



Activitat gripal a Catalunya. Temporada 2001-2002.

Un nou marc per a la seguretat alimentària a Catalunya: la Llei de seguretat alimentària.



Generalitat de Catalunya
Departament de Sanitat
i Seguretat Social

Travessera de les Corts, 131-159 - 08028 Barcelona - Telèfon: 93 227 29 00

Activitat gripal a Catalunya. Temporada 2001-2002*

La grip és una malaltia infecciosa aguda de les vies respiratòries, que es caracteritza per un començament brusc amb febre, tos, odinofàgia, cefalea i artromiàlgies, principalment. En els nens el quadre gripal pot ser indistingible del produït per altres virus respiratoris. Aquesta malaltia es presenta de forma epidèmica durant els mesos d'hivern.

La importància d'aquesta malaltia rau en el fet de la seva rapidesa en el desenvolupament d'epidèmies, l'extensa morbiditat que produeix i les possibles greus complicacions que pot ocasionar, especialment pneumònies. Durant les grans epidèmies es produeixen malalties greus i morts, especialment entre la població gran i les persones que pateixen malalties cròniques cardíaques, pulmonars, renals o metabòliques, anèmies o immunosupressió.

La vigilància de la grip es va iniciar a Catalunya durant la temporada 1988-1989, amb el SISIGAB (Sistema d'Informació Integrat sobre la Grip a l'Àrea de Barcelona). La seva finalitat era estudiar el comportament gripal, detectar l'inici de l'epidèmia i caracteritzar els virus circulants.

Posteriorment, la temporada 1999-2000, la vigilància gripal a Catalunya va incorporar un seguit de modificacions per tal d'aconseguir una representativitat geogràfica més àmplia, més agilitat en l'obtenció de la informació i una cobertura més gran en la recollida de mostres per a l'estudi virològic. Així mateix, va canviar la seva denominació i va passar a anomenar-se PIDIRAC (Pla d'informa-

ció diària de les infeccions respiratòries agudes a Catalunya). A partir de llavors, amb la incorporació de petites modificacions destinades a millorar el funcionament del sistema, aquest s'ha continuat desenvolupant de forma similar durant les temporades següents.

Metodologia de treball

El període de vigilància va iniciar-se la setmana 45 (del 4 al 10 de novembre de 2001) i va finalitzar la setmana 16 (del 14 al 20 d'abril de 2002).

El grup de treball que realitza aquest programa de vigilància gripal ha mantingut reunions periòdiques, amb la finalitat de valorar l'evolució dels diferents indicadors i detectar l'inici de l'epidèmia gripal. Aquest grup el constitueixen representants de les entitats següents:

- Servei de Vigilància Epidemiològica de la Direcció General de Salut Pública del Departament de Sanitat i Seguretat Social.
- Secció d'Epidemiologia de la Delegació Territorial a Barcelona del Departament de Sanitat i Seguretat Social.
- Servei d'Epidemiologia de l'Institut Municipal de Salut Pública de Barcelona.
- Serveis assistencials de les diferents subdivisions d'Atenció Primària de l'Institut Català de la Salut.
- Laboratori de Microbiologia de l'Hospital Clínic i Provincial de Barcelona.

El nombre d'equips d'atenció primària participants com a centres sentinella en

* Basat en l'informe del grup de treball del PIDIRAC (Pla d'informació diària de les infeccions respiratòries agudes a Catalunya).

el sistema durant aquesta temporada ha estat de 23. Aquests centres estan distribuïts per diverses comarques de Catalunya. Els equips han aportat durant tota la temporada les dades de morbiditat atesa i han recollit mostres faríngies de pacients que han acudit a les consultes amb processos respiratoris aguts per a la seva anàlisi al laboratori.

Els equips participants han estat: EAP Roquetes, EAP Gòtic, EAP Horta 7 D, EAP Horta 7 F, EAP Sant Andreu 9 D, EAP Sant Andreu 9 E, EAP Bon Pastor i EAP Via Barcino (tots ells de Barcelona ciutat), EAP Montcada i Reixac, EAP Mataró-La Riera i EAP Santa Coloma 1 (de la província de Barcelona), EAP Salt, EAP Girona 1, EAP Girona 4, EAP Roses, EAP Olot i EAP Camprodon (de Girona), EAP Tarragona 1, EAP Tarragona 7, EAP Reus 3, EAP Reus 4, EAP Mont-roig del Camp i EAP Deltebre (de Tarragona).

Els indicadors utilitzats durant aquesta temporada han estat:

– **Indicadors de mortalitat**, obtinguts a partir del nombre d'enterraments produïts setmanalment a Barcelona ciutat i a partir del nombre de defuncions ocorregudes, també amb una periodicitat setmanal, a 6 municipis de la província de Barcelona. Aquests municipis són: l'Hospitalet de Llobregat, Manresa, Mataró, Terrassa, Sabadell i Santa Coloma de Gramenet. Les dades de mortalitat estan monitorades d'acord amb la metodologia per a sèries temporals de Box-Jenkins; s'utilitza el model ARIMA (3,0,0) tant per a Barcelona ciutat com per als 6 municipis de la província de Barcelona.

– **Indicadors de morbiditat**, provinents de diverses fonts:

- casos de grip declarats al sistema de malalties de declaració obligatòria (MDO)
- visites domiciliàries de medicina general realitzades pels metges dels equips sentinella (totals, per infeccions respiratòries agudes (IRA) i específiques per síndromes gripals)
- visites domiciliàries de pediatria realitzades pels metges dels equips sentinella (totals)
- visites per síndromes gripals realitzades al centre.
- visites totals programades al centre.

L'indicador basat en el nombre de casos de síndromes gripals declarats a Catalunya al sistema MDO no es pot utilitzar per a la detecció precoç de l'epidè-

mia, atesa la dificultat per recollir-lo puntualment, però resulta útil com a mètode complementari d'avaluació dels altres indicadors de morbiditat.

L'indicador basat en les visites per síndromes gripals realitzades als centres sentinella ha estat de nova incorporació per a la temporada 2001-2002 i ha demostrat molts bons resultats a l'hora de detectar precoçment l'epidèmia.

L'indicador que recull les visites totals programades al centre (xifra molt similar a la de visites realitzades, però de més fàcil obtenció), encara que no resulta útil per a la detecció de l'epidèmia, és pràctic com a quocient a l'hora d'estimar les taxes de consultes per síndromes gripals realitzades als centres sentinella.

Tant les dades corresponents a les visites domiciliàries com les de visites realitzades al centre han estat recollides diàriament mitjançant el SIAP (sistema d'informació de l'atenció primària) i enviades per correu electrònic al Servei de Vigilància Epidemiològica, on s'han valorat de manera conjunta.

– **Dades d'identificació microbiològica** de diversos virus causants de patologia respiratòria aguda, a partir dels frotis realitzats a pacients que acudeixen als CAP sentinella. Les mostres són trameses al Laboratori de Microbiologia de l'Hospital Clínic i Provincial de Barcelona.

S'han practicat proves d'immunofluorescència per investigar la presència de virus de la grip A i B, virus respiratori sincicial, adenovirus i virus parainfluença 1, 2 i 3. Per als virus gripals s'han emprat també tècniques de cultiu cel·lular i de PCR. S'han subtipat els virus aïllats i també s'han enviat al laboratori de referència de Londres per a la confirmació del subtipus.

Tots els indicadors, conjuntament amb la percepció que tenen els metges assistencials respecte a la clínica atesa, han estat valorats periòdicament per tots els professionals que participen en el grup de treball.

Atès l'interès que pot tenir disposar de dades sobre l'evolució de la grip de forma periòdica durant tota la temporada, s'ha continuat el sistema de retorn de la informació als centres declarants que es va iniciar durant la temporada 1992-1993. Aquest retorn es realitza mitjançant el *Full informatiu sobre l'activitat gripal a Catalunya*, que s'ha elaborat amb una periodicitat setmanal durant tot el període de vigilància gripal. Aquesta informació s'ha tramès a tots els centres declarants de Catalunya, i s'ha penjat al lloc web del Departament.

Resultats

Els resultats obtinguts a partir dels diferents indicadors han estat:

Mortalitat

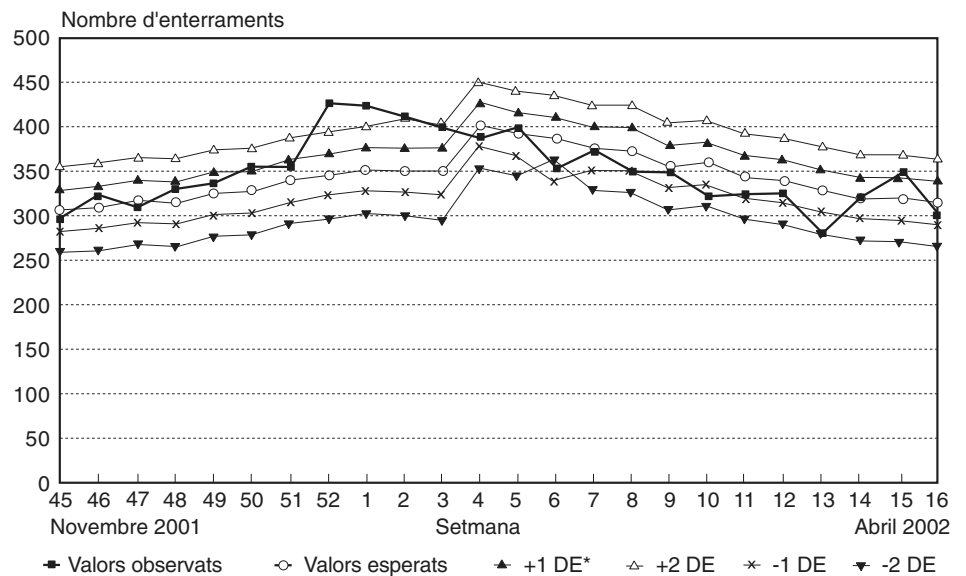
Els dos indicadors de mortalitat han superat les dues desviacions estàndard durant les darreres setmanes del 2001; pel que fa a la ciutat de Barcelona, el nombre d'enterraments va superar l'esmentat nivell a partir de la setmana 52 i va tornar a situar-se al voltant del nom-

bre d'enterraments esperat la setmana 4, mentre que en el cas de la província es van superar les dues desviacions estàndard a partir de la setmana 51 però la davallada va ser molt més progressiva, de manera que no es va situar al voltant del nombre esperat fins la setmana 9 (Figures 1 i 2).

Morbiditat declarada

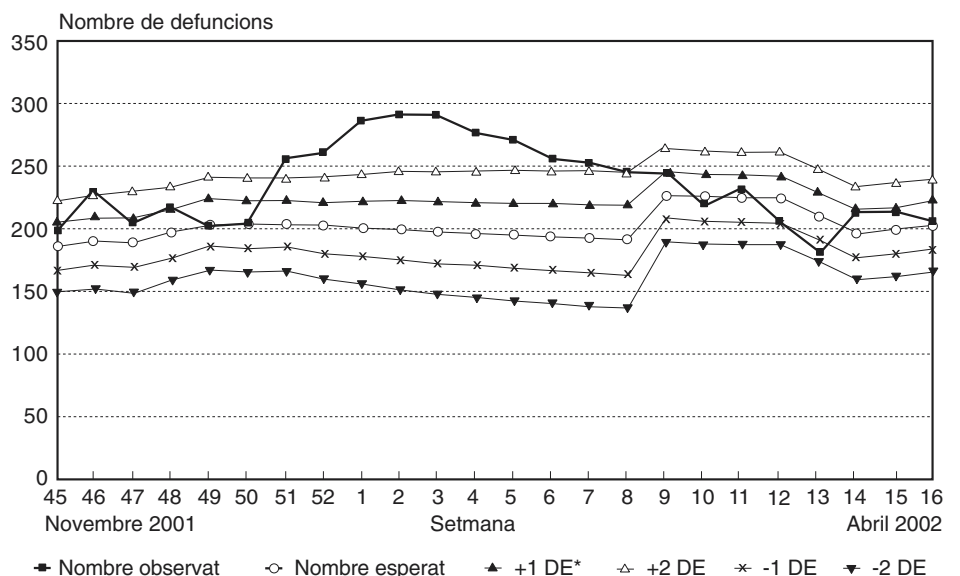
El nombre de casos de grip declarats al sistema MDO a Catalunya va començar a incrementar-se durant la darrera setmana

Figura 1
Nombre d'enterraments per setmana. Barcelona ciutat, 2001-2002



* DE: Desviació estàndard.
 Font: Servei d'Epidemiologia. Institut Municipal de Salut Pública de Barcelona.

Figura 2
Nombre de defuncions per setmana. Barcelona província*, 2001-2002



* Defuncions setmanals de l'Hospitalet de Llobregat, Manresa, Mataró Terrassa, Sabadell i Santa Coloma de Gramenet.
 Font: Secció d'Epidemiologia. Delegació Territorial a Barcelona del Departament de Sanitat i Seguretat Social.

de l'any 2001 i, més notòriament, a partir de la setmana 1 del 2002; va presentar el pic màxim durant la setmana 4 i va iniciar posteriorment un descens progressiu fins arribar a les xifres habituals dels períodes pre i postepidèmics (Figura 3).

Morbiditat atesa

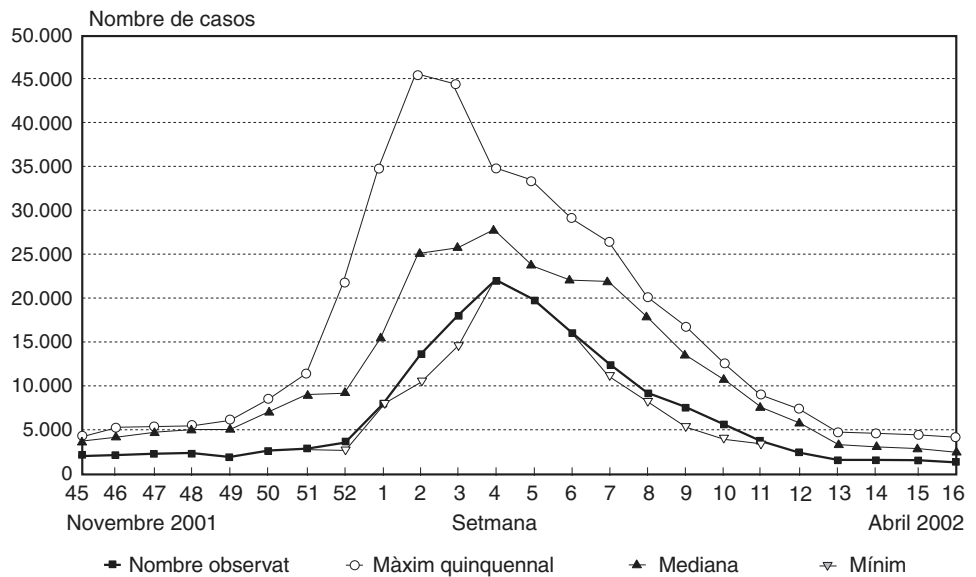
Les visites domiciliàries de medicina general totals s'han incrementat a partir de la setmana 1, i s'han mantingut elevades fins la setmana 9; les xifres màximes han correspost a la setmana 2 (Figura 4).

Les visites domiciliàries per IRA també

van començar a incrementar-se a finals de l'any 2001, van duplicar la setmana 52 la xifra de les efectuades durant setmanes anteriors i van continuar elevades fins aproximadament la setmana 6, a partir de la qual es van tornar a situar lentament als nivells habituals (Figura 5).

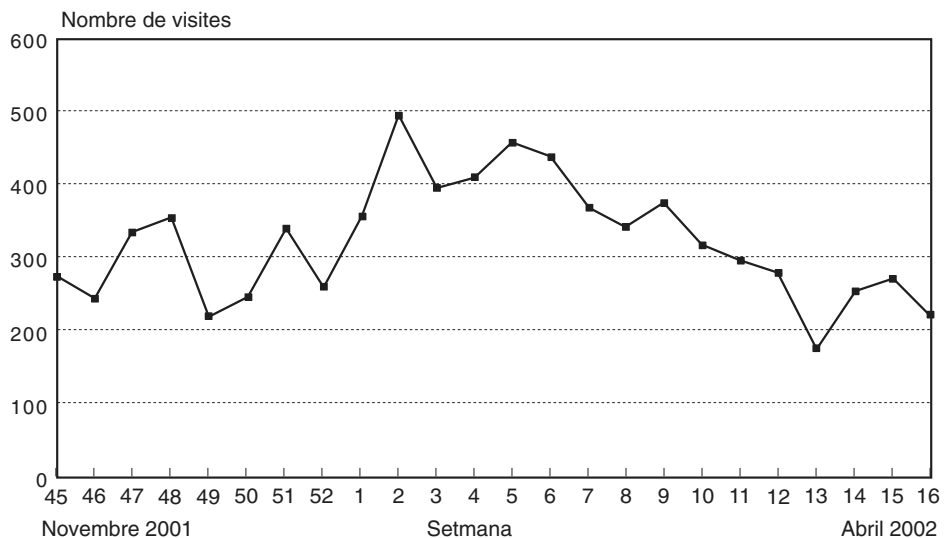
Una situació similar s'ha observat en les visites domiciliàries per síndrome gripal, que a partir de la setmana 1 i fins la setmana 7 van incrementar sensiblement la mitjana de les setmanes anteriors (Figura 6). Encara que durant la setmana 52 aquest indicador ja havia duplicat la seva mitjana, la interpretació és difícil

Figura 3
Casos de grip declarats al sistema MDO. Catalunya, 2001-2002



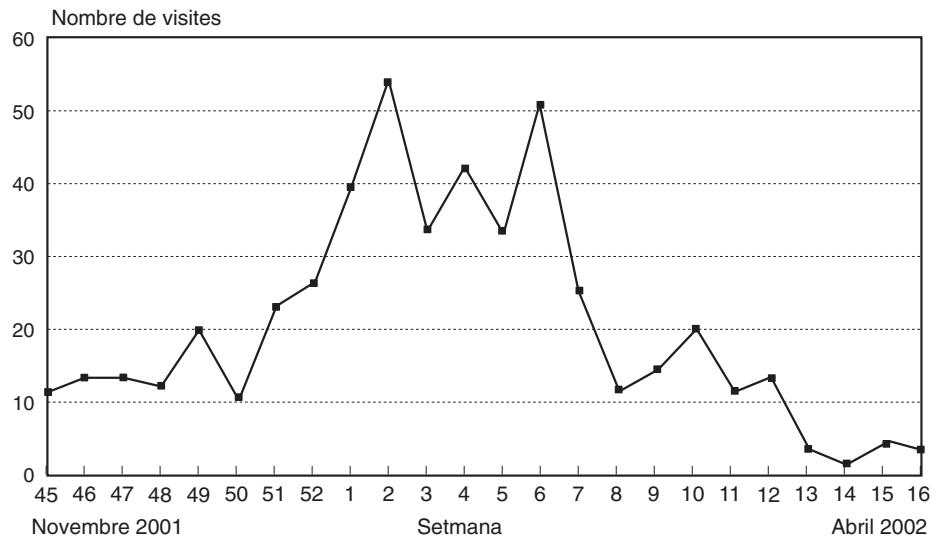
Font: Servei de Vigilància Epidemiològica. Departament de Sanitat i Seguretat Social.

Figura 4
Visites domiciliàries de medicina general totals. Catalunya, 2001-2002



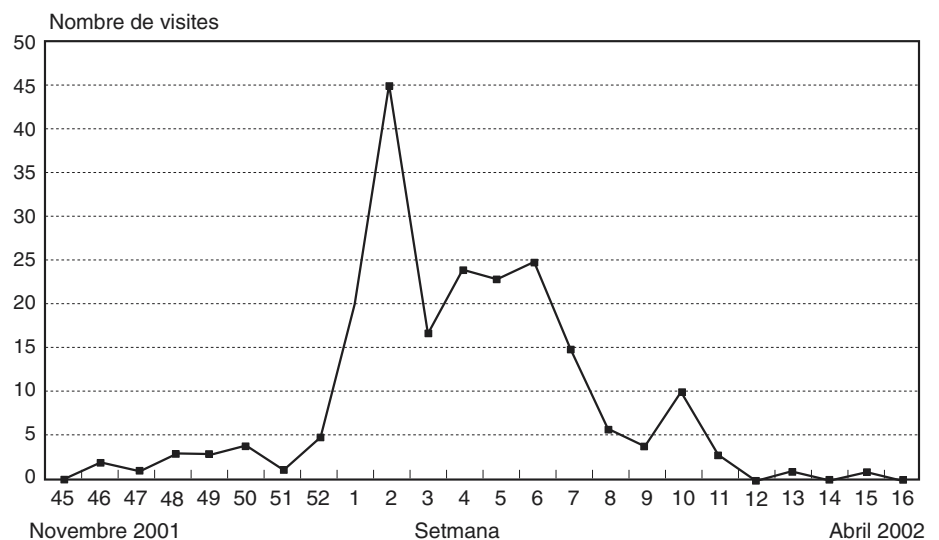
Font: Serveis assistencials de les subdivisions d'Atenció Primària de l'Institut Català de la Salut.

Figura 5
Visites domiciliàries de medicina general
per infecció respiratòria aguda (IRA). Catalunya, 2001-2002



Font: Serveis assistencials de les subdivisions d'Atenció Primària de l'Institut Català de la Salut.

Figura 6
Visites domiciliàries de medicina general per síndromes gripals.
Catalunya, 2001-2002



Font: Serveis assistencials de les subdivisions d'Atenció Primària de l'Institut Català de la Salut.

ateses les xifres tan baixes en què es mou l'indicador.

Pel que fa a les visites domiciliàries de pediatria, en les quals les xifres són també habitualment petites, es van observar augments molt discrets des de la setmana 2 a la 7, en què es va superar el doble del nombre habitual (Figura 7).

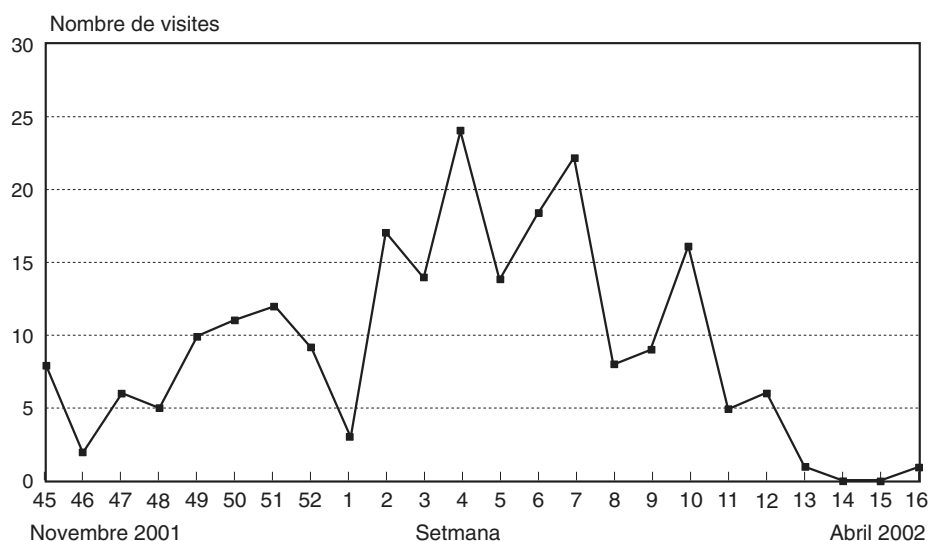
L'indicador que recull les síndromes gripals visitades al centre pels metges sentinella ha presentat un notable increment des de la setmana 52, però especialment des de la setmana 1 i fins la 9, a partir de la qual disminueix progressivament. El màxim increment s'ha registrat durant la setmana 3 (Figura 8).

Confirmació microbiològica

Amb referència a les dades de laboratori, durant la temporada gripal 2001-2002 s'han analitzat al laboratori un total de 472 mostres de pacients amb simptomatologia respiratòria aguda, de les quals 97 han resultat positives al virus gripal A, 59 al virus gripal B, 10 al virus respiratori sincicial, 5 a adenovirus i 1 a virus parainfluença 3.

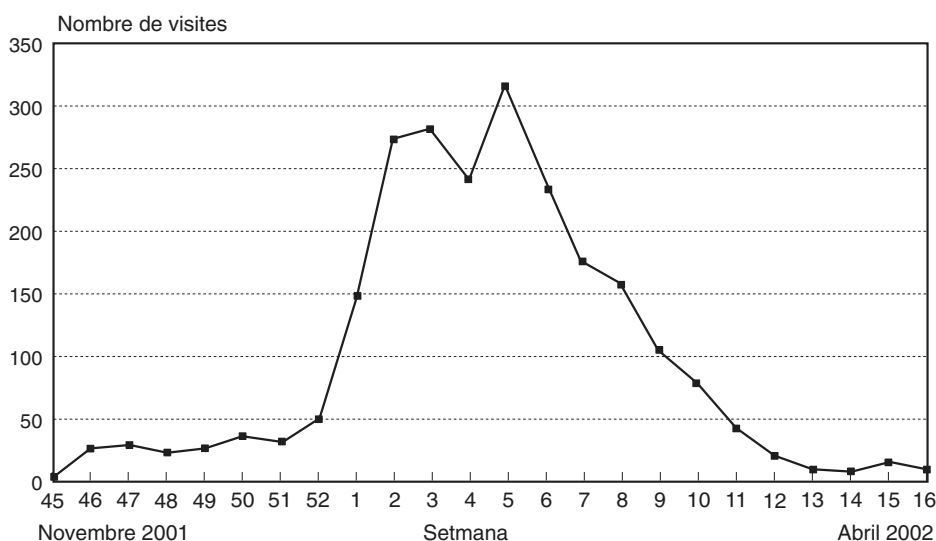
El percentatge de resultats positius es va incrementar notablement a partir de la setmana 51, no va superar el 25% de positivitats fins la setmana 52, i va assolir el pic màxim de resultats positius

Figura 7
Visites domiciliàries pediàtriques. Catalunya, 2001-2002



Font: Serveis assistencials de les subdivisions d'Atenció Primària de l'Institut Català de la Salut.

Figura 8
Visites ambulatòries per síndromes gripals. Catalunya, 2001-2002



Font: Serveis assistencials de les subdivisions d'Atenció Primària de l'Institut Català de la Salut.

(60%) al virus gripal durant la setmana 3.

Cal destacar que, encara que l'activitat epidèmica sigui imputable al virus gripal A, a partir de l'inici de la davallada en l'activitat epidèmica es va produir un increment en el nombre d'aïllaments de virus gripal B (Figura 9).

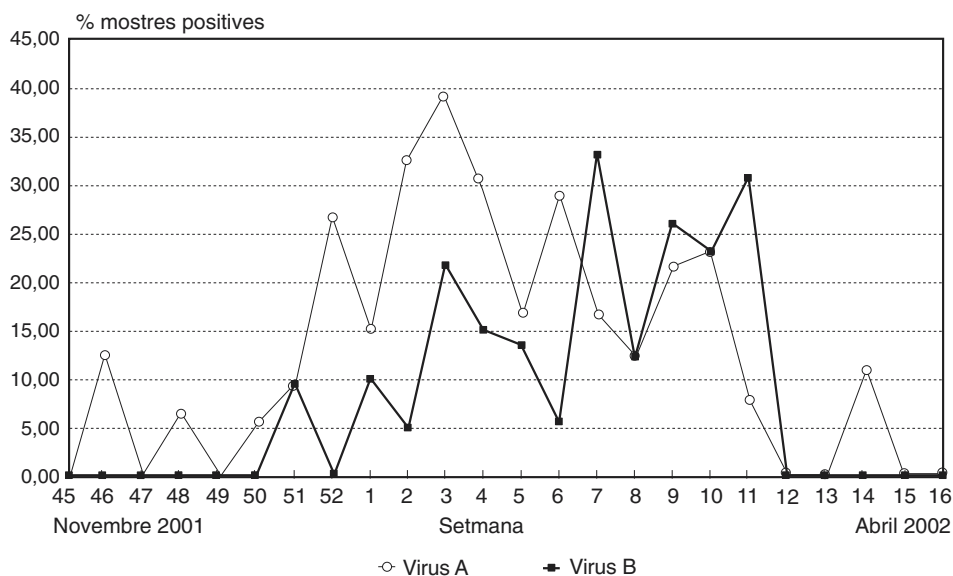
La major part de les mostres amb resultat positiu s'ha confirmat per cultiu. Els virus del tipus A aïllats pertanyen majoritàriament al subtipus H3N2.

Discussió

Durant la temporada gripal 2001-2002, la grip a Catalunya ha presentat una activitat epidèmica de bastant intensitat du-

rant el període comprès entre les darreres setmanes del 2001 i les primeres del mes de febrer de 2002. Encara que el sistema va detectar un increment en l'activitat a partir de la setmana 51, tant en l'indicador microbiològic com en diversos indicadors indirectes (visites domiciliàries per IRA i visites domiciliàries pediàtriques, així com en la mortalitat a la província de Barcelona), l'anàlisi conjunta de tots els indicadors permet concloure que l'epidèmia es va iniciar durant la setmana 52 i que les xifres màximes es van assolir entre la setmana 2 i la setmana 9. Cal destacar que els increments moderats observats durant la setmana 51, encara que no van arribar als nivells considerats com a

Figura 9
Percentatge de positivitat als virus gripals A i B. Catalunya, 2001-2002



Font: Laboratori de Microbiologia de l'Hospital Clínic i Provincial de Barcelona.

epidèmics, van permetre anunciar l'inici de l'activitat epidèmica gripal a Catalunya, la qual cosa té una clara utilitat tant des d'una perspectiva de salut pública com des d'una perspectiva assistencial.

La intensa activitat gripal registrada durant aquesta temporada contrasta amb l'observada durant la temporada anterior, en la qual en cap moment es van assolir nivells epidèmics.

Encara que durant l'ona epidèmica hi havia un clar predomini del virus gripal A amb alguns aïllaments esporàdics del virus gripal B, coincidint amb l'inici de la davallada en l'activitat epidèmica es va produir un increment en el nombre d'aïllaments del virus gripal B que va originar un petit pic; com ja se sap, el tipus B del virus gripal es manifesta de forma molt més discreta que el A, i ocasiona només casos esporàdics o petits brots.

Pel que fa a les xarxes sentinella de l'Estat, l'activitat gripal generalitzada també va començar a detectar-se a finals del mes de desembre del 2001. Tant les dades epidemiològiques com les virològiques van confirmar un ascens ràpid de la malaltia a partir de la darrera setmana del 2001. A partir de la setmana 11 les xifres ja eren similars a les del període previ a l'ona epidèmica. Igual que a Catalunya, el virus predominant durant el període epidèmic va ser el virus gripal A (H3N2) i, coincidint amb el declivi de l'activitat epidèmica, es va observar un predomini relatiu dels aïllaments del virus B.

Pel que fa a la resta de països europeus, l'activitat gripal ha estat qualificada com d'intensitat baixa o moderada en la major part d'aquests i associada a una

circulació mixta de virus de la grip A (fonamentalment H3N2) i B. Aquesta temporada cal destacar la identificació de soques de virus de la grip A (H1N2) a Egipte, Israel, el Regne Unit, França i els Estats Units, durant els mesos de novembre a gener. Aquesta soca sembla haver-se originat a partir d'una recombinació entre dos virus humans (H1N1 i H3N2) i havia estat prèviament detectada a la Xina durant la temporada gripal 1988-1989. En aquell moment no va haver-hi disseminació d'aquesta recombinació de virus humans. No obstant això, es considera que la vacuna recomanada per a la propera temporada confereix bona protecció davant d'aquestes noves soques.

Recomanacions

L'OMS recomana, per a la composició de les vacunes antigripals per a la temporada 2002-2003 a l'hemisferi nord, soques anàlogues a:

- **A/New Caledonia/20/99 (H1N1)**
- **A/Moscow/10/99 (H3N2) i**
- **B/Hong Kong/330/2001**

Probablement la major part de la població ha estat infectada en el curs d'aquests darrers anys pels virus A (H3N2), A (H1N1) i B. Com a conseqüència, una única dosi de vacuna hauria de ser immunògena per als individus de totes les edats, excepte per als nens no immunitzats amb anterioritat, els quals hauran de rebre 2 dosis vacunals, administrades almenys amb 4 setmanes d'interval entre elles.

És aconsellable realitzar la vacunació durant els mesos d'octubre i novembre.

La vacuna antigripal està indicada en persones de 6 o més mesos que estiguin incloses en algun dels grups següents:

1. Individus amb alt risc de complicacions

- a) Persones \geq de 65 anys d'edat.
- b) Persones internades en institucions tancades: residències geriàtriques, de malalts crònics, mentals, etc.
- c) Adults i nens amb malalties pulmonars o cardiovasculars cròniques, incloent-hi l'asma.
- d) Adults i nens que han estat sotmesos a vigilància mèdica o hospitalització durant l'any anterior a causa de malalties cròniques metabòliques (inclosa la diabetis *mellitus*), disfuncions renales, hemoglobinopaties o immunosupressió (inclosa la causada per medicaments o per l'HIV).
- e) Nens i adolescents (6 mesos-18 anys d'edat) tractats durant un temps prolongat amb àcid acetilsalicílic i que, per tant, puguin desenvolupar una síndrome de Reye després de la grip.
- f) Dones que es trobin en el segon o tercer trimestre de l'embaràs durant la temporada gripal.

L'excés de mortalitat associat a la grip en dones embarassades no ha estat documentat, llevat de les pandèmies de 1918-1919 i 1957-1958. No obstant això, alguns estudis indiquen que l'embaràs pot incrementar el risc de patir complicacions greus a conseqüència de la grip. Un estudi recent realitzat durant 17 temporades interpandèmiques indica que el risc relatiu d'hospitalització de dones embarassades per causes cardiorespiratòries passa d'1,4 en les setmanes 14 a 20 d'embaràs a 4,7 en les setmanes 37 a 42, en comparació amb la població de dones que estan en els 6 mesos posteriors al part. Per tant, a més de vacunar sempre totes les dones embarassades que pertanyin a grups de risc, abans de començar la temporada, s'ha de vacunar totes les que es trobin en el segon o tercer trimestre de l'embaràs durant la temporada gripal. L'administració d'aquesta vacuna és considerada segura en qualsevol trimestre de l'embaràs. En un estudi sobre l'administració de la vacuna gripal en més de 2.000 dones embarassades es va trobar que no es presentaven efectes fetals adversos associats a la vacuna. No obstant això, alguns experts prefereixen administrar-la durant el segon trimestre per tal d'evitar una associació amb avortaments espontanis, més comuns durant el primer trimestre.

2. Individus o grups que poden transmetre la grip a persones d'alt risc

Les persones infectades que n'atenen altres d'alt risc o que hi conviuen, els poden transmetre el virus gripal. Alguns individus amb risc especial (persones grans, receptors de trasplantaments, pacients amb sida, etc.) poden presentar una baixa resposta immunitària a la vacuna. Amb la finalitat de protegir aquestes persones, està indicada la vacunació dels grups següents:

- a) Personal mèdic, d'infermeria i altres treballadors hospitalaris i extrahospitalaris.
- b) Empleats de residències geriàtriques o cuidadors de malalts crònics que tinguin contacte amb pacients o residents.
- c) Empleats de residències i centres d'acollida per a persones d'alt risc.
- d) Personal que presta assistència domiciliària a individus d'alt risc (infermers visitadors, treballadors voluntaris, etc.)
- e) Contactes domiciliaris (inclosos nens) de persones d'alt risc.
- f) Convivents i cuidadors de nens amb edat entre 0 i 23 mesos, particularment els contactes de nens entre 0 i 5 mesos.

Igualment, és recomanable la vacunació de:

- **Població general:** la vacuna antigripal es recomana a les persones que presten serveis essencials a la comunitat, per tal de minimitzar la interrupció de la seva activitat durant els brots gripals.
- **Viatgers:** les persones amb alt risc de complicacions si contreen una infecció gripal i que no havien estat vacunades durant la tardor o l'hivern anteriors, han de considerar la seva vacunació abans del viatge si es troben en algun dels supòsits següents:
 - Viatges als tròpics (als països tropicals, la grip es produeix durant tot l'any).
 - Viatges organitzats amb grups nombrosos de turistes en qualsevol època de l'any.
 - Viatges a l'hemisferi sud entre els mesos d'abril i setembre, que són els de més gran activitat gripal.
- **Dones en període de lactància:** la vacuna antigripal no afecta la seguretat de les mares en lactància, ni la dels seus fills. La lactància no presenta efectes adversos per a la resposta

immunitària, per la qual cosa no és cap contraindicació per a la vacuna.

Contraindicacions per a la vacunació

La vacuna antigripal inactivada no serà administrada a persones que presentin hipersensibilitat a l'ou o a altres dels seus

components. És aconsellable retardar la vacunació d'adults amb malalties febrils agudes fins que la simptomatologia hagi disminuït. Tanmateix, les malalties lleus amb o sense febre no constitueixen una contraindicació per a la vacunació, especialment en nens amb infeccions lleus del tracte respiratori superior o rinitis al·lèrgica.

Bibliografia

- Departament de Sanitat i Seguretat Social. Indicacions i recomanacions per a la vacunació antigripal. Temporada 1990-1991. *Butlletí Epidemiològic de Catalunya* 1990; XI (5): 23 i 26.
- Organització Mundial de la Salut. Influenza. *Wkly Epidemiol Rec* 2001; 76: 36-52.
- Organització Mundial de la Salut. Influenza. *Wkly Epidemiol Rec* 2002; 77: 1-16.
- Centers for Disease Control and Prevention. Prevention and control of influenza. Recommendations of the Advisory Committee on Immunization Practices. *MMWR* 2002/ 51 (RR-3): 1-42.
- Organització Mundial de la Salut. Recommended composition of influenza virus vaccines for use in the 2001-2002 season. *Wkly Epidemiol Rec* 2002; 77: 62-6.
- Heinonen OP, Shapiro S, Monson RR, Hartz SC, Rosenberg L, Slone D. Immunization during pregnancy against poliomyelitis and influenza in relation to childhood malignancy. *Int J Epidemiol* 1973; 2: 229-35.

Un nou marc per a la seguretat alimentària a Catalunya: la Llei de seguretat alimentària*

Les crisis sanitàries europees relacionades amb els aliments

L'anunci, el març de 1996, de la relació entre l'encefalopatia espongiforme bovina i una nova variant de la malaltia de Creutzfeldt-Jakob i, tres anys després, la contaminació per dioxines i bifenils policlorats de pinsos que havien estat utilitzats en l'alimentació d'un nombre considerable de granges d'aus de Bèlgica, va fer aparèixer la preocupació per la seguretat alimentària als països de la Unió Europea (UE). Les crisis de les *vaques boges* i de les dioxines varen ser el detonant d'un redisseny de les polítiques de seguretat alimentària de la UE, recollit en el *Llibre Blanc sobre Seguretat Alimentària* de la Comissió, i en un seguit de canvis organitzatius en la mateixa Comissió i en molts dels estats membres.

El Llibre Blanc sobre Seguretat Alimentària de la Unió Europea

El *Llibre Blanc sobre Seguretat Alimentària*, publicat el 12 de gener de 2001, enumera els principis i les accions que han de caracteritzar la política de seguretat alimentària a Europa en els propers anys. Les reformes que proposa van encaminades a abordar la seguretat alimentària amb un plantejament global i

integrat, mitjançant l'aplicació de mesures preventives al llarg de tota la cadena alimentària, des de la producció primària fins al subministrament al consumidor final, definint, en cada un dels esglaons, les responsabilitats de tots els que hi intervenen, amb un únic objectiu: la protecció de la salut de la població. És un procés, doncs, en què intervenen diverses administracions (comunitària, central, autonòmica i local) i, dins de cadascuna d'elles, diversos àmbits sectorials, fonamentalment sanitat, medi ambient, agricultura i consum. Els plantejaments més destacats del *Llibre Blanc* són:

- a) Els àmbits d'intervenció en matèria de seguretat alimentària
- b) La utilització del mètode d'anàlisi del risc
- c) La traçabilitat
- d) El principi de precaució
- e) La transparència en la informació
- f) Les responsabilitats

a) Els àmbits d'intervenció en matèria de seguretat alimentària

Els àmbits objecte d'un nou marc normatiu i, consegüentment, d'intervenció oficial, amb la finalitat de protegir la salut de les persones, són el control sanitari dels aliments, l'alimentació animal, la

* Informe elaborat per Eduard Mata, director del Programa de Reordenació de la Salut Pública a Catalunya del Departament de Sanitat i Seguretat Social.

sanitat i el benestar animals, la contaminació del medi ambient, la sanitat vegetal, la nutrició humana i l'etiquetatge i la informació al consumidor

b) La utilització del mètode d'anàlisi del risc

El *Llibre Blanc* articula la intervenció administrativa en seguretat alimentària seguint el procediment d'anàlisi del risc, que consta de tres components: avaluació, gestió i comunicació del risc. L'avaluació del risc cerca identificar i valorar, qualitativament i quantitativament, els perills i caracteritzar el risc per a la salut de la població derivat de l'exposició a un agent físic, químic o biològic present als aliments. La gestió del risc busca evitar o minimitzar un risc per a la salut, seleccionant i aplicant les mesures de prevenció i control més apropiades. Per últim, la comunicació sobre el risc és l'intercanvi d'informació i d'opinions, relacionades amb els perills i els riscos, entre les persones encarregades de l'avaluació, les encarregades de la gestió, els consumidors, els que representen la indústria, la comunitat acadèmica i altres parts interessades.

c) La traçabilitat

La traçabilitat dels aliments constitueix un instrument auxiliar important per garantir la seguretat alimentària. Quan s'identifica un perill, els encarregats de la gestió del risc han de ser-hi en condicions de localitzar l'aliment perillós, procedir ràpidament a la seva retirada, informar els consumidors i els agents encarregats del control dels aliments i, si és el cas, rastrejar tota la cadena alimentària per determinar l'origen del problema i resoldre'l. Mitjançant la traçabilitat els encarregats de la gestió del risc poden limitar l'exposició dels consumidors al risc. Per aconseguir aquests objectius els operadors econòmics, al llarg de tota la cadena alimentària, han de conservar els registres de primeres matèries i d'ingredients.

d) El principi de precaució

L'aplicació del principi de precaució s'ha de considerar dins de la gestió del risc. Abans d'aplicar-lo és condició *sine qua non* la identificació dels perills derivats d'un producte o d'un procés i que l'avaluació científica no permet determinar el risc amb una certitud suficient. En aquest context, els gestors del risc han de jutjar quin és el nivell de risc acceptable per a la societat mentre no es disposi d'un grau més alt de certitud científica. En

alguns casos, la resposta correcta pot ser la decisió de no actuar o, almenys, no adoptar una mesura jurídica obligatòria. En el cas d'optar per l'acció existeix un ampli ventall d'opcions, que van des de la promulgació d'una mesura jurídicament vinculant, l'emissió d'una recomanació o l'impuls de projectes d'investigació per tal de completar les dades científiques. En tot cas, sigui quina sigui l'opció triada, les mesures basades en el principi de precaució s'han de prendre de forma transparent, han de ser proporcionals al nivell de protecció triat, coherents amb les mesures similars ja adoptades, basades en l'anàlisi dels possibles beneficis i costos, no discriminatòries i subjectes a revisió a la llum de les noves dades científiques. En definitiva, la decisió d'invocar o no el principi de precaució és una decisió que s'exerceix quan la informació científica és insuficient o incerta i, al mateix temps, hi ha indicis que els possibles efectes sobre la salut humana poden ser potencialment perillosos i incompatibles amb el nivell de protecció escollit.

e) La transparència en la informació

Pretén crear un marc de participació de totes les parts interessades en les diferents etapes de la cadena alimentària i establir mecanismes que permetin incrementar la confiança de la població en els instruments adreçats a garantir-ne la seguretat alimentària. Per incrementar la confiança és essencial millorar la comunicació sobre els riscos associats als aliments, així com l'accés de la població als dictàmens científics i al resultat de les activitats de gestió del risc.

f) Les responsabilitats

El *Llibre Blanc* identifica, com els principals responsables de la seguretat alimentària, els fabricants d'aliments per a animals, els agricultors i ramaders, i els productors o manipuladors d'aliments destinats al consum humà mitjançant la implementació de sistemes d'autocontrol. Les autoritats competents dels estats membres (centrals/federals, regionals/autonòmiques i locals) són les encarregades de garantir l'acompliment d'aquesta obligació amb sistemes de vigilància i control. Per últim, la Comissió Europea fa l'avaluació dels sistemes dels estats amb auditories i inspeccions.

Les organitzacions administratives i la seguretat alimentària

El *Llibre Blanc* aposta, igual que ho fa el *Codex Alimentarius* FAO-OMS, per la separació de les funcions d'avaluació de

les de gestió dels riscos. Així, planteja la creació de l'Autoritat Europea de Seguretat Alimentària (AESA) encarregada de l'avaluació i la comunicació dels riscos mentre la gestió (elaboració de la legislació alimentària i control) continuaria en mans de les autoritats nacionals i de la Comissió. Seguint aquests principis s'estan produint, arreu d'Europa, adaptacions de les estructures administratives responsables de la seguretat alimentària per fer front als nous reptes.

A l'Estat espanyol, mitjançant la Llei 11/2001, de 5 de juliol, es va crear l'Agència Espanyola de Seguretat Alimentària (AESA), adscrita al Ministeri de Sanitat i Consum, amb unes funcions d'avaluació del risc (dictamen científic) i de coordinació dels gestors del risc (ministeris del Govern central, comunitats autònomes i Administració local). El Reial decret 709/2002, de 19 de juliol, ha promulgat l'estatut d'aquest organisme.

A França, l'abril de 1999, es va crear l'Agència Francesa de Seguretat Sanitària dels Aliments (AFSSA), com a organització administrativa de salut pública encarregada de tasques d'avaluació i comunicació del risc. En un mateix sentit semblen dirigir-se les reformes a Grècia, amb la constitució de l'Autoritat Alimentària Grega del Departament de Protecció dels Consumidors del Ministeri de Desenvolupament.

Al Regne Unit, l'1 d'abril de 2000 va començar a funcionar l'Agència de Normes Alimentàries (*Food Standards Agency-FSA*), adscrita al Ministeri de Sanitat. Es tracta d'un organisme amb responsabilitats en l'avaluació i comunicació del risc i algunes activitats de gestió del risc, com la coordinació i la supervisió de les agències executives d'inspecció i control, la proposta de normativa o la planificació en seguretat alimentària. Les reformes d'Irlanda, amb la creació de l'Autoritat Irlandesa de Seguretat Alimentària, adscrita al Ministeri de Salut i de la Infantesa, i d'Espanya, seguirien conceptualment les britàniques.

A Bèlgica, el 18 de febrer de 2000, es va crear l'Agència Federal de Seguretat de la Cadena Alimentària, adscrita al Ministeri de Protecció dels Consumidors, Salut Pública i Medi Ambient, amb les funcions d'avaluació, gestió (inspecció i control) i comunicació dels riscos. Sembla que Portugal anuncia una reforma semblant amb la creació d'una Agència de Seguretat Alimentària Portuguesa, dependent de la Secretaria d'Estat de Protecció dels Consumidors, adscrita al primer ministre.

A grans trets, les organitzacions administratives dels diferents països europeus i de la Comissió de la UE han evo-

lucionat seguint, majoritàriament, uns principis genèrics:

- S'han creat agències o ens administratius encarregats del procés d'avaluació i comunicació del risc al llarg de tota la cadena alimentària, tenint en compte el principi de plantejament global i integrat expressat al *Llibre Blanc*.
- La gestió del risc, pel que fa a la promulgació de la normativa, queda majoritàriament sota la responsabilitat dels ministeris relacionats amb la cadena alimentària (habitualment els encarregats de Sanitat, Consum, Agricultura i Indústria) i, pel que fa a l'execució d'inspeccions i controls, resta sota la competència de diversos organismes o agències especialitzats.

La seguretat alimentària a Catalunya: la Llei de seguretat alimentària

A Catalunya, el procés de millora i adaptació al nou marc normatiu i organitzatiu que es perfila a la Unió Europea es concreta en la Llei 20/2002, de 5 de juliol, de seguretat alimentària, aprovada pel Parlament, per unanimitat, el 27 de juny i publicada al Diari Oficial de la Generalitat núm. 3679, de 17 de juliol de 2002.

El primer objectiu d'aquesta Llei és traslladar al cos legislatiu del nostre país, amb una norma amb rang de Llei, els principis europeus del *Llibre Blanc*. En aquest sentit s'especifica que les polítiques de seguretat alimentària que es desenvolupin a Catalunya s'han d'abordar des de la perspectiva de la protecció de la salut de les persones i amb un enfocament integral des de la producció primària fins a la taula dels consumidors. A més, es fa especial esment a les bases sobre les que s'han de construir aquestes polítiques: la metodologia científica d'anàlisi del risc, la traçabilitat, el principi de precaució, la transparència i la responsabilitat dels productors basada en l'autocontrol.

L'Agència Catalana de Seguretat Alimentària

El segon objectiu de la Llei és la creació d'un organisme administratiu que lideri, a Catalunya, l'aplicació d'aquests principis: l'Agència Catalana de Seguretat Alimentària (ACSA), adscrita al Departament de Sanitat i Seguretat Social.

L'ACSA assumirà les competències de la Generalitat en matèria d'avaluació i comunicació del risc, és a dir, les de vigilància i avaluació de l'exposició de la seva població als diferents perills vehiculats pels aliments i les de comunicació en

les crisis d'àmbit català. Però les funcions més importants seran les de coordinació i supervisió dels organismes i agències executives d'inspecció i control, la proposta de normativa i la planificació de les activitats a dur a terme en el conjunt de la cadena alimentària per tal de garantir-ne la seguretat. Aquestes funcions es duran a terme mitjançant el Pla de seguretat alimentària, que especificarà els objectius a assolir, les línies directives i el desplegament dels diferents programes i activitats. Les activitats d'inspecció i control continuaran sent realitzades pels organismes i agències executives especialitzades en els diferents àmbits de la cadena alimentària, dependents dels diversos departaments de la Generalitat (de Sanitat i Seguretat Social, d'Agricultura, Ramaderia i Pesca, d'Indústria, Comerç i Turisme i de Medi Ambient) i dels ens locals. L'ACSA esdevindrà, per a Catalunya, interlocutora única amb l'Agència Espanyola.

La Llei preveu que l'ACSA compti amb un Consell de Direcció, com a òrgan de govern, on es trobin representades les administracions amb competències en matèria de seguretat alimentària a Catalunya: la Generalitat i els ens locals. Es preveu, també, la presència de representants de les organitzacions empresarials, de les organitzacions professionals agràries i dels consumidors.

També es preveu la constitució d'un Comitè Científic Assessor, format per experts de les universitats i dels centres de recerca de Catalunya, encarregat de l'emissió de dictàmens científics sobre els diferents aspectes de la seguretat alimentària.

L'ACSA s'integrarà, així, al subsistema de salut pública de Catalunya, amb funcions típiques d'agència de control, pel que fa als problemes de salut relacionats amb els aliments, de planificar, dissenyar i avaluar les polítiques de seguretat alimentària.

Referències bibliogràfiques

- Comisión Europea. *Libro Blanco sobre Seguridad Alimentaria*. COM (1999): 719-final. Brussel·les, 12-1-2000. Disponible a: http://www.europa.eu.int/comm/dgs/health_consumer/library/pub/pub06_es.pdf
- Llei 20/2002, de 5 de juliol, de seguretat alimentària. *Diari Oficial de la Generalitat de Catalunya* 2002; (3679): 13041-6.
- Ley 11/2001, de 5 de julio, por la que se crea la Agencia Española de Seguridad Alimentaria. *Boletín Oficial del Estado* 2001; (161): 24250-5.
- FAO. Principios y directrices para la aplicación de la evaluación de riesgos microbiológicos. CAC/GL 30. A: *Codex Alimentarius*. Roma: Secretaría del Programa Conjunto FAO/OMS sobre Normas Alimentarias, FAO, 1999. Disponible a: <http://www.fao.org/DOCREP/005/Y1579S/y1579s05.htm#bm5>

Consell de redacció: Àngela Domínguez, Rosa Gispert, Eduard Mata, Anna Puigdefàbregas, Neus Rams, J. Lluís Taberner, Àngel Teixidó, Ricard Tresserras.

Correcció de textos: David Ballabriga.

Coordinació del contingut temàtic i supervisió editorial: Maria Bueno.

Subscripcions: Direcció General de Salut Pública (Tel: 93 556 62 79).