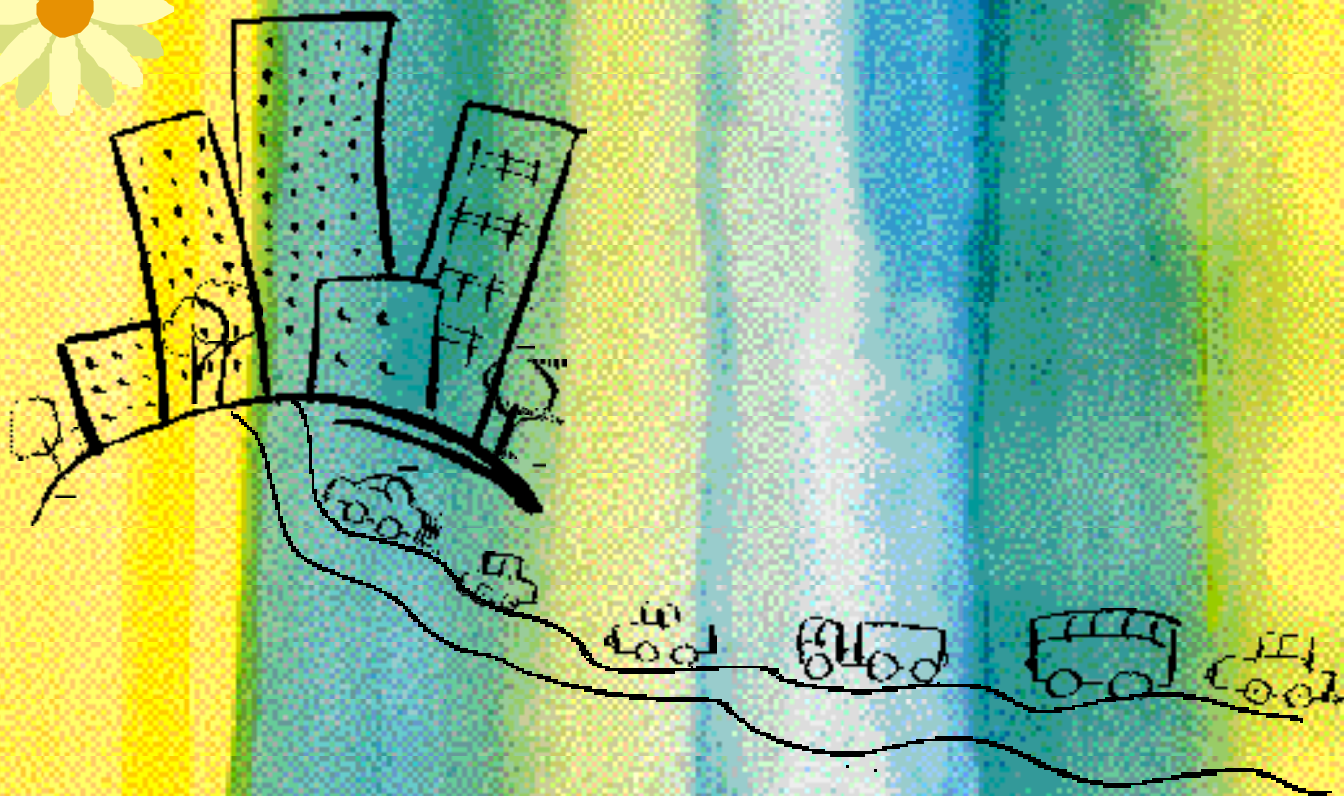


INFORME 1999 DE SALUD PÚBLICA



EUSKO JAURLARITZA



GOBIERNO VASCO

OSASUN SAILA

DEPARTAMENTO DE SANIDAD

**INFORME
DE
SALUD PÚBLICA**

1999

El presente Informe es fruto del trabajo de todas las personas que componen la Dirección de Salud Pública, de las que están en las diferentes Unidades de las Subdirecciones de Salud Pública y en otras Direcciones del Departamento de Sanidad o de Osakidetza/SVS.

Guillermo Cairo Rojas, Subdirector de Salud Pública de Bizkaia
Miren Dorronsoro Iraeta, Subdirectora de Salud Pública de Gipuzkoa
Xabier Aguinagalde Aizpurua, Subdirector de Salud Pública de Álava
Luis González de Galdeano Esteban, Director de Salud Pública

ÍNDICE

| | |
|--|-----------|
| PRESENTACIÓN | 4 |
| DEMOGRAFÍA | 5 |
| MORBILIDAD | 9 |
| A. SISTEMAS DE VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA | 9 |
| 1 Enfermedades de declaración obligatoria (EDO) | 9 |
| 2 Médicos vigía | 13 |
| 3 Microbiología | 15 |
| 4 Brotes | 19 |
| B. OTROS SISTEMAS DE INFORMACIÓN | 21 |
| 1 Sida | 21 |
| MORTALIDAD | 23 |
| MEDIO EXTERNO | 34 |
| 1 Aire | 34 |
| 2 Aguas de consumo | 38 |
| 3 Seguridad alimentaria | 41 |
| 4 Aguas de recreo | 57 |
| 5 Actividades clasificadas | 61 |
| 6 Vigilancia sanitaria de establecimientos de proyección pública | 63 |
| 7 Residuos sanitarios | 64 |
| 8 Protección radiológica | 66 |
| PROMOCIÓN DE LA SALUD | 69 |
| 1 Salud materno-infantil | 69 |
| 2 Salud en edad escolar | 73 |
| 3 Vacunaciones | 77 |
| 4 Prevención, control y reducción del tabaquismo | 79 |
| 5 Prevención, control y reducción del alcoholismo | 83 |
| 6 Prevención de lesiones accidentales | 86 |
| 7 Atención a las demandas de apoyo en actividades de educación para la salud | 88 |
| ESTRUCTURA DEL DEPARTAMENTO DE SANIDAD | 90 |

PRESENTACIÓN

Los programas y actuaciones de la Dirección de Salud Pública del Departamento de Sanidad durante el año 1999 han incidido especialmente en las dos grandes áreas de la Sanidad Pública: la vigilancia y control de todos aquellos factores de riesgo que de una forma u otra pueden afectar a la salud de la población y la promoción de hábitos de vida saludable con el objetivo de mantener a nuestras conciudadanas y conciudadanos en un estado de salud óptimo.

En la primera área, a partir de una estrecha vigilancia epidemiológica, se han controlado:

- factores de riesgo provenientes del aire y agua que nos rodean, y de los alimentos que consumimos, y
- brotes epidémicos o simplemente el aumento en la incidencia de determinadas patologías adoptando medidas correctoras.

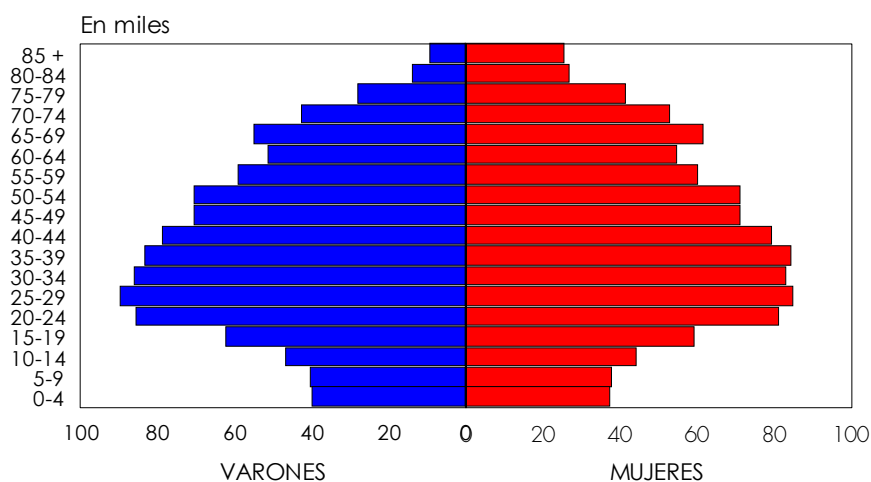
En la segunda área, hemos pretendido hacer hincapié y transmitir a la población la importancia de aquellos hábitos de vida que van a permitir disfrutar de un aceptable estado de salud. Su potenciación depende mucho más, aunque no exclusivamente, de la libre voluntad, esfuerzo y compromiso de cada cual: una alimentación correcta, ejercicio físico adecuado, alejamiento del tabaco y del alcohol, prevención de lesiones accidentales... Los programas de educación y promoción de la salud tienen como objetivo aportar información e impulso para evitar riesgos inútiles y para procurar estilos de vida más saludables, potenciando el lado positivo de los factores anteriormente citados y anulando, reduciendo o, al menos, controlando los efectos negativos provenientes de la falta de esfuerzo individual al respecto.

Gabriel M. Inclán Iribar
Consejero de Sanidad

DEMOGRAFÍA

Durante las últimas décadas, la dinámica demográfica de la **Comunidad Autónoma del País Vasco (CAPV)** se ha caracterizado por un progresivo incremento de la esperanza de vida al nacer y una rápida disminución de la fecundidad, provocando un intenso y repentino envejecimiento demográfico de nuestra población.

Figura 1. Pirámide de población de la CAPV (en miles). Población a 31/XII/1999



Al igual que en otros países europeos, la fecundidad de la CAPV se ha estabilizado en niveles bajos sin que alcance el reemplazo generacional, a la vez que el descenso de la mortalidad, particularmente en las edades adultas y ancianas, provoca no sólo que la población anciana sea cada vez más numerosa, sino que ésta sea cada vez más anciana (Fig. 1 y Tabla 1).

Tabla 1. Población por sexo y grupo de edad en la CAPV. Población a 31/XII/1999

| Grupos de edad | Varones | Mujeres | Total |
|----------------|------------------|------------------|------------------|
| 0-4 | 39.700 | 37.600 | 77.300 |
| 5-9 | 40.200 | 38.200 | 78.400 |
| 10-14 | 46.700 | 44.500 | 91.200 |
| 15-19 | 62.400 | 59.600 | 122.000 |
| 20-24 | 85.600 | 81.600 | 167.200 |
| 25-29 | 89.500 | 85.300 | 174.800 |
| 30-34 | 86.100 | 83.400 | 169.500 |
| 35-39 | 83.400 | 84.400 | 167.800 |
| 40-44 | 78.600 | 79.700 | 158.300 |
| 45-49 | 70.700 | 71.500 | 142.200 |
| 50-54 | 70.700 | 71.500 | 142.200 |
| 55-59 | 59.200 | 60.600 | 119.800 |
| 60-64 | 51.200 | 55.000 | 106.200 |
| 65-69 | 54.800 | 61.600 | 116.400 |
| 70-74 | 42.800 | 53.300 | 96.100 |
| 75-79 | 27.900 | 41.900 | 69.800 |
| 80-84 | 13.700 | 27.300 | 41.000 |
| 85+ | 9.300 | 25.700 | 35.000 |
| Total | 1.012.500 | 1.062.700 | 2.075.200 |

FUENTE: EUSTAT. *Proyecciones de Población.*

Como se puede apreciar en la Tabla 2, durante el periodo 1975-1995 la población masculina mayor de 60 años de CAPV obtuvo ganancias cercanas al 50% en su esperanza de vida y la población femenina superiores al 60%. Según las estimaciones del Eustat, los grandes protagonistas de la mejora de la longevidad en los próximos años serán nuevamente las personas de más edad, aumentando la importancia relativa de los años ganados en su esperanza de vida casi en un 70% y un 75% en varones y mujeres respectivamente. En consecuencia los datos estimados permiten prever que el envejecimiento demográfico persistirá y se intensificará aún más en el futuro.

Tabla 2. Años ganados en la esperanza de vida por grupo de edad y sexo en el periodo 1975-95 y previsión para el periodo 1995-2010 en la CAPV.

| | 1975-1995 | | | | 1995-2010 | | | |
|------------------------|--------------|--------------|--------------|--------------|--------------|--------------|--------------|--------------|
| | Varones | | Mujeres | | Varones | | Mujeres | |
| | Años ganados | % | Años ganados | % | Años ganados | % | Años ganados | % |
| Edades jóvenes (0-20) | 1,44 | 31,4 | 1,13 | 20,3 | 0,27 | 12,1 | 0,25 | 8,8 |
| Edades adultas (21-60) | 0,68 | 15,0 | 0,80 | 14,4 | 0,38 | 17,2 | 0,34 | 11,8 |
| Edades ancianas (> 60) | 2,27 | 49,6 | 3,41 | 61,2 | 1,52 | 68,2 | 2,14 | 74,1 |
| Efectos conjuntos | 0,18 | 4,0 | 0,23 | 4,1 | 0,05 | 2,45 | 0,15 | 5,3 |
| Años ganados | 4,58 | 100,0 | 5,57 | 100,0 | 2,22 | 100,0 | 2,88 | 100,0 |

FUENTE: EUSTAT

En 1996, la población más joven (menor de 15 años) había perdido peso relativo respecto a los años precedentes, representando el 13,1% del conjunto de la población, y la de 65 años o más había aumentado su presencia relativa (15,3%). Para el año 2010 la proporción de ancianos se estima que alcance el 20,7%, lo que equivaldrá a una población mayor cercana al medio millón de personas de las que un 13% tendrá más de 85 años. Contrariamente, el peso relativo de la población joven disminuirá hasta un 12,6%.

De acuerdo a las estadísticas oficiales de la CAPV, en las últimas dos décadas el número de hijos por mujer ha descendido un 67%, reduciéndose de 2,7 hijos en 1975 a 0,92 hijos en 1996; y el número de matrimonios ha descendido en más del 50%, mientras las familias monoparentales se han triplicado en el mismo periodo. Según estos cambios, es de prever que entre la población nacida entre 1950 y 1970 se incrementará la proporción de personas no casadas, de quienes no tendrán descendencia en su red social, así como de las familias con un solo descendiente. Así, las modificaciones del modelo familiar y la reducción de su tamaño podrían generar dificultades añadidas para la transferencia del soporte informal entre las distintas generaciones¹.

Son muchos los ámbitos en los que el envejecimiento de la población tiene repercusiones. Pero, dado que es un proceso progresivo, más parecido a un glacial que a una avalancha, se pueden planificar y modificar los servicios existentes para adaptarse a las nuevas necesidades de la población que envejece².

Sin embargo, sólo una parte del aumento en la utilización de servicios, particularmente los hospitalarios, se debe al envejecimiento poblacional, siendo otra parte importante atribuible a la intensificación de servicios, y a la introducción de nuevas tecnologías para el diagnóstico y tratamiento. Por tanto, el estudio de las necesidades y la planificación de los servicios ha de superar ciertos estereotipos relativos a las personas mayores. La mayoría de estas personas se mantiene en un buen estado físico hasta los últimos años de la vida y la posición de las futuras cohortes de personas ancianas serán más ventajosas que la de las actuales, puesto que gozarán de un mayor nivel de instrucción, conocimientos y disponibilidad, de modo que serán capaces de proporcionarse mayores niveles de autocuidado, a la vez que demandar servicios de salud más selectivamente³.

¹ Arregi B., Larrañaga I. *On the reproduction of the family in the Basque Country*. International Sociological Association (ed.). *Sociological abstracts of the 14th World Congress of Sociology*, vol. 1, pp:19. (1998) Montreal. Canada.

² Barer ML, Evans RG, Hertzman C. *Avalanche or Glacier?: Health Care and the Demographic Rhetoric*. *Canadian Journal on Ageing* 1995,14(2):193-224.

³ Dychtwald K. *El poder de la edad*. *Modern Geriatrics* (eds. esp.) 2000;12:143-7.

En este contexto de significativos cambios como los señalados más arriba, el análisis de la situación demográfica y su repercusión en la planificación cobra más interés que nunca, porque solo el conocimiento de las características actuales y la previsión de su evolución permite anticipar las necesidades futuras. Muchos de los factores sociales han mostrado y siguen mostrando una enorme mutabilidad social. Por tanto, las consecuencias derivadas de determinadas tendencias demográficas deben ser consideradas dentro de un contexto social amplio y dinámico en el que es posible la previsión y la anticipación, evitando la falacia de considerar el mundo del futuro como un imaginario mundo inalterable¹.

¹ Loriaux, M. *Il sera une fois... la révolution grise. Jeux et enjeux autour d'une profonde mutation sociale*; en Loriaux et al. *Populations âgées et révolution grise. Les hommes et les sociétés face à leurs vieillissements*. Bruxelles. 1990. CIACO, Institut de démographie. Université Catholique de Louvain.

MORBILIDAD

A. SISTEMAS DE VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA

1. ENFERMEDADES DE DECLARACIÓN OBLIGATORIA (EDO)

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

Las enfermedades que forman parte de este sistema de vigilancia epidemiológica son 34; en cinco de ellas se recoge información exclusivamente numérica y en las otras 29 se recogen, además, datos de carácter individual.

Durante 1999, el porcentaje de declaración ha sido del 54% para el conjunto de la CAPV, 1 punto por encima de la declaración efectuada el pasado año.

Se puede apreciar, a través de las tasas e índices epidemiológicos que aparecen en la Tabla 3, el descenso o mantenimiento a niveles muy bajos de la incidencia de las principales enfermedades inmunoprevenibles, como el sarampión, la rubéola y la parotiditis. De hecho, el reducido número de casos de estas enfermedades hace pensar en su próxima erradicación, si bien para ello se precisa de un marco de actuación superior al de la CAPV. La tos ferina, en cambio, pasó de 6 casos en 1998 a 87 casos en 1999, debido a un brote ocurrido en Gipuzkoa, donde se registraron 81 casos.

La **gripe** ha experimentado un aumento del 14% en cuanto al número de casos declarados con respecto a 1998, y un 18% con respecto a la mediana del quinquenio¹ (Fig. 2).

¹ En el apartado siguiente se analiza también este problema desde otro sistema de información: el de médicos vigía.

Tabla 3. Enfermedades de Declaración Obligatoria (EDO¹) por Territorio Histórico en la CAPV. 1999

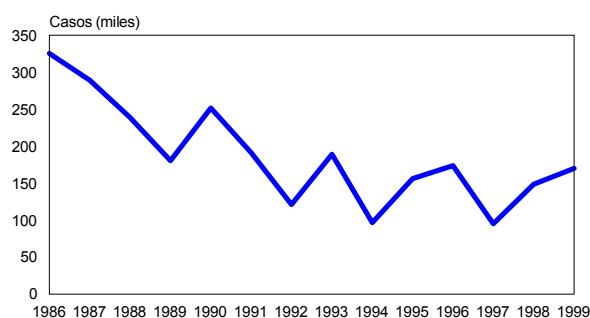
| Enfermedades | Álava | Bizkaia | Gipuzkoa | CAPV 1999 | CAPV 1999 | CAPV 1999 | CAPV 1999 |
|--------------------------|--------|---------|----------|-----------|-------------------------|-----------|-----------|
| | Casos | Casos | Casos | Casos | Tasas x 10 ⁵ | I.E. (1) | I.E. (2) |
| Disenteria | 0 | 1 | 1 | 2 | 0,10 | 0,22 | 0,67 |
| Fiebre tifo-paratífica | 2 | 2 | 3 | 7 | 0,33 | 0,78 | 0,54 |
| Enfermedad meningocócica | 12 | 36 | 26 | 74 | 3,53 | 0,93 | 0,88 |
| Gripe | 37.442 | 101.113 | 31.511 | 170.066 | 8.105,89 | 1,14 | 1,18 |
| Legionelosis | 2 | 36 | 7 | 45 | 2,14 | 2,50 | - |
| Meningitis tuberculosa | 0 | 7 | 2 | 9 | 0,43 | 1,50 | 1,80 |
| Tuberculosis | 69 | 345 | 262 | 676 | 32,22 | 0,97 | 1,16 |
| Varicela | 1.994 | 7.532 | 2.055 | 11.581 | 551,99 | 1,45 | 1,14 |
| Infección gonocócica | 7 | 21 | 5 | 33 | 1,57 | 0,54 | 0,46 |
| Sífilis | 9 | 0 | 4 | 13 | 0,62 | 0,87 | 1,00 |
| Parotiditis | 5 | 39 | 13 | 57 | 2,72 | 1,04 | 0,34 |
| Rubéola | 1 | 5 | 1 | 7 | 0,33 | 1,40 | 0,09 |
| Sarampión | 0 | 3 | 0 | 3 | 0,14 | 1,00 | 0,14 |
| Tétanos | 1 | 0 | 1 | 2 | 0,10 | 0,40 | 2,00 |
| Tos ferina | 2 | 4 | 81 | 87 | 4,15 | 14,50 | 0,91 |
| Hepatitis A | 8 | 25 | 12 | 45 | 2,14 | 0,51 | 0,51 |
| Hepatitis B | 8 | 18 | 5 | 31 | 1,48 | 0,63 | 0,66 |
| Hepatitis C | 19 | 70 | 12 | 101 | 4,81 | 0,84 | - |
| Brucelosis | 1 | 15 | 3 | 19 | 0,91 | 1,90 | 1,36 |
| Paludismo | 2 | 14 | 2 | 18 | 0,86 | 1,50 | 1,64 |

(1) **El Índice Epidémico 1 (IE 1)** es una razón que se obtiene dividiendo los casos registrados en 1999 por los casos de 1997 para cada enfermedad.

(2) **El Índice Epidémico 2 (IE 2)** es la razón obtenida al dividir los casos registrados en 1999 por la mediana de los casos del quinquenio anterior.

FUENTE: Memoria de las Unidades de Vigilancia Epidemiológica.

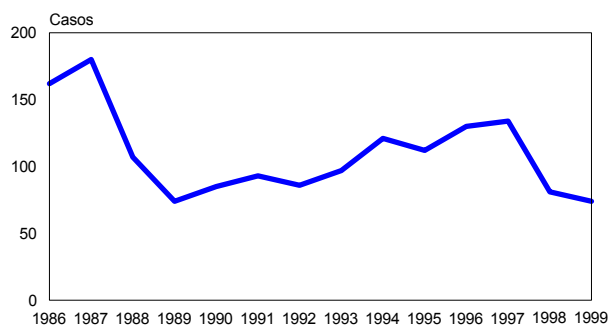
Figura 2. EDO: Evolución de los casos de gripe en la CAPV. 1986-99



¹ Además de las enfermedades que aparecen en la Tabla, se han vigilado también otras EDO, como botulismo, cólera, triquinosis, difteria, rabia, fiebre amarilla, peste, tífus exantemático, lepra, rubéola congénita, sífilis congénita y tétanos neonatal, de las que no se ha registrado ningún caso en la CAPV este año.

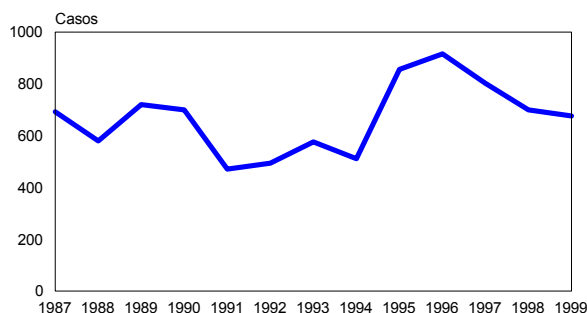
La **enfermedad meningocócica** ha disminuido un 7% con respecto al año anterior y un 12% con respecto a la mediana del quinquenio precedente. (Fig. 3).

Figura 3. EDO: Evolución de los casos de enfermedad meningocócica en la CAPV. 1986-99



En el caso de la **tuberculosis**, el número de casos es similar al año anterior, situándose así en una tasa del 32,22 por cien mil habitantes (Fig. 4).

Figura 4. EDO: Evolución de los casos de tuberculosis en la CAPV. 1987-99



Se han detectado 18 casos de **paludismo** importados, de los cuales 8 han tenido como antecedente haber viajado a países de alta endemia, 6 casos han sido emigrantes de zona endémica y en otros 4 casos no se conoce el factor de riesgo.

De los 19 casos de **brucelosis** notificados, 6 correspondían a un brote por consumo de queso adquirido fuera de la CAPV y en 8 constaba un factor de riesgo de tipo profesional/laboral.

Se han diagnosticado dos casos de **tétanos** en personas adultas no vacunadas.

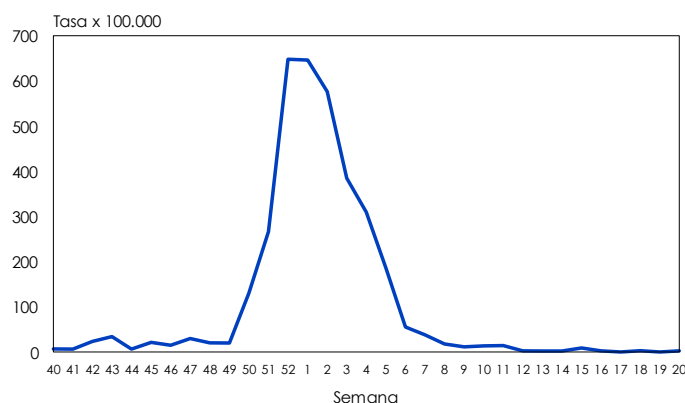
2. MÉDICOS VIGÍA: EVOLUCIÓN DE LA GRIPE TEMPORADA 99-00

El objetivo del sistema de información de médicos y médicas "vigía", integrado en una red estatal y europea, es proporcionar información epidemiológica y virológica de calidad sobre la actividad gripal en la CAPV¹.

Desde la anterior temporada epidémica, participan de forma voluntaria 31 profesionales de Atención Primaria que prestan asistencia a un total de 47.038 personas distribuidas por toda la Comunidad. En su actuación médica, registran datos de interés epidemiológico sobre cada enfermo que acude a su consulta con síntomas de gripe y, además, recogen una muestra biológica (frotis faríngeo) en una cierta proporción de sus pacientes. Las muestras se remiten al laboratorio del Servicio de Microbiología del Complejo Hospitalario de Donostia para cultivo y detección de los virus gripales circulantes.

Durante la temporada epidémica 1999-2000, la actividad gripal se ha mantenido baja (< 25 casos/100.000 habitantes) hasta la semana 49 de 1999. A partir de esta semana se ha registrado un fuerte incremento del número de casos, alcanzándose el pico máximo (665 casos/100.000 habitantes) a finales del año (semana 52; Fig. 5). A partir de la semana 4 de 2000 se ha iniciado un brusco descenso en la incidencia hasta la semana 6; posteriormente, se han registrado casos esporádicos.

Figura 5. Evolución de la incidencia semanal y aislamientos de gripe en la CAPV. Temporada 1999-00



¹ Más adelante se informa sobre el programa de vacunación antigripal en 1999.

Comparando las tasas acumuladas por grupos de edad en el periodo comprendido entre la semana 40 de 1999 y la semana 20 de 2000, la mayor incidencia se ha registrado entre la población de 0 a 4 años, seguida de la población menor de 15 años (Tabla 4).

Tabla 4. Frecuencias absolutas, relativas y tasas acumuladas de la gripe por grupos de edad en la CAPV (entre semana 40/1998 y 11/1999)

| Grupo de edad | Nº de casos registrados | % | Tasa acumulada por 100.000 hab. (semana 40 a 20) |
|---------------|-------------------------|-----|--|
| 0-4 años | 112 | 8 | 4.365 |
| 5-14 años | 214 | 15 | 4.108 |
| 15-24 años | 196 | 13 | 3.385 |
| 25-44 años | 494 | 34 | 3.301 |
| 45-64 años | 305 | 21 | 3.063 |
| 65-74 años | 67 | 5 | 1.466 |
| >=75 años | 61 | 4 | 1.543 |
| Total | 1.449 | 100 | 3.083 |

FUENTE: Sistema de Vigilancia Epidemiológica. Médicos Vigía.

El primer aislamiento de virus *Influenza* de toda la red vigía ha tenido lugar en la semana 49; se trataba de un virus del tipo A(H3N2). A lo largo del periodo se ha conseguido un total de 83 aislamientos positivos (31% de las muestras recogidas) todos ellos correspondientes a virus gripales tipo A, predominando el subtipo H3N2 en la primera fase del pico; a partir de la semana 52, ha predominado el subtipo H1N1 fundamentalmente en muestras procedentes de población infantil¹.

¹ En las demás CC. AA. se ha confirmado también el predominio absoluto del virus de la gripe tipo A, siendo el subtipo A(H3N2) el más frecuente durante la temporada.

3. MICROBIOLOGÍA

El Sistema de Información Microbiológica de la Comunidad Autónoma del País Vasco (SIMCAPV) que funciona de manera estable desde 1993 y en 1997 queda incorporado al Sistema de Vigilancia Epidemiológica creado mediante el Decreto 312/1996 del Gobierno Vasco, recoge datos sobre la patología infecciosa confirmada por laboratorio, lo que permite disponer de información específica para la vigilancia epidemiológica.

En 1999 los laboratorios de microbiología¹, que han participado de manera voluntaria en el SIMCAPV, han enviado a las Unidades de Vigilancia Epidemiológica de los tres Territorios Históricos los datos correspondientes a una lista de microorganismos previamente establecida².

Resultados globales

Durante 1999 se ha notificado un total de 7.318 microorganismos. Desde el punto de vista epidemiológico, estos son algunos de los datos de mayor interés.

El número de aislamientos de ***Neisseria meningitidis*** ha sido de 58, con el grupo B como predominante. En menores de 5 años se han registrado 33 casos; entre los 5 y los 20 años, 10 casos; el resto corresponde a personas con más de 20 años.

En cuanto a las micobacterias, ha continuado la tendencia decreciente en el número de declaraciones de ***Mycobacterium tuberculosis*** tanto a nivel general como en el grupo de personas VIH positivas (Fig. 6).

¹ Los laboratorios de microbiología participantes han sido en Álava los hospitales de Txagorritxu y Santiago Apóstol y el ambulatorio de Olaguibel; en Bizkaia, los hospitales de Cruces, Basurto, Galdakao, San Eloy y Santa Marina; y en Gipuzkoa, el Complejo Hospitalario Donostia y los hospitales de Mendaro, Zumárraga y Bidasoa.

² Estos son los microorganismos que componen la lista:

BACTERIAS: *Aeromonas*, *Borrelia burgdorferi*, *Brucella*, *Campylobacter*, *Coxiella burnetti*, *Chlamydia*, *Haemophilus influenzae*, *Legionella pneumophila*, *Leptospira*, *Listeria monocytogenes*, *Mycoplasma pneumoniae*, *Neisseria meningitidis*, *Rickettsia coronii*, *Salmonella*, *Shigella*, *Streptococcus agalactiae*, *Streptococcus pneumoniae*, *Vibrio*, *Yersinia*.

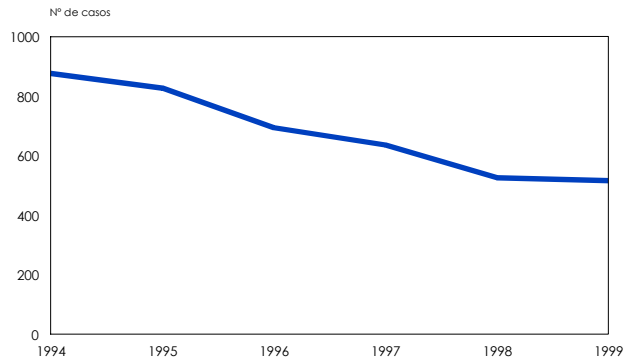
MICOBACTERIAS.

PARÁSITOS: *Echinococcus granulosus*, *Fasciola hepatica*.

VIRUS: Adenovirus, Hepatitis A, Rotavirus.

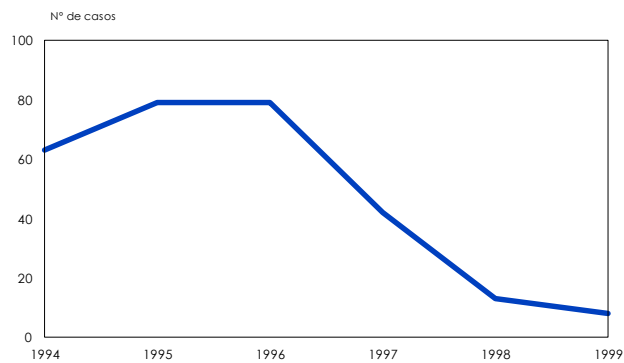
OTROS: *Pneumocystis carinii*.

Figura 6. Evolución del número de *Mycobacterium tuberculosis* declarado al SIMCAPV. 1994-99



El número de aislamientos de *Mycobacterium avium* ha sido similar al de 1998 frenándose la tendencia descendente que se venía produciendo en años anteriores (Fig. 7).

Figura 7. Evolución del número de *Mycobacterium avium* declarado al SIMCAPV. 1994-99

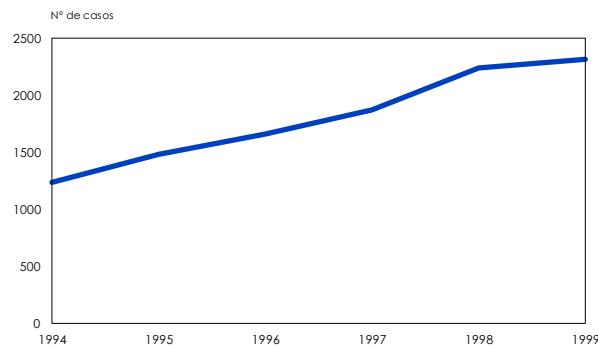


El número de *Mycobacterium kansasii* ha seguido aumentando, notificándose casi exclusivamente en Bizkaia.

Se han declarado también 41 casos de *Legionella pneumophila*. El 90,2% de ellos se han notificado en varones; el 53,7 % tenía una edad comprendida entre 40 y 69 años. Esta distribución total de afectados por edad y sexo es, en gran parte, consecuencia de un brote detectado en Bizkaia.

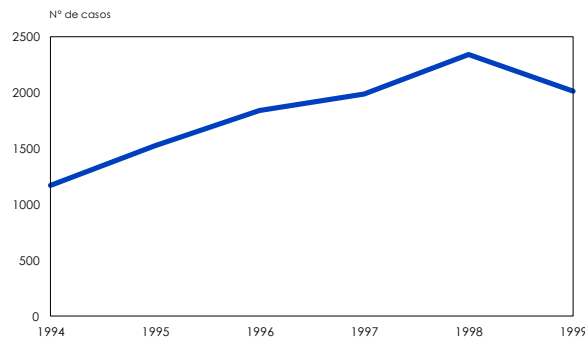
Respecto a los enteropatógenos, las infecciones gastrointestinales por **Campylobacter** siguen aumentando, especialmente en Gipuzkoa, siendo *C. jejuni* la especie predominante (92,9 %; Fig. 8).

Figura 8. Evolución del número de *Campylobacter* declarado al SIMCAPV. 1994-99



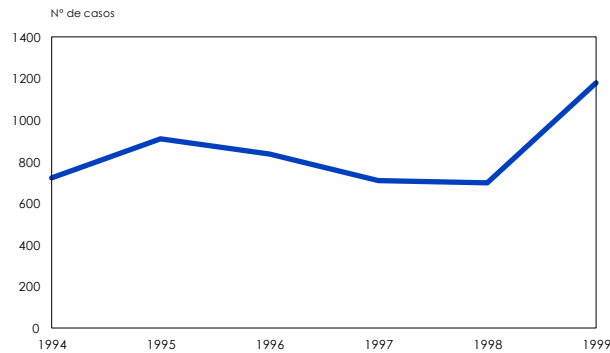
Por otra parte, se ha roto la tendencia y ha disminuido el número de notificaciones de **Salmonella** (Fig. 9).

Figura 9. Evolución del número de *Salmonella* declarado al SIMCAPV. 1994-99



En cambio se ha producido un notable incremento (68,9 %) respecto a 1998 en el número de **rotavirus** declarados (Fig. 10).

Figura 10. Evolución del número de Rotavirus declarado al SIMCAPV. 1994-99



El número de aislamientos de **Listeria Monocytogenes** ha aumentado respecto a años anteriores en Álava y sobre todo en Bizkaia.

A partir del año 2000 las declaraciones se van a hacer de acuerdo a la nueva *Guía de Notificación*. Mediante ella quedarán unificados los criterios de declaración de todos los laboratorios participantes, lo que va a dar mayor validez a este sistema de vigilancia.

4. BROTES

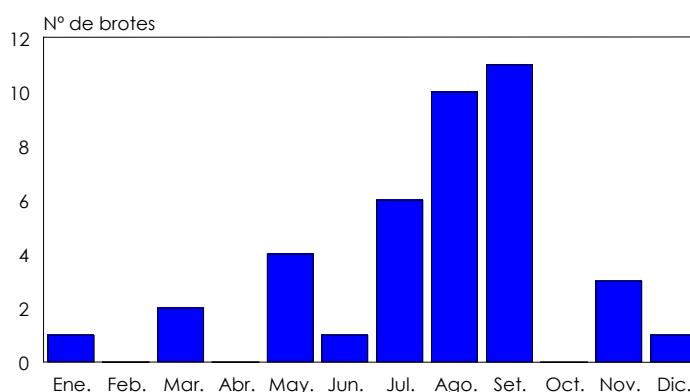
Durante 1999 en la CAPV se han notificado 43 brotes de intoxicaciones e infecciones de origen alimentario o hídrico: 15 en Álava; 13 en Bizkaia, y 15 en Gipuzkoa. Se han visto afectadas 3.717 personas.

Toxiinfecciones alimentarias

El número de brotes declarados (39) y de personas afectadas (400) ha sido menor al del año anterior (41 y 649, respectivamente). Álava ha notificado 15 brotes; 13, Bizkaia; y 11, Gipuzkoa.

En la **distribución de los brotes** por meses, puede apreciarse que se han producido predominantemente en época estival (Fig. 11).

Figura 11. Brotes de toxiinfecciones alimentarias por meses en la CAPV. 1999



Los **alimentos implicados** más frecuentes han sido los elaborados con huevo u ovoproductos, responsables de 13 brotes. En otros 3 brotes el alimento implicado ha sido el queso, y en otros 3 más, productos de pastelería (Tabla 5).

Tabla 5. Toxiinfecciones alimentarias según el alimento implicado en la CAPV. 1999

| Alimentos implicados | Nº de brotes |
|----------------------|--------------|
| Tortilla/mahonesa | 13 |
| Pastel/crema | 3 |
| Queso | 3 |
| Derivados cárnicos | 1 |
| Pescado/marisco | 1 |
| Otros | 2 |
| Desconocido | 16 |

FUENTE: Memoria de Unidades de Vigilancia Epidemiológica.

El **lugar de origen** más frecuente ha sido restaurantes y bares, seguidos de domicilios particulares (Tabla 6).

Tabla 6. Toxiinfecciones alimentarias según el lugar de origen en la CAPV.1999

| Lugar | Nº de brotes |
|----------------------------|--------------|
| Bar/Restaurante | 15 |
| Domicilio | 11 |
| Centro Escolar/Guardería | 2 |
| Residencia | 1 |
| Otros comedores colectivos | 1 |
| Establecimientos de venta | 4 |
| Venta ambulante | 3 |
| Otros | 2 |

FUENTE: Memoria de Unidades de Vigilancia Epidemiológica.

El género *Salmonella* ha seguido siendo la **etiología** más frecuente, responsable del 49% de los brotes notificados; la más representada ha sido la *S. enteritidis* (31%). Se ha declarado un brote producido por *E. coli* O:157 (Tabla 7).

Tabla 7. Toxiinfecciones alimentarias según origen microbiológico. CAPV. 1999

| Agente etiológico | Nº de brotes |
|-------------------------------|--------------|
| No identificado | 17 |
| <i>Salmonella enteritidis</i> | 12 |
| <i>Salmonella</i> | 7 |
| <i>E. coli</i> | 1 |
| <i>S. aureus</i> | 1 |
| Virus | 1 |

FUENTE: Memoria de Unidades de Vigilancia Epidemiológica.

La **media de personas afectadas** por brote ha sido de 11 para el total de la CAPV; de 8 para los brotes notificados en Álava; de 9 en los de Bizkaia y de 16 en los de Gipuzkoa.

Brotos hídricos

Se han notificado 4 brotes epidémicos de origen hídrico; en uno de ellos se ha realizado la confirmación etiológica (*C. jejuni*), desconociéndose el agente etiológico en los 3 restantes. El origen del agua sospechosa o confirmada procedía de la red de abastecimiento en 2 brotes.

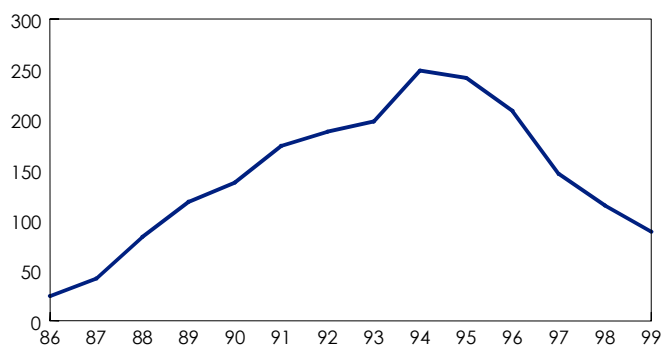
Los 4 brotes se han notificado en Gipuzkoa. El número total de personas afectadas ha sido de 3.298. De estas, 2.551 corresponden a un solo brote en el que el agente etiológico ha sido *C. jejuni* y el vehículo ha sido el agua de la red de abastecimiento.

B. OTROS SISTEMAS DE INFORMACIÓN

1. SÍNDROME DE INMUNODEFICIENCIA ADQUIRIDA (SIDA)

En 1999 se han declarado 181 casos nuevos de sida. La incidencia de esta enfermedad ha disminuido un 23% respecto a 1998 (Fig. 12).

Figura 12. Tasa de incidencia de sida por millón de habitantes en la CAPV. 1986-99



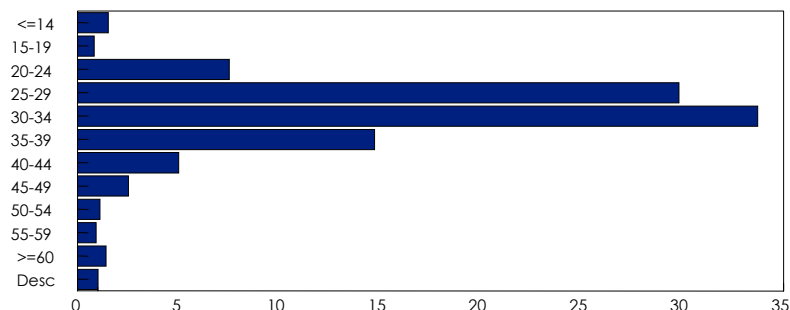
Por Territorios Históricos, Bizkaia ha presentado la mayor tasa de incidencia (109 casos/millón de habitantes), seguida de Gipuzkoa (68,4 casos/millón de habitantes) y Álava (53,8 casos/millón de habitantes).

El porcentaje de mujeres infectadas mediante **relación heterosexual** no protegida ha aumentado respecto a 1998 (del 28,4% al 46,9%); en el caso de varones, ese porcentaje ha disminuido (del 22,3% al 18,9%). El número de enfermos de sida que han referido, como mecanismo de transmisión, las **relaciones homosexuales/bisexuales** no protegidas ha disminuido un 50% respecto al año 1998, aunque, dado el reducido número de casos, esa disminución debe interpretarse con cautela.

Incidencia

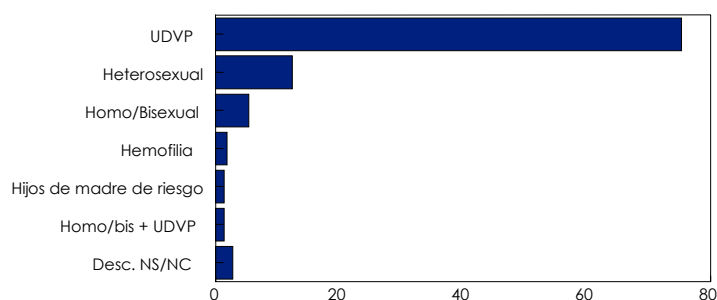
Entre 1984 y 1999 se han declarado 4.228 casos de sida. De ellos, el 76,4% en varones y el 24,6% en mujeres, por lo que la razón varón/mujer es de 3,2. Por grupos de edad, el más numeroso está formado por personas entre 30-34 años (33,7% de los casos), seguido del de 25-29 años (29,8%; Fig. 13).

Figura 13. Distribución porcentual de todos los casos de sida (1984-99) por grupo de edad en la CAPV



El mecanismo de transmisión más frecuente ha sido el uso compartido de jeringuillas en el consumo de drogas por vía parenteral (75,2%), seguido de las relaciones heterosexuales no protegidas (12,3%; Fig. 14).

Figura 14. Distribución porcentual de todos los casos de sida (1984-99) por mecanismo de transmisión en la CAPV



Programas de prevención de sida en usuarios de drogas por vía parenteral

En colaboración con las farmacias del País Vasco, el Departamento de Sanidad ha continuado desarrollando dos programas de reducción de riesgos dirigidos a personas consumidoras de drogas por vía parenteral con el objetivo de minimizar los riesgos de infecciones relacionadas con ese consumo, especialmente la producida por VIH. En 1998, se han distribuido 260.750 kits-jeringuillas, e intercambiado 79.500 jeringuillas usadas por otros tantos kits-antisida.

Además, se han subvencionado, como cada año, proyectos de las ONG que trabajan el tema del sida y que cumplen una serie de criterios de priorización¹.

¹ El presente año se han destinado a tal efecto 43.600.000 pesetas.

MORTALIDAD

Durante 1998, se produjeron 18.151 defunciones entre residentes en la CAPV; 616 más que en 1997. El 53% del total de muertes registradas se produjeron en varones, y el 47%, en mujeres.

En la Tabla 8, puede observarse la distribución de la mortalidad por grandes grupos de enfermedades y sexo. Las enfermedades del aparato circulatorio aparecen como la primera causa de muerte para ambos sexos (34,5% del total de fallecimientos); le siguen los tumores (28,4%), las enfermedades del aparato respiratorio (10,2%), las enfermedades del aparato digestivo (5,3%), y las causas externas (4,9%).

Tabla 8. Mortalidad por grandes grupos de causa y sexo en la CAPV. 1998

| Grupo | Enfermedad | Varones | | Mujeres | | Total | |
|-------|-------------------------------|--------------|--------------|--------------|--------------|---------------|--------------|
| | | Casos | Tasas (1) | Casos | Tasas (1) | Casos | Tasas (2) |
| I | Enf. infecciosas y parasit. | 173 | 16,9 | 108 | 10,1 | 281 | 9,7 |
| II | Tumores | 3.221 | 314,6 | 1.930 | 180,1 | 5.151 | 187,2 |
| III | Enf. glánd. endo. y metabol. | 284 | 27,7 | 327 | 30,5 | 611 | 20,3 |
| IV | Enf. sangre y órg. hematot. | 35 | 3,4 | 49 | 4,6 | 84 | 2,8 |
| V | Trastornos mentales | 206 | 20,1 | 419 | 39,1 | 625 | 18,5 |
| VI | Enf. sistema nervioso | 215 | 21,0 | 267 | 24,9 | 482 | 16,1 |
| VII | Enf. aparato circulatorio | 2.875 | 280,8 | 3.392 | 316,4 | 6.267 | 198,5 |
| VIII | Enf. aparato respiratorio | 1.068 | 104,3 | 787 | 73,4 | 1.855 | 56,7 |
| IX | Enf. aparato digestivo | 528 | 51,6 | 429 | 40,0 | 957 | 33,2 |
| X | Enf. aparato génito-urinario | 144 | 14,1 | 169 | 15,8 | 313 | 9,8 |
| XI | Complic. embarazo, parto | 0 | - | 0 | - | 0 | - |
| XII | Enf. piel y tejido conjuntivo | 9 | 0,9 | 23 | 2,2 | 32 | 0,9 |
| XIII | Enf. sistema osteomuscular | 38 | 3,7 | 105 | 9,8 | 143 | 4,4 |
| XIV | Anomalías congénitas | 18 | 1,8 | 28 | 2,6 | 46 | 1,4 |
| XV | Afecciones perinatales | 24 | 2,3 | 25 | 2,3 | 49 | 1,4 |
| XVI | Causas mal definidas | 152 | 14,9 | 209 | 19,5 | 361 | 11,2 |
| XVII | Causas externas | 658 | 64,3 | 236 | 22,0 | 894 | 36,0 |
| | Total | 9.648 | 942,5 | 8.503 | 793,2 | 18.151 | 615,0 |

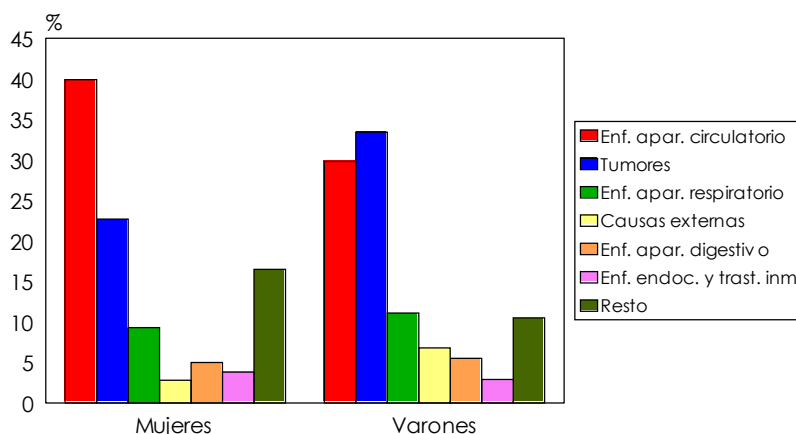
(1) Tasas por 100.000 habitantes.

(2) Tasas por 100.000 habitantes estandarizadas con la población europea.

FUENTE: Registro de Mortalidad. Dirección de Planificación y Evaluación Sanitaria.

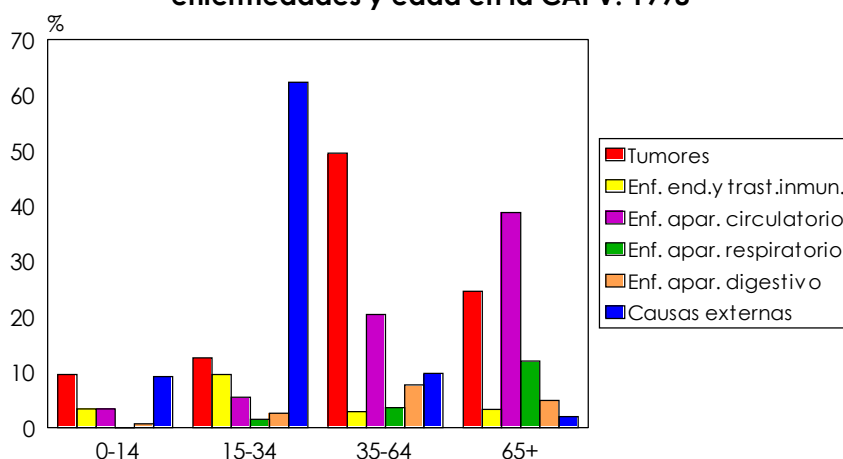
En la Figura 15 se puede observar la distribución de los grandes grupos de enfermedades por sexos: en varones, los tumores fueron la primera causa de muerte, seguida muy de cerca por las enfermedades del aparato circulatorio; este orden apareció invertido en mujeres, siendo la primera causa de muerte las enfermedades del aparato circulatorio.

Figura 15. Mortalidad proporcional por grandes grupos de enfermedades y sexo en la CAPV. 1998



Analizando la mortalidad por grupos de edad, anomalías congénitas y afecciones perinatales representaron casi un 60% de las causas de muerte hasta los 14 años, seguidas de las causas externas; de 15 a 34 años, la mayor contribución la presentaron las causas externas (más del 60%), seguidas de tumores y de enfermedades endocrinas y trastornos de la inmunidad¹; estas últimas han pasado a ocupar el tercer lugar. De los 35 a los 64 años, predominó la mortalidad por tumores siendo la segunda causa las enfermedades del aparato circulatorio, que pasaron a ocupar el primer puesto a partir de los 65 años (Fig. 16).

Figura 16. Mortalidad proporcional por grandes grupos de enfermedades y edad en la CAPV. 1998

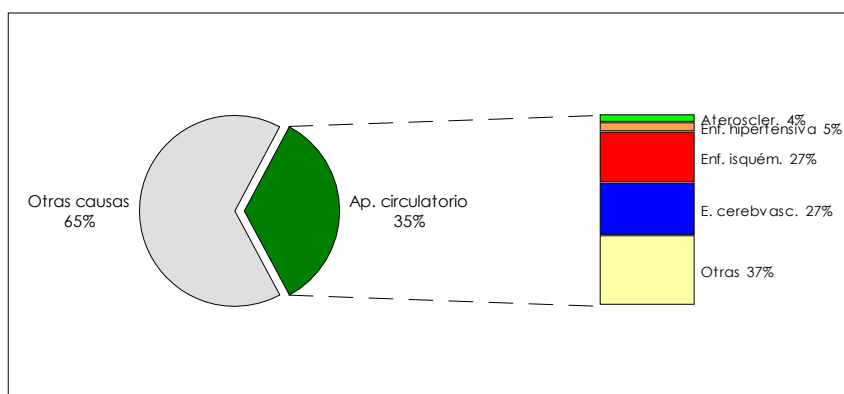


¹ En este grupo se encuentra el sida.

Enfermedades del aparato circulatorio

Las enfermedades del aparato circulatorio, al igual que en años anteriores, constituyeron la primera causa de muerte (6.267 defunciones, es decir, 34,5% del total de muertes; Fig. 17).

Figura 17. Mortalidad proporcional por enfermedades del aparato circulatorio en ambos sexos en la CAPV. 1998

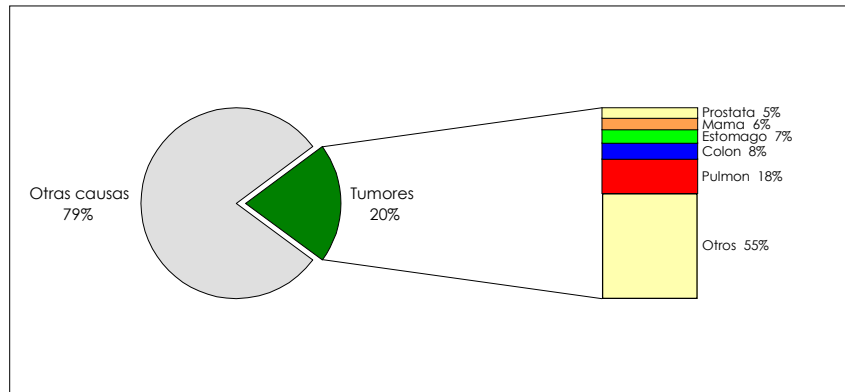


Las enfermedades cerebrovasculares pasaron a ser la primera causa del grupo, no porque aumentaran, sino por la disminución de las enfermedades isquémicas del corazón, que siguieron decreciendo respecto a años anteriores. Las enfermedades hipertensivas y la aterosclerosis se situaron a continuación.

Tumores

Los tumores ocuparon el segundo lugar (5.151 defunciones; el 28,4% del total; Fig. 18)

Figura 18. Mortalidad proporcional por tumores en ambos sexos en la CAPV. 1998



En varones, representaron la primera causa de muerte (3.221 defunciones, es decir, el 33,4% de varones fallecidos en 1998). Las localizaciones más frecuentes fueron el pulmón, próstata, colon y estómago.

En las mujeres, se registraron 1.930 defunciones por tumores (22,7% de mujeres fallecidas en 1998), siendo los tipos más frecuentes el tumor maligno de mama, colon, tejido linfático y órganos hematopoyéticos, y estómago.

Por tumor maligno de mama fallecieron 313 mujeres en 1998, el 65,5% de estas muertes se han producido después de los 60 años (Fig. 19 y 20)

Figura 19. Mortalidad por tumor maligno de mama y grupo de edad en la CAPV (nº de casos).1998

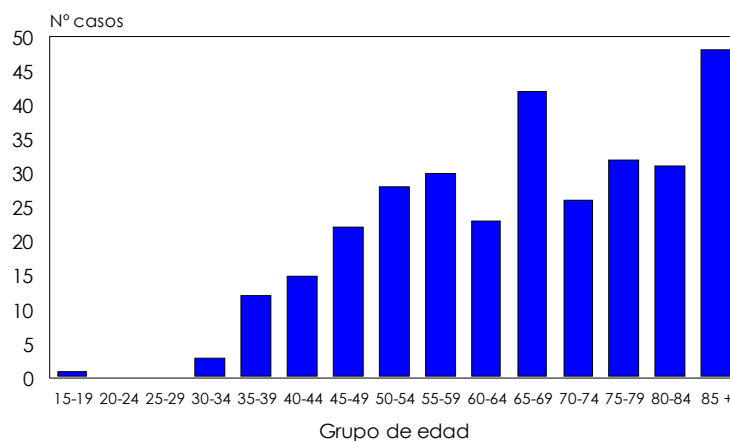
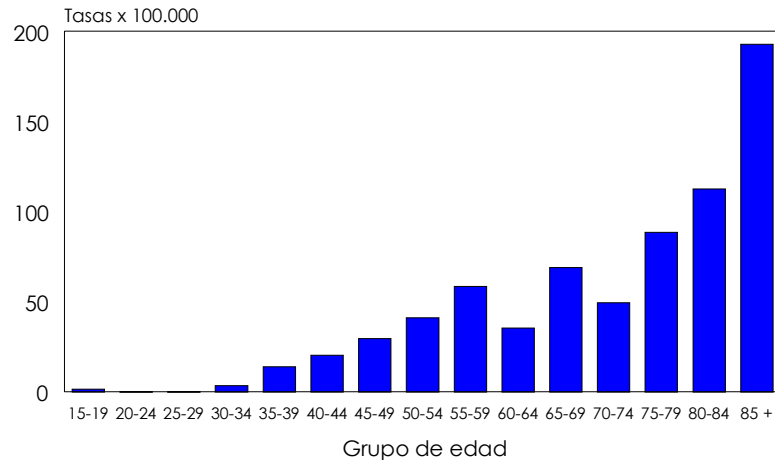


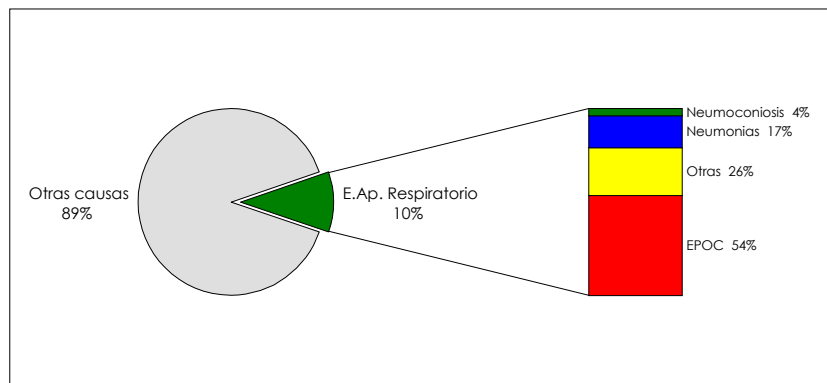
Figura 20. Mortalidad por tumor maligno de mama y grupo de edad en la CAPV (tasas por 100.000). 1998



Enfermedades del aparato respiratorio

Las enfermedades del aparato respiratorio provocaron 1.855 defunciones, el 10,2%. Destacaron en este grupo la Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica (EPOC) y enfermedades afines, neumonías y neumoconiosis (Fig. 21).

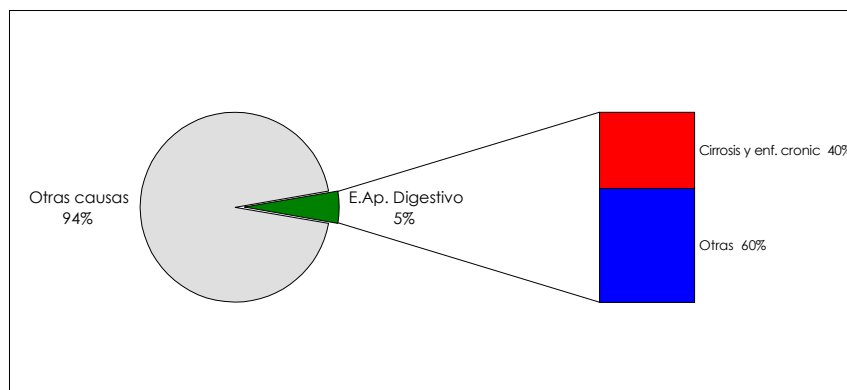
Figura 21. Mortalidad proporcional por enfermedades del aparato respiratorio en ambos sexos en la CAPV. 1998



Enfermedades del aparato digestivo

Este grupo ocupó el cuarto lugar con 957 defunciones (5,3% del total). Cerca de un 40% de estas defunciones fueron debidas a cirrosis y enfermedades crónicas del hígado (Fig. 22).

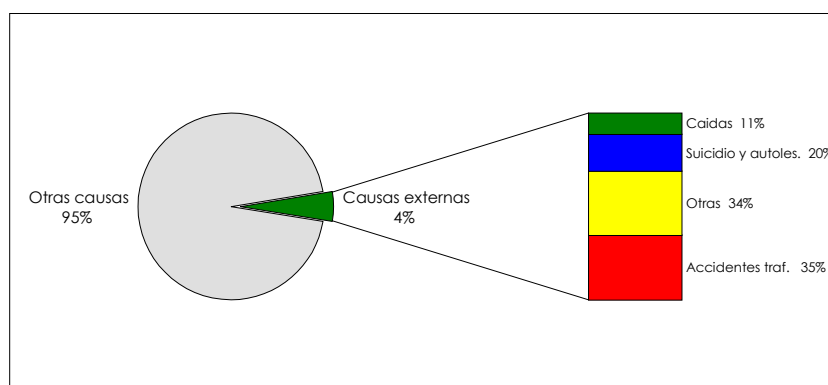
Figura 22.- Mortalidad proporcional por enfermedades del aparato digestivo en ambos sexos en la CAPV. 1998



Causas externas

Fallecieron 894 personas a consecuencia de causas externas, ocupando el quinto lugar (4,9%). Entre las causas externas cabe destacar, los accidentes de trafico de vehículos a motor, con 311 casos; suicidio y autolesiones, con 177; y las caídas, con 100 casos. El 50% de fallecimientos en menores de 34 años (307 personas) fue por causas externas (Fig. 23).

Figura 23. Mortalidad proporcional por causas externas en ambos sexos en la CAPV. 1998



Causas seleccionadas

En la Tabla 9 aparecen seleccionadas las causas de muerte específicas de mayor frecuencia para ambos sexos en la CAV en 1998.

Tabla 9. N° de defunciones, tasas de mortalidad brutas y estandarizadas¹ (por 100.000) por causas seleccionadas en la CAPV. 1998

| CIE-9 | Causa | Casos | Tasa bruta | Tasa estandarizada ⁽¹⁾ |
|-----------|--|-------|------------|-----------------------------------|
| 430-438 | Enfermedad cerebro-vascular | 1.707 | 81,45 | 53,35 |
| 410-414 | Cardiopatía isquémica | 1.671 | 79,74 | 55,26 |
| 490-496 | EPOC y enfermedades afines | 992 | 47,34 | 30,37 |
| 162 | Tumor maligno de pulmón | 927 | 44,23 | 35,52 |
| 250 | Diabetes | 436 | 20,80 | 13,44 |
| 153 | Tumor maligno de colon | 431 | 20,57 | 15,03 |
| 151 | Tumor maligno de estómago | 359 | 17,13 | 12,40 |
| 571 | Cirrosis y enf. crónicas del hígado | 353 | 16,84 | 13,82 |
| 480-487 | Neumonía y gripe | 353 | 16,84 | 10,76 |
| 174 | Tumor maligno de mama ⁽²⁾ | 313 | 29,20 | 21,98 |
| E810-E819 | Accidentes tráfico de vehículos a motor | 311 | 14,84 | 13,34 |
| 401-405 | Enfermedades hipertensivas | 310 | 14,79 | 9,40 |
| 185 | Tumor maligno de próstata ⁽²⁾ | 269 | 26,28 | 23,73 |
| 440 | Aterosclerosis | 264 | 12,60 | 7,82 |

(1). Tasas estandarizadas con la población europea.

(2) Las tasas se refieren a las poblaciones del sexo respectivo.

FUENTE: Registro de Mortalidad. Dirección de Planificación y Evaluación Sanitaria.

Para comparar la mortalidad de cada uno de los Territorios Históricos con el conjunto de la CAPV se ha utilizado la **Razón de Mortalidad Estandarizada** (RME; Tabla 10) y su Intervalo de **Confianza** al (IC) 95%; este último indica que hay que tener en consideración una causa de muerte cuando dicho intervalo no incluye el valor 100.

Tabla 10. Razón de mortalidad estandarizada (RME) de causas seleccionadas por Territorio Histórico en la CAPV. 1998

| CIE-9 | Causa | Álava | | Bizkaia | | Gipuzkoa | |
|-----------|--|-------|-------|---------|-------|----------|-------|
| | | Casos | RME | Casos | RME | Casos | RME |
| 430-438 | Enfermedad cerebro-vascular | 187 | 86,0 | 943 | 102,2 | 577 | 102,0 |
| 410-414 | Cardiopatía isquémica | 166 | 78,2 | 944 | 103,9 | 561 | 102,0 |
| 490-496 | EPOC y enfermedades afines | 114 | 90,7 | 526 | 97,8 | 352 | 107,1 |
| 162 | Tumor maligno de pulmón | 101 | 86,0 | 541 | 106,1 | 285 | 95,1 |
| 250 | Diabetes | 47 | 85,3 | 257 | 108,5 | 132 | 91,6 |
| 153 | Tumor maligno de colon | 54 | 99,5 | 256 | 108,4 | 121 | 86,1 |
| 151 | Tumor maligno de estómago | 46 | 102,0 | 208 | 105,5 | 105 | 89,9 |
| 571 | Cirrosis y enf. crónicas del hígado | 37 | 82,0 | 208 | 107,2 | 108 | 94,8 |
| 480-487 | Neumonía y gripe | 38 | 86,4 | 174 | 91,6 | 141 | 119,5 |
| 174 | Tumor maligno de mama ⁽¹⁾ | 29 | 74,0 | 176 | 102,6 | 108 | 105,6 |
| E810-E819 | Accidentes tráfico de vehículos a motor | 60 | 141,7 | 125 | 74,3 | 126 | 125,4 |
| 401-405 | Enfermedades hipertensivas | 20 | 50,5 | 188 | 112,5 | 102 | 98,8 |
| 185 | Tumor maligno de próstata ⁽¹⁾ | 37 | 101,0 | 145 | 100,1 | 87 | 99,0 |
| 440 | Aterosclerosis | 24 | 70,5 | 165 | 116,8 | 75 | 84,6 |

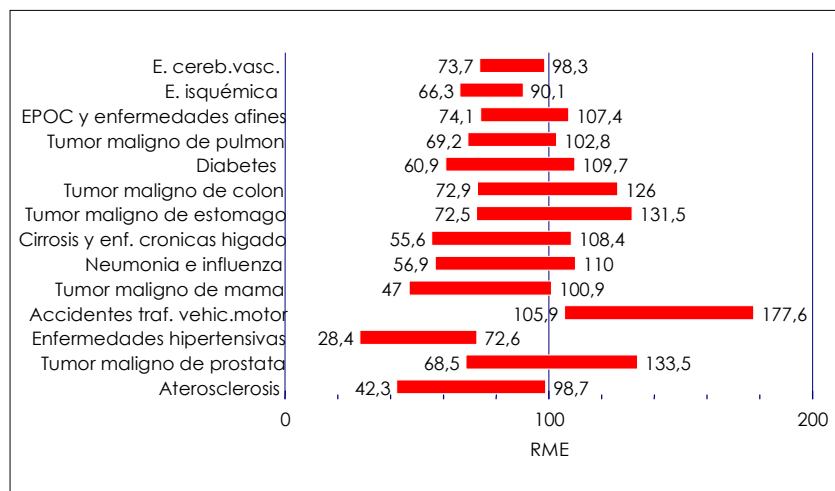
(1) Las tasas se refieren a las poblaciones del sexo respectivo.

FUENTE: Registro de Mortalidad. Dirección de Planificación y Evaluación Sanitaria.

En las siguientes Figuras se representan por Territorio Histórico los IC para las causas seleccionadas.

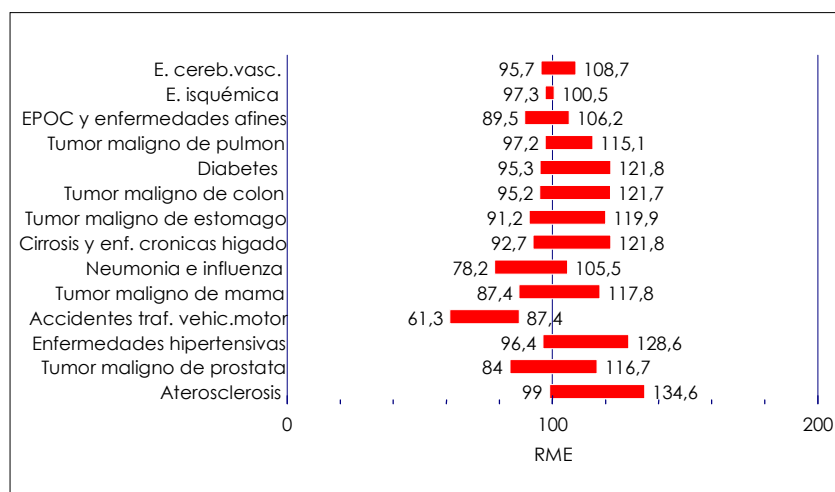
En Álava, se puede destacar una menor mortalidad, con respecto al total de la CAPV, de las enfermedades cerebrovasculares, cardiopatía isquémica, enfermedades hipertensivas, aterosclerosis y tumor maligno de mama. Por el contrario, los accidentes de tráfico de vehículos a motor presentaron una mayor mortalidad (Fig. 24).

Figura 24. IC al 95% de RME de causas seleccionadas en Álava. 1998



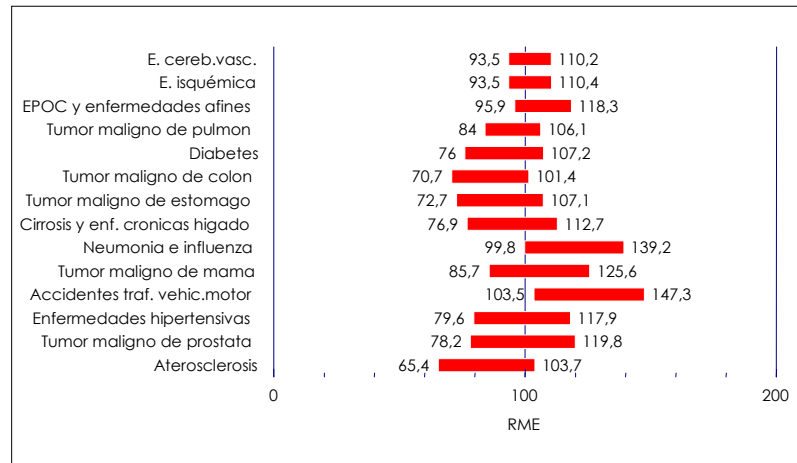
Bizkaia es el único Territorio que presenta una menor mortalidad por accidentes de tráfico de vehículos a motor (Fig. 25).

Figura 25. IC al 95% de RME de causas seleccionada en Bizkaia. 1998



En Gipuzkoa, a excepción de los accidentes de tráfico de vehículos a motor, con una mayor mortalidad, ninguna de las causas de muerte seleccionadas ha destacado frente al conjunto de la CAPV (Fig. 26).

Figura 26. IC al 95% de RME de causas seleccionada en Gipuzkoa. 1998



Esperanza de Vida

La esperanza de vida al nacimiento o vida media, es un resumen de la mortalidad de una comunidad y un indicador global de su estado de salud. Indica, para un momento determinado, cuál es la edad hipotética a la que puede llegar un varón o una mujer de una población dada. Según los datos de la CAPV en 1998, la esperanza de vida es de 75,3 años para los varones y 83,0 años para las mujeres (Tabla 11).

Tabla 11. Esperanza de vida al nacimiento en algunas CC.AA. y Países europeos.

| | Varones | Mujeres |
|------------------|---------|---------|
| CAPV 1998 | 75,3 | 83,0 |
| Aragón 1995 | 75,6 | 82,3 |
| Asturias 1995 | 73,1 | 81,1 |
| Cataluña 1997 | 75,8 | 82,4 |
| Galicia 1996 | 73,6 | 81,6 |
| Murcia 1996 | 75,2 | 81,6 |
| España 1994 | 74,2 | 81,5 |
| Francia 1994 | 74,2 | 82,6 |
| Italia 1993 | 74,4 | 80,8 |
| Reino Unido 1995 | 74,0 | 79,4 |

FUENTE: Registro de Mortalidad. Dirección de Planificación y Evaluación Sanitaria.

Mortalidad Prematura

En los países desarrollados, con una alta esperanza de vida, la mayor parte de las muertes ocurren en edades avanzadas. De ahí que la mortalidad general no sea un buen indicador de la salud de la población general. En cambio, los **Años Potenciales de Vida Perdidos (APVP)** constituyen una buena medida en salud pública que refleja el impacto causado por la mortalidad en la población más joven.

Tomando como punto de corte los 70 años y analizando por grandes grupos de enfermedades, al igual que en años anteriores, tumores, causas externas, enfermedades del aparato circulatorio y enfermedades del aparato digestivo fueron en 1998 las causas de muerte que más APVP hicieron perder tanto a varones como a mujeres.

En la Tabla 12 y en la Figura 27 se presentan los APVP por sexos y causas seleccionadas.

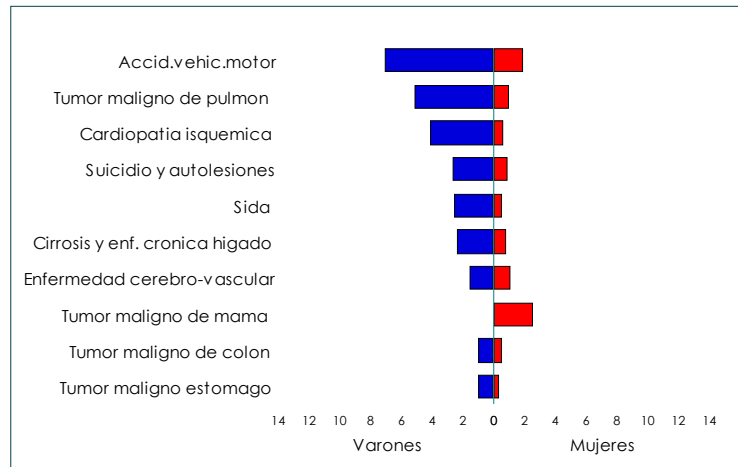
Tabla 12. Años Potenciales de Vida Perdidos por causas en ambos sexos en la CAPV. 1998

| CIE-9 | Causa | Ambos sexos | | Varones | | Mujeres | |
|-----------|---|-------------|---------------------|---------|---------------------|---------|---------------------|
| | | APVP | Tasa ⁽¹⁾ | APVP | Tasa ⁽¹⁾ | APVP | Tasa ⁽¹⁾ |
| E810-E819 | Accidentes tráfico de vehículos a motor | 9.032 | 4,43 | 7.055 | 6,61 | 1.977 | 2,19 |
| 162 | Tumor maligno de pulmón | 6.100 | 3,17 | 5.110 | 5,36 | 990 | 1,03 |
| 410-414 | Cardiopatía isquémica | 4.803 | 2,47 | 4.108 | 4,23 | 695 | 0,74 |
| E950-E959 | Suicidio y autolesiones | 3.573 | 1,67 | 2.679 | 2,42 | 895 | 0,90 |
| 279.5 | Sida | 3.190 | 1,46 | 2.585 | 2,38 | 605 | 0,55 |
| 571 | Cirrosis y enferm. crónicas del hígado | 3.153 | 1,59 | 2.343 | 2,40 | 810 | 0,80 |
| 430-438 | Enfermedad cerebro-vascular | 2.698 | 1,34 | 1.588 | 1,60 | 1.110 | 1,08 |
| 174 | Tumor maligno de mama | 2.605 | 1,35 | - | - | 2.605 | 2,68 |
| 153 | Tumor maligno de colon | 1.563 | 0,81 | 1.005 | 1,05 | 558 | 0,58 |
| 151 | Tumor maligno de estómago | 1.423 | 0,71 | 1.023 | 1,05 | 400 | 0,38 |

(1) Tasas estandarizadas por edad con la población europea estándar.

FUENTE: Registro de Mortalidad. Dirección de Planificación y Evaluación Sanitaria.

Figura 27. Mortalidad prematura (APVP) por sexo en la CAPV (en miles). 1998



MEDIO EXTERNO

1. AIRE

La contaminación del aire en sus dos vertientes biótica y abiótica puede ser una importante fuente de problemas para la salud. De su control y vigilancia se responsabilizan diferentes Instituciones, además del Departamento de Sanidad. Las actuaciones del Departamento de Sanidad van dirigidas principalmente a controlar la concentración de contaminantes en el aire y, en caso de que se superen los límites permitidos, a ordenar la adopción inmediata, por parte de las Instituciones competentes, de las medidas necesarias para proteger a la población de los posibles daños para la salud.

Contaminación biótica (polen)

La red de control de polen se creó en 1991. Tras un estudio de prevalencia de polinosis en la CAPV, se pudo observar que un 10% de la población estaba afectada por patologías producidas por los pólenes. De ahí que sea muy importante controlar la magnitud de la contaminación biótica con el fin de poder proporcionar al sistema sanitario¹ datos sobre recuentos polínicos que le permitan tanto prevenir como responder a las demandas que se generen.

En 1999 se han controlado 41 tipos diferentes de especies polínicas en cada una de las capitales de los tres Territorios Históricos. En la Tabla 13 aparece, desglosado por género, el número de días en que se ha superado el valor umbral de 50 granos/m³.

¹ Los datos de niveles polínicos son enviados a los Servicios de Alergia de los grandes hospitales, a los Servicios de Pediatría de diferentes centros y a profesionales que lo solicitan. Estos datos se han leído y enviado diariamente en el período de máxima floración o en los días de mayor concentración a los medios de comunicación, a la red de aerobiología de la SEAIC (Sociedad Española de Alergia e Inmunología Clínica) y a la REA (Red Española de Aerobiología). El resto del año los datos se han enviado semanalmente.

Tabla 13. Número de días en que se han superado los 50 granos/m³ por especies polínicas en las capitales de cada Territorio Histórico de la CAPV. 1999

| | Vitoria-Gasteiz | Donostia-San Sebastián | Bilbao |
|-------------|-----------------|------------------------|--------|
| Alnus | 4 | 5 | 3 |
| Betula | 2 | - | - |
| Corylus | 2 | - | 1 |
| Cupressus | 18 | 1 | 5 |
| Mercurialis | 4 | - | - |
| Castanea | 2 | 4 | 2 |
| Fagus | 7 | 4 | 1 |
| Quercus | 19 | 1 | 4 |
| Olea | 4 | 2 | 4 |
| Pinus | 6 | 8 | 17 |
| Platanus | 10 | - | - |
| POA | 16 | 6 | 11 |
| Populus | - | 2 | - |
| Salix | - | 3 | - |
| Urtica | 2 | 2 | 5 |

FUENTE: Laboratorio de Salud Pública.

Contaminación abiótica

Los datos de contaminación que se ofrecen a continuación son los obtenidos por la Red de Vigilancia de la contaminación atmosférica de la Subdirección de Salud Pública de Bizkaia¹, que cubre el área de los municipios del Bajo Nervión. No se han superado los valores límite de **dióxido de azufre** (SO₂) y **humos** en ninguna de las estaciones², ni tampoco el valor guía anual ni el valor guía-media diaria de SO₂. En cuanto a **humos**, en Basauri se ha sobrepasado el valor guía anual; también en Basauri (en 39 ocasiones), Santurtzi (2) y Portugalete (1) se han sobrepasado los valores guía-medias diarias.

El valor medio mensual admisible de **materia sedimentable** (300 mg/m².día) se ha sobrepasado en uno de los ocho captadores, concretamente en el de Leioa donde este valor se ha superado en 10 meses.

¹ En Bizkaia, el Departamento de Sanidad cuenta con la propia Red de Vigilancia de la Contaminación Atmosférica. En este Territorio, otras Instituciones, como la Viceconsejería de Medio Ambiente del Gobierno Vasco y el Ayuntamiento de Bilbao, poseen también redes propias. En Álava, en Vitoria-Gasteiz, la vigilancia la realiza el Instituto Municipal de Sanidad y Consumo (DEMSAC). Asimismo, en Gipuzkoa, la Diputación Foral y algunos Ayuntamientos poseen redes propias. Todas estas se han ido integrando (o están en proceso de integración) dentro de la Red de Control y Vigilancia de la Calidad del Aire gestionada por la Viceconsejería de Medio Ambiente.

² Estas estaciones se hallan situadas en: Bilbao(c/ M^a Díaz de Haro), Barakaldo (Hospital San Eloy y Colegio Llano), Sestao (Plaza, c/Rivas y Colegio Trueba), Portugalete (Centro de Salud de General Castaños), Santurtzi (Ayuntamiento), Getxo (Mercado M. de Las Arenas), Ortuella (Centro de Salud), Muskiz (Ayuntamiento), Etxebarri (Ayuntamiento), Basauri (Colegio Lope de Vega), Galdakao (Usansolo), Leioa (Lamiako), Erandio (Ayuntamiento, Escuelas de Astrabudua y Arriagas).

Doce estaciones cuentan con captadores de alto volumen para **partículas en suspensión totales**. En ninguna de ellas se han sobrepasado los valores límite.

En tres estaciones (Bilbao-María Díaz de Haro, Erandio-Tartanga y Erandio-Arriagas) se controla el **plomo** en las partículas en suspensión totales. No se han superado los valores límite ni los valores guía de la Organización Mundial de la Salud (OMS) por primera vez en bastantes años. En estas tres estaciones se han realizado también muestreos de **cadmio, níquel, cromo y manganeso** en las partículas en suspensión totales. Además, en Bilbao-M^a Díaz de Haro se ha comenzado a muestrear el contenido de estos metales (plomo, cadmio, níquel, cromo y manganeso) en las partículas en suspensión de corte 10 µm tal como señala la Directiva 96/62/CE de evaluación y gestión de la calidad del aire.

Los datos de **dióxido de nitrógeno** (NO₂) y **monóxido de carbono** (CO) de la estación automática de María Díaz de Haro no han superado los valores límites establecidos. En el caso del NO₂, el percentil 50 anual de los valores de las medias horarias (59 µg/m³) ha superado el valor guía recomendado (50 µg/m³). En cambio, el percentil 98 (122 µg/m³) no ha superado el valor guía recomendado (135 µg/m³).

Mención especial, dentro del capítulo de la contaminación abiótica, merece el caso del **ozono troposférico** que, a diferencia del ozono estratosférico (capa de ozono) que nos protege de la radiación ultravioleta, es un elemento tóxico presente en el aire que se respira y con efectos perjudiciales para la salud en función de su nivel de concentración. Afecta fundamentalmente a las vías respiratorias, especialmente en grupos de población más sensibles (ancianos, niños y personas con problemas respiratorios).

En los últimos años se viene observando en los países desarrollados un aumento en sus niveles de presencia, producto de un aumento en la emisión de los precursores¹ debido al tráfico e industrias. Toda esta situación que causa preocupación especial dentro de la Unión Europea, ha motivado que la Dirección de Salud Pública haya realizado un análisis de la situación en la CAPV en base a los datos recogidos de la Red de Sensores de la Contaminación Atmosférica de la Viceconsejería de Medio Ambiente en el período 1998-99.

¹ El ozono troposférico es un contaminante secundario, es decir, que no se emite directamente sino que se genera a través de una compleja serie de reacciones químicas de ciertos contaminantes primarios o precursores (óxidos de nitrógeno y compuestos orgánicos volátiles) en determinadas condiciones atmosféricas (temperaturas altas, mucha luz y ausencia de viento). De ahí que el período entre mayo y septiembre es cuando se detectan niveles más elevados de ozono.

A la hora de valorar la situación se han tenido en cuenta tanto las recomendaciones de la OMS¹ como la legislación vigente (RD 1.494/95). La situación se puede resumir así :

- **Umbral de alerta a la población** (360 $\mu\text{g}/\text{Nm}^3$ como valor medio en 1 hora) no se ha superado en 1999; el año anterior, se superó en una ocasión.
- **Umbral de información a la población** (180 $\mu\text{g}/\text{Nm}^3$ como valor medio en 1 hora), superado en 5 ocasiones frente a 11 en 1998.
- **Umbral de protección de la salud** (110 $\mu\text{g}/\text{Nm}^3$ como valor medio en 8 horas) se ha superado en 44 días, por 21 días en 1998. Los sensores en los que con mayor frecuencia se ha detectado la superación de este nivel han sido los ubicados en la Facultad de Farmacia de Vitoria-Gasteiz y en el Parque de Valderejo. Les siguen los de Mundaka, Getxo, Sondika, Arrigorriaga y Parque de Izki. En el resto la superación es muy puntual o no se ha producido.

¹ La OMS ha establecido unos niveles guía por encima de los cuales considera que existe peligro para la salud (150-200 $\mu\text{g}/\text{Nm}^3$) y, además, para reducir los potenciales efectos adversos agudos y crónicos, ha establecido un margen adicional de protección de la salud, recomendando el rango de 100-120 $\mu\text{g}/\text{Nm}^3$ como valores guía para medias de ocho horas

2. AGUAS DE CONSUMO

El Departamento de Sanidad vigila y valora la **calidad del agua de consumo** de todos los abastecimientos de la Comunidad Autónoma. La vigilancia sistemática, derivada de la aplicación del RD 1138/90, es asumida íntegramente por las Direcciones Territoriales de Sanidad en los abastecimientos que no cuentan con Unidad de Control y Vigilancia. En los municipios que cuentan con estas unidades, el Departamento de Sanidad valora sus resultados y realiza una vigilancia complementaria. El número y tipo de análisis realizados en 1999 se presenta en la Tabla 14.

Tabla 14. Número de análisis realizados por el Departamento de Sanidad, por tipo y Territorio Histórico en la CAPV. 1999

| | Álava | Bizkaia | Gipuzkoa |
|--------------------------------------|--------------|----------------|-----------------|
| Nº análisis mínimos ⁽¹⁾ | 3.701 | 2.045 | 7.478 |
| Nº análisis normales ⁽¹⁾ | 275 | 771 | 784 |
| Nº análisis completos ⁽¹⁾ | 78 | 163 | 216 |

(1) Incluyen los parámetros especificados para cada tipo en el RD 1138/90.

FUENTE: Unidades de Salud Ambiental.

El resumen de datos de calidad de agua por Territorio Histórico, que incluye tanto los datos del Departamento de Sanidad como los de las Unidades de Control y Vigilancia, se presenta en la Tabla 15.

Tabla 15. Calificación de los municipios en relación a la calidad de aguas de consumo por Territorios Históricos en la CAPV. 1999

| Álava | | | | | |
|----------------------|--|----------------------------|---|---------------------------|-------------|
| Situación (2) | Municipios⁽¹⁾ 1999 | Habitantes 1999 | Porcentaje de población afectada | | |
| | | | 1999 | 1998⁽³⁾ | 1997 |
| Satisfactoria | 33 | 262.728 | 96,6 | 97,1 | 97,0 |
| Tolerable | 8 | 5.274 | 1,9 | 1,3 | 1,2 |
| Deficiente | 10 | 4.008 | 1,4 | 1,6 | 1,8 |
| Bizkaia | | | | | |
| Situación | Municipios 1999 | Habitantes 1999 | Porcentaje de población afectada | | |
| | | | 1999 | 1998 | 1997 |
| Satisfactoria | 74 | 1.093.619 | 95,6 | 93,3 | 95,8 |
| Tolerable | 26 | 42.001 | 3,7 | 5,0 | 1,0 |
| Deficiente | 10 | 7.114 | 0,7 | 1,7 | 3,1 |
| Gipuzkoa | | | | | |
| Situación | Municipios 1999 | Habitantes 1999 | Porcentaje de población afectada | | |
| | | | 1999 | 1998 | 1997 |
| Satisfactoria | 51 | 540.714 | 79,8 | 89,7 | 82,0 |
| Tolerable | 23 | 130.354 | 19,2 | 8,1 | 14,9 |
| Deficiente | 14 | 7.285 | 1,0 | 2,2 | 3,1 |
| CAPV | | | | | |
| Situación | Municipios 1999 | Habitantes 1999 | Porcentaje de población afectada | | |
| | | | 1999 | 1998 | 1997 |
| Satisfactoria | 158 | 1.897.061 | 90,6 | 92,2 | 91,5 |
| Tolerable | 57 | 177.629 | 8,5 | 5,6 | 5,5 |
| Deficiente | 34 | 18.407 | 0,9 | 2,2 | 3,0 |

(1) Datos referidos a capitales de municipio/núcleos de más de 100 habitantes.

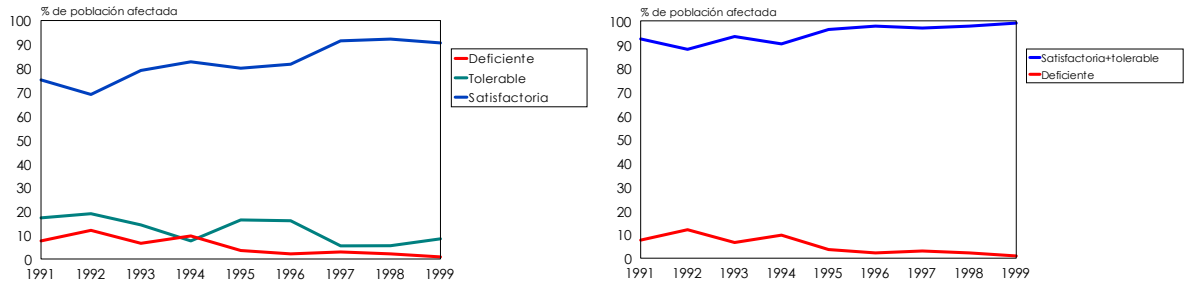
(2) Satisfactoria: Agua calificada como potable, al menos, en el 95% de los análisis. Tolerable: Agua calificada como no potable entre el 5 y el 10% de los análisis. Deficiente: Agua calificada como no potable en más del 10% de los análisis.

(3) Incluye únicamente datos de las capitales de municipio.

FUENTE: Unidades de Salud Ambiental.

La evolución del número de habitantes con abastecimiento de agua calificada como satisfactoria, tolerable y deficiente, en los nueve últimos años, queda plasmada en la Figura 28.

Figura 28. Evolución de población afectada por aguas de consumo en situación de “atención” y “alerta” en la CAPV. 1991-99



Comparando con los datos de 1998 se observa una reducción del número de personas con abastecimiento en situación satisfactoria y un aumento paralelo de los que se hallan en situación tolerable. Este resultado se debe fundamentalmente a que en 1999 los resultados de los municipios de Eibar y Pasaia han recibido calificación de tolerable, mientras que en el año anterior fue de satisfactoria.

Protección de la calidad de las aguas de captaciones para abastecimiento: Embalses del Zadorra

La importancia de garantizar la calidad de las aguas provenientes de los embalses del sistema Zadorra, principal y actualmente irremplazable captación de agua de las redes de abastecimiento del Consorcio de Aguas Bilbao Bizkaia y de AMVISA, es evidente si se tiene en cuenta que de esos embalses se surte el 50% de la población de la CAPV aproximadamente.

En mayo de 1999 se ha procedido a la firma de un convenio de colaboración entre Gobierno Vasco, Diputación Foral de Álava, Confederación Hidrográfica del Ebro, Ayuntamientos de la cuenca de los embalses, AMVISA, Consorcio de Aguas Bilbao-Bizkaia e Iberdrola con vistas a la creación de una **Mesa para la Protección de los Embalses del Sistema Zadorra** que da carácter oficial a la Comisión Técnica Interinstitucional creada en 1996.

A lo largo del año se ha ido avanzado en el desarrollo de las líneas de actuación señaladas por la Comisión Técnica en los aspectos de vigilancia de la calidad de las aguas, control de puntos de vertido de aguas residuales, actuaciones sobre asentamientos ilegales en el entorno de los embalses, control de las actividades recreativas, reducción gradual de la potencia autorizada a la navegación a motor hasta su completa prohibición en el 2007, etc.

3. SEGURIDAD ALIMENTARIA

Garantizar la producción y suministro a la población de alimentos seguros, es el principal objetivo de las actividades desarrolladas en materia de sanidad alimentaria.

Entre las herramientas más empleadas en la consecución de este objetivo se encuentran la vigilancia y seguimiento de los principales factores de riesgo que afectan al consumo de alimentos, y el control de los establecimientos que manipulan, elaboran, distribuyen y comercializan alimentos. En este sentido, desde hace algunos años, se está afrontando el difícil reto de hacer asumir a la industria, productores y proveedores la mayor parte de la responsabilidad en la implantación de sistemas eficaces de autocontrol, reforzados a su vez por un control oficial.

No hay que olvidar tampoco instrumentos de vigilancia, como la estimación de ingestas de contaminantes y nutrientes, y el seguimiento de las principales zoonosis, complementadas con controles selectivos en distintos alimentos sobre los que se realizan tanto determinaciones microbiológicas como de tipo químico.

Por tanto, las actividades desarrolladas en la consecución de estos objetivos se pueden agrupar en:

- autorizaciones sanitarias de funcionamiento,
- actividades de vigilancia y control de establecimientos de elaboración, manipulación, distribución y comercialización de alimentos,
- labores de vigilancia del estado sanitario de los alimentos,
- actividades de formación y educación sanitaria.

Autorizaciones sanitarias de funcionamiento

Todo establecimiento o actividad de carácter industrial dedicado a la elaboración, almacenamiento o distribución de alimentos, se encuentra sujeto a inscripción en el Registro General Sanitario de Alimentos. Para ello, sus instalaciones y procesos deben ajustarse a lo establecido por la normativa correspondiente. Estas inscripciones iniciales deben convalidarse cada 5 años¹.

¹ En función de la diversidad de líneas de productos elaborados, un mismo establecimiento puede encontrarse disponiendo de más de un registro sanitario. De ahí que se obvie en este Informe el censo total de registros pues podría inducir a error.

Los establecimientos de comercio minorista o detallista no se hallan sujetos a esa inscripción, pero sí precisan de la correspondiente autorización sanitaria de funcionamiento para desarrollar su actividad (Tabla 16).

Tabla 16. Registro Sanitario y Autorizaciones sanitarias de establecimientos alimentarios en la CAPV. 1999

| | Autorizados | Convalidados | Bajas |
|---------------------------|-------------|--------------|-------|
| Registro Sanitario | 206 | 244 | 155 |
| Autorizaciones sanitarias | 1.045 | 0 | 17 |

FUENTE: Unidades de Control de Alimentos.

Actividades de vigilancia y control de establecimientos de elaboración, manipulación, distribución y comercialización de alimentos

El **Programa de Actividades de Mayor Riesgo Alimentario (PAMRA)** tiene como objetivo principal priorizar las actuaciones de seguimiento y control sobre aquellos establecimientos cuya actividad puede suponer un mayor riesgo sanitario para el consumidor¹.

Como los datos epidemiológicos, referidos a tox infecciones alimentarias, muestran en los últimos años que la mayor parte de los brotes se producían principalmente en comedores colectivos, en 1998 se comenzó a trabajar sobre el sector de comedores de hostelería y sobre los elaboradores no industriales de platos preparados² con el fin de lograr su adecuación sanitaria antes del 2001. En 1999 se ha ampliado dicha actuación al sector de comedores institucionales (escolares, de empresa, de residencia de ancianos, albergues...).

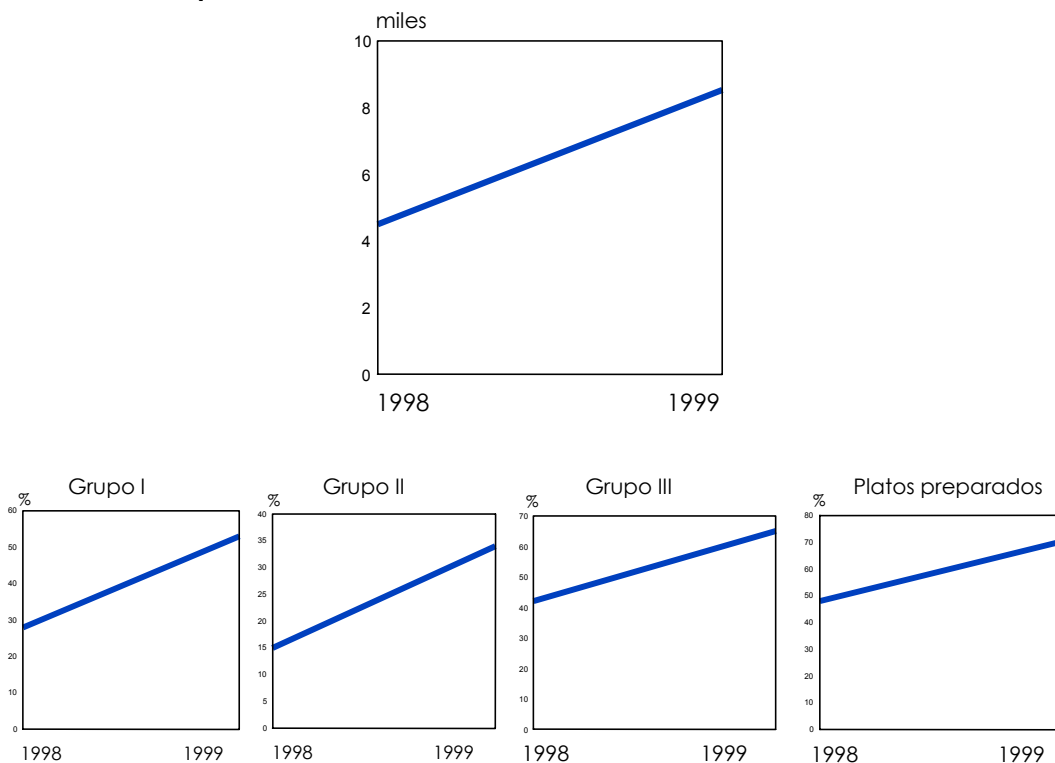
¹ Con este criterio, se establecen medidas preventivas, tanto estructurales y de equipamiento como de prácticas de trabajo, en función del riesgo sanitario que presenta la actividad desarrollada en el establecimiento: así, a mayor riesgo, mayor grado de exigencia.

² En función de los riesgos se ha clasificado los establecimientos en los siguientes grupos:

- **Grupo 0:** establecimiento en donde no se elaboran comidas (bares sin pinchos, bares "de poteo", pubs, etc.)
- **Grupo I:** establecimiento en donde se elaboran pinchos para la barra o productos de bajo riesgo (productos con altos tratamientos térmicos: cocidos, fritos, asados, horneados, etc., sin manipulación posterior).
- **Grupo II:** establecimiento en donde se elaboran comidas más complejas o de mayor riesgo, menús variados, carta, etc. En general, en este grupo se encuadran la mayoría de los restaurantes.
- **Grupo III:** establecimiento en donde se sirven banquetes, que presentan como factores de riesgo el alto número de comidas, alta variedad de las mismas, preparación con antelación y productos de riesgo.

En total se han realizado 8.525 inspecciones (4.500 en 1998). El número de establecimientos autorizados se ha elevado sustancialmente en un año: el 53% de establecimientos de hostelería de grupo I (frente al 28% de 1998), el 34% de los de grupo II (frente al 15% del año anterior), el 65% de los del grupo III (respecto al 42% de 1998) y el 70% de los establecimientos de platos preparados (frente al 48% anterior), como se puede apreciar en los siguientes Figuras.

Figura 29. Número total y por grupos de establecimientos autorizados por el PAMRA en la CAPV. 1998-99



Se ha continuado impulsando, como una herramienta eficaz para prevenir riesgos sanitarios derivados del consumo de alimentos, la implantación de sistemas de aseguramiento de la calidad por parte de las empresas de elaboración, basados en el **sistema HACCP**¹.

En una primera fase se está procediendo al estudio de los proyectos específicos presentados por las empresas dedicadas a la elaboración de productos cárnicos, lácteos y derivados de la pesca. Tras su estudio y aprobación, se im-

¹ El nuevo papel de la Administración consiste ahora en aprobar los sistemas HACCP presentados por las empresas y supervisarlos oficialmente.

pulsa su implantación en la industria para, posteriormente, supervisar su validez y ejecución (Tabla 17).

Tabla 17. Proyectos de autocontrol en la CAPV. 1999

| Tipo de industria | Número de proyectos | | |
|-------------------|---------------------|-----------|--|
| | Presentados | Aprobados | Aprobados condicionados en fase estudio o corrección |
| Cárnica | 242 | 79 | 104 |
| Pesquera | 155 | 56 | 73 |
| Láctea | 47 | 18 | 18 |
| Otros | 21 | 5 | 5 |
| Total | 465 | 158 | 200 |

FUENTE: Unidades de Control de Alimentos.

Otra actuación importante es la realizada por el servicio de inspección permanente en los **mataderos** de la CAPV. Su misión es efectuar los controles necesarios para garantizar la salubridad de los productos obtenidos en los mismos, velar por el cumplimiento de las condiciones de bienestar animal y desarrollar labores de vigilancia y registro de las principales enfermedades zoonóticas.

En 1999 se han inspeccionado 763.124 animales de grandes especies y 15.744.859 aves y conejos, como se refleja en la Tabla 18. Se han obtenido 85.313 T de carne, un 11% menos que en 1998, debido fundamentalmente al descenso de sacrificio de ganado ovino tras el cierre del matadero ubicado en Laguardia.

Tabla 18. Volumen de sacrificio y decomisos totales y parciales por especies animales en mataderos de la CAPV. 1999

| | Especie animal | | | | | |
|------------------------|----------------|---------------|---------|------------|-----------|--------|
| | Bovino | Ovino/caprino | Porcino | Aves | Conejos | Equino |
| Nº sacrificios | 116.672 | 379.165 | 266.001 | 14.628.766 | 1.116.093 | 1.286 |
| Toneladas de carne | 33.325 | 3.461 | 17.949 | 28.724 | 1.771 | 83 |
| Nº decomisos totales | 685 | 1.067 | 716 | 262.932 | 46.331 | --- |
| Nº decomisos parciales | 43.406 | 59468 | 283119 | --- | --- | 232 |

FUENTE: Unidades de Control de Alimentos.

Como indica la Tabla 19, se han realizado 2.468 **decomisos totales** en grandes especies, fundamentalmente por procesos inflamatorios en bovino (35%), caquexia en ovino/caprino (24%) y bajas *ante-mortem* en porcino (61%).

Tabla 19. Número de decomisos totales en mataderos por causas y grandes especies en la CAPV. 1999

| Causa del decomiso | Especie animal | | |
|--------------------------|----------------|---------------|---------|
| | Bovino | Ovino/Caprino | Porcino |
| Procesos inflamatorios | 236 | 3 | 166 |
| Tuberculosis | 99 | 10 | - |
| Bajas <i>ante mortem</i> | 59 | 219 | 437 |
| Residuos en carne | 46 | - | - |
| Caquexia | 29 | 253 | - |
| Otras causas | 216 | 582 | 113 |
| Total | 685 | 1.067 | 716 |

FUENTE: Unidades de Control de Alimentos.

Como se aprecia en la Tabla 20, la principal causa de **decomiso parcial** en porcino (59%) y ovino/caprino (22%) ha sido la bronconeumonía, mientras que ha sido la distomatosis la causa más importante (33%) en bovino.

Tabla 20. Número de decomisos parciales en mataderos por principales causas y grandes especies en la CAPV. 1999

| Causa del decomiso | Especie animal | | | |
|------------------------|----------------|---------------|---------|--------|
| | Bovino | Ovino/Caprino | Porcino | Equino |
| Tuberculosis | 595 | 3 | 517 | - |
| Brucelosis | 40 | 2.045 | - | - |
| Bronconeumonía | 7.010 | 13.347 | 168.241 | 77 |
| Cisticercosis | 22 | 7.913 | 46 | - |
| Distomatosis | 14.532 | 2.850 | 26 | 6 |
| Parasitosis | 454 | 9.811 | 1.050 | 60 |
| Ascaridiasis | - | - | 38.173 | 15 |
| Hidatidosis | 6.647 | 12.693 | 14 | - |
| Abscesos | 1.212 | 2.166 | 547 | - |
| Falta de higiene | 26 | 175 | - | 1 |
| Procesos degenerativos | 1.747 | 581 | 720 | 7 |
| Procesos inflamatorios | 5.442 | 1.366 | 25.444 | 11 |
| Otros | 6.779 | 6.518 | 48.341 | 55 |
| Total | 43.406 | 59.468 | 283.119 | 232 |

FUENTE: Unidades de Control de Alimentos.

En otro orden de cosas, se ha establecido, junto con el Departamento de Agricultura y Pesca, un programa de prevención y vigilancia de las encefalopatías espongiiformes en rumiantes. Se han tomado 500 muestras de animales, todas ellas negativas, y se han retirado de la cadena alimentaria los materiales de riesgo (MER) de los animales indicados en la Tabla 21.

Tabla 21. Prevención de encefalopatías espongiformes en mataderos por Territorio Histórico y especie en la CAPV (nº de animales con retirada de MER) 1999

| Territorio | Vacuno | Ovino |
|-------------------|---------------|--------------|
| Álava | 2.445 | 4.633 |
| Bizkaia | 9.242 | 14.510 |
| Gipuzkoa | 10.854 | 41.338 |
| CAPV | 22.541 | 60.481 |

FUENTE: Unidades de Control de Alimentos.

Actividades de vigilancia y control de establecimientos de elaboración, manipulación, distribución y comercialización de alimentos

Seguridad química

Las actuaciones de vigilancia de la seguridad química de los alimentos se realizan, por un lado, mediante la determinación de las ingestas de contaminantes y nutrientes a través del Estudio de Dieta Total y, por otro, mediante la realización de controles selectivos de determinadas sustancias en determinados alimentos, entre los que merece especial mención los residuos de medicamentos de uso veterinario en carnes fresca, tema que está en investigación actualmente.

Dieta Total

A lo largo de 1999 se han vigilado las ingestas de mercurio, arsénico y plomo así como de nitrato, nitrito y sulfito.

El **arsénico** y **mercurio** que se ingieren con la dieta proceden exclusivamente del grupo de pescados. La ingesta media de mercurio es elevada, 17 µg/día, lo que representa un 35% de su ingesta diaria admisible y se mantiene estable en los últimos años (15µg/día - 17µg/día).

Tabla 22. Ingestas de mercurio, arsénico y plomo en la CAPV⁽¹⁾. 1998

| | Ingestas (µg/día) | Límites FAO/OMS (µg/día) |
|---------------------|------------------------------|-------------------------------------|
| Mercurio | 17 (35%) | 49 |
| Arsénico inorgánico | 2,2 (1,5%) ⁽¹⁾ | 146 ⁽²⁾ |
| Plomo | | |
| 1997 | 49 (20%) | |
| 1998 | 45 (19%) | 243 |

(1) Entre paréntesis los porcentajes respecto a los límites FAO/OMS.

(2) Datos correspondientes a las dietas del primer semestre de 1998.

(3) Para el arsénico, el único valor de referencia toxicológico que existe es la **Ingesta Semanal Tolerable Provisional (PTWI)** para arsénico inorgánico que es de 15 µg/kg de peso (corresponde a 146 µg/día).

FUENTE: Programa de Dieta Total.

En 1998 se estimó la ingesta de arsénico inorgánico y se comprobó que representa únicamente un 1,5 % del valor de referencia (Tabla 22).

Como el elevado consumo de pescado en la CAPV es el factor decisivo en la ingesta de mercurio y arsénico y también contribuye en gran medida a la ingesta de dioxinas y bifenilos policlorados, se ha diseñado un estudio de duplicación de raciones para caracterizar el perfil de exposición a estos contaminantes por parte de los consumidores extremos de determinadas especies de pescado. Asimismo se pretende con este estudio estimar la ingesta de ciertos nutrientes como los ácidos grasos poliinsaturados y el selenio, cuyo aporte a la dieta procede en gran medida de este grupo¹.

La ingesta de **plomo**, por su parte, se halla distribuida ampliamente entre los diferentes grupos de alimentos de la dieta. Las ingestas correspondientes a 1997 y 1998 fueron superiores a las de 1996 pero sin superar en ningún caso el 20% del valor toxicológico de referencia.

Las ingestas de **nitrito** y **nitrito** se han estimado a través de su determinación en tres grupos de la dieta: derivados cárnicos, patatas y hortalizas, y verduras (Tabla 23).

¹ Durante el año 1999 se ha procedido a la caracterización y selección de individuos pertenecientes al grupo de consumidores extremos de pescado y se ha concluido con el trabajo de campo (obtención de las muestras biológicas, diario de alimentos y ración duplicada de los 40 voluntarios seleccionados para el estudio). Durante el próximo año se realizará el examen del patrón de consumo del grupo seleccionado para, al combinarlo con los resultados analíticos obtenidos en las muestras biológicas y del alimento, poder estimar las ingestas de las sustancias de interés y realizar la evaluación de los riesgos y beneficios asociados a las mismas.

Tabla 23. Ingestas de nitratos y nitritos en la CAPV⁽¹⁾. 1999

| | Ingesta mg/día ⁽²⁾ | IDA mg/día ⁽²⁾ |
|----------|--|--------------------------------------|
| Nitratos | 62 (25%) | 248 |
| Nitritos | <1 (11%) | 9 |

(1) Entre paréntesis los porcentajes de las Ingestas Diarias Admisibles (IDA).

(2) Expresadas como iones nitrato y nitrito respectivamente.

FUENTE: Programa de Dieta Total.

Las verduras han supuesto el principal aporte de nitrato a la dieta (el 78%), las patatas han aportado un 10% y los derivados cárnicos el 5%. El 7% restante procedía del agua de bebida que ha aportado aproximadamente otros 4-5 mg de nitrato. Teniendo en cuenta el nitrato aportado por el agua, la ingesta diaria total alcanzaría los 67 mg, es decir, un 27% de la IDA. El nitrito no se ha detectado por encima del límite de determinación (5.0 mg/kg) en ninguna muestra del año 1999. Esto supone que la ingesta de nitrito ha sido inferior a 1 mg/día lo que representaría un máximo de 9% de la IDA para el ión nitrito.

Se ha continuado vigilando la ingesta de **sulfitos** ya 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 de sulfito que oscila entre 17 y 22 mg/día expresado como SO₂ (según se consideren los valores inferiores al límite de determinación iguales a cero o a dicho límite), lo que supone entre un 36% y un 46 % de la IDA establecida por la OMS. Casi todo el aporte procede del grupo de bebidas alcohólicas.

Controles selectivos

La **ocratoxina A** es una micotoxina producida fundamentalmente por hongos de los géneros *Aspergillus* y *Penicillium*, que puede estar presente en una gran variedad de alimentos. Es considerada un potente agente nefrotóxico y carcinógeno.

Como parte de las tareas del Programa Coordinado de Control Oficial de Productos Alimenticios de la Unión Europea para 1999, se ha realizado una vigilancia de los contenidos de ocratoxina A en café. En total se han analizado 50 muestras de café tostado (17 de ellas, de café torrefacto), 6 de café instantáneo y 17 de café verde. Los límites propuestos inicialmente fueron de 8 µg/kg de ocratoxina A en café verde y de 4 µg/kg en café tostado e instantáneo. En ninguna muestra se han determinado contenidos superiores a esos límites.

También se ha seguido realizando el control selectivo de **residuos de plaguicidas en lechuga, pera y manzana**. Estos productos se seleccionaron para la vi-

gilancia en base a los datos de su consumo en la dieta, los datos de residuos de plaguicidas disponibles para alimentos vegetales y la probabilidad de ingestión de esos residuos, al ser consumidos en crudo, y en ocasiones sin pelar.

Se han examinado 22 plaguicidas en 16 muestras de **lechuga**, encontrándose residuos de procimidona superiores al LMR en dos de ellas. En **manzana** el número de plaguicidas examinados ha sido de 24 en 47 muestras. En dos de ellas, se ha superado el LMR (en una por clorpirifos y en la otra por difenilamina). En **pera** se han examinado 42 plaguicidas en 20 muestras y en ninguna se han superado los LMR.

Plan de investigación de residuos de medicamentos veterinarios en alimentos

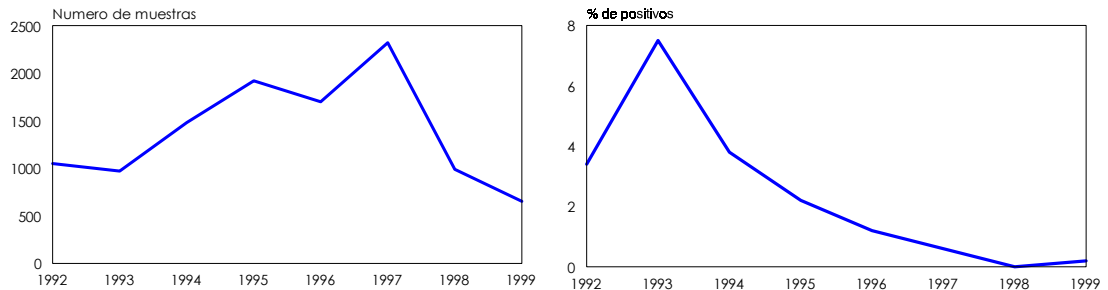
La vigilancia de la inadecuada utilización de sustancias medicamentosas en producción animal se ha centrado principalmente durante los últimos años en el control de dos fármacos, el clenbuterol en el ganado vacuno y las sulfamidas en el porcino. Este planteamiento ha sido consecuencia lógica de la situación creada, por un lado, por los diversos brotes de toxiinfección alimentaria derivados del consumo de hígado contaminado con clenbuterol y, por otro, por los elevados niveles de residuos de sulfamidas detectados en los controles rutinarios y bajo sospecha efectuados en cerdos de cebo.

Una vez que los resultados de los últimos años mostraron el uso más racional de estos medicamentos, durante 1999 se ha ampliado la vigilancia de sustancias antimicrobianas a otros productos y especies como el ganado ovino, caprino, equino, aves, conejos y leche.

Es notorio y evidente que la utilización de **clenbuterol** en el engorde del ganado vacuno se ha ido reduciendo progresivamente en los últimos años. Esta evolución ha sido constatada en las evaluaciones que se han venido realizando sobre las actividades desarrolladas en la CAPV en los distintos años.

A pesar de la detección en el matadero de un lote de animales tratados con estas sustancias, los resultados obtenidos deben considerarse satisfactorios, ya que es evidente que la utilización del clenbuterol no ha desaparecido y, ocasionalmente, no debe sorprender el hallazgo de animales sometidos a tratamiento. Es más, las actuaciones desarrolladas sobre este lote de animales han permitido constatar la eficacia del plan de muestreo aleatorio establecido en los mataderos, ya que, a partir de la detección de un positivo mediante el Test IMICO, se ha podido intervenir y decomisar el lote tratado antes de su puesta en el mercado (Fig. 30).

Figura 30. Clenbuterol en la CAPV. Muestras tomadas y muestras positivas en el periodo 1992-99

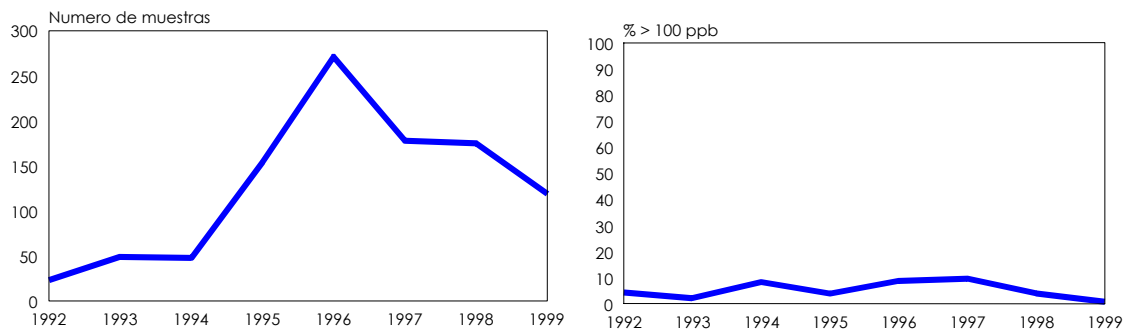


En los últimos años la investigación de **sustancias antimicrobianas** ha venido adquiriendo cada vez más importancia dentro del plan de vigilancia de la CAPV. Se trata de sustancias cuya utilización en terapéutica, profilaxis y producción animal se encuentra autorizada. Su utilización en producción animal está últimamente siendo sometida a intensos debates por sus implicaciones en la salud de los consumidores y, en especial, en lo que concierne al problema de resistencia a los antibióticos, que constituye una amenaza creciente.

Con respecto a los controles efectuados durante 1999, es de destacar la nueva inclusión del muestreo aleatorio para determinación de antimicrobianos en carnes frescas de diversas especies animales. Las únicas muestras que han presentado resultados positivos han sido las recogidas en porcino y equino. El número de muestras investigadas en cada una de las especies ha sido pequeño; por ello, es necesario esperar a nuevos controles para realizar una valoración mejor.

Estos datos se hallan en contraste con la evolución favorable de resultados en los controles aleatorios y bajo sospecha de sulfamidas efectuados en mataderos sobre porcinos, en los que, en ambos casos, se ha obtenido un porcentaje de muestras con residuos inferior al 1% (Fig. 31).

Figura 31. Sulfamidas en muestreo aleatorio en porcino de la CAPV. Muestras tomadas y muestras positivas en el periodo 1992-99.



Sin embargo, con relación al uso inadecuado de antimicrobianos en el ganado porcino, el caballo de batalla ha pasado a ser la presencia de sulfamidas en las muestras recogidas en los almacenes frigoríficos, en donde se han detectado residuos en el 3 y 6% de las muestras aleatorias y sospechosas respectivamente.

Con relación al muestreo bajo sospecha efectuado en el vacuno, se ha llegado a alcanzar una incidencia del 31%. En este porcentaje se hayan incluidos los casos de residuos en animales en los que se ha declarado, por parte del ganadero, el cumplimiento del periodo de supresión del medicamento. Hay que destacar que, en los últimos años, se está constatando la creciente detección de este tipo de casos.

Como continuación del control iniciado en 1998 sobre muestras de leche tratada térmicamente, se han investigado 184 muestras. En el global de estos dos años, mientras en las leches de larga vida se han alcanzado prevalencias del 1,5% en UHT y 2,1% en esterilizada, la prevalencia ha sido del 12,3% en la leche pasteurizada.

La vigilancia del uso ilegal de **sustancias con efecto hormonal y tireostático** se ha basado en la búsqueda de animales sospechosos de haber recibido tratamientos ilegales. No obstante, bajo este criterio únicamente se ha recogido una muestra para la determinación de sustancias tireostáticas y ha resultado negativa.

Seguridad microbiológica

En 1999 se ha realizado una "normalización de la toma de muestras" para unificar la metodología, actualizándose las medidas a tomar cuando los sondeos microbiológicos indican la existencia de un riesgo para la salud.

Se han recogido 348 muestras de alimentos para su análisis microbiológico. Los resultados globales aparecen en la Tabla 24.

Tabla 24. Número de muestras microbiológicas recogidas y resultados en la CAPV. 1999

| Producto | Nº de muestras | Muestras que superan límites | Indicador ⁽¹⁾ |
|---------------------------------|----------------|------------------------------|--------------------------|
| Patés fraccionados | 50 | 4 | 8,0 |
| Moluscos y crustáceos envasados | 37 | 6 | 16,2 |
| Postres lácteos | 85 | 16 | 18,8 |
| Productos de la pesca ahumados | 74 | 32 | 43,2 |
| Pinchos fríos | 105 | 49 | 46,7 |
| Total | 348 | 117 | 33,6 |

⁽¹⁾ Nº de muestras que superan los límites considerados aceptables por el grupo/Nº muestras analizadas x 100
FUENTE: Unidades de Control de Alimentos.

Cuando se han obtenido resultados que podrían implicar algún riesgo, se han adoptado las medidas oportunas para su corrección.

Se han analizado 37 muestras refrigeradas y congeladas de **moluscos y crustáceos cocidos y envasados al vacío**. Los parámetros investigados han sido Enterobacterias a 30°C, *Salmonella* spp. (presencia/ausencia en 25 g), *S.aureus* (recuento en 1 g), *Clostridium perfringens* (recuento en 1 g), Bacterias aerobias mesófilas (recuento en 1 g). Han superado los límites 6 de las 37 muestras, pero no se ha detectado *Salmonella* spp. En ningún caso, ha supuesto riesgo para la salud. Los resultados indican que la calidad sanitaria de los moluscos y crustáceos cocidos, envasados al vacío que se comercializan en la CAPV, es buena.

Se han analizado también 48 muestras de paté fraccionadas y 2 de patés en lata. Los productos se han recogido en comercio minorista y elaboradores (carnicería-charcutería). Los parámetros analizados han sido Enterobacteriaceas a 30°C, *E. coli*, *Salmonella* spp (presencia/ausencia en 25 g.), *Listeria monocytogenes*. Las muestras que han superado los límites presentaban niveles elevados de Enterobacteriaceas a 30°C (102-104: 3 muestras (6%) y >104 otras 3) que indican manipulaciones poco higiénicas, pero sin riesgo para la salud.

También se han sometido a análisis 85 muestras de **postres lácteos** (flan, natillas, cuajada, mousses de frutas, arroz con leche, etc.) tomadas en establecimientos de hostelería. Los parámetros analizados han sido *Salmonella* spp. (presencia/ausencia en 25 g), Enterobacterias a 42° C , Enterobacterias a 30° C, recuento/g de *E. coli*, *S. aureus* y *B. cereus* en postres con presencia de arroz en su composición. En ninguna de las muestras se ha detectado presencia de *Salmonella* spp, ni recuentos elevados del resto de parámetros. Por tanto, de los resultados analíticos obtenidos se desprende que la calidad microbiológica de las muestras analizadas es, en líneas generales, aceptable.

En 1996 se detectaron en los **pinchos de consumo en frío** malos resultados microbiológicos. Por ello, durante 1999 se ha repetido el muestreo recogiendo 105 muestras en industrias de platos preparados (18%) y en el propio establecimiento de venta o consumo (82%). Un elevado porcentaje de las muestras recogidas (30%), estaban expuestas en el establecimiento a temperatura ambiente. Los parámetros analizados han sido recuento de Enterobacterias a 30°C, Enterobacterias a 42°C, *E. coli* (presencia/ausencia en gr), *S. aureus* (recuento en g) y presencia/ausencia de *Salmonella* en 25g. Los resultados obtenidos han detectado una deficiente calidad microbiológica de los pinchos fríos aunque, comparando los resultados con los de 1996, su calidad microbiológica ha mejorado de forma significativa.

Se han analizado también 73 muestras de **pescados ahumados** procedentes de establecimientos minoristas. Los parámetros analizados han sido recuento

de Enterobacteriaceas a 30°C; *Listeria monocytogenes*.; *S. aureus*; *Clostridium sulfito-reductores* y ausencia/presencia en 25 gr de *Salmonella spp.* Los resultados del 42% de muestras han superado los límites, especialmente por recuento altos de Enterobacteriaceas. No ha aparecido *Salmonella* en ninguna de las muestras.

Como se ha podido apreciar, la situación en lo que a seguridad microbiológica se refiere, puede calificarse de buena/satisfactoria, salvo en lo referente a ahumados y pinchos fríos; esto significa que se seguirán adoptando medidas para mantener/mejorar la seguridad microbiológica y, en los dos últimos casos, adoptar las medidas correctoras pertinentes.

Sistema Coordinado de Intercambio Rápido de Información (SCIRI)

Mediante el SCIRI, se pretende atajar a tiempo los problemas ligados a los productos alimenticios que puedan afectar de forma directa al consumidor, facilitando, además, la comunicación entre las Autoridades competentes de la Comisión Europea, Ministerio de Sanidad y Consumo y las Comunidades Autónomas¹ (Tablas 25 y 26).

Tabla 25. Notificaciones y actuaciones del SCIRI en la CAPV. 1999

| | Nº de notificaciones | Nº de notificaciones que han originado medidas cautelares en la CAPV | |
|---------------|----------------------|--|------------------|
| | | Nº | % ⁽¹⁾ |
| Alertas | 96 | 21 | 21,8% |
| Informaciones | 266 | 8 | 3% |
| Total | 362 | 29 | 8% |

⁽¹⁾ Porcentaje correspondiente al nº de notificaciones que han originado medidas cautelares en relación al nº de alertas o informaciones recibidas.

FUENTE: Unidades de Control de Alimentos.

¹ Las notificaciones que circulan desde el MSC pueden ser de dos tipos:

- *Alertas* (pueden dar lugar a actuaciones directas, pues el producto puede encontrarse ya en el mercado);
- *Información* (útil para el trabajo diario, pero el producto implicado no se encuentra en el mercado o no presenta riesgo para la salud).

Tabla 26. Agente causal de notificaciones del SCIRI sobre las que se ha actuado y medidas tomadas en la CAPV .1999

| Agente causal | Notificaciones | Medidas especiales | Inmovilizaciones | Destino |
|---------------------------|-----------------------|---------------------------|-------------------------|----------------------|
| Salmonella ⁽¹⁾ | 3 | 0 | No | |
| Dioxinas | 1 | 1 | Si | Varios |
| Aerobios mesófilos | 2 | 1 | 42.079 litros | Destrucción/Consumo. |
| PSP | 1 | 1 | 312 Kg | Destrucción/Consumo |
| Hepatitis A | 1 | 1 | 155 Kg | Reexpedición |
| Listeria ⁽¹⁾ | 2 | 0 | NO | |
| 3-MCPD | 1 | 1 | 224 litros | Destrucción |
| Bebidas refrescantes | 1 | 1 | Si | Destrucción |
| Pesticidas | 1 | 1 | 3.790 Kg. | Destrucción/Consumo |
| Otros ⁽¹⁾ | 16 | 0 | No | |
| Total | 29 | 7 | | |

⁽¹⁾ Alertas que han originado medidas especiales de control aunque no se hayan producido inmovilizaciones del producto.

FUENTE: Unidades de Control de Alimentos.

Las principales alertas correspondientes a 1999 han sido

- por el consumo de tellinas congeladas, procedentes de Perú, contaminadas con virus Hepatitis A: se han inmovilizado 155 Kg que han sido recogidos por la empresa distribuidora;
- por contaminación bacteriana en leche esterilizada por aerobios mesófilos. Se han inmovilizado 41.457 litros; de ellos se han destruido 511 envases de 1,5 litros; los restantes han sido liberados a consumo tras la comprobación de los lotes objeto de control;
- por pesticidas en perca del Nilo. Se han inmovilizado 1.566 kg de perca fresca y, como se ha realizado en pequeñas partidas en varios establecimientos, se ha procedido a su destrucción; se han inmovilizado, por otra parte, 2.224 kg de perca congelada de la que se han tomado muestras; los resultados de estas se hallaban por debajo del límite de detección por lo que han sido liberadas a consumo;
- por toxina PSP en almejas y mejillones procedentes de Francia. Se han inmovilizado 312 kg; 101 de ellos se han liberado a consumo al comprobar que no se correspondían con la zona objeto de la alerta; los 211 restantes han sido destruidos;
- por 3-MCPD (3-monocloro, 1-2-propanodiol) en salsa de soja. Se ha procedido a la inmovilización de 224 litros de salsa de soja, destruidos posteriormente.

Crisis de dioxinas en alimentos de origen animal procedentes de Bélgica

Al descubrirse en Bélgica la existencia de piensos contaminados con dioxinas utilizados en alimentación animal y, por tanto, introducidos en la cadena alimentaria, se ha realizado una serie de actuaciones encaminadas a esclarecer los hechos y a tomar las medidas necesarias para impedir el consumo de los alimentos contaminados. En la primera notificación, recibida en la CAPV el 31 de mayo, aparecía implicada carne de ave; el 1 de junio se han iniciado las primeras actuaciones dirigidas a inmovilizar los pollos, carne de ave y huevos procedentes de Bélgica. Posteriormente, la alerta se ha generalizado a todos los productos con ingredientes de origen animal procedentes de ese País. Como medida cautelar se ha procedido a inmovilizar todos los productos elaborados en Bélgica y cualquier alimento que hubiera podido tener materias primas de origen animal procedentes de Bélgica en su composición.

Con posterioridad se han ido liberando al consumo aquellos alimentos con evidencias de no estar contaminados con dioxinas, bien por haber sido elaborados antes de la aparición del problema, bien por análisis del alimento o por certificados sanitarios de las autoridades del lugar de muestreo o elaboración.

Al tratarse de una gama extensa de productos y de grandes distribuciones se ha hecho necesaria una colaboración estrecha con otras Administraciones. Las medidas han sido tomadas en todos los casos coordinadamente y de forma uniforme en todo el Estado.

Los productos inmovilizados en la CAPV se reflejan en la tabla 27:

Tabla 27. Productos inmovilizados por sospecha de presencia de dioxinas en la CAPV 1999

| Productos | Kilos inmovilizados |
|------------------|----------------------------|
| Cárnicos | 155.676 |
| Lácteos | 9.277 |
| Pastelería | 5.478 |
| De la pesca | 225 |
| Helados | 11.437 |
| Galletas | 2.561 |
| Chocolates | 17.441 |
| Licores | 19.921 |
| Salsas | 6.093 |
| Ovoproductos | 7.208 |
| Otros | 4.898 |
| TOTAL | 240.215 |

FUENTE: Unidades de Control de Alimentos.

Riesgo asociado a bebidas refrescantes de Cola

El 14 de junio, a través del Sistema Coordinado de Intercambio Rápido de Información, se ha comunicado la existencia en Bélgica de un brote que afectaba a varias personas que presentaron náuseas, vértigos, dolor abdominal y dolor de cabeza después del consumo de un refresco. El problema se ha centrado en bebidas refrescantes de cola en dos presentaciones (latas y botellas de cristal de 20 ml) envasadas en dos plantas diferentes de Bélgica (botellas) y Francia (latas). En la CAPV se ha detectado la presencia de botellas de 20 ml procedentes de la envasadora belga. Se ha procedido a la inmovilización cautelar de 235.771 botellas de 0,2 l. y se ha realizado una vigilancia activa para detectar la presencia de posibles casos de intoxicación, no habiéndose registrado ninguno.

El producto inmovilizado ha sido concentrado en un solo establecimiento y posteriormente destruido.

Actividades de formación y educación

Además de las actividades de asesoramiento, formación y educación sanitaria desarrolladas en el transcurso de las actividades de vigilancia y control de los establecimientos alimentarios, existen otras actividades de formación paralelas como los cursos impartidos para la obtención del carnet de manipulador de alimentos.

Se busca como objetivo que el personal manipulador de alimentos disponga de conocimientos básicos que le permitan evitar prácticas que puedan suponer un riesgo para la seguridad de los alimentos dispensados¹ (Tabla 28).

Tabla 28. Cursos de Educación para la salud: carnet de manipulador en la CAPV. 1999

| Tipo de curso | Nº cursos | Nº asistentes |
|---------------|-----------|---------------|
| Nivel I | 335 | 5.934 |
| Nivel II | 290 | 4.457 |
| Total | 625 | 10.391 |

FUENTE: Unidades de Control de Alimentos.

¹ La Orden de 7 de marzo de 1989, del Departamento de Sanidad, establece la duración de los cursos y la clasificación de los mismos en función del riesgo de la actividad desarrollada por el personal al que van dirigidos:

- Nivel I: Cocineros, pasteleros y reposteros
- Nivel II: Matarifes, carniceros, elaboradores de productos cárnicos, charcuteros, polleros, camareros y elaboradores de helados

4. AGUAS DE RECREO

Programa de vigilancia sanitaria de playas

El programa de vigilancia sanitaria de playas tiene como objetivo el estudio de las condiciones higiénico-sanitarias, tanto del agua como del entorno periplayero, a fin de establecer acciones encaminadas a proteger la salud de quienes disfrutan de esos lugares de ocio.

Cuatro son las actividades fundamentales del programa: control de la calidad del agua de baño, control de la calidad del entorno periplayero, actividades de información y registro de accidentes.

El **control de la calidad del agua de baño** se lleva a cabo de mayo a octubre en las 38 playas de la CAPV (tres de estas son zonas de baño continentales, concretamente en el pantano de Ullibarri-Ganboa), con un total de 57 puntos de muestreo seleccionados en función de la superficie de la playa, del número de usuarios que la frecuentan, y de la incidencia tanto directa como indirecta de aguas residuales. La calidad del agua se determina quincenalmente en cada uno de los puntos de muestreo mediante análisis de parámetros microbiológicos¹ y físico-químicos². En función de los resultados, se establecen también cada quince días una calificación del agua y unas condiciones de baño³. Al final de la temporada de control sanitario de las zonas de baño, se efectúa una calificación global de cada punto de muestreo según los resultados obtenidos en los parámetros estudiados (Tabla 29).

¹ Coliformes totales, Coliformes fecales, *Streptococcus* fecales, *Salmonella* en aquellas playas con una calidad de agua deficiente.

² Estos parámetros son: pH, color, transparencia, aceites minerales, sustancias tensoactivas, fenoles, residuos alquitranados y materias flotantes.

³ Las condiciones de baño quedan determinadas como *baño libre*, *baño con precaución* (el baño es posible, pero se dan a conocer una serie de recomendaciones a los usuarios y usuarias de la playa) y *baño no apto*.

Tabla 29. Calificación global de la calidad del agua de baño de las playas por Territorio Histórico en la CAPV. 1999

| Calificación ⁽¹⁾ | Álava | Bizkaia | Gipuzkoa | CAPV | |
|-----------------------------|-------|---------|----------|------|-------|
| | N | N | N | N | % |
| Agua "2" | 1 | 13 | 7 | 21 | 55,3 |
| Agua "1" | 0 | 4 | 5 | 9 | 23,7 |
| Agua "0" | 2 | 3 | 3 | 8 | 21,0 |
| Total | 3 | 20 | 15 | 38 | 100,0 |

(1) **Agua "2" (agua de buena calidad):** aquella en la que, en la mayor parte de los muestreos, los resultados de los parámetros analizados están por debajo de los valores imperativos y guía (marcados ambos en la Directiva de la UE).

Agua "1" (agua sanitariamente aceptable): aquella en la que, en la mayor parte de los muestreos, los resultados de los distintos parámetros son inferiores a los valores imperativos, pero superan los valores guía.

Agua "0" (agua no recomendada): aquella en la que, en la mayor parte de los muestreos, los resultados superan los valores imperativos.

FUENTE: Memorias de las Subdirecciones de Salud Pública.

El control de calidad del entorno periplayero se lleva a cabo semanalmente durante la temporada oficial de baño, del 15 de junio hasta el 15 de septiembre. La calidad y la calificación de este entorno se determinan a través del estudio de una serie de condiciones generales (señalización de la playa, servicios de vigilancia, salvamento y socorrismo, duchas, servicios higiénicos, puntos de agua potable, vestuarios y establecimientos de temporada), del saneamiento y recogida de residuos (frecuencia y eficacia del servicio de recogida de residuos, papeleras y limpieza de la arena) y de los vertidos de aguas residuales con incidencia directa o indirecta a la playa (Tabla 30).

Tabla 30. Calificación del entorno periplayero por Territorio Histórico en la CAPV. 1999

| Calificación | Álava | Bizkaia | Gipuzkoa | CAPV | |
|--------------|-------|---------|----------|------|-----|
| | N | N | N | N | % |
| Buena | 0 | 15 | 8 | 23 | 60 |
| Mejorable | 2 | 5 | 5 | 12 | 32 |
| Mala | 1 | 0 | 2 | 3 | 8 |
| Total | 3 | 20 | 15 | 38 | 100 |

FUENTE: Memorias de las Subdirecciones de Salud Pública.

Las calificaciones obtenidas, tanto en lo que se refiere al agua de baño como al entorno periplayero, se remiten **como información** a los medios de comunicación y a todas las Instituciones o Asociaciones que tienen competencias en el tema de playas¹.

Asimismo se distribuyen folletos de carácter informativo-educativo que promueven actuaciones tendentes a reducir la morbilidad y peligrosidad asociadas con el uso y disfrute de las zonas de baño.

¹ Ayuntamientos, Diputaciones, Cruz Roja del Mar y DYA de Gipuzkoa, Federación Vizcaina de Salvamento y Socorrismo y SOS-DEIAK.

Finalmente, durante la temporada oficial de baños se cumplimenta por parte de los socorristas el **Registro de accidentes**, donde se recogen datos relativos a los accidentes, lesiones y rescates que se producen en las playas¹. Las lesiones más frecuentes en las playas de Bizkaia, por ejemplo, han sido cortes y heridas, traumatismos, picaduras y pinchazos con jeringuillas.

¹ Los principales datos que se recogen son edad, sexo, lugar donde se produjo el accidente, actividad que se estaba realizando, tipo de bandera existente, tipo de accidente, resultado final. Para hacer posible esta recogida de datos, se suscribe cada año un convenio de colaboración entre las Asociaciones que llevan a cabo las labores de salvamento y socorrismo y el Departamento de Sanidad.

Programa de vigilancia sanitaria de piscinas

El programa de vigilancia sanitaria de piscinas supervisa las condiciones higiénico-sanitarias de estos establecimientos, tanto en lo que se refiere a la calidad del agua de baño como a las instalaciones anexas, sistemas de tratamiento y nivel de mantenimiento, para que el baño no suponga riesgos para la salud de las personas.

Para ello, se emiten informes sanitarios sobre proyectos de nueva construcción de piscinas, o de modificación o reforma de instalaciones ya existentes; se realizan inspecciones e informes sanitarios de las instalaciones antes de su apertura y funcionamiento; se entrega el Libro de registro para el autocontrol de las mismas, y se inspeccionan periódicamente para valorar su funcionamiento, comprobar la cumplimentación del Libro y tomar muestras de agua para su análisis¹.

En la Tabla 31 quedan plasmados los resultados de las actuaciones de vigilancia en 1999.

Tabla 31. Actuaciones del programa de vigilancia sanitaria de piscinas por Territorio Histórico en la CAPV. 1999

| Actuaciones | Álava | Bizkaia | Gipuzkoa | CAPV |
|---|-------|---------|----------|-------|
| Instalaciones controladas | 67 | 106 | 130 | 303 |
| Vasos cubiertos | 23 | 90 | 65 | 178 |
| Vasos descubiertos | 100 | 136 | 128 | 364 |
| Total vasos | 123 | 226 | 193 | 542 |
| Nº análisis | 694 | 1.803 | 1.243 | 3.740 |
| Nº inspecciones | 877 | 2.194 | 1.445 | 4.516 |
| Grado de cumplimentación de Libro de Registro (autocontrol) | 82% | 89% | 98% | 91% |
| Calidad satisfactoria del agua de baño | 80% | 91% | 81% | 85% |

FUENTE: Memoria de las Subdirecciones de Salud Pública.

¹ Se controlan *in situ* los siguientes parámetros: volumen de agua depurada, volumen de agua renovada, cloro libre residual y pH, salvo en aquellas piscinas con tratamiento electrofísico del agua en donde se recogen sólo los dos primeros parámetros. En los análisis de muestras de agua se tienen en cuenta parámetros microbiológicos y distintos parámetros físico-químicos, según el tipo de tratamiento a que se somete al agua.

5. ACTIVIDADES CLASIFICADAS

Las actividades clasificadas, anteriormente denominadas actividades MINP (molestas, insalubres, nocivas y peligrosas), llevan una tramitación para obtener la licencia municipal correspondiente, tanto sean actividades de nueva instalación como de modificación, ampliación, traslado o legalización de las ya existentes¹.

En el presente año se han estudiado 2.161 proyectos de actividad y se han emitido 2.768 informes sanitarios por parte del Departamento de Sanidad (Tablas 32 y 33).

Tabla 32. Proyectos recibidos por tipo de suelo donde se pretende ubicar la actividad por Territorio Histórico en la CAPV. 1999

| Tipo de suelo | Álava | | Bizkaia | | Gipuzkoa | | CAPV | |
|-------------------------------|-------|-------|---------|-------|----------|-------|-------|-------|
| | Nº | % | Nº | % | Nº | % | Nº | % |
| Urbano residencial | 185 | 43,5 | 464 | 43,8 | 340 | 50,3 | 989 | 45,8 |
| Urbano industrial y no urbano | 240 | 56,5 | 596 | 56,2 | 336 | 49,7 | 1.172 | 54,2 |
| Total | 452 | 100,0 | 1.060 | 100,0 | 676 | 100,0 | 2.161 | 100,0 |

FUENTE: Memorias de las Subdirecciones de Salud Pública.

Tabla 33. Proyectos recibidos por tipo de actividad y Territorio Histórico en la CAPV. 1999

| Tipo de actividad | Álava | | Bizkaia | | Gipuzkoa | | CAPV | |
|---|-------|-------|---------|-------|----------|-------|-------|-------|
| | N | % | N | % | N | % | N | % |
| Agricultura y ganadería | 26 | 6,1 | 24 | 2,3 | 29 | 4,3 | 79 | 3,7 |
| Energía y agua. Extracción y transformación de minerales. Industria química | 27 | 6,3 | 139 | 13,1 | 23 | 3,4 | 189 | 8,7 |
| Industrias transformadoras de metales y mecánica de precisión | 62 | 14,6 | 101 | 9,5 | 123 | 18,2 | 286 | 13,2 |
| Industrias de alimentación, textil, madera, papel, etc. | 55 | 12,9 | 81 | 7,6 | 67 | 9,9 | 203 | 9,4 |
| Construcción | 3 | 0,7 | 3 | 0,3 | 34 | 5,0 | 40 | 1,9 |
| Comercios, restaurantes y hostelería | 125 | 29,4 | 451 | 42,5 | 249 | 36,8 | 825 | 38,2 |
| Reparación. Transportes y comunicaciones | 101 | 23,8 | 157 | 14,8 | 97 | 14,3 | 355 | 16,4 |
| Seguros y varios | 26 | 6,1 | 104 | 9,8 | 54 | 8,0 | 184 | 8,5 |
| Total | 425 | 100,0 | 1.060 | 100,0 | 676 | 100,0 | 2.161 | 100,0 |

FUENTE: Memorias de las Subdirecciones de Salud Pública.

¹ En el procedimiento, iniciado por el Ayuntamiento correspondiente tras el informe previo del Departamento de Sanidad, intervienen, además, la Diputación Foral, el Departamento de Medio Ambiente del Gobierno Vasco. Estos Organismos emiten un informe en el que se imponen las medidas correctoras necesarias. Finalmente, es el Ayuntamiento quien otorga las licencias correspondientes.

Comparando estos datos con los correspondientes a 1998 se observa una disminución en el número de proyectos de actividad estudiados con la correspondiente disminución en el número de informes emitidos, consecuencia de la entrada en vigor del Decreto sobre actividades exentas¹. Según este decreto una serie de actividades que, hasta el momento precisaban de informe sanitario, quedan exentas del mismo, limitándose su tramitación al ámbito meramente municipal.

La disminución del número de expedientes tramitados se refleja en la Tabla 34.

Tabla 34. Disminución en el número de proyectos recibidos en 1999 por tipo de suelo y Territorio Histórico respecto a 1998

| Tipo de suelo | Álava | | Bizkaia | | Gipuzkoa | | CAPV | |
|-------------------------------|-------|-------|---------|-------|----------|-------|------|-------|
| | Nº | % | Nº | % | Nº | % | Nº | % |
| Urbano residencial | 110 | 95,7 | 263 | 73,1 | 99 | 82,5 | 472 | 79,3 |
| Urbano industrial y no urbano | 5 | 4,3 | 97 | 26,9 | 21 | 17,5 | 123 | 20,7 |
| Total | 115 | 100,0 | 360 | 100,0 | 120 | 100,0 | 595 | 100,0 |

FUENTE: Memorias de las Subdirecciones de Salud Pública.

En un análisis mas detallado por tipos de actividad se observa, tal como era previsible, una mayor disminución de expedientes en los sectores de construcción, seguros y varios, y de reparación, transportes y comunicaciones.

La Tabla 35 recoge los resultados de las calificaciones emitidas.

Tabla 35. Clasificación de los informes sanitarios según el resultado por Territorio Histórico en la CAPV. 1999

| Resultado | Álava | | Bizkaia | | Gipuzkoa | | CAPV | |
|--------------------------|-------|-------|---------|-------|----------|-------|-------|-------|
| | N | % | N | % | N | % | N | % |
| Favorable | 332 | 78,1 | 1.069 | 76,1 | 634 | 67,5 | 2.035 | 73,5 |
| Ampliación documentación | 91 | 21,4 | 289 | 20,6 | 299 | 31,8 | 679 | 24,5 |
| Desfavorable | 2 | 0,5 | 46 | 3,3 | 6 | 0,6 | 54 | 2,0 |
| Total | 425 | 100,0 | 1.404 | 100,0 | 939 | 100,0 | 2.768 | 100,0 |

FUENTE: Memorias de las Subdirecciones de Salud Pública.

¹ Decreto 165/1999, de 9 de marzo, por el que se establece la relación de actividades exentas de la obtención de la licencia de actividad prevista en la Ley 3/1998, de 27 de febrero, General de Protección del Medio Ambiente del País Vasco.

6. VIGILANCIA SANITARIA DE ESTABLECIMIENTOS DE PROYECCIÓN PÚBLICA

El Programa de Establecimientos de Proyección Pública, iniciado en 1994, tiene como objetivo censar y evaluar las condiciones higiénico-sanitarias de aquellos centros que, por razón de su actividad o de los grupos de población a los que están dedicados, precisan un mayor control y vigilancia de las medidas de prevención de riesgos para la salud en la CAPV.

Para conseguir dicho objetivo, se ha llevado a cabo una valoración de diferentes aspectos de las instalaciones (calidad del agua de consumo, depósitos de agua, seguimiento de programas de DDD, dotación y mantenimiento de los servicios y aseos, tratamiento y gestión de los vertidos y residuos generados, situación de las piscinas...). El número de actuaciones y los principales sectores aparecen recogidos en la Tabla 36.

Tabla 36. Número de actuaciones llevadas en los principales sectores por Territorio Histórico en la CAPV. 1999

| Sector | Álava | Bizkaia | Gipuzkoa | CAPV |
|--|-------|---------|----------|------|
| Centros docentes: guarderías, colegios... | 5 | 66 | | 71 |
| Establecimientos de ocio: albergues, agroturismos, campings, acampadas, clubes deportivos... | 79 | 9 | 155 | 243 |
| Hostelería | 7 | | 98 | 105 |
| Otros | 9 | 2 | | 11 |

FUENTE: Subdirecciones Territoriales de Salud Pública.

Los sectores sobre los que se ha actualizado han sido diferentes en cada Territorio Histórico, en función de los propios ritmos y prioridades. Así, en Bizkaia se ha priorizado el sector de la enseñanza, y en Álava y Gipuzkoa, los sectores ocio y deporte, hostelería y acampadas veraniegas.

7. RESIDUOS SANITARIOS

En 1997 el Departamento de Sanidad, junto con el Departamento de Ordenación del Territorio, Vivienda y Medio Ambiente, publicó un Decreto por el que se regulan las condiciones para la gestión de los residuos sanitarios en la Comunidad Autónoma del País Vasco¹.

Al Departamento de Sanidad compete el control y vigilancia de las operaciones de gestión intracentro de los residuos sanitarios así como la aprobación de los "planes de gestión de residuos sanitarios" de los diferentes establecimientos, previo informe del Departamento de Ordenación del Territorio, Vivienda y Medio Ambiente. Por otra parte, se debe emitir un informe dentro de la tramitación de autorización de gestores de residuos sanitarios, competencia del Departamento de Ordenación del Territorio, Vivienda y Medio Ambiente.

La Tabla 37 recoge el número y tipo de expedientes tramitados durante 1999.

Tabla 37. Número y tipo de informes sobre gestión de residuos sanitarios por Territorio Histórico en la CAPV. 1999

| | Álava | Bizkaia | Gipuzkoa | CAPV |
|-----------------------------|-------|---------|----------|------|
| Planes de gestión | 8 | 12 | 17 | 37 |
| Ampliación de documentación | 6 | 9 | 16 | 31 |
| Inspecciones | 3 | 13 | 30 | 46 |

FUENTE: Unidades de Salud Ambiental.

Por otra parte, se han emitido informes sobre tres proyectos de gestores de residuos sanitarios.

Con respecto a los Planes de Gestión de Residuos Sanitarios, en la Tabla 38 recoge los datos globales sobre la situación a finales de 1999².

¹ El Decreto 313/1996, de 24 dediciembre establece una clasificación de los residuos sanitarios, la gestión intra y extracentro de los mismos, así como las obligaciones de los centros productores y gestores.

² Con las modificaciones surgidas en la legislación, en concreto la Ley General de Protección del Medio Ambiente del País Vasco (Ley 10/1998, de 27 de febrero) y la Ley de Residuos (Ley 10/1998, de 21 de abril), y teniendo en cuenta algunos aspectos del Decreto 313/1996 que con vendría modificar y actualizar, durante 1999 se ha iniciado un proceso de revisión del citado Decreto de cuyo resultado dependerá la resolución final a dar a algunos planes de gestión en tramitación.

Tabla 38. Situación administrativa de los Planes de Gestión por Territorio Histórico en la CAPV. 1999

| Planes de gestión | Álava | Bizkaia | Gipuzkoa | CAPV |
|--------------------------|--------------|----------------|-----------------|-------------|
| En tramitación | 8 | 26 | 34 | 68 |
| Aprobados/autorizados | -- | 8 | 3 | 11 |
| Total | 8 | 34 | 37 | 79 |

FUENTE: Unidades de Salud Ambiental.

Respecto a los Gestores de Residuos Sanitarios los autorizados en la Comunidad Autónoma del País Vasco a finales de 1999 eran ocho.

8. PROTECCIÓN RADIOLÓGICA (UPR)

La **Unidad de Protección Radiológica** (UPR) tiene como objetivo general prevenir las posibles consecuencias negativas para la salud derivadas del uso de las radiaciones ionizantes. Por ello, la UPR tiene como tarea velar por el cumplimiento de los criterios de protección radiológica en general y en el ámbito médico en particular, y asesorar y formar en este campo tanto a profesionales de la salud como al público en general.

Respecto al **cumplimiento de los criterios de protección radiológica**, la UPR ha continuado realizando el **seguimiento dosimétrico mensual de las personas** que trabajan en los centros de Osakidetza/SVS profesionalmente expuestas a radiaciones ionizantes, vigilando las dosis y esclareciendo los casos en los que los datos hayan sido anormales. Además, se ha seguido actualizando la base de datos dosimétricos y se han realizado los informes dosimétricos necesarios.

Se han supervisado 1.697 dosímetros correspondientes a 138 Centros o Servicios. En ningún caso las dosis medidas han superado los límites anuales permitidos y en la gran mayoría de los casos se han situado muy por debajo de ellos.

Por otra parte, se han supervisado 50 **verificaciones dosimétricas de instalaciones**, con un total de 129 salas dedicadas a diversos tipos de exploración, como aparece en la Tabla 39, y se ha emitido, en todos los casos, el correspondiente informe desglosado por sala. Las valoraciones se han realizado teniendo en cuenta no sólo los límites actuales de dosis, sino también los establecidos en la Directiva 96/29/EURATOM de 13 de mayo de 1996, por la que se establecen las normas básicas relativas a la protección sanitaria de los trabajadores y de la población contra los riesgos que resultan de las radiaciones ionizantes, de próxima transposición en el Estado.

Tabla 39. Número y tipo de salas de rayos X verificadas en la CAPV. 1999

| Tipo de sala | Número de salas |
|--------------------------------------|-----------------|
| Radiografía convencional sin escopia | 68 |
| Radioscopia con el tubo encima | 17 |
| Mamografía | 10 |
| Tomografía axial computerizada (TAC) | 6 |
| Radiografía dental | 21 |
| Radiografía dental panorámica | 7 |
| Total | 129 |

FUENTE: Unidad de Protección Radiológica.

La situación se ha calificado como correcta desde el punto de vista de la protección radiológica en la mayoría de las instalaciones; en el resto, las deficiencias apreciadas han quedado reflejadas en el informe citado y han sido comunicadas a los responsables de la instalación para su corrección a la mayor brevedad posible.

Se ha realizado, además, el **control de calidad** a 148 equipos de rayos X (radiografía convencional, radioscopia con distintas configuraciones, mamógrafos...) para verificar si se hallaban dentro de tolerancias de funcionamiento aceptadas.

La UPR ha realizado un estudio de **seguridad radiológica** sobre el correspondiente proyecto de reforma y habilitación de instalaciones de radiodiagnóstico médico, realizando un informe de seguridad, previo al inicio de las obras, y la correspondiente verificación de las instalaciones, una vez terminadas.

Se ha incrementado la colaboración con el Programa de **Detección Precoz del Cáncer de Mama (PDPCM)** en el ámbito de la garantía de calidad y la protección radiológica, de tal modo que la UPR ha participado activamente en la extensión durante el pasado año del programa específico de garantía de calidad a todos los mamógrafos de las Unidades del PDPCM. Adicionalmente, se realizó para este Programa un estudio específico de resolución y velocidad de distintas combinaciones de láminas de refuerzo-películas en el ámbito de la mamografía.

En el campo de la **formación**, se ha continuado con la organización de cursos de capacitación para personal de dirección y de operación en instalaciones de radiodiagnóstico médico, subvencionados por el Departamento de Sanidad (Tabla 40).

Tabla 40. Número de cursos de capacitación en radiodiagnóstico y asistentes a los mismos en la CAPV. 1999

| | Celebrados | | Asistentes | |
|----------|------------------|------------------|------------|-----------|
| | Operación | Dirección | Operación | Dirección |
| Álava | 1 | 0 ⁽¹⁾ | 26 | 0 |
| Bizkaia | 0 ⁽¹⁾ | 0 ⁽¹⁾ | 0 | 0 |
| Gipuzkoa | 1 | 1 | 15 | 5 |
| CAPV | 2 | 1 | 41 | 5 |

(1) No realizado por falta de demanda.
FUENTE: Unidad de Protección Radiológica.

La UPR ha participado a lo largo del pasado año en sendos Grupos de Trabajo en Medicina Nuclear y Radioterapia con el objetivo de evaluar la situación de dichas instalaciones y de definir sus necesidades de recursos y organizativas, de modo que puedan dar cumplimiento a lo dispuesto en los Reales Decretos de criterios de calidad que les afectan.

Adicionalmente, se ha seguido participando en sendos Grupos de Trabajo del Ministerio de Sanidad en el diseño de una herramienta informática que recoja el Censo de instalaciones radiactivas y de radiodiagnóstico médico y de recogida de información para el informe estatal acerca de los usos médicos de las radiaciones ionizantes al Comité Científico correspondiente de las Naciones Unidas (UNSCEAR).

Por último, también ha participado con carácter puntual en la valoración de incidencias radiológicas ambientales.

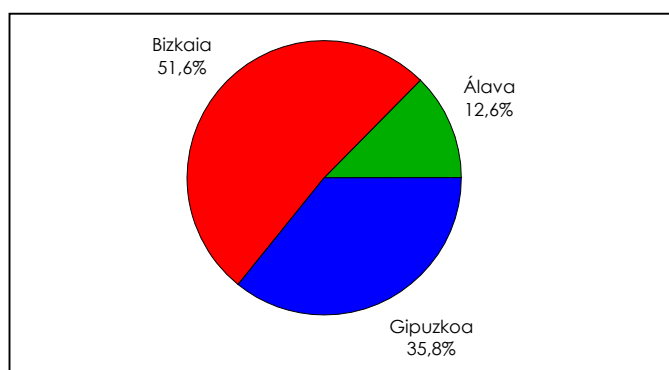
PROMOCIÓN DE LA SALUD

1. SALUD MATERNO-INFANTIL

Nacimientos

En 1999 se han producido un total de 17.333 nacimientos en la CAPV, según el Registro de Metabolopatías; en Bizkaia han nacido 8.943 (51,6 %); 6.195 en Gipuzkoa (35,8 %) y 2.176 en Álava (12,6 %; Fig. 32).

Figura 32. Porcentaje de nacimientos según el Registro de Metabolopatías en la CAPV. 1999



Ha habido 689 nacimientos más que en el año 1998, retomándose así la tendencia alcista que se venía observando desde 1995, rota el año pasado (Tabla 41).

Tabla 41. Evolución del número de nacimientos por Territorios Históricos en la CAPV. 1995-99

| Territorio | 1995 | 1996 | 1997 | 1998 | 1999 |
|------------|--------|--------|--------|--------|--------|
| Álava | 2.102 | 2.089 | 2.068 | 2.056 | 2.176 |
| Bizkaia | 7.935 | 8.428 | 8.656 | 8.578 | 8.943 |
| Gipuzkoa | 5.399 | 5.915 | 6.106 | 6.010 | 6.195 |
| CAPV | 15.436 | 16.432 | 16.830 | 16.644 | 17.314 |

FUENTE: Registro de Metabolopatías.

Respecto al **tipo de alimentación** que han recibido los niños y niñas nacidos en 1999 durante su tiempo de permanencia en la maternidad, se ha mantenido la tendencia de los últimos años, con un neto predominio de la lactancia natural (Tabla 42).

Tabla 42. Evolución de porcentaje de los tipos de alimentación de bebés recién nacidos en la CAPV. 1997-99

| Alimentación | 1997 | 1998 | 1999 |
|--------------|------|------|------|
| Natural | 85 | 85 | 86 |
| Artificial | 13 | 13 | 13 |
| No consta | 2 | 2 | 1 |

FUENTE: Registro de Metabolopatías de la CAPV.

Aun cuando el porcentaje de **bebés recién nacidos con bajo peso** se mantiene a nivel de la CAPV desde 1997, por Territorios Históricos la andadura ha sido distinta: el porcentaje ha seguido aumentando en Gipuzkoa año tras año, mientras en Álava ha continuado descendiendo y en Bizkaia ha permanecido estable, tras el descenso de 1998 (Tabla 43).

Tabla 43. Porcentaje de recién nacidos de bajo peso (<2.500 g) en la CAPV. 1994-1999

| Territorio | 1994 | 1995 | 1996 | 1997 | 1998 | 1999 |
|------------|------|------|------|------|------|------|
| Álava | 4,4 | 4,8 | 5,7 | 7,3 | 7,0 | 6,4 |
| Bizkaia | 5,8 | 6,6 | 7,2 | 8,0 | 7,4 | 7,4 |
| Gipuzkoa | 4,9 | 5,5 | 5,7 | 5,7 | 6,5 | 7,2 |
| CAPV | 5,3 | 6,0 | 6,5 | 7,0 | 7,0 | 7,0 |

FUENTE: Registro de Metabolopatías de la CAPV.

El porcentaje de partos por **vía abdominal** ha descendido respecto a 1998 en la CAPV (Tabla 44). Como ocurría en años anteriores, ese tipo de parto ha seguido siendo más frecuente en el sector privado que en el público: en este, el 15,6% del total de partos se ha realizado mediante cesárea; en el sector privado, el porcentaje ha sido del 31%.

Tabla 44. Evolución del porcentaje de partos por vía abdominal (cesárea) en la CAPV. 1994-99

| Territorio | 1994 | 1995 | 1996 | 1997 | 1998 | 1999 |
|------------|------|------|------|------|------|------|
| Álava | 14,2 | 14,5 | 14,6 | 14,3 | 17,2 | 15,1 |
| Bizkaia | 19,5 | 19,0 | 19,3 | 19,1 | 18,8 | 18,5 |
| Gipuzkoa | 16,0 | 16,2 | 17,4 | 17,9 | 18,6 | 17,7 |
| CAPV | 17,5 | 17,5 | 18,0 | 18,2 | 18,3 | 17,1 |

FUENTE: Registro de Metabolopatías de la CAPV.

Por **grupos de edad de la madre**, el mayor número de nacimientos (47,5 %) se ha producido en el grupo de entre 30-34 años, seguido de las de 25-29 años

(23,7 %). El correspondiente a madres menores de 20 años ha representado el 1,3 % del total (Tabla 45).

Tabla 45. Proporción de nacimientos por grupo de edad de la madre en la CAPV. 1994-99

| Edad | 1994 | 1995 | 1996 | 1997 | 1998 | 1999 |
|-----------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|
| < 14 | 0,02 | 0,00 | 0,02 | 0,02 | 0,03 | 0,03 |
| 15-17 | 0,38 | 0,37 | 0,33 | 0,42 | 0,36 | 0,37 |
| 18-29 | 41,10 | 35,5 | 33,12 | 31,20 | 29,78 | 27,6 |
| 30-39 | 56,00 | 61,70 | 64,04 | 66,10 | 67,42 | 69,32 |
| = > 40 | 1,45 | 1,33 | 1,83 | 1,90 | 1,9 | 2,3 |
| No consta | | | 0,66 | 0,36 | 0,5 | 0,4 |
| < 30 | 41,50 | 36,80 | 33,48 | 31,64 | 30,17 | 28 |
| = > 30 | 58,50 | 63,20 | 65,87 | 68,00 | 69,39 | 71,6 |
| < 17 | 0,14 | 0,14 | 0,19 | 0,19 | 0,17 | 0,17 |

FUENTE: Registro de Metabopatías de la CAPV.

Programa de detección precoz de enfermedades congénitas del metabolismo (metabopatías)

Se han analizado¹ muestras correspondientes a 17.236 bebés recién nacidos: 17.216 han nacido en domicilio o centros de la CAPV, 17 en otra Comunidad y 3 en el extranjero.

Se han realizado un total de 38.554 determinaciones analíticas en el laboratorio. (Tabla 46).

Tabla 46. Distribución de las determinaciones analíticas para la detección de metabopatías en la CAPV. 1999

| Determinación | Número |
|-----------------------|--------|
| Fenilalanina (sangre) | 18.811 |
| Fenilalanina (suero) | 53 |
| Tirosina | 42 |
| TSH | 18.041 |
| T4 | 1.607 |
| Total | 38.554 |

FUENTE: Registro de Metabopatías de la CAPV.

¹ En 1997 se había conseguido en la totalidad de las Áreas Base la toma de muestra al tercer día de vida con anterioridad al alta hospitalaria; pero en 1998 hubo que establecer una nueva estrategia al acortarse la estancia materna en los centros hospitalarios. Tras efectuar un estudio sobre la posible repercusión de este hecho en la detección de hiperfenilalaninemias, se autorizó oficialmente la extracción de sangre a partir de las 48 horas de vida; si excepcionalmente dicho plazo no se cumpliese, se debe repetir la prueba con posterioridad.

Se han considerado **casos detectados** aquellos cuyos valores anormales se han confirmado tras ser retestados (Tabla 47).

Tabla 47. Casos detectados de metabopatías en la CAPV. 1999

| Enfermedad | Casos |
|--------------------------------------|--------------|
| Hipotiroidismo | 9 |
| Hipertiroidismo neonatal transitorio | 6 |
| Hipertirotropinemia permanente | 1 |
| Hipertirotropinemia transitoria | 37 |
| Hipotiroxinemia Prematuro | 108 |
| Hiperfenilalaninemia permanente | 3 |
| Hiperfenilalaninemia transitoria | 16 |
| TOTAL | 180 |

FUENTE: Registro de Metabopatías de la CAPV.

Como elementos de apoyo al Programa de salud materno-infantil, se ha seguido distribuyendo en los Centros de Atención a la Mujer la *Guía de preparación maternal* en la que se orienta en los cuidados durante el embarazo, se informa sobre el parto y la importancia de la lactancia materna. Asimismo se ha puesto al día la *Cartilla de la embarazada*, que se entrega también en los Centros antes indicados, donde quedan registrados todos los datos importantes relativos a la gestación.

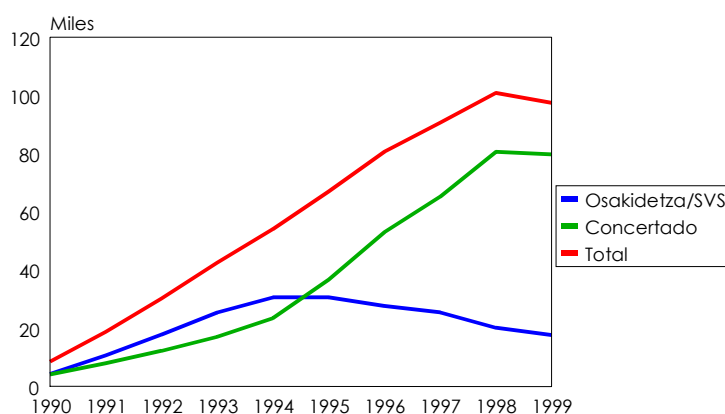
Tras el parto y en los hospitales y clínicas maternas, se ha continuado entregando a la madre la *Guía para la madre y el padre del bebé recién nacido* en la que, además de indicarse los cuidados para la recuperación de la madre, se informa sobre la realización de la prueba de metabopatías y sobre cómo actuar con el bebé en los primeros meses de vida. Finalmente, también se ha seguido facilitando la *Cartilla de salud infantil* que recoge consejos y pautas de actuación con el niño o la niña hasta los 14 años.

SALUD EN EDAD ESCOLAR

Programa dental infantil (PADI)

El PADI tiene como objetivo garantizar asistencia dental básica y de calidad a todas las niñas y niños de entre siete y quince años, mediante la prestación de medidas preventivas y tratamiento dental adecuado por medio de la red de dentistas de cabecera¹. En 1999, han sido atendidos 97.387 de los 155.050 niñas y niños residentes en la CAPV de ese grupo de edad, es decir, el 62,8% (Fig. 33).

Figura 33. Evolución del número de niñas y niños atendidos por el PADI según tipo de proveedor de servicio en la CAPV. 1990-99



La eficacia del programa queda patente en el siguiente dato: en 1986 el 50% de niños y niñas de 15 años nunca habían ido al dentista; hoy esa cifra se ha reducido al 15,1%.

En la Tabla 48, se exponen los datos globales de la asistencia realizada en dentición permanente, junto al porcentaje (perfil) que representa por cada 100 niños o niñas.

¹ La mayor parte son dentistas del sector privado concertados al efecto por el Departamento de Sanidad. El resto son dentistas de Osakidetza/SVS.

Tabla 48. Asistencia del PADI en la CAPV. 1999

| Tipos de asistencia | Número | Perfil |
|--|---------------|---------------|
| Asistencia general | | |
| Selladores | 57.454 | 58,99 |
| Obturaciones | 30.910 | 31,73 |
| Extracciones | 687 | 0,70 |
| Tratamientos pulpares | 659 | 0,67 |
| Total revisiones | 97.387 | 100,00 |
| Asistencia adicional (por traumatismos) | | |
| Obturaciones | 1.495 | 1,53 |
| Reconstrucciones | 1.558 | 1,59 |
| Apicoformaciones | 143 | 0,14 |
| Endodoncias | 301 | 0,30 |
| Coronas | 41 | 0,04 |
| Extracciones | 26 | 0,02 |
| Mantenedores | 20 | 0,02 |
| Total traumatismos | 2.397 | 2,46 |

FUENTE: Servicio Dental Comunitario. Osakidetza/SVS.

La incidencia de caries se ha reducido notablemente entre quienes han recibido atención del PADI de forma regular. En 1999, el 93% de niñas y niños de siete años de la CAPV, el 63% de los de 12 años y el 47% de los de 14 años estaban libres de caries (frente al 86%, 31% y 17% respectivamente en 1988). Estos datos, resultantes del análisis de la Base de Datos del Servicio Dental Comunitario, son superponibles a los datos obtenidos en el Estudio Epidemiológico de Salud Dental Infantil de los escolares de la CAPV realizado en 1998¹.

Proyecto de escolarización de niños y niñas infectados por VIH

El proyecto tiene como objetivo fundamental la escolarización normalizada del niño o niña. La confidencialidad, hoy por hoy, es un objetivo intermedio necesario.

Las actividades que conlleva el proyecto las realizan el personal del Dpto. de Sanidad (Unidades de Educación para la Salud), de Osakidetza/SVS (especialmente, la Unidad de Prevención y Control del sida) y del Dpto. de Educación, requiriendo en ocasiones la colaboración de personal de Bienestar Social de Diputaciones Forales y Ayuntamientos.

En el curso 1998-99 han estado escolarizados en total 46 niñas y niños.

¹ Departamento de Sanidad, *Segundo estudio epidemiológico de la salud buco-dental de la CAPV. Población escolar infantil 1998*. Vitoria-Gasteiz, 1998.

Acuerdo de colaboración entre los Departamentos de Sanidad y de Educación, Universidades e Investigación

En 1996 se estableció un Acuerdo entre los Departamentos de Sanidad y Educación, Universidades e Investigación con el fin de colaborar en materias de promoción y educación para la salud, y, con ese fin, se creó la Comisión Mixta Sanidad-Educación.

A lo largo de 1999 se ha continuado con el proyecto de **integración de la educación afectivo-sexual** en la Educación Secundaria Obligatoria (ESO). En el curso 1998-99 han sido 9 centros educativos los que han participado en el proyecto, con un total de 193 profesores y 2.138 escolares. Durante el curso 1999-2000 se continúa con el proyecto y se comienza su generalización con la formación del profesorado.

Dentro del capítulo de **prevención del sida en el ámbito educativo** y a través del Plan Garatu del Departamento de Educación, se ha continuado con la formación del profesorado de Educación Secundaria Postobligatoria en la que han colaborado profesionales de ambos Departamentos. El programa se desarrolla en el aula por el personal docente voluntario previamente formado. Han solicitado el material de apoyo para el trabajo en el aula 160 Centros con un total de 15.465 estudiantes y 634 docentes.

Finalmente, para extender y profundizar en la **promoción de hábitos saludables** en todos los estamentos de la comunidad educativa, los Departamentos de Sanidad y Educación han convocado conjuntamente, para el curso 1999-00, a todos los centros educativos no universitarios a presentar proyectos de innovación educativa centrados en la promoción y educación para la salud. Después de la valoración de los proyectos presentados, se han concedido ayudas a 39 centros educativos por un total de 5 millones de pesetas. Los proyectos versan sobre temas de alimentación, relaciones afectivo-sexuales, prevención de drogodependencias, promoción de hábitos saludables y habilidades personales, higiene y salud buco-dental. Han participado en total 10.262 escolares y 561 docentes.

Programa Irudi-biziak

El objetivo de este programa es contribuir al desarrollo integral de las capacidades de las alumnas y alumnos de Enseñanzas Medias de la CAPV mediante la adquisición de valores personales que faciliten su formación. Colaboran en el programa, además de Departamentos del Gobierno Vasco, 37 Ayuntamientos.

En 1999 han participado 218 Centros con un total de 30.950 adolescentes y jóvenes de entre 16 y 21 años.

Programa de Salud en la Adolescencia

Este programa de intervención comunitaria permite analizar y encuadrar la demanda de los adolescentes de una manera integradora, atendiendo a sus necesidades reales.

En el programa, que se ha llevado a cabo en siete centros de enseñanza secundaria con la participación de un total de 1.070 estudiantes de entre 15 y 17 años, han intervenido siete profesionales de salud y dos psicólogos (Osakidetza/SVS y Salud Escolar del Ayuntamiento de Bilbao).

Se han trabajado tres módulos: "Adolescencia y relación con el padre y la madre" (el "adentro"), "Calle, amigos y amigas, y estudios" (el "afuera"), y "Roles masculino y femenino. Sexualidad y adolescencia".

3. PROGRAMA DE VACUNACIONES

Durante 1999 se han administrado 681.958 dosis de vacunas a través de los diferentes programas de vacunación en la CAPV (Tabla 49)¹.

Tabla 49. Dosis vacunales administradas por Territorio Histórico en la CAPV. 1999

| Vacunas administradas | Álava | Bizkaia | Gipuzkoa | CAPV |
|--------------------------------------|--------|---------|----------|---------|
| BCG | 2.440 | 7.577 | 5.380 | 15.397 |
| DTP | 8.832 | 31.193 | 22.231 | 62.256 |
| DT | 1.915 | 7.620 | 4.930 | 14.465 |
| Td | 12.455 | 40.818 | 29.798 | 83.071 |
| POLIO | 10.747 | 38.813 | 27.307 | 76.867 |
| Triple vírica | 4.578 | 14.929 | 10.357 | 29.864 |
| Rubéola | 13 | 19 | 3 | 35 |
| Gripe | 31.553 | 151.121 | 87.120 | 269.794 |
| <i>Haemophilus influenzae</i> tipo b | 8.837 | 31.193 | 22.221 | 62.251 |
| Hepatitis B | 10.423 | 37.693 | 19.842 | 67.958 |
| Total | 91.793 | 360.976 | 229.189 | 681.958 |

FUENTE: Unidades de Vigilancia Epidemiológica.

Las coberturas vacunales estimadas para el **calendario vacunal infantil** se mantienen en niveles altos, superando todas ellas 90 % en el conjunto de la CAPV (Tabla 50).

Tabla 50. Coberturas vacunales estimadas para el calendario vacunal infantil por Territorio Histórico en la CAPV (en porcentaje). 1999

| Vacuna | Álava | Bizkaia | Gipuzkoa | CAPV |
|-------------------------------------|-------|---------|----------|-------|
| BCG | 99,1% | 88,1% | 91,2% | 90,7% |
| DTP-Po 1,2,3 | 97,1% | 93,4% | 93,6% | 94,0% |
| DTP-Po 4 | 96,4% | 91,6% | 92,9% | 92,7% |
| Triple vírica 12 meses | 97,4% | 86,0% | 95,3% | 90,7% |
| Triple vírica 11 años | 93,9% | 93,6% | 88,1% | 91,7% |
| <i>H. influenzae</i> tipo b | 96,4% | 92,1% | 92,9% | 92,9% |
| Hepatitis B (1º ESO) ⁽¹⁾ | 95,3% | 97,6% | 97,5% | 97,0% |

(1) Curso escolar 98-99.

FUENTE: Unidades de Vigilancia Epidemiológica.

La campaña de **vacunación antigripal**, llevada a cabo entre el 15 de septiembre y el 30 de octubre, se ha dirigido, como otros años, a los grupos de personas con mayor riesgo de sufrir complicaciones relacionadas con el virus *influenza* en su estado de salud.

¹ Los programas de vacunaciones, en general, son resultado del trabajo coordinado entre profesionales de la Dirección de Salud Pública y de las Unidades de Epidemiología, y profesionales asistenciales de Osakidetza/SVS, de las Comarcas y de la Subdirección de Atención Primaria.

El 77% de las 269.794 dosis totales ha sido administrado a mayores de 64 años y el 23% a menores de 65 (Tabla 51).

Tabla 51. Distribución de las dosis de vacuna contra la gripe en la CAPV. 1999

| Áreas sanitarias | > 64 años | | < 65 años | | | | Total |
|------------------|-----------|----|-----------------|----|--------------------|----|---------|
| | N | % | Grupo de riesgo | | Grupo de no riesgo | | |
| | | | N | % | N | % | N |
| Araba | 23.642 | 75 | 3.503 | 11 | 4.408 | 14 | 31.553 |
| Bizkaia | 115.364 | 76 | 21.837 | 15 | 13.920 | 9 | 151.121 |
| Gipuzkoa | 69.554 | 80 | 10.000 | 11 | 7.566 | 9 | 87.120 |
| CAPV | 208.560 | 77 | 35.340 | 13 | 25.894 | 10 | 269.794 |

FUENTE: Informes de las Unidades de Epidemiología.

La cobertura vacunal en mayores de 64 años ha sido del 58%. Por Áreas sanitarias, la de Araba ha conseguido una cobertura del 56%; la de Bizkaia, del 57%; y la de Gipuzkoa, del 60% (Tabla 52).

Tabla 52. Cobertura vacunal contra la gripe en mayores de 64 años por Comarcas y Áreas Sanitarias en la CAPV. 1999

| Área/Comarca | Dosis administradas | Población > 64 años | Cobertura vacunal (%) |
|--------------|---------------------|---------------------|-----------------------|
| Araba | 23.642 | 42.500 | 55,6 |
| Bizkaia | 115.364 | 201.900 | 57,1 |
| Gipuzkoa | 69.554 | 115.300 | 60,3 |
| CAPV | 208.560 | 360.000 | 57,9 |

FUENTE: Informes de las Unidades de Epidemiología.

Al igual que en años precedentes, la Subdirección de Farmacia ha colaborado en las campañas de vacunación.

4. PLAN DE PREVENCIÓN, CONTROL Y REDUCCIÓN DEL TABAQUISMO

Conseguir que disminuya la mortalidad por cáncer y enfermedad cardiovascular, primera y segunda causa de mortalidad en la CAPV¹, mediante la prevención, el control y la progresiva reducción del tabaquismo entre la población constituye el objetivo general del Plan. Dicho objetivo se concretiza en tres puntos: en primer lugar, apoyar a quienes no fuman para seguir sin fumar; en segundo lugar, proteger la salud de las personas no fumadoras; y, finalmente, animar y ayudar a quienes quieren dejar de fumar a conseguirlo.

El 20% de los 18.151 fallecimientos y el 13% de los APVP en 1998 han sido atribuibles al consumo activo de tabaco como factor principal: una de cada cuatro defunciones por tumores malignos, una de cada cinco por enfermedades cardiovasculares, y una de cada dos por enfermedades respiratorias (Tabla 53 y Fig. 34). En total, se ha estimado que 3.569 personas han muerto **prematamente** como consecuencia del tabaco.

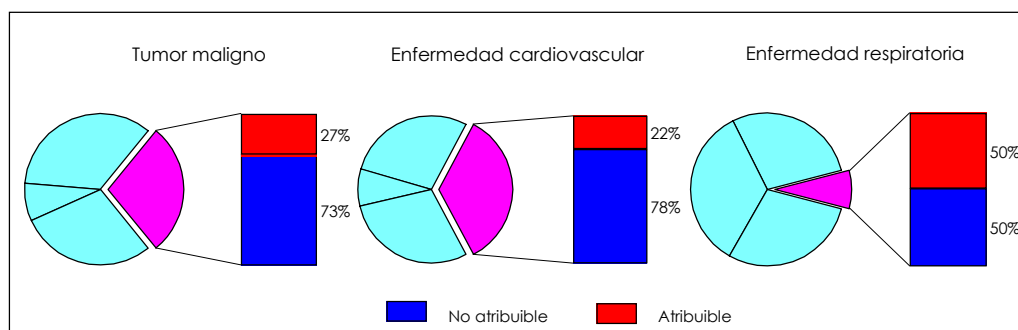
Tabla 53. Mortalidad atribuible al consumo de tabaco por grandes patologías en la CAPV. 1998

| Patología | Total de muertes | Muertes atribuibles al tabaco | |
|---------------------------|------------------|-------------------------------|----|
| | N | N | % |
| Tumor maligno | 4.993 | 1.331 | 27 |
| Enfermedad cardiovascular | 6.267 | 1.391 | 22 |
| Enfermedad respiratoria | 1.630 | 821 | 50 |
| Otra | 5.261 | 6 | |
| Total | 18.151 | 3.549 | 20 |

FUENTE: Servicio de Estudios e Investigación Sanitaria. Dirección de Ordenación y Evaluación Sanitaria.

¹ Este mismo objetivo se propusieron también el Consejo Asesor del Cáncer y el de Enfermedades Cardiovasculares en Euskadi: "**Plan Integral de Prevención y Control del Cáncer en Euskadi 1994-1998**" (pág. 21; 32 y 40) y "**Plan Integral de Prevención y Control de Enfermedades Cardiovasculares en Euskadi**" (Doc. interno de 18 de enero de 1996, p. 1 y 2). Como ya se ha indicado en años anteriores, se trata, para el año 2000, de reducir en un 6% el número de personas fumadoras; y en un 20%, el número de personas no fumadoras expuestas al humo del tabaco, es decir, al tabaquismo pasivo.

Figura 34. Mortalidad atribuible al consumo de tabaco por grandes patologías en la CAPV. 1998



La proporción de fallecimientos atribuibles al consumo de tabaco ha sido especialmente elevada (del 80 al 90%) en el caso de los cánceres de las vías respiratorias y de esófago, y de las enfermedades pulmonares crónicas (EPOC). También es de resaltar que cerca de la mitad de las defunciones por cáncer de vejiga y de la mortalidad prematura por cardiopatía isquémica y accidentes cerebrovasculares (trombosis, embolias y hemorragias cerebrales) han sido atribuibles también al consumo de tabaco (Tabla 54).

Tabla 54. Mortalidad atribuible al consumo de tabaco en la CAPV. 1998

| | Total de muertes | | Mortalidad atribuible al tabaco | |
|--------------------------------------|------------------|--------------|---------------------------------|---|
| | N | N | N | % |
| TUMORES MALIGNOS | | | | |
| Pulmón | 923 | 816 | 88 | |
| Labio, cavidad oral, faringe | 149 | 126 | 85 | |
| Laringe | 112 | 90 | 80 | |
| Esófago | 142 | 107 | 75 | |
| Vejiga | 200 | 86 | 43 | |
| Riñón | 116 | 38 | 33 | |
| Otros | 3.351 | 68 | 2 | |
| TOTAL | 4.993 | 1.331 | 27 | |
| ENFERMEDADES CARDIOVASCULARES | | | | |
| Aneurisma aórtico | 108 | 58 | 54 | |
| ACVA < 65 años | 130 | 64 | 49 | |
| Cardiopat. isquém. < 65 años | 277 | 118 | 43 | |
| Aterosclerosis | 264 | 112 | 42 | |
| Cor pulmonale | 154 | 32 | 21 | |
| Hipertensión | 310 | 59 | 19 | |
| Cardiopat. isquém. >= 65 años | 1.389 | 250 | 18 | |
| ACVA >= 65 años | 1.569 | 269 | 17 | |
| Otras | 2.066 | 429 | 21 | |
| TOTAL | 6.267 | 1.391 | 22 | |
| ENFERMEDADES RESPIRATORIAS | | | | |
| Bronquitis-enfisema | 169 | 135 | 80 | |
| EPOC | 721 | 572 | 79 | |
| Tuberculosis respiratoria | 24 | 7 | 29 | |
| Neumonía-Influenza | 351 | 96 | 27 | |
| Otras | 365 | 11 | 16 | |
| TOTAL | 1.630 | 821 | 50 | |

FUENTE: Servicio de Estudios e Investigación Sanitaria. Dirección de Planificación Sanitaria.

Con vistas a poder conseguir las metas antes apuntadas y actuar sobre la población fumadora, se ha venido creando desde 1994 una infraestructura sanitaria que esté al día en el conocimiento de las más recientes técnicas de deshabituación tabáquica. Para ello, desde esa fecha se han ofertado a **profesionales de salud** cursillos de aprendizaje de técnicas de deshabituación. Durante 1999 han asistido a estos cursos 137 profesionales de Atención Primaria y de Servicios médicos de empresa (Tabla 55).

Tabla 55. Cursillos de formación en técnicas de deshabituación tabáquica por Territorios Históricos en la CAPV. 1994-99

| | 1994 | 1995 | 1996 | 1997 | 1998 | 1999 | 1994-99 |
|---------------|------|------|------|------|------|------|---------|
| Cursos | 6 | 11 | 9 | 8 | 8 | 11 | 53 |
| Horas | 84 | 129 | 121 | 96 | 81 | 105 | 616 |
| Participantes | 115 | 185 | 148 | 111 | 110 | 137 | 806 |

FUENTE: Memorias de las Subdirecciones de Salud Pública.

Desde 1994 han participado un total de 806 profesionales (la mayoría de Osa-kidetza/SVS y el resto de Servicios médicos de empresa). En torno al 20% de profesionales de Atención Primaria ha realizado los cursillos.

Además y para mantener el contacto y la puesta al día de quienes han realizado los cursos, se ha desarrollado el **servicio de documentación y selección bibliográfica** que ha seguido ofertando artículos de interés sobre el tema de la deshabituación y diversos **materiales de apoyo a su actuación profesional** ("Ayude a su paciente a dejar de fumar", "Octólogo" "Futuro sin tabaco", "Embarazo sin tabaco", y otro material, fundamentalmente trípticos, destinado a padres y madres, y a población general sobre ventajas de abandonar el tabaco, grado de dependencia del mismo, búsqueda de motivaciones para dejar de fumar, tabaquismo pasivo, tabaquismo en casa, ventajas de llevar una vida saludable, de hacer ejercicio físico...).

Para promover y coordinar los esfuerzos de **Asociaciones o colectivos** que trabajan en este campo y como complemento a las actuaciones del Departamento, se han subvencionado diversos proyectos dirigidos a la deshabituación de la población fumadora, en algún caso exclusivamente femenina, a través del programa de subvenciones a asociaciones y grupos de autoayuda sin ánimo de lucro en el campo de la salud.

Otra serie de actividades han ido desde la publicidad llevada a cabo **el Día mundial sin tabaco**, en colaboración con las Asociaciones Provinciales de Lucha contra el Cáncer, hasta la distribución continua de material de señalización "ESPACIO SIN TABACO" o de trípticos informativos a todo tipo de Instituciones, entidades o particulares, o la participación en mesas redondas sobre temas relacionados con el control del tabaquismo.

Finalmente y, como una primera **evaluación de resultados**¹ de toda esta serie de actuaciones, sirva una rápida comparación entre situaciones mediante los datos de la Encuesta de Salud del 92 y la del 97: **se ha reducido el número de personas fumadoras**, un 2% respecto a 1992 y esta reducción es más acentuada entre varones; ha aumentado el número de personas fumadoras que **han intentado dejar de fumar** (66% frente al 27% de 1992); el 24% de las personas que fuma **ha reducido** el número de cigarrillos o está optando por contenidos más bajos de nicotina y alquitrán; ha disminuido el número de **personas expuestas** a diario o muy frecuentemente al humo del tabaco ajeno: del 60% en 1992² al 39% en 1997; en el 32% de las familias de Euskadi sus componentes se hallan expuestos al humo del tabaco; el 38% de las personas se hallan expuestas al humo del tabaco en sus puestos de trabajo.

En el desarrollo de este Plan de Prevención, Control y Reducción del Tabaquismo, se va a continuar actuando sobre colectivos particularmente claves, abarcando desde la etapa previa al nacimiento hasta cualquier otro momento de la vida de una persona que quiera vivir sin tabaco. La principal responsabilidad, desde el punto de vista de la salud pública, es proteger la salud de todas las personas, y especialmente la salud de las niñas y niños, para que puedan crecer sanos. Asimismo se va a reforzar la actuación preventiva y reductiva del consumo de tabaco en el ámbito laboral, al ser una situación en la que el tabaquismo pasivo, si se está entre personas fumadoras, es inevitable, sistemático y duradero en el tiempo.

¹ Parece obvio que las actuaciones de la Dirección de Salud Pública han tenido mucho que ver con estos resultados, unidas a actuaciones de Osakidetza/SVS, Instituciones y Asociaciones que trabajan en este mismo campo y a la implicación de medios de comunicación social.

² Los datos relativos a 1992 proceden de la extrapolación del valor que se da para todo el Estado Español en el estudio "Europe-wide evaluation of the impact of information campaigns" de la Commission of the European Communities, realizado entre febrero y marzo de 1992.

5. PREVENCIÓN, CONTROL Y REDUCCIÓN DEL ALCOHOLISMO

El consumo excesivo de alcohol constituye un importante factor negativo para la salud; se halla relacionado con las principales causas de mortalidad en la CAPV (enfermedades cardiovasculares, tumores malignos, accidentes no intencionados, diabetes mellitus...). El objetivo del Plan es la disminución de la mortalidad en la CAPV¹ por enfermedades relacionadas con el consumo de alcohol, mediante la prevención, el control y la progresiva reducción del alcoholismo entre la población.

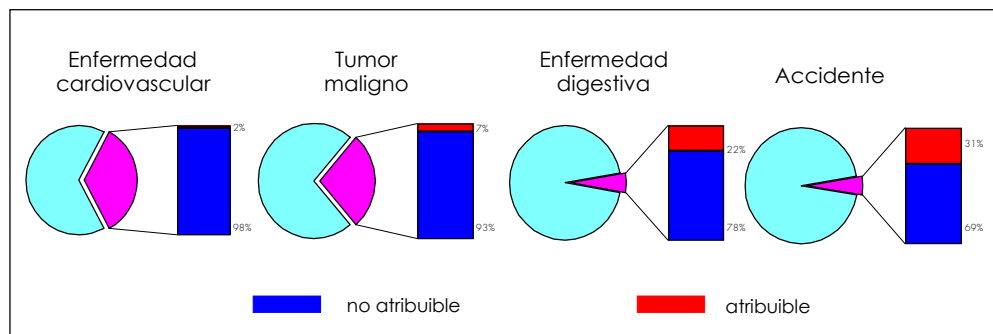
En 1998 el alcoholismo fue la causa principal de algo más del 5% de las muertes en la CAPV. Más del 10% de defunciones entre personas de 30-69 años es atribuible al alcohol. También fue el principal responsable del 22% de las muertes a resultas de enfermedades digestivas y del 28% de las producidas como consecuencia de accidentes de todo tipo (Tabla 56 y Fig. 35).

Tabla 56. Mortalidad atribuible al consumo de alcohol por grandes patologías en la CAPV. 1998

| PATOLOGÍA | Total de muertes | Muertes atribuibles al alcohol | |
|---------------------------|------------------|--------------------------------|----|
| | N | N | % |
| Tumor maligno | 4.993 | 341 | 7 |
| Enfermedad cardiovascular | 6.267 | 122 | 2 |
| Enfermedad digestiva | 957 | 208 | 22 |
| Accidente de todo tipo | 894 | 248 | 28 |
| Otra | 5.040 | 58 | 1 |
| TOTAL | 18.151 | 977 | 5 |

FUENTE: Servicio de Estudios e Investigación Sanitaria. Dirección de Planificación y Evaluación Sanitaria.

Figura 35 Mortalidad atribuible al consumo de alcohol por grandes patologías en la CAPV. 1998



¹ Este mismo objetivo se propuso también el Consejo Asesor del Cáncer en Euskadi: "Plan Integral de Prevención y Control del Cáncer en Euskadi 1994-1998" (pág. 25 y 40).

El consumo de alcohol se halla asociado a un aumento de riesgo de accidentes y traumatismos, especialmente a un mayor riesgo de accidentes de tráfico. Además, un consumo excesivo, habitual o esporádico, hace que aumente la probabilidad de desarrollar problemas de salud a nivel de sistema circulatorio, digestivo o nervioso central, aparte de su vinculación con problemas de violencia familiar o social.

Según la Encuesta de Salud de 1997, el 69% del grupo de grandes bebedores¹ son varones y el 31% mujeres; del grupo de bebedores excesivos, el 84% son varones. En total, unas 200.000 personas (11,5% de la población mayor de 16 años) son grandes bebedores o bebedoras excesivas.

Otro modo de dimensionar el problema es tener en cuenta el número de personas atendidas en los Centros de Salud Mental a consecuencia de problemas relacionados con consumo excesivo de alcohol durante los cuatro últimos años (Tabla 57 y Figura 36)².

Tabla 57. Evolución del número de pacientes atendidos en Centros de Salud Mental, debido a problemas relacionados con el alcohol, por grupos de edad en la CAPV. 1996-99

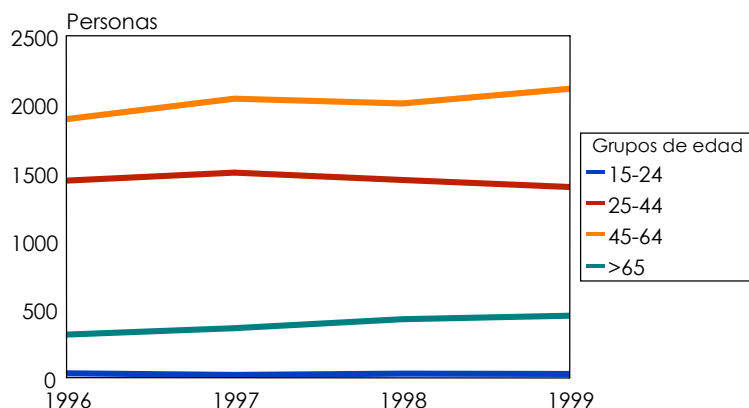
| Edad | 1996 | 1997 | 1998 | 1999 |
|--------------------|-------|-------|-------|-------|
| 15-24 | 34 | 23 | 31 | 29 |
| 25-44 | 1.442 | 1.502 | 1.447 | 1.395 |
| 45-64 | 1.893 | 2.041 | 2.006 | 2.115 |
| >65 | 316 | 364 | 429 | 455 |
| Edad no registrada | 3 | 2 | 1 | - |
| Total pacientes | 3.688 | 3.932 | 3.914 | 3.994 |

Fuente: Registro Acumulativo de Casos Psiquiátricos. Osakidetza/SVS.

¹ "Persona gran bebedora" es el varón que declara consumir habitualmente de 51 a 90 cc (41 a 72 gr) de alcohol/día, o la mujer que afirma consumir habitualmente de 31 a 54 cc (25 a 42 gr) de alcohol/día. Se considera "persona bebedora excesiva" el varón que declara tomar habitualmente más de 91 cc (72 gr) de alcohol/día, o la mujer que bebe habitualmente más de 55 cc (42 gr) de alcohol/día (Dpto. de Sanidad, Encuesta de Salud 1997).

² Para poder tener un panorama más completo del número de personas atendidas por problemas relacionados prioritariamente con el consumo abusivo de alcohol, habría que poder contar con datos de personas atendidas en los Servicios de Atención Primaria.

Figura 36. Evolución del número de pacientes atendidos en Centros de Salud Mental, debido a problemas relacionados con el alcohol, por grupos de edad en la CAPV. 1996-99



El alcoholismo es un problema de salud pública y de salud individual que, en buena medida, es posible resolver con éxito si se diagnostica pronto. Se está valorando, dentro de las grandes líneas de actuación recogidas en el Plan de Salud, la oportunidad de impartir cursos formativos para profesionales de salud de Atención Primaria que propicien la evaluación y el asesoramiento sistemático sobre el consumo de alcohol en la entrevista clínica asistencial. Se ha realizado ya alguna experiencia en este sentido.

Por otra parte, se está trabajando en la potenciación de las pautas de actuación y coordinación entre los niveles de Atención Primaria y Centros de Salud Mental para la desintoxicación y deshabituación de pacientes alcohólicos, y en la coordinación de los niveles de asistencia sanitaria con los servicios locales de asistencia social.

6. PREVENCIÓN DE LESIONES ACCIDENTALES

El **proyecto Zainbide** de prevención de lesiones accidentales infantiles tiene como objetivo cambiar los comportamientos del padre y de la madre hacia pautas de conducta más seguras con sus hijos o hijas menores de 5 años. Para conseguir dicho objetivo los equipos de pediatría de Atención Primaria realizan, durante las visitas programadas de control del niño sano, el consejo preventivo y entregan las *Guías de Seguridad Infantil*.

Durante 1999 se ha seguido trabajando con padres y madres los consejos preventivos referidos al uso de sistemas de sujeción cuando el bebé va en automóvil, a caídas desde superficies altas, atragantamiento por objetos pequeños, quemaduras en la cocina, a guardar las medicinas fuera de su alcance y a cerrar las ventanas y puertas de la habitación donde se encuentre el bebé. Asimismo, se ha continuado con la formación de pediatras y ATS/DUE mediante un módulo de 14 horas de duración. Igualmente, se ha proseguido con el registro de lesiones accidentales en las consultas de pediatría con el fin de conocer las características epidemiológicas de los accidentes y evaluar el impacto de la intervención preventiva.

La evaluación inicial del proyecto se llevó a cabo en 1998, antes de comenzar la intervención, mediante encuestas a profesionales de pediatría y a padres y madres. Durante 1999 se ha seguido con la evaluación de proceso mediante grupos focales y entrevistas semidirigidas a los y las profesionales participantes en el proyecto.

El modelo de intervención, centrado en la teoría de las etapas del cambio conductual de Prochaska, no es sencillo de llevar a la práctica por las dificultades que entraña la realización del diagnóstico de motivación. La formación de las y los profesionales se ha centrado en ello con el fin de intentar subsanar estas dificultades.

Durante 1999 y según el registro de lesiones accidentales realizado en las consultas de pediatría, han habido 1.967 accidentes en menores de 5 años, lo que supone una tasa de 101,5 por mil (en 1998 fue de 101,7 por mil). El 54% de esos accidentes se ha producido en el hogar; el 19%, en la calle; y el 11%, en el colegio-guardería. Por otra parte, el 82% han sido caídas y golpes; el 8%, quemaduras; el 2%, accidentes de tráfico, y otro 2%, ingesta de cáusticos y medicamentos. Han precisado hospitalización 49 niños o niñas y 2 casos han sido atendidos en la UCI. Tasas y datos porcentuales indican que no se ha registrado variación significativa respecto a 1998.

En otro orden de cosas, la Dirección de Salud Pública ha seguido participando en la **Comisión de Seguridad Vial** para la prevención de los accidentes de tráfico.

Además y con el fin de conocer el número real de personas fallecidas a 30 días por accidente de tráfico en la CAPV, ha mantenido un sistema activo de recogida de información de todos los hospitales de agudos de Osakidetza/SVS.

7. ATENCIÓN A LAS DEMANDAS DE APOYO EN ACTIVIDADES DE EDUCACIÓN PARA LA SALUD

Las Unidades de Educación para la Salud (EpS) de cada Subdirección de Salud Pública han promovido, apoyado y asesorado todo tipo de **proyectos y actuaciones de educación para la salud** programadas por diferentes organismos o colectivos (personal sanitario, docentes, trabajadores sociales...) de la CAPV.

Durante 1999, se han atendido 1.617 solicitudes, provenientes de 708 entidades distintas (centros sanitarios, docentes, asociaciones, ayuntamientos y personas particulares).

Los principales temas sobre los que se ha facilitado atención han sido los relativos a drogodependencias (20%), salud sexual (15%), alimentación (7%), accidentes (7%), salud materno-Infantil (12%), sida (5%), tercera edad (7%) y mujer (5%).

Por otra parte y especialmente desde la Unidad de EpS de Bizkaia, se ha dado respuesta a las demandas de formación recibidas, siendo particularmente dignas de mención la formación que se imparte en las Escuelas de Enfermería y Magisterio de Bizkaia y la impartida a médicos o médicas residentes de familia. También se ha participado en Jornadas, mesas redondas y debates de distintos temas relacionados con EpS.

La Unidad de EpS de Álava, **centro de referencia documental** en estos temas en el ámbito de la CAPV, ha seguido manteniendo los contactos oportunos con otras Comunidades Autónomas y Organismos públicos o privados para conocer sus actuaciones y recursos de apoyo, y, cuando se han considerado interesantes, ha procurado conseguir esos materiales para ofertarlos dentro de la CAPV permitiendo así su consulta o préstamo a los colectivos interesados. Durante 1999 se han incorporado 357 nuevos documentos (libros, vídeos, folletos, artículos de prensa y revista).

Por otra parte, el Departamento de Sanidad otorga anualmente **ayudas a Asociaciones y Grupos de autoayuda sin ánimo de lucro en el campo de la salud**, cuyas actividades se relacionan con la educación sanitaria¹. Es función de las y los profesionales de EpS de cada Territorio Histórico valorar en un primer momento todos los proyectos presentados para informar a la Comisión de adjudicación. En 1999, se han estudiado los proyectos de 76 Asociaciones y realizado los informes correspondientes a cada uno de ellos. Posteriormente, tras la adjudicación de ayudas, se ha ofertado asesoramiento y apoyo tanto

¹ En total se han destinado a este capítulo 38.693.000 pesetas.

técnico como documental, especialmente a la hora de realizar la evaluación parcial y final del proyecto subvencionado, a las 61 Asociaciones seleccionadas.

