

Salud Pública y Adicciones

Informe 2024



Salud Pública y Adicciones

Informe 2024



Eusko Jaurlaritzaren Argitalpen Zerbitzu Nagusia
Servicio Central de Publicaciones del Gobierno Vasco

Vitoria-Gasteiz, 2025

Un registro bibliográfico de esta obra puede consultarse
en el catálogo de la Biblioteca General del Gobierno Vasco:
<https://www.katalogoak.euskadi.eus/katalogobateratua>

EDICIÓN

1ª, diciembre 2025

©

Administración de la Comunidad Autónoma del País Vasco
Departamento de Salud

INTERNET

www.euskadi.eus/publicaciones

DIRECCIÓN, COORDINACIÓN Y ELABORACIÓN

Departamento de Salud, Gobierno Vasco

EDITA

Servicio Central de Publicaciones del Gobierno Vasco
Eusko Jaurlaritzaren Argitalpen Zerbitzu Nagusia

DISEÑO Y MAQUETACIÓN

Fotocomposición Ipar, S. Coop.

ISSN

3045-7122

Presentación

Este informe presenta un resumen detallado de las principales actuaciones desarrolladas por la Dirección de Salud Pública y Adicciones del Departamento de Salud durante el año 2024. En él, se refleja la amplitud y diversidad de funciones que abarca la Salud Pública, tanto en sus ámbitos tradicionales como en los nuevos desafíos que hemos ido afrontando. Es, asimismo, un ejercicio de transparencia y rendición de cuentas.

Las actuaciones que se detallan corresponden a las funciones esenciales de Salud Pública, que constituyen los servicios fundamentales prestados por nuestra Dirección: la vigilancia e información, la monitorización de la ocurrencia y distribución de problemas de salud entre la población; la respuesta ante amenazas y alertas; las actuaciones de protección de la salud, de vigilancia y control de riesgos ambientales y alimentarios; las funciones de prevención de enfermedades y adicciones; y, no menos importante, la promoción de hábitos saludables y la creación de entornos que favorezcan una vida saludable para toda la población.

Este informe también subraya la naturaleza de la Salud Pública, entendida como un bien común, que requiere de un enfoque integral e intersectorial. A través de políticas que aborden de manera conjunta los determinantes sociales, económicos y ambientales de la salud, las actuaciones de salud pública buscan promover la equidad y mejorar la salud y el bienestar de la población.

Estas actuaciones se alinean con los objetivos y líneas prioritarias del *Plan de Salud Euskadi 2030*, y, a partir de 2025, también lo harán con las iniciativas aprobadas en el *Pacto Vasco en Salud Pública*. Además, el desarrollo de la Ley de Salud Pública, con la creación del Sistema de Salud Pública de Euskadi junto con la próxima puesta en marcha del Instituto Vasco de Salud Pública, marcará un paso crucial en el avance de la Salud Pública en nuestra comunidad.

No quiero concluir este prólogo sin antes expresar mi más sincero agradecimiento y reconocimiento a todos los profesionales que hacen posible este trabajo. La dedicación y el esfuerzo de los equipos de la Dirección de Salud Pública y Adicciones, de las Subdirecciones Territoriales y de las Comarcas de Salud Pública, así como la colaboración de profesionales de otras áreas del Departamento de Salud, del Gobierno Vasco, de Osakidetza, de las entidades locales y territoriales, y de las organizaciones colaboradoras, han sido fundamentales. A todas las personas que han participado, gracias por su implicación, compromiso y profesionalidad.

Guillermo Herrero Alaña
Director de Salud Pública y Adicciones

Índice

VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA	10
1. Programa de vigilancia de Enfermedades de Declaración Obligatoria.....	11
2. Programa de vigilancia de infecciones respiratorias agudas.....	14
3. Programa de vigilancia microbiológica.....	18
4. Programa de vigilancia de brotes epidémicos y alertas sanitarias	27
4.1. Distribución de las alertas.....	27
4.2. Tipos de declaración	28
4.3. Mecanismo de transmisión	30
4.4. Etiología.....	31
PREVENCIÓN	32
1. Salud materno infantil	33
1.1. Programa de Cribado Prenatal de Anomalías Cromosómicas.....	33
1.2. Cribado de Preeclampsia (PE).....	36
1.3. Programa de Cribado Neonatal de Enfermedades Congénitas	37
1.4. Programa de Asistencia Dental Infantil (PADI).....	38
2. Cribado de cáncer	41
2.1. Detección Precoz del Cáncer de Mama.....	41
2.2. Cribado de Cáncer Colorrectal.....	44
2.3. Detección Precoz de Cáncer de Cervix.....	46
3. Programa de vacunación e inmunizaciones	49
4. Plan de actuación frente a las temperaturas elevadas.....	53
5. Otras actuaciones.....	56

PROTECCIÓN DE LA SALUD	57
1. Salud ambiental	58
1.1. Aire	58
1.2. Aguas de consumo	61
1.3. Aguas de baño	65
1.4. Prevención y control de la legionelosis	73
1.5. Productos químicos	78
1.6. Programas de vectores transmisores de enfermedad	79
1.7. Otras actuaciones	82
1.7.1. Informes sanitarios en procedimientos ambientales	82
1.7.2. Residuos sanitarios	83
1.7.3. Sanidad mortuaria	84
1.8. Resumen de salud ambiental	84
2. Salud alimentaria	85
2.1. Actividades en establecimientos alimentarios	85
2.1.1. Control de establecimientos alimentarios	86
2.1.2. Control de mataderos	90
2.1.3. Control de barcos congeladores	92
2.2. Actividades relacionadas con el análisis de los alimentos	93
2.2.1. Seguridad microbiológica de los alimentos	93
2.2.2. Seguridad química de los alimentos	98
2.2.3. Control de residuos medicamentosos en alimentos de origen animal (PNIR)	102
2.3. Actividades relacionadas con la nutrición y el etiquetado	104
2.3.1. Declaraciones nutricionales y de salud	104
2.3.2. Comedores escolares saludables	106
2.3.3. Alimentación especial	108
2.4. Alertas y reclamaciones	108
2.4.1. Alertas	108
2.4.2. Reclamaciones	112
2.5. Otras actividades: publicaciones	114

PROMOCIÓN DE LA SALUD	115
1. Impulso de políticas que apoyan la salud	116
1.1. Urban Klima 2050	116
2. Creación de entornos favorables	117
2.1. Ayudas para la promoción de la actividad física en el entorno escolar	117
3. Refuerzo de la acción comunitaria	118
3.1. Ayudas para el desarrollo de proyectos participativos orientados a la promoción de la salud a nivel local	118
3.2. Apoyo a la creación de rutas de caminantes (Proyectos TTIPÍ-TTAPA) como facilitador de dinámicas comunitarias	120
4. Desarrollo de aptitudes personales para la salud	121
4.1. Publicación y distribución de material de educación para la salud	121
4.2. Ayudas para la mejora de la calidad de vida de personas enfermas y sus familias	122
4.3. Ayudas para la prevención y control del VIH/sida, hepatitis C e infecciones de transmisión sexual	123
5. Colaboración con proyectos transversales	124
ADICCIONES	125
1. Coordinación y apoyo en la intervención sobre adicciones	126
1.1. Ley 1/2016, de 7 de abril, de Atención Integral de Adicciones y Drogodependencias	126
1.2. Coordinación institucional y participación sectorial y social en materia de adicciones	127
1.3. VIII Plan sobre Adicciones de Euskadi 2023-2027	127
1.4. Subvenciones para el desarrollo de programas de prevención comunitaria de las adicciones, mantenimiento de equipos y realización de proyectos de prevención y reducción de riesgos y daños	128

2. Creación y divulgación de conocimiento, formación y evaluación	132
2.1. Encuesta sobre Adicciones de Euskadi, 2023	132
2.2. Proyectos de investigación, estudios y actividades de formación	132
2.3. Divulgación del conocimiento y de los contenidos en la planificación en materia de adicciones de Euskadi	133
2.4. Actualización del Observatorio GABIA y web de adicciones	134
3. Campañas de sensibilización	135
3.1. Campaña de sensibilización de Vapers: «El Vaper no es tu Bro»	135
3.2. Campaña sobre riesgos asociados al consumo de alcohol: «ZAINDU: elige tu foto del verano»	135
4. Reducción de la oferta	137
4.1. Información sobre las denuncias en materia de tabaco	137
4.2. Actuaciones realizadas en materia de tabaco	138
4.3. Actuaciones realizadas en materia de alcohol	139
5. Estrategia Euskadi libre de humo de tabaco	139
5.1. Nuevas guías para dejar de fumar	141
5.2. Programa KERIK GABEKO GAZTEAK (prevención ámbito escolar)	141
5.3. Kerik Gabeko Guneak	143
5.4. Oferta de tratamiento a la dependencia del tabaquismo en Atención Primaria de Osakidetza	144
6. Programa Menores y Alcohol	145
6.1. Intervenciones en el ámbito educativo	145
6.2. Intervenciones en el ámbito festivo y de ocio	146
7. Programas de prevención y reducción de riesgos por consumo de droga	148
7.1. Testing. Programa de prevención y reducción de riesgos del consumo de drogas en el ámbito festivo y de ocio	148
7.2. Programa de prevención y reducción de riesgos del consumo de drogas en Lonjas de uso lúdico	148

8. Sistema de alerta temprana.....	149
8.1. Análisis de las muestras de sustancias adictivas ilegales recogidas en los programas de reducción de riesgos y daños.....	149
9. Asistencia socio-sanitaria de las adicciones.....	150
9.1. Intervención asistencial de la red pública de Osakidetza y concertada.....	150
9.2. Reducción de daños: intervenciones con personas en situación de exclusión social.....	150
10. Resumen del área de adicciones.....	151
LABORATORIO.....	154
PLAN DE SALUD 2030.....	156

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

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

1. Programa de vigilancia de Enfermedades de Declaración Obligatoria

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

Las unidades de epidemiología revisan y validan la información y la completan con los datos necesarios para establecer las actuaciones de prevención y control recogidas en los [Protocolos de vigilancia](#) del Departamento de Salud. En su conjunto se han revisado y validado un total de 4.950 eventos asociados al sistema de vigilancia de EDO excluyendo infecciones respiratorias ocasionadas por gripe y COVID, que se gestionan mediante la vigilancia de infecciones respiratorias agudas, la varicela y el zóster, que se registran de manera numérica. En cuanto a los casos, se han implementado medidas como el aislamiento, la exclusión de los pacientes de sus colectivos habituales o la educación para la salud para evitar contagios. En cuanto a los contactos, se ha llevado a cabo numerosos estudios para su identificación y se han aplicado medidas como el diagnóstico precoz, la profilaxis post-exposición o la inmunización. En cuanto a la investigación de las fuentes de contagio, ha permitido identificar y abordar de manera efectiva los factores de riesgo y las vías de transmisión. Asimismo, se ha realizado un análisis periódico de la información

recogida en el sistema y su envío periódico al Sistema de Vigilancia Epidemiológica gestionado por el Centro Nacional de Epidemiología y coordinado por el Ministerio de Sanidad.

A continuación, se presenta la información sobre las EDO en Euskadi en los últimos 7 años. En los apartados de transmisión alimentaria se recogen solo aquellas que tienen una vigilancia mediante encuesta y el resto se recogen en el apartado del SIMCAV.

Tabla 1. Casos notificados al sistema de vigilancia de Enfermedades de Declaración Obligatoria de Euskadi (EDO). Años 2018 a 2024

	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024
Enfermedades de transmisión respiratoria							
Gripe	34.831	940	266	17	18.119	21.380	21.180
Legionelosis	120	126	70	119	145	193	134
Tuberculosis	219	244	239	183	237	243	247
SARS-CoV-2	N/A	0	604.570	683.793	430.647	17.311	7.716
Lepra	0	1	2	1	1	0	1
SARS	0	0	0	0	0	0	0
Enfermedades de transmisión alimentaria							
Botulismo	0	9	0	0	0	4	1
Cólera	0	0	0	0	0	0	0
Fiebre Tifoidea y Paratifoidea	6	10	3	2	3	8	5
E. coli verotoxigénico	31	87	53	146	182	153	108
Listeriosis	32	23	25	28	27	27	26
Shigelosis / Disentería	78	67	22	35	83	136	135
Triquinosis	1	4	0	0	0	0	0
Enfermedades prevenibles por inmunización							
Difteria	0	0	0	0	0	0	0
Enfermedad menigocócica invasiva	26	28	13	9	11	20	28
Enfermedad neumocócica invasiva	251	271	124	133	195	246	304
Enfermedad invasora por <i>Haemophilus influenzae</i>	30	37	15	12	24	28	34
Parotiditis	1.206	705	1178	15	396	395	215
Poliomielitis	0	0	0	0	0	0	0
Rubéola	0	0	0	0	0	0	0
Rubéola congénita	0	0	0	0	0	0	0

	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024
Sarampión	6	9	0	0	0	3	12
Tétanos	0	0	0	0	1	0	1
Tosferina	334	415	78	0	5	567	1.091
Varicela	3.098	722	510	632	777	767	658
Herpes zóster	N/A	22	37	89	10.662	12.009	12.442
Viruela	0	0	0	0	0	0	0
Hepatitis virales							
Hepatitis A	107	21	12	0	17	20	74
Hepatitis B	14	5	10	14	11	3	11
Hepatitis C1	9	8	20	32	52	92	78
Otras hepatitis	12	9	5	5	8	12	22
Infecciones de transmisión sexual							
Infección gonocócica					1.469	1.773	1.722
Sífilis					348	292	425
Enfermedades de transmisión vectorial							
Dengue ²	6	25	9	1	41	47	69
Encefalitis Transmitida por Garrapatas	0	0	0	0	0	0	0
Fiebre Amarilla	0	0	0	0	0	0	0
Fiebre del Nilo Occidental	0	0	0	0	0	0	1
Fiebre Exantemática Mediterránea	0	2	0	2	1	1	1
Fiebres Hemorrágicas Víricas	0	0	0	0	0	0	0
Fiebre Recurrente Transmitida por Garrapatas	4	4	5	4	1	4	0
Leishmaniasis	3	4	1	2	2	5	3
Paludismo ²	52	58	16	27	53	61	62
Enfermedad por virus Chikungunya ²	1	1	0	0	1	13	3
Enfermedad por virus Zika ²	1	4	0	0	1	2	1
Tifus exantemático	0	0	0	0	0	0	0
Enfermedades de transmisión zoonótica							
Brucelosis	1	2	0	0	2	3	0
Carbunco	0	0	0	0	0	0	0
Fiebre Q	39	62	9	142	61	34	29

	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024
Hidatidosis	2	1	1	3	7	4	5
Leptospirosis	18	10	12	3	8	4	6
Peste	0	0	0	0	0	0	0
Rabia	0	1	0	0	0	0	0
Tularemia	0	5	1	0	2	0	8
Otras enfermedades							
Encefalopatías Espongiformes Transmisibles Humanas	8	6	8	12	7	11	10
Enfermedad invasiva por Estreptococo del Grupo A	51	56	21	21	55	117	65
Mpox	N/A	N/A	N/A	N/A	245	1	13

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

² Casos importados.

En la actualidad, las notificaciones se captan de manera automática en base a los códigos de diagnóstico que se recogen en la historia clínica. A pesar de las mejoras, el sistema de vigilancia de EDO está en constante evolución para avanzar para su integración con otros sistemas de cara a permitir una exhaustividad mayor de la información.

Durante el 2024 cabe destacar la aparición de 12 casos de sarampión que desencadenaron las actuaciones de prevención y control correspondientes para evitar la propagación de las cadenas de transmisión, con el estudio de decenas de contactos. Asimismo, cabe destacar que continuó el incremento en el número de casos de tosferina ya observado en 2023. Hay que señalar el aumento de los casos de dengue asociados a viajes a zonas endémicas, así como el aumento de casos de hepatitis A.

2. Programa de vigilancia de infecciones respiratorias agudas

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

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

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

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

- Vigilancia centinela de Infección Respiratoria Aguda (IRAs) en atención primaria.
 - Componente sindrómico: recoge diagnósticos codificados en la historia clínica.
 - Componente sistemático: recoge datos aleatorizados de centros centinelas.
- Vigilancia centinela de Infección Respiratoria Aguda Grave (IRAG) en atención hospitalaria.
 - Componente sindrómico: recoge diagnósticos codificados en la historia clínica.
 - Componente sistemático: recoge del centro centinela.
- Vigilancia virológica no centinela: recoge los resultados de los virus respiratorios de los hospitales de la red asistencial pública.

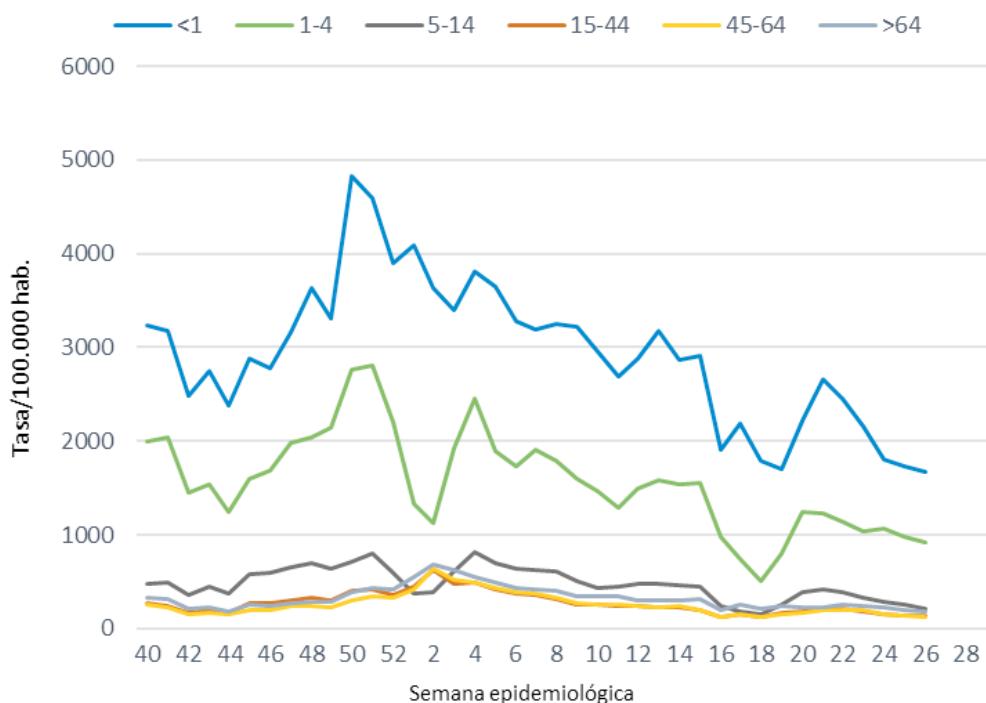
Cabe destacar la importancia de la estrecha colaboración las personas responsables de los Sistemas de información de Osakidetza para poder establecer las extracciones y explotaciones de datos correspondientes a cada uno de los componentes. Asimismo, cabe destacar también el papel fundamental que tienen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

El desarrollo del sistema de vigilancia centinela de infección respiratoria aguda se ha basado en la experiencia adquirida en el marco del sistema de vigilancia centinela de gripe. En Euskadi se ha realizado una apuesta decidida por la informatización del sistema, captando la información necesaria que se genera por los procesos clínicos asistenciales habituales, lo cual va a permitir conseguir un sistema más simplificado, flexible y estable para vigilar la situación de las infecciones respiratorias.

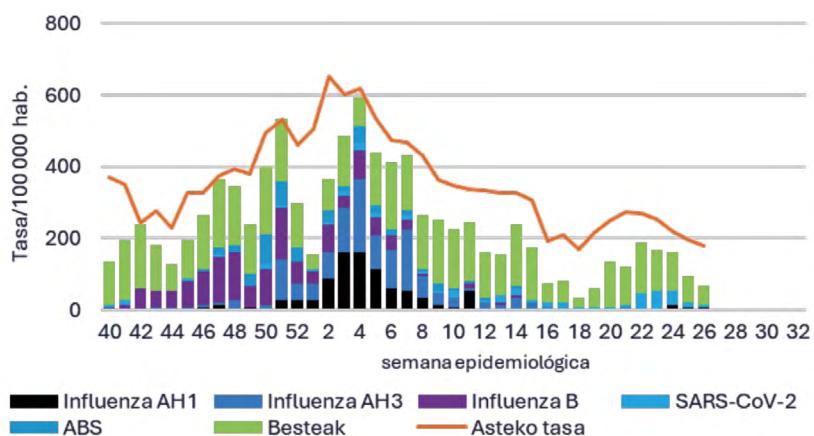
A pesar de las mejoras, el sistema de vigilancia de infecciones respiratorias continúa en proceso de desarrollo y mejora.

Figura 1. Resultados del Sistema de Vigilancia de Enfermedades Infecciones Respiratorias Agudas de Euskadi (SIVIRA). Temporada 2024/2025

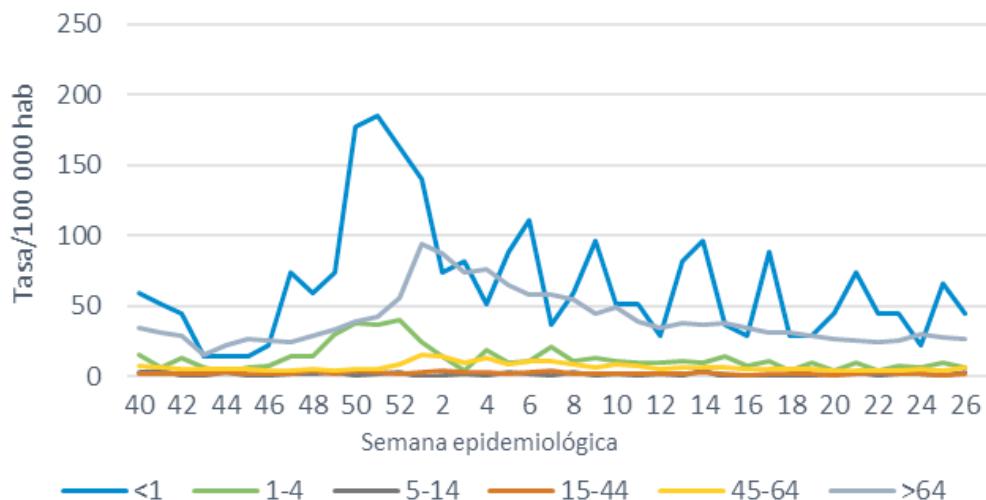
a. Componente sindrómico. Tasa de infecciones respiratorias agudas en atención primaria por grupo de edad y por semana epidemiológica. Temporada 2024/2025. Euskadi.



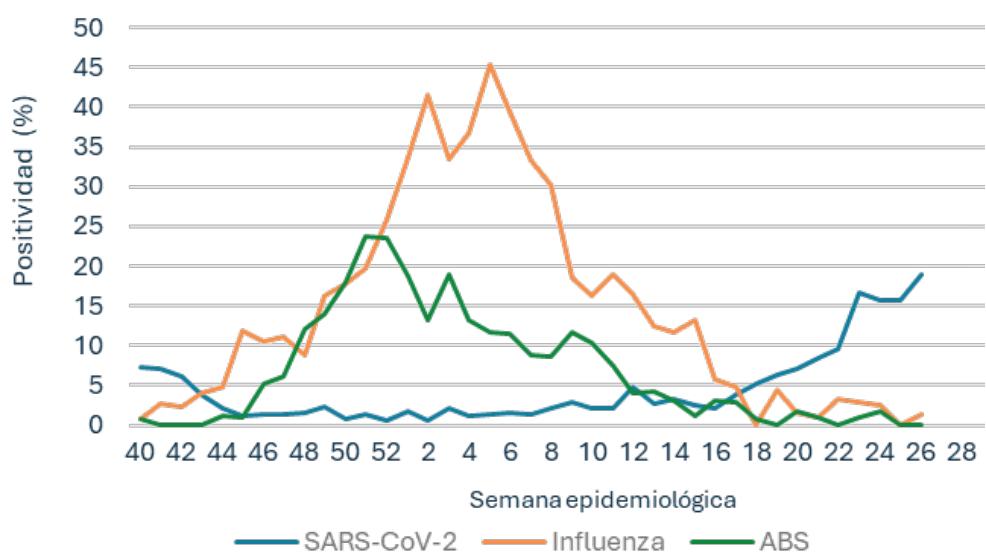
b. Componente sistemático. Tasa de infecciones respiratorias agudas en atención primaria y detecciones de virus respiratorios en la red centinela por semana epidemiológica. Temporada 2024/2025. Euskadi.



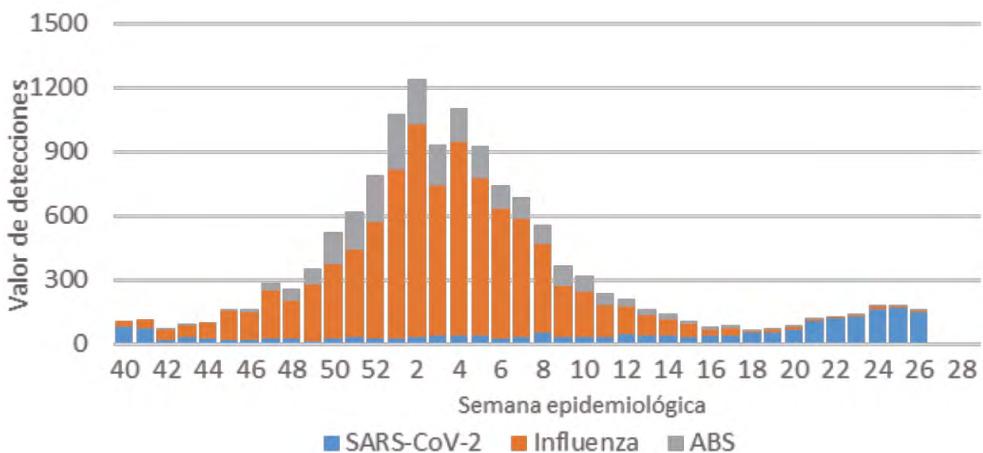
c. Componente sindrómico. Tasa de infecciones respiratorias agudas graves en atención hospitalaria por grupo de edad y por semana epidemiológica. Temporada 2024/2025. Euskadi.



d. Componente sistemático. Tasa de infecciones respiratorias agudas graves en atención hospitalaria por semana epidemiológica. Temporada 2024/2025. Euskadi.



e. Vigilancia virológica no centinela. Número de detecciones semanales de gripe y virus respiratorio sincitial por semana epidemiológica. SIMCAV. Temporada 2024/2025. Euskadi.



3. Programa de vigilancia microbiológica

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

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

Este sistema de vigilancia funciona de manera estable desde el año 1993. Es un sistema de notificación básico que incluyen las infecciones registradas tanto en atención primaria como en hospitales. La normativa relativa a la vigilancia microbiológica se recoge en el [DECRETO 312/1996](#) y se desarrolla en la [ORDEN de 27 de febrero de 2009](#). De este modo, la información generada por este sistema es fundamental dado que permite corregir la infra notificación observada en la declaración de algunas EDO que requieren confirmación microbiológica, complementa al sistema de vigilancia de infecciones respiratorias agudas aportando información relevante sobre los virus circulantes y permite caracterizar la presentación de diversos patógenos de interés para la salud pública. En el funcionamiento del SIMCAV juega un papel central los servicios de microbiología de la Red de Diagnóstico Biológico de Osakidetza.

Las actividades realizadas con este sistema incluyen la recepción, revisión y registro de los datos en los sistemas de información del Departamento de Salud, la confirmación de los agentes etiológicos de brotes y enfermedades de declaración obligatoria y la

implementación de las recomendaciones recogidas en los protocolos de prevención y control correspondientes. A continuación, se presenta la información del SIMCAV en Euskadi de los últimos 7 años.

Tabla 2. Casos notificados al sistema de información microbiológica de Euskadi (SIMCAV). Años 2018 a 2024

Microorganismo	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024
Infecciones de transmisión sexual							
Chlamydia trachomatis	1.205	1.308	1.251	1.701	2.218	2.278	2.881
Chlamydia trachomatisL1,L2,L3	16	26	15	25	43	73	73
Herpes simple tipo 1	4	0	2	4	99	136	393
Herpes simple tipo 2	304	396	240	368	408	367	755
Neisseria gonorrhoeae	555	741	606	996	1.417	1.742	1.861
Treponema pallidum	241	281	252	199	284	318	490
Enfermedades inmunoprevenibles							
Bordetella pertussis	280	351	66	1	1	405	970
Clostridium Tetani	0	0	1	1	0	0	1
Corynebacterium diphtheriae	0	0	9	0	0	1	1
Haemophilus influenzae	13	14	12	10	25	38	31
Haemophilus influenzae B	2	2	0	1	0	1	0
Haemophilus influenzae F	0	0	0	1	0	0	0
Parotiditis (Paramyxovirus) parotiditis sp	774	609	1.296	2	17	26	24
Sarampión (Morbillivirus) sarampión	8	10	0	0	0	2	11
Varicela-zoster	68	133	86	102	146	197	256
Enfermedades vectoriales							
Dengue Dengue 1	0	5	0	0	0	0	1
Dengue Dengue 2	0	1	0	0	0	0	2
Dengue Dengue 3	0	2	0	0	0	0	2
Dengue Dengue 4	1	0	0	0	0	0	1
Dengue Dengue sp	5	19	7	2	29	37	55
Leishmania sp	4	2	3	1	1	4	3
Plasmodium falciparum	49	50	12	23	39	44	47
Plasmodium malariae	0	2	2	3	0	3	1

Microorganismo	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024
Plasmodium ovale	3	2	0	0	2	2	4
Plasmodium sp	3	8	4	4	5	7	4
Plasmodium vivax	4	4	1	0	0	1	1
Virus del Chikungunya (CHIKV)	1	1	0	0	0	10	47
Fiebre tifoidea y paratifoidea							
Salmonella paratyphi	0	1	0	0	0	1	0
Salmonella paratyphi A	2	0	0	0	0	1	2
Salmonella paratyphi B	0	3	1	1	3	1	5
Salmonella paratyphi B var java	0	4	0	0	0	0	0
Salmonella typhi	3	5	2	1	3	4	3
Hepatitis víricas							
Hepatitis A	98	20	13	0	11	18	60
Hepatitis B	17	7	8	13	13	5	10
Hepatitis C	1	2	28	30	29	43	28
Hepatitis D	1	3	4	2	1	1	1
Hepatitis E	11	8	5	4	4	14	18
Infecciones gastrointestinales							
Aeromonas Aeromonas sp	0	0	1	0	0	0	0
Campylobacter coli	306	239	229	291	274	364	478
Campylobacter fetus	10	6	7	4	9	4	5
Campylobacter jejuni	2.257	1.818	1.772	2.083	2198	2.434	2.646
Campylobacter lari	1	0	1	0	3	0	0
Campylobacter sp	49	16	99	156	179	205	12
Campylobacter upsaliensis	0	1	1	0	0	0	2
Clostridium difficile enterotoxigénico	235	290	417	524	508	484	447
Cryptosporidium sp	710	263	77	91	291	934	132
Entamoeba histolytica	12	5	4	7	8	6	15
Escherichia coli O103	0	1	0	0	1	0	0
Escherichia coli O111	0	2	0	0	0	0	1
Escherichia coli O157	30	17	11	28	34	42	23
Escherichia coli O26	0	1	0	0	0	0	0

Microorganismo	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024
Escherichia coli verotoxigénica	0	66	84	119	162	141	132
Giardia Lamblia	729	759	400	453	469	503	430
Listeria monocytogenes	29	17	21	30	27	25	20
Norovirus norovirus	935	1.231	343	1.284	1.589	1.706	1.883
Rotavirus sp	815	930	127	501	986	681	1.042
Salmonella agbeny	1	0	3	0	0	0	0
Salmonella agona	2	1	1	0	2	1	2
Salmonella altona	0	0	0	0	1	0	1
Salmonella anatum	1	0	0	0	0	0	1
Salmonella arizonae	1	2	1	2	3	3	2
Salmonella bareilly	0	1	0	0	1	0	3
Salmonella blockley	0	0	1	0	0	0	2
Salmonella bovis-morbificans	3	1	2	7	6	5	6
Salmonella braenderup	1	1	0	1	2	1	1
Salmonella brandenburg	1	3	0	3	2	0	3
Salmonella bredeney	1	3	1	0	1	3	3
Salmonella chester	0	1	1	1	4	8	9
Salmonella cholera-suis	0	1	0	0	0	0	5
Salmonella coeln	3	2	0	3	8	3	1
Salmonella corvalli	1	1	0	1	1	0	1
Salmonella derby	4	1	2	3	2	6	4
Salmonella diarizonae	0	1	0	2	1	2	2
Salmonella enterica	8	29	20	27	39	37	59
Salmonella enteritidis	84	116	114	201	160	220	274
Salmonella enugu	0	0	0	0	1	0	0
Salmonella give	1	0	0	0	1	0	0
Salmonella gold-coast	0	0	0	2	1	0	2
Salmonella grumpensis	0	0	0	0	0	1	1
Salmonella grupo B	2	0	0	1	0	2	1
Salmonella grupo C	38	7	1	0	0	0	0
Salmonella grupo C1	2	9	5	4	13	18	19
Salmonella grupo C2	6	3	2	2	17	27	12

Salud Pública y Adicciones. Informe 2024

Microorganismo	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024
Salmonella grupo D	1	0	0	0	0	1	1
Salmonella grupo E	0	0	0	0	0	5	0
Salmonella hadar	2	1	1	1	4	0	3
Salmonella havana	0	1	0	0	0	0	1
Salmonella houtenae	0	0	0	0	0	1	0
Salmonella infantis	13	3	2	11	11	9	10
Salmonella kedougou	0	0	0	0	1	1	0
Salmonella kentucky	0	1	1	1	0	2	3
Salmonella kottbus	0	0	0	0	1	0	1
Salmonella litchfield	0	3	0	2	0	1	2
Salmonella livingstone	0	1	0	0	1	0	0
Salmonella london	0	1	0	3	2	2	1
Salmonella mbandaka	0	0	0	0	3	3	1
Salmonella meleagridis	0	0	0	0	1	0	0
Salmonella mikawasima	1	0	4	1	2	2	6
Salmonella minnesota	0	0	0	1	0	1	0
Salmonella montevideo	0	2	0	0	1	2	2
Salmonella muenchen	0	1	2	0	1	1	5
Salmonella muenster	1	0	0	0	1	0	0
Salmonella napoli	1	0	0	0	0	0	0
Salmonella newport	5	4	4	10	5	6	12
Salmonella ohio	0	0	2	1	2	1	2
Salmonella oranienburg	0	0	1	0	0	0	0
Salmonella otra especie	0	0	2	2	4	2	6
Salmonella pomona	0	0	1	0	1	0	0
Salmonella poona	2	0	0	3	3	7	9
Salmonella rissen	0	1	1	1	3	1	3
Salmonella saboya	0	1	1	0	0	1	0
Salmonella salamae	0	0	0	1	0	0	0
Salmonella salmonella sp	86	67	40	62	59	54	31
Salmonella san-diego	1	0	0	0	0	0	2
Salmonella senftenberg	0	1	1	0	0	0	1

Microorganismo	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024
Salmonella singapore	0	1	0	1	0	0	0
Salmonella stanley	0	1	0	0	1	0	1
Salmonella thompson	1	0	0	1	1	0	4
Salmonella typhimurium	391	179	158	145	214	292	304
Salmonella urbana	0	0	0	0	0	1	1
Salmonella veneziana	3	1	0	1	0	2	2
Salmonella virchow	5	5	0	2	8	3	2
Shigella boydii	2	0	0	1	2	3	6
Shigella dysenteriae	0	1	0	0	2	1	0
Shigella flexneri	24	31	14	14	48	56	66
Shigella sp	2	1	1	3	1	3	3
Shigella sonnei	50	33	7	14	26	83	60
Taenia saginata	8	2	3	2	3	1	1
Taenia solium	0	0	0	0	0	1	0
Taenia sp	2	3	3	2	0	2	4
Trichinella spiralis	1	9	0	1	0	0	1
Vibrio alginolyticus	0	0	2	0	5	3	4
Vibrio cholerae no 01	0	2	1	0	0	1	1
Vibrio fluvialis	0	0	0	1	1	0	0
Vibrio parahaemolyticus	1	2	3	1	1	2	1
Vibrio sp	0	0	1	3	2	9	0
Yersinia enterocolitica	102	74	70	126	129	167	129
Yersinia enterocolitica O3	0	1	0	0	0	0	0
Yersinia frederiksenii	1	1	0	0	0	0	2
Yersinia pseudotuberculosis	0	3	0	1	0	1	1
Yersinia sp	0	0	0	0	1	0	0
Infecciones respiratorias							
Chlamydophila pneumoniae	84	44	12	13	3	16	76
Legionella pneumophila	103	97	54	79	85	85	54
Legionella pneumophila sg 1	0	14	3	17	26	35	31
Legionella sp	0	8	2	14	15	22	7
Mycoplasma pneumoniae	101	79	62	31	4	220	885

Microorganismo	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024
Streptococcus pneumoniae	269	255	129	118	199	233	288
Virus respiratorio sincitial VRS A	36	15	2	50	58	115	43
Virus respiratorio sincitial VRS B	30	7	4	134	113	25	36
Virus respiratorio sincitial VRS no tipado	1.317	1.775	853	1.939	2.782	2.250	1.600
Zoonosis							
Bartonella henselae	14	29	37	24	5	8	19
Bartonella sp	0	2	3	0	2	1	1
Borrelia burgdorferi	18	22	25	41	9	12	11
Brucella abortus	0	0	1	0	0	0	0
Brucella melitensis	0	0	0	0	1	0	0
Brucella sp	2	0	0	0	1	2	0
Coxiella burnetti	84	81	53	158	86	38	23
Echinococcus granulosus	3	6	1	2	0	2	6
Fasciola hepática	3	0	0	3	0	0	1
Francisella tularensis	0	3	0	0	0	0	10
Leptospira interrogans	2	1	5	0	0	0	0
Leptospira sp	13	7	15	4	8	3	9
Rabia (Rabdovirus) sp	0	1	0	0	0	0	0
Rickettsia conorii	6	7	4	5	0	2	4
Toxoplasma gondii	0	1	3	26	0	2	0
Infecciones del SNC							
Enterovirus Coxsackie A9	1	0	0	0	0	0	0
Enterovirus Coxsackie B no tipado	1	0	0	0	0	0	0
Enterovirus Coxsackie B3	1	0	0	0	0	0	0
Enterovirus Coxsackie B4	1	0	0	0	0	0	0
Enterovirus Echo 11	0	3	0	0	0	0	0
Enterovirus Echo 13	0	2	0	0	0	0	0
Enterovirus Echo 16	0	2	0	0	0	0	0
Enterovirus Echo 18	1	0	0	0	0	0	0
Enterovirus Echo 25	2	0	0	0	0	0	0
Enterovirus Echo 6	1	0	0	0	0	0	0

Microorganismo	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024
Enterovirus Echo 9	1	0	0	0	0	0	0
Enterovirus enterovirus	6	30	4	0	12	9	7
Enterovirus enterovirus 71	1	0	0	0	0	0	1
Enterovirus no tipado	60	51	5	12	50	39	112
Enterovirus sp	1	0	0	0	4	3	6
Neisseria meningitidis A	0	0	0	0	1	1	1
Neisseria meningitidis B	7	14	4	3	1	6	4
Neisseria meningitidis C	3	0	1	0	0	0	0
Neisseria meningitidis no tipable	6	6	0	0	0	0	0
Neisseria meningitidis no tipada	2	2	7	5	7	12	14
Neisseria meningitidis W135	3	1	1	0	0	2	0
Neisseria meningitidis Y	0	2	1	0	1	1	0
Virus de la encefalitis transmitida por garrapatas	0	0	0	0	1	0	0
Micobacterias							
Mycobacterium abscessus	4	1	1	3	3	12	4
Mycobacterium africanum	1	0	1	0	1	0	3
Mycobacterium agri	0	0	0	0	0	1	0
Mycobacterium avium	1	3	6	4	11	12	18
Mycobacterium avium complex	9	7	2	0	1	1	2
Mycobacterium bovis	4	6	5	3	3	5	5
Mycobacterium chelonae	2	5	2	3	2	4	7
Mycobacterium chimaera	16	19	14	20	17	12	16
Mycobacterium elephantis	0	1	0	0	0	0	0
Mycobacterium fortuitum	2	6	4	2	4	3	9
Mycobacterium gordoneae	4	12	15	3	6	0	2
Mycobacterium intracellulare	1	9	5	1	4	22	6
Mycobacterium kansasii	0	6	3	2	0	3	4
Mycobacterium kumamotonense	0	0	1	0	1	0	0
Mycobacterium lentiflavum	9	25	2	6	11	11	10
Mycobacterium leprae	0	1	1	2	1	1	1
Mycobacterium mageritense	0	0	0	0	0	2	1

Microorganismo	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024
Mycobacterium malmoense	1	1	2	1	0	0	0
Mycobacterium margaritense	1	2	1	1	0	0	0
Mycobacterium marinum	1	1	0	0	0	1	0
Mycobacterium mucogenicum	0	0	0	0	0	1	1
Mycobacterium sp	2	0	1	0	1	0	9
Otras micobacterias	1	4	2	5	2	1	1
Mycobacterium scrofulaceum	0	1	0	0	0	0	0
Mycobacterium simiae	1	1	0	1	0	2	0
Mycobacterium terrae	0	0	0	2	0	0	1
Mycobacterium tuberculosis	65	70	69	67	111	78	61
Mycobacterium tuberculosis complex	111	105	81	51	47	69	111
Mycobacterium xenopi	2	1	0	4	1	2	0
Otros							
Adenovirus 40/41	0	83	32	97	192	142	225
Adenovirus no tipado	182	231	186	307	1.021	608	540
Adenovirus otra especie	1	0	0	0	0	1	1
Streptococcus agalactiae	63	59	77	70	69	78	97
Streptococcus pyogenes	48	51	21	13	49	85	58

El flujo de información del SIMCAV continúa en fase de automatización y requiere de la coordinación proactiva entre los distintos servicios de microbiología de la Red de Diagnóstico Biológico de Osakidetza y de las unidades de vigilancia epidemiológica del Departamento de Salud. A pesar de ello, el SIMCAV proporciona una información muy valiosa sobre una amplia variedad de microorganismos que pueden suponer un riesgo infeccioso para la población más allá de las Enfermedades de Declaración Obligatoria. Asimismo, su contribución ha resultado fundamental para implementar acciones de prevención y control, confirmar los agentes etiológicos de distintos brotes, así como para ampliar la información disponible en otros sistemas de información y de vigilancia epidemiológica.

4. Programa de vigilancia de brotes epidémicos y alertas sanitarias

Dentro de las actividades de inteligencia epidemiológica, se consideran eventos aquellas situaciones de cualquier naturaleza que afecten o puedan afectar a la salud de la población. Estos eventos son sometidos a un proceso estructurado de detección, cribado/filtrado, verificación, análisis, evaluación e investigación, con el fin de determinar si constituyen una alerta, es decir, si pueden tener impacto en la salud pública y si existe la necesidad de adoptar medidas de control.

En el Sistema de Vigilancia Epidemiológica del País Vasco, la mayor parte de las alertas gestionadas corresponden a:

- Notificaciones de agrupaciones de casos o brotes de enfermedades de declaración obligatoria (EDO) del Grupo B2 (no urgente).
- Cualquier caso de enfermedades de declaración urgente (Grupo B1).
- Situaciones que puedan suponer procesos de intoxicación alimentaria aguda colectiva.
- Todos aquellos eventos en los que se registre un número de casos superior al esperado, aun cuando no pertenezcan a las enfermedades de declaración obligatoria (No EDO).

De acuerdo con los criterios establecidos para la notificación al Sistema de Alerta Precoz y Respuesta (SIAPR), se informan a este sistema aquellas alertas que suponen un aumento repentino o inesperado de la incidencia o la gravedad, la identificación de una enfermedad causada por un agente nuevo o reemergente, un cambio en el patrón epidemiológico, la aparición de una nueva cepa de un agente conocido, o cualquier situación aguda que pueda constituir un problema de salud pública de importancia nacional o internacional. Asimismo, se notifican aquellas situaciones compatibles con las incluidas en el Anexo II del Reglamento Sanitario Internacional (2005).

4.1. Distribución de las alertas

Durante 2024 se atendieron en Euskadi un total de 348 alertas. En conjunto, Bizkaia concentró más de la mitad (52,9%), seguida de Gipuzkoa (28,2%) y Álava (18,9%).

Desde el punto de vista temporal, las alertas registradas mostraron estacionalidad. En el primer trimestre se observó un incremento progresivo, alcanzando en marzo el máximo del año (44 alertas), especialmente concentradas en Álava (13) y Bizkaia (17). La primavera mantuvo un volumen elevado, con entre 30 y 37 alertas mensuales, destacando el aumento registrado en Gipuzkoa en abril (15 alertas).

Tabla 3. Número de alertas por territorio y mes (2024)

Territorio	Ene	Feb	Mar	Abr	May	Jun	Jul	Ago	Sep	Oct	Nov	Dic	Total
Álava	1	4	13	6	6	9	4	6	10	2	3	2	66
Bizkaia	15	12	17	16	16	9	15	15	16	16	11	26	184
Gipuzkoa	3	7	14	15	10	5	7	8	12	7	2	8	98
Total	19	23	44	37	32	23	26	29	38	25	16	36	348

El verano se estabilizó con entre 23 y 29 alertas mensuales, en buena parte vinculadas a brotes de origen alimentario. Posteriormente, en el otoño se produjo un nuevo repunte en septiembre (38 alertas) y un nivel todavía elevado en octubre (25), seguido de un descenso en noviembre (16).

4.2. Tipos de declaración

Desde el punto de vista normativo, la mayoría de las alertas se correspondió con enfermedades de declaración individual. Los Grupos B1 y B2 reunieron en conjunto cerca del 70% de las notificaciones. En cambio, el Grupo A tuvo una presencia marginal (4,6%), mientras que casi una cuarta parte (25,9%) se clasificó como No EDO, es decir, enfermedades y situaciones sanitarias no contempladas en el Anexo I del Decreto 312/1996, de 24 de diciembre, pero de las que debe informarse cuando concurren las circunstancias mencionadas previamente.

Tabla 4. Alertas por tipo de notificación (2024)

Clasificación EDO	N	%
Agregada (Grupo A)	16	4,6
Individual urgente (Grupo B1)	120	34,5
Individual no urgente (Grupo B2)	119	34,2
No EDO	93	26,7
Total	348	100

Las alertas por enfermedades de declaración urgente (Grupo B1) —es decir, aquellas que requieren intervención en las primeras 24 horas desde su notificación— concentraron en 2024 un total de 120 alertas (34,5%).

Estas se distribuyeron de forma desigual a lo largo del año: el primer trimestre acumuló 38 notificaciones, frente a las 27-29 registradas en cada uno de los trimestres restantes. Los meses con mayor número de alertas fueron marzo (19), diciembre (12) y enero (11).

Tabla 5. Alertas del Grupo B1 por mes (2024)

Mes	Núm. alertas
Enero	11
Febrero	8
Marzo	19
Abril	11
Mayo	10
Junio	6
Julio	9
Agosto	9
Septiembre	10
Octubre	10
Noviembre	5
Diciembre	12
Total	120

Dentro de este grupo, la enfermedad invasiva por *Streptococcus pyogenes* fue la más frecuente, con 61 alertas, distribuidas principalmente en Bizkaia (35) y Gipuzkoa (23), mientras que Álava notificó 3. Le siguió la enfermedad meningocócica, con 28 alertas, repartidas entre los tres territorios: Álava (8), Gipuzkoa (8) y Bizkaia (12).

El sarampión alcanzó 17 alertas, distribuidas en Bizkaia (8), Gipuzkoa (5) y Álava (4), con un repunte en el último trimestre (7 casos). En menor medida se notificaron Monkeypox (8 alertas), con registros en los tres territorios (Álava 3, Gipuzkoa 4, Bizkaia 1), así como fiebre hemorrágica vírica (3 casos: Bizkaia 2, Álava 1).

Tabla 6. Principales enfermedades del Grupo B1 (2024)

Enfermedad (Grupo B1)	Num. alertas
Enfermedad invasiva por <i>Streptococcus pyogenes</i>	61
Enfermedad meningocócica	28
Sarampión	17
Monkeypox (viruela del mono)	8
Fiebre hemorrágica vírica	3

4.3. Mecanismo de transmisión

Durante 2024, el grupo con mayor número de notificaciones fue el de enfermedades de transmisión hídrica y alimentaria (119 alertas, 34,2%), seguido por la categoría Otras enfermedades (110, 31,6%).

Tabla 7. Alertas por mecanismo de transmisión

Grupo de enfermedad	Num. alertas	%
Enfermedades de transmisión hídrica y alimentaria	119	34,2
Otras enfermedades	110	31,6
Enfermedades prevenibles por vacunación	62	17,8
Enfermedades de transmisión respiratoria	24	6,9
Enfermedades de transmisión sexuales y parenterales	15	4,3
Enfermedades de transmisión vectoriales y hemoparasitarias	9	2,6
Enfermedades de transmisión zoonótica	9	2,6
Total	348	100

Dentro de este segundo grupo predominó la enfermedad invasiva por *Streptococcus pyogenes* (61 alertas, 55,5%), seguida de los clasificados como No EDO (29; 26,4%). El *Streptococcus pyogenes* es una bacteria cuya infección puede manifestarse como enfermedad localizada (faringitis, impétigo, entre otras) o como enfermedad invasiva. Aunque es poco frecuente, se han descrito casos secundarios a partir de un episodio invasivo. En Euskadi, la detección de *Streptococcus pyogenes* en cualquier muestra microbiológica estéril se declara al Sistema de Información Microbiológica (SIM) y, desde enero de 2016, es una enfermedad de declaración obligatoria. En menor medida, bajo el mismo epígrafe, se investigaron alertas por gastroenteritis aguda (20 alertas), hepatitis E (13; 11,8%), escabiosis (7; 6,4%) y otras circunstancias sanitarias no categorizables (9).

En tercer lugar se situaron las enfermedades prevenibles por vacunación (62; 17,8%), que reflejaron el impacto de los episodios de sarampión y hepatitis A. En menor medida se notificaron las enfermedades de transmisión respiratoria (24 alertas; 6,9%), sexuales y parenterales (15; 4,3%), así como las vectoriales y hemoparasitarias (9; 2,6%) y las zoonóticas (9; 2,6%).

Tabla 8. Distribución de alertas por grupo de enfermedad y territorio (2024)

Territorio	Hídrica/ Alimen- taría	Respi- ratoria	Sexuales/ Parentera- les	Vectoriales/ Hemopara- sitarias	Zoonó- ticas	Inmunopre- venibles	Otras	Total
Araba	15	14	4	3	6	16	8	66
Bizkaia	68	8	5	5	2	26	70	184
Gipuzkoa	36	2	6	1	1	20	32	98
Total	119	24	15	9	9	62	110	348

4.4. Etiología

En conjunto, las alertas investigadas más frecuentes durante 2024 fueron aquellas causas por la enfermedad invasiva por *Streptococcus pyogenes* (61 alertas), la hepatitis A (50), los brotes de origen alimentario (34), la enfermedad meningocócica (28) y el sarampión (17). A estas se sumaron otras etiologías relevantes, como la hepatitis E (13), la legionelosis (12), la salmonelosis (12) y la listeriosis (12).

El análisis mensual de las notificaciones evidencia una marcada estacionalidad.

La hepatitis A presentó su mayor intensidad en primavera, con un pico en abril (11 alertas) y en mayo, especialmente en Bizkaia y Gipuzkoa. Los brotes alimentarios y gastrointestinales se concentraron en los meses de verano (junio-agosto, entre 23 y 29 alertas mensuales), con registros en los tres territorios. La enfermedad meningocócica se notificó de forma más dispersa a lo largo del año, aunque con cierta acumulación en el primer trimestre (38 de 97 casos, 40%). Finalmente, el sarampión adquirió protagonismo en el último trimestre (octubre-diciembre), con varios casos confirmados en Bizkaia y Gipuzkoa, junto con un repunte de infecciones por *Streptococcus pyogenes*.

Desde una perspectiva territorial, Bizkaia concentró el mayor volumen de notificaciones, con predominio de hepatitis A (28 alertas) y de infecciones invasivas por *Streptococcus pyogenes* (25), además de varios brotes alimentarios (15). En Gipuzkoa se notificaron también brotes alimentarios (9) y casos de enfermedad meningocócica (6). Por su parte, en Álava destacó la concentración de brotes gastrointestinales en primavera y verano (8 alertas), con varias notificaciones vinculadas a norovirus (3) y toxiinfecciones alimentarias (5).

PREVENCIÓN

1. Salud materno infantil

1.1. Programa de Cribado Prenatal de Anomalías Cromosómicas

En 2009, se pilotó el Programa de Cribado Prenatal en diferentes territorios y hospitales. En 2010 se extendió a toda la red de Osakidetza ofertándose a todas las embarazadas que acuden para su control de embarazo (Instrucción Dirección General 3/2010). La implicación y coordinación de profesionales en todo el proceso (matronas de Atención Primaria, Bioquímica, Ginecología y Epidemiología) permiten monitorizar y evaluar la calidad del Programa.

Todos los embarazos se siguen por el Centro Coordinador del Programa incorporando los resultados perinatales (Aborto Espontáneo, IVE, Recién Nacido), las técnicas invasivas (TI) en los casos positivos y el registro de las anomalías congénitas tanto cromosómicas como morfológicas.

El Programa de cribado prenatal del Primer Trimestre tiene como objetivo principal detectar de forma precoz fetos afectos de Síndrome de Down (T21), Síndrome de Edwards (T18) y Patau (T13), así como otras Anomalías Congénitas Mayores garantizando la calidad del proceso y el acceso equitativo en las mujeres que acuden al control de embarazo en Osakidetza.

La información pormenorizada del Programa de cribado prenatal puede consultarse en la web del Departamento de Salud¹.

PRINCIPALES RESULTADOS

Desde 2010 a 2024 (último año con disponibilidad de resultados completos) se han registrado 212.896 cribados, estimándose una cobertura del 83,1 % de los nacimientos (256.065) (EUROSTAT), con variabilidad a lo largo del periodo, como se aprecia en la figura siguiente, con una tendencia descendente significativa desde 2010 en cuanto al número de cribados y nacimientos en Euskadi.

¹ Programa de cribado prenatal de síndrome de Down y otras anomalías cromosómicas <https://www.osakidetza.euskadi.eus/salud-reproductiva/-/programa-de-cribado-prenatal-de-sindrome-de-down-y-otras-anomalias-cromosomicas/>

Figura 2. Evolución del total de nacimientos en Euskadi 2010-2024



La edad de las mujeres embarazadas ha ido aumentando significativamente a lo largo del periodo 2010-2024, suponiendo las mayores de 35 años, en promedio, el 41,9 % del total.

A pesar de que la edad es uno de los parámetros de más peso, junto con la translucencia nucal en el cálculo de riesgo, el porcentaje de casos positivos no ha variado significativamente a lo largo del periodo (5,2 %).

Figura 3. Evolución del porcentaje de mujeres gestantes de más de 35 años que participan en el programa de cribado prenatal en Euskadi, periodo 2010-2024

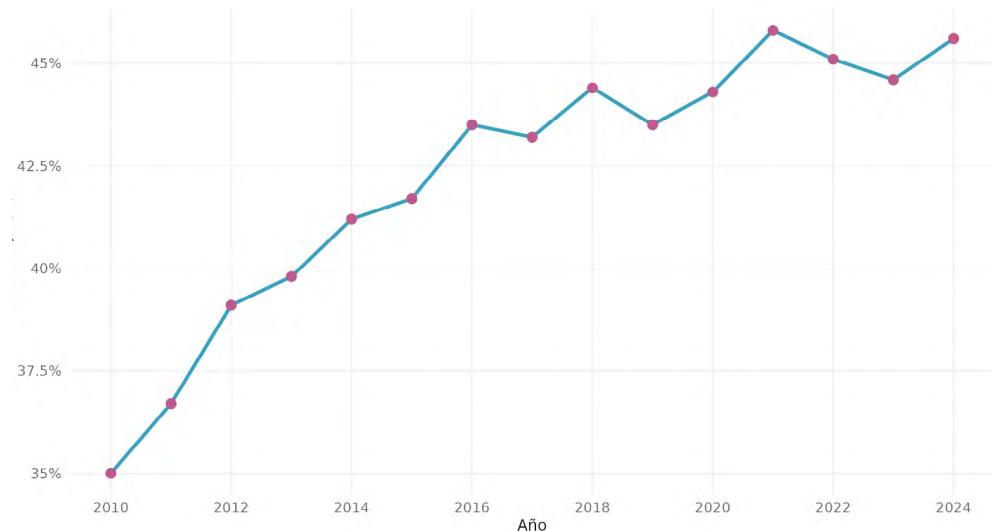


Figura 4. Evolución del riesgo positivo de los cribados prenatales para el periodo 2010-2024



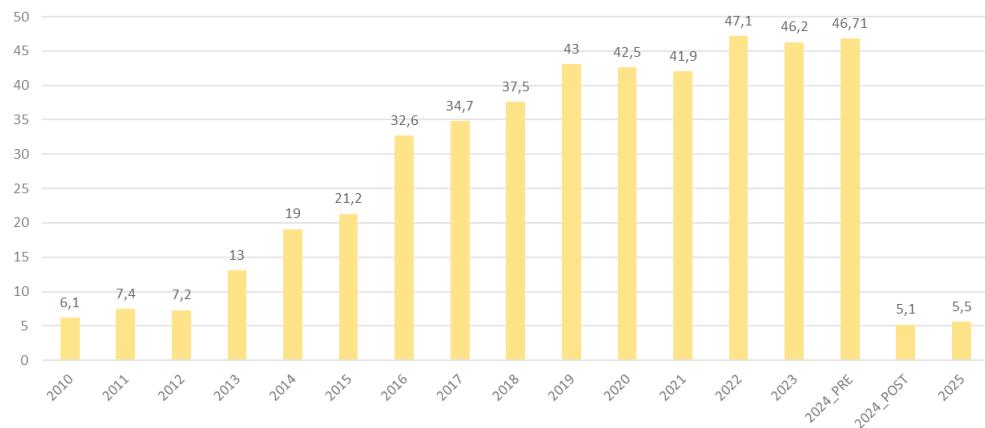
EVOLUCIÓN DEL PROGRAMA DE CRIBADO

La tecnología en cuanto a la detección precoz ha continuado avanzando. Destaca la prueba de ADN-ic en el embarazo, tecnología con una alta sensibilidad para la detección de Síndrome de Down.

En Abril del 2024 se incorporó al cribado de Osakidetza esta prueba, como prueba contingente en los embarazos con resultado de riesgo intermedio en el Cribado del Primer Trimestre, para detección de Trisomías 21, 18 y 13. Su objetivo es aumentar la Sensibilidad y la Especificidad para estas cromosomopatías y reducir las técnicas invasivas (TI) y las pérdidas fetales como efecto adverso. La tasa de rechazo fue aumentando en los últimos años de forma significativa debido a que en el sector privado ya se ofrecía el ADN-ic en los casos de alto riesgo del Cribado del Primer Trimestre.

La implantación de la prueba de ADN-ic en Osakidetza ha supuesto una reducción de la tasa de rechazo como se puede apreciar en la siguiente figura.

Figura 5. Evolución en Euskadi del % de rechazo de la TI, en el cribado prenatal



En cuanto a la detección de las principales cromosomopatías analizando los principales parámetros de sensibilidad, especificidad se observa una alta sensibilidad para la trisomía 21 en fetos únicos (la cromosomopatía más frecuente) e inferior para la 13 y 18 (ambas incompatibles con la vida y con una detección precoz en la ecografía del primer y segundo trimestre por las anomalías morfológicas asociadas). Se registró una tasa de falsos positivos de 3,6 % en trisomía 21 y de 0,5% en T18 y T13.

Tabla 9. Sensibilidad y Especificidad del cribado del Primer Trimestre. Periodo 2010-2024

Anomalía	Sensibilidad	Especificidad
Trisomía 21	90,1 % (IC 95 %: 88,9 - 92,7)	96,7 % (IC 95 %: 96,6 - 96,8)
Trisomías 18 y 13	80,6 % (IC 95 %: 75,7 - 84,4)	99,5 % (IC 95 %: 99,4 - 99,5)

En lo que respecta al cribado contingente, únicamente se pueden presentar los resultados de los casos cerrados en 2024. Para este periodo tan sólo se registraron 14 pruebas de ADN-lc con resultado de alto riesgo.

1.2. Cribado de Preeclampsia (PE)

En los últimos años numerosos estudios han demostrado que la combinación de la historia clínica materna, marcadores biofísicos (índice de pulsatilidad de arterias uterinas y presión arterial media), y marcadores bioquímicos (proteína plasmática A asociada al embarazo [PAPP-A] y/o factor de crecimiento placentario [PIGF – Placental Growth Factor]) pueden identificar un alto porcentaje de gestaciones con alto riesgo de desarrollar una preeclampsia pretérmino (Akolekar R et al., 2013; Tan MY et al., 2018).

Se realizó una Evaluación de Tecnologías Sanitarias por Osteba para el Sistema Nacional de Salud en la que el cribado de preeclampsia demostró ser coste-efectivo frente al no

cribado. Este cribado fue aprobado para su inclusión en la cartera básica de servicios por la Ponencia de Cribado en 2025.

Osakidetza puso en marcha este cribado en mayo de 2024 con el modelo desarrollado la Fetal Medicine Foundation por el que la combinación de factores de riesgo maternos combinado con los marcadores biofísicos y bioquímicos consigue una tasa de detección de preeclampsia > 80%. A las mujeres en las que se detecta alto riesgo se les prescribe Ácido Acetil Salicílico a bajas dosis lo que permite reducir significativamente la morbimortalidad materna y fetal.

La tasa de aceptación de este cribado es similar a la del Cribado del Primer Trimestre (99%).

1.3. Programa de Cribado Neonatal de Enfermedades Congénitas

El Programa de Cribado Neonatal de Enfermedades Congénitas ha estudiado en 2024 a 13.056 bebés recién nacidos vivos, 13.047 nacidos en domicilio o centros de Euskadi, y 9 en otra Comunidad Autónoma o en el extranjero. Los casos presuntivos detectados en el cribado, según diferentes diagnósticos, incluyendo los portadores, han sido 292.

En 1982 se empezó en el País Vasco el Programa de Cribado Neonatal de Enfermedades Congénitas con la detección de Fenilcetonuria e Hipotiroidismo Congénito. En febrero de 2007 el Departamento de Salud inicia el cribado de la Deficiencia de AcilCoA deshidrogenasa de cadena media (MCADD) por Espectrometría de Masas en Tándem.

Con fecha 4/12/2009 se aprobó la incorporación del cribado de la Fibrosis Quística (FQ) al Programa, comenzando en febrero de 2010. En abril de 2010 se aprobó la incorporación del cribado de la Enfermedad de Células Falciformes al Programa, comenzando en mayo de 2011.

En septiembre de 2012, se aprueba la inclusión en conjunto de las cinco nuevas patologías: LCHADD, Homocistinuria, Jarabe de Arce, Acidemia Isovalérica y Acidemia Glutárica, que se incorporan al programa en febrero de 2014. En 2017 se incorpora la Hipoacusia al programa de Cribado Neonatal de Enfermedades Congénitas.

En mayo de 2019 se pone en marcha el cribado de la Deficiencia de Biotinidasa. La hiperplasia suprarrenal se incorporó a lo largo del año 2023 y a lo largo del curso 2024 se han incorporado la tirosinemia tipo I, la acidemia propiónica y las acidemias metilmalónicas (aislada y con homocistinuria).

Se puede consultar más información en la memoria del año 2024 «*Programa de cribado neonatal de enfermedades congénitas de Euskadi*» del Departamento de Salud del Gobierno Vasco².

² https://www.euskadi.eus/contenidos/informacion/salud_infancia_talon/es_def/adjuntos/Memoria-Cribado-Neonatal-Enfermedades-Congenitas-CAPV-2024.pdf

Tabla 10. Casos confirmados de enfermedades congénitas en Euskadi durante 2024

ENFERMEDADES CONGÉNITAS	2024
Hipotiroidismo congénito permanente	4
Hipotiroidismo congénito secundario y terciario	2
Hiperfenilalaninemia permanente	2
Enfermedad de células falciformes	6
Totales	14

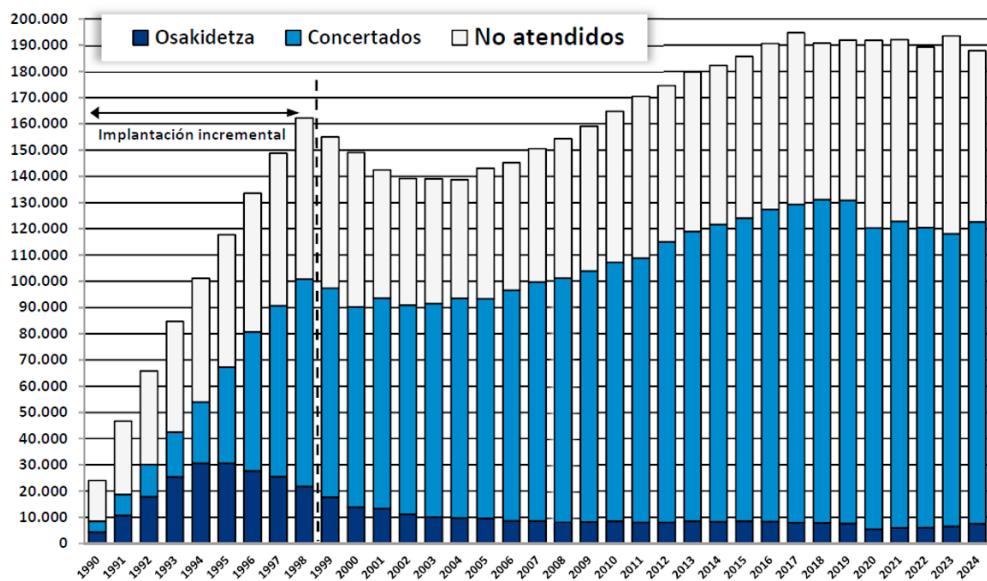
Fuente: Programa de cribado neonatal de enfermedades congénitas de Euskadi.

1.4. Programa de Asistencia Dental Infantil (PADI)

El PADI garantiza asistencia dental básica y de calidad a la población infantil desde los 7 a los 15 años, dispensando cuidados preventivos y tratamientos reparadores en dentición permanente. El 5 de mayo de 2023 se publicó en el BOPV el Decreto 37/2023, de 21 de marzo, de la prestación sanitaria en materia de salud bucodental para la población de 7 a 15 años de la Comunidad Autónoma del País Vasco. La prestación sanitaria regulada en el presente Decreto se lleva a cabo mediante el Programa de Asistencia Dental Infantil (PADI), manteniendo las mismas prestaciones del anterior decreto, al tiempo que incorpora actualizaciones en los actos especiales por traumatismo, malformación o situaciones especiales de alto riesgo de caries.

Las variaciones demográficas determinan el número de niños y niñas de 7 a 15 años con derecho al PADI en ejercicios posteriores. La figura siguiente muestra una tendencia ascendente que se inició en 2005 y que ha continuado hasta 2017, estabilizándose en torno a 190.000 niños y niñas de 7 a 15 años. En cuanto a la población atendida, se alcanzó el pico máximo en 2018-2019 (cerca de 130.000 niñas y niños), disminuyendo a partir de 2020 a valores en torno a 120.000.

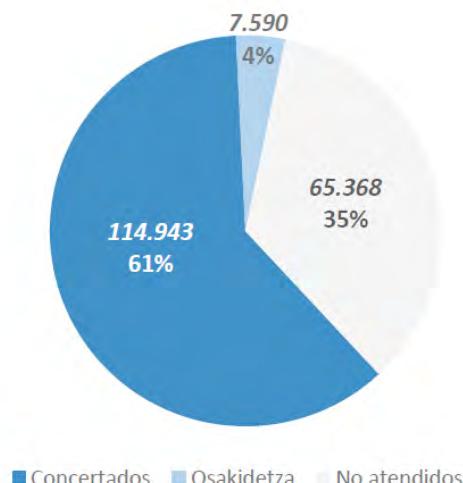
Figura 6. Implantación incremental y desarrollo del PADI, 1990-2024



El conjunto de la población infanto-juvenil de 7 a 15 años de edad residente en la CAPV en 2024 ascendió a 187.901 individuos: 96.409 niños y 91.492 niñas. (EUSTAT: Población de la C.A. de Euskadi por año de nacimiento. Enero 2024). El número total de niños y niñas atendidos por el programa fue 122.533, 114.943 en consultas concertadas que corresponde a un 61,17% y 7.590 en las consultas públicas de Osakidetza, que corresponde a un 4,04%.

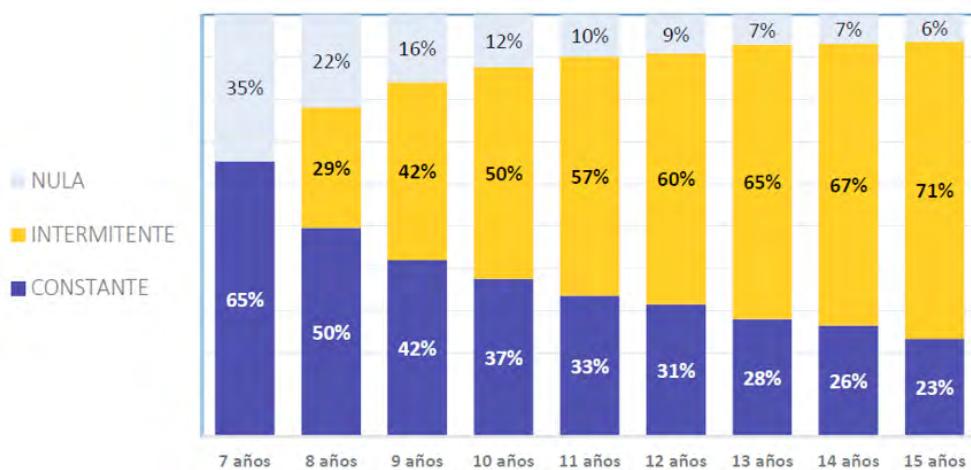
La tasa de cobertura global del programa fue del 94,0 % en consultas privadas y el 6 % en consultas de Osakidetza).

Figura 7. Utilización PADI 2024



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

Figura 8. Utilización global constante, intermitente y nula en cada grupo de edad. Euskadi, PADI, 2024



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

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

La tabla siguiente detalla la asistencia dispensada por los dentistas del PADI en 2024 en dentición permanente, junto al porcentaje (perfil) que representa por cada 100 niños y niñas, tanto en procedimientos preventivos como reparadores.

Tabla 11. Asistencia dental dispensada en el PADI. Euskadi, 2024

Asistencia dispensada	Niños		Niñas		Total PADI	
	Número	Perfil (%)	Número	Perfil (%)	Número	Perfil (%)
Asistencia general						
Revisiones	62.763	100 %	59.770	100 %	122.553	100 %
Selladores	5.450	8,68 %	5.330	8,92 %	10.780	8,80 %
Limpiezas	8.893	14,17 %	7.257	12,14 %	16.150	13,18 %
Obturaciones	7.043	11,62 %	7.786	12,09 %	14.829	11,85 %
Extracciones	893	1,42 %	863	1,44 %	1.756	1,43 %
Ttos. pulpares (endodoncias)	116	0,18 %	123	0,21 %	339	0,20 %
Población con asistencia adicional	697	62 %	427	48 %	1.124	100 %
N.º actos especiales	1.013	63 %	595	37 %	1.608	100 %
Reconstrucciones por traumatismo	856	84,50 %	506	85,04 %	1.362	84,70 %
Otros tratamientos especiales	157	15,50 %	89	14,96 %	266	15,23 %

Se puede consultar más información en la memoria del año 2024 «Programa de Atención Dental Infantil» del Departamento de Salud del Gobierno Vasco³.

2. Cribado de cáncer

2.1. Detección Precoz del Cáncer de Mama

El Departamento de Sanidad del Gobierno Vasco puso en marcha en 1995 en el Área Sanitaria de Araba el Programa de Detección Precoz del Cáncer de Mama (PDPCM), extendiéndose a lo largo de 1997 a toda la Comunidad Autónoma de Euskadi.

El cáncer de mama es el más frecuente entre las mujeres y la segunda causa de muerte por cáncer tras el cáncer de pulmón en Euskadi. El objetivo del programa es detectar los cánceres de mama en el estadio más precoz posible, con el fin de disminuir la mortalidad

³ Para información detallada sobre el PADI consultar PADI: Informe anual 2024 en: <https://www.euskadi.eus/informacion/programa-asistencia-dental-infantil/web01-a3infan/es/>

por dicha causa y aumentar la calidad de vida de las afectadas, realizando un mayor número de tratamientos quirúrgicos conservadores.

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

Desde comienzo del programa en noviembre de 1995 hasta diciembre de 2024, se han registrado los datos acumulados indicados en la tabla siguiente:

Tabla 12. Datos acumulados (Euskadi) desde el comienzo hasta el 31 de diciembre de 2024

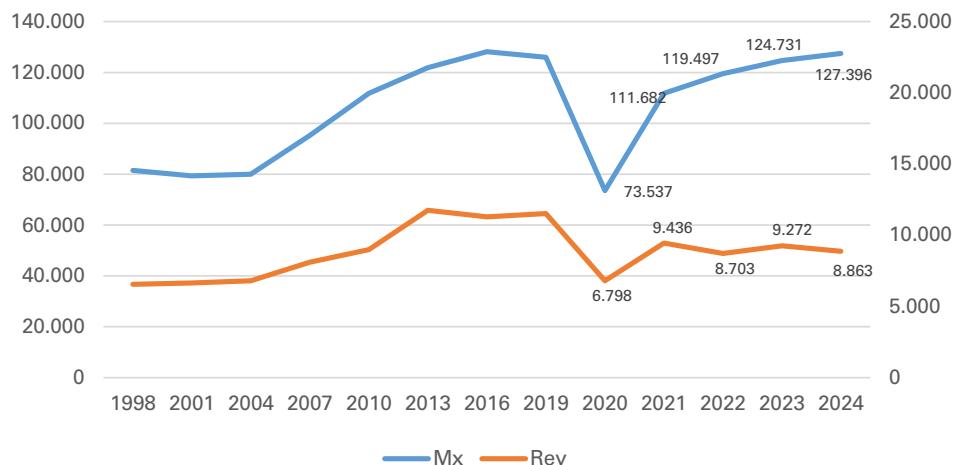
Citas válidas	3.364.389	
Exploraciones realizadas	2.685.420	79,8 %
Revaloraciones (otras pruebas radiológicas)	231.323	8,6 %
Mujeres derivadas a H. Referencia (cat. 3HR-4-5)	29.260	1,1 %
Cánceres detectados	13.423	
Ca. in situ / detectados		16,9 %
Invasivo < 10 mm / invasivos		34,3 %
Tratamiento conservador		84,4 %
Tasa de Detección por 1.000 mujeres exploradas		5,0 %

Participación:

En el año 2024 la participación se ha recuperado hasta alcanzar niveles pre-pandemia con una tasa del 79,8% (se considera una participación por encima del 70% como aceptable y por encima del 75% como deseable).

La tasa de revaloraciones se mantiene respecto al previo, siendo más bajo que en los registrados pre-pandemia y cumpliendo el objetivo (<10%).

Figura 9. Evolución de la actividad del Programa de Detección Precoz del Cáncer de Mama. Comunidad Autónoma de Euskadi. Años 1998 a 2024*



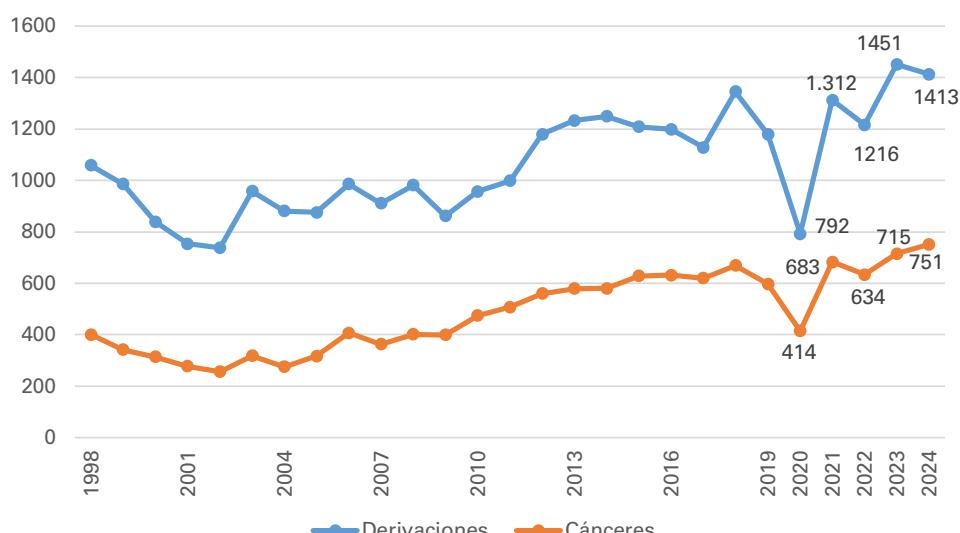
Mx: mamografía Rev: revaloraciones

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

Las mujeres derivadas a Hospital de Referencia en el año 2024 fueron 1.413 y 751 los cánceres diagnosticados.

La evolución de las derivaciones a Hospital de Referencia (nº de mujeres citadas para realización del protocolo diagnóstico – terapéutico), así como los cánceres detectados desde el comienzo del Programa hasta el 31 de diciembre de 2024 se recoge en la siguiente tabla.

Figura 10. Evolución de derivaciones de Hospital de Referencia y el número de cánceres de mama detectados. Programa de Detección Precoz del Cáncer de Mama. Euskadi, 1998-2024*



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

2.2. Cribado de Cáncer Colorrectal

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

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

Entre las características de este programa de cribado se incluye su carácter poblacional, en el que participan las personas de 50 a 69 años a las que se les invita para la realización de un test inmunoquímico cuantitativo (FIT) bienal, con un punto de corte de 20 μg Hb/g heces, y la colonoscopia con sedación como prueba de confirmación diagnóstica y de tratamiento de lesiones. En marzo de 2024 el Programa se ha ampliado a 74 años, de acuerdo con la actualización de las Recomendaciones Europeas (2022) y a la aprobación de la Ponencia de Salud Pública del Sistema Nacional de Salud (2024)¹.

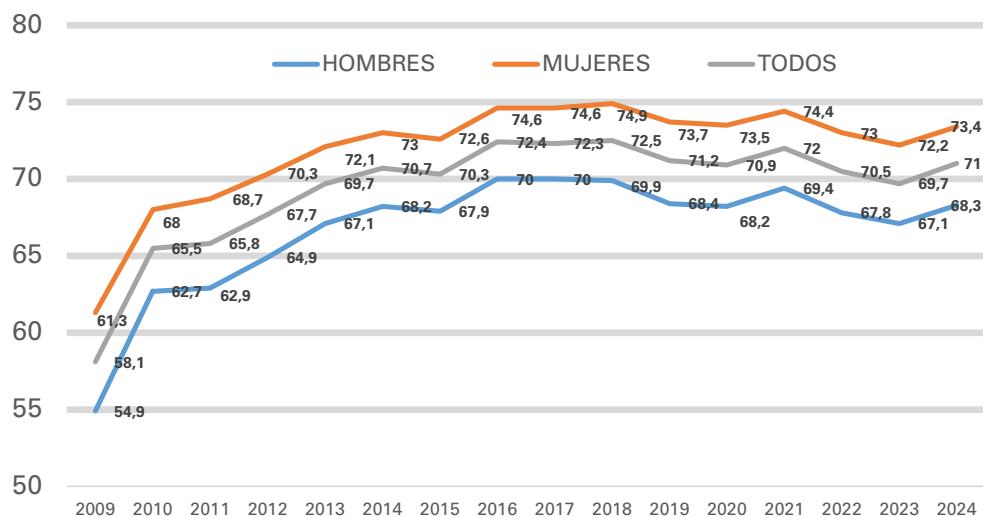
COBERTURA 2009-2024

La cobertura del Programa alcanzó el 100 % de la población en 2013. La pandemia COVID-19 tuvo un gran impacto en la cobertura al tener que suspender las invitaciones debido a la necesidad de priorizar la atención, a la necesidad de cambiar los protocolos de seguridad y a las bajas laborales de profesionales. A finales del 2020, respecto a la planificación prevista, se había invitado al 48 % de la población, este retraso de invitación se ha ido recuperando de forma paulatina en 2021 y 2022 y recuperándose totalmente en el primer semestre del 2023. Se ha seguido invitando a la población, en 2024 se cumplió la sexta ronda de invitación a la población diana incluyendo en el segundo semestre la extensión a los 74 años.

PARTICIPACIÓN 2009-2024 (AÑO DE CIERRE DEFINITIVO DE LOS DATOS DEL PROGRAMA)

La evolución de la tasa de participación ha seguido una tendencia positiva desde el inicio del Programa, aunque significativamente menor en hombres que en mujeres, en ambos casos y desde 2011, ha sido superior a la recomendada desde las Guías de Práctica Clínica (2010) y de la Estrategia contra el Cáncer 2021 (deseable 65 %). Si bien se observó una disminución en 2020 debido a la pandemia se ha ido recuperado en los años posteriores, aunque no ha llegado a las cifras de los años previos.

Figura 11. Evolución de tasa de participación en Programa de Cribado de Cáncer de Colorrectal. Comunidad Autónoma de Euskadi. Años 2009 a 2024



INDICADORES DE RESULTADO

En la siguiente tabla se observan los indicadores de resultados más relevantes del Programa 2009-2024. La tasa de positividad y de adherencia a la colonoscopia, así como la detección de lesiones avanzadas y cáncer es significativamente superior en hombres vs mujeres acorde a los resultados encontrados en Programas poblacionales internacionales, a pesar de la baja participación de los hombres. Por otra parte, la detección de cánceres en estadios iniciales es inferior en mujeres, encontrándose diferencias significativas tanto en localización, edad y sexo que deben ser monitorizadas, así como en sensibilidad y especificidad.

Tabla 13. Resultados del Programa de Cribado de Cáncer Colorrectal. Euskadi, 2009-2024

Resultados e indicadores 2009-2024	Mujeres		Hombres		Total	
Invitaciones	1.702.961		1.589.124		3.292.805	
Participación media	1.241.544	72,9 %	1.077.684	67,8 %	2.319.228	70,4 %
Positividad media	50.593	4,1 %	67.358	6,2 %	117.951	5,09 %
Adherencia colonoscopia	47.969	94,8 %	63.686	94,5 %	111.655	94,7 %
Lesiones avanzadas en colonoscopia	13.414	28,5 %	28.649	46,0 %	42.063	38,5 %
Cáncer Invasivo en colonoscopia	1.745	3,7 %	2.968	4,8 %	4.713	4,31 %
Cáncer Invasivo Estadio Inicial (I-II)	1.163	67,8 %	2.144	72,0 %	3.327	70,6 %

Resultados e indicadores 2009-2024	Mujeres	Hombres	Total
Tasa detección Adenoma Avanzado x1.000 participantes	10,8% ^o	26,6% ^o	18,2
Tasa de detección de Cáncer Invasivo x 1.000 participantes	1,41% ^o	2,75% ^o	2,03% ^o
Tasa de detección Lesiones Avanzadas y Cáncer Invasivo x 1.000 participantes	12,2% ^o	29,34% ^o	20,17% ^o
Valor Predictivo Positivo FIT para Lesiones Avanzadas y Cáncer	30,0%	46,9%	39,7%

En la tabla siguiente se recoge la Sensibilidad y Especificidad del Test de Sangre Oculta en Heces (FIT) para cáncer invasivo por sexo (2009-2023).

Tabla 14. Sensibilidad y especificidad del test de sangre oculta en heces para cáncer colorrectal invasivo (2009-2023)

	Hombres	Mujeres	P
Sensibilidad	80,8 % IC 95 % (0,79-0,82)	75,5 % IC 95 % (0,73-0,77)	<0,05
Especificidad	94,1% IC 95 % (0,94-0,94)	96,2 IC 95 % (0,96-0,96)	<0,05

La información completa del programa puede consultarse en la Web del Departamento de Salud.⁴

2.3. Detección Precoz de Cáncer de Cervix

El País Vasco fue la primera Comunidad Autónoma en implementar un programa de cribado organizado en 2015 con prueba de Virus del Papiloma Humano (VPH) así también fue el primero en implantar un Programa Poblacional de Cribado de Cáncer de Cervix. Este último se inició en junio de 2018 en la Organización Sanitaria Integrada (OSI) Debabarrena, haciéndose extensivo a todas las OSIs a finales de 2019.

El objetivo fundamental del cribado es reducir la incidencia y mortalidad por cáncer cérvico-uterino (CCU), identificando a las mujeres con lesiones precursoras con mayor

⁴ Programa de Cribado de Cáncer Colorrectal. <https://www.osakidetza.euskadi.eus/enfermedad-cancer/-/cancer-colorrectal/>

riesgo de progresión a cáncer invasor, es decir, detectando las lesiones de alto grado (H-SIL).

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

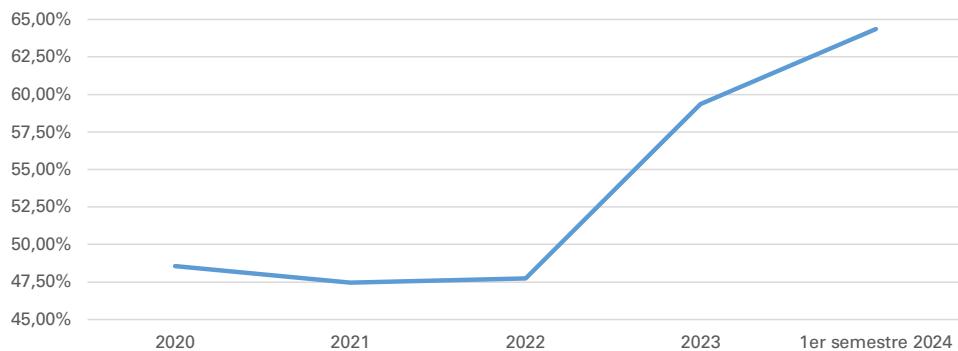
- 25-34 años: citología como prueba primaria de cribado, con un intervalo de 3 años.
- 35-65 años: detección de VPH con genotipado como prueba primaria de cribado con un intervalo de 5 años.

EVOLUCIÓN DE INVITACIONES Y PARTICIPACIÓN EN EL PROGRAMA DE CÁNCER DE CÉRVIX. EUSKADI 2020-2024 (1ER SEMESTRE)

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

El 2020 fue el primer año en el que el programa estuvo extendido en todas la CAPV, desde entonces la evolución de la tasa de participación ha seguido una tendencia positiva desde el inicio.

Figura 12. Participación programa de cáncer de Cervix. Años 2020 a 2024



INDICADORES DE RESULTADO. EUSKADI 2023

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

En la siguiente tabla se presentan los resultados de las personas cribadas en 2023 (mujeres con prueba de cribado realizada en año índice de evaluación).

Tabla 15. Resultados e Indicadores Programa Cérvix Euskadi. Cribadas 2023

RESULTADOS E INDICADORES PROGRAMA CÉRVIX EUSKADI.CRIBADAS 2023	
POBLACIONAL	
Invitadas validas sin motivo de exclusión	113.113
Invitada con prueba	67.754
Prueba con resultado positivo con indicación de colposcopia	1.473
Número de personas con colposcopia realizada adecuada	1.454
Número de personas con algún hallazgo tras colposcopia	634
Número de personas con resultado LSIL/CIN1 tras colposcopia	298
Número de personas con resultado HSIL/CIN2+ tras colposcopia	317
Número de personas con resultado adenocarcinoma <i>in situ</i> tras colposcopia	9
Número de personas con resultado diagnóstico de cáncer de cérvix invasivo tras colposcopia	10
Prueba con resultado positivo con indicación de colposcopia	689
Número de personas con colposcopia realizada adecuada	672
Número de personas con algún hallazgo tras colposcopia	356
Número de personas con resultado LSIL/CIN1 tras colposcopia	141
Número de personas con resultado HSIL/CIN2+ tras colposcopia	202
Número de personas con resultado adenocarcinoma <i>in situ</i> tras colposcopia	5
Número de personas con resultado diagnóstico de cáncer de cérvix invasivo tras colposcopia	8
INDICADORES PROGRAMA CÉRVIX 2023	
POBLACIONAL	
Tasa de adherencia a colposcopia	98,7 %
Tasa de detección de LSIL/CIN1) × 1.000 participantes	4,17 %
Tasa de detección de HSIL/CIN2+ × 1.000 participantes	4,43 %
Tasa de detección de adenocarcinoma <i>in situ</i> × 1.000 participantes	0,13 %
Tasa de detección de cáncer invasivo de cuello de útero × 1.000 participantes	0,14 %
VPP del cribado con citología para cáncer y cualquier lesión	43,6 %
VPP del cribado con citología para lesión alto grado y cáncer	23,1 %

INDICADORES PROGRAMA CÉRVIX 2023	
OPORTUNISTA	
Tasa de adherencia a colposcopia	97,5 %
Tasa de detección de LSIL/CIN1) × 1.000 participantes	7,06 %
Tasa de detección de HSIL/CIN2+ × 1.000 participantes	10,11 %
Tasa de detección de adenocarcinoma <i>in situ</i> × 1.000 participantes	0,25 %
Tasa de detección de cáncer invasivo de cuello de útero × 1.000 participantes	0,40 %
VPP del cribado con citología para cáncer y cualquier lesión	0,01 %
VPP del cribado con citología para lesión alto grado y cáncer	0,32 %

CANCERES INVASIVOS 2018-2023

En Euskadi, se han registrado 584 canceres de cérvix invasivos en el periodo 2018-2023 (a fecha de elaboración de este informe). De ellos, el **32,36 % fueron diagnosticados a través del Programa de cribado**, ya sea directamente a través de la prueba de cribado (23,46%) o durante el seguimiento en patología cervical (8,90%). El **56,06% de los CCU fueron detectados fuera del programa de cribado**. El origen del diagnóstico del CCU tiene un impacto significativo en el estadio FIGO al diagnóstico, que es el principal factor pronóstico de estos cánceres. De esta manera los **CCU diagnosticados a través del programa son diagnosticados en un estadio inicial en el 74,75% de los casos, frente al 20,80% de estadios iniciales en los CCU diagnosticados fuera del programa**.

3. Programa de vacunación e inmunizaciones

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

El **Consejo Asesor de Vacunaciones de Euskadi** (CAVE), cuyo funcionamiento viene regulado por la [Orden de 4 de junio de 1991](#), es el órgano consultivo del Departamento de

Salud para el asesoramiento técnico en materia de vacunaciones. Durante el año 2024 se han llevado a cabo las tareas propias de la secretaría técnica del CAVE y se han actualizado varios de los programas de inmunizaciones siguiendo sus recomendaciones. Cabe destacar que las revisiones de los programas de vacunación suelen realizarse a un año vista por lo que las modificaciones del 2024 se incluyen en el calendario del 2025.

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

- Calendario vacunal infantil
- Calendario vacunal en prematuridad
- Calendario vacunal infantil en asplenia
- Calendario vacunal del adulto

En el año 2024 se [actualizó el calendario vacunal reforzando la protección de la población infantil](#): se incluyó la vacunación con la vacuna tetravírica a los 4 años de edad en sustitución a la vacuna triple vírica y varicela, las cuales se administraban por separado.

Respecto a la vacunación en personas sanas adultas se incluyó la vacunación frente al virus del herpes zoster a toda la población nacida a partir de 1958 incluido.

En la población adulta perteneciente a los grupos de riesgo de inmunodeficiencias, asplenia, enfermedad renal, enfermedad hepática, diabetes, implantes cocleares, fistula LCR, enfermedad cardiovascular, EPOC, trasplante de órgano sólido y trasplante de progenitores hematopoyético se incluyó la pauta vacunal de una dosis de la vacuna antineumocócica conjugada de 20 serotipos, en sustitución de las pautas vacunales de las vacunas antineumocócicas 23v y 13v. Debido a la limitada disponibilidad de la vacuna se priorizó esta indicación para el año 2024 en:

- Pacientes VIH con CD4 \leq 200 que inician protocolo vacunal.
- Pacientes esplenectomizados (en el primer año tras esplenectomía).
- Pacientes con Trasplante de Progenitores Hematopoyéticos autólogo, alogénico/ CAR-T (las 4 dosis: 3+1 con VNC20).
- Pacientes oncológicos que acudan al menos 14 días previo al inicio de tratamiento quimioterápico.

Desde el área de epidemiología también se ha colaborado con el Programa de Salud Infantil, actualizando la información correspondiente al calendario de vacunaciones

infantiles y realizando actividades de edición, impresión y difusión de la **Cartilla de Salud Infantil**. Esta cartilla incluye un registro de actividades preventivas, como vacunas y controles periódicos de salud que pretende ser de ayuda para facilitar la adhesión a los programas de prevención. Durante el año 2024 también se han realizado actividades relacionadas con la actualización del diseño, la impresión y la distribución de los calendarios de vacunación, los pósteres de vacunación y la cartilla de salud infantil.

Los cambios en los programas de vacunación requirieron también una revisión de **la adquisición y distribución de vacunas**. La adquisición de las vacunas y productos inmunizantes, a fin de poder cumplir con los objetivos del programa de vacunación e inmunización, y mantener una cobertura adecuada entre la población diana, se realiza previo concurso con la licitación correspondiente, según la Ley de Contratos del Sector Público 9/2017. Desde vigilancia epidemiológica se promueve la adquisición de vacunas, principalmente la elaboración de pliegos de bases técnicas y memoria justificativas que posteriormente son gestionadas por los servicios administrativos. En Euskadi se promueven dos tipos de concurso según la vacuna y el número de proveedores: los concursos abiertos, para aquellas vacunas con varios proveedores, y los concursos negociados por exclusividad, para aquellas vacunas donde hay un sólo proveedor. Ambos contratos pueden dar lugar a prórrogas por 1 o 2 años, así como a modificaciones con el fin de aumentar el montante máximo de los mismos hasta en un 20% según las necesidades.

Durante el año 2024 se promovieron los siguientes contratos para la adquisición de las vacunas a administrar al largo del 2025:

- Contratos de concursos abiertos: Hexavalente(DTPa-VPI_Hib-VHB): Difteria-Tétanos_Tosferina acelular- Polio inactivada-Haemophilus influenzae tipo b-Hepatitis B; dTpa(difteria-Tétanos-tosferina acelular).
- Contratos de concursos negociados por exclusividad: Anticuerpo monoclonal frente al virus respiratorio sincitial; virus de la rabia; virus del herpes zoster.
- Contrato 1.^a prórroga: Virus de la hepatitis B para grupos de riesgo; varicela; triple vírica (sarampión-rubéola-praotiditis); tetravírica (sarampión-rubéola-parotiditis-varicela); meningococo B. Contratos 2.^a prórroga: Haemophilus influenzae b; DTPa-VPI; Td; Meningococo ACWY; Meningococo C; Virus del papiloma humano; Virus hepatitis A para población adulta; Virus hepatitis A para población infantil; Virus hepatitis B para población adulta; Virus hepatitis B para población infantil; Virus hepatitis A+B para población adulta; Virus hepatitis A+B para población infantil.

Además, a lo largo de 2024 se realizaron modificaciones de contratos vigentes y de prórroga con objeto de aumentar el presupuesto de los mismos: virus del herpes zoster para población adulta y neumococo polisacárida conjugada 20 valente para grupos de riesgo mayores de 18 años.

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

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

Tabla 16. Coberturas de vacunación en Euskadi. SIV, años 2018-2024

Vacuna/antígeno	Dosis	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024
DIFTERIA/TÉTANOS	Recuerdo 3	81%	70%	76%	75%	76%	81%	75%
DIFTERIA/TÉTANOS	Recuerdo 2	97%	99%	94%	94%	97%	98%	
DIFTERIA/TÉTANOS	Embarazadas	87%	89%	71%	72%	81%	84%	88%
GRÍPE	60-64 años				28%	29%	34%	31%
GRÍPE	65-74 años				66%	64%	60%	50%
GRÍPE	> 74 años			71%	81%	80%	74%	82%
GRÍPE	Embarazadas	35%	44%	60%	43%	42%	53%	52%
GRÍPE	Personal sanitario	37%	77%	66%	52%	38%	32%	38%
GRÍPE	< 5 años						18%	41%
HEXAVALENTE-DTPa	2 dosis	97%	94%	97%	89%	97%	96%	97%
HEXAVALENTE-DTPa	Recuerdo 1	93%	93%	85%	91%	94%	95%	95%
HEXAVALENTE-HB	2 dosis	97%	94%	97%	89%	97%	96%	97%
HEXAVALENTE-HB	Recuerdo 1	93%	93%	85%	91%	94%	95%	95%
HEXAVALENTE-Hib	2 dosis	97%	94%	97%	89%	97%	96%	97%
HEXAVALENTE-Hib	Recuerdo 1	93%	93%	85%	91%	94%	95%	95%
HEXAVALENTE-VPI	2 dosis	97%	94%	97%	89%	97%	96%	97%
HEXAVALENTE-VPI	Recuerdo 1	93%	93%	85%	91%	94%	95%	95%
MENINGOCOCO ACWY	Recuerdo 2		70%		100%	91%	95%	95%

Vacuna/antígeno	Dosis	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024
MENINGOCOCO C	Dosis 1	98%	96%	96%	86%	95%	95%	94%
MENINGOCOCO C	Recuerdo 1	90%	76%	77%	91%			96%
MENINGOCOCO C	Recuerdo 2	98%	91%	9%	97%			
MENINGOCOCO C**	Recuerdo 2				98%	100%		
NEUMOCOCO CONJUGADA	2 dosis	94%	95%	96%	86%	97%	97%	98%
NEUMOCOCO CONJUGADA	Recuerdo 1	91%	93%	85%	91%	94%	95%	95%
TRIPLE VÍRICA	Dosis 1	97%	94%	95%	81%	97%	96%	92%
TRIPLE VÍRICA	Dosis 2	93%	94%	90%	83%	88%	91%	91%
VARICELA	Adolescentes	21%	20%	62%	23%	30%	32%	
VARICELA	Dosis 1	91%	93%	94%	83%	81%	95%	95%
VARICELA	Dosis 2			84%	75%	85%	89%	91%
VIRUS DEL PAPILOMA HUMANO NIÑAS	Dosis 1	95%	88%	92%	92%	67%	93%	94%
VIRUS DEL PAPILOMA HUMANO NIÑAS	Dosis 2	93%	85%	89%	69%	85%	93%	85%
VIRUS DEL PAPILOMA HUMANO NIÑOS	Dosis 1							92%
VIRUS DEL PAPILOMA HUMANO NIÑOS	Dosis 2							81%

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

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

4. Plan de actuación frente a las temperaturas elevadas

Los episodios de temperaturas elevadas tienen efectos negativos sobre la salud, efectos que se reflejan en aumento de la morbilidad y mortalidad especialmente en áreas de clima templado. Estudios epidemiológicos han demostrado que las altas temperaturas inciden directamente sobre la mortalidad por enfermedades cardiovasculares y respiratorias. Con el objetivo de [reducir el impacto del exceso de temperatura](#) sobre la salud de la población el Departamento de salud revisa cada año un conjunto de actuaciones dirigidas a

población general y a grupos de riesgo. Para conocer el impacto de las altas temperaturas en la salud, se articulan distintos sistemas de información.

Sistema de información de temperaturas: Euskalmet es capaz de predecir las temperaturas con varios días de antelación. Esto permite generar los avisos, alertas y alarmas para informar a la población. En total se identificaron 4 avisos/alertas/alarmas durante el periodo de activación del plan de calor (del 01.06.2024 al 30.09.2024).

Tabla 17. Avisos, alertas y alarmas emitidas durante la vigencia del Plan de Calor. Año 2024. Euskadi

Nº AVISOS	FECHA	AVISO/ALERTA/ALARMA	CAUSA	ZONA
1	17/07/2024	AMARILLO	TEMPERATURAS MÁXIMAS EXTREMAS	1
		AMARILLO	TEMPERATURAS MÁXIMAS EXTREMAS	1, 2, 3 y 4
2	26/07/2024	NARANJA	TEMPERATURAS MÁXIMAS EXTREMAS/ALTAS PERSISTENTES	2, 3 y 4
		AMARILLO	TEMPERATURAS MÁXIMAS EXTREMAS	1, 2, 3 y 4
3	29/07/2024	NARANJA	TEMPERATURAS MÁXIMAS EXTREMAS/ALTAS PERSISTENTES	1, 2, 3 y 4
		AMARILLO	TEMPERATURAS MÁXIMAS EXTREMAS	3 y 4
4	09/08/2024	NARANJA	TEMPERATURAS MÁXIMAS EXTREMAS/ALTAS PERSISTENTES	1, 2, 3 y 4

Durante el periodo de activación del plan de calor, en el 16,39% de los días se detectó algún tipo de superación de las temperaturas umbrales. El detalle del número de días que se superó cada umbral se recoge en la siguiente tabla.

Tabla 18. Distribución de los avisos, alertas y alarmas emitidas durante la vigencia del Plan de Calor. Año 2024. Euskadi

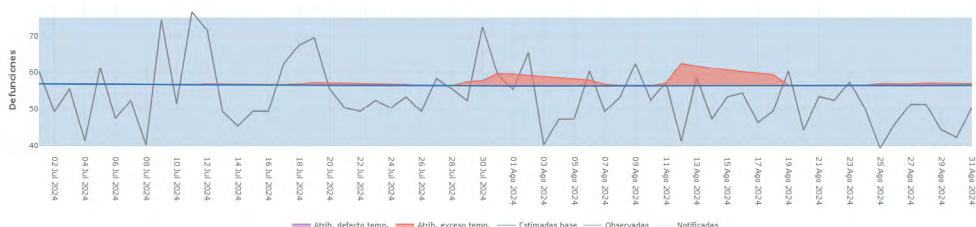
Temporada 01/06/2024 al 30/09/2024	N	%
Total de días temporada	122	–
Días sin aviso, alerta o alarma	108	88,5
Días con aviso, alerta o alarma	14	11,5
Días con aviso (amarillo)	9	7,4
Días con alerta (naranjas)	5	4,1
Días con alarma (roja)	0	0
Total de avisos, alertas o alarmas	14	–

Monitorización de la mortalidad diaria (MoMo), fue desarrollado en 2004, en el marco del «Plan de acciones preventivas contra los efectos de las temperaturas excesivas», coordinado por el Ministerio de Sanidad, para reducir el impacto sobre la salud de la población como consecuencia del exceso de temperatura. El objetivo de MoMo es identificar las desviaciones de mortalidad diaria observada con respecto a la esperada según las series históricas de mortalidad, y permite estimar de forma indirecta el impacto de cualquier evento de importancia en Salud Pública. La información se elabora y difunde por parte del ISCIII y está disponible en https://momo.isciii.es/panel_momo/#section-momo. Durante los meses de activación del plan de calor se han recogido 65 muertes atribuibles a las altas temperaturas en Euskadi.

Tabla 19. Impacto atribuible a las altas temperaturas en la mortalidad diaria en Euskadi. MoMo

Año-mes	Defunciones notificadas	Defunciones observadas	Defunciones estimadas_base	Exceso todas_causas	Atribuibles temperatura
2024-09	1.542	1.541	1.715	-174	3
2024-08	1.586	1.585	1.750	-165	51
2024-07	1.734	1.734	1.757	-23	10
2024-06	1.641	1.641	1.728	-87	1

Figura 13. Mortalidad diaria en Euskadi julio-agosto 2024. MoMo



FALLECIMIENTOS POR ALTAS TEMPERATURAS

Con el objetivo de mejorar el seguimiento de la mortalidad atribuible al calor durante el periodo de activación del Plan Nacional de Actuaciones Preventivas frente a los Efectos del Exceso de Temperaturas sobre la Salud, los servicios asistenciales de Euskadi notifican cada defunción atribuida a la exposición al calor (golpe de calor). Estas notificaciones se envían a la Dirección de Asistencia Sanitaria de Osakidetza y a la Dirección de Salud Pública y Adicciones.

Durante el año 2024 no se recibieron notificaciones por esta vía.

5. Otras actuaciones

En el marco del D 285/2008, de requisitos técnicos y normas higiénico-sanitarias aplicables a los **establecimientos** en los que se realicen prácticas de **tatuaje**, **micropigmentación** y **perforación** corporal («piercing») u otras técnicas similares, los aplicadores para poder ejercer su actividad en Euskadi, deben disponer de un nivel de conocimientos suficientes y acreditados, sobre los riesgos que para la salud van asociados a la actividad que desarrollan. Los aplicadores que no dispongan de las titulaciones o cualificaciones profesionales, requeridas por la reglamentación de aplicación, deberán acreditar la superación de un curso de formación que, caso de haberse realizado fuera de Euskadi, deberá presentarse para su convalidación en la Dirección de Salud Pública y Adicciones. En el año 2024, se realizaron 33 valoraciones de las titulaciones.

PROTECCIÓN DE LA SALUD

1. Salud ambiental

1.1. Aire

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

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

CONTAMINACIÓN BIÓTICA (POLEN)

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

Se controlan 45 taxones polínicos diferentes y las esporas de Alternaria, siendo de interés, por su abundancia y carácter alergénico, los siguientes:

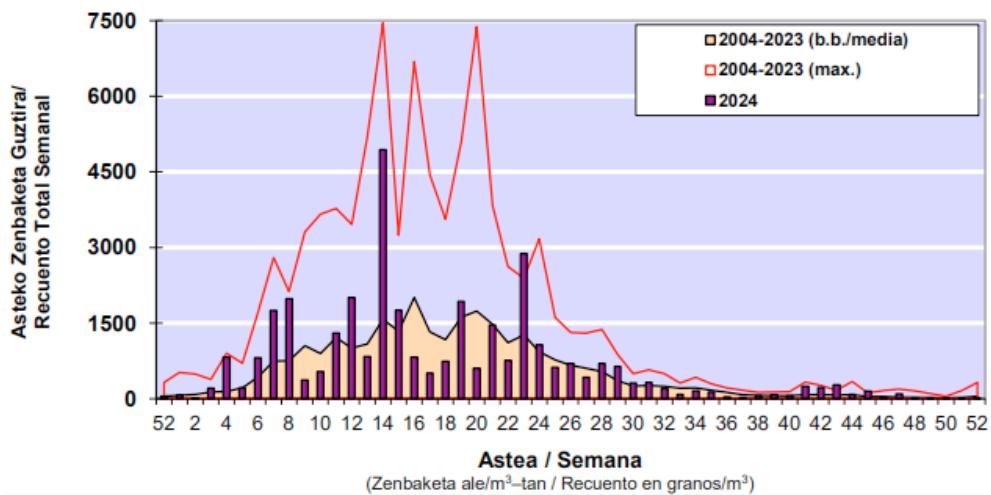
<i>Alnus</i> (Aliso)	<i>Ligustrum</i> (Aligustre)
<i>Betula</i> (Abedul)	<i>Pinus</i> (Pino)
<i>Castanea</i> (Castaño)	<i>Platanus</i> (Plátano)
<i>Corylus</i> (Avellano)	<i>Poaceae</i> (Gramínea)
<i>Cupressaceae/Taxaceae</i> (Ciprés / Tejo)	<i>Populus</i> (Álamo)
<i>Fagus</i> (Haya)	<i>Quercus</i> (Roble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

Desde 2010, a partir de los recuentos diarios y el histórico disponible, se elaboran informes de situación y previsión, que semanalmente se encuentran disponibles en las webs del Departamento de Salud y de Euskalmet. También se remiten a los servicios de alergología y al personal médico interesado. Asimismo, los datos diarios son facilitados a la Sociedad Española de Alergología e Inmunología Clínica (SEAIC), a la Red Española de Aerobiología (REA) y se encuentran disponibles en la web Open Data Euskadi.

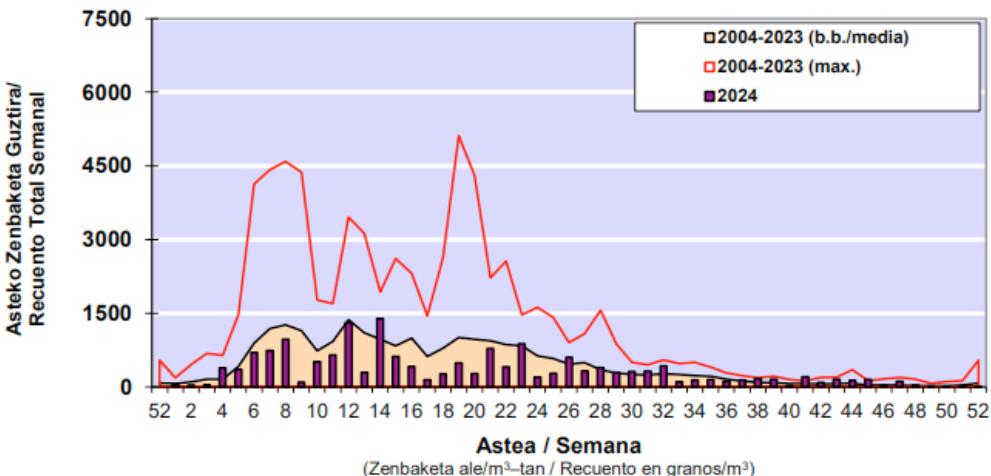
En la gráfica siguiente pueden compararse, para cada una de las estaciones, los recuentos totales semanales en gramos/m³ registrados en 2024 (en barras) con los máximos (en rojo) y valores medios (en naranja) del periodo 2004-2023.

Figura 14. Recuentos polínicos semanales en las capitales de los Territorios Históricos. Euskadi, 2024

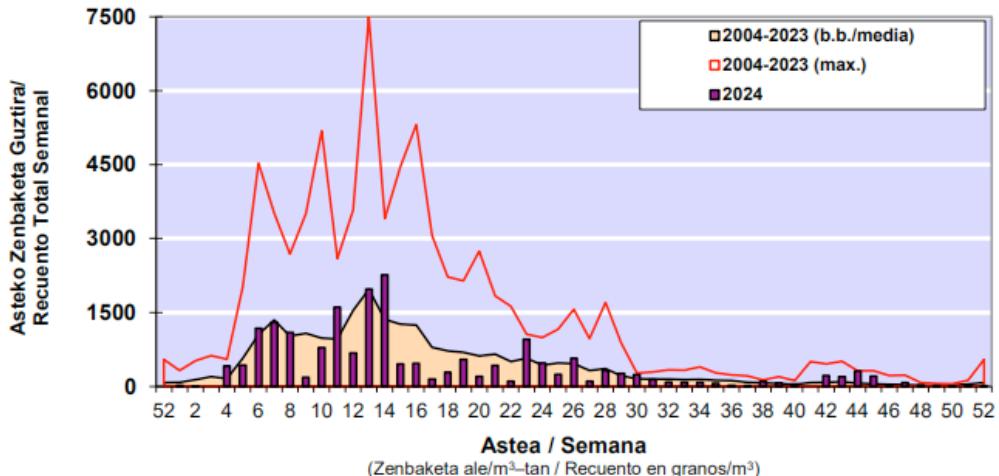
VITORIA-GASTEIZ



BILBAO-BILBO



DONOSTIA-SAN SEBASTIAN



CONTAMINACIÓN ABIÓTICA

El Departamento de Medio Ambiente dispone de una Red de Control de Calidad del Aire para controlar y vigilar los niveles de distintos contaminantes y evaluar la calidad del aire en Euskadi. Esta red está integrada por 54 estaciones ubicadas en zonas rurales, urbanas y suburbanas.

Esta Red dispone de analizadores y sensores que miden automáticamente los contaminantes que marca la normativa en materia de calidad del aire, principalmente dióxido de azufre (SO_2), óxidos de nitrógeno (NO y NO_2), ozono troposférico, monóxido de carbono (CO), benceno y partículas en suspensión (PM_{10} y $\text{PM}_{2.5}$).

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

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

Tabla 20. Valores límite establecidos y valores recomendados por la OMS para los principales contaminantes atmosféricos

Contaminantes	Valores límite RD 102/2011	Valores recomendados OMS (2021)
PM_{2.5}	Promedio anual: 25 µg/m ³	Promedio diario: 15 µg/m ³ Promedio anual: 5 µg/m ³
PM₁₀	Promedio diario: 50 µg/m ³ (no superar más de 35 veces) Promedio anual: 40 µg/m ³	Promedio diario: 45 µg/m ³ Promedio anual: 15 µg/m ³
NO₂	Promedio anual: 40 µg/m ³	Promedio diario: 25 µg/m ³ Promedio anual: 10 µg/m ³
SO₂	Promedio diario: 125 µg/m ³	Promedio diario: 40 µg/m ³
O₃	Promedio octohorario: 120 µm/m ³	Media diaria octohoraria: 60 µm/m ³

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

1.2. Aguas de consumo

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

En la CAPV, el Control y Vigilancia de las aguas de consumo público se realiza por las Unidades de Control y Vigilancia (UCVs), éstas son las empresas operadoras que gestionan los abastecimientos. El Departamento de Salud a través de sus centros territoriales y comarcales de Salud Pública lleva a cabo la supervisión de estas empresas y realiza la vigilancia sanitaria de los abastecimientos.

La gestión del abastecimiento de agua para consumo se realiza mediante actuaciones en las Zonas de Abastecimiento (ZA). Una Zona de Abastecimiento es un área geográficamente definida y censada en la que la calidad del agua distribuida puede considerarse homogénea la mayor parte del año porque normalmente proviene de una única estación de tratamiento. Una ZA puede abastecer a uno o varios municipios. Existen ZA muy grandes como por ejemplo Venta Alta que abastece a 54 municipios de Bizkaia.

El Sistema de Información de las Aguas de Consumo Público de la CAPV que recoge los resultados de la vigilancia analítica de las zonas de abastecimiento se denomina EKUIS. Los ciudadanos, a través de la página web del departamento acceden a EKUIS y pueden consultar el origen y la calidad del agua de su domicilio.

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

En Euskadi existen en la actualidad 373 Zonas de Abastecimiento (ZA) y 60 Unidades de Control y Vigilancia (UCV). Se observa una disminución en el número de ZA en los últimos años (en 2018 había 407 zonas) debido a la integración progresiva de sistemas de abastecimiento de poca entidad en otras zonas más grandes y con mejores infraestructuras.

Tabla 21. Nº de zonas de abastecimiento y Unidades de Control y Vigilancia (2024)

T.H.	UCV	ZA
Araba	29	220
Bizkaia	19	72
Gipuzkoa	12	81
Euskadi	60	373

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

Garantizar la calidad del agua de consumo es un ámbito prioritario en Salud Pública en el que también participan otras entidades a nivel local, territorial y comunitario (Juntas Administrativas, Ayuntamientos, Consorcios, Mancomunidades, Diputaciones, Gobierno Vasco y Administraciones Hidráulicas). Resultado del trabajo conjunto realizado es que actualmente en Euskadi el 99,3 % de la población recibe agua que cumple todos los estándares de calidad vigentes (0,8 % tolerable y 0,1 % deficiente).

Tabla 22. Población por territorio y año que recibe agua de calidad satisfactoria, tolerable y deficiente (en Nº de habitantes y % de población)

Población (Nº hab. y %)	2020	2021	2022	2023	2024
ARABA					
Satisfactoria	325.473 (98,6%)	323.460 (98,0%)	325.399 (98,4%)	327.652 (98,4%)	323.521 (98,0%)
Tolerable	3.663 (1,1%)	2.982 (0,9%)	1.455 (0,4%)	1.851 (0,6%)	4.772 (1,4%)
Deficiente	1.073 (0,3%)	3.747 (1,1%)	3.838 (1,2%)	3.348 (1,0%)	1.796 (0,5%)
Total	330.209	330.189	330.692	332.851	330.089

Población (Nº hab. y %)	2020	2021	2022	2023	2024
BIZKAIA					
Satisfactoria	1.147.233 (99,8%)	1.142.169 (99,8%)	1.132.955 (99,5%)	1.138.366 (99,5%)	1.109.802 (99,8%)
Tolerable	456 (0,04%)	761 (0,1%)	4.689 (0,4%)	4.094 (0,4%)	1.433 (0,1%)
Deficiente	1.355 (0,1%)	1.193 (0,1%)	1.565 (0,1%)	1.559 (0,1%)	952 (0,1%)
Total	1.149.044	1.144.123	1.139.209	1.144.019	1.112.162
GIPUZKOA					
Satisfactoria	719.534 (99,9%)	716.064 (99,6%)	714.012 (99,6%)	713.713 (99,14%)	701.243 (99,1%)
Tolerable	624 (0,1%)	1.931 (0,3%)	2.070 (0,3%)	4.583 (0,64%)	5.844 (0,8%)
Deficiente	300 (0,04%)	892 (0,1%)	534 (0,1%)	1.579 (0,22%)	642 (0,1%)
Total	720.458	718.887	716.616	719.875	707.729
EUSKADI	2020	2021	2022	2023	2024
Satisfactoria	2.192.240 (99,7%)	2.181.693 (99,5%)	2.172.366 (99,3%)	2.179.731 (99,2%)	2.134.566 (99%)
Tolerable	4.743 (0,2%)	5.674 (0,3%)	8.214 (0,4%)	10.528 (0,5%)	12.049 (0,6%)
Deficiente	2.728 (0,1%)	5.832 (0,2%)	5.937 (0,3%)	6.486 (0,3%)	3.390 (0,2%)
TOTAL EUSKADI	2.199.711	2.193.199	2.186.517	2.196.745	2.149.980

Fuente: Unidades de Salud Ambiental.

La vigilancia sanitaria se realiza principalmente a través de las auditorías a los Planes Sanitarios del Agua de las zonas de abastecimiento y de los análisis de supervisión. Los Planes Sanitarios son elaborados por las UCVs y establecen con un enfoque eminentemente preventivo las medidas de control y mantenimiento que se realizan en cada una de las etapas del flujo del agua desde la captación hasta el grifo del consumidor. Desde las Comarcas de Salud Pública se realizan las auditorías a estos Planes Sanitarios valorando la gestión que se lleva a cabo en los abastecimientos y el estado de las infraestructuras (captaciones, estaciones de tratamiento de agua potable y depósitos).

Los resultados de las auditorías realizadas desde entonces ponen de manifiesto el constante compromiso de las UCV en el mantenimiento y mejora continua en la gestión de los sistemas de abastecimiento de la CAV. En la tabla siguiente se puede apreciar el número y porcentaje de auditorías que reciben una valoración global favorable en el periodo 2019-2024.

Tabla 23. Nº auditorías realizadas (periodo 2019-2024)

Año	Nº auditorías a las ZA	Favorables	Mejorables	Desfavorables
2019	70	55 (78%)	14	1
2020	56	50 (89%)	6	0
2021	50	46 (92%)	4	0
2022	74	67 (91%)	7	0
2023	69	53 (77%)	13	3
2024	49	41 (83%)	8	0

Fuente: SISA (Sistema Integral de Salud Ambiental).

Mediante las analíticas de agua se comprueba la eficacia de las medidas de control y mantenimiento aplicadas en los abastecimientos. La normativa establece el tipo y la frecuencia de análisis a realizar. En los análisis tipo control, control salida de ETAP y grifo se comprueban parámetros básicos. En los análisis completos se realiza ya una vigilancia más exhaustiva especialmente de parámetros y contaminantes químicos. Estas analíticas se realizan por las UCVs.

Los análisis de supervisión son los que realiza la autoridad sanitaria en el Laboratorio de Salud Pública de Euskadi.

Tabla 24. Verificación analítica. Nº análisis por perfil analítico (periodo 2019-2024)

Año	Completo	Control salida ETAP	Control	Grifo	Supervisión	Total
2019	1.554	7.367	5.071	3.088	1.885	18.965
2020	1.517	7.731	5.414	3.053	1.615	19.330
2021	1.606	7.859	5.566	3.238	1.979	20.248
2022	1.611	7.199	5.226	3.395	1.958	19.389
2023	1.651	7.001	4.445	3.487	1.819	18.403
2024	1.485	3.888	5.982	3.090	1.981	16.426

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

En enero de 2023 entró en vigor el Real Decreto 3/2023, de 10 de enero, por el que se establecen los criterios técnico-sanitarios de la calidad del agua de consumo, su control y suministro.

Esta nueva normativa introduce cambios importantes en numerosos aspectos del control y vigilancia del agua de consumo.

En enero de 2023 entró en vigor la nueva normativa a aplicar en el agua de consumo, es el Real Decreto 3/2023 que transpone la DIRECTIVA (UE) 2020/2184. La entrada en vigor

de esta nueva legislación plantea nuevos retos en el control y vigilancia del agua de consumo de la CAPV, iniciándose un nuevo ciclo en el que se desarrolla y afianza el enfoque preventivo de la seguridad del agua basada en factores de riesgo y la comunicación e intercambio de información entre todos los agentes implicados.

Igualmente establece regulaciones específicas para los contaminantes emergentes y actualiza la lista de parámetros y valores paramétricos a vigilar en el agua de consumo. Entre los nuevos parámetros a vigilar encontramos los microplásticos, residuos de medicamentos y nuevos alteradores endocrinos.

Así, en 2024 se ha iniciado en la CAPV la vigilancia analítica de las sustancias perfluoroalquiladas y polifluoroalquiladas (PFAS, por sus siglas en inglés) que se utilizan en la fabricación de muchos productos, como envases y revestimientos. Se han realizado un total de 317 análisis (173 en Bizkaia, 62 en Gipuzkoa y 82 en Alava) y en ninguna de las determinaciones ha habido superaciones del valor paramétrico.

La vigilancia de los riesgos para la salud derivados del consumo de agua ha evolucionado a lo largo de los años adaptándose a los avances tecnológicos y al conocimiento científico. Así, la mejora en las infraestructuras, en los tratamientos, la capacidad de detección de mayor número de contaminantes y los cambios en el enfoque de la gestión de riesgos ha proporcionado una elevada garantía de calidad en la CAPV.

No obstante, nos exponemos a nuevos desafíos. El aumento de la frecuencia de fenómenos extremos, tales como inundaciones y sequías exige la implementación de nuevos medios y recursos que permitan una adaptación rápida a posibles situaciones de escasez o deterioro de la calidad del agua de consumo.

1.3. Aguas de baño

ZONAS DE BAÑO

El Programa de Control y Vigilancia de las Zonas de Baño se lleva a cabo, anualmente durante la temporada de baño, sobre 45 zonas de baño y 64 puntos de muestreo.

Tabla 25. Muestreo en zonas de baño u puntos de muestreo en 2024

Territorio	Zona de baño	Puntos de muestreo
Araba	5	5
Bizkaia	25	36
Gipuzkoa	15	23
Euskadi	45	64

Fuente: Sistema Integral de Salud Ambiental (SISA).

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

La normativa de aplicación es:

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

Como referencia técnica se emplea la guías OMS: «*Guidelines on recreational water quality: Volume 1 coastal and fresh waters (2021)*».

Las actividades realizadas son:

- Controles analíticos semanales sobre la calidad de las aguas de baño, determinando los parámetros microbiológicos obligatorios según la normativa: *Escherichia coli* y *Enterococos intestinales*.
- Inspecciones periódicas para evaluar las condiciones higiénicas sanitarias del entorno de la playa.
- Comunicación de los resultados analíticos y recomendación de baño según los mismos a los gestores (municipios, Diputaciones forales, consorcios de aguas), otras Autoridades Competentes (Agencia Vasca del Agua-URA, Confederación Hidrográfica del Ebro) y ciudadanía en general (página web, geoeuskadi y opendata). Existe una coordinación y colaboración con los gestores y la Agencia Vasca del Agua-URA en el desarrollo y ejecución de las actividades que conllevan investigación en de los episodios de contaminación e información al público en la propia zona de baño (cartelería, megafonía). En abril de 2023 se publicó el convenio de colaboración entre la Dirección de Salud Pública y URA-Agencia Vasca del Agua para las actividades de Aguas de Baño.
- Actuaciones en caso de comunicación de incidencias desde SOS DEIAK o desde los gestores o ciudadanía. Adopción de medidas cautelares en situaciones que puedan suponer riesgos para la salud en caso de ser necesario.

Tabla 26. Número de análisis, inspecciones realizadas y episodios de baño prohibido, por Territorio Histórico. Euskadi, 2024

Territorio/ Lurralde	Nº Análisis/ Análisi kop.	Nº Inspecciones/ Inspekcio kop.	Episodios de Baño Prohibido/ Bainu Debekuaren gertaerak
Araba	61	24	0
Bizkaia	731	110	22
Gipuzkoa	393	67*	5
Euskadi	1.185	201	27

Las zonas de baño se clasifican en base a los resultados de las 4 últimas temporadas de baño, según los criterios establecidos en el anexo II del Real Decreto 1341/2007 pudiendo resultar de calidad Insuficiente, Suficiente, Buena o Excelente (Figura 2).

- Araba: 24 Inspecciones de control periódicas (periplayeras) en Araba y 5 de evaluación riesgos.
- Bizkaia: 110 Inspecciones de control periódicas (periplayeras) 24 de evaluación de riesgos, 12 de incidencias (Bizkaia), 8 de supervisión de muestreo.
- *Gipuzkoa (salvo Donostia): 67 Inspecciones de control y 11 inspecciones de evaluación de riesgo.
- Donostia Inspecciones periódicas de control realizadas por el Ayuntamiento, 26(en julio y agosto 2 semanales).
- Analíticas Gipuzkoa: 161 en Donostia y 232 en el resto de Gipuzkoa.

Figura 15. Última clasificación de las zonas de baño de Euskadi

CALIDAD ANUAL ZONAS DE BAÑO 2024

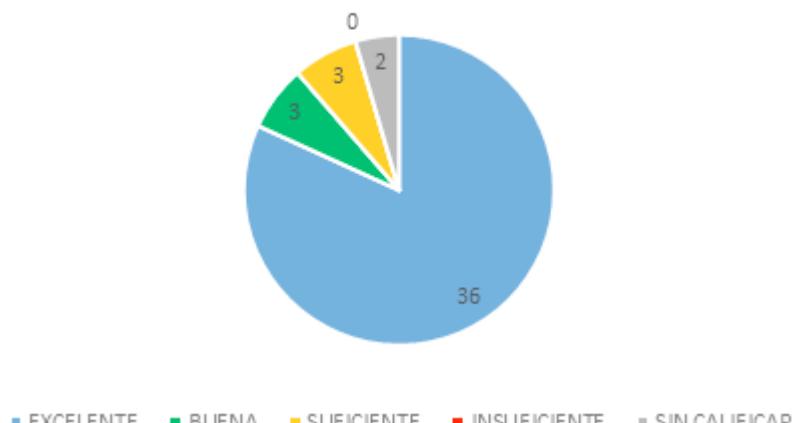
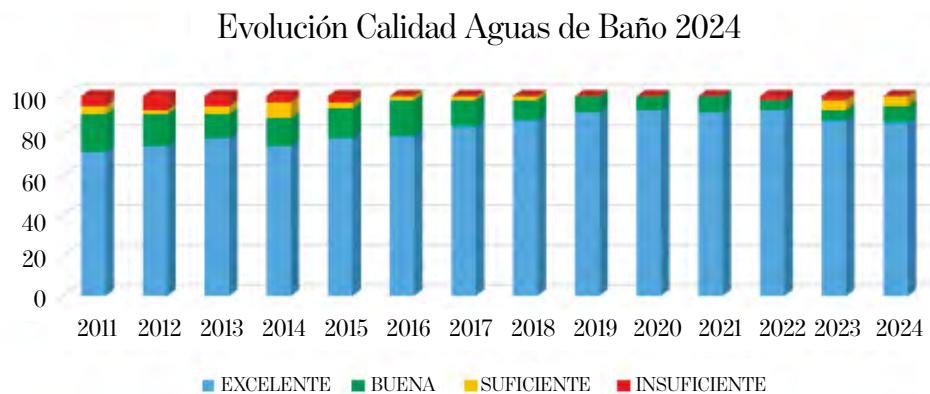


Figura 16. Evolución de la calidad del agua de baño por punto de muestreo en %



Discusión:

- Durante la temporada 2024 el tiempo meteorológico ha sido muy variable (húmedo y templado en el litoral, muy caluroso en el interior) influyendo en la afluencia de personas usuarias a las playas. Se sigue apreciando en la calidad del agua la influencia de las lluvias intensas y/o persistentes que impactan en especial en zonas marítimas de transición lo que ha llevado a instaurar recomendaciones de no baño. El impacto es mayor en la costa occidental (Bizkaia) que en la oriental (Gipuzkoa).
- Aun así en la temporada 2024 se han registrado menos episodios de restricciones al baño que en 2023, en parte porque ha habido menos incumplimientos que el año anterior y también porque se revisaron y adecuaron en 2024 los criterios para instaurar una Recomendación de No Baño. Así mismo se modificó la forma de comunicar en la web y en Geoeuskadi la información sobre las recomendaciones de Baño.
- Esta temporada como novedad, se han mantenido reuniones específicas (en especial en Bizkaia) cada vez que ha habido episodios de corta duración que han supuesto una restricción al baño con representantes de la Agencia Vasca del Agua-Ura, gestores de los saneamientos como Consorcio de Aguas Bilbao – Bizkaia, gestores de los servicios de salvamento y socorrismo (Diputación Foral de Bizkaia) y personal de algunos municipios. Esta experiencia se valora de forma positiva destacando la participación y colaboración de todos los participantes en las mismas y esperando poder hacer extensivas las mismas en el futuro a otros municipios y territorios.
- El 86% de los puntos de muestreo tienen una evaluación anual de EXCELENTE, aunque hay 2 puntos de muestreo menos. Las zonas de baño con evaluación de la calidad suficiente (3) se mantienen respecto al año pasado. Cabe destacar que la zona de baño de Toña en Sukarrieta cumple con los criterios de calidad del Real Decreto y se volverá a incorporar al Censo Oficial de Zonas de Baño en la temporada 2025 tras 9 temporadas.

- Los criterios de actuación ante la aparición de carabelas portuguesas se revisaron con los gestores de servicios de salvamento y socorrismo y personal médico. Se activaron de nuevo ante la presencia de carabelas portuguesas en la primera quincena de julio, pero se produjeron menos restricciones al baño y avisos por picaduras que en 2023.
- En cuanto a la Vigilancia de Ostreopsis la Dirección de Salud Pública y Adicciones se ha integrado como entidad asociada en el proyecto transfronterizo Ostreobila- Desarrollo de herramientas de ayuda a la decisión para luchar contra las microalgas tóxicas Ostreopsis spp que se ha iniciado el desarrollo en 2024. Se ha hecho un seguimiento de la situación en 5 zonas de baño de Gipuzkoa dentro del proyecto Ostreobila financiado por la Diputación Foral de Gipuzkoa y el municipio de Donostia- San Sebastián y un muestreo prospectivo en otras 4 zonas de Bizkaia.
- Se ha coordinado con los gestores de playas las actuaciones necesarias por la activación del Plan de Calor 2024 para la protección de las personas usuarias de las zonas de baño cuando las temperaturas máximas así lo han requerido.
- Desde 2023 se ha Introducido el parámetro microscistinas en el perfil analítico de aguas de baño de Araba, para poder hacer un seguimiento y valoración de cianobacterias en aguas continentales del embalse de Ullíbarri-Gamboa.
- La aplicación informática SISA es una herramienta implantada dentro del programa de Zonas de baño; es una herramienta útil en la gestión del programa, pero tenemos que seguir validándola y mejorándola con el fin de mejorar en la explotación de datos y facilitar la gestión de la vigilancia y control de aguas de baño. En 2024 se ha puesto en marcha el proceso de la comunicación resultados analíticos de SISA con el sistema de información nacional de aguas de baño (NÁYADE).

PISCINAS Y ÁREAS RECREATIVAS DE AGUA

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

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

1. Por una parte, a lo largo de 2024 se ha gestionado todo el programa a través del nuevo Sistema de Información de Salud Ambiental (SISA), que incluye la realización de las auditorías y con la consiguiente evaluación del riesgo de la instalación (riesgo estructural, histórico y de gestión), la planificación de las auditorias y la tramitación electrónica de los expedientes.

2. Por otra parte, se instalan un tipo nuevo de zonas recreativas con agua, donde el usuario tiene contacto directo con el agua que recircula, pero, a diferencia de las piscinas, no disponen de vaso de inmersión (Áreas Recreativas de Agua – ARAs). A día de hoy, estas áreas carecen de legislación (aunque se está trabajando para la publicación del Decreto de Piscinas y ARAs que sustituya al D32/2003, por el que se aprueba el reglamento sanitario de piscinas de uso colectivo) y, sin embargo, son cada vez más frecuentes en los municipios, por lo que requieren de un seguimiento específico. Estas instalaciones también se han gestionado a través de la SISA.
3. Además, durante el año 2024 se habilita para las piscinas de uso público cubiertas y descubiertas el procedimiento de Comunicación de información básica periódica (parámetros indicativos de la calidad del agua de los vasos (Anexo IV del RD 742/2013). A través de este procedimiento electrónico las instalaciones descargan en SISA sus resultados y posteriormente la DSP los carga en la aplicación (SILOE) del Ministerio de Sanidad.
4. Se espera que la publicación del nuevo Decreto de piscinas y ARAs se realice en breve.

En 2024 de las 404 instalaciones de piscina censadas en Euskadi, han sido supervisadas por la Dirección de Salud Pública un total de 272 (67,3%), pues parte del resto no requieren supervisión por el tipo de instalación de la que se trata y otra parte supervisada por el Ayuntamiento de la capital donde se ubican.

En cuanto a las ARAs, en 2024 ha sido censadas 25, todas ellas supervisadas por la Dirección de Salud Pública.

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

Se han realizado un 90,6% de las auditorías programadas a piscinas y un 75% de las programadas a las ARAs. Se han validado un total de 352 analíticas realizadas en piscinas de las que un 92,60% han sido calificadas como Aptas. En el caso de las ARAs, se han validado un total de 15 analíticas de las que un 80% se han calificado como Aptas.

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

Tabla 27. Número de instalaciones a controlar, auditorías y analíticas realizadas en instalaciones de piscinas por Territorio Histórico de Euskadi. Año 2024

	Piscinas							
	Instalaciones censadas	Instalaciones NO supervisadas por SP	Instalaciones supervisadas por SP	Auditorías Planificadas	Auditorías Realizadas**	Control de Mejoras	Analíticas validadas	% Analíticas Aptas
Araba ¹	67	12	57*	33	30 (90,9%)	2	56	98,20%
Bizkaia	193	63	128*	68	54 (79,4%)	9	188	90,40%
Gipuzkoa	144	57	87	37	41 (100%)	3	108	93,50%
Euskadi	404	132	272	138	125 (90,6%)	14	352	92,60%

¹ En las instalaciones supervisadas no están incluidas las supervisadas por los Ayuntamientos de las capitales.

* En Araba están incluidas las instalaciones de Orduña (2 instalaciones)

** Entre paréntesis, se muestra el porcentaje de instalaciones auditadas respecto las planificadas

Fuente: Sistema de Información de Salud Ambiental.

Tabla 28. Número de instalaciones a controlar, auditorías y analíticas realizadas en áreas recreativas de agua (ARAs) por Territorio Histórico de Euskadi. Año 2024

	ARAs					
	Instalaciones censadas	Auditorías Planificadas	Auditorías Realizadas**	Control de Mejoras	Analíticas validadas	% Analíticas Aptas
Araba	2	1	1 (100%)*	0	3	100%
Bizkaia	13	5	2 (40%)	0	4	25%
Gipuzkoa	10	10	9 (90%)	1	8	100%
Euskadi	25	16	12 (75%)	1	15	80%

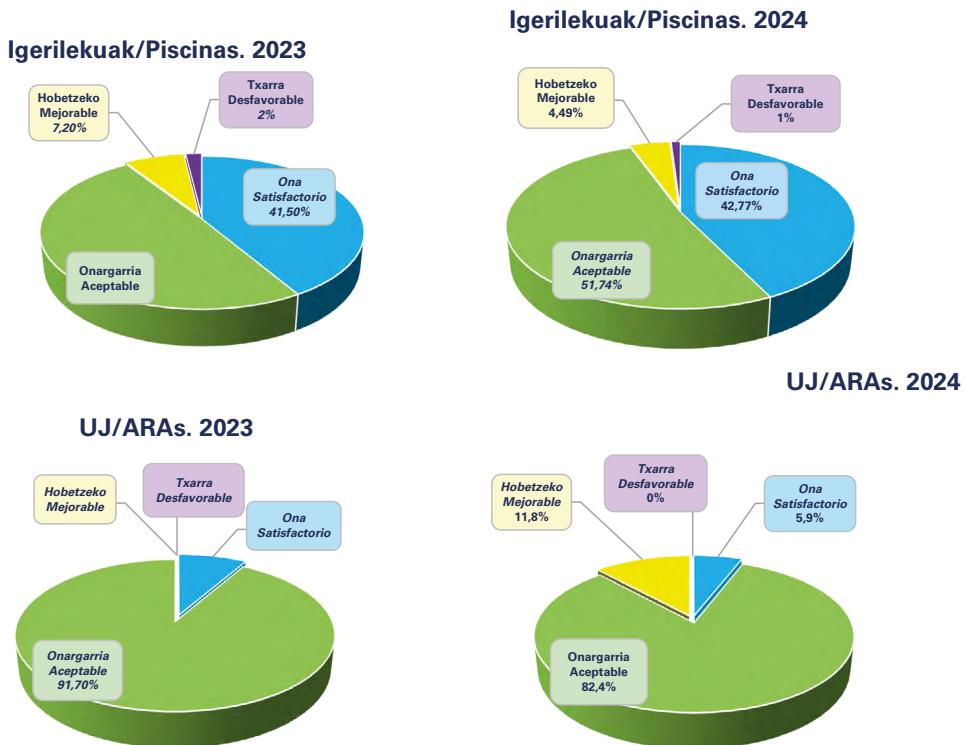
* Entre paréntesis, se muestra el porcentaje de instalaciones auditadas respecto las planificadas.

Fuente: Sistema de Información de Salud Ambiental.

En 2024 han disminuido el número de instalaciones con piscinas en situación desfavorable y mejorable en relación con el año anterior, aumentando el porcentaje cuya situación es satisfactoria y aceptable.

En cuanto a las ARAs, en 2024 al igual que en 2023 no se ha calificado ninguna como desfavorable, si bien han disminuido las instalaciones satisfactorias y aceptables, aumentando las mejorables.

Figura.17. Clasificación de las instalaciones supervisadas por Salud Pública en función del riesgo



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

Otras actividades de los programas de este último año han sido:

1. La revisión de las Solicitudes de Reapertura que envían las instalaciones para la temporada de verano, junto con la Declaración Responsable de que cumplen los criterios higiénico-sanitarios.
2. Tramitación de las Solicitudes de Exención de Socorrista.
3. Consultas de titulares de instalaciones respecto a:
 - 3.1. Proyecto constructivo de nuevas piscinas.
 - 3.2. Procedimientos y trámites a realizar.
 - 3.3. Validez de titulaciones de los socorristas.

1.4. Prevención y control de la legionelosis

El programa de prevención y control de la legionelosis se diseña en base a un censo de establecimientos/installaciones que se han priorizado en función de su riesgo como posibles focos propagadores de la Legionella.

Según el riesgo estimado, se establece una mayor o menor frecuencia en las inspecciones-auditorías a realizar. En 2024 se ha continuado con esta programación en las instalaciones censadas de Circuitos de Refrigeración (CRF), redes de agua interior de los edificios de uso público: Agua caliente sanitaria (ACS) y Agua Fría de Consumo Humano (AFCH), fuentes ornamentales (FOR), vehículos lavacalles (LCA), instalaciones lava vehículos (LVH), nebulizadores (NEB) y aspersores (ASP).

Tabla 29. Censo 2024 de instalaciones de Euskadi por tipo de instalación

THH*	CRF	ACS	FOR	LCA	LVH	NEB	ASP	TOTAL
Araba	93	106	0	1	9	6	0	215 17 %
Bizkaia	136	460	3	8	25	0	8	640 50 %
Gipuzkoa	125	265	5	2	26	0	0	423 33 %
TOTAL	354	831	8	11	60	6	8	1.278 100 %

Fuente: Sistema de Información de Salud Ambiental (SISA).

* Censo de las Comarcas de Salud Pública de la CAE no incluidas las de los ayuntamientos de Bilbao, Donostia y Gasteiz.

Las inspecciones-auditorias de control (inspecciones de frecuencias y de mejoras) las propone la aplicación informática SISA (Sistema de Información de Salud Ambiental) en base a riesgo total calculado. Durante 2018 hasta 2020 se caracterizaron e inspeccionaron todas las instalaciones del censo (un tercio por año) para poder arrancar en 2021 con el cálculo del riesgo total.

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

Tabla 30. Riesgo Total de las instalaciones

RIESGO TOTAL	CRF	ACS	FOR	LCA	LVH	NEB	ASP	TOTAL
Leve	245	514	1	2	23	3	–	788 64,4%
Medio	100	205	4	3	14	3	1	330 26,9%
Grave	5	80	0	1	9	0	3	98 8%
Muy Grave	1	5	1	0	0	0	0	7 0,6%
TOTAL	351	28,7%	804	65,7%	6	0,5%	6	0,5%
					46	3,8%	6	0,3%
							4	0,3%
								1.223 100%

Las instalaciones de riesgo de proliferación de Legionella de Euskadi se encuentran en su mayoría (91 %) dentro de un Riesgo Total (RT) de la instalación Medio (26,9 %) o Leve (64,4 %).

Tabla 31. Número y tipo de Inspecciones en 2024

TOTAL INSPECCIONES EN COMARCAS DE SALUD PÚBLICA DE LA Euskadi						830
INSTALACIONES DE CIRCUITOS DE REFRIGERACIÓN (CRF)						
Nº INSPECCIONES REALIZADAS	RIESGO MUY GRAVE	RIESGO GRAVE	RIESGO MEDIO	RIESGO LEVE		TOTAL
INSPECCIÓN FRECUENCIAS	0	5	54	82		141
INSPECCIÓN MEJORAS	0	1	4	8		13
TOTAL	0	6	58	90		154
INSTALACIONES DE AGUA CALIENTE SANITARIA (ACS)						
Nº INSPECCIONES REALIZADAS	RIESGO MUY GRAVE	RIESGO GRAVE	RIESGO MEDIO	RIESGO LEVE		TOTAL
INSPECCIÓN FRECUENCIAS	7	60	90	215		372
INSPECCIÓN MEJORAS	1	7	27	30		65
TOTAL	8	67	117	245		437
INSTALACIONES DE FUENTES ORNAMENTALES (FOR)						
Nº INSPECCIONES REALIZADAS	RIESGO MUY GRAVE	RIESGO GRAVE	RIESGO MEDIO	RIESGO LEVE		TOTAL
INSPECCIÓN FRECUENCIAS	0	1	1	1		3
INSPECCIÓN MEJORAS	0	0	0	0		0
TOTAL	0	1	1	1		3

INSTALACIONES DE CIRCUITOS LAVAVEHÍCULOS (LVH)					
Nº INSPECCIONES REALIZADAS	RIESGO MUY GRAVE	RIESGO GRAVE	RIESGO MEDIO	RIESGO LEVE	TOTAL
INSPECCIÓN FRECUENCIAS	1	9	7	10	27
INSPECCIÓN MEJORAS	0	0	3	8	11
TOTAL	1	9	10	18	38

INSTALACIONES DE CIRCUITOS LAVACALLES (LCA)					
Nº INSPECCIONES REALIZADAS	RIESGO MUY GRAVE	RIESGO GRAVE	RIESGO MEDIO	RIESGO LEVE	TOTAL
INSPECCIÓN FRECUENCIAS	0	1	1	1	3
INSPECCIÓN MEJORAS	0	0	1	1	2
TOTAL	0	1	2	2	5

INSTALACIONES DE CIRCUITOS NEBULIZADORES (NEB)					
Nº INSPECCIONES REALIZADAS	RIESGO MUY GRAVE	RIESGO GRAVE	RIESGO MEDIO	RIESGO LEVE	TOTAL
INSPECCIÓN FRECUENCIAS	0	0	2	2	4
INSPECCIÓN MEJORAS	0	0	0	1	1
TOTAL	0	0	2	3	5

INSTALACIONES DE CIRCUITOS ASPERSORES (ASP)					
Nº INSPECCIONES REALIZADAS	RIESGO MUY GRAVE	RIESGO GRAVE	RIESGO MEDIO	RIESGO LEVE	TOTAL
INSPECCIÓN FRECUENCIAS	0	3	1	0	4
INSPECCIÓN MEJORAS	0	0	0	0	0
TOTAL	0	3	1	0	4

Tabla 32. Total Inspecciones tipo documental y toma de muestras realizadas en 2024

TOTAL INSPECCIONES TIPO DOCUMENTAL REALIZADAS								
Nº INSPECCIONES REALIZADAS	CRF	ACS	FOR	LVH	LCA	NEB	ASP	TOTAL
FAVORABLE	56	7	46	0	0	1	1	111
DESFAVORABLE	9	5	2	1	0	0	1	18
TOTAL	65	12	48	1	0	1	2	129

TOTAL INSPECCIONES TIPO TOMA DE MUESTRAS REALIZADAS								
Nº INSPECCIONES REALIZADAS	CRF	ACS	FOR	LVH	LCA	NEB	ASP	TOTAL
TOTAL	11	10	6	1	0	0	0	28

Tabla 33. Total Inspecciones tipo investigación realizadas en 2024

TOTAL INSPECCIONES TIPO INVESTIGACIÓN REALIZADAS								
Nº INSPECCIONES REALIZADAS	CRF	ACS	FOR	LVH	LCA	NEB	ASP	TOTAL
TOTAL	10	17	0	1	0	0	0	27

Fuente: Sistema de Información de Salud Ambiental (SISA).

En 2024 se realizaron 830 inspecciones (554 de Frecuencias y 92 de Mejoras). Al igual que en 2023, en 2024 no se ha tramitado un expediente sancionador.

El número y porcentaje de inspecciones-auditorías de control frecuencias realizadas en 2022 (487), 2023 (440-34%) y 2024 (554-43%) con la aplicación SISA ya en activo es similar al de años precedentes, en los que se establecía inspeccionar un 33 % de las instalaciones cada tres años priorizando las instalaciones problemáticas o de riesgo percibido según el programa y las inspecciones de Legionella.

En las inspecciones-auditorías, además del control de la situación estructural y del programa de mantenimiento de las instalaciones, también se realizan controles analíticos de supervisión para conocer el grado de colonización de las mismas y valorar la necesidad de actuaciones correctoras.

En 2024 se han realizado un total de 1985 muestras ambientales para análisis de Legionella. Las muestras se han tomado en los distintos tipos de establecimientos censados en el programa de Legionella), de las cuales 245 han resultado positivas, lo que resulta un 12,3 % del total, siendo este porcentaje similar al de 2023 y años precedentes.

Tabla 34. Número de controles analíticos de *Legionella* realizados en Euskadi en 2024 por tipo de instalación (NM) y número de muestras en las que se ha detectado *Legionella* (NM+)

TTHH / TIPO INSTALACIÓN	ARABA		BIZKAIA		GIPUZKOA		EUSKADI		
	NM	NM+	NM	NM+	NM	NM+	NM	NM+	%
CRF	88	12	108	22	91	23	287	57	19,8%
ACS	188	28	830	89	534	57	1.552	174	11,2%
FOR	0	0	4	0	9	0	13	0	0%
LCA	0	0	14	2	27	3	41	5	12,1%
LVH	0	0	17	2	4	0	21	2	9,5%
NEB	0	0	0	0	0	0	0	0	0
ASP	0	0	13	1	0	0	13	1	7,6%
Investigación Casos	2	0	34	0	22	6	58	6	10,3%
TOTAL programa	278	40	1.020	116	687	89	1.985	245	12,3%

Fuente: Sistema de Información Salud Ambiental (SISA).

NM: Número de muestras de *Legionella*.

NM+: Número de muestras de *Legionella* positivas.

ESTUDIO AMBIENTAL DE CASOS DE LEGIONELOSIS DECLARADOS EN EUSKADI

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

Se han realizado 163 inspecciones motivadas por el estudio de los casos de *Legionella* notificados durante 2024, se han tomado 191 muestras, en los domicilios de algunos casos u otras instalaciones relacionadas según las encuestas epidemiológicas realizadas o su ubicación; 120 en ACS, 23 en circuitos de refrigeración, 17 en vehículos lavacalles, 14 en fuentes ornamentales, 12 en sistemas de aspersión, 2 en instalaciones de lavado de vehículos, 2 en spas y 1 en un aparato respirador. El 13,6 % de las muestras han sido positivas a *Legionella* spp.

Tabla 35. Inspecciones motivadas por los casos de Legionella notificados en 2024

Nº casos investigados en 2024 en Gipuzkoa (Comarcas y Ayuntamientos de Bilbao, Donostia y Gasteiz)	96
Nº instalaciones investigadas por casos legionelosis CENSADAS en el PROGRAMA LEGIONELLA	121
Nº instalaciones investigadas por casos legionelosis no censadas (domicilio, etc.)	42
CRF ACS FOR LVH LCA ASP NEB SPA	
63 52 33 3 2 3 1 2	
Nº TOTAL Nº INSTALACIONES investigadas	163
Nº ANALÍTICAS REALIZADAS TOTAL INSTALACIONES	191
CRF + ACS + FOR + LVH + LCA + ASP + NEB + SPA + Total Positivas	
23 5 120 12 14 1 2 0 17 2 12 5 1 0 2 1 26 (13,6%)	

ACS: Agua caliente sanitaria CRF: Circuito de refrigeración FOR: Fuente ornamental LVH: Lava. vehículo LCA: Lavacalles.

ASP: Aspersor SPA: Spa o Hidromasaje ARA: Área recreativa de agua.

1.5. Productos químicos

El control sanitario de los productos químicos y biocidas se realiza para prevenir y limitar los efectos perjudiciales para la salud humana derivados de la exposición a los mismos. Se controla la comercialización de los productos verificando la adecuación legal de los preceptivos registros y de los sistemas de información a personas usuarias domésticas, profesionales e industriales. En su caso se procede a la inmovilización y/o retirada del mercado hasta la corrección de las deficiencias. También se realiza el control de las empresas de fabricación, comercialización y de servicios de tratamiento con plaguicidas no agrícolas, productos químicos de actividad biocida (Registro Oficial de Establecimientos y Servicios Biocidas - ROESB).

A través del Sistema de Intercambio Rápido de Información sobre Productos Químicos (SIRIPQ) de la Red de Alerta de Productos Químicos estatal se reciben notificaciones del Ministerio de Sanidad y de otras CCAA, y a su vez se comunican las incidencias que se generan en Euskadi. Estas alertas corresponden fundamentalmente a irregularidades en la comercialización o aplicación de biocidas u otros productos químicos, deficiencias en el etiquetado o fichas de datos de seguridad de los mismos.

Se ha participado en la redacción de un informe para la mesa de contratación del Parlamento Vasco sobre una reclamación de empresas de limpieza de Bizkaia sobre aspectos de la normativa de Biocidas, REACH y CLP.

Se han mantenido reuniones con representantes del sector (ANECPA) para poder participar u organizar actividades formativas.

Tabla 36. Actuaciones relativas a la vigilancia y control de productos químicos. Euskadi, 2017-2024

		ACTUACIONES								
		2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024	
Registro ROESB¹	Inscripciones/modificaciones/bajas	56	69	72	29	48	56	28	22	
	Inspecciones	38	40	47	20	71	111	55	87	
Red de Alerta SIRIPQ²	Alertas tramitadas	32	28	16	22	11	26	22	21	
	Alertas generadas	1	10	2	3	1	3	3	3	
Red de Alerta SIRIPQ²	Inmovilizaciones de productos	0	1	0	7	1	0	0	0	
	Retiradas del mercado	4	1	1	10	1	1	0	0	
Red de Alerta SIRIPQ²	Expedientes sancionadores	0	0	0	0	0	1	0	0	

¹ ROESB Fuente: Sistema de Información Salud Ambiental (SISA).

² SIRIPQ Fuente: Sistema de Intercambio Rápido de Información de Productos Químicos.

1.6. Programa de vectores transmisores de enfermedad

Las enfermedades vectoriales son un grupo de enfermedades infecciosas causadas por microorganismos patógenos que se transmiten a los seres humanos y otros animales a través de la picadura de vectores, como los mosquitos y las garrapatas. Estos patógenos incluyen bacterias, virus y parásitos que constituyen el 17 % de las enfermedades infecciosas totales, provocando 700.000 muertes anuales en el mundo.

El aumento de viajes y comercio internacional contribuyen a la introducción de estos virus y especies invasoras que actúan como vectores o reservorios, pero el cambio climático y los cambios medioambientales aumentan las zonas geográficas aptas para su establecimiento en nuevos territorios como el nuestro.

En marzo de 2016, el Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad publicó el «Plan Nacional de Preparación y Respuesta frente a Enfermedades Transmitidas por Vectores» con especial referencia a Dengue, Chikungunya y Zika. Estas enfermedades, denominadas arbovirosis, se transmiten fundamentalmente por mosquitos de la especie *Aedes albopictus*.

En la CAPV el Programa de Vigilancia y Control de Arbovirosis y otros riesgos para la salud asociados a mosquitos invasores *Aedes* spp 2023-2025 incluye una **coordinación interinstitucional** necesaria para llevar a cabo las actuaciones. Este grupo de

coordinación quedó constituido en noviembre 2023 y en 2024 se creó la Secretaría Técnica del grupo formada por personal de Salud Pública (salud ambiental y vigilancia epidemiológica), personal de NEIKER y de los Ayuntamientos de las 3 capitales.

En 2024 se ha continuado con la vigilancia entomológica activa mediante la colocación de ovitrampas en zonas urbanas y periurbanas de los municipios con mayor población de Euskadi. Se seleccionaron 94 zonas de muestreo en 55 municipios de Euskadi. Los nuevos criterios de selección de municipios llevan a que una vez confirmada la presencia de mosquito tigre en un municipio, se dirigen esos recursos al muestreo de otro nuevo municipio sobre el que no hay información aún.

- En **Araba** se ha ampliado la vigilancia haciendo un total 9 municipios en vigilancia.
- En **Bizkaia**, la vigilancia comenzó con los siguientes 26 municipios. Posteriormente, tras evaluar los resultados de los primeros meses se decidió cambiar Santurtzi y Zamudio por Ortuella y Zaratamo, haciendo un total de 28 municipios vigilados.
- En **Gipuzkoa**, la vigilancia comenzó con los siguientes 16 municipios: Tras evaluar los resultados de los primeros meses se decidió cambiar Astigarraga y Orio por Ibarra y Getaria, haciendo un total de 18 municipios vigilados.

Los muestreos se realizan de mayo a noviembre, meses de mayor actividad del vector.

En 2024 se ha incorporado una zona más (Bilbao/ Begoña) a los muestreos **centinela**. Contamos por tanto con 5 zonas: 2 en Gipuzkoa (Irún y Donostia) y 3 en Bizkaia (Bilbao, Gernika y Trapagaran). En estas zonas se realiza el muestreo durante 12 meses con el objetivo de conocer si fuera de los meses habituales se detecta actividad de Aedes.

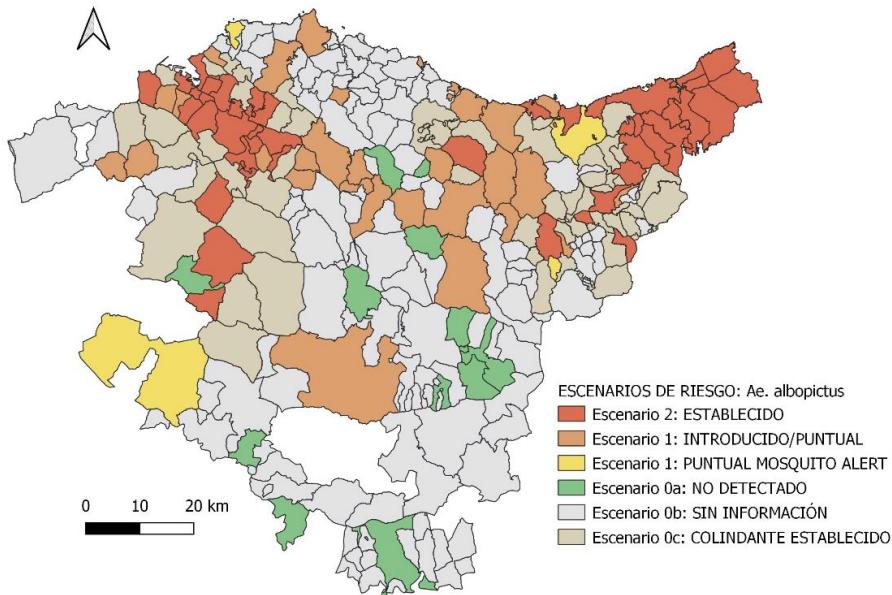
Tanto el recuento de huevos de las ovitrampas como la identificación de las especies se realiza en NEIKER.

Mediante la app Mosquito alert se realiza una vigilancia entomológica pasiva. En este caso son los ciudadanos los que detectan y comunican la presencia de mosquito tigre por medio de la aplicación.

RESULTADOS

Respecto a la [vigilancia entomológica](#), un total de 50 municipios (**90.9%**, 50/55) fueron positivos a la presencia de huevos de *Aedes spp*. No se detectó su presencia en solamente 5 municipios (Agurain, Labastida, Laguardia, Orduña y Ribabellosa), todos en Araba. Hay que destacar que por segundo año consecutivo el 100 % de municipios de Bizkaia y Gipuzkoa han mostrado la presencia de *Aedes spp*. invasores

Mapa situacional de *Aedes albopictus* actual con información histórica acumulada



Los resultados de este año evidencian que, si bien el porcentaje de municipios y tablillas positivas se ha mantenido relativamente estable respecto a años anteriores, el número promedio de huevos por tablilla ha descendido en 2024. Este hecho sugiere que, aunque los mosquitos *Aedes* spp. continúan ampliamente distribuidos, su abundancia parece haberse reducido en comparación con 2023, y esta tendencia se observa de forma consistente en los tres territorios históricos. Esto podría deberse a las condiciones climáticas de septiembre y octubre de este año. De hecho, en cuanto a la dinámica estacional, el mes con mayores abundancias (recuentos) en 2024 fue agosto, a diferencia del año pasado, cuando los recuentos máximos se observaron en octubre.

En lo que se refiere a la presencia de casos de arbovirosis en humanos, en 2024 se ha continuado con la [vigilancia epidemiológica](#) de Dengue, Chikungunya y Zika. Se han detectado 68 casos importados de Dengue (47 en 2023), 3 de Chikungunya (13 en 2023) y 1 de Zika (2 en 2023). Todos los casos han sido importados, es decir, la infección se produjo en el extranjero y el paciente desarrolló la enfermedad al volver al País Vasco.

Con respecto a las actividades de [comunicación y formación](#) en 2024 se ha trabajado intensamente en esta área. Se ha elaborado y difundido nuevo material gráfico con información sobre mosquito tigre y medidas de prevención que se ha difundido a los ayuntamientos y mediante la web del Departamento de Salud y geoEuskadi. En mayo 2024 se organizó en Donostia una jornada técnica dirigida al personal de Salud Pública, Diputaciones y Ayuntamientos que tuvo buena acogida y valoración, y miembros de la Secretaría Técnica han participado en entrevistas para los medios de comunicación

1.7. Otras actuaciones

1.7.1. Informes sanitarios en procedimientos ambientales

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

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

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

El **Título V de esta ley** está dedicado a las **evaluaciones ambientales** de aquellos planes, programas y proyectos, sus modificaciones y sus revisiones, que puedan tener efectos significativos sobre el medio ambiente. Pueden ser:

1. **Evaluaciones de impacto ambiental de proyectos (EIA)**
2. **Evaluaciones ambientales estratégicas de planes y programas (EAE).**

En ambos procedimientos se regula el trámite de **consultas a las administraciones públicas afectadas** por parte del órgano que tramita el expediente (art 30 y 37 de la Ley 21/2013, de 9 de diciembre, de evaluación ambiental y arts. 73 y 77 de la Ley 10/ 2021). Como consecuencia, el órgano con competencias sustantivas, habitualmente el órgano ambiental, consulta con el Departamento de Salud en relación con estos expedientes. En el año 2024 se han recibido alrededor de 153 expedientes.

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

Actualmente se informan:

- Los expedientes de AAIs, AAUs y LAC (el informe es preceptivo y vinculante)

- Algunos expedientes de EAE o EIA, cuando por su naturaleza se considera que pueden tener más afección o relación con nuestras competencias en salud ambiental y aquellos tramitados por el Ministerio de Transición Ecológica u otros Ministerios.

En el año 2023 se trabajó desde Salud ambiental en establecer directrices y herramientas que normalizaran y facilitaran la elaboración de estos informes en todos los procedimientos, particularmente en las evaluaciones ambientales. Este trabajo se ha prolongado durante el año 2024 en el que se ha redactado una guía.

Tabla 37. Informes realizados en procedimientos ambientales

Actuaciones		2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024
Licencia de actividad clasificada	Informes	356	371	355	299	324	171	215	58 +76 +73
Autorizaciones ambientales integradas + Autorizaciones ambientales únicas	Informes	17	29	7	12	28	43	29 +2	69
Evaluaciones ambientales	Informes	80	103	67	53	45	19	20	110

Autorizaciones ambientales integradas + Autorizaciones ambientales únicas: En este epígrafe se incluyen: nuevas solicitudes, modificaciones no sustanciales (MNS), modificaciones sustanciales (MS) y revisiones de mejores técnicas disponibles (MTDs).

Evaluaciones ambientales: en este epígrafe se incluyen: Evaluaciones de impacto ambiental simplificadas (EIAS), Evaluaciones de impacto ambiental ordinarias (EIAO), Evaluaciones ambientales estratégicas simplificadas (EAES), evaluaciones ambientales estratégicas ordinarias (EAEO) y solicitudes del documento de alcance (EIAD y EAED).

1.7.2. Residuos sanitarios

El [Decreto 21/2015, de 3 de marzo](#), sobre gestión de los residuos sanitarios en la Comunidad Autónoma de Euskadi eliminó la obligación de los productores de residuos sanitarios de disponer de un Plan de Gestión de Residuos Sanitarios aprobado por las autoridades sanitaria y medioambiental competentes. Los productores de residuos sanitarios peligrosos, al igual que el resto de los productores de residuos peligrosos, se encuentran obligados a realizar una «comunicación» en los términos previstos en la [Ley 22/2011, de 28 de julio](#), de residuos y suelos contaminados, y ello en orden a que por el órgano ambiental se proceda a su inscripción en el Registro de producción y gestión de residuos de Euskadi. Actualmente esta comunicación se encuentra automatizada en el procedimiento «(0106001)

Comunicación productor residuos sanitarios» de la sede electrónica, con lo que no es necesario ningún tipo de actuación por parte del área de Salud Ambiental.

1.7.3. Sanidad mortuoria

Se tramitan los expedientes para obtener las autorizaciones de las empresas funerarias, cementerios, tanatorios y crematorios, así como para el traslado de cadáveres, de restos humanos y de restos cadavéricos.

Tabla 38. Expedientes de sanidad mortuoria tramitados. Euskadi, 2017-2024

Actuaciones		2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024
Sanidad mortuoria	Informes emitidos	11	5	2	2	0	5	0	0
	Inspecciones	6	4	5	3	6	2	0	0
	Autorizaciones de cementerios	9	0	0	1	0	0	1	0
	Autorizaciones de crematorios	0	1	1	0	2	1	0	1
	Autorizaciones de tanatorios	1	2	9	5	8	2	1	7
	Expedientes sancionadores	0	2	0	0	0	0	0	0

Fuente: Unidades de Salud Ambiental.

1.8. Resumen de Salud Ambiental

Los indicadores de actividad de los programas de salud ambiental muestran un nivel alto de ejecución de las actividades programadas. La publicación a finales de 2022 y en enero de 2023 de las nuevas normativas de Legionella y Agua de Consumo ha supuesto un incremento de las actividades de estos dos Programas también en 2024, con el consecuente esfuerzo administrativo y dedicación de recursos.

Las actuaciones en materia de aguas de consumo, control y prevención de legionelosis, zonas de baño y piscinas realizadas por los programas de salud ambiental junto con las de los operadores y otras administraciones han contribuido a alcanzar niveles elevados de protección con respecto a estos factores ambientales de la salud.

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

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

En resumen, se observa que estamos teniendo una situación de cambio ya que por una parte se alcanzado un nivel elevado de protección en los factores que se han controlado tradicionalmente en sanidad ambiental (agua de consumo, aguas de baño, control y prevención de la legionelosis, control de uso de biocidas,) pero están apareciendo otros que tienen mayor riesgo o impacto en la salud. Este cambio en los determinantes ambientales de la salud se asocia al cambio climático, la ordenación urbana, la forma de vida y la globalización. Esto lleva a que factores como las temperaturas extremas, las especies invasoras, la calidad del aire, la resistencia a antimicrobianos, etc. adquieran más relevancia en la salud ambiental y que se tengan que abordar desde el principio de «Una única salud» que contemple la interacción entre salud de las personas, de los animales y del medio ambiente.

2. Salud alimentaria

2.1. Actividades en establecimientos alimentarios

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

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

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

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

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

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

2.1.1. Control de establecimientos alimentarios

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

Actualmente los establecimientos alimentarios de Euskadi están clasificados en cinco grupos según su nivel de riesgo global (que determina las frecuencias de control) y sus condiciones higiénico-sanitarias en particular (que determinan la oportunidad de mejora de los establecimientos).

La mejora de las condiciones higiénico-sanitarias conseguirá la mejora de la calidad sanitaria de los establecimientos alimentarios y los alimentos que producen o comercializan, que es objetivo prioritario del programa de control. Los establecimientos se clasifican de acuerdo a los siguientes criterios:

1. Alimentos que se manipulan (de mayor a menor riesgo).
2. Tipo de actividad que se realiza (a mayor manipulación, mayor riesgo).
3. Procesado del alimento (menor riesgo cuando hay procesado que elimina peligros, por ejemplo, esterilización).

4. Cantidad de alimentos que se manipulan y población de destino (mayor riesgo cuando hay elevadas cantidades de alimentos manipulados, y en el caso en que el alimento se destina a poblaciones de riesgo, como la infancia, personas mayores, etc.).

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

SITUACIÓN DE LOS ESTABLECIMIENTOS

El censo de establecimientos se mantiene estable respecto a 2023. En esta tabla se incluyen los datos de las capitales de los tres territorios.

Tabla 39. Datos de censo de establecimientos

Censo	2024
Araba	3.487
Bizkaia	13.576
Gipuzkoa	8.447
Euskadi	25.510

Aproximadamente el 28% de los establecimientos alimentarios censados en la C.A. de Euskadi son industrias con distintas actividades alimentarias cuyo ámbito de comercialización es estatal o comunitario, establecimientos inscritos en el Registro General Sanitario de Establecimientos Alimentarios y Alimentos (RGSEAA).

El 72% restante de los establecimientos alimentarios son establecimientos cuya actividad está restringida a Euskadi, inscritos en el Registro de Establecimientos Alimentarios de la Comunidad Autónoma Vasca, REACAV. En el ámbito del REACAV el 44 % de los establecimientos se circunscriben al sector de la hostelería, los demás, corresponden a otras actividades tales como carnicerías, panaderías no industriales, pescaderías, etc.

El riesgo de los establecimientos se clasifica en cinco grupos A, B, C, D y E, correspondiendo el A al riesgo más bajo y el E al de mayor riesgo. El mayor porcentaje de establecimientos corresponde a los de menor riesgo (A y B), y representan el 57% de los establecimientos; en el otro extremo, los grupos de mayor riesgo D y E suponen un 18% del total de establecimientos clasificados. Los establecimientos clasificados con riesgo medio son 25%. (Tabla 30. No contiene los datos de los establecimientos de las capitales de los tres territorios)

Tabla 40. % de establecimientos por riesgo

Riesgo	%
A	28
B	29
C	25
D	12
E	6

Tabla 41. Número de visitas de control realizadas

Visitas de Control	2024
Frecuencias	5.151
Seguimiento Mejoras	2.091
HACCP	473
HACCP Mejoras	142
Total	7.857

Visitas de control

El control oficial puede realizarse por los siguientes motivos:

- a. «Inspección de Frecuencias»: inspección de control oficial, con una periodicidad establecida en base a la clasificación del establecimiento, según su riesgo sanitario (tipo de alimento, actividad, procesado, factor cliente, historial y confianza. Condiciones higiénico sanitarias)
- b. «Inspección de seguimiento de mejoras» inspección para la subsanación de las desviaciones detectadas en inspección de frecuencias
- c. «HACCP» auditoria del sistema de aseguramiento de la calidad basados en el sistema HACCP, basado en el Análisis de Peligros y Puntos Críticos de Control, con una periodicidad establecida en base a la clasificación del establecimiento, según su riesgo sanitario (tipo de alimento, actividad, procesado, factor cliente, historial y confianza. Condiciones higiénico sanitarias).
- d. «HACCP Seguimiento de Mejoras» inspección para la subsanación de las desviaciones detectadas en las auditorias de autocontrol.

OTRAS ACTIVIDADES DE CONTROL

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

1. Autorización sanitaria de funcionamiento: las realizadas cuando los establecimientos inician o cambian su actividad.
2. Los establecimientos, que no requieren autorización sanitaria, realizan una comunicación de inicio o cambio de actividad.
3. Alertas: visitas realizadas cuando se producen notificaciones de la red de alerta europea sobre establecimientos o productos que pueden afectar a la salud de los consumidores.
4. Denuncias: visitas que se generan por las reclamaciones de particulares o derivadas de actividades de control de distintas Administraciones, en relación con establecimientos o productos que pueden suponer un riesgo para la salud.
5. Toma de muestras: visitas a establecimientos para la toma de muestras de alimentos (la mayoría contempladas en los diferentes programas de control oficial)
6. Otras inspecciones: se realizan por circunstancias variadas y no programadas: certificados de exportación, estudio de etiquetas, actuaciones relativas a alimentación especial, etc.

Tabla 42. Otras actividades de control (algunas analizadas con mayor detalle en apartados propios)

2024		
1	Autorización	81
	Autorización mejoras	4
2	Comunicación	793
	Comunicación mejoras	300
3	Alertas	27
4	Reclamaciones (brotes)	193
5	Toma de muestras	1.050
6	Certificados de exportación	276
7	Otras	609

2.1.2. Control de mataderos

El principal objetivo del Servicio Veterinario Oficial (SVO) de inspección permanente en los mataderos de la Comunidad Autónoma del País Vasco (CAPV) es efectuar los controles necesarios para garantizar la calidad higiénico-sanitaria de las carnes que se procesan. Estos controles incluyen la supervisión continua de la actividad de estas industrias, la verificación del cumplimiento de las condiciones de bienestar de los animales, la ejecución de la inspección ante-mortem de los animales y post-mortem de las canales, la realización de tareas de vigilancia y control de los principales agentes zoonóticos, así como la supervisión de la retirada de la cadena alimentaria de las carnes y vísceras declaradas no aptas para consumo humano y por consiguiente decomisadas.

Tabla 43. Nº sacrificios y decomisos totales (DT) en mataderos de la CAPV (2024)

	Especie animal					
	Bovino	Ovino/ caprino	Porcino	Aves	Conejos	Equino
Nº sacrificios	35.564	65.926	12.605	11.212.295	615.476	169
Nº decomisos totales	40	185	2	109.437	8.080	0

En general, se ha producido un descenso en el número de animales sacrificados de todas las especies respecto a los realizados en el 2023.

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

En cuanto a los decomisos totales, en aves suponen alrededor del 1% de los sacrificios y en conejos supera el 1 % del total de animales sacrificados.

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

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

Tabla 44. Nº de determinaciones analíticas post-mortem, realizadas en control oficial Mataderos CAPV (2024)

2024	
Microbiología CRH canales	331
Microbiología CRH superficies	360
Triquina	12.774
EEB	50
SCRAPIE	38

Las **Encefalopatías Espongiformes Transmisibles** (EETs), son enfermedades neurodegenerativas que se sospecha se pueden transmitir de los animales a las personas. El programa de vigilancia de EET tiene por objeto la detección de la encefalopatía espongiforme bovina (EEB) y la tembladera (Scrapie) en reses ovinas sacrificadas en el País Vasco. Durante el año 2024, la toma de muestras en la especie bovina se ha dirigido a los animales sacrificados de urgencia mayores de 48 meses con destino a consumo humano y animales procedentes de «Países de riesgo controlado».

No se ha producido ningún caso positivo de Encefalopatía Espongiforme Bovina en bovinos sacrificados en mataderos de la CAPV. En cuanto a la toma de muestras de las especies ovina/caprina se realiza en ovinos y caprinos mayores de 18 meses y a un número aleatorio de animales establecido a nivel nacional. Por otro lado, uno de los puntos de control más importantes para la reducción del potencial riesgo de transmisión de encefalopatías sigue siendo la eliminación de los Materiales Especificados de Riesgo (MER) por parte de los establecimientos alimentarios que los producen, bajo la supervisión del Servicio Veterinario Oficial ubicado en los mataderos.

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

Respecto al **programa de control oficial en estos alimentarios**, que tiene como objetivo realizar las inspecciones con una frecuencia basada en la clasificación de cada matadero según su riesgo sanitario, se han realizado 2 visitas de frecuencia programadas y 3 auditorías de los sistemas de autocontrol implantados por los operadores económicos de acuerdo con una programación en base al riesgo

En cuanto a la actividad de control realizada para el cumplimiento del **Bienestar Animal**, los mataderos de la CAPV tienen implantado y adaptado el Procedimiento Normalizado de Trabajo (PNT) de todos los puestos de trabajo implicados en el bienestar animal, teniendo en cuenta las ocho guías de buenas prácticas en bienestar animal aplicables en

las distintas fases de producción de la cadena alimentaria publicadas por AESAN, de acuerdo a los requerimientos de los informes de las visitas de la Comisión Europea a varios mataderos de diferentes CCAA.

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

2.1.3. Control de barcos congeladores

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

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

En los últimos años se ha abierto una nueva línea de producto en este sector; que es el pescado congelado a una temperatura inferior a -18°C, con destino a su descongelación y consumo en fresco. Las dificultades tecnológicas (límite físico de temperatura de congelación de la salmuera) y la insuficiente concreción normativa («tan rápido como sea posible») llevan a la necesidad de validar los procesos llevados a cabo en los barcos y mantener criterios consensuados al respecto con otras CCAA con barcos y con AESAN. Las empresas armadoras están realizando estudios al respecto, lo que genera informes que precisan ser revisados y contestados, con un resultado final de reconocimiento de aquellos barcos capaces de realizar congelación rápida a -18°C.

A lo largo de 2024 las actividades realizadas en el Programa han sido:

- Mantenimiento y actualización del repositorio de información sobre los barcos.
- Mantenimiento y actualización de Protocolos de inspección y auditoría presencial y documental para barcos congeladores y sus empresas importadoras, junto con sus Instrucciones Técnicas.

- Realización de las auditorías programadas en función de los cronogramas establecidos. A lo largo de 2024 se han realizado 22 auditorías, 12 de ellas documentales y 10 presenciales.
- Evaluación de los estudios de validación de congelación a -18°C de los 15 barcos congeladores que realizan este proceso, ya se han aprobado las validaciones de 11 de ellos.

Un trabajo significativo realizado en 2024 ha sido la participación directa en la modificación de la normativa europea sobre barcos congeladores, el Reglamento 853/2004. Se ha colaborado con los servicios de AESAN y de la Comisión Europea en la redacción de los nuevos requisitos aplicables a estos barcos, especialmente en lo relativo a los sistemas de control y los estudios de validación. El resultado final será una lista única internacional de barcos que cumplen estos requisitos, lo que facilitará el control de sus productos y la homogeneidad de criterios a nivel intra y extracomunitario. Está prevista la publicación del nuevo Reglamento a lo largo de 2025.

2.2. Actividades relacionadas con el análisis de los alimentos

2.2.1. Seguridad microbiológica de los alimentos

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

El objetivo general de este programa consiste en minimizar los riesgos para la salud de las personas consumidoras derivados de la contaminación microbiológica de los alimentos elaborados y/o comercializados en Euskadi.

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

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

Para conseguir los objetivos propuestos, el Programa de Seguridad Microbiológica desarrolla las actividades de vigilancia y control, principalmente a través de las siguientes líneas de actuación:

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

- b. Plan de vigilancia horizontal de patógenos
- c. Plan de control de *L. monocytogenes* en zonas de trabajo y equipos utilizados en la producción de alimentos listos para consumo

A. PLAN DE VERIFICACIÓN ANALÍTICA EN EL CONTROL OFICIAL DE ESTABLECIMIENTOS DE ELABORACIÓN DE ALIMENTOS

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

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

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

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

El porcentaje de los establecimientos investigados respecto a los previstos ha sido elevado. A excepción del sector de vegetales, se ha obtenido un cumplimiento próximo al 100% e incluso superior. Los motivos principales por los que no se ha realizado la actividad programada han sido, la falta de actividad para la cual disponían de autorización y/o inscripción en el registro (RGSEAA o REACAV), o que, en el momento de la visita, carecían de productos objeto de muestreo.

Tabla 45. Plan de verificación analítica en el control oficial de establecimientos de elaboración. Número de muestras analizadas por grupo de alimentos (Nº) y resultados no conformes (NC). Periodo 2024

Alimento	Parámetro	Muestras N° (NC)s
Comidas preparadas listas para el consumo	<i>Salmonella</i> spp. <i>Listeria monocytogenes</i>	438 (0)
Productos de pastelería	<i>Salmonella</i> spp. <i>Listeria monocytogenes</i>	67 (0)
Leche y productos lácteos	Enterotoxina estafilocócica <i>Salmonella</i> spp. <i>Listeria monocytogenes</i> Estafilococos coagulasa positivos	51 (1)

Alimento	Parámetro	Muestras N° (NC)s
Carne y productos cárnicos	Salmonella spp., E coli verotoxigénico Listeria monocytogenes	54 (0)
Productos de la pesca	Salmonella spp., Listeria monocytogenes, E. coli β-glucuronidasa +	27 (1)
Huevos	Salmonella spp	35 (0)
Ovoproducto	Salmonella spp. Listeria monocytogenes	1 (0)
Productos vegetales	Salmonella spp Listeria monocytogenes E coli verotoxigénico	8 (0)
TOTAL		681 (2)

En cada tipo de alimento muestreado, han sido investigados diversos parámetros, tanto indicadores de higiene como microorganismos patógenos o sus toxinas. La tabla superior recoge, únicamente los parámetros correspondientes a los criterios de seguridad establecidos en la normativa de aplicación.

De conformidad con dicha normativa, los resultados del 99,7% de las muestras investigadas han sido conformes para los distintos parámetros de seguridad investigados.

Por sectores, los incumplimientos obtenidos por resultados no conformes han sido los siguientes: en el sector lácteo, por detección de enterotoxina estafilocócica en una muestra de queso curado a base de leche cruda de oveja; en el sector de la pesca, por detección de *Salmonella typhimurium* en una muestra de moluscos bivalvos vivos tomadas en un centro de depuración de moluscos.

Ante los resultados no conformes obtenidos, han sido diversas las medidas adoptadas, de conformidad con el «*Procedimiento de Actuación ante Muestras no Conformes*».

En el establecimiento de elaboración de queso curado a base de leche cruda, en cuya muestra se ha detectado, enterotoxina estafilocócica, se han adoptado las medidas previstas en su sistema de autocontrol ante dicho incumplimiento. La investigación del origen de la contaminación y las actuaciones posteriores han incluido, entre otros, los registros de incidencias en la producción primaria, la comprobación documental de los resultados analíticos de las muestras de leche, así como la verificación analítica de los lotes inmediatamente próximos al no conforme, en los que se han obtenido resultados correctos. Se ha procedido, además, a la retirada para su destrucción del lote afectado.

En el sector de la pesca, los resultados analíticos de detección de *Salmonella typhimurium* en la muestra oficial de moluscos bivalvos recogida en un centro de depuración, han sido notificados a la red de alerta, con el fin de proceder a la retirada del lote afectado. En el establecimiento de depuración, las actuaciones han ido dirigidas a la revisión de su sistema de autocontrol y a la comprobación de las acciones correctoras aplicadas tras la notificación del incumplimiento. Los resultados de las verificaciones analíticas realizadas han sido correctos.

B. PLAN DE VIGILANCIA HORIZONTAL DE PATÓGENOS

A través de las actividades de vigilancia de este apartado, anualmente, se obtiene información de la calidad microbiológica de una gran variedad de alimentos comercializados en Euskadi, seleccionando para ello, los de mayor riesgo respecto a los patógenos a investigar.

Para ello, se toman como referencia los criterios de seguridad establecidos por la normativa de aplicación. Ante la detección de situaciones de riesgo derivadas de la obtención de resultados no conformes, se aplican las correspondientes medidas correctoras.

La recogida de muestras se realiza aplicando el «*Procedimiento de toma de muestras PO-03_v1.0*». En todos los casos, las muestras están constituidas por una sola unidad o submuestra de producto (n=1).

Las actuaciones realizadas en caso de resultados no conformes de parámetros de seguridad están recogidas en el documento «*Procedimiento de actuación ante muestras no conformes. Programa de seguridad microbiológica*», que incluye, inspección al establecimiento implicado, investigación de las causas y requerimiento de medidas correctoras. Ante incumplimientos detectados en alimentos envasados, al tratarse de productos elaborados fuera de la Comunidad Autónoma, la notificación es trasladada a la Autoridad Sanitaria de origen (*PO-04_V1.0. Procedimiento de lanzamiento y seguimiento de denuncias, notificaciones y reclamaciones*).

Tabla 46. Plan de vigilancia horizontal de patógenos. Número de muestras analizadas por grupo de alimentos (Nº) y resultados no conformes (NC). Periodo 2024

Alimento	Parámetros investigados	Muestras Nº (NC)
Alimentos de riesgo en la transmisión de Listeria: <ul style="list-style-type: none"> • Productos cárnicos cocidos loncheados (29) • Patés pasterizados (29) • Quesos de pasta blanda (30) • Productos ahumados de la pesca (29) 	<i>L. monocytogenes</i>	117 (1)
Leche en polvo	<i>Salmonella</i> spp. Enterotoxina estafilocócica	9 (0)
Vegetales listos para el consumo: <ul style="list-style-type: none"> • Brotes de semillas germinadas (9) • Frutas y hortalizas cortadas (12) • Zumos no pasteurizados (10) 	<i>Salmonella</i> spp. <i>E. coli</i> verotoxigénico	31 (0)
Preparados deshidratados para lactantes	<i>Salmonella</i> spp. <i>L. monocytogenes</i> <i>Cronobacter</i> spp	12 (0)
Preparados deshidratados de continuación	<i>Salmonella</i> spp	12 (0)
Conservas de túnidos y semiconservas de anchoas	Histamina	8 (0)
TOTAL		189 (1)

En el 99,5% de las muestras, los resultados de los distintos parámetros microbiológicos investigados han sido correctos. El único incumplimiento ha sido por detección de *L. monocytogenes* (110 ufc/g) en una muestra de producto ahumado de la pesca.

C. PLAN DE CONTROL DE *L. MONOCYTOGENES* EN ZONAS DE TRABAJO Y EQUIPOS UTILIZADOS EN LA PRODUCCIÓN DE ALIMENTOS LISTOS PARA CONSUMO

Durante el año 2024, estaba previsto aplicar el plan de control de superficies, en 30 establecimientos de carácter industrial que elaboran comidas preparadas listas para consumo que pueden favorecer el desarrollo de *L. monocytogenes*, a razón de 5 muestras por establecimiento, de conformidad con la categoría 1.2., Anexo I, Capítulo I del Reglamento (CE) nº 2073/2005.

Las actividades de muestreo han sido inferiores a las previstas, por la puesta en marcha del Plan de Control Coordinado de Listeria en alimentos listos para el consumo (ALC) desarrollado por AESAN para el periodo 2024-2025. Este plan, cuyo objetivo es armonizar las actuaciones de control oficial para evaluar la eficacia de las medidas que los operadores de empresa alimentaria (OEA) llevan a cabo para la gestión del riesgo de *L. monocytogenes* en ALC, ha supuesto modificaciones en el Plan de control de *L.*

monocytogenes en superficies previsto en el Programa. Han sido analizadas únicamente 23 muestras de superficie, cuyos resultados han sido conformes en todos los casos.

2.2.2. Seguridad química de los alimentos

El objetivo del Programa de Seguridad Química de los Alimentos es evitar la presencia en el mercado de alimentos con contenidos de sustancias que pueden ser perjudiciales para la salud como contaminantes, residuos de plaguicidas, alérgenos o aditivos alimentarios entre otros, en cantidades superiores a las permitidas por los correspondientes Reglamentos Europeos. Dentro del grupo de contaminantes se incluyen todas las sustancias reguladas por el Reglamento de contaminantes (2023/915) y la acrilamida. Por otro lado, también se realizan actuaciones en el ámbito de los materiales en contacto con los alimentos, especialmente la revisión y valoración de la documentación aportada por los fabricantes, para evitar que los materiales puedan ceder sustancias indeseables a los alimentos.

El programa incluye la recogida de alimentos en fases de la cadena alimentaria posteriores a la producción primaria y su análisis en un laboratorio acreditado, realizándose ambas acciones de acuerdo con los correspondientes Reglamentos para la toma de muestras y análisis de cada grupo de sustancias. Finalmente, los resultados se evalúan y se toman las medidas pertinentes en casos de incumplimientos o no conformidades. En el caso de los alérgenos se revisa además su etiquetado en los alimentos muestreados.

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

Durante el año 2024 se ha investigado la presencia de metales (plomo, cadmio, mercurio y metil-mercurio, arsénico inorgánico, estaño inorgánico), hidrocarburos aromáticos policíclicos (benzopireno, benzantraceno, benzofluoranteno y criseno), nitratos en vegetales, bifenilos policlorados no similares a dioxinas (PCB 28, 52, 101, 138, 153 y 180), micotoxinas (aflatoxinas [B1, B2, G1, G2 y M1], fumonisinas, Ocratoxina A, patulina, zearalanona), acrilamida, melamina, toxinas naturales (alcaloides tropánicos, ácido erúcico); además de residuos plaguicidas, aditivos (sulfitos, sorbatos, benzoatos, nitratos y nitritos, fosfatos), alérgenos y sustancias que provocan intolerancias (gluten, proteína láctea y frutos de cáscara -avellana, cacahuete y nuez-), histamina y materiales en contacto con alimentos (derivados epoxídicos, ftalatos y no ftalatos).

En la tabla siguiente se resume el número de muestras analizadas durante 2024 en los diferentes grupos de alimentos, indicándose entre paréntesis las muestras que superan los límites máximos establecidos.

Tabla 47. Número de muestras de alimentos en las que se han analizado sustancias indeseables en 2024 (entre paréntesis las que superan los límites máximos establecidos)

Alimento	Parámetro	2024
	Cadmio	18
	Plomo	19
	Mercurio total	21
	Hidrocarburos aromáticos policíclicos	10
Pescado y productos de la pesca	PCBs no similares a dioxinas	15
	Histamina	9
	Aditivos alimentarios	43 (3)
	MECAS (derivados epoxidicos, ftalatos...)	8 (1)
	Alérgenos	8
	Cadmio	24
	Plomo	24
	Hidrocarburos aromáticos policíclicos	12 (3)
Carne y derivados cárnicos	PCBs no similares a dioxinas	19
	Aditivos alimentarios	71 (2)
	Alérgenos	12
	Residuos de plaguicidas	3
	Plomo	20
	Micotoxinas (aflatoxina M1)	10
Leche y productos lácteos	PCBs no similares a dioxinas	20
	Alérgenos	4
	Residuos de plaguicidas	3
	Hidrocarburos aromáticos policíclicos	4
Grasas y aceites	PCBs no similares a dioxinas	3
	Residuos de plaguicidas	3
	MECAS (melamina)	3

Alimento	Parámetro	2024
	Plomo	8
	Cadmio	12
	Estaño inorgánico	6
	Hidrocarburos aromáticos policíclicos	6 (1)
Frutas, hortalizas, setas (incluye zumo, conservas, pimentón)	Nitratos en vegetales	3
	Micotoxinas	17
	Aditivos alimentarios	25
	Perclorato	2
	Irradiación	3
	Residuos de plaguicidas	12 (1)
Frutos de cáscara y semillas oleaginosas	Micotoxinas	50
	Plomo	6
	Cadmio	6
	Arsénico inorgánico (arroz)	12
Cereales y productos a base de cereales	Micotoxinas	26
	Acrilamida	13
	Alérgenos	8
	Hidrocarburos aromáticos policíclicos	2
	Arsénico inorgánico (arroz)	10
Aperitivos listos para el consumo	Acrilamida	5
	Alérgenos	13
Miel	Plomo	6
	Cadmio	2
Platos preparados	PCBs no similares a dioxinas	3
	Aditivos alimentarios	1
	Alérgenos	2

Alimento	Parámetro	2024
	Alérgenos	7
	Aditivos alimentarios	61
	Toxinas vegetales (ácido erucico)	4
Salsas y especias	Plomo	10
	MECAs	1
	Micotoxinas	5
	Irradiación	10
	Micotoxinas	5
Bebidas alcohólicas	Arsénico inorgánico (arroz)	1
	Plomo	22
	Micotoxinas	12
Bebidas no alcohólicas	Aditivos alimentarios	78
	Alérgenos	6
	Plomo	7
	Cadmio	8
	Atropina-Escopolamina	4
	Hidrocarburos aromáticos policíclicos	8
	Nitratos en vegetales	1
Alimentos destinados a la alimentación infantil	PCBs no similares a dioxinas	8
	Micotoxinas	41
	Acrilamida	5
	Residuos de plaguicidas	6
	Melamina	6
	Toxinas vegetales (alcaloides tropánicos)	12
	Aditivos alimentarios	6
Huevos	Plaguicidas	2
	PCBs no similares a dioxinas	15
Complementos alimenticios	Mercurio total	11

Como puede verse en la tabla, se han excedido en 5 casos los límites máximos establecidos: Aditivos por encima del límite en bacalao y lomos de bacalao desalado y salchichas y lomo desalado, con los que se procedió en base al procedimiento de resultados no conformes.

Con relación a los residuos de plaguicidas, se han analizado en muestras tanto de origen vegetal (40) como animal (6) y alimentos infantiles (6); hay que tener en cuenta que por cada muestra se reciben y reportan más de 175 analitos. La toma de muestras viene determinada, en general, por lo establecido a través de AESAN para dar cumplimiento al Programa Coordinado Europeo de investigación de residuos de plaguicidas. En ningún caso se ha detectado la presencia de ningún residuo en cantidades superiores a las permitidas.

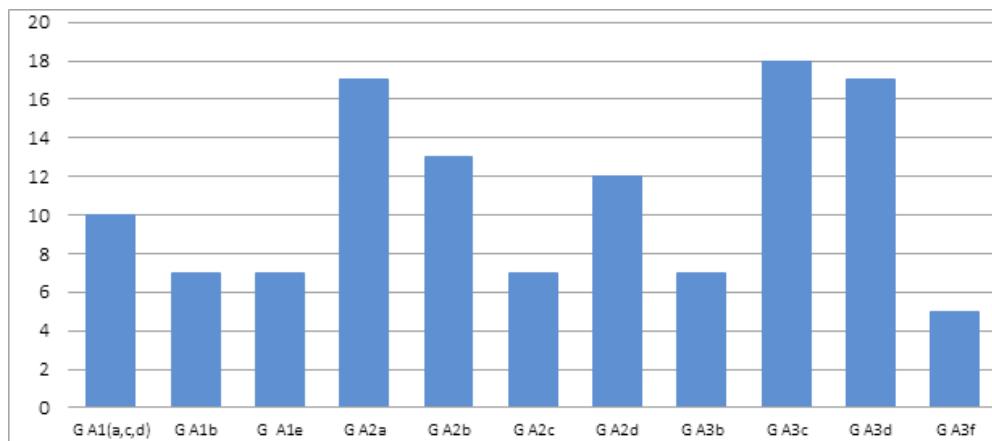
Finalmente hay que recordar la obligación del traslado de todos los resultados y actuaciones a AESAN para su envío posterior a la Autoridad Europea de Seguridad Alimentaria (EFSA) de modo que puedan compararse los de los distintos Estados Miembros y sirvan de base para la revisión de las cantidades máximas permitidas, así como para la realización de otros estudios destinados a garantizar la seguridad alimentaria. Y en este sentido hay que señalar que desde la Dirección de Salud Pública se ha hecho un esfuerzo muy importante para el desarrollo de la aplicación que recoge los datos de contaminantes y residuos de plaguicidas en alimentos.

2.2.3. Control de residuos medicamentosos en alimentos de origen animal (PNIR)

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

Con respecto al grupo de las sustancias prohibidas en animales, durante el periodo correspondiente al año 2024, no hubo ninguna muestra con resultado no conforme.

Figura 18. Número de muestras tomadas en sustancias prohibidas CAPV (2024)



G A1 (a, c, d): Anabolizantes esfera sexual

G A1b: Tireostáticos

G A1e: Sustancias beta-agonistas

G A2a: Cloranfenicol

G A2b: Nitrofuranos

G A2c: Nitroimidazoles

G A2d: DAPSONA, Clorpromacina

G A3b: Fipronil

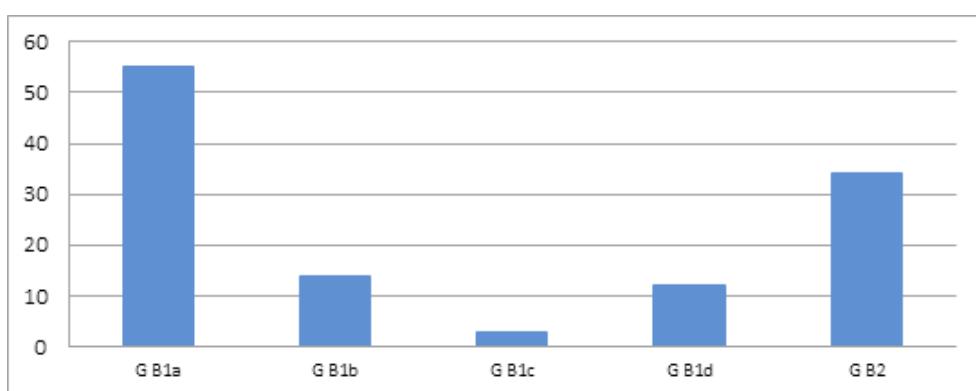
G A3c: Sustancias antimicrobianas prohibidas

G A3d: Coccidiostáticos prohibidos

G A3e: AINES

Dentro del grupo de sustancias medicamentosas, son los antimicrobianos donde tradicionalmente se han encontrado el mayor número de incidencias y debido a esto, es el grupo de sustancias más muestreado. En el año 2024, no se detectó ninguna no conformidad para las sustancias antimicrobianas en Euskadi.

Figura 19. Número de muestras tomadas en otras sustancias medicamentosas autorizadas CAPV (2024)



G B1a: Sustancias antimicrobianas

G B1b: Sustancias antiparasitarias

G B1c: Tranquilizantes

G B1d: AINES, corticoesteroides

G B2: Coccidiostáticos

Este último año, se han detectado dos No Conformes a sustancias medicamentosas autorizadas; uno de ellos, una sustancia antiinflamatoria no esteroidea (AINES) en un bovino adulto con origen en una explotación de Euskadi y otro a una sustancia corticoesteroide en un toro de lidia, proveniente de otra Comunidad Autónoma

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

2.3. Actividades relacionadas con la nutrición y el etiquetado

2.3.1. Declaraciones nutricionales y de salud

En los últimos años los consumidores han incrementado su interés por la nutrición y la industria alimentaria ha respondido a este interés elaborando y comercializando nuevos alimentos más saludables y con propiedades nutricionales mejoradas. Esta evolución ha sido una oportunidad para utilizar las alegaciones nutricionales y de salud como una herramienta de marketing por parte de la industria alimentaria.

La información del etiquetado de los alimentos, incluidas las declaraciones nutricionales o propiedades saludables, debe ser veraz, clara y precisa para que los consumidores estén bien informados sobre los alimentos que adquieren y consumen y garantice una elección consciente.

Durante el 2024, se ha continuado con el control de las etiquetas de los productos alimenticios para verificar que las declaraciones nutricionales y de propiedades saludables contenidas en las mismas se ajustan a la normativa. En algunos alimentos también se han realizado determinaciones analíticas, para verificar que su contenido de sal y/o grasa y/o azúcar no difiere del declarado en la etiqueta.

Se han revisado las etiquetas de 166 alimentos, con una o varias declaraciones en cada producto. En los 166 alimentos se ha evaluado el cumplimiento de un total de 387 declaraciones: 317 declaraciones nutricionales y 70 declaraciones de propiedades saludables.

También se ha realizado el seguimiento de las etiquetas de los productos no conformes durante el control realizado el año 2019. Se han valorado 35 productos de los que a 23 o se les han retirado las declaraciones del etiquetado o se ha dejado de fabricar, 7 productos cumplen, han modificado las declaraciones, y los restantes 5 productos continúan incluyendo declaraciones que incumplen la normativa vigente.

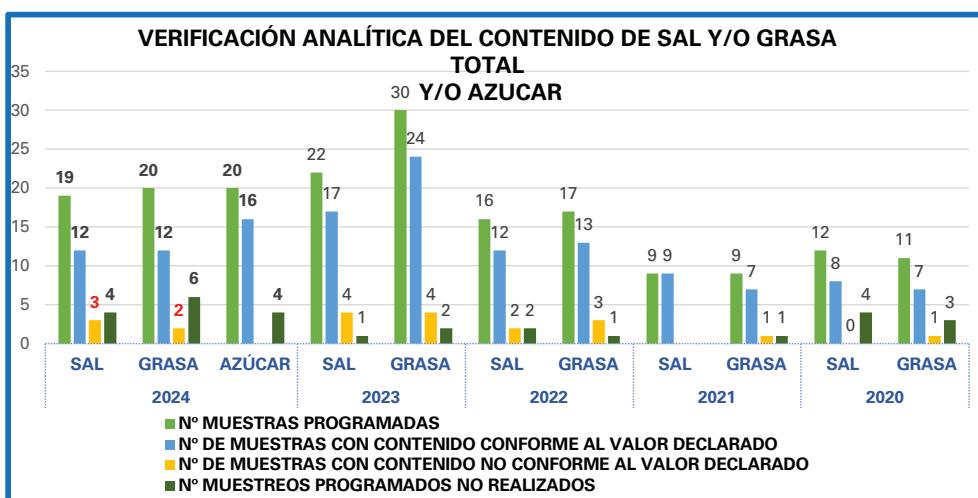
Tabla 48. Resultados de la revisión de declaraciones nutricionales y propiedades saludables en el etiquetado de alimentos. Euskadi, 2024

	PRODUCTOS VALORADOS	DECLARACIONES DE PROPIEDADES SALUDABLES VALORADAS	DECLARACIONES NUTRICIONALES VALORADAS
2024	CUMPLEN	138	44
	NO CUMPLEN	28	26
2023	CUMPLEN	142	80
	NO CUMPLEN	33	14
2022	CUMPLEN	128	70
	NO CUMPLEN	29	12
2021	CUMPLEN	146	42
	NO CUMPLEN	18	11
2020	CUMPLEN	88	18
	NO CUMPLEN	18	3

El grado de cumplimiento de los alimentos valorados es del 83,1 %. Con respecto a las declaraciones valoradas, el porcentaje de cumplimiento es del 91,1% para las declaraciones nutricionales y para las declaraciones de propiedades saludables es del 62,85%.

Respecto a la **verificación analítica del contenido de sal y/ grasa y/o azúcar** en los alimentos con declaraciones relacionadas con estos nutrientes, se ha realizado la actividad recogida en la tabla siguiente:

Figura 20. Verificación analítica de contenido de sal, grasa y azúcar. Euskadi, 2024



Fuente: Registro de datos» Verificación de declaraciones en etiquetado».

De 59 alimentos programados para análisis se pudo realizar el muestreo de 45 de los cuales 40 tuvieron resultados de contenido de sal y/o grasa total y/o azúcar conforme a los valores declarados en sus etiquetas. El grado de cumplimiento para el total de muestras analizadas es de un 88,8 %.

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

2.3.2. Comedores escolares saludables

La puesta en marcha en 2023 del Programa de Comedores Escolares ha supuesto la incorporación definitiva a la actividad programada habitual de los servicios de inspección sanitaria de algunas de las actuaciones que se venían haciendo desde 2018 en este sector; concretamente la evaluación de menús escolares y la evaluación del cumplimiento global de indicadores y recomendaciones NAOS en dichos menús.

Dentro de este programa, en el año 2024 se ha realizado la valoración de los menús basales, ofertados por las cocinas centrales tanto en su versión transportada, como in situ (en los centros con transportada mediante los menús solicitados a Cocinas Centrales y en los centros con cocina in situ, mediante los menús solicitados a cada colegio), con la herramienta ofimática diseñada para realizar dichas valoraciones nutricionales.

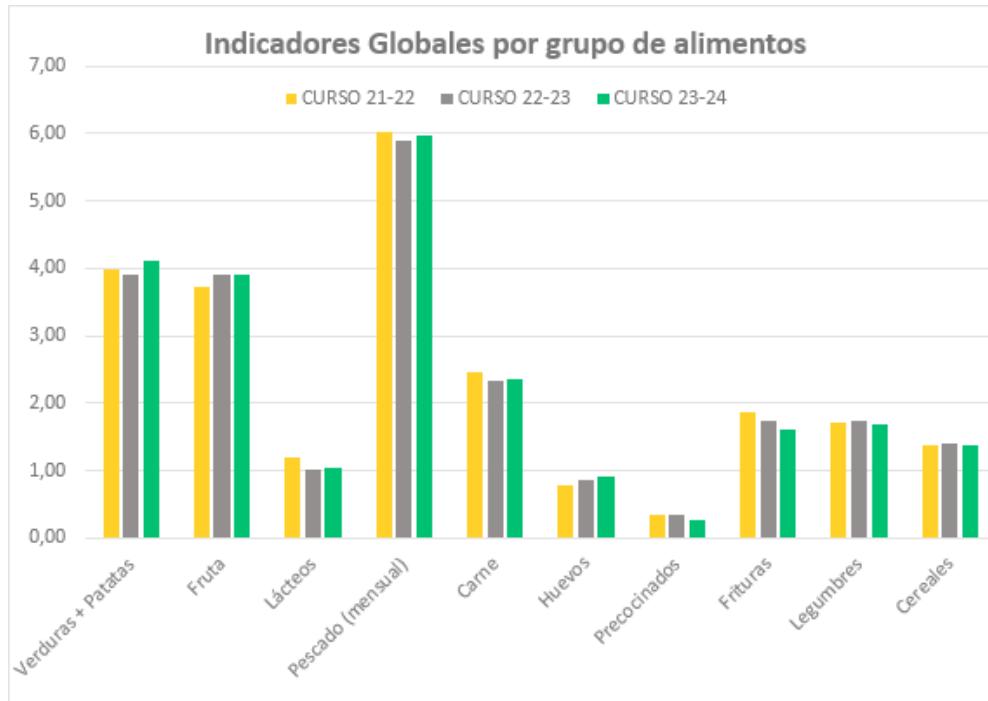
En el 2024 se han estudiado los menús de 9 Cocinas Centrales y de 121 colegios concertados con elaboración in situ.

Los resultados, comparando con los obtenidos en los dos cursos anteriores aparecen en la siguiente tabla y gráfica:

Tabla 49. Comparativa de cursos escolares de frecuencia de raciones en menú según grupo de alimentos

Grupo Alimento	CURSO 21-22	CURSO 22-23	CURSO 23-24	Indicador NAOS
Verduras + Patatas (semanal)	3,99	3,91	4,12	≥ 4
Fruta (semanal)	3,73	3,90	3,90	≥ 4
Lácteos (semanal)	1,19	1,02	1,05	≤ 1
Pescado (mensual)	6,03	5,90	5,96	≥ 6
Carne (semanal)	2,45	2,33	2,36	1 a 3
Huevos (semanal)	0,78	0,86	0,91	1 a 2
Precocinados (semanal)	0,35	0,35	0,27	≤ 1
Frituras (semanal)	1,86	1,74	1,60	≤ 2
Legumbres (semanal)	1,71	1,73	1,69	1 a 2
Cereales (semanal)	1,38	1,40	1,37	≤ 2

Figura 21. Comparativa de cursos escolares de frecuencia de raciones en menú, según grupo de alimentos



Como conclusiones generales, en la evolución de los diferentes grupos de alimentos cabe destacar los siguientes aspectos:

- **Verduras, Hortalizas y ensaladas:** Se alcanza el objetivo de 4 raciones/semana, e incluso se supera el indicador ligeramente.
- **Pescados:** Ha ascendido ligeramente, hasta alcanzar casi el valor de referencia de 6 raciones/mes.
- **Huevos:** No se alcanza la media recomendada de 1-2 raciones/semana, aunque mejora respecto al curso pasado.
- **Fruta:** Se obtiene el mismo valor que el curso pasado: 3,90 raciones/ semana, próxima al indicador de 4. Si bien, sigue manteniéndose la combinación semanal adecuada de «4 fruta / 1 lácteo».

Como valoración final, los datos de las evaluaciones globales de cumplimiento de los indicadores NAOS del curso 2023-24 han obtenido un 98% de cumplimiento.

Constatándose así, la tendencia a la mejora de los datos obtenidos en su conjunto y están próximos a alcanzar el cumplimiento completo de los indicadores.

2.3.3. Alimentación especial

Con el objetivo general de reducir los riesgos vinculados al consumo de complementos alimenticios, en 2024, se ha continuado con las líneas principales de actuación (otras acciones como alertas o reclamaciones se incluyen en su capítulo correspondiente). Estas acciones son, por un lado, el estudio documental de notificaciones de primera puesta en el mercado de productos que son notificados por las empresas con razón social en Euskadi y, por otro, el estudio de etiquetas que de forma aleatoria se recogen en las inspecciones de establecimientos alimentarios.

Los resultados de las acciones realizadas son las siguientes:

Se ha realizado el estudio y valoración de 87 notificaciones de primera comercialización de alimentos procedentes de empresas cuya razón social radica en Euskadi. Estos estudios detectan un porcentaje de incumplimiento cercano al 56% que son requeridos para su corrección.

El control de establecimientos que elaboran o comercializan complementos alimenticios que han sido inspeccionados en 2024 en Euskadi, ha supuesto el estudio y verificación de cumplimiento de la normativa de etiquetado de un total de 5 etiquetas recogidas en estas inspecciones. Los resultados desfavorables motivan el inicio de acciones correctoras que correspondan, tanto si los responsables pertenecen a Euskadi como a otras Comunidades Autónomas o Estados Miembros.

Tabla 50. Controles realizados

	2024
Notificaciones de productos estudiadas	87
Revisión de etiquetas en inspección	5

Fuente: Registro de «Complementos alimenticios».

2.4. Alertas y reclamaciones

2.4.1. Alertas

SISTEMA COORDINADO DE INTERCAMBIO RÁPIDO DE INFORMACIÓN (SCIRI)

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

En el proceso colaboran las Autoridades competentes en materia de seguridad alimentaria de las Comunidades Autónomas y la Comisión Europea, la Agencia Española de Seguridad Alimentaria (AESAN) y diversas organizaciones de la industria alimentaria.

A través del SCIRI se gestionan, principalmente, dos tipos de expedientes:

- Alertas: requieren actuaciones directas porque el producto puede encontrarse ya en el mercado y existe un riesgo asignado.
- Informaciones: el producto implicado no se encuentra en el mercado o no presenta un riesgo para la salud o se desconocen aún los posibles riesgos.

En este sentido desde octubre de 2023 se comenzó a trabajar a través de iRASFF (Rapid Alert System for Food and Feed), Sistema de alerta rápida para alimentos y piensos, para la gestión de las Alertas, Informaciones y ACA (Asistencia y Cooperación Administrativa: Los expedientes ACA requieren, por lo general, dar respuesta a una solicitud realizada por otro PCU de las CCAA o de otro Estado miembro en relación con un incumplimiento que no suponga un riesgo). La eficacia en el intercambio de información se consigue mediante la utilización de las aplicaciones informáticas i-RASFF y RASFF WINDOW <https://webgate.ec.europa.eu/rasff-window/screen/search>, donde se publica la información en forma de notificaciones y a las que tienen acceso los puntos de contacto de la Comisión Europea, EFSA, países de la EFTA y los puntos de contacto nacionales de los Estados Miembros.

Aunque han afectado a la CAPV en menor medida, existen otros tipos de expedientes como rechazos de productos alimentarios en fronteras, incumplimientos en situaciones puntuales o los englobados en el apartado de «varios» en el que no se definen unos riesgos o actuaciones concretas.

La tabla siguiente recoge un resumen de la gestión de los expedientes SCIRI durante los años 2020, 2021, 2022, 2023 y 2024. Se observa una estabilización relativa en el número total de notificaciones y un descenso en el número de actuaciones derivadas.

Tabla 51. Notificaciones y actuaciones del SCIRI en la CAPV 2020, 2021, 2022, 2023 y 2024

	2020	2021	2022	2023	2024
Alertas totales* SCIRI	361	476	241	339	711
Informaciones* totales SCIRI	175	283	221	289	6
Nº de Notificaciones que han afectado a la CAPV	Con adopción de medidas	94	114	82	74
	Sin medidas adicionales	29	82	61	50
					91
	Total	123	196	146	124
					130

	2020	2021	2022	2023	2024
Establecimientos contactados	534	608	351	218	162
Actuaciones derivadas					
Nº de inspecciones	59	48	73	20	13
Total actuaciones	593	656	424	238	175

(*) Fuente: SCIRI: Sistema de Intercambio Rápido de Información.

TIPO DE PELIGRO

Dentro de los expedientes en los que se han adoptado medidas, los relacionados con los riesgos biológicos y químicos han sido los que más alertas han generado. (Ver figura).

Figura 22. Alertas generadas por tipo de peligro

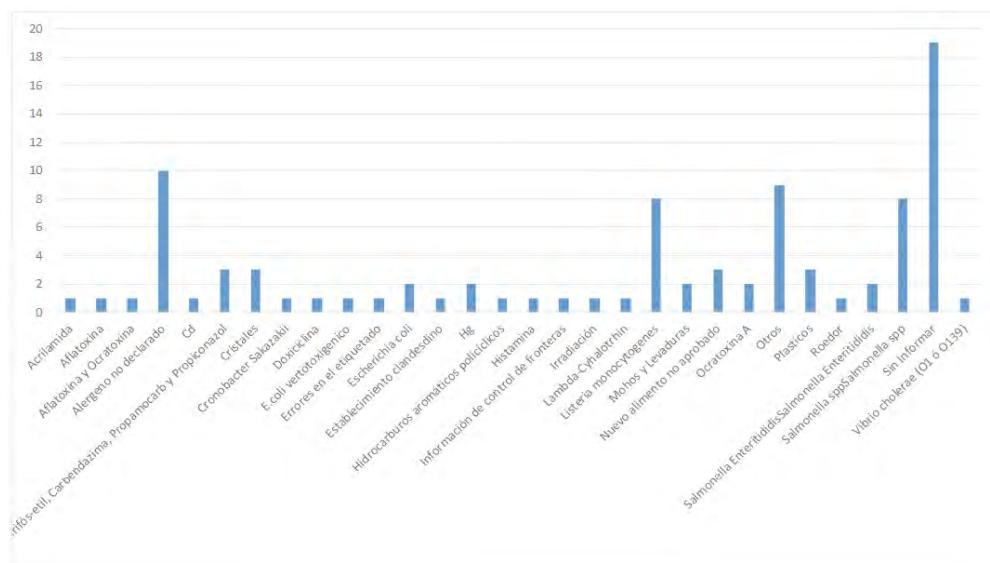
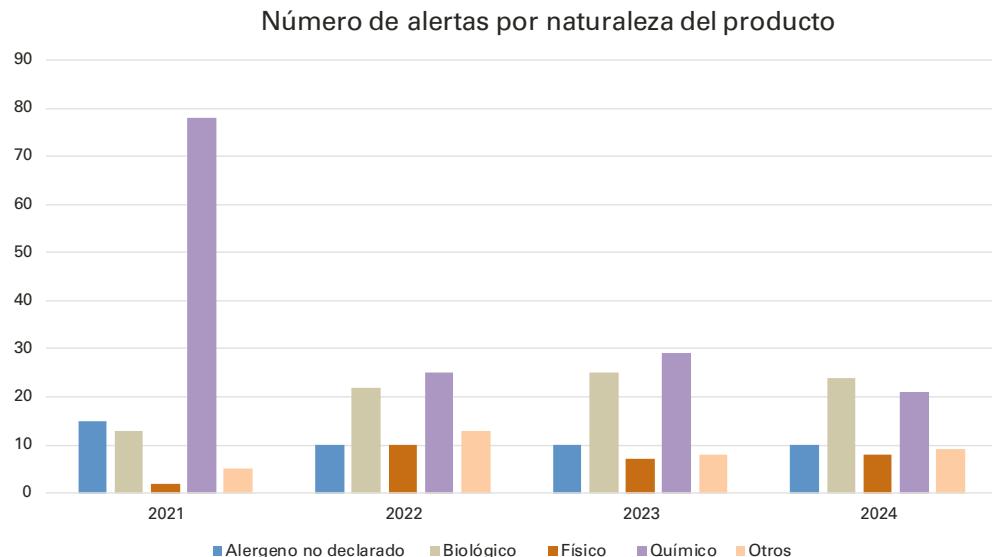


Figura 23. Número de alertas por naturaleza del producto

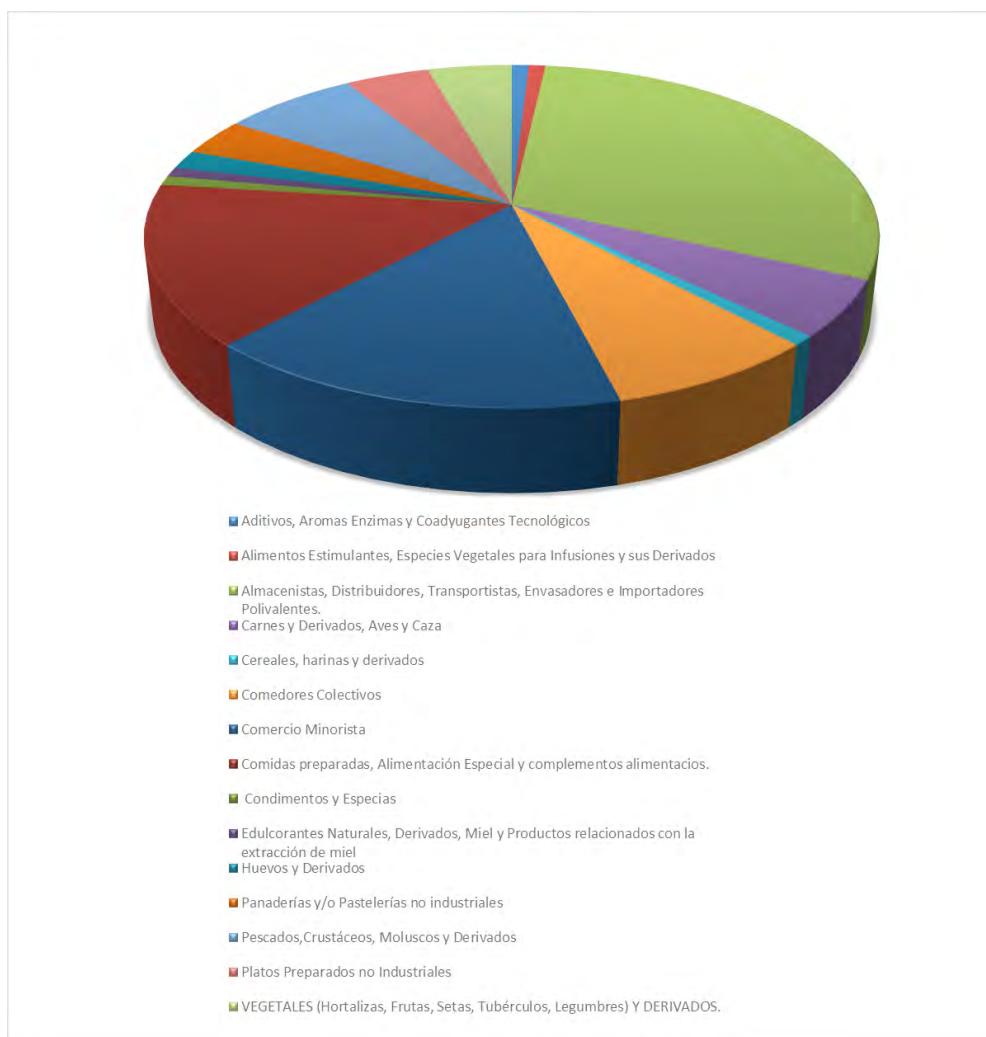


TIPO DE ALIMENTO Y SECTORES

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

Analizando la situación por sectores, la gran mayoría de las alertas afectan al sector de almacenistas, distribuidores, transportistas, envasadores e importadores polivalentes, al de comercio minorista y al de comidas preparadas, alimentación especial y complementos alimenticios.

Figura 24. Alertas por tipo de alimento y por sector



2.4.2. Reclamaciones

DENUNCIAS Y RECLAMACIONES

En este apartado se incluyen los incumplimientos de las normas de Seguridad Alimentaria en los que han estado implicados tanto alimentos como establecimientos de la CAPV: denuncias y reclamaciones presentadas por particulares u otros organismos y entidades, tanto de ésta como de otras Comunidades Autónomas, incidencias en los programas de control, brotes e intoxicaciones.

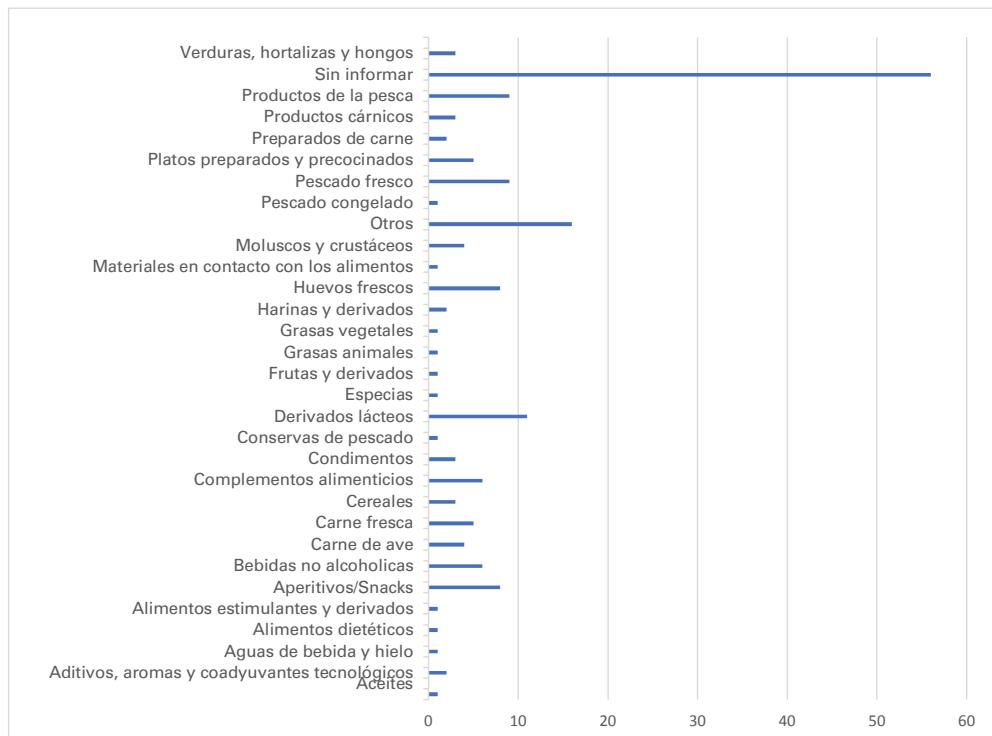
Durante el año 2024 se gestionaron y tramitaron por las Comarcas de Salud Pública un total de 286 Reclamaciones, siendo la gran mayoría fruto de programas de control. Ver tabla.

Tabla 52. Reclamaciones en la CAPV 2020, 2021, 2022, 2023 y 2024

	2020	2021	2022	2023	2024
ORIGEN RECLAMACIÓN	Denuncia	54	66	73	87
	Fuera de la CAPV	36	31	32	29
	Organismo de la CAPV	13	17	20	51
	Programas de control	99	153	168	163
	Total	202	267	293	330
					286

Los alimentos que más reclamaciones han generado son los derivados lácteos, los aperitivos/ snacks, el pescado fresco y otros productos de la pesca y los huevos frescos.

Figura 25. Número de reclamaciones por tipo de alimento



2.5. Otras actividades: publicaciones

Publicación: MANUAL NOTIFICACIÓN Y REGISTRO DE ESTABLECIMIENTOS Y ACTIVIDADES ALIMENTARIAS EN EL PAÍS VASCO

PROMOCIÓN DE LA SALUD

La promoción de la salud es un proceso social y político global que incluye no sólo acciones dirigidas a reforzar las habilidades y capacidades de las personas, sino también acciones dirigidas a modificar las condiciones sociales, ambientales y económicas para mejorar su impacto en la salud individual y colectiva. Por ello, debe existir coordinación con otros muchos agentes implicados: otros departamentos del gobierno, sectores sociales y económicos, organizaciones benéficas, grupos o colectivos comunitarios, autoridades locales, industria y medios de comunicación.

La promoción de la salud reconoce la salud como un concepto positivo y se centra en los factores que contribuyen a ella. Su objetivo es que todas las personas desarrollen su mayor potencial de salud, teniendo en cuenta los activos de la comunidad y los determinantes sociales de la salud (condiciones sociales subyacentes que provocan mejor o peor salud), y siendo conscientes que para alcanzar la equidad es necesaria una redistribución del poder y los recursos.

1. Impulso de políticas que apoyan la salud

El objetivo de esta línea de trabajo es incorporar la salud en las agendas políticas de las administraciones, tanto a nivel local, supramunicipal, territorial como de gobierno. Se busca promover la estrategia de Salud en Todas las Políticas (SeTP), como una forma de conseguir que las opciones más fáciles y accesibles sean también las más beneficiosas para la salud.

Se está avanzando en integrar la perspectiva de salud en la planificación urbana y la ordenación del territorio. Esto se logra fomentando el uso de la *Guía práctica para el análisis del efecto en la salud de iniciativas urbanas locales* entre profesionales involucrados en la planificación, desarrollo o seguimiento de iniciativas que conlleven cambios en el medio urbano.

Este enfoque asegura que la salud sea un eje central en la toma de decisiones, contribuyendo a entornos más saludables y sostenibles.

1.1. Urban Klima 2050

El proyecto LIFE integrado Urban Klima 2050, aprobado por la Unión Europea, es el mayor proyecto de acción climática de Euskadi para los próximos años. dentro del área de adaptación y mitigación del cambio climático en Euskadi (2020-2025) (<https://urbanklima2050.eu>) en cuya acción C.3.1. participa el área de promoción de la salud.

Con este proyecto se pretende:

- Incorporar la variable de salud en los instrumentos de planeamiento urbano, teniendo en cuenta riesgos futuros debido al cambio climático.
- Actualizar la «Guía práctica para el análisis de iniciativas locales de urbanismo» introduciendo el cambio climático como otro determinante a considerar.

Existe un grupo de trabajo liderado por BC3 (Basque Centre for Climate Change) en el que la Dirección de Salud Pública y Adicciones (DSPyA), IHOBE y Neiker participan como socios implicados.

La ejecución se prolongará hasta el año 2025.

2. Creación de entornos favorables

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

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

Estas ayudas se dirigen a Asociaciones de Madres y Padres de Alumnas y Alumnos (AMPA) y Cooperativas de Enseñanza titulares de centros docentes de enseñanza no universitaria, para el desarrollo de acciones orientadas a promocionar la movilidad activa entre el alumnado. La dotación presupuestaria en el año 2024 fue de 290.800 €.

Su objetivo es financiar actuaciones para el desarrollo de proyectos participativos, con la finalidad de:

- a. La creación y dinamización de caminos escolares, orientados a aprovechar las oportunidades que ofrecen los espacios urbanos, para los desplazamientos activos y seguros.
- b. La dinamización y/o transformación de los patios escolares en espacios inclusivos para el aprendizaje, el juego y el movimiento, además de la construcción de relaciones y experiencias de calidad, tanto en horario lectivo como fuera de él.
- c. La promoción de actividades dirigidas a fomentar la práctica regular de actividad física en familia, como excursiones al monte, salidas en bicicleta, paseos en patines o actividades de juego en familia, entre otras.

Tabla 53. Número de proyectos subvencionados en el año 2024 y su cuantía por territorio

	Nº de Proyectos	Cuantía (€)
ARABA	11	52.085,56
BIZKAIA	25	116.604,49
GIPUZKOA	26	122.109,95
TOTAL	62	290.800,00

3. Refuerzo de la acción comunitaria

Una de las áreas estratégicas de trabajo para la promoción de la salud es promover la acción comunitaria. La acción comunitaria se define como la dinamización de las relaciones sociales de cooperación entre las personas de un determinado ámbito o espacio de convivencia.

La acción comunitaria tiene una triple función transformadora:

- Mejorar las condiciones de vida de quienes habitan el espacio de convivencia.
- Reforzar los vínculos y la cohesión social, incluyendo especialmente a colectivos en situación de exclusión.
- Potenciar las capacidades de acción individual y colectiva en procesos de mejora de la salud y el bienestar.

La clave de todo proceso de acción comunitaria es conseguir encontrar un punto de encuentro y movilización entre los diferentes agentes comunitarios (ciudadanía, recursos profesionales y técnicos y administraciones). La acción comunitaria es una vía para adquirir una mayor influencia y control sobre los determinantes de la salud de una comunidad.

3.1. Ayudas para el desarrollo de proyectos participativos orientados a la promoción de la salud a nivel local

Esta convocatoria de dirige a las entidades locales de Euskadi para el desarrollo de proyectos para la promoción de la salud a nivel local a través de la acción comunitaria.

Su objetivo es financiar actuaciones para el desarrollo de proyectos participativos, con la finalidad de:

- a. La mejora de las condiciones de vida.
- b. La potenciación de las capacidades de acción individual y colectiva en procesos de mejora de la salud y el bienestar.
- c. El refuerzo de vínculos y cohesión social.

La dotación presupuestaria es de 250.000 € y suponen una oportunidad para impulsar la acción comunitaria en el ámbito local, al impulsar la intersectorialidad y la participación de los diferentes agentes que forman las comunidades.

En la tabla siguiente se relacionan el número de entidades locales y el número de proyectos subvencionados en el año 2024.

Tabla 54. Número de entidades locales y el número de proyectos subvencionados. Año 2024

ENTIDADES LOCALES SUBVENCIONADAS	PROYECTOS SUBVENCIONADOS	Cuantía (€)
ARABA	8	8
BIZKAIA	4	30.450,00
GIPUZKOA	30	165.213,44
TOTAL	42	250.000,00

En cuanto a actuaciones objeto de la subvención, todos los proyectos subvencionados tienen relación con la capacitación de las personas en la mejora de su bienestar y salud, mediante la transmisión de conocimientos y/o desarrollo de habilidades. El 95 % de los proyectos también se relacionan con la mejora de las condiciones de los entornos y/o ambientes físicos, sociales y culturales que rodean a las personas, por ejemplo, mediante el incremento de apoyo y/o recursos, eliminación de barreras, creación de oportunidades, etc. El 29 % de los proyectos declaran una finalidad de adecuación de normas y/o políticas para favorecer la toma de decisiones saludables.

Como ejemplos específicos de las actuaciones de objeto de la subvención se pueden mencionar las actividades con contenido de promoción de la actividad física, rutas saludables y servicios de orientación de actividad física, calidad de vida de las personas mayores, etc.

3.2. Apoyo a la creación de rutas de caminantes (Proyectos TTIPI-TTAPA) como facilitador de dinámicas comunitarias

Los proyectos Ttipi-Ttapa son rutas de caminantes que tienen como objeto el involucrar a diferentes agentes del municipio y fomentar la participación de la comunidad.

Los Ttipi-Ttapa se organizan gracias al trabajo coordinado y la participación de numerosos activos comunitarios del municipio (ayuntamientos, asociaciones, servicios de salud, educación, ciudadanía, etc.)

Los municipios diseñan recorridos, atendiendo a las diversas necesidades y capacidades de las personas que participan, y organizan salidas periódicas.

El objetivo de este proyecto es impulsar:

- La práctica de la actividad física.
- La cohesión social.
- Las relaciones intergeneracionales.
- El bienestar emocional de las personas mayores a nivel local.

Otros proyectos similares son los paseos a pie, rutas saludables, paseos saludables, que si bien no cumplen con todos los objetivos y características de los proyectos Ttipi-Ttapa, sí abarcan muchos de los mismos.

En 2024, el número total de proyectos Ttipi-Ttapa, paseos saludables, rutas saludables, etc. que fueron financiados fue de 19, con la siguiente distribución:

- Araba: 2 proyectos
- Bizkaia: 0 proyectos
- Gipuzkoa: 17 proyectos

4. Desarrollo de aptitudes personales para la salud

4.1. Publicación y distribución de material de educación para la salud

INFANCIA Y MATERNIDAD

Se ofrece información a la ciudadanía, con el fin de lograr una actitud responsable y activa en torno a su salud y enfermedad, en diferentes etapas de la vida:

Guías de maternidad:

- Guía del embarazo, preconcepción, parto y puerperio saludable
- Atención al Parto Normal
- Guía para las madres que amamantan, sus parejas y familiares

Guías de salud infantil para ayudar a madres y padres a mantener y acrecentar la salud de sus hijos e hijas:

- Desde los primeros meses (de 0 a 6 meses)
- Desde el primer año (de 6 meses a 3 años)
- Desde la edad preescolar (de 3 a 6 años)
- A partir de los 6 años, en edad escolar

La Dirección de Salud Pública ofrece en su página web un material de apoyo para el personal de los centros docentes que pueden encontrarse en su actividad laboral con casos que requieren una atención sanitaria urgente. Asimismo, puede resultar útil a toda la población que tenga que actuar en casos de urgencias sanitarias. El material disponible consta de un documento escrito y una serie de vídeos explicativos de diferentes casos de urgencias que pueden ocurrir en el ámbito escolar y pautas de actuación recomendadas para cada caso.

PERSONAS MAYORES

La Dirección de Salud Pública ofrece en su página web una guía para el envejecimiento activo y saludable. Con ella se pretende de animar a las personas mayores a participar en la sociedad de acuerdo con sus necesidades, deseos y capacidades, aprovechando al máximo las oportunidades de tener buena salud física, sentirse bien emocionalmente y

disponer de un entorno social favorable. El objetivo es extender la calidad y esperanza de vida a edades avanzadas.

POBLACIÓN GENERAL

ALIMENTACIÓN SALUDABLE

Con el objetivo de dar herramientas a la población que permitan tomar las decisiones más saludables sobre alimentación, se ha diseñado un material para la difusión entre la población en general de conceptos básicos sobre alimentación saludable. A partir del icono del plato saludable, que presenta con claridad los diferentes alimentos que deben estar en la base de la alimentación diaria, así como sus proporciones. En 2024 se han editado, publicado y distribuido los siguientes materiales:

- Platos de plástico con el icono del plato saludable: 7.000 unidades.

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

La convocatoria de estas ayudas se dirige a las asociaciones de iniciativa social sin ánimo de lucro que estén orientadas a la mejora de la calidad de vida de colectivos de personas enfermas del País Vasco y sus familias. La cuantía de la subvención asciende a 300.000 €.

La finalidad es apoyar el desarrollo de habilidades y recursos para maximizar la capacidad de autocuidado e incrementar la autonomía, apoyar y encauzar necesidades sanitarias desde una perspectiva de promoción de la salud, y aumentar el conocimiento y la información sobre la enfermedad, los factores de riesgo y las conductas de salud más adecuadas.

Los proyectos y actividades subvencionados están relacionados con patologías diversas como cáncer, diabetes, enfermedades cardiovasculares, problemas nutricionales, problemas neurodegenerativos y neuromusculares, enfermedades psíquicas, etc.

En la tabla siguiente se relacionan el número de proyectos y la cuantía subvencionada por territorio durante 2024.

Tabla 55. Nº y cuantía económica de proyectos para la mejora de la calidad de vida subvencionados. Año 2024.

PROYECTOS SUBVENCIONADOS		Cuantía (€)
ARABA	32	107.596,22
BIZKAIA	28	87.804,32
GIPUZKOA	32	104.599,46
TOTAL	92	300.000,00

4.3. Ayudas para la prevención y control del VIH/sida, hepatitis C e infecciones de transmisión sexual

La convocatoria de estas ayudas se dirige a las entidades de iniciativa social sin ánimo de lucro que desarrollan en la Comunidad Autónoma de Euskadi actuaciones de prevención y control de la infección por VIH/Sida, hepatitis C o infecciones de transmisión sexual. La cuantía de la subvención asciende a 300.000 €.

Su objetivo es financiar actuaciones para el desarrollo de los siguientes tipos de proyectos:

- Intervenciones dirigidas al colectivo de hombres que tienen sexo con hombres.
- Intervenciones dirigidas a otros colectivos vulnerables como personas inmigrantes, personas usuarias de drogas por vía parenteral, personas que ejercen la prostitución y en general personas en situación de exclusión social.
- Diagnóstico precoz de hepatitis C, VIH e infecciones de transmisión sexual.
- Apoyo psicológico y social a personas que viven con VIH.

En la tabla siguiente se relacionan el número de proyectos y la cuantía subvencionada por territorio durante 2024.

Tabla 56. Nº y cuantía económica de proyectos para la prevención y control del VIH, hepatitis C e infecciones de transmisión sexual. Año 2024

PROYECTOS SUBVENCIONADOS		Cuantía (€)
ARABA	8	30.643,85
BIZKAIA	21	218.829,82
GIPUZKOA	6	50.526,33
TOTAL	35	300.000,00

5. Colaboración con proyectos transversales

MUGIMENT es un proyecto colaborativo para lograr una sociedad vasca activa impulsado por la Dirección de Actividad Física y Deporte y la colaboración de la Dirección de Salud Pública y Adicciones. Aúna las iniciativas orientadas a promover la actividad física y disminuir el sedentarismo, priorizando las medidas para que las personas inactivas dejen de serlo.

Las **Redes MUGIMENT**, redes de trabajo intersectorial, y los **Servicios de Orientación de la Actividad Física**, servicios de asesoramiento, orientación y acompañamiento a personas, son dos de las iniciativas que contribuyen al desarrollo del proyecto a nivel local.

La contribución de la DSPyA a este proyecto consiste en:

- Dar a conocer los proyectos Ttipi-Ttapa y sus características a nivel de la CAV.
- Establecer alianzas con otras entidades (Osakidetza, Deportes, Políticas Sociales, Diputaciones, Eudel...)
- Prestar asesoramiento y apoyo técnico a municipios interesados.
- Diseño de nuevos materiales para la difusión del proyecto.

ADICCIONES

Las adicciones son un problema complejo que ocasiona la pérdida de millones de vidas cada año y genera un gran sufrimiento a las personas que lo padecen, a las familias, a la comunidad y a la población en su conjunto. A lo largo de la historia, el consumo de sustancias psicoactivas ha sido utilizado para distintos fines en función de los cambios sociales, lo que ha dado lugar a diferentes patrones de comportamiento. Uno de los cambios paradigmáticos en cuanto a conductas adictivas tuvo lugar a finales del siglo XX, al surgir un nuevo tipo de trastorno, las adicciones sin sustancia, caracterizadas por ser dependencias relacionadas con conductas cotidianas que pueden llegar a interferir gravemente en el bienestar de las personas y su entorno.

Actualmente, han irrumpido en el mercado ilegal las denominadas Nuevas Sustancias Psicoactivas, conocidas también como «drogas de diseño». Se denominan nuevas por no estar controladas en las convenciones internacionales y tienen consecuencias muy severas sobre la salud de la población.

1. Coordinación y apoyo en la intervención sobre adicciones

1.1. Ley 1/2016, de 7 de abril, de Atención Integral de Adicciones y Drogodependencias

La Ley 1/2016, de 7 de abril, de Atención Integral de Adicciones y Drogodependencias regula las medidas y acciones a desarrollar en materia de adicciones en las áreas de promoción de la salud, prevención, reducción de la oferta, asistencia, inclusión social, formación e investigación y organización institucional. Además, regula el régimen sancionador desde un enfoque de prevención y concienciación social para lograr el cambio de actitudes y comportamientos relacionados con la salud.

En 2018 entró en vigor el Decreto 25/2018 que regulaba el dispositivo institucional a nivel de la Administración General de la Comunidad Autónoma de Euskadi. En 2019 se publicó el Decreto 187/2019 sobre señalización en materia de bebidas alcohólicas, productos de tabaco y dispositivos susceptibles de liberación de nicotina.

Continuando con el desarrollo de la ley, en 2020 se aprobó el Decreto 5/2020 de creación y determinación de reconocimientos a las mejores prácticas y a la trayectoria profesional en materia de adicciones. El Decreto 88/2022 de sustitución de sanciones por incumplimiento de la Ley 1/2016, que se aprobó en 2022, establece las medidas alternativas y el procedimiento para su aplicación.

1.2. Coordinación institucional y participación sectorial y social en materia de adicciones

En febrero del año 2024 se celebraron sendas reuniones con la Comisión de Coordinación Institucional y el Consejo Vasco sobre Adicciones, en ambos casos presididas por la consejera o el consejero de Salud. En dichas reuniones se informó sobre:

- resultados de la Encuesta sobre Adicciones,
- decreto de creación del Sistema de Información de Adicciones,
- evaluación del programa Kerik Gabeko Hondartzak,
- otras actuaciones (revisión de políticas del móvil en la escuela, premios de Buenas Prácticas, campaña sensibilización del uso de cannabis y legislación estatal y europea referente a productos relacionados con el tabaco)

Tanto en la comisión como en el consejo se facilita la participación de las instituciones y agentes sociales representados

1.3. VIII Plan sobre Adicciones de Euskadi 2023-2027

A lo largo de 4 décadas, los planes de adicciones han sido el instrumento de planificación, ordenación y coordinación de las estrategias y actuaciones en dicha materia. Este VIII plan continua la trayectoria de 7 planes autonómicos y numerosos planes locales y forales, que han venido complementando las intervenciones.

Con la misión de orientar y articular las intervenciones en materia de adicciones de las administraciones públicas vascas y de los agentes colaboradores, se propone lograr una Euskadi más saludable y sensibilizada ante los riesgos derivados del consumo de sustancias y de las conductas adictivas.

En base al modelo de los determinantes sociales de la salud en el campo de las adicciones los 5 objetivos en términos de resultados y los 5 instrumentales para lograrlos se despliegan en 20 líneas de actuación y 58 acciones para acometer desde 2023 a 2027.

Durante el año 2024 se realizaron presentaciones independientes en cada Territorio Histórico a los y las profesionales que trabajan en el ámbito de las adicciones en Euskadi (Salud Mental, Equipos Locales de Prevención Comunitaria, Asociaciones del Tercer Sector, Enfermería Comunitaria de Osakidetza, etc.)

Además, se elaboró el primer plan de acción donde se concretaron y definieron intervenciones en 10 de las 20 Líneas de actuación establecidas.

1.4. Subvenciones para el desarrollo de programas de prevención comunitaria de las adicciones, mantenimiento de equipos y realización de proyectos de prevención y reducción de riesgos y daños

Son ayudas que la Dirección de Salud Pública y Adicciones concede anualmente para la implementación de las acciones contempladas en los planes de adicciones. Se fundamentan en impulsar la promoción de la salud y la prevención de las adicciones en el ámbito local, para llegar a los y las más jóvenes en los centros escolares, a las familias y a los barrios. Además, ayudan al abordaje de las personas con mayor riesgo a través de las entidades del tercer sector.

Tabla 57. Ayudas económicas (euros) para el mantenimiento de equipos técnicos municipales de prevención comunitaria. Años 2017-2024

	2017		2018		2019		2020		2021		2022		2023		2024	
	N	Cuantía														
Araba	4	198.280	4	191.322	4	177.383	3	175.078	4	210.116	4	165.601	4	177.700	4	207.732
Bizkaia	19	666.489	20	652.532	10	309.751	10	311.797	20	729.558	21	556.694	21	702.031	20	661.298
Gipuzkoa	11	309.366	12	330.281	20	687.001	20	687.260	9	234.416	10	217.011	11	294.404	11	305.105
Total	34	1.174.135	36	1.174.135	34	1.174.135	33	1.174.135	33	1.174.135	35	1.174.135	36	1.174.135	35	1.174.135

Tabla 58. Ayudas económicas (euros) para el desarrollo de programas de prevención comunitaria de las adicciones. Años 2017-2024

	2017		2018		2019		2020		2021		2022		2023		2024	
	N	Cuantía														
Araba	3	53.413	3	52.327	3	54.552	2	57.683	3	58.896	3	61.606	3	57.077	3	49.759
Bizkaia	23	296.458	22	273.376	22	279.678	21	289.600	22	281.951	23	279.049	23	270.472	23	262.009
Gipuzkoa	18	211.895	20	236.062	18	227.535	16	214.482	18	220.918	17	221.110	18	234.216	18	249.997
Total	44	561.765	45	561.765	39	561.765	39	561.765	43	561.765	43	561.765	44	561.765	44	561.765

Tabla 59. Ayudas económicas (euros) para proyectos de prevención y reducción de riesgos y daños en adicciones. años 2017-2024

	2017		2018		2019		2020	
	N	Cuantía	N	Cuantía	N	Cuantía	N	Cuantía
Araba	10	93.774	10	87.092	9	75.710	14	122.948
Bizkaia	40	611.467	46	603.994	43	599.498	45	747.197
Gipuzkoa	15	177.259	16	191.414	15	207.292	15	248.355
Total	65	882.500	72	882.500	67	882.500	74	1.118.500

	2021		2022		2023		2024	
	N	Cuantía	N	Cuantía	N	Cuantía	N	Cuantía
Araba	14	130.569	14	129.791	12	142.096	16	169.686
Bizkaia	51	731.127	51	708.746	51	678.834	49	673.747
Gipuzkoa	15	256.804	20	279.963	21	297.567	21	274.715
Total	80	1.118.500	85	1.118.500	84	1.118.500	86	1.118.500

Tabla 60. Personas beneficiarias en proyectos de prevención universal financiado por la orden de ayudas, en los ámbitos escolar, familiar y comunitario, por sexo

			Ámbito				
			Escolar	Familiar	Comunitario		
2017			Nº Proyectos	100	38		
			Total personas beneficiarias	126.612	11.607		
				16.749			
2018			Nº Proyectos	63	31		
			Hombres	75.085	3.082		
			Mujeres	83.002	5.625		
			Total personas beneficiarias	158.087	8.657		
				26.910			
2019			Nº Proyectos	61	27		
			Hombres	71.213	2.807		
			Mujeres	73.777	6.170		
			Total personas beneficiarias	144.990	8.977		
				29.358			
2020			Nº Proyectos	57	29		
			Hombres	52.010	1.601		
			Mujeres	52.270	4.917		
			Total personas beneficiarias	104.280	6.518		
				10.586			

		Ámbito		
		Escolar	Familiar	Comunitario
2021	Nº Proyectos	69	26	28
	Hombres	66.131	1.687	5.276
	Mujeres	65.855	4.350	5.638
	Total personas beneficiarias	131.986	6.037	10.914
2022	Nº Proyectos	62	26	42
	Hombres	69.013	3.079	5.851
	Mujeres	70.290	6.367	5.628
	Total personas beneficiarias	139.303	9.446	11.479
2023	Nº Proyectos	60	22	47
	Hombres	89.303	1.233	10.533
	Mujeres	70.476	4.421	10.176
	Total personas beneficiarias	139.859	5.648	20.709
2024	Nº Proyectos	66	31	50
	Hombres	72.774	5.346	84.419
	Mujeres	76.499	8.744	47.411
	Total personas beneficiarias	149.273	14.090	131.830

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

Tabla 61. Personas beneficiarias en proyectos de prevención selectiva realizados por entidades locales y tercer sector a través de la orden de ayudas en los ámbitos escolar, familiar, comunitario, de ocio y festivo, por sexo

		Ámbito			
		Escolar	Familiar	Comunitario	Ocio y festivo
2017	Nº Proyectos	42	18	32	47
	Total personas beneficiarias	43.321	1.663	16.920	34.585
2018	Nº Proyectos	26	12	31	26
	Hombres	16.561	545	6.574	25.246
	Mujeres	14.378	899	6.679	16.722
	Total personas beneficiarias	30.939	1.444	13.253	41.968

		Ámbito			
		Escolar	Familiar	Comunitario	Ocio y festivo
2019	Nº Proyectos	28	11	19	26
	Hombres	16.586	478	4.745	24.779
	Mujeres	17.889	1.017	3.856	18.869
	Total personas beneficiarias	34.475	1.495	8.601	43.648
2020	Nº Proyectos	30	11	17	14
	Hombres	14.946	366	1.717	6.590
	Mujeres	16.098	536	1.601	5.722
	Total personas beneficiarias	31.044	902	3.318	12.159
2021	Nº Proyectos	29	10	28	16
	Hombres	20.189	417	7.482	7.141
	Mujeres	20.714	700	4.815	5.933
	Total personas beneficiarias	40.903	1.117	12.297	13.074
2022	Nº Proyectos	27	8	10	26
	Hombres	26.582	239	3.172	16.200
	Mujeres	27.210	324	1.736	11.640
	Total personas beneficiarias	53.792	563	4.908	27.840
2023	Nº Proyectos	29	9	18	13
	Hombres	20.543	427	4.744	6.510
	Mujeres	19.981	681	3.936	5.972
	Total personas beneficiarias	40.524	1.108	8.680	12.482
2024	Nº Proyectos	25	12	27	12
	Hombres	15.946	1.124	4.648	5.453
	Mujeres	17.152	1.454	3.230	3.926
	Total personas beneficiarias	33.098	2.578	7.878	9.379

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

2. Creación y divulgación de conocimiento, formación y evaluación

2.1. Encuesta sobre Adicciones de Euskadi, 2023

La [Encuesta sobre Adicciones de Euskadi](#), es una de las principales fuentes de información del Observatorio de Adicciones: GABIA. Forma parte del Plan Vasco de Estadística en vigor y se viene realizando de manera periódica desde 1992. En la edición del 2023 se incorporaron novedades como la inclusión de la población mayor de 74 años, escalas validadas para medir el riesgo de adicción a diferentes sustancias y comportamientos, un apartado específico sobre condiciones laborales y de empleo, un índice de salud mental y aspectos relacionados con el impacto de la pandemia por Covid-19.

La encuesta pretende conocer el estado de la situación sobre el consumo de drogas y otras adicciones sin sustancia en Euskadi, así como la percepción de riesgo y opinión de la población sobre las medidas para combatirlas y los factores sociales relacionados.

En el año 2024 se analizaron y publicaron los resultados generales de la encuesta.

Los hallazgos más destacables fueron la confirmación de la tendencia descendente del consumo diario de alcohol, tabaco y cannabis. La prevalencia del consumo de otras drogas ilegales también descendía, a excepción del MDMA (éxtasis) que aumentaba. También se apreciaba un incremento del consumo de tranquilizantes y del cigarrillo electrónico. En cuanto a las adicciones sin sustancia, el riesgo de uso compulsivo de internet era mayor entre la población menor de 21 años. Desde el punto de vista de las diferencias por sexo, el consumo de todas las sustancias era superior en hombres, excepto el de tranquilizantes, que predominaba en las mujeres en todos los grupos de edad.

Se inició un trabajo conjunto con OSALAN para realizar un estudio específico sobre el consumo de sustancias adictivas en el ámbito laboral y su relación con factores de género, de empleo y de condiciones laborales

También se llevó a cabo un estudio monográfico sobre el consumo de cigarrillo electrónico y los productos relacionados en Euskadi.

2.2. Proyectos de investigación, estudios y actividades de formación

Durante el año 2024 se llevaron a cabo las siguientes investigaciones y estudios:

1. Investigación sobre la relación de los datos de prevalencia en grupos de edad adulta, su experiencia adolescente y la personas que demandan asistencia en Euskadi. Instituto Deusto Drogodependencias
2. Investigación sobre las trayectorias de las personas consumidoras de drogas en los centros penitenciarios del País Vasco. Instituto Deusto Drogodependencias
3. Salud Mental y Adicciones: Nuevos perfiles en la intervención en drogodependencias. . Instituto Deusto Drogodependencias
4. Revisión de la evidencia científica disponible sobre la efectividad de las intervenciones de prevención ambiental, con énfasis en el entorno comunitario. SIIS-Fundación Eguia Careaga.

Se pusieron en marcha las siguientes actividades de formación:

5. Curso online. «Formación sobre Violencia de género y adicciones desde el ámbito sanitario». 143 participantes de entidades locales y del tercer sector en su mayoría.
6. Workshop sobre El trabajo intersectorial en el abordaje a las adicciones. 36 participantes de entidades locales y del tercer sector en su mayoría.
7. Seminario online sobre Aplicaciones de la Inteligencia Artificial para la búsqueda y análisis de información en el estudio de las adicciones. 143 participantes de entidades locales y del tercer sector en su mayoría.
8. Curso online sobre El manejo de sustancias en el ámbito penitenciario. 22 participantes de entidades locales y del tercer sector en su mayoría.

2.3. Divulgación del conocimiento y de los contenidos de la planificación en materia de adicciones en Euskadi

1. Presentación de los resultados de la Encuesta sobre Adicciones en cada uno de los 3 territorios históricos a personal del ámbito de adicciones y de Osakidetza (Bilbao, Donostia- San Sebastián y Vitoria-Gasteiz, febrero de 2024)
2. Ponencia sobre «Las adicciones en Euskadi: situación actual y planificación estratégica en la VIII Jornada ESAR-net – análisis de aguas residuales con fines epidemiológicos – presente y futuro. Vitoria-Gasteiz, 1 de octubre de 2024
3. XXXI Symposium sobre Avances en Drogodependencias: SALUD MENTAL Y ADICCIONES. Nuevos perfiles en la intervención en drogodependencias. Publicación de las actas. 147 participantes de entidades locales y del tercer sector en su mayoría.

4. Presencia en medios de comunicación: tras la presentación del VIII Plan sobre Adicciones, de la publicación de los resultados de la encuesta y de la elaboración de las nuevas guías para dejar de fumar; desde el Servicio de Adicciones se respondió a los medios de comunicación que solicitaron entrevistas:
 - Radio popular-Herri Irratia Bilbao: «Jóvenes y alcohol: aprender a decir que no es más efectivo que informar sobre los riesgos»
 - Radio Euskadi. Programa Ganbara: « Actuales consumos de drogas y sus riesgos. El cannabis que se mueve en la calle es cada vez más potente»
 - El diario.es: Hay adicciones a psicofármacos, sobre todo en mujeres, por tratar malestares cotidianos con química»
 - Diario de noticias de Gipuzkoa «Hay mucha gente con trastornos adictivos que se cree que tiene una vida normal»
 - Diario Vasco: «Cada vez se elaboran drogas más estimulantes y tóxicas»
 - Deia: «Por ahora no hemos detectado fentanilo en Euskadi».

2.4. Actualización del Observatorio GABIA y web de adicciones

Durante el año 2024 se ha trabajado en la actualización continua del Observatorio de Adicciones- Gabia y de la página web sobre Adicciones.

En el espacio web de GABIA se publicaron dos informes elaborados con datos de la Encuesta sobre Adicciones de Euskadi:

1. Principales resultados de la Encuesta sobre Adicciones de Euskadi
2. El consumo de cigarrillos electrónicos en Euskadi

Se rediseño el apartado de la Red de Espacios sin Humo en la web y con la colaboración de Geo Euskadi se incorporó un aplicativo que contiene un [mapa de los espacios sin humo](#) y estadísticas con información sobre los mismos que se actualiza periódicamente

Además, se han ido publicando los estudios e informes de interés, los boletines de alerta temprana, y *los resultados del programa de Buenas Prácticas*.

3. Campañas de sensibilización

3.1. Campaña de sensibilización de Vapers: «El Vaper no es tu Bro»

Se trata de una campaña dirigida especialmente a la población joven, busca sensibilizar sobre los riesgos para la salud asociados al uso de nuevos productos, como vapeadores y tabaco de baja combustión.

Se centra en aumentar la percepción de riesgo de una conducta que se vive como moda inofensiva y atractiva. La sensación de inocuidad unida a otros convencionalismos sociales como el posturero, la moda o el sentido de pertenencia a un grupo o cuadrilla hacen que su utilización sea cada vez más frecuente entre los y las jóvenes.

Se distribuyeron 14.000 trípticos y 2.500 carteles. Además de cartelería, se han elaborado banners, pantallas, spots y cuñas.

3.2. Campaña sobre riesgos asociados al consumo de alcohol: «ZAINDU: elige tu foto del verano»

Desde 2017 la marca ZAINDU identifica el conjunto de acciones de sensibilización dirigidas a la población vasca sobre el consumo de alcohol y otras drogas ilegales.

Esta campaña se realiza anualmente al inicio del verano coincidiendo con la época de fiestas y vacaciones. A través del eslogan «ZAINDU. Cuídate, cuida tu mundo» se dirige a la población, en general, pero centra su mensaje en la población más joven. Mediante un lenguaje juvenil y directo, pretende apelar a la conciencia y responsabilidad de las personas para que se cuestionen la relación que mantienen con el alcohol y otras sustancias adictivas.

Como material de apoyo cuenta con cartelería, un tríptico con falsos mitos dirigido a jóvenes, un folleto específico sobre los riesgos del consumo en el embarazo, un alcoholímetro, regletas que miden los efectos del alcohol en el organismo, según el peso, edad y sexo, y una [aplicación para móviles](#) que ofrece información útil y alternativas de ocio sin alcohol. El contenido es diferente según la edad (menores y mayores de 8 años).

«Elige la foto del verano» es un material específico para su uso en entornos festivos. En coordinación con las entidades locales y la colaboración de las comisiones de fiestas, txosnas, profesionales de la hostelería, etc. se difunden mensajes preventivos sobre los riesgos del consumo de alcohol, otras drogas y las conductas adictivas. Se fundamenta en ofrecer consejo breve a quienes se reúnen en el ámbito festivo, con el apoyo de materiales diversos.

Tabla 62. Material distribuido (n)

Material distribuido (n)					
	Entidades locales	Carteles	Regletas	Alcoholímetros	Trípticos «Alkoholaz Jakin»
2017	22	1.500	6.000	5.350	
2018	21	1.000	9.000	9.000	
2019	26	655	13.300	12.950	
2020	0	0	0	0	
2021	20	475	10.700	10.900	5.300
2022	31	535	11.800	12.500	9.300
2023	34	1.265	12.425	13.900	8.950
2024	27	870	13.300	12.950	7.150

Además de utilizarse en espacios de ocio, todos los años se distribuyen trípticos entre los centros de atención primaria para su uso dentro del protocolo de diagnóstico, tratamiento y prevención del consumo de alcohol de Osakidetza. En concreto para la realización del consejo breve de prevención en las consultas e intervenciones comunitarias.

Tabla 63. Material distribuido (n)

Material distribuido (n)		
	Centros de Atención Primaria	Trípticos repartidos. Alkoholaz jakin» «Haurdunaldian»
2017	16	6.000
2018	16	6.000
2019	9	6.800
2020	0	0
2021	13	5.300
2022	8	6.825
2023	7	11.780
2024	17	14.520

4. Reducción de la oferta

4.1. Información sobre las denuncias en materia de tabaco

Tabla 64. Denuncias en materia de tabaco por territorio histórico

	Nº denuncias								
	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024	
Araba	31	42	41	26	6	8	14	37	
Bizkaia	124	104	128	100	75	45	53	51	
Gipuzkoa	28	46	43	35	11	19	7	11	
TOTAL	183	192	212	162	92	72	74	99	

Tabla 65. Denuncias en materia de tabaco por tipo de infracción

	Nº denuncias								
	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024	
Fumar	44	67	65	45	9	18	17	17	
Permitir fumar	127	112	125	96	75	38	33	45	
Venta de tabaco/DSLN	11	13	19	21	8	16	24	37	
Falta señalización	1	1	3				0	0	
TOTAL	183	192	212	162	92	72	74	99	

Tabla 66. Denuncias en materia de tabaco por sector

	Nº denuncias								
	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024	
Hostelería	125	129	114	120	72	43	40	56	
Establecimiento de juego	38	24	62	13	7			1	
Centro deportivo	6	20	6	4		9	5	6	
Centro/galería comercial			23	17	6	12	21	0	
Comercio	5	12						11	
Resto (centro cultural, sanitario, de trabajo, de transporte, parque infantil, comunidad de vecinos)	9	7	7	8	7	7	8	25	
TOTAL	183	192	212	162	92	72	74	99	

Tabla 67. Denuncias en materia de tabaco por denunciante

	Nº denuncias							
	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024
Ertzaintza	49	87	93	41	15	23	13	28
Policía Municipal	96	74	78	111	31	31	36	43
Particular	27	22	25	8	41	16	12	6
Guardia Civil		9	16	2	5	2	12	21
Inspección Salud Pública	11						1	1
TOTAL	183	192	212	162	92	72	74	99

4.2. Actuaciones realizadas en materia de tabaco

- Sanciones impuestas por permitir fumar o por venta de productos de tabaco o Dispositivos Susceptibles de Liberación de Nicotina

Tabla 68. Sanciones en materia de tabaco

	Nº resoluciones sancionadoras							
	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024
Araba	7	11	17	3	1	4	5	22
Bizkaia	47	41	40	36	9	26	35	50
Gipuzkoa	11	10	17	5		4	4	4
TOTAL	65	62	74	44	10	34	44	76

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

Tabla 69. Actuaciones informativas

Nº de actuaciones informativas								
2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024	
19	10	12	17	41	18	6	0	

- Comunicaciones a los municipios de las denuncias por la infracción de fumar, correspondiendo a los alcaldes y alcaldesas la sanción de esta infracción desde la entrada en vigor de la Ley 1/2016, de 7 de abril)

Tabla 70. Comunicaciones

Comunicaciones								
2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024	
44	67	65	45	9	19	13	17	

4.3. Actuaciones realizadas en materia de alcohol

Remisión de las denuncias a los municipios, correspondiendo a los alcaldes y alcaldesas la sanción por estas infracciones, por venta y consumo de alcohol. Comunicaciones informativas de la normativa aplicable a publicidad ilícita de bebidas alcohólicas mediante anuncios publicados en ediciones impresas y digitales, instando el cese de la publicidad ilícita.

Tabla 71. Denuncias en materia de tabaco

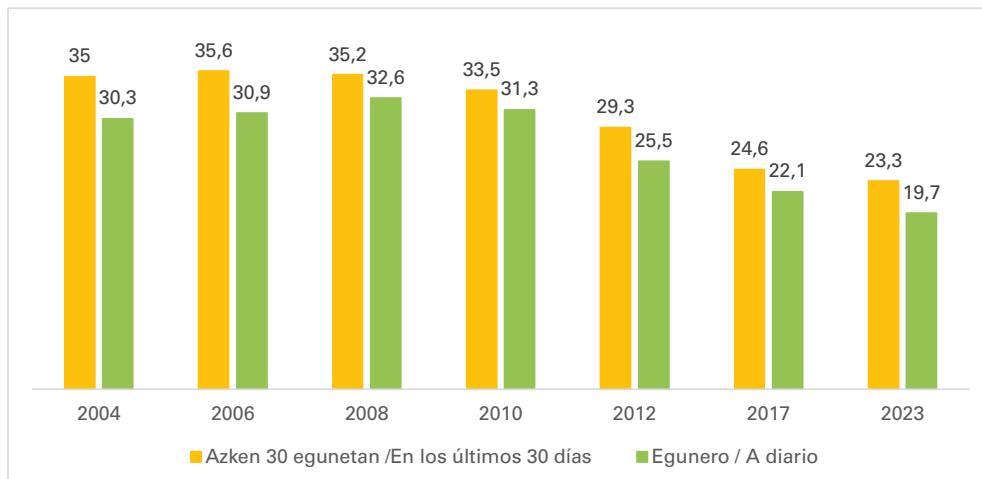
Nº de remisiones a los municipios						
2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023
26	6	0	3	5	5	5

Nº de comunicaciones						
2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023
1	1	0	0	1		

5. Estrategia Euskadi libre de humo de tabaco

Según la última Encuesta sobre Adicciones en Euskadi (2023), se mantiene la tendencia descendente, iniciada en 2010, de la prevalencia de consumo de tabaco. En 2023 se registró la proporción más baja, de toda la serie histórica, de población de 15 a 74 años que fuma a diario (19,7%) y que consumió tabaco en el último mes (23,3%).

Figura 26. Evolución del consumo de tabaco (%) en el último mes y a diario. Población de 15 a 74 años. Euskadi 2004-2023

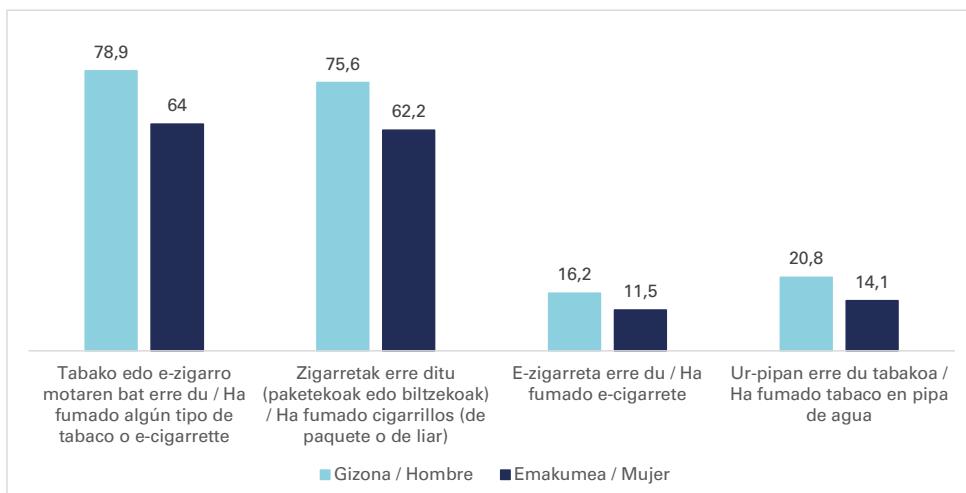


Fuente: Encuesta sobre Adicciones en la CAE 2023.

Este descenso del consumo diario era más notable en los hombres de todos los grupos de edad y en las mujeres jóvenes. Sin embargo, con respecto a la edición anterior (2017), no mostraban variación los y las jóvenes, ni las mujeres de todas las edades. La peor evolución se observó en las mujeres de 55 a 74 años, que presentaron los valores más altos de la serie histórica, pasando del 2,2% en 2000 al 15% en 2023. Este hecho, probablemente, se deba a un efecto cohorte, al ir cumpliendo años aquellas mujeres que empezaron a fumar en los años 70 y 80.

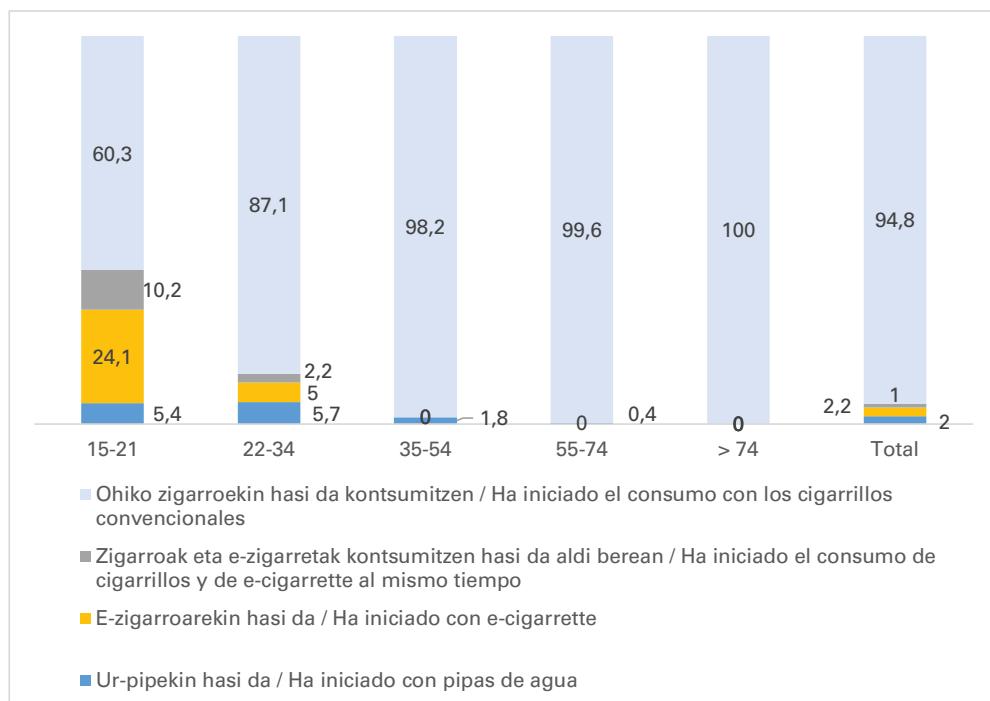
La población encuestada consumía preferentemente cigarrillos convencionales o tabaco de liar (68,7%). El uso de pipas de agua (17,3%) y el de cigarrillo electrónico (13,8%) por ahora es menos común.

Figura 27. Prevalencia de uso de tabaco y/o productos relacionados (e-cigarette, iQUO) alguna vez en la vida, por sexo. Población > 14 años. Euskadi, 2023



Aunque el consumo de cigarrillos electrónicos todavía no es tan frecuente como el tabaco convencional.

Figura 28. Tipo de producto o dispositivo con el que se inicia el consumo. Población >14 años que ha fumado tabaco o e-cigarette alguna vez



5.1. Nuevas Guías para dejar de fumar

En el año 2024 se diseñaron 2 guías para dejar de fumar con el eslogan «Mejor sin tabaco». Una de ellas se dirige a la población general y la otra a las mujeres embarazadas.

Se realizaron 2 impresiones de 8.000 ejemplares cada una que se distribuyeron en su mayoría a centros sanitarios de Osakidetza, y en menor cantidad a OSALAN y a los servicios de prevención de adicciones de las entidades locales.

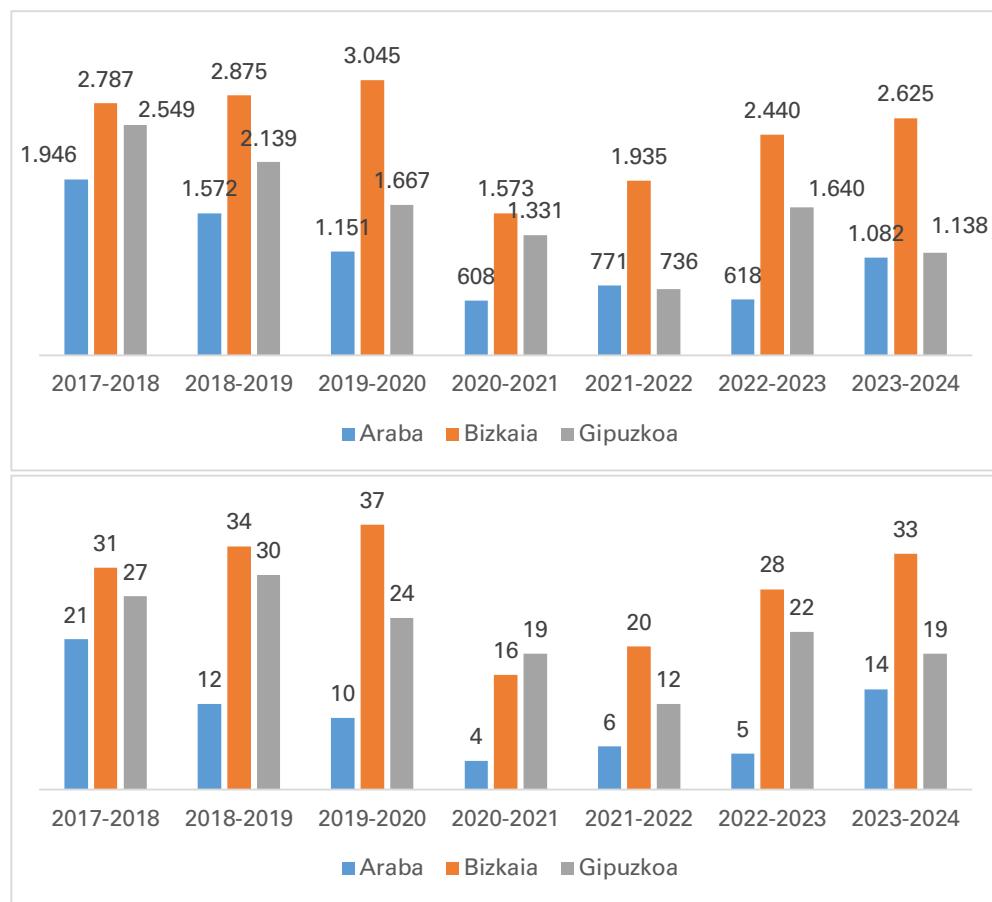
5.2. Programa KERIK GABEKO GAZTEAK (prevención ámbito escolar)

En Bizkaia y principalmente en Araba se produjo un incremento tanto del nº de centros como de chicos y chicas beneficiarias.

En el año 2024 se realizó una evaluación en profundidad del programa de la que se extrajeron recomendaciones con potencial para aumentar la efectividad de la intervención. Se llevó a cabo una revisión de los programas escolares para disminuir el consumo de tabaco y vapers con efectividad demostrada. Así mismo, se diseñó un estudio cualitativo en el que participaron tanto el profesorado como el alumnado.

A partir de las recomendaciones, se trabajará para actualizar los materiales con un mayor componente pedagógico y desde un enfoque de desarrollo de competencias personales y sociales. También se rediseñará el sitio web del programa y una estrategia de apoyo al profesorado.

Figura 29. Número de centros escolares (arriba) y alumnado participante (abajo) en el programa Clase Sin Humo- Kerik Gabeko Gazteak, 2017-2024



En el año 2024 se realizó una evaluación en profundidad del programa de la que se extrajeron recomendaciones con potencial para aumentar la efectividad de la intervención. Se llevó a cabo una revisión de los programas escolares para disminuir el consumo de tabaco y vapers con efectividad demostrada. Así mismo, se diseñó un estudio cualitativo en el que participaron tanto el profesorado como el alumnado.

A partir de las recomendaciones, se trabajará para actualizar los materiales con un mayor componente pedagógico y desde un enfoque de desarrollo de competencias personales y sociales. También se rediseñará el sitio web del programa y una estrategia de apoyo al profesorado.

5.3. Kerik Gabeko Guneak

La iniciativa [Kerik Gabeko Guneak/ Espacios Libres de Humo](#) (KGG) se creó para promover conductas saludables y proteger el medio ambiente de la contaminación del humo, aerosoles y de las colillas y demás restos del tabaco y derivados. Tiene como objetivos: el seguir avanzando en la creación de un ambiente urbano más saludable, desnormalizar el consumo de tabaco y mejorar el medio ambiente.

Los espacios libres de humo son lugares donde, sin estar prohibido fumar, se recomienda no fumar. Pueden ser playas, piscinas, entornos de centros escolares, de parques infantiles, de centros cívicos, de centros de salud, de polideportivos, etc.

Se trata de un proyecto colaborativo en el que se trabaja el concepto «auzolana», trabajo en equipo, donde participan las entidades locales, el Departamento de Salud, las Diputaciones y otros agentes de interés como la Asociación de Lucha contra el Cáncer.

Las entidades locales interesadas en formar parte de la red KGG designan un espacio y colaboran con su señalización, comunicación, y gestión. El Departamento de Salud del Gobierno Vasco diseña los materiales del proyecto, la campaña asociada y facilita los materiales.

En el verano de 2021 se llevó a cabo una experiencia piloto en 5 playas de Euskadi para poner a prueba los diferentes elementos de la iniciativa. En el año 2022 se creó la Red de Espacios Libres de Humo/KGGuneen sarea, ampliando la iniciativa a otros entornos (plazas, piscinas, centros escolares, zonas deportivas, parques, etc.). Dicho año, se adhirieron a la red 41 municipios con 144 espacios.

El mismo año de creación de la red, se llevó a cabo una [evaluación cuantitativa del impacto](#) del programa en el entorno de las playas. Los resultados mostraron que, si bien contribuía a disminuir el consumo de tabaco, existía un alto grado de desconocimiento de la iniciativa por parte de la población que acudía a las playas, especialmente en la población joven.

Con el fin de aumentar el impacto positivo de la iniciativa se consideró necesario poner en marcha acciones de marketing social. De ese modo, coincidiendo con la apertura de la temporada de playas, se organizó en la playa de Zarauz un acto inaugural con participación de las autoridades del Departamento de Salud y del municipio de Zarauz. En el mismo se llevó a cabo una performance alegórica sobre el humo, el tabaquismo y la dificultad para escapar del mismo.

En 2024 el número de municipios que participaban en la red ascendió a 65 y el de espacios libres de humo de tabaco a 314, de los cuales 28 eran playas o piscinas.

Al igual que el verano anterior, desde el Departamento de Salud se planificó una [evaluación de carácter cualitativo](#), aplicando la teoría del cambio, para rediseñar el programa en base a las propuestas identificadas que lograrían los cambios esperados a corto y largo plazo.

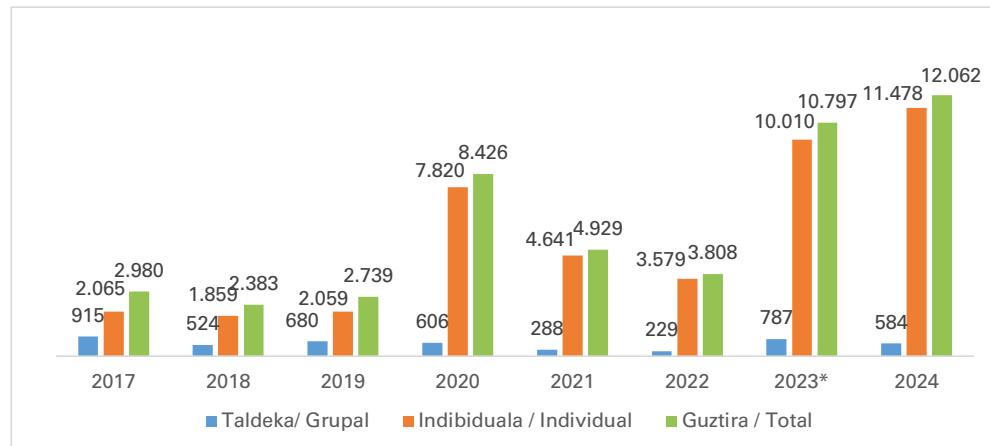
5.4. Oferta de tratamiento a la dependencia del tabaquismo en Atención Primaria de Osakidetza

En el año 2024, 12.062 personas (50,8% mujeres y 49,2% hombres) participaron en el programa para dejar de fumar de Osakidetza, el máximo de la serie de registro, 11,7% más respecto al 2023. Desde que se puso en marcha en 2011, más de 60.000 personas han acudido a este servicio. En el año 2020, se produjo un llamativo aumento que pudo deberse a varios factores: la puesta en marcha de la financiación del tratamiento farmacológico para dejar de fumar por parte del Departamento de Salud, la pandemia del COVID-19 y el mayor riesgo de enfermedad grave de las personas fumadoras, así como una mayor concienciación social sobre los ambientes sin humo.

Entre 2017 y 2024 la terapia individual es la que eligieron con mayor frecuencia quienes acudían a tratamiento del tabaquismo en Osakidetza, 43.511 personas (90,4%), frente a las 4.613 que lo hicieron al grupal (9,6%). En 2024, el 95,2% de las personas acudieron a tratamiento individual, mientras que en 2023 fue el 92,7%. Se observó un claro predominio de mujeres en el tratamiento grupal (60,6%), diferencia que no se apreció en la terapia individual (50,3% de mujeres y 49,7% de hombres).

La mayoría de las personas que se trataron se encontraban entre los 45 y 64 años, el 58,7% del total, frente al 60,5% de 2023. Sin embargo, en el tramo comprendido en los 25 y 44 años se observó un incremento pasando de 2.483 personas de 2023 a 2.988 en 2024, del 23% del total del 2023 al 24,8%.

Figura 30. Número de personas que recibieron tratamiento de tabaquismo en Atención Primaria de Osakidetza, 2017-2024



6. Programa Menores y Alcohol

La puesta en marcha hace más de una década del programa Menores y Alcohol fue un hito en la expansión de la cultura sobre prevención del consumo de alcohol. Se plantearon como objetivos: retrasar la edad de inicio de su consumo, disminuir la prevalencia del consumo intensivo y las borracheras e incrementar la percepción del riesgo asociado a su consumo.

Actualmente, lo que en su día fue un programa que englobaba más de 35 acciones, se ha convertido en una red de iniciativas que, en coordinación con las entidades locales, abordan la prevención del consumo de alcohol en el ámbito escolar, familiar, comunitario y de ocio.

6.1. Intervenciones en el ámbito educativo

Proyectos de prevención universal subvencionados mediante la Orden de Ayudas más los financiados directamente por el Gobierno Vasco. Cada año, en torno a 44 entidades locales desarrollan programas de prevención universal en el ámbito educativo, que no abordan de manera exclusiva la prevención del consumo del alcohol, pero que sí la incluyen a través de la educación en valores y la promoción de la salud.

	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024
Nº Proyectos	100	63	61	57	69	62	60	54
Total personas beneficiarias	126.612	158.087	144.990	104.280	131.986	139.303	139.859	81.194

Programa de prevención y reducción de riesgos, específico sobre el consumo de alcohol, dirigido al alumnado de 4º de la ESO, Bachillerato y Ciclos formativos, financiado directamente por el Gobierno Vasco e impulsado por las entidades locales.

	Nº talleres	Nº centros	Nº alumnos/as participantes	Nº municipios
2017	268	98	4.735	53
2018	277	96	5.100	46
2019	255	87	4.844	52
2020	224	75	4.331	35
2021	298	105	5.368	38
2022	306	94	5.724	47
2023	301	120	6.115	43
2024	238	73	4.725	35

MIMARTE. Programa de prevención selectiva sobre el consumo de alcohol en el ámbito escolar a través de las artes escénicas. Financiado directamente por el Gobierno Vasco e impulsado por las entidades locales, se dirige al alumnado de la ESO y Bachillerato.

	Nº representaciones	Nº municipios	Nº participantes
2017	36	27	2.238
2018	40	23	2.300
2019	61	27	3.709
2020	4	2	310
2021	67	22	2.366
2022	46	22	2.162
2023	43	25	2.256
2024	43	23	1.970

6.2 Intervenciones en el ámbito festivo y de ocio

Programa de prevención y reducción de riesgos asociados al consumo de alcohol en espacios de ocio festivo. Se trata de una intervención itinerante que, cofinanciada por el Gobierno Vasco y las entidades locales, se lleva a cabo en las fiestas de los municipios.

La intervención consiste en un consejo breve, desmitificando las creencias sobre su consumo y sensibilizando sobre sus efectos, riesgos y daños, junto con la realización en algunos casos de una prueba de alcoholemia, que recaba la atención del público del entorno.

	Nº municipios	Nº intervenciones	Nº personas
2017	52	73	15.137
2018	48	71	16.371
2019	55	77	16.996
2020	2	4	149
2021	30	43	3.865
2022	40	63	10.095
2023	47	70	11.091
2024	54	102	16.700

Programa de formación y sensibilización a profesionales que trabajan en contacto con personas menores de edad. Los programas de concienciación de la industria del alcohol y de las personas dispensadoras han demostrado ser una medida efectiva de **prevención ambiental**. Se dirige a personal de hostelería, txosnas, integrantes de comisiones de fiestas, monitores/as de tiempo libre, educadores/as de calle, policías municipales o ertzainas. Recibe financiación directa del Gobierno Vasco y lo impulsan las entidades locales. Se dan a conocer los riesgos legales, físicos, psicológicos y sociales asociados al consumo de alcohol y se promueven las pautas para la reducir todos esos riesgos.

	Nº talleres	Nº municipios	Nº profesionales
2017	22	23	302
2018	28	16	335
2019	32	15	322
2020	2	1	21
2021	30	17	411
2022	28	19	355
2023	33	18	268
2024	31	16	350

7. Programas de prevención y reducción de riesgos por consumo de drogas

Actualmente se cuenta con dos intervenciones dirigidas al espacio festivo y de ocio en aquellos lugares donde se reúnen jóvenes. Ambos se financian por el Gobierno Vasco y se impulsan desde las entidades locales.

7.1. Testing. Programa de prevención y reducción de riesgos del consumo de drogas en el ámbito festivo y de ocio

Se trata de un servicio de análisis de muestras de sustancias ilícitas que se lleva a cabo en los espacios de ocio, con el fin de sensibilizar sobre los riesgos derivados del consumo de estupefacientes y muy específicamente sobre los riesgos y daños derivados de su adulteración, por la inexistencia de control sanitario.

	Nº municipios	Nº intervenciones	Nº personas
2017	39	47	17.387
2018	39	62	18.046
2019	37	63	16.265
2020	2	3	440
2021	3	4	181
2022	33	46	6.889
2023	32	38	
2024	24	55	6.527

7.2. Programa de prevención y reducción de riesgos del consumo de drogas en Lonjas de uso lúdico

Se trata de un servicio de prevención y consejo breve, en que personas expertas en adicciones se acercan a las lonjas, lugares de reunión de jóvenes, para sensibilizar sobre los riesgos asociados al consumo de sustancias adictivas.

	Nº entidades locales	Nº lonjas	Nº jóvenes
2017	12	29	536
2018	16	53	842
2019	19	35	589
2020	0	0	0
2021	0	0	0
2022	10	15	177
2023	7	16	
2024	3	15	185

8. Sistema de alerta temprana

8.1. Análisis de las muestras de sustancias adictivas ilegales recogidas en los programas de reducción de riesgos y daños

La Dirección de Salud Pública y Adicciones del Gobierno Vasco y los Servicios Generales de Análisis de la UPV (SGIker) convenian la colaboración para el análisis de muestras de sustancias adictivas ilegales destinado a conocer la composición total de las mismas, nivel de pureza y adulterantes.

Las muestras provienen de la entrega voluntaria de personas que acuden a los programas de reducción de riesgos en ambientes de ocio (testing, punto fijo) y a los de reducción de daños (sala de consumo supervisado).

En el año 2024 se analizaron 234 muestras, de las cuales un 32,5% eran de anfetaminas, un 23,1% de cocaína y un 20,1% de MDMA. Las sustancias con mayor pureza fueron por orden decreciente, la ketamina y la cocaína y, a distancia, el MDMA. Los adulterantes más frecuentes, la cafeína y los analgésicos. También se identificó la aparición de nuevas sustancias psicoactivas, como la gabapentina en el mercado de MDMA y los FPA en anfetamina.

9. Asistencia socio-sanitaria de las adicciones

9.1. Intervención asistencial de la red pública de Osakidetza y concertada

Los recursos asistenciales de la Red de Salud Mental de Osakidetza son los siguientes:

- 32 centros de tratamiento ambulatorio de toxicomanías o Centros de Salud Mental
- Centro de orientación y tratamiento de adicciones COTA (Araba)
- Un hospital psiquiátrico de media estancia en Araba
- Servicios de dispensación de metadona
- Unidades de desintoxicación hospitalaria
- Programas de Intervención en toxicomanías en Centros Penitenciarios de Bizkaia y Gipuzkoa. El programa de tratamiento de adicciones en el C.P. Zaballa de Araba

es contratado por la Dirección de Aseguramiento y Contratación Sanitaria del Departamento de Salud.

A continuación, se detallan los recursos asistenciales concertados por el Departamento de Salud del Gobierno Vasco:

- 8 comunidades Terapéuticas
- 8 centros de tratamiento de toxicomanías (Araba 1, Bizkaia 5, Gipuzkoa 2)
- 4 centros de día (1 Araba, 3 Gipuzkoa)

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

En el año 2024 se suscribieron convenios (prorrogados hasta 4 años) con 3 entidades para el mantenimiento de 3 recursos sociosanitarios en la capital de Bizkaia. Son recursos cofinanciados por el Gobierno Vasco, la Diputación Foral de Bizkaia y el Ayuntamiento de Bilbao:

- Fundación Gizakia: centro sociosanitario «Andén 1»
- Cáritas Diocesana de Bilbao: Centro de Emergencia y Acogida Nocturna «Hontza»
- Comisión Ciudadana Antisida de Bizkaia: centro de día de baja exigencia para personas drogodependientes

En el año 2024, se actualizó el programa de dispensación de metadona que se lleva a cabo en cada uno de los territorios históricos. Con el objetivo de revisar las condiciones y requisitos de dispensación se constituyó un grupo de trabajo compuesto por personal de Salud Metal, de las Direcciones de Farmacia y Salud Pública y Adicciones del Departamento de Salud, y por profesionales de entidades concertadas que participan en el programa. Además de verificar requisitos y unificar criterios de dispensación se estableció un registro unificado a través de una aplicación común para todos los centros.

10. Resumen del área de adicciones

En el año 2024, de acuerdo con los datos de la encuesta EDADES (Encuesta sobre Alcohol y Drogas en España), las sustancias adictivas más consumidas por la población de 15-64 años a nivel estatal fueron alcohol (63,5%), tabaco (33,9%), cannabis (10,5%) e hipnosedantes (8%). A lo largo de los últimos 20 años, mientras el consumo de alcohol en el último mes no ha variado, el de tabaco ha experimentado una disminución importante y los de cannabis e hipnosedantes, principalmente éstos, han aumentado.

La media de la edad de inicio en el consumo de tabaco y alcohol en Euskadi presenta una secuencia similar al resto de Comunidades Autónomas (CCAA), alrededor de los 16 años, siendo inferior a la del consumo de cannabis, que ronda los 18 años.

Con respecto a la situación de otras CCAA, la proporción de hombres de Euskadi que consumieron alcohol en el último mes (73,2%) se situaba entre las 7 primeras, detrás de la Comunidad Valenciana, Asturias, Aragón, La Rioja, Castilla León y Extremadura. En las mujeres, aunque la proporción de consumidoras es inferior (62,7%) a la de los hombres, su posición relativa empeora, al situarse entre las 4 CCAA de mayor consumo, solamente por debajo de la Comunidad Valenciana, Asturias y Aragón.

En contraste con el perfil del alcohol, el consumo diario de tabaco en Euskadi (20,3%) es de los más bajos. Junto con Navarra y Cantabria se encontraba entre los de menor prevalencia. En el caso de los hombres (21,2%) la posición relativa es óptima, al ser la que presentaba la menor proporción de consumidores a diario y en el último mes. En cambio, el consumo de las mujeres vascas, aunque también era de los mejor posicionados, ocupaba el 4º puesto de la parte inferior (tras Castilla y León, Navarra y Murcia).

Continuando con la información de la encuesta EDADES 2024, el 14,1% de la población vasca de 15 a 64 años consumieron cannabis en el último año. En hombres y mujeres la frecuencia de consumo se situaba hacia la mitad de los valores de las 17 CCAA. Se repetía el patrón habitual de una mayor proporción de hombres (19,0%) que de mujeres consumidoras (9,2%), siendo el País Vasco, junto con Canarias, el de mayor gap entre sexos, casi con 10 puntos de diferencia.

En el ámbito de las adicciones sin sustancia se observan cambios en los hábitos de juego, según un estudio del año 2024 sobre Prevalencia, hábitos y perfiles de las personas jugadoras en Euskadi (Observatorio Vasco de Juego). Entre el total de persona entrevistadas, el inicio en el juego siendo menor de edad es más frecuente en la modalidad on line (21%) que presencial (17%) y la adicción al juego más prevalente en hombres (2,8%) que en mujeres (0,2%).

El VIII Plan sobre Adicciones 2023-2027, además de apuntalarse en la experiencia acumulada, introdujo nuevos abordajes. Tal es el caso de la prevención ambiental, que centra el interés en los factores sociales y del entorno que determinan las adicciones, al igual que la perspectiva del curso de la vida, que tiene en cuenta las diferentes necesidades a lo largo de la trayectoria vital de las personas. También se incorporan medidas dirigidas a reducir el estigma asociado a las adicciones y además, los ejes de desigualdad por razón de género, clase social o país de origen, ya presentes en el plan anterior, guiaron la definición de las 58 acciones que responden a los 10 objetivos y las 20 líneas de actuación del plan.

A principios de 2024 se puso en marcha una amplia difusión tanto de los contenidos de este VIII plan, como de los resultados de la Encuesta sobre Adicciones. En las reuniones presenciales el público objetivo fueron los y las profesionales de la salud y las adicciones, mientras que en las entrevistas en radio y medios de comunicación escrita, lo fue la población general.

La cuantía económica total de las subvenciones anuales para el desarrollo de programas de prevención comunitaria de las adicciones no ha cambiado desde el año 2017. Solamente se observan pequeñas variaciones en los territorios históricos en función del año en curso. Sin embargo, las dirigidas al tercer sector para proyectos de reducción de riesgos y daños experimentaron un aumento en el año 2020 que se ha mantenido hasta 2024.

La actividad desarrollada por los equipos locales de prevención de adicciones, financiada en parte por el Departamento de Salud, fue mayor en el número de proyectos de prevención universal en todos los ámbitos, escolar, familiar y comunitario. Se observó cierta disminución en cuanto a personas beneficiarias en los centros escolares, que puede deberse a que las aulas participantes tenían menos alumnado que las de otros años. Sin embargo, a nivel familiar y comunitario se produjo un aumento.

El número de proyectos de prevención selectiva de ámbito familiar y comunitario, que llevan a cabo las asociaciones de adicciones aumento, y se observó un mayor nº de familias beneficiarias.

En GABIA-Observatorio de Adicciones, entre otros documentos técnicos, se publicaron 2 informes elaborados con datos de la Encuesta sobre Adicciones de Euskadi. Por un lado, se analizaron los datos de la encuesta de manera exhaustiva, dando lugar a un completo informe. Y por otro, dado el interés por el consumo de cigarrillo electrónico y productos derivados, al ser un problema emergente en los últimos años, se llevó a cabo un estudio monográfico.

Durante el año 2024 el Departamento de Salud desarrolló una campaña «El vaper no es tu bro, te consume la vida», dirigida a deshacer la sensación de inocuidad establecida entre la población joven. Se trata de una campaña con imágenes impactantes y apocalípticas que cuestiona el consumir vapers por moda o «postureo».

Las medidas de reducción de la oferta en materia de tabaco, denuncias y sanciones aumentaron entre 2023 y 2024, un 25 y un 42% respectivamente

La Estrategia Kerik Gabeko Euskadi ha seguido avanzando a través de diversas iniciativas y programas. Por ejemplo, en el año 2024, los municipios adheridos a la Red de Espacios Libres de Humo/Kerik Gabeko Guneen Sarea ascendieron a 65 y el número de espacios libres de humo a 314. Las playas y entornos de piscinas ascendieron a 26.

También en Osakidetza se ha visto aumentado el número de personas que acuden para dejar de fumar con algunas de las diferentes modalidades ofertadas. En el año 2024 se alcanzó el máximo de la serie de registros con 12.062 personas. A su vez, el Departamento de Salud ha editado 2 nuevas guías para ayudar a dejar de fumar, «Mejor Sin Tabaco», que se dirigen a las personas que contemplan o han decidido abandonar el tabaco o derivados.

El programa Kerik Gabeko Gazteak ha sido objeto de revisión, debido a que llevaba muchos años sin que se hubiera evaluado su efectividad. Debido a una necesidad sentida por el equipo de trabajo de actualizarlo y valorarlo, se realizó una evaluación con

metodología cualitativa, al igual que una revisión sobre programas de ámbito escolar con efectividad probada, implantados en países de referencia.

Las 3 intervenciones de ámbito educativo incluidas en el programa Menores y Alcohol (Prevención universal, Riesgo Alcohol y Mimarte) que recuperaron su presencia en los centros escolares tras la pandemia, han experimentado un descenso en el año 2024. Sin embargo, las de ámbito festivo y de ocio se mantuvieron al mismo nivel que en 2023.

El Sistema de Alerta Temprana identificó la presencia de nuevas sustancias psicoactivas, concretamente, catinonas en el mercado de MDMA y FPA en anfetamina y obtuvo los mayores porcentajes de pureza en ketamina y cocaína.

Los recursos sociosanitarios se mantuvieron en condiciones similares al año anterior.

LABORATORIO

El Laboratorio de Salud Pública de Euskadi actúa principalmente como un servicio de apoyo analítico a las actuaciones de Protección, Promoción y Vigilancia de la Salud, recogidos en los Programas de la Dirección de Salud Pública y Adicciones del Gobierno Vasco.

Adicionalmente, realiza tareas analíticas de forma habitual a otras instituciones y entidades, entre ellos: Departamento de Desarrollo Económico, Sostenibilidad y Medio Ambiente, Departamento de Seguridad, Policías municipales, Ayuntamientos de Bilbao, Gasteiz y Donostia, Diputaciones Forales de Araba, Bizkaia y Gipuzkoa, Osakidetza, URA, AZTI y otras Comunidades Autónomas.

El Laboratorio tiene implantado un sistema de Gestión de la Calidad, que cubre procedimientos de las áreas de química y microbiología de los alimentos, aguas y aire, así como química clínica. De esta forma se da respuesta a las exigencias de la Reglamentación y Directivas Europeas: Reglamentos nº 2073/2005, 1881/2006 y 7 de abril de 2017, (UE) nº 2017/625 sobre controles oficiales, límites microbiológicos y contenidos máximos de contaminantes químicos en alimentos. Así como, al Reglamento (UE) 2020/2184 que afecta a las aguas de consumo.

Este Sistema de Gestión de la Calidad ha sido reconocido por la Entidad Nacional de Acreditación (ENAC), en sucesivas auditorías desde el año 1.998, de forma que en la actualidad se dispone de los siguientes expedientes de acreditación: según las normas: UNE-EN ISO/IEC 17025: 2017 Requisitos generales relativos a la competencia técnica de los Laboratorios de ensayo y calibración y UNE-EN ISO 15189: 2013 Laboratorios clínicos. Requisitos particulares relativos a la calidad y la competencia:

- LSP Araba: 132/LE326.
- LSP Bizkaia: 132/LE326, 132/LE469, 132/LE1136, 132/LE1108.
- LSP Gipuzkoa: 132/LE326.

El alcance de los procedimientos cubiertos por estos expedientes, puede consultarse en la página WEB del laboratorio, en la dirección: <https://www.euskadi.eus/gobierno-vasco/laboratorio/>

En la misma página se puede consultar la memoria de actividades completa del laboratorio. En ésta se recoge las muestras analizadas y el número de determinaciones realizadas en el año 2024 en el Laboratorio de Salud Pública de Euskadi. Las actividades se han agrupado en razón a los Programas a los que dan respuesta.

PLAN DE SALUD 2030

En 2023 se finalizó la elaboración y se publicó el Plan de Salud (PS) Euskadi 2030, con una implicación directa de la Dirección de Salud Pública y Adicciones, a la que, como secretaría técnica, le correspondió las funciones de dinamización e impulso del mismo.

La visión formulada anteriormente define el objetivo fundamental del Plan de Salud. Este consiste en liderar una Euskadi más saludable. Esto es, una Euskadi donde su población, sin distinción de edad, género, clase social, origen, lugar de residencia u otras características, logre de aquí al 2030 unos niveles de salud más altos que los actuales.

El PS 2030 se articula en torno a 10 objetivos, 7 generales (OG) y 3 transversales (OT):

Tres de ellos de resultado:

- OG 1: Lograr que los niños, niñas y adolescentes nazcan, crezcan y se desarrollen con todo su potencial de salud
- OG 2: Mejorar la salud y reducir la morbididad evitable
- OG 3: Conseguir un envejecimiento orientado al enfoque de vida plena

Cuatro de ellos instrumentales:

- OG 4: Lograr la sostenibilidad y excelencia en términos de calidad, humanización, seguridad en los sistemas asistenciales sanitarios y sociosanitarios de Euskadi
- OG 5: Fortalecer el sistema de Salud Pública para lograr la sostenibilidad y excelencia y hacer frente a los actuales y nuevos retos
- OG 6: Crear y desarrollar entornos y comunidades saludables, sostenibles y resilientes y responder al cambio climático.
- OG 7: Invertir en la investigación y la innovación de Euskadi y su aplicación en la mejora de los sistemas que inciden en salud

Tres de ellos transversales:

- OT 1: Reducir las desigualdades en salud
- OT2: Conseguir que las personas sean protagonistas y agentes activos de su salud y bienestar
- OT3: Mejorar la coordinación y colaboración institucional y con todos los agentes y en todos los niveles de cara a asegurar salud en todas las políticas

Los Objetivos Generales se han desplegado en Objetivos Específicos y estos en Líneas Estratégicas. Estas últimas señalan la orientación de las acciones concretas que habrán de planificarse y ejecutarse en el periodo de vigencia del plan por parte del conjunto de actores e instituciones, que tienen una relación directa con los objetivos propuestos.

Una vez aprobado el Plan de Salud Euskadi 2030, su primer Consejo Director consideró y aprobó el primer Plan de Actuaciones 2024-2026, a propuesta de la Dirección Técnica. Dicho Plan de Actuaciones describe las principales líneas de actividad que inician la andadura del Plan de Salud.

Estas líneas, en algunos casos ya iniciadas con anterioridad pero también direccionadas hacia la consecución de algunos de los objetivos específicos o generales del propio Plan de Salud, y en otros casos planificadas a partir de la formulación de dichos objetivos, permitirán avanzar sus logros en los primeros años del Plan de Salud Euskadi 2030.

En 2024 se publicó, asimismo, el primer cuadro de mando del Plan de Salud, con indicadores que reflejan la situación al inicio de su periodo de vigencia. Se trata de un conjunto de 90 indicadores, de resultado y de proceso, referidos a los objetivos del PS, dirigidos a valorar aspectos relevantes y facilitar la toma de decisiones en el despliegue del Plan de Salud Euskadi 2030.

