asistenciales de Euskadi, incluyendo los de emergencia, sobre las personas con un fallecimiento atribuido a la exposición al calor (golpe de calor). En 2022 se registró un fallecimiento por golpe de calor; en la zona costera.

Las **actuaciones** para prevenir los efectos comprenden principalmente la difusión de recomendaciones para prevenir los efectos del calor; entre las que se incluyen:

- Recomendaciones a las administraciones locales
- Recomendaciones a la población en general
- Recomendaciones a los centros residenciales
- Recomendaciones a los servicios sanitarios
- Recomendaciones a los servicios actuantes en caso de emergencia

1.8. Otras actuaciones

En el marco del D 285/2008, de requisitos técnicos y normas higiénico-sanitarias aplicables a los **establecimientos** en los que se realicen prácticas de **tatuaje, micropigmentación y perforación** corporal («piercing») u otras técnicas similares, los aplicadores para poder ejercer su actividad en Euskadi, deben disponer de un nivel de conocimientos suficientes y acreditados, sobre los riesgos que para la salud van asociados a la actividad que desarrollan. Los aplicadores que no dispongan de las titulaciones o cualificaciones profesionales requeridas por la reglamentación de aplicación deberán acreditar la superación de un curso de formación que, caso de haberse realizado fuera de la Euskadi, deberá presentarse para su convalidación en la Dirección de Salud Pública y Adicciones.

En el año 2022, se han realizado 5 convalidaciones de títulos, y una denegación.

1.9. Resumen de vigilancia epidemiológica

La vigilancia epidemiológica de las Enfermedades de Declaración Obligatoria (EDO) cubre a la totalidad de la población de Euskadi y tiene como objetivo la detección y monitorización de las enfermedades transmisibles de mayor impacto. Debido a la pandemia de SARS-CoV-2, se ha observado un descenso en la incidencia de algunas EDO durante los años 2020 y 2021. Se han ido incorporando nuevas enfermedades a la declaración individualizada como el Herpes Zoster.

Siguiendo las recomendaciones internacionales se ha implementado un sistema de vigilancia de infecciones respiratorias agudas (IRA) en el ámbito de la atención primaria y hospitalaria, basándose en la experiencia conseguida en el marco del Sistema de Vigilancia de Gripe. El objetivo de este sistema es vigilar conjuntamente gripe y COVID-19. Además de la vigilancia centinela habitual, se está desarrollando un sistema con un mayor nivel de informatización cuyos primeros resultados se pueden observar en la temporada 2022/2023.

El Sistema de Información Microbiológica de Euskadi recoge datos sobre la patología infecciosa confirmada por todos los laboratorios de microbiología de la Red de Diagnóstico Biológico de Osakidetza. Proporciona una información muy valiosa sobre una amplia variedad de microorganismos que pueden suponer un riesgo infeccioso para la población más allá de las Enfermedades de Declaración Obligatoria. Su contribución ha resultado fundamental para implementar acciones de prevención y control, confirmar los agentes etiológicos de distintos brotes, así como para ampliar la información disponible en otros sistemas de información y de vigilancia epidemiológica.

En cuanto a las principales alertas, destaca la acontecida por mpox, una enfermedad zoonótica viral, poco frecuente, endémica en algunos países de África occidental y central, que desencadenó un evento de salud pública de importancia internacional en mayo del 2022. La primera detección de un caso en Euskadi se dio en la semana 19/2022 y desde la semana 44/2022 no se han detectado nuevos casos. El descenso puede ser debido a una combinación de factores que incluye la sensibilización de la población a riesgo, la adopción de medidas de detección precoz y prevención de la infección, la inmunización adquirida mediante la vacunación y la inmunización adquirida mediante la infección. Se observó asimismo un incremento inesperado en la incidencia de infección por estreptococo β hemolítico del grupo A invasivo (SGAi), similar al observado en otros países de nuestro entorno. La vigilancia epidemiológica de la SGAi ha permitido realizar un seguimiento estrecho de la infección e implementar las recomendaciones recogidas en el protocolo de vigilancia. Se ha observado asimismo un aumento de la demanda sanitaria relacionada con la sarna, situación también observada en otros países de nuestro entorno. La puesta en marcha de diversas medidas ha podido contribuir a ralentizar la propagación de la enfermedad. En cuanto a la gestión de brotes epidémicos detectados durante el año 2022, se notificaron un total de 34 ocasionados por diversas etiologías, siendo 19 alimentarios y 13 no alimentarios.

El Registro Poblacional de Cáncer de Euskadi se registró en el año 2017 un total de 14.087 tumores malignos, 8.114 (58 %) en hombres y 5.973 (42 %) en mujeres. En el periodo analizado, 2001-2017, teniendo en cuenta la incidencia del conjunto de tumores, se observa en el año 2013 un cambio significativo de tendencia en ambos sexos. En los hombres la tendencia, que era estable hasta el año 2013, entre 2013 y 2017 presenta un descenso del 3 % anual. En las mujeres los últimos cuatro años la tendencia ascendente mantenida hasta 2013 (1,8 % anual) se estabiliza.

En materia de fortalecimiento de la vigilancia de la salud pública, Euskadi ha emprendido varios proyectos para el desarrollo del Sistema de Información de Vigilancia en Salud Pública (SIVSP). Asimismo, se han llevado a cabo actividades de formación, entre las personas que trabajan en el ámbito de la vigilancia en salud pública. No obstante, todavía caben mejoras en este ámbito mediante la elaboración de planes de formación amplios. En cuanto a la participación en congresos y publicaciones, también se han realizado múltiples actividades en las que las personas que trabajan en vigilancia de la salud pública han podido compartir sus visiones, perspectivas y experiencias.

Como consecuencia del exceso de morbilidad observado en Europa durante el verano del año 2003, y con el marco normativo vigente y el Plan Nacional de Actuaciones Preventivas de los Efectos del Exceso de Temperaturas sobre la Salud, desde la temporada estival del año 2024 se activan en Euskadi “Las actuaciones preventivas ante los efectos del exceso de temperaturas sobre la salud”. Esta activación comienza con carácter general el 1 de junio y finaliza el 30 de septiembre. En el año 2022 se realizó la correspondiente [actualización de las actuaciones](#) y se realizaron múltiples intervenciones informativas en relación a dicha actualización.

En cuanto a otras actuaciones, en el marco del D 285/2008, de requisitos técnicos y normas higiénico-sanitarias aplicables a los establecimientos en los que se realicen prácticas de tatuaje, micropigmentación y perforación corporal deben disponer de un nivel de conocimientos suficientes y acreditados, sobre los riesgos que para la salud van asociados a la actividad que desarrollan. En este sentido se han realizado actuaciones de verificación de la formación.

2. Prevención

2.1. Salud materno infantil

2.1.1. Cribado Prenatal de Anomalías Cromosómicas

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 Salud¹. 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 cromosomopatías

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 nuchal), 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 2021 (último año con disponibilidad de resultados) se han registrado 176.747 cribados, estimándose una cobertura del 82,2 % de los nacimientos (215.039) (EUSTAT), con variabilidad a lo largo del periodo, como se aprecia en la figura siguiente, con una tendencia descendente significativa desde 2010 en cuanto al número de nacimientos.

¹ 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 6. Número de nacimientos y cribados registrados. CAE 2010-2021

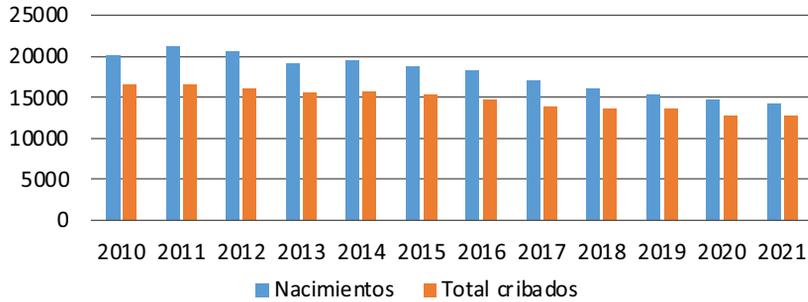
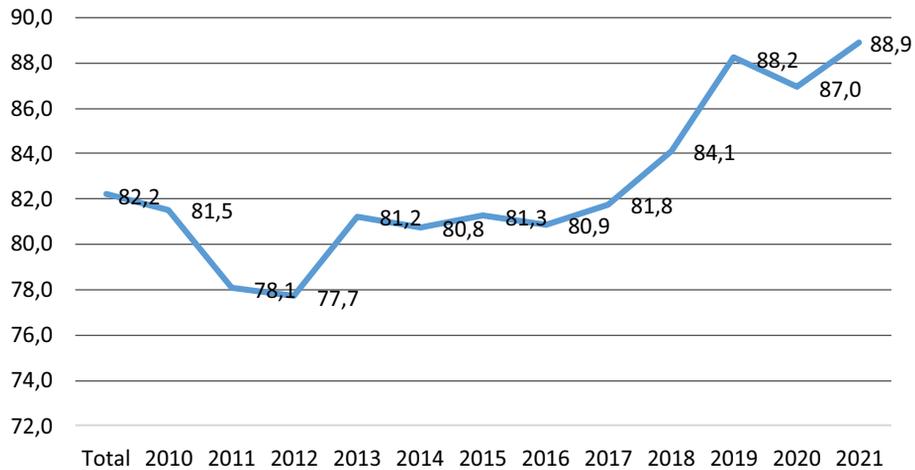
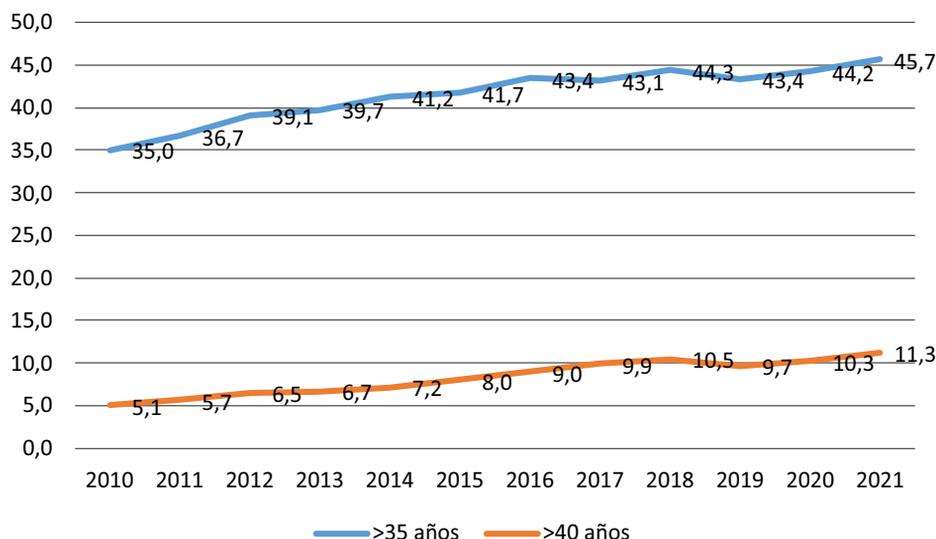


Figura 7. Proporción (%) de cribados registrados respecto al total de nacimientos. CAE 2010-2021



La edad de las mujeres embarazadas ha ido aumentando significativamente a lo largo del periodo 2010-2021, suponiendo las mayores de 35 años, en promedio, el 41,2 % del total y las de más de 40 años, el 8,1 %; éste es 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 (5,2 %).

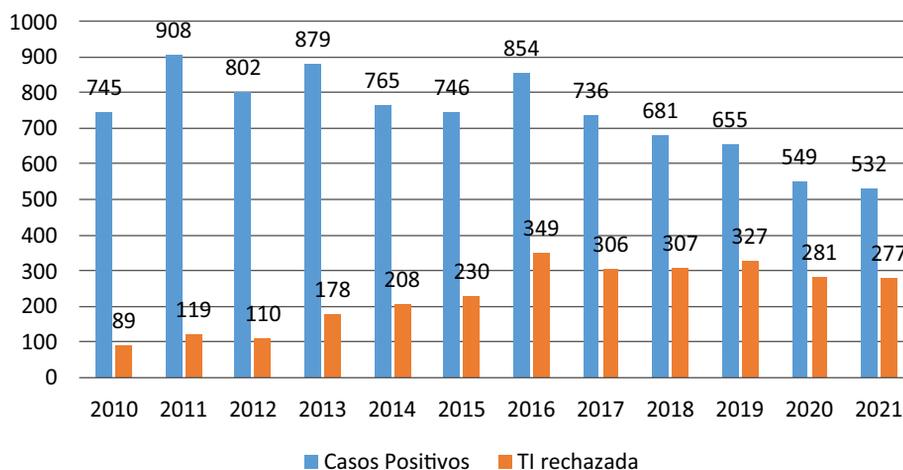
Figura 8. Evolución de la edad de las mujeres embarazadas. CAE 2010-2021



En los casos con resultado positivo en el cribado (riesgo $\leq 1/270$) 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 0,84 %.

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-ffc.

Figura 9. Casos Positivos y Rechazo TI de confirmación. CAE 2010-2021



En cuanto a la detección de las principales cromosopatías analizando los principales parámetros de sensibilidad, especificidad se observa una alta sensibilidad para la trisomía 21 (la cromosopatía 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 a tasa de falsos positivos de 3,6 % en trisomía 21 y de 0,56 en T18 y T13.

Tabla 7. Sensibilidad y Especificidad del cribado del Primer Trimestre. CAE 2010-2021

Anomalía	Sensibilidad		Especificidad	
Trisomía 21	91,44 %	(IC 95 %: 89,42 - 93,46)	96,54 %	(IC 95 %: 96,45 - 96,63)
Trisomías 18 y 13	80,14 %	(IC 95 %: 75,5 - 74,76)	99,45 %	(IC 95 %: 99,41 - 99,49)

2.1.2. Cribado Neonatal de Enfermedades Congénitas

El Programa de Cribado Neonatal de Enfermedades Congénitas ha estudiado en 2022 a 13.791 bebés recién nacidos vivos, 13.777 nacidos en domicilio o centros de la CAE, y 14 en otra Comunidad Autónoma o en el extranjero. Los casos presuntivos detectados en el cribado, según diferentes diagnósticos, incluyendo los portadores, han sido 267.

En 1982 se empezó en el País Vasco el Programa de Cribado Neonatal de Enfermedades Congénitas con la detección de Fenilcetonuria e Hipotiroidismo Congénito. En febrero de 2007 el Departamento de Salud inicia el cribado de la Deficiencia de AcilCoA deshidrogenasa de cadena media (MCADD) 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: LCHADD, Homocistinuria, Jarabe de Arce, Acidemia Isovalérica y Acidemia Glutárica, que se incorporan al programa en febrero de 2014. En 2017 se incorpora la Hipoacusia al programa de Cribado Neonatal de Enfermedades Congénitas. Por último, en mayo de 2019 se pone en marcha el cribado de la Deficiencia de Biotinidasa.

Se puede consultar más información en la memoria del año 2022 “Programa de cribado neonatal de enfermedades congénitas de la CAE” del Departamento de Salud del Gobierno Vasco²

Tabla 8. Casos confirmados de enfermedades congénitas en la CAE durante 2022

ENFERMEDADES CONGÉNITAS	2022
Hipotiroidismo congénito	10*
Hiperfenilalaninemia permanente	1
Hiperfenilalaninemia permanente benigna	0
MCADD	1
Fibrosis Quística clásica	0
Fibrosis Quística no clásica	0

² <https://www.euskadi.eus/prueba-del-talon/>

ENFERMEDADES CONGÉNITAS	2022
Enfermedad de células falciformes	5
Acidemia Glutárica tipo I	0
Acidemia Isovalérica	0
Homocistinuria	0
Orina con olor a Jarabe de Arce	0
LCHADD	0
Deficiencia de Biotinidasa	3
Totales	20

* Se incluyen 2 casos positivos a la espera de diagnóstico definitivo a la fecha de publicación de este informe.
Fuente: Programa de cribado neonatal de enfermedades congénitas de la CAE.

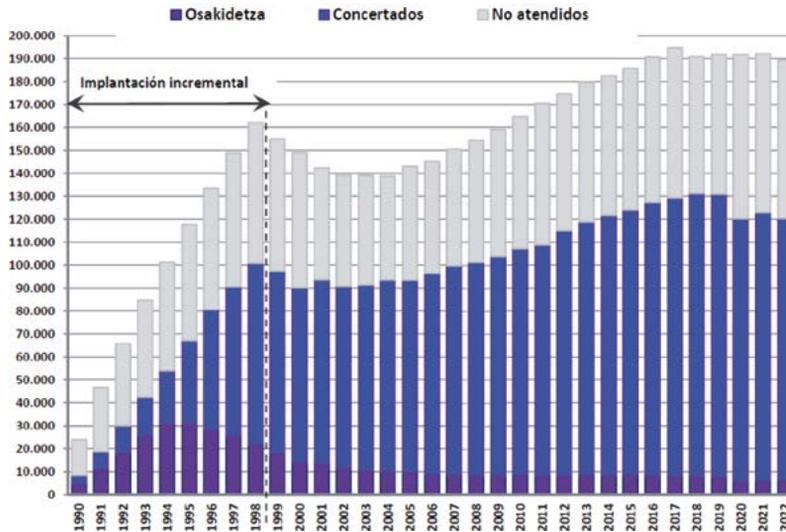
2.1.3. Programa de Asistencia Dental Infantil (PADI)

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 familia³.

En 2022, la población de 7 a 15 años residente en Euskadi con derecho al PADI, ascendió a 189.360 niños y niñas. El número total de niños y niñas atendidos por el programa fue 20.419, 114.315 en consultas concertadas y 6.104 en las consultas públicas de Osakidetza. La tasa de cobertura global del programa fue del 63,59 % (60,4 % en consultas concertadas y el 3,2 % en consultas de Osakidetza).

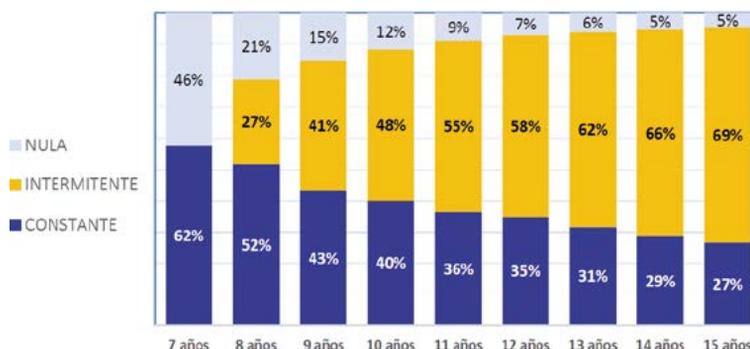
³ La asistencia dental se dispensa a través de 942 dentistas habilitados por el Departamento de Salud en 779 clínicas concertadas y 22 dentistas pertenecientes a Osakidetza en 25 centros de salud.

Figura 10. Evolución de la población atendida en el PADI según tipo de proveedor de servicio. Base de datos del PADI, Osakidetza.



El patrón de utilización del sistema por la población infantil a lo largo de los 9 ejercicios entre los 7 y los 15 años en que tienen derecho a la asistencia (frecuentación) se clasifica en: “constante” aquel en que se utiliza el PADI todos los ejercicios en que está incluido; “nula” si nunca se acude; e “intermitente” si lo ha hecho en uno o varios ejercicios de los 9 a que tiene derecho, pero no en todos.

Figura 11. Utilización global constante, intermitente y nula en cada grupo de edad. Euskadi, PADI, 2022



El promedio de utilización anual (la utilización constante más la intermitente) fue 6,3 ejercicios sobre 9 posibles. No se observan diferencias significativas entre niños y niñas.

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

La tabla siguiente detalla la asistencia dispensada por los dentistas del PADI en 2022 en dentición permanente, junto al porcentaje (perfil) que representa por cada 100 niños y niñas, tanto en procedimientos preventivos como reparadores.

Tabla 9. Asistencia dental dispensada en el PADI. Euskadi, 2022.

Asistencia dispensada	Niños		Niñas		Total PADI	
	Número	Perfil (%)	Número	Perfil (%)	Número	Perfil (%)
Asistencia general						
Revisiones	61.561	100,00%	58.858	100,00 %	120.419	100,00 %
Selladores	6.094	9,90 %	6.208	10,55 %	12.302	10,22 %
Limpiezas	7.886	6,55 %	6.625	11,26 %	14.511	12,05 %
Obturaciones	7.590	12,33 %	8.121	13,80 %	15.715	13,05 %
Extracciones	648	1,05 %	594	1,01 %	1.242	1,03 %
Ttos. pulpares (endodoncias)	200	0,32 %	162	0,28 %	362	0,30 %
Población con asistencia adicional	748	1,22 %	521	0,89 %	1.269	1,05 %
Reconstrucciones por traumatismo	968	86,52 %	680	87,74 %	1.648	87,61 %
Otros tratamientos especiales	138	12,48 %	95	12,26 %	233	12,39 %

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 que se ha producido es notable. No obstante, en 2018, 3 de cada 10 lesiones de caries, a los 12 y 14 años, permanecen sin recibir tratamiento restaurador.

Se puede consultar más información en la memoria del año 2022 “Programa de Atención Dental Infantil” del Departamento de Salud del Gobierno Vasco⁴.

2.2. Cribado de cáncer

2.2.1. 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 Salud⁵. El Departamento de Sanidad del Gobierno Vasco puso en marcha en 1995 en el Área Sanitaria Araba el Programa de

⁴ https://www.euskadi.eus/contenidos/informacion/salud_padi/es_def/adjuntos/Informe_anual_PADI_2021.pdf

⁵ <https://www.osakidetza.euskadi.eus/programa-cancer-de-mama/webosk00-oskenf/es/>

Detección Precoz del Cáncer de Mama (PDPCM), extendiéndose a lo largo de 1997 a toda la Comunidad Autónoma de Euskadi (CAE). Esta iniciativa responde a las recomendaciones del Consejo Asesor sobre el Cáncer y al Plan de Salud Euskadi 2030, 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 126,8 en 2017 y la tasa de mortalidad estandarizada de 20,9 en 2021.

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 quirúrgicos conservadores

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

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

Datos acumulados (CAE) desde el comienzo hasta el 31 de diciembre de 2022

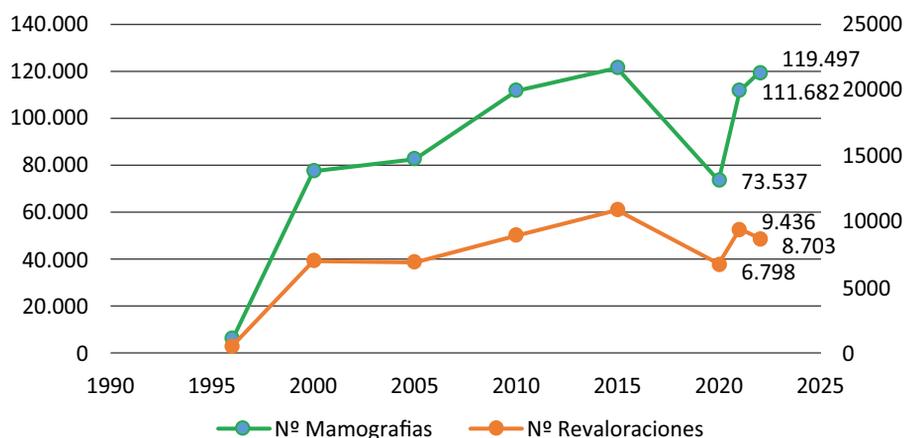
Citas válidas	3.075.795	
Exploraciones realizadas	2.445.636	79,5 %
Revaloraciones (otras pruebas radiológicas)	214.362	8,8 %
Mujeres derivadas a H. Referencia (cat. 3HR-4-5)	26.502	1,1 %
Cánceres detectados	11.952	
Ca. in situ / detectados		16,8 %
Invasivo ≤ 10 mm / invasivos		35,4 %
Tratamiento conservador		84,1 %
Tasa de Detección por 1.000 mujeres exploradas		4,9 %

A lo largo del año 2022 las diferentes Unidades han trabajado con un retraso de citación variable. Por ello, en la unidad de gestión se ha continuado con diversas medidas para atajar la demora, entre ellas la sustitución de la carta-cita con día y hora por invitaciones para solicitar una primera cita en el caso de las mujeres que no han acudido nunca al programa, a pesar de haber sido invitadas, así como segundas invitaciones. Se han utilizado SMS sin cita y con cita para el resto de citaciones y para adaptaciones rápidas de las incidencias, medidas todas ellas que han permitido ser más eficientes en la citación.

Todo ello ha posibilitado un avance muy importante y evaluada la cobertura por invitación, se objetiva una mejora significativa a lo largo del año 2022. Así desde enero a diciembre, el

porcentaje de población diana con demora menor de tres meses ha pasado a ser del 7,7 % en enero, al 70 % de la población a finales de diciembre de 2022. En cuanto a la actividad de mamografías realizadas, se ha producido incremento en el número de mamografías, sumándose 119.497 y avanzando así hacia la recuperación de la actividad pre-pandémica

Figura 12. Evolución de la actividad del Programa de Detección Precoz del Cáncer de Mama. Comunidad Autónoma de Euskadi. Años 1998 a 2022*

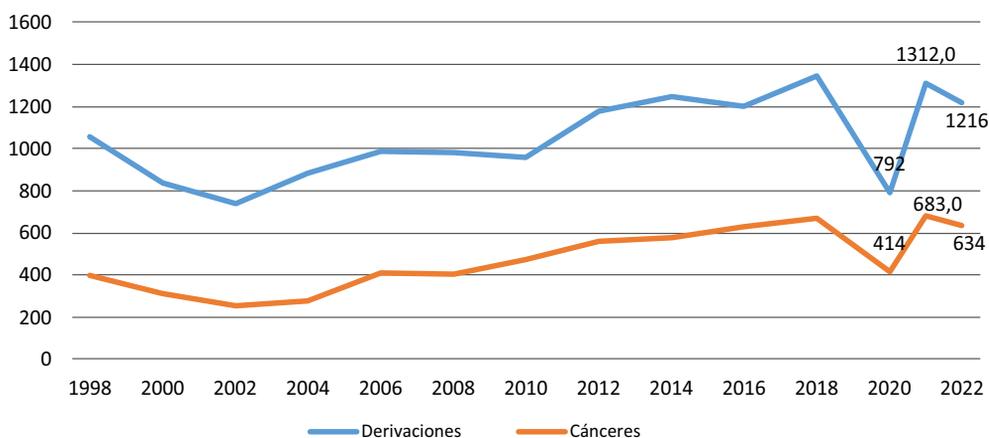


2006-2010: ampliación progresiva de la edad hasta 69 años. 2011-2014: incorporación de mujeres 40-49 años con AF cáncer de mama 1er grado.

Las mujeres derivadas a Hospital de Referencia en el año 2022 fueron 1.216 y 634 los cánceres diagnosticados.

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 2022 se recoge en la figura ...

Figura 13. Evolución de la actividad de Hospital de Referencia. Programa de Detección Precoz del Cáncer de Mama. Euskadi, 1998-2022



2006-2010: ampliación progresiva de la edad hasta 69 años/2011-2014: incorporación de mujeres 40-49 años con AF cáncer de mama 1er grado.

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

- a) **Participación.** - La participación ha disminuido 3 puntos porcentuales en relación a años previos, manteniéndose entre los niveles aceptable y deseable (>70 % como aceptable y >75 % como deseable). Analizadas las causas de la menor participación, una tasa menor estaría condicionada tanto por la persistencia de demora en citación como a la introducción de invitaciones abiertas sin cita en agenda, generadas con el objeto de mayor eficiencia en cobertura en contexto de demora.
- b) **Tasa de detección.** - La tasa de detección y tras el repunte post-pandémico de los años 2020 y 2021, sigue manteniendo valores superiores comparativamente a periodos anteriores, con una tasa de 5,3‰ cánceres detectados. (Rango entre tasa de detección 3,24‰ en el año 2002, hasta un valor de 6,14‰, para el año 2021)
- c) **Estadio II+ sobre el total de cánceres.** Para el conjunto de los cánceres diagnosticados la tasa de tumores Estadio II+ es de **25,5 %**. (Una actualización del sistema TNM ha supuesto que los cánceres clasificados como Estadio IIa hayan pasado a clasificarse como Estadio IB a partir de 2010)
- d) **Tumores invasivos menores de 10 mm.** -El porcentaje de tumores invasivos de 10 mm o menos en el conjunto de los diagnósticos (cribado inicial + cribados sucesivos) es de 36,1 %, cumpliendo objetivos recogidos en el Protocolo Europeo de Cribado de CM.
- e) **Cánceres invasivos sobre el total de cánceres.** El porcentaje de cánceres invasivos muestra un ligero descenso de medio punto respecto al año previo, siendo con un porcentaje de 80 %, el más bajo de la serie 1988-2022.
- f) **Cánceres sin afectación ganglionar sobre los invasivos.** - El porcentaje de cánceres invasivos sin afectación ganglionar ha disminuido de media en 2022 atribuible a las mujeres de cribado inicial, sin embargo, ha aumentado para las mujeres de cribado sucesivo.

2.2.2. Detección Precoz de Cáncer Colorrectal

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

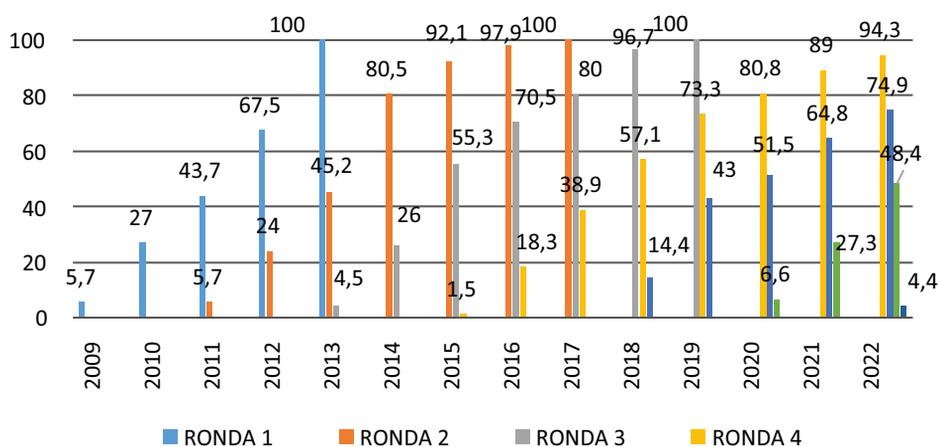
El objetivo del programa es disminuir la incidencia y mortalidad por el cáncer colorrectal por la detección y tratamiento de lesiones pre-malignas y malignas.

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 la colonoscopia con sedación como prueba de confirmación diagnóstica y de tratamiento de lesiones.

COBERTURA 2009-2022

La cobertura del Programa alcanzó el 100 % de la población en 2013. 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, este retraso de invitación se ha ido recuperando de forma paulatina en 2021 y 2022 y recuperándose totalmente en el primer semestre del 2023.

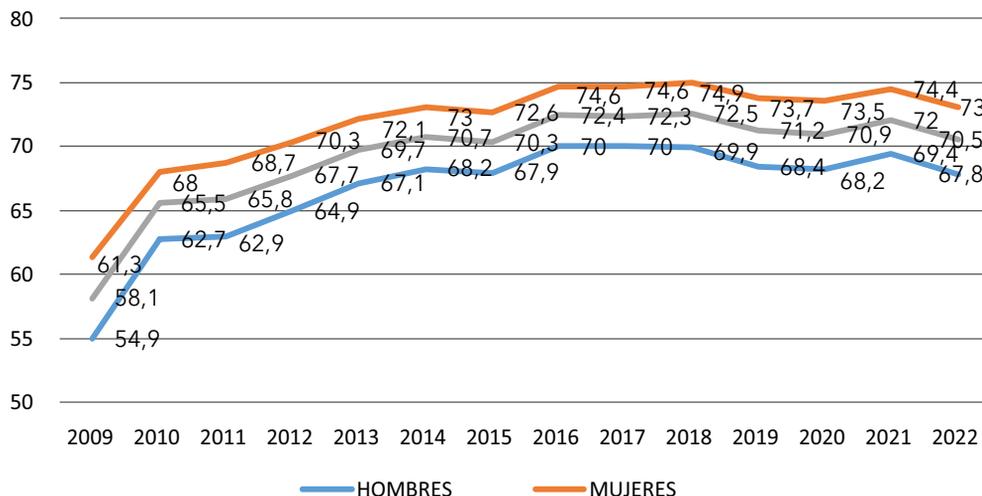
Figura 14. Evolución de la cobertura del Programa de Cribado de Cáncer de Colorrectal. Comunidad Autónoma de Euskadi. Años 2009 a 2022 por rondas de invitación



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 que en mujeres, en ambos casos y desde 2011, ha sido superior a la recomendada desde las Guías de Práctica Clínica (2010) y de la Estrategia contra el Cáncer 2021 (deseable 65 %). Si bien se observó una disminución en 2020 debido a la pandemia se ha ido recuperando en los años posteriores, aunque no ha llegado a las cifras de los años previos.

Figura 15. Evolución de tasa de participación en Programa de Cribado de Cáncer de Colorrectal. Comunidad Autónoma de Euskadi. Años 2009 a 2022



INDICADORES DE RESULTADO

En la siguiente tabla se observan los indicadores de resultados más relevantes del Programa 2009-2022. 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, encontrándose diferencias significativas tanto en localización, edad y sexo que deben ser monitorizadas, así como en sensibilidad y especificidad.

Tabla 10. Resultados del Programa de Cribado de Cáncer Colorrectal. Euskadi, 2009-2022

Resultados e indicadores 2009-2022	Mujer	Hombre	Total
Invitaciones	1.426.157	1.326.955	2.753.112
Participación media	1.426.157 72,9 %	900.232 67,8 %	1.940.149 70,5 %
Positividad media	43.290 4,2 %	58.551 6,5 %	101.841 5,3 %
Adherencia colonoscopia	40.149 92,8 %	54.090 92,4	94.269 92,6 %
Lesiones avanzadas en colonoscopia	11.392 28,2 %	25.002 46,2 %	36.394 38,1 %
Cáncer Invasivo en colonoscopia	1.560 4,0 %	2.689 5,0 %	4.249 4,5 %
Cáncer Invasivo en Estadio Inicial (I-II)	1.055 67,6 %	1.935 72,0 %	2.990 70,4 %
Tasa detección Adenoma Avanzado x 1.000 participantes	10,95	27,6	18,8

Resultados e indicadores 2009-2022	Mujer	Hombre	Total
Tasa de detección de Cáncer Invasivo x 1.000 participantes	1,50	3,0	2,19
Tasa de detección Lesiones Avanzadas y Cáncer Invasivo x 1.000 participantes	12,45	30,8	20,95
Valor Predictivo Positivo TSOH para Lesiones Avanzadas y Cáncer	29,9	47,0	39,90

En la tabla siguiente se recoge la Sensibilidad y Especificidad del Test de Sangre Oculta en Heces (FIT) para cáncer invasivo por sexo (2009-2022)

Tabla II. Sensibilidad y especificidad del test de sangre oculta en heces para cáncer colorrectal invasivo (2009-2022)

	Hombres	Mujeres	TOTAL
Sensibilidad	88,5 % IC 95 % (87,1-89,7)	91,2 % IC 95 % (89,5-92,6)	88,2 % IC 95 % (87,2-89,2)
Especificidad	93,8 IC 95 % (93,7-93,8)	96,1 IC 95 % (96,1-96,2)	95,1 IC 95 % (95,0-95,1)

La información completa del programa puede consultarse en la Web del Departamento de Salud.⁶

2.2.3. Detección Precoz de Cáncer de Cérvix

El País Vasco fue la primera Comunidad Autónoma en implementar un programa de cribado organizado en 2015 con prueba de Virus del Papiloma Humano (VPH) así también fue el primero en implantar un Programa Poblacional de Cribado de Cáncer de Cérvix. 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 (H-SIL).

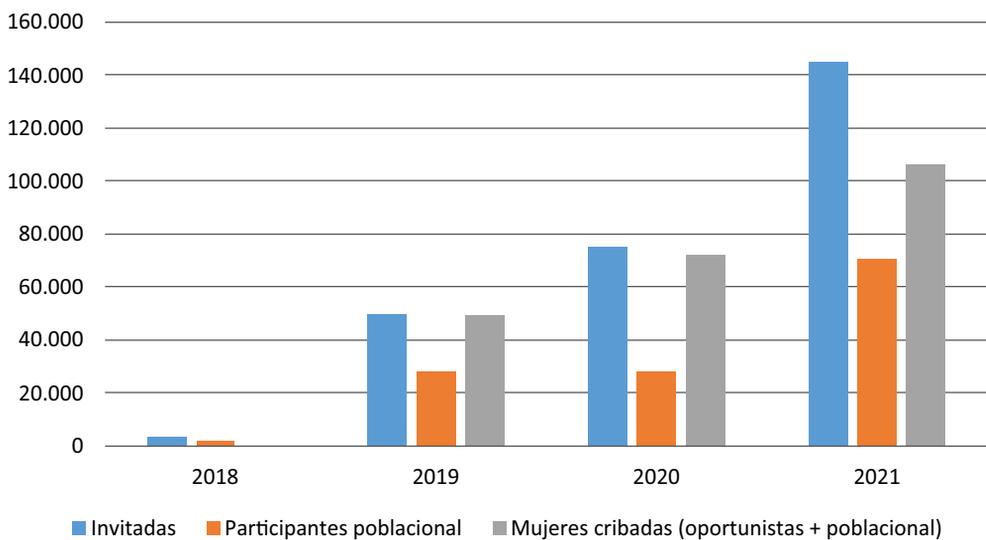
El Programa de Prevención de Cáncer de Cérvix está dirigido a mujeres de edades entre los 25-65 años, y sigue la siguiente estrategia:

- 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.

⁶ Programa de Cribado de Cáncer Colorrectal. <https://www.osakidetza.euskadi.eus/enfermedad-cancer/-/cancer-colorrectal/>

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 sea cuando se alcance la cobertura de invitación del 100 % en la franja de edad de 35-65 años.

Figura 16. Evolución de invitaciones y participación en el Programa de Cáncer de Cérnix. Euskadi 2018-2021



INDICADORES DE RESULTADO

De las personas que participan realizándose la prueba de cribado, aproximadamente un 5 %, tiene la indicación de realizarse la prueba complementaria, colposcopia. Y aproximadamente un 2 % de la población cribada, debe acudir a un control más estrecho de repetición de prueba de cribado al año.

Figura 17. Resultados del Programa de Cribado de Cáncer de Cérnix. Euskadi, 2021



CANCERES INVASIVOS 2018-2021

Se han detectado 375 casos de cánceres de cérvix entre 2018 y 2021. El 36,3 % fueron diagnosticados a través del Programa de cribado y un 55,2 % por sintomatología o hallazgo casual. De los diagnosticados por cribado, el 72,06 % estaban en estadios iniciales frente al 14,69 % de los diagnosticados por sintomatología o hallazgo casual.

La mortalidad en el grupo diagnosticado por sintomatología o hallazgo casual es del 36,23 %, muy superior a la mortalidad de los cánceres detectados por cribado que es del 2,94 %. Esto se debe a la diferencia significativa en el estadio de la enfermedad al diagnóstico entre un grupo y otro.

2.3. Vacunación e inmunizaciones

Las vacunas y productos inmunizantes protegen eficazmente a las personas frente a importantes enfermedades infecciosas, pero además extienden su beneficio al conjunto de la comunidad, al romper la cadena de transmisión de muchas enfermedades. Es por ello que la administración de vacunas y productos inmunizantes constituye una de las intervenciones más importantes dentro de los programas de Salud Pública. Al administrarse generalmente a la población sana, sobre todo en las pautas recogidas en los calendarios de vacunación infantil, es imprescindible garantizar al máximo su eficacia y su seguridad. Por otra parte, en el ámbito de la vacunación y las inmunizaciones la innovación y los avances son continuos. Esto hace que los programas de vacunación deban actualizarse de forma periódica, para adaptarlos a la situación cambiante del estado inmunitario de la población, la aparición de nuevos patógenos y/o sus variantes, la normativa de las agencias reguladoras y las nuevas vacunas fruto de desarrollo tecnológico y del avance científico.

El **Consejo Asesor de Vacunaciones de Euskadi (CAVE)**, cuyo funcionamiento viene regulado por la **Orden de 4 de junio de 1991**, es el órgano consultivo del Departamento de Salud para el asesoramiento técnico en materia de vacunaciones. Durante el año 2022 se han llevado a cabo las tareas propias de la secretaría técnica del CAVE y se han actualizado varios de los programas de inmunizaciones siguiendo sus recomendaciones. Cabe destacar que las revisiones de los programas de vacunación suelen realizarse a un año vista por lo que las modificaciones del 2022 se incluyen en el calendario del 2023.

Los programas de vacunación e inmunizaciones están dirigidos a la población a lo largo de todo todas las etapas de la vida. Además, estos programas pueden proporcionar beneficios especialmente importantes en los grupos de riesgo. Los **calendarios de vacunación** son los instrumentos que permiten resumir las recomendaciones y facilitar su cumplimiento. Las recomendaciones oficiales de vacunas y productos inmunizantes a lo largo de toda la vida se resumen en lo establecido en los siguientes calendarios de vacunación:

- Calendario vacunal infantil
- Calendario vacunal en prematuridad

- Calendario vacunal infantil en asplenia
- Calendario vacunal del adulto

En el año 2022 se inició la vacunación frente a Herpes Zóster con la vacuna inactivada en personas que presentaban alguna condición de mayor riesgo de presentar un Herpes Zóster. Con el inicio del brote de MPOX se empezó a utilizar una vacuna autorizada por la Unión europea en 2013, para la inmunización activa frente a la viruela en adultos de tercera generación que contiene una forma atenuada del virus que no es replicativa y más segura que las anteriores vacunas frente a viruela. En 2022 también se inició la administración de la segunda dosis de recuerdo frente a COVID-19 con la vacuna Comirnaty bivalente que incluía BA 4.5.

Desde el área de epidemiología también se ha colaborado con el Programa de Salud Infantil, actualizando la información correspondiente al calendario de vacunaciones infantiles y realizando actividades de edición, impresión y difusión de la **Cartilla de Salud Infantil**. Esta cartilla incluye un registro de actividades preventivas, como vacunas y controles periódicos de salud que pretende ser de ayuda para facilitar la adhesión a los programas de prevención. Durante el año 2022 también se han realizado actividades relacionadas con la actualización del diseño, la impresión y la distribución de los calendarios de vacunación, los pósteres de vacunación y la cartilla de salud infantil.

Los cambios en los programas de vacunación requirieron también una revisión de **la adquisición y distribución de vacunas**. La adquisición de las vacunas y productos inmunizantes, a fin de poder cumplir con los objetivos del programa de vacunación e inmunización, y mantener una cobertura adecuada entre la población diana, se realiza previo concurso con la licitación correspondiente, según la Ley de Contratos del Sector Público 9/2017. Desde vigilancia epidemiológica se promueve la adquisición de vacunas, principalmente la elaboración de pliegos de bases técnicas y memoria justificativas que posteriormente son gestionadas por los servicios administrativos. En Euskadi se promueven dos tipos de concurso según la vacuna y el número de proveedores: los concursos abiertos, para aquellas vacunas con varios proveedores, y los concursos negociados por exclusividad, para aquellas vacunas donde hay un sólo proveedor. Ambos contratos pueden dar lugar a prórrogas por 1 o 2 años. Durante el año 2022 se promovieron los siguientes contratos para la adquisición de las vacunas a administrar al largo del 2023:

- Contratos de concursos abiertos:
 - DTP-VPI-HIB+HB
 - Td
 - Meningococo ACWY
 - DTPa-VPI
 - Virus hepatitis A para población adulta
 - Virus hepatitis A para población infantil
 - Virus hepatitis B para población adulta
 - Virus hepatitis B para población infantil

- Contratos de concursos negociados por exclusividad:
 - Virus hepatitis A+B para población adulta
 - Virus hepatitis A+B para población infantil
 - Meningococo B para grupos de riesgo
 - Meningococo B para calendario infantil
 - Meningococo C
 - Haemophilus influenzae b
 - Virus del papiloma humano
 - Virus del herpes zoster
- Contrato 1ª prórroga:
 - Virus de la rabia
- Contratos 2ª prórroga:
 - Neumococo 13 v
 - Neumococo 23 v
 - Meningococo ACWY para grupos de riesgo
 - Rotavirus
 - Triple vírica
 - Varicela
 - dTpa
 - Virus hepatitis B para grupos de riesgo

El **Sistema de Información de Vacunación (SIV)** es una herramienta fundamental para monitorizar la implementación de los programas de vacunación e inmunizaciones. Su regulación viene recogida en la [ORDEN de 13 de febrero de 2009](#). El SIV recoge datos sobre las vacunaciones realizadas en la población en el ámbito territorial de Euskadi, de conformidad con el calendario vacunal, así como con los protocolos y los programas de vacunación aprobados oficialmente. Recoge principalmente la información facilitada por Osakidetza que se registra en los formularios de vacunación de la Historia Clínica Electrónica, así como información sobre las vacunas administradas por otros proveedores de salud como los servicios de prevención de riesgos laborales o los centros sanitarios privados. El SIV debe adaptarse a las actualizaciones en las recomendaciones de vacunación e inmunizaciones que se van implementando en los programas de vacunación.

Otra de las actividades realizadas incluye el **seguimiento de los programas de vacunación**. Dicho seguimiento se realiza mediante la explotación del SIV de Euskadi, calculando los indicadores de cobertura de vacunación. En general, el cálculo se realiza mediante la estimación del porcentaje de niños y niñas, de una cohorte determinada, vacunados con una dosis concreta de una vacuna especificada. En caso de la población diana sea diferente, la estimación se realiza sobre dicha población diana.

Tabla 12. Coberturas de vacunación en Euskadi. SIV, años 2017-2022

Vacuna/antígeno:	Dosis	2017	2018	2019	2020	2021	2022*
DIFTERIA/TÉTANOS	Recuerdo 3	89 %	81 %	70 %	76 %	75 %	76 %
DIFTERIA/TÉTANOS	Recuerdo 2	92 %	97 %	99 %	94 %	94 %	97 %
DIFTERIA/TÉTANOS	Embarazadas	62 %	87 %	89 %	71 %	72 %	74 %
GRIPE	60-64 años					28 %	29 %
GRIPE	65-74 años					66 %	64 %
GRIPE	> 74 años				71 %	81 %	80 %
GRIPE	Embarazadas	33 %	35 %	44 %	60 %	43 %	42 %
GRIPE	Personal sanitario	32 %	32 %	37 %	77 %	66 %	52 %
HEXAVALENTE-DTPa	2 dosis	94 %	97 %	94 %	97 %	89 %	
HEXAVALENTE-DTPa	Recuerdo 1	93 %	93 %	93 %	85 %	91 %	92 %
HEXAVALENTE-HB	2 dosis	94 %	97 %	94 %	97 %	89 %	96 %
HEXAVALENTE-HB	Recuerdo 1	93 %	93 %	93 %	85 %	91 %	92 %
HEXAVALENTE-Hib	2 dosis	94 %	97 %	94 %	97 %	89 %	96 %
HEXAVALENTE-Hib	Recuerdo 1	93 %	93 %	93 %	85 %	91 %	92 %
HEXAVALENTE-VPI	2 dosis	94 %	97 %	94 %	97 %	89 %	96 %
HEXAVALENTE-VPI	Recuerdo 1	93 %	93 %	93 %	85 %	91 %	92 %
MENINGOCOCO ACWY	Recuerdo 2			70 %		100 %	93 %
MENINGOCOCO C	Dosis 1	94 %	98 %	96 %	96 %	86 %	95 %
MENINGOCOCO C	Recuerdo 1	89 %	91 %	90 %	76 %	77 %	78 %
MENINGOCOCO C	Recuerdo 2	99 %	97 %	98 %	91 %	9 %	
MENINGOCOCO C**	Recuerdo 2						98 %
NEUMOCOCO CONJUGADA	2 dosis	92 %	94 %	95 %	96 %	86 %	96 %
NEUMOCOCO CONJUGADA	Recuerdo 1	88 %	91 %	93 %	85 %	91 %	91 %
TRIPLE VÍRICA	Dosis 1	96 %	97 %	94 %	95 %	81 %	94 %
TRIPLE VÍRICA	Dosis 2	95 %	93 %	94 %	90 %	83 %	88 %
VARICELA	Adolescentes	19 %	21 %	20 %	62 %	23 %	29 %
VARICELA	Dosis 1		91 %	93 %	94 %	83 %	79 %
VARICELA	Dosis 2				84 %	75 %	83 %
VIRUS DEL PAPILOMA HUMANO	Dosis 1	95 %	95 %	88 %	92 %	92 %	
VIRUS DEL PAPILOMA HUMANO	Dosis 2	93 %	93 %	85 %	89 %	69 %	

* Datos pendientes de consolidar / ** Se consideran las dosis con cualquier vacuna que contenga MenC

La implementación y mejora de los sistemas de información permite conocer con mayor detalle el desarrollo de los programas y debe adaptarse a las recomendaciones realizadas en cada momento. En este sentido, se observa un descenso de las coberturas en el periodo pandémico con cierta recuperación en los años posteriores. Debido a que son enfermedades sometidas a planes especiales a nivel internacional, ([Plan de Erradicación de la Polio](#) y [Plan de Eliminación del Sarampión y Rubéola](#)), se deben mejorar especialmente las coberturas de vacunación de triple vírica y de vacunas que contienen antígenos de polio.

La administración de vacunas y productos inmunizantes constituye una de las intervenciones más importantes dentro de los programas de salud pública. La implementación de las recomendaciones de inmunización, así como la adquisición y distribución de productos inmunizantes son fundamentales para garantizar la implementación de los programas de inmunizaciones.

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 a 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.

CONTAMINACIÓN BIÓTICA (POLEN)

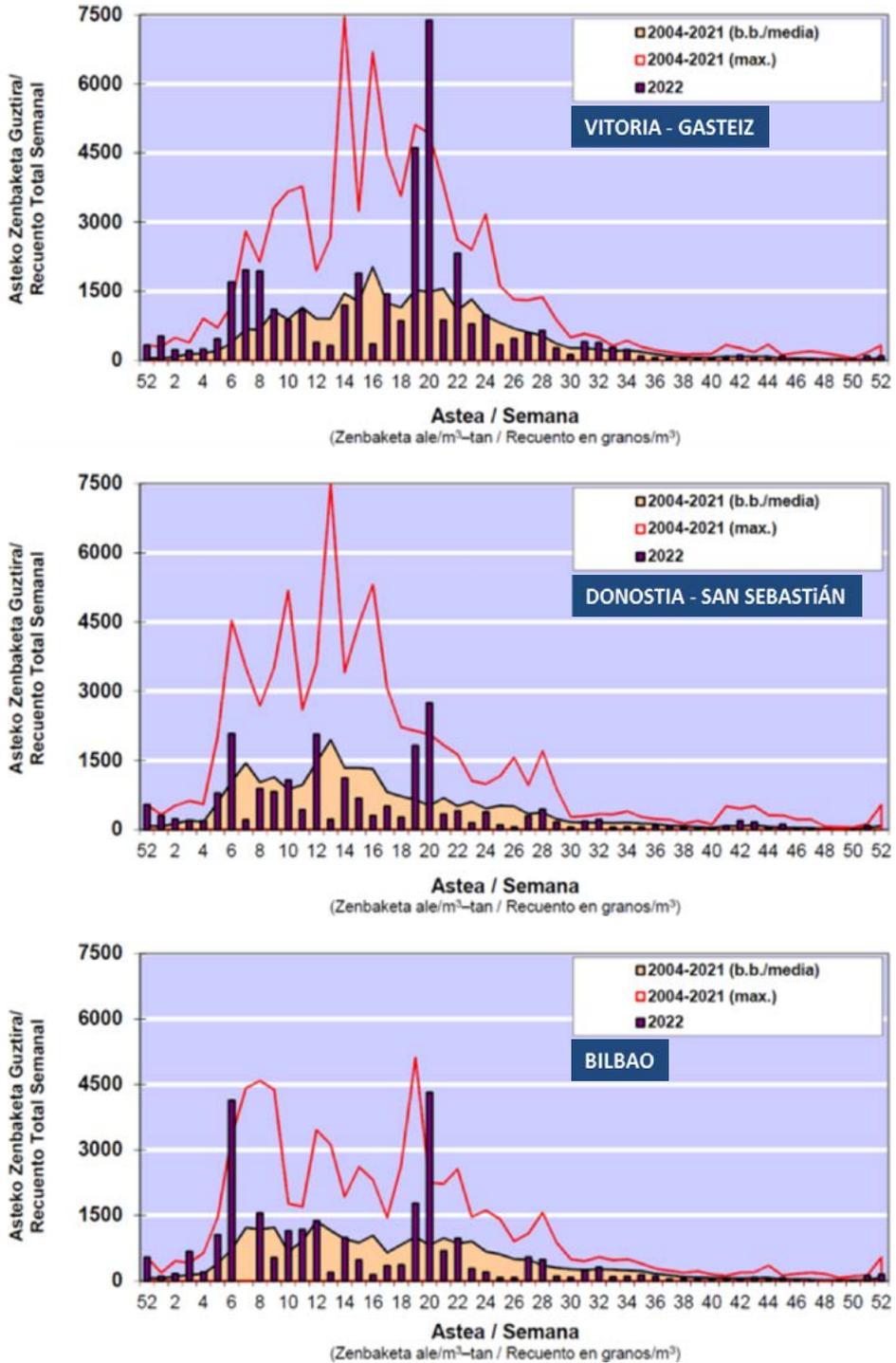
La Dirección de Salud Pública y Adicciones dispone de 3 estaciones captadoras de polen ubicadas en las capitales de los Territorios Históricos. Recogen muestras diarias que, preparadas en los laboratorios, se examinan para el recuento al microscopio óptico, obteniéndose información de los niveles de 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 alergénico, los siguientes:

Alnus (Aliso)	Ligustrum (Aligustre)
Betula (Abedul)	Pinus (Pino)
Castanea (Castaño)	Platanus (Plátano)
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 2022 (en barras) con los máximos (en rojo) y valores medios (en naranja) del periodo 2004-2021.

Figura 18. Recuentos polínicos semanales en las capitales de los Territorios Históricos. Euskadi, 2022



En la siguiente tabla se resume el número de semanas de 2022 en que se vieron superados los recuentos totales semanales promedio y máximo históricos del periodo 2004-2021 y se indican, en orden de abundancia, los tipos mayoritarios con recuento anual superior al 5 % del total.

Tabla 13. N° semanas de 2022 en las que se superaron el promedio semanal y el máximo histórico del periodo 2004-2021 y tipos mayoritarios en orden de abundancia.

Estación	N° de semanas de 2022 en que se superó el promedio semanal del periodo 2004-2021	Tipos mayoritarios en 2022 (en orden de abundancia)
Vitoria-Gasteiz	18 semanas (>Promedio) 3 semanas (>Máximo)	Cupressaceae/Taxaceae, Quercus, E. Alternaria, Platanus, Poaceae (gramíneas), Urticaceae.
Donostia San Sebastián	13 semanas (>Promedio) 2 semanas (>Máximo)	Quercus, Cupressaceae/Taxaceae, Alnus, Urticaceae, Pinus, Platanus, Poaceae (gramíneas), Fraxinus.
Bilbao	15 semanas (>Promedio) 4 semanas (>Máximo)	Pinus, Quercus, Urticaceae, Cupressaceae /Taxaceae, Poaceae (gramíneas).

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 y, periódicamente, el perfil ambiental de Euskadi.

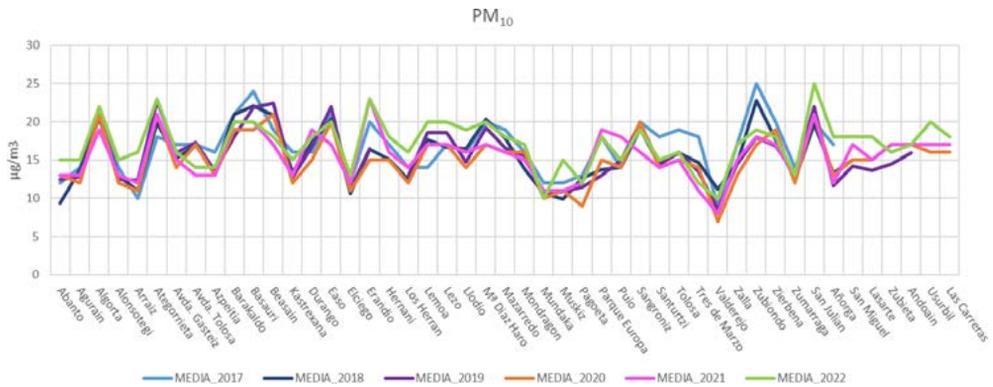
Ante denuncias o episodios de superación de determinados contaminantes desde el Departamento de Salud se realiza investigación con la colaboración del Departamento de Medio Ambiente y el laboratorio de Salud Pública y se realizan evaluaciones de riesgos.

Tabla 14. Valores límite establecidos y valores recomendados por la OMS para los principales contaminantes atmosféricos

Contaminantes	Valores límite RD 102/2011	Valores recomendados OMS (2021)
PM _{2.5}	Promedio anual: 25 µg/m ³	Promedio diario: 15 µg/m ³ Promedio anual: 5 µg/m ³
PM ₁₀	Promedio diario: 50 µg/m ³ (no superar más de 35 veces) Promedio anual: 40 µg/m ³	Promedio diario: 45 µg/m ³ Promedio anual: 15 µg/m ³
NO ₂	promedio anual: 40 µg/m ³	Promedio diario: 25 µg/m ³ Promedio anual: 10 µg/m ³
SO ₂	Promedio diario: 125 µg/m ³	Promedio diario: 40 µg/m ³
O ₃	Promedio octohorario: 120 µm/m ³	Media diaria octohoraria: 60 µm/m ³

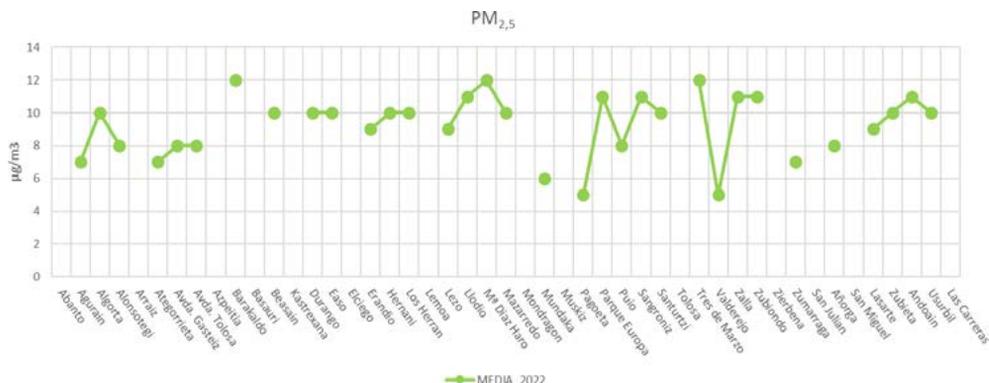
El ozono, dióxido de nitrógeno y la materia particulada (PM) son en la actualidad reconocidos como los 3 contaminantes más significativos que afectan directamente a la salud humana.

Figura 19. Medias anuales de PM₁₀, por estación de medida de la Red de Control de Calidad del Aire, 2017-2022



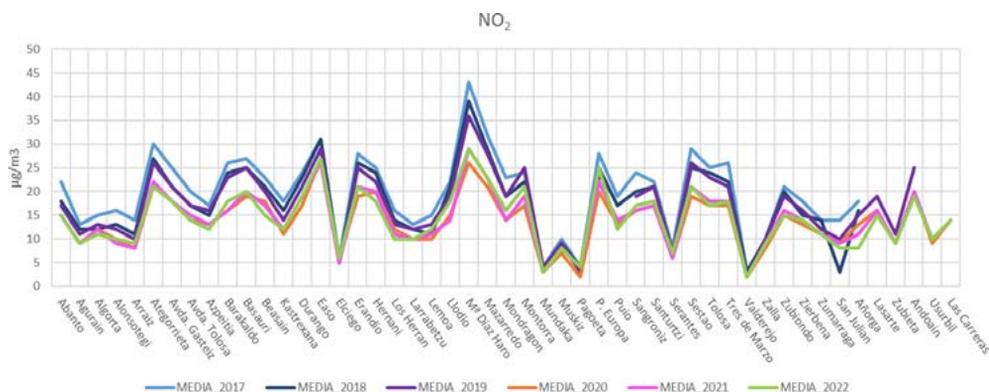
*Red de Control de Calidad del Aire de la Comunidad Autónoma de Euskadi (CAE). Gobierno Vasco. Departamento de Desarrollo Económico, Sostenibilidad y Medio Ambiente. **Valor límite para medias anuales de PM10: 40 µg/m³

Figura 20. Medias anuales de PM_{2,5}, por estación de medida de la Red de Control de Calidad del Aire. Año, 2022



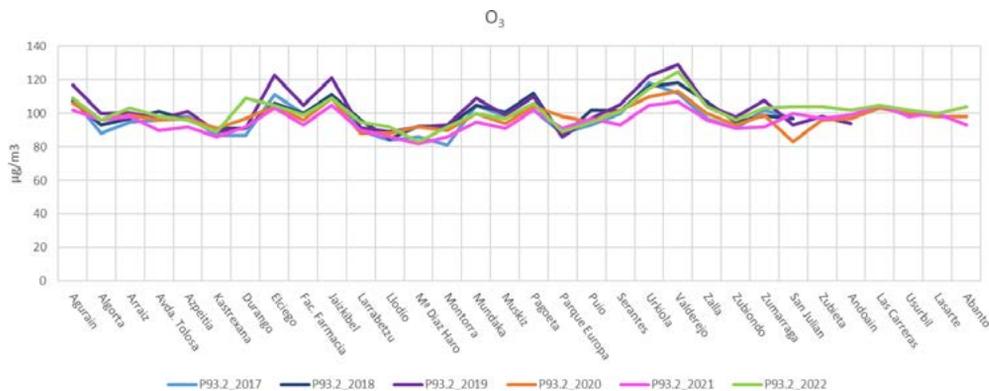
*Red de Control de Calidad del Aire de la CAE. Gobierno Vasco. Departamento de Desarrollo Económico, Sostenibilidad y Medio Ambiente. ** Valor límite para medias anuales de PM_{2,5}: 20 µg/m³

Figura 21. Medias anuales de NO₂, por estación de medida de la Red de Control de Calidad del Aire*, 2017-2022



*Red de Control de Calidad del Aire de la CAE. Gobierno Vasco. Departamento de Desarrollo Económico, Sostenibilidad y Medio Ambiente. **Valor límite para medias anuales de NO₂: 40 µg/m³

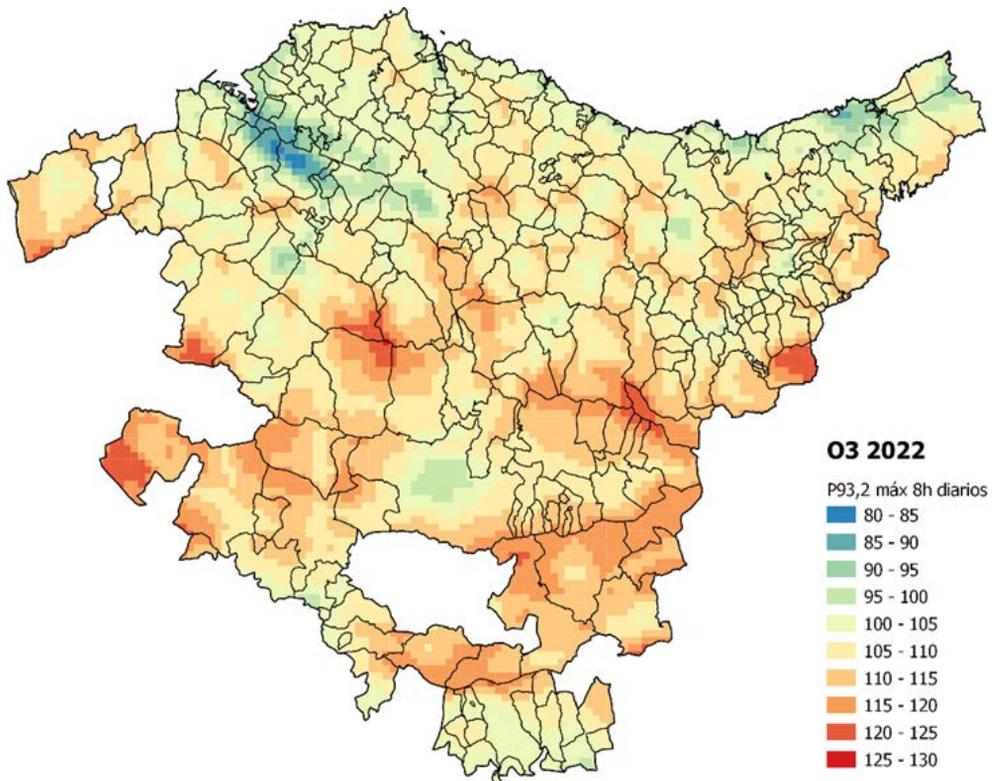
Figura 22. Percentil 93,2 anual, de promedios máximos octohorarios de concentración de ozono en aire (O₃), por estación de medida de la Red de Control de Calidad del Aire*, 2017-2022.



*Red de Control de Calidad del Aire de la CAE. Gobierno Vasco. Departamento de Desarrollo Económico, Sostenibilidad y Medio Ambiente. ** Indicador de superación del valor objetivo para el P93,2 anual de O₃: 120 µg/m³

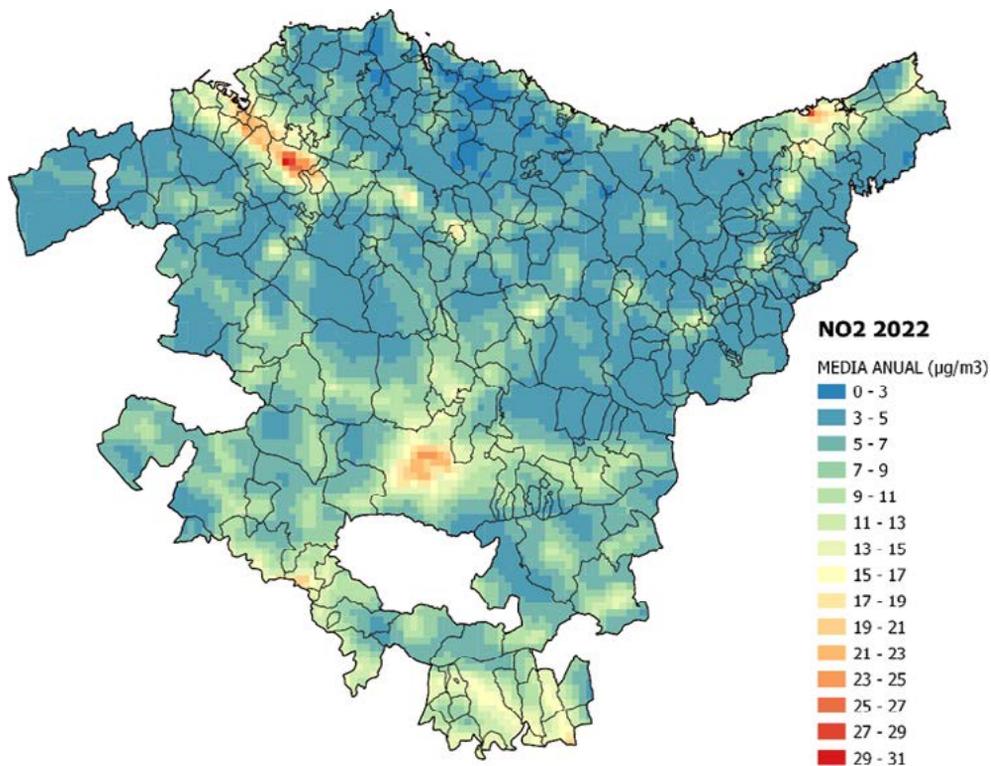
A partir de los estadísticos anuales obtenidos de las mediciones registradas para el Ozono y NO_2 en las estaciones de la Red mediante el método de kriging se obtiene una visión espacial de la situación de la calidad del aire en todo el territorio de la Comunidad Autónoma de Euskadi (CAE) para poder estimar la exposición de la población.

Figura 23. Estimación de la distribución espacial (kriging) de los niveles de O_3 en Euskadi. Red de Control de Calidad del Aire de la CAE*, 2022



*Red de Control de Calidad del Aire de CAE. Gobierno Vasco. Departamento de Departamento de Desarrollo Económico, Sostenibilidad y Medio Ambiente

Figura 24. Estimación de la distribución espacial (kriging) de los niveles de NO₂ en Euskadi. Red de Control de Calidad del Aire de la CAE*, 2022

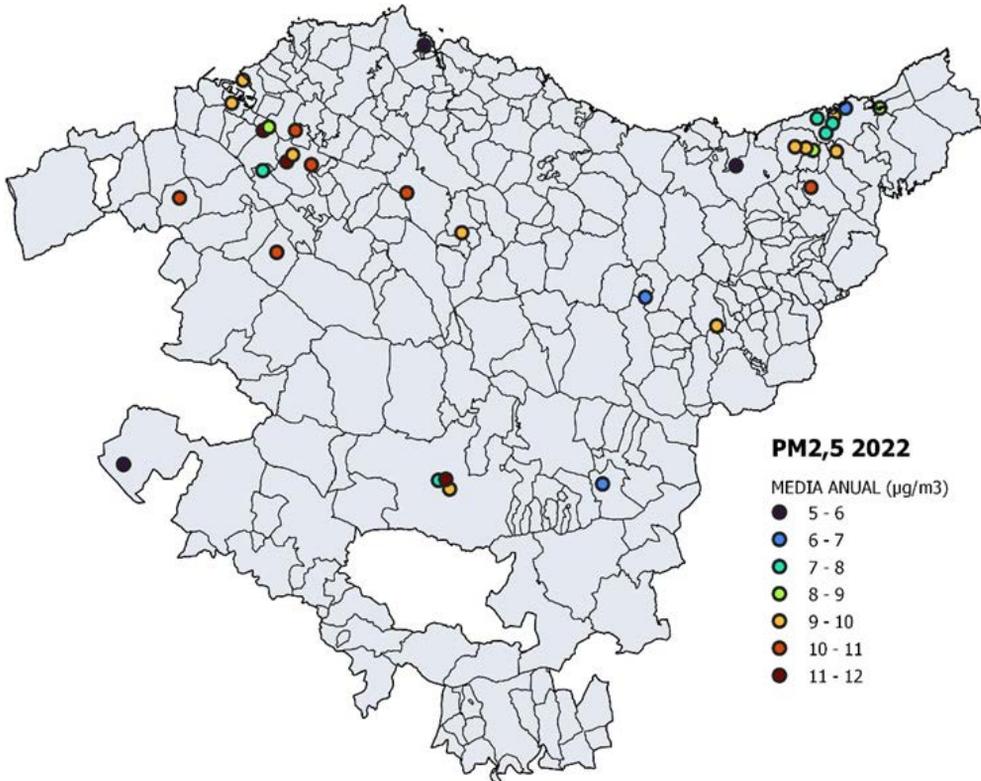


*Red de Control de Calidad del Aire de la CAE. Gobierno Vasco. Departamento de Departamento de Desarrollo Económico, Sostenibilidad y Medio Ambiente

En el caso de las partículas PM₁₀ y PM_{2,5}, no se encuentra una correlación clara con otras variables espaciales de uso del terreno, por lo que el análisis geoestadístico no ofrece resultados con peso significativo.

En la figura siguiente, se ha representado la media anual de PM_{2,5} (con un mayor impacto en la salud que el PM₁₀) en las estaciones de medida.

Figura 25. Medias anuales de PM2,5, por estación de medida de la Red de Control de Calidad del Aire. Año, 2022



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 Euzkadi, la Red de control y vigilancia de las aguas 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, por el que también se crea el Sistema de Información de las Aguas de Consumo Público de la CAE (EKUIS). Este 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 todas las zonas de abastecimiento de Euzkadi, en distintos puntos de muestreo.

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. En 2023, se firmó un nuevo convenio que 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.

En Euskadi existen en la actualidad 381 Zonas de Abastecimiento (ZA) y 70 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 15. N° de zonas de abastecimiento y Unidades de Control y Vigilancia (2022)

T.H.	UCV	ZA
Araba	39	224
Bizkaia	19	74
Gipuzkoa	12	83
Euskadi	70	381

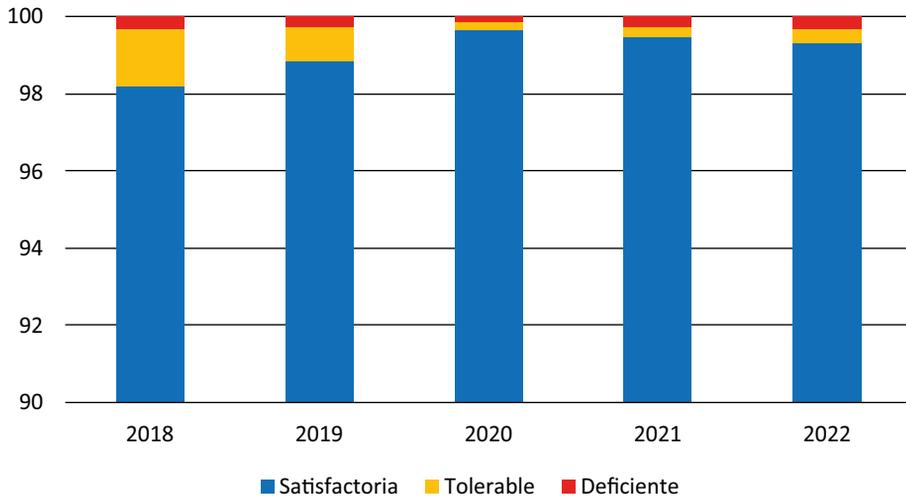
Fuente: EKUIS (Sistema de Información de Aguas de Consumo de EUSKADI)

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 99,35 % de la población recibe agua que cumple todos los estándares de calidad vigentes (0,38 % tolerable y 0,27 % deficiente).⁷

⁷ Calificación sanitaria de las aguas de consumo en función del % de análisis aptos:

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

Figura 26. Porcentaje de población de la CAE que recibe agua de calidad satisfactoria, tolerable y deficiente (periodo 2018-2022)



Fuente: Unidades de Salud Ambiental

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 16. Población por Territorio Histórico y año que recibe agua de calidad satisfactoria, tolerable y deficiente* (en nº de habitantes y % de población)

Población (Nº hab. y %)	2018	2019	2020	2021	2022
ARABA					
Satisfactoria	320.732 (98,5 %)	318.733 (97,2 %)	325.473 (98,6 %)	323.460 (98,0 %)	325399 (98,4 %)
Tolerable	2494 (0,8 %)	4.424 (1,3 %)	3.663 (1,1 %)	2.982 (0,9 %)	1455 (0,4 %)
Deficiente	2292 (0,7 %)	4.910 (1,5 %)	1.073 (0,3 %)	3.747 (1,1 %)	3838 (1,2 %)
Total	325.518	327.967	330.209	330.189	330692
BIZKAIA					
Satisfactoria	1.108.238 (97,2 %)	1.130.991 (99,0 %)	1.147.233 (99,8 %)	1.142.169 (99,8 %)	1.132.955 (99,5 %)
Tolerable	28.495 (2,5 %)	10.634 (0,9 %)	456 (0,04 %)	761 (0,1 %)	4.689 (0,4 %)
Deficiente	3.929 (0,3 %)	1.228 (0,1 %)	1.355 (0,1 %)	1.193 (0,1 %)	1.565 (0,1 %)
Total	1.140.662	1.142.853	1.149.044	1.144.123	1.139.209

Salud Pública y Adicciones. Informe 2022

Población (N° hab. y %)	2018	2019	2020	2021	2022
GIPUZKOA					
Satisfactoria	674505 (99,6 %)	713.576 (98,5 %)	719.534 (99,9 %)	716.064 (99,6 %)	714.012 (99,6 %)
Tolerable	1.888 (0,3 %)	3.300 (0,46 %)	624 (0,1 %)	1.931 (0,3 %)	2070 (0,3 %)
Deficiente	666 (0,1 %)	321 (0,04 %)	300 (0,04 %)	892 (0,1 %)	534 (0,1 %)
Total	714.269	717.197	720.458	718.887	716.616
EUSKADI					
Satisfactoria	2.140.685 (98,2 %)	2.163.300 (98,9 %)	2.192.240 (99,7 %)	2.181.693 (99,5 %)	2.172.366 (99,3 %)
Tolerable	32.877 (1,5 %)	18.258 (0,8 %)	4.743 (0,2 %)	5.674 (0,3 %)	8214 (0,4 %)
Deficiente	6.887 (0,3 %)	6.459 (0,3 %)	2.728 (0,1 %)	5.832 (0,2 %)	5937 (0,3 %)
Total Euskadi	2.180.449	2.188.017	2.199.711	2.193.199	2.186.517

* Calificación sanitaria de las aguas de consumo en función del % de análisis aptos: ≥ 95 % Satisfactoria; ≥ 90 % y < 95 % Tolerable; < 90 % Deficiente. 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 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 CAV de manera que, desde 2020, la valoración global de más del 90 % de las auditorías ha sido favorable.

Tabla 17. N° auditorías realizadas (periodo 2018-2022)

Año	N° auditorías a 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
2022	74	67 (91 %)	7	0

Fuente: Datos extraídos del Sistema de Información de Salud Ambiental (SISA).

Tabla 18. Verificación analítica. N° análisis por perfil analítico (periodo 2018-2022)

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
2022	1611	7199	5226	3395	1958	19389

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

Además, se han realizado 1169 análisis sin perfil definido para el seguimiento de problemáticas específicas de los sistemas de abastecimiento, así como estudios e investigaciones encaminadas a disminuir la exposición a subproductos de la desinfección en aquellas zonas de abastecimiento con problemas específicos de estas sustancias.

La vigilancia de los riesgos para la salud derivados del consumo de agua ha evolucionado a lo largo de los años adaptándose a los cambios producidos por los avances tecnológicos y el conocimiento científico. Así la mejora en las infraestructuras, en los tratamientos, cada vez más complejos, la capacidad de detección de mayor número de contaminantes a concentraciones más bajas y los cambios en el enfoque de la gestión de riesgos, incorporando los principios del análisis de peligros y puntos de control críticos a los abastecimientos ha proporcionado una elevada garantía de calidad en la CAE.

No obstante, nos exponemos a nuevos desafíos. Hoy en día nadie pone en duda que el cambio climático tiene un impacto directo en los recursos hídricos y en la calidad del agua, con consecuencias en la salud. Esta realidad se ha hecho patente en nuestro entorno este año, en el que el periodo comprendido entre mayo y agosto de 2022, ha sido el más seco desde 2003. Para hacer frente a esta situación, ha sido necesario recurrir al abastecimiento mediante cisternas en varias zonas de la CAE.

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 se ha traspuesto al ordenamiento jurídico estatal en enero de 2023. La entrada en vigor de esta nueva legislación plantea 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. La nueva normativa establece un mecanismo de lista de observación para los contaminantes emergentes, además de actualizar la lista de parámetros y valores paramétricos a vigilar en el agua de consumo.

Entramos, por tanto, en un nuevo ciclo en el control y vigilancia del agua de consumo a partir del próximo año en el que se hace cada vez más necesario reforzar las líneas de colaboración y coordinación de todos los agentes que intervienen en la gestión del ciclo del agua.

3.1.3. Aguas de baño

ZONAS DE BAÑO

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	5	5
Bizkaia	21	33
Gipuzkoa	16	24
Euskadi	42	62

Fuente: Unidades de Salud Ambiental.

El Programa de Zonas de Baño tiene como objetivo general conseguir la reducción de la morbilidad asociada al uso de estas zonas de recreo, mediante el control de las condiciones higiénico-sanitarias de las zonas de baño, tanto en lo que se refiere a la calidad del agua como al entorno que rodea a la misma, a fin de proteger la salud de los usuarios.

La normativa de aplicación es:

1. Directiva 2006/7/CE relativa a la gestión de las aguas de baño
2. Real Decreto 1341/2007 de 11 de octubre, transposición de la Directiva
3. Decisión de Ejecución de la Comisión de 27 de mayo de 2011.

Y como guía de referencia empleamos la guía de la OMS: “*Guidelines on recreational water quality: Volume 1 coastal and fresh waters (2021)*”.

Las actividades realizadas son:

1. Controles analíticos semanales sobre la calidad de las aguas de baño, determinando los parámetros microbiológicos obligatorios según la normativa: Escherichia coli y Enterococos intestinales. Inspecciones periódicas para evaluar las condiciones higiénico-sanitarias del entorno de la playa.
2. Comunicación de los resultados analíticos y recomendación de baño según los mismos a los gestores (municipios, diputaciones forales, consorcios de aguas), otras autoridades competentes (Agencia Vasca del Agua-URA, Confederación Hidrográfica del Ebro) y ciudadanía en general (página web, Geoeuskadi y Opendata). Existe una coordinación y colaboración con los gestores y la Agencia Vasca del Agua-URA en el desarrollo y ejecución de las actividades que conllevan investigación en de los episodios de contaminación e información al público en la propia zona de baño (cartelería, megafonía).
3. Actuaciones en caso de comunicación de incidencias desde SOS DEIAK o desde los gestores o ciudadanía. Adopción de medidas cautelares en situaciones que puedan suponer riesgos para la salud en caso de ser necesario.

La siguiente tabla resume el número de análisis e inspecciones realizadas por Territorio Histórico y Euskadi, así como el número de episodios con la calificación de baño prohibido.

Tabla 19. Número de análisis, inspecciones realizadas y episodios de baño prohibido, por Territorio Histórico. Euskadi, 2022

Territorio	Nº Análisis	Nº Inspecciones	Episodios de Baño Prohibido
Araba	60	24	0
Bizkaia	647	112	2
Gipuzkoa	384	57	3
Euskadi	1091	193	5

Las zonas de baño se clasifican en base a los resultados de las 4 últimas temporadas de baño, según los criterios establecidos en el anexo II del Real Decreto 1341/2007 pudiendo resultar de calidad insuficiente, suficiente, buena o excelente.

Figura 27. Clasificación de las zonas de baño de Euskadi, según criterio de calidad de RD 1341/2007. Año 2022

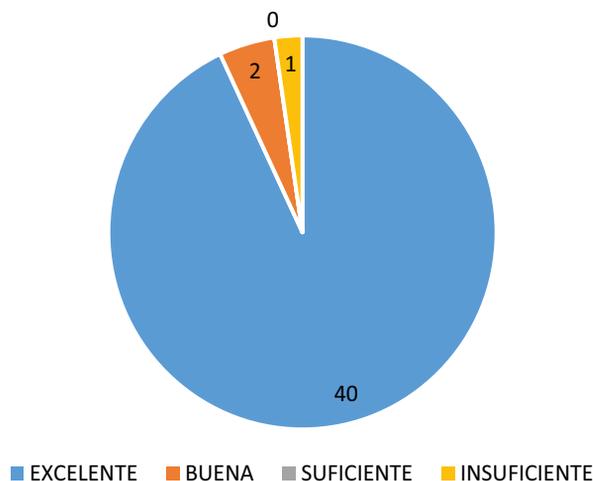
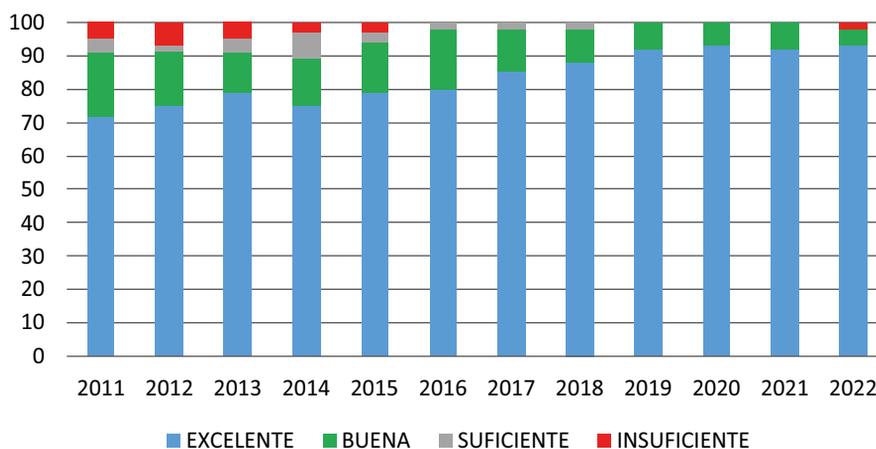


Figura 28. Resultados de la calidad del agua de baño (%) por punto de muestreo en Euskadi. Años 2011-2022



De acuerdo con las actividades realizadas y los resultados de la vigilancia, se realiza el siguiente análisis para esta temporada de baño

- Esta ha sido la primera temporada tras 2020 y 2021, en la que no se han adoptado medidas especiales por la pandemia de COVID-19 que restringiesen la asistencia o los servicios que se prestan en las zonas de baño.
- Las condiciones meteorológicas del verano 2022, escasez de precipitaciones y una mayor cantidad de radiación solar; han favorecido una elevada afluencia de personas usuarias y han mejorado en general la calidad del agua de baño, con una reducción del número de episodios de baño prohibido. Sin embargo, han puesto de manifiesto otras problemáticas, como: un empeoramiento del estado de los arroyos cercanos

a las playas, un problema de calidad en zonas fluviales continentales como zona de baño Usako, y la presencia de fenómenos no usuales en las playas como presencia de espumas persistentes por crecimientos de algas, aparición de organismos como salpas o isópodos que pueden generar situaciones puntuales de alarma entre los usuarios.

- El número de zonas de Baño que pasan a EXCELENTE ha aumentado (3 zonas más), debido a las buenas condiciones meteorológicas y las mejoras en la gestión de las redes primaria de saneamiento. Sin embargo, disponemos de una zona, incorporada al censo en 2021, evaluada como insuficiente, en la que no se ha podido establecer medidas de gestión apropiadas para disminuir el riesgo de episodios de contaminación. La evaluación de esta zona continua durante el año 2023.
- Se realizó una revisión del procedimiento de solicitud de alta de zonas de baño en el censo oficial estableciendo criterios para realizar una preevaluación de la calidad del agua. Esta revisión también participó la Agencia Vasca del Agua-URA.

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:

1. Por una parte, a lo largo de 2022 se ha gestionado todo el programa a través del nuevo Sistema de Información de Salud Ambiental (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.
2. Por otra parte, se instalan un tipo nuevo de zonas recreativas con agua, 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 (aunque se está trabajando para la publicación del Decreto de Piscinas y ARAs que sustituya al D32/2003, por el que se aprueba el reglamento sanitario de piscinas de uso colectivo) y, sin embargo, son cada vez más frecuentes en los municipios, por lo que requieren de un seguimiento específico. Estas instalaciones también se han gestionado a través de la SISA.

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.

En 2022, se retomó la actividad de inspección y se ha llegado a completar el 96.7 % de las auditorías planificadas en SISA.

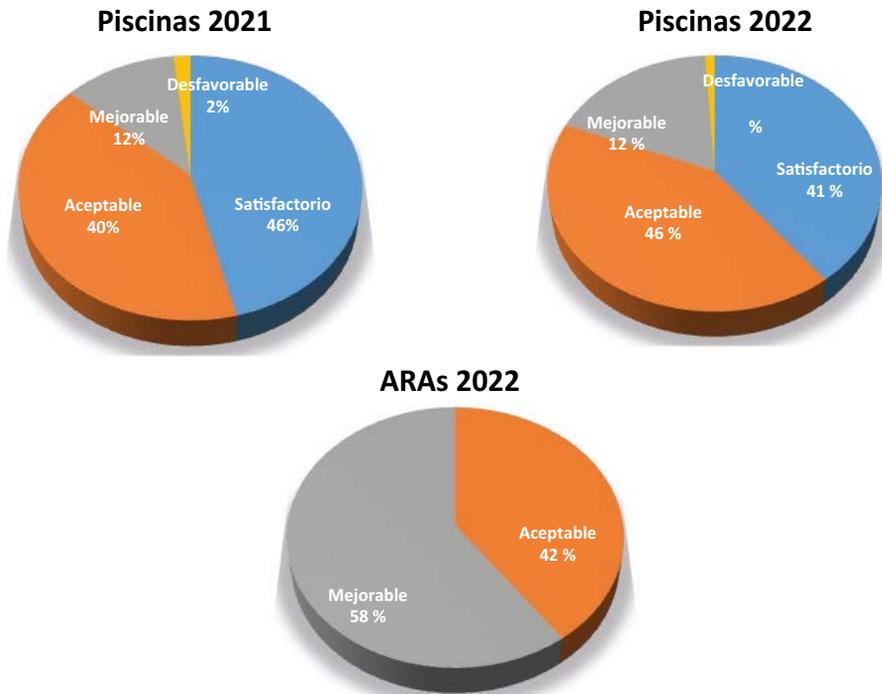
En el caso de las ARAs, son instalaciones de reciente creación por lo que algunas aún no tienen un plan de autocontrol completamente implantado y les penaliza el hecho de que todas ellas presentan elementos con aerosolización, que incrementan el riesgo estructural. Es necesario un seguimiento en el tiempo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

Tabla 20. Número de instalaciones a controlar, auditorías y muestreos realizados en piscinas y áreas recreativas de agua (ARAs) por Territorio Histórico de Euskadi. Año 2022.

Nº (%)	2022						
	Piscinas				ARAs		
	Instalacio- nes	Audito- rías ¹	Muestras	Otras ins- pecciones	Instalacio- nes	Auditorías	Muestras
Araba	58	21 (36 %)	59	4	1	1	1
Bizkaia	133	68 (51 %)	206	1	5	5	5
Gipuzkoa	88	72 (58 %)	115	9	6	6	6
Euskadi	279	161 (52 %)	380	14	12	12	12

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

Figura 29. Clasificación de las instalaciones en función del riesgo⁸



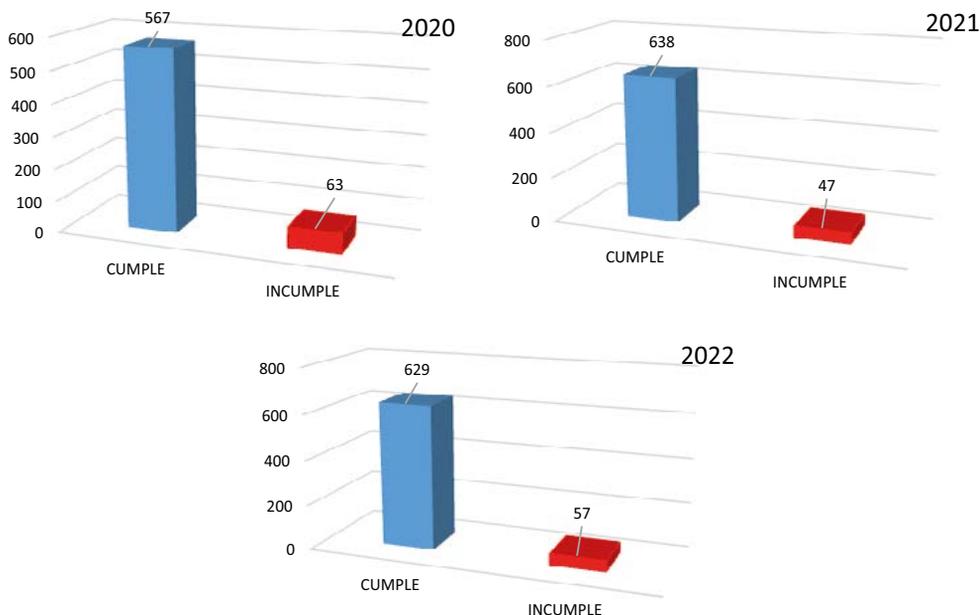
Fuente: Sistema de Información de Salud Ambiental (los datos corresponden a las instalaciones de uso público de los 3 TTHH sin tener en cuenta las capitales).

En 2022 se ha observado una pequeña disminución del porcentaje de instalaciones en situación desfavorable. Por otra parte, el descenso del porcentaje de instalaciones satisfactorias del 46 % al 41 % se ha traducido, en su mayoría, en un incremento del porcentaje de instalaciones clasificadas como aceptables, del 40 % al 46 %.

⁸ 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)

Figura 30. Cumplimiento de criterios establecidos en resultados de análisis realizados. Euskadi, años 2020-2022



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.

En cuanto a la valoración de los resultados del riesgo de las instalaciones, el 90 % de las instalaciones tienen un riesgo Leve-Moderado mientras que un 8.5 % tienen un riesgo Grave, sin que haya ninguna con Riesgo Muy Grave.

Otras actividades de los programas de este último año 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.
- de las solicitudes de exención de socorrista.
- Consultas de titulares de instalaciones respecto a:
 - Proyecto constructivo de nuevas piscinas.
 - Procedimientos y trámites a realizar:
 - Validez de titulaciones de los socorristas.

Es destacable el gran esfuerzo realizado en este programa para la implantación del mismo en SISA, mientras se mantenía el desarrollo de la vigilancia de las instalaciones en una situación de normalidad.

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*.

Según el riesgo estimado, se establece una mayor o menor frecuencia en las inspecciones-auditorías a realizar. En 2022 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), nebulizadores (NEB) y algún aspersionador (ASP).

Tabla 21. Censo 2022 de instalaciones de la CAE por tipo de instalación

TTHH*	CRF	ACS	FOR	LCA	LVH	NEB	ASP	TOTAL
Araba	92	106	0	1	9	9	0	217 16.5 %
Bizkaia	143	469	22	0	15	0	1	650 50 %
Gipuzkoa	133	266	8	2	26	0	0	435 33.5 %
TOTAL	368	844	30	3	50	9	1	1302 100 %

* Censo de las Comarcas de Salud Pública de la CAE no incluidas las de los ayuntamientos de Bilbao, Donostia y Gasteiz
Fuente: Sistema de Información de Salud Ambiental (SISA)

El número de inspecciones-auditorías y toma de muestras en instalaciones de riesgo de proliferación de *Legionella* durante el año 2022 se ha reanudado tras la situación excepcional de pandemia por Covid 19. Las inspecciones-auditorias de control (inspecciones de frecuencias y de mejoras) las propone la aplicación informática SISA (Sistema de Información de Salud Ambiental) en base a riesgo total calculado. Durante 2018 hasta 2020 se caracterizaron e inspeccionaron todas las instalaciones del censo (un tercio por año) para poder arrancar en 2021 con el cálculo del riesgo total.

En las inspecciones-auditorias se mide el riesgo que tienen las instalaciones de proliferación de *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 inspecciones-auditorías y el Riesgo Histórico de la instalación (RH). Mediante este Riesgo Total (RT) clasificamos las instalaciones como Satisfactorias, Aceptables, Mejorables o Desfavorables⁹.

⁹ Clasificación de las instalaciones en función del riesgo de proliferación de *Legionella*:

- Riesgo Leve (Satisfactorio): sin deficiencias o con deficiencias leves
- Riesgo Medio (Aceptable): con deficiencias menores
- Riesgo Grave (Mejorable): con deficiencias mayores
- Riesgo Muy Grave (Desfavorable): con deficiencias críticas (requieren subsanación inmediata)

Tabla 22. Número y porcentaje de instalaciones censadas en la CAE, según riesgo de proliferación de *Legionella*

RIESGO TOTAL	CRF	ACS	FOR	LCA	LVH	NEB	ASP	TOTAL
Leve	282 78 %	502 60 %	2 6.5 %	1 25 %	19 38 %	6 60 %	0 0 %	812 62 %
Medio	69 19 %	245 29 %	1 3.5 %	0 0 %	17 34	3 30 %	0 0 %	335 26 %
Grave	5 1 %	66 8 %	0 0 %	0 %	6 12 %	0 0 %	0 0 %	77 6 %
Sin Riesgo calculado	7 2 %	28 3 %	28 90 %	2 75 %	8 16 %	1 10 %	2 100 %	76 6 %
TOTAL	363 28 %	841 65 %	31 2.3 %	3 0.2 %	50 3.8 %	10 0.7 %	2 0.2 %	1300 100 %

Fuente: Sistema Integral Salud Ambiental (SISA)

Las instalaciones de riesgo de proliferación de *Legionella* de la CAE se encuentran en su mayoría (88 %) dentro de un Riesgo Total (RT) de la instalación Medio (26 %) o Leve (62 %), en concreto: el 97 % de los CRF (78 % leve + 19 % medio) y el 89 % de los ACS (60 % leve + 29 % medio).

Tabla 23. Inspecciones de tipo CONTROL (Frecuencias y Mejoras) en 2022 con Riesgo calculado

RIESGO TOTAL	CRF	ACS	FOR	LCA	LVH	NEB	ASP	TOTAL
Leve	69 62 %	207 52 %	0 0 %	2 100 %	12 %	2 41 %	0 %	292 53 %
Medio	38 34 %	142 36 %	0 0 %	0 0 %	13 %	4 45 %	0 %	197 36 %
Grave	4 4 %	50 12 %	1 100 %	0 0 %	4 %	0 14 %	0 %	59 11 %
TOTAL	111 20 %	399 73 %	1 0.2 %	2 0.4 %	29 5 %	6 1 %	0 0 %	548 100 %

Fuente: Sistema de Información de Salud Ambiental (SISA)

En 2022 se planificaron 554 inspecciones de tipo control (479 de Control Frecuencias y 75 de Control Mejoras) y se han realizado 548 inspecciones (478 de Frecuencias y 70 de Mejoras), además de 2 iniciales.

En 2021 se realizaron 577 inspecciones (546 de Frecuencias y 31 de Mejoras). Al igual que en 2021 en 2022 no se ha tramitado ningún expediente sancionador.

El porcentaje de inspecciones-auditorías de control frecuencias planificadas con la aplicación SISA en 2021 (42 %) y 2022 (37 %) es similar al de años precedentes, en los que se establecía inspeccionar un 33 % de las instalaciones cada tres años priorizando las instalaciones problemáticas o de riesgo percibido según el programa y las inspecciones de *Legionella*.

En las inspecciones-auditorías, además del control de la situación estructural y del programa de mantenimiento de las instalaciones, también se realizan controles analíticos

de supervisión para conocer el grado de colonización de las mismas y valorar la necesidad de actuaciones correctoras.

En 2022 se han planificado un total de 1993 muestras ambientales para análisis de *Legionella*. Se han realizado 1950 analíticas, las muestras se han tomado en los distintos tipos de establecimientos censados en el programa de *Legionella* y en aquellos elementos que aerosolizan del programa de piscinas (spas o similares y áreas de juegos recreativos), de las cuales 247 han resultado positivas, lo que resulta un 13 % del total, siendo este porcentaje igual al de 2021.

Tabla 24. Número de controles analíticos de *Legionella* realizados en la CAE en 2022 por tipo de instalación (NM) y número de muestras en las que se ha detectado *Legionella* (NM+).

TTHH / TIPO INSTALACIÓN	ARABA		BIZKAIA		GIPUZKOA		CAE	
	NM	NM+	NM	NM+	NM	NM+	NM	NM+
CRF	97	8	101	29	111	12	309	49
ACS	205	45	725	60	471	48	1401	153
FOR	0	0	5	0	8	0	13	0
LCA	2	0	0	0	5	0	7	0
LVH	9	2	16	0	9	0	34	2
NEB	5	0	0	0	0	0	5	0
ASP	0	0	3	2	0	0	3	2
Investigación Casos	24	11	52	11	33	0	108	22
TOTAL programa	342	66	902	102	635	60	1878	228
Programa PISCINAS	10	0	34	4	25	2	69	19
Total	352	66	936	106	660	62	1950	247

NM: Número de muestras de *Legionella*

NM+: Número de muestras de *Legionella* positivas

Fuente: Sistema de Información Salud Ambiental (SISA)

ESTUDIO AMBIENTAL DE CASOS DE LEGIONELOSIS DECLARADOS EN LA CAE

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 *Legionella* en las

instalaciones investigadas no se detecta o, cuando se detecta, no se dispone de muestras biológicas para compararlas con las ambientales.

Se han realizado 64 inspecciones documentales y 54 de tipo investigación motivadas por el estudio de los casos de *Legionella* notificados durante 2022, se han tomado 106 muestras, 86 en ACS de los domicilios de algunos casos u otras instalaciones declaradas en las encuestas epidemiológicas realizadas, 7 en agua fría, 8 en fuentes o similares, 4 en instalaciones de lavado de vehículos y 1 en un aparato respirador.

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 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 25. Actuaciones relativas a la vigilancia y control de productos químicos. Euskadi, 2017-2022

		ACTUACIONES					
		2017	2018	2019	2020	2021	2022
Registro ROESB ¹	Inscripciones/modificaciones/bajas	56	69	72	29	48	56
	Inspecciones	38	40	47	20	71	111
Red de Alerta SIRIPQ ²	Alertas tramitadas	32	28	16	22	11	26
	Alertas generadas	1	10	2	3	1	3
	Inmovilizaciones de productos	0	1	0	7	1	0
	Retiradas del mercado	4	1	1	10	1	1
	Expedientes sancionadores	0	0	0	0	0	1

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

² SIRIPQ (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 SANITARIOS EN PROCEDIMIENTOS AMBIENTALES

El Título IV de la ley 10/2021, de 9 de diciembre, de Administración Ambiental de Euskadi regula las actividades con incidencia en el medio ambiente a través de cuatro regímenes distintos de intervención ambiental, en base a la mayor o menor afección de dichas actividades sobre el medio ambiente y la salud de las personas:

1. **Autorizaciones Ambientales Integradas AAI** (actividades e instalaciones del Anexo I.A de la Ley)
2. **Autorizaciones Ambientales Únicas AAU** (actividades e instalaciones del Anexo I.B de la Ley)
3. **Licencias de Actividad Clasificada LCA** (actividades e instalaciones del Anexo I.C de la Ley)
4. **Comunicación previa de actividad clasificada** (actividades e instalaciones del Anexo I.D de la Ley)

La ley establece que dentro de estos procedimientos (excepto en la Comunicación previa) el órgano ambiental solicite un informe sanitario preceptivo y vinculante, simultáneamente al período de información pública (Capítulo III, art. 39 y Capítulo IV, art 51).

Por otra parte, el Título V de la ley está dedicado a las **Evaluaciones Ambientales**, para las que existe también una norma básica, la Ley 21/2013, de 9 de diciembre, de evaluación ambiental donde se definen como “el proceso a través del cual se analizan los efectos significativos que tienen o pueden tener los **planes, programas y proyectos**, antes de su adopción, aprobación o autorización sobre el medio ambiente.... “(art 5 Definiciones).

Las evaluaciones ambientales de proyectos se denominan Evaluaciones de Impacto Ambiental, EIA y las evaluaciones de planes y programas se denominan Evaluaciones Ambientales Estratégicas, EAE. En ambos procedimientos se regula el trámite de **Consultas a las administraciones públicas afectadas** por parte del órgano que tramita el expediente (art 30 y 37 de la Ley 21/2013, de 9 de diciembre, de evaluación ambiental y arts. 73 y 77 de la Ley 10/ 2021).

Como consecuencia, en todos los procedimientos de EIA y EAE que se tramitan en el País Vasco, el órgano con competencias sustantivas, habitualmente el órgano ambiental consulta con el Departamento de Salud en relación con los expedientes. En algunas circunstancias las consultas se realizan desde el/los Ministerio/s con competencias sustantivas (art 5 de la Ley 21/2013).

En todos los casos, los informes se realizan por los servicios de Salud Ambiental de las Subdirecciones de Salud Pública de los tres territorios y en algunos casos, por las Comarcas de Salud Pública (LAC en Gipuzkoa).

Tabla 26. Informes relacionados con tramitaciones medioambientales.

Actuaciones		2017	2018	2019	2020	2021	2022
Actividades clasificadas	Informes	356	371	355	299	324	171
Autorizaciones Ambientales Integradas	Informes	17	29	7	12	28	43
Evaluaciones de Impacto Ambiental	Informes	80	103	67	53	45	19

Fuente: Unidades de Salud Ambiental

ORDENACIÓN DEL TERRITORIO

Se continúa perteneciendo a 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

El Decreto 21/2015, de 3 de marzo, sobre gestión de los residuos sanitarios en la Comunidad Autónoma de Euskadi eliminó 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. Actualmente esta comunicación se encuentra automatizada en el procedimiento “(0106001) Comunicación productor residuos sanitarios” de la sede electrónica, con lo que no es necesario ningún tipo de actuación por parte del área de Salud Ambiental.

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 27. Expedientes de sanidad mortuoria tramitados. Euskadi, 2017-2022

Actuaciones		2017	2018	2019	2020	2021	2022
Sanidad mortuoria	Informes emitidos	11	5	2	2	0	5
	Inspecciones	6	4	5	3	6	2
	Autorizaciones de cementerios	9	0	0	1	0	0
	Autorizaciones de crematorios	0	1	1	0	2	1
	Autorizaciones de tanatorios	1	2	9	5	8	2
	Expedientes sancionadores	0	2	0	0	0	0

Fuente: Unidades de Salud Ambiental

3.1.6.4. VIGILANCIA DE MOSQUITOS AEDES INVASORES

La vigilancia de los mosquitos del género *Aedes* Spp. 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.

Su relevancia en Salud Pública radica en la emergencia de estas enfermedades, antes acotadas a otras latitudes.

En 2012 se detectó por primera vez huevos de *Aedes albopictus* en Bidart (Francia), por ello, 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 Irún 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. Desde entonces se ha ido estableciendo, principalmente, en las zonas urbanas del Gran Bilbao y Donostialdea y en la comarca de Bidasoa. Se trata de núcleos urbanos con mayor densidad de población y zonas más industrializadas.

En 2020 se empezó a detectar *Aedes japonicus* en cuatro municipios. Actualmente se estima que ya está establecido por todo Bizkaia y Gipuzkoa y puntualmente en Álava. Se ubica sobre todo en zonas no urbanas ya que requieren arbustos y arbolado.

Para vigilar la presencia y la posible expansión de estos mosquitos, en 2022 se colocaron ovitrampas de junio a noviembre en zonas urbanas y periurbanas de los municipios de Euskadi de más de 10.000 habitantes, además de en Derio, Aeropuerto de Bilbao, Laguardia, Legutio y Agurain. De los 46 municipios, 38 dieron positivo para *Aedes spp.*

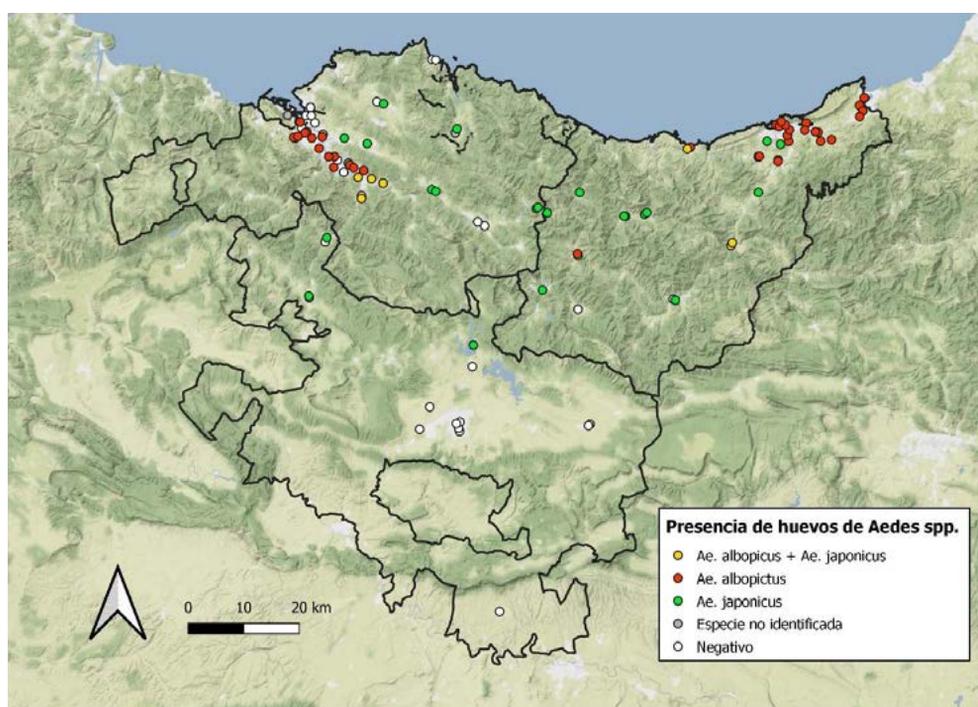
Para confirmar la especie implicada, se incubaron los huevos recogidos y se realizó la identificación de adultos tanto morfológicamente como con métodos moleculares (PCR). Tanto el recuento de huevos de las ovitrampas como la identificación de las especies, se realizó en NEIKER.

RESULTADOS

Se observa un aumento de presencia de huevos respecto al año anterior, y en lo que respecta al número de ovitrampas positivas, el incremento es significativo respecto al año 2021 (en algunos municipios todas las zonas seleccionadas han sido positivas), lo que indica que estas especies van progresando rápidamente en nuestro territorio.

A. albopictus ha sido la especie predominante en capacidad de puesta debido a las repetidas olas de calor ocurridas durante el verano no han favorecido al *A. Japonicus*.

Figura 31. Presencia de *Aedes albopictus* y *Aedes japonicus* en los municipios investigados. Euskadi, 2022



En lo que se refiere a la presencia de casos de arbovirosis en humanos, se han reportado 46 casos, todos ellos importados, es decir, la infección se produjo en el extranjero y el paciente desarrolló la enfermedad al volver al País Vasco.

La presencia simultánea del vector y de pacientes virémicos tiende a aumentar; por una parte, debido al cambio de las condiciones climáticas de Euskadi, que favorece la presencia del mosquito en más áreas y durante un periodo de tiempo más largo y, por otra

parte, por el incremento en el flujo de viajeros procedentes de zonas con transmisión activa de estas enfermedades.

Así pues, 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 ha trabajado 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, que estará disponible en 2023

3.1.7. Resumen de salud ambiental

Los indicadores de actividad de los programas de salud ambiental muestran que se han recuperado las actuaciones de los diferentes programas tras la reducción que tuvo lugar como consecuencia de la pandemia.

Las actuaciones en materia de aguas de consumo, control y prevención de legionelosis, zonas de baño y piscinas realizadas por los programas de salud ambiental junto con las de los operadores y otras administraciones han contribuido a alcanzar niveles elevados de protección con respecto a estos factores ambientales de la salud. No obstante, se están desarrollando nuevas normativas como es el caso de aguas de consumo y de control y prevención de la legionelosis que siguen estableciendo unos estándares más altos de protección de la salud y consecuentemente un mayor esfuerzo administrativo y dedicación de recursos.

Por otra parte, existen otros factores ambientales (cambio climático, calidad de aire, ruido, exposición a sustancias químicas, biomonitorización humana, resistencias a antimicrobianos, ordenación urbana, ...) que actualmente no disponen de normativa sanitaria propia y tienen un mayor impacto en la salud. Esta situación ha motivado que desde el área de salud ambiental se haya hecho un esfuerzo para alinear los recursos y el esfuerzo administrativo con resultados de mejora en salud de la población de Euskadi, iniciando ciertas actuaciones en estas áreas.

La evolución temporal de la calidad del aire y del agua (tanto de consumo como de baño) ha sido muy positiva en los últimos años, teniendo la calidad del aire todavía un mayor margen de reducción de su impacto en salud. En el caso del control y prevención de la legionelosis, se ha alcanzado también un nivel elevado de protección, pero se han de mantener los esfuerzos para asegurar el correcto mantenimiento de las instalaciones y así prevenir casos y brotes.

En resumen, se observa que estamos teniendo una situación de cambio ya que por una parte se alcanzado un nivel elevado de protección en los factores que se han controlado tradicionalmente en sanidad ambiental (agua de consumo, aguas de baño, control y prevención de la legionelosis, control de uso de biocidas, ...) pero están apareciendo otros que tienen mayor riesgo o impacto en la salud. Este cambio en los determinantes ambientales de la salud se asocia al cambio climático, la ordenación urbana, la forma de

vida y la globalización. Esto lleva a que factores como las temperaturas extremas, las especies invasoras, la calidad del aire, la resistencia a antimicrobianos, etc. adquieran más relevancia en la salud ambiental y que se tengan que abordar desde el principio de “Una única salud” que contemple la interacción entre salud de las personas, de los animales y del medio ambiente.

3.2. Salud alimentaria

3.2.1. Actividades en establecimientos alimentarios

La práctica totalidad de los alimentos que se destinan al consumo humano tienen un origen animal o vegetal y pueden ser vehículos de una carga microbiana alterante, capaz de interferir en su calidad; o patógena, capaz de producir problemas de salud. Además, la serie de operaciones, de transformación o comercialización, a que posteriormente se les somete supone, de no adoptarse las medidas preventivas oportunas, una posibilidad de contaminación o de agravar la preexistente.

Junto a tales riesgos microbiológicos, existen también, un amplio catálogo de posibles riesgos de carácter físico y/o químico que hacen necesario extremar las cautelas de higiene alimentaria, entendiéndose por tal la adopción de todas las medidas necesarias para garantizar, de una parte, la seguridad y salubridad de los productos alimenticios en cada una de las fases de preparación, transformación, fabricación, envasado, almacenamiento, transporte, distribución, manipulación y venta o suministro al consumidor y de otra, la trazabilidad a lo largo de las fases anteriores.

Además, las sucesivas crisis alimentarias sufridas en el ámbito de la UE en la década de los 90, junto con, el aumento de la complejidad en la cadena de producción/distribución de los alimentos, la incorporación a la cadena alimentaria de nuevos productos, y las mayores exigencias de los consumidores acerca de la calidad/seguridad de los alimentos ofertados por el mercado, pusieron de manifiesto las limitaciones de la normativa comunitaria existente en relación con la seguridad alimentaria.

Por otra parte, el Tratado de Funcionamiento de la Unión Europea (TFUE) exige que, se garantice un alto nivel de protección de la salud humana y animal y del medio ambiente. El logro de este objetivo debe conseguirse mediante medidas que, tengan como objetivo final la protección de la salud humana y que la Unión contribuya al logro de un alto nivel de protección de los consumidores mediante las medidas que adopte en el marco de la realización del mercado interior.

En desarrollo de tales mandatos, la UE ha establecido un sistema armonizado, cuya base se sitúa en el R (CE) 178/02, desarrollado a través de un conjunto de normas comunes para garantizar que los alimentos y los piensos sean seguros y saludables y que las actividades que puedan repercutir en la seguridad de la cadena agroalimentaria o en la

protección de los intereses de los consumidores (en relación con los alimentos y la información alimentaria) se realicen de conformidad con requisitos especificados.

Dicho sistema, parte del principio de que los operadores son responsables, en todas las fases de producción, transformación y distribución bajo su competencia, de garantizar el cumplimiento de los requisitos establecidos por la legislación que sean pertinentes para el desempeño de sus actividades, a través de la implantación de un sistema de autocontrol basado en los principios del Análisis de Peligros y Puntos de Control Crítico (APPCC) y las Buenas Prácticas de Higiene (BPH). A su vez, la responsabilidad de hacer cumplir la legislación de la Unión relativa a la cadena agroalimentaria corresponde a los EEMM, cuyas autoridades competentes controlan y comprueban, mediante la organización de controles oficiales, que se respeten y se apliquen efectivamente los requisitos pertinentes.

En el ámbito de dichos controles oficiales, los realizados en la Comunidad Autónoma de Euskadi durante el año 2022 han sido:

3.1.1.1. 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.

- **Situación de los establecimientos**

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

Tabla 28. Datos de censo de establecimientos. Euskadi, 2022

Censo	2022
Araba	3.355
Bizkaia	13.621
Gipuzkoa	8.436
Euskadi	25.412

Aproximadamente el 17 % de los establecimientos alimentarios censados en la C.A. de Euskadi son industrias con distintas actividades alimentarias cuyo ámbito de comercialización es estatal o comunitario, establecimientos inscritos en el Registro General Sanitario de Establecimientos Alimentarios y Alimentos (RGSEAA).

El 83 % restante de los establecimientos alimentarios son establecimientos cuya actividad está restringida a Euskadi, inscritos en el Registro de Establecimientos Alimentarios de la Comunidad Autónoma Vasca (REACAV). En el ámbito del REACAV el 50 % de los establecimientos se circunscriben al sector de 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 59 % de los establecimientos; en el otro extremo, los grupos de mayor riesgo D y E suponen un 17 % del total de establecimientos clasificados. Los establecimientos clasificados con riesgo medio son 24 %.

Tabla 29. % de establecimientos por riesgo. Euskadi, 2022

Riesgo	%
A	29
B	30
C	24
D	13
E	4

Tabla 30. Número de visitas de control realizadas. Euskadi, 2022

Visitas de Control	2022
Frecuencias	5.185
Seguimiento Mejoras	2.155
APPCC	355
APPCC Mejoras	91
Total	7.786

- a. “Inspección de Frecuencias”: inspección de control oficial, con una periodicidad establecida en base a la clasificación del establecimiento, según su riesgo sanitario (tipo de alimento, actividad, procesado, factor cliente, historial y confianza. Condiciones higiénico sanitarias)
- b. “Inspección de seguimiento de mejoras” inspección para la subsanación de las desviaciones detectadas en inspección de frecuencias
- c. “APPCC” 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, según su riesgo sanitario (tipo de alimento, actividad, procesado, factor cliente, historial y confianza. Condiciones higiénico sanitarias).
- d. APPCC Seguimiento de Mejoras” inspección para la subsanación de las desviaciones detectadas en las auditorias de autocontrol.

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 31. Otras actividades de control del control de establecimientos alimentarios de Euskadi.

		2022
1	Autorización	91
	Autorización mejoras	10
2	Comunicación	1.173
	Comunicación mejoras	343
3	Alertas	41
4	Reclamaciones (brotes)	174 (7)
5	Toma de muestras	1.135
6	Otras	1.703

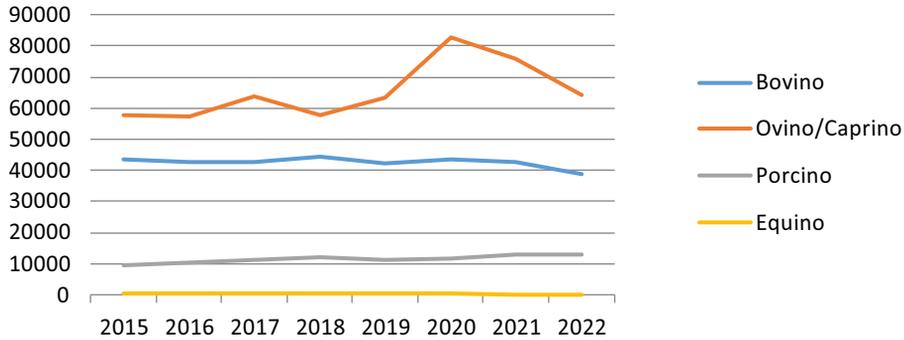
3.2.1.2. CONTROL DE MATADEROS

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.

Tabla 32. Nº de sacrificios y decomisos totales (DT) en mataderos. Euskadi, 2022

	Especie animal					
	Bovino	Ovino/caprino	Porcino	Aves	Conejos	Equino
Nº sacrificios	39.001	64.047	12.727	10.619.168	970.116	131
Nº decomisos totales	57	95	19	58.855	12.122	0

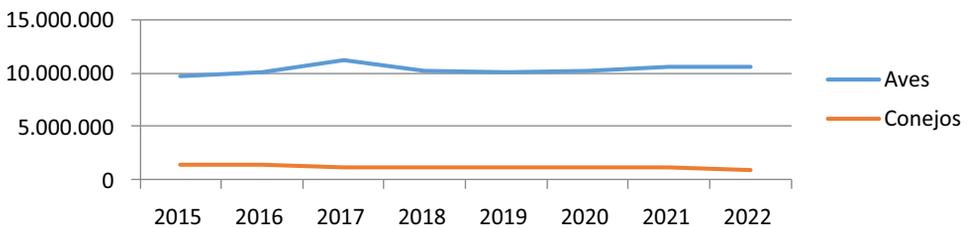
Figura 32. Evolución de nº de sacrificios en mataderos de Euskadi, por año



Como se puede observar en la figura anterior; en el año 2022 se ha producido un descenso en el número de animales sacrificados de las especies bovina y ovina/caprina, respecto a los realizados en el 2021, mientras que los sacrificios del resto de las especies se mantienen estables durante el mismo periodo.

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, los decomisos totales de canales por procesos inflamatorios agudos representan la primera causa de decomiso (peritonitis, pericarditis, septicemia, nefritis), seguidos 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.

Figura 33. Evolución de nº de sacrificios de aves y conejos en mataderos de Euskadi, por año



Respecto a las aves y conejos, el número de sacrificios no ha sufrido variaciones importantes en los últimos años. Los decomisos totales en conejos suponen alrededor del 1 % y en aves el 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 33. N° de determinaciones analíticas post-mortem, realizadas en control oficial Mataderos. Euskadi, 2022

	2022
Microbiología CRH canales	321
Microbiología CRH superficies	360
Triquina	12.858
EEB	68

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 año 2022, 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.

Respecto al **programa de control oficial en estos centros alimentarios**, que tiene como objetivo realizar las inspecciones con una frecuencia basada en la clasificación de cada matadero según su riesgo sanitario, se han realizado 10 visitas de frecuencia programadas, dos no programadas y 6 auditorías de los sistemas de autocontrol implantados por los operadores económicos de acuerdo con una programación en base al riesgo.

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) Nº 1099/2009 relativo a la protección de los animales en el momento de la matanza*, en 2022, una empresa formadora, bajo supervisión oficial, ha impartido un curso destinado 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. CONTROL DE BARCOS CONGELADORES

En nuestra Comunidad Autónoma están inscritos una serie de barcos congeladores que se dedican principalmente a la pesca y congelación de túnidos en salmuera. Pescan mayoritariamente en el Océano Atlántico, Pacífico e Índico y no regresan a España (salvo en contadas ocasiones), por lo que su control se realiza mediante visitas de inspección-auditoría de los barcos en la zona de pesca correspondiente.

Por la dificultad operativa de la realización de estas visitas en lugares tan remotos, éstas se han planificado con una frecuencia de 5 años. A fin de que el control sobre estos barcos no sea tan dilatado en el tiempo, se realiza una auditoría documental intermedia, a los 2,5 años de la presencial. Ambos tipos de control (inspección-auditoría in situ y auditoría documental intermedia) precisan un desarrollo procedimental adecuado a fin de asegurar su ejecución uniforme y correcta, así como protocolos de inspección específicos para cada tipo de tarea. Por su gran relación entre sí, hay que asociar estas auditorías a las empresas importadoras y comercializadoras de los distintos armadores.

En los últimos años se ha abierto una nueva línea de producto en este sector, que es el pescado congelado a una temperatura inferior a -18°C, con destino a su descongelación y consumo en fresco. Las dificultades tecnológicas (límite físico de temperatura de

congelación de la salmuera) y la insuficiente concreción normativa (“tan rápido como sea posible”) llevan a la necesidad de validar los procesos llevados a cabo en los barcos y mantener criterios consensuados al respecto con otras CCAA con barcos y con AESAN. Las empresas armadoras están realizando estudios al respecto, lo que genera informes que precisan ser revisados y contestados, con un resultado final de reconocimiento de aquellos barcos capaces de realizar congelación rápida a -18°C.

A lo largo de 2022 las actividades realizadas han consistido en la creación de las herramientas necesarias para la ejecución de las inspecciones de auditoría documental y presencial de los barcos congeladores y sus empresas importadoras, se han recibido los estudios de validación de las empresas para su evaluación y emisión de informe de resultado de dicha validación. Y, se han realizado 18 auditorías, 16 de ellas documentales y 2 presenciales. Tras las evaluaciones y auditorías realizadas y según los resultados obtenidos, se inician las acciones de mejora que correspondan.

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 minimizar los riesgos para la salud de las personas consumidoras derivados de la contaminación microbiológica de los alimentos elaborados y/o comercializados en la Comunidad Autónoma de Euskadi (CAE).

El programa, recoge, además, los siguientes objetivos específicos:

- 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:

- A. Plan de verificación analítica en el control oficial de establecimientos de elaboración de alimentos
- B. Plan de vigilancia horizontal de patógenos
- C. Plan de control de *L. monocytogenes* en zonas de trabajo y equipos utilizados en la producción de alimentos listos para consumo.

A. Plan de verificación analítica en el control oficial de establecimientos de elaboración de alimentos

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.

Anualmente, se revisan y definen los distintos sectores, actividades y alimentos sobre los que va a ir dirigida la verificación, de modo que a lo largo del tiempo sean abordados todos los sectores y establecimientos de elaboración.

Se evalúa la calidad microbiológica de los alimentos tomando como referencia el Reglamento (CE) nº 2073/2005 de la Comisión, de 15 de noviembre de 2005, relativo a los criterios microbiológicos aplicables a los productos alimenticios, así como el resto de normativa de aplicación.

La priorización se realiza teniendo en cuenta: el tipo de alimento, la población de destino, la clasificación del establecimiento por riesgo, el censo y volumen de actividad por sector; los documentos e informes de organismos oficiales y bibliografía general.

Tabla 34. Plan de verificación analítica en el control oficial de establecimientos. Número de determinaciones realizadas, por grupos de alimentos, indicándose entre paréntesis las muestras no conformes. Euskadi, 2022

Alimento	Parámetro	Nº muestras
Comidas preparadas listas para el consumo	<i>Salmonella spp.</i> <i>Listeria monocytogenes</i>	566 (1)
Productos de pastelería	<i>Salmonella spp.</i> <i>Listeria monocytogenes</i>	77 (0)
Leche y productos lácteos	<i>Enterotoxina estafilocócica</i> <i>Salmonella spp.</i> <i>Listeria monocytogenes</i> <i>E. coli</i> β -glucuronidasa + Estafilococos coagulasa positivos	49 (0)
Carne y productos cárnicos	<i>Salmonella spp.</i> <i>E coli</i> verotoxigénico <i>Listeria monocytogenes</i>	53 (2)
Productos de la pesca	<i>Salmonella spp.</i> , <i>Listeria monocytogenes</i> , <i>E. coli</i> β -glucuronidasa + Norovirus (genotipo I y II) Virus de la hepatitis A	32 (0)
Huevos	<i>Salmonella spp.</i>	25 (0)
Ovoproducto	<i>Salmonella spp.</i> <i>Listeria monocytogenes</i>	1 (0)
Productos vegetales	<i>Salmonella spp.</i> <i>Listeria monocytogenes</i> <i>E coli</i> verotoxigénico	4 (0)
TOTAL		807 (3)

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

En relación con las muestras NO CONFORMES (NC), sólo se han recogido como tales aquellos incumplimientos respecto a los criterios establecidos en la normativa de aplicación mencionada.

Ante los resultados NC, y tras la investigación realizada en cada caso para determinar el origen del incumplimiento, las medidas adoptadas en los establecimientos implicados han incluido entre otros, las siguientes: El estudio de la trazabilidad y retirada del producto afectado, la revisión de su sistema de autocontrol y la comprobación de las acciones correctoras aplicadas, así como las verificaciones analíticas tanto de materias primas, productos elaborados como de superficies. En uno de los casos incluso, ante la detección de *Salmonella* spp. en un preparado cárnico de ave, se han adoptado medidas cautelares de suspensión de actividad.

B. Plan de vigilancia horizontal de patógenos

A través de las actividades de vigilancia de este apartado, se obtiene información de la calidad microbiológica de una gran variedad de alimentos comercializados en la CAE, seleccionando entre ellos, los de mayor riesgo respecto a los patógenos a investigar. En todos los casos, ante la detección de situaciones de riesgo derivadas de la presencia de estos, se aplican las correspondientes medidas correctoras.

Tabla 35. Plan de vigilancia horizontal de patógenos. Número de determinaciones realizadas, por grupos de alimentos, indicándose entre paréntesis las muestras no conformes. Euskadi, 2022

Alimento	Parámetro	Nº muestras
Cárnicos cocidos envasados,	<i>Listeria monocytogenes</i>	29 (1)
Patés pasterizados	<i>Listeria monocytogenes</i>	30 (0)
Quesos de pasta blanda	<i>Listeria monocytogenes</i>	30 (0)
Ahumados de la pesca	<i>Listeria monocytogenes</i>	30 (0)
Leche en polvo	<i>Salmonella</i> spp. Enterotoxina estafilocócica	19 (0)
Vegetales listos para el consumo: Brotes de semillas germinadas (22) Frutas y hortalizas cortadas (14) Zumos no pasteurizados (16)	<i>Salmonella</i> spp. <i>E. coli</i> verotoxigénico	52 (1)
Moluscos bivalvos, equinodermos y gasterópodos vivos	<i>Salmonella</i> spp. <i>E. coli</i>	18 (1)
Moluscos y crustáceos cocidos	<i>Salmonella</i> spp, <i>L. monocytogenes</i>	16 (0)

Alimento	Parámetro	Nº muestras
Preparados deshidratados para lactantes	<i>Salmonella spp.</i> <i>L. monocytogenes</i> <i>Cronobacter spp</i>	17 (0)
Preparados deshidratados de continuación	<i>Salmonella spp</i>	19 (0)
Total		260 (3)

Ante las desviaciones detectadas, se han aplicado las correspondientes medidas correctoras, con el fin de evitar las posibles situaciones de riesgo, incluyendo la notificación de la incidencia a la Autoridad Sanitaria de la Comunidad Autónoma de origen.

C. Plan de control de *L. monocytogenes* en zonas de trabajo y equipos utilizados en la producción de alimentos listos para consumo

Dentro de las líneas de vigilancia y control microbiológico del programa, el plan de control de superficies se ha llevado a cabo en establecimientos de carácter industrial que elaboran comidas preparadas listas para consumo que pueden favorecer el desarrollo de *L. monocytogenes*, de conformidad con la categoría 1.2., Anexo I, Capítulo I del Reglamento (CE) nº 2073/2005.

La verificación analítica ha sido realizada en 30 establecimientos, a razón de 5 muestras de superficies en contacto con alimentos por establecimiento, priorizando aquellas que intervienen en las fases de manipulación de mayor riesgo en la transmisión de *L. monocytogenes* al producto listo para consumo.

Los resultados obtenidos han sido conformes a excepción de 3 muestras correspondientes a 2 establecimientos.

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, alérgenos o aditivos alimentarios entre otros, en cantidades superiores a las permitidas por los correspondientes Reglamentos Europeos. Dentro del grupo de contaminantes se incluyen todas las sustancias reguladas por el Reglamento de contaminantes (2023/915) y la acrilamida. 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.

El programa incluye la recogida de alimentos en fases de la cadena alimentaria posteriores a la producción primaria y su análisis en un laboratorio acreditado, realizándose ambas acciones de acuerdo con los correspondientes Reglamentos para la

toma de muestras y análisis de cada grupo de sustancias. Finalmente, los resultados se evalúan y se toman las medidas pertinentes en casos de incumplimientos o no conformidades. En el caso de los alérgenos se revisa además su etiquetado en los alimentos muestreados.

La selección de las combinaciones alimento/sustancia analizada en el caso de los contaminantes se ha basado en el *risk ranking* establecido 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 el año 2022 se ha investigado la presencia de plomo, cadmio, mercurio y metilmercurio, arsénico total e inorgánico, nitrato, acrilamida, histamina, hidrocarburos aromáticos policíclicos (benzopireno, benzantraceno, benzofluoranteno y criseno), micotoxinas (aflatoxinas B1, B2, G1, G2 y M1, Ocratoxina A 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, benzoatos y fosfatos. Los alérgenos analizados incluyen gluten, proteína láctea y frutos de cáscara (avellana, cacahuete y nuez).

En la tabla siguiente se resume el número de muestras analizadas durante 2022 en los diferentes grupos de alimentos, indicándose entre paréntesis las muestras que superan los límites máximos establecidos.

Tabla 36. Seguridad química de los alimentos. Número de muestras de alimentos en las que se han analizado sustancias indeseables, indicándose entre paréntesis las muestras no conformes (Euskadi, 2022)

Alimento	Parámetro	2022
Pescado y productos de la pesca	Arsénico total e inorgánico	44 (0)
	Cadmio	47 (0)
	Plomo	47 (0)
	Mercurio y metil mercurio	47 (1)
	Hidrocarburos aromáticos policíclicos	40 (0)
	PCBs no similares a dioxinas	38 (0)
	Histamina	19 (1)
	Aditivos alimentarios	59 (4)

Alimento	Parámetro	2022
Carne y derivados cárnicos	Cadmio	7 (0)
	Plomo	7 (0)
	PCBs no similares a dioxinas	5 (0)
	Aditivos alimentarios	33 (6)
	Alérgenos	4 (0)
	Residuos de plaguicidas	3 (0)
Leche y productos lácteos	Plomo	6 (0)
	Aflatoxina M1	10 (0)
	Residuos de plaguicidas	3 (0)
Grasas y aceites	Hidrocarburos aromáticos policíclicos	4 (0)
Frutas y hortalizas (incluye zumos de frutas)	Cadmio	9 (0)
	Plomo	9 (0)
	Patulina	4 (0)
	Nitrato	15 (0)
	Aditivos alimentarios	6 (0)
	Residuos de plaguicidas	31 (0)
Frutos secos y frutas desecadas	Aflatoxinas (B1, B2, G1, G2)	5 (0)
	Aditivos alimentarios	39 (0)
Cereales y productos a base de cereales	Acilamida	1(0)
	Alérgenos	8 (0)
	Residuos de plaguicidas	6 (0)
Aperitivos listos para el consumo	Acilamida	4 (1)
Miel, cacao y derivados	Plomo	6 (0)
	Alérgenos	5 (0)
Golosinas (chuches)	Alérgenos	2 (0)
Platos preparados	Cadmio	2 (0)
	Plomo	2 (0)
	Alérgenos	8 (0)

Alimento	Parámetro	2022
Salsas y especias	Hidrocarburos aromáticos policíclicos	8 (0)
	Aflatoxinas (B1, B2, G1, G2)	5 (0)
	Aditivos alimentarios	24 (0)
	Alérgenos	5 (0)
Bebidas alcohólicas	Plomo	4 (0)
	Patulina	6 (0)
	Ocratoxina A	6 (0)
	Residuos de plaguicidas	3 (0)
Bebidas no alcohólicas	Aditivos alimentarios	16 (0)
	Alérgenos	5 (0)
Café	Acrilamida	10 (0)
Alimentos destinados a la alimentación infantil	Cadmio	4 (0)
	Plomo	4 (0)
	Acrilamida	2 (0)
	Aflatoxinas (B1, B2, G1, G2)	5 (0)
	Residuos de plaguicidas	1 (0)

Como puede verse en la tabla, en muy pocos casos se han superado los límites máximos permitidos (o los valores de referencia en el caso de la acrilamida).

En el grupo de productos de la pesca el límite máximo de mercurio se ha superado en una muestra de las tres de pez espada analizadas (el resto fueron pescados con menor capacidad de acumulación de este elemento) y los contenidos de histamina fueron superiores a los permitidos en una muestra de atún claro en aceite vegetal, pero en ninguna de atún fresco o congelado. Los contenidos superiores a los permitidos de aditivos en este grupo de alimentos eran de sulfitos en crustáceos (langostino y gambas).

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

Por lo que se refiere a la acrilamida, sólo se ha detectado en cantidades superiores a los niveles de referencia en una muestra de patatas fritas. 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.

En relación a los residuos de plaguicidas, se han analizado en muestras tanto de origen vegetal (40) como animal (6) y alimentos infantiles (1), 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. Merece un comentario la presencia “habitual” de residuos en muestras de peras ya que de las 10 muestras analizadas solo una estaba libre de ellos, llegando a determinarse residuos de nueve sustancias diferentes en una de dichas muestras.

Por otro lado, se ha participado en el plan de control coordinado de alimentos irradiados de AESAN con la toma de 7 muestras (hierbas aromáticas, especias, hortalizas y legumbres secas y frutas desecadas), y en los siguientes tres estudios coordinados de AESAN:

1. Determinación de ésteres de ácidos grasos de 2-y 3- monocloropropano-1,2-diol (2- y 3- MCPD) y de ésteres glicidílicos de ácidos grasos en preparados para lactantes y de continuación (4 muestras).
2. Determinación de alcaloides tropánicos en papillas a base de cereales en polvo para lactantes y niños de corta edad que contengan maíz (4 muestras)
3. Determinación de la presencia de sustancias perfluoroalquiladas (PFAS) en carne de pescado (7 muestras: merluza, gallo, trucha, bonito, lubina, sardina y jurel).

En ningún caso se superaron los valores máximos establecidos.

Finalmente hay que recordar la obligación del traslado de todos los resultados y actuaciones a AESAN para su envío posterior a la Autoridad Europea de Seguridad Alimentaria (EFSA) de modo que puedan compararse los de los distintos Estados Miembros y sirvan de base para la revisión de las cantidades máximas permitidas, así como para la realización de otros estudios destinados a garantizar la seguridad alimentaria. Y en este sentido hay que señalar que desde la Dirección de Salud Pública y Adicciones se ha hecho un esfuerzo muy importante para el desarrollo de la aplicación que recoge los datos de contaminantes y residuos de plaguicidas en alimentos utilizando el sistema SSD2 (Standard Sample Description) que utilizará AESAN para el traslado de datos a EFSA, al igual que todos los Estados Miembros. Ello ha supuesto la inclusión de todos los campos de información requeridos por EFSA y la utilización de los catálogos y codificaciones armonizadas que ha desarrollado. Entre estas codificaciones se incluyen las de los propios alimentos a través del sistema denominado FoodEx2, que permitirá identificar de manera unívoca todos los alimentos incluidos en cualquier tipo de programa o estudio de la Unión Europea.

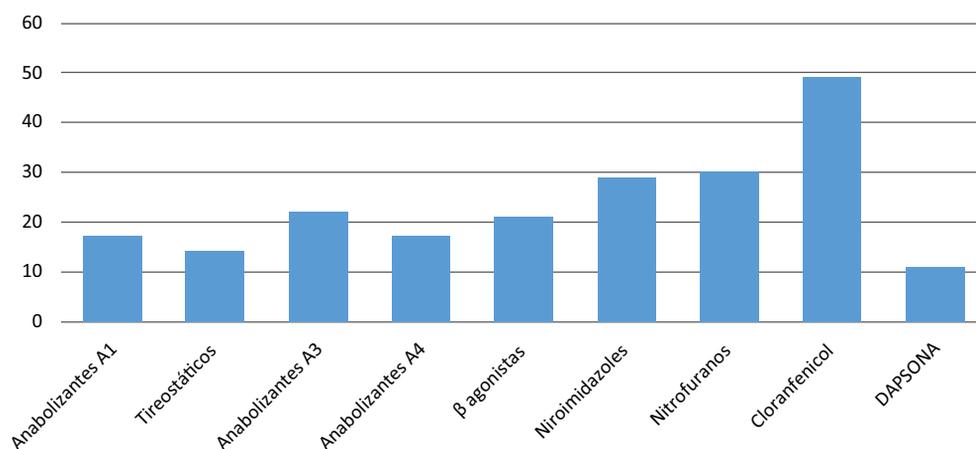
3.2.2.3. CONTROL DE RESIDUOS EN ALIMENTOS DE ORIGEN ANIMAL (PNIR)

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 residuos de

medicamentos veterinarios y contaminantes ambientales 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 con uso prohibido en animales, durante el periodo correspondiente al año 2022, no hubo ninguna muestra con resultado no conforme.

Figura 34. Por grupo de sustancias, número de muestras de alimentos en las que se han analizado sustancias prohibidas. Euskadi, 2022



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 el año 2022, no se detectó ninguna no conformidad para las sustancias antimicrobianas en Euskadi.

Figura 35. A. Por tipo de producto animal, nº de muestras en las que se han analizado sustancias antimicrobianas. Euskadi, 2022

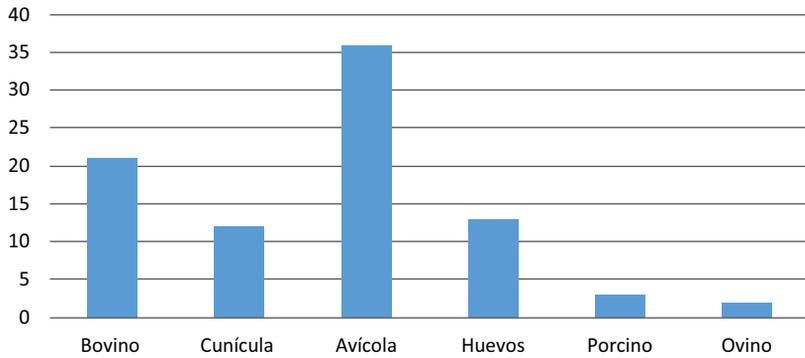
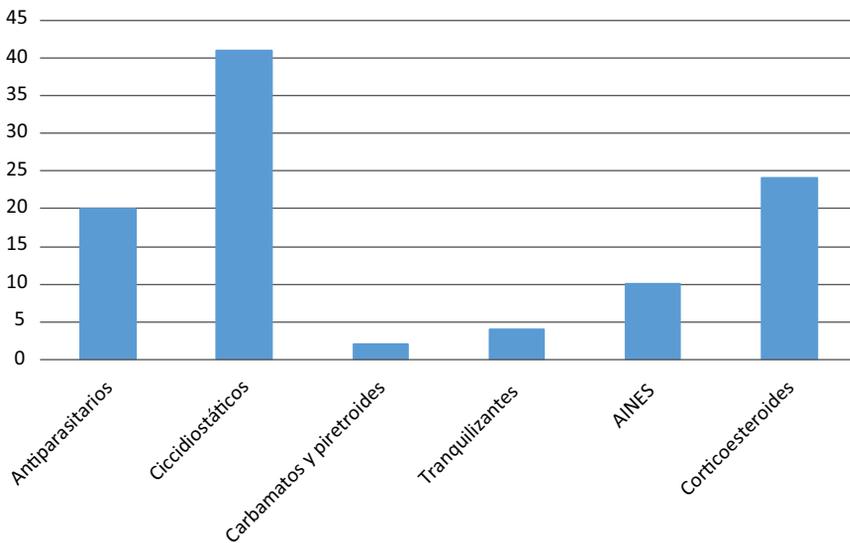


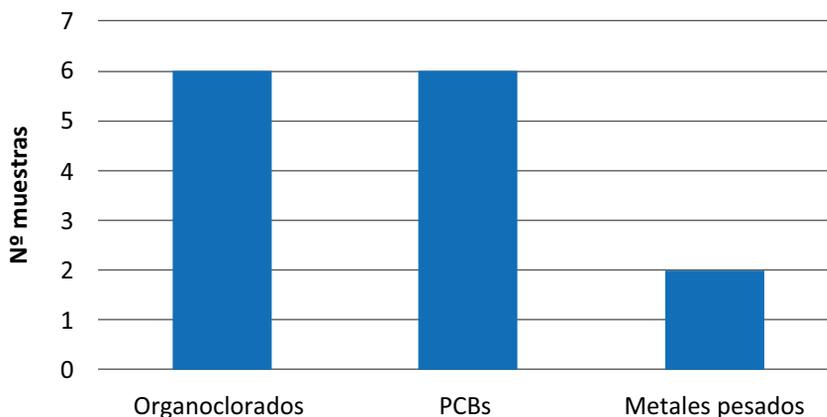
Figura 36. Número de muestras en las que se han analizado otras sustancias medicamentosas. Euskadi, 2022



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.

Finalmente, por lo que respecta al grupo de contaminantes ambientales, no ha habido ninguna disconformidad.

Figura 37. Nº de muestras de alimentos en las que se han analizado contaminantes ambientales. Euskadi, 2022



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 CAV.

3.2.3. Actividades relacionadas con la nutrición y el etiquetado

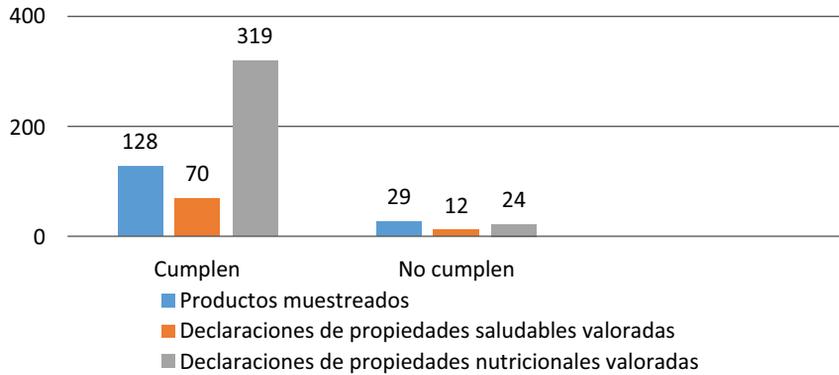
3.2.3.1. DECLARACIONES NUTRICIONALES Y DE SALUD

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

Durante el 2022, se ha continuado con la verificación de que las **declaraciones nutricionales y de propiedades saludables del etiquetado de alimentos** son veraces y se ajusten a la normativa mediante el control de las etiquetas de los productos y la **verificación analítica de las concentraciones de sal y grasa** en alimentos en comparación con lo declarado en la etiqueta.

En el año 2022 se han revisado un total de 157 productos, con una o varias declaraciones en cada producto. En los 157 productos se ha evaluado el cumplimiento de un total de 425 declaraciones: 343 declaraciones nutricionales y 82 declaraciones de propiedades saludables.

Figura 38. Resultados de la revisión de declaraciones nutricionales y propiedades saludables en el etiquetado de alimentos. Euskadi, 2022



El grado de cumplimiento de las declaraciones estudiadas es del 91,5 %. Este índice es mayor en las declaraciones nutricionales (93 %) y menor en las declaraciones de propiedades saludables (85,3 %).

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 recogida en la tabla siguiente:

Tabla 37. Verificación analítica de contenido de sal y grasa. Euskadi, 2022

	2022
Nº de muestreos de verificación de contenido de sal	14
Nº de muestreos de verificación de contenido de grasa	16

Fuente: Registro de datos "Verificación de declaraciones en etiquetado"

De 30 productos analizados, 25 tuvieron resultados de contenido de sal y grasa conformes con los valores declarados en el etiquetado. El grado de cumplimiento para el total de muestras analizadas es de un 83,3 %.

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 del alimento

3.2.3.2. COMEDORES ESCOLARES SALUDABLES

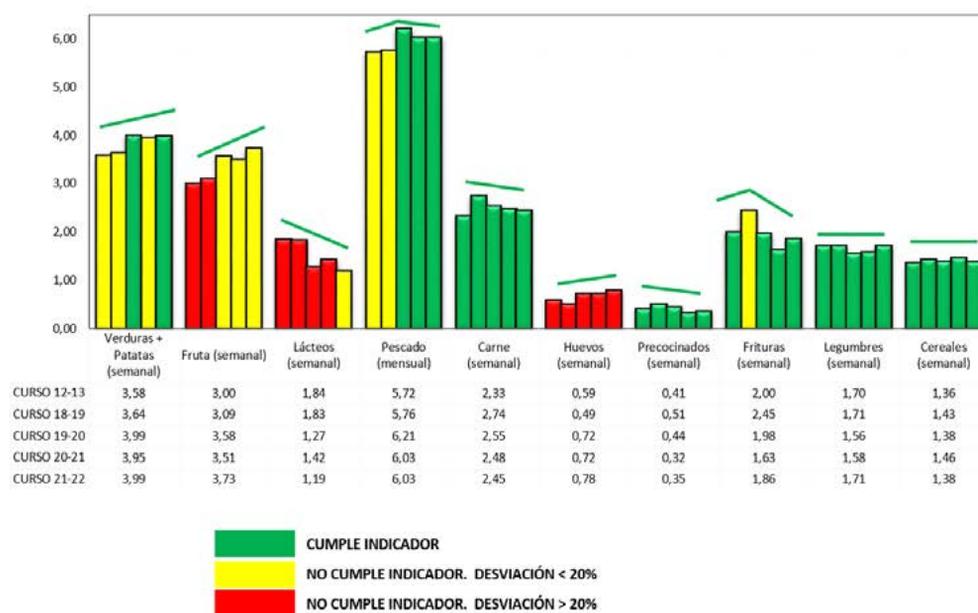
Con el objetivo de mejorar la oferta de menús escolares se ha incluido desde 2019, **la valoración nutricional de los menús de los comedores escolares** como actividad normalizada de inspección en los centros escolares de infantil primaria y secundaria y bachiller; tanto públicos como privados.

En 2012-2013, se realizó un estudio de partida en Bizkaia para conocer la situación de los menús y sirve de referencia de cómo eran las comidas escolares antes de nuestras primeras intervenciones y la evolución posterior:

En los cursos 2018-2019, 2019-2020, 2020-2021 y 2021-2022, 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 el curso 2021-2022 se han evaluado los menús de todas las cocinas centrales y de 115 colegios concertados 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.

Figura 39. Frecuencias de consumo por grupos de alimentos en comedores escolares de Euskadi, por curso escolar



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 como verduras, huevos, frutas o postres lácteos, que se acercan al cumplimiento de las recomendaciones.

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. La incorporación de las mejoras propuestas al pliego de contratación de menús escolares del Departamento de Educación puede ser definitiva para completar el cumplimiento de todos los indicadores en los siguientes cursos.

3.2.3.3. ALIMENTACIÓN ESPECIAL

Con el objetivo general de reducir los riesgos vinculados al consumo de complementos alimenticios, en 2022, se ha continuado con las tres líneas principales de actuación (otras acciones como alertas o reclamaciones se incluyen en su capítulo correspondiente). Estas acciones son por un lado, el estudio documental de notificaciones de primera puesta en el mercado de productos que son notificados por las empresas con razón social en la CAE, en segundo lugar el muestreo y estudio de etiquetas que de forma aleatoria se recogen en las inspecciones de establecimientos alimentarios y como tercera línea se realizan muestreos para la detección analítica de sustancias, normalmente no declaradas en el etiquetado, cuyo consumo está ligado a reacciones adversas (sildenafil y derivados, yohimbina, sibutramina, fenofaleína, 2-4 dinitrofenol, sustancias hormonales y estimulantes como la cafeína y synefrina). Los resultados de las acciones realizadas son las siguientes:

Se ha realizado el estudio y valoración de **154 notificaciones** de primera comercialización de alimentos procedentes de empresas cuya razón social radica en la CAE. Estos estudios detectan un porcentaje de incumplimiento cercano al 50 % que son requeridos para su corrección.

El control de establecimientos que elaboran o comercializan complementos alimenticios que han sido inspeccionados en 2022 en la CAE, ha supuesto el **estudio y verificación** de cumplimiento de la normativa de etiquetado de un total de **63 etiquetas** recogidas en estas inspecciones. Los resultados desfavorables motivan el inicio de acciones correctoras que correspondan, tanto si los responsables pertenecen a la CAE como a otras Comunidades Autónomas o Estados Miembros.

Tabla 38. Controles de complementos alimenticios realizados. Euskadi, 2022

	2022
Notificaciones de productos estudiadas	154
Revisión de etiquetas en inspección	63

Fuente: Registro de “Complementos alimenticios”

Durante el 2022 se ha realizado el muestreo de 35 complementos alimenticios para el análisis de sustancias con posibles efectos adversos:

Tabla 39. Muestras de complementos alimenticios analizadas, por grupo de sustancias con posibles efectos adversos. Euskadi, 2022

	2022
Sustancias vigorizantes sexuales: Sildenafil/Tadalafilo/Derivados yohimbina	11
Sustancias adelgazantes: Sibutramina/Fenofaleina	9
Sustancias para aumentar la masa muscular: Anabolizantes	7
Sustancias estimulantes: Cafeína-Sinefrina	8

Fuente: Registro de “Complementos alimenticios”

En 2022 en ningún producto muestreado se han detectado sustancias no autorizadas por lo que no se han iniciado acciones derivadas

3.2.4. Alertas y reclamaciones

3.2.4.1. ALERTAS

Sistema Coordinado de Intercambio Rápido de Información (SCIRI)

Mediante el SCIRI se realiza el intercambio rápido de información sobre cualquier riesgo o incidencia relacionado con los productos alimenticios que pueda afectar a la salud de los consumidores. Todas las incidencias en la cadena alimentaria que supongan un riesgo directo o indirecto para la salud se gestionan y coordinan a nivel nacional.

En el proceso colaboran 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.

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 Euskadi 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.

La tabla siguiente recoge un resumen de la gestión de los expedientes SCIRI durante los años 2019, 2020, 2021 y 2022, donde se observa un importante incremento en el número

de expedientes y de actuaciones externas derivadas hasta el 2021, con una reducción significativa en 2022

Tabla 40. Notificaciones y actuaciones del SCIRI en Euskadi, por año

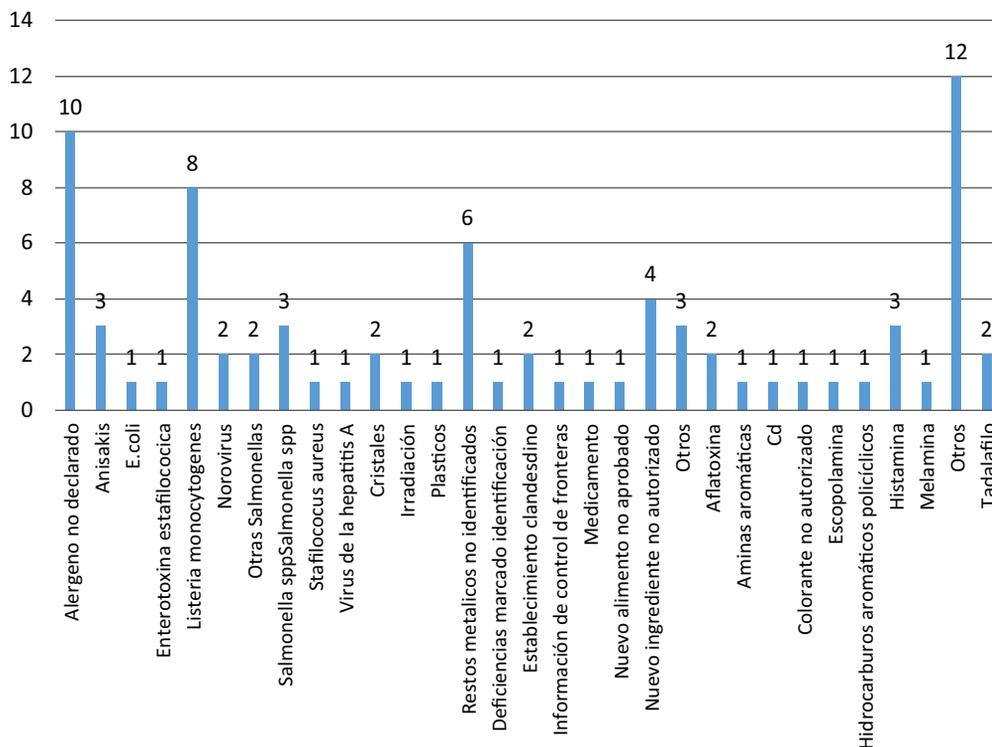
		2019	2020	2021	2022
Alertas totales* SCIRI		310	361	476	241
Informaciones* totales SCIRI		199	175	283	221
Nº de Notificaciones que han afectado a la CAE	Con adopción de medidas	78	94	114	82
	Sin medidas adicionales	14	29	82	61
	Total	92	123	196	146
Actuaciones derivadas	Establecimientos contactados	274	534	608	351
	Nº de inspecciones	99	59	48	73
	Total actuaciones	373	593	656	424

* Fuente: SCIRI: Sistema de Intercambio Rápido de Información

Tipo de peligro

Dentro de los expedientes en los que se han adoptado medidas, los relacionados con los alérgenos no declarados y los riesgos químicos han sido los que más alertas han generado.

Figura 40. Alertas generadas por tipo de peligro. SCIRI. Euskadi, 2022

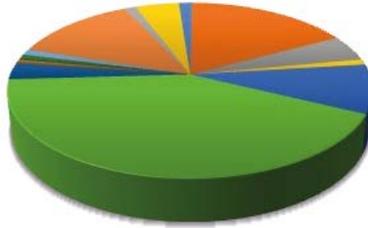


Tipo de alimento

Respecto a los expedientes en los que estábamos implicados, en función de los tipos de alimentos, observamos la alta incidencia de las alertas generadas por alérgenos no declarados en los alimentos. En el grupo de “otros” se engloban aceites, bebidas, materiales en contacto con los alimentos y complementos alimenticios, estos últimos en auge también por la introducción en el mercado de nuevos complementos alimenticios

Figura 41. Alertas generadas por tipo de alimento y por sector. SCIRI. Euskadi, 2022

Alertas por sector



- Aditivos, Aromas Enzimas y Coadyugantes Tecnológicos
- Almacénistas, Distribuidores, Transportistas, Envasadores e Importadores Polivalentes.
- Carnes y Derivados, Aves y Caza
- Cereales, harinas y derivados
- Comedores Colectivos
- Comercio Minorista
- Comidas preparadas, Alimentación Especial y complementos alimenticios.
- Edulcorantes Naturales, Derivados, Miel y Productos relacionados con la extracción de Miel
- Helados
- Huevos y Derivados
- Leche y Derivados
- Materiales y objetos destinados a entrar en Contacto con los Alimentos
- Otros
- Panaderías y/o Pastelerías no industriales

Analizando la situación por sectores, la gran mayoría de las alertas afectan al comercio minorista, almacenistas, distribuidoras, pastelerías etc.

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 2022 se gestionaron y tramitaron por las Comarcas de Salud Pública un total de 2449 Reclamaciones, de las cuáles 288 requirieron la colaboración o seguimiento por parte de la Dirección de Salud Pública y Adicciones (DSPy A).

Tabla 42. Reclamaciones y denuncias relativas a alimentos y establecimientos alimentarios en Euskadi, por año

		2019	2020	2021	2022
Reclamaciones	DSPy A	364	214	296	288
	Totales	2315	2096	2998	2449
Inspecciones derivadas	Denuncia	218	177	188	73
	Programas de control	171	34	182	168
	Total	389	204	370	241

3.2.5. Otras actividades

Actualización 1 de abril de 2022 del documento “RECOPIACIÓN DE NORMAS MICROBIOLÓGICAS DE LOS ALIMENTOS Y ASIMILADOS (superficies, aguas diferentes de consumo, subproductos) Y OTROS PARÁMETROS FÍSICO-QUÍMICOS DE INTERÉS SANITARIO

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 mediante 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.

4.1.1. Proyecto 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 objetivo de Promoción de la Salud es la creación de entornos que propicien los apoyos físicos, sociales, económicos y culturales que favorezcan las elecciones saludables, reforzando además la acción comunitaria.

4.2.1. Ayudas para la promoción de la actividad física en el entorno escolar¹⁰

Ayudas para el desarrollo de acciones orientadas a promocionar la movilidad activa entre el alumnado. Su objetivo es financiar actuaciones para:

- La creación y dinamización de caminos escolares, orientados a aprovechar las oportunidades que ofrecen los espacios urbanos, para los desplazamientos activos y seguros.
- La transformación de los patios escolares en espacios inclusivos para el aprendizaje, el juego y el movimiento.
- 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 el año 2022, se han apoyado económicamente 30 proyectos en la CAE, cifra similar a la del año anterior:

Tabla 43. N° y cuantía de proyectos subvencionados a asociaciones o cooperativas para el desarrollo de acciones orientadas a promocionar la movilidad activa entre el alumnado. Año 2022-

	N° de Proyectos	Cuantía (€)
Araba	9	41.779,75
Bizkaia	13	58.340,45
Gipuzkoa	8	35.879,80
Total	30	136.000,00

4.3. Refuerzo de la acción comunitaria

Abordar la salud desde una perspectiva comunitaria impulsando y/o participando en procesos comunitarios.

Desde la Dirección de Salud Pública 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.

¹⁰ ORDEN de 30 de agosto de 2022, de la Consejera de Salud, por la que se regulan y se convocan ayudas dirigidas a asociaciones y cooperativas, para el desarrollo de proyectos participativos orientados a promocionar la actividad física y la reducción del sedentarismo entre el alumnado de la Comunidad Autónoma del País Vasco, durante el curso escolar 2022-2023.

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.

4.3.1. Ayudas para el desarrollo de proyectos participativos orientados a la promoción de la salud a nivel local¹¹

Estas ayudas son una oportunidad para impulsar la acción comunitaria en el ámbito local, al valorarse la intersectorialidad y la participación de la comunidad en las diferentes fases del proyecto. En total, se han subvencionado 40 proyectos presentados por 34 entidades locales.

Tabla 44. N° de entidades locales receptoras ^o y cuantía de proyectos participativos subvencionados, orientados a la promoción de la salud a nivel local. Año 2022

	Entidades locales subvencionadas	Proyectos subvencionados	Cuantía (€)
Araba	6	6	39.156,94
Bizkaia	8	10	70.395,45
Gipuzkoa	20	24	140.447,61
Total	34	40	250.000,00

En cuanto a las actuaciones objeto de subvención, más del 85 % de las actividades tienen relación con la promoción de la actividad física como rutas saludables y servicios de orientación de actividad física. En el resto de temas encontramos contenidos como el empoderamiento de la mujer; la alimentación saludable y sostenible o la prevención de adicciones.

4.3.2. Impulso de la acción comunitaria a nivel local

En los tres territorios de la CAE se impulsan espacios de participación comunitaria orientados a la mejora de la salud y el bienestar de la población a nivel local. En la tabla se muestran aquellos procesos, en los que más allá de las instituciones que los impulsen, ha participado personal de la DSPyA durante 2022. Estos procesos se clasifican según su grado de desarrollo.

¹¹ ORDEN de 30 de agosto de 2022, de la Consejera de Salud, por la que se aprueban las bases de la convocatoria de la concesión de subvenciones dirigidas a la realización de actuaciones para la promoción de la salud que se desarrollen en el marco de procesos de participación comunitaria en el ámbito local de la Comunidad Autónoma del País Vasco durante el ejercicio 2022

Tabla 45. Procesos comunitarios activos en 2022 con participación de la Dirección de Salud Pública y Adicciones

Territorio	Procesos comunitarios con participación de Salud Pública y Adicciones	
	Araba	Bizkaia
Número de nuevos contactos iniciales realizados en el año	3	1
Número de procesos con grupo promotor constituido	8	17
Número de procesos comunitarios con diagnóstico comunitario realizado	8	7
Número de procesos comunitarios que han puesto en marcha intervenciones	8	9

*Datos de Gipuzkoa no disponibles

4.3.3. Euskadi Aktiboa

Los activos para la salud de una comunidad son factores o recursos identificados por dicha comunidad que potencian la capacidad de mantener y mejorar su salud y bienestar tanto a nivel individual como colectivo.

Euskadi Aktiboa es una herramienta creada para facilitar la identificación y conexión de activos locales como forma de potenciar la acción comunitaria. En la tabla siguiente se resumen los activos recogidos en durante 2022.

Tabla 46. Nº de activos recogidos en Euskadi Aktiboa en 2022, por tipo

Recursos de la comunidad	55
Actividades	53

4.3.4. Apoyo a la creación de rutas de caminantes (Proyectos TIPI-TAPA) como facilitador de dinámicas comunitarias

La DSPyA promueve la creación y dinamización de rutas saludables a través de la participación de diferentes agentes de la comunidad (ayuntamientos, asociaciones, servicios de salud, educación, ciudadanía, etc.).

En cada municipio se establecen varios recorridos atendiendo a las diferentes capacidades funcionales y se realizan convocatorias periódicas a lo largo del año. 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 *Tipi-Ttapa* fue 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.

El año 2022, hay 44 proyectos en marcha, 33 en Gipuzkoa, 2 en Bizkaia y 9 en Araba, en los municipios que se indican en la tabla siguiente

Tabla 47. Municipios con rutas de caminantes/Tipi tapas, por Territorio Histórico. Euskadi, 2022

Territorio	Araba	Bizkaia	Gipuzkoa
Municipios	Laudio Amurrio Valdegovia-Gaubea Labastida Berantevilla Arratzua-Ubarrundia Judimendi auzoa (Gasteiz) Casco Viejo (Gasteiz) Aranbizkarra (Gasteiz)	Gorliz Durango	Hondarribia Irun Lezo Pasaia Hernani Lasarte Legazpi Tolosa Zumarraga y Urretxu Beasain Ordizia Ibarra Idiazabal Lazkao Legorreta Alegia Usurbil Itsasondo Asteasu Ormaiztegi Andoain Segura Villabona Zegama Ikaztegieta Bidania. Goiatz (Saiaz mankomunitatea) Albiztur (Saiaz mankomunitatea) Errezil (Saiaz mankomunitatea) Antzuola Bergara Azpeitia Azkoitia
Número iniciativas	9	2	33

4.4. Desarrollo de aptitudes personales para la salud

4.4.1. Publicación y Distribución de material de educación para la salud

Infancia y Maternidad

La Dirección de Salud Pública 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. Asimismo, puede resultar 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.

Personas mayores

La Dirección de Salud Pública ofrece en su página web una [guía para el envejecimiento activo y saludable](#). Con ella se pretende de animar 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.

Población general

Alimentación Saludable

Con el objetivo de dar herramientas a la población que permitan tomar las decisiones más saludables sobre alimentación, se ha diseñado un material para la difusión entre la población en general de [conceptos básicos sobre alimentación saludable](#). A partir del icono del plato saludable, que presenta con claridad los diferentes alimentos que deben estar en la base de la alimentación diaria, así como sus proporciones. En 2022 se han editado, publicado y distribuido los siguientes materiales:

- Salvamanteles plastificados reutilizables con el icono del plato saludable. 10.000 ejemplares
- Platos de plástico con el icono del plato saludable: 7.000 unidades.

Los entornos en los que se ha distribuido a demanda este material han sido:

- Entorno escolar: centros educativos, comedores escolares.
- Entorno universitario: comedores universitarios, escuelas de hostelería.
- Entorno sanitario: Centros de salud.
- Entorno local: ayuntamientos.

4.4.2. Talleres de prevención de caídas en personas 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 y tienen como objetivos:

- Reducir la incidencia de caídas en personas mayores.
- Establecer mecanismos de colaboración local
- Potenciar las intervenciones comunitarias.

En 2022 se dio continuidad a los talleres de prevención de caídas para personas mayores. En total se han realizado 14 talleres en 12 municipios o barrios de la CAE. Los talleres sirvieron para identificar, visibilizar y relacionar activos locales posibilitando, en algunos casos, otras acciones en red y afianzar el trabajo colaborativo entre los tres agentes principales (Ayuntamiento, Osakidetza y Salud Pública).

Tabla 48. Nº de talleres de prevención de caídas y municipios en los que han tenido lugar: Euskadi, 2022

Territorio	Araba	Bizkaia	Gipuzkoa
Municipio	Durana Okondo	Lemoa Muskiz Ortuella Santurtzi Portugalete	Aretxabaleta Eskoriatza Arrasate Oñati (2) Bergara (2)
Número talleres	2	5	7

4.4.3. Ayudas para la mejora de la calidad de vida de personas enfermas y sus familias¹²

Con la finalidad de contribuir al conocimiento de la enfermedad y su tratamiento por parte de personas enfermas y sus familias y de promover conductas saludables para la mejora de su calidad de vida anualmente se ofertan ayudas dirigidas a Asociaciones sin ánimo de lucro formadas por personas enfermas y sus familias. Los proyectos y actividades subvencionados están relacionados con patologías diversas como cáncer, diabetes, problemas nutricionales, problemas neurodegenerativos y neuromusculares, enfermedades psíquicas, etc. En el año 2022 se ha destinado una partida de 300.000 € para este fin y han sido subvencionados un total de 85 proyectos, cifras similares al año 2021.

¹² ORDEN de 24 de mayo de 2022, de la Consejera de Salud, por la que se regulan y se convocan ayudas dirigidas a asociaciones de iniciativa social sin ánimo de lucro que estén orientadas a la mejora de la calidad de vida de colectivos de personas enfermas del País Vasco y sus familias.

Tabla 49. Proyectos subvencionados, dirigidos a la mejora de la calidad de vida de personas enfermas y sus familias, por Territorio Histórico

	Proyectos subvencionados	Cuantía (€)
Araba	27	105.190,08
Bizkaia	26	87.374,36
Gipuzkoa	32	107.435,56
Total	85	300.000,00

4.5. Colaboración con proyectos transversales

Mugiment

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.

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 2022 hay 50 redes MUGIMENT entre los tres territorios de la CAE, como se indica en la tabla siguiente. Tabla xx

Tabla 50. Municipios con redes Mugiment activas, por Territorio Histórico. Euskadi, 2022

	Nº de redes	Localidades
Araba	9	Amurrio, Berantevilla, Kuartango, Laudio, Legutio, Urkabustaiz, Valdegovia, Zigoitia, Zuia
Bizkaia	24	Abadiño, Atxondo, Bakio, Basauri, Bedia, Berango, Berriz, Elorrio, Ermua, Etxebarri, Durango, Gorliz, Iurreta, Izurtza, Leioa, Lemoa, Mañaria, Mundaka, Portugalete, Txorierra, Urduliz, Zaldibar, Zamudio, Zierbana
Gipuzkoa	17	Aretxabaleta, Azkoitia, Azpeitia, Beasain, Bergara, Eibar, Eskoriatza, Deba, Hondarribia, Idiazabal, Lezo, Oiartzun, Oñati, Pasaia, Soraluze, Urretxu, Usurbil
Total	50	

Servicios de orientación de Actividad física

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 y las Diputaciones Forales, se han puesto en marcha servicios de orientación de actividad física en 50 municipios.

Tabla 51. Municipios con Servicios de Orientación de Actividad Física (SOAF), por Territorio Histórico. Euskadi, 2022

	Nº de SOAF	Localidades
Araba	5	Agurain, Amurrio, Arratzua-Ubarrundia, Laudio, Legutio
Bizkaia	23	Abadiño-Zelaieta, Atxondo, Bakio, Bedia, Berango, Berriz, Bilbao, Durango, Elorrio, Ermua, Etxebarri, Garai, Gorliz, Iurreta, Izurtza, Lemoa, Mañaria, Mundaka, Portugalete, Txorierri, Zaldibar, Zamudio, Zierbena
Gipuzkoa	22	Aretxabaleta, Arrasate, Astigarraga, Azkoitia, Azpeitia, Beasain, Bergara, Deba, Donostia, Eibar, Elgoibar, Eskoriatza, Hondarribia, Idiazabal, Lezo, Oiartzun, Oñati, Pasaia, Sorluze, Urretxu, Usurbil, Zarautz
Total	50	

Osasun eskola

El área de Promoción de la Salud de la Dirección de Salud Pública y Adicciones ha mantenido la colaboración con Osakidetza, durante 2022, en el desarrollo de contenidos de la página web de este proyecto.

5. Adicciones

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. 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.

Continuando con el desarrollo de la Ley 1/2016, 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.

A lo largo del 2021 se elaboró el proyecto de decreto de sustitución de sanciones por incumplimiento de la Ley 1/2016, de 7 de abril, y se realizaron los trámites internos para su aprobación. El Decreto 88/2022, de 12 de julio, entró en vigor el 29 de julio de 2022 para regular 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.

5.1.2. VII Plan sobre Adicciones de Euskadi 2017-2021

El objetivo general del plan era el de “Disminuir en la mayor medida posible, desde la perspectiva de equidad, el consumo de sustancias adictivas y las adicciones comportamentales y, en consecuencia, los efectos sobre la salud de las personas y sus familias, al igual que sobre la comunidad y la población en general”. Se elaboró como una

política de carácter intersectorial, que recogía 6 objetivos y 50 acciones, agrupadas en 5 áreas prioritarias (las dos últimas, de carácter transversal).

Durante el año 2022 se han llevado a cabo dos tipos de evaluación:

- Por un lado, la evaluación anual del grado de cumplimiento correspondientes al año 2021, centrada en la valoración de las acciones. La evaluación en términos de resultado se ha pospuesto hasta disponer de los datos de la Encuesta sobre Adicciones de Euskadi, 2022-2023
- Por otro, la **evaluación final 2017-2021** se abordó desde una metodología cualitativa para identificar los principales logros y las áreas de mejora para el futuro (al final del documento).

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

Tabla 52. Ayudas económicas concedidas por la Dirección de Salud Pública y Adicciones para el mantenimiento de equipos técnicos municipales de prevención comunitaria. Años 2017-2022

	2017		2018		2019		2020		2021		2022	
	N	Cuantía €										
Araba	4	198.280	4	191.322	4	177.383	3	175.078	4	210.116	4	165.601
Bizkaia	19	666.489	20	652.532	10	309.751	10	311.797	20	729.558	21	556.694
Gipuzkoa	11	309.366	12	330.281	20	687.001	20	687.260	9	234.416	10	217.011
Total	34	1.174.135	36	1.174.135	34	1.174.135	33	1.174.135	33	1.174.135	35	1.174.135

Tabla 53. 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. Años 2017-2022

	2017		2018		2019		2020		2021		2022	
	N	Cuantía €										
Araba	3	53.413	3	52.327	3	54.552	2	57.683	3	58.896	3	61.606
Bizkaia	23	296.458	22	273.376	22	279.678	21	289.600	22	281.951	23	279.049
Gipuzkoa	18	211.895	20	236.062	18	227.535	16	214.482	18	220.918	17	221.110
Total	44	561.765	45	561.765	39	561.765	39	561.765	43	561.765	43	561.765

Tabla 54. 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. Años 2017-2022

	2017		2018		2019		2020		2021		2022	
	N	Cuantía €	N	Cuantía €	N	Cuantía €						
Araba	10	93.774	10	87.092	9	75.710	14	122.948	14	130.569	14	129.791
Bizkaia	40	611.467	46	603.994	43	599.498	45	747.197	51	731.127	51	708.746
Gipuzkoa	15	177.259	16	191.414	15	207.292	15	248.355	15	256.804	20	279.963
Total	65	882.500	72	882.500	67	882.500	74	1.118.500	80	1.118.500	85	1.118.500

Tabla 55. Personas beneficiarias en proyectos de prevención universal financiado por la orden de ayudas, en los ámbitos escolar, familiar y comunitario, por sexo

		Ámbito		
		Escolar	Familiar	Comunitario
2017	Nº Proyectos	100	38	40
	Total personas beneficiarias	126.612	11.607	16.749
2018	Nº Proyectos	63	31	29
	Hombres	75.085	3.082	13.391
	Mujeres	83.002	5.625	13.519
	Total personas beneficiarias	158.087	8.657	26.910
2019	Nº Proyectos	61	27	31
	Hombres	71.213	2.807	15.006
	Mujeres	73.777	6.170	14.352
	Total personas beneficiarias	144.990	8.977	29.358
2020	Nº Proyectos	57	29	27
	Hombres	52.010	1.601	4.054
	Mujeres	52.270	4.917	6.532
	Total personas beneficiarias	104.280	6.518	10.586
2021	Nº Proyectos	69	26	28
	Hombres	66.131	1.687	5.276
	Mujeres	65.855	4.350	5.638
	Total personas beneficiarias	131.986	6.037	10.914

		Ámbito		
		Escolar	Familiar	Comunitario
2022	N° Proyectos	62	26	42
	Hombres	69.013	3.079	5.851
	Mujeres	70.290	6.367	5.628
	Total personas beneficiarias	139.303	9.446	11.479

Nota: La cifra del número de personas beneficiarias se obtiene de los datos aportados por las entidades locales y el tercer sector; lo cual puede suponer alguna duplicidad en el recuento de personas participantes.

Tabla 56. Personas beneficiarias en proyectos de prevención selectiva realizados por entidades locales y tercer sector a través de la orden de ayudas en los ámbitos escolar, familiar, comunitario, de ocio y festivo, por sexo

		Ámbito			
		Escolar	Familiar	Comunitario	Ocio y festivo
2017	N° Proyectos	42	18	32	47
	Total personas beneficiarias	43.321	1.663	16.920	34.585
2018	N° Proyectos	26	12	31	26
	Hombres	16.561	545	6.574	25.246
	Mujeres	14.378	899	6.679	16.722
	Total personas beneficiarias	30.939	1.444	13.253	41.968
2019	N° Proyectos	28	11	19	26
	Hombres	16.586	478	4.745	24.779
	Mujeres	17.889	1.017	3.856	18.869
	Total personas beneficiarias	34.475	1.495	8.601	43.648
2020	N° Proyectos	30	11	17	14
	Hombres	14.946	366	1.717	6.590
	Mujeres	16.098	536	1.601	5.722
	Total personas beneficiarias	31.044	902	3.318	12.159
2021	N° Proyectos	29	10	28	16
	Hombres	20.189	417	7.482	7.141
	Mujeres	20.714	700	4.815	5.933
	Total personas beneficiarias	40.903	1.117	12.297	13.074

		Ámbito			
		Escolar	Familiar	Comunitario	Ocio y festivo
2022	Nº Proyectos	27	8	10	26
	Hombres	26.582	239	3.172	16.200
	Mujeres	27.210	324	1.736	11.640
	Total personas beneficiarias	53.792	563	4.908	27.840

Nota: La cifra del número de personas beneficiarias se obtiene de los datos aportados por las entidades locales y el tercer sector; lo cual puede suponer alguna duplicidad en el recuento de personas participantes.

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. El objetivo de la encuesta es el de 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 sobre las medidas para combatirlas, así como de los factores sociales relacionados.

Durante el año 2022 se ha trabajado en actualizar el cuestionario, preparar y llevar a cabo el proceso de contratación para la realización del trabajo de campo de la nueva edición.

En dicha edición se van a realizar los siguientes cambios

- la ampliación del rango de edad de la población diana de las ediciones precedentes (15-74 años) a toda la población \geq de 15 años (permitirá conocer la situación de las adicciones en las personas mayores)
- la incorporación de un módulo de adicciones en el ámbito laboral
- la incorporación de un cuestionario validado para estimar el consumo de riesgo de cannabis (Test CAST)
- 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.

La realización del pretest de la Encuesta sobre Adicciones de Euskadi, 2023 se realizó sin problemas el último trimestre de 2022

5.2.2. Proyectos de investigación, estudios e informes y actividades de formación

Las investigaciones y estudios llevados a cabo durante el año 2022 se presentan a continuación:

- i. Prevención de las adicciones. Revisión de la evidencia sobre efectividad de las intervenciones en materia de adicciones
- ii. Prevalencia del consumo de psicofármacos en la población de 14 a 18 años de Euskadi
- iii. Estudio sobre el alcance de las ayudas para proyectos de prevención en adicciones en el ámbito escolar en Euskadi.
- iv. Uso de drogas entre escolares del País Vasco, 40 años después. IDD – Universidad de Deusto
- v. Abordaje de conductas adictivas relacionadas con el juego y las TICS. IDD – Universidad de Deusto
- vi. Guía breve sobre mujeres que abusan de drogas y son víctimas de violencias de género (recursos e itinerarios) dirigida a los/as profesionales de la salud. IDD – Universidad de Deusto
- vii. Evaluación exploratoria de resultados del programa Kerik Gabeko Guneak (KGGu) en las playas. En colaboración con el Departamento de Sociología de la UPV/EHU

En cuanto a actividades de formación en el periodo objeto de este informe, se han llevado a cabo las siguientes:

- i. Workshop sobre Conductas de riesgo y adicciones en el alumnado de FPB y FP de Grado Medio en Euskadi
- ii. Workshop sobre Adicciones y los centros penitenciarios: nuevos retos
- iii. XXIX Symposium sobre Avances en Drogodependencias: Abordaje de conductas adictivas relacionadas con el juego y las TICS
- iv. Seminario sobre Metodología de investigación: búsqueda de datos, bases de datos bibliográficos, análisis de la evolución de adicciones, análisis de la realidad social.
- v. Curso online sobre Prevención de adicciones. Adolescencia y Juventud. Una mirada comunitaria

Todos los cursos han sido realizados dentro del marco de colaboración con el IDD (Instituto Deusto de Drogodependencias).

5.2.3. Actualización del Observatorio y web de adicciones

El Observatorio de Adicciones, GABIA destinado a reunir resultados científicamente respaldados sobre el fenómeno de las drogodependencias y otras adicciones en la Comunidad Autónoma de Euskadi se ha actualizado de manera continuada durante el año 2022. Se han incorporado nuevos estudios, se ha actualizado el mapa de recursos, se ha publicado toda la información referente a las Buenas Prácticas y se han publicado los resultados del Sistema de Alerta Temprana. Además, Drogomedia, el Centro de Documentación de Drogodependencias del País Vasco, aporta documentación sobre normativa, estudios, guías y otras herramientas, además de datos continuamente. Durante el año 2022 se ha renovado el [directorio de recursos](#) con una mejora sustancial de los mecanismos de visualización y búsqueda

5.3. Reducción de la oferta

5.3.1. Información sobre las denuncias en materia de tabaco

Por Territorio Histórico

	N° denuncias					
	2017	2018	2019	2020	2021	2022
Araba	31	42	41	26	6	8
Bizkaia	124	104	128	100	75	45
Gipuzkoa	28	46	43	35	11	19
Total	183	192	212	162	92	72

Por tipo de infracción

	N° denuncias					
	2017	2018	2019	2020	2021	2022
Fumar	44	67	65	45	9	18
Permitir fumar	127	112	125	96	75	38
Venta de tabaco/DSLN	11	13	19	21	8	16
Falta señalización	1	1	3			
Total	183	192	212	162	92	72

Por sector

	N° denuncias					
	2017	2018	2019	2020	2021	2022
Hostelería	125	129	114	120	72	43
Centro cultural/social/recreativo	1	2	1			1
Centro de trabajo	2				1	
Centro de transporte		2	3	2		5
Centro deportivo	6	20	6	4		9
Centro/galería comercial			23	17	6	12
Centro sanitario		1				1
Estación de servicio	1					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	72

Por denunciante

	N° denuncias					
	2017	2018	2019	2020	2021	2022
Ertzaintza	49	87	93	41	15	23
Policía Municipal	96	74	78	111	31	31
Particular	27	22	25	8	41	16
Guardia Civil		9	16	2	5	2
Com. Propietarios						
Inspección Salud Pública	11					
Total	183	192	212	162	92	72

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	2022
Araba	7	11	17	3	1	4
Bizkaia	47	41	40	36	9	26
Gipuzkoa	11	10	17	5		4
Total	65	62	74	44	10	34

- Actuaciones informativas dirigidas a entidades o personas denunciadas sobre la normativa aplicable al supuesto concreto:

N° de actuaciones informativas					
2017	2018	2019	2020	2021	2022
19	10	12	17	41	18

- 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	2022
44	67	65	45	9	19

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	2022
26	6	0	3	5	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.

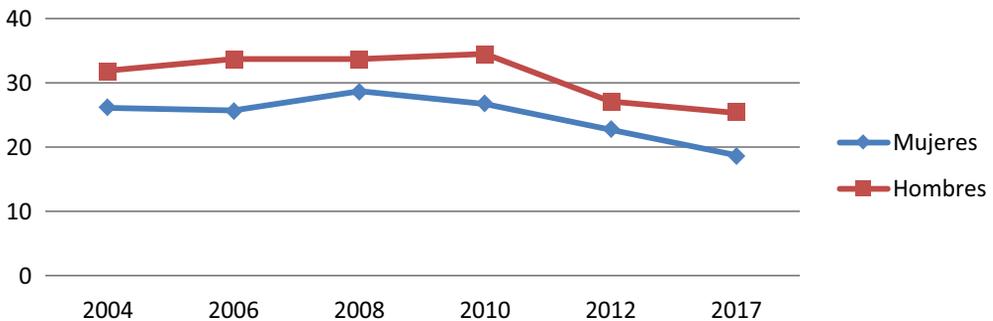
Nº de comunicaciones					
2017	2018	2019	2020	2021	2022
1	1	0	0	1	

5.4. Estrategia euskadi libre de humo de tabaco

Según la última Encuesta sobre Adicciones en Euskadi, de 2017, 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 %.

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. El impacto de las nuevas medidas 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 %.

Figura 42. Evolución del consumo de tabaco por sexo. Euskadi, 2004-2017



En cuanto a la distribución por edad, las mujeres que habían tenido algún contacto con el tabaco 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.

5.4.1. Programa Kerik Gabeko Gazteak (prevención ámbito escolar)

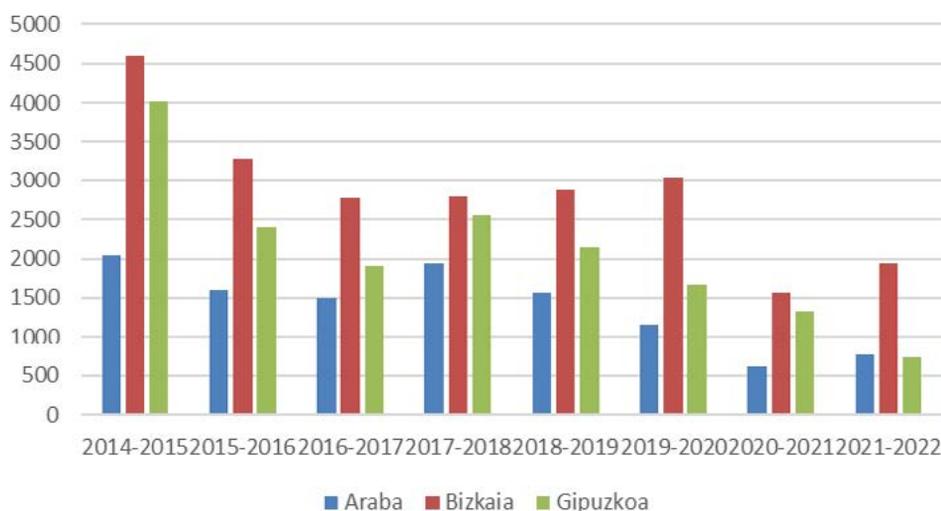
Este programa se enmarca en la estrategia “Euskadi Libre de Humo de Tabaco”, y en concreto, entre las intervenciones planteadas para informar y sensibilizar a los distintos grupos de población de los riesgos para la salud del consumo de tabaco y del aire contaminado por el humo.

Se lleva a cabo en el ámbito educativo y tiene por objetivo retrasar la edad de inicio del consumo de tabaco. 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.

Figura 43. Número de centros escolares que tomaron parte en el programa Clase Sin Humo-Kerik Gabeko Gazteak, 2014-2022.



Figura 44. Alumnado participante en el programa Clase Sin Humo-Kerik Gabeko Gazteak, 2014-2022



5.4.2. Kerik Gabeko Guneak

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: el seguir avanzando en la creación de un ambiente urbano más saludable, el desnormalizar el consumo de tabaco y 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 5 playas de Euskadi para poner a prueba los diferentes elementos de la iniciativa. En el año 2022 se ha constituido la [Red de Espacios Libres de Humo](#). Al final del año la red contaba con 191 Espacios Sin Humo (playas, entornos escolares, zonas deportivas y parques que correspondían a 44 municipios).

El verano de este año 2022 formaban parte de la red 19 playas y se diseñó un estudio comparativo de playas adheridas al programa con otras playas no participantes. Mediante observación no participante y encuestas realizadas a pie de playa se estudiaron diferentes indicadores.

Solo un 1,5 % de las 26.000 personas observadas fumaban en la playa, pero esta proporción variaba en función de la edad, de manera que los grupos más jóvenes de población eran los que más fumaban. Las personas usuarias de las playas sin humo percibían un menor consumo de tabaco y una menor exposición al humo ajeno.

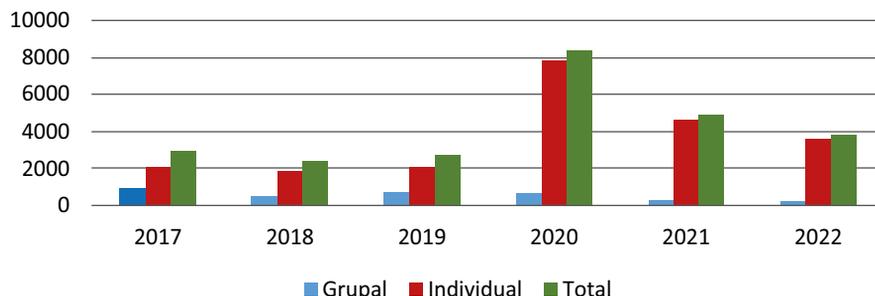
Uno de los hallazgos más llamativos fue el bajo conocimiento del programa (12 %), aunque la proporción de las personas que lo conocían en las playas sin humo (16 %) era significativamente mayor que en las playas control (8 %).

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 tratamiento un total de 39.383 personas. En el año 2020 se produjo un llamativo aumento que pudo 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.

A partir del año 2020 se ha observado un descenso, pero las cifras siguen siendo mayores a las anteriores de la pandemia.

Figura 45. Número de personas que han recibido tratamiento de dependencia del tabaco en Atención Primaria de Euskadi, por año.



5.5. 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 fueron 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	2022
Nº Proyectos	100	63	61	57	69	62
Total personas beneficiarias	126.612	158.087	144.990	104.280	131.986	139.303

- **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
2022	0	0	0

- **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
2022	306	94	5.724	47

- **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
2022	46	22	2.162

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 que se desarrollan en espacios de ocio festivo**, financiado directamente por el Gobierno Vasco e impulsado por las entidades locales.

Se trata de una intervención de carácter itinerante que se realiza principalmente en las fiestas patronales y consiste en una prueba de alcoholemia que recaba la atención del público del entorno. En el mismo proceso se realiza un trabajo de desmitificación de creencias sobre su consumo y sensibilización sobre sus efectos, riesgos y daños.

	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
2022	40	63	10.095

- **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
2022	28	19	355

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 (testing de sustancias y consejo).

	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
2022	33	46	6.889

- **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.

	Nº entidades locales	Nº lonjas	Nº jóvenes
2017	12	29	536
2018	16	53	842
2019	19	35	589
2020	0	0	0
2021	0	0	0
2022	10	15	177

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, txosnas, profesionales de la hostelería, etc. se difunden mensajes preventivos frente a los riesgos asociados al consumo de drogas y a las conductas adictivas. Existen distintos materiales de apoyo para un consejo breve a las personas que se reúnen en el ámbito festivo

(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				
	Nº entidades locales	Nº carteles	Nº regletas	Nº alcoholímetros	Nº Trípticos "Alkoholaz Jakin"
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	5.300
2022	31	535	11.800	12.500	9.300

- 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 de distribución	Nº Trípticos repartidos "Alkoholaz jakin" "Haurdunaldian"
2017	16	6.000
2018	16	6.000
2019	9	6.800
2020	0	0
2021	13	5.300
2022	8	6.825

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).
- Un hospital psiquiátrico de media estancia en Araba.
- 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 es contratado por la Dirección de Aseguramiento y Contratación Sanitaria del Departamento de Salud).

Los recursos asistenciales **concertados** son:

- 8 Comunidades Terapéuticas.
- 8 Centros de tratamiento de toxicomanías (Araba 1, Bizkaia 5, Gipuzkoa 2).
- 4 Centros de Día (1 Araba, 3 Gipuzkoa)

Además, se finalizó la “Guía de coordinación sociosanitaria para la atención y derivación a mujeres víctimas de violencia machista”

5.6.2. Reducción de daños: Intervenciones con personas en situación de exclusión social

Convenios suscritos en 2022 (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.

5.7. Resumen del área de adicciones

Las acciones en materia de adicciones en el año 2022 se vieron afectadas por las medidas restrictivas frente a la pandemia de Covid-19. Aunque dichas medidas no se mantenían en el año objeto del informe, ha costado recuperar los espacios y las actividades anteriores a la pandemia.

En el ámbito de la prevención universal, ha aumentado el nº de participantes en el ámbito escolar; pero en el familiar y comunitario no se han recuperado las cifras prepandémicas.

Se mantiene un componente de género en el ámbito familiar; donde la participación de mujeres (madres) dobla la de los hombres.

Con respecto a la prevención selectiva, también ha aumentado el número de personas que recibieron la acción en los centros escolares, pero no se ha recuperado el entorno familiar y comunitario.

En el Servicio de Adicciones se ha avanzado en la mejora del conocimiento sobre la efectividad de los programas, a través de 2 aproximaciones: Por un lado, mediante la identificación de la evidencia disponible sobre la efectividad de las intervenciones en función del ámbito de actuación, nivel de riesgo de la población diana y etapa vital. Por otro lado, se han puesto en marcha proyectos de evaluación empírica, como la del programa *Kerik Gabeko Guneak* en playas, durante el verano de 2022, con un diseño quasi-experimental para conocer su impacto en términos de resultados.

Del mismo modo, durante 2022, se ha renovado el [directorio de recursos](#) con una mejora sustancial de los mecanismos de visualización y búsqueda.

En el área de control de la oferta, las denuncias en materia de tabaco han experimentado un descenso continuado desde 2019. En el año 2022, llegaron al mínimo histórico al reducirse hasta 1/3 desde el inicio del descenso. La mayoría fueron en hostelería, por permitir fumar y llevadas a cabo por la policía Foral y la Ertzaintza. Las remitidas a los municipios por venta y consumo de alcohol han permanecido estables.

Dentro de la estrategia Euskadi Libre del Humo de Tabaco, el programa *Kerik Gabeko Gazteak* ha experimentado un descenso en el número de centros participantes y ha llegado a una menor cuota de alumnado a partir del inicio de la pandemia. La evaluación exploratoria de la efectividad del programa *Kerik Gabeko Guneak* en el verano de 2022, hacía pensar que el programa es efectivo pero que su impacto se ha visto limitado por el escaso conocimiento de este. A pesar de tener en cuenta que el programa llevaba muy poco tiempo implantado en el momento de la evaluación, se han diseñado acciones de marketing y se ha puesto en marcha un estudio, basado en la teoría del cambio, para identificar acciones que aumenten el impacto de la iniciativa entre las que se incluyen las de visibilización.

La evolución de las acciones englobadas en el programa Menores y Alcohol varía en función del ámbito y de la población diana. A nivel escolar destaca el aumento de los programas dirigidos al alumnado de más edad, 4º de la ESO y bachillerato, y a los ciclos formativos. A su vez se han recuperado los basados en artes escénicas y los de ocio festivo.

Los resultados de la evaluación final del VII Plan sobre Adicciones de Euskadi identificaron como principales logros del periodo de vigencia: el avance en el reconocimiento de los entornos y los determinantes sociales de la salud, el abordaje de las adicciones comportamentales, el enfoque en medidas sustitutivas de sanciones frente a las punitivas, el avance en actuaciones promotoras de atención integral y la mejora en la coordinación entre la Dirección de SP y A y las entidades del tercer sector.

Entre los retos para el futuro quedan: avanzar en la desnormalización de los consumos, en especial de alcohol y cannabis, intensificar la prevención selectiva e indicada e innovar en nuevos abordajes de prevención, como prevención ambiental, atender las necesidades específicas en el caso de las TICs y los psicofármacos, avanzar en un mayor cumplimiento de la normativa, aumentar la participación social en el diseño de políticas de adicciones, definir itinerarios claros de atención según el perfil y la problemática, mejorar la sistematización de la evaluación y lograr una acción intersectorial e interinstitucional efectiva.

6. Laboratorio

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/>, donde también se encuentra la memoria de actividades completa de 2022, que incluye el número de muestras y de determinaciones realizadas.

7. Plan de Salud 2030

7. Plan de Salud 2030

En 2022 se inició y avanzó en el proceso de elaboración del Plan de Salud (PS) Euskadi 2030, con una implicación directa de la Dirección de Salud Pública y Adicciones, a la que, como secretaria técnica, le correspondió las funciones de dinamización e impulso del mismo.

El proceso de elaboración de PS Euskadi 2030 se articuló en las fases que se indican a continuación, de las cuales, en 2022, se llevaron a cabo las cuatro primeras:

1. **Lanzamiento:** se concretó la metodología, el plan de trabajo, el cronograma y los órganos de gobernanza del proceso de elaboración.
2. **Diagnóstico:** tras la preparación del plan de trabajo y metodología, se realizó un análisis de situación, del estado de salud de la población y sus determinantes, así como un análisis prospectivo de tendencias globales y potenciales escenarios de futuro.

En esta fase se incluyó un análisis de la evaluación del Plan de Salud 2013-2020

3. **Formulación Estratégica:** esta fase consistió principalmente en la definición de la misión y visión del PS y el establecimiento de sus principios rectores. Además, teniendo en cuenta el análisis de situación, se identificaron los grandes desafíos o retos estratégicos a los que debe responder el PS.

Los contenidos anteriores fueron presentados a contraste en una jornada de reflexión celebrada el 13 de junio, en Bilbao, en el que participaron expertos internacionales y, aproximadamente, sesenta personas procedentes de diversas entidades y organismos significativos de Euskadi.

4. **Elaboración** del Plan de Salud: a la formulación estratégica le siguió la identificación de los objetivos generales del PS, sus objetivos específicos y las líneas estratégicas. Para ello se contó con 7 grupos de trabajo de carácter pluridisciplinar y multisectorial, en los que participaron alrededor de 160 personas de más de 100 organizaciones.

Para cada grupo se organizaron tres sesiones de trabajo en los meses de septiembre, octubre y noviembre de 2022, con los siguientes contenidos:

- Primera sesión: presentación y debate en torno al marco conceptual de cada uno de los objetivos generales e identificación de los factores clave.
- Segunda sesión: identificación de los objetivos específicos de cada objetivo general.
- Tercera sesión: identificación de las líneas estratégicas vinculadas con los objetivos específicos.

5. Definición de **elementos instrumentales y validación**: seguidamente, se definieron los elementos instrumentales necesarios para el despliegue del PS, básicamente el modelo de gobernanza del PS, con la estructura organizativa y el modelo de evaluación, así como la estrategia de comunicación y la memoria económica

E.l [Plan de Salud Euskadi 2030](#) se encuentra disponible en la Web del Departamento de Salud¹³.

¹³ Plan de Salud Euskadi 2030 disponible en: https://www.euskadi.eus/contenidos/informacion/publicaciones_departamento/es_def/adjuntos/plan-salud-2030.pdf

8. Desarrollo normativo

8. Desarrollo normativo

En el primer semestre de 2022 culminó la tramitación del **anteproyecto de Ley de Salud Pública** en el seno del Gobierno Vasco, con la recepción de los últimos informes preceptivos (Comisión de Gobiernos Locales, Oficina de Control Económico, COJUA y Agencia Vasca de Protección de Datos).

El Consejo de Gobierno aprobó en su sesión del 25 de julio de 2022 el anteproyecto definitivo, que fue remitido al Parlamento Vasco para iniciar allí la correspondiente tramitación.

El 5 de octubre de 2022 la Consejera de Salud, Gotzone Sagardui, presentó ante el Parlamento Vasco el proyecto de Ley de Salud Pública. Recordó que su objetivo principal 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. El texto propuesto al Parlamento Vasco se estructura en 96 artículos distribuidos en 7 capítulos, además de 3 disposiciones adicionales, 3 transitorias, 1 derogatoria y 3 finales, define asimismo las principales funciones y actuaciones del Sistema de Salud Pública de Euskadi.¹⁴

Entre el 10 y el 26 de octubre comparecieron ante la Comisión de Salud del Parlamento Vasco 18 representantes de administraciones y personas expertas para exponer sus puntos de vista y aportaciones en relación con el proyecto. Finalmente, en noviembre se abrió el plazo de presentación de enmiendas, que se prorrogaría hasta febrero de 2023.

¹⁴ Documento e información relativa al procedimiento disponible en: <https://www.euskadi.eus/gobierno-vasco/-/proyecto-ley/23-proyecto-de-ley-de-salud-publica/>