

Informe 2017

Salud pública y adicciones



Euskadi, bien común

EUSKO JAURLARITZA



GOBIERNO VASCO

OSASUN SAILA

DEPARTAMENTO DE SALUD

Un registro bibliográfico de esta obra puede consultarse en el
catálogo de la Biblioteca General del Gobierno Vasco:
[http:// www.euskadi.eus/ejgvbiblioteca](http://www.euskadi.eus/ejgvbiblioteca)

Edición: 1ª, noviembre 2018

©: Administración de la Comunidad Autónoma del País Vasco. Departamento de Salud

Autoría: Dirección de Salud Pública y Adicciones. Departamento de Salud

Internet: www.euskadi.eus

Edita: Eusko Jaurlaritzaren Argitalpen Zerbitzu Nagusia.
Servicio Central de Publicaciones del Gobierno Vasco.
C/ Donostia-San Sebastián, 1 – 01010 Vitoria-Gasteiz

Diseño
y maquetación: Dirección de Salud Pública y Adicciones. Departamento de Salud

ÍNDICE

INTRODUCCIÓN	5
INFORMACIÓN POBLACIONAL	7
1. DEMOGRAFÍA 2017	7
2. DETERMINANTES SOCIALES DE LA SALUD	13
3. SALUD DE LA POBLACIÓN Y CONDUCTAS RELACIONADAS CON LA SALUD	17
4. MORTALIDAD EN LA C.A. DE EUSKADI, 2017	28
SISTEMAS DE VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA	30
1. ENFERMEDADES DE DECLARACIÓN OBLIGATORIA (EDO)	30
2. GRIPE	43
3. MICROBIOLOGÍA	48
4. BROTES	60
5. VIH Y SIDA	65
6. OTROS	67
PROTECCIÓN DE LA SALUD	69
1. SALUD AMBIENTAL	69
1.1. AIRE	69
1.2. AGUAS DE CONSUMO	74
1.3. AGUAS DE BAÑO	77
1.4. PREVENCIÓN Y CONTROL DE LA LEGIONELOSIS	79
1.5. PRODUCTOS QUÍMICOS	82
1.6. OTRAS ACTUACIONES	83
2. SALUD ALIMENTARIA	86
2.1. ESTABLECIMIENTOS ALIMENTARIOS	86
2.2. SEGURIDAD QUÍMICA	89
2.3. SEGURIDAD MICROBIOLÓGICA DE LOS ALIMENTOS	97
LABORATORIO	106
1. PROGRAMAS DE SALUD PÚBLICA	109
2. ANÁLISIS PARA OSAKIDETZA Y DE DEMANDA EXTERNA	119
3. DETERMINACIONES TOXICOLÓGICAS	121
4. PARTICIPACIÓN EN PROYECTOS DE INVESTIGACIÓN	122
5. FORMACIÓN Y DOCENCIA	122
6. PUESTA A PUNTO, VALIDACIÓN Y ACREDITACIÓN DE NUEVOS MÉTODOS	125
7. PUBLICACIONES	126

PREVENCIÓN	128
1. SALUD MATERNO INFANTIL	128
1.1. NACIMIENTOS	128
1.2. PROGRAMA DE CRIBADO NEONATAL DE ENFERMEDADES CONGÉNITAS	129
1.3. PROGRAMA DE CRIBADO AUDITIVO NEONATAL DE EUSKADI	130
1.4. PROGRAMA DE VACUNACIONES	132
1.5. PREVENCIÓN DEL VIH E INFECCIONES DE TRANSMISIÓN SEXUAL	133
1.6. PROGRAMA DE ASISTENCIA DENTAL INFANTIL (PADI)	135
PROMOCIÓN DE LA SALUD	137
1. IMPULSO DE POLÍTICAS QUE APOYAN LA SALUD	137
2. CREACIÓN DE ENTORNOS FAVORABLES	138
3. REFUERZO DE LA ACCIÓN COMUNITARIA	142
4. DESARROLLO DE APTITUDES PERSONALES PARA LA SALUD	145
5. COLABORACIÓN CON PROYECTOS DE GOBIERNO	150
6. INCLUSIÓN DE LA PERSPECTIVA DE GÉNERO	152
ADICCIONES	154
1. COORDINACIÓN Y APOYO EN LA INTERVENCIÓN SOBRE ADICCIONES	154
2. ESTUDIOS, INFORMES Y DOCUMENTACIÓN	155
3. REDUCCIÓN DE LA OFERTA	157
4. EUSKADI LIBRE DE HUMO DE TABACO	160
5. PROGRAMA MENORES Y ALCOHOL	163
6. ASISTENCIA SOCIO-SANITARIA DE LAS ADICCIONES	164

INTRODUCCIÓN

Este informe recoge el trabajo realizado durante 2017 en todas las áreas de la Dirección de Salud Pública y Adicciones, tanto en su sede de Lakua como en las Subdirecciones de Salud Pública y Adicciones y las Comarcas de Salud Pública. Como en todos los años anteriores, el informe refleja el esfuerzo de las personas que trabajan en la organización por dar cumplimiento a lo expresado en la misión y visión de la Dirección:

Misión

Somos un servicio público con la misión de mejorar la salud de la población en base a los valores de equidad, sostenibilidad, transparencia y participación de la población. Para ello:

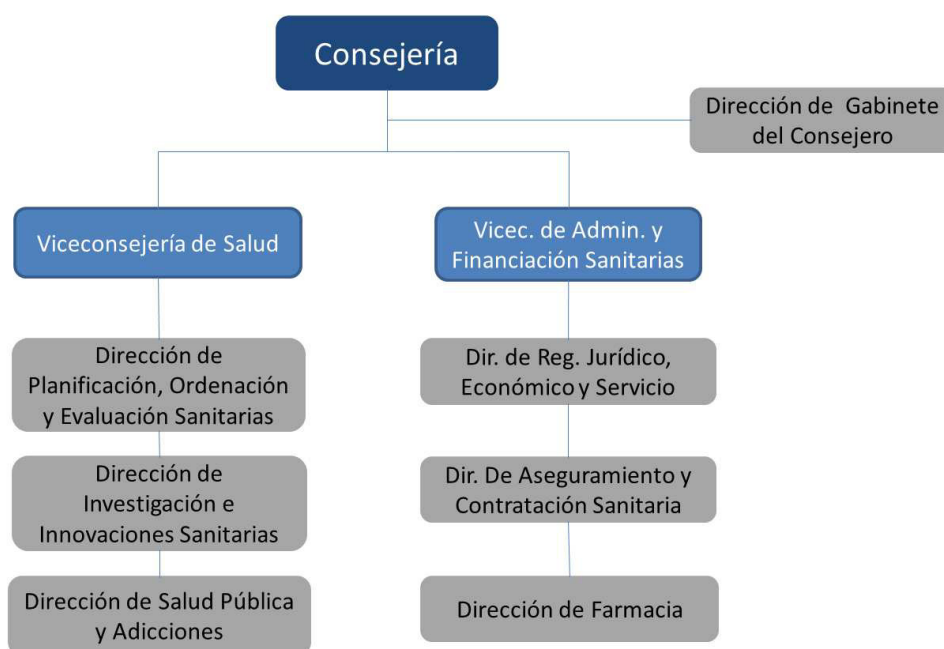
- vigilamos el estado de salud de la población, sus determinantes y sus riesgos,
- protegemos la salud de la población,
- prevenimos la enfermedad,
- promovemos estilos de vida y entornos físicos y sociales saludables,
- promovemos que otros sectores orienten sus políticas hacia la salud.

Visión

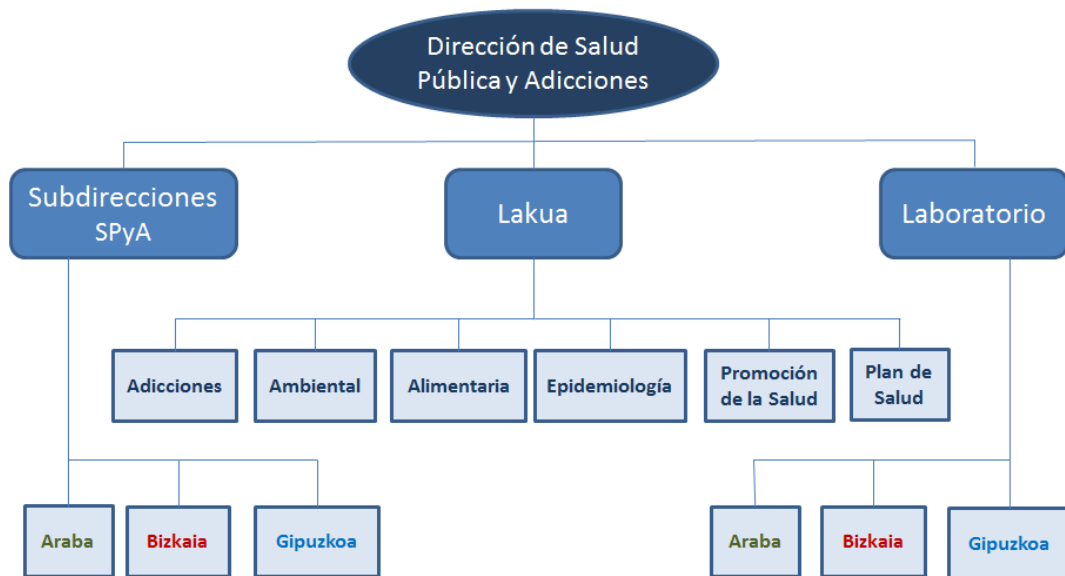
Conseguir que la población vasca sea modelo de sociedad saludable y sostenible.

Ser referente técnico y científico dentro y fuera de Euskadi, generando confianza y credibilidad en las demás instituciones, sectores y ciudadanía, respondiendo proactivamente a los nuevos retos de la Salud Pública y Adicciones.

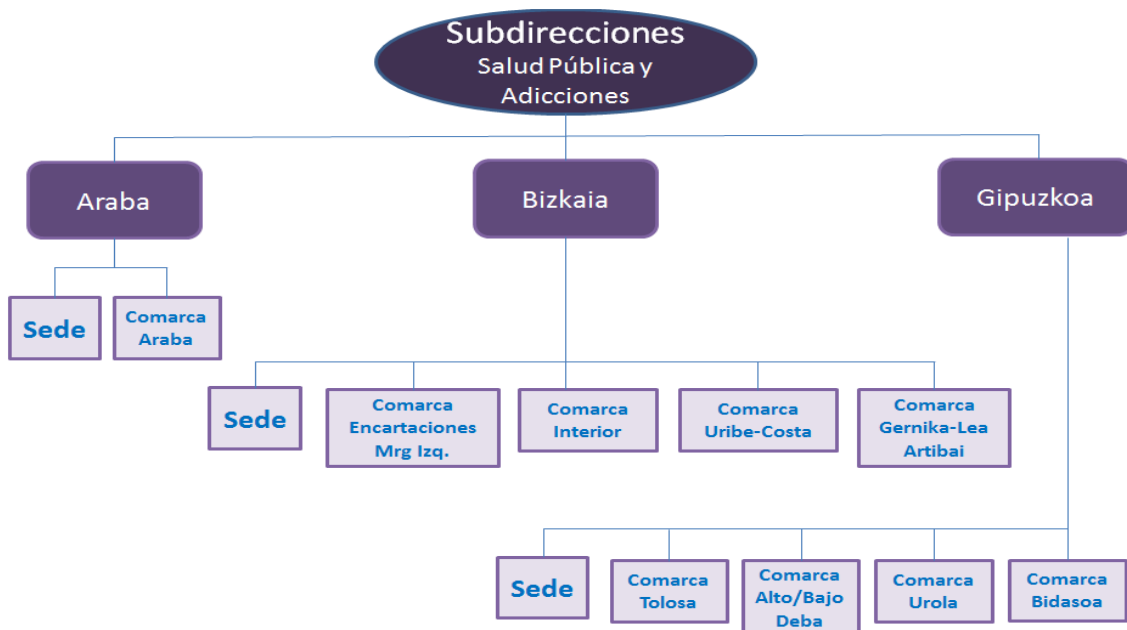
En la actual XI Legislatura la Dirección de Salud Pública y Adicciones está encuadrada en la Viceconsejería de Salud. Las Subdirecciones de Salud Pública y Adicciones lo están en las Delegaciones Territoriales de Salud:



La organización del trabajo en la Dirección de Salud Pública y Adicciones es la siguiente:



La distribución de las Comarcas de Salud Pública en las Subdirecciones es la siguiente:



INFORMACIÓN POBLACIONAL

1. DEMOGRAFÍA 2017

Según la Estadística Municipal de Habitantes elaborada por el Eustat, la población de la C.A. de Euskadi 2017 se cifra en 2,175.819 personas lo que supone la vuelta al crecimiento después del estancamiento de los últimos años. En concreto la población de la C.A. de Euskadi se incrementa en 3.934 personas respecto a 2016, pero no llega a las cifras de 2012, año del máximo histórico de población.

Los tres territorios han incrementado su población entre 2016 y 2017. Bizkaia aumenta en 575 habitantes, con lo que la pérdida acumulada respecto al 2012 se sitúa en 14.708 personas.

Gipuzkoa incrementa su población en 2.102 personas, la mitad del incremento total de la C.A. de Euskadi por lo que sigue con su línea de aumento de la población desde 2012, con 7.207 personas más en estos seis años. Álava ha ganado 1.257 personas, lo que ha hecho que su población sea superior a la registrada en 2012.

Entre las capitales vascas, Donostia/San Sebastián y Vitoria/Gasteiz han ganado población entre 2016 y 2017, 379 y 803 habitantes respectivamente, mientras que Bilbao pierde 84 personas. En 2009 la población de Bilbao y de Donostia/San Sebastián alcanzó sus máximos históricos, pero a partir de ahí en Bilbao el descenso ha sido constante con 12.659 habitantes menos en estos nueve últimos años. En este periodo la población de Donostia/San Sebastián ha tenido altibajos, siendo el resultado final de 2.016 residentes menos que en 2009. Excepto los años 2013 y 2014, la población de Vitoria-Gasteiz no ha hecho más que incrementarse y en 2017 alcanza su cifra más alta de residentes (Tabla 1).

Tabla 1 . Población de la C.A. de Euskadi por ámbitos territoriales y capitales, según grupos de edad

	Araba	Bizkaia	Gipuzkoa	Total	Vitoria-Gasteiz	Bilbao	Donostia
0-19	62.455	199.287	137.427	399.169	46.531	55.410	30.983
20-64	196.065	687.449	421.496	1.305.010	146.735	205.715	107.615
>=65	65.072	252.690	153.878	471.640	48.988	81.272	41.960
Total	323.592	1.139.426	712.801	2.175.819	242.254	342.397	180.558

Fuente Eustat. Estadística Municipal de Habitantes. 1/1/2017

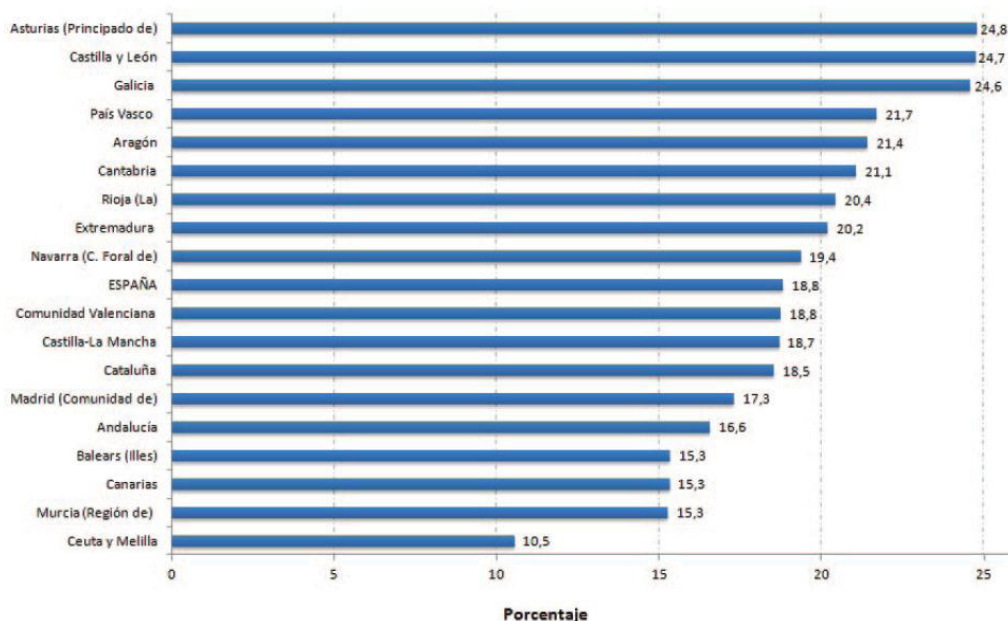
1.1. Estructura de población y envejecimiento

El fenómeno del envejecimiento demográfico afecta al conjunto de las sociedades occidentales, con previsiones de duplicación del porcentaje de personas de 60 o más años para el año 2050. Esta evolución responde por un lado al notable aumento de la esperanza de vida a lo largo de las últimas décadas, y por otro a la caída de las tasas de natalidad. El efecto combinado de ambas causas hace que aumente el peso relativo de las personas mayores en el conjunto de la población. En la C.A. de Euskadi este fenómeno es incluso más evidente y acelerado. Tenemos una esperanza de vida más alta que la media europea y una

tasa de natalidad más baja que la media europea. La proporción de población de 65 y más años en nuestra comunidad en 2017 es del 21,7% , superior a la que se da en España (18,8%), en donde Castilla y León, Principado de Asturias y Galicia, cuyos porcentajes se colocan por encima del 24%, son las Comunidades Autónomas que tienen proporciones más elevadas. En comparación con Europa sólo Italia supera la proporción vasca, en apenas tres décimas.

Si atendemos a las edades más avanzadas, las personas de 85 y más años han pasado de suponer el 2,1% en 2007 al 3,7% en 2017. En la población de 100 y más años la prueba del envejecimiento de la población es más evidente: de 341 personas de estas edades en 2007 se ha pasado a 624 diez años después, lo que supone un 83% más (Figura 1).

Figura 1. Porcentaje de personas de 65 y más años, por Comunidades Autónomas, 2017



Fuente: INE: INEBASE. Estadística del Padrón Continuo a 1 de enero de 2017. Consulta en enero de 2018

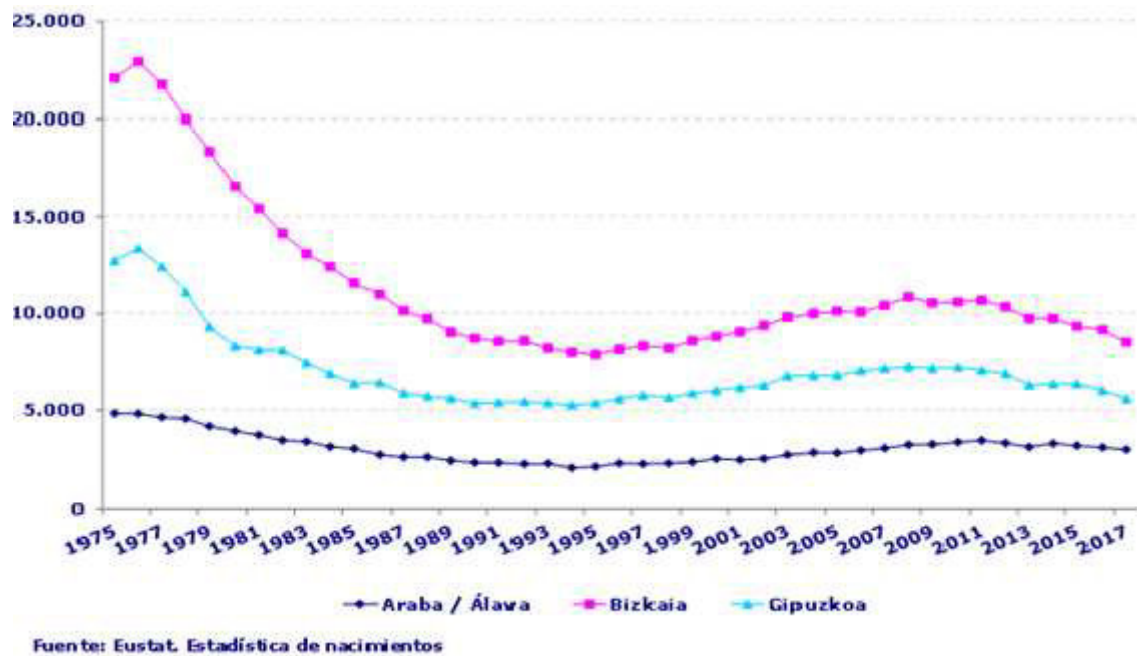
1.2. Movimiento natural de la población. Nacimientos y defunciones

El número de nacimientos en la C.A. de Euskadi alcanzó la cifra de 17.076 en 2017, un 6,4% menos que el año anterior, según datos elaborados por Eustat. Entre las madres de nacionalidad española el descenso fue del 7,5%, mientras que entre las madres **extranjeras** el descenso fue inferior, del 2,4%.

En cuanto a la distribución por territorios, Gipuzkoa es el que ha registrado el mayor descenso (-7%), seguido por Bizkaia (-6,9%) y, por último, Álava (-3,7%), de forma que el número de nacimientos se situó en 5.593, 8.522 y 2.961, respectivamente. (Figura 2).

La tasa de natalidad fue de 7,8 nacimientos por mil habitantes, por debajo de la de España que fue del 8,4, según datos provisionales. La cifra más alta la ofrece Álava (9,1‰), seguida de Gipuzkoa (7,8‰) y de Bizkaia (7,5‰) (Figura 2).

Figura 2 : Nacidos/as vivos/as según el territorio histórico de residencia de la madre. 1975-2017



En el 80,8% de los nacimientos las madres tenían 30 años o más

El grupo más numeroso de nacimientos corresponde a las mujeres de 30 a 34 años de edad, con un 36% del total, aunque ha experimentado un descenso de siete décimas porcentuales respecto a 2016; le sigue el formado por los nacimientos de madres de 35 a 39 años (34,7%), con un ligero descenso (2 décimas), y el grupo de 40 años y más, que sigue aumentando (10,1%), con un crecimiento de seis décimas porcentuales respecto al año anterior. La cifra de bebés de madres de 25 a 29 años (el 13,5%) registra un ligero aumento de 2 décimas y la de 20 a 24 años (4,5%) una décima más. Finalmente, las madres adolescentes supusieron el 1,2% del total, la misma cifra que el año anterior.

Si se considera la nacionalidad de las madres, el 22,3% tenía nacionalidad extranjera y dio a luz a 3.810 niñas y niños. En 2016 el porcentaje de las madres extranjeras era del 21,4%. Los países de nacionalidad más comunes fueron: Marruecos, con 735 madres, Rumanía (347), Colombia (247), Bolivia (210), Nigeria (194), Paraguay (181), Nicaragua (164), Ecuador (123), Argelia (119) y Brasil (116).

Las mujeres extranjeras han tenido sus hijas e hijos a una edad más temprana que las de nacionalidad española residentes en la C.A. de Euskadi: en el 40,7% de los casos han sido madres con menos de 30 años, frente al 13% de las madres de nacionalidad española.

La edad media de las madres fue de 33,5 años, aumentando este promedio hasta los 34,3 años entre las de nacionalidad española y situándose en los 30,8 años para las madres de nacionalidad extranjera.

La edad media de las madres primerizas, es decir, de aquellas que tuvieron el primer hijo en 2017, fue de 32,6 años.

Tabla 2. Nacidos/as vivos/as según el territorio histórico de residencia de la madre. 2017

	C.A. de Euskadi	Araba/Álava	Bizkaia	Gipuzkoa
Total	17.076	2.961	8.522	5.593
Sexo				
Hombres	8.826	1.498	4.420	2.908
Mujeres	8.250	1.463	4.102	2.685
Orden de nacimiento				
Primero	8.609	1.428	4.498	2.683
Segundo	6.628	1.129	3.264	2.235
Tercero o más	1.839	404	760	675
Edad cumplida de la madre				
<= 19 años	203	45	105	53
20 - 24 años	763	168	378	217
25 - 29 años	2.306	427	1.091	788
30 - 34 años	6.152	1.041	2.986	2.125
35 - 39 años	5.921	988	3.040	1.893
>= 40 años	1.731	292	922	517
Estado civil de la madre				
Casada	9.584	1.655	4.653	3.276
No casada	7.492	1.306	3.869	2.317
Nacionalidad de la madre				
Española	13.266	2.079	6.809	4.378
Extranjera	3.810	882	1.713	1.215

Durante el año 2017 los nacimientos habidos fuera del matrimonio se elevaron a 7.492, cifra que supone un descenso del 4,7% respecto a 2016. Estos nacimientos representan el 43,9% del total, frente al 43,1% en 2016. Bizkaia y Álava presentaron unos porcentajes superiores a la media de la C.A. de Euskadi, el 45,4% y el 44,1% respectivamente, mientras que en Gipuzkoa fue del 41,4%. Hace 10 años, en 2007, el porcentaje de nacimientos fuera del matrimonio registrado era del 27%.

La relación de sexos entre los nacidos vivos en 2017 fue de 107 niños por cada 100 niñas. El peso medio de los niños fue 3.307 gramos y el de las niñas 3.211 gramos.

En el conjunto de 2017 el incremento del número de defunciones fue del 1,9% respecto a 2016

En el cuarto trimestre de 2017 el número de defunciones en la C. A. de Euskadi fue de 5.634, un 3,8% más que en el mismo trimestre de 2016, según datos de Eustat. Por territorios, en Álava hubo 738 fallecimientos, 3.084 en Bizkaia y 1.812 en Gipuzkoa.

Los datos provisionales totales del año 2017 cifran las defunciones en 21.629, de las que 10.807 fueron mujeres y 10.822 hombres. Respecto a 2016 se produjo un incremento del 1,9% en el número de fallecimientos.

Entre las defunciones ocurridas el año pasado, 40 correspondieron a menores de un año, 16 niñas y 24 niños. Por otro lado, fallecieron 274 personas con 100 o más años, 241 mujeres y 33 hombres. Se incrementó la longevidad de las personas fallecidas, en especial entre el sexo femenino, ya que en 2017 hubo 30 defunciones más entre la población centenaria respecto al año precedente, como resultado de 34 mujeres más y 4 hombres menos.

Con los datos provisionales de 2017, el crecimiento vegetativo de la C. A. de Euskadi fue negativo, ya que las muertes superaron a los nacimientos en 4.574 personas. Por territorios, Bizkaia tuvo saldo negativo, descendiendo por este motivo su población en 3.292 habitantes; Gipuzkoa perdió 1.429 personas y Álava fue el único territorio con saldo positivo, incrementando su población en 147 habitantes.

1.3. Movimientos migratorios de la población. Inmigración y emigración

Según la estadística de movimientos migratorios del Eustat, en 2016 se observó un nuevo saldo migratorio positivo en la C.A. de Euskadi; concretamente, vinieron 8.871 personas más de las que se fueron, cifra sensiblemente superior a los 3.362 de 2015, según datos elaborados por Eustat.

El saldo con los países extranjeros fue positivo en 6.897 personas, es decir, se registraron más inmigraciones a la CAE desde el extranjero que emigraciones a ese destino.

La evolución de los saldos migratorios ha sufrido importantes cambios en los últimos años. El fuerte crecimiento económico favoreció un saldo migratorio positivo (más inmigrantes que emigrantes), fundamentado en inmigrantes procedentes del extranjero, al mismo tiempo que el saldo migratorio con otras comunidades autónomas se mantuvo negativo. A partir de 2007 el saldo migratorio con otras comunidades autónomas se mantuvo negativo. A partir de 2007 el saldo con el extranjero disminuye drásticamente, e incluso se negativiza en los años 2012, 2013 y 2014. Desde 2008 el saldo migratorio con el resto del estado es positivo y el componente principal de la inmigración neta desde el año 2009 hasta el año 2014 proviene de otras comunidades del Estado.

1.4. Población inmigrante y extranjera

A 1 de noviembre de 2016, el 28% de la población residente en la C.A. de Euskadi ha nacido fuera de ella y, dentro de este colectivo, cerca de uno de cada tres habitantes, concretamente el 32%, corresponde a personas que han nacido en el extranjero.

El porcentaje de las personas nacidas fuera de la C.A de Euskadi se mantiene estable en los últimos 15 años, aunque se han producido cambios en el origen de las mismas. En este periodo aumenta en casi 7 puntos porcentuales la población residente en Euskadi que ha nacido en el extranjero, mientras que, por el contrario, desciende la población residente en la C.A de Euskadi que ha nacido en el resto del Estado, pasando de un 24,7% a un 18,9%.

Un 9,1% de las personas residentes en nuestra Comunidad ha nacido en el extranjero, porcentaje inferior al conjunto del Estado, que se sitúa en el 13,3%. Los países que aportan mayor número de habitantes a la C.A. de Euskadi son, por orden, Marruecos (10,8%), Colombia (9,2%), Rumania (8%) y Bolivia (5,7%)
De ellos, un 52,3% son mujeres y un 47,7% hombres.

Por Comunidad Autónoma de nacimiento, la que aporta un mayor número de personas a la C.A. de Euskadi es Castilla Y León, con el 7,7% de la población, seguida de Extremadura (2,4%) y Galicia (1,9%)

En el extremo opuesto, las personas nacidas en las Islas Baleares suponen solamente el 0,04% del total.

En cuanto a la edad de la población nacida fuera de la C.A. de Euskadi, se observa una notable diferencia según el lugar; así, la media de edad de las personas que han nacido en el extranjero se sitúa en 36,8 años, mientras que, para la población nacida en otras Comunidades Autónomas es mucho más alta, 63,2 años.

1.5. Proyecciones de población

Se estima que la C. A. de Euskadi contará al 1 de enero de 2031 con 2,186.200 habitantes, de ellos 1,064.200 serán hombres (48,4%) y el 51,6%, 1,117.200, mujeres, según las proyecciones demográficas realizadas por Eustat. Eso supondría 10.381 personas más que en 2017 con una tasa de crecimiento del 0,04% en promedio anual, lo que significa una estabilización del volumen de la población vasca. El mayor ritmo de crecimiento se localizaría a finales de la presente década, pero con tasas que no llegarían al 1% anual, para desacelerarse posteriormente hasta una tasa media del 0,03% entre 2021 y 2031..

A pesar de los crecimientos de población que se prevén en Álava y en Gipuzkoa, de 15.300 y 28.000 habitantes respectivamente entre 2016 y 2031, la disminución de los residentes en Bizkaia, en concreto 29.000 personas menos, tendrá como resultado el exiguo crecimiento de la población vasca en ese periodo. Esas diferencias territoriales prolongarán la tendencia de los últimos quinquenios de un progresivo aumento del peso poblacional de Álava en detrimento del de Bizkaia en el conjunto de la C. A. de Euskadi. En el año 2031 se prevé que el 15,4% de la población resida en Álava, (1,8 puntos porcentuales más que en 2001), el 50,8% en Bizkaia (3,2 puntos menos) y el 33,8% restante en Gipuzkoa (1,5 puntos porcentuales más).

La combinación de los saldos en los dos componentes del crecimiento demográfico, el natural (nacimientos menos defunciones) y el migratorio (inmigraciones menos emigraciones), produce la práctica estabilización de la población entre 2016 y 2031. El crecimiento natural presentaría saldos cada vez más negativos por el aumento de las defunciones y el menor número de nacimientos, lo que supondría que la población disminuiría en 74.200 personas por este concepto en el periodo considerado. Por el contrario, el saldo migratorio contribuiría con 88.500 personas.

La población menor de 20 años, que representaba un 18,2% del total de la C. A. de Euskadi en 2016, bajaría al 17% en 2031, y sus efectivos disminuirían en casi 25.000 personas.

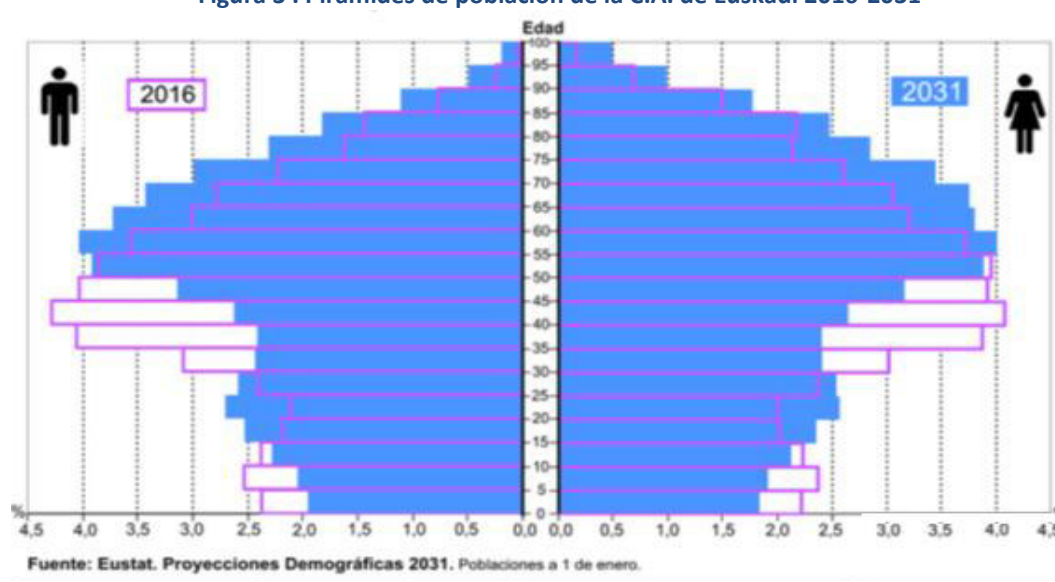
Se estima que la población “adulta”, es decir, la de 20 a 64 años de edad, perdería unas 111.900 personas en estos 15 años, equivalente a una reducción del 8,5%. En la evolución de la población adulta se contrapondrían las pérdidas en las edades centrales, de 201.000 personas menos entre los 29 y 51 años, con los incrementos de 35.200 de 20 a 28 años y de 54.000 de 52 a 64 años.

La población de 65 o más años podría aumentar en unas 150.900 personas, por lo que su peso llegaría al 28,2% en 2031 –cerca de 7 puntos más que en 2016–. Los mayores incrementos relativos se darían entre la población de más edad, que en 2031, alcanzaría la cifra de 112.900 personas, el 5,2% de total de población.

La cifra de nacimientos en la C. A. de Euskadi se reduciría de 18.900 en 2015 a 16.400 en 2030, dado que la prevista recuperación de la fecundidad, hasta alcanzar 1,53 hijos/as por mujer, no compensaría la disminución del número de mujeres en edades fértiles: entre 25 y 39 años, edades centrales de la reproducción, la disminución de la población femenina podría suponer el 20% del valor inicial (Figura 3).

La esperanza de vida al nacimiento alcanzaría 83,7 años para los hombres y 88,8 años para las mujeres en 2030, partiendo de los 80,2 y 86,1 años, respectivamente, en 2015. La diferencia de esperanza de vida al nacimiento entre mujeres y hombres pasaría de 5,9 años en 2015 a 5,1 años en 2031.

Figura 3 . Pirámides de población de la C.A. de Euskadi 2016-2031



2. DETERMINANTES SOCIALES DE LA SALUD

2.1. Entorno económico y laboral

El PIB de la CAE ha registrado un crecimiento del 3,0% en el cuarto trimestre de 2017 con respecto al mismo trimestre del año anterior, según datos elaborados por Eustat. Respecto al tercer trimestre de 2017, la variación se ha cifrado en el 0,7%, idéntica a la del trimestre precedente.

El crecimiento interanual del PIB del cuarto trimestre de 2017 es debido a la positiva evolución de todos los sectores de actividad, a excepción del sector Primario. La industria y la Construcción registran un crecimiento superior al del trimestre precedente, mientras que la tasa de crecimiento de los Servicios es inferior a la del tercer trimestre; si bien, en el caso de los servicios, esta evolución no es en el mismo sentido en todos los subsectores.

El sector de la Industria presenta, en este cuarto trimestre, una tasa de crecimiento interanual del 3,7 %, lo que significa un crecimiento un punto superior al del tercer trimestre. Este dato de evolución interanual se traduce en un crecimiento de un punto y siete décimas en términos intertrimestrales. Es en la industria

manufacturera donde se sustenta la evolución anual de este trimestre, con un crecimiento idéntico al observado por el total de la industria.

Los datos del cuarto trimestre de 2017 del mercado laboral de la CAE de Euskadi ofrecen una cifra de 915.100 personas ocupadas, lo que supone un aumento de 900 personas respecto al trimestre anterior (+0,1%), según datos elaborados por Eustat. Por otro lado, la tasa del paro de la CAE se sitúa en el 11,1%, cuatro décimas porcentuales menos que en el tercer trimestre de 2017.

Según EUROSTAT- Oficina de Estadística de la Unión Europea-, en noviembre de 2017 la tasa de paro conjunto de la Unión Europea -28 se sitúa en el 7,3% y la de España en el 16,7%. Según la Encuesta de Estructura Salarial del INE del año 2015, la ganancia anual por trabajador fue de 23.106,30 euros, un 1,1% más que el año anterior. El salario medio anual de las mujeres fue de 20.051, 58 €, mientras que el del hombres fue de 25.992,76 €. El salario medio anual femenino representó el 77,1% del masculino. El País Vasco, con 27.571,31 € anuales por persona trabajadora, la Comunidad de Madrid con 26.448,04 € y la Comunidad Foral De Navarra 24.863,98 fueron las comunidades autónomas con los salarios medios anuales más altos. En el lado opuesto, Extremadura (19.564,49 €), Canarias (19.856,61) y Galicia (20.624,55) tuvieron los más bajos.

2.2. Sociedad, Pobreza y Desigualdad

El proceso de recuperación económica favorece la aparición de los primeros signos de que también remonta la situación social desde que comenzó la crisis en Euskadi. La pobreza se reduce en la comunidad de acuerdo a la última Encuesta de Pobreza y Desigualdades Sociales del Departamento de Empleo y Políticas Sociales, EPDS 2016. Mejoran por ejemplo indicadores de ausencia de bienestar o en el indicador sintético de riesgo de pobreza y exclusión de la UE (indicador AROPE). Los resultados suponen un avance sobre la misma encuesta hecha en 2014 pero no compensa por completo el deterioro sufrido desde 2008.

Ha mejorado sobre todo la situación para grupos intermedios o en riesgo de pobreza, pero la pobreza más grave está “estabilizada” y mantiene las mismas cifras que hace dos años. Alrededor de un 5% de la población sigue sufriendo pobreza real o grave. Afectaría a 122.566 personas si se utiliza el “Índice de pobreza real” del EPDS o a 104.177 si se utiliza el indicador “Riesgo de pobreza grave” de Eurostat, (personas con ingresos por debajo del 40 % de la mediana). Otros 107.950 viven en ausencia de bienestar, que hace referencia a los niveles mínimos de ingresos para participar en el modo de vida, las actividades y las costumbres de la sociedad vasca.

La evolución positiva tampoco llega a todos los territorios ni a todos los colectivos por igual. La tasa de pobreza real mejora con respecto a la última encuesta en Bizkaia (que pasa del 6,4% al 5,5% en dos años) y Gipuzkoa (del 4,2% al 4%) pero no en Araba donde empeora al pasar del 8,2% al 10,4%. Entre los colectivos más desfavorecidos están las familias monoparentales, donde crece la pobreza, los parados y paradas y el grupo de “trabajadores/as pobres”, personas que aun teniendo empleo su salario es tan bajo que no permite protegerles de la pobreza. Es de destacar también la situación de la población extranjera. Son el 10% de la población pero suponen el 30% de las familias pobres.

Desde el punto de vista de desigualdades, en la evolución de los ingresos medios en el último decenio, (Tabla 2), sobresalen dos hechos: por un lado incremento de los ingresos en la población situada entre los deciles 3 y 10 es similar, y por otro, el prácticamente nulo incremento salarial en el decil 2 y el notable descenso de ingresos, de un 7,2%, que ha sufrido el 10% de la población con ingresos más bajos. Son estos dos grupos de población los que han acusado con más dureza los efectos de la crisis (Tabla 3).

Tabla 3. Ingresos medios equivalentes per cápita por deciles de ingresos (ingresos mensuales netos corrientes). Período 2008-2016.

Decila de ingresos	Ingresos mensuales netos corrientes per cápita				Evolución 2008 a 2016
	2008	2012	2014	2016	
10 más pobre (D1)	575,51	562,9	498,18	534,07	-7,2
10-20% (D2)	820,21	816,44	752,63	826,01	0,7
20-30% (D3)	973,43	979,35	929,91	1.022,35	5
30-40% (D4)	1.137,12	1.146,88	1.107,17	1.181,31	3,9
40-50% (D5)	1.288,59	1.304,10	1.275,73	1.345,29	4,4
50-60% (D6)	1.438,34	1.473,68	1.441,16	1.517,93	5,5
60-70% (D7)	1.607,57	1.649,95	1.630,56	1.703,56	6
70-80% (D8)	1.812,61	1.881,01	1.856,64	1.897,79	4,7
80-90% (D9)	2.094,43	2.190,18	2.186,46	2.214,62	5,7
10 % más rico (D10)	3.000,89	2.942,58	3.031,88	3.098,33	3,2
Media	1.474,95	1.494,92	1.470,67	1.534,33	4

Fuente: EPDS 2008-2016 y EDSS-ENS 2014

2.3. Educación

El nivel de formación de la población de C. A. de Euskadi puede considerarse muy bueno tomando como referencia tanto la media estatal como el resto de comunidades autónomas, aunque quizás algo mejorable en algunos aspectos, cuando la comparamos con la media de los países de la Unión europea o de la OCDE.

Según datos de la Estadística Municipal de Educación, año 2016, de Eustat, una de cada cuatro personas de diez y más años, el 24,9%, había cursado estudios universitarios medio-superiores o superiores en el año 2016, 490.287 personas en total, y constituye el grupo más numeroso. Respecto a 2015, supone un aumento de 9.341 personas y medio punto más en porcentaje de población. En los últimos 30 años, respecto a 1986 (10,9%), se ha más que duplicado el porcentaje, 14 puntos porcentuales más con titulación de educación secundaria, de estudios profesionales y universitarios, al mismo tiempo que disminuyen la tasa de analfabetismo y la de la población sin estudios, o con solo preescolar o estudios primarios.

El relativo alto gasto público por alumno/a, de 8.976 euros por alumno/a público o 6.448 de gasto público por alumno/a público y concertado durante 2014, está muy por encima del resto de comunidades autónomas y de la media estatal (5.169 por alumno/a público y 4.537 por alumno/a público y concertado), según estadísticas de gasto por alumno/a en enseñanza no universitaria publicadas por el Ministerio de Educación, Cultura y Deporte.

Este nivel de inversión, comparable a la media europea, ha permitido igualarnos en muchos aspectos a los principales países europeos. Hay dos indicadores utilizados como punto de referencia general de la Estrategia 2020 de los sistemas educativos y formativos en la Unión Europea: la tasa de abandono temprana de educación y la tasa de formación en educación superior en la población de 30 a 34 años. En el año 2015, y según datos del Ministerio, el indicador de abandono temprano de la educación-formación, definido como el porcentaje de la población de 18 a 24 años que no ha alcanzado el nivel de segunda etapa de secundaria y no sigue ningún tipo de educación o formación, se sitúa en 9,7%, siendo la media para España 20,0% y la media europea el 11,0%. El indicador de nivel de formación de educación superior (porcentaje de población de 30 a 34 años con nivel de formación de educación superior) se sitúa en 2015 en 54,2% en Euskadi, superior al 40,9% de España y el 38,7% europeo.

Conviene apuntar que tanto en estos como en otros indicadores de formación hay significativas diferencias de género: la tasa de abandono temprano de educación es de solo un 7,4% en mujeres pero asciende a un 11,9% en los hombres, y mientras que el 60,8% de las vascas entre 30 y 34 años tiene estudios superiores, este porcentaje es del 47,6% en los hombres.

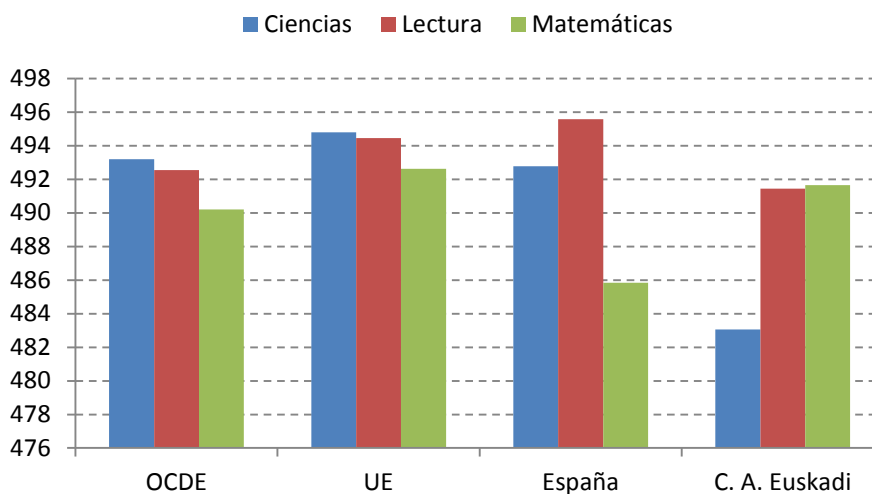
Como contrapunto a los buenos resultados anteriores está el último informe PISA publicado. El estudio PISA (Programa para la Evaluación Internacional del Alumnado) evalúa lo que los/las jóvenes saben y son capaces de hacer al finalizar su educación secundaria obligatoria (ESO) en más de 70 países del mundo. Este estudio de evaluación educativa se centra en tres competencias consideradas troncales: ciencias, lectura y matemáticas (Figura 4).

Tabla 4. Porcentaje de población de 10 y más años según nivel de instrucción. C.A. de Euskadi

	1986	2016
No sabe leer ni escribir (%)	1,2	0,38
Sin estudios (%)	12,8	2,2
Preescolar y primarios (%)	52	33,3
Profesionales (%)	12,7	17,6
Secundarios (%)	10,4	21,5
Medio-superiores (%)	4,4	7,7
Superiores (%)	6,5	17,3

Fuente Eustat. Estadística Municipal de Educación

Figura 4. Resultados PISA 2015 en las tres competencias troncales



Fuente: PISA 2015. Informe español. Ministerio de Educación, Cultura y Deporte.

Los resultados no son malos, si se considera que se evalúan sobre un máximo de 600, pero muestran un descenso de Euskadi, respecto a los informes anteriores, en las áreas de ciencias, comprensión lectora y matemáticas. La C.A. de Euskadi se sitúa varios puntos por debajo con respecto al Estado, la OCDE y la Unión Europea, excepto en el caso de las matemáticas, donde supera a España y a la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos. Los resultados pueden haber estado condicionados por cambios metodológicos en la última evaluación, tanto en el formato de la evaluación (se realizaron exclusivamente en formato digital) como en la muestra (disminución del número de centros y alumnos participantes, y muestreo por modelos lingüísticos: A, B, D).

3. SALUD DE LA POBLACIÓN Y CONDUCTAS RELACIONADAS CON LA SALUD

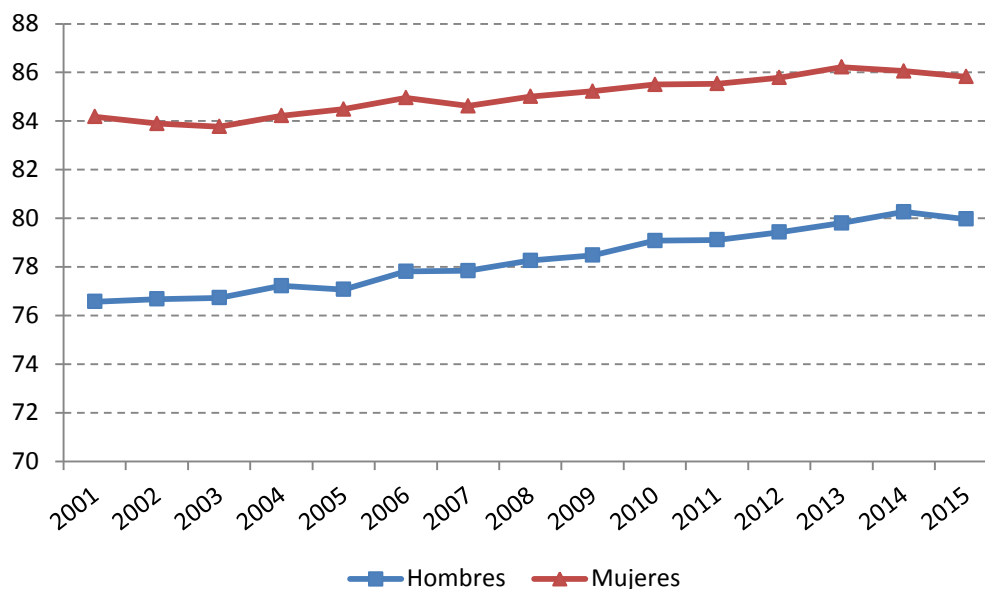
3.1. Esperanza de vida

Los resultados de los indicadores demográficos elaborados por Eustat indican que los hombres tienen una esperanza de vida al nacimiento de algo más de 80 años y, en el caso de las mujeres, su esperanza de vida se alarga hasta los 86,2 años

Tanto los hombres como las mujeres de la C.A. de Euskadi han experimentado un incremento constante de su esperanza de vida. Atendiendo a los indicadores observados hace 40 años (69,6 años y 76,9 años de esperanza de vida para varones y mujeres), se observa que la esperanza de vida de las mujeres se ha incrementado en 9,3 años y para los hombres en 10,7. Los varones han ganado 3,2 meses de vida cada año hasta alcanzar los 80,3 años, mientras que las mujeres se han beneficiado 2,8 meses por año, llegando a los 86,2 años. La diferencia entre las esperanzas de vida de ambos sexos se ha reducido a 5,9 años desde la

máxima de 8,7 que se dio hace 25 años. Hay pocos países que puedan preciarse de tener tan alta esperanza de vida, especialmente en el caso de las mujeres (Figura 5) .

Figura 5. Evolución de esperanza de vida al nacer por sexo. CAE 2001-2015



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

3.2. Esperanza de vida libre de discapacidad

La esperanza de vida libre de discapacidad (EVLD) es un indicador sintético de la salud poblacional, que combina la visión aportada por los datos de la mortalidad con los de la discapacidad. Según la Encuesta de Salud del País Vasco (ESCAV) 2013 la esperanza de vida libre de discapacidad es de 69,8 años en los hombres y 73,6 en mujeres

Comparado con la anterior encuesta, de 2007, la esperanza de vida libre de discapacidad (EVLD) ha disminuido 0,3 años en los hombres y 1,8 años en las mujeres. Los años vividos con discapacidad (AVD) han aumentado, tanto en los hombres como en las mujeres.

3.3. Salud percibida/ Autovaloración de la salud

Según la ESCAV, el 78% de las mujeres y el 82% de los hombres perciben su salud como buena o muy buena. La percepción de la salud empeora con la edad, tanto en hombres como en mujeres, y desciende también a medida que bajamos en la escala social.

3.4. Problemas Crónicos

El 46% de los hombres y el 47% de las mujeres manifiestan padecer algún problema de salud crónico. La proporción aumenta con la edad, y supera el 80% en las personas de 65 y más años (Tabla 5).

Tabla 5. Prevalencia declarada de problemas crónicos más frecuentes

	Hombres	Mujeres
Hipertensión	15,5	16,3
Colesterol elevado	12,6	11,7
Artrosis	4,8	11
Dolor dorsal	6	8,6
Dolor cervical	3,3	7
Diabetes	5,5	4,6
Alergia crónica	4,8	4,7
Problemas. crón. Corazón (no IAM)	4,9	4
Asma	4,3	4
Varices	2,2	5,7
Caries	3,4	2,6
Tiroides	0,7	5,2
Migraña	1,4	4
Sordera	2,7	2,6
Depresión	1,3	3,8

Fuente: ESCAV 2013

3.5. Conductas relacionadas con la salud

3.5.1. Consumo de alcohol

Según la Encuesta de Salud del País Vasco (ESCAV), una de cada 6 personas de 15 y más años beben a diario, y el 50% lo hacen al menos una vez a la semana (Tabla 6) .

Tabla 6. Frecuencia de consumo de alcohol en la población de 15 y más años

	A diario	Semanalmente	Mensualmente	Menos de 1 vez al mes	Nunca o no en los últimos 12 meses
Euskadi	16,6	33,4	13,7	11,2	25,2
hombres	23,1	40,2	13,1	8,3	15,1
mujeres	10,4	26,9	14,1	13,9	34,7
Unión Europea	9,2	29,6	23,1	14,2	23,9
España	15,3	22,3	18,8	12,4	31,3

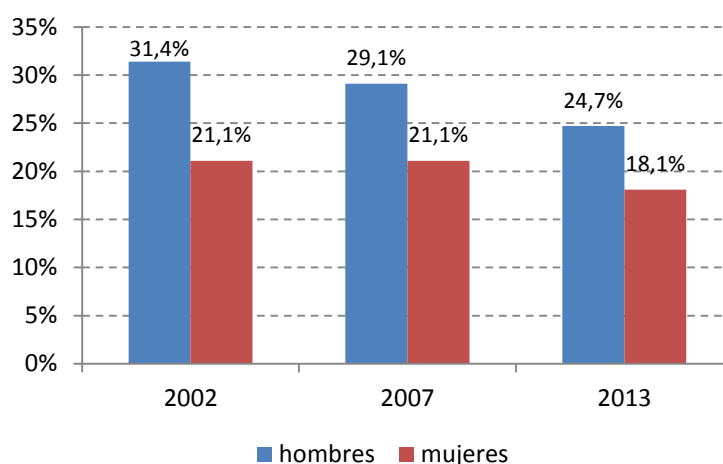
Fuente: ESCAV 2013 y European Health Interview Survey (EHIS) 2014

En 2013 la prevalencia de consumo de alcohol de alto riesgo (de tener problemas de salud a largo plazo) era del 25% en los hombres y del 15% en las mujeres. Respecto a 2007, en los hombres la prevalencia bajó en un 15% y en las mujeres aumentó en un 22%. El 12% de los hombres y el 5% de las mujeres, consumen alcohol de forma intensiva al menos una vez al mes.

3.5.2. Consumo de tabaco

Un 24,7% de los hombres de 15 y más años fuma diariamente y otro 4,1% adicional lo hace ocasionalmente. En las mujeres la prevalencia es del 18,1% de fumadoras a diario y 3,6% de manera ocasional. En su conjunto el 21,3% fuman a diario, ligeramente por debajo de la prevalencia estatal (23%) pero por encima de la media europea (19,2%). La evolución en la última década, tanto del consumo de tabaco como de la exposición al humo de tabaco ajeno (tabaquismo pasivo o de segunda mano), ha disminuido de forma significativa (Figura 6).

Figura 6. Evolución de la prevalencia de fumadores diarios (excluye ocasionales). Años 2002-2013



Fuente: ESCAV 2002, 2007, 2013

3.5.3. Alimentación. Consumo de frutas y verduras

La proporción de mujeres que come fruta y verdura a diario es mayor que la de hombres, según la última encuesta de salud publicada en 2013. Éstos comen más carne y embutido que las mujeres. Un 70,1% de las mujeres come fruta a diario y un 34,6% vegetales a diario. Entre los hombres el 61,1% consume fruta diariamente y un 23,3% vegetales cada día.

El consumo de "5 al día" (porciones/raciones de fruta y vegetales) está recomendado por la OMS, se ha utilizado en campañas de promoción y se suele utilizar como indicador de hábitos alimentarios saludables. El 15,4 % de la población de la C. A de Euskadi de 15 o más años consume 5 o más porciones de frutas/verduras cada día (12,5% de hombres, y 18,1 de mujeres). Este porcentaje es bajo pero ligeramente por encima de la media en España y Europa (12,4% y 14,3% respectivamente).

3.5.4. Obesidad

Según la ESCAV, en 2013 el 14% de los hombres y el 13% de las mujeres podrían considerarse obesos/as. Este porcentaje está ligeramente por debajo de la media estatal (16,2%) y la europea (15,4%). La proporción de personas con obesidad aumenta con la edad. Alrededor del 20% de la población vasca mayor

de 65 años la padece. Las desigualdades socioeconómicas en la prevalencia de obesidad son muy relevantes en ambos sexos, especialmente en las mujeres. La prevalencia aumenta al descender en la clase social. El 16% de las mujeres del grupo más desfavorecido son obesas frente al 6% de las de la clase I, la más favorecida.

3.6. Morbilidad

3.6.1. Morbilidad hospitalaria

El presente informe recoge los datos contenidos en el registro del Conjunto Mínimo Básico de Datos de Atención Especializada de Euskadi (CMBD-AE), anteriormente Registro de Altas Hospitalarias (RAH)¹, correspondientes al año 2016.

Recoge información, de los centros hospitalarios y los centros ambulatorios radicados en la CAE que prestan servicios de atención especializada, relativa a las siguientes modalidades asistenciales: hospitalización, cirugía mayor ambulatoria, hospitalización a domicilio, hospital de día médico y urgencias, así como de los procedimientos ambulatorios de especial complejidad.

En el año 2016 entra en vigor la nueva normativa que indica que se registrarán atenciones que no tienen por qué implicar un alta hospitalaria. Por esta razón, a las atenciones sanitarias recibidas por las/los pacientes se las denominará **contactos**.

Contactos declarados: en 2016 el número total ha sido de 326.777, incluyendo hospitales públicos y privados, contabilizando hospitalización y cirugía ambulatoria y considerando residentes y no residentes.

El 78,3%, del total de contactos registrados corresponde a los hospitales públicos y el 21,7% a los hospitales privados.

En los análisis de este informe, salvo mención expresa en sentido contrario, se contabilizarán únicamente los contactos hospitalarios de residentes en la Comunidad Autónoma Vasca (316.615 en total).

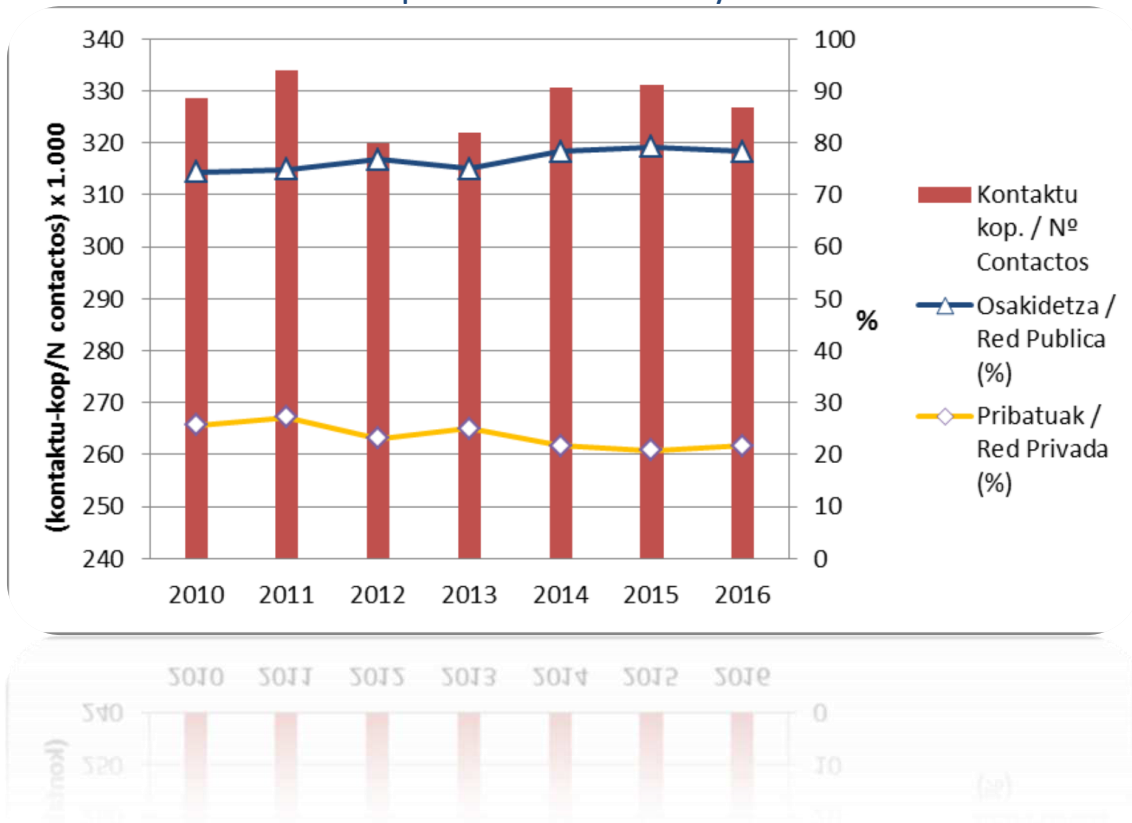
Estancia media: ha sido de 5,3 días en hospitalización convencional, en los hospitales de agudos. En el caso de la red pública esta estancia ha sido 5,7 días de media y en la privada de 3,4 días de media.

La edad de los pacientes también ha presentado diferencias entre hospitales públicos (media 59,0) y privados (media 57,3).

Tasa de hospitalización: el número de contactos convencionales en los hospitales de Osakidetza por 1.000 habitantes ha sido de 90,6. Se observan diferencias entre los territorios históricos, presentando, al igual que en el año anterior, Álava la mayor tasa (107,5) y Bizkaia la menor (83,4).

Causas de hospitalización: en los hospitales públicos de agudos la principal causa de hospitalización convencional ha sido la "Insuficiencia cardíaca" (5.223 contactos, el 2,7% del total de sus contactos); en el caso de los hospitales privados ha sido "Trastorno interno de rodilla" (1.527 contactos, el 3,8% del total de sus contactos). Considerando los grupos de enfermedades según la clasificación del ISHMT, el mayor número de contactos corresponde a enfermedades del aparato digestivo, 31.516 contactos (13,3%), seguidas de las enfermedades del aparato circulatorio, 30.083 (12,7%).

Figura 7 . Numero de contactos totales y distribución porcentual entre hospitales de la red pública (Osakidetza) y la red privada entre los años 2010 y 2016



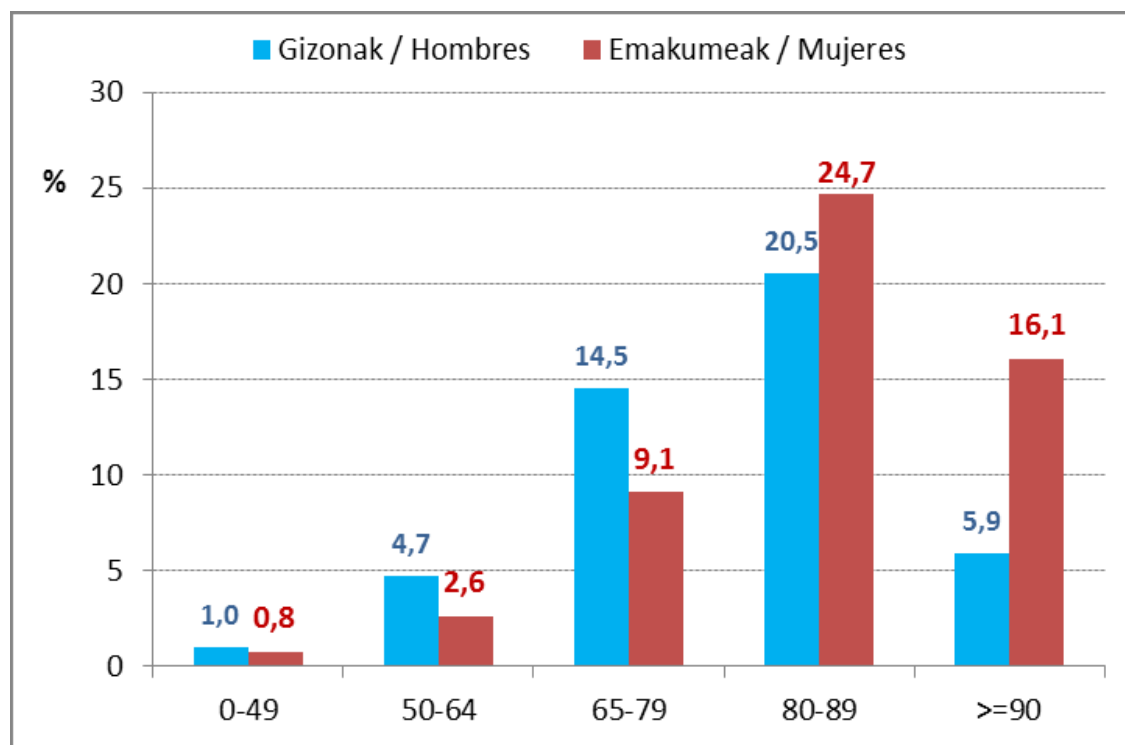
Primer procedimiento quirúrgico: en hospitalización convencional en los hospitales públicos de agudos los procedimientos más frecuentes, en el caso de las mujeres, han sido los relacionados con el parto: “Otros procedimientos para ayudar al parto”(9.885contactos;10,0%);y “Parto con fórceps, ventosa y extracción con presentación de nalgas” (2.194 contactos; 2,2%),seguidos de “Colecistectomía y exploración del conducto común”(1.660 contactos ; 1,7%); y, en el caso de los hombres, la “Angioplastia percutánea transluminal coronaria” (1.946contactos, 2,0%).

En hospitalización convencional en los hospitales privados, el primer procedimiento quirúrgico más frecuente ha sido “Otros procedimientos terapéuticos con uso de quirófano sobre piel y mama” (1.087contactos, 5,1%) en el caso de las mujeres; y “Otros procedimientos terapéuticos con uso de quirófano sobre articulaciones” (1.502contactos, 7,8%) en el caso de los hombres.

En cirugía ambulatoria los procedimientos más frecuentes en hospitales públicos, tanto en hombres como en mujeres, han sido “Procedimientos sobre cristalino y cataratas”, con 20.968(45,9%) contactos en total. En la red privada, en ambos sexos el procedimiento más frecuente fue “Escisión en lesión de piel”, con 2.821contactos (11,2%) en total.

La distribución de los contactos, por grandes grupos de edad y sexo se muestra en la figura siguiente. Hasta los 80 años se observa un mayor número casos de hospitalización en hombres, tendencia que se invierte a partir de esta edad (Figura 8).

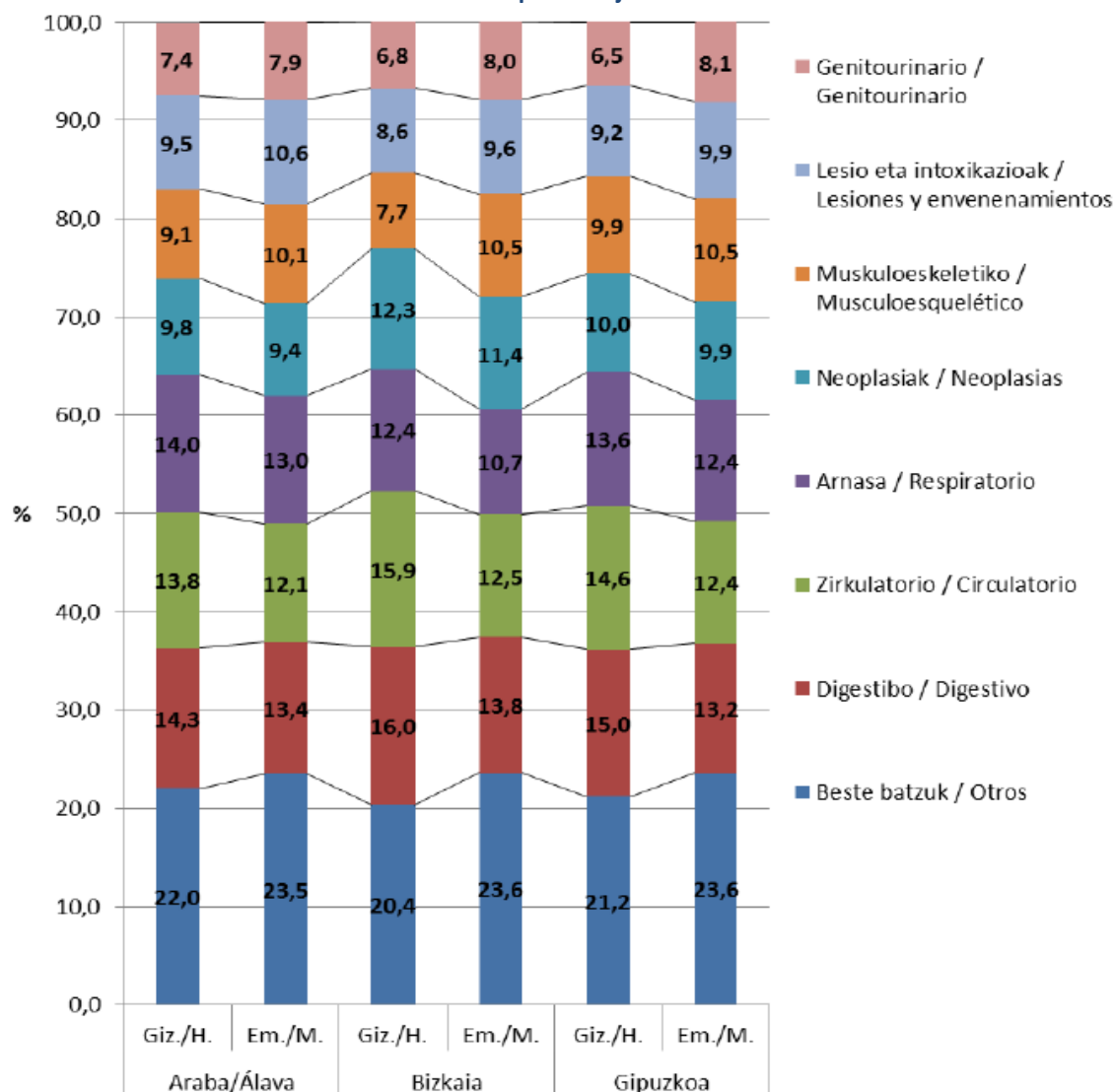
Figura 8. Distribución de las contactos por grupos de edad y sexo de hospitalización convencional, en los hospitales públicos de media-larga estancia. Porcentaje sobre el total de contactos.



De los casos de hospitalización convencional por servicio. El mayor número de contactos corresponde a los servicios de medicina interna (13,8%), seguidos de traumatología y cirugía ortopédica; cirugía general y digestiva; y obstetricia-ginecología (13,3; 11,2; y 11,2%, respectivamente). El resto de servicios tiene un peso inferior al 10%. Los servicios anteriormente citados ocupan las cuatro primeras posiciones en ambas redes, con diferencias en el orden. En los hospitales públicos son los servicios de medicina interna y obstetricia-ginecología (13,9 y 11,6%, respectivamente) los que tienen un mayor número de contactos, mientras que en los privados son traumatología y cirugía ortopédica, y cirugía general y del aparato digestivo (27,1 y 15,1%; respectivamente).

Los **principales grupos de enfermedad** (con la obvia excepción de los ingresos relacionados con gestación/partos/puerperio) causantes de estancia hospitalaria serían las enfermedades del aparato digestivo, las del sistema circulatorio, y las enfermedades respiratorias como refleja la Figura 9.

Figura 9 . Grupos diagnósticos más frecuentes en hospitalización convencional, según territorio histórico y sexo. En el caso de la mujeres no se han considerado los contactos de grupo “Embarazo, parto y puerperio” para el cálculo de los porcentajes.



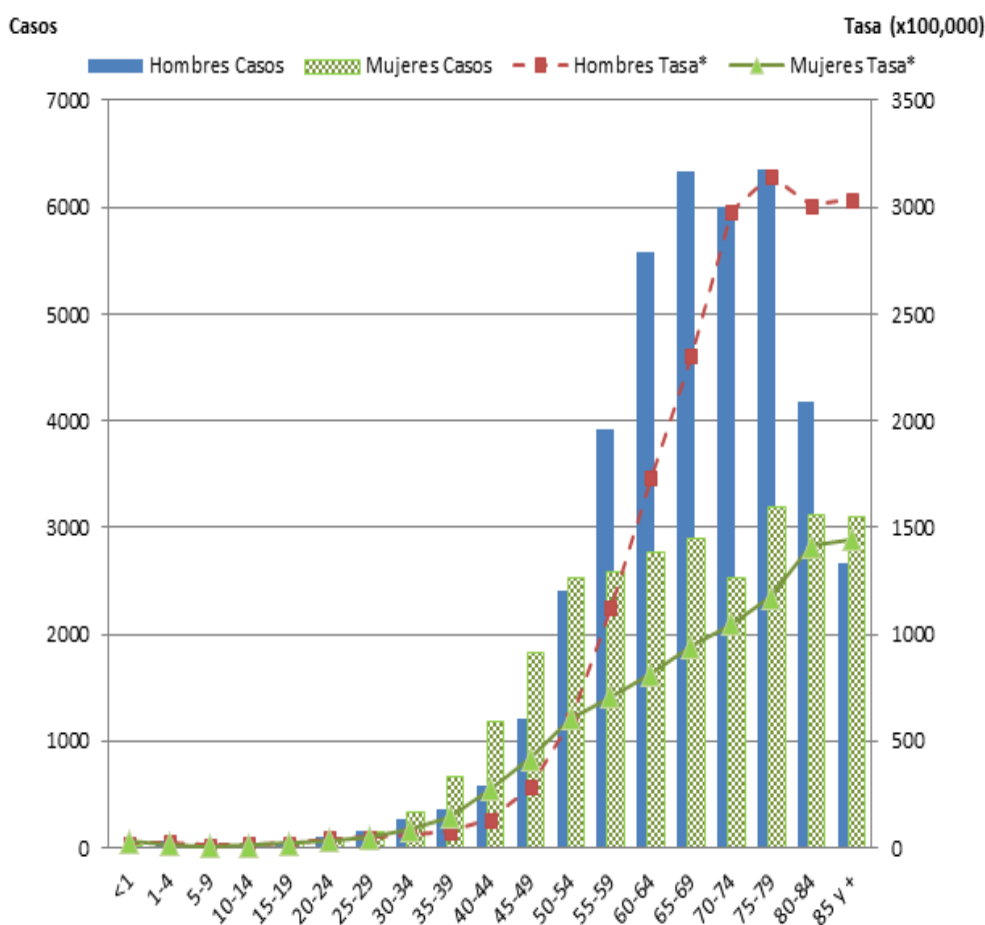
3.6.2. Cáncer

El cáncer es la primera causa de muerte de la población de la CAE, responsable de un 30,8% de todas las muertes. Este porcentaje aumenta hasta el 37,2% en los hombres, mientras que en las mujeres representa el 24,3%, siendo la segunda causa de mortalidad en este sexo.

En el quinquenio 2009-2013 se diagnosticaron en la CAPV 67.409 casos de cáncer, lo que supone 13.482 nuevos casos al año (8.062 en hombres y 5.420 en las mujeres). El 50% de la incidencia de debe a las cuatro localizaciones más frecuentes; colon-recto que es la localización más frecuente si medimos la incidencia de ambos sexos conjuntamente, mama (localización más frecuente en las mujeres), próstata (la más frecuente en hombres), y pulmón.

El número de casos y las tasas aumentan con la edad y son superiores en los hombres a las mujeres excepto en el periodo de los 30 a los 54 años en que las mujeres tienen un número y tasa mayor debido a la incidencia del cáncer de mama en estos grupos de edad. A partir de los 55 años las tasas en los hombres aumenta situándose muy por encima a las de las mujeres y alcanzando su punto más alto en torno a los 75-79 años. (Figura 10).

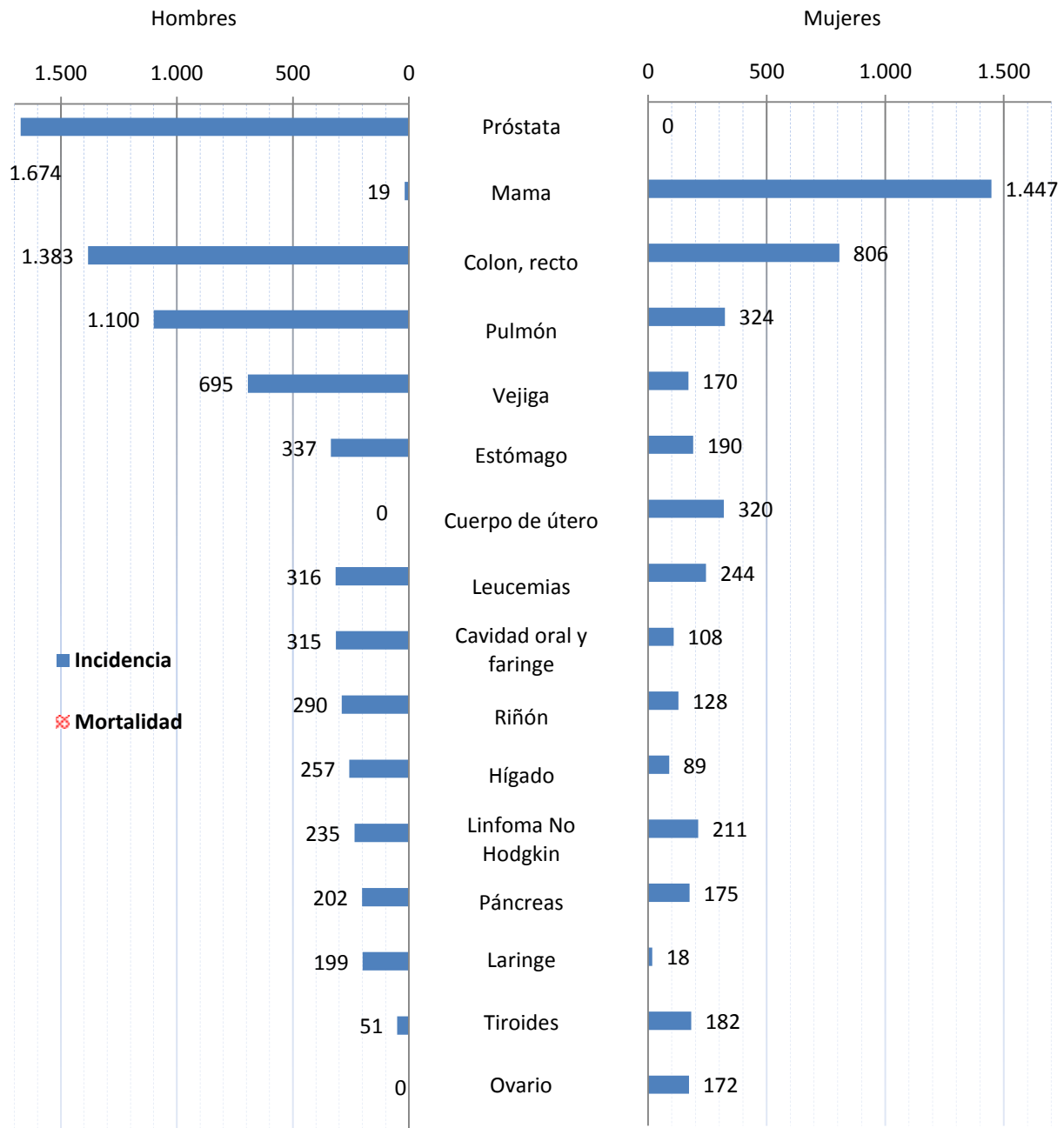
Figura10 . Incidencia de tumores malignos, casos y tasas específicas por edad y sexo, CAPV 2009-2013



Fuente: Registro de Cáncer de Euskadi. Gobierno Vasco.

Entre los años 2011 a 2015 se han producido 30.273 defunciones por cáncer en residentes de la CAE, esto representa una media anual de 6.055 muertes al año (3.739 hombres y 2.316 mujeres). Por sexos, en los hombres el cáncer que más muertes produce es el de pulmón (24,1% de la mortalidad por cáncer), a continuación se encuentra el colon-recto (13,6%), la próstata (9,12%), vejiga (6,9%) y estomago (6,0%). En las mujeres, el cáncer de mama (14,8%) es el más frecuente, seguido de colon-recto (14,4%), pulmón (11,4%), páncreas (7,2%) y estomago (5,8%) (Figura 11).

Figura 11 . Nuevos casos anuales de tumores malignos (Incidencia media 2009-2013) y defunciones (Mortalidad media 2011-2015) en las localizaciones más frecuentes por sexo.



Fuente: Registro de Cáncer de Euskadi y Registro de Mortalidad de Euskadi. Gobierno Vasco.

Tabla 7. Comparación de indicadores. C. A. de Euskadi (EUSK), España (ESP) y la Unión Europea (EU28)

	fFuente	aAño	EUSK	ESP	EU28
Población					
Población (millones)	a	2017	2,17	46,8	511,5
Población de 65 años o + (% de población)	a	2017	21,7	19,0	19,4
Tasa de Natalidad. Nacimientos (por 1000 hab.)	a	2015	8,7	9	10
Economía y mercado laboral					
Producto interior bruto (PIB) PPC por habitante (EU-28=100)	a	2016	121	92	100
Tasa de ocupación (16-64 años). Total	b	2016	65,6	59,5	65,6
Tasa de paro, media anual (%)	c	2017	11,1	16,5	7,3
Sociedad y desarrollo					
Población en riesgo de pobreza o exclusión (%)	d	2016	20,6	27,9	23,5
Gasto en protección social por persona (PPC) (€)	a	2014	8.341	6.121	7.903
Hogares con acceso a internet	a	2017	89	83	87
Gasto en Investigación y Desarrollo (% del PIB)	b	2016	1,82	1,19	2,03
				p	p
Educación					
Tasa de abandono escolar prematuro (18-24 años) Total	e	2015	9,7	20,0	11,0
Mujeres	e	2015	7,4	15,8	9,5
Hombres	e	2015	11,9	24,0	12,4
Personas con estudios superiores, grupo de edad 30-34 (%) Total	e	2015	54,2	40,9	38,7
Mujeres	e	2015	60,8	47,1	43,4
Hombres	e	2015	47,6	34,8	34,0
Medio ambiente					
Residuos urbanos generados (kilogramos por persona)	a	2016	514	443	480
Emissiones de gases efecto invernadero, año base 1990(1990=100)	b	2016	90,6	116,4	77,6
Cuota de energías renovables en el consumo final bruto de energía	b	2016	14,3	17,3	17,0
Salud					
Esperanza de vida al nacer (años) Total	f	2015	83,0	83,0	80,6
Mujeres	f	2015	85,8	85,8	83,3
Hombres	f	2015	80,0	80,1	77,9
Diferencial mujeres-hombres	f	2015	5,9	5,7	5,4
Personas con buena o muy buena salud percibida. 15 y más años.	g	2014	79,7	72,6	67,4
Total					
Mujeres	g	2014	76,7	69,2	64,8
Hombres	g	2014	83,1	76,3	70,3
Hábitos saludables					
Fumadores a diario (tasa bruta). 15 y más años. Total	g	2014	21,3	23,0	19,2
Mujeres	g	2014	18,1	18,6	15,5
Hombres	g	2014	24,7	27,6	23,1
Consumo al menos semanal de alcohol, 15 y más años. Total	g	2014	50,0	22,3	29,6
Mujeres	g	2014	37,3	24,5	27,4
Hombres	g	2014	63,3	51,3	51,2
Población obesa, 15 y más años (IMC ≥ 30) Total	g	2014	13,2	16,2	15,4
Mujeres	g	2014	12,6	15,8	15,3
Hombres	g	2014	13,9	16,5	15,6
Recursos sanitarios					
Camas de hospitales por 100.000 habitantes	h	2015	333,6	297,9	514,5
Médicos/as por 1.000 habitantes	i	2014	5,0	3,8	3,5
Enfermeros/as por 1.000 habitantes	i	2014	7,3	5,1	8,4

a Euskadi en la UE28, 2015: 28 indicadores básicos para conocer la situación de nuestro país en la Unión Europea (publicación digital). Eustat. [Enlace](#)

b Indicadores Europa 2020. Eustat. [Enlace](#)

- c INE, EUSTAT y EUROSTAT
 - d Datos para España y Europa, año 2015, fuente: Indicadores Europa 2020. Eustat. Datos para Euskadi, año 2016, fuente: Encuesta de Pobreza y Desigualdades Sociales (EPDS) 2016
 - e Anuario estadístico. Las cifras de la educación en España. Curso 2014-2015. Ministerio de Educación, Cultura y Deporte. [Enlace](#)
 - f Registro de Mortalidad de Euskadi y EUROSTAT
 - g Datos para España y Europa , año 2014, fuente: Encuesta Europea de la Salud (EHIS) 2014 y Encuesta Europea de Ingresos y Condiciones de Vida (EU-SILC)2014 [Enlace](#). Datos para Euskadi corresponden a 2013, fuente: Encuesta de Salud del País Vasco, ESCAV 2013 [Enlace](#)
 - h Indicadores de Salud: comparación internacional. Eustat. [Enlace](#)
 - i EUROSTAT y OCDE
- PPC Paridad de Poder de Compra

4. MORTALIDAD EN LA C. A. DE EUSKADI, 2017

Los datos provisionales totales del año 2017 cifran las defunciones en 21.629, de las que 10.807 fueron mujeres y 10.822 hombres. Respecto a 2016 se produjo un incremento del 1,9% en el número de fallecimientos.

Entre las defunciones ocurridas, 40 correspondieron a menores de un año, 16 niñas y 24 niños. Por otro lado, fallecieron 274 personas con 100 o más años, 241 mujeres y 33 hombres. Se incrementó la longevidad de las personas fallecidas, en especial entre el sexo femenino, ya que en 2017 hubo 30 defunciones más entre la población centenaria respecto al año precedente, como resultado de 34 mujeres más y 4 hombres menos.

El 29,3% de las defunciones ocurridas en 2017, 6.339 muertes, se debió a tumores. A continuación se situaron las muertes provocadas por enfermedades del sistema circulatorio, con un 26,5% (5.742 defunciones), y, en tercer lugar, a mayor distancia, las causadas por enfermedades respiratorias, que supusieron el 10,8% (2.339).

El motivo de las defunciones fue distinto según el sexo, ya que, entre los hombres, las originadas por tumores superaron en 10,4 puntos porcentuales a las derivadas del sistema circulatorio en 2017. Entre las mujeres las enfermedades cardiovasculares fueron la principal causa, colocándose en segundo lugar los tumores, aunque en este caso la diferencia entre ellas es menor, de 4,9 puntos porcentuales (Tabla 8).

Con los datos provisionales de 2017, el crecimiento vegetativo de la C. A. de Euskadi fue negativo, ya que las muertes superaron a los nacimientos en 4.574 personas. Por territorios, Bizkaia tuvo saldo negativo, descendiendo por este motivo su población en 3.292 habitantes; Gipuzkoa perdió 1.429 personas y Álava fue el único territorio con saldo positivo, incrementando su población en 147 habitantes.

Tabla 8 . Defunciones en la C.A. de Euskadi por sexo, según la causa de defunción

	IV/2017		Trimestre anterior (III/2017)		Mismo trimestre año anterior (IV/2016)	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
DEFUNCIONES	5.634	100,0	4.693	100,0	5.428	100,0
Hombres	2.872	51,0	2.407	51,3	2.748	50,6
Mujeres	2.762	49,0	2.286	48,7	2.680	49,4
CAUSA DE DEFUNCIÓN						
TOTAL	5.634	100	4.693	100	5.428	100
Tumores	1.647	29,2	1.520	32,4	1.614	29,7
Sistema Circulatorio	1.513	26,9	1.203	25,6	1.452	26,8
Sistema Respiratorio	563	10,0	356	7,6	548	10,1
Sistema Nervioso	356	6,3	314	6,7	360	6,6
Sistema Digestivo	261	4,6	217	4,6	247	4,6
Resto de causas	1.294	23,0	1.083	23,1	1.207	22,2
HOMBRES	2.872	100	2.407	100	2.748	100
Tumores	1.012	35,2	930	38,6	991	36,1
Sistema Circulatorio	728	25,3	595	24,7	697	25,4
Sistema Respiratorio	304	10,6	190	7,9	282	10,3
Sistema Nervioso	148	5,2	123	5,1	136	4,9
Sistema Digestivo	133	4,6	109	4,5	124	4,5
Resto de causas	547	19,0	460	19,1	518	18,9
MUJERES	2.762	100	2.286	100	2.680	100
Tumores	635	23,0	590	25,8	623	23,2
Sistema Circulatorio	785	28,4	608	26,6	755	28,2
Sistema Respiratorio	259	9,4	166	7,3	266	9,9
Sistema Nervioso	208	7,5	191	8,4	224	8,4
Sistema Digestivo	128	4,6	108	4,7	123	4,6
Resto de causas	747	27,0	623	27,3	689	25,7

Fuente: Eustat. Estadística de defunciones

SISTEMAS DE VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA

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

1. ENFERMEDADES DE DECLARACIÓN OBLIGATORIA (EDO)

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

Desde enero de 2016 ([ORDEN de 21 de enero de 2016, del Consejero de Salud](#)) las enfermedades que forman parte del sistema de vigilancia epidemiológica son 64; en 12 de ellas se recoge información exclusivamente numérica y en las otras 52 se recogen, además, datos de carácter individual, como la edad o los condicionantes de riesgo. Estos son algunos de los datos de mayor interés desde el punto de vista epidemiológico.

En la tabla 9 se exponen los datos relativos al año 2017 y en la tabla 10 los casos y tasas del período 2012-2016. En las figuras 19 y 20 se representan los índices epidémicos 1 y 2.

Tabla 9 Enfermedades de Declaración Obligatoria (EDO) por TH en la CAPV. 2017

	Álava	Bizkaia	Gipuzkoa	CAPV 2017	CAPV 2017	CAPV 2017	CAPV 2017
	Casos	Casos	Casos	Casos	Tasas X 10 ⁵	IE 1 ⁽¹⁾	IE 2 ⁽²⁾
Enfermedades de transmisión alimentaria							
Botulismo	0	0	0	0	--	--	--
F. tifo-paratífica	0	3	0	3	0,14	0,5	0,5
Listeriosis*	7	17	8	32	1,47	0,86	--
Shigelosis	4	12	27	43	1,98	1,02	0,74
VTEC*	0	2	17	19	0,87	0,79	--
Hepatitis víricas							
Hepatitis A	38	113	52	203	9,33	9,23	8,12
Hepatitis B	13	5	2	20	0,92	2,00	0,91
Hepatitis C	11	2	0	13	0,60	6,5	3,25
Enfermedades de transmisión aérea o respiratoria							
Gripe	4.045	17.731	10.258	32.034	1.472,27	0,93	1,1

¹ En este capítulo del Informe se hace referencia tan solo a los Sistemas de Vigilancia Epidemiológica relativos a enfermedades transmisibles y no transmisibles; en el capítulo dedicado a Promoción de la Salud se analizan los Registros de Malformaciones Congénitas y de Enfermedades Endocrino-Metabólicas.

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

Enf. Neumoc. Inv.	-	-	-	-	-	-	-	-	218	10,04
Fiebre tifo-paratífica	8	0,37	10	0,46	2	0,09	7	0,32	6	0,28
Fiebre Q	-	-	-	-	-	-	-	-	77	3,55
Gripe	24.195	1.109,96	29.078	1.333,97	22.228	1.022,98	38.281	1.761,45	34.538	1.590,23
Hepatitis A	35	1,61	38	1,74	24	1,1	19	0,87	22	1,01
Hepatitis B	22	1,01	24	1,1	24	1,1	15	0,69	10	0,46
Hepatitis C	8	0,37	13	0,6	4	0,18	3	0,14	2	0,09
Infección gonocócica	92	4,22	85	3,9	146	6,72	122	5,61	152	7
Infección meningocócica	40	1,84	21	0,96	10	0,46	24	1,1	21	0,97
Legionelosis	79	3,62	78	3,58	62	2,85	102	4,69	74	3,41
Leishmaniasis	-	-	-	-	-	-	-	-	3	0,14
Lepra	4	0,18	1	0,05	0	0	1	0,05	0	0
Leptospira	-	-	-	-	-	-	-	-	2	0,09
Listeria	-	-	-	-	-	-	-	-	40	1,70
Paludismo	31	1,42	58	2,66	51	2,35	43	1,98	50	2,3
Parotiditis	2.112	96,89	1.308	60,01	152	7	124	5,71	260	11,97
Rubéola	1	0,05	0	0	0	0	0	0	0	0
Rubéola congénita	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Sarampión	4	0,18	0	0	0	0	0	0	0	0
Shigelosis	144	6,61	24	1,1	79	3,64	58	2,67	42	1,93
Sífilis	97	4,45	99	4,54	101	4,65	103	4,74	105	4,83
Tétanos	2	0,09	0	0	0	0	1	0,05	0	0
Tos ferina	354	16,24	222	10,18	510	23,47	1.952	89,82	610	28,09
Tuberculosis	345	15,83	322	14,77	324	14,91	255	11,73	276	12,71
Tuberculosis meníngea	5	0,23	3	0,14	5	0,23	11	0,51	6	0,28
Tularemia	-	-	-	-	-	-	-	-	1	0,05
Varicela	8.686	398,47	7.769	356,41	5.088	234,16	6.212	285,84	7.246	333,63
VTEC	-	-	-	-	-	-	-	-	24	1,11
Zika	-	-	-	-	-	-	-	-	24	1,11

1.1. Enfermedades de transmisión alimentaria

Listeriosis: en 2017 se declararon 33 casos de listeriosis. Se han registrado 2 casos como listeriosis del embarazo y 1 como listeriosis neonatal. El 58% eran mujeres y la mediana de edad, excluido el caso neonatal, fue de 69,5 años. Todos los casos excepto uno tenían factores de riesgo como diabetes, cardiopatía o cáncer. El 33% presentaron bacteriemia/sepsis o meningitis/meningoencefalitis. El 97% de los casos requirió ingreso hospitalario y 9 personas fallecieron.

Shigelosis: se registraron 43 casos de shigelosis. Cuatro casos en Araba, 12 en Bizkaia y 27 en Gipuzkoa. El 39% de los casos tienen como antecedente haber viajado a una zona endémica. 42 casos son casos

confirmados por coprocultivo. Se ha aislado *Shigella flexneri* en 17 de los casos; en 23 casos se aisló *S. sonnei* y en 2 *shigella boydii*.

E. coli productora de toxina shiga o vero (STEC/VTEC): se registraron 19 casos de VTEC en 2017. El 58% de los casos se registraron en menores de 17 años y el 52,6% eran hombres. Cuatro casos (21,1%) fueron hospitalizados y uno presentó clínica de Síndrome Hemolítico Urémico (SHU). Dos casos estaban relacionados.

Fiebre tifoidea y paratifoidea: se notificaron 2 *Salmonelas paratyphi B* de posible origen alimentario y un caso de *Salmonella typhi*.

1.2. Hepatitis víricas

Hepatitis A: A lo largo de todo el año 2017 se ha registrado un brote a nivel europeo relacionado con hombres que tienen sexo con otros hombres (HSH). Así mismo en España se detectaron casos relacionados con este brote y en el colectivo mencionado.

En Euskadi la incidencia de la hepatitis A se ha mantenido estable los últimos años, siendo las tasas de incidencia similares en hombres y mujeres. En el 2017 se registraron 203 casos de hepatitis A. De estos, el 64,5% (131) eran hombres. Las mayores tasas se registraron en los grupos de edad de 20 a 24 y de 25 a 44 años con tasas de 19,1 y 16,3 casos por 100.000 respectivamente. En estos grupos se observa una elevada razón de incidencia H:M en mayores de 15 años (Tabla 11), descrita previamente en otros brotes relacionados con HSH.

Tabla 11. Casos de hepatitis A según sexo y grupo de edad. EDO 2017 CAPV

Grupo de edad	Hombre	Mujeres	Total
	N (%)	N (%)	N (%)
< 15	14 (42,4)	19 (57,6)	33 (16,3)
15-19	7 (63,6)	4 (36,4)	11 (5,4)
20 a 24	11 (64,7)	6 (35,3)	17 (8,4)
25 a 44	72 (75,0)	24 (25,0)	96 (47,3)
45 a 49	12 (57,1)	9 (42,9)	21 (10,3)
50 a 59	12 (54,5)	10 (45,5)	22 (10,8)
> 60	3 (100)	0 (0)	3 (1,5)
Total	131 (64,5)	72 (35,5)	203 (100)

En un número importante de casos se identificó como antecedente el pertenecer a HSH. En 42 casos (20,6%) se identificó la transmisión persona a persona vía sexual, siendo 38 casos hombres. En 38 casos (18,7%) la transmisión persona a persona, el 10,4% antecedentes de consumo de marisco o verdura cruda y en el 6,4% desplazamiento a zona endémica. En el 24,1% no se identificaron factores de riesgo. El 90,6% de los casos no estaba vacunado.

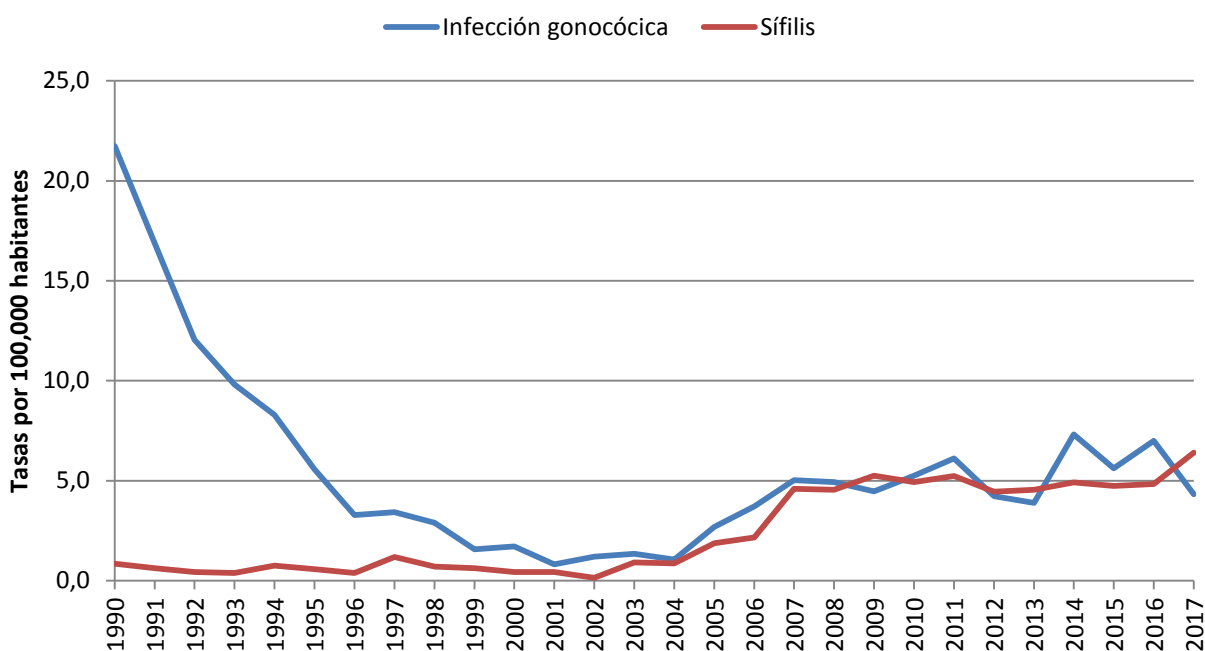
Hepatitis B: se declararon 20 casos de hepatitis B. La mediana de edad fue de 45 años. El 90% fueron hombres con mediana de edad de 45 años. En dos de los casos se identificó como factor de riesgo el contacto con otro caso de hepatitis B y en un caso viaje a zona endémica.

Hepatitis C: se notificaron 13 casos de nuevo diagnóstico. El 62,3% (9 casos) eran hombres y el 30,8% (4 casos) mujeres. La mediana de edad fue de 47 (rango 27 a 68). En el 23% se identificó antecedentes de transfusiones sanguíneas en el pasado, 7,7% usuario de drogas vía parenteral, el 7,7% piercing/tatuajes, el 7,7% HSH y en el resto no se identificaron factores de riesgo.

1.3. Enfermedades de transmisión sexual

La notificación de casos de sífilis aumenta en relación al año anterior y disminuye la infección gonocócica (Figura 12).

Figura 12: Evolución de las tasas de enfermedades de transmisión sexual. 1990-2017 CAPV. Fuente EDOs

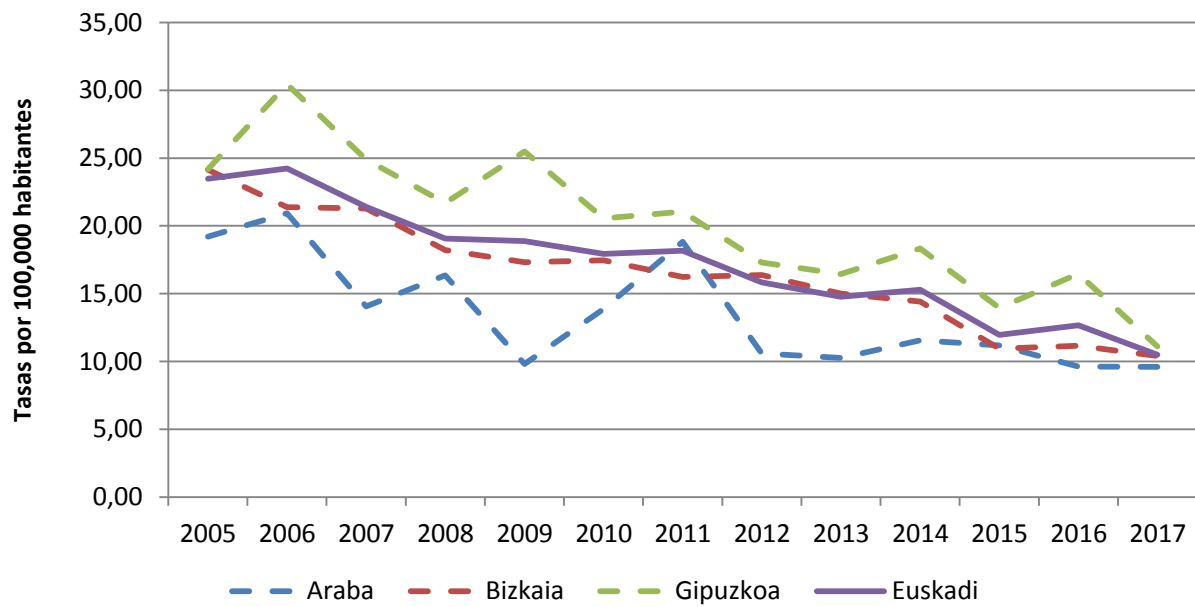


1.4. Enfermedades de transmisión aérea o respiratoria

Legionelosis: se registraron 108 casos, tasa de incidencia de 4,96 por 100.000 casos, superior a la del año 2016 (3,41). Gipuzkoa es el Territorio Histórico con la tasa de incidencia más alta con 60 casos (tasa de 8,42), seguida de Bizkaia con 40 casos (tasa de 3,51) y Araba con 8 casos (tasa de 2,47). La mediana de edad de los casos fue de 63 años y el 75% de los casos fueron hombres. El 8,3% de los casos no presentaba ningún factor de riesgo individual. El 50% eran fumadores, el 21,3% presentaban diabetes, el 19,4% tenía antecedentes de desplazamiento en el periodo de incubación, 15,7% Enfermedad respiratoria crónica, 13,9% inmunosupresión/corticoterapia.

Tuberculosis: Se ha notificado 231 casos, lo que representa una tasa de 10,6 casos por 100.000 habitantes. La tasa de incidencia más alta es la de Gipuzkoa con 11,1 casos por 100.000 habitantes, seguida de Bizkaia con 10,6 y Araba con 9,6 (Figura 13).

Figura 13 . EDO: Evolución de las tasas de tuberculosis por Territorio Histórico en la CAPV. 1990-2017.



En el análisis por OSIs, las tasa más altas se ha registrado en Alto Deba y la más baja en la OSI Bidasoa (Tabla 12).

Tabla 12 Tasa de tuberculosis X 100.000 – AÑO 2017

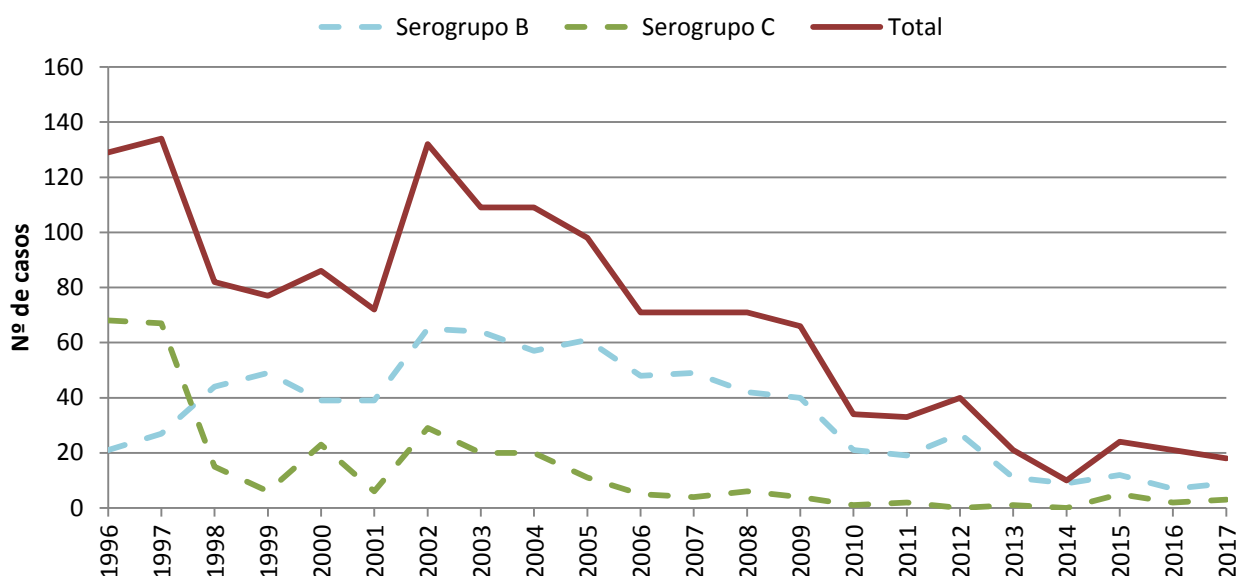
OSI	Tasa x 100.000
OSI Araba/Errioxa	9,0
OSI Alto Deba	2
OSI Bajo Deba	13,7
OSI Bidasoa	6,5
OSI Donostialdea	10,9
OSI Goierri Alto Urola	6,3
OSI Tolosaldea	15,7
OSI Barakaldo Sestao	7,2
OSI Barrualde Galdakao	11,4
OSI Bilbao Basurto	14,2
OSI Cruces Ezkerralde-Enkartegi	8,0
OSI Uribe	7,0

1.5. Enfermedades prevenibles por inmunización

Enfermedad invasiva por *Haemophilus influenzae*: se registraron 17 casos, el 52,9% eran hombres. La edad mediana de edad fue de 54 años (rango de 0 a 94 años). Se desconoce el serotipo de los casos registrados.

Enfermedad meningocócica: Se observa una evolución descendente de la enfermedad meningocócica causada por el serogrupo B y C. Se registraron 18 casos en el 2017 por los siguientes serogrupos: 9 serogrupo B, 3 serogrupo C, 1 serogrupo W, 1 serogrupo Y y en 4 casos no se identificó el serogrupo causante (Figura 14).

Figura 14. EDO: Evolución del número de casos de enfermedad meningocócica. Nº de total de casos, casos serogrupo B y casos serogrupo C. CAPV 1996-2017



Enfermedad neumocócica invasiva: se registraron 292 casos, representando una tasa de 13,4 casos por 100.000 habitantes. El 58,2% fueron hombres y la mediana de edad fue de 69 años (rango de 0 a 96). El 94,2% de los casos requirió ingreso hospitalario y se registraron 31(10,6%) fallecimientos, siendo el 74,2% mayores de 65. Entre los fallecidos, 13 (41,9%) estaban vacunados (Figura 15). Se dispone del serotipo de 145 de los 229 casos declarados (Tabla 13).

Figura 15. EDO: tasas por 100.000 y por grupo de edad de los casos de enfermedad neumocócica invasiva. CAPV 2017.

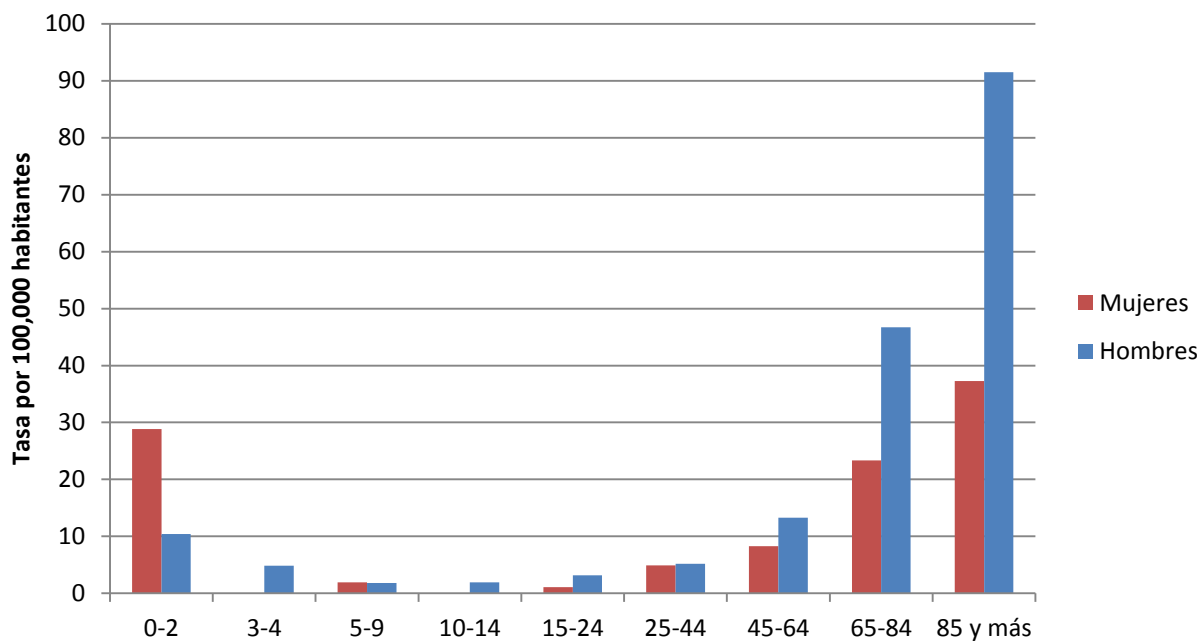
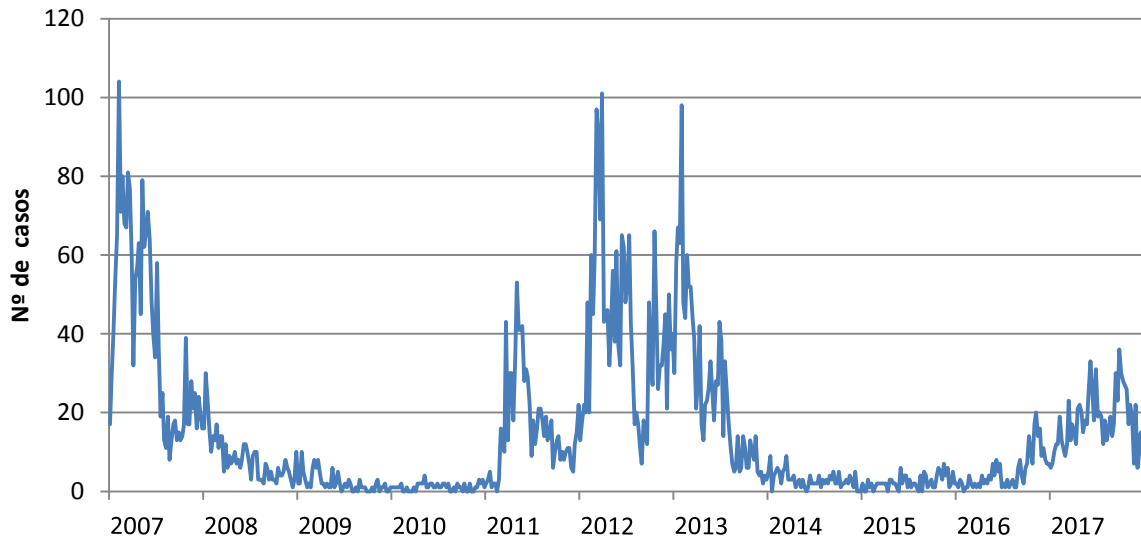


Tabla 13. EDO. Serotipos *Streptococo pneumoniae* 2017.

Serotipo	N	%	Serotipo	N	%
1	2	1,4	29	1	0,7
10A	2	1,4	3	28	19,3
11A	1	0,7	31	4	2,8
11A/D	2	1,4	33F	1	0,7
12F	16	11,0	35B	1	0,7
14	3	2,1	35F	1	0,7
15A	1	0,7	38	3	2,1
15B	3	2,1	4	4	2,8
16F	4	2,8	6	1	0,7
19A	8	5,5	6B	2	1,4
20	1	0,7	6C	1	0,7
22F	6	4,1	7F	2	1,4
22F/22A	4	2,8	8	24	16,6
23B	2	1,4	9N	8	5,5
24	1	0,7	9N/9L	4	2,8
24F	3	2,1	9V	1	0,7

Parotiditis: aumento de casos, registrándose 930 casos, tasa de 42,74 casos por 100.000 (en 2016 la tasa fue de 11,97) (Figura 16).

Figura 16. EDO: número de casos de parotiditis por semana epidemiológica. CAPV2007- 2017.



Tosferina: la incidencia de la tosferina aumenta en 2017 (1.215 casos, tasa de 55,84) con respecto al 2016 (28,1) (Figura 17). Las mayores tasas de incidencia se registraron en menores de 15 años (Figura 18).

Figura 17. EDO: evolución de número anual de casos de tosferina. CAPV 2007-2017.

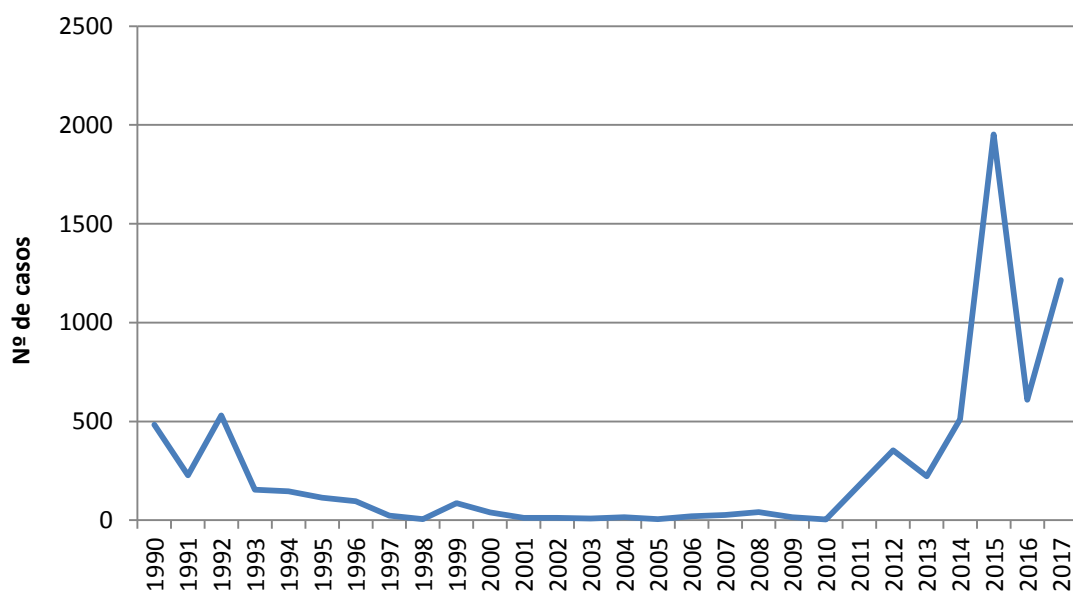
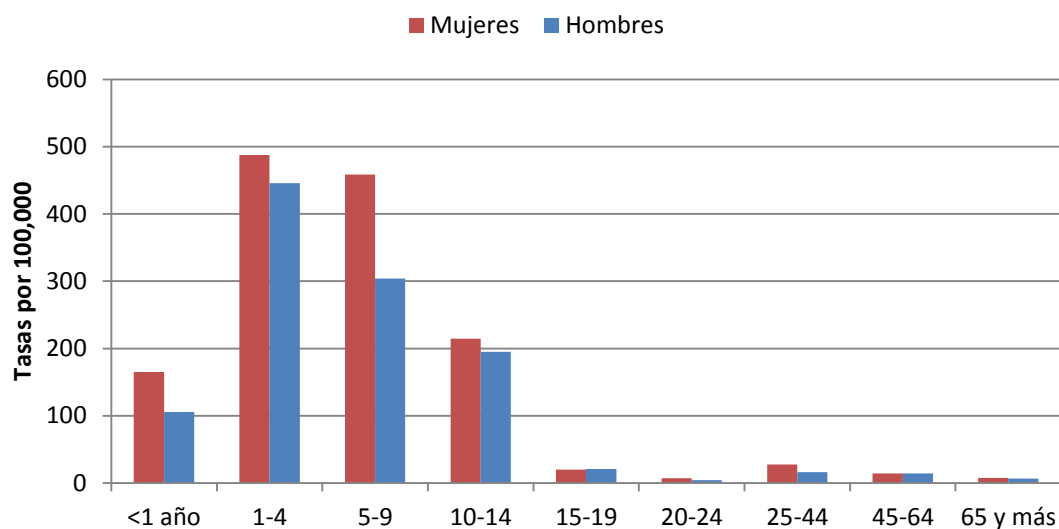


Figura 18. EDO: tasas específicas de tosferina por grupos de edad. CAPV 2017.



Varicela: se declararon 5.320 casos. Las tasas registradas, 244,5 casos por 100.000 habitantes, son inferiores al año anterior. La incidencia se está en valores cercanos a la mediana del último quinquenio.

Sarampión y Rubeola: no se ha registrado ningún caso de estas enfermedades desde el año 2012.

1.6. Enfermedades importadas

Chikungunya: se han declarado 5 casos, el 71,4% mujeres. Todos los casos fueron importados, cuyo origen estaba en País de alto riesgo de Chikungunya.

Dengue: se registraron 4 de casos confirmados de dengue. Ninguno de ellos fue un caso de dengue grave (antes conocido como hemorrágico). Todos los casos precisaron ingreso hospitalario. Eran casos importados, con antecedentes de viajes a Birmania, Tailandia, Jamaica y Myanmar.

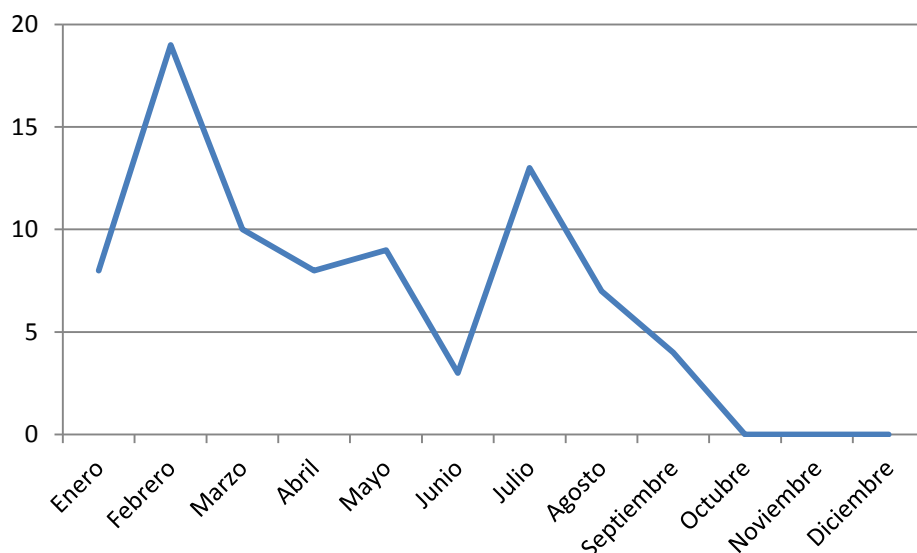
Paludismo: se han registrado 50 casos de paludismo importados. En 43 casos no se administró quimiopprofilaxis, en 3 la administración fue incompleta y en 4 no consta. Se conoce el país de origen en el 74% de los casos: 12 de Nigeria, 8 de Guinea Ecuatorial, 4 de Mali, 4 de Camerún, 1 de Burkina Faso, 1 de Ghana, 2 de Guinea, 1 de Pakistán, 2 de Senegal, y 2 de Costa de Marfil. En 45 casos se identificó *P. falciparum*, en 3 *P. vivax*, en 1 *P. malariae* y en 1 no consta

Zika: se registraron 3 casos, 1 confirmado y 2 probables. No se ha detectado ningún caso de Zika congénito. Los tres con antecedentes de viaje a Cuba

1.7. Zoonosis

Fiebre Q: se registraron 81 casos. El 59,3% de los casos fueron confirmados y el resto probables. El 71,6% fueron hombres. La mediana de edad de los casos fue de 41 años (rango 18-84 años). El 38,3% de los casos requirió ingreso hospitalario. Se detectaron 3 brotes, reflejándose estos en la distribución anual de los casos (Figura 19).

Figura 19. EDO: evolución mensual de los casos de fiebre Q. CAPV 2017.



Leishmaniasis: se registraron 2 casos importados, asociados a viajes a Marruecos y Mali.

Leptospirosis: se registraron 18 casos de leptospirosis (6 casos relacionados con una prueba deportiva) en 16 hombres y 2 mujeres. Precisaron ingreso 13 (72,2%) de los casos. El 55,5% de los casos presentaron complicaciones renales, el 88,8% fiebre, 22,2% mialgias, 11,1% hemorragias y el 11,1% erupciones.

Lepra: se han declarado 2 casos de lepra con manifestación clínica paucibacilar en uno y multibacilar en otro. Ambos casos importados de Paraguay y Mali respectivamente.

Triquinosis: el único caso registrado tenía como antecedente el consumo de carne de matanza doméstica.

Tularemia: no se han registrado casos.

1.8. Vigilancia de las Encefalopatías Espongiformes Transmisibles Humanas (EETH)

Las Encefalopatías Espongiformes Transmisibles Humanas (EETH) son enfermedades neurodegenerativas que afectan principalmente al Sistema Nervioso Central (SNC). Su distribución es universal. Presentan largos períodos de incubación y una evolución muy rápida desde el inicio de los síntomas. En todas ellas, su causalidad se asocia a una partícula proteica infecciosa o prión (PrP^{Sc}) que es una isoforma anómala de una glicoproteína de membrana denominada proteína priónica celular (PrP^C). El acúmulo de esta proteína ocasiona una degeneración espongiforme del cerebro. Esta proteína está codificada por el gen PRNP, presente en los mamíferos y localizado en el cromosoma 20 del genoma humano.

Las EETH se caracterizan por presentar varias formas de enfermedad: 1) esporádicas, que son las más frecuentes y se cree que son debidas a cambios estocásticos de la estructura secundaria de PrP^C; 2) genéticas (familiares), debidas a mutaciones en el gen PRNP y transmitidas de forma autosómica dominante y 3) adquiridas, provocadas por la transmisión del agente infeccioso.

La aparición en 1986 de los primeros casos de Encefalopatía Espongiforme Bovina (EEB) en el Reino Unido y su posterior relación con la nueva variante de la enfermedad de Creutzfeldt-Jakob (ECJv) a partir del consumo de carne de vacuno contaminada supuso una gran crisis sanitaria mundial. En consecuencia, al igual que en con otras enfermedades emergentes, se hizo necesario mejorar el conocimiento epidemiológico de estas enfermedades. Aunque la vigilancia de las EETH no se inició oficialmente en la CAPV hasta enero del año 1995, se recuperó información retrospectiva desde el año 1993. Hasta finales de 2017, se han notificado 157 casos sospechosos de EETH, 121 esporádicos y 36 familiares (tabla 14). Se han practicado 114 autopsias (único método diagnóstico confirmatorio), de las cuales en 27 casos se descartó una EETH.

Tabla 14. Casos EETH registrados. CAPV 1993-2017.

	Alava	Bizkaia	Gipuzkoa	CAPV
Casos Esporádicos				
Posibles	1	2	6	9
Probables	3	5	19	27
Definitivos	8	31	46	85
Total	12	38	71	121
Incidencia x millón de casos Prob+Def	1,5	2,1	2,1	2,1
Casos Familiares				
ECJ familiar	1	3	0	4
Insomnio Letal Familiar	19	2	8	29
S. Gerstmann-S-S	0	3	0	3
Total	20	8	8	36
Casos EETH totales	32	46	79	157

En los casos esporádicos, la edad media de diagnóstico es de 70,4 años y el grupo de edad donde se registraron más casos corresponde al de 70-79 años (46,3%). Un 55,4% son hombres y 44,6% mujeres. En el conjunto del período registrado, la incidencia media de casos ECJ esporádicos (probables + confirmados) ha sido de 2,1 casos por millón de habitantes. Ajustando las tasas por edad, el País Vasco es la tercera CCAA con incidencia más alta (1,54 casos por millón) tras Navarra y La Rioja, estas diferencias probablemente son un reflejo de la calidad del sistema de notificación y diagnóstico, la media de autopsias de casos ECJ esporádicos del registro nacional es del 55%, mientras que Euskadi tiene un porcentaje medio de autopsias del 74%.

Se han registrado 36 casos familiares confirmados por estudio genético y molecular. La edad media de diagnóstico es de 55,1 años y el grupo de edad mayoritario se sitúa entre 50-59 años (33,3%) Un 58,3% de los casos familiares fueron hombres y el 41,7% mujeres. El 65,5% de los casos de Insomnio Familiar Letal (ILF) de la CAPV se registran en el territorio de Álava. Esa agrupación de casos familiares sitúa al País Vasco entre los primeros lugares del mundo en cuanto a casos de IFL notificados, probablemente por una mutación dentro de familias de origen vasco relacionadas con un ancestro común.

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

Figura 20. EDO: Índice Epidémico 1. CAPV 2017

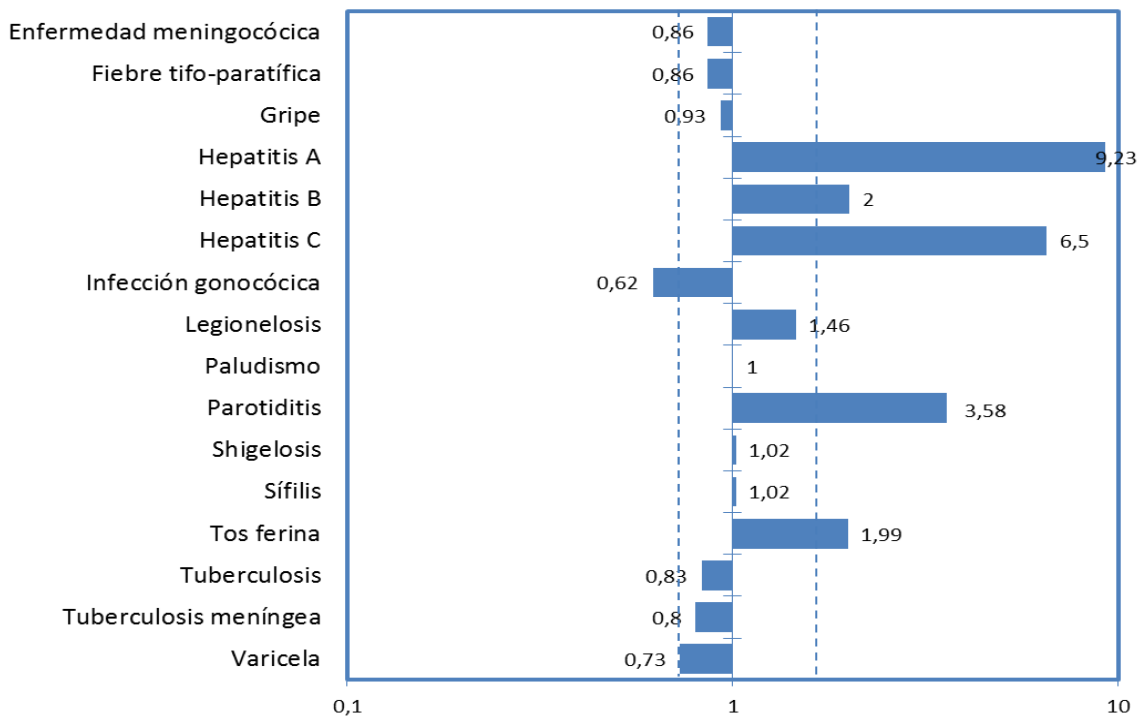
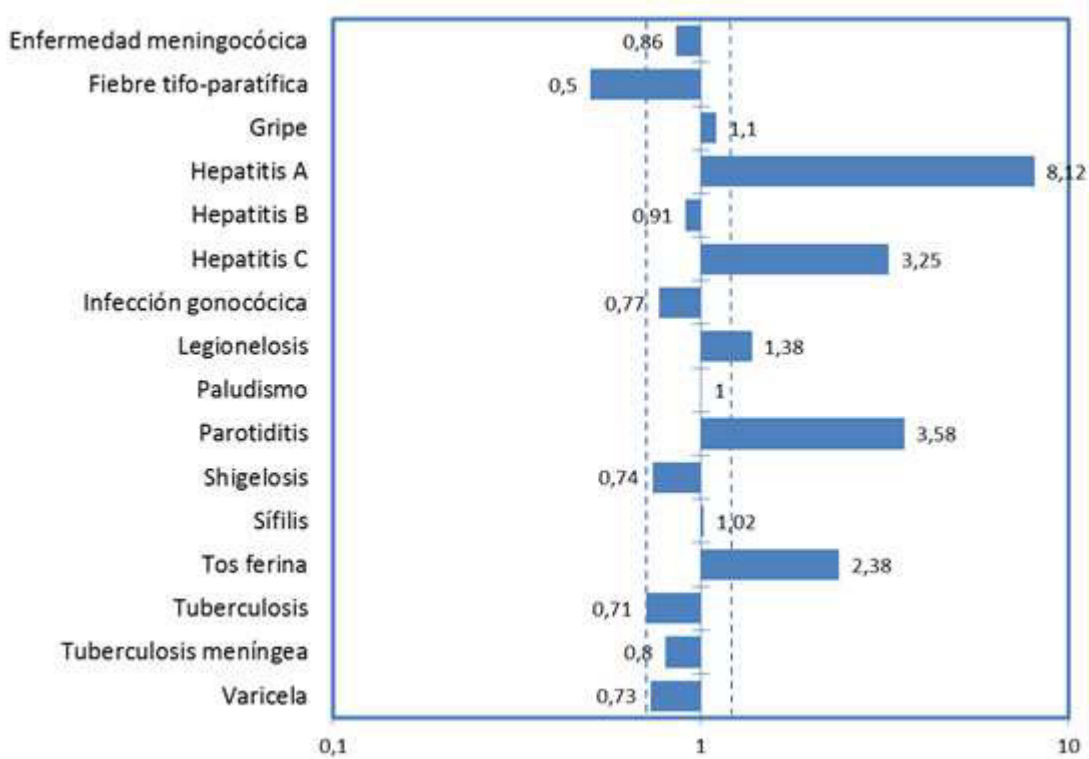


Figura 21. EDO: Índice Epidémico 2. CAPV 2017



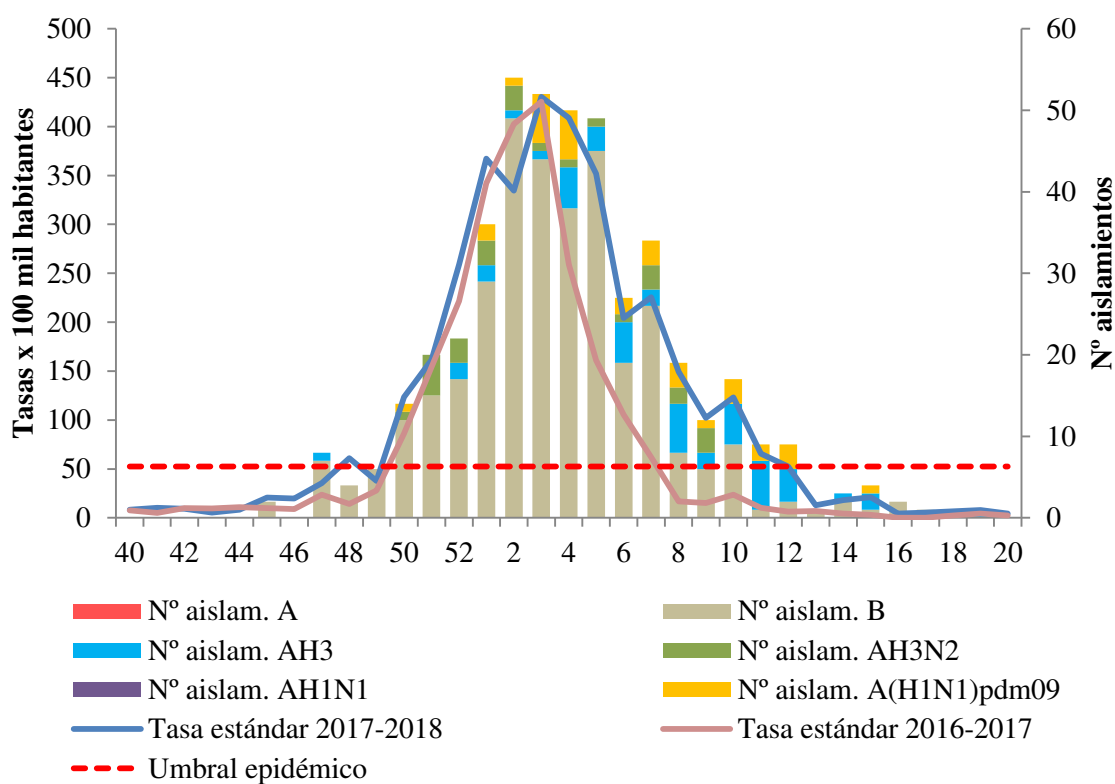
2. GRIPE

2.1. Evolución de la temporada gripal 2017-2018 en Euskadi

En la temporada 2017-2018 a través de la Red Vigía se han registrado 1.921 casos de gripe, representando una tasa acumulada de 3.605 casos por 100.000 habitantes.

El umbral epidémico o basal de esta temporada se estableció en 52,46 casos por 100.000 habitantes, el cual se superó en la semana 50/2017 (123,65 casos por 100.000). La onda epidémica se mantuvo por encima del umbral durante 14 semanas, situándose en valores pre-epidémicos de nuevo en la semana 12/2018 (49,91 casos por 100.000). La semana con mayor actividad gripal se observó en la semana 3/2018 (418,79 casos por 100.000) (Figura 22).

Figura 22.- Evolución temporada 2017-18. Red Vigía de gripe de la Euskadi



Esta temporada se han aislado virus tipo A: AH₃N₂, AH₃ y A(H₁N₁)_{pdm09} y virus B.

Los dos primeros aislamientos de la temporada, dos virus B, se registraron en la semana 45/2017, en muestras centinela.

Al laboratorio de microbiología del Hospital Universitario de Donostia se remitieron 726 muestras de la Red Vigía, de las cuales se obtuvo confirmación microbiológica en el 63,08% (458). Además se recopiló información del tipo y subtipo de las 487 muestras positivas no centinela.

En la figura 23 se representa la distribución según los subtipos aislados en el sistema centinela (Red Vigía) y no centinela y en la figura 24 se detalla el genotipo predominante (215 muestras).

Figura 23.- Subtipos gripales aislados (%) 2017-18. Red Vigía y no Vigía CAPV.

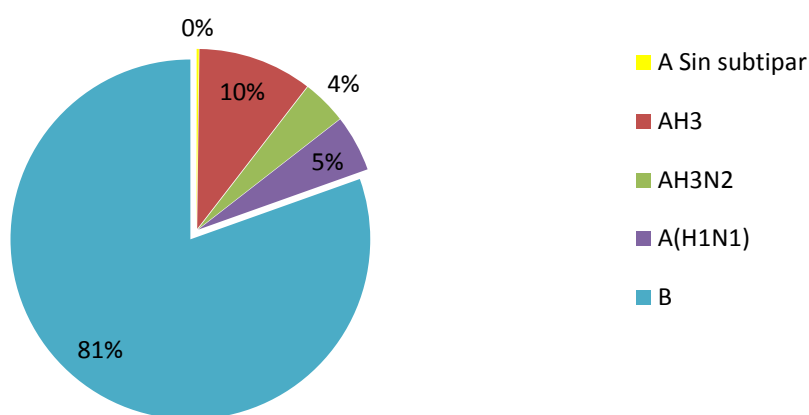
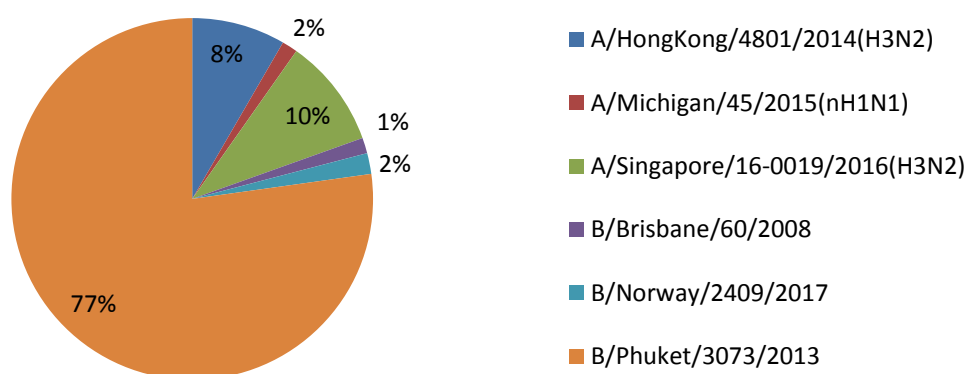


Figura 24.- Genotipado (%) 2017-18. Red Vigía y no Vigía CAPV.



Se ha observado un predominio claro de la circulación viral tipo B con un 81% de las muestras positivas. Entre los virus genotipados, el 77% eran virus B/Phuket/3073/2013.

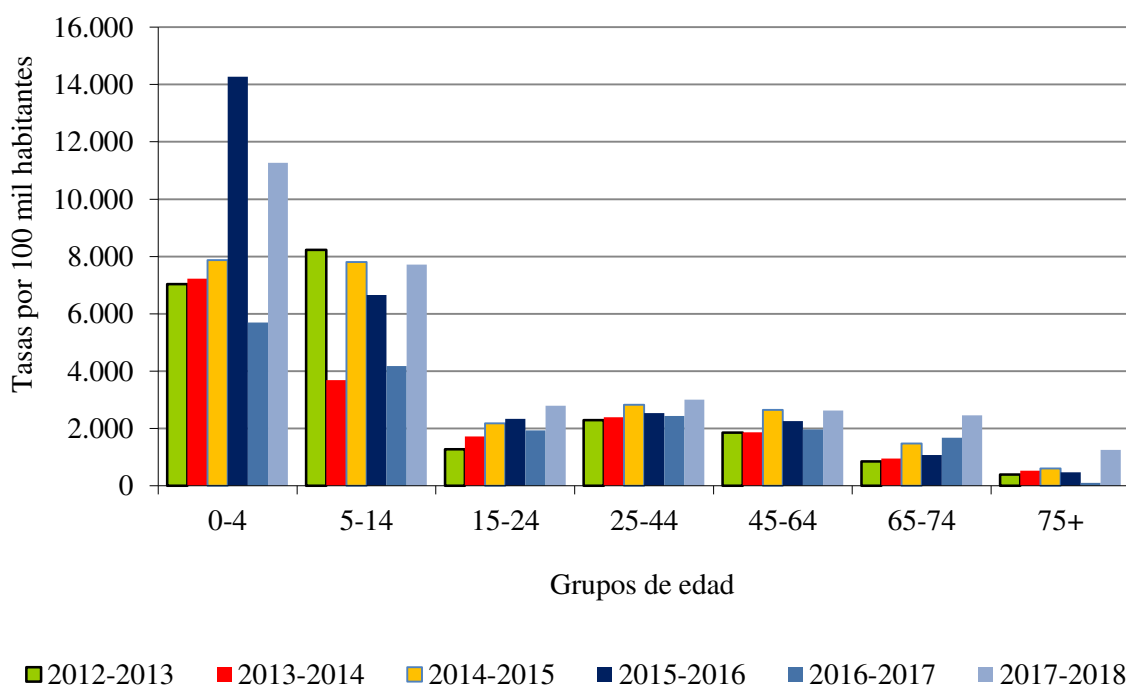
2.2. Características de los casos

El 15,4% de los casos tienen algún factor de riesgo. El 6,8% presentaban enfermedad respiratoria crónica, el 4,0% enfermedades del sistema circulatorio, el 3,2% enfermedades metabólicas, el 1,1% inmunodeficiencias, el 0,1% enfermedades hepáticas, el 0,6% enfermedad renal crónica y el 0,9% presentaban obesidad. El 0,4% de los casos se registraron en mujeres en estado gestacional.

Entre la población diana de vacunación antigripal (403 casos) por estar incluida en los grupos de riesgo, el 63,5% no estaba vacunado.

El grupo de edad más afectado fue el de 0 a 4 años (tasa acumulada de 11.268 casos por 100.000 hab.), muy superior a la tasa observada en la temporada previa 2016-17 para este mismo grupo (figura 25).

**Figura 25- Tasas acumuladas por 100.000 según grupo de edad.
Temporadas 2011-2012 a 2017-2018. Euskadi**



2.3. Casos hospitalizados confirmados con virus de la gripe

Desde el inicio de la temporada 2017-2018 se han declarado 2.043 casos hospitalizados con gripe confirmada en los 7 hospitales de la CAPV incluidos en la vigilancia (HU Cruces, HU Basurto, Galdakao, San Eloy, Sta. Marína, HU Donostia y HU Araba), de los cuales, 446 (21,83%) cumplen criterios de gravedad (CGHGC). En la tabla 1 se describe el número de casos de ambos grupos según grupo de edad; y en la tabla 2 según tipos/subtipos virales identificados.

Tabla 15.- Casos hospitalizados con gripe confirmada por grupo de edad. [2017-2018, CAPV]

Edad	Hospitalizados		Hospitalizados graves (CGHGC)	
	N	%	N	%
0-4	64	3,1	25	5,6
5-14	47	2,3	7	1,6
15-64	488	23,9	124	27,8
> 64	1.444	71,7	290	65,0
Totales	2.043	100	446	100

Tabla 16.- Casos hospitalizados con gripe confirmada según subtipo viral. [2017-2018, CAPV]

Virus	Hospitalizados		Hospitalizados graves (CGHGC)	
	N	%	N	%
A	302	14,7	64	14,3
A(H1N1)pdm09	53	2,6	27	6,1
AH3	187	9,2	55	12,3
B	1.501	73,5	300	67,3
Totales	2.043	100	446	100

La edad media de los CGHGC ha sido de 67 años (rango 0-98 años) y mediana de 74 años. El 52% eran hombres. El 84,1% de los CGHGC (375 casos) , presentaban factores de riesgo de complicaciones de gripe y/o tenían más de 64 años. De los 374 casos elegibles para vacunación de los que se disponía de información 165 (44,1%) no estaban vacunados. Se registraron 4 casos graves en mujeres embarazadas, no estando ninguna de ellas vacunada. Se describe la distribución de los factores de riesgo y complicaciones en los casos registrados (Tabla 17).

Tabla 17.- CGHGC. Factores de riesgo y complicaciones (%). [2017-2018, CAPV]

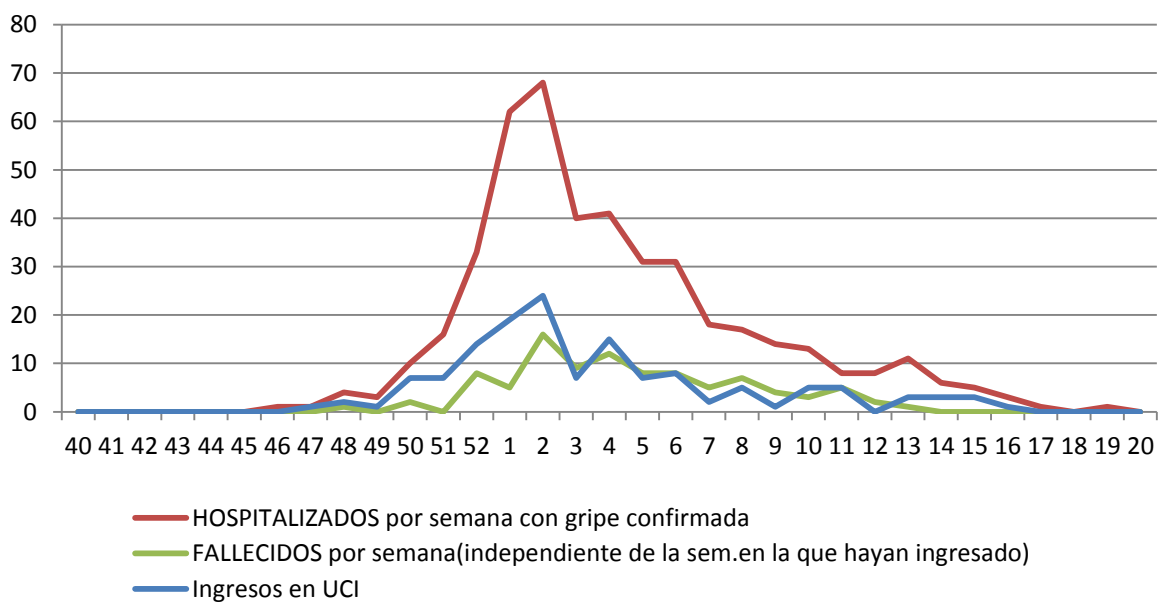
Factores de riesgo	%
Enfermedad cardiovascular crónica	43,9
Diabetes	20,4
Enfermedad respiratoria crónica	26,5
Inmunodeficiencia	8,1
Enfermedad renal crónica	10,8
Enfermedad oncológica	12,3
Obesidad	4,5
Enfermedad hepática crónica	2,9
Complicaciones	
Neumonía	73
SDRA*	5,2
Coinfección bacteriana	23,4
Fallo multiorgánico	5,9

*SDRA: Síndrome de distrés respiratorio agudo

De los 442 casos hospitalizados graves con gripe confirmada de los que se dispone de información, han precisado ingreso en UCI 140 (31,4%), de los cuales, el 82,1% presentaban factores de riesgo de complicaciones de gripe o eran mayores de 64 años. De los 115 casos elegibles para vacunación, el 56,5% no estaban vacunados (65 casos).

Desde el inicio de la temporada, se han registrado 97 fallecimientos (21,7%) entre los 446 CGHGC de los que se dispone de información, (edad media de 77 años; rango de 0 a 97 años), siendo el 81,4% mayores de 64 años. El 51,5% eran hombres. De entre los 93 fallecidos de los que se dispone información y que eran elegibles para la vacunación, solo estaba vacunados un 62,4%.

Figura 26.- Relación por semana de hospitalizados con gripe confirmada/ingresados en U.C.I./fallecidos. [2017-2018, CAPV]



2.4. Efectividad vacunal (EV) antigripal 2017-18

Los estudios de efectividad de la vacuna (EV) antigripal 2017-18 realizados en el marco de las redes centinela integradas en el ScVGE (Sistema Centinela de Vigilancia de Gripe en España) y el estudio cycEVA (casos y controles para la efectividad de la vacuna antigripal, que participan: Baleares, Castilla y León, Navarra, La Rioja, Melilla, Madrid y País Vasco, junto al Centro Nacional de Microbiología y el Centro Nacional de Epidemiología), dentro del europeo I-MOVE, revelaron un efecto protector de la vacuna antigripal frente a infección confirmada por virus tipo B en todas las edades (35%), con un valor ligeramente superior para los mayores de 64 años (48%).

El proyecto I-MOVE+, con hospitales y unidades de salud pública de Aragón y País Vasco, ofreció estimaciones de EV antigripal frente a la hospitalización con gripe confirmada en mayores de 64 años del 20%, siendo inferiores a las encontradas en atención primaria.

Respecto a la gripe tipo A(H3N2), la vacuna no confirió efecto protector frente a la infección confirmada en atención primaria, si bien se estimó una EV antigripal moderada/baja frente a formas graves de gripe. La EV frente a la gripe leve confirmada A(H1N1)pdm09, mostró valores mayores que frente a A(H3N2) y B. Todas las estimaciones de EV se situaron en el rango de las estimaciones obtenidas al nivel europeo. Los resultados preliminares de EV antigripal en España contribuyeron a la decisión del Comité de selección de cepas vacunales de la OMS en febrero de 2018, sobre las recomendaciones de la vacuna antigripal de la próxima temporada 2018-19.

3. MICROBIOLOGÍA

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

Los siguientes laboratorios de microbiología forman parte del SIMCAPV: en Álava, los hospitales de Txagorritxu y Santiago Apostol (HUA); en Bizkaia, los hospitales Universitarios de Cruces y Basurto, hospitales de Galdakao, San Eloy y Santa Marina, además de cuatro laboratorios privados y en Gipuzkoa, hospital Universitario de Donostia y los hospitales de Mendaro, Zumárraga, Bidasoa y Alto Deba, además de la A.S. Tolosa. La información es enviada a las Unidades de Vigilancia Epidemiológica de los tres Territorios Históricos.

El SIMCAPV funciona de manera estable desde 1993 y quedó incorporado al Sistema de Vigilancia Epidemiológica creado mediante el Decreto 312/1996 del Gobierno Vasco. Estos son los microorganismos que componen la lista de declaración:

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

MICOBACTERIAS: Complejo Mycobacterium tuberculosis y otras micobacterias.

VIRUS: Adenovirus, enterovirus, herpes simple tipo 2, poliovirus, rotavirus, gripal, hepatitis A, hepatitis B, hepatitis delta, parotiditis, rubéola, sarampión, respiratorio sincitial.

PARÁSITOS: Entamoeba histolytica, Echinococcus granulosus, Fasciola hepatica, Leishmania spp, Plasmodium spp, Taenia spp, Toxoplasma gondii, Trichinella spiralis.

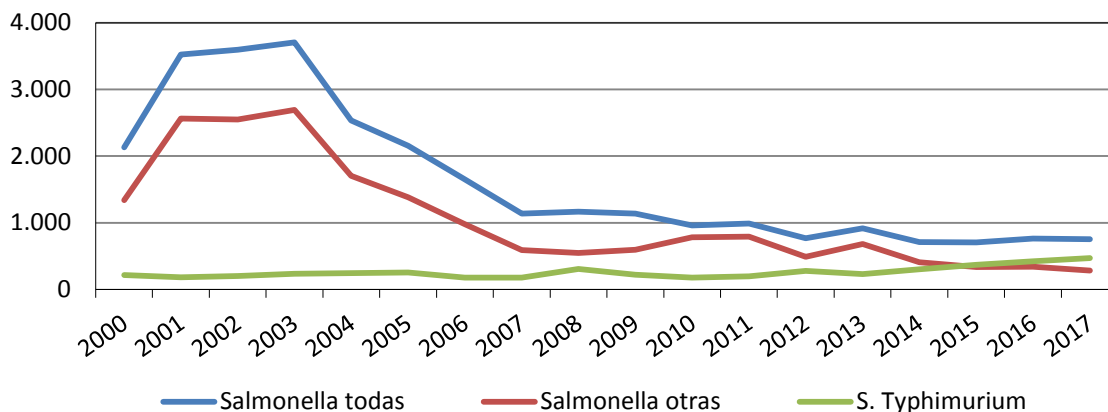
OTROS: Norovirus, Cryptosporidium.

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

3.1. Infecciones de origen gastrointestinal

En el año 2017 se han notificado 755 casos de **Salmonella**, ($IE1^3=0,99$ e $IE2^4=0,99$) (Figura 27). Detalle del paulatino aumento de los casos declarados de S. Typhimurium frente al paulatino descenso del resto de la salmonellas desde el año 2013 (Figura 28).

Figura 27. Evolución infecciones gastrointestinales. Salmonella. SIMCAPV 2000-2017

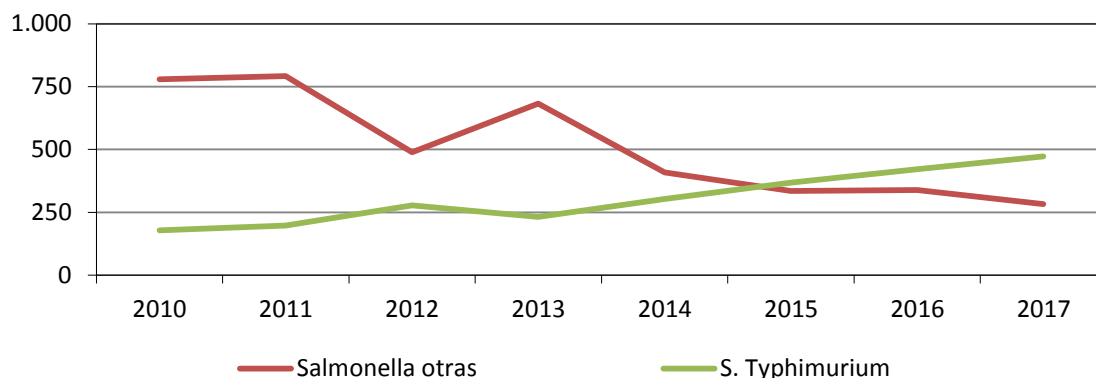


³ El Índice Epidémico 1 (IE 1): razón que se obtiene dividiendo los casos registrados en 2017 por los casos de 2016 para cada enfermedad.

⁴ El Índice Epidémico 2 (IE 2): razón obtenida al dividir los casos registrados en 2017 por la mediana de los casos del quinquenio anterior (2012-2016).

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

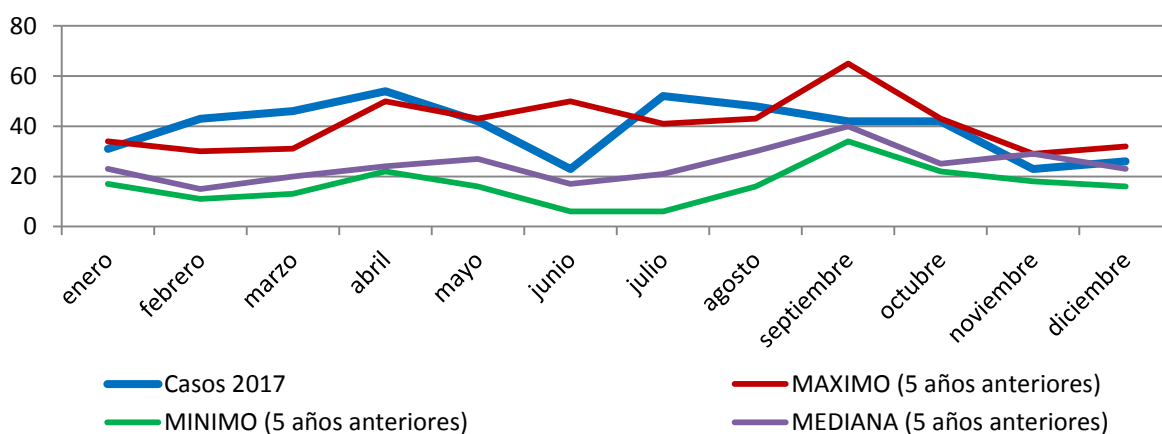
Figura 28. Evolución infecciones gastrointestinales. Salmonella. SIMCAPV 2010-2017



*Salmonella otras son todas las Salmonellas exceptuando la S. Typhimurium

En una parte del año 2017 los aislamientos de Salmonella typhimurium se situaron en niveles que superaron los datos de los 5 años anteriores (Figura 29).

Figura 29. Infecciones gastrointestinales. S. typhimurium. SIMCAPV Canal endemo-epidémico-2017.



Desde el año 2008 se registra una tendencia ascendente en los aislamientos de **Campylobacter** hasta el año 2017, habiéndose hecho más marcada esta, en el año 2015 (Figura 29). En el año 2017 se registraron 2.268 casos de Campylobacter, (IE1=1,05 e IE2=1,16). El 40,6% de los casos declarados de Campylobacter se han registrado en menores de 5 años y el 20,6% en el grupo de 5 a 14 años.

Figura 29. Evolución infecciones gastrointestinales. Campylobacter.
SIMCAPV 2000-2017

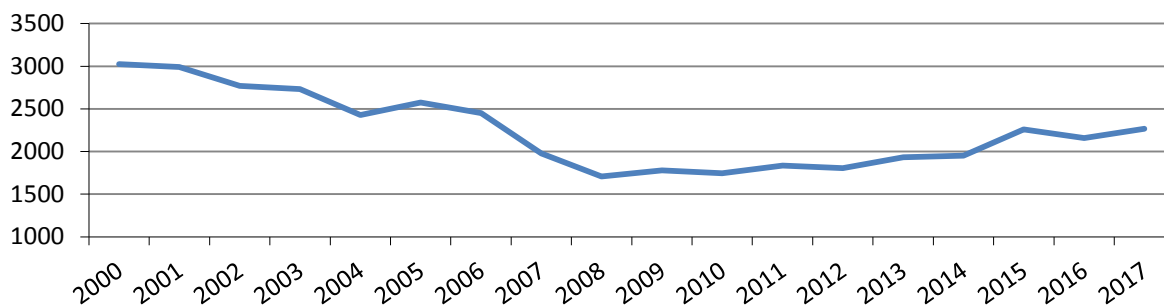
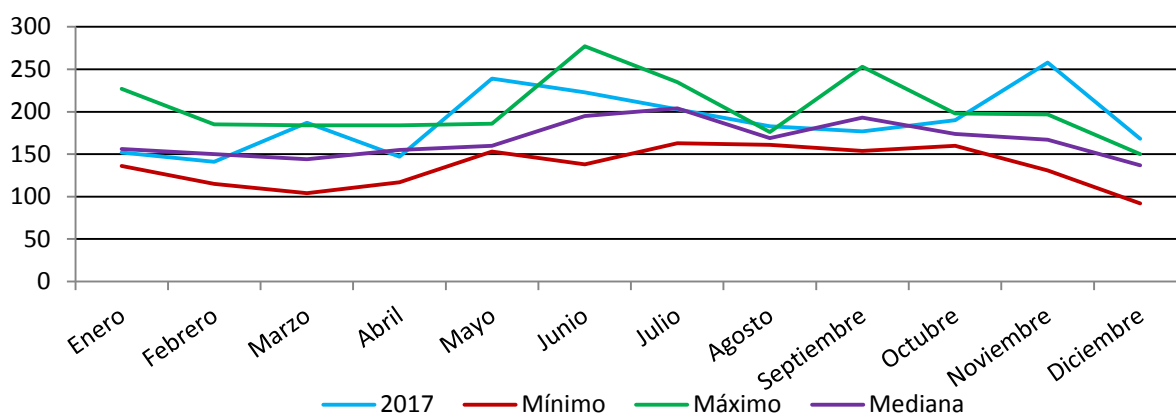
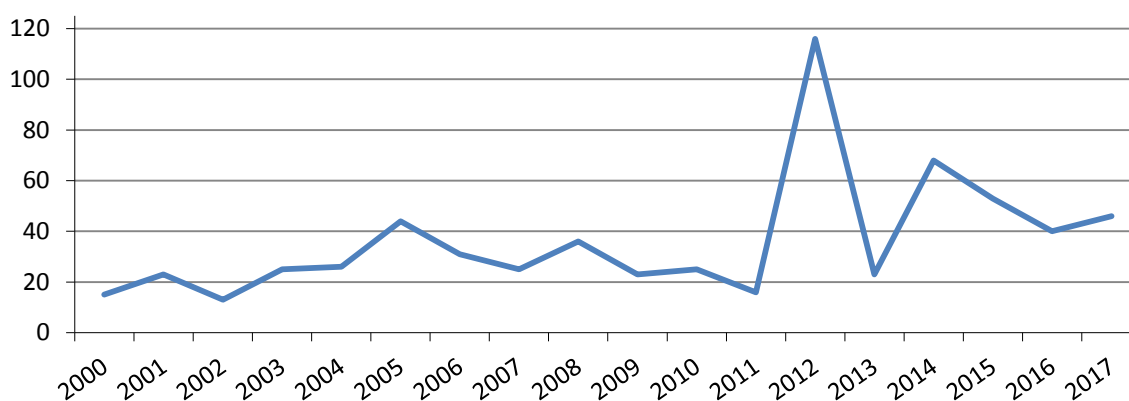


Figura 30. Infecciones gastrointestinales. Campylobacter.
SIMCAPV Canal endemo-epidémico 2017



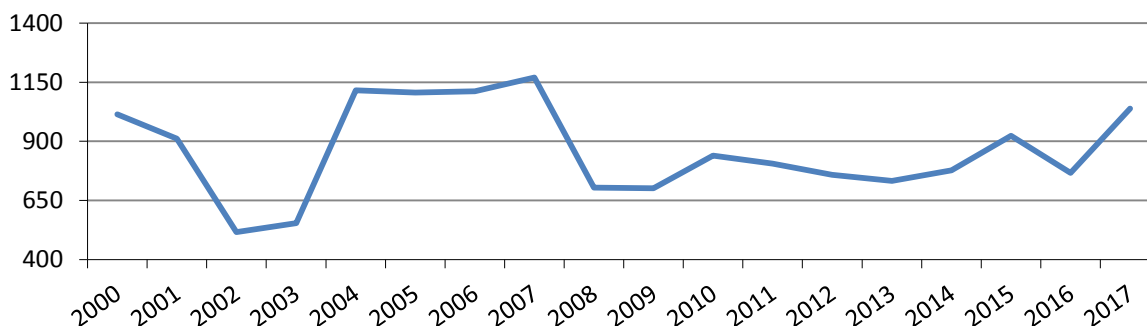
En 2017 se han comunicado 46 aislamientos de **Shigella** (Figura 31), representando un IE1=1,15 e IE2=0,87. Se aislaron 20 *Shigella flexneri*, 25 *Shigella sonnei*, y 1 *Shigella boydii*. Es de destacar el pico en el año 2012.

Figura 31. Evolución infecciones gastrointestinales. Shigella.
SIMCAPV 2000-2017



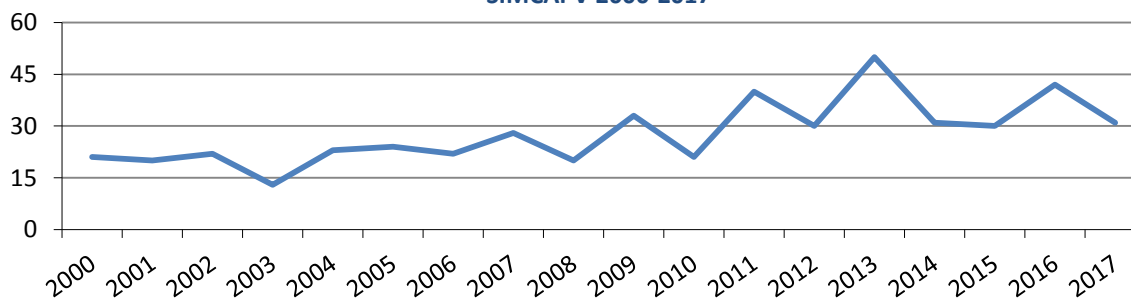
En el año 2017 se ha producido un aumento de los casos **Rotavirus** en relación a los nueve años anteriores, habiéndose realizado 1.039 aislamientos (Figura 32) (IE1=1,35 e IE2=1,35). El 77% de enfermedad diarreica causada por Rotavirus se registra en menores de 5 años.

Figura 32. Evolución infecciones gastrointestinales. Rotavirus
SIMCAPV 2000-2017



En el año 2017 se registraron 31 casos de **Listeria** (Figura 33), con IE 1=0,74 e IE 2=1,00). El 58,06% de los casos se registraron en mujeres. De la totalidad de los casos, el 61,3% de ellos eran mayores de 64 años y el 29,0% restante estaba en el grupo de 40 a 64 años. En el 90,3% de los casos de Listeria el aislamiento se realizó en sangre y el 9,7% en LCR.

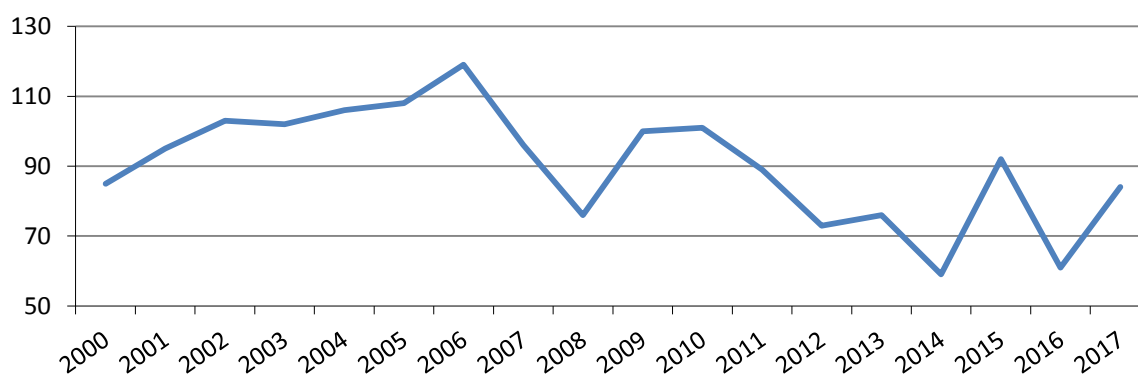
Figura 33. Evolución infecciones gastrointestinales. Listeria
SIMCAPV 2000-2017



3.2. Infecciones respiratorias

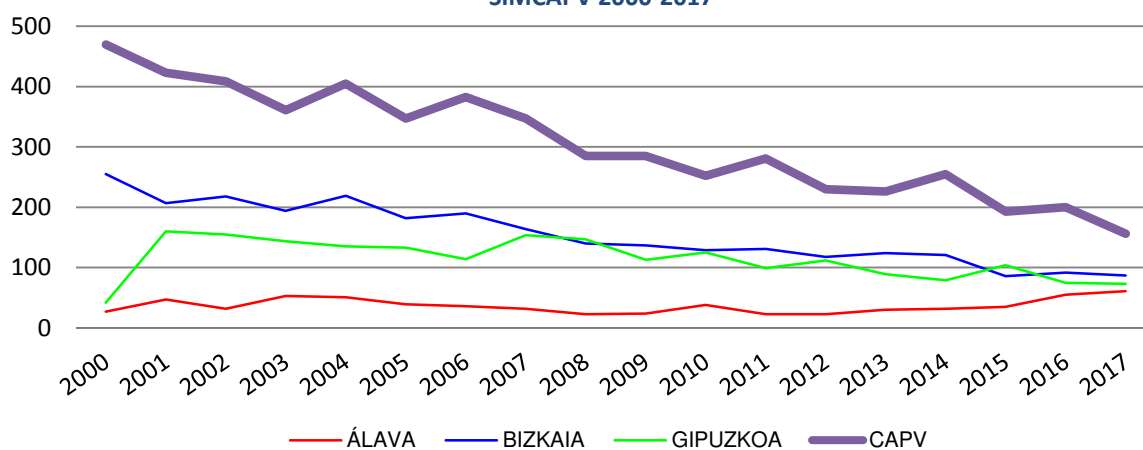
En el año 2017 se ha registrado un nuevo aumento de los casos de **Legionella pneumophila**, 84 casos que suponen un IE1=1,38 e IE2=1,15 (Figura 34). Por grupos de edad, el 3,6% se registró en el personas de 15 a 39 años, el 51,2% en el de 40 a 64 años y el 45,2% en el de más de 64 años.

Figura 34. Evolución casos de Legionella pneumophila
SIMCAPV 2000-2017



El número registros de **Mycobacterium tuberculosis** notificados en el año 2017 ha sido de 156 (Figura 35), representando un IE1= 0,78 e IE2=0,69. Se observa una tendencia descendente, a pesar de ligeros repuntes en algunos años determinados, en los que se han registrado algunos brotes.

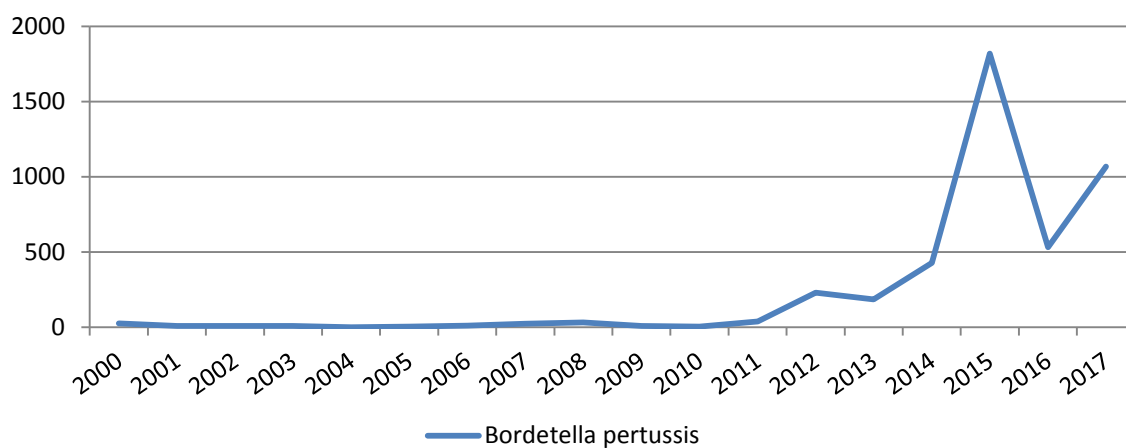
Figura 35. Evolución Mycobacterium tuberculosis por TH.
SIMCAPV 2000-2017



3.3. Enfermedades prevenibles por inmunización

Repunte de las notificaciones de **Bordetella pertussis** (Tosferina) en el año 2017 con 1.069 casos (Figura 36). IE1=2,01 e IE2=2,50, si bien no tan acusado como el del año 2015.

Figura 36. Evolución de casos de Bordetella pertussis (tosferina)
SIMCAPV 2000-2017



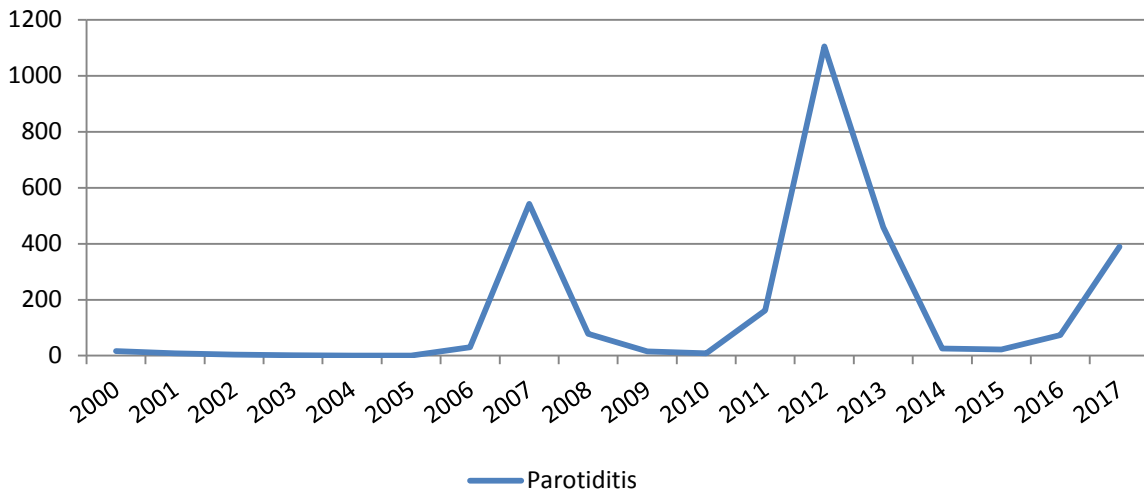
El 77,4% de los casos de Tosferina se ha notificado en menores 15 años (Tabla 18).

Tabla 18.- Tosferina según sexo y grupo de edad. SIM CAPV 2017

	SEXO					
	Hombre		Mujer		Total	
	N	%	N	%	N	%
<1	21	4,4%	27	4,5%	48	4,5%
1-4	114	24,1%	118	19,8%	232	21,7%
5-9	145	30,6%	211	35,5%	356	33,3%
10-14	91	19,2%	100	16,8%	191	17,9%
15-19	9	1,9%	6	1,0%	15	1,4%
20-24	1	0,2%	3	0,5%	4	,4%
25-29	3	0,6%	2	0,3%	5	,5%
30-34	5	1,1%	9	1,5%	14	1,3%
35-39	15	3,2%	25	4,2%	40	3,7%
40-44	15	3,2%	29	4,9%	44	4,1%
45-49	20	4,2%	21	3,5%	41	3,8%
50-54	9	1,9%	7	1,2%	16	1,5%
55-59	7	1,5%	5	0,8%	12	1,1%
60-64	5	1,1%	11	1,8%	16	1,5%
65 y +	13	2,7%	19	3,2%	32	3,0%
No consta	1	0,2%	2	0,3%	3	0,3%
Total	474	100%	595	100%	1069	100%

En relación a las declaraciones de **Parotiditis** (Paramyxovirus), en el año 2017 se ha producido un nuevo aumento de casos declarados, 389 casos (Figura 36), con un IE1=5,26 e IE2=5,26. Es de destacar el repunte del año 2007 y sobretudo el del año 2012 debido a sendos brotes.

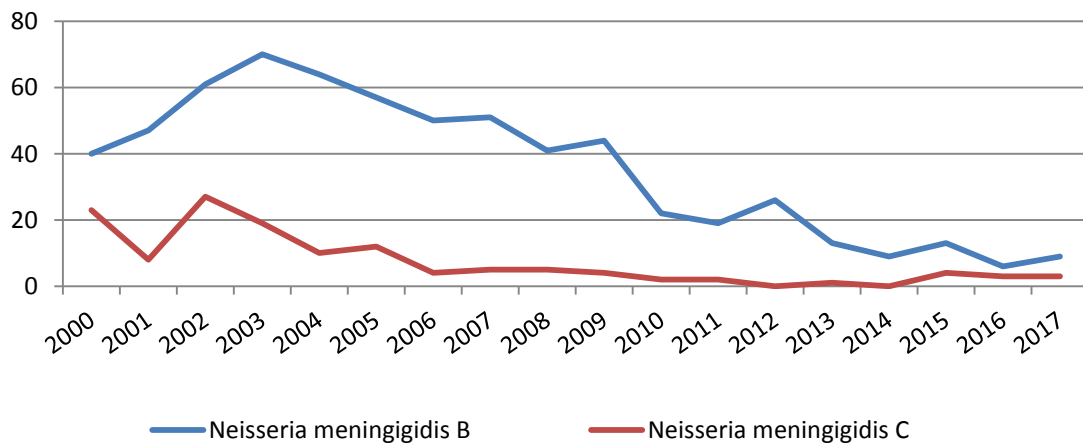
Figura 36. Evolución de casos de Parotiditis
SIMCAPV 2000-2017



3.4. Enfermedades del SNC

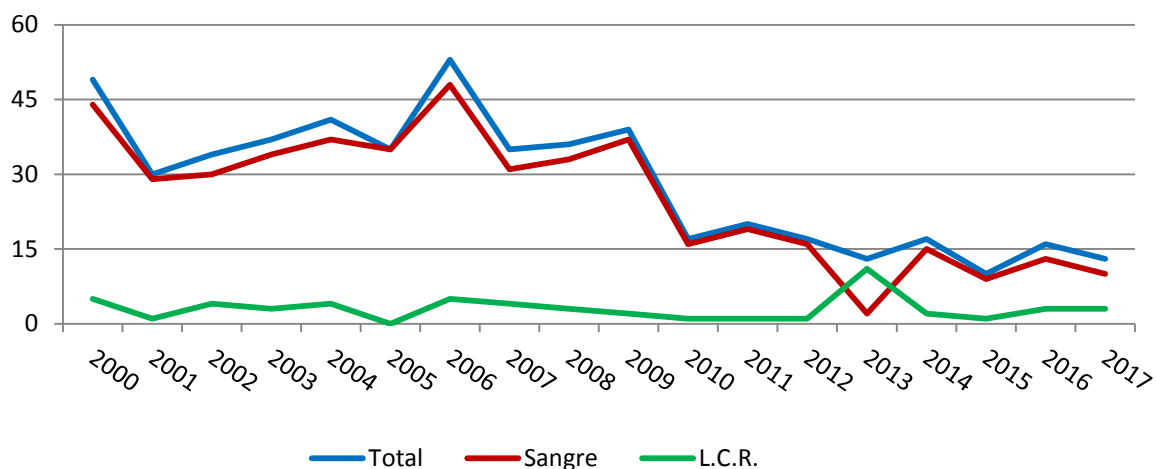
En el año 2017 se declararon al SIMCAPV 18 casos de **Neisseria meningitidis**, de los cuales 9 fueron del serogrupo B, 3 del serogrupo C, 1 del serogrupo W₁₃₅ y 5 sin serogrupar. Estos datos representan un IE1=1,2 e IE2=0,95 (Figura 37).

Figura 37. Evolución de casos de Neisseria meningitidis B y C.
SIMCAPV 2000-2017



El número de casos por **Streptococo pneumoniae** registrado en menores de 5 años en el año 2017 (Figura 38) ha sido de 13 casos, 3 en LCR y 10 en sangre, lo que representa un IE1=0,81 y con respecto al quinquenio anterior un IE2=0,81.

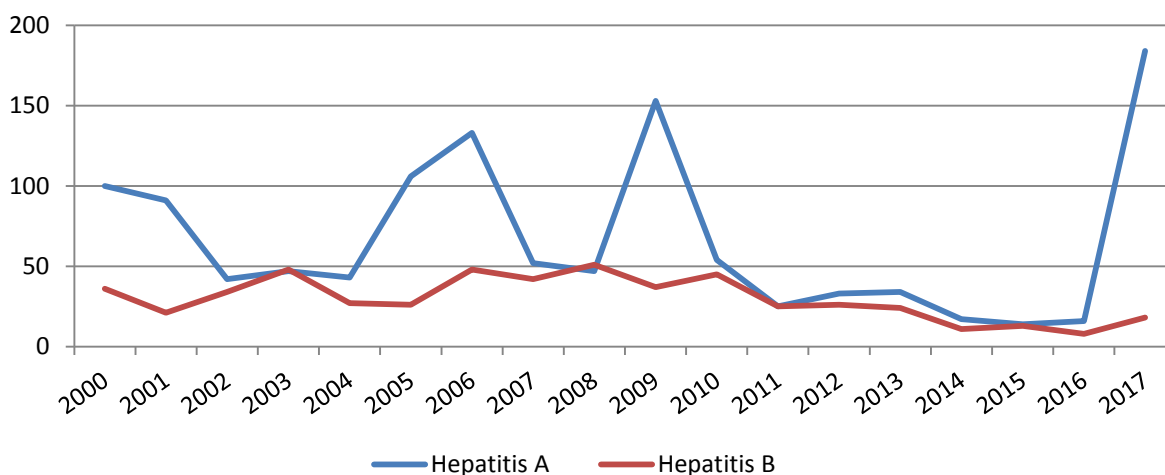
Figura 38. Evolución de la declaración de casos en menores de 5 años. Streptococcus pneumoniae. SIMCAPV 2000-2017.



3.5. Hepatitis A y B

En el año 2017 se han registrado 184 notificaciones de Hepatitis A (IE1=11,5 e IE2=10,82) y 18 casos de Hepatitis B (IE1=2,25 y un IE2=1,38) (Figura 39). Estos bortes de hepatitis A han tenido lugar tanto en España como en el resto de Europa, en el colectivo HSH. No se han declarado casos de hepatitis B en menores de 12 meses.

Figura 39. Evolución de casos. Hepatitis A y Hepatitis B. SIMPCAPV 2000-2017



3.6. Infecciones de transmisión sexual (Figura 40)

Continúa el aumento de casos notificados de **Chlamydia trachomatis** en relación a años anteriores, habiéndose llegado en 2017 a 1.314 casos, representando IE1=1,29 y un IE2=1,89 (Figura 41). El 52,7% de las infecciones por Chlamydia trachomatis se han registrado en hombres, porcentaje estadísticamente significativo ($p<0,05$) con respecto a las mujeres, excepto en el grupo de 15 a 24 años en el que la diferencia estadísticamente significativa pasa a ser del grupo de las mujeres 59,5%.

Herpes simple tipo 2, 299 casos (IE1=1,21 e IE2=1,72). En menores de 65 años el 58,8% corresponde a mujeres. El 55,85% se notificaron en el grupo de edad de 25 a 44 años (Figura 42).

Neisseria gonorrhoeae(infección gonocócica), 455 casos (IE1=1,12 e IE2=1,72). El 79,6% de los casos son hombres con diferencias claramente significativas ($p=0,000$), y de estos, el 67,4% tienen entre 25 y 44 años (Figura 43).

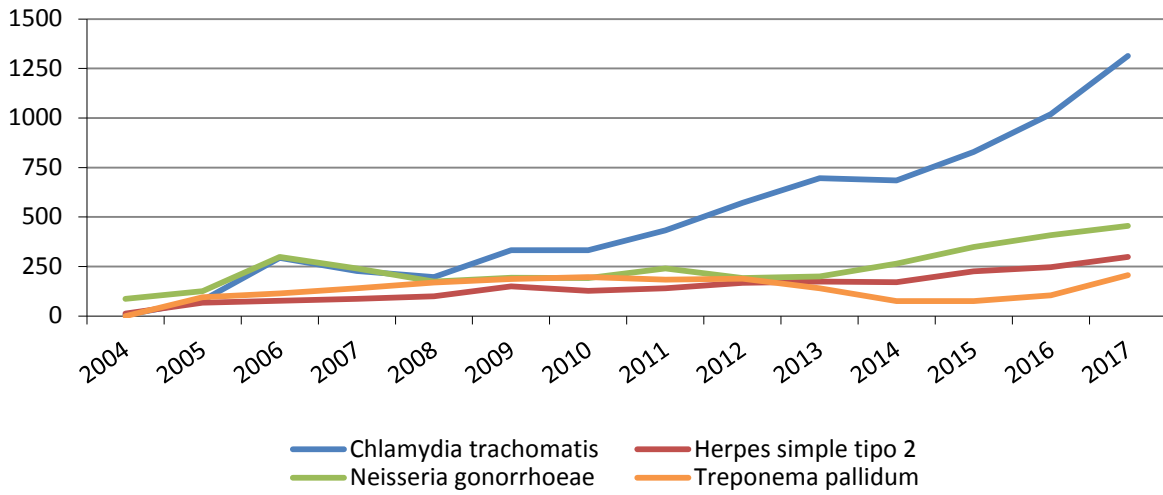
Treponema pallidum(Sífilis), 207 casos (IE1=1,97 e IE2=1,97). El 92,3% de los casos registrados son hombres con diferencias claramente significativas ($p=0,000$), y de ellos, el 58,11% son del grupo de edad de 25 a 44 años (Figura 44).

El grupo de edad en el que en el año 2017 se han registrado más casos de ETS (58,5%) es el de 25 a 44 años (Tabla 19).

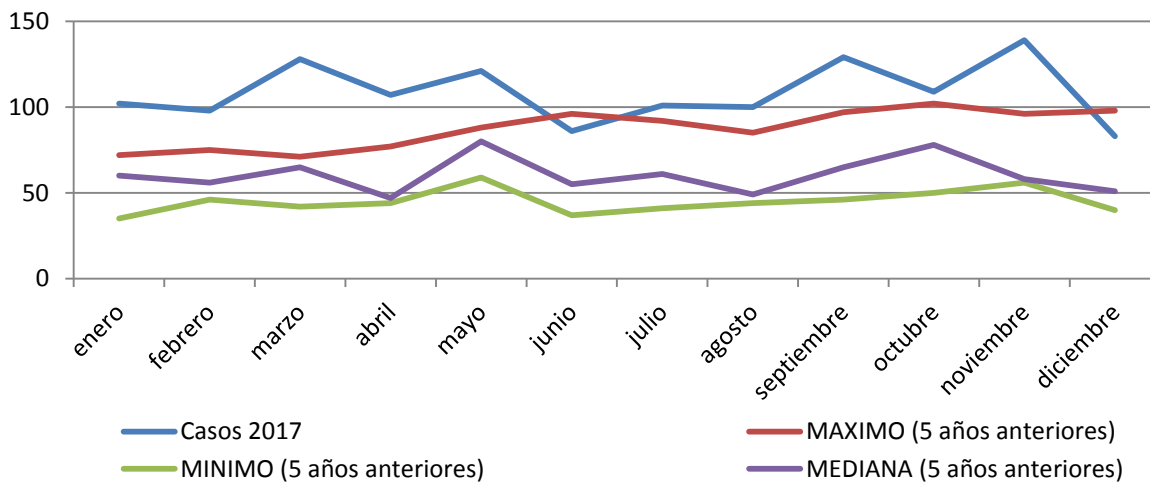
Tabla 19.- ETS según sexo y grupo de edad. SIM CAPV 2017

Enfermedades Transmisión Sexual	SEXO		Total	
	Hombre	Mujer		
< 15	Chlamydia trachomatis	1	12	13
	Neisseria gonorrhoeae	2	1	3
15 a 24	Chlamydia trachomatis	156	229	385
	Herpes simple tipo 2	15	30	45
	Neisseria gonorrhoeae	72	24	96
	Treponema pallidum	21	5	26
25 a 44	Chlamydia trachomatis	437	334	771
	Herpes simple tipo 2	71	96	167
	Neisseria gonorrhoeae	224	53	277
	Treponema pallidum	111	4	115
45 a 64	Chlamydia trachomatis	94	47	141
	Herpes simple tipo 2	23	40	63
	Neisseria gonorrhoeae	60	14	74
	Treponema pallidum	52	5	57
> de 64	Chlamydia trachomatis	4	0	4
	Herpes simple tipo 2	13	10	23
	Neisseria gonorrhoeae	4	1	5
	Treponema pallidum	7	1	8
No consta	Herpes simple tipo 2	1	0	1
	Treponema pallidum	0	1	1

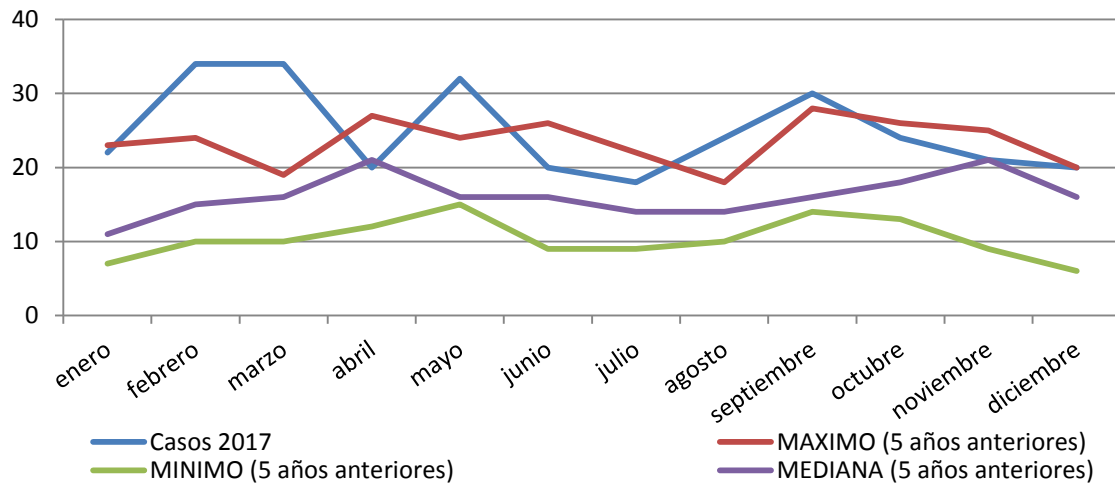
**Figura 40. Evolución de los casos de ETS.
SIMCAPV 2000-2017**



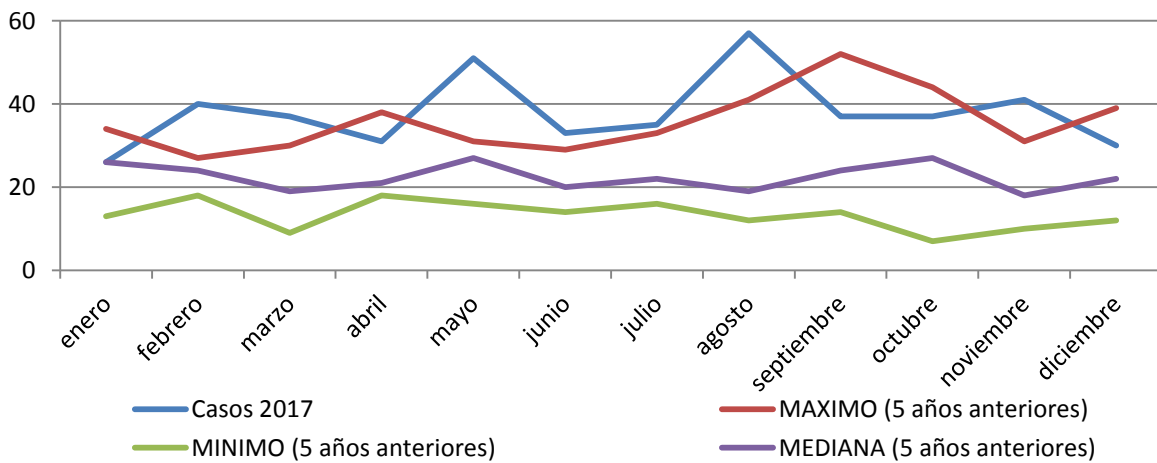
**Figura 41. Chlamydia trachomatis
SIMCAPV Canal endemo-epidémico 2017.**



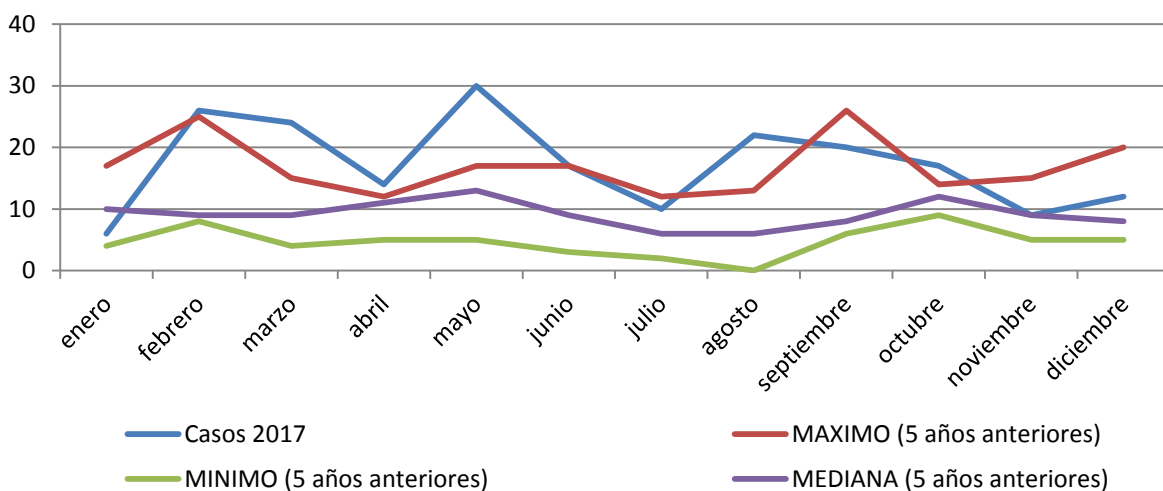
**Figura 42. Herpes simple tipo 2
SIMCAPV Canal endemo-epidémico 2017.**



**Figura 43. Neisseria gonorrhoeae
SIMCAPV Canal endemo-epidémico-2017.**



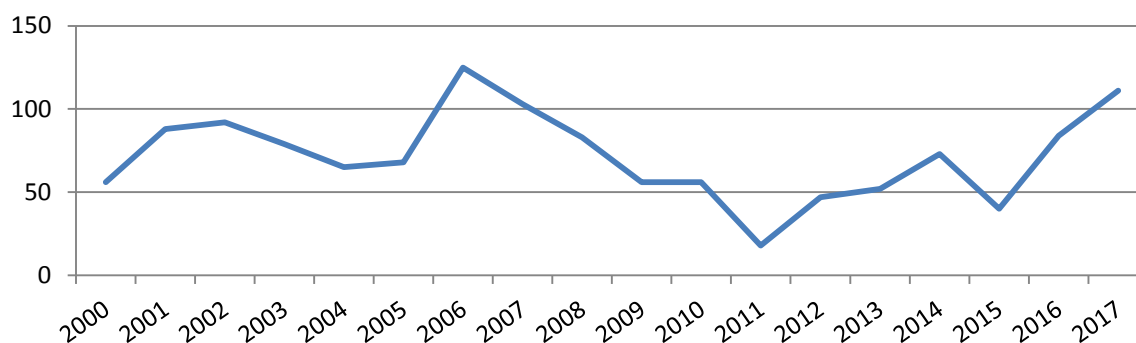
**Figura 44. Treponema pallidum
SIMCAPV Canal endemo-epidémico 2017.**



3.7. Zoonosis

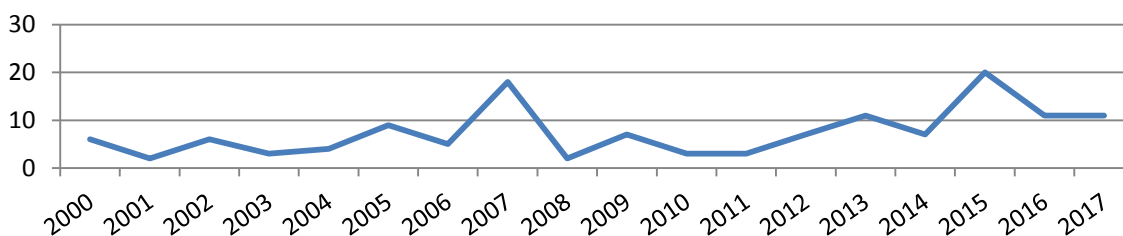
En el año 2017 se han notificado al SIMCAPV 111 diagnósticos microbiológicos de **Coxiella burnetti** (IE1=1,32 e IE2=2,13), continuando el repunte comenzado en el año anterior, repunte consecuencia de los brotes que se han producido (Figura 45).

Figura 45. *Coxiella burnetti*.
SIMCAPV 2000-2017.



En el año 2017 se han registrado 11 casos de **Borrelia burgdorferi** (Enfermedad de Lyme), con un IE1=1,0 y un IE2=1,0 (Figura 46).

Figura 46. *Borrelia burgdorferi*.
SIMCAPV 2000-2017



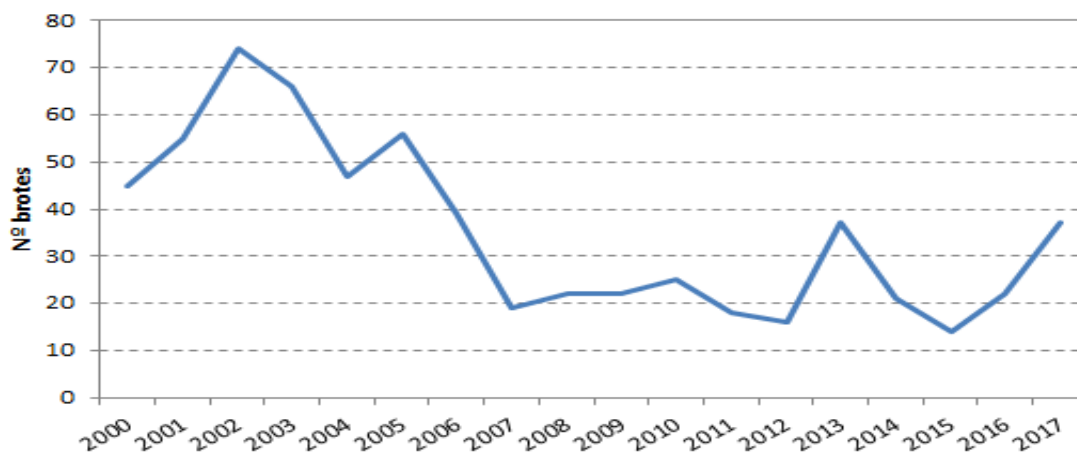
4. BROTES

4.1. Toxiinfecciones alimentarias

Durante 2017 se han notificado en la CAPV 37 brotes alimentarios, en Álava 10, en Gipuzkoa 8 y en Bizkaia 19. Uno de los brotes de Gipuzkoa, por sus especiales características se considera a parte. En este, la fuente de exposición fue agua de consumo público no apta para el consumo por presencia de Norovirus GII. La transmisión además de hídrica fue persona-persona. Estuvieron en riesgo 6.223 personas de las cuales se encuestó a 1.203 y enfermaron 257. No se produjeron ingresos hospitalarios.

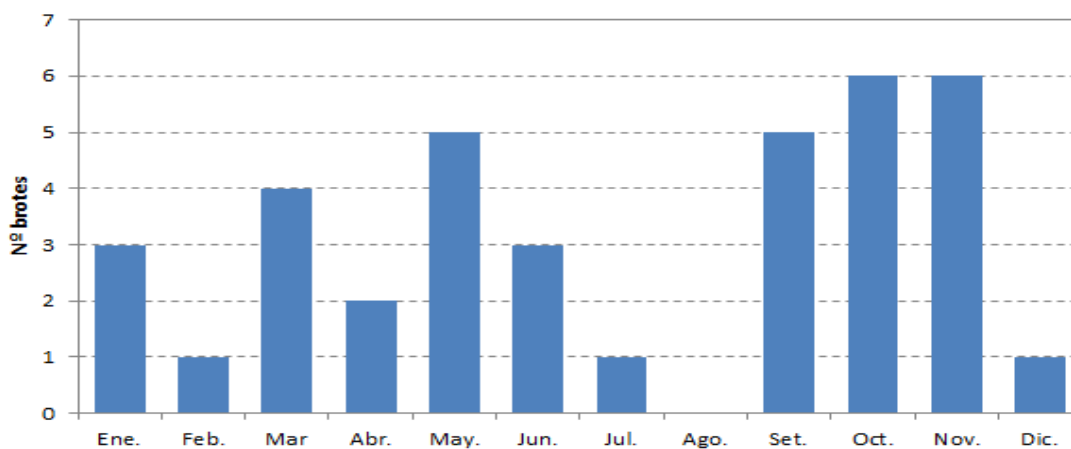
Como consecuencia del resto de los brotes producidos en 2017 y sin tener en cuenta el brote hídrico de Gipuzkoa arriba mencionado, de 2.442 personas a riesgo, 420 enfermaron y 24 precisaron hospitalización. No se produjeron fallecimientos. Por Territorio Histórico y brote la **media de personas enfermas** ha sido de 14,5 en Álava, 10,15 en Bizkaia y 10,25 en Gipuzkoa. La media en la CAPV ha sido de 11,35 personas afectadas por brote (Figura 47).

Figura 47. Brotes de toxiinfecciones alimentarias. CAPV, 2000-2017



Distribución de los brotes por meses (Figura 48).

Figura 48. Brotes de toxiinfecciones alimentarias por meses. CAPV, 2017



En un 37,83% de los brotes, no se pudo identificar el alimento implicado en el mismo y dentro de los identificados el mayoritario (18,91%) fue el huevo/ovoproducto, seguido del pescado (8,1%) y el queso (8,1%) respectivamente (Tabla 20).

Tabla 20. Toxiinfecciones alimentarias según el alimento implicado. CAPV, 2010-2017

Alimentos implicados	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	Total
Abastecimiento común								1	1
Carne						1			1
Carne de cerdo			1				1		2
Carne de ternera								2	2
Cereales			1						1
Comida rápida				1					1
Confite/pastel	1								1
Desconocido	5	4		11	9	8	14	11	62
Embutido		1						1	2
Huevo/ovoproducto	13	10	7	16	4		5	7	62
Leche maternizada								1	1
Marisco/crust/molusc	1		2	1	1	2			7
Otro alimento			2	3	1	1	1	1	9
Perdidos por el sistema								2	
Pescado	2		1	1	4	2	1	3	14
Pollo				1				2	3
Prod. lácteo,exc:3-4		1							1
Prod. de pescado								1	1
Prod. de setas								1	1
Queso	1		1	2				3	7
Setas	1				2			1	4
Sopas,salsas, exc:20		1							1
Varios alimentos				1					1
Total	24	17	15	37	21	14	22	37	187

FUENTE: REGISTRO DE BROTES DE LA CAPV.

Los establecimientos públicos de restauración (restaurantes, bares) han sido mayoritariamente los más implicados en los brotes registrados en el año 2017 (Tabla 21).

Tabla 21. Toxiinfecciones alimentarias según el lugar de consumo del alimento. CAPV, 2010-2017

Lugar de preparación	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	Total
Autobús								1	1
Cantina/Bar/Restaurante/Hotel	14	8	4	22	14	4	13	12	91
Cocina central		1	1						2
Colectivo sin especificar								1	1
Diferentes lugares								1	1
Escuela/Guardería								1	2
Desconocido	3	4	2	6				6	21
Geriátrico								3	3
Establec. elaboración	1								1
Granja	1								1
Hogar privado	4	3	8	4	4	3	3	8	37
Otros	1			5	3	7	3	2	21
Proveedor alimentario		1						2	3
Geriátrico							3		3
Total	24	17	15	37	21	14	22	37	188

En el 37,83% de los brotes se identificó Salmonella como agente implicado, en el 21,62% se desconoce el agente etiológico (Figura 49 y Tabla 22).

Figura 49. Toxiinfecciones alimentarias por Salmonella. CAPV 2000-2017

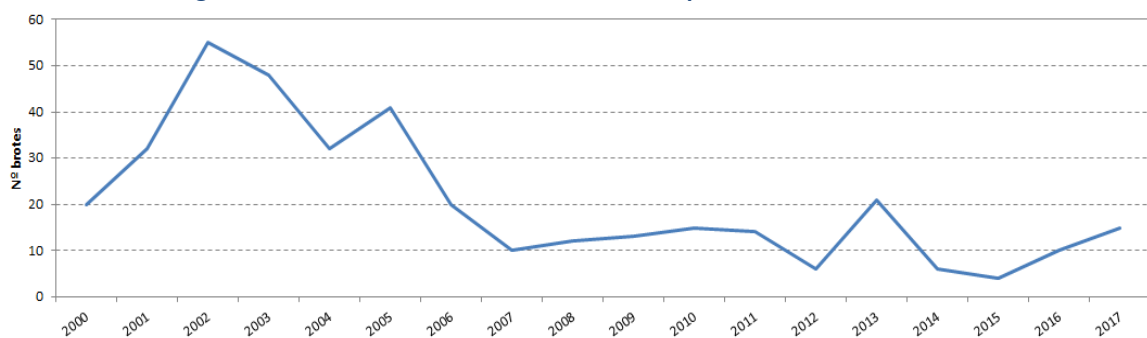


Tabla 22. Toxiinfecciones alimentarias según origen microbiológico. CAPV, 2010-2017

Agente etiológico	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	Total
Anisakis			1		1	1	1		4
B.cereus			1		2			1	4
Campylobacter sp						1			1
Clostridium botulinum			1						1
Clostridium perfringens			1		1	1			3
Desconocido	5	2	3	8	6	2	10	8	44
Histamina/escómbrido	2				3	1	1	4	11
L.monocytogenes			1	1					2
Salmonella	15	14	6	21	6	4	10	14	90
Shigella flexneri					1				1
Staphilococcus	1	1		2				2	6
Virus hepatitis A									0
Otras bacterias					1			1	2
Virus Norwalk						3		4	7
Otros virus	1		1	5		1		3	11
Total	24	17	15	37	21	14	22	37	187

FUENTE: REGISTRO DE BROTES DE LA CAPV.

4.2. Otros brotes

Se han registrado 20 brotes no relacionados con el consumo de alimentos (Tabla 23)

Tabla 23. Otros brotes. CAPV, 2017

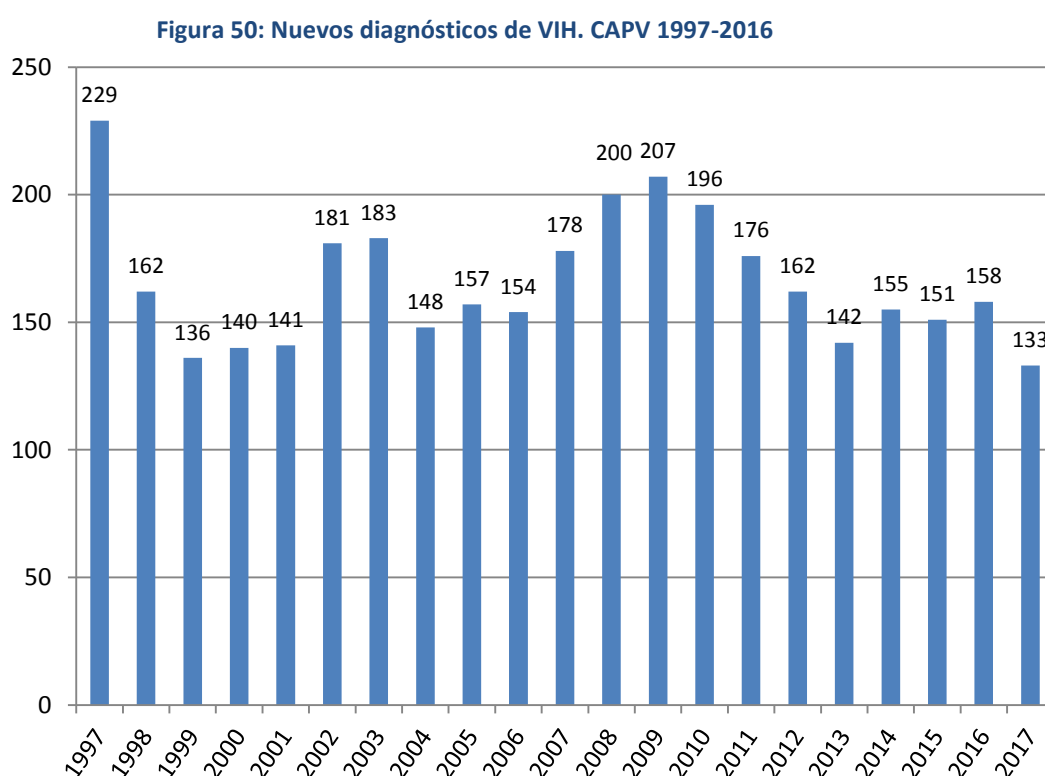
Brote	Nº brotes
Coxiella burnetii	2
Salmonella typhimurium	1
Desconocido	2
Virus	4
Virus Hepatitis B	1
Virus Norwalk	10
Total	20

5. VIH Y SIDA

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

5.1. Nuevas infecciones por VIH

Entre 1997 y 2017 se han contabilizado 3.489 nuevas infecciones por VIH. En 2017 se notificaron 133 casos (6,13/100.000 habitantes), lo que implica un descenso de un 15,8% respecto al año anterior (Figura 50).



El 93,9% de los diagnósticos de 2017 fueron transmitidos a través de relaciones sexuales. La transmisión entre hombres que tienen sexo con hombres supone el 55,6% del total de nuevos diagnósticos y el 77,3% de los diagnósticos en hombres. En la actualidad la transmisión homosexual es la predominante, superando ligeramente el número de casos transmitidos por vía heterosexual.

5.2. Casos de Sida

Desde 1.984 se han diagnosticado 5.956 casos de sida, registrándose la máxima incidencia a mediados de la década de los 90. A partir de esa fecha se produce un descenso continuado consecuencia de la generalización de los tratamientos antirretrovirales (Figura 51). La mortalidad provocada por sida experimenta una evolución similar (Figura 52).

Figura 51. Casos de sida 1984-2016

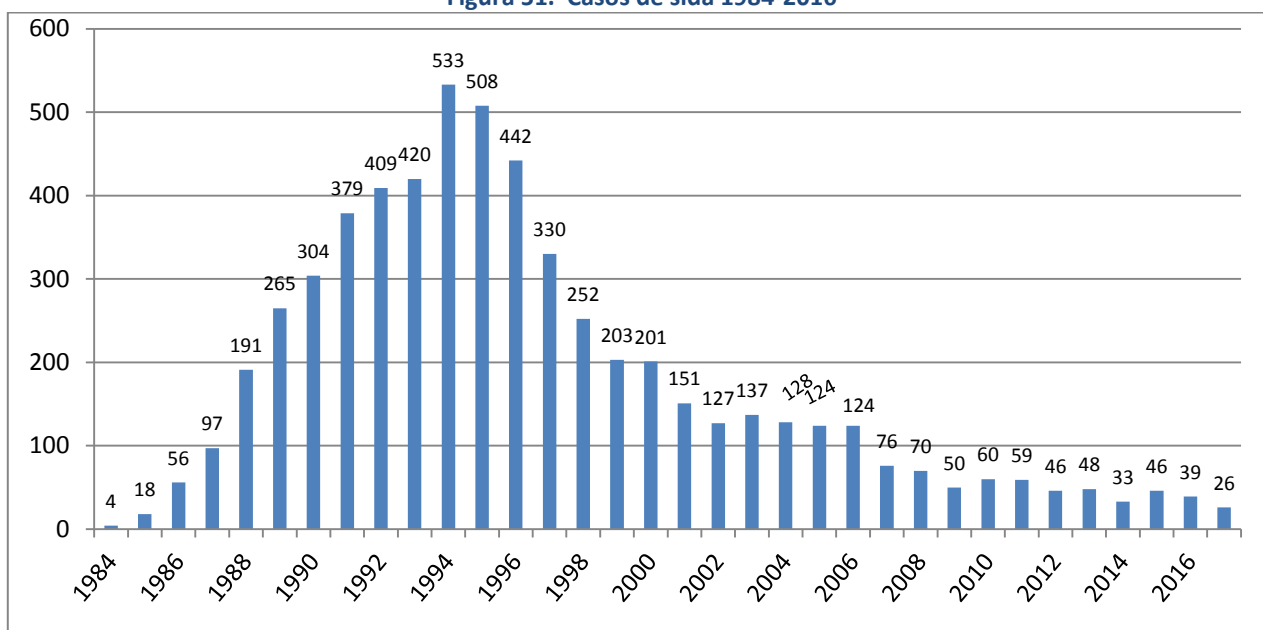
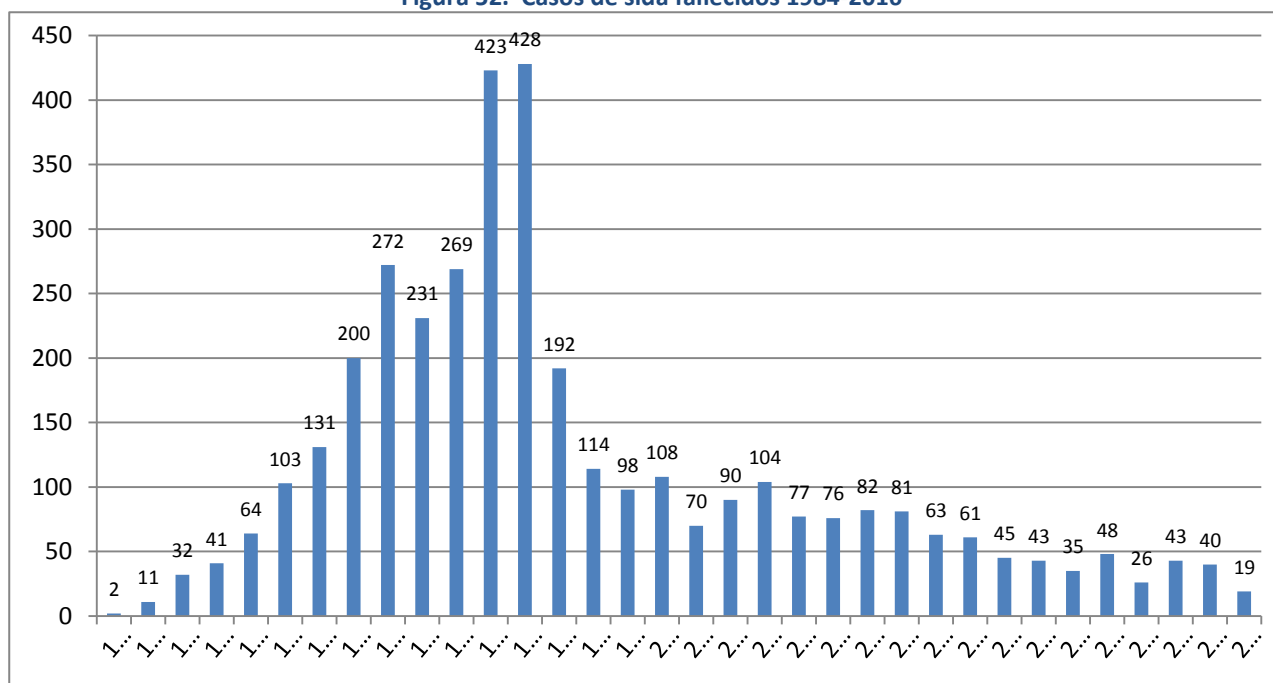


Figura 52. Casos de sida fallecidos 1984-2016



6. OTROS

En 2017 han intervenido en la vigilancia la Dirección de Salud Pública y Adicciones del Gobierno Vasco, el área de Salud y Consumo del Ayuntamiento de Bilbao, el Área de Salud y Consumo del Ayuntamiento de Donostia Ayuntamiento de Vitoria-Gasteiz, y el Departamento de Sanidad Animal de NEIKER.

La Dirección de Salud Pública y Adicciones (D.S.P.A.) ha sido responsable de la organización del programa de Vigilancia de 2017, y de contactar y de movilizar al personal de las diferentes instituciones implicadas para la puesta de ovitrampas y recogida de tablillas y envío semanal al Departamento de Sanidad Animal de NEIKER (Derio). La Dirección de Salud Pública y Adicciones ha notificado los resultados a todos los integrantes y participantes del programa.

Ante la aparición de huevos de mosquito tigre durante los muestreos realizados con ovitrampas en 2014-2016 en Irún-Behobia, en el año 2017 se han mantenido los puntos de muestreos en Gipuzkoa, seleccionando un total de 11 zonas de muestreo en Irun-Behobia, Hondarribia, Donostia y Usurbil. El objetivo ha sido comprobar si esta especie de mosquito estaba implantada y/o extendiéndose en la zona. Los muestreos se han realizado entre mediados de julio y mediados de noviembre de 2017.

En 2017 se ha ampliado el número de ovitrampas colocadas en Bizkaia (5 zonas de muestreo) y Álava (5 zonas de muestreo), en el entorno de gasolineras localizadas en autopistas y/o autovías, municipios y en otras zonas frecuentadas por tráfico vial. En Bizkaia y Araba los muestreos han tenido lugar entre finales de agosto y mediados de noviembre de 2017. Se han tratado los puntos de muestreo positivos, (Tabla 24), con adulticidas y larvicidas de manera rápida y eficaz.

Tabla 24: Resultados positivos

Año	Nº puntos muestreo	Nº ovitrampas colocadas	Nº tablillas examinadas	Nº tablillas positivas	Nº huevos AA	Municipio con presencia de AA
2013	4	38	403	0	0	--
2014	5	50	450	2	4-17	Irún
2015	9	80	816	15	3-165	Irún
2016	20	200	2802	5	1-34	Irún
2017	22	220	2531	25	1-92	Irun, Basauri, Barakaldo

Se han atendido 317 consultas por picaduras de insecto en la OSI Bidasoa. Esta cifra es similar a la presentada en el mismo periodo de 2015 (326) y 2016 (331). Las tasas por picaduras fueron 4,16 x 1.000 habitantes en 2016 y 4,34 en el año 2016. Los resultados obtenidos durante los 4 años de monitorización de picaduras 2014-2017 manifiestan una situación estable, sin aumentos que hagan sospechar la extensión de *Aedes albopictus* (AA). Se ha monitorizado en toda la Comunidad siendo en las OSIs de Tolosa, Goierri y Debabarrena donde las tasas han sido las más elevadas.

Conclusiones:

Después de la vigilancia realizada el nivel de riesgo para la población en el municipio de Irun se puede categorizar como 1: Presencia implanda y activo de *A. albopictus* y con posterior tratamiento. En Bizkaia, en los municipios de Barakaldo y Basauri se deben de dar nuevos positivos para cambiar de categoría de riesgo, sin embargo con la clasificación de la ECDC y como el resto de la Comunidad Autónoma del País Vasco es 0a.

1. SALUD AMBIENTAL

1.1. Aire

La contaminación del aire en sus dos vertientes biótica y abiótica es una importante fuente de problemas para la salud. De su control y vigilancia se responsabilizan diferentes Instituciones. Las actuaciones de la Dirección de Salud Pública y Adicciones van dirigidas principalmente a vigilar la concentración de contaminantes en el aire y, en caso de que se superen los límites permitidos, ordenar la adopción de las medidas necesarias, por parte de los Organismos competentes, para proteger la salud de la población.

1.1.1. Contaminación biótica (polen)

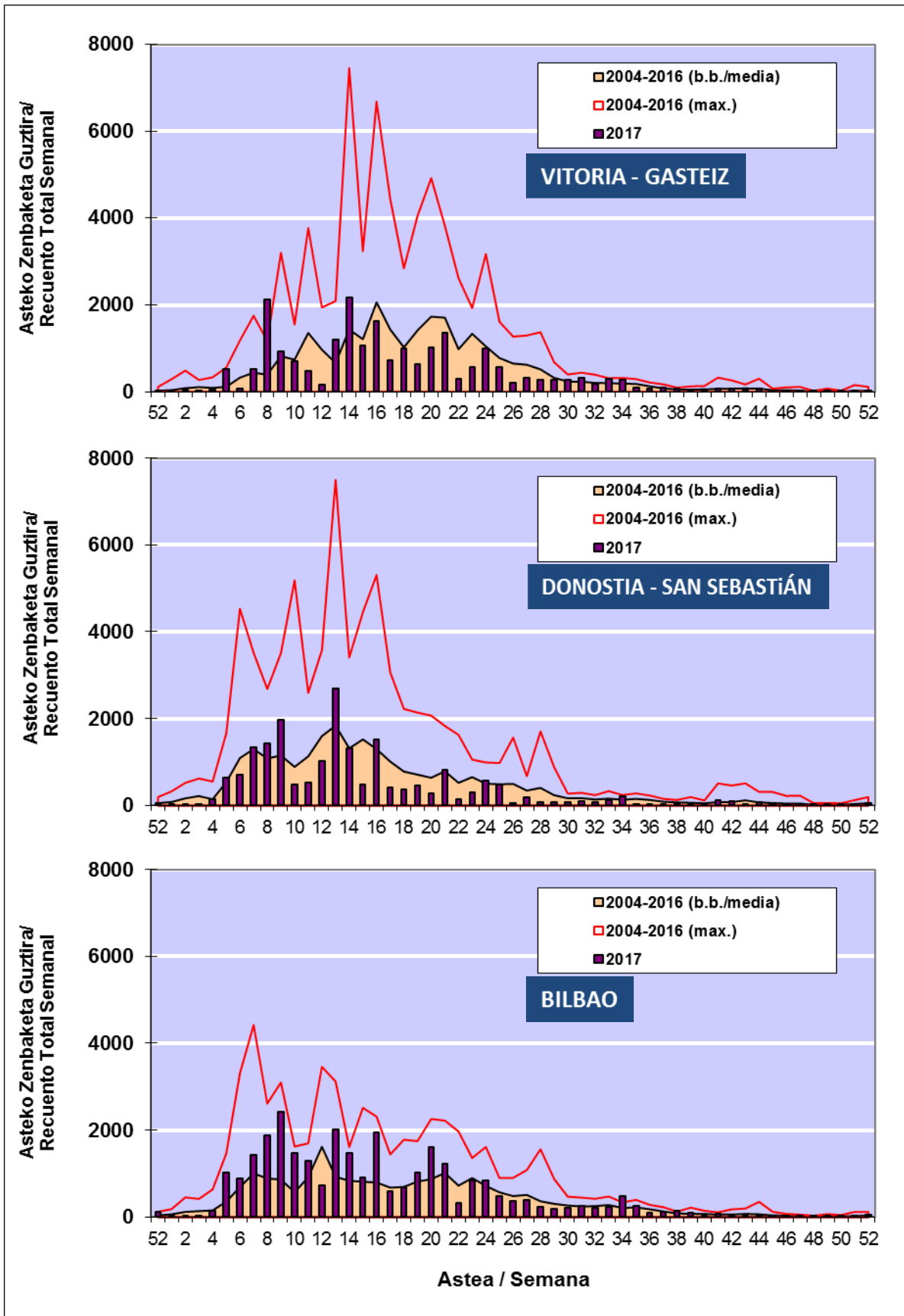
La Dirección de Salud Pública y Adicciones dispone de 3 estaciones captadoras de polen ubicadas en las capitales de los Territorios Históricos. Recogen muestras diarias que, preparadas en los Laboratorios, se examinan para el recuento al microscopio óptico, obteniéndose información de los niveles de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

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

Desde 2010, a partir de los recuentos diarios y el histórico disponible, se elaboran informes de situación y previsión, que semanalmente son remitidos a Euskalmet, para difusión pública en su página web y se remiten a su vez a los servicios de alergología y 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 (Figura 53) pueden compararse, para cada una de las estaciones, los recuentos totales semanales en granos/m³ registrados en 2017 (en barras) con los máximos y valores medios del periodo 2004-2016.

Figura 53. Recuentos polínicos semanales en las tres capitales. 2017



En el cuadro siguiente (Tabla 25) se resume, para el periodo febrero-julio (26 semanas), el número de semanas en que se vieron superados los recuentos totales semanales promedio históricos del periodo 2004-2016 y se indican, en orden de abundancia, los tipos mayoritarios con recuento anual superior al 5% del total.

Tabla 25. Nº semanas entre los meses de febrero y julio de 2017 en las que se superaron el promedio semanal y el máximo histórico del periodo 2004-2017 y tipos mayoritarios en orden de abundancia.

Estación	Nº de semanas de 2017 (febrero a julio) en que se superó el promedio semanal del periodo 2004-2016	Tipos mayoritarios en 2017 (en orden de abundancia)
Vitoria-Gasteiz	6 semanas (>Promedio) 1 semana (>Máximo)	Esporas de <i>Alternaria</i> , Cupressaceae/Taxaceae, <i>Quercus</i> , <i>Platanus</i> , Urticaceae, Poaceae (gramíneas), <i>Pinus</i> y <i>Betula</i> .
Donostia-San Sebastián	8 semanas (>Promedio) 0 semanas (>Máximo)	<i>Pinus</i> , <i>Platanus</i> , <i>Alnus</i> , <i>Quercus</i> , Cupressaceae/Taxaceae, <i>Betula</i> , Urticaceae y Poaceae (gramíneas).
Bilbao	15 semanas (>Promedio) 0 semanas (>Máximo)	<i>Pinus</i> , Urticaceae, <i>Quercus</i> , Cupressaceae/Taxaceae, Poaceae (gramíneas), <i>Betula</i> , <i>Platanus</i> y <i>Alnus</i> .

1.1.2. Contaminación abiótica

Tomando como referencia los datos facilitados por la Red de Control de la Contaminación Atmosférica de la Comunidad Autónoma del País Vasco, gestionada por el Departamento de Medio Ambiente y Política Territorial⁵, se ha realizado una valoración de la situación general en cuanto a partículas en suspensión de corte 10 µm y 2,5 µm (PM₁₀ y PM_{2,5}), dióxido de nitrógeno (NO₂), dióxido de azufre (SO₂), ozono (O₃) y benceno en base a los valores establecidos para la protección de la salud en la normativa vigente⁶ y en los valores guía recomendados por la OMS.

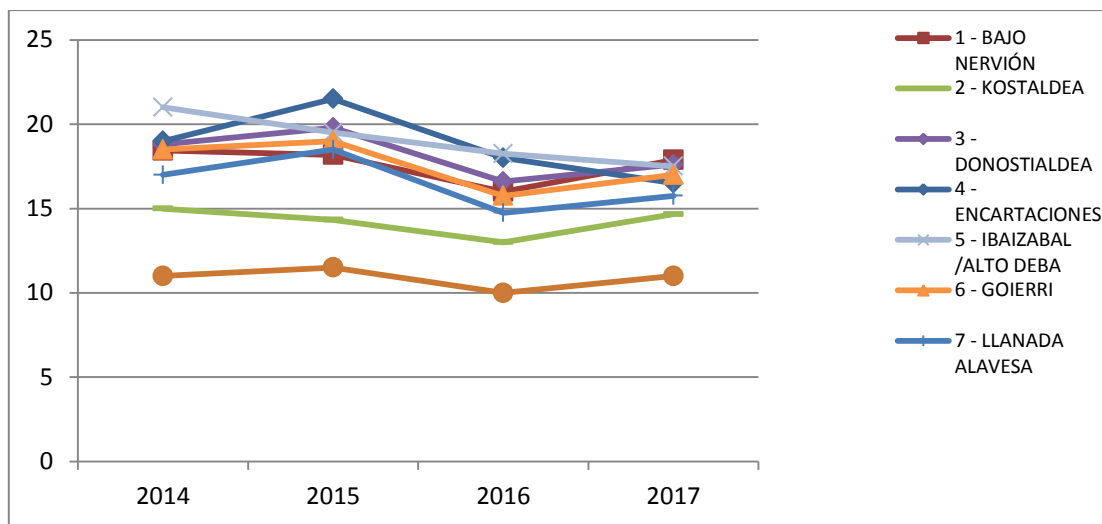
En el caso de partículas en suspensión de corte 10 µm (PM₁₀), tanto el valor límite de la media anual para la protección de la salud (establecido en 40 µg/m³) como la exigencia establecida para las medias diarias (no superación del valor de 50 µg/m³ en más de 35 ocasiones al año) no se han visto superados en ninguno de los sensores de referencia. Los puntos en los que se han observado los valores más altos son Zelaieta y

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

⁶ "Directiva 2008/50/CE del Parlamento Europeo y del Consejo de 21 de mayo de 2008 relativa a la calidad del aire ambiente y una atmósfera más limpia en Europa" y "Real Decreto 102/2011, de 28 de enero, relativo a la mejora de la calidad del aire".

Basauri (25 y 24 $\mu\text{g}/\text{m}^3$ respectivamente). En casi todas las zonas controladas los datos registrados en 2017 son ligeramente superiores a los registrados en 2016.

Figura 54: Evolución de las medias anuales de PM_{10} por zonas aéreas (en $\mu\text{g}/\text{m}^3$). 2010-2017



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

Respecto a las partículas en suspensión de corte 2,5 μm ($\text{PM}_{2,5}$), mejores indicadores de efectos en salud, tampoco se han registrado valores superiores a los niveles señalados en la normativa. Por lo que respecta a los niveles guía recomendados por la OMS para las medias anuales de PM_{10} y $\text{PM}_{2,5}$ (20 y 10 $\mu\text{g}/\text{m}^3$ respectivamente), a continuación se recogen las ubicaciones en las que se han superado:

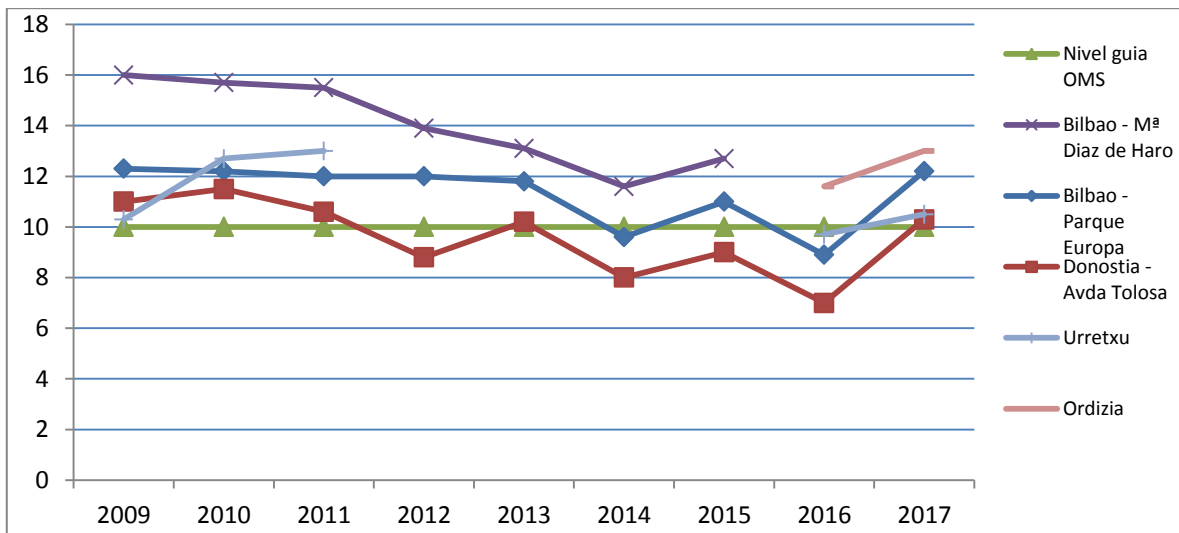
Tabla 26. Sensores en los que las medias anuales han superado los niveles guía de la OMS.

Sensor	Localización	$\text{PM}_{2,5}$ Media anual	PM_{10} * Media anual
Algorta	Paseo de la Galea, s/n. Getxo	11	21
Basauri	Inst. Uribarri. Basauri	-	24
Barakaldo	Hogar propio, 7-FP Sup. Barakaldo	-	21
M ^a Diaz de Haro	M ^a Diaz de Haro, 68. Bilbao	-	20
Erandio	Jose Luis Goyoaga Etorb, s/n. Erandio	11	20
Parque Europa	Parque Europa, s/n (Txurdinaga). Bilbao	10	-
Sangróniz	Iturrikosolo, s/n. Sondika	10	20
Santurtzi	Vista Alegre, 29. Santurtzi	12	-
Zierbena	Puerto de Zierbena, s/n. Zierbena	-	20
Zelaieta	Parque Zelaieta, s/n. Zornotza	11	25
Durango	San Roque, 20-bajo. Durango	13	-
Añorga	Avda Añorga, 12 (Añorga Txiki). Donostia	12	-
Easo	Plaza Centenario. Donostia	-	21
Zumarraga	Grupo Izazpi, 3-6. Zumarraga	10	-

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

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

Figura 55. Evolución de las medias anuales de PM_{2,5} . 2009-2017



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

Por lo que respecta al dióxido de nitrógeno (NO₂) solo en un punto (Mª Díaz de Haro- Bilbao) se ha superado la media anual establecida en 40 µg/m³ (42µg/m³). En general se mantienen valores similares a años anteriores.

En cuanto al dióxido de azufre (SO₂) en ningún sensor se han superado las limitaciones establecidas para la protección de la salud, ni el límite horario, 350 µg/m³ (que no se debe superar más de 24 veces por año), ni el límite diario de 125 µg/m³ (que no debe superarse más de tres ocasiones por año), ni el umbral de alerta a la población establecido en la superación del valor horario de 500 µg/m³ durante tres horas consecutivas.

Respecto a la contaminación por ozono (O₃) el umbral de información a la población (media horaria de 180 µg/m³) se ha superado puntualmente en varios sensores entre los días 19-21 de junio en Valderejo, Urkiola, Zalla, Mª Díaz de Haro y Arraiz (1h), en el Parque Europa (2h) y en Jaizkibel (3h). El umbral para la protección de la salud (120 µg/m³ como límite máximo de las medias octohorarias del día) no se ha superado en más de 25 ocasiones a lo largo del año en ningún sensor. Las medias anuales son muy similares a las del año anterior.

Como valoración global, los datos correspondientes a 2017 muestran un ligero aumento en cuanto a la contaminación por material particulado, manteniéndose el resto de parámetros en valores similares al año anterior. Algunos de esos puntos están directamente afectados por actividades industriales pero en el resto de los casos se trata de afección de tipo urbano.

El Departamento de Salud gestiona directamente cuatro captadores para un seguimiento histórico (ubicados en Vitoria-gasteiz, Bilbao, Erandio y Donostia). En estos captadores se miden las partículas en suspensión de corte 10 µm y se determina en ellas el contenido de dieciséis metales pesados (plomo, hierro, cadmio, níquel, cromo, manganeso, arsénico, cobre, vanadio, cobalto, zinc, selenio, bario, cerio, paladio y mercurio). Para el plomo hay establecido un límite normativo (media anual de 0,5 µg/m³) que no

se ha visto superado en ninguno de esos cuatro puntos Respecto al cadmio, níquel y arsénico hay establecidos valores objetivo que tampoco se han superado en ninguno de los puntos. En términos generales respecto a los 16 metales controlados los niveles registrados en 2017 son similares a los registrados en 2016 en las tres capitales con muy ligeras variaciones. En Erandio es donde si se ha apreciado una ligera tendencia al alza (especialmente en Cr, Mn y Cu).

En el material particulado también se controla el contenido de 16 compuestos aromáticos policíclicos entre ellos el Benzo(α)pireno para el que (a falta de datos de Bilbao y Donostia) tampoco se ha superado el valor objetivo que señala la normativa (1 ng/m^3) como media anual, como referencia para ese grupo de compuestos.

Por otra parte, en el captador de Avenida Tolosa en Donostia así como en otros tres puntos (Parque Europa en Bilbao, Ordizia y Urretxu) se hace un seguimiento de la fracción de partículas de corte $2,5 \mu\text{m}$ ($\text{PM}_{2,5}$). En ninguno de estos 4 puntos se ha superado el valor objetivo de la media anual fijado en la normativa ($20 \mu\text{g/m}^3$), aunque si se ha visto superado el nivel guía establecido por la OMS ($10 \mu\text{g/m}^3$). Los valores son más altos que los observados en los últimos años.

1.2. Aguas de Consumo

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

La Red de Control y Vigilancia de las aguas potables de consumo público se creó en el año 1987 con el objetivo de garantizar la calidad y salubridad del agua de consumo. En el año 2002 se publicó el decreto 178/2002 por el que se regula el sistema de control, vigilancia e información de la calidad de las aguas de consumo público, que establece que todos los sistemas de abastecimiento deben tener una Unidad de Control y Vigilancia (UCV) que elabore y ejecute programas anuales de control y vigilancia de los sistemas de abastecimiento y de la calidad del agua. Actualmente en Euskadi se controla y verifica la calidad y aptitud del agua de consumo público en las Zonas de Abastecimiento que llega a la práctica totalidad de la población. En Euskadi existen 425 Zonas de Abastecimiento (ZA) y 67 Unidades de Control y Vigilancia (UCV) (Tabla 27).

Tabla 27. Nº de zonas de abastecimiento y Unidades de Control y Vigilancia

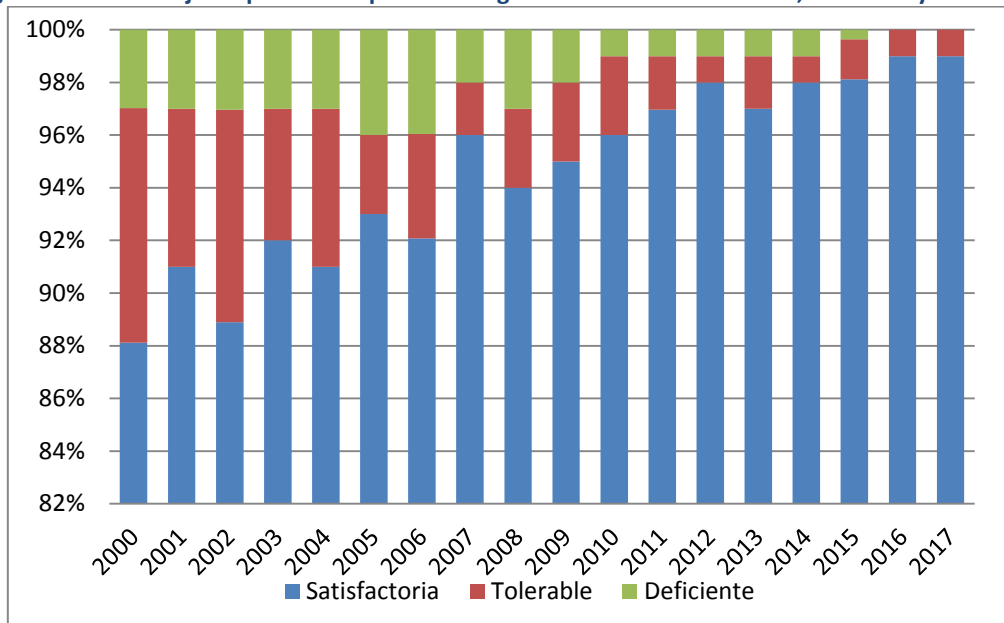
T.H.	UCV	ZA
Araba	37	218
Bizkaia	21	103
Gipuzkoa	8	86
Euskadi	66	407

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 y Gobierno Vasco). En 2017 el 99% de la población recibió agua con calidad satisfactoria en sus domicilios (1% tolerable y 0% deficiente) (Figura 56).

Figura 56. Porcentaje de población que recibe agua de calidad satisfactoria, tolerable y deficiente.



FUENTE: Subdirecciones de Salud Pública y Adicciones.

En la Tabla 28 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 28. Población por territorio y año que recibe agua de calidad satisfactoria, tolerable y deficiente (en nº de habitantes y % de población).

Población (Nº hab. y %)	2013	2014	2015	2016	2017
ARABA					
Satisfactoria	271.134 (93%)	281.431 (96%)	281.180 (97%)	288.673 (99%)	287.778 (97%)
Tolerable	12221 (4%)	6.063 (2%)	6.529 (2%)	1.384 (0%)	4.985 (2%)
Deficiente	6783 (2%)	4.550 (2%)	3.187 (1%)	2.068 (1%)	2.893 (1%)
Total	290.138	292.044	290.896	292.125	295.656
BIZKAIA					
Satisfactoria	1.111.899 (99%)	1.116.964 (98%)	1.116.894 (98%)	1.131.562 (98%)	1.329.858 (100%)
Tolerable	7.946 (1%)	19.327 (2%)	19.701 (2%)	16.353 (0%)	865 (0%)
Deficiente	5.448 (1%)	4.002 (0%)	3.698 (0%)	3.990 (1%)	2184 (0%)
Total	1.125.293	1.140.293	1.140.293	1.151.905	1.332907
GIPUZKOA					
Satisfactoria	671.606 (98%)	672.902 (99%)	676.363 (99%)	680.132 (99%)	675.573 (99%)

Población (Nº hab. y %)	2013	2014	2015	2016	2017
Tolerable	5.850 (1%)	5.092 (1%)	5.990 (1%)	1.596 (0%)	6.068 (1%)
Deficiente	5.693 (1%)	4.701 (1%)	752 (1%)	342 (0%)	404 (0%)
Total	683.149	682.695	683.105	682.070	682.045
EUSKADI					
Satisfactoria	2.054.639 (97%)	2.071.297 (98%)	2.074.437 (98%)	2.100.367 (99%)	2.293.209 (99%)
Tolerable	26.017 (2%)	30.482 (1%)	32.220 (2%)	19.333 (1%)	11.918 (1%)
Deficiente	17.924 (1%)	13.253 (1%)	7.637 (0%)	6.400 (0%)	5.481 (0%)
TOTAL EUSKADI	2.098.580	2.115.032	2.114.294	2.126.100	2.310.608

FUENTE: Subdirecciones de Salud Pública y Adicciones.

En los Centros Comarcales de Salud Pública se llevan a cabo las actividades de supervisión e inspección de las estructuras (Tabla 29) (Figura 57). Hay un total de 5.467 puntos de muestreo (Tabla 30).

Tabla 29. Nº de estructuras.

Estructura	Nº
Captación	1.134
ETAP	145
Depósitos	1.507
Red Distribución	1.457

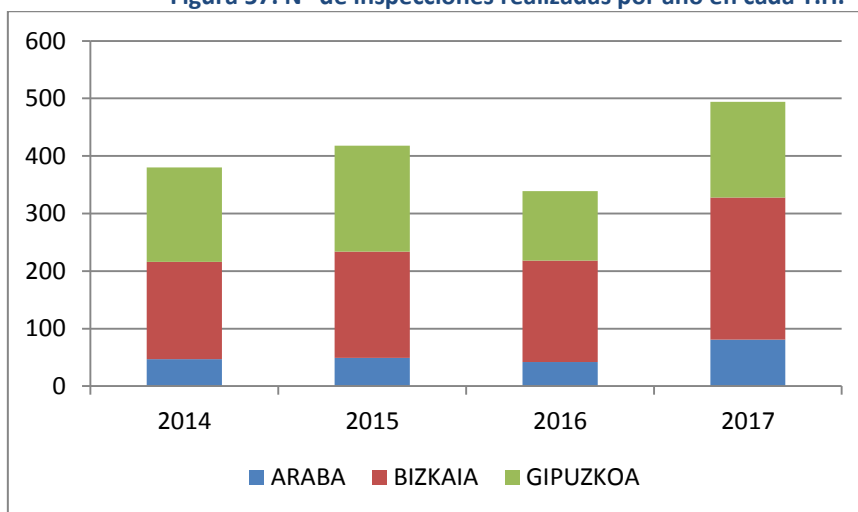
FUENTE: EKUIS (Sistema de Información de Aguas de Consumo de la Euskadi)

Tabla 30. Nº de muestras analizadas por año.

Año	2013	2014	2015	2016	2017
Nº muestras	21.510	22.254	21.325	20.490	22.885

FUENTE: EKUIS (Sistema de Información de Aguas de Consumo de Euskadi)

Figura 57. Nº de inspecciones realizadas por año en cada T.H.



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

1.3. Aguas de Baño

1.3.1. Playas

El Programa de Control y Vigilancia de las Zonas de Baño se lleva a cabo sobre 41 zonas de baño y 61 puntos de muestreo (Tabla 31).

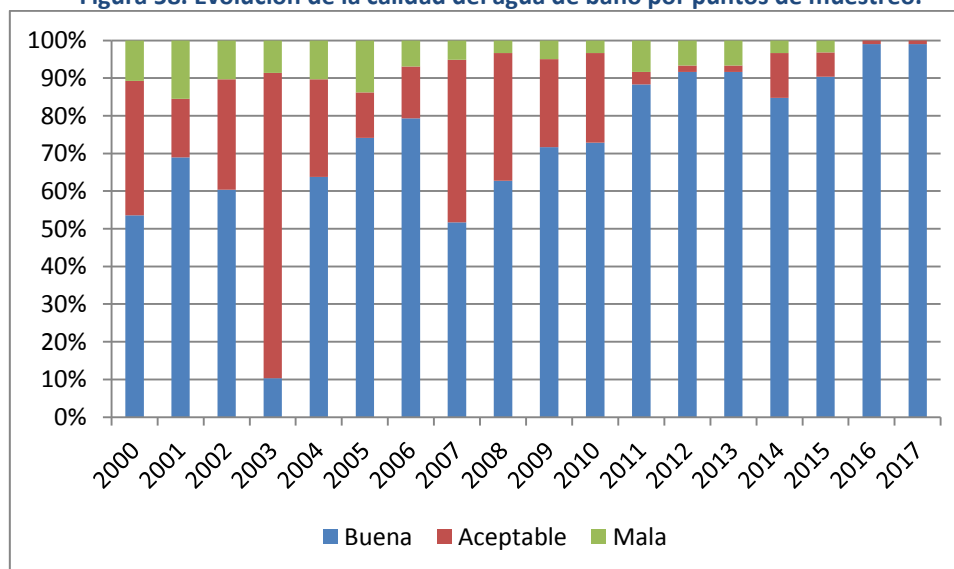
Tabla 31. Zonas de baño y puntos de muestreo por TH (nº).

Territorio	Zonas de baño	Puntos de muestreo
Araba	5	5
Bizkaia	21	33
Gipuzkoa	15	23
Euskadi	41	61

FUENTE: Subdirecciones de Salud Pública y Adicciones.

La calidad de las aguas de baño ha mejorado en los últimos años, debido en gran parte a la entrada en funcionamiento de varias Estaciones Depuradoras de Aguas Residuales (EDAR) (Figura 58). Tras la valoración de los resultados de los muestreos de la temporada 2017, el 99% de los puntos de muestreo arrojan datos de buena calidad del agua, un 1 % aceptable y un 0% mala.

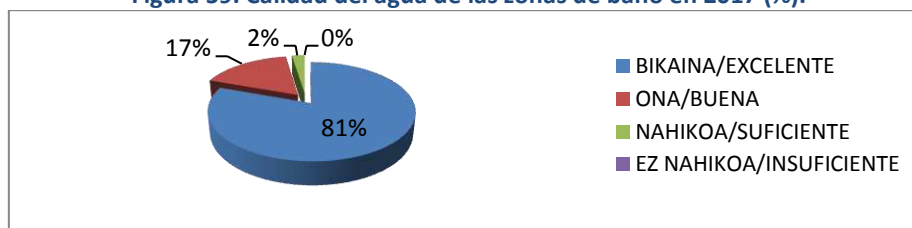
Figura 58. Evolución de la calidad del agua de baño por puntos de muestreo.



FUENTE: Subdirecciones de Salud Pública y Adicciones.

Las zonas de baño se clasifican en base a los resultados de las 4 últimas temporadas de baño, según la Directiva 2006/7/CE. Pudiendo resultar de calidad Insuficiente, Suficiente, Buena o Excelente (Figura 59).

Figura 59. Calidad del agua de las zonas de baño en 2017 (%).



FUENTE: Subdirecciones de Salud Pública y Adicciones.

La Directiva 2006/7/CE también establece obligaciones en relación a la facilitación de información en las inmediaciones de las zonas de baño. Para ello se utilizan carteles informativos elaborados, en colaboración con los órganos ambientales correspondientes (URA-Agencia Vasca del Agua y CHE-Confederación Hidrográfica del Ebro) y con los Ayuntamientos y Diputaciones Forales de los tres Territorios Históricos.

En 2017 se ha seguido colaborando en el proyecto Marmoka, coordinado por SOS Deiak, para la elaboración de un modelo predictivo para avistamiento y alerta de medusas en periodo estival en las costas de la EUSKADI. El objetivo de este proyecto consiste en la localización de medusas, principalmente *Physalia physalis* (Carabela Portuguesa). Las personas usuarias de embarcaciones informan a SOS-Deiak de la presencia de Carabelas y esos datos se aplican a modelos océano-meteorológicos que permiten prever la trayectoria de las mismas. Esta información, así como la relativa a vertidos contaminantes que puedan tener afección transfronteriza, se intercambia con los representantes de la ARS (Agence Régionale de Santé d'Aquitaine - Pyrénées-Atlantiques) a través de un protocolo que se estableció en 2011.

1.3.2. Piscinas

Las principales actividades en el programa de piscinas son por una parte la aprobación de los planes de autocontrol y por otra su supervisión en las instalaciones que ya tienen ese plan de autocontrol aprobado. Se realizan inspecciones y toma de muestras de los vasos (Tablas 32 y 33; Figuras 60 y 61).

Tabla 32. Instalaciones a controlar y supervisiones realizadas por TH y año (nº).

Nº	2013		2014		2015		2016		2017	
	Instalaciones	Supervisiones	Instalaciones	Supervisiones	Instalaciones	Supervisiones	Instalaciones	Supervisiones	Instalaciones	Supervisiones
Araba	82	146	82	136	82	146	99	52	85	69
Bizkaia	166	155	167	241	166	155	168	122	110	74
Gipuzkoa	166	121	162	306	166	121	175	129	177	105
Euskadi	414	422	415	683	414	422	442	303	372	248

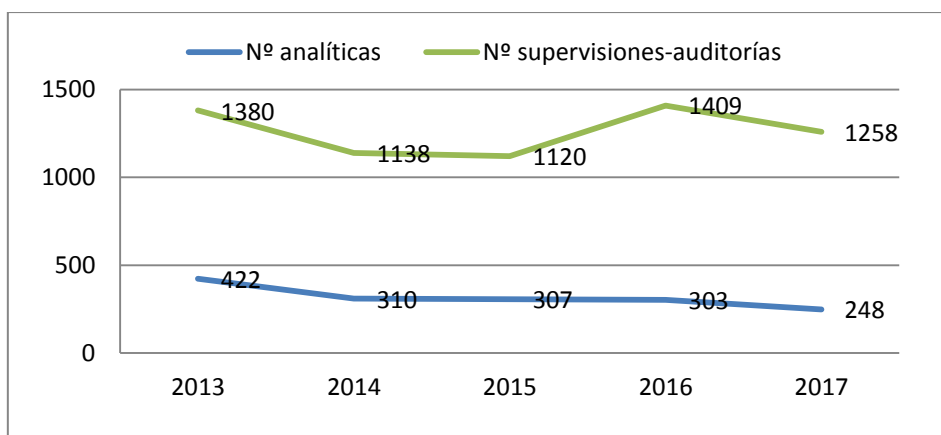
FUENTE: Subdirecciones de Salud Pública y Adicciones.

Tabla 33. Analíticas realizadas por TH y año.

Nº analíticas	2013	2014	2015	2016	2017
Araba	125	122	109	647	614
Bizkaia	679	574	572	321	251
Gipuzkoa	576	442	439	441	393
Euskadi	1.549	1.138	1.120	1.409	1.258

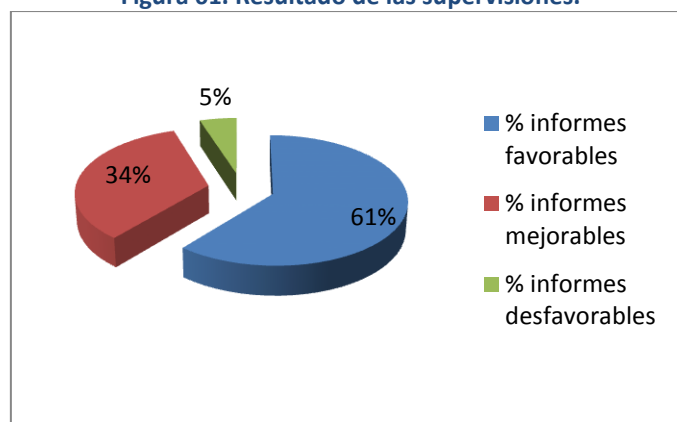
FUENTE: Subdirecciones de Salud Pública y Adicciones.

Figura 60. Nº de supervisiones-auditorias y controles analíticos realizadas.



FUENTE: Subdirecciones de Salud Pública y Adicciones.

Figura 61. Resultado de las supervisiones.



FUENTE: Subdirecciones de Salud Pública y Adicciones.

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 supervisiones a realizar. En 2017 se ha continuado con esta programación en circuitos de refrigeración (CRF), redes de agua interior de los edificios de uso público, agua caliente sanitaria (ACS) y agua fría de consumo humano (AFCH), y otros elementos de riesgo en los establecimientos. (Tablas 34 y 35).

Tabla 34. Nº de establecimientos inspeccionados por sectores.

Sector	Araba		Bizkaia		Gipuzkoa		CAPV	
	P	NP	P	NP	P	NP	P	NP
Sector industrial y administrativo	36		54		61		151	
Hospitales y clínicas	9		2		7		18	
Hoteles, albergues, campings	24		13		83		120	
Residencias	9		39		20		68	
Balnearios	3		34		2		39	
Fuentes ornamentales-lavaderos de vehículos	0		5		7		12	
Polideportivos	8		10		26		44	
Otros	14		39		2		55	
Total	103	16	196	22	208	24	507	62

FUENTE: Unidades de Sanidad Ambiental. P: nº inspecciones presenciales + caracterizaciones. NP: nº seguimientos No Presenciales.

Tabla 35. Nº instalaciones inspeccionadas y Nº de instalaciones (de las inspeccionadas) con deficiencias que han requerido actuaciones.

Tipo de instalación	Araba		Bizkaia		Gipuzkoa		CAPV	
	I	RA	I	RA	I	RA	I	RA
CRF/Torres	79	4	56	23	92	10	227	37
ACS/AFCH	52	22	125	18	150	16	327	56
Vasos (de hidromasajes / balnearios)	7	4	27	1	19	0	53	5
Otros	9	4	10	0	7	0	26	4
Total	147	34	218	42	268	26	633	102

FUENTE: Unidades de Sanidad Ambiental. I: nº instalaciones inspeccionadas. RA: instalaciones a las que se ha requerido corrección de deficiencias

En los circuitos ACS/AFCH es donde se detectan más deficiencias que han sido objeto de requerimientos para su subsanación. Además del control de la situación estructural y del programa de mantenimiento de las instalaciones también se realizan controles analíticos para ver el grado de colonización de las mismas y valorar la necesidad de actuaciones correctoras.

En torno al 12% del total de los muestreos han resultado positivos a Legionella. Los porcentajes más altos de positivos se han producido en las redes ACS de hospitales-clínicas (28%) y residencias (18%) (Tabla 36).

Tabla 36. N° de controles analíticos por sectores e instalaciones y N° de muestras en las que se ha detectado Legionella.

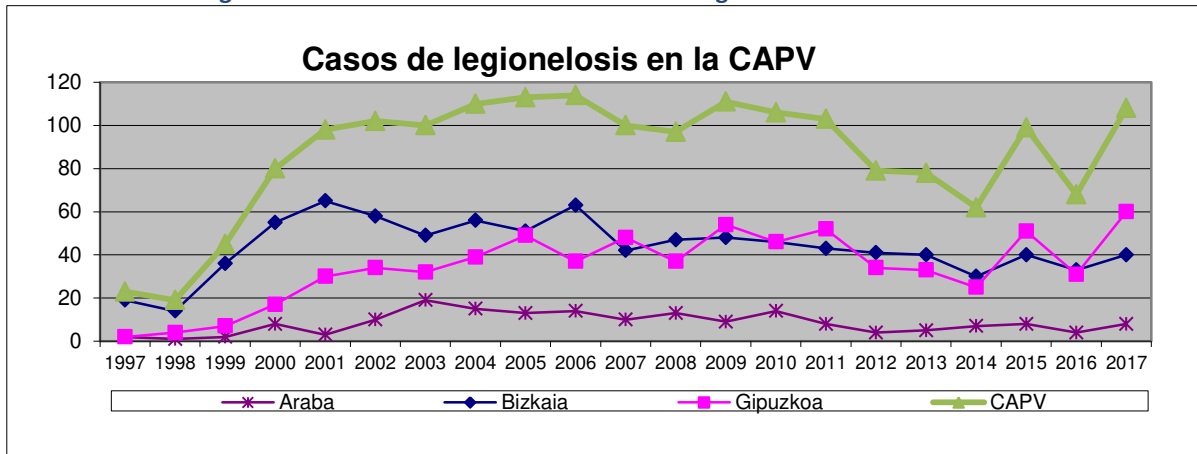
Sector		Araba		Bizkaia		Gipuzkoa		Euskadi	
		NM	NM+	NM	NM+	NM	NM+	NM	NM+
Sector industrial y administrativo	CRF	59	2	121	9	136	19	316	30
Hospitales y clínicas	CRF	-	-	16	0	1	0	17	0
	ACS	64	25	101	27	35	3	200	55
Hoteles, albergues, campings	ACS	48	2	81	5	197	10	326	17
Residencias	ACS	25	5	105	24	77	9	207	38
Balnearios	ACS	16	3	15	0	11	1	42	4
	Vasos	4	2	14	0	5	0	23	2
Polideportivos	ACS	24	5	130	15	74	2	228	22
	Vasos	3	2	0	0	24	0	27	2
Fuentes ornamentales - lavaderos de vehículos	ACS-AFCH	0	0	9	0	13	0	22	0
Otros		23	4	0	0	5	0	28	4
Total		266	50	592	80	578	44	1436	174

FUENTE: Unidades de Sanidad Ambiental. **NM**: Número de muestras

En 1997 la legionelosis fue declarada enfermedad de declaración obligatoria. En los primeros años de seguimiento se observó un incremento de los casos registrados hasta el año 2002 en el que la utilización de la detección del antígeno en orina como prueba diagnóstica adquirió un carácter generalizado. A partir de esa fecha se produjo una estabilización en el número de casos anuales registrados, en torno a 100-110 casos anuales (tasa de 5 casos por cada 100.000 habitantes). A partir de 2012 se observó un apreciable descenso en el número de casos aunque en 2015 y 2017 ha habido repuntes alcanzando valores de años precedentes. (Figura 62).

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

Figura 62. Evolución del número de casos de legionelosis declarados desde 1997.



FUENTE: Unidades de Sanidad Ambiental.

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, Servicios Sociales e Igualdad 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 37).

Tabla 37: Actuaciones en proyectos vigilancia y control

		ACTUACIONES				
		2013	2014	2015	2016	2017
Registro ROESB ¹	Inscripciones/modificaciones/bajas	69	116	34	34	56
	Inspecciones	33	21	16	16	38
Red de Alerta SIRIPQ ²	Alertas tramitadas	32	44	49	49	32
	Alertas generadas	15	10	12	12	1
	Inmovilizaciones de productos	5	6	13	13	0
	Retiradas del mercado	3	4	9	9	4
	Expedientes sancionadores	0	0	0	0	0

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

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

Durante 2017 se ha participado en un Proyecto-piloto del Foro para el control de la compraventa por Internet con objeto de comprobar el grado de cumplimiento de la normativa CLP (clasificación, etiquetado y envasado de productos químicos). El proyecto se centra en la revisión de la publicidad relativa a la comercialización via Internet de mezclas clasificadas como peligrosas por el Reglamento CLP y verificar si se

proporciona la información adecuada. Las familias de mezclas investigadas son principalmente: detergentes, limpiadores, desinfectantes y biocidas. (Tabla 38). Por lo que se ha observado de forma habitual no se informa de la peligrosidad de las mezclas a las personas consumidoras que las adquieren vía internet .

Tabla 38. Controles realizados en el proyecto “Control de la venta de productos químicos por Internet.

	Araba	Bizkaia	Gipuzkoa	Euskadi
Nº páginas WEB revisadas	20	6	5	31
Nº mezclas investigadas	20	19	5	44
Nº incumplimientos detectados	1	25	4	20

Por otra parte, a lo largo de 2017 ha continuado el proceso de “normalización de procedimientos de trabajo en el área de control de productos químicos” de cara a mejorar la orientación, programación y desarrollo de las actuaciones.

1.6. Otras Actuaciones

1.6.1. Informes realizados en relación con la administración ambiental y planeamiento territorial

- **Actividades clasificadas:** se emiten informes sanitarios dentro de la tramitación para obtener la licencia municipal correspondiente, tanto sean actividades de nueva instalación como de modificación, ampliación, traslado o legalización de las ya existentes. En el procedimiento, iniciado por el Ayuntamiento correspondiente tras el informe previo del Departamento de Salud, intervienen, además, la Diputación Foral o el Departamento de Medio Ambiente y Política Territorial del Gobierno Vasco, según sea el caso. Estos Organismos emiten un informe en el que se imponen las medidas correctoras necesarias y finalmente el Ayuntamiento otorga las licencias correspondientes.

También se emiten informes dentro de otras tramitaciones tales como las **Autorizaciones Ambientales Integradas y Evaluaciones de Impacto Ambiental** (Tablas 39 y 40).

Tabla 39. Informes relacionados con tramitaciones medioambientales.

Actuaciones		2013	2014	2015	2016	2017
Actividades clasificadas	En suelo residencial					
	Informes	136	232	102	54	53
	En suelo industrial y urbano					
	Informes	304	326	328	330	313
Autorizaciones Ambientales Integradas	Informes	3	5	33	16	17
Evaluaciones de Impacto Ambiental	Informes	46	39	44	35	80

FUENTE: Unidades de Sanidad Ambiental.

Tabla 40. Proyectos de actividades clasificadas tramitados en 2013-2017.

Actividades clasificadas	Proyectos recibidos				
	2013	2014	2015	2016	2017
Agricultura y ganadería	34	21	17	24	23
Industrias extractivas	0	1	2	0	1
Industrias manufactureras	107	122	136	159	156
Suministro de energía, gas, vapor y aire acondicionado	8	7	2	3	4
Suministro de agua, actividades de saneamiento, gestión de residuos y descontaminación	20	27	29	10	17
Construcción	2	5	4	8	6
Comercio al por mayor y menor, reparación de vehículos de motor y motocicletas	89	108	115	88	85
Transporte y almacenamiento	16	24	33	25	17
Hostelería	91	99	30	18	14
Información y comunicaciones	1	1	0	0	1
Actividades financieras y de seguros	0	0	0	0	0
Actividades profesionales, científicas y técnicas	9	5	2	2	3
Actividades administrativas y servicios auxiliares	3	4	4	3	3
Educación	3	3	3	5	1
Actividades sanitarias y de servicios sociales	0	14	14	3	4
Actividades artísticas, recreativas y de entretenimiento	7	15	18	7	8
Otros servicios	16	1	4	4	13
Total	406	457	413	359	356

FUENTE: Unidades de Sanidad Ambiental.

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

1.6.2. Residuos sanitarios

Con fecha 9 de marzo de 2015 se publicó en el Boletín Oficial del País Vasco el Decreto 21/2015, de 3 de marzo, sobre gestión de los residuos sanitarios en la Comunidad Autónoma de Euskadi. Se elimina la obligación de los productores de residuos sanitarios de disponer de un Plan de Gestión de Residuos Sanitarios aprobado por las autoridades sanitaria y medioambiental competentes. Los productores de residuos sanitarios peligrosos, al igual que el resto de los productores de residuos peligrosos, se encuentran obligados a realizar una “Comunicación” en los términos previstos en la Ley 22/2011, de 28 de julio, de residuos y suelos contaminados, y ello en orden a que por el órgano ambiental se proceda a su inscripción en el Registro de producción y gestión de residuos de la CAPV. (Tabla 41)

Tabla 41 : Planes de gestión de residuos sanitarios aprobados e inspecciones realizadas

2017	Comunicaciones tramitadas	Inspecciones realizadas
Araba	22	3
Bizkaia	64	0
Gipuzkoa	73	9
Euskadi	159	12

FUENTE: Unidades de Sanidad Ambiental

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 42).

Tabla 42. Expedientes de sanidad mortuoria tramitados.

ACTUACIONES		2013	2014	2015	2016	2017
Sanidad mortuoria	Informes emitidos	17	10	8	4	11
	Inspecciones	13	11	9	4	6
	Autorizaciones de cementerios	9	7	3	3	9
	Autorizaciones de crematorios	3	0	1	2	0
	Autorizaciones de tanatorios	4	3	2	5	1
	Expedientes sancionadores	0	0	0	0	0

FUENTE: Unidades de Sanidad Ambiental

1.6.4. Planes de emergencia exterior

Se emiten informes sanitarios en los expedientes tramitados para la aprobación de los Planes de Emergencia Exterior correspondientes a diversas empresas de Euskadi que están sujetas al Real Decreto 1254/1999 de 16 de julio (normativa Seveso) por el que se adoptan las medidas de control y limitación de los riesgos inherentes a los accidentes graves en los que intervienen sustancias peligrosas al objeto de proteger a las personas, los bienes y el medio ambiente. (Tabla 43).

Tabla 43. Planes de emergencia exterior informados.

Actuaciones		2013	2014	2015	2016	2017
PEE	Planes informados	0	0	1	1	0

FUENTE: Unidades de Sanidad Ambiental

2. SALUD ALIMENTARIA

2.1. Establecimientos alimentarios

El Programa de control de establecimientos alimentarios de la CAPV 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 44).

Tabla 44: Datos de censo de establecimientos

	2014	2015	2016	2017
Araba	2.878	2.945	2.991	3.014
Bizkaia	8.154	8.470	8.549	8.587
Gipuzkoa	6.656	6.847	7.199	7.471
Euskadi	17.688	18.355	18.739	19.072

El 17,26% de los establecimientos censados son industrias con distintas actividades alimentarias y cuyo ámbito de comercialización no está restringido a Euskadi.

El 82,74% restante, corresponde a establecimientos cuya actividad está restringida a Euskadi. Entre estos establecimientos minoristas, el 54,22% corresponde a la hostelería, los demás 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 los grupos de mayor riesgo D y E alcanzan un porcentaje de 16,1%. Se han realizado 9.761 visitas de control por riesgo a establecimientos alimentarios (Tablas 45 y 46).

Tabla 45: % de establecimientos por riesgo.

A	24,3
B	30,9
C	28,5
D	12,3
E	4,1

Tabla 46: Número de visitas de control realizadas.

Frecuencias	6.685
Seguimiento de mejoras	2.785
HACCP	340
Total	9.761

- **Auditorías de autocontrol (APPCC/HACCP)**

Con el fin de potenciar la contribución de la sociedad vasca a la salud pública, asumiendo el papel de agente y gestor de su responsabilidad, se ha continuado impulsando, como una herramienta eficaz para prevenir riesgos sanitarios derivados del consumo de alimentos, la implantación de un programa de autocontrol, es decir, de sistemas de aseguramiento de la calidad basados en el sistema HACCP, por parte de las empresas de elaboración. Se han realizado un total de 340 auditorías, de las cuales 291 son auditorías iniciales y 49 son de seguimiento de mejoras.

Programa de alimentación especial:

En 2017 se ha continuado la actividad de vigilancia iniciada en 2016, con la ejecución de un muestreo de alimentos para su análisis que ha incluido la detección de sustancias, normalmente no declaradas en el

etiquetado, cuyo consumo produce reacciones adversas (sildenafil y derivados, yohimbina, sibutramina, fenofaleina, 2-4 dinitrofenol y sustancias hormonales), además de estudios de etiquetado en inspecciones.

Tabla 47. Muestreos realizados

Sildenafil/Yohimbina	11
Sibutramina/Fenofaleina/2-4 dinitrofenol	9
Sustancias hormonales	6

En el 2017, se han realizado 6 visitas de control por riesgo en industrias y 46 en establecimientos minoristas. En estas visitas y en las de muestreo de productos para análisis laboratorial, se han recogido para su estudio de 72 etiquetas.

Por otro lado, se ha realizado la valoración de 61 notificaciones de puesta en el mercado de alimentos. Los datos correspondientes a la actividad figuran en la siguiente tabla (Tabla 48):

Tabla 48. Controles realizados.

Notificaciones de productos estudiadas	61
Inspecciones en establecimientos	52
Muestreo de etiquetas en inspección	72

• **Otras actividades de control**

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

- Autorización sanitaria de funcionamiento: las realizadas cuando los establecimientos inician o cambian su actividad. En este año se realizaron un total de 88 inspecciones iniciales de este tipo y 14 de seguimiento de mejoras.
- Los establecimientos, que no requieren autorización sanitaria, realizan una comunicación de inicio o cambio de actividad. El número de inspecciones realizadas por estas comunicaciones ha sido de 627 visitas iniciales y 247 de seguimiento de mejoras.
- 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. Se han realizado 36 visitas.
- Reclamaciones: visitas que se generan por las reclamaciones de particulares o derivadas de actividades de control de distintas Administraciones, en relación con establecimientos o productos que pueden suponer un riesgo para la salud. Se han realizado 239 visitas.
- Otras inspecciones: se realizan por circunstancias variadas y no programadas. Se han realizado 1.746.
- Toma de muestras: vistas a establecimientos para la toma de muestras de alimentos, se han realizado un total de 963 visitas.

2.2. Seguridad Química

• Estudio de Dieta Total

En 2017 se han vigilado las ingestas de plomo, cadmio, arsénico total, mercurio total y metil-mercurio, así como las de nitrato, nitrito y sulfito. Las determinaciones de arsénico inorgánico no se han podido llevar a cabo por un problema en el laboratorio. En todos los casos, las ingestas medias estimadas están por debajo de los valores de referencia (Tabla 49).

Tabla 49.- Ingestas medias de plomo, cadmio, mercurio, metil-mercurio, arsénico total y arsénico inorgánico en la dieta de la CAPV en 2017.

	LÍMITES DE SEGURIDAD ($\mu\text{g}/\text{kg}$ de peso y semana) EFSA	INGESTAS MEDIAS SEMANALES	
		($\mu\text{g}/\text{kg}$ de peso) (a)	(% del límite de seguridad)
Plomo	(b)	1,54	44% (c)
Cadmio	2,5	1,15	46%
Mercurio total (d)	(e)	0,87	
Metil-mercurio (d)	1.3	0,85	65%
Arsénico total (d)	(f)	12,31	

(a) Se ha considerado el peso medio de los adolescentes de entre 15-18 años determinado en la última encuesta alimentaria de la CAPV (2005) que fue de 63 Kg. (b) Desde 2010 JECFA y EFSA consideran que la Ingesta Semanal Tolerable Provisional para plomo de 25 $\mu\text{g}/\text{kg}$ de peso establecida por JECFA en 1986 es inapropiada debido a la falta de evidencia de un umbral para los efectos neurotóxicos durante el desarrollo y la nefrotoxicidad en adultos. (c) 44% del límite inferior de la dosis benchmark para toxicidad en el neurodesarrollo (0.5 $\mu\text{g}/\text{kg}$ de peso y día).

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

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

FUENTE: estudio de dieta total de la Euskadi.

Plomo y cadmio han aparecido ampliamente distribuidos en los diferentes grupos de alimentos de la dieta. La ingesta media semanal de plomo en 2017 ha sido de 1,54 $\mu\text{g}/\text{kg}$ de peso. En los últimos años se ha producido un descenso de la ingesta respecto a años anteriores debido sobre todo a la disminución de las concentraciones determinadas en los grupos de verduras, frutas, carnes y derivados cárnicos. La ingesta de cadmio semanal en 2017 ha sido de 1,15 $\mu\text{g}/\text{kg}$, lo que supone un 46% del valor de referencia toxicológico.

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

El mercurio sólo se ha determinado en el grupo del pescado. La ingesta media semanal de mercurio total en 2017 ha sido de 0,85 $\mu\text{g}/\text{kg}$, un 65% de su ingesta tolerable semanal.

Al contrario de lo que sucede con el mercurio, la forma más tóxica de arsénico es el arsénico inorgánico. En los pescados, el arsénico se encuentra mayoritariamente en forma orgánica y el porcentaje de arsénico inorgánico es muy bajo, entre el 1 y el 3%. Por ello, aunque el contenido de arsénico total es elevado, aportan muy poco inorgánico a la dieta.

Las ingestas de nitrato y nitrito se han estimado a través de su determinación en tres grupos de la dieta: derivados cárnicos, patatas y hortalizas y verduras (tabla 50).

Tabla 50.- Ingestas medias de nitrato y nitrito en la dieta de la CAPV durante 2017

	INGESTA DIARIA ADMISIBLE (IDA) (mg/kg de peso)	INGESTAS MEDIAS DIARIAS	
		(mg/kg de peso)	(% del límite de seguridad)
Nitrato	3,7	0,47	13 %
Nitrito	0,07	<0,02	<29%
Sulfito	0,7	0,05	7%

Las concentraciones medias de nitrato en las aguas potables de consumo público de la mayor parte de la CAPV son bajas, no superando en la gran mayoría de los abastecimientos 5 mg/L. Asumiendo un consumo diario de agua de 1L, esto supondría 5 mg de nitrato adicionales, con lo que la ingesta media diaria llegaría a ser de 0,54 mg/kg de peso en este período, un 15% de la Ingesta Diaria Admisible.

Las verduras han supuesto el principal aporte de nitrato a la dieta, un 66%. El aporte debido a las patatas supone un 12% y el de derivados cárnicos un 7%. El 15% restante sería el aportado por el agua potable.

Las concentraciones de nitritos en las aguas de consumo público son siempre, salvo casos muy puntuales, inferiores a los límites de determinación y por tanto no se tienen en cuenta para la estimación de ingestas.

También se ha vigilado la ingesta de sulfitos ya que se trata de aditivos que se utilizan en una gran variedad de alimentos como aditivos conservadores. Mediante su determinación en los grupos de derivados cárnicos y bebidas alcohólicas, se ha calculado una ingesta media diaria de sulfito de 0,05 mg/kg de peso expresado como SO₂, lo que supone un 7% de la Ingesta Diaria Admisible. Al contrario de lo que se observaba en adultos, la mayor parte de la ingesta procede de los derivados cárnicos (79%) frente al 21% que procede de las bebidas alcohólicas ya que el consumo de éstas es muy bajo en el grupo de entre 15 y 18 años según los datos de la encuesta alimentaria utilizada.

- **Controles selectivos**

En 2017 se han llevado a cabo controles selectivos de Tabla 51:

- **Aditivos alimentarios:** sulfitos en distintos productos cárnicos (carne picada, salchicha, hamburguesa), crustáceos (gambas, langostinos, cigalas) y frutas desecadas (albaricoque, melocotón). Nitratos y nitritos en productos cárnicos frescos adobados.
- **Histamina** en muestras de atún.
- **Gluten** en dietas especiales para celíacos elaboradas en cocinas centrales que suministran a comedores escolares.

Tabla 51: Controles selectivos llevados a cabo en 2017.

		Número de muestras analizadas	Número de muestras con contenidos superiores al límite establecido
ADITIVOS ALIMENTARIOS	Sulfitos en productos cárnicos	153	18
	Nitratos y nitritos atún	20	0
HISTAMINA	Atún	29	0
GLUTEN	Cereales sin gluten o con bajo contenido en gluten	37	0

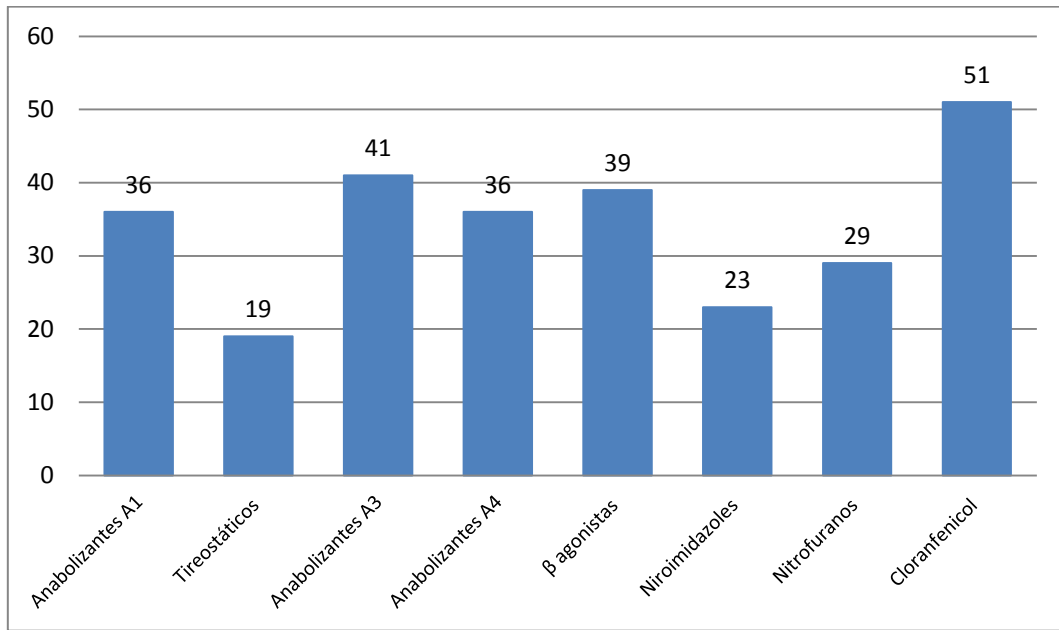
Entre los resultados de estos controles cabe destacar que los sulfitos que se utilizan como aditivos conservadores en distintos alimentos se han encontrado por encima de los niveles permitidos en derivados cárnicos en un 12% de las muestras analizadas. En el caso de los incumplimientos, se siguió el procedimiento correspondiente con toma de muestra oficial e inicio de expediente administrativo.

- **Residuos en alimentos de origen animal**

La Dirección de Salud Pública y Adicciones junto con la Dirección de Farmacia, la Dirección de Agricultura y Ganadería y los Servicios de Ganadería de las Diputaciones Forales llevan trabajando conjuntamente en un plan de control de estas sustancias desde el año 2001. El plan se diseña con la finalidad de supervisar y controlar el uso ilegal o inadecuado de sustancias farmacológicamente activas, así como la presencia de los contaminantes medioambientales en los productos de origen animal al objeto de valorar la exposición general de las personas consumidoras a estos residuos y tiene como objetivo reducir la presencia de dichos residuos de en los productos de origen animal. En este grupo de sustancias se encuentran incluidos tanto los residuos de medicamentos y sustancias prohibidas para uso animal, como plaguicidas y contaminantes medioambientales.

Con respecto al grupo de las sustancias prohibidas en animales, el pasado año no hubo ninguna no conformidad (Figura 63).

Figura 63: Número de muestras tomadas en sustancias prohibidas (2017).



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 más muestreado. El pasado 2017 se detectó una disconformidad en para las sustancias antimicrobianas en una muestra de huevo en nuestro territorio (Figura 64).

Figura 64: Número de muestras tomadas en Sustancias Antimicrobianas (2017)

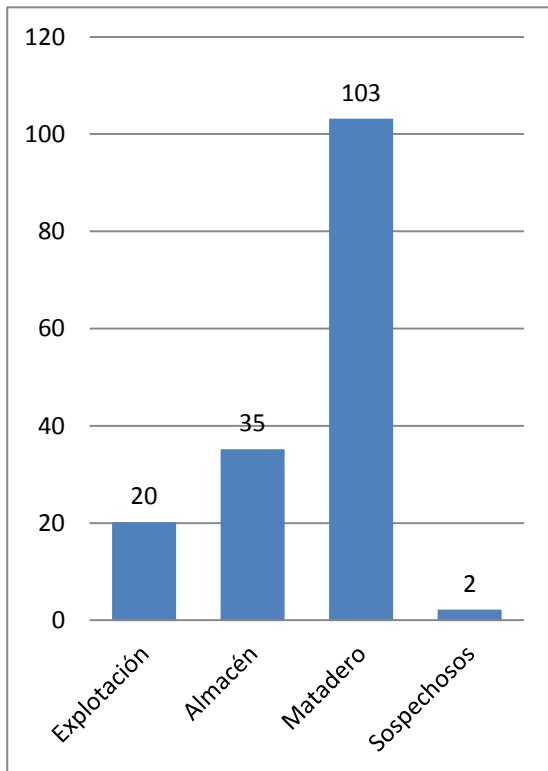
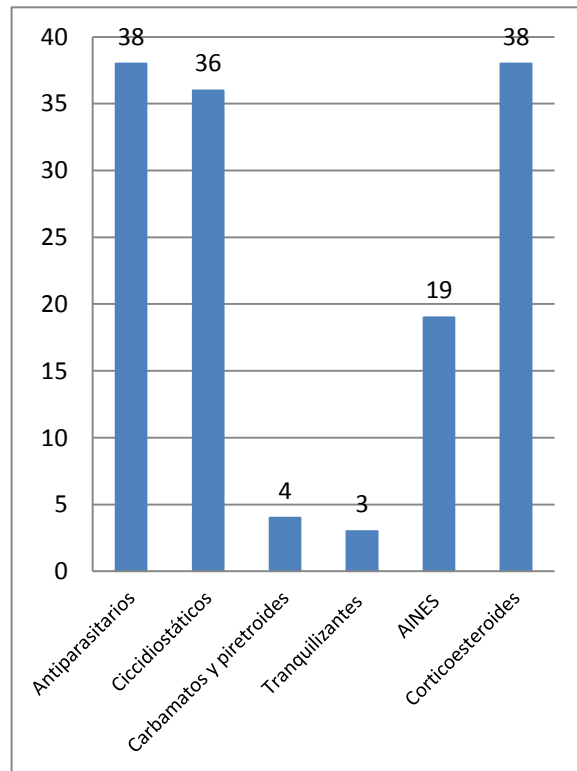


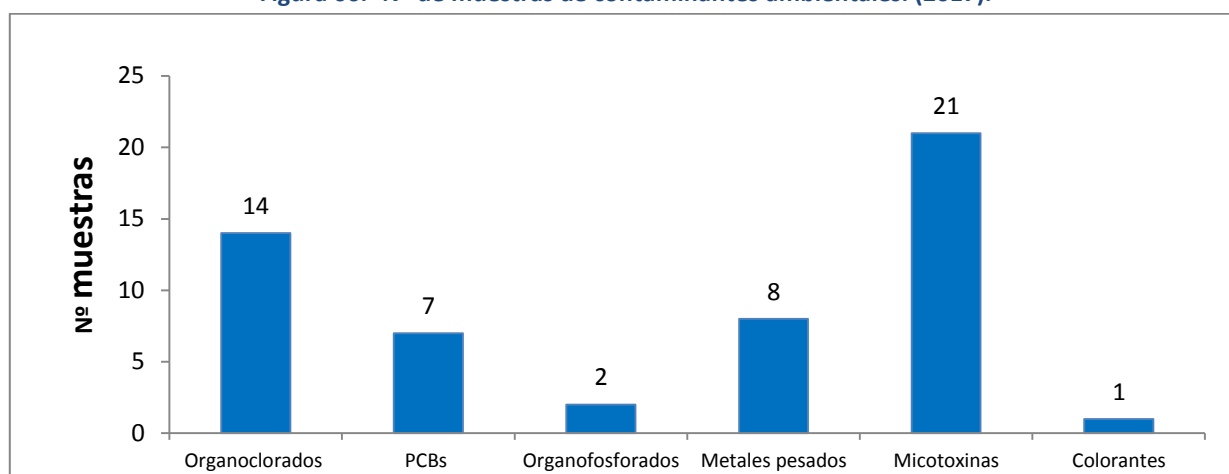
Figura 65: N° de muestras en otras sustancias medicamentosas (2017)



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 incluido el año 2017, no se ha detectado ningún no conforme a corticoides. No obstante, se ha detectado una no conformidad a una sustancia antiinflamatoria en un toro de lidia procedente de otra Comunidad Autónoma. En el resto de los grupos no ha habido ninguna disconformidad. (Figura 65).

Finalmente, por lo que respecta al grupo de contaminantes ambientales, se ha detectado una no conformidad en un animal bovino, debido a la alimentación con pienso contaminado con una micotoxina. (Figura 66)

Figura 66.- Nº de muestras de contaminantes ambientales. (2017).



Durante el pasado 2017 se ha seguido colaborando con otras administraciones públicas en la investigación de no conformidades detectadas fuera de nuestra comunidad

- **Inspección mataderos**

El principal objetivo del Servicio Veterinario Oficial de inspección permanente en los mataderos de la CAPV es efectuar los controles necesarios para garantizar la calidad higiénico-sanitaria de las carnes. Estos controles incluyen la supervisión continua de la actividad de las propias industrias, realizar la inspección ante-mortem y post-mortem, garantizar el cumplimiento de las condiciones de bienestar de los animales y realizar tareas de vigilancia y control de los principales agentes zoonosicos, así como la supervisión de la retirada de la cadena alimentaria de las carnes y vísceras declaradas no aptas para consumo humano.

En el año 2017 el sacrificio de animales de las grandes especies de abasto se ha mantenido con respecto al año anterior, registrándose una ligera recuperación en la producción de carne de aves y del ovino caprino que había descendido en 2016.

Tabla 52: Nº sacrificios y decomisos (2017).

	Especie animal					
	Bovino	Ovino/ caprino	Porcino	Aves	Conejos	Equino
Nº sacrificios	41.699	63.975	10.988	10.435.608	1.138.401	285
Nº decomisos Totales	63	38	8	69.812	9.676	0
Nº decomisos parciales	18.769	4.062	4.007	20.871	6.375	62

Los decomisos totales practicados en los mataderos de la Comunidad Autónoma del País Vasco, en el ganado vacuno en 2017 descienden los decomisos totales de animales por procesos inflamatorios agudos (35%) que representan la primera causa de decomiso (peritonitis, pericarditis, septicemia, nefritis), seguido por los decomisos totales catalogados en otras causas de origen inespecífico como son los procesos metabólicos, degenerativos, parasitarios y tumorales que mantienen una proporción inferior (29%).

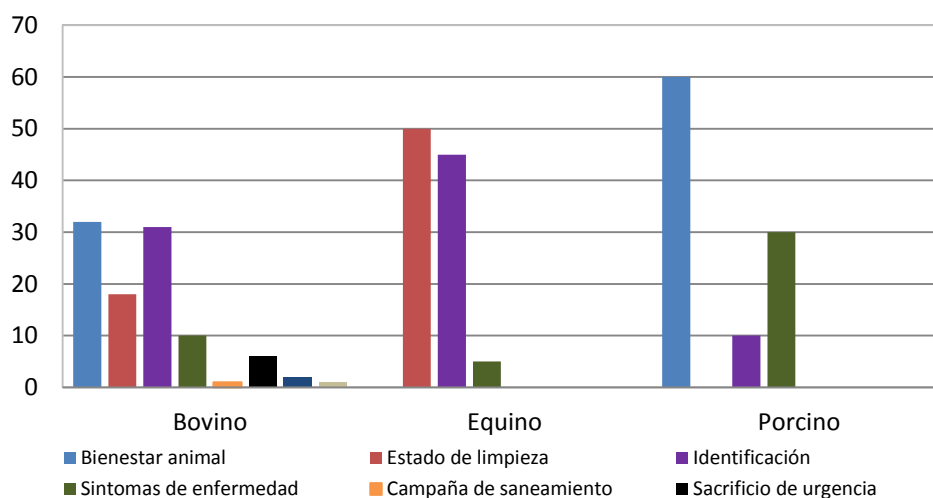
Hay mayor número de decomisos por bajas antemortem y animales dictaminados como no aptos a sacrificio para consumo en el examen ante mortem (10%) y aumentan asimismo los decomisos por bronconeumonías agudas (11%). Los decomisos totales por tuberculosis descienden en este año (5%)

En el ganado ovino-caprino figuran en otras causas de enfermedad los procesos degenerativos y circulatorios, como la principal causa de decomiso (50%) seguida de los procesos inflamatorios agudos de tipo infeccioso (neumonías, peritonitis, mamitis, nefritis (18%), las bajas antemortem, originadas en el transporte (16%) y las bronconeumonías agudas (13%).

En cuanto a las causas que motivan los decomisos parciales, figuran los procesos degenerativos que afectan al hígado (35%) y parasitarios (17%) y bronconeumonías (17%).

Las incidencias constatadas en la inspección ante mortem de los animales vivos, con mayor frecuencia, son debidas a la falta de bienestar animal, identificación incompleta y estado de limpieza de la piel en el ganado vacuno; al estado de limpieza e identificación animal en équidos y a la falta de bienestar animal y signos de enfermedad en porcinos (Figura 67).

Figura 67: Porcentajes de incidencias ante-mortem detectadas en los mataderos de la CAPV (2017).



FUENTE: Unidades de control de alimentos.

La inspección post-mortem implica el examen individualizado de todas las canales, vísceras y despojos de los animales y para completar el dictamen de la aptitud de las carnes para el consumo, es necesario realizar pruebas complementarias de laboratorio, cuando se sospecha de enfermedad, ante un cuadro clínico que presenta el animal, cuando la normativa lo exige en la rutina de inspección como es el caso de la detección de las Encefalopatías espongiformes transmisibles (EETT) de vacuno y los pequeños rumiantes, con vigilancia en animales sospechosos o sacrificados de urgencia y la determinación de *Trichinella* spp en las canales de porcino (excepto lechones) y équidos (100%).

También están incluidos, dentro del control oficial, los muestreos diseñados en los planes de vigilancia, como es el caso de la detección de residuos de productos zoonos sanitarios en carnes por tratamientos que haya recibido el animal en vida, la medida de contaminación añadida a la carne en las operaciones del faenado, la detección de *Salmonella* spp y de *E. coli* O157 H:7, como indicadores epidemiológicos de contaminación de las canales y el estudio de antibiorresistencias. (Tabla 53)

Tabla 53: Nº de determinaciones analíticas post-mortem, por especie, realizadas en control oficial Mataderos CAPV (2017)

ANALITICA POST-MORTEM	VACUNO	EQUINO	PORCINO	OVINO-CAPRINO	AVES-CONEJOS	TOTAL 2017	TOTAL 2016
Anatomía patológica	125	-	-	1	-	126	102
EETT	20	-	-	19	-	39	42
Residuos en carnes	120	8	17	11	15	171	176
Trihuinella spp	-	285	10.998	-	-	11.283	10.355
E coli O157 : H7	47	-	-	-	-	47	209
Microbiología CRH canales	101	5	15	60	90	271	-
Microbiología CRH superficies	240		30	120	180	570	-
TOTAL muestras 2017	653	298	11.060	211	285	12.507	-
TOTAL muestras 2016	441	323	10.066	28	26	-	10.884

Las **Encefalopatías Espongiformes Transmisibles** (EET), son enfermedades neurodegenerativas que se pueden transmitir de los animales a las personas. El programa de vigilancia de EET tiene por objeto la detección de la encefalopatía espongiforme bovina (EEB) y la tembladera (Scrapie) en reses ovinas sacrificadas en el País Vasco. En el año 2017 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 CAPV. En cuanto a la toma de muestras de las especies ovina/caprina se realiza a los 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 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 de la Inspección Veterinaria de los mataderos. Desde el mes de julio de 2016 se mantiene la reducción del volumen de materiales especificados de riesgo generados por dejar de extraerse la columna vertebral a los animales mayores de 30 meses, al mantenerse la calificación nacional como "País de Riesgo Insignificante" de EEB, ya que no se ha declarado ningún caso positivo en los 3 últimos años. La mayor

proporción de los vacunos sacrificados en la CAPV se sitúa en los tramos de edad comprendidos entre los 12 y 30 meses (61%) y los menores de 12 meses (25%).

En 2017 además de la supervisión trimestral de los **controles regulares de higiene** que realiza el control oficial en cada matadero, se ha llevado a cabo un muestreo de verificación de los resultados de los controles realizados por la industria, en las distintas especies sacrificadas, para alcanzar el objetivo de mejora de las operaciones del faenado de los animales y aumentar la calidad higiénica de las carnes.

Los resultados de los muestreos en canales de grandes especies para los gérmenes aerobios han sido satisfactorios en mayor proporción en el ganado vacuno-equino (56%) y el porcino (53%), siendo menor en el ganado ovino-caprino (32%), registrándose valores insatisfactorios en un 13% de las canales de estas especies, en un 8% en el vacuno-equino y 0% en el porcino.

Para los recuentos de Enterobacterias el ganado vacuno-equino presenta los mejores resultados satisfactorios (68%), seguido del ganado porcino (47%) siendo nuevamente el peor valorado el ganado ovino-caprino (20%), con una proporción de insatisfactorios del (40%) frente al 13% del ganado vacuno y 0% en el porcino.

En cuanto a la presencia de Salmonella spp se ha detectado en 1 canal de ganado porcino (6%) y en 1 pool de piel de cuello (2%) de las canales de aves de las 55 manadas de distintas explotaciones (165 aves). En aves se ha detectado presencia de Campylobacter spp en el 98% de las muestras de piel de cuello y en el 100% de las mezclas de intestinos, ciegos. En los 35 mezclas de canales de los conejos muestreados 3 presentan valores insatisfactorios para aerobios y 3 para Enterobacterias.

Tras la puesta en práctica de la “Decisión de Ejecución de la Comisión de 12 de noviembre de 2013, sobre el seguimiento y la notificación de la resistencia de las bacterias zoonóticas y comensales a los antibióticos”, la Agencia Española de Seguridad Alimentaria y Nutrición (AECOSAN), asigna el número de muestras a cada CCAA el estudio de antibiorresistencias, en función del volumen de sacrificio y teniendo en cuenta la rotación de especies sacrificadas.

En 2017 de las 271 muestras de canales estudiadas en el muestreo de verificación de los Servicios, Veterinarios Oficiales (SVO) de los controles regulares de higiene en las distintas especies, se registraron 2 resultados positivos a Salmonella spp, en una canal de porcino y en 1 mezcla de muestras de aves. Las cepas fueron remitidas al laboratorio de referencia de Centro Nacional de Alimentación (CNA), para el serotipado y estudio de antibiorresistencias, siendo remitidos dichos resultados a la explotación de origen para su seguimiento.

En cuanto a la actividad de control realizada para el cumplimiento del bienestar animal, en 2016 los mataderos de la CAPV adaptaron el Procedimiento Normalizado de Trabajo (PNT) de todos los puestos implicados en 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 la AECOSAN, de acuerdo a los requerimientos de los informes de las vistas de la Comisión Europea a varios mataderos de diferentes CCAA.

En 2017 se verificó la aplicación de los procedimientos normalizados de trabajo en bienestar animal llevados a cabo por los operadores económicos, así como valorar la competencia del personal, dotado de la certificación correspondiente para realizar el trabajo en todos los puestos con implicación del bienestar animal. Se realizaron las visitas de auditoría en los 4 mataderos de grandes especies para abordar de forma

homogénea la aplicación de las pautas de trabajo en todos ellos. A partir del informe del resultado de la auditoria, con las no conformidades detectadas, cada matadero presentó el plan de corrección de las mismas, siendo objeto de seguimiento por parte del control oficial.

2.3. Seguridad Microbiológica de los alimentos

Dentro del marco de la Salud Pública, las estrategias de seguridad alimentaria deben incluir el apoyo analítico a los diferentes programas y actividades de control alimentario.

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

Ante los resultados disconformes obtenidos, tomando como valores límites microbiológicos los recogidos en las normativas de referencia, e informes científicos, se adoptaron las medidas necesarias, siempre proporcionales al riesgo.

Ante el incumplimiento de gérmenes indicadores, las actuaciones fueron dirigidas a la supervisión de las condiciones higiénicas y de las prácticas de manipulación durante el proceso de elaboración de los alimentos implicados.

Las actuaciones ante el incumplimiento de microorganismos patógenos, incluyeron además de la investigación del origen del incumplimiento, la retirada del producto afectado. En todos los casos se valoró la necesidad de realizar verificaciones analíticas tanto de materias primas como de productos elaborados.

Cuando los incumplimientos correspondían a productos elaborados o manipulados fuera de la Comunidad autónoma, además de tomar las medidas pertinentes, fueron notificados a las Autoridades Sanitarias de origen.

- **Plan de verificación analítica en el control oficial de establecimientos**

Esta línea de vigilancia microbiológica da respuesta, de un modo sistemático, a las distintas demandas analíticas derivadas de la actividad de control oficial en establecimientos de elaboración de la CAPV. Anualmente, se revisan y definen los sectores, actividades y alimentos a investigar, de modo que a lo largo del tiempo, pueden ser abordados todos los sectores de elaboración. Para ello, se tienen en cuenta los siguientes criterios de selección: alimento de riesgo, población de destino, clasificación del establecimiento por riesgo, censo por sector y volumen de actividad, documentos e informes de organismos oficiales y bibliografía general. Programa 2017:

- Sector de comidas preparadas: industrias de platos preparados (50%), comedores institucionales con elaboración de comidas (10%), establecimientos de hostelería Grupo II (10%), establecimientos de hostelería Grupo III (10%), y establecimientos de hostelería Grupo I, con elaboración de tortillas (2%) y establecimientos no industriales de platos preparados grupo II (10%)
- Obradores de pastelería (10%).
- Sector lácteo: establecimientos de elaboración de queso curados a base de leche cruda (15%), embolsadores de leche cruda (100%), elaboradores de helados a base de leche (100%)
- Sector cárnico: Industrias de elaboración de productos cárnicos (20%) y carnicerías-charcuterías (10%).
- Sector de la pesca: establecimientos de elaboración de productos ahumados (100%), de seco-salados y salazones (20%), de semiconservas (20%), de conservas (20%) y centros de depuración de moluscos (100%).
- Centros de clasificación y envasado de huevos (15%)
- Establecimientos de ovoproductos (100%)

En estos sectores, se procedió a la investigación analítica de 1216 muestras de producto recogidas en un total de 592 establecimientos (tablas 54 y 55)

Tabla 54.- Distribución de muestras no conformes por sector y alimento

Sector de elaboración	Alimento muestreado	Muestras	
		Total	No conformes nº (%)
Establecimientos de Comidas preparadas	Comida preparada grupo A*	135	49 (36,3)
	Comida preparada grupo B**	795	95 (13,3)
Total sector comidas preparadas		930	144 (15,5)
Obradores de pastelería	Pasteles	69	11 (15,9)
Establecimientos lácteos	Queso curado de leche cruda	19	-
	Bolsa de leche cruda	16	2(12,5)
	Helados a base de leche	68	17(25,0)
Total lácteos		103	19 (18,4)
Establecimientos cárnicos	Preparados de carne de ave	10	7(70,0)
	Preparados cárnicos vac/porc	23	5(21,7)
	Productos cárnicos curados	3	-
	Productos cárnicos cocidos	9	1(11,1)
	Pl. prep. cárnicos cocidos	27	7(26,0)
Total cárnicos		72	20 (28,7)
Establecimientos de la pesca	P. ahumados	7	2(28,6)
	Secosalados y salazones	13	-
	Semiconservas	4	-
	Conserva	4	-
	Moluscos bivalvos	7	1(14,3)
Total pesca		35	3 (8,6)
Centros de embalaje	Huevos	7	-
Establecimientos de ovoproductos	Ovoproductos	3	-
Total huevos y ovoproductos		10	-
TOTAL SECTORES		1216	197(16,2)

*Sin tratamiento térmico o con algún ingrediente sin tratamiento térmico

** Todos los ingredientes con tratamiento térmico

Tabla 55: Vigilancia microbiológica en establecimientos de elaboración, resultados por sector

Sector	Nº	Muestras		
		Total (Nº)	No conformes (Nº)	Correctas (%)
Comidas preparadas	416	930	144	84,5
Productos de pastelería	30	69	11	84,1
Leche y productos lácteos	78	103	19	81,6
Carne y productos cárnicos	34	69	20	71,0
Productos de la pesca	28	35	3	91,4
Centros de embalaje de huevos	5	65	-	100
Ovoproductos	1	3	-	100
Total	592	1274	197	84,6

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

Globalmente, las determinaciones de patógenos o sus toxinas que dieron lugar a muestras no conformes fueron: *Campylobacter* spp (18 muestras; 47,1%), *Norovirus* (1 muestras; 14,3%), *Staphylococcus aureus* resistente a la meticilina (19 muestras; 16,4%), *E. coli* verotoxigénico (1 muestras; 4,2%), *Listeria monocytogenes* (4 muestras; <1%) y *Salmonella* spp (6 muestras; <1%). Entre los indicadores de falta de higiene investigados, el principal parámetro con incumplimientos fue Enterobacterias a 37°C (188 muestras; 15,5%). (Tabla 56).

Tabla 56.- Resultados no conformes por parámetro, datos globales.

Datos globales	Resultados	
	Nº total	No Conformes Nº (%)
Parámetros de higiene		
Enterobacterias a 37 °C, recuento	1.246	193 (15,5)
<i>E. coli</i> β glucuronidasa +, recuento	141	-
Control de estabilidad	4	-
Total higiene	1.391	193 (13,9)
Parámetros de seguridad		
<i>Salmonella</i> spp., detección	1.251	5 (0,4)
<i>L. monocytogenes</i> , recuento	1.257	3 (0,2)
<i>L. monocytogenes</i> , detección	25	3 (12,0)
Enterotoxina estafilocócica, detección	19	-
<i>E. coli</i> verotoxigénico, detección	24	1 (4,2)
Total seguridad	2.576	12(0,5)

Datos globales	Resultados	
	Nº total	No Conformes Nº (%)
Parámetros prospectivos		
Campylobacter spp., detección	17	8 (47,1)
Yersinia enterocolitica, detección	4	-
S.aureus resistente a meticilina, detección	23	4(17,4)
Norovirus (genogrupo I y II), detección PCR	7	1 (14,3)
Virus de la hepatitis A, detección PCR	7	-
Total prospectivo	58	13 (22,42)

Por sector, los resultados más destacables fueron los siguientes:

○ **Comidas preparadas**

Los resultados no conformes obtenidos en las muestras de comidas preparadas, con algún ingrediente crudo (49 muestras) como en las que todos los ingredientes tienen tratamiento térmico (107 muestras), fueron por superar el valor límite establecido para el parámetro de higiene, enterobacterias a 37°C. Los resultados fueron correctos (930 muestras), sin embargo, para los patógenos investigados, Salmonella spp y L. monocytogenes. (Tabla 57). Los principales incumplimientos fueron detectados en establecimientos de hostelería G-II (22,4%).

Tabla 57.- Resultados no conformes por parámetro, en comidas preparadas

Comidas preparadas	Resultados	
	Nº total	No Conformes Nº (%)
Parámetros de higiene		
Enterobacterias a 37 °C, recuento	930	156 (16,8)
Parámetros de seguridad		
Salmonella spp., detección	930	-
L. monocytogenes, recuento	930	-
Total	2.790	156 (5,6)

○ **Obradores de pastelería**

Los incumplimientos obtenidos (11 muestras) fueron, en todos los casos, por resultados no conformes del parámetro indicador enterobacterias a 37°C, siendo correctos, al igual que en el apartado anterior, los resultados correspondientes a los patógenos investigados, Salmonella spp y L. monocytogenes. (Tabla 58).

Tabla 58.- Resultados no conformes por parámetro, en productos de pastelería

Productos de pastelería	Resultados	
	Nº total	No Conformes Nº (%)
Parámetros de higiene		
Enterobacterias a 37 °C, recuento	69	11 (15,9)
Parámetros de seguridad		
Salmonella spp., detección	69	0
L. monocytogenes, recuento	69	0
Total	207	11 (5,3)

○ **Leche y productos lácteos**

Las muestras de leche y de los distintos productos lácteos investigados, fueron correctas a L. monocytogenes, Salmonella spp y enterotoxina estafilocócica. Los valores de los parámetros indicadores de falta de higiene, sin embargo, superaron el valor límite establecido en el 19,5% de las muestras de helados y el 12,5% en leche cruda, correspondiendo una leche de vaca y la otra de oveja. (Tabla 59).

Tabla 59.- Resultados no conformes por parámetro, en leche y productos lácteos.

Leche y productos lácteos	Resultados	
	Nº total	No Conformes Nº (%)
Parámetros de higiene		
Enterobacterias a 37 °C, recuento	87	17(19,5)
Aerobios mesofilos a 30°C, recuento	16	2(12,5)
Parámetros de seguridad		
L. monocytogenes, recuento	106	-
L. monocytogenes, detección	10	-
Salmonella spp, detección	87	-
Enterotoxina estafilocócica, detección	19	-
Total	325	19 (5,8)

○ **Carne y productos cárnicos**

Entre los parámetros indicadores, de Enterobacterias a 37°C es el que mayor porcentaje ha superado los límites, (24,4%), que corresponden a platos preparados a base de carne y en un caso a un producto cárnico cocido.

Entre los parámetros de seguridad, se ha detectado en una sola ocasión Salmonella spp, en E. coli verotoxigenico y detección de Listeria monocytogenes , los alimentos fueron preparados cárnicos de vacuno-porcino para los dos primeros y productos cárnicos cocidos en el caso de la Listeria monocytogenes. Campylobacter spp, se detectó en 8 preparados de carne de ave, pero en ningún caso el recuento supero 10^2 ufc/g. La investigación de E. coli β glucuronidasa +,y Yersinia enterocolitica, fueron correctos en todos los casos. (Tabla 60).

Tabla 60.- Resultados no conformes por parámetro, datos globales.

Carne y productos cárnicos	Resultados	
	Nº total	No Conformes Nº (%)
Parámetros de higiene		
Enterobacterias a 37 °C, recuento	33	8(24,2)
E. coli β glucuronidasa +, recuento	33	-
Parámetros de seguridad		
Salmonella spp., detección	65	1(1,5)
L. monocytogenes, recuento	36	-
L. monocytogenes, detección	12	1(8,3)
E. coli verotoxigénico, detección	24	1(4,1)
Parámetros prospectivos		
Campylobacter spp., detección	14	8(57,1)
Yersinia enterocolitica, detección	4	-
S.aureus resistente a meticilina, detección	23	1(4,3)
Total	244	20 (8,2)

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

Se procedió a la investigación analítica de 7 muestras de productos de la pesca ahumados, 13 muestras de productos seco-salados y salazones, 4 muestras de semiconservas, 4 muestras de conservas y 7 muestras de moluscos bivalvos. Es destacable la presencia de L. monocytogenes en productos ahumados (9,01%), y norovirus genogrupo I y II en moluscos bivalvos (14,3%). Así mismo, el parámetro indicador, enterobacterias a 37°C, fue incorrecto en el 4,5% de las muestras investigadas (semiconservas y salazones). Tods las muestras investigadas fueron correctas para: E. coli β glucuronidasa +, Salmonella spp, y virus de la hepatitis A, y todas las conservas de pescado fueron estables. (Tabla 61).

Tabla 61.- Resultados no conformes por parámetro, datos globales.

Productos de la pesca	Resultados	
	Nº total	No Conformes Nº (%)
Parámetros de higiene		
Control estabilidad conservas	4	-
Enterobacterias 37 °C, recuento	22	1(4,5)
E. coli β glucuronidasa +, NMP	7	-
Parámetros de seguridad		
Salmonella spp., detección	29	-
L. monocytogenes, recuento	11	1(9,01)
L. monocytogenes, detección	11	1(9,01)
Parámetros prospectivos		
Norovirus (genotipo I y II), detección PCR	7	1(14,3)
Virus de la hepatitis A, detección PCR	7	-
Total	98	4 (5,1)

○ **Centros de embalaje de huevos**

Los resultados de las 65 muestras de huevos, compuestos por 6 huevos cada una, de distintas procedencias y lotes, recogidas en 5 centros de clasificación, fueron correctos a Salmonella spp, analizado tanto en la cáscara del producto como en el interior.

○ **Ovoproductos**

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

● **Plan de vigilancia horizontal de patógenos**

Se procedió a la vigilancia de gérmenes patógenos en los alimentos de riesgo comercializados en la CAPV, aplicando las medidas establecidas ante su detección. En su mayoría, al tratarse de productos envasados, elaborados fuera de la Comunidad Autónoma, los incumplimientos detectados fueron notificados a las Autoridades Sanitarias de las CCAA de procedencia del alimento (Tabla 62).

Tabla 62.- Resultados no conformes por parámetro, datos globales.

Datos globales	Resultados	
	Nº total	No Conformes Nº (%)
Parámetros de seguridad		
L. monocytogenes, recuento	243	1 (0,4)
Salmonella spp., detección	134	1 (0,9)
Campylobacter spp, detección*	79	44(55,7)
Campylobacter spp, recuento**	79	7(8,9)
Total	535	53 (9,9)

*No conforme la presencia/25 g

** No conforme > 100 ufc/g

○ **Alimentos listos para comer que favorecen el crecimiento de Listeria monocytogenes**

La listeriosis es una enfermedad grave, y gran parte de los casos se asocian con el consumo de alimentos, y entre estos los listos para comer, por ello se realizó una investigación analítica de L. monocytogenes en este tipo de alimentos, que incluyó: ahumados de la pesca (109) , quesos de pasta blanda (28), productos cárnicos cocidos (53 de los que 27 fueron patés). Los resultados de la totalidad de las muestras (190) fueron correctos aunque en 5 (2,6%), se detectó la presencia de Listeria monocytogenes, con recuentos inferiores a 100ufc/g, fueron 1 de pescado ahumado, y las 4 restantes en productos cárnicos cocidos.

○ **Alimentos a base de proteína vegetal listos para comer**

En este grupo de alimentos, envasados en distintas presentaciones y destinados a ser consumidos en crudo, se procedió a la recogida de tofu, seitán y productos derivados para la investigación de Salmonella spp y Listeria monocytogenes. Las 53 muestras se distribuyeron en tofu (21), seitán (8), mezclas de varias proteínas y vegetales (21). Todas fueron correctas para los parámetros analizados.

○ **Moluscos y crustáceos cocidos**

Los moluscos y crustáceos cocidos son alimentos listos para consumo cuya demanda por parte de los consumidores está en aumento. En este grupo de alimentos podemos encontrar pulpo, mejillones, gambas, cigalas, etc. Si bien en origen la flora microbiana de estos productos es fiel reflejo de la del ambiente donde viven, al tratarse de alimentos manipulados, incluso después de su cocinado presentan riesgo de contaminaciones cruzadas.

Se tomaron un total de 81 muestras, 57 corresponden moluscos, presentes en mayor porcentaje los mejillones 49,1% y el pulpo 43,9%. A crustáceos corresponden 24 muestras, con una presencia mayoritaria de langostinos (75,0%). Los parámetros investigados fueron presencia de Salmonella

spp, y recuento de *Listeria monocytogenes*. Todas las muestras resultaron conformes salvo una de mejillones con presencia de *Salmonella* spp/25 g, y otra con recuentos superiores a 100 ufc/g de *Listeria monocytogenes*.

○ **Carne de ave**

La campylobacteriosis sigue siendo la enfermedad de mayor transmisión a través de los alimentos, siendo la carne de aves y sus productos derivados los alimentos principalmente implicados. A la vista del incremento en el número de aislamientos de *Campylobacter* spp notificados al Sistema de Vigilancia Epidemiológico de la Comunidad Autónoma del País Vasco, se programó un plan de muestreo de carne de ave, que permitió la recogida y posterior analítica de 79 muestras de producto, dispuesto para su venta tanto envasado como a granel.

Las muestras se tomaron tanto de canal entera (7) como despiece (61). Las especies muestreadas fueron pavo (59,5%), codorniz (22,3%), el resto se repartieron en pato, gallina. La investigación analítica realizada ha detectado la presencia de *Campylobacter* spp en el 55,7% de las muestras, y un recuento inferior a 100 ufc/g en el 46,9%, una sola muestra superó las 1000 ufc/g. Por especies la presencia de *Campylobacter* spp fue más prevalente en codorniz (61,1%), seguida de pavo (55,3%), gallina (50,0%) y pato (33,3%).

INTRODUCCIÓN

El laboratorio de Salud Pública (LSP), es un servicio dependiente de la Dirección de Salud Pública y Adicciones que lleva a cabo la actividad analítica programada correspondiente a “Programas de Salud Pública” y la que se genera como resultado de situaciones de alerta o emergencia sanitaria. Además responde a la demanda generada por Osakidetza en relación a pruebas de toxicología, análisis microbiológicos y químicos, y asimismo, a otros Departamentos del Gobierno Vasco (Medioambiente, Interior, Agricultura, Pesca y Política Alimentaria), Instituciones (Diputaciones Forales, Ayuntamientos, Fundaciones), otras Comunidades Autónomas y a Proyectos de Investigación.

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

El LSP tiene implantado un sistema de gestión de calidad acreditado por ENAC (tabla 1) desde 1998. Inicialmente, por requerimientos legales tanto a nivel de la Unión Europea como estatal y autonómico, se solicitó la acreditación para la actividad analítica ligada al control oficial de alimentos y aguas para el consumo humano, posteriormente se acreditaron otras actividades del Laboratorio como el cribado neonatal-metabolopatías, química ambiental, alcohol en sangre y drogas de abuso en orina. Recientemente, el Ministerio de Sanidad exigió la condición de acreditado bajo la Norma ISO 15189, para ser laboratorio de referencia en cribado neonatal.

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

- UNE-EN ISO/IEC 17025: 2017 Requisitos generales relativos a la competencia técnica de los Laboratorios de ensayo y calibración
- UNE-EN ISO 15189: 2013 Laboratorios clínicos. Requisitos particulares relativos a la calidad y la competencia.

Además de las analíticas acreditadas por ENAC, el laboratorio dispone en sus tres sedes de otras no acreditadas en las áreas de actividad citadas. En la cartera de servicios del LSP, se detalla toda la información relativa a los métodos analíticos (www.euskadi.eus/gobierno-vasco/laboratorio/) y su estado de acreditación. Durante 2017 el LSP ha ampliado el alcance de la acreditación en 13 nuevos procedimientos.

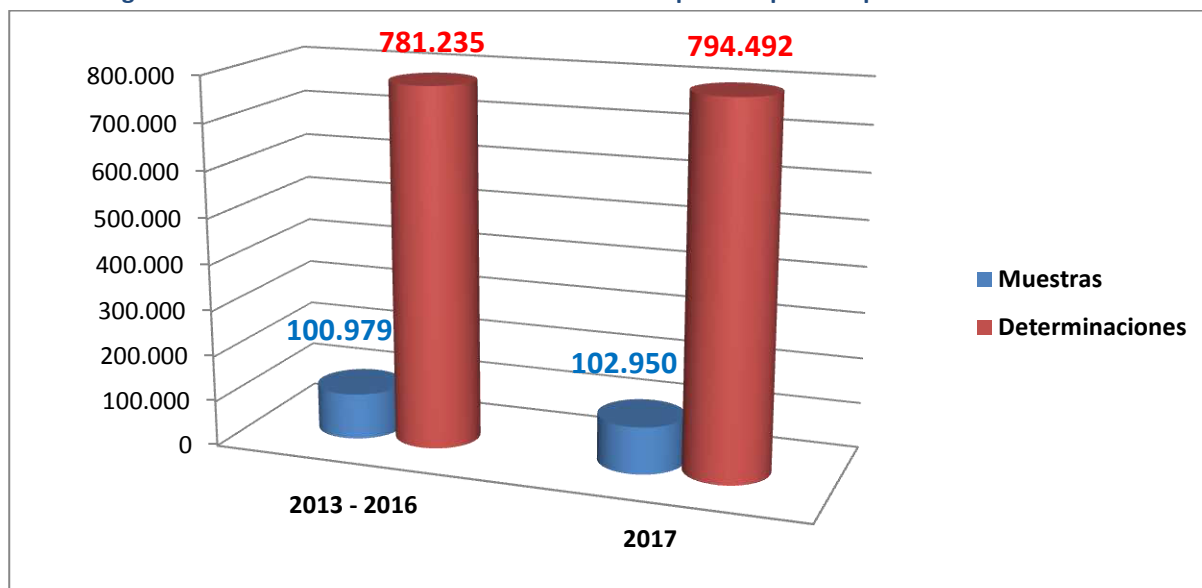
El alcance de acreditación está incluido en 7 expedientes, e incluye 203 procedimientos analíticos (Tabla 63)

Tabla 63. Alcance de acreditación ENAC (203 procedimientos analíticos).

Sede	Nº de expediente	Norma de acreditación UNE-EN ISO	Procedimientos acreditados (Nº)	Áreas Analíticas
Araba	134/LE331	17025	37	Análisis físico-químicos de productos agroalimentarios y aguas. Análisis microbiológicos de productos agroalimentarios y aguas.
Bizkaia	132/LE326	17025	60	Análisis físico-químicos de productos agroalimentarios y aguas. Análisis microbiológicos de productos agroalimentarios y aguas.
	132/LE469	17025	4	Etanol en sangre Drogas de abuso orina
	132/LE1136	17025	22	Química Ambiental Aire: polen e inmisiones atmosféricas
	132/LE1108	15189	10	Análisis Clínicos: cribado neonatal, bioquímica y otros análisis clínicos
Gipuzkoa	137/LE328	17025	69	Análisis físico-químicos de productos agroalimentarios y aguas. Análisis microbiológicos de productos agroalimentarios y aguas.
	137/LE1823	17025	1	Etanol en sangre

El LSP realiza dos tipos de ensayo: ensayos en laboratorio permanente y ensayos “in situ”. Estos últimos se centran en la vigilancia de la calidad del aire y se tratan en el apartado correspondiente de esta memoria. Para valorar la evolución de la tendencia de la actividad analítica, se van a comparar los datos del año 2017, con la media de los cuatro años precedentes (2013-2016). Durante el año 2017, en el LSP se han analizado 102.950 muestras de la CAE y otras CCAA, realizándose 794.492 determinaciones. En la unidad móvil se han analizado 15.200 muestras, con un total de 2.538.000 determinaciones. La actividad es ligeramente superior (1,9%) respecto al periodo 2013-2016, siendo también moderado el incremento en determinaciones (1,7%) (Figura 68).

Figura 68. Evolución de la actividad del LSP 2017 respecto al período precedente



Las muestras correspondientes a los Programas de Salud Pública durante el 2017 se elevaron a 81.783 (79,4%), las de la Red Asistencial de Osakidetza, 18.715 (18,2%), a proyectos de investigación, 1.329 (1,3%), a demanda externa 620 (0,6%) y a validación de métodos analíticos 503 (0,5%). Toda esta actividad representa un total de 102.950 muestras. En relación a la comparativa de 2017 con respecto al período de 2013 – 2016, se han incrementado en 1.972 muestras más, lo que supone un 1,9% (Figura 69)

Con respecto a las determinaciones analíticas realizadas, las correspondientes a los Programas de Salud Pública durante el 2017 se elevaron a 675.649 (85,0%), las de la Red Asistencial de Osakidetza, 96.433 (12,1%), proyectos de investigación, 17.225 (2,2%), a demanda externa 3.737 (0,5%) y a validación de métodos analíticos 1.448 (0,2%). Toda esta actividad representa un total de 794.492 determinaciones. En relación a la comparativa de 2017 con respecto al período de 2013 – 2016, se han incrementado en 13.257 determinaciones, lo que supone un incremento de actividad similar al número de muestras 1,7% (Figura 70)

Figura 69. Distribución de la actividad del LSP 2017 (102.950 muestras)

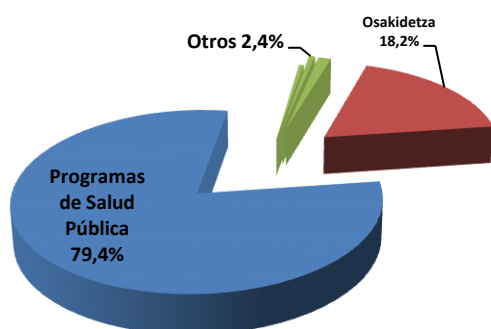
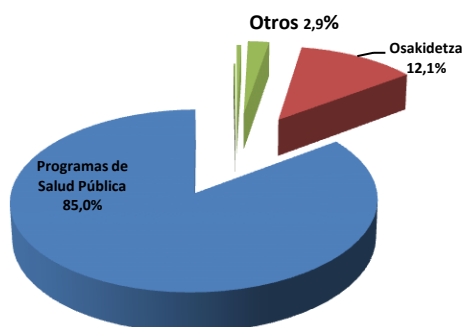


Figura 70. Distribución de la actividad del LSP 2017 (794.492 determinaciones)



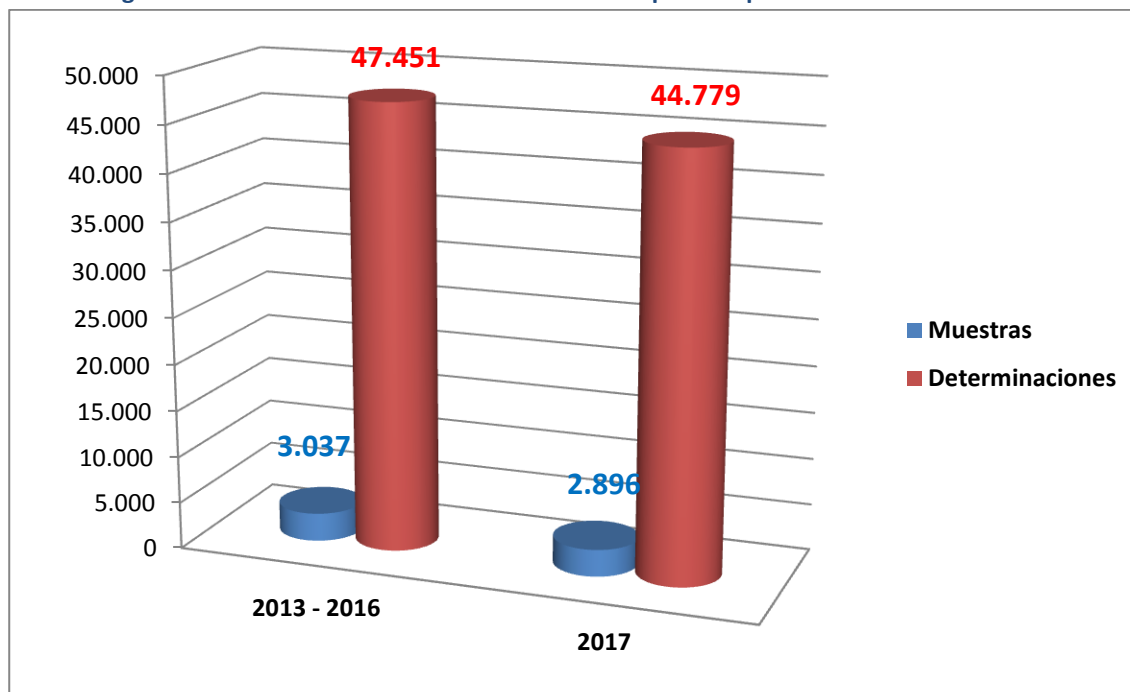
1. PROGRAMAS DE SALUD PÚBLICA

1.1. Salud Ambiental

1.1.1. Vigilancia sanitaria y control de aguas de consumo

En el Programa de Aguas de Consumo (ACO) se realizan los análisis de muestras de agua de redes de distribución y captaciones correspondientes a la Red de Control y Vigilancia de las Aguas Potables de Consumo Público. Se realizan, de acuerdo con la Reglamentación Sanitaria vigente Real Decreto 140/2003, las analíticas microbiológicas y fisicoquímicas de supervisión, control, completos y captaciones. Dentro de este Programa, se realizan además otras analíticas específicas como la determinación de plaguicidas, hidrocarburos, hidrocarburos aromáticos policíclicos (HAPs) y derivados de la desinfección (Trihalometanos, Cloroetenos, Haloacetoneitrilos, Haloacetonas y Ácidos Haloacéticos). Se mantiene la tendencia al descenso de muestras (4,7%) y de determinaciones (5,6%) respecto al período precedente (2013-2016), (Figura 71). Además de la analítica programada, puntualmente, se realiza analítica de aguas procedentes de incidencias o seguimientos en determinados acuíferos.

Figura 71. Evolución de la actividad ACO 2017 respecto al período 2013-2016



1.1.2. Vigilancia sanitaria de aguas de baño

La analítica de las aguas de recreo se realiza como soporte a los programas de Vigilancia sanitaria de playas, piscinas, spas y otras zonas de baño continentales.

En el Programa vigilancia sanitaria de Piscinas y Spas (API) se lleva a cabo el análisis de muestras de agua de piscinas cloradas, bromadas, isocianuradas y electrofísicas. Los parámetros analíticos son los recogidos en la Reglamentación vigente (RD 742/2013). Por otra parte, se han analizado los productos derivados de la desinfección en las aguas de piscinas del territorio de Gipuzkoa. Los compuestos analizados han sido: Trihalometanos, Haloacetosnitrilos, Haloacetosnas y Ácidos Haloacéticos. Se mantiene una actividad similar a las del período precedente (1037 vs 1043 0,6% inferior) y de determinaciones (7.797 vs 8.121 4% inferior) (Figura 72).

Figura 72. Evolución de la actividad API 2017 respecto al período 2013-2016

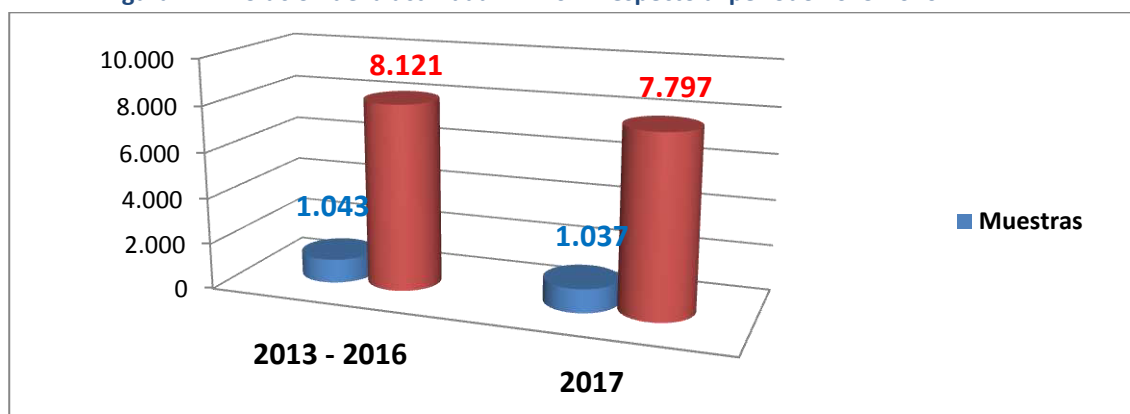
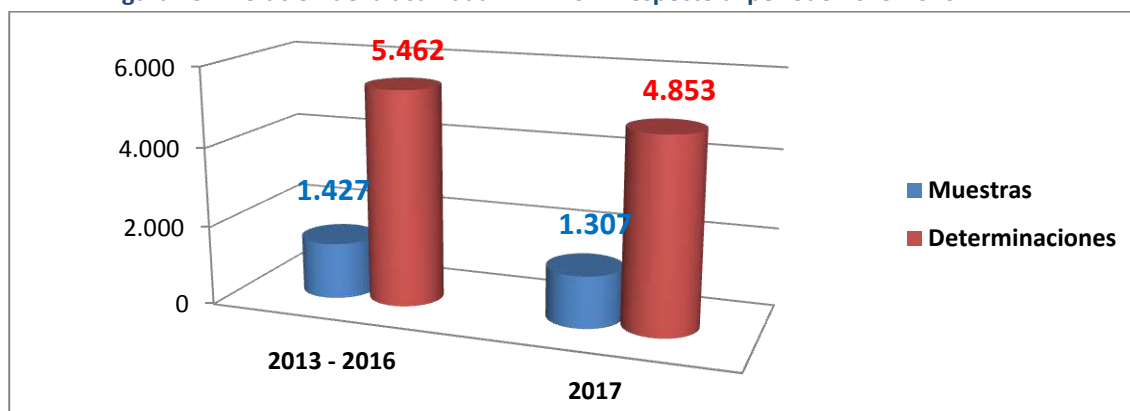


Figura 73. Evolución de la actividad AMA 2017 respecto al período 2013-2016



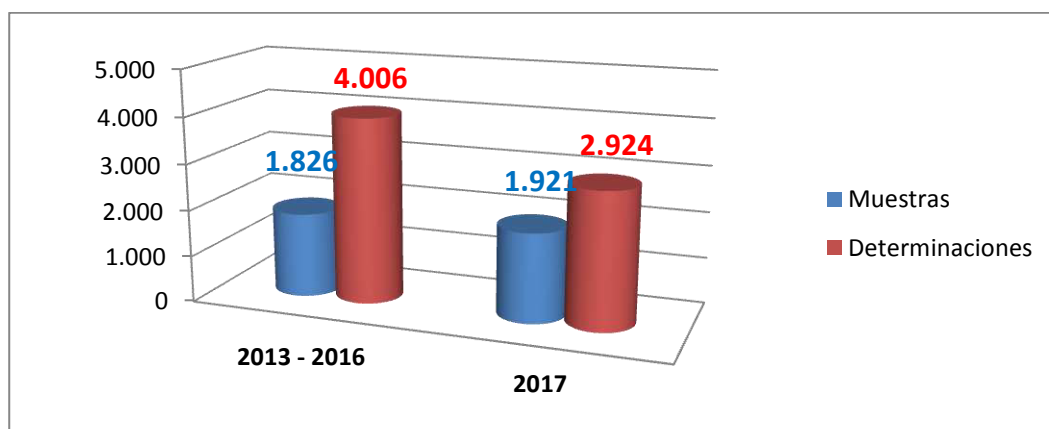
El Programa de vigilancia de aguas naturales de baño (AMA):_Aguas de mar y Aguas Continentales (ríos, pantanos y embalses) tiene como objetivo los análisis de control de la calidad físico-química y microbiológica del agua en las zonas de baño. Los criterios de calidad sanitaria de las aguas se definen en función de los recuentos de Escherichia coli y enterococos intestinales según el Real Decreto 1341/2007 sobre gestión de la calidad de las aguas de baño. La analítica del Programa de vigilancia de playas se realiza en el periodo estival, que se muestrean semanalmente 62 puntos correspondientes a

41 playas del litoral vasco. Los análisis de aguas continentales se refieren a la vigilancia sanitaria que se realiza en ríos y pantanos de la CAE. Los puntos de baño controlados se mantienen estables, si bien hay un descenso de la actividad. (Figura 73)

1.1.3. Prevención y control de Legionelosis

El Programa de prevención y control de Legionelosis (LEG) incluye instalaciones de riesgo: torres de refrigeración, redes de agua caliente sanitaria de edificios de uso público (ACS), agua fría de consumo humano (AFCH), hospitales, residencias de tercera edad, así como instalaciones deportivas, fuentes microbiológicas de *Legionella* spp., *Legionella pneumophila* y recuento de aerobios. Realizándose análisis físico-químicos a petición del solicitante. La caracterización de *Legionella* spp incluye los recuentos de *Legionella* spp distinta a *L. pneumophila*, *L. pneumophila* O:1 o *L. pneumophila* 2-14. la actividad analítica ha mostrado un aumento en el número de muestras (1.921 vs 1.826: 5%), y por el contrario, un descenso del número de determinaciones, por eliminación de algunos parámetros asociados (2924 vs 4006: 27%) (Figura 74).

Figura 74. Evolución de la actividad LEG 2017 respecto al período 2013-2016



1.1.4. Programa de vigilancia de la contaminación atmosférica

1.1.4.1. Contaminantes abióticos. Estaciones fijas

Las muestras de aire analizadas proceden de las estaciones manuales y automáticas fijas de la red de Vigilancia de la contaminación atmosférica del Departamento de Salud y de la Red de Calidad del Aire del Departamento de Medio Ambiente y Política Territorial. Las determinaciones de la estación de sensores automáticos, generan los datos en una media de 15 minutos por cada parámetro (SO_2 , partículas en suspensión $10\mu m$, $2,5\mu m$, $1\mu m$, O_3 , NO_2 , NO , NO_x y CO). En las muestras tomadas con sensores manuales se determinan las partículas en suspensión en diferente granulometría (PM_{10} , $PM_{2,5}$ y PM_1), metales pesados (16 elementos) e hidrocarburos aromáticos policíclicos (HAPs: 16 compuestos).

La evolución de la actividad analítica, es estable en los últimos años se detalla en las Figuras 75 y 76.

Figura 75. Evolución de la actividad Sensores Automáticos 2017 respecto al período 2013-2016

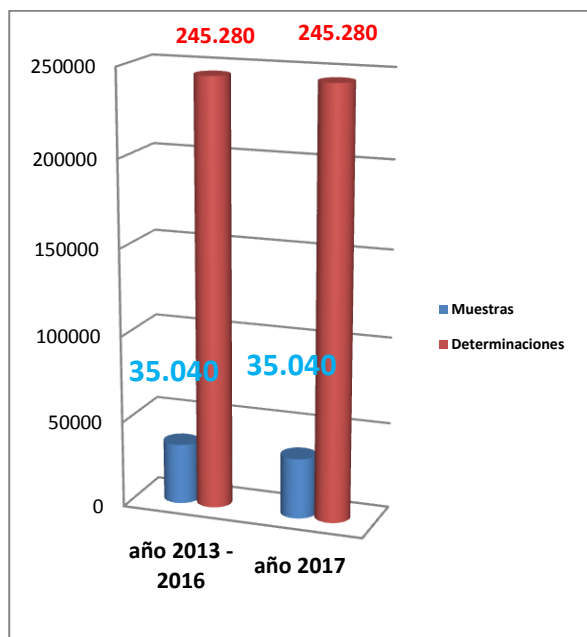
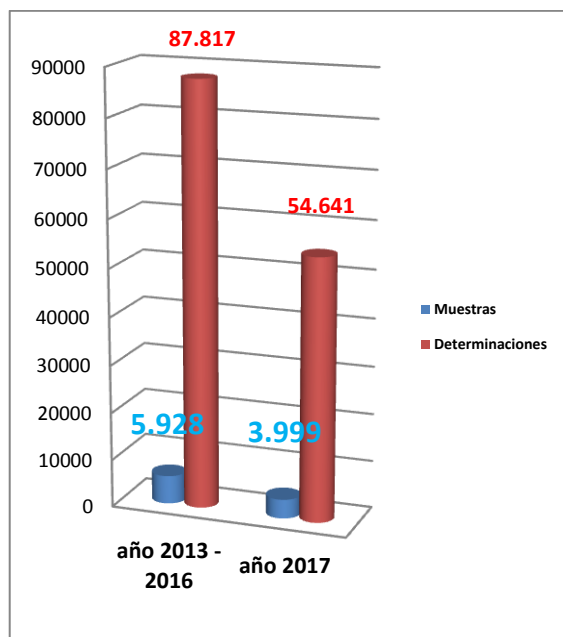


Figura 76. Evolución de la actividad sensores fijos manuales de aire 2017 respecto al período 2013-2016



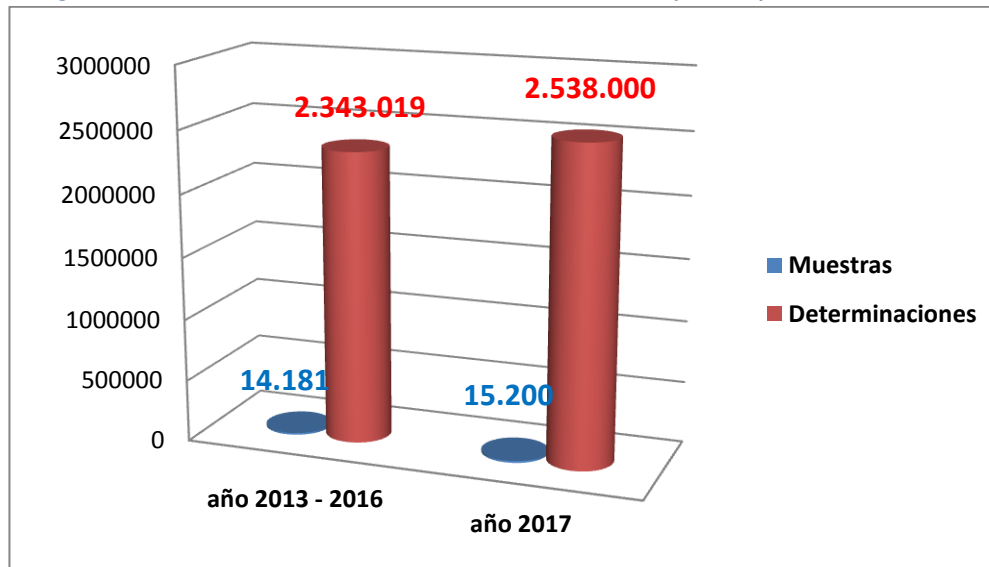
En los sensores automáticos la cantidad de muestras y determinaciones es idéntica y en los sensores manuales ha disminuido de forma apreciable por finalizar el estudio de evaluación de riesgos del entorno de la empresa Petronor, ubicada en el Territorio Histórico de Bizkaia, siendo inferior al período precedente (32,5% de muestras, 37,8% de determinaciones). (Fig. 75).

El Laboratorio de Salud Pública, es el de Referencia de la CAE, en relación con la exactitud de las mediciones y métodos de evaluación de la Red de Calidad del Aire del Gobierno Vasco, y está implantando el Sistema de Aseguramiento de la Calidad de dicha red. El sistema se ha sometido a la auditoría de ENAC, lográndose acreditar las estaciones de M^a Díaz de Haro, Mazarredo, Avda. Tolosa, Tres de Marzo y Valderejo. La estación ambiental de M^a Díaz de Haro, perteneciente al Departamento de Salud, actúa como estación de referencia del Sistema de Aseguramiento de la Calidad.

1.1.4.2. Contaminantes abióticos. Unidad móvil

La actividad de las unidades móviles se establece a través de las demandas de la Red de Calidad del Aire y de la Dirección de Salud Pública y Adicciones. Se analizan muestras de aire en el lugar de la emisión. La unidad móvil dispone de capacidad para una monitorización en continuo, en periodos de 20 minutos, de 180 compuestos orgánicos volátiles (Riesgos sobre la salud) de los cuales 15 son mercaptanos (Molestias por olores). La operación en modo "Scan" permite identificar y cuantificar en modo semicuantitativo cualquier compuesto químico al que se haya establecido perfil en la librería de referencia OMS o EPA. La actividad analítica es superior al periodo precedente en muestras: 6,7% y determinaciones 7,7% (Figura 77).

Figura 77. Evolución de la actividad de la Unidad Móvil 2017 respecto al período 2013-2016



1.1.4.3. Contaminantes bióticos. Polen

Ver apartado de Salud Ambiental

1.2. Salud Alimentaria

1.2.1. Seguridad microbiológica de los alimentos

El LSP ha realizado las analíticas derivadas del programa de Seguridad Microbiológica de los alimentos (SMA) que incluye: la verificación analítica en el control oficial de establecimientos, la vigilancia horizontal de patógenos y la vigilancia de las resistencias antimicrobianas. Dentro del programa se controlan tanto los alimentos elaborados, como los comercializados en la CAE. La actividad analítica de este programa se ha desarrollado a través de tres planes:

- Plan de vigilancia y apoyo al control oficial: Los parámetros analizados en los alimentos que provienen de la verificación analítica en el control oficial de los establecimientos son los que regulan los RD 178/2002, RD 2073/2005 y UE 365/2010. Además se incluyen dependiendo del tipo de alimento distintos parámetros indicadores: enterobacterias a 37°C, E. coli, estafilococos coagulasa positivos, etc. Así como los patógenos que están, tanto ecológica como epidemiológicamente, relacionados con los distintos tipos de alimentos: E. coli Verotoxigénico, Yersinia enterocolítica, Campylobacter spp, S.aureus Meticilin resistentes, Norovirus GI y GII y Virus de la Hepatitis A.

Las muestras analizadas que proceden de establecimientos elaboradores de los tres Territorios, incluyen:

- Comidas preparadas
- Productos de pastelería
- Leche y productos lácteos
- Carne y productos cárnicos
- Productos de la pesca
- Huevos

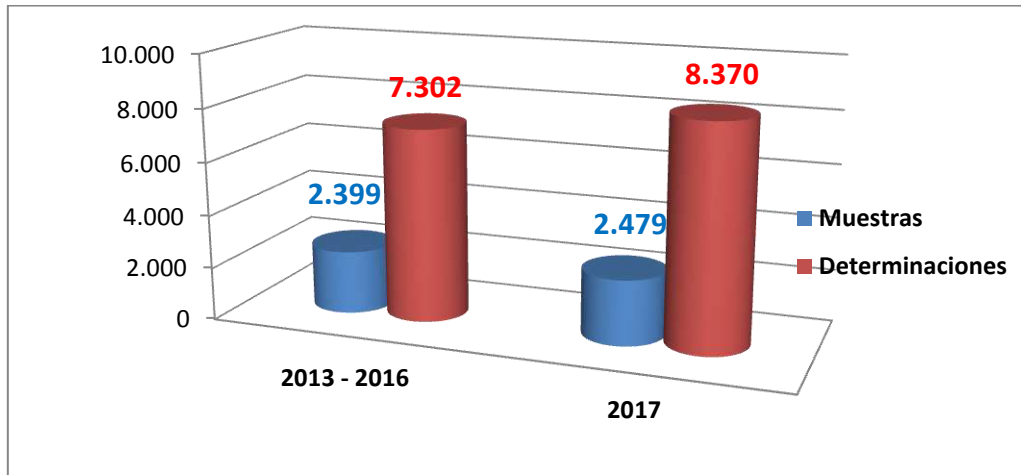
Dentro de la vigilancia de los establecimientos de productos de la pesca, se realiza el control y supervisión de los centros de depuración de moluscos bivalvos (cetáceas). Tanto en moluscos como en las aguas donde se encuentran almacenados, se analizan como indicadores de contaminación E. coli y Salmonella. En los moluscos también se realizan otras determinaciones microbiológicas (Virus de Hepatitis A y Norovirus GI y GII), ya que estos alimentos se encuentran frecuentemente implicados en gastroenteritis víricas y químicas (cadmio y plomo).

- Plan horizontal de patógenos: Se han analizado determinados microorganismos patógenos en alimentos de riesgo comercializados y elaborados o no, en la CAE, incluyendo la investigación de los siguientes microorganismos.
 - L. monocytogenes
 - E. coli verotoxigénico
 - Salmonella spp.
 - Campylobacter spp
 - Norovirus Genogrupos I-II
 - Virus de la hepatitis A

Plan vigilancia de resistencias antimicrobianos: Se realiza el estudio de resistencias frente a determinados antimicrobianos, en bacterias patógenas e indicadoras aisladas en los alimentos. Los resultados se envían a la red de monitorización de resistencias microbianas humanas y de animales productores de alimentos.

Durante el año 2017, ha aumentado (3,2%) el número de muestras del Programa de Seguridad microbiológica y de determinaciones es un 12,8% (Figura 78).

Figura 78. Evolución de la actividad SMA 2017 respecto al período 2013-2016



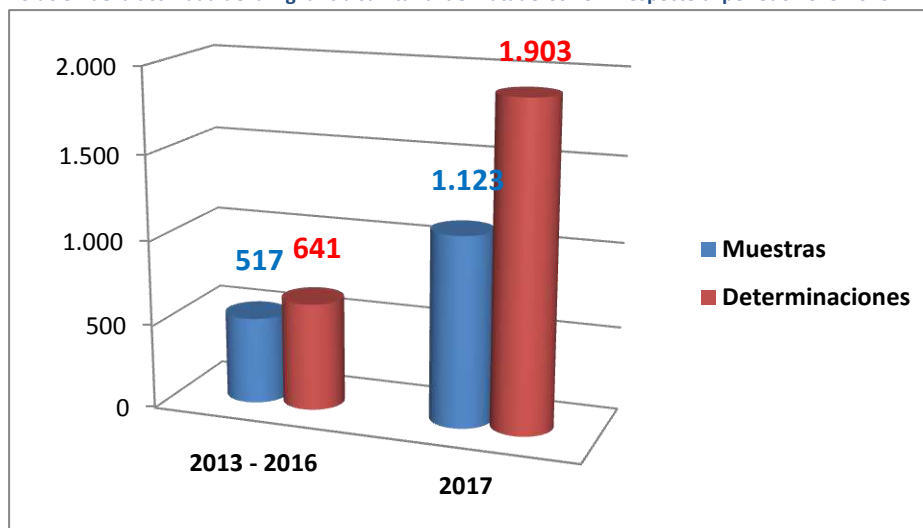
Por otra parte, el LSP lleva a cabo una verificación de los Sistemas de Autocontrol en establecimientos alimentarios. Se realiza analítica como apoyo a las Auditorías en establecimientos como pastelerías, así como denuncias y análisis dirimentes.

En lo que se refiere al estudio de Susceptibilidad Antimicrobiana (SATB), se ha realizado el seguimiento analítico derivado de la Decisión Europea de 12/11/2013 sobre seguimiento y notificación de la resistencia de las bacterias zoonóticas y comensales a los antibióticos, Directiva 2003/99/CE y RD 1940/2004. Los resultados se envían a la red de monitorización de resistencias microbianas humanas y de animales productores de alimentos.

1.2.2. Vigilancia Sanitaria de mataderos

Dentro de control sanitario oficial de mataderos, el laboratorio realiza la analítica de control de triquina en muestras de equino. La actividad analítica fue muy superior al período precedente (53,9% muestras y 66,3% determinaciones). Asimismo se llevó a cabo la investigación de patógenos zoonóticos *E. coli* O157H7 y *E. coli* verotoxigénico (STEC), en contenido intestinal y canales de vacuno respectivamente. También se realizaron estudios de antibiorresistencia de bacterias zoonóticas (Figura 79).

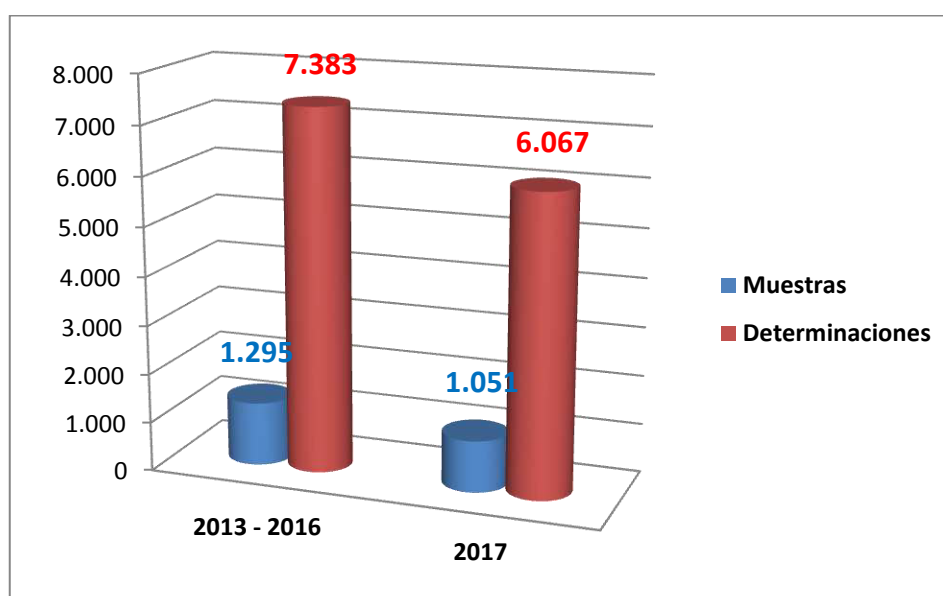
Figura 79. Evolución de la actividad de la vigilancia sanitaria de mataderos 2017 respecto al período 2013-2016



1.2.3. Plan Nacional de Investigación de Residuos (PNIR)

El objeto de las muestras del Programa Nacional de Investigación de Residuos (PNIR) es el análisis de la presencia de residuos y contaminantes en alimentos de origen animal. Se mantiene el convenio entre distintos laboratorios de la zona norte para el intercambio de muestras entre las comunidades autónomas participantes (País Vasco, La Rioja, Navarra, Aragón, Cantabria y Asturias). El acuerdo se basa en el reparto de las muestras y la especialización analítica de los 10 laboratorios de las 6 CCAA integrantes. Las analíticas que se llevan a cabo en el Laboratorio de Salud Pública son: antibióticos (cribado de inhibidores, Quinolonas, Nitroimidazoles, Cloranfenicol y Tylosina); antiparasitarios (Avermectinas y Benzimidazoles); PCBs; Plaguicidas Organoclorados; micotoxinas (Aflatoxina M1 y Ocratoxina A) y metales pesados (Pb y Cd). La actividad ligada al PNIR ha presentado un descenso continuado de la actividad 18,9% de muestras y del 17,8% de determinaciones (Figura 80).

Figura 80. Evolución de la actividad PNIR 2017 respecto al período 2013-2016



1.2.4. Programa de Seguridad Química de los Alimentos (SEQUAL)

Con relación al Programa de seguridad química de los alimentos se investigan las micotoxinas, los residuos de productos empleados para el aumento o la mejora de la producción, tanto agrícola (plaguicidas, fertilizantes...) como ganadera (medicamentos de uso veterinario), las sustancias derivadas de la contaminación medioambiental (metales pesados, bifenilos policlorados...), las sustancias que migran desde los materiales de envasado o desde los equipos de fabricación (plastificantes, metales...) o los productos derivados de cambios no deseados que tienen lugar durante el tratamiento de los alimentos (nitrosaminas, acrilamida, hidrocarburos aromáticos policíclicos...) entre otros. También se investigan diversos aditivos alimentarios, cuya incorporación a los alimentos es intencionada porque ha de responder a una necesidad tecnológica concreta, pero que están limitadas las condiciones de su utilización.

Dentro de este Programa se incluyen los **controles selectivos (CSE)**, siendo objeto de estudio muestras de alimentos para la evaluación de la presencia de compuestos químicos perjudiciales para la salud, como aditivos (sulfitos, nitratos y nitritos), alérgenos (histamina), metales pesados (Hg, Pb y Cd), arsénico, acrilamida, micotoxinas, y conservantes (sorbico y benzoico) y edulcorantes. También se incluyen en esta actividad los Controles Oficiales de alimentos para el cumplimiento de los límites máximos de residuos establecidos por la legislación correspondiente (Figura 81). El marcado descenso de la actividad, obedece a una menor programación analítica, que se traduce en una reducción del 32,8 % de muestras y 26,5% de determinaciones.

Figura 81. Evolución de la actividad CSE 2017 respecto al período 2013-2016

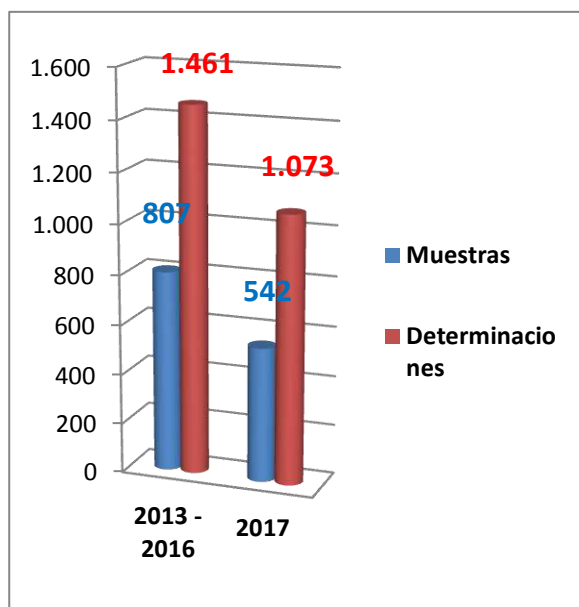
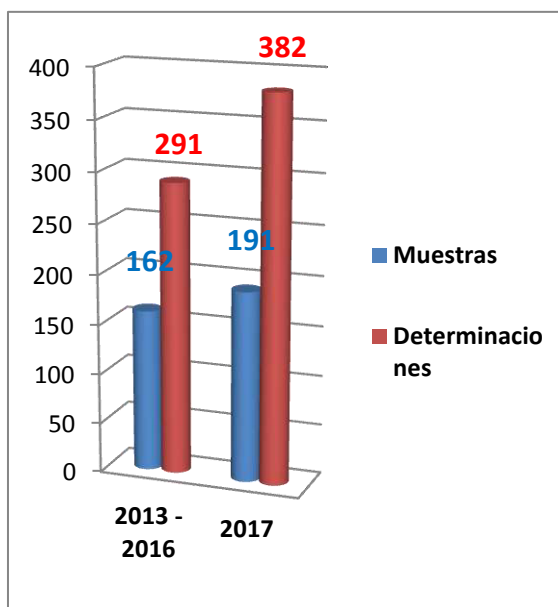


Figura 82. Evolución de la actividad DTO 2017 respecto al período 2013-2016



En el programa de **Dieta Total (DTO)** también se analizan muestras de alimentos para la evaluación de la presencia de compuestos químicos perjudiciales para la salud (aditivos y contaminantes), en una dieta confeccionada según datos de consumo de la última encuesta nutricional. (Figura 82).

Además, los estudios de dieta total pueden ser un indicador de la contaminación ambiental por sustancias químicas, y se pueden usar para evaluar la efectividad de las medidas destinadas a reducir la exposición de la población a peligros químicos. Asimismo, las evaluaciones sobre la exposición a contaminantes son críticas para tomar decisiones firmes respecto a la regulación de las sustancias químicas y la seguridad de los alimentos. A lo largo del 2017 se han realizado determinaciones de Cd, Pb, As total e As inorgánico, Hg, metil-Hg, nitratos, nitritos y sulfitos, siendo la actividad superior al período precedente (15,1% de muestra y un 23,9% de determinaciones).

El laboratorio ha continuado su participación en el **Programa de Complementos Alimenticios** promovido por la AECOSAN. Ha realizado muestras procedentes de esta Comunidad Autónoma y de otras CCAA. Las muestras analizadas son complementos alimenticios destinados a control de peso y productos de carácter vigorizantes para la investigación de principios adelgazantes y vigorizantes, o ambos, cuya administración no está permitida, más en el caso que no se indique expresamente en el etiquetado.

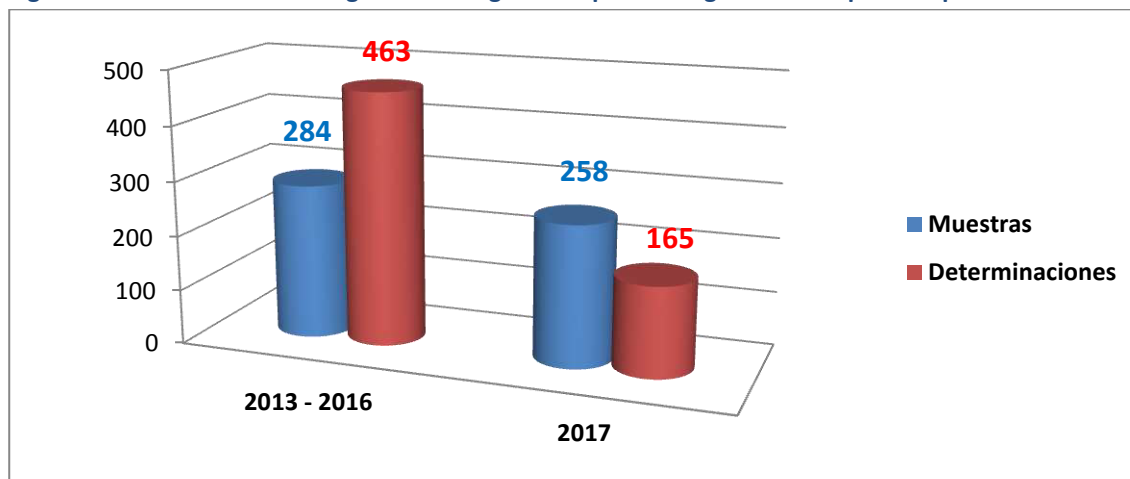
En relación a la actividad analítica de **Alimentos Saludables** se han analizado 336 muestras de contenido de sal y grasa.

En conjunto la actividad analítica de los Programas de Salud Alimentaria ha aumentado con respecto al período precedente en muestras (2,1%), pero con un decremento en las determinaciones (1,5%).

1.3. Vigilancia Epidemiológica

Los programas de vigilancia epidemiológica y alertas de Salud Pública incluyen la determinación de agentes contaminantes biológicos y químicos y se realiza en muestras tanto de alimentos Toxiinfecciones en alimentos y aguas (TAL), como de muestras biológicas de pacientes (TAC). Las Actividades de apoyo a programas de vigilancia epidemiológica y alertas de Salud Pública, en el 2017 se han reducido moderadamente en el número de muestras (9,2%) siendo considerable el descenso en las determinaciones (64,3%) (Figura 83).

Figura 83. Evolución de los Programas de Vigilancia Epidemiológica 2017 respecto al período 2013-2016



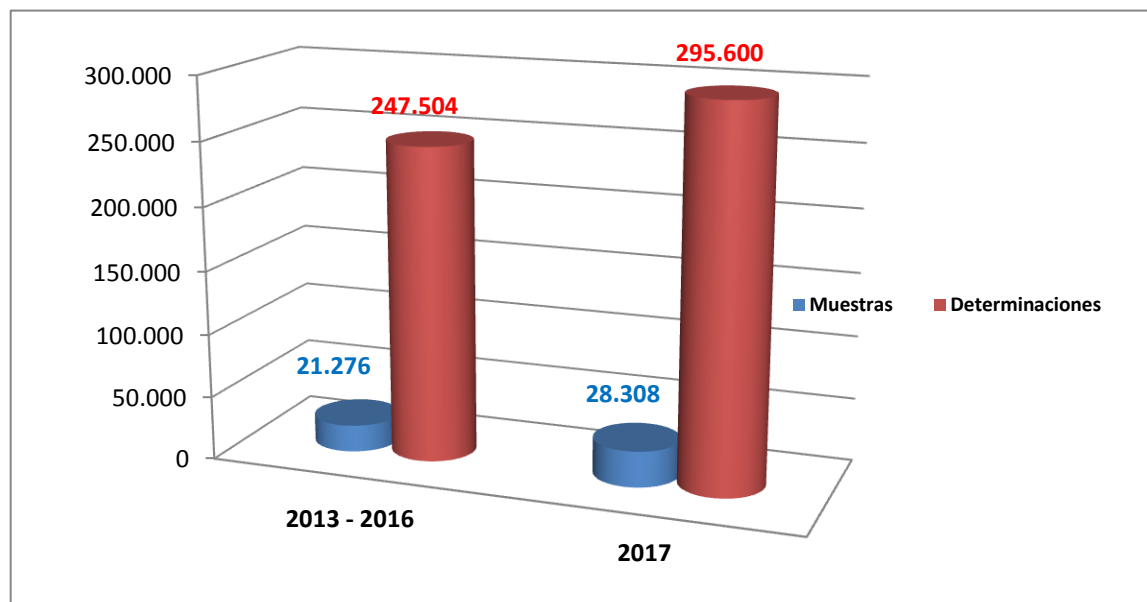
1.4. Programa de cribado neonatal de enfermedades congénitas

Análisis de muestras de sangre desecada en papel de filtro de todos los y las recién nacidos/das en la Comunidad Autónoma del País Vasco para la detección de las siguientes enfermedades congénitas: Hipotiroidismo Congénito, Fenilcetonuria, Fibrosis Quística, Deficiencia de acil-CoA deshidrogenasa de cadena media (MCADD), Deficiencia de 3-Hidroxi acil-CoA deshidrogenasa de cadena larga (LCHADD), Acidemia Glutárica tipo1(GA_I), Enfermedad de Células Falciformes, Acidemia Isovalérica, Enfermedad de la orina de Jarabe de Arce y Homocistinuria.

A la demanda analítica que parte de la Dirección de Salud Pública y Adicciones, hay que añadir los Convenios de colaboración con las Comunidades Autónomas de Cantabria y Navarra, que de esta forma se acogen al mencionado programa. Se edita una memoria anual específica del Programa de Cribado neonatal.

<https://www.osakidetza.euskadi.eus/contenidos/.../salud.../Memoria%202017.pdf>

Figura 84: Evolución de los Programas de Cribado Neonatal 2017 respecto al período 2013-2016



En el año 2017 se han producido un total de 17.441 nacimientos en la CAE lo que supone una disminución de 1239 nacimientos con respecto al año anterior. A pesar de ello, ha aumentado de manera considerable el número de muestras (24,8%) y de determinaciones (16,3%), al realizar todas las determinaciones analíticas de los Programas de Cribado Neonatal de las Comunidades de Navarra y Cantabria (Figura 84).

2. ANÁLISIS PARA OSAKIDETZA Y DE DEMANDA EXTERNA

Como apoyo a Osakidetza, se realizan otros ensayos microbiológicos y físico-químicos de aguas de diálisis, piscinas y legionella. Por número de muestras y determinaciones, la actividad más importante es la de aguas de diálisis (ANE) consistente en el análisis físico-químico y microbiológico de muestras de agua de los equipos dializadores de los Hospitales del Osakidetza (H. Galdakao, H. Cruces, H. Txagorritxu y H. Santiago) y centros de hemodiálisis (Hemobesa y Dialbilbo). La demanda de esta actividad ha supuesto un incremento considerable del 17,1% en muestras y de un 1% de determinaciones (Figura 85). También se realizan análisis de Legionella, piscinas y aguas de consumo que ya han sido incluidas en las estadísticas correspondientes a estas actividades (Figura 86).

Figura 85: Evolución de la actividad analítica de aguas de diálisis 2017 respecto al período 2013-2016

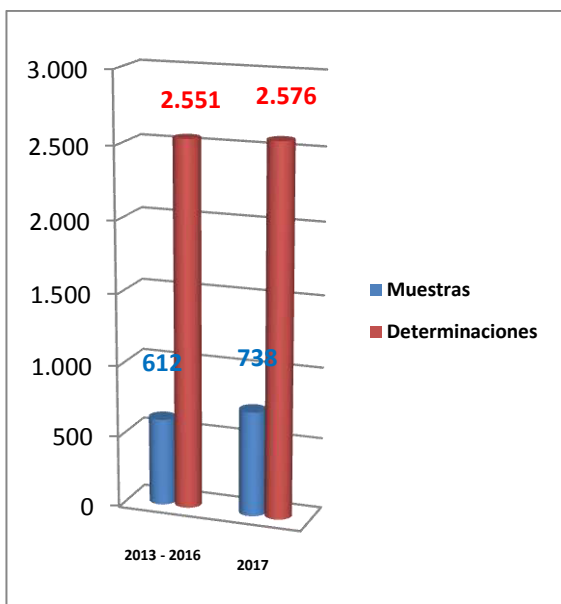
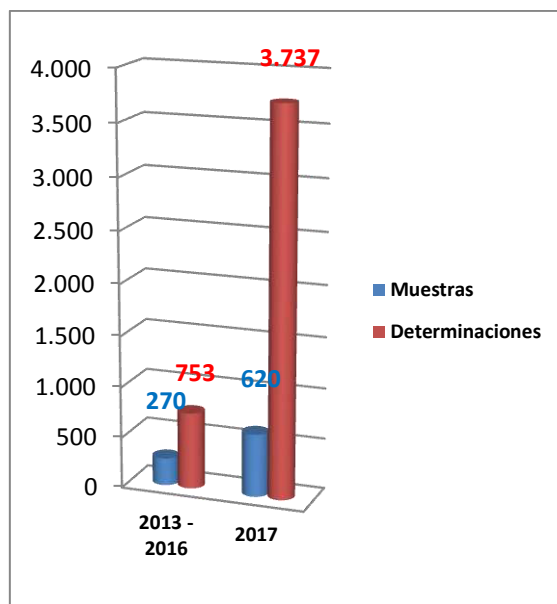


Figura 86: Evolución de la actividad analítica de demanda externa 2017 respecto al período 2013-2016



Las actividades más importantes y en crecimiento de la demanda, son el servicio analítico para otras CCAA enmarcadas en el Control Oficial (micotoxinas, plaguicidas, aditivos, otras determinaciones químicas y análisis microbiológicos) al margen del PNIR; muestras de calzas y heces de gallina para el control de Salmonella dentro del “Programa de control y minimización de Salmonella” para los Departamentos de Agricultura del Gobierno Vasco y Diputaciones Forales (Análisis en alimentos germinados de E. coli STEC, Salmonella y L. monocytogenes); análisis microbiológicos de muestras de piel para el Banco de sangre. Para el Instituto de Investigación Submarina, análisis microbiológicos (E. coli β -glucuronidasa positivo y enterococos intestinales) del emisario submarino de Zarautz. También se han llevado a cabo análisis contradictorios y dirimientes de determinaciones acreditadas solicitados desde Entidades públicas y privadas. Las determinaciones químicas que se realizan para Azti son químicas (Hg, Cd, Pb y SO₂). Finalmente se han llevado a cabo análisis fisicoquímicos y microbiológicos a Entidades privadas, a las que se demanda la realización de analíticas acreditadas. En el año 2017, se ha mantenido la tendencia al incremento de la actividad con respecto al período precedente (56,5%) en muestras y (79,8%) en determinaciones (Figura 86).

3. DETERMINACIONES TOXICOLÓGICAS

3.1. Detección de drogas de abuso en orina y otras

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

Los demandantes de las muestras programadas son los módulos de asistencia psicosocial concertados y Organizaciones y Fundaciones sin ánimo de lucro. Las muestras no programadas proceden de otros centros de la red pública de Osakidetza (ambulatorios) o de Instituciones que han demandado este servicio (Atestados de tráfico de Bizkaia y Gipuzkoa, EuskoTren, Metro y Arkaute). A las muestras no programadas se les realiza un ensayo de cribado, y se confirman todas aquellas muestras que arrojen resultados “ \geq (-25%) la concentración de corte” de cada parámetro en la técnica de cribado.

Durante el año 2017, se ha mantenido la actividad analítica relativa a la determinación de metadona en solución acuosa. La actividad analítica de drogas de abuso en orina fue algo inferior al período precedente: (17,7%) y de determinaciones (13,0%), (Figura 87).

Figura 87: Evolución de la actividad analítica del Cribado de Drogas en orina 2017 respecto al período 2013-2016

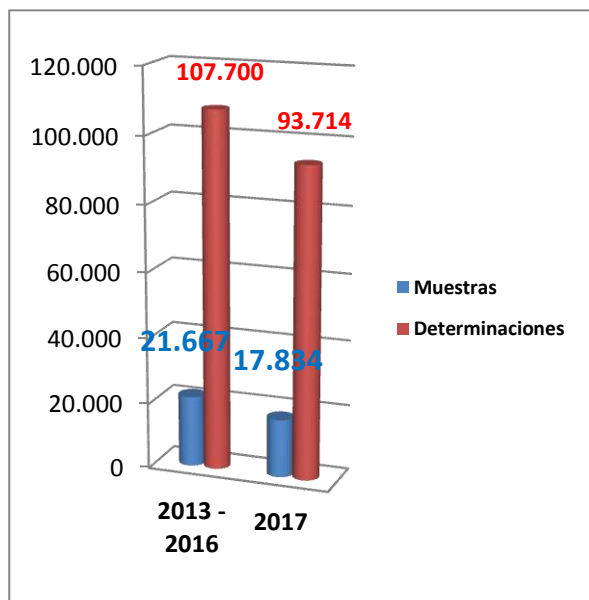
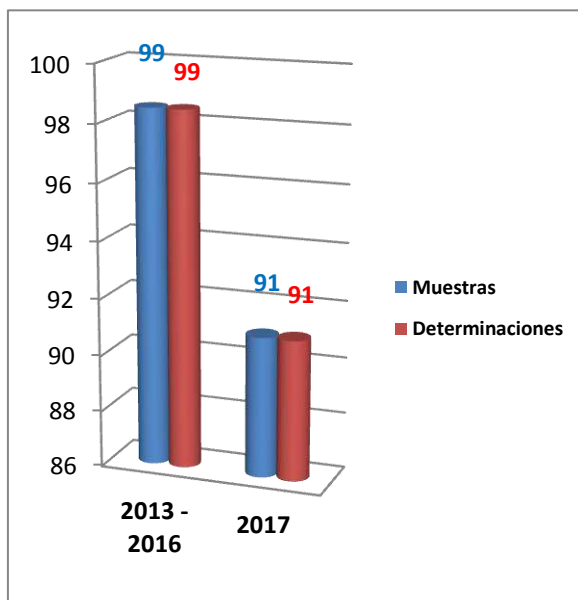


Figura 88. Evolución de la actividad analítica de Determinación de etanol en sangre 2017 respecto al período 2013-2016



3.2. Determinación de alcohol en sangre (ALC)

Análisis de contraste de pruebas de aire espirado en controles de carretera y alcoholemias solicitadas en casos de accidente o agresión. La actividad es ligeramente inferior a los años precedentes (Figura 88).

4. PARTICIPACIÓN EN PROYECTOS DE INVESTIGACIÓN

La relación de proyectos, se detalla a continuación

- Estudio sobre Función Tiroidea y estado nutricional de yodo en mujeres gestantes de Aragón. Convenio firmado entre BIOEF y la Sociedad Aragonesa de Endocrinología y Nutrición.
- Valores de Referencia de Hormonas tiroideas específicos para cada trimestre en mujeres gestantes sanas de Navarra. Convenio firmado entre BIOEF y Fundación de endocrinología, nutrición y diabetes de Navarra.
- Contenido en Yodo de la sal Yodada en España. Convenio firmado entre BIOEF y la Sociedad de Endocrinología, Diabetes y Nutrición de Euskadi (SEDyNE).
- Proyecto Digital “Diagnóstico y tratamiento de pacientes con enfermedades genéticas incluidas en los Programas de Cribado Neonatal y otras enfermedades metabólicas”.
- Proyecto de Infancia y Medio Ambiente INMA. Realización de análisis de contaminantes químicos
- Análisis de muestras de bivalvos y muestras de mar correspondientes a los Proyectos AZTI-Tecalia: “Viabilidad del engorde de las ostras en mar abierto (IM13 CULTIVO). Red de seguimiento del estado ecológico de las aguas de transición y costeras de la CAE. Estudio de prevalencia de Cryptosporidium y Giardia en piscinas de uso infantil, en colaboración con la Unidad de Sanidad Ambiental
- Colaboración en proyectos de investigación financiados (FIS, Departamento...):
 - Blood-based cancer detection: Development of an economical, sensitive and rapid paper-based device to detect cell free nucleic acids. Effect in a multicenter birth cohort in Spain.
 - Concentraciones sanguíneas de productos organoclorados, estilo de vida y riesgo de cáncer de páncreas en la cohorte EPIC.
 - Proyecto DESPROGENRH: desarrollo de un protocolo optimizado para el genotipado del Rh fetal no invasivo

5. FORMACION Y DOCENCIA

5.1. Formación Interna

El laboratorio diseña anualmente sus planes de formación y cualificación para garantizar el mantenimiento de la competencia técnica de todo el personal. Estas actividades han comportado tanto acciones para el mantenimiento de las cualificaciones como ampliaciones de las mismas y nuevas cualificaciones ligadas a la implantación de nuevas técnicas o a la incorporación de nuevo personal.

5.2. Asistencia a cursos, congresos y reuniones internas

- XVIII Congreso SESPAS, XXV Reunión Científica de la SEE, Barcelona, 6-8 Septiembre
- Encuentro E8. Reunión de Cribados Neonatales desde la perspectiva de Salud Pública. XXVIII Escuela de Salud Pública de Menorca. 20 Septiembre de 2017, Llatzeret de Mao
- Seminario “Soluciones Analíticas para laboratorios de Salud Pública”, 28 Septiembre, Derio.
- Seminario “Medio Ambiente, Seguridad Alimentaria y Toxicología; Retos y Soluciones”, 14 Noviembre, Derio.
- Formación Práctica y Teórica sobre la utilización y análisis de resultados del Kit FEU2v1 De Elucigene” 25, 26 y 27 de Octubre, Derio.
- XII Congreso Nacional de Errores Congénitos del Metabolismo, 18-20 de Octubre, Las Palmas de Gran Canaria
- Práctica Clínica en Hematología Pediátrica, 24 de Noviembre, Madrid
- Reunión de los Laboratorios del “Grupo Norte” en el marco del Plan Nacional de Investigación de Residuos Veterinarios y Control Oficial. Oviedo. Diciembre del 2017
- Jornadas de Referencia sobre análisis de alimentos. Centro Nacional de Alimentación. Mayo 2017.
- XXI Reunión de la Sociedad Española de Química Analítica (SEQA) 2017: Jornada de Especiación. Valencia. septiembre 2017
- Reunión anual grupo metales. MAGRAMA (Madrid). Noviembre. 2017.
- Miembro del Grupo de Normalización de Microbiología AENOR,
Representante de AENOR en el comité:
 - ISO/CEN, WG 9, “Revision of EN ISO 6579:2002 – Detection, enumeration and serotyping of Salmonella”
- Cryptosporidium and Giardia analysis workshop. Newmarket (UK). Noviembre 2017.
- Analysis of veterinary drugs in meat with UHPLC-MS/MS. Webinar.
- Fundamentals of HPLC Video Training
- Formación en Cromatografía Iónica de Alta Presión: HPIC. 5h. Vertex. 27/09/2016
- Guía de iniciación en la extracción en Fase Sólida. 1h. Waters 6/07/2017
- Nuevos desarrollos de análisis clínicos en LCMS/MS. 2h. Izasa Scientific.23/05/2017
- Nuevas tecnologías en Espectrometría de masas. 3.5h. Sciex. 02/06/2017

- “Innovation tour”: cromatografía gases, líquidos, espectrometría de masas, atómica y molecular. Agilent. 07/06/2017
- 8th International Symposium on Recent Advances in Food Analysis (RAFA 2017). Prague (Czech Republic). Noviembre 2017.
- “Validación, calibración e incertidumbre en Laboratorios”. Subdirección General de Control y de Laboratorios Alimentarios. Ministerio de Agricultura y Pesca, Alimentación y Medio Ambiente. 24-28 Abril 2017 (30 horas).
- Jornada sobre mosquitos y flebotomos de interés en Salud Pública y en Sanidad Animal. AVEM (Asociación Veterinarios Municipales). 3 Mayo 2017.
- Nuevos desarrollos de análisis clínicos en LCMS/MS. Izasa Scientific 10 Mayo 2017.
- Formación en Emergencias y Primeros Auxilios. IVAP. 5-6 Junio 2017.

5.3. Docencia

5.3.1. Cursos Impartidos

“Master Universitario en Microbiología y Salud: Acreditación, normalización y control del riesgo biológico en el laboratorio de microbiología” Organizado por la Universidad del País Vasco y celebrado en Leioa en octubre de 2017.

5.3.2. Formación Prácticas

El LSP participa en la formación práctica de alumnado procedente de centros de Formación de Grado Superior de Técnicos de Laboratorio de las distintas modalidades. Además, se encuentra como Entidad colaboradora para el desarrollo de las prácticas externas en los grados de Ciencia y Tecnología de los Alimentos y Ciencias Ambientales de la Universidad del País Vasco (UPV).

El Laboratorio ofrece apoyo técnico a las Comarcas de Salud Pública como en la evaluación de informes, aseguramiento de la calidad analítica como Legionella, calibración de equipos de medición de temperatura así como preparación y suministro de material para toma de muestras y actividades de supervisión.

Procedentes de Centros de Formación Profesional:

- 2 Alumnos del centro de Formación Profesional Egibide (Vitoria-Gasteiz), de las titulaciones: Análisis y Control de Calidad y Diagnóstico de Laboratorio Clínico, (350 horas).
- 1 Alumno del centro CIFP Tartanga LHII (Erandio) en la unidad de Química de Aguas (350 horas).
- 3 Alumnos del centro CIFP Txurdinaga LHII: 2 alumnos en la Unidad de Química Alimentaria, y un alumno en la Unidad de Clínica (350 horas).
- 2 Alumnos del CPES Zabalburu BHIP en la Unidad de Microbiología (350 horas).

- Una alumna del Ciclo formativo Laboratorio de diagnóstico clínico (CPES CESA BHIP), en el área de Microbiología (406 horas).

Procedentes de la Facultad de Farmacia (UPV):

- 2 Alumnas de Ciencia y Tecnología de los Alimentos de la Universidad del País Vasco. (540 horas una de ellas y la otra 270)
- 2 Alumnas del Master de Calidad y Seguridad Alimentaria. Universidad del País Vasco (410 horas).

Procedente de la Facultad de Ciencia y Tecnología (UPV):

- 1 Alumno de Grado Superior en Ingeniería Química. (410 horas).

Procedente del Servicio de Análisis Clínicos del Hospital Universitario de Cruces:

- 1 Residente FIR, realizando la rotación externa en el Área de Metaboloopatías
-

6. PUESTA A PUNTO, VALIDACIÓN Y ACREDITACIÓN DE NUEVOS MÉTODOS

Con el fin de que los métodos analíticos garanticen resultados fiables y conformes con los requisitos establecidos, en función de las necesidades, se realizan validaciones y revalidaciones periódicas de las distintas analíticas. Las validaciones de los métodos supone la realización de un número adicional de análisis en las distintas matrices acreditadas. Durante 2017 se han analizado 503 muestras, realizando 1448 determinaciones para la validación de los siguientes métodos:

6.1. Unidad de química alimentaria

Se han validado las técnicas analíticas de la determinación de Arsénico total en varias matrices (cereales excepto arroz, pan, productos de la pesca y bebidas alcohólicas) por ICP-MS.

Otras determinaciones:

- Ampliaciones del alcance de acreditación en histamina (36 muestras) y benzimidazoles en leche de cabra por HPLC-TQD, (8 muestras/88 determinaciones)
- Conservantes y edulcorantes: 66 muestras/140 determinaciones
- Complementos alimenticios: 24 muestras y 384 determinaciones de sustancias cuya administración no está permitida, destinados al control de peso y productos de carácter vigorizantes.

6.2. Unidad de química ambiental

Ampliación del alcance de la acreditación en los siguientes procedimientos y matrices:

- Red de calidad del aire: ampliación a las estaciones de Valderejo, Avda. Tolosa y Tres de marzo, constituyendo el primer servicio acreditado de estas características a nivel estatal.

6.3. Unidad de microbiología

Se ha continuado con la validación de los métodos: “Detección de Norovirus entéricos en aguas, Genogrupo I-II” y “Virus de la hepatitis A en aguas embotelladas”

También se ha trabajado sobre la investigación de Cronobacter (18 muestras/18 determinaciones) y detección de Salmonella en superficies (30 muestras/30 determinaciones).

7. PUBLICACIONES

Artículos:

- Pablo Fernández-Navarro, Cristina M. Villanueva, Javier García-Pérez, Elena Boldo, **Fernando Goñi-Irigoyen**, Enrique Ulibarrena, Panu Rantakokko, Esther García-Esquinas, Beatriz Pérez-Gómez, Marina Pollán y Nuria Aragonés. Chemical quality of tap water in Madrid: multicase control cancer study in Spain (MCC-Spain). *Environmental Science and Pollution Research*, 24 (2017) 4755-4764.
- Miren Begoña Zubero, Elena Eguiraun, Juan José Aurrekoetxea, Aitana Lertxundi, Esteban Abad, Jordi Parera, **Fernando Goñi-Irigoyen** y Jesús María Ibarluzea. Changes in serum dioxin and PCB levels in residents around a municipal waste incinerator in Bilbao, Spain. *Environmental Research*, 156 (2017) 738-746.
- Sabrina Llop, Mario Murcia, Mar Alvarez-Pedrerol, Joan O. Grimalt, Loreto Santa-Marina, Jordi Julvez, **Fernando Goñi-Irigoyen**, **Mercedes Espada**, Ferran Ballester, Marisa Rebagliato y Maria-Jose Lopez-Espinosa. Association between exposure to organochlorine compounds and maternal thyroid status: Role of the iodothyronine deiodinase 1 gene. *Environment International*, 104 (2017) 83-90, ISSN 1873-6750.
- María Adoración Cortés, **Mikel Iriondo Agirre**, Lorea Álvarez Guerrico, Aintzane Orkaizagirre, Juncal Artieda Arandia. Vigilancia epidemiológica y ambiental de cryptosporidiosis en Gipuzkoa. *Revista Salud Ambiental*. Dic 2016
- Josune Olabarrieta, Oihane Monzón, Yolanda Belaustegui, **Jon-Iñaki Alvarez**, Saioa Zorita. Removal of TiO₂ nanoparticles from water by low pressure pilot plant filtration *Science of the Total Environment* 618 (2018) 551–560

- Boshra H.Y., Charro D., Lorenzo G., Sanchez I., **B. Lázaro**, Brun A., Abrescia N. G. DNA vaccination regimes against Schmallenberg virus infection in IFNAR^{-/-} mice suggest two targets for immunization. *Antiviral Research*. 2017 May; 141:107-115
- Ane Miren Castilla, Mario Murcia, Juan José Arrizabalaga, **Mercedes Espada**, Jordi Julvez, Mikel Basterrechea, Mar Alvarez-Pedrerol, Estarlich Marisa, Moreno Elena, Mónica Guxens, Jesús Viroque, Marisa Rebagliato. 2017. Comparison of urinary iodine levels in women of childbearing age during and after pregnancy. *European Journal of Nutrition*. ISSN 1436-6215
- Rodríguez-Dehli AC, Riaño-Galán IR, Fernández-Somoano A, Navarrete-Muñoz EM, **Espada M**, Vioque J, Tardón A. Hypovitaminosis D and associated factors in 4-year old children in northern Spain. *An Pediatr (Barc)*. 2017 Apr; 86(4):188-196. ISSN 1695-9531.

Comunicaciones:

- **A. Alonso, F. Goñi**, L. Abadía, Y. Cuetos y L. Díaz de Lezana. Undeclared Ingredients in Food Supplements. Póster presentado en RAFA 2017. Praga, noviembre 2017 “Objetivos y Requisitos de Calidad del Programa de Cribado Neonatal en el País Vasco” Comunicación oral presentada en el XVII Congreso SESPAS, XXV Reunión Científica de la SEE, Barcelona, 6-8 Septiembre de 2017
- “Secuenciación masiva como prueba de segundo nivel en Programas de Cribado Neonatal”. I Congreso Interdisciplinar de Genética Humana

1. SALUD MATERNO INFANTIL

1.1. Nacimientos

En 2017 se han producido un total de 17.441 nacimientos en la CAPV. En Bizkaia han nacido 8.884 (50,94%); 5.968 en Gipuzkoa (34,22%) y 2.589 en Álava (14,84%) (Tabla 64). Continúa el descenso en el número de nacimientos iniciado en 2011.

Tabla 64. Evolución del número de nacimientos por Territorios Históricos en la CAPV. 2013-2017.

Territorio	2013	2014	2015	2016	2017
Álava	2.718	2.993	2.882	2.761	2.589
Bizkaia	10.172	10.094	9.674	9.450	8.884
Gipuzkoa	6.680	6.720	6.742	6.420	5.968
CAPV	19.570	19.807	19.298	18.631	17.441

FUENTE: Registro de bebés recién nacidos de la CAPV.

Respecto al tipo de alimentación que han recibido los bebés nacidos en el periodo 2012-2017 durante su tiempo de permanencia en la maternidad, sigue siendo netamente predominante la lactancia natural (Tabla 65)⁷.

Tabla 65. Evolución de porcentaje de los tipos de alimentación de bebés recién nacidos en la CAPV. 2013-2017.

Alimentación	2013	2014	2015	2016	2017
Natural	70	68	71	72	72
Artificial	12	12	11	11	10
Mixta	17	18	17	16	16
No consta	1	1	2	1	1

FUENTE: Registro de bebés recién nacidos de la CAPV.

El porcentaje de bebés recién nacidos con bajo peso (<2.500 gr) ha descendido levemente en 2017 (Tabla 66).

Tabla 66. Porcentaje de bebés recién nacidos de bajo peso (<2.500 g) en la CAPV. 2013-2017.

Territorio	2013	2014	2015	2016	2017
Álava	7,9	7,8	7,7	9,0	7,5
Bizkaia	7,3	8,0	7,7	8,0	6,9
Gipuzkoa	7,0	7,3	7,0	6,7	7,0
	7,3	7,7	7,5	7,7	7,0

FUENTE: Registro de bebés recién nacidos de la CAPV.

El porcentaje de partos por vía abdominal ha sido más frecuente en el sector privado que en el público: el 25,59% del total de partos que han tenido lugar en el sector privado se ha realizado mediante cesárea,

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

aunque muestra una tendencia descendente. En el sector público, ese porcentaje ha sido del 14,37%. (Tabla 67).

Tabla 67. Evolución del porcentaje de partos por vía abdominal (cesárea) en la CAPV. 2013-2017.

	2013		2014		2015		2016		2017	
	Público	Privado	Público	Privado	Público	Privado	Público	Privado	Público	Privado
Abdominal	14,00	30,67	14,56	29,80	13,77	29,98	13,66	26,22	14,37	25,59

FUENTE: Registro de bebés recién nacidos de la CAPV.

Según la edad de la madre, el mayor número de nacimientos (35,54%) se ha producido en el grupo de 30-34 años, seguido del de 35-39 años (34,27%). El correspondiente a madres menores de 20 años ha representado el 1,21 % del total, y el de madres de 40 años o más ha supuesto el 9,99 %, porcentaje que se va incrementando en los últimos 10 años. (Tabla 68).

Tabla 68. Proporción de nacimientos por grupo de edad de la madre en la CAPV. 2013-2017

Edad	2013	2014	2015	2016	2017
<14	0,01	0,03	0,02	0,02	0,02
15-19	1,23	1,23	1,14	1,17	1,20
20-24	3,98	4,50	4,07	4,38	4,32
25-29	13,67	13,61	13,27	13,25	13,31
30-34	39,07	38,33	37,57	36,34	35,54
35-39	34,37	34,49	35,12	34,78	34,27
≥40	7,57	7,77	8,45	9,47	9,99
No consta	0,11	0,04	0,37	0,59	1,35
<30	18,89	19,37	18,05	18,82	18,85
≥30	81,12	80,59	81,14	80,59	79,80
<17	0,24	0,24	0,18	0,18	0,13

FUENTE: Registro de bebés recién nacidos de la CAPV.

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

El Programa de Cribado Neonatal de Enfermedades Congénitas ha estudiado en 2017 a 17.387 bebés recién nacidos vivos, 17.365 nacidos en domicilio o centros de la CAPV, y 22 en otra Comunidad Autónoma o en el extranjero⁸. Los casos detectados según diferentes diagnósticos, incluyendo los portadores, han sido 352, de los cuales se exponen los más significativos (Tabla 69).

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

Tabla 69. Casos inicialmente detectados de enfermedades congénitas en la CAPV durante 2013-2017.

Enfermedades Congénitas	2013	2014	2015	2016	2017
Hipotiroidismo congénito	7	10	3	1	4
Hiperfenilalaninemia permanente	2	2	1	0	0
Hiperfenilalaninemia permanente benigna	0	0	2	0	1
Hiperfenilalaninemia transitoria	0	1	8	1	1
MCADD	2	0	2	2	0
Fibrosis Quística clásica	0	3	1	3	1
Fibrosis Quística no clásica	0	0	0	0	0
Enfermedad de células falciformes	3	4	6	4	4
Acidemia Glutárica tipo I	0	0	0	0	1
Adidemia Isovalérica	0	2	0	1	0
Homocistinuria	0	1	0	1	0
Totales	14	23	23	13	12

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

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

1.3. Programa de cribado auditivo neonatal de Euskadi

La hipoacusia en la infancia constituye un importante problema de salud, ya que condiciona el desarrollo del lenguaje y el aprendizaje, repercutiendo en el desarrollo emocional y social de la población infantil afectada. La prevalencia de la hipoacusia en recién nacidos/as (RN) y lactantes se estima entre 1,5 y 6,0 casos por 1.000 nacidos/as vivos/as (datos estimados por la OMS según grado de hipoacusia).

En Euskadi el programa de detección precoz de la sordera infantil (DPSI) se inició en el año 2003 con una implantación progresiva en los todos centros con área de maternidad, tanto públicos como privados. Se estableció como prueba de cribado las Otoemisiones Acústicas (OEA) realizadas en varias fases con el fin de evitar los falsos positivos. En el año 2012 se rediseñó el programa sustituyendo el cribado con OEA por los Potenciales Evocados Auditivos automatizados (PEAa), prueba considerada como gold estándar a nivel internacional, ya que permite explorar hasta mesencéfalo toda la vía auditiva de los/las RN.

El programa de cribado auditivo consta de una fase I de cribado que se realiza en todos los centros públicos y privados con área de maternidad. Los/las recién RN que no pasan la fase I del cribado, son derivados a una fase II de diagnóstico y seguimiento que se realiza en centros de referencia de casos de hipoacusia ubicados en los servicios de otorrinolaringología ORL de los cuatro Hospitales Universitarios de Osakidetza.

1.3.1. Resultados Fase I

El programa de cribado auditivo neonatal de Euskadi ha obtenido una alta cobertura (99,85%) en su fase I (Tabla 70). Datos similares al año 2016 (99,6%). Asimismo, el porcentaje de casos con hipoacusia de algún tipo (unilateral o bilateral) detectados en esta fase ha sido del 0,91% (1,4% en 2016).

Tabla 70 .Resultados en fase I (cribado). Año 2017

	ARABA	BIZKAIA I (Basurto)	BIZKAIA II (Cruces)	GIPUZKOA	CAPV 2017	CAPV 2016
Cobertura programa (%)	99,92	99,97	99,65	99,90	99,85	99,59
Test auditivos normales	2.548	4.041	4.735	5.870	17.194	18.137
% de test auditivos normales	99,06	99,70	99,08	98,70	99,63	98,5
RN con hipoacusia unilateral	15	8	31	50	104	194
% RN Hipoacusia Unilateral	0,58	0,20	0,65	0,84	0,60	1,05
RN con hipoacusia bilateral	9	6	12	27	54	70
% RN Hipoacusia Bilateral	0,35	0,15	0,25	0,45	0,31	0,38
RN con Resultado anormal Fase I (%)	0,93	0,35	0,90	1,29	0,91	1,43

Fuente: Programa de cribado auditivo neonatal de Euskadi.

1.3.2. Resultados Fase II de diagnóstico

En la fase II de diagnóstico ha alcanzado una cobertura del 94,3 % en 2017 idéntica cifra a la del año 2016. En 7 casos no se pudo realizar esta fase en los hospitales de Osakidetza por traslados de los casos a estudio a otra CCAA o por fallecimiento. Finalmente, se detectaron 37 casos con hipoacusia uni o bilateral lo que supone un 2,1 por 1.000 de los/las RN estudiados (Tabla 71). Cifras similares al año 2016 (35 casos y 1,9 por mil).

Tabla 71 .Resultados de cribado en fase II (diagnóstico). Año 2017

	ARABA	BIZKAIA I (Basurto)	BIZKAIA II (Cruces)	GIPUZKOA	CAPV 2017	CAPV 2016
Nº de casos estudiados Fase II	18	14	42	75	149	265
Fase II no realizada en la CAPV*	4	0	1	2	7	15
% Cobertura cribado	75,0	100	97,67	97,40	94,30	94,3
Test auditivos normales	13	3	32	64	112	222
% de test auditivos normales	72,22	21,43	76,19	85,33	75,17	88,8
Nº casos con hipoacusia unilateral	2	6	5	6	19	18
Nº casos con hipoacusia bilateral	3	5	5	5	18	17
Casos/1.000 RN con Hipoacusia Fase II (%)	1,9	2,7	2,1	1,8	2,1	1,9

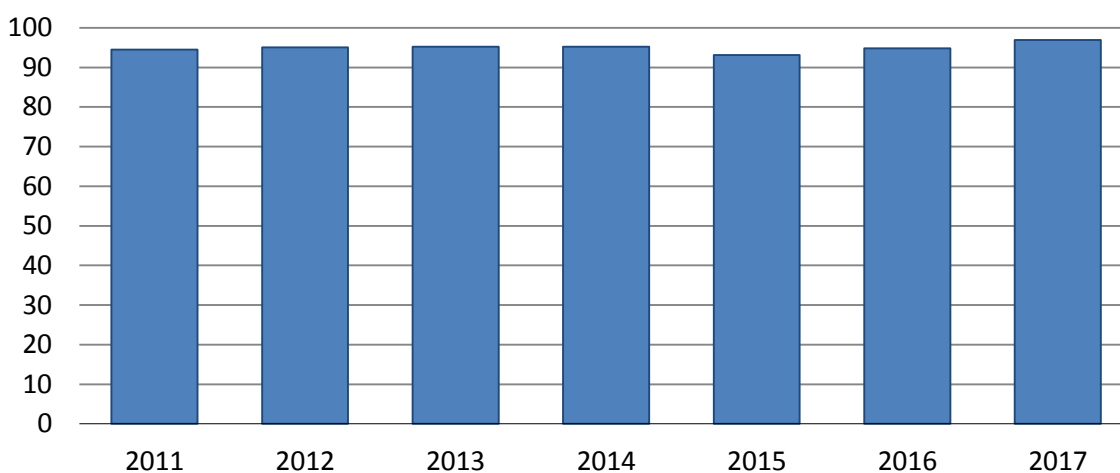
Fuente: Programa de cribado auditivo neonatal de Euskadi.

1.4. Programa de vacunaciones

Durante el año 2017 el Departamento de Salud ha introducido un nuevo esquema de vacunaciones en la primovacuna de difteria, tétanos, tosferina, poliomielitis, heamophilus influenzae b y hepatitis B (DTPa-VPI-Hib-VHB), se ha cambiado la pauta de 4 dosis (esquema 3+1) por una pauta de 3 dosis (esquema 2+1).

Durante el año 2017, las coberturas vacunales se han mantenido en niveles aceptables superando el 95% en la serie primaria infantil. (Figura 89).

Figura 89. % de cobertura vacunal serie primaria (2 o 3 dosis) de Difteria, Tétanos, Tos ferina, Poliomielitis, Hepatitis B y Haemophilus influenzae b.



FUENTE: Dirección de Salud Pública y Adicciones

En el año 2017, las coberturas vacunales estimadas para el calendario vacunal infantil han alcanzado los siguientes niveles (Tabla 72).

Tabla 72. Cobertura vacunal para el resto de las vacunas del Calendario vacunal infantil en el País Vasco. 2017.

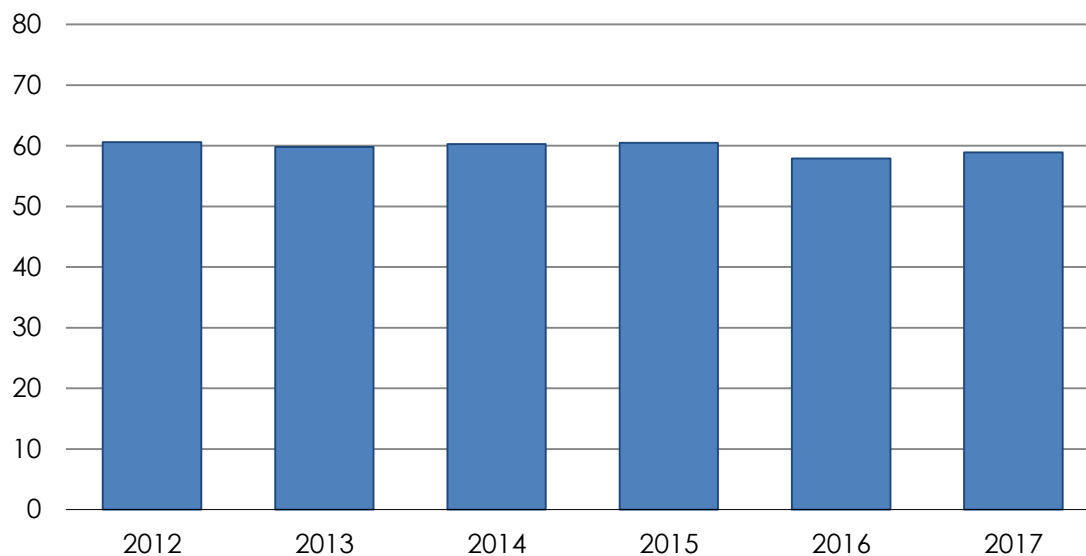
Vacunas	Cobertura CAPV
Meningococo C (2ª dosis)	93,4
Neumococo conjugada (2ª dosis)	95,6
Triple Vírica (1ª dosis)	96,0
Triple Vírica (2ª dosis)	94,7
Virus del Papiloma Humano (niñas de 6º EPO)	90,5
Difteria-Tétanos-Tosferina (dTpa) (6 años)	90,3
Tétanos-difteria (Td) 16 años	89,6

FUENTE: Dirección de Salud Pública y Adicciones.

La campaña de vacunación antigripal, llevada a cabo en los meses de octubre y noviembre del 2017, se ha dirigido, como otros años, a los grupos de personas con mayor riesgo de sufrir complicaciones graves

relacionadas con la enfermedad gripal. La cobertura vacunal en mayores de 64 años ha alcanzado el 58,9%. La cobertura vacunal antigripal ha sufrido un descenso desde la pandemia gripal de 2009 (Figura 90).

Figura 90. Evolución del % de cobertura vacunal antigripal en población >64 años. CAPV 2012-2017.



FUENTE: Dirección de Asistencia Sanitaria. Osakidetza

1.5. Prevención del VIH e infecciones de transmisión sexual

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

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

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

Por otra parte, Osakidetza dispone de tres consultas específicas de infecciones de transmisión sexual (una por territorio), en las que se realiza una labor de asistencia clínica y prevención. Los casos de sífilis y gonococia han aumentado con relación a los años prececentes. (Figuras 91 y 92).

Figura 91. Casos de sífilis en los Servicios de ITS de Osakidetza

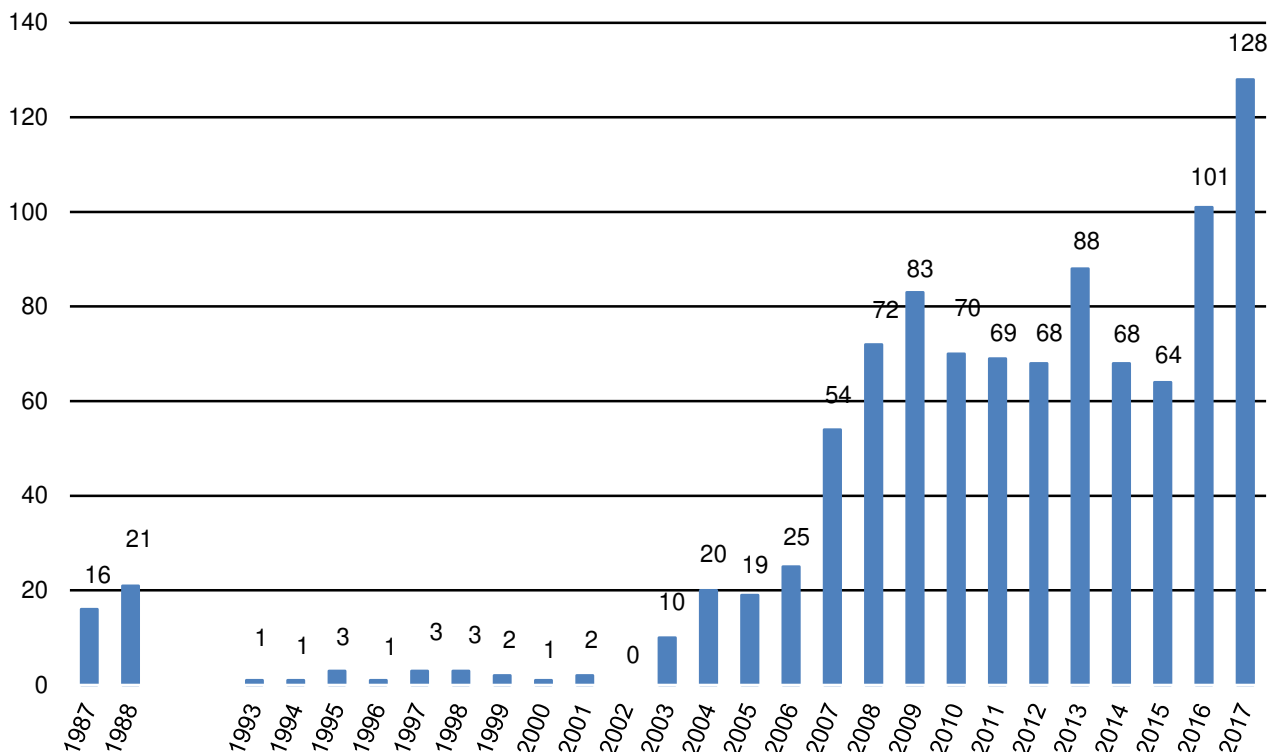
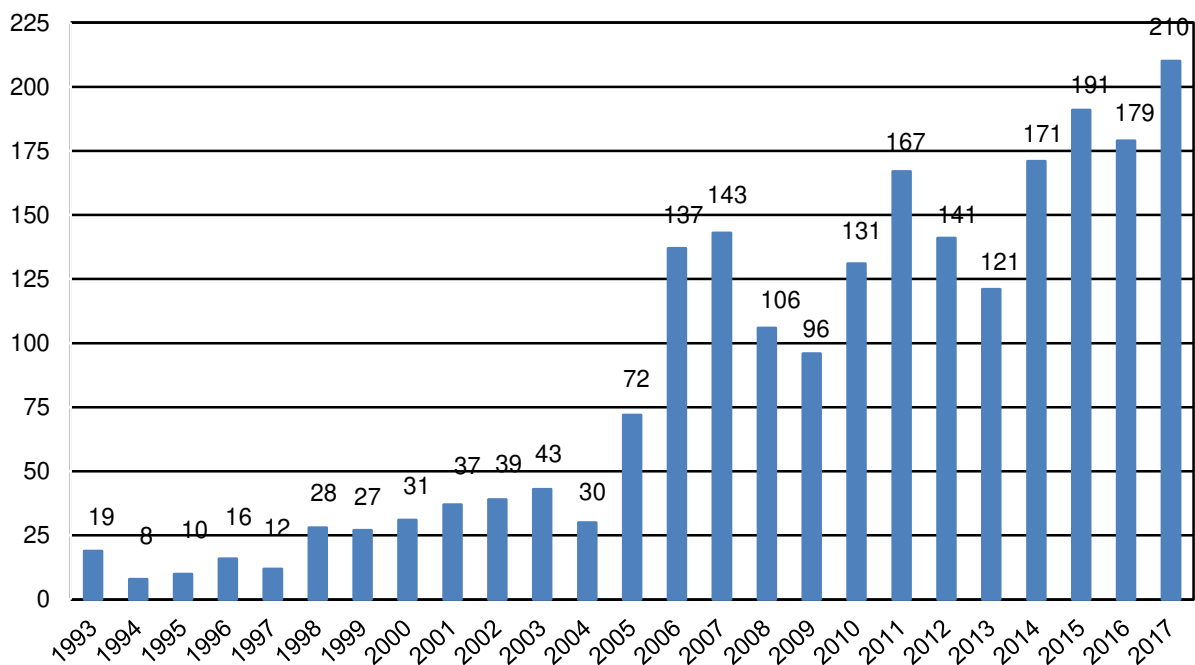


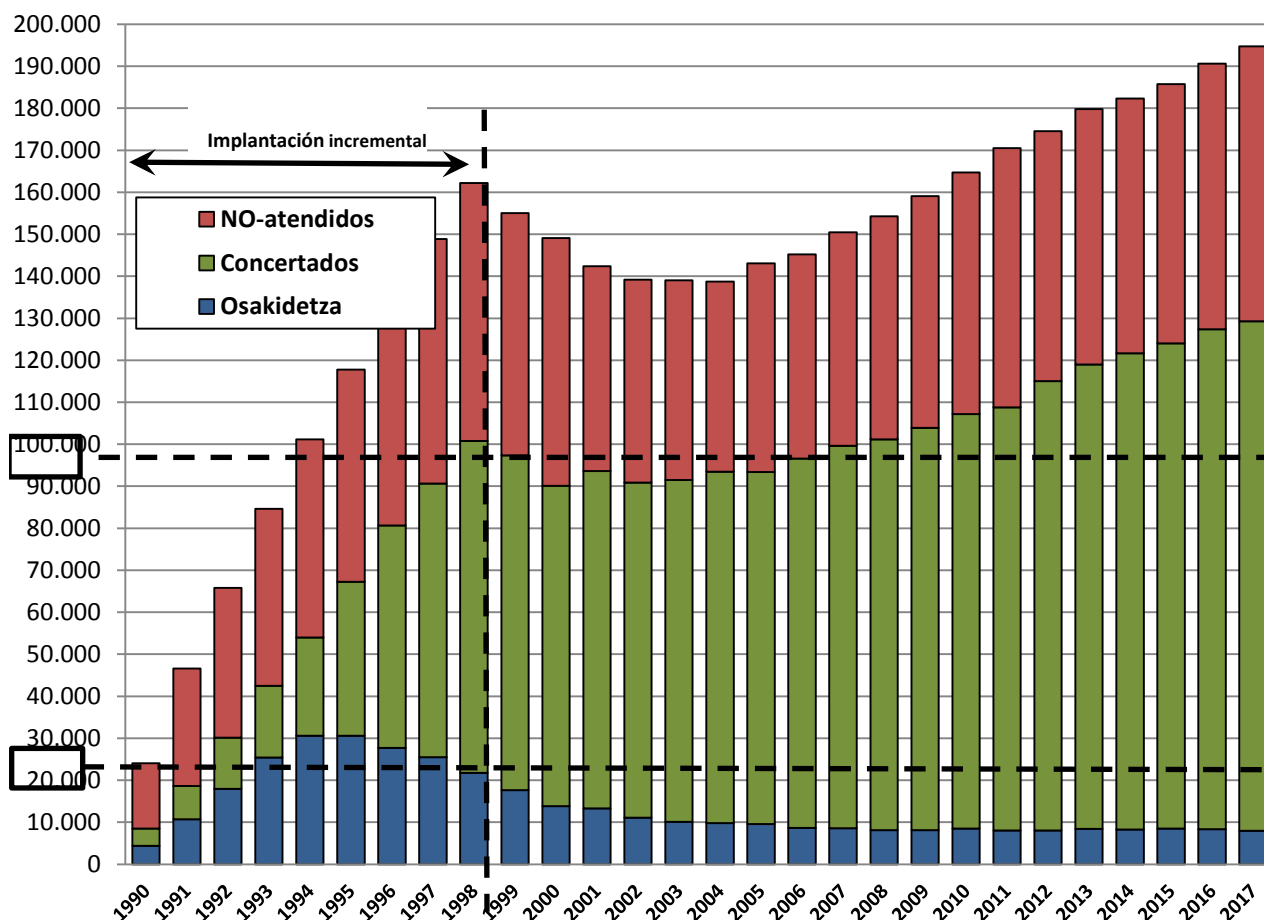
Figura 92. Casos de gonococia en los Servicios de ITS de Osakidetza



1.6. Programa de asistencia dental infantil (PADI)

El PADI garantiza asistencia dental básica y de calidad a todas las niñas y niños desde los 7 a los 15 años, dispensando cuidados preventivos y tratamientos reparadores en dentición permanente, mediante una extensa red de más de 1.000 dentistas de familia⁹. En 2017, atendió a 129.290 niñas y niños de los 194.752 en esas edades residentes en la CAPV. Dos de cada tres (66,37%) utilizaron el PADI en 2017 (Figura 93)

Figura 93 Evolución del número de casos atendidos por el PADI según tipo de proveedor de servicio



La frecuencia media de utilización desde los 7 a los 15 años es de 6,4 ejercicios sobre los 9 de cobertura. Algo más de una cuarta parte (el 29% en 2017) de las niñas y niños que cumplen 15 años utilizaron el PADI en todos y cada uno de los 9 ejercicios en que estuvieron incluidos. A esa edad de 15 años, el 92,6% de las niñas y niños de la CAPV han utilizado el sistema de asistencia del PADI.

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

⁹ La mayor parte son dentistas del sector privado, más de la mitad de los/las actualmente colegiados/as en la CAPV, concertados/as al efecto por el Departamento de Salud. El resto son dentistas de Osakidetza. (FUENTE: Servicio Dental Comunitario. Osakidetza)

Asistencia dispensada por los/las dentistas del PADI en 2017 en dentición permanente, junto al porcentaje (perfil) que representa por cada 100 niños o niñas, tanto en procedimientos preventivos como reparadores. (Tabla 73).

Tabla 73 Asistencia dental dispensada en el PADI en 2017

Asistencia dispensada	Número	Perfil %
Asistencia general		
Selladores	17.260	13,35
Obturaciones	19.999	15,47
Extracciones	1.367	1,06
Tratamientos pulpares	366	0,28
Niños revisados	129.290	100
Asistencia adicional (por traumatismos)		
Obturaciones	623	0,48
Reconstrucciones	1.440	1,11
Apicoformaciones	19	0,01
Endodancias	136	0,11
Coronas	36	0,03
Extracciones	18	0,01
Mantenedores	4	0,003
Niños atendidos por traumatismo	1.654	1,28

FUENTE: Servicio Dental Comunitario. Osakidetza.

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

La estrategia de Salud Dental adoptada ha logrado reducir drásticamente la prevalencia de caries en la población infantil. Si, en 1988, el porcentaje de niños libres de experiencia de caries (CAOD=0) era 86% (7 años), 31% (12 años) y 18% (14 años); en 2008 había aumentado hasta 98% (7 años), 74% (12 años) y 61% (14 años). La mejora se ha producido en todas las clases sociales, si bien aún persiste un gradiente que relaciona la salud dental y su adecuada asistencia con la condición social¹⁰. Este nuevo escenario epidemiológico requerirá complementar la estrategia poblacional vigente con acciones específicas sobre los grupos de riesgo que concentren la caries remanente.

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

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

1. IMPULSO DE POLÍTICAS QUE APOYAN LA SALUD

Objetivo

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.

Actuaciones

1.1. Sensibilización

Durante 2017 se ha continuado con las estrategias de reforzar la sensibilización de cargos políticos y técnicos y de mantener la difusión del cuaderno “Salud y Desarrollo urbano sostenible. Guía práctica para el análisis del efecto en la salud de iniciativas locales de urbanismo” en los niveles local, supramunicipal y territorial para mejorar la salud de la población mediante entornos saludables. Se ha incidido en aquellos municipios que están desarrollando procesos comunitarios y en aquellos que han solicitado subvención para el desarrollo de proyectos para la promoción de la actividad física en el ámbito local. Presentación de la Guía en:

- La “V Jornada Vigilancia de la Salud Pública: Integración de nuevos conocimientos y experiencias en la Vigilancia de la Salud Pública” organizada por el Grupo de trabajo de Vigilancia Epidemiológica de la Sociedad Española de Epidemiología en la Agència de Salut Pública de Catalunya en Barcelona
- Jornada organizada por la Delegación de Bizkaia del Colegio Oficial de Arquitectos Vasconavarro (COAVN) en colaboración con los Departamentos de Salud y de Medio Ambiente, Planificación Territorial y Vivienda del Gobierno Vasco.

1.2. Formación

Curso de formación avalado por el IVAP y organizado por el Departamento de Sostenibilidad y Medio Natural de la Diputación Foral de Bizkaia. Dirigido al personal técnico del Servicio de Calidad Ambiental de la Dirección General de Medio Ambiente del Departamento de Sostenibilidad y Medio Natural (1ª edición); 2ª edición personal técnico de la Sección de Ordenación Territorial y del Servicio de Planeamiento Urbanístico ambas pertenecientes a la Dirección General de Cohesión del Territorio del Departamento de Transportes, Movilidad y Cohesión del Territorio.

Derivado de estos cursos el órgano ambiental de la Diputación se comprometió a incorporar las recomendaciones de salud al expediente de EAEPP lo que obligaría a los Ayuntamientos a la aceptación de las propuestas o a la denegación motivada de las mismas.

2. CREACIÓN DE ENTORNOS FAVORABLES

Objetivo

Promover la creación de entornos que propicien los apoyos físicos, sociales, económicos y culturales que favorezcan las elecciones saludables.

Actuaciones

2.1. Ayudas para la promoción de la actividad física a nivel local

Las Ayudas para la promoción de la actividad física a nivel local, están orientadas a la población general con el objetivo de fomentar la actividad de caminar. Se ha mantenido la partida presupuestaria de 292.000 euros para incentivar a las entidades locales al fomento de la práctica de actividad física en el entorno local. Se han subvencionado 115 proyectos presentados por 96 entidades locales, cifras muy similares a la del año anterior y que encajan con los datos previstos para esta edición.

Ayudas 2017	AF	AYUNTAMIENTOS SUBVENCIONADOS	PROYECTOS SUBVENCIONADOS	Cuantía (€)
ARABA		15	16	43.672,72
BIZKAIA		44	51	126.505,08
GIPUZKOA		37	48	121.822,20
TOTAL		96	115	292.000,00

Las actuaciones objeto de subvención fueron la adecuación y dinamización de recorridos o paseos en entornos urbanos y periurbanos para la promoción del ocio activo así como para facilitar la movilidad activa en los desplazamientos habituales y/o la promoción del ocio activo y la creación de redes locales o equipos de intervención comunitaria que coordinen acciones y estrategias dirigidas a la promoción de la actividad física y la prevención del sedentarismo.

2.2. Ayudas para la promoción de la actividad física en el entorno escolar

La Dirección de Salud Pública y Adicciones ha mantenido la línea de ayudas dirigidas a las Asociaciones de Madres y Padres de Alumnos y Alumnas (AMPAs) y a las Cooperativas de Enseñanza titulares de centros docentes de enseñanza no universitaria, para el desarrollo de acciones orientadas a promocionar la movilidad activa entre el alumnado. Se ha mantenido la dotación de 94.000 €.

En la convocatoria 2017 se ha mantenido el criterio establecido el año anterior de facilitar a las asociaciones el desarrollo íntegro del proyecto, por lo que se priorizó conceder mayor cantidad de dinero a menor número de asociaciones. El número total de proyectos subvencionados ha sido de 30, similar al del año pasado.

Ayudas EB 2017-2018	PROYECTOS SUBVENCIONADOS	Cuantía (€)
ARABA	7	20.121,52
BIZKAIA	14	46.948,48
GIPUZKOA	9	26.930,00
TOTAL	30	94.000,00

La finalidad de estas ayudas ha sido financiar durante el curso escolar 2017-2018 la creación y dinamización de caminos escolares, orientados a aprovechar las oportunidades que ofrecen los espacios urbanos para los desplazamientos activos y seguros.

2.3. Evaluación de las ayudas para el desarrollo de acciones orientadas a promocionar la movilidad activa entre el alumnado

En 2017, se ha realizado una evaluación de las ayudas dirigidas a Asociaciones de Madres y Padres de alumnas y alumnos y Cooperativas de Enseñanza, para el desarrollo de acciones orientadas a promocionar la movilidad activa entre el alumnado de la Comunidad Autónoma del País Vasco, otorgadas durante los cursos escolares 2015-2016 y 2016-2017. En estas convocatorias se subvencionaron 52 proyectos en la convocatoria de 2015/16 y 29 proyectos en la de 2016/17. El número de proyectos tomados como muestra para este estudio fue de seis por territorio (un total de 18 proyectos), elegidos con puntuaciones de valoración altas, medias y bajas en cada convocatoria.

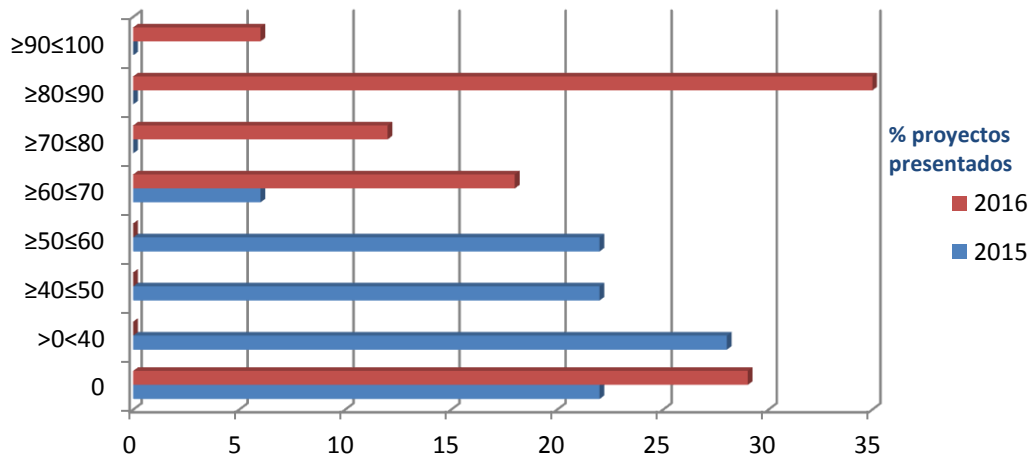
Para el diseño de los criterios de evaluación se recogieron y adaptaron los criterios de evaluación de intervenciones y procesos descritos en la "Guía metodológica para el abordaje de la salud desde una perspectiva comunitaria". Se definieron, por un lado, criterios para la evaluación de la intervención de desarrollo de un camino escolar y por otro lado, criterios para la evaluación del proceso comunitario derivado de dicha intervención.

A. EVALUACIÓN DE LA INTERVENCIÓN:

1. Seguimiento del plan de acción:

En 2016 se han denegado ayudas a un mayor porcentaje de proyectos (a un 29% frente al 22% de 2015) pero a los proyectos a los que se les concedieron ayudas, la cantidad concedida a cada uno fue mayor (entre el 60% y el 100% de lo solicitado) que en el 2015 (entre el 26% y el 60%) del presupuesto solicitado. (Figura 94).

Figura 94: Cantidad económica concedida respect a la solicitada



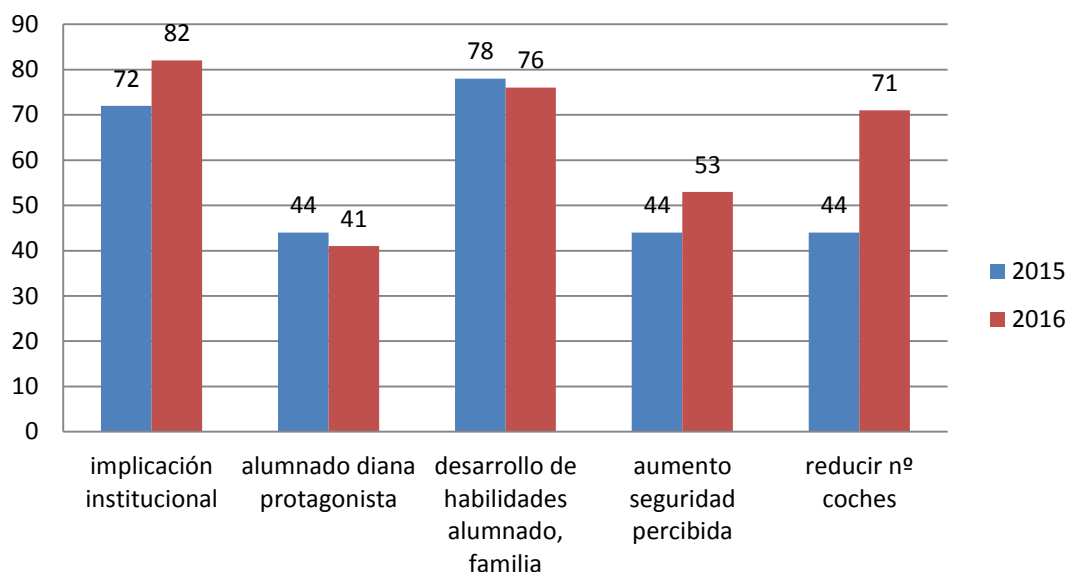
2. Calidad de las intervenciones:

En la convocatoria 2016 han disminuido el número de centros públicos que han solicitado la ayuda y aumentado el número de centros concertados.

El número de proyectos presentados en 2016 que han tenido en cuenta a colectivos más desfavorecidos en cuanto a género, país de origen, estatus socioeconómico, etc., ha disminuido a un 6% frente al 17 % de 2015. Los proyectos de AMPAS de municipios con índice de privación que reflejan realidades más desfavorecidas (índice 4 o 5) solicitan menos ayudas que los de índice 1 y 2.

En la convocatoria de 2016 ha mejorado significativamente la disminución del número de coches (de un 44% a un 71%) y en menor medida el aumento de la seguridad percibida (de un 44% a 53%) y el grado de implicación institucional (de un 72% a un 82%). El desarrollo de habilidades en el alumnado y en la familia disminuye algo, sin bajar del 76%. Sin embargo, el trabajar con el alumnado como protagonista de todo el proceso se mantiene en cifras bajas (44%-41%). (Figura 95).

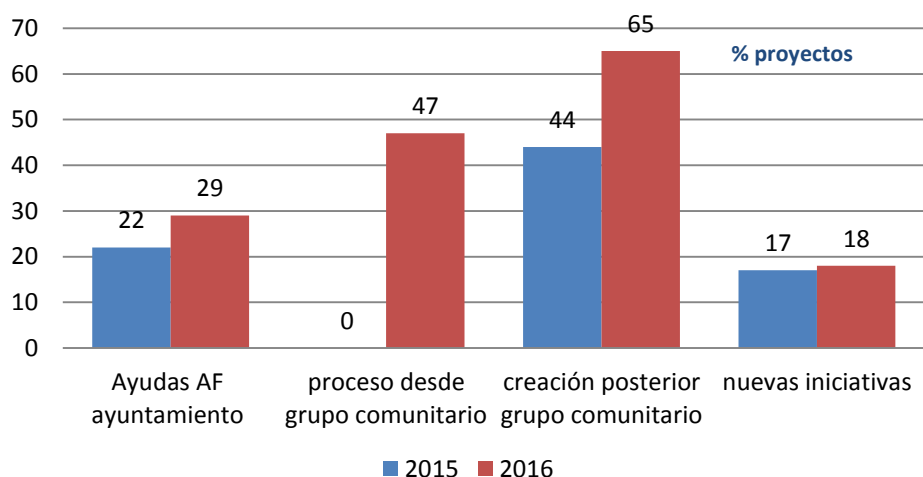
Figura 95: Inclusión de criterios de calidad



B. EVALUACIÓN DEL PROCESO COMUNITARIO

Se observa un claro avance en cuanto a la implicación de los ayuntamientos en estos proyectos y en el surgimiento de nuevos procesos comunitarios con cierta estabilidad vinculados a los proyectos de caminos escolares. El 44% y 65% de los proyectos presentados, correspondientes al curso 2015/2016 y 2016/2017 respectivamente, han creado un grupo comunitario para trabajar el proyecto y llevarlo a cabo. (Figura 96). Sin embargo, no se observan apenas nuevas iniciativas en promoción de la salud a partir de estos grupos comunitarios.

Figura 96: Grado de autonomía de la comunidad



Se observa un aumento del % de proyectos que mantienen unas relaciones estables entre las personas protagonistas del proceso y del % de los proyectos que han transmitido a la comunidad el proceso.

En la última convocatoria ha aumentado la participación de diferentes entidades en el desarrollo del camino escolar, sin embargo, el número de proyectos que han contado con grupos sociales de diferente índole (inmigración, género, edad, etc.) ha disminuido en un 5%.

Conclusiones:

1. La introducción de criterios específicos en la valoración de las ayudas facilita la participación y la coordinación entre diferentes agentes de la comunidad, mejorando la calidad de las relaciones entre las personas y grupos protagonistas del proceso.
2. Los proyectos de caminos escolares son una oportunidad para reorientar los grupos de trabajo intersectoriales creados.
3. Los procesos participativos generados van madurando hacia su propia autonomía, buscando nuevas necesidades en la comunidad y dando lugar a nuevas iniciativas que se traducen en acciones concretas para mejorar la salud de la población.
4. El personal técnico de Salud Pública/Promoción de la Salud de las comarcas de salud constituye un activo importante a la hora de impulsar y facilitar estos procesos.
5. Se ve necesario, a la hora de trabajar con estos nuevos procesos comunitarios, seguir buscando la colaboración de diferentes grupos sociales de la localidad, reforzando la atención especial a las desigualdades socioeconómicas y de género.

3. REFUERZO DE LA ACCIÓN COMUNITARIA

Objetivo

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

Actuaciones

3.1. Jornadas de Autoformación en salud comunitaria

El personal técnico de Promoción de la Salud y personal técnico de Salud Pública que realiza labores de Salud Comunitaria en su Comarca ha participado en seis jornadas de autoformación a lo largo del año 2017. El objetivo fue reflexionar sobre las claves para incorporar el abordaje comunitario de la salud al trabajo habitual en promoción de la salud, abordar los determinantes de la salud de una comunidad definida y potenciar mecanismos de participación comunitaria buscando espacios de encuentro que propicien el trabajo en red a nivel local.

Según los cuestionarios cuantitativos y cualitativos realizados al final de las mismas, las personas participantes se han sentido satisfechas e indican que les han servido para aportar un espacio de reflexión y de compartir conocimientos y experiencia, dificultades y posibles recursos para afrontarlas, un espacio donde aclarar dudas y afianzar conocimientos.

3.2. Impulso de procesos comunitarios locales

El trabajo en red consiste en crear alianzas para establecer objetivos compartidos y actuar cooperativamente para alcanzarlos mediante procesos participativos en los que intervienen los servicios públicos, las instituciones y la ciudadanía.

En los últimos años, en numerosos municipios de la CAPV se han creado espacios de encuentro o foros de participación locales orientados a la mejora de la salud de la ciudadanía, que han facilitado la puesta en marcha de diferentes intervenciones en la comunidad con mayor o menor participación tanto de los diferentes sectores como de la ciudadanía (Tabla 74).

Tabla 74: Procesos comunitarios

PROCESOS COMUNITARIOS				
Territorio	ARABA	BIZKAIA	GIPUZKOA	Total
Número de nuevos contactos iniciales realizados en 2017		4	3	7
Número de procesos comunitarios con grupo promotor constituido	2	19	36	57
Número de procesos comunitarios para la salud constituidos		9	34	43
Número de procesos comunitarios con diagnóstico comunitario realizado		7	24	31
Número de procesos comunitarios que han puesto en marcha intervenciones	2	7	32	41
Número de entidades con proceso comunitario en marcha que han solicitado ayudas en 2017 para la promoción de la actividad física		13	27	40
Número de AMPAS que participan en un proceso comunitario y han solicitado ayudas en 2017 para la promoción de la movilidad activa		4	9	13

3.3. Apoyar la creación de Redes de caminantes (Proyectos TIPI-TAPA) como facilitador de dinámicas comunitarias

El personal técnico que realiza labores de Promoción de la Salud en las Comarcas está impulsando, en diferentes municipios, la creación y dinamización de recorridos saludables a través de la participación de diferentes agentes de la comunidad (asociaciones, Ayuntamiento, servicios de salud, etc. así como la propia comunidad). En cada municipio se establecen varios recorridos atendiendo a las diferentes capacidades funcionales y se realizan convocatorias periódicas a lo largo del año. (Tabla 75) Esta actividad está muy extendida en la provincia de Gipuzkoa, donde se recogen con el nombre común de proyectos Tipi-tapa. En 2017 un total de 27 municipios tienen activas iniciativas de este tipo.

Tabla 75: Redes de Caminantes

Comarca salud	Municipios	Nº Participantes (computo medio en cada convocatoria)
Bidasoa	Hondarribia, Irun, Lezo, Pasaia	185
Tolosa Goierri	Hernani, Legazpi, Tolosa, Urnieta, Zumarraga –Urretxu, Beasain, Ordizia, Ibarra, Idiazabal, Lazkao, Legorreta, Alegia, Usurbil, Itsasondo, Asteasu, Ormaiztegi	874
Alto bajo Deba	Deba, Elgoibar, Antzuola	99
Urola	Azpeitia, Zarautz, Zumaia, Orio	67

3.4. Difusión del trabajo de abordaje comunitario

La Dirección de Salud Pública y Adicciones ha estado presente en diferentes foros presentando el trabajo en el abordaje de la salud desde una perspectiva comunitaria que se está llevando a cabo en el País Vasco:

- **Congreso Activos para la salud comunitaria**, Granada, Activos comunitarios APS-SP en el País Vasco. MESA3: Promoción de la salud desde la perspectiva comunitaria y enfoque de activos: Mi barrio mi pueblo.
- **Seminario de Políticas de promoción de la salud Comunitaria**. Seminario pre-congreso del Congreso Activos para la salud comunitaria, Granada, 22 y 23 de marzo 2017.
- **Jornadas OSATZEN**, Vitoria-Gasteiz, presentación de la estrategia comunitaria en la CAPV.

4. DESARROLLO DE APTITUDES PERSONALES PARA LA SALUD

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

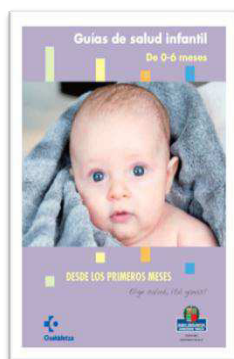
4.1.1. Infancia y Maternidad

4.1.1.1. Entorno sanitario

Con objeto de apoyar a los y las profesionales del ámbito sanitario en su labor de promoción y educación para la salud, desde la Dirección de Salud Pública y Adicciones se editan y publican anualmente una serie de materiales didácticos orientados a la salud materno-infantil. El material se distribuye en los Centros de Salud y Hospitales de Euskadi para ser entregado por el personal sanitario a las mujeres embarazadas y/o a los padres y madres cuando acuden a la consulta del control del niño y niña.

Relación de material didáctico:

Guías de Salud Infantil:



Desde los primeros meses



Desde el primer año



En la edad preescolar



En la edad escolar

[http://www.euskadi.eus/contenidos/informacion/salud_infancia_/es_def/adjuntos/Guias%20de%20salud%20infantil%20\(de%206-6%20meses\).pdf](http://www.euskadi.eus/contenidos/informacion/salud_infancia_/es_def/adjuntos/Guias%20de%20salud%20infantil%20(de%206-6%20meses).pdf)

http://www.ogasun.ejgv.euskadi.eus/r51-catpub/es/k75aWebPublicacionesWar/k75aObtenerPublicacionDigitalServlet?R01HNoPortal=true&N_LIBR=051404&N_EDIC=0003&C_IDIOM=es&FORMATO=.pdf

http://www.ogasun.ejgv.euskadi.eus/r51-catpub/es/k75aWebPublicacionesWar/k75aObtenerPublicacionDigitalServlet?R01HNoPortal=true&N_LIBR=051407&N_EDIC=0003&C_IDIOM=es&FORMATO=.pdf

http://www.ogasun.ejgv.euskadi.eus/r51-catpub/es/k75aWebPublicacionesWar/k75aObtenerPublicacionDigitalServlet?R01HNoPortal=true&N_LIBR=051403&N_EDIC=0003&C_IDIOM=es&FORMATO=.pdf

Guías de orientación a las familias respecto a la alimentación saludable, actividad física y sedentarismo, salud bucodental, tabaquismo, salud postural, salud sexual, establecimiento de límites, bienestar emocional, televisión y otras pantallas, control de redes sociales, etc.

Cartilla de salud infantil:

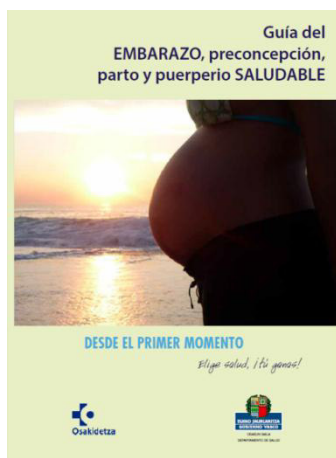


Documento para el registro de actividades preventivas (vacunas y controles periódicos de salud) así como información sobre salud y estilos de vida en las diferentes etapas de desarrollo infantil

http://www.euskadi.eus/contenidos/informacion/salud_infancia_/es_def/adjuntos/kartilla.pdf

http://www.euskadi.eus/contenidos/informacion/salud_embarazo_parto_posparto/eu_def/adjuntos/HAURDUNALDI,%20aurrekontzepzio.pdf

Guías de Salud maternal:

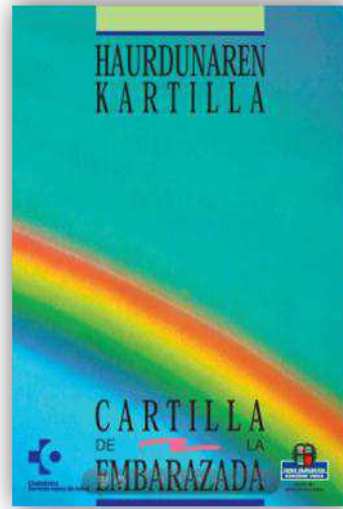


En el año 2017 Se ha editado e imprimido la nueva **Guía de embarazo, parto y puerperio saludable**. Esta guía sustituye a la de Vas a ser madre y recoge contenidos de la guía de Atención al parto normal. En ella se orienta a las mujeres que tengan intención de quedarse embarazadas o que ya lo estén sobre las opciones más saludables que pueden adoptar en las diferentes fases del proceso.

Cartilla de la embarazada:

Documento de registro de los controles sanitarios de la mujer embarazada.

En el 2017 se han distribuido unos 20.000 ejemplares de cada uno de ellos a través de servicios de maternidad y pediatría de Osakidetza.

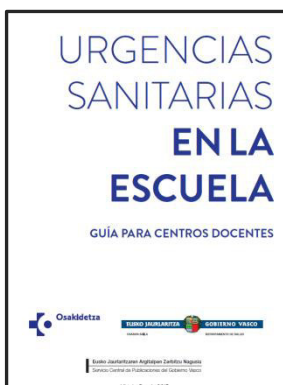


http://www.euskadi.eus/contenidos/informacion/salud_embarazo_parto_posparto/eu_def/adjuntos/haurdunaren_kartilla.pdf

4.1.1.2. Entorno escolar

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.

Documento:



Vídeos:



- Reanimación cardiopulmonar básica.
- Obstrucción de la vía aérea por cuerpo extraño.
- Convulsión.
- Asma.

4.1.2. Personas mayores

En 2017 se ha editado y publicado una guía para el envejecimiento activo y saludable con la intención 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.



http://www.euskadi.eus/contenidos/informacion/salud_envejecimiento_activo/eu_def/adjuntos/zahartze-aktiboa.pdf

4.1.2.1. Entorno laboral

Los programas de promoción de la salud en el lugar de trabajo tienen la posibilidad de llegar a una proporción importante de personas trabajadoras adultas, siendo un medio efectivo de promocionar conductas saludables. La Estrategia Mundial sobre el Régimen Alimentario, Actividad Física y Salud, que fue adoptada por la 57ª Asamblea Mundial de la Salud en mayo de 2004, establecía el entorno del lugar de trabajo como un área de acción importante para promocionar la salud y prevenir .

En este sentido, en junio, el área de Promoción de la Salud constituyó un grupo conjunto OSALAN – Salud Pública de Promoción de la Salud con la participación de personal de promoción de la salud y responsables de Salud Laboral de OSALAN.



Se desarrolló una **sesión clínica** en OSALAN, sobre cuál o cuáles deben ser los marcos o los modelos a seguir para la incorporación de la promoción de la salud en el ámbito laboral (modelo de los determinantes sociales de la salud, modelo de activos y salutogénesis,...) y sobre la necesidad de actuar con equidad en los diversos grupos que constituyen la población del ámbito laboral (personas activas y no activas, por grupos de edad, por género, por posición socioeconómica,...).

Se ha editado e imprimido 44.000 unidades de un calendario de mesa con información gráfica de ejercicios concretos para evitar los riesgos del sedentarismo durante la jornada laboral. Estos calendarios se han distribuido entre el personal del Gobierno Vasco y de Osakidetza.

4.2. Talleres de prevención de caídas en mayores

Los talleres de prevención de caídas en personas mayores son una intervención de carácter colaborativo interinstitucional y multifactorial para prevenir estos accidentes. La población-diana son las personas mayores autónomas de más de 64 años y tienen como objetivos:

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

A lo largo de 2017 se ha dado continuidad a los talleres de prevención de caídas para personas mayores en aquellos municipios donde ya se habían realizado con anterioridad (11 talleres) y, se ha extendido la experiencia a otros municipios y/o barrios (12 talleres).

Estos talleres han servido para identificar, visibilizar y relacionar activos locales posibilitando, en algunos casos, otras acciones en red; y en otros, afianzando el trabajo colaborativo entre los tres agentes principales (Ayuntamiento, Osakidetza y Salud Pública) del grupo promotor.

Territorio	Localidades	Nº talleres	Participantes
Araba	OZAETA, AGURAIN-SALVATIERRA, DULANTZI-ALEGRÍA, ARAIA, DULANTZI-ALEGRÍA	5	164
Bizkaia	BILBAO, BARAKALDO, SESTAO, PORTUGALETE, BALMASEDA, MUNDAKA, BERMEO, BERANGO, BASAURI	23	1.318
Gipuzkoa	DONOSTI –GROS-, DONOSTI-BIDEBIETA, DONOSTI-LOIOLA, DONOSTI-EGIA, ALEGI, LEGAZPI, TOLOSA, ARRASATE I, ARRASATE II DEBA, MENDARO, ITZIAR(Deba), IDIAZABAL: ERRENTERIA, DONOSTI-ALTZA, IRUN DONOSTI-INTXAURRONDO, ORMAIZTEGI	18	573
Total		46	2055

Bizkaia: A la iniciativa de 2016 de la OSI Bilbao Basurto de hacer una BOTTOM

UP para realizar talleres en sus zonas básicas de salud se ha sumado en 2017 la OSI Barakaldo-Sestao con un planteamiento similar para implantar los talleres en las zonas básicas de salud de Barakaldo.

4.3. Ayudas para la mejora de la calidad de vida de personas enfermas y sus familias

Con la finalidad de contribuir al conocimiento de la enfermedad y su tratamiento por parte de personas enfermas y sus familias y de promover conductas saludables para la mejora de su calidad de vida anualmente se ofertan ayudas dirigidas a Asociaciones sin ánimo de lucro formadas por personas enfermas y sus familias. Los proyectos y actividades subvencionados están relacionados con patologías diversas como cáncer, diabetes, problemas nutricionales, problemas neurodegenerativos y neuromusculares, enfermedades psíquicas, etc. En el año 2017 se ha destinado una partida de 300.000 € para este fin y han sido subvencionados un total de 110 proyectos correspondientes a 63 entidades, cifras similares al año 2016.

Ayudas CV 2017	ENTIDADES SUBVENCIONADAS	PROYECTOS SUBVENCIONADOS	Cuánta (€)
ARABA	18	35	94.302,61
BIZKAIA	22	37	89.474,24
GIPUZKOA	23	38	116.223,15
TOTAL	63	110	300.000,00

5. Colaboración con proyectos de Gobierno

5.1. 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, han mantenido durante 2017 el plan estratégico común para la promoción de la actividad física en Euskadi.

Durante 2017 el personal técnico de Salud Pública ha trabajado para mantener y fortalecer redes MUGIMENT en los 8 municipios iniciales, impulsando la creación de 8 nuevas redes de trabajo intersectorial para la promoción de la actividad física. (Tabla 76)



Tabla 76: Redes Mugiment

	MUGISARES	LOCALIDADES
ARABA	4	Vitoria-Gasteiz; Kuartango; Urkabustaiz; Zuia
BIZKAIA	6	Bilbao; Durango; Ermua; Gordexola; Getxo, Sestao
GIPUZKOA	6	Donostia; Aretxabaleta; Lezo, Ordizia; Orio, Errenteria
Total	14	

Servicios de orientación de Actividad física

Las Direcciones de Salud Pública y Adicciones y de Actividad Física 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 la Diputación Foral de Gipuzkoa, se puesto en marcha servicios de orientación de actividad física en los siguientes municipios: Aretxabaleta, Lezo, Beasain, Donostia (2), Azpeitia, Zarautz y Elgoibar.

Para ello se ha colaborado en la redacción de la Guía para los servicios de orientación de actividad física, donde se establecen pautas que ayuden a los servicios de salud y a los de deportes de un determinado municipio que vayan a llevar a cabo esta orientación.

- **OSASUN ESKOLA.**

El área de Promoción de la Salud de la Dirección de Salud Pública y Adicciones ha colaborado durante 2017 con Osakidetza en el desarrollo de un Plan Estratégico 2018-2020 para Osasun Eskola así como en la revisión del plan de comunicación y página web de este proyecto.

6. Inclusión de la perspectiva de género

En todos los proyectos de trabajo, programas, edición de materiales, publicación de ayudas, etc., del área de Promoción de la Salud de la Dirección de Salud Pública y Adicciones se tiene en cuenta el principio de incorporación de la perspectiva de género.

- Ofreciendo especial atención a las desigualdades sociales en salud facilitando las oportunidades de acceso a colectivos desfavorecidos, en los que se prioriza el género.
- Reflejando los principios de igualdad entre hombres y mujeres, evitando el uso sexista del lenguaje, así como el uso de una imagen estereotipada y sexista de la mujer.
- Evitando imágenes o comentarios que puedan inducir a discriminación por razón de sexo.

Así mismo, y de forma específica, se incluye la perspectiva de género en los siguientes programas:

Abordaje de la salud desde una perspectiva Comunitaria.

En el trabajo en salud Comunitaria se abordan los Determinantes Sociales de la Salud desde una perspectiva diferente a la de la política sanitaria habitual y más cercana a la realidad del contexto, alineándose las acciones con las personas y su entorno próximo. De esta forma, se considera a la mujer como un grupo heterogéneo en la que se entremezclan diferentes determinantes que influyen en su salud (mujer e inmigración, pobreza, trabajo, cuidados, etc.) y que se estudian y tienen en cuenta a la hora de averiguar las necesidades en salud de las diferentes mujeres así como los activos existentes en su entorno que puedan mejorar su salud y bienestar.

Desarrollo de aptitudes personales para la salud: Materiales de educación sanitaria.

Se ha publicado una guía de salud para la mujer que incluye las etapas de preconcepción, parto y puerperio, respetando cada momento y considerando a la mujer como principal protagonista de su propio proceso. Se considera la opción de que pueda haber una figura de hombre que acompañe a la mujer en este proceso, pero contemplando otras opciones en las que no se cumpla el ideario costumbrista de binomio hombre/mujer como integrantes de la unidad familiar. Se contempla también diferentes determinantes sociales que rodean a la mujer y que influyen en sus opciones de vida a la hora de elegir una determinada alimentación, oportunidades de práctica de actividad física, lugar y forma elegida para el parto, opciones de lactancia, etc.

Promoción de la actividad física: Orden de Ayudas

En todas las ayudas que se publican desde el área de Promoción de la Salud se incluye, dentro de los criterios de valoración de las solicitudes presentadas, el ítem de “atención especial a las desigualdades socioeconómicas y de género”, en la que se valora específicamente la atención a las desigualdades de género para la participación en la actividad.

En el año 2017 se realizó una evaluación de las ayudas dirigidas a Asociaciones de Madres y Padres de alumnas y alumnos y Cooperativas de Enseñanza, para el desarrollo de acciones orientadas a promocionar la movilidad activa entre el alumnado de la Comunidad Autónoma del País Vasco, otorgadas durante los

cursos escolares 2015-2016 y 2016-2017. En ella se evaluó la calidad de las intervenciones realizadas, valorando si las ayudas han llegado a los colectivos que más lo necesitan en función del sexo. Los resultados de la evaluación han permitido modificar la orden de ayudas con el fin de favorecer a colectivo de niñas a la hora de desarrollar este tipo de proyectos.

1. Coordinación y apoyo en la intervención sobre adicciones

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 la atención integral 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 2017 se ha tramitado el decreto regulador del dispositivo institucional contenido en la Ley a nivel de la Administración General de la Comunidad Autónoma. Por Orden de 31 de marzo de 2017, del Consejero de Salud, se inició el procedimiento de elaboración del citado decreto. El objeto del decreto es regular la Comisión de Coordinación Interinstitucional sobre Adicciones, el Consejo Vasco sobre Adicciones, el órgano de apoyo y asistencia al Gobierno Vasco y el Observatorio Vasco sobre Adicciones que funcionalmente está vinculado al Observatorio Vasco de Salud.

El Consejo Vasco sobre Adicciones se constituyó el 14 de junio de 2017, y la Comisión de Coordinación Interinstitucional el 5 de abril de 2017, volviéndose a reunir este órgano el 1 de junio de 2017.

La Comisión de Coordinación Interinstitucional sobre Adicciones es el órgano colegiado de coordinación, colaboración y participación de todas las administraciones públicas vascas en materia de adicciones. El Consejo Vasco sobre Adicciones es el órgano colegiado superior de participación de los sectores sociales implicados en la lucha contra las adicciones, de carácter consultivo y asesor en la materia. El órgano de apoyo y asistencia al Gobierno Vasco es la Dirección de Salud Pública y Adicciones. El Observatorio sobre Adicciones es el servicio centralizado de información, orgánicamente dependiente del órgano de apoyo y asistencia y funcionalmente vinculado al Observatorio de Salud. En el año 2017 se han formulado numerosas consultas por parte de la ciudadanía y agentes públicos y privados -mayormente relativas al tabaco y al alcohol-, y un número de incidencias y denuncias equiparable a las recibidas al amparo de la norma vigente anteriormente en Euskadi.

Durante 2017 se continuó preparando la elaboración de un decreto regulador del control de la oferta y de las actividades de publicidad, promoción, suministro, venta y consumo de sustancias adictivas, con especial atención a la protección de las personas menores de edad.

1.2. VII Plan sobre Adicciones de Euskadi 2017-2021

En 2017, se ha realizado la tramitación del plan. Con el lema *“Arriskuei aurre eginez, osasuna eraikiz”*, se aprobó mediante Propuesta de Acuerdo del Consejo de Gobierno en fecha 4 de julio de 2017, y posteriormente fue remitido al Parlamento Vasco. El proceso se culminó mediante un amplio despliegue y difusión del plan dirigido a todas las personas, entidades y organizaciones interesadas en su conocimiento.

Las políticas planificadas en materia de adicciones, vinculadas con el Plan de Salud (artículo 70 de la Ley 1/2016, de 7 de abril), son el instrumento estratégico de planificación, ordenación y coordinación de las estrategias y actuaciones de todas las administraciones públicas vascas durante su periodo de vigencia. Se trata de una materia intersectorial, en la que confluyen además de la salud, otros ámbitos como educación, cultura, juventud y deporte, inclusión social, política comunitaria, salud laboral, vivienda, medio ambiente, seguridad, administración de justicia, instituciones penitenciarias, publicidad y medios de comunicación. El plan recoge 16 objetivos y 50 acciones, que se agrupan en 5 áreas prioritarias (las dos últimas, de carácter transversal).

2. ESTUDIOS, INFORMES Y DOCUMENTACIÓN

2.1. Encuesta de Adicciones 2017

En 2017 se ha iniciado el trabajo de campo. En primer lugar se ha rediseñado el cuestionario de acuerdo a las necesidades actuales.

Por un lado, se ha introducido la perspectiva de género adaptando las definiciones y las medidas de exposición a las diferencias entre hombres y mujeres, y elaborando una estrategia de análisis sensible al género. Por otro lado, se ha introducido un módulo de salud y a su vez, se han homogeneizado los de consumo de alcohol y tabaco con la Encuesta de Salud de la CAPV (ESCAV). De este modo, se consigue un importante aumento del tamaño muestral que permite analizar la información de los tres apartados (salud, tabaco y alcohol) con un gran nivel de desagregación y conocer la realidad de localizaciones o colectivos específicos

Se ha trabajado con EUSTAT para el diseño y extracción de la muestra, utilizando en la estrategia muestral criterios similares a los de la ESCAV para posibilitar la unión de las poblaciones de ambas encuestas.

Paralelamente se establecieron las bases técnicas para el concurso de contratación de la empresa que realizaría el trabajo de campo, se seleccionó a la empresa y se trabajó en el cronograma, en la aplicación del cuestionario via tablet y en la formación de las personas encuestadoras. El 13 de Noviembre de 2017 empezó el trabajo de campo que no pudo concluirse a finales de año y se prolongó hasta finales de febrero de 2018.

2.2. Actualización Observatorio y web de adicciones

La nueva web de Adicciones (<http://www.euskadi.eus/gobierno-vasco/adicciones/inicio/>) del Departamento de Salud ha quedado configurada con 5 apartados específicos, además de los comunes al resto de áreas. Dichos apartados son : *Sobre drogas y adicciones*, *GABIA: Observatorio Vasco de Adicciones*, *Programas, planes y otras actuaciones*, *¿Buscas ayuda?* y *Espacio de sensibilización*.

Entre los aspectos novedosos de esta nueva web destaca el mapa con la localización geográfica e datos esenciales de los recursos preventivos, asistenciales y de salud mental. Se ha incorporado un teléfono de 24 horas para pedir ayuda y la información sobre los programas e intervenciones financiadas a través de las ayudas específicas de adicciones. Además, se presenta la nueva campaña ZAINDU para la prevención del consumo de alcohol y otras sustancias adictivas, dirigida especialmente a la población joven

2.3. Orden de subvenciones

1. Ayudas económicas concedidas por la Dirección de Salud Pública y Adicciones para el mantenimiento de **equipos técnicos municipales de prevención comunitaria**:

	2014		2015		2016		2017	
	Nº equipos técnicos	Cuantía	Nº equipos técnicos	Cuantía	Nº equipos técnicos	Cuantía	Nº equipos técnicos	Cuantía
Araba	4	155.323 €	4	186.540 €	4	189.413 €	4	198.280 €
Bizkaia	20	562.106 €	20	671.452 €	20	675.333 €	19	666.489 €
Gipuzkoa	12	269.170 €	11	314.992 €	10	308.238 €	11	309.366 €
Total	36	986.601 €	35	1.172.984 €	34	1.172.984€	34	1.174.135 €

2. Ayudas económicas concedidas a las Entidades Locales por la Dirección de Salud Pública y Adicciones para el **desarrollo de proyectos de prevención comunitaria de las adicciones**:

	2014		2015		2016		2017	
	Nº entidades locales	Cuantía	Nº entidades locales	Cuantía	Nº entidades locales	Cuantía	Nº entidades locales	Cuantía
Araba	3	38.651 €	3	51.244 €	3	55.607 €	3	53.413€
Bizkaia	25	255.105 €	25	305.591 €	24	301.034 €	23	296.458€
Gipuzkoa	20	178.284 €	20	204.380 €	17	205.574 €	18	211.895€
Total	48	472.040 €	48	561.215 €	44	561.215 €	44	561.765€

3. 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**:

	2014		2015		2016		2017	
	Nº proyectos	Cuantía	Nº proyectos	Cuantía	Nº proyectos	Cuantía	Nº proyectos	Cuantía
Araba	9	48.799 €	11	104.880 €	7	63.162 €	10	93.774€
Bizkaia	47	536.894 €	47	611.942 €	45	652.948 €	40	611.467€
Gipuzkoa	18	155.666 €	16	164.591 €	13	165.303 €	15	177.259€
Total	74	741.359 €	74	881.413 €	65	881.413 €	65	882.500

2.4. Documentación

- Encuesta Drogas y Escuela IX. (IDD: Instituto Deusto Drogodependencias)
- Informe “Investigación complementaria cualitativa sobre violencia de género e interpersonal en adolescentes en espacios de ocio en los que se produce consumo de drogas (IDD)
- Manual de Recaídas en Drogodependencias con perspectiva de género (IDD).
- Droga-kontsumoen joerak-Tendencias en consumo de drogas. Drogomedia Monografikoak; n. 5. Vitoria-Gasteiz: Eusko Jaurlaritzza-Gobierno Vasco, 2017, 28 p
- Xabier Arana, Domingo Comas. Consumo de alcohol y violencia de género. Perspectiva de los y las profesionales del ámbito de las drogodependencias, jurídico y social. Donostia-San Sebastián: Instituto Vasco de Criminología (UPV) y Fundación Atenea, 2017.

3. REDUCCIÓN DE LA OFERTA

Tramitación administrativa de denuncias sobre infracciones en materia de Tabaco

3.1. Información sobre las denuncias

Por Territorio Histórico

	Nº denuncias			
	2014	2015	2016	2017
Araba	39	51	56	31
Bizkaia	73	80	153	124
Gipuzkoa	9	32	59	28
TOTAL	121	163	268	183

Por tipo de infracción

Tipo infracción	Nº denuncias			
	2014	2015	2016	2017
Fumar	29	39	106	44
Permitir fumar	79	75	142	127
Venta de tabaco	13	45	15	11
Falta señalización		4	5	1
TOTAL	121	163	268	183

Por tipo de sector

Sector de actividad	Nº denuncias			
	2014	2015	2016	2017
Hostelería	91	133	176	125
Centro cultural/social/recreativo	4	3	5	1
Centro de trabajo		8	6	2
Centro de transporte		2		
Centro deportivo		1	11	6
Centro/galería comercial			1	
Centro sanitario		1		
Estación de servicio		2		1
Parque infantil		1	1	1
Comercio	12	8	5	5
Establecimiento de juego		3	61	38
Comunidad de vecinos		1	2	2
Resto	14			2
TOTAL	121	163	268	183

Por denunciante

Denunciante	Nº denuncias			
	2014	2015	2016	2017
Ertzaintza	12	26	106	49
Policía Municipal	69	67	113	96
Particular	22	25	31	27
Guardia Civil	18	45	16	
Com. Propietarios			1	
Inspección Salud Pública				11
TOTAL	121	163	268	183

3.2. Actuaciones realizadas

- Actuaciones en materia de TABACO:
- Actos de incoación de expedientes sancionadores :

Nº de actos de incoación	
	2017
Araba	15
Bizkaia	79
Gipuzkoa	14
TOTAL	108

- Resoluciones sancionadoras:

Nº resoluciones sancionadoras			
	2015	2016	2017
Araba	4	20	7
Bizkaia	7	65	47
Gipuzkoa	3	17	11
TOTAL	14	102	65

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

Nº de actuaciones informativas		
2015	2016	2017
124	25	19

- 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	
2016	2017
45	44

- Comunicaciones a Osalan, Instituto Vasco de Seguridad y Salud Laborales de las denuncias presentadas por supuestas infracciones en materia de consumo de tabaco en centros de trabajo, a efectos de realizar por parte del organismo las actuaciones pertinentes:

Nº de comunicaciones a Osalan		
2015	2016	2017
3	2	0

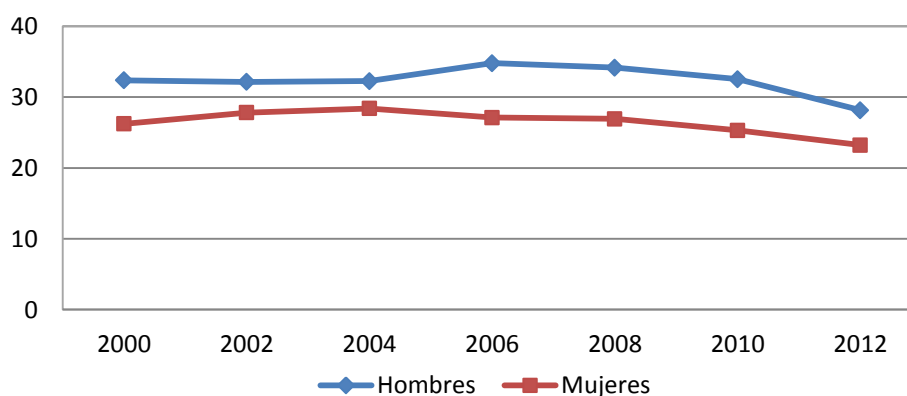
- Actuaciones en materia de ALCOHOL:
 - Venta y consumo de alcohol: remisión de las denuncias a los municipios, correspondiendo a los alcaldes y las alcaldesas la sanción por estas infracciones.
 - Publicidad ilícita de bebidas alcohólicas mediante anuncios publicados en ediciones impresas y digitales: comunicaciones informativas de la normativa aplicable e instando el cese de la publicidad ilícita.

4. EUSKADI LIBRE DE HUMO DE TABACO

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

Es importante destacar que la mayor variación bienal a lo largo de todo el periodo tuvo lugar entre 2010 y 2012, momento en el que entró en vigor la Ley 42/2010 de 30 de diciembre de medidas frente al tabaquismo. Este potencial efecto de las nuevas medidas, principalmente relativas a la prohibición de fumar en lugares públicos parecía más importante en los hombres, donde se produjo una reducción del tabaquismo del 15,4%, que en las mujeres, con una disminución del 8,9%¹¹ (Figura 97).

Figura 97: Número de proyectos distribuida por tipo de prevención, 2000-2012



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

Esta diferente evolución del consumo de tabaco en función del sexo tiene su origen en el diferente patrón de cada sexo en la epidemia del tabaquismo. Un estudio que analizó los cambios en igualdad de género y las diferencias en prevalencia del consumo de tabaco, concluyó que la disminución de la desigualdad de

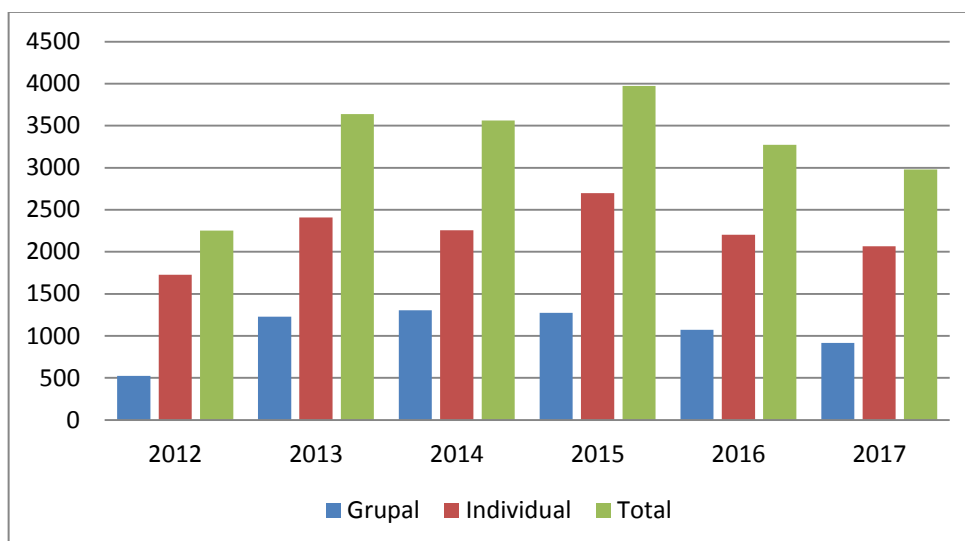
¹¹ Drogomedía. Centro de documentación sobre drogodependencias del País Vasco. <http://bit.ly/1eaKmgE>

género tiene una correlación inversa con la relación de la tasa de tabaquismo entre hombres y mujeres; es decir, a medida que se constata que se van alcanzando mayores cotas de igualdad de género, se aprecia un aumento de consumo de tabaco que se aproxima a los niveles de consumo de los mujeres)¹².

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

Desde que se puso en marcha el programa, en el año 2011, han recibido el tratamiento un total de 17.135 personas. El número anual de personas tratadas ha experimentado un incremento paulatino durante los seis años anteriores; aunque en el año 2015 en el tratamiento grupal tuvo una ligera disminución. En el año 2016, en cambio, se observa por primera vez un descenso en el número de personas que recibe tratamiento de deshabituación tabáquica, siendo en el tratamiento individual dónde más se pone de manifiesto dicho descenso. Esta tendencia descendente continúa en el 2017. (Figura 98).

Figura 98: Número de personas que han recibido tratamiento de dependencia del tabaco en Atención Primaria.



4.2. Programa preventivo KERIK GABEKO GAZTEAK

Este programa también se enmarca en la estrategia “Euskadi libre de humo de tabaco” dentro de las intervenciones planteadas para informar y sensibilizar a los distintos grupos de población de los riesgos para la salud derivados del consumo de tabaco. Se lleva a cabo en el ámbito educativo y está destinado a retrasar la edad de inicio del consumo de tabaco, mediante la sensibilización sobre los riesgos para la salud del consumo de tabaco y del aire contaminado por el humo.

Hasta el año 2016, el abordaje del consumo de tabaco en los centros escolares se realizaba a través del programa Clases sin humo. La evolución por Territorio Histórico a lo largo de los cursos escolares fue heterogénea, pero en el año 2014 la participación de los centros y alumnado ha ido sido más equilibrada. Durante estos 6 cursos escolares, han participado 581 centros y un total de 47.733 alumnos y alumnas (Figuras 99 y 100).

¹² Usama Bilal et al. Gender and smoking: A theory driven approach to smoking gender differences in Spain. *Tob Control* 2014;1136

Sin embargo, la participación en este programa ha ido decayendo año tras año; por ello, a partir del curso 2017-2018 se ha puesto en marcha un nuevo programa para continuar trabajando con la población escolar, Kerik gabeko Gazteak.

Figura 99: Número de centros escolares participantes en el programa Clase Sin Humo- Kerik Gabeko Gazteak, 2011-2018.

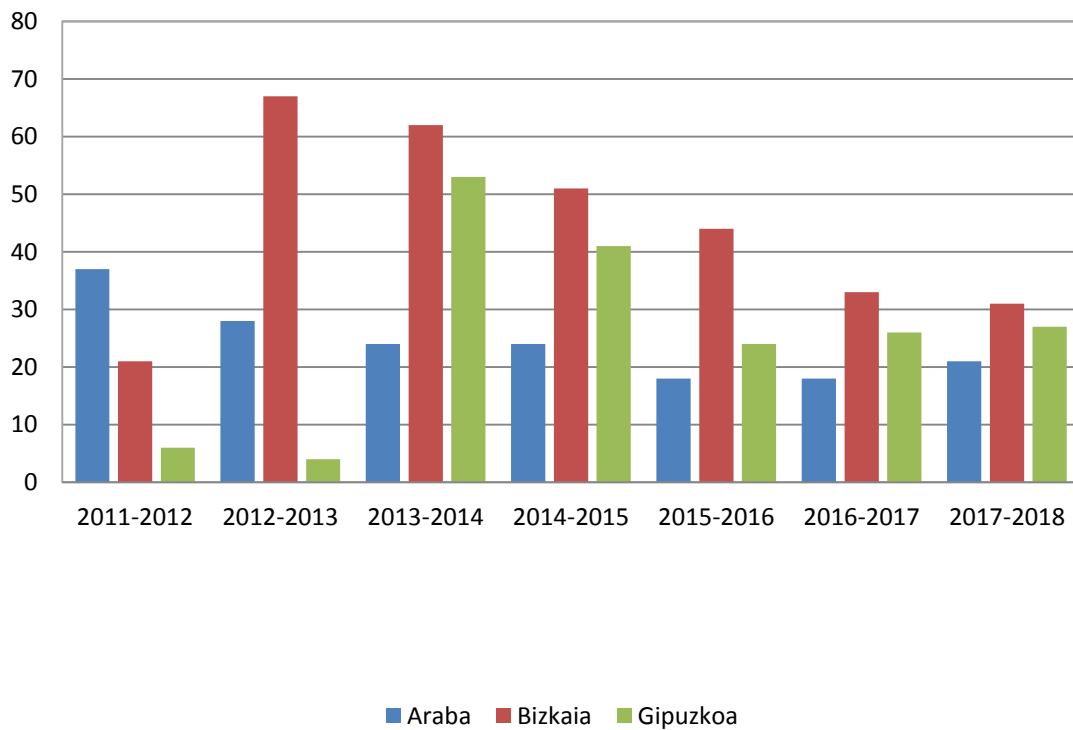
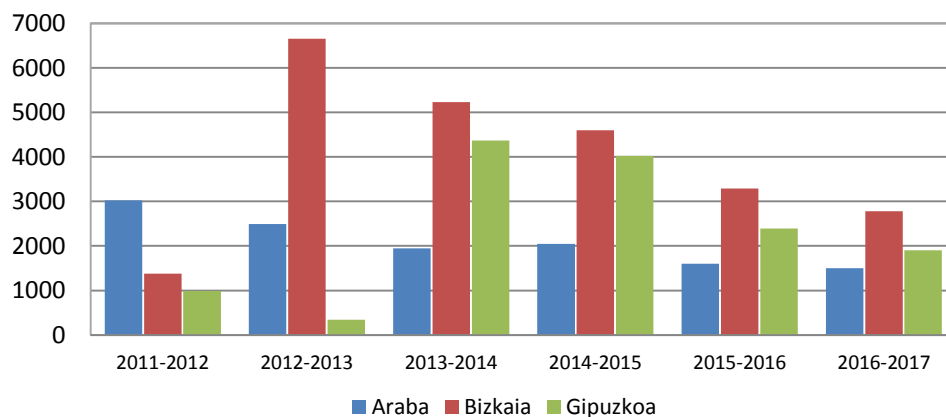


Figura 100: Número de alumnos y alumnas participantes en el programa Clase Sin Humo- Kerik Gabeko Gazteak, 2011-2018



5. PROGRAMA MENORES Y ALCOHOL

Para dar respuesta a la acción “Desarrollar intervenciones para disminuir los consumos de riesgo *de alcohol*” en 2014 se creó el programa “**Menores y alcohol**”, de prevención y reducción de riesgos asociados al consumo de alcohol en menores de edad. Sus objetivos son: disminuir la cifra de menores que comienzan a consumir alcohol, retrasar la edad de inicio de consumo, reducir los consumos excesivos y abordar los problemas asociados al consumo de alcohol en este colectivo. Durante 2017 las intervenciones fueron:

- **Ámbito educativo:**
 - Programas de prevención específicos sobre el consumo de alcohol dirigidos al alumnado del primer y segundo ciclo de la ESO en 80 centros educativos.(Entre estos proyectos se encuentra el programa de prevención ICEBERG).
 - Programa de prevención específico sobre el consumo de alcohol, dirigido al alumnado de 4º de la ESO, Bachillerato y Ciclos formativos. Se realizaron 230 talleres; 89 centros educativos; 4.077 alumnos/as; 44 entidades locales.
 - Prevención del consumo de alcohol a través del teatro de mimo, “Mimarte”, con: 36 intervenciones y 2.238 alumnos/as participantes.
- Prevención del consumo de alcohol en el ámbito festivo y de ocio.
 - Proyecto de prevención a través del testado de consumo de alcohol, denominado también, “Alcoholimetrías”: 73 intervenciones; 15.713 jóvenes participantes.
 - Evolución del número de personas participantes e intervenciones en el programa de prevención selectiva en materia de alcohol, en el espacio de ocio y diversión.

	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017
Nº Carpas	72	66	65	70	69	71	73
Total personas	21.203	18.776	16.882	17.477	14.989	14.484	15.713

- Proyecto de prevención del consumo de drogas no legales, “Testing”: 47 intervenciones; 13.086 jóvenes participantes, en 39 entidades locales.
- Otras acciones de prevención del consumo de alcohol.
 - Dispensación responsable y Formación de Formadores/ras en Hostelería: 21 intervenciones con comisiones de fiestas, trabajadores/as de hostelería y monitores/as de tiempo libre; con un total de 302 profesionales participantes, en 23 entidades locales.
 - Prevención selectiva en lonjas: 87 intervenciones en 29 lonjas.
 - Campaña “ZAINDU” 22 entidades locales participantes; reparto de 6.000 regletas de prevención del consumo de alcohol, 5.350 alcoholímetros cualitativos y 1.500 carteles.

6. ASISTENCIA SOCIO-SANITARIA DE LAS ADICCIONES

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:

- 7 Comunidades Terapéuticas
- 9 Centros de tratamiento de toxicomanías (Araba 1, Bizkaia 6, Gipuzkoa 2)

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

El Gobierno Vasco, junto con la Diputación Foral de Bizkaia y el Ayuntamiento de Bilbao, renovó en 2017 los convenios suscritos con 3 entidades para el mantenimiento de 3 recursos sociosanitarios en la capital de Bizkaia:

1. Convenio con Fundación Gizakia: centro sociosanitario "Andén 1".
2. Cáritas Diocesana de Bilbao: Centro de Emergencia y Acogida Nocturna "Hontza".
3. Comisión Ciudadana Antisida de Bizkaia: Centro de día de baja exigencia para personas drogodependientes.

En cuanto a la atención a personas drogodependientes con medidas penales, en 2017, en la prisión de Zaballa-Araba (a diferencia de las otras 2 prisiones que están incluidas en la red de Salud Mental Extrahospitalaria de Osakidetza) la atención se presta desde La Dirección de Aseguramiento y Contratación Sanitaria del Departamento de Salud. Las Comunidades terapéuticas para presos con patología dual se atienden mediante concierto desde las subdirecciones de Bizkaia y Gipuzkoa.