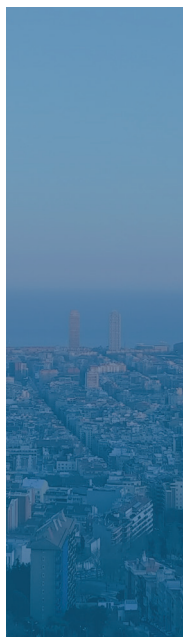


SIVES 2020

Sistema Integrat de
Vigilància Epidemiològica
de la Sida/VIH/ITS/HV
a Catalunya

Document tècnic núm. 23



**CEEIS
Cat**



Generalitat de Catalunya
Departament de Salut

SIVES 2020

Sistema Integrat de Vigilància Epidemiològica
de la Sida/VIH/ITS/HV a Catalunya

Document tècnic núm. 23

Barcelona, 2021



Generalitat de Catalunya
Departament de Salut



Centre d'Estudis Epidemiològics
sobre les Infeccions de Transmissió
Sexual i Sida de Catalunya

SIVES 2021 - Grup de redacció i elaboració

Direcció: Jordi Casabona

Centre d'Estudis Epidemiològics sobre les Infeccions de Transmissió sexual i sida de Catalunya (CEEISCAT)

Jordi Casabona (Director Científic)

Equip Tècnic: Juliana Reyes-Urueña (coordinadora), Andreu Bruguera, Cinta Folch, Cristina Agustí, Evelin López, Laura Fernández, Rossie Lugo, Vicky González, Jorge Palacio, Andreu Colom, Anna Bordas, Héctor Martínez, Isabel Martínez, Juan Rus, Marina Herrero, Megi Gogishvili, Daniel Kwakye Nomah, Jocelyn Mesías i Nico Lorente

Suport informàtic i estadístic: Esteve Muntada (coordinador), Sergio Moreno, Marcos Montoro, Laia Egea, Yésika Díaz, Jordi Aceitón i Lucía Alonso

Suport administratiu, gestió i comunicació: Montse Galdón (coordinadora), Gemma Bállega, Pili Bonamusa i Pol Romano

Agència de Salut Pública de Catalunya

Programa de prevenció, control i atenció al VIH, les ITS i les HV (PCAVIHV): Joan Colom (Director), Benet Rifà, Jose Luís Martínez i Rosa Mansilla

Sub-direcció de Vigilància i Resposta a Emergències: Jacobo Mendioroz (Subdirector) i Glòria Carmona

Institut Català d'Oncologia (ICO)

Programa de Recerca en Epidemiologia del Càncer: Laia Alemany, Laia Bruni, Maria Brotons i Claudia Robles

Coordinació: Cinta Folch, Laura Fernández i Pol Romano

Hospital Universitari Germans Trias i Pujol (HUGTiP)

Servei de Microbiologia de l'Hospital Universitari Germans Trias i Pujol: Pere-Joan Cardona, Elisa Martró i Veronica Saludes

Grup de Treball d'HCV (Pla d'Acció de HCV de Catalunya)

Programa de Prevenció i Control de les Hepatitis. PCAVIHV: Joan Colom (director), Venus Forero, Robert Muga, Elisabet Buira, Maria Acedo, Vicky Serra i Gemma Ruiz

Àrea de sistemes d'informació. Servei Català de la Salut: Emili Vela i Montserrat Cleries

Gerència del Medicament, Àrea Assistencial; CatSalut: Miriam Umbria i Gerard Solis

Sistema d'Informació sobre Drogodependències a Catalunya, Agència de Salut Pública de Catalunya, Sub-direcció General de Drogodependències: Ariadna Angulo-Brunet i Regina Muñoz

Servei de Microbiologia de l'Hospital Universitari Germans Trias i Pujol: Elisa Martró i Veronica Saludes

Redacció: Juliana Reyes-Urueña, Laia Egea, Xavier Majó, Sandra Manzanares i Elisa Martró

Alguns drets reservats



© 2021, Generalitat de Catalunya. Departament de Salut.

Els continguts d'aquesta obra estan subjectes a una llicència de Reconeixement-NoComercial-SenseObresDerivades 4.0 Internacional. La llicència es pot consultar a la pàgina web de Creative Commons

Edita:

Centre d'Estudis Epidemiològics sobre les Infeccions de Transmissió Sexual i sida de Catalunya (CEEISCAT)

1 de desembre de 2021

Suggeriment per a la citació de l'informe complert:

Centre d'Estudis Epidemiològics sobre les ITS i Sida de Catalunya - CEEISCAT (2021) Sistema Integrat de Vigilància Epidemiològica de la SIDA/VIH/ITS/VHC a Catalunya (SIVES 2020). Departament de Salut, Generalitat de Catalunya. <http://www.ceeiscat.cat>

Sumari

Pròleg – Carmen Cabezas, Secretaria de Salut Pública	P. 12
Preàmbul – Candela Calle, Directora General de l'Institut Català d'Oncologia	P. 13
Presentació – Joan Colom, Director del Programa de Prevenció, Control i Assistència de les ITS, SIDA i Hepatitis Víriques	P. 14
Introducció – Jordi Casabona, Director del CEEISCAT	P. 15
1. Monitoratge i avaluació del VIH	P. 18
Missatges clau	P. 19
1.1. Determinants de transmissió i accés a serveis de prevenció en poblacions clau	P. 22
1.1.1. Homes gais, bisexuals i altres homes que tenen sexe amb homes	P. 22
1.1.2. Dones cis que exerceixen el treball sexual	P. 24
1.1.3. Homes i dones trans que exerceixen el treball sexual	P. 26
1.1.4. Persones que s'injecten drogues	P. 29
1.1.5. Joves	P. 31
1.1.5.1. Adolescents i joves que participen en les intervencions educatives que imparteix el Comitè 1r de Desembre a Catalunya	P. 31
1.1.5.2. Població jove atesa als centres d'atenció a la salut sexual i reproductiva (ASSIR)	P. 34
1.2. Realització de la prova del VIH	P. 39
1.2.1. Nombre de proves diagnòstiques del VIH	P. 39
1.2.1.1. Proves realitzades als laboratoris	P. 39
1.2.1.2. Proves realitzades a Atenció Primària	P. 40
1.2.1.3. Proves realitzades en centres de cribratge comunitari	P. 43
1.2.1.4. Proves realitzades a les oficines de farmàcia	P. 46
1.2.2. Cobertura de la prova diagnòstica del VIH en poblacions clau	P. 47
1.2.3. Estratègies innovadores	P. 48
1.2.3.1. Projecte TÉSTATE	P. 48
1.2.3.2. Eficàcia de la implementació d'una alerta electrònica a la història clínica informatitzada a Atenció Primària a Catalunya	P. 50
1.3. Persones diagnosticades per VIH/sida	P. 54
1.3.1. Diagnòstics de VIH	P. 54
1.3.1.1. Situació epidemiològica a Europa i a l'Estat espanyol durant el període 2009-2018	P. 54
1.3.1.2. Situació epidemiològica a Catalunya durant el període 2009-2018	P. 55

1.3.1.3. Diagnòstics de VIH a la Cohort PISCIS	P. 58
1.3.2. Diagnòstics de sida	P. 64
1.3.2.1. Situació epidemiològica a Europa i a l'Estat espanyol durant el període 2009-2018	P. 64
1.3.2.2. Situació epidemiològica a Catalunya durant el període 2009-2018	P. 65
1.3.3. Prevalença del VIH en poblacions clau	P. 66
1.3.3.1. Presons – interns en centres penitenciaris	P. 66
1.3.3.2. Donants de sang	P. 66
1.3.3.3. Dones que exerceixen el treball sexual	P. 68
1.3.3.4. Homes cisgènere i dones transgènere que exerceixen el treball sexual	P. 68
1.3.3.5. Persones que s'injecten drogues (PID)	P. 68
1.3.3.6. Homes gais, bisexuals i altres homes que tenen sexe amb homes	P. 69
1.3.4. El paper dels determinants socials en la distribució dels nous diagnòstics de VIH arreu de Catalunya	P. 69
1.4. Persones en seguiment, en tractament i amb càrrega viral suprimida	P. 73
1.5. Qualitat de vida de les persones que viuen amb el VIH	P. 75
1.6. Mortalitat pel VIH	P. 79
2. Infeccions de transmissió sexual	P. 86
Missatges clau	P. 87
2.1. Sífilis infecciosa i congènita	P. 88
2.1.1. Epidemiologia de la sífilis infecciosa a l'estat espanyol i Europa: nous diagnòstics per a l'any 2018 i tendències 2009-2018	P. 88
2.1.2. Epidemiologia de la sífilis infecciosa a Catalunya: nous diagnòstics per a l'any 2018 i tendències 2009-2018	P. 88
2.2. Gonococ	P. 92
2.2.1. Epidemiologia del gonococ a l'estat espanyol i Europa: nous diagnòstics per a l'any 2018 i tendències 2009-2018	P. 92
2.2.2. Epidemiologia de la gonocòccia a Catalunya: nous diagnòstics per a l'any 2018 i tendències 2009-2018	P. 92
2.2.3. Monitoratge de la sensibilitat antibiòtica	P. 94

2.3. Limfogranuloma veneri	P. 96
2.3.1. Epidemiologia del limfogranuloma veneri a l'estat espanyol i Europa: nous diagnòstics per a l'any 2018 i tendències 2009-2018	P. 96
2.3.2. Epidemiologia del limfogranuloma veneri a Catalunya: nous diagnòstics per a l'any 2018 i tendències 2009-2018	P. 96
2.4. Clamídia	P. 98
2.4.1. Epidemiologia de la infecció per clamídia a l'estat espanyol i Europa: nous diagnòstics per a l'any 2018 i tendències 2009-2018	P. 98
2.4.2. Epidemiologia de la infecció per clamídia a Catalunya: nous diagnòstics per a l'any 2018 i tendències 2009-2018	P. 98
2.4.3. Cobertura del test	P. 100
2.5. Herpes simple	P. 103
2.5.1. Epidemiologia del Herpes simple a Catalunya: Nous diagnòstics per a l'any 2018 i tendències 2009-2018 a partir de les declaracions al SNMC	P. 103
2.6. Berrugues anogenitals	P. 105
2.6.1. Epidemiologia dels condilomes acuminats o berrugues anal-genitals (infecció pel virus del Papil·loma Humà (VPH)) a Catalunya: Nous diagnòstics per a l'any 2018 i tendències 2014 - 2018	P. 105
2.6.2. Infecció pel VPH a partir del Registre sentinella de les ITS de Catalunya (RITS)	P. 106
2.6.3. Virus del papil·loma humà (VPH) – Cobertura vacunal	P. 107
2.7. <i>Trichomonas vaginalis</i>	P. 109
2.7.1. Epidemiologia de les <i>Trichomonas vaginalis</i> a Catalunya: nous diagnòstics per a l'any 2018 i tendències 2009-2018 a partir de les declaracions al SNMC	P. 109
2.8. Prevalença d'ITS en grups vulnerables	P. 111
2.8.1. Prevalença de <i>Chlamydia trachomatis</i> en joves menors de 25 anys	P. 111
2.8.2. Prevalença de <i>Chlamydia trachomatis</i> i <i>Neisseria gonorrhoeae</i> en dones cis que exerceixen el treball sexual	P. 111
2.8.3. Prevalença de <i>Chlamydia trachomatis</i> , <i>Neisseria gonorrhoeae</i> i Hepatitis B en homes cisgènere i dones transgènere que exerceixen el treball sexual	P. 112
3. Virus de l'Hepatitis C	P. 114
Missatges clau	P. 115

3.1. Població general	P. 117
3.1.1. Cobertura de testatge pel VHC i prevalença d'anticossos	P. 117
3.2. Prevalença del VHC en poblacions clau	P. 121
3.2.1. Persones usuàries de drogues	P. 121
3.2.1.1. Persones en tractament en els centres d'atenció i seguiment a les drogodependències	P. 121
3.2.1.2. Cascada de serveis de la VHC en persones en tractament de drogodependències en els CAS de Catalunya	P. 123
3.2.2. Persones que s'injecten drogues (PID)	P. 125
3.2.2.1. Cobertura de la prova diagnòstica del VHC en PID	P. 125
3.2.2.2. Prevalença d'infecció virèmica crònica per HVC en PID	P. 126
3.2.2.2.1. Avaluació d'estratègies simplificades de diagnòstic de la infecció virèmica pel VHC en PID: prova de la sang seca i prova de tipus <i>point-of-care</i>	P. 127
3.2.3. Població migrant	P. 128
3.2.3.1. HepC-link: Estratègia pilot de microeliminació de l'hepatitis C mitjançant la implementació d'una intervenció comunitària en immigrants pakistanesos	P. 128
3.2.4. Homes gais, bisexuals i altres homes que tenen sexe amb homes	P. 130
3.2.4.1. Prevalença de VHC auto-declarada	P. 130
3.2.4.2. Proves de VHC realitzades en els centres de cribratge comunitari a homes que tenen sexe amb altres homes	P. 131
3.2.5. Homes i dones trans que exerceixen el treball sexual	P. 132
3.2.6. Persones coinfectades amb el VIH	P. 133
3.3. Accés a el tractament per a la infecció per VHC	P. 137
3.4. Mortalitat per VHC	P. 139
4. Indicadors clau	P. 142
Introducció	P. 143
4.1. Morbiditat i vies de transmissió	P. 144
4.2. Cascada de serveis del VIH (2019)	P. 145
4.3. Diagnòstic i tractament	P. 147

4.4. Prevenció i serveis d'atenció al VIH	P. 148
4.5. Poblacions clau	P. 149
5. Fonts d'informació	P. 152
5.1. Monitoratge i avaluació del VIH	P. 153
5.2. Infeccions de transmissió sexual	P. 160
5.3. Virus de l'Hepatitis C	P.163
6. Referències	P. 168
Annexos	P. 172
Annex I - Nous diagnòstics de VIH i de SIDA notificats l'any 2019 a Catalunya	P. 173
Annex II - Nous diagnòstics de les ITS notificades durant l'any 2019 a Catalunya	P. 177
Annex III - Col·laboradors dels diferents sistemes d'informació	P. 184
Annex IV - Articles publicats 2015-2021	P. 191

Abreviatures

ABS: Àrea bàsica de salut

AAD: Antiviral d'acció directa

APC: Canvi anual percentual (per les sigles en anglès)

ASSIR: atenció a la salut sexual i reproductiva

CAS: Centres d'atenció i seguiment a les drogodependències

CV: Càrrega viral

DE: Desviació estàndard

DDM: Dublin Declaration Monitoring

ECDC: Centre Europeu de Prevenció i Control de Malalties (per les sigles en anglès)

EU/EEA: Espai Econòmic Europeu (per les sigles en anglès)

GBHSH: gais, bisexuals i altres homes que tenen sexe amb homes

HSH: homes que tenen sexe amb homes

IC: Interval de confiança

ICS: Institut Català de la Salut

IRR: Increment del risc relatiu

ITS: Infeccions de transmissió sexual

LGV: limfogranuloma veneri

OMS: Organització mundial de la salut

ONG: Organització no-governamental

PE: Parella estable

PID: Persones que s'injecten drogues

PrEP: Profilaxis Pre-Exposició

RIQ: Rang interquartílic

SIDIAP: Sistema d'Informació pel Desenvolupament de la Investigació a l'Atenció Primària

TAR: Tractament antiretroviral

TARGA: Tractament antiretroviral de gran activitat

UE: Unió Europea

VIH: Virus de la immunodeficiència humana

VHB: Virus de la hepatitis B

VHC: Virus de la hepatitis C

VPH: Virus del papil·loma humà

Pròleg

Em plau presentar-vos el darrer informe del Sistema Integrat de Vigilància Epidemiològica de la Sida/VIH/ITS a Catalunya (SIVES 2020) que el Centre d'Estudis Epidemiològics sobre les ITS, VIH i SIDA de Catalunya (CEEISCAT) ve desenvolupant periòdicament des de fa més de 25 anys i el qual, durant aquest temps, ha esdevingut l'eina clau de referència per informar i avaluar les polítiques de salut sobre aquestes infeccions a Catalunya.

El SIVES és un exemple paradigmàtic de com els sistemes d'informació s'han d'adequar a la canviant situació epidemiològica i a les corresponents necessitats institucionals. Això explica que hagi incorporat els darrers anys també les hepatitis virals per ajudar a monitorar a Catalunya la consecució de l'objectiu establert per la OMS el 2016 d'eliminar aquestes hepatitis com un problema de salut pública l'any 2030.

El CEEISCAT ho ha fet amb el que ha denominat la vigilància epidemiològica reforçada que inclou no sols els habituals sistemes d'informació formals, sinó també una sèrie d'estudis observacionals en poblacions clau i anàlisis de dades programàtiques, que permeten generar informació no sols sobre la morbimortalitat, sinó també sobre els determinants que l'expliquen i la pròpia resposta institucional. Això ha permès que Catalunya sigui de les poques CCAA de l'estat que disposen dels Indicadors de la Declaració de Dublín incloent les corresponents Cascades de Serveis.

Donada la càrrega de malaltia associada a aquestes infeccions l'Agència de Salut Pública de Catalunya (ASPCAT) a través del Programa de Prevenció,

Control i Assistència de les ITS, VIH i Hepatitis Víriques (PCAVIHV) continuarà donant suport a aquesta aproximació integrada d'aquestes infeccions, així com aprofitant l'experiència del CEEISCAT, la qual ha estat també rellevant en d'altres problemes de salut, com el SARS-CoV-2.

Esperant que l'informe sigui d'interès i utilitat per totes les persones que d'una manera o altra participen en la prevenció del VIH, les ITS i les Hepatitis Víriques.

Cordialment,

Carmen Cabezas
Secretària de Salut Pública

Preàmbul

L'**Institut Català d'Oncologia (ICO)** té com a valors de referència l'atenció centrada en el pacient, les decisions basades en el coneixement, els processos de decisió basats en la informació, i la recerca i la innovació com a eines de millora. Per altra banda, l'àmbit d'actuació del **Centre d'Estudis Epidemiològics sobre el VIH/SIDA/ITS de Catalunya (CEEISCAT)** és el monitoratge i avaluació i la recerca aplicada en Salut Pública, sovint basada en dades programàtiques i més específicament orientada a la identificació de determinants i al diagnòstic precoç. Per això, a part de l'obvia relació entre agents biològics transmesos sexualment, com el VPH i el càncer, com per la utilització de metodologies conjuntes com l'extrapolació mútua d'idees com per algunes col·laboracions específiques entre diferents grups d'epidemiologia que té l'ICO, acollir el CEEISCAT dins l'ICO és clarament un valor afegit per la institució.

La pandèmia de la COVID-19 n'ha estat un recent exemple, doncs ha impactat fortament en els serveis i programes de molts sectors, entre ells l'oncològic i els de salut sexual i reproductiva, incloent els programes de cribratge adreçats a poblacions vulnerables i de risc. L'experiència del CEEISCAT en la recerca participativa amb la societat civil, en estudis de comportament i en estratègies de cribratge alternatives, s'ha aprofitat per proposar nous projectes conjunts i noves aproximacions, per exemple, per fer més fàcil les proves de SARS-CoV-2 als nostres professionals.

Es un plaer doncs, haver contribuït a la consolidació d'aquestes sinèrgies amb el CEEISCAT, el **Programa de Prevenció, Control i Assistència de les ITS, SIDA**

i **Hepatitis Víriques de Catalunya (PCAVIHVC)** i el propi **Departament de Salut**, les quals es visualitzen paradigmàticament en el informe SIVES 2020 adjunt, en el qual hi ha un capítol específic adreçat al HPV, una de les línies de recerca epidemiològica més competitiva de la nostra institució.

Moltes gràcies a tots i totes els qui ho heu fet possible.

Candela Calle
Directora General de l'Institut Català d'Oncologia

Presentació

És un plaer prologar el nou informe epidemiològic sobre el Sistema Integrat de Vigilància Epidemiològica sobre la Sida, el VIH i altres ITS (SIVES) de Catalunya, corresponent a l'any 2020, el principal producte programàtic del Centre d'Estudis Epidemiològics sobre el VIH/SIDA/ITS de Catalunya (CEEISCAT), adscrit al Programa de Prevenció, Control i Assistència de les ITS, SIDA i Hepatitis Víriques (PCAVIHV). El CEEISCAT com a òrgan de suport tècnic al Programa, ha estat l'encarregat de la vigilància epidemiològica i del monitoratge i avaluació de les actuacions preventives de les ITS i el VIH, però seguint les recomanacions internacionals i de forma alineada amb el PCAVIHV, en aquests moments -tal i com queda reflectit en el informe- incorpora també les hepatitis víriques.

Identificar canvis en els patrons de morbiditat el més aviat possible, així com dissenyar i avaluar les corresponents intervencions preventives, és clau comptar amb sistemes d'informació actuals, exhaustius i vàlids. El cas de les ITS, del VIH i les hepatitis víriques no en són una excepció, sinó al contrari, en la majoria de països del nostre entorn els sistemes d'informació per monitorar aquestes epidèmies són especialment complexos. El SIVES es publica sense interrupció des de l'any 1995, però aquest és el primer després de la creació del propi PCAVIHV l'any 2017; a més coincideix amb la celebració l'any passat dels 25 anys del CEEISCAT. Per això cal posar en valor haver aconseguit la continuïtat dels mateixos i el seu encaix amb el propi Departament de Salut.

Tal i com fem des del PCAVIHV, encoratjo a tots a usar aquest informe i els indicadors que hi

consten en les vostres activitats de prevenció, planificació, assistència i d'advocacia. Finalment, agrair una vegada més l'esforç de tots els professionals assistencials i de la salut pública, a les ONGs i al personal del CEEISCAT, l'esforç per fer aquest informe i mantenir els sistemes d'informació i estudis que el nodreixen.

Joan Colom
Director del Programa de Prevenció, Control i Assistència de les ITS, SIDA i Hepatitis Víriques

Introducció

Antecedents: El present informe epidemiològic “Sistema Integrat de Vigilància Epidemiològica” SIVES 2020 és el Document Tècnic número 23 del CEEISCAT, el primer dels quals es va publicar l’any 1995 i l’informe epidemiològic pròpiament dit número 14, el primer dels quals es va fer també l’any 1995. El CEEISCAT doncs seguint un dels seus mandats institucional contribueix a disseminar la informació epidemiològica de Catalunya, primer sols sobre la SIDA i la Infecció pel VIH, a partir de l’any 2006 conjuntament amb la resta d’Infeccions de Transmissió Sexual (ITS) i ara també de les Hepatitis Víriques (HV) i en particular de l’Hepatitis pel Virus C (VHC).

Per un costat, durant aquest temps el CEEISCAT s’ha adaptat al canviant escenari epidemiològic i per tant ha anat incorporant infeccions epidemiològicament rellevants al país i que comparteixen unes determinades vies de transmissió, bàsicament sexual i parenteral. Per un altre, més enllà de generar i interpretar informació epidemiològica i publicar-la en revistes i xarxes acadèmiques, des del centre sempre hem volgut compartir els resultats no sols amb les fonts d’informació, sinó també amb els seus potencials usuaris, des de ONG, professionals assistencials o responsables sanitaris, perquè estem profundament convençuts que la informació epidemiològica de qualitat ha de ser la base per a la presa de decisions en polítiques sanitàries i en la implementació de programes.

Si bé en aquests moments està àmpliament acceptat que la vigilància epidemiològica en salut ha d’usar totes les fonts i dissenys possibles i que la integració a nivell de programes de les patologies que comparteixen mecanismes i determinants d’adquisició

és bàsica per a millorar-ne la seva prevenció i control, fa 25 anys no ho era tant. Com sempre, el SIVES utilitza tant informació provinents dels sistemes formals de vigilància epidemiològica (Registre de VIH i de ITS de Catalunya), com de sistemes d’informació complementaris (enquestes bio-conductuals periòdiques), com d’estudis de recerca aplicada ad hoc, com finalment de bases de dades programàtiques (SIDIAP, Cohort PISCIS, PADRIS, ...). Per això, crec sincerament que el principal valor afegit del CEEISCAT ha estat promoure l’heterogeneïtat en l’ús d’informació i fer-ho de forma integrada, en aquest cas entre el VIH, les ITS i les HV. Precisament, el Departament de Salut va fer seva aquesta aproximació creant l’any 2017 el Programa per a la Prevenció, Control i Assistència del VIH, ITS i HV de Catalunya (PCAVIHV) en el marc del qual, actualment en CEEISCAT desenvolupa la seva activitat.

Estructura i continguts: Els Informes SIVES complementen els diversos informes trimestrals i publicacions tècniques que el centre realitza durant l’any i que es poden consultar en el corresponent web (www.ceeiscat.cat). Precisament per la seva aproximació global els seus continguts han anat creixent i la seva freqüència de publicació també s’ha anat allargant. Malgrat que el present informe s’estigui publicant l’any 2021, hem mantingut l’acrònim de SIVES 2020 perquè estava previst publicar-lo aquesta any, la majoria de anàlisi incorporen dades fins l’any 2019 i perquè el 2020 el CEEISCAT va commemorar els seus primer 25 anys d’existència ([webinar 25è aniversari CEEISCAT](#)).

El SIVES 2020 té un nou format físic que pretén fer-lo més amè a la lectura, prioritzant en la

mesura del possible els aspectes gràfics i sobretot la identificació de **Missatges Clau** que hem post al començament de cada un dels capítols tècnics de l'informe: **Monitoratge i Avaluació del VIH, Infeccions de Transmissió Sexual i Virus de l'Hepatitis C** a part dels corresponents **Annexos**, un dels quals actualitza a l'any 2019 les dades de les ITS presentades en el corresponent capítol, hi ha dos apartats més, un dedicat als **Indicadors Clau** de monitoratge i avaluació de VIH i ITS que es suggereixen per les agències internacionals, incloent la cascada de serveis del VIH per monitorar l'assoliment dels Objectius 90-90-90; i un altre en el qual, com en edicions prèvies, es fa una breu explicació de les **Fonts d'Informació** utilitzades en el informe.

En quant a continguts m'agradaria destacar a) el fet que disposar d'informació no sols de morbi-mortalitat, sinó també dels determinants conductuals d'adquisició, de dades sobre el propi diagnòstic, incloent els cribratges en poblacions clau, així com en el cas del VIH de dades sobre el impacte del seu tractament; b) la inclusió de l'apartat del VHC, desenvolupat en el marc del Grup de Treball sobre aquesta infecció del PECAVIH, en quin cas no és tant no és tant per que sigui una infecció emergent recent, sinó per que l'existència de tractaments curatius per la Hepatitis C (HCV) obliga a monitorar i a avaluar les intervencions dirigides a eliminar aquesta infecció a Catalunya; c) la inclusió per primera vegada d'un apartat sobre la infecció pel HPV, no endebades la ITS més prevalent, i que ha estat desenvolupat pel Programa de Recerca en Epidemiologia del Càncer de l'Institut Català d'Oncologia (L'Hospitalet del Llobregat); i d) és la inclusió d'informació sobre qualitat de vida en Persones que Viuen amb el VIH (PLWH) fet en el context de la Cohort PISCIS,

informació que per altra banda pocs països disposen i que penso és d'alta rellevància per a les PLWH.

No repetiré aquí els resultats tècnics que hem desenvolupat en el informe i que hem intentat sintetitzar en el Missatges Clau seguint criteris de pertinença i aplicabilitat, però si que vull ressaltar que l'any 2019 Catalunya ja havia assolit els objectius de 90% de persones infectades pel VIH diagnosticades, 90% de persones diagnosticades en tractament i 90% de les persones en tractament amb càrrega viral indetectable i que si be, com a la majoria de països occidentals, s'ha estabilitzat la seva incidència i en alguns col·lectius com en el d'Homes que tenen Sexe amb Homes (HSH) fins i tot ha disminuït, d'altres infeccions com per exemple la sífilis, la gonorrea o la clamídia, tenen prevalences i incidències -en el primer cas especialment entre HSH- molt altes que requereixen una atenció immediata, doncs malgrat tinguin tractament curatiu la càrrega de malaltia associada pot ser molt elevada. La gran atenció mediàtica i la promoció del diagnòstic de VIH i VHC per part de la indústria farmacèutica deixa sovint la resta de ITS en un segon pla, que no es correspon amb la situació epidemiològica actual de Catalunya, especialment en la població jove. L'espectacular evolució que en els darrers anys han tingut les tècniques diagnòstiques de moltes d'elles, incloent les estratègies de automostreig i autotest, obliga a repensar els programes de cribratge i vinculació d'aquestes infeccions, en algunes poblacions de forma integrada al VIH i al VHC.

El SIVES 2020 està fet abans de la pandèmia de SARS-CoV-2. Les coses poden haver canviat i hi ha evidència de l'impacte que la pandèmia ha tingut en molts programes de diagnòstic de VIH i de ITS, així com en la provisió de tractament a les persones ja infectades. A més, els sistemes de

vigilància epidemiològica i molts projectes, s'han vist directament afectats per la càrrega de treball en el sector i per les mesures de mitigació associades al SARS-CoV-2 respectivament. Serà un repte mantenir el monitoratge d'aquestes infeccions per avaluar aquests aspectes i eventualment beneficiar-nos de les millores que el monitoratge de la pandèmia ha suposat en molts sistemes d'informació. Espero que en el proper SIVES podem constatar que hem pogut recuperar i millorar la situació epidemiològica actual i la pròpia qualitat de les dades.

Agraïments: Agrair el suport del PCAVIHV de l'Agència de Salut Pública de Catalunya, així com del Institut Català d'Oncologia (ICO) i del Institut de Recerca en Ciències de la Salut Germans Trias i Pujol (IGTP), cabdals per al desenvolupament de les activitats tant programàtiques com de recerca. Reconèixer la feina de tots els membres del CEEISCAT, doncs el SIVES reflecteix la feina de tot l'any i en particular de la coordinació de l'informe per part de la Dra. Cinta Folch, la Dra. Laura Fernández i el Sr. Pol Romano, així com al Sr. Marcos Montoro i al Sr. Sergio Moreno pel seu suport al desenvolupament gràfic. Agrair la participació dels contribuïdors externs als apartats de VHC i VPH i evidentment ressaltar que la feina presentada no seria possible sense la professionalitat i dedicació de tots els col·laboradors d'hospitals, atenció primària, ONGs, Departament de Salut de tots els projectes (Annex II). I finalment agrair a tots els pacients i usuaris de serveis que han permès l'ús de la informació.

Esperant, un any més, que el informe sigui d'utilitat, moltes mercès.

Jordi Casabona
Director del CEEISCAT



MONITORATGE I AVALUACIÓ DEL VIH

Missatges clau

Monitoratge dels determinants de transmissió i accés a serveis de prevenció de poblacions clau

La prevalença auto-declarada del VIH en HSH va ser del 18,9%, superior a la observada a l'estudi anterior (12,%, EMIS-2010). Entre els determinants de transmissió del VIH en HSH destaquen característiques individuals com ara el consum sexualitat de drogues, però també factors estructurals com l'homofòbia social que presenten i que posen de manifest la rellevància d'implementar programes de prevenció combinada en aquesta població.

El descens consistent en l'ús del preservatiu de les dones cis que exerceixen el treball sexual (del 5,1% l'any 2005 al 8,9% l'any 2018 amb els clients), juntament amb l'increment en el consum de drogues (del 24,1% l'any 2005 al 43,9% l'any 2018 alguna vegada), fan necessari seguir treballant amb intervencions que considerin els determinants individuals de transmissió del VIH/ITS, però també factors socials i estructurals com la violència física i/o sexual que pateixen (15,6% han patit situacions de violència alguna vegada).

La prevalença del VIH observada en homes cis i dones trans treballadors/es del sexe (25,5% i 25,3%, respectivament) es superior a la observada en dones cis que exerceixen el treball sexual (3%). L'origen immigrant, l'edat jove i el baix nivell educatiu confereixen un perfil de vulnerabilitat que, juntament amb la presència d'altres factors com el consum de drogues, posen de manifest la rellevància de dissenyar programes preventius i de promoció de la salut específics i holístics per treballadors/es del sexe

que incorporin la perspectiva de gènere. El descens en l'ús del preservatiu observat en joves, sobretot amb la parella estable (23% ús consistent l'any 2018), juntament amb la baixa percepció de risc per a l'adquisició d'ITS, fan necessari comprendre què motiva aquests comportaments i quins incentius es podrien utilitzar per a fomentar pràctiques més segures. No obstant, més enllà del risc, cal tenir en compte el benestar sexual dels i les joves com a dimensió indicadora d'una vida sexual saludable, així com minimitzar les desigualtats de salut sexual que existeixen, especialment entre les noies i les persones de gènere no binari on s'observa una major prevalença de violències.

La prevalença del VIH en PID l'any 2018 es manté elevada (33,3%), sent superior en les dones on s'observa un increment significatiu durant 2012-2018 (del 36,4% al 54,7%). Tot i que la prevalença de compartir material d'injecció disminueix durant el període 2008-2019 (10,8% van acceptar xeringues usades i el 30,2% van compartir altre material d'injecció en els darrers 6 mesos l'any 2018), s'observa una tendència creixent en d'altres factors de vulnerabilitat social i estructural com el percentatge que declara viure al carrer (44,6%), posant de manifest la necessitat d'implementar intervencions multinivell.

L'elevada prevalença de violència que presenten les dones que s'injecten drogues (51,2% han patit violència sexual) accentuen la necessitat d'establir protocols de detecció, i derivació a la xarxa d'atenció a la violència de gènere dins dels centres de la xarxa d'atenció a les drogodependències.

Monitoratge i avaluació de la prova del VIH

La taxa de proves a Catalunya, tot i que ha augmentat progressivament al llarg dels anys arribant a una taxa de 53 proves per cada 1.000 habitants en el 2019, encara és lluny de la d'altres països d'Europa com ara França o Estònia (86,6 i 85,3 proves per 1.000 habitants respectivament, segons dades del 2018).

La taxa de peticions de proves del VIH des de l'atenció primària ha anat incrementant entre el 2012 i el 2016, arribant l'any 2016 a les 28,3 proves per 1.000 habitants assignats als centres d'Atenció Primària. La taxa de proves a l'Atenció Primària és superior en les dones, amb 34,6 proves per 1.000 habitants en el 2016 respecte a les 22,3 proves per 1.000 habitants en els homes. No obstant, el percentatge de proves positives vas ser superior en els homes (1,34% versus 0,33%).

El nombre de proves de VIH realitzades en els centres comunitaris ha augmentat anualment una mitjana del 20,6%, arribant al 2019 a les 17.577 proves. En els darrers 10 anys el percentatge de proves reactives ha anat disminuint ($p < 0,0001$), del 2,7% el 2009 (185/6.805) a 1,3% el 2019 (233/17.577). En el 2019 els casos detectats en els centres comunitaris suposen un 49,5% del total de casos de VIH declarats al registre.

La proporció d'infeccions detectades en els centres de cribratge comunitari és més elevada que la detectada en l'àmbit sanitari (1,3% i 0,45% respectivament en el 2019). Els serveis de cribratge comunitari assoleixen major rendiment quan estan enfocats a les poblacions amb més risc i en el context de programes d'apropament.

Cal diversificar els llocs on s'ofereix la prova del VIH i cal millorar l'efectivitat del cribratge per accedir als grups o subgrups de població de més risc d'infecció. És important implementar enfocaments innovadors que promoguin un major accés a l'ús de la prova del VIH i que estiguin dirigides a les poblacions ocultes, a les que no s'ha aconseguit accedir a través de les estratègies implementades actualment.

Persones diagnosticades per VIH

La disminució gradual i mantinguda en el nombre de nous diagnòstic de VIH durant la darrera dècada es pot atribuir principalment, primer a l'expansió del tractament, i a partir del 2015, a la implementació del tractament universal. En qualsevol cas, la taxa global de nous diagnòstic encara està lleugerament per sobre la mitjana europea (EU/EEA).

Des del 2009 hi ha hagut un canvi significatiu en la distribució dels nous diagnòstics segons grup de transmissió. La transmissió sexual entre HSH s'ha mantingut com la via de transmissió més freqüent durant tot el període, augmentant del 39% al 59% entre el 2009 i el 2018. Per contra, les PID han disminuït del 10% al 4% en freqüència com a grup de transmissió entre el 2009 i el 2018, mentre que la transmissió entre dones i homes heterosexuales també ha augmentat tot i que en una proporció menor.

S'ha produït una disminució del percentatge del nombre de persones no nascudes a l'estat espanyol entre els nous diagnòstics de VIH, del 41% al 25% entre 2009 i 2018 respectivament.

Durant l'última dècada s'ha produït un augment de la mediana del recompte de CD4 a l'inici del TAR

així com una disminució dels percentatges de nous diagnòstics amb recomptes de CD4 per sota de 350 i 200 cèl·lules/mm³, millorant així el retràs diagnòstic, tot i que encara observem xifres elevades dels nous diagnòstics de VIH amb recomptes de CD4 inferiors a 350 cèl·lules/mm³ per a l'any 2018 (44%), valors que s'han mantingut estables en els darrers 5 anys.

S'observa diagnòstic tardà i tardà avançat superior en persones majors de 55 anys (si comparem amb menors de 25 anys, 67% vs 40% i 37% vs 10% respectivament), indicant que en els rangs d'edat superiors és on trobem més persones vivint amb VIH sense estar diagnosticades tal i com s'ha descrit en alguns països Europeus.

Tot i que les taxes de mortalitat en pacients infectats pel VIH han baixat a nivell global durant els últims 20 anys, de 53,7 a 6,4 morts/persones-any entre el 1998 i el 2019, encara avui hi ha subpoblacions vulnerables amb una major taxa de mortalitat, com són les persones infectades a través de l'ús de drogues injectades o els homes infectats per via sexual heterosexual, al comparar amb els homes infectats al tenir sexe amb altres homes. Al 2019, les taxes de mortalitat entre aquestes poblacions són de 15,5, 11,9 i 3 morts/persones-any respectivament.

Seguiment clínic de les persones que viuen amb el VIH

En pacients en tractament, la proporció d'aquells amb càrrega viral per sota de les 500 còpies/ml als 6 mesos ha augmentat de 78,4% al 1996 a 94,7% al 2019. Igualment, encara hi ha grups de pacients amb més risc de no assolir supressió viral, com són els pacients nascuts a Espanya, o els pacients infectats mitjançant l'ús de drogues injectades o

els homes infectats per la via sexual heterosexual, o al comparar amb els HSH. És necessari trobar mesures per potenciar el seguiment clínic d'aquestes poblacions més vulnerables.

Qualitat de vida en persones VIH-positives

Les dones i les persones transgènere refereixen una salut física pitjor, pel que fa als homes, i les persones menors de 39 anys refereixen una pitjor salut mental que la resta de la mostra, mentre que en les persones majors de 60 anys s'observa una pitjor salut física. De manera global, 39% de les persones transgènere, un 29% de les persones majors de 60 anys, un 32% de les persones que s'han infectat a través de l'ús de drogues i un 20% de les persones nascudes a Espanya, refereixen tenir una qualitat de vida entre dolenta i regular. Així doncs, queda reflectida la importància d'aplicar mesures sobre la millora de la qualitat de vida en la població infectada pel VIH.

A nivell general, un 9,7% de les persones infectades pel VIH presenten algun símptoma moderat-greu de depressió, i solament un 55,7% no presenten cap símptoma depressiu. Entre les dones i les persones transgènere, sols un 40% no presenten símptomes de depressió. La proporció de símptomes moderats-severs o pitjor en persones transgènere és elevada, del 23%, igual que en persones infectades mitjançant l'ús de drogues injectades on és del 15%. Aquesta elevada prevalença de depressió en persones que conviuen amb el VIH remarca les necessitats de suport psicològic i psiquiàtric entre aquesta població, sobretot entre poblacions més vulnerables com són les persones transgènere i les persones infectades a través de l'ús de drogues.

1.1. Determinants de transmissió i accés a serveis de prevenció en poblacions clau

1.1.1. Homes gais, bisexuals i altres homes que tenen sexe amb homes

A l'enquesta EMIS-2017 (veure fonts d'informació) van participar 137.358 homes que tenen sexe amb homes (HSH) en total, 10.634 eren residents espanyols i 2.383 residents a Catalunya. L'edat mitjana dels participants a Catalunya va ser de 36 anys (DE=11,6), amb un percentatge del 29,6% de persones nascudes fora d'Espanya. El perfil sociodemogràfic dels participants es mostra a la Taula 1.1.

Taula 1.1. Perfil socio-demogràfic dels participants d'EMIS-2017 residents a Catalunya (n=2.383)

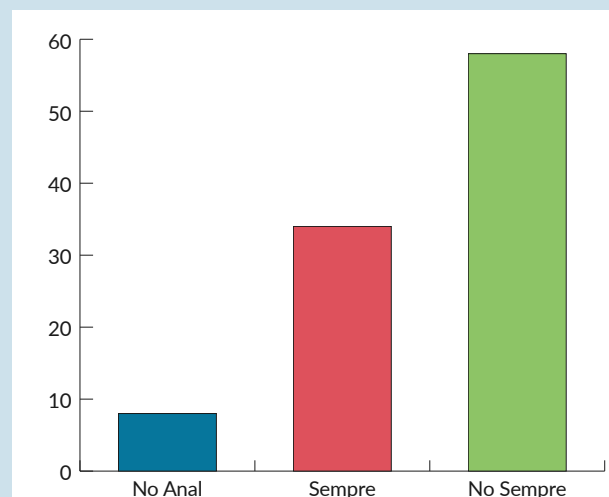
Lloc on viu	Barcelona	66,5%
	Altre	33,5%
País naixement	Espanya	70,4%
	Altre país	29,6%
Grup d'edat	< 30 anys	33,4%
	30 o més anys	66,6%
Nivell educatiu	Baix	4,0%
	Mitjà	31,3%
	Alt	64,7%
Ocupació	Empleat	71,7%
	A l'atur	7,5%
	Estudiant	14,7%
	Altra*	6,0%
Orientació sexual	Gai	82,3%
	Bisexual	11,0%
	Altra	6,7%

* jubilat, baixa laboral, altres

Entre els determinants de transmissió del VIH en el col·lectiu d'HSH destaquen característiques individuals com ara l'ús del preservatiu en les relacions anals amb parelles ocasionals i/o el consum sexualitat de drogues. A EMIS-2017, entre els homes que van tenir relacions sexuals amb alguna parella ocasional en els darrers 12 mesos (n=1.896), el 57,8% no va usar sempre el preservatiu en la pràctica de la penetració anal (Figura 1.1).

Per altra banda, es va preguntar per la darrera vegada que els participants havien usat drogues estimulants per incrementar la intensitat de les relacions sexuals o fer que aquestes relacions duressin més en el temps (ús sexualitzat de drogues). En total, el 18,5% dels homes residents a Catalunya va declarar haver fet

Figura 1.1. Percentatge d'ús del preservatiu en la penetració anal amb parelles ocasionals (últims 12 mesos)



un ús sexualitzat de drogues durant els darrers 12 mesos, i un 13,4% les havia consumit amb més d'un home a la vegada (trio o sexe en grup). Els llocs més freqüents on va ocórrer la darrera trobada de sexe en grup i consum de drogues recreatives van ser una casa privada (66,5%) i un local comercial de sexe (sauna, club de sexe, cambra fosca de bar) (26,1%) (Taula 1.2).

En quant al consum de drogues injectades (a banda dels esteroides anabòlics o medicament amb recepta), la prevalença va ser del 1,3% al darrer any i del 2,1% alguna vegada a la vida. Entre aquests, el 28,6% s'havia injectat alguna vegada amb una agulla o xeringa prèviament usada per una altra persona.

A banda dels comportaments individuals, l'homofòbia social que pateixen els homes gais, bisexuals, i altres HSH son també determinants estructurals associats a la infecció per el VIH. A EMIS-2017, el 32% dels participants residents a Catalunya van declarar haver-se sentit intimidats alguna vegada durant els darrers 12 mesos per algú que sabia o creia saber que es sentia atret per altres homes, el 17,5% haver rebut insults verbals, i el 2,1% haver rebut violència física en alguna ocasió.

L'accés a programes de prevenció combinada es clau per tal de reduir el nombre de noves infeccions per VIH en HSH. En aquest sentit, entre les estratègies de prevenció biomèdica del VIH es troben l'accés a mètodes barrera (accés a preservatius) i a la Profilaxis Pre-Exposició (PrEP). A EMIS-2017, el 42,5% de participants havia obtingut preservatius de manera gratuïta en els darrers 12 mesos (de clíniques, organitzacions comunitàries, bars, saunes, clubs i/o discoteques gais). Per altra banda, entre els homes no diagnosticats de la infecció per el VIH (n=1.979), el 3,9% (n=77) estava en PrEP en el moment de

l'estudi, amb pauta diària o de manera intermitent, i el 29,8% estaria disposat a usar-la amb molta o bastant probabilitat un cop estigui disponible (Figura 1.2).

Taula 1.2. Característiques del consum sexualitzat de drogues dels participants d'EMIS-2017 residents a Catalunya (n=2.383)

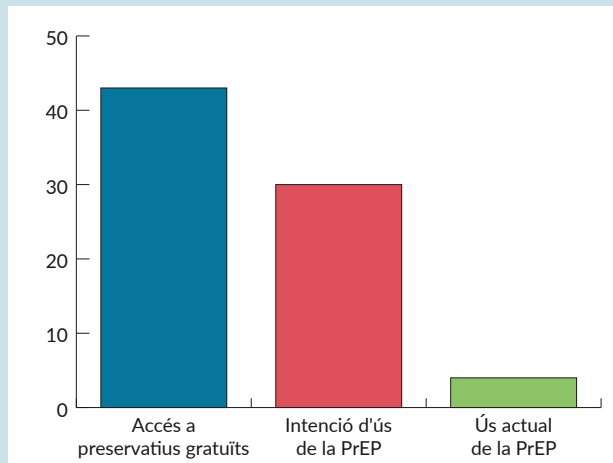
Darrera vegada de l'ús sexualitzat de drogues*	
Últims 12 mesos	18,6%
Fa més de 12 mesos	5,7%
Mai	75,7%
Darrera vegada de l'ús sexualitzat de drogues en sexe grupal**	
Últims 12 mesos	13,4%
Fa més de 12 mesos	5,4%
Mai	81,2%
Lloc més recent de l'ús sexualitzat de drogues en sexe grupal***	
Casa d'algú altre	42,1%
Casa pròpia	24,4%
Sauna	17,4%
Club o cambra fosca	8,7%
Hotel	4,5%
Cruising	1,6%
Altres	1,0%

*Ús de drogues estimulants per incrementar la intensitat de les relacions sexuals o fer que aquestes relacions duressin més en el temps

**Combinar drogues estimulants i sexe amb més d'un home en els últims 12 mesos

***Entre els qui han tingut relacions sexuals al darrer any i han combinat drogues i sexe

Figura 1.2. Accés a preservatius gratuïts i ús o intenció d'ús de la PrEP entre els homes no diagnosticats del VIH



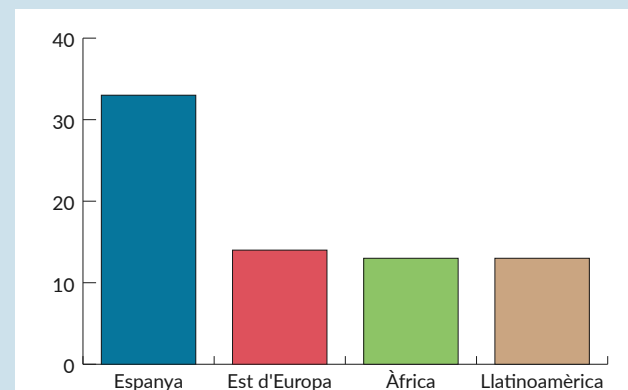
Respecte a l'ús del preservatiu en les relacions sexuals amb penetració en els darrers sis mesos, s'observa una tendència creixent en la proporció de dones que en fan un ús inconsistent tant amb els clients (del 5,1% el 2005 al 8,9% el 2018) com amb les parelles estables (del 86,2% el 2005 al 90,6% el 2018). El percentatge de dones que afirmen haver consumit alguna vegada a la vida drogues il·legals mostra una tendència ascendent durant el període 2005-2018 (del 24,5% al 43,9%, respectivament), així com el percentatge de dones que afirmen haver consumit cocaïna, cànnabis i tranquil·litzants en els darrers sis mesos (24,8%, 20,1% i 17,6%, respectivament, l'any 2018). El consum de drogues per via parenteral és minoritari en els diferents estudis (2% en global) (Taula 1.4).

Més de la meitat de les dones han accedit a serveis sanitaris en els darrers 6 mesos. Respecte a l'accés

1.1.2. Dones cis que exerceixen el treball sexual

El perfil sociodemogràfic de les dones cis que exerceixen el treball sexual participants en els diferents estudis del sistema de monitoratge bio-conductual del VIH i altres infeccions de transmissió sexual (ITS) que el CEEISCAT realitza a Catalunya des de l'any 2005 (estudi HIVITS-TS, veure fonts d'informació) es mostra a la Taula 1.3. Un total de 400 dones que exerceixen el treball sexual reclutades en clubs, bars i al carrer s'han entrevistat en els diferents estudis realitzats, la majoria de les quals són persones nascudes fora d'Espanya. L'edat mitjana de les dones mostra un increment en els successius estudis (de 29,5 anys al 2005 a 37,5 anys al 2018), al igual que el percentatge de dones que fa més de dos anys que estan exercint el treball sexual (de 57,9% al 2005 a 80,7% al 2018).

Figura 1.3. Proporció de dones cis que exerceixen el treball sexual que han tingut relacions sexuals forçades alguna vegada a la vida segons lloc d'origen



Taula 1.3. Perfil socio-demogràfic de les dones cis que exerceixen el treball sexual a Catalunya (2005-2018)

	2005 n=400	2007 n=400	2009 n=400	2011 n=400	2018 n=400
Edat mitjana (DE)*	29,5% (9,3)	29,1% (9,4)	30,6% (8,9)	31,8% (8,0)	37,5% (9,9)
País o zona d'origen					
Espanya	10,8%	14%	11,5%	8,8%	11,2%
Est Europa**	32,5%	40,8%	30,3%	38,3%	25,2%
Àfrica	26%	19%	27,3%	24,8%	23,5%
Llatinoamèrica**	30,8%	26,3%	31%	28,3%	40%
Nivell educatiu					
Inferior a primària	13,8%	13,7%	15,2%	12,9%	15,5%
Primària/EGB	35,2%	37,9%	37,5%	32,5%	37,6%
BUP/FP o superior	51%	48,3%	47,3%	54,6%	47%
Lloc de reclutament					
Carrer**	34,8%	27,3%	37,3%	37%	40,2%
Club**	56,8%	49,5%	35,8%	37,5%	29,5%
Pisos**	8,5%	23,3%	27%	25,5%	30,2%
Anys en el treball sexual					
Més de 2 anys**	57,9%	53,2%	65%	73,1%	80,7%

*ANOVA significativa; **Test χ^2 Pearson de tendència lineal significatiu

als serveis socials, s'observa un descens significatiu en els darrers dos estudis (36,3% i 30,2% l'any 2011 i 2018, respectivament) (Taula 1.4).

prevalença de relacions sexuals forçades (32,9%, Figura 1.3).

En quan als determinants estructurals, cal destacar l'elevat percentatge de les dones que afirmen haver tingut relacions forçades alguna vegada a la vida (15,6% en global), percentatge que es manté estable al llarg dels diferents estudis. Segons origen, les dones espanyoles son les que presenten la major

Taula 1.4. Conducta sexual, consum de drogues i accés a serveis socio-sanitaris (últims 6 mesos). Dones cis que exerceixen el treball sexual a Catalunya 2005-2018

	2005 n=400	2007 n=400	2009 n=400	2011 n=400	2018 n=400
Mitjana de clients (setmana)*	15	20	13	11	12
Ús inconsistent del preservatiu (clients)**	5,1%	5,5%	7,7%	9,9%	8,9%
Parella estable (PE)	47,2%	47,6%	54,5%	53,9%	50,1%
Ús inconsistent del preservatiu (PE)**	86,2%	87%	92%	94,4%	90,6%
Consum de drogues il·legals (a la vida)**	24,5%	26,6%	37%	31,6%	43,9%
Consum de cànnabis**	10,3%	10,5%	15%	11,6%	20,1%
Consum de cocaïna**	12,5%	16,5%	21,5%	18,3%	24,8%
Consum de tranquil·litzants**	7,2%	4,8%	11%	7%	17,6%
Consum de drogues injectades (a la vida)	1,2%	2%	2,8%	0,8%	3%
Ha accedit a serveis sanitaris	64,3%	62,4%	63,2%	67%	63,2%
Ha accedit a serveis socials**	38,4%	41,5%	51,9%	36,3%	30,2%

*ANOVA significativa; **Test χ^2 Pearson de tendència lineal significatiu

1.1.3. Homes i dones trans que exerceixen el treball sexual

Un total de 147 homes cisgènere (homes) i dones transgènere (dones trans) que exercien el treball sexual reclutats en dues entitats de Barcelona van participar al projecte SWEETIE (veure fonts d'informació), per l'estudi de la prevalença del VIH, el virus del papil·loma humà, i altres infeccions de transmissió sexual (ITS) i dels determinants d'infecció en aquesta població (veure fonts d'informació). El 32% de la mostra eren homes i el 68% dones trans. La gran majoria eren persones nascudes fora d'Espanya (95%) i tenien una edat mitjana de 35 anys. Tres quartes parts de la població tenia un nivell educatiu secundari (77%) (Taula 1.5) ¹.

Les característiques del treball sexual i les conductes amb els clients es mostren a la Taula 1.6. Les dones trans feia 12,5 anys que exercien el treball sexual i els homes 4,5 anys i van declarar haver tingut 10 i 6 clients de mitjana la darrera setmana, respectivament. El 90% o més dels i les treballadors/es sexuals havien practicat sexe oral i anal amb els clients el mes anterior, mentre que el 80% dels homes havia practicat sexe anal receptiu. La prevalença d'ús inconsistent del preservatiu amb els clients va ser més freqüent en la pràctica del sexe oral que en el sexe anal, tant en homes com en dones trans. La freqüència d'ús del preservatiu segons el gènere s'observa a la Taula 1.6.

Taula 1.5. Característiques socio-demogràfiques dels participants a SWEETIE segons el gènere

	Homes cis (n=47)	Dones trans (n=100)	Total (n=147)
Edat, mitjana (DE)*	32,9 (8,1)	36,2 (10,7)	35,2 (10)
Nascut/a a Espanya			
Sí, n (%)	7 (14,9%)	6 (6%)	13 (8,8%)
No, n (%)	40 (85,1%)	94 (94%)	134 (91,2%)
Nivell educatiu			
Primària o menys, n (%)	1 (2,1%)	20 (21,7%)	21 (15,1%)
Secundària, n (%)	36 (76,6%)	71 (77,2%)	107 (77%)
Universitària (completa), n (%)	10 (21,3%)	1 (1,1%)	11 (7,9%)

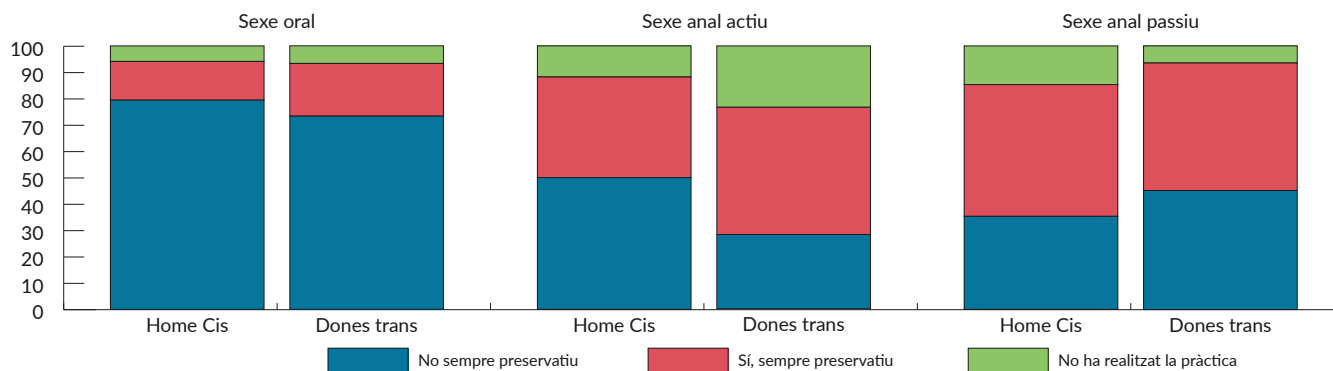
*DE: Desviació estàndard

Taula 1.6. Característiques del treball sexual i conducta amb el client dels participants a SWEETIE segons el gènere

	Homes cis (n=47)	Dones trans (n=100)	Total (n=147)
Anys dedicats al treball sexual, mitjana (DE)*	4,5 (5,1)	12,5 (10,9)	10 (10,1)
Núm clients/setmana, mitjana (DE)*	5,9 (5,8)	9,5 (7,8)	8,3 (7,4)
Pràctiques sexuals l'últim mes			
Sexe oral passiu, n (%)	42 (97,7%)	86 (93,5%)	128 (94,8%)
Sexe oral actiu, n (%)	39 (90,7%)	91 (96,8%)	130 (94,9%)
Penetració activa, n (%)	44 (95,7%)	77 (88,5%)	121 (91%)
Penetració passiva, n (%)	36 (80%)	89 (94,7%)	125 (89,9%)
Ús inconsistent del preservatiu			
Sexe oral passiu, n (%)**	39 (92,2%)	64 (74,4%)	103 (80,5%)
Sexe oral actiu, n (%)**	33 (84,6%)	60 (65,9%)	93 (71,5%)
Penetració activa, n (%)**	21 (47,7%)	20 (26%)	41 (33,9%)
Penetració passiva, n (%)**	14 (38,9%)	20 (22,5%)	34 (27,2%)

*DE: Desviació estàndard; **Entre els que han realitzat la pràctica

Figura 1.4. Percentatge d'ús del preservatiu en les pràctiques sexuals amb la parella ocasional segons gènere

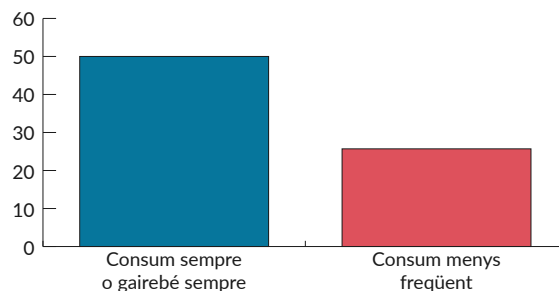


En relació a les parelles no comercials de l'últim any, dos tercers parts dels homes i les dones trans havien tingut una parella ocasional (64,4%) i el 25,9% van declarar haver-ne tingut 10 o més. Al voltant de tres quartes parts dels homes i les dones trans feien un ús inconsistent del preservatiu en el sexe oral amb les parelles ocasionals i aquest percentatge disminuïa a la meitat o menys en les pràctiques amb penetració anal (Figura 1.4). En relació a la parella estable, més de la meitat dels i les treballadores sexuals tenien una parella estable (58,6%), la majoria de les quals era del sexe masculí (80% dels homes i el 98,2% de les dones trans). Quaranta-cinc per cent dels participants van declarar fer un ús inconsistent del preservatiu durant la penetració anal amb una parella estable d'estat serològic desconegut o discordant.

El 45,1% havia consumit (a vegades, gairebé sempre o sempre) drogues recreatives durant les relacions sexuals de l'últim mes amb els clients. Entre les persones que havien consumit drogues es duplicava l'ús inconsistent del preservatiu amb el client (Figura 1.5).

El 25% dels homes i el 10,3% de dones trans estaven circumcidats. Durant el darrer any, un 23,1% dels i les participants no havia visitat un metge, essent tots i totes d'origen immigrant. El 67% de les dones trans havien pres hormones i el 22,2% dels homes havien consumit esteroides amb o sense prescripció mèdica.

Figura 1.5. Ús inconsistent del preservatiu segons la freqüència del consum de drogues recreatives amb clients. SWEETIE 2017-2018



1.1.4. Persones que s'injecten drogues

Des del juliol al desembre del 2019 es van entrevistar un total de 697 persones que s'injecten drogues (PID) usuàries de centres de reducció de danys de Catalunya (REDAN, veure fonts d'informació). Segons el lloc de procedència, 386 (55,4%) eren espanyols/es, i la resta (44,6%), persones nascudes fora d'Espanya, principalment de països de l'est d'Europa (28,6%), Itàlia (22,2%) i Àfrica (20,6%).

L'edat mitjana dels i les participants va ser de 41,9 anys, mostrant una tendència creixent significativa al llarg del període 2008-2019. El percentatge de dones es manté similar en els diferents estudis (18,7% al 2019), igual que el percentatge de persones nascudes fora d'Espanya. L'any 2019, 386 (55,4%) participants eren espanyols/es, i la resta (44,6%), persones nascudes fora d'Espanya, principalment de països de l'est d'Europa (28,6%), Itàlia (22,2%) i Àfrica (20,6%).

D'altra banda, el percentatge de PID a l'atur (55,1% l'any 2019) i que declaren no tenir un domicili fix (44,6% l'any 2019) mostren un increment significatiu

durant el període 2008-2019, així com el percentatge que declaren estar rebent una pensió per jubilació i/o invalidesa (28,8% l'any 2019) (Taula 1.7.) Pel que fa al patró de consum de drogues, es manté estable el percentatge de nous injectors, és a dir, persones que consumeixen drogues injectables des de fa cinc anys o menys (18,1% l'any 2019), així com el percentatge que afirmen estar en tractament en el moment de l'entrevista (55,2% l'any 2019) i que s'injecten amb una elevada freqüència (52,9% diàriament) (Taula 1.7).

La prevalença d'acceptar i/o passar xeringues usades en els últims sis mesos mostra una tendència decreixent durant el període 2008-2019. La pràctica de compartir altre material d'injecció com ara la cullera, el filtre o l'aigua per preparar la dosi mostra un descens significatiu l'any 2019 respecte els anteriors estudis (30,2% l'any 2019) (Figura 1.6). Si comparem la prevalença de compartir per gènere (any 2019), observem que sols hi ha diferències en la pràctica de deixar xeringues als darrers 6 mesos, sent superior entre les dones que s'injecten en relació

Figura 1.6. Prevalença de compartir xeringues i altre material d'injecció (REDAN, 2008-2019)

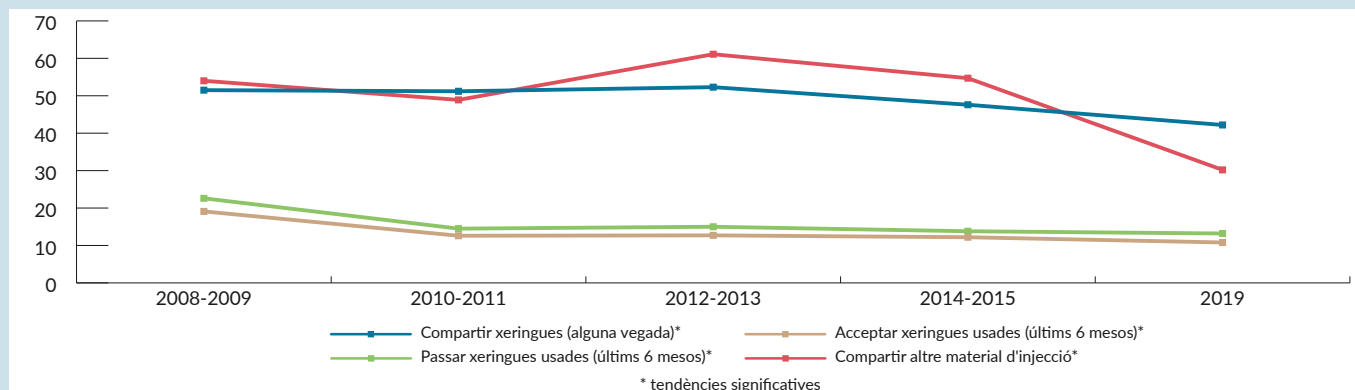
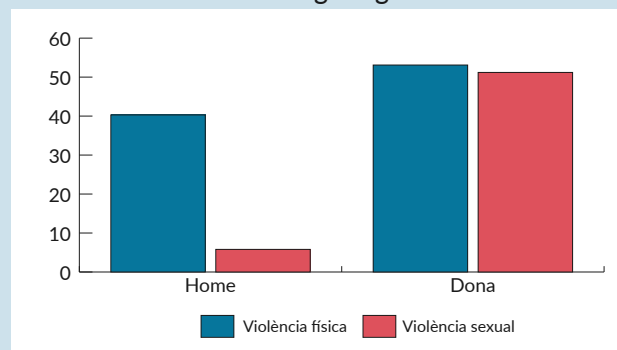


Figura 1.7. Violència física i/o sexual viscuda en els últims 12 mesos en PID segons gènere. REDAN 2019



amb els homes (19,2% vs. 11,9%, respectivament). Un elevat percentatge de les PID fan un ús freqüent de les sales d'injecció segura: 46,9% més de la meitat de les vegades que s'injecten l'any 2019 (Taula 1.7).

Del total de participants al 2019, el 4,2% dels homes i el 21,7% de les dones van declarar haver tingut relacions sexuals a canvi de diners o drogues en els últims sis mesos ($p < 0,001$). S'observen també diferències per gènere en el percentatge de participants que afirmen haver patit agressions físiques i/o sexuals als darrers 6 mesos (Figura 1.7).

Taula 1.7. Perfil sociodemogràfic i patró de consum de drogues de les persones que s'injecten drogues usuàries de centres de reducció de danys a Catalunya (2008-2019)

	2008-2009 n=748	2010-2011 n=761	2012-2013 n=734	2014-2015 n=730	2019 n=697	p***
Nascuts/des fora d'Espanya	41,3%	39,0%	39,5%	39,2%	44,6%	0,265
Menor de 30 anys	19,6%	19,9%	18,1%	14,8%	7,6%	<0,0001
Homes	82,2%	82,7%	82,6%	82,3%	81,3%	0,654
Treballant*	23,2%	17,3%	13,2%	17,4%	12,1%	<0,0001
Atur*	46,7%	50,2%	54,0%	47,4%	55,1%	0,022
Pensió*	18,5%	21,5%	26,2%	27,7%	28,8%	<0,0001
Sense domicili fix*	25,8%	18,1%	21,0%	21,3%	44,6%	<0,0001
5 o menys anys d'injecció	16,9%	21,3%	19,6%	17,3%	18,1%	0,727
Actualment en tractament	48,5%	54%	51,8%	52,1%	55,2%	0,050
Freqüència d'injecció diària*	49,5%	47%	44,7%	47,8%	52,9%	0,216
Ús de sales d'injecció segura amb elevada freqüència**	51,7%	57,9%	62,2%	52,8%	46,9%	0,011
Presó (alguna vegada)	64,1%	66,8%	68,0%	70,1%	72,5%	<0,0001

*Últims 6 mesos; **Més de la meitat dels dies que s'injecta; ***Test de tendència de Mantel

1.1.5. Joves

1.1.5.1. Adolescents i joves que participen en les intervencions educatives que imparteix el Comitè 1r de Desembre a Catalunya

El total d'adolescents i joves d'entre 14-21 anys que van participar a SEXCAT (veure fonts d'informació) va ser de 989, dels quals el 60,3% eren noies, el 38,8% nois, i 8 no s'identificaven amb cap dels dos sexes (0,8%). L'edat mitjana dels i les joves va ser de 16,6 anys (desviació estàndard: 2,1 anys), tres quartes parts havien nascut a Espanya (75,8%) i vivien majoritàriament a la província de Barcelona (64,2%), seguit de la província de Lleida (24,1%) .

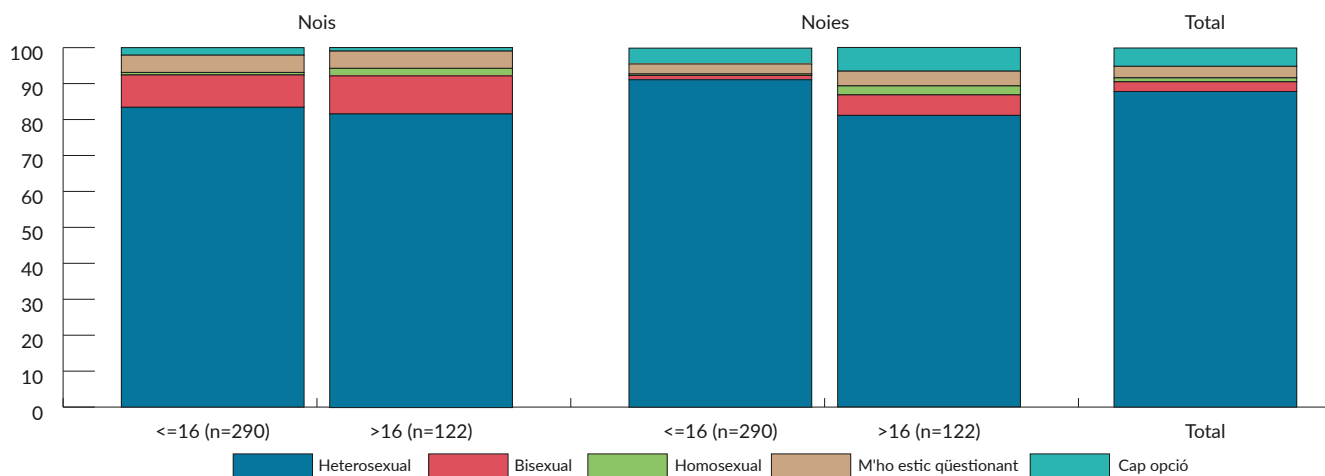
Quan es va preguntar sobre la preferència sexual, la gran majoria dels i les joves es va declarar heterosexual (84,4%), si bé les noies van declarar amb més

freqüència ser bisexuals que els nois, i aquests no identificar-se amb les opcions plantejades (Figura 1.8).

El 62,5% dels i les joves que no s'identificaven amb el sexe binari es declaraven homosexuals (n=5) i 37,5% s'ho estaven qüestionant o cap opció.

SEXCAT va recollir quatre dimensions de benestar sexual. La gran majoria dels nois i noies donaven importància tan al seu propi plaer com al plaer de l'altre/a en les seves relacions sexuals (83,7%), especialment les noies, i al voltant de la meitat va declarar que sovint o sempre havia estat satisfet/a amb la seva vida sexual, independentment de que haguessin tingut o no relacions sexuals (55,8%). Quan es preguntava als i les joves sobre l'autoestima envers el seu cos, el 67% va declarar sentir-se sovint i sempre a gust amb el propi cos i aquest percentatge augmentava fins el 81,3% en els nois.

Figura 1.8. Orientació sexuals dels i les adolescents i joves per grup d'edat i sexe



Taula 1.8 . Plaer sexual durant les relacions dels i les adolescents i joves segons grup d'edat i sexe

		Nois		Noies	
		16 o menys	més de 16	16 o menys	més de 16
Plaer propi i plaer de l'altre en les relacions sexuals compartides*	Dono/Donaria més importància al plaer de l'altra persona que al meu propi	10,1%	22,1%	5,9%	10,1%
	Dono/Donaria tanta importància al meu plaer com al de la persona que està amb mi	86,6%	64,8%	91,3%	81,8%
	Dono/Donaria més importància al meu plaer que al de l'altra persona	3,2%	13,1%	2,8%	8,1%
Satisfacció amb la vida sexual	mai	20,5%	7,4%	23,1%	9,1%
	a vegades	26,4%	32,0%	21,4%	33,2%
	sovint	23,8%	27,9%	22,8%	22,5%
	sempre	29,3%	32,8%	32,7%	35,2%
Satisfacció amb el propi cos*	mai	1,6%	6,5%	8,9%	5,7%
	a vegades	11,9%	23,6%	30,9%	39,3%
	sovint	33,3%	28,5%	32,0%	31,9%
	sempre	53,2%	41,5%	28,2%	23,2%
Estratègies d'auto-coneixement	Observo el meus genitals*	42,6%	51,7%	17,7%	44,4%
	Reconec els punts de plaer del meu cos*	52,0%	65,3%	37,1%	58,0%
	Mantinc una bona higiene dels meus genitals	80,3%	78,8%	89,4%	80,2%
	Vaig a revisions mèdiques periòdicament*	13,9%	21,2%	25,4%	48,8%
	Sé identificar un orgasme*	51,6%	57,6%	31,8%	52,9%
	Faig seguiment de la meva menstruació	-	-	74,2%	63,8%

* p=<0,05

Finalment, l'estratègia d'autoconeixement més freqüent pel conjunt dels i les joves va ser mantenir una bona higiene dels genitals (82,9%) i la menys freqüent les revisions mèdiques (29,3%). A la Taula 1.8 s'observen diferències segons el sexe i l'edat en tres d'aquestes dimensions, la cerca de plaer, l'autoestima i les estratègies d'autoconeixement.

La majoria de joves de 14 a 21 anys eren actius/ves sexualment. El 79,4% (n=639/805) havia realitzat alguna pràctica sexual els últims 12 mesos, les més freqüents eren els petons i carícies (68,2%) i la masturbació pròpia (46,5%). S'observaven diferències en gairebé totes les pràctiques entre nois i noies i segons el grup d'edat, essent les noies i els joves de més de 16 anys les més actives (Taula 1.9).

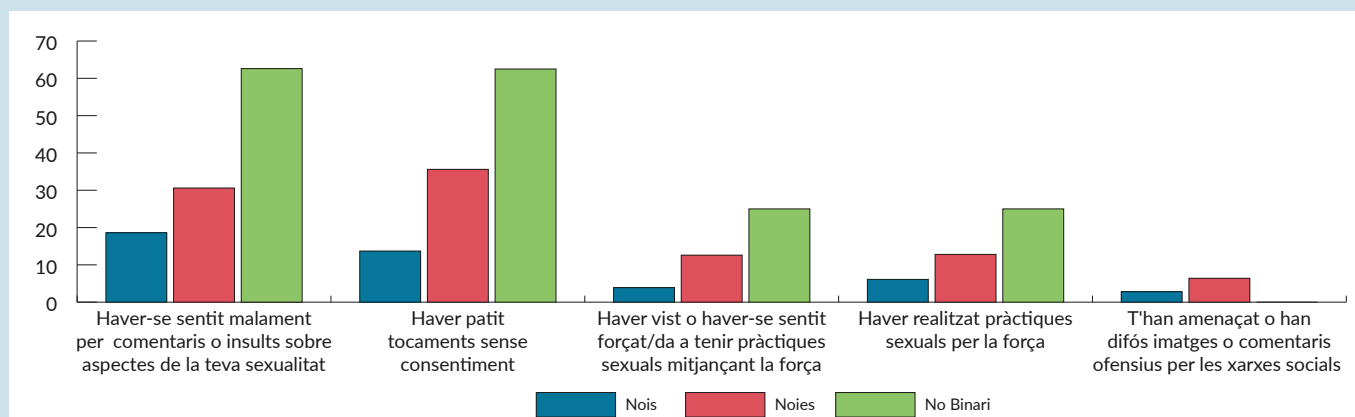
Les noies van declarar amb més freqüència que els nois haver tingut alguna parella (estable i/o ocasional) el darrer any (63,6% i 50,7% respectivament) ($p<0,05$). La prevalença d'ús del preservatiu dels i les joves amb la darrera

parella ocasional o estable era de 71,6% i 67,9% respectivament i s'observaven diferències per sexes amb la parella estable (76,3% i 64% en nois i noies, respectivament) ($p<0,05$).

Entre els nois i noies que havien tingut parella alguna vegada a la vida, una quarta part havia utilitzat l'anticoncepció d'emergència (24,6%) i el 6% havien tingut algun avortament (elles o les seves parelles) i la proporció augmentava amb l'edat de manera significativa i variava segons si la pregunta anava dirigida al noi o la noia.

La meitat dels i les joves havia consumit alcohol o drogues en les relacions sexuals el darrer any (50,2%) i les prevalences més elevades eren d'alcohol (42,6%) i cànnabis (32,6%). El patró de consum augmentava amb l'edat i variava segons el sexe. Les noies havien consumit més alcohol (el 48,2% respecte el 31,5% que declaraven els nois) mentre que els nois feien un consum més elevat de la resta de drogues.

Figura 1.9. Situacions de violències viscudes



Taula 1.9. Tipus de pràctiques sexuals els últims 12 mesos, en els i les adolescents i joves per grup d'edat i sexe*

	Nois		Noies	
	16 o menys	més de 16	16 o menys	més de 16
Masturbació a un mateix (n=260)**	71,5%	75,8%	23,2%	44,6%
Masturbació a l'altra (n=322)**	17,9%	42,4%	28,2%	49,2%
Petons i carícies (n=253)**	53,7%	70,8%	60,7%	85,2%
Sexe oral (n=327)**	11,5%	48,5%	20,6%	56,6%
Penetració penis-vagina (n=317)**	15,8%	56,8%	18,6%	72,7%
Penetració penis-anus (n=350)**	1,7%	17,6%	1,7%	9,9%
Penetració amb joguines (n=350)**	7,1%	16,4%	19,3%	28,8%
Fricció vulva-vulva (n=359)	-	-	1,0%	8,3%
Fricció penis-vulva (n=363)**	1,6%	6,8%	0,7%	1,4%

* respecte del total; ** p<0,05

Nota: aquestes variables tenen molts valors perduts i es podria estar infraestimant alguna pràctica

Una quarta part dels i les participants s'havien sentit malament per insults alguna vegada a la vida (26,3%), el 27% havia patit tocaments almenys una vegada, el 9,5% s'havien sentit forçats/des a tenir relacions sexuals mitjançant la força, el 10,4% per insistència i al 5,4% els havien amenaçat o els havien difós imatges comprometedores per les xarxes socials. Per gènere, les persones amb sexe no binari seguit de les noies declaraven amb més freqüència haver-se sentit malament per alguna de les raons citades (Figura 1.9).

En relació a l'educació sexual rebuda, els nois i noies declaren que la font d'informació més utilitzada sobre sexualitat són els amics i internet (66,7% i 52,9% respectivament). Les noies han recorregut amb més freqüència a la família, parella i amics/gues, així com a ONG o centres de salut que els nois.

1.1.5.2. Població jove atesa als centres d'atenció a la salut sexual i reproductiva (ASSIR)

L'any 2018 un total de 448 joves van ser reclutats/des en el darrer estudi per al monitoratge de la prevalença de clamídia i altres ITS i de les conductes de risc associades (veure fonts d'informació), 179 homes i 269 dones. Les característiques sociodemogràfiques i conductuals es mostren a la Taula 1.10. Majoritàriament (90%) nascuts/des a Espanya, amb prop del 45% amb estudis universitaris, essent les dones les que presenten un nivell educatiu superior. Ambdós sexes reporten una edat mitjana de debut sexual de 16 anys. La parella estable és reportada en major proporció que l'espòrica (76% vs 24%) tant en homes com en dones. Els homes presenten major proporció de simultaneïtat de

Taula 1.10. Característiques demogràfiques i conductuals dels i les joves atesos als ASSIR segons sexe, 2018

	Home n (%)	Dona n (%)	p-valor	Total n (%)
Sexe				
Home	--	--		179 (40,0)
Dona	--	--		269 (60,0)
Grup d'edat				
16-25	98 (54,7)	135 (50,2)	0,344	233 (52,0)
25-35	81 (45,3)	134 (49,8)		215 (49,0)
Nivell Educatiu				
Sense formació	2 (1,2)	0	<0,001	2 (0,5)
Primària	20 (11,6)	11 (4,2)		31 (7,2)
Secundària	98 (56,6)	114 (44,0)		212 (49,1)
Universitària	53 (30,6)	134 (51,7)		187 (43,3)
Origen				
Espanyol	161 (89,9)	241 (89,6)	0,904	402 (89,7)
Altres països	18 (10,1)	28 (10,4)		46 (10,3)
Orientació sexual				
Heterosexual	163 (91,6)	252 (94,4)	<0,001	415 (93,3)
Bisexual	12 (6,7)	1 (0,4)		17 (3,8)
Homosexual	3 (1,7)	14 (5,2)		13 (2,9)
Edat de la primera relació sexual				
<16	52 (29,2)	74 (27,5)	0,695	126 (28,2)
≥16	126 (70,8)	195 (72,5)		321 (71,8)
Nº parelles sexuals, últim any				
≤2	120 (67,0)	202 (75,9)	0,040	322 (72,4)
≥3	59 (33,0)	64 (24,1)		123 (27,6)
Nova parella sexual ≤3 mesos	46 (25,8)	84 (31,5)	0,202	130 (29,2)
Parella actual				
Estable	137 (78,7)	191 (74,0)	0,262	328 (75,9)
Esporàdica	37 (21,3)	67 (26,0)	0,262	104 (24,1)

	Home n (%)	Dona n (%)	p-valor	Total n (%)
Simultaneïtat	45 (25,1)	37 (14,0)	0	82 (18,5)
Ús condó darrera relació sexual	73 (43,5)	119 (45,9)	0,613	192 (45,0)
Ús condó parella estable (sempre)	39 (23,9)	57 (22,4)	0,129	96 (23)
Ús condó parella esporàdica (sempre)	89 (66,4)	139 (65,3)	0,976	228 (65,7)
Contracepció d'emergència	44 (34,6)	168 (63,2)	0	212 (53,9)
Drogues	144 (81,4)	197 (74,6)	0,098	197 (74,6)
Alcohol	133 (75,6)	190 (72,0)	0,403	323 (73,4)
Cànnabis	68 (38,6)	75 (28,4)	0,025	143 (32,5)
Diseny	11 (6,3)	3 (1,1)	0,003	14 (3,2)
Cocaïna	14 (8,0)	10 (3,8)	0,059	24 (5,5)
Sexe post consum drogues	100 (56,8)	126 (48,5)	0,087	226 (51,8)
Ús drogues per a desinhibició sexual	16 (9,2)	22 (8,5)	0,796	38 (8,8)
Drogues i sexe sense protecció	39 (22,4)	42 (16,4)	0,118	81 (18,8)
Síntomes	13 (8,0)	25 (10,2)	0,448	25 (10,2)
Conèixer les ITS	152 (86,3)	235 (90,0)	0,237	387 (88,6)
ITS prèvia	19 (11,7)	33 (13,3)	0,623	33 (13,3)
Percepció risc				
Poc/cap	141 (87,0)	214 (88,1)	0,758	355 (87,7)
Risc elevat	21 (13,0)	29 (11,9)		50 (12,3)

parelles (25% vs 14%) i major nombre de parelles en l'últim any, amb una mitjana de 3 parelles respecte a 2 en les dones. Presenten també, percentatges superiors en el consum de gran part de drogues, excepte per al cànnabis on les proporcions són similars. Es reporta un ús del preservatiu no superior al 45% en l'última relació sexual en ambdós sexes. L'ús és superior amb la parella esporàdica (65%) i disminueix amb l'estable (23%), observant el mateix patró en ambdós sexes. Les dones manifesten un ús superior de la píndola postcoital (63% vs 35%).

Referent a coneixements i aptituds davant les ITS, la majoria (88,6%) coneix què són les ITS i un 78% creu que les seves relacions sexuals són segures. Ambdós sexes presenten una distribució similar en la percepció de risc per a l'adquisició d'una ITS. La majoria (54,1%) manifesta poc risc, un 11,5% elevat, un 24,8% reporta cap risc i el 9,6% ho desconeix.

La taula 1.11 mostra les diferències entre homes i dones pel que fa a la recerca d'informació sobre salut sexual o ITS, i els mitjans més usats de cerca. No s'observen diferències degons sexe en: Internet

(66,5%), els professionals sanitaris (48,2%), els amics (22,5%) i l'escola (16,5%). El mètode de comunicació que utilitzaria per a comunicar una possible infecció d'ITS a la parella, preferentment seria la comunicació cara a cara (86,8%) i significativament superior en els homes, i un 12,5% dels i les joves ho comunicaria mitjançant un professional sanitari (significativament superior

en les dones) i un 2% amb el suport de mitjans electrònics.

En relació a la possible participació en un programa de cribratge per a les ITS, la majoria preferiria fer-ho a través del seu centre de salut (85,9%), un 5,1% a través d'una pàgina web, un 4,9% per correu postal i un 3,3% dels i les joves no hi participaria.

Taula 1.11. Coneixements i aptituds davant una ITS en joves atesos als ASSIR, 2018

	Home	Dona	Total	p
Coneix ITS	86,4%	90%	88,6%	0,237
Relacions sexuals segures	81,1%	75,9%	78%	0,217
Percepció de risc				
elevat	12,1%	11,1%	11,5%	0,692
poc risc	56,9%	52,3%	54,1%	
cap risc	22,4%	26,3%	24,8%	
desconegut	8,6%	10,3%	9,6%	
Informació salut sexual/ITS				
internet	63,1%	68,8%	66,5%	0,215
apps	2,2%	1,1%	1,6%	0,349
professionals sanitaris	46,4%	49,4%	48,2%	0,524
escola	16,8%	16,4%	16,5%	0,91
pares	14%	10%	11,6%	0,203
amics	22,3%	22,7%	22,5%	0,935
no he buscat informació	11,2%	8,9%	9,8%	0,433
Comunicar ITS a la parella				
no ho comunicaria	1,7%	1,9%	1,8%	0,886
per professional sanitari	8,4%	15,2%	12,5%	0,031
personalment	91,6%	83,6%	86,8%	0,014

	Home	Dona	Total	p
suport app, webs	1,7%	2,2%	2%	0,682
Participació en programa cribratge				
no participaria	3,9%	3%	3,3%	0,589
centre salut	82,7%	88,1%	85,9%	0,106
farmàcia	3,4%	3,3%	3,3%	0,997
web específica	7,3%	3,7%	5,1%	0,096
correu postal	5,6%	4,5%	4,9%	0,589

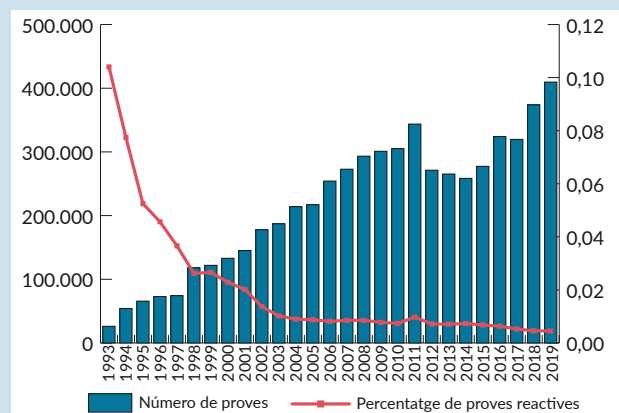
1.2. Realització de la prova del VIH

1.2.1. Nombre de proves diagnòstiques del VIH

1.2.1.1. Proves processades als laboratoris

La quantitat anual de proves processades i declarades pels laboratoris (projecte HIVLABCAT, veure fonts d'informació) ha augmentat progressivament al llarg dels anys, passant de les 52.005 de l'any d'inici de l'estudi a les 409.675 de l'any 2019. El percentatge de proves amb resultat positiu en aquest període (1993-2019) ha anat disminuint (Figura 1.10), arribant al 0,45% en el 2019. Cal tenir en compte que la proporció de dades que aporta cada laboratori sovint és significativament diferent, tant pel que fa al nombre de proves realitzades com al percentatge de resultats positius.

Figura 1.10. Nombre de proves diagnòstiques del VIH realitzades i percentatge de proves positives. Xarxa de laboratoris de Catalunya, 1993-2019



A partir de les dades de les proves realitzades als laboratoris, s'estima la taxa de proves diagnòstiques declarades per cada 1.000 habitants a Catalunya. Aquesta taxa ha anat incrementant cada any, arribant a un pic de 46,2 proves el 2011. Després d'aquest pic, va haver-hi un descens en els següents dos anys, arribant a les 34,8 proves el 2014. A partir del 2015, el nombre de proves va tornar a augmentar, arribant a 53 proves per cada 1.000 habitants el 2019 (Figura 1.11).

Aquesta taxa oscil·la entre les 25,97 registrades a la Regió Sanitària Terres de l'Ebre i les 60,41 registrades a la Regió Sanitària Barcelona (Figura 1.12). La taxa de proves a Catalunya encara és lluny de la de països com ara França o Estonia, amb unes taxes de 86,6 i 85,3, respectivament, segons dades del 2018 ².

Figura 1.11. Evolució de la taxa de proves de VIH per 1.000 habitants. Catalunya 1993-2019

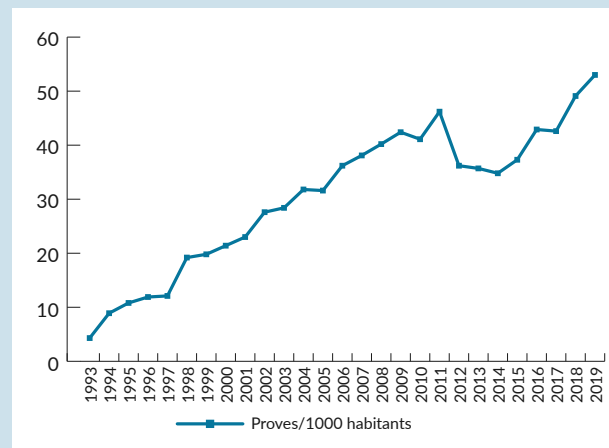
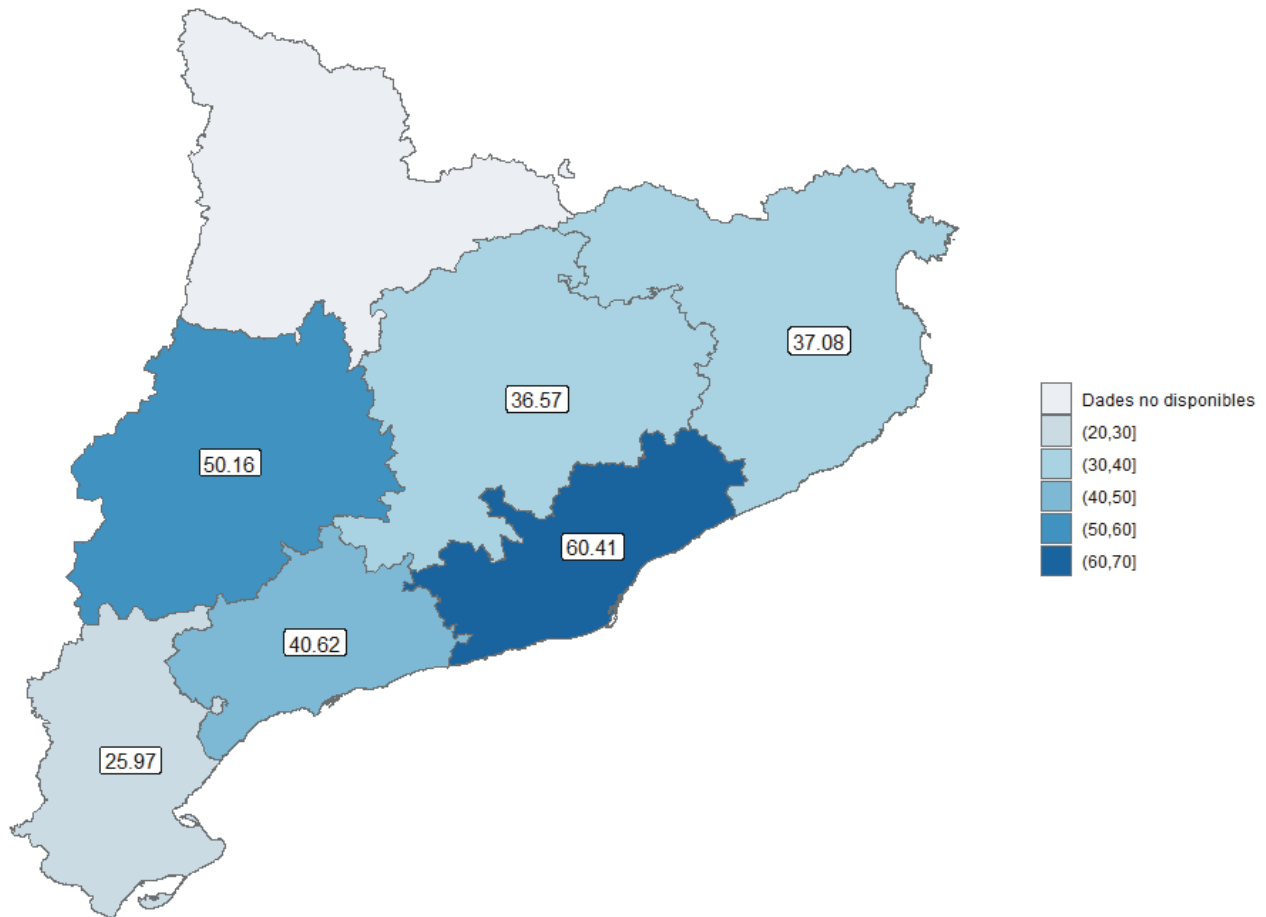


Figura 1.12. Estimació de la taxa de proves diagnòstiques per Regió Sanitària. Catalunya 2019



1.2.1.2. Peticions de proves des d'Atenció Primària

Durant el període 2012-2016, segons dades del SIDIAP (veure fonts d'informació) en els centres d'Atenció Primària s'han demanat un total de

687.775 proves pel cribratge del VIH amb un total de 4.517 resultats positius (0,66%). El nombre de proves durant aquest període ha anat augmentant, passant de 119.864 a 163.143 proves demanades. El percentatge de proves de cribratge reactives

també ha incrementat lleugerament, variant entre 0,58% en el 2012 i 0,73% en el 2016 (Figura 1.13). El percentatge de proves de cribratge reactives en tot el període va ser més alta en els homes, amb un 1.3% respecte a un 0.3% en les dones.

El nombre de proves de cribratge per 1.000 habitants assignats als centres d'Atenció Primària va incrementar de 20,23 proves per 1.000 habitants assignats l'any 2012 a 28,34 proves l'any 2016 (Figura 1.13).

Globalment la raó dona:home de proves de cribratge va ser de 1,7 (Figura 1.14). Aquesta raó va ser diferent segons els grups d'edat, amb una raó dona:home de 2,3 en els grups d'edat de 15-19 , de 25-29 i de 30-39, i de 0,8 en el grup de majors de 50 anys.

La major taxa de proves de cribratge per tot el període en dones va ser entre els 25-29 anys amb 91 proves per 1.000 habitants assignats, seguit del grup d'edat de 30-39 anys amb 71 proves per 1.000 habitants assignats per tot el període (Figura 1.15). En els homes la major taxa de proves va ser entre els 25-29 anys, amb 40 proves per 1.000 habitants assignats, seguit del grup d'edat de 20-24 anys, amb 34 proves per 1.000 habitants assignats.

El 62% de les proves de cribratge demanades pels professionals d'atenció primària van ser a dones i el 77% tenien entre 30 i 33 anys d'edat (Figura 1.16). Els homes van representar un 80% dels resultats positius i pel que fa als grups d'edat, el grup entre 25 i 39 anys va representar un 51%.

Figura 1.13. Evolució del nombre de proves de cribratge de VIH per 1.000 habitants assignats als centres d'atenció primària. Catalunya, 2012-2016

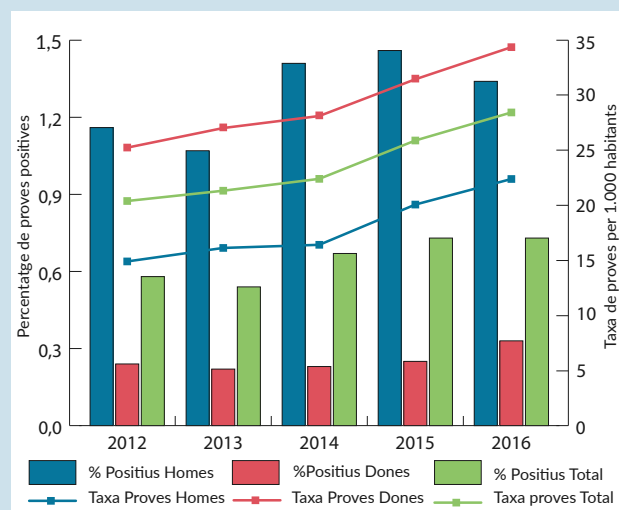


Figura 1.14. Evolució de la raó dona:home de proves de cribratge de VIH segons grups d'edat a atenció primària. Catalunya, 2012-2016

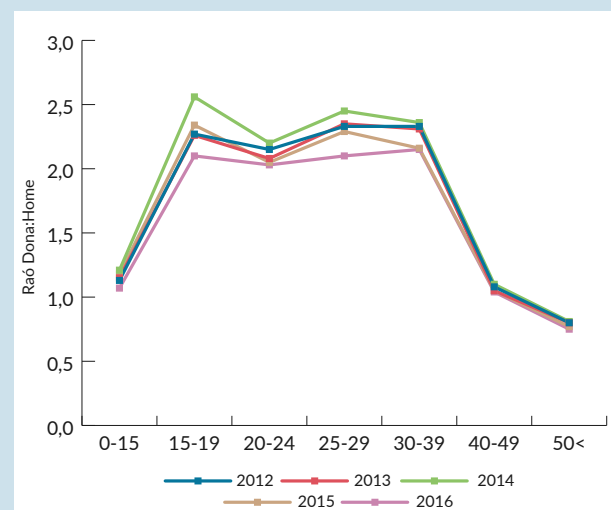


Figura 1.15. Evolució del nombre de proves de cribatge de VIH per 1.000 habitants assignats i de la proporció de proves amb un resultat positiu segons sexe i grup d'edat a atenció primària. Catalunya, 2012-2016

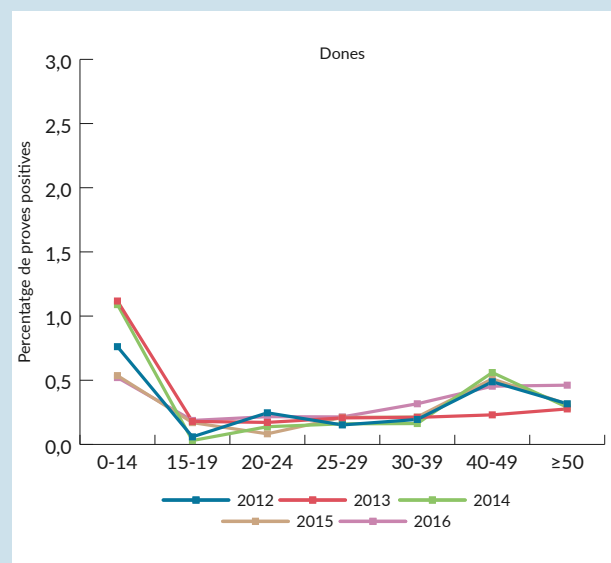
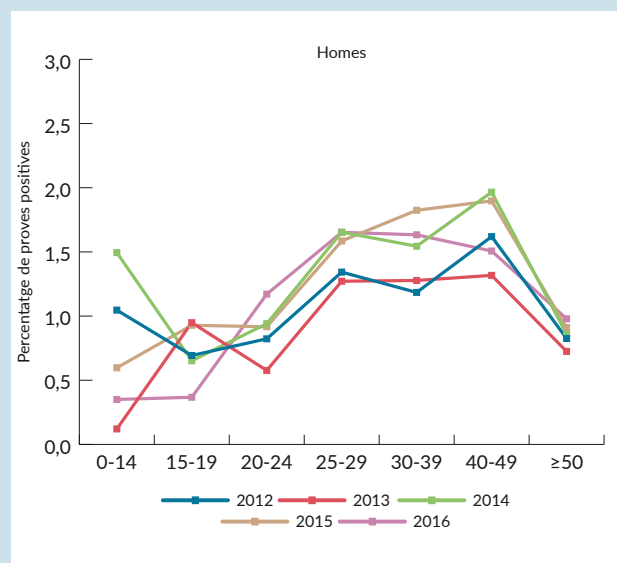
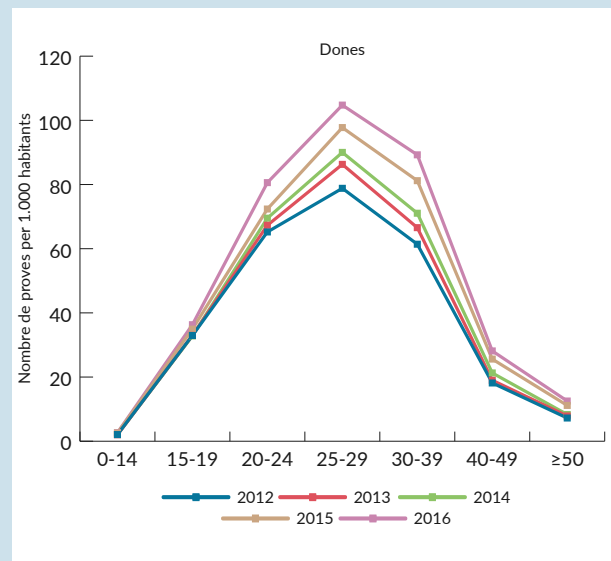
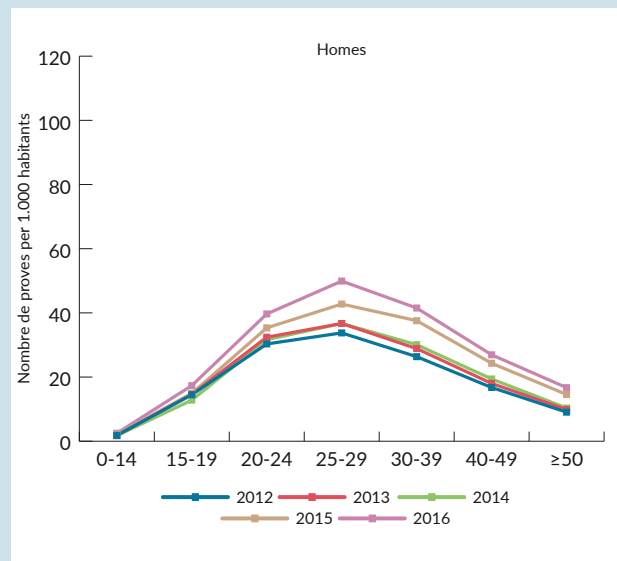
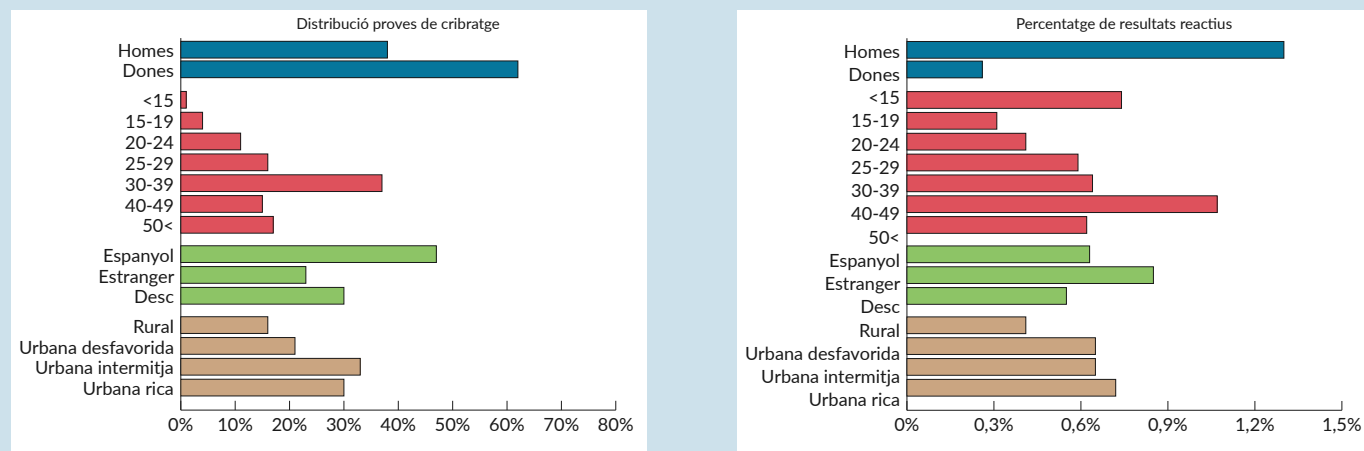


Figura 1.16. Distribució del nombre de proves de cribatge de VIH i percentatge de resultats reactius segons diferents característiques sociodemogràfiques en els centres d'atenció primària. Catalunya, 2012-2016

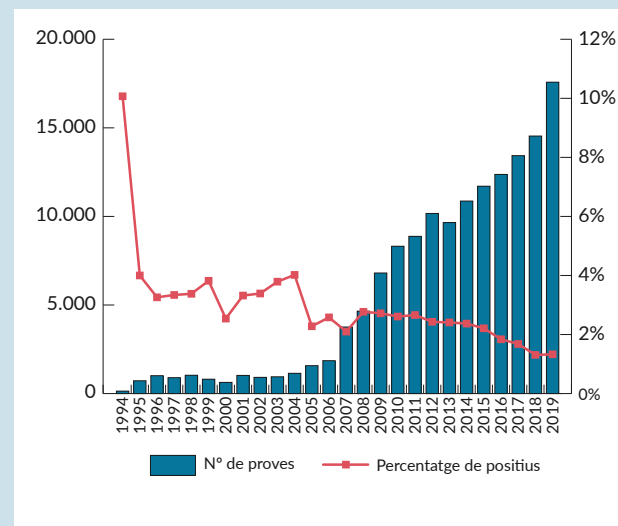


1.2.1.3. Proves realitzades en els centres de cribatge comunitari

En els centres de cribatge comunitari on s'ofereix la prova de detecció del VIH (xarxa DEVO, veure fonts d'informació), entre 1995 i 2019, es van realitzar 145.297 proves de VIH, de les quals un 2,15% van ser reactives. L'augment del nombre de proves realitzades per la xarxa DEVO va ser relativament baix fins al 2006, anant des de 716 el 1995 a 1.849 el 2006 (Figura 1.17). Amb la introducció de les proves ràpides de VIH a finals del 2006, es va produir un augment del 102,9% en el nombre de proves de VIH realitzades el 2007 respecte de l'any anterior.

Al 2019 el nombre de proves va arribar a 17.577, de les quals un 1,33% van ser reactives. Del 2006 al 2019 es va produir un augment del 847,6% en el nombre de proves realitzades (de 1.858 proves realitzades el 2006 a 17.577 el 2019), amb un augment mitjà anual del 20,6%. En els darrers 10

Figura 1.17. Nombre de proves realitzades i percentatge de proves positives en els centres de cribatge comunitari, 1995-2019



anys el percentatge de proves reactives ha anat disminuint (tendència estadísticament significativa, $p < 0,0001$), del 2,7% el 2009 (185/6.805) a 1,3% el 2019 (233/17.577).

Entre 1995 i 2019, el 77,7% del total de persones que es van fer la prova del VIH en els centres de la xarxa DEVO i el 90,4% dels casos reactius eren homes. En homes i dones, el grup d'edat amb la majoria de persones testades i amb major nombre de resultats reactius va ser el de 25-34 anys (Figura 1.18). Els estrangers representen el 45,1% del nombre total de persones testades i el 54,5% del nombre de proves reactives.

La Figura 1.19 descriu la contribució de cada grup de transmissió al total de proves realitzades i proves reactives durant el període analitzat, i mostra que la proporció dels HSH respecte al total de persones testades ha anat augmentant molt amb els anys fins

arribar al 71,8% el 2019. La tendència contrària és visible entre les PID, ja que la proporció de totes les persones testades que eren PID va assolir el valor més baix (0,5%) al 2019. Entre 1996 i 2004, el grup de transmissió amb més nombre de proves reactives va ser el dels PID, tot i que des del 2005 la proporció d'aquest grup va disminuir gradualment. En el mateix període, la proporció de totes les proves reactives que eren HSH (incloent els HSH que exerceixen el treball sexual) va augmentar, arribant al 92,7% del total dels resultats reactius detectats el 2019.

La taxa de reactivitat més alta entre els diferents grups de transmissió durant tot el període d'estudi es va trobar en els PID (oscil·lant entre el 25,0% i l'1,1%), seguida dels HSH (entre el 10,2% i el 2,0%) (Figura 1.20). No obstant això, en els últims anys la taxa de reactivitat en el grup de PID ha disminuït gradualment. Aquesta disminució, però, no és estadísticament significativa a causa del baix

Figura 1.18. Distribució per gènere, edat i origen de les persones testades i dels casos reactius en els centres comunitaris, 1995-2019

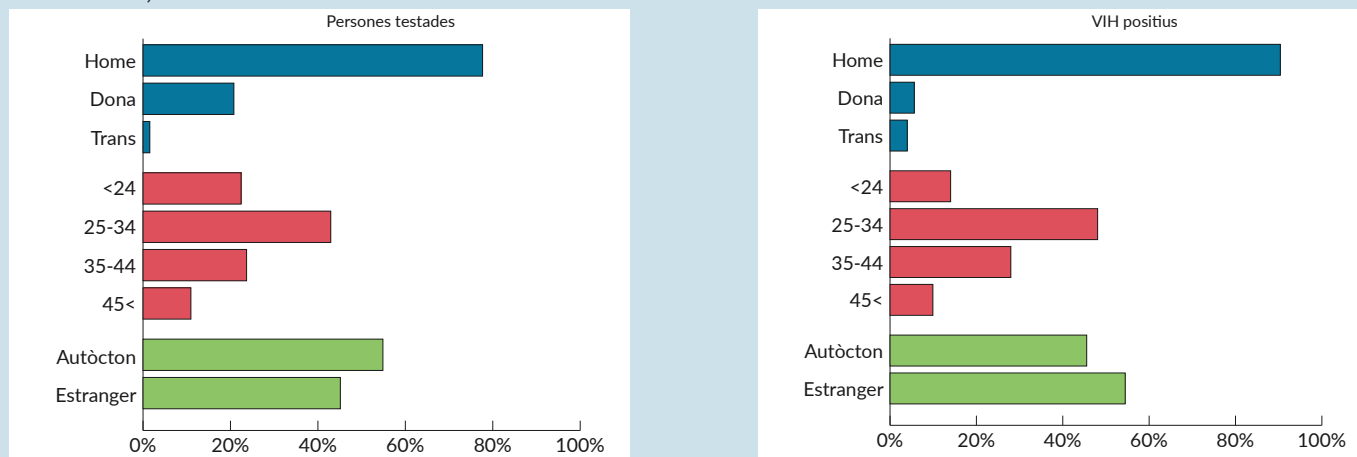


Figura 1.19. Evolució per any de la distribució per grup de transmissió de les persones testades i dels reactius detectats en els centres comunitaris, 1995-2019

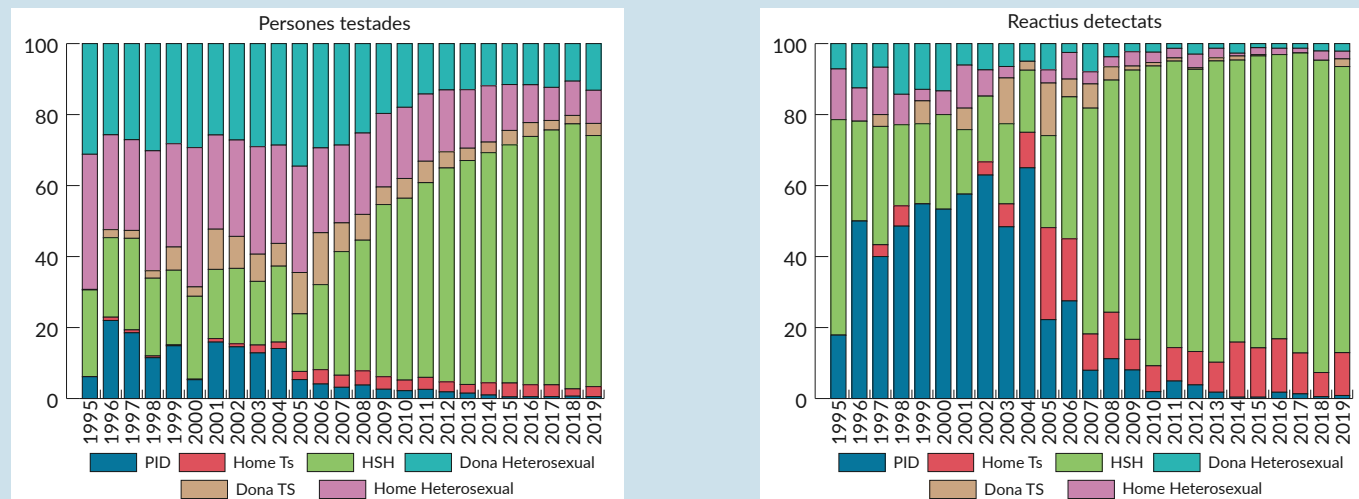
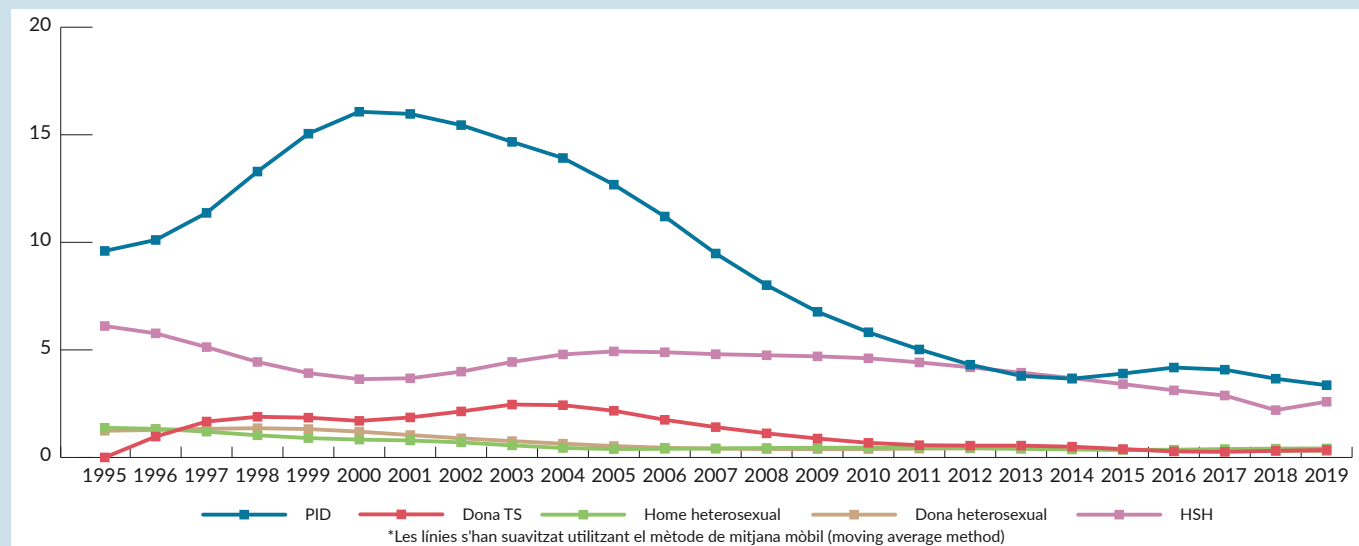


Figura 1.20. Evolució del percentatge de proves reactives per any i per grup de transmissió en els centres comunitaris, 1995-2019



nombre de PID testats. La taxa de reactivitat en HSH mostra una disminució estadísticament significativa ($p < 0,001$), sobretot en els darrers deu anys, arribant al 2,0% el 2019. Per a la resta de grups no es va observar una tendència significativa.

El 2019, es van realitzar un total de 17.577 proves a la xarxa DEVO a 13.011 individus, dels quals un 1,8% (233/13.011) eren reactius. D'aquestes proves reactives, el 85,0% (198/233) va tenir una prova confirmatòria, del qual el 96,5% es va confirmar com a positiva. Del total de confirmats positius, el 94,2% (180/191) van ser vinculats amb l'atenció sanitària.

1.2.1.4. Proves realitzades a les oficines de farmàcia

Des d'abril de 2009 el Programa de Prevenció, Control i Atenció al Virus d'Immunodeficiència Humana a través de la Secció de Vigilància, Prevenció i Control de les Infeccions de Transmissió Sexual i el VIH de la Subdirecció General de Vigilància i Resposta a Emergències de Salut Pública junt amb el Consell de Col·legis de Farmacèutics promouen la realització de la prova ràpida del VIH en oficines de farmàcia. I fins desembre de 2019 s'han realitzat un total de 24.900 proves, i s'han detectat 235 proves reactives (0,95%). El 74% de les persones que es van realitzar la prova en una oficina de farmàcia van ser homes, amb una mitjana d'edat de 34 anys, sent el grup més nombrós el comprès entre els 30 i els 39 anys amb un 38%. El 15% van ser persones nouvingudes, principalment llatinoamericanes. El principal motiu per fer-se la prova va ser per una pràctica sexual de risc (81%), sent en el 22% dels casos una pràctica homosexual. Entre les proves reactives, el 81% corresponien a homes, el 27% a persones nouvingudes, el 76% tenien entre 20 i 39 anys i la principal via de

transmissió ha estat la sexual, tractant-se en un 52% dels casos de relacions homosexuals.

1.2.2. Cobertura de la prova diagnòstica del VIH en poblacions clau

Gairebé el total de PID que accedeixen als centres de reducció de danys de Catalunya (projecte REDAN, veure fonts d'informació) s'havien fet la prova de detecció del VIH alguna vegada a la vida (98,1% l'any 2019), percentatge que mostra una tendència creixent significativa durant el període 2008-2019 (Figura 1.21). L'any 2019, no s'observen diferències en el percentatge de PID que s'han realitzat la prova del VIH alguna vegada segons gènere (97,9% homes i 99,2% dones) ni segons origen (99% espanyols/es i 97,1% persones nascudes fora d'Espanya).

D'altra banda, el 87,5% dels HSH participants a la enquesta EMIS-2017 (veure fonts d'informació) i que residien a Catalunya s'havien fet la prova de detecció del VIH en alguna ocasió, percentatge lleugerament superior a l'observat a EMIS-2010 (73,1%) (Figura 1.21).

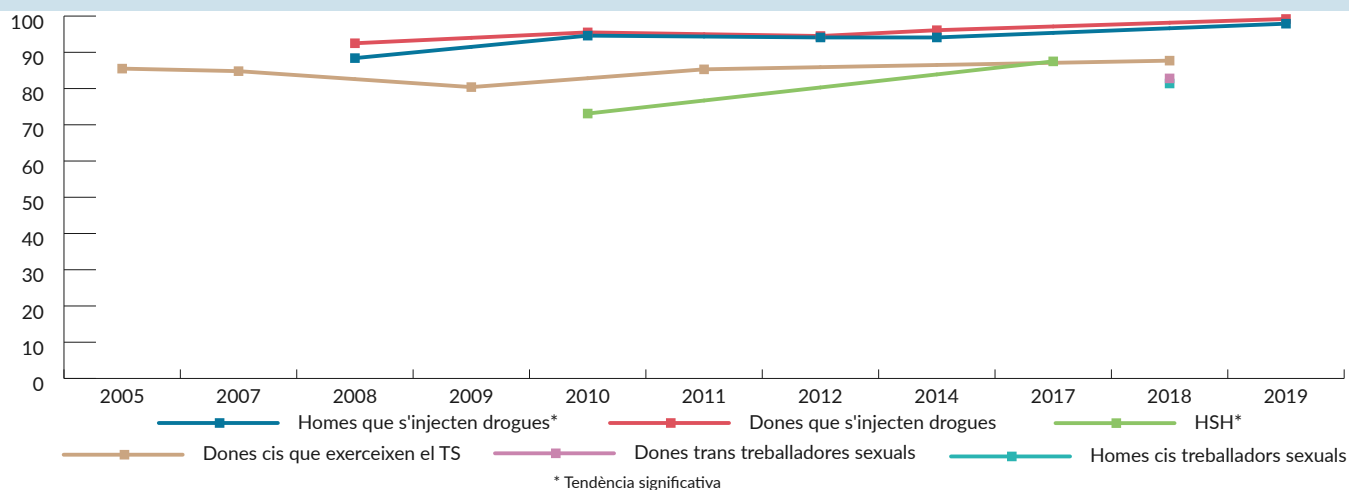
El percentatge de dones cisgènere que exerceixen el treball sexual participants en el projecte HIVITS-TS a Catalunya (veure fonts d'informació) que s'havien fet la prova del VIH alguna vegada mostra una tendència estable durant el període 2005-2018 (87,7% l'any 2018) (Figura 1.21). Si tenim en compte l'origen, són les dones nascudes fora d'Espanya les que presenten el menor percentatge de proves realitzades: 87% enfront el 93,3% en dones espanyoles.

A través del projecte Sweetie (veure fonts d'informació) s'observa que el 81,4% d'homes

cisgènere i el 82,8% de dones transgènere que exerceixen el treball sexual a Barcelona s'havia realitzat una prova del VIH alguna vegada i coneixia els resultats (Figura 1.21).

Finalment, la proporció de persones que es van realitzar la prova del VIH en els últims 12 mesos i coneixien els resultats va oscil·lar entre el 60,1% en les dones cisgènere que exerceixen el treball sexual i el 86,2% en dones que s'injecten drogues (Taula 1.12).

Figura 1.21. Realització de la prova del VIH (alguna vegada) en poblacions clau



Taula 1.12. Prova del VIH realitzada i coneixement dels resultats (últims 12 mesos)*

Població	Estudi	Any	Indicador
Homes que tenen sexe amb homes	EMIS	2017	70,5%
Homes que s'injecten drogues	REDAN	2019	85,0%
Dones que s'injecten drogues	REDAN	2019	86,2%
Dones cis que exerceixen el TS	HIVITS-TS	2018	60,1%
Dones trans que exerceixen el TS	SEXCOHORT	2014-2018	81,9%
Homes cis que exerceixen el TS	SEXCOHORT	2014-2018	64,0%

*Indicador DDM. S'exclouen les persones amb un diagnòstic de VIH de fa més de 12 mesos

1.2.3. Pilotatge d'estratègies innovadores

És necessari crear enfocaments innovadors que promoguin un major accés a l'ús de la prova del VIH i que estiguin dirigides a les poblacions ocultes, a les que no s'ha aconseguit accedir a través de les estratègies implementades actualment.

Mostrem dues intervencions innovadores per a promoure el diagnòstic precoç del VIH en dos contextos diferents: el projecte TÉSTATE d'oferta online de kits d'auto-recollida de mostra pel cribratge de VIH a través de les apps/webs de contactes gay; i la implementació d'una alerta electrònica a la història clínica informatitzada a Atenció Primària per a recordar als professionals sanitaris oferir la prova del VIH.

1.2.3.1. Projecte TÉSTATE

L'objectiu de l'estudi era avaluar l'acceptabilitat i l'efectivitat d'una intervenció online d'auto-recollida

de mostra per a la realització de la prova del VIH i posterior consulta de resultats online dirigida a gais, bisexuals i altres homes que tenen sexe amb homes (GBHSH) usuaris de pàgines i aplicacions mòbils de contactes de gais a Espanya (veure fonts d'informació).

Entre novembre de 2018 i desembre de 2020 es van enviar 6.872 kits d'auto-recollida de mostra (Figura 1.22) (69,5% de taxa de retorn) que corresponien a 4.007 participants procedents de totes les províncies d'Espanya (Figura 1.23). 1.235 participants (46,24%) es van realitzar una única prova, 705 (23,39%) es van realitzar 2, 357 (13,37%) participants es van fer 3 proves, 197 (7,38%) es van fer 4 proves i 177 (6,62%) es van realitzar més de 4 proves.

El 99,64% dels participants eren homes, la mitjana d'edat va ser 32 anys (RIQ: 25-40) i el 19,87% eren nascuts fora d'Espanya. El 19,5% residia en ciutats amb menys de 50.000 habitants. El 16,88% no s'havia realitzat anteriorment la prova del VIH i el

Figura 1.22. Kits enviats, mostres rebudes i nombre de proves reactives. Projecte TÉSTATE, 2018-2021

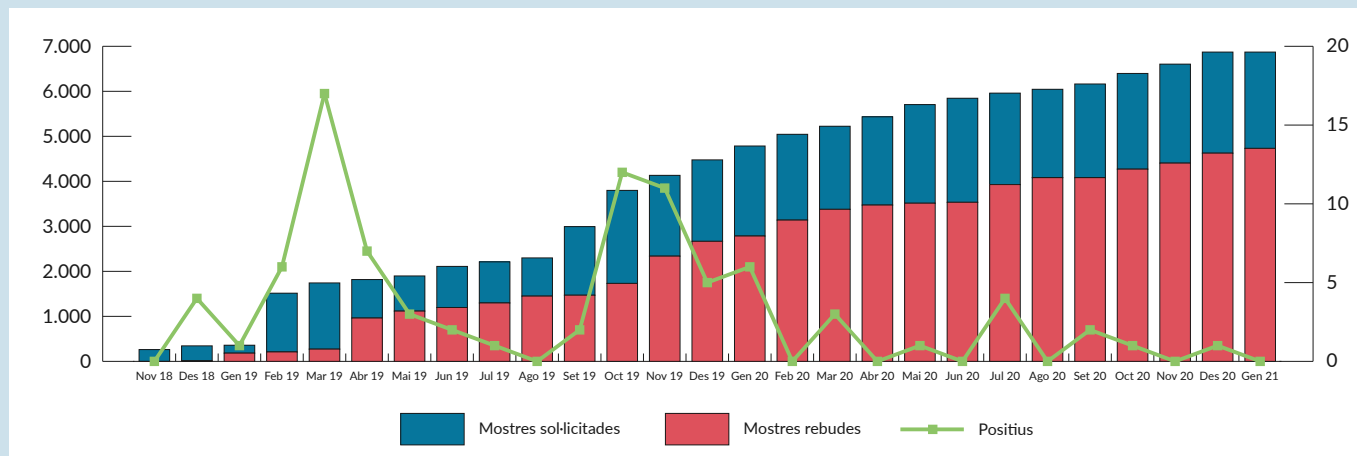
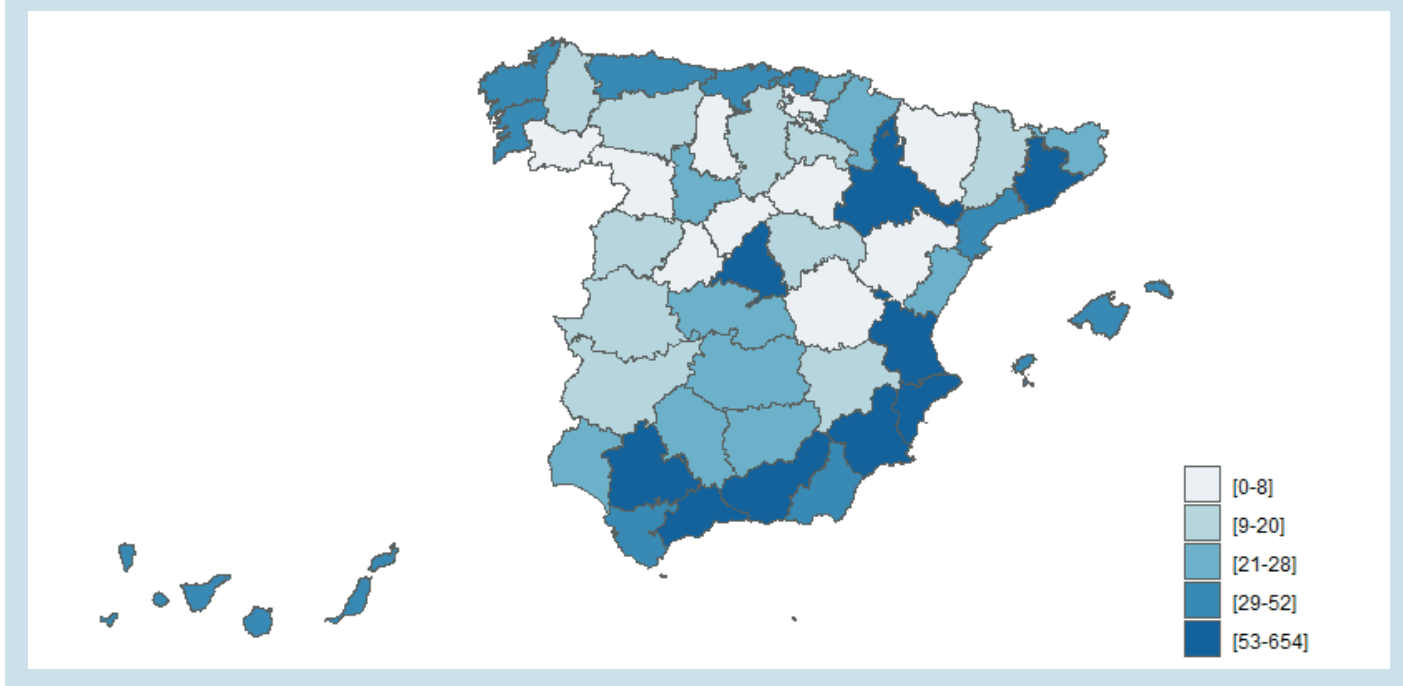


Figura 1.23. Participants de la intervenció TÉSTATE (n=3.467), 2018-2020



20,74% se l'havia realitzat feia més d'una any. El 47,25% no havia utilitzat preservatiu a la seva última relació sexual amb penetració anal. El 37,5% dels participants havia tingut una ITS en els darrers 5 anys. El 5,75% prenia PrEP.

Es van detectar 89 resultats reactius (3,3%, 95% IC, 2,65%-4,91%). La proporció de resultat reactiu entre els participants amb una única prova va ser del 5,75%. La incidència estimada va ser de 56 casos reactius per cada 1.000 individus-any.

De 89 participants amb un resultat reactiu, 14 ja eren positius coneguts, tres eren falsos positius, 62 van confirmar el seu resultat i 54 (87,10%) van estar

vinculats a l'atenció sanitària i van iniciar el tractament.

El 89,89% dels participants amb resultat reactiu eren homes, la mitjana d'edat va ser de 35 anys (RIQ: 28-42,25), el 36,25% havien nascut fora de l'Estat Espanyol, el 32,3% residia en una població <50.000 habitants, el 18,75% no s'havien realitzat la prova del VIH prèviament, el 40,32% se l'havien fet feia més d'una any. El 91,25% no havia utilitzat preservatiu a la darrera relació sexual amb penetració anal i el 46,25% havien tingut una ITS en els darrers 5 anys.

El 96,4% dels participants van declarar que repetirien l'experiència i el 97,9% la recomanarien a un amic. Les avantatges més freqüentment identificades van ser la comoditat i la privacitat.

En conclusió, la intervenció va ser ben acceptada per la població a la qual estava adreçada. Es va accedir a una població amb risc elevat enfront el VIH. Es va observar una efectivitat elevada en identificar una elevada proporció de participants infectats que havien confirmat el resultat, així com a participants vinculats al sistema sanitari.

1.2.3.2. Eficàcia de la implementació d'una alerta electrònica a la història clínica informatitzada a Atenció Primària a Catalunya

Eficàcia de la implementació d'una alerta electrònica a la història clínica informatitzada a Atenció Primària a Catalunya

L'objectiu de l'estudi era avaluar l'eficàcia de la implementació d'una alerta electrònica a la història clínica informatitzada (ECAP) per a recordar als metges/sses de família realitzar el cribratge de VIH als pacients diagnosticats amb una condició indicadora (CI) de VIH (veure fonts d'informació).

Es va portar a terme un assaig clínic aleatoritzat a tots els Equips d'Atenció Primària (EAPs) que pertanyen a l'Institut Català de la Salut (ICS) de la ciutat de Barcelona. Els EAPs participants es van dividir aleatòriament en dos grups d'estudi: Grup alerta electrònica i Grup Control.

Entre el mes de juny de 2018 i el mes de maig de 2019, al grup Alerta, es va implementar una alerta electrònica tipus pop-up que apareixia a la història clínica informatitzada recordant als professionals sanitaris realitzar el cribratge de VIH als pacients entre 16 i 65 anys diagnosticats amb una CI. Es va avaluar l'eficàcia de la implementació de l'alerta

comparant el nombre de proves de VIH realitzades en pacients diagnosticats amb una CI en els EAP participants durant el període d'estudi.

La mostra va estar conformada per 13.000 diagnòstics de al menys 1 CI, 56,32% dones, 26,12% migrants. La proporció de pacients als quals se'ls va realitzar la prova de VIH va ser de l'18,01% i de l'21,06% en el grup de control i alerta respectivament, aconseguint aquesta diferència el 6% en els homes. Els metges/es de família tenien més probabilitats de sol·licitar una prova de VIH en el grup d'alerta en comparació amb el grup de control (OR = 1,25; IC de l'95%, 1,13-1,37; $p < 0,001$). Quan analitzem la interacció entre l'alerta i altres variables observem un efecte multiplicatiu significatiu en pacients homes (OR = 1,26; IC 95%, 1,04-1,52; $p = 0,019$), que resideixen en àrees de classe social mitjana-alta (OR = 1,35; 95% IC, 1,07-1,71; $p = 0,013$), pacients majors de 50 anys (OR = 1,77; IC de l'95%, 1,33-2,38; $p < 0,001$) i diagnosticats amb una CI diferent d'una infecció de transmissió sexual (ITS) o una malaltia definitiva de SIDA (OR = 1,51; IC de l'95%, 1,20-1,92; $p < 0,001$, en comparació amb els pacients diagnosticats amb una ITS) (Taula 1.13).

Una alerta electrònica que promou la prova de VIH basada en CI és eficaç per augmentar les taxes de realització de la prova de VIH principalment en homes, de classe social mitjana-alta, majors de 50 anys i diagnosticats amb un CI diferent a una ITS o una malaltia definitiva de SIDA.

Taula 1.13. Característiques en presència de condició indicadora, i sol·licitud de proves i resultat positiu segons aquestes

	Controls				Alerta			
	Sol·licitud prova	p-valor	Resultat positiu	p-valor	Sol·licitud prova	p-valor	Resultat positiu	p-valor
Sexe		0.784		0.704		<0.001		0.033
Dones	645 (18.14%)		2 (0.31%)		701 (18.61%)		1 (0.14%)	
Homes	459 (17.83%)		3 (0.66%)		746 (24.03%)		9 (1.21%)	
MEDEA (original)		0.001		0.550		0.382		0.420
Missing	100 (18.45%)		1 (1.00%)		85 (19.36%)		0 (0.00%)	
Q1 (menor privació)	167 (14.33%)		0 (0.00%)		450 (21.02%)		6 (1.34%)	
Q2	223 (17.93%)		1 (0.45%)		359 (21.29%)		2 (0.56%)	
Q3	192 (17.28%)		0 (0.00%)		165 (19.55%)		1 (0.61%)	
Q4	185 (19.68%)		2 (1.10%)		175 (23.78%)		1 (0.57%)	
Q5 (major privació)	237 (21.01%)		1 (0.42%)		213 (20.80%)		0 (0.00%)	
Ruralitat		0.537				0.833		
Missing	0 (0.00%)		0 (NaN%)		0 (0.00%)		0 (NaN%)	
Rural	10 (23.26%)		0 (0.00%)		11 (22.92%)		0 (0.00%)	
Urbà	1.094 (17.98%)		5 (0.46%)		1.436 (21.05%)		10 (0.70%)	
MEDEA + Ruralitat		0.002		0.671		0.456		0.549
Rural	2 (11.11%)		0 (0.00%)		3 (27.27%)		0 (0.00%)	
Q1 (menor privació)	167 (14.33%)		0 (0.00%)		450 (21.02%)		6 (1.34%)	
Q2	223 (17.93%)		1 (0.45%)		359 (21.29%)		2 (0.56%)	
Q3	192 (17.28%)		0 (0.00%)		165 (19.55%)		1 (0.61%)	
Q4	185 (19.68%)		2 (1.10%)		175 (23.78%)		1 (0.57%)	
Q5 (major privació)	237 (21.01%)		1 (0.42%)		213 (20.80%)		0 (0.00%)	
Sense informació	98 (18.70%)		1 (1.02%)		82 (19.16%)		0 (0.00%)	

	Controls				Alerta			
	Sol.licitud prova	p-valor	Resultat positiu	p-valor	Sol.licitud prova	p-valor	Resultat positiu	p-valor
Migrant		<0.001		1.000		<0.001		0.030
No	733 (16.02%)		3 (0.41%)		971 (19.31%)		3 (0.31%)	
Sí	371 (23.87%)		2 (0.54%)		476 (25.84%)		7 (1.47%)	
Edat		<0.001		0.101		<0.001		0.280
16-30	463 (25.82%)		1 (0.22%)		580 (29.20%)		2 (0.35%)	
30-40	352 (23.28%)		1 (0.28%)		391 (23.68%)		2 (0.51%)	
40-50	196 (17.04%)		3 (1.53%)		274 (20.87%)		4 (1.47%)	
50-66	93 (5.55%)		0 (0.00%)		202 (10.52%)		2 (1.00%)	
Condicó indicadora						<0.001		
Altres definitòries	34 (9.29%)		0 (0.00%)		36 (9.38%)		0 (0.00%)	
Altres ITS	64 (47.06%)		0 (0.00%)		76 (43.43%)		0 (0.00%)	
Càncer anal	0 (0.00%)		0 (NaN%)		0 (0.00%)		0 (NaN%)	
Càncer cervical	1 (5.88%)		0 (0.00%)		2 (11.11%)		0 (0.00%)	
Candidiasi	2 (12.50%)		0 (0.00%)		6 (33.33%)		1 (16.67%)	
Clamidia	207 (45.90%)		1 (0.49%)		205 (45.15%)		0 (0.00%)	
Dermatitis	59 (4.69%)		0 (0.00%)		89 (6.36%)		2 (2.25%)	
Gonorrea	85 (45.95%)		2 (2.38%)		157 (50.97%)		2 (1.27%)	
Heaptitis B	7 (7.29%)		0 (0.00%)		17 (13.60%)		0 (0.00%)	
Heaptitis C	6 (6.45%)		1 (16.67%)		12 (10.91%)		0 (0.00%)	
Herpes genital	123 (33.98%)		0 (0.00%)		157 (40.26%)		0 (0.00%)	
Herpes zoster	58 (4.59%)		0 (0.00%)		156 (10.97%)		1 (0.64%)	
Inefcció HPV	337 (32.59%)		0 (0.00%)		377 (33.78%)		0 (0.00%)	
LGV	2 (50.00%)		0 (0.00%)		2 (50.00%)		0 (0.00%)	
Linfoma No Hodgkin	4 (25.00%)		1 (25.00%)		3 (14.29%)		0 (0.00%)	

	Controls				Alerta			
	Sol.licitud prova	p-valor	Resultat positiu	p-valor	Sol.licitud prova	p-valor	Resultat positiu	p-valor
Mononucleosi	15 (9.49%)		0 (0.00%)		27 (16.56%)		1 (3.70%)	
Pneumònia	11 (4.23%)		0 (0.00%)		23 (7.47%)		0 (0.00%)	
Sífilis	19 (33.93%)		0 (0.00%)		22 (44.90%)		1 (4.55%)	
Tricomones	39 (31.97%)		0 (0.00%)		41 (35.65%)		0 (0.00%)	
Trombocitopènia	20 (10.93%)		0 (0.00%)		31 (14.03%)		1 (3.23%)	
Tuberculosi	9 (18.75%)		0 (0.00%)		6 (10.00%)		1 (16.67%)	
Xancroide	2 (66.67%)		0 (0.00%)		2 (66.67%)		0 (0.00%)	
Sarcoma de Kaposi	0 (NaN%)		0 (NaN%)		0 (0.00%)		0 (NaN%)	

Sol·licitud prova: Freqüència absoluta i relativa de sol·licitud de proves dins la característica i grup de exposició. p-valor : del contrast de hipòtesi de igual freqüència relativa de sol·licitud de proves entre categories de la variable, dins un mateix grup de exposició (chi-quadrat). Resultat positiu: Freqüència absoluta i relativa de resultats positius en les proves dins la característica i grup de exposició (freqüència relativa al total de proves realitzades dins la categoria). p-valor resultat: del contrast de hipòtesi de igual freqüència relativa de resultats positius entre categories de la variable, dins un mateix grup de exposició (chi-quadrat)

1.3. Persones diagnosticades per VIH/SIDA

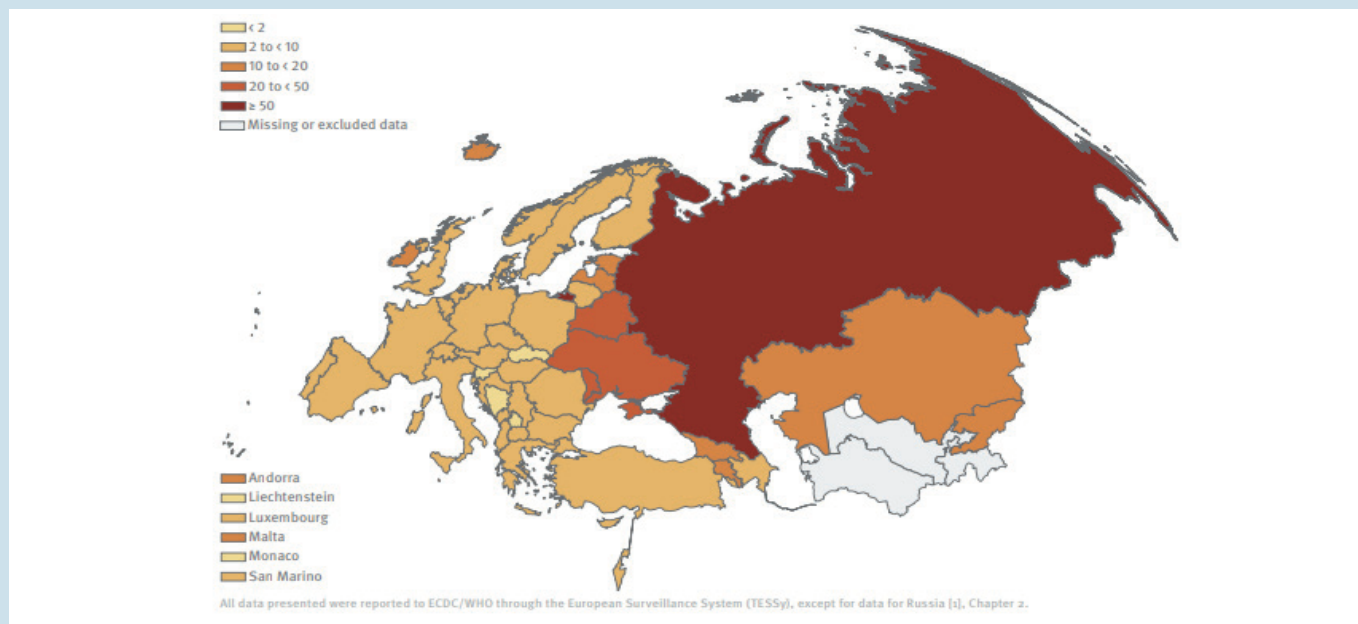
1.3.1. Diagnòstics de VIH

1.3.1.1. Situació epidemiològica a Europa i a l'Estat espanyol durant el període 2009-2018

L'any 2018, un total de 141.552 noves infeccions pel VIH van ser diagnosticades als països de la Regió Europea de l'OMS ². Això correspon a una taxa bruta de 16,2 noves infeccions diagnosticades per cada 100.000 habitants (Figura 1.24). La zona de la Unió Europea (UE) i de l'Espai Econòmic Europeu (EU/EEA) va reportar un total de 26.164 nous diagnòstics amb una taxa de 5,6 per cada 100.000 habitants,

essent Letònia el país que va reportar la taxa més elevada (16,9 casos) i Eslovènia i Eslovàquia les més baixes amb 1,7 i 1,9 casos per cada 100.000 habitants, respectivament. La transmissió sexual entre HSH va ser la via de transmissió més freqüent a la UE/EEA (representant el 39,8%), mentre que la transmissió heterosexual i la injecció de drogues van ser les principals vies de transmissió reportades a l'est de la regió (amb un 70% i un 22,1% respectivament), il·lustrant la diversitat en l'epidemiologia del VIH a Europa. La taxa de nous diagnòstics de VIH en homes va ser més de tres vegades superior que en dones, 7,9 i 2,4 casos per 100.000 habitants

Figura 1.24. Nous diagnòstics de VIH per 100.000 habitants, 2018



respectivament. El 49% dels diagnosticats de VIH van ser diagnosticats en una fase tardana d'infecció (recompte de cèl·lules CD4 <350 cèl·lules/mm³)². A la zona de la UE/EEA durant el període 2009-2018, s'ha observat una lleugera disminució en els nous diagnòstics de VIH des de taxes de 6,6 per 100.000 l'any 2009, passant a 6,8 el 2012 i disminuint a partir de llavors a 5,6 per a l'any 2018.

Pel que fa a l'estat espanyol, l'any 2018 es van notificar un total de 3.244 nous diagnòstics de VIH a les 17 comunitats autònomes, Ceuta i Melilla, el que representa una taxa de 6,9 casos per a cada 100.000 habitants³. El 85,3% eren homes i la mitjana d'edat va ser de 36 anys. La via de transmissió d'HSH va ser la més freqüent, 56,4%, seguida de l'heterosexual, 26,7%, i la que es produeix en PID, 3,2%. El 37,6% dels nous diagnòstics d'infecció pel VIH es va realitzar en persones nascudes fora de l'estat espanyol. El 47,6% dels nous diagnòstics van presentar diagnòstic tardà. La tendència global per al període 2009-2018 va ser descendent, tant en homes com en dones i en PID. Tan sols el percentatge de nous diagnòstic en HSH va incrementar del 47,5% l'any 2009 al 55,7% per al 2018.

1.3.1.2. Situació epidemiològica a Catalunya durant el període 2009-2018

L'any 2018, el nombre de nous diagnòstics de VIH notificats a Catalunya va ser de 613, el que representava una taxa de 8,1 casos per 100.000 habitants, per tant una taxa dos punts superior a l'espanyola per al mateix any. Globalment, el nombre de nous diagnòstics de VIH per 100.000 habitants va presentar una lleugera i gradual disminució durant el període 2009-2018, passant de 10,7 casos de VIH per 100.000 habitants l'any 2009 a 8,1 per a l'any 2018. De la mateixa manera, durant els últims anys

s'observa un lleuger descens de 8,8 a 8,1 en els nous diagnòstics de VIH per 100.000 habitants del 2016 al 2018 (Figura 1.25).

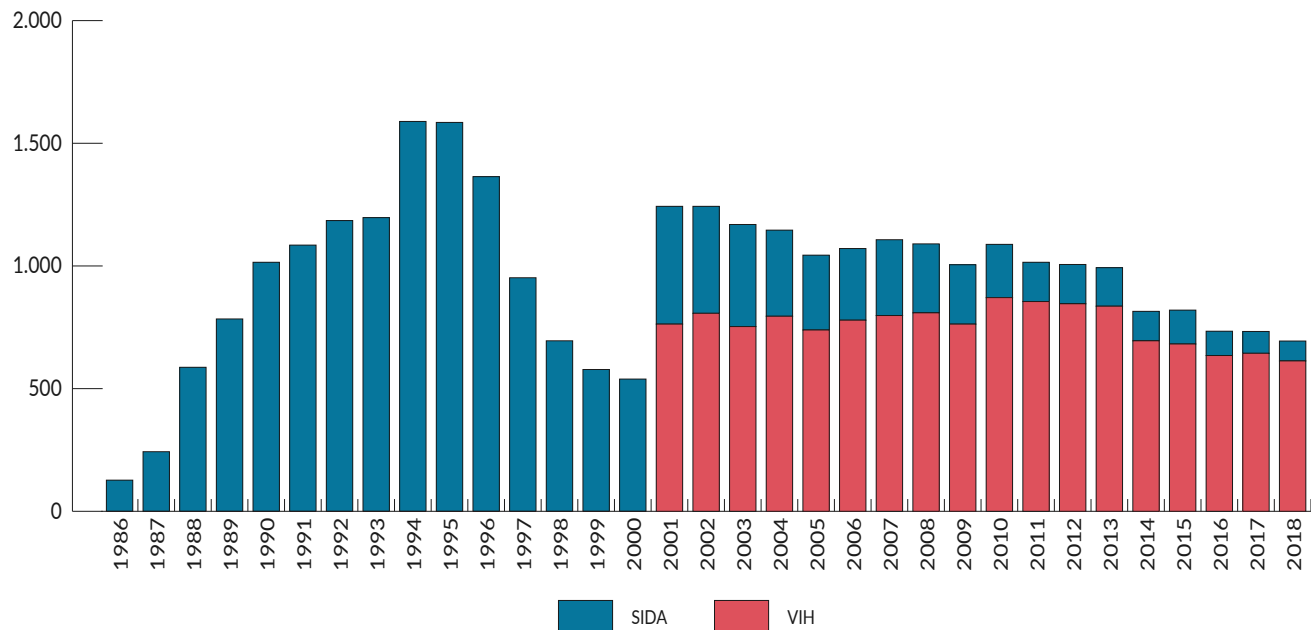
Els homes van representar el 87% dels diagnòstics amb una taxa de 14,2 casos per 100.000 habitants mentre que les dones presentaven una taxa de 2,1 casos per 100.000 habitants (Figura 1.26). La raó home:dona va ser de 6. Durant el període 2016-2018 les taxes van disminuir tant en els homes com en les dones, un 44% i un 33% respectivament.

La mitjana d'edat dels casos va ser de 36 anys. El 36% del total de nous diagnòstic de VIH per l'any 2018 tenien entre 30-39 anys, el 32% tenien 40 anys o més i un 32% eren menors de 30 anys (Figura 1.27).

En relació al país de naixement, el 44% dels casos es van diagnosticar en persones nascudes fora de l'estat espanyol (Figura 1.28). Del total (268), el 62% pertanyien a persones nascudes en països d'Amèrica Llatina i Carib. Des de l'any 2011, quan el percentatge entre els nascuts fora de l'estat espanyol representava el 41% dels diagnòstics, s'observa una disminució gradual fins arribar al 25% l'any 2018 (Figura 1.28).

Quasi una tercera part dels nous diagnòstics notificats van ser en HSH (59%), seguit d'un 14% i un 9% en homes i dones heterosexuales respectivament. Es van notificar 27 diagnòstics de VIH entre PID (4%) i no es va notificar cap cas de transmissió vertical. La transmissió sexual entre HSH va presentar un augment percentual del 39% al 59% entre el 2009 i el 2018. Malgrat això, segons les dades disponibles, la tendència dels darrers anys es mostra relativament estable en el nombre de nous diagnòstics de VIH en HSH, passant de 299 casos al 2009 a 359 casos l'any 2018. En els homes, dones heterosexuales i en PID,

Figura 1.25. Evolució dels nous diagnòstics de VIH i de la SIDA a Catalunya, 1996-2018



es manté el descens dels nous diagnòstics de VIH passant de 149, 117 i 74 casos l'any 2009 a 83, 56 i 27 casos l'any 2018, respectivament (Figura 1.29).

Del total de nous diagnòstics de VIH notificats l'any 2018 al Registre de VIH i SIDA de Catalunya, en 506 casos (83%) constava informació sobre el recompte de limfòcits CD4, i d'aquests, un 44% complien criteris de diagnòstic tardà ($CD4 < 350$ cels/ μ L) i un 23% diagnòstic tardà avançat ($CD4 < 200$ cels/ μ L). Malgrat que la mediana del recompte de CD4 al diagnòstic s'ha mantingut estable durant els últims anys, la proporció de diagnòstic tardà i diagnòstic tardà avançat ha presentat un descens més o menys mantingut passant del 53% l'any 2009 al 44% l'any

2018 pel diagnòstic tardà, i del 32% al 23% pel diagnòstic tardà avançat (Figura 1.30).

Tant la proporció de diagnòstic tardà com de diagnòstic tardà avançat van incrementar amb l'edat. Així el diagnòstic tardà va ser del 40% en els menors de 25 anys, incrementant fins al 67% en els majors de 55 anys. Mentre que la proporció de diagnòstic tardà avançat va ser del 10% en els menors de 25 anys incrementant al 37% entre els majors de 55 anys.

La proporció de diagnòstic tardà va ser superior en homes i dones heterosexuales respecte els HSH (54%, 57% i 40%, respectivament) (Figura 1.31).

Figura 1.26. Evolució dels diagnòstics de VIH per 100.000 habitants segons sexe. Catalunya, 2009-2018

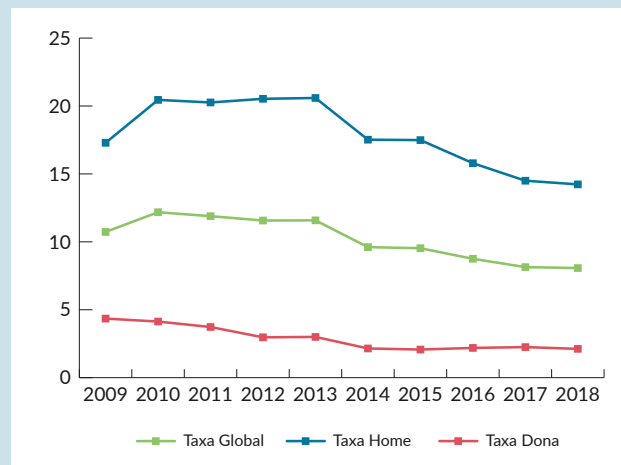


Figura 1.28. Evolució dels diagnòstics de VIH segons origen. Catalunya, 2009-2018

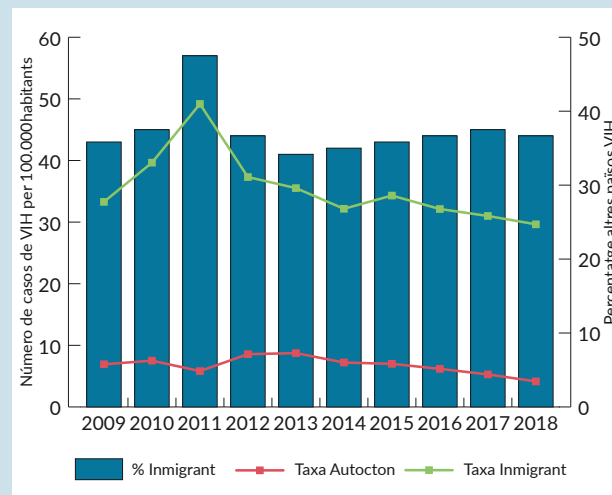


Figura 1.27. Distribució dels diagnòstics de VIH segons sexe i edat. Catalunya, 2018

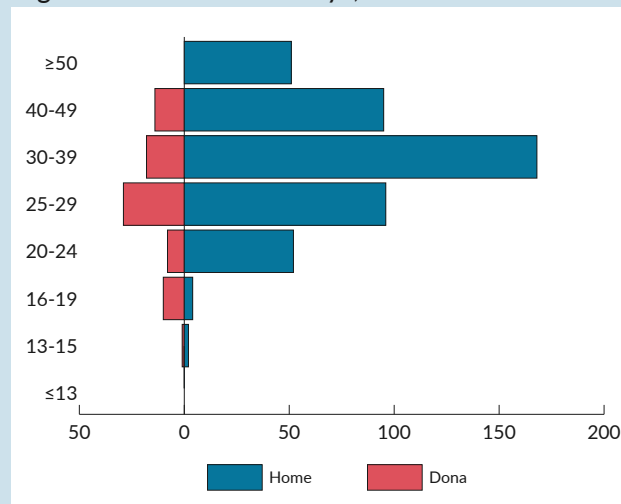


Figura 1.29. Evolució dels diagnòstics de VIH segons via de transmissió. Catalunya, 2009-2018

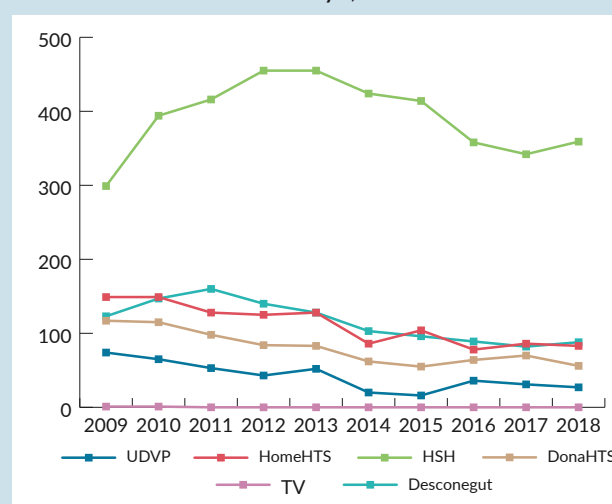
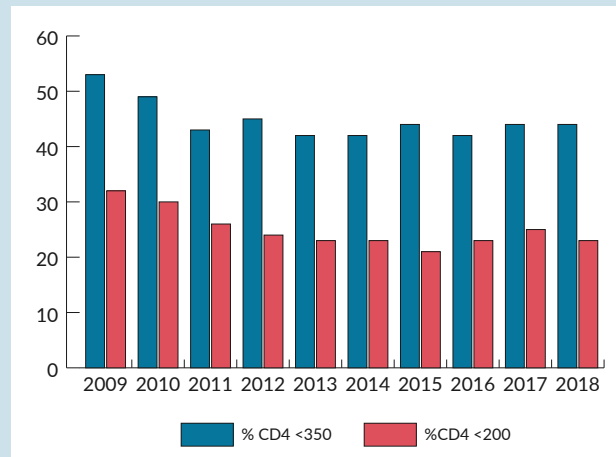


Figura 1.30. Evolució del percentatge del recompte de CD4 <350 cels/ μ L i <200 cels/ μ L al diagnòstic de VIH. Catalunya 2009-2018



1.3.1.3. Diagnòstics de VIH a la Cohort PISCIS

Entre l'any 1998 i el 2019, en la Cohort poblacional de VIH CatalanoBalear (Cohort PISCIS, veure fonts d'informació) s'han seguit un total de 28.120 persones (pacients majors de 16 anys) de 16 hospitals de Catalunya i 2 de les Illes Balears, que representen més de 221.682 persones-any de seguiment. D'aquestes persones, 16.170 (57,5%) estan en seguiment (en contacte amb la seva unitat de VIH durant l'últim any) a finals de 2019, 8.748 (31,1%) es troben perduts en seguiment, i 3.202 (11,4%) són èxits (Figura 1.32).

Entre les característiques sociodemogràfiques de tots els pacients de la cohort (Taula 1.14), s'ha observat que la majoria són homes (80,6%), entre les edats de 30 i 39 anys (40,3%) al moment d'inclusió a

Figura 1.31. Distribució del percentatge del recompte de CD4 <350 cels/ μ L i <200 cels/ μ L al diagnòstic de VIH segons via de transmissió. Catalunya, 2018

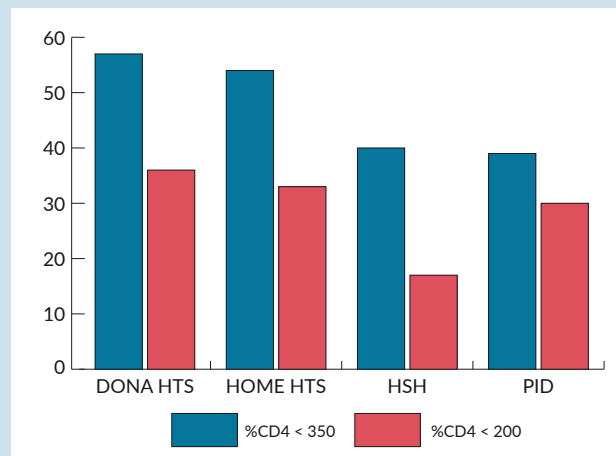
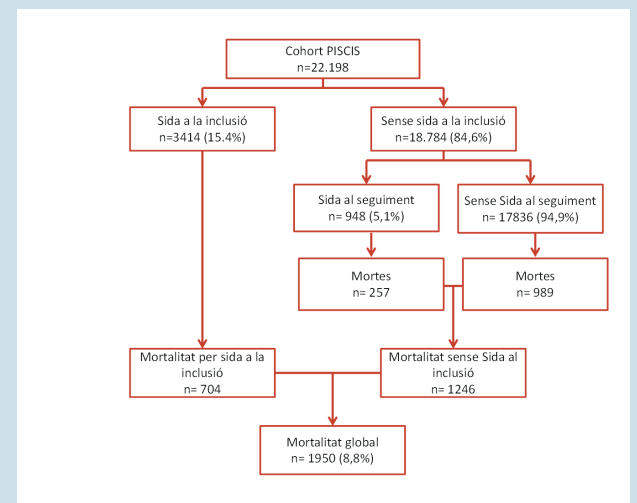


Figura 1.32. Diagrama de flux de la progressió de la cohort PISCIS des de gener de 1998 a desembre de 2019.



Taula 1.14. Característiques sociodemogràfiques i clíniques a l'inici del reclutament de la cohort PISCIS, desagregades pel total de pacients inclosos i per aquells actualment en seguiment, Catalunya i Illes Balears, 1998-2019

	Pacients totals	%	Pacients en seguiment	%
v	28.120		16.170	
Persones-any de seguiment	221.682,28		158.125,97	
Sexe				
Home	22.675	80,64	13.150	81,32
Dona	5.445	19,36	3.020	18,68
Grups edat a l'alta				
<30	6.577	23,39	3.865	23,90
30-39	11.479	40,82	6.513	40,28
40-49	6.847	24,35	3.966	24,53
50-59	2.357	8,38	1.405	8,69
≥60	860	3,06	421	2,60
Mediana d'edat	36,46	30,41 - 43,39	36,44	30,32 - 43,4
Grup transmissió				
Persones que s'injecten drogues	5.799	20,62	2.155	13,33
Homes que tenen sexe amb homes	12.774	45,43	8.429	52,13
Homes infectats mitjançant sexe heterosexual	4.077	14,50	2.362	14,61
Dones infectades per via sexual	3.766	13,39	2.314	14,31
Altres	1.704	6,06	910	5,63
Lloc de naixement				
Espanya	18.453	67,49	10.609	66,17
Internacional	8.887	32,51	5.423	33,83
Tractament previ a l'alta				
Naïf	16.777	59,66	10.118	62,57
No naïf	11.343	40,34	6.052	37,43
Coinfecció VHC a l'alta				

	Pacients totals	%	Pacients en seguiment	%
Sí	4.489	25,50	1.861	17,88
No	13.115	74,50	8.549	82,12
Coinfecció VHB a l'alta				
Sí	1.558	9,17	1.002	9,71
No	15.424	90,83	9.312	90,29
Retard diagnòstic				
Diagnòstic avançat	7.460	26,53	3.958	24,48
Diagnòstic tarda	3.993	14,20	2.433	15,05
No diagnòstic tarda	16.667	59,27	9.779	60,48
Cèl·lules CD4 a l'alta				
<200 cèl·l/ml	5.807	26,96	3.121	24,32
200-350 cèl·l/ml	4.373	20,30	2.630	20,50
>350 cèl·l/ml	11.359	52,74	7.080	55,18
Cd4 a l'alta				
Mediana (RIQ)	369	185 - 572	387	206 - 587
Cv a l'alta				
Mediana (RIQ)	22.610,5	665 - 120.900	23.683,5	838 - 120.167,25
Estatus a la cohort				
En seguiment	16.170	57,50		
Perduts	8.748	31,11		
Morts	3.202	11,39		

la cohort, i la categoria de transmissió més rellevant és la dels HSH (45,4%), seguida per les PID (20,6%). Un 32,5% dels pacients en la cohort han nascut fora d'Espanya.

Del total de pacients, 16.170 (57,5%) estan en seguiment a finals de 2019, representant un total

de 158.125 persones-any de seguiment. Comparant aquests pacients amb la població total de la cohort, s'observa una disminució de la proporció de persones infectades mitjançant l'ús de drogues per via parenteral i una disminució de la proporció de persones que han estat infectades pel VHC a l'alta. Això és degut a l'efecte cohort, ja que els pacients

Figura 1.33. Nombre total de persones incloses a la cohort PISCIS, per any de seguiment i per categoria de transmissió. Catalunya i Illes Balears, 1998-2019

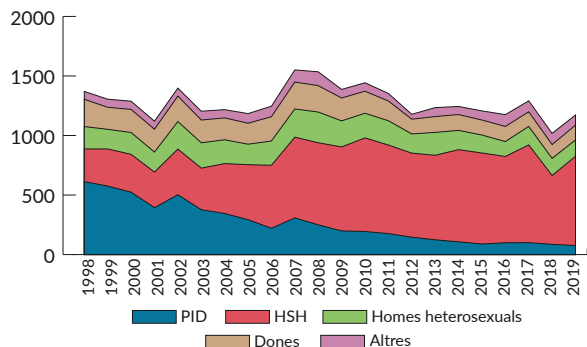
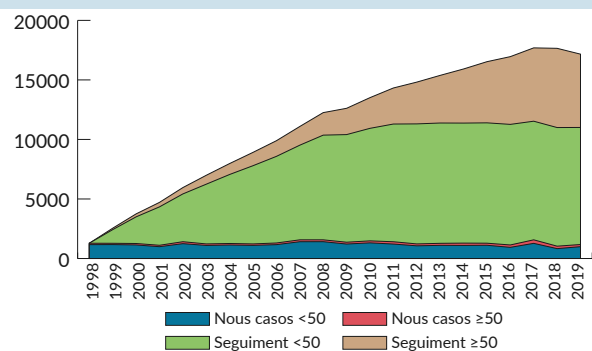


Figura 1.34. Distribució del nombre de pacients en la cohort PISCIS del 1998 al 2018, segons edat a l'ingrés i si el pacient és nou o ja en seguiment l'any passat



actualment en seguiment representen pacients diagnosticats més recentment, que no s'han mort o perdut en seguiment, i així s'observa com al llarg del temps, gràcies a mesures de prevenció, la transmissió en PID ha disminuït i s'ha anat controlant la transmissió del VHC.

Aquest canvi en la composició de la cohort també es veu reflectit en la Figura 1.33, on s'observa una disminució de les persones de categoria de transmissió PID, que representaven el 44,8% dels que iniciaven el seguiment a la cohort al 1998, però sols el 6,4% al 2019. Al 1998, els HSH representaven un 20% de les noves inclosions, mentre que actualment representen un 63,9%.

Al llarg dels anys, la cohort ha anat creixent de 1.353 pacients en seguiment al 1998 a 16.170 al 2019, atesa la inclusió de nous pacients dels hospitals que participen des de l'inici, però també per la inclusió de nous hospitals al llarg del seguiment. La figura 1.34 representa aquest creixement, i també s'observa l'envelliment de la població deguda a una major supervivència gràcies al tractament antiretroviral (TAR), i a una millora en les interaccions del TAR amb altres fàrmacs. Els pacients ja no moren per la malaltia, sinó que aquesta passa a ser una malaltia crònica i controlable. A més a més, els pacients que presenten comorbiditats associades a l'edat avançada, com la diabetis, el colesterol o la hipertensió, poden rebre un millor tractament concomitant. La proporció dels pacients majors de 50 anys de nova inclusió any per any es manté estable, al voltant del 10%, però s'observa un augment de la proporció de majors de 50 anys en seguiment, a mesura que van envellint. El percentatge de pacients majors de 50 anys ha incrementat exponencialment, sent del 9,1% l'any 2000, 12,7% al 2005, 17,5% al 2010, 28,4% el 2015, i de 36,9% l'any 2019.

En descriure les característiques dels pacients naïf, és a dir aquells reclutats sense història prèvia d'exposició al TAR, 16.777 persones no prenen tractament previ a l'ingrés a la cohort, que representa un 59,7% del total. El 82,3% eren homes, majoritàriament en edats compreses entre

Taula 1.15. Característiques sociodemogràfiques i clíniques dels pacients sense tractament antiretroviral previ a l'inici del reclutament de la cohort PISCIS, Catalunya i Illes Balears, 1998-2019

	Pacients sense tractament previ	%
Total	16.777	
Persones-any de seguiment	138.675,88	
Sexe		
Home	13.812	82,33
Dona	2.965	17,67
Grups edat a l'alta		
<30	4.520	26,94
30-39	6.904	41,15
40-49	3.658	21,80
50-59	1.199	7,15
≥60	496	2,96
Mediana d'edat	35,36	29,52 - 42,19
Grup transmissió		
Persones que s'injecten drogues	2.547	15,18
Homes que tenen sexe amb homes	8.396	50,04
Homes infectats mitjançant sexe heterosexual	2.726	16,25
Dones infectades per via sexual	2.236	13,33
Altres	872	5,20
Lloc de naixement		
Espanya	11.039	67,27

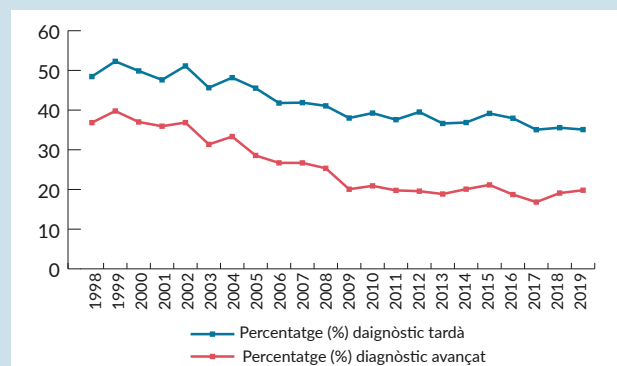
Internacional	5.370	32,73
Coinfecció VHC a l'alta		
Sí	2.326	20,35
No	9.106	79,65
Coinfecció VHB a l'alta		
Sí	890	8,63
No	9.424	91,37
Retard diagnòstic		
Diagnòstic avançat	4.390	26,17
Diagnòstic tardà	2.685	16,00
No diagnòstic tardà	9.702	57,83
Cèl·lules CD4 a l'alta		
<200 cèl·l/ml	3.731	28,32
200-350 cèl·l/ml	2.842	21,57
>350 cèl·l/ml	6.601	50,11
Cd4 a l'alta		
Mediana (RIQ)	350	175 - 538
Cv a l'alta		
Mediana (RIQ)	51.495	12.894,25 - 184.821,75
Estatus a la cohort		
En seguiment	10.118	60,31
Perduts	4.857	28,95
Morts	1.802	10,74
Esquema inicial de TAR		
Basat en IP	1.146	10,78
Basat en IP/P	2.895	27,23
Basat en ITIAN	4.537	42,68
Basat en 3 ITINN	209	1,97
Basat en CCR5	5	0,05
Basat en INI	1.603	15,08
Altres	235	2,21

30-39 anys, HSH (50%) i espanyols (67,3%) (Taula 1.15).

Dels pacients sense tractament previ, el 42,2% presenten diagnòstic tardà (CD4 <350 cel·l/mm³ o malaltia definitiva de SIDA), i d'aquests un 26,2% presenten diagnòstic avançat (malaltia avançada [CD4 <200 cel·l/mm³ o malaltia definitiva de SIDA] a l'inici del seguiment). Si ho analitzem temporalment, s'observa com la proporció de pacients amb diagnòstic tardà i diagnòstic avançat ha anat disminuint al llarg del temps, passant d'un 48,5% i 36,8% al 1998 a un 35,1% i 19,8% al 2019 respectivament (Figura 1.35).

Entre el últims 5 anys de seguiment a la cohort, les cinc malalties definitòries de SIDA més freqüents en la població PISCIS són: Pneumònia per *Pneumocystis jirovecii*, Sarcoma de Kaposi, M.tuberculosis pulmonar, infecció per citomegalovirus disseminada i Toxoplasmosi cerebral (Taula 1.16).

Figura 1.35. Percentatge de pacients sense tractament previ amb diagnòstic tardà i diagnòstic avançat al llarg de la cohort PISCIS, Catalunya i Illes Balears, 1998-2019



Taula 1.16. Les deu malalties definitòries de SIDA més freqüents del 2015 al 2019, Catalunya i Illes Balear

	Freq. Absoluta	Percentatge
Pneumònia per <i>Pneumocystis jirovecii</i>	151	23,23%
Sarcoma de Kaposi	77	11,85%
M.tuberculosis pulmonar	48	7,38%
CMV, malaltia disseminada	37	5,69%
Toxoplasmosi cerebral	32	4,92%
Limfoma NO Hodgkin: Burkitt, immunoblàstic o equivalent	31	4,77%
M.tuberculosis, extrapulmonar o disseminada	31	4,77%
Candidiasi esofàgica	31	4,77%
Candidiasi traqueal, bronquial o pulmonar	22	3,38%
Encefalopatia per VIH	20	3,08%

1.3.2. Diagnòstics de SIDA

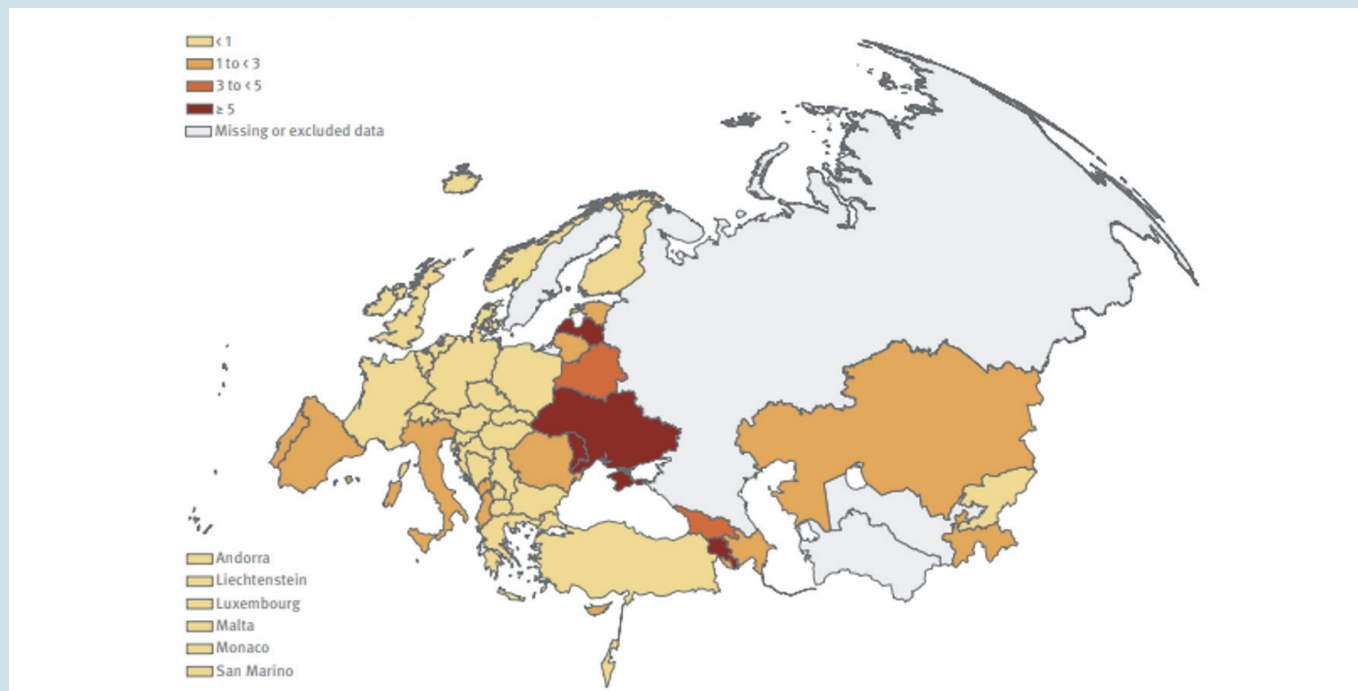
1.3.2.1. Situació epidemiològica a Europa i a l'Estat espanyol durant el període 2009-2018

Segons les dades disponibles per a l'any 2018, a la regió europea de l'OMS, el nombre total de nous casos de SIDA va ser de 14.227, representant una taxa de 1,1 casos per a cada 100.000 habitants. En la regió EU/EEA es van informar un total de 3.235 nous diagnòstics de SIDA, el que representa una taxa de 0,6 casos per cada 100.000 habitants (Figura 1.36) ². Làtvia va registrar la taxa més elevada (5,1 per cada 100.000 habitants; 99 casos),

mentre que Malta i Liechtenstein no van reportar cap cas.

A la zona de la EU/EEA, el 72% dels individus van ser diagnosticats de SIDA en els 90 dies posteriors al diagnòstic del VIH, la qual cosa indica que la majoria dels casos de SIDA probablement es deuen a un diagnòstic tardà d'infecció pel VIH ja que la majoria en menys de tres mesos evolucionen a SIDA. Aquest patró és vàlid per a tots els grups de transmissió, excepte entre les PID, on més de la meitat (56%) dels casos de SIDA es diagnostiquen després de més de 90 dies des del diagnòstic de VIH. La pneumònia per pneumocistis va ser la malaltia definitiva de

Figura 1.36. Nous diagnòstics de SIDA per 100.000 habitants, 2018



SIDA més freqüent (21%), seguida de la tuberculosi pulmonar o extrapulmonar (13%) i la candidiasi esofàgica (11%).

En els darrers anys s'ha observat una davallada en la taxa de nous diagnòstics de SIDA a la zona de la EU/EEA, des dels 1,4 casos per cada 100.000 habitants l'any 2009 als 0,6 casos per 100.000 habitants el 2018. Aquesta disminució s'ha produït de manera similar tant en homes i dones, com en tots els grups de transmissió, tot i que de manera més marcada en PID (passant dels 1.316 casos al 2008 a 327 casos per al 2018).

Pel que fa a l'Estat espanyol, l'any 2018 es van notificar un total de 415 casos de SIDA que representa una taxa de 1,2 casos per cada 100.000 habitants ³.

El 82,9% eren homes, i la mitjana d'edat al diagnòstic va ser de 43 anys. Del total de casos, per grups de transmissió, el 34,5% es van produir en homes i dones heterosexuales, el 37,1% en HSH i el 11,6% en PID. La proporció de casos de SIDA en persones nascudes fora d'Espanya ha anat pujant progressivament des de l'any 1995, que representaven el 3,0%, fins a arribar al 31,8% al 2018. En el període 2011-2018, la pneumònia per *Pneumocystis jirovecii* va ser la malaltia definitiva de SIDA més freqüent a l'estat (28,8%), seguida de la tuberculosi de qualsevol localització (20,1%) i de la candidiasi esofàgica (12,7%).

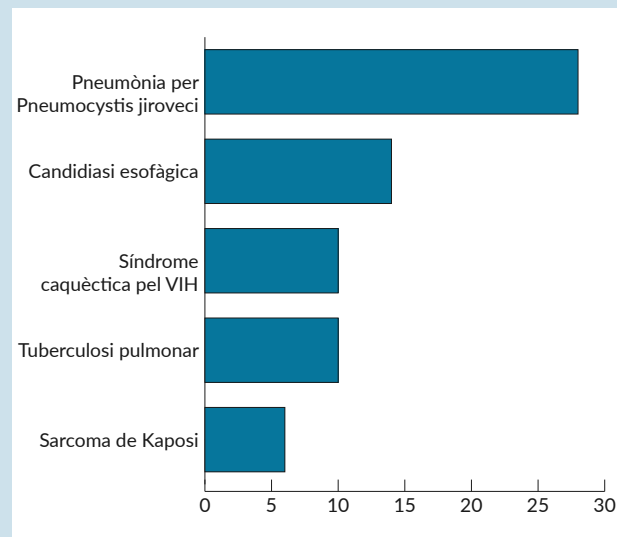
1.3.2.2. Situació epidemiològica a Catalunya durant el període 2009-2018

A Catalunya, l'any 2018 es van declarar un total de 81 casos de SIDA, el que va representar una taxa global de 1,1 casos per 100.000 habitants (Figura 1.25). Aquesta taxa va ser superior a la de la mitjana

europea (EU/EEA) que es situava en 0,6 casos per cada 100.000 habitants amb un total de 3.235 casos notificats per al mateix any.

Des del diagnòstic del primer cas de SIDA l'any 1981, la taxa d'incidència anual va augmentar progressivament, passant de 0,8 casos per 100.000 habitants l'any 1983 fins a arribar a 26,0 casos per 100.000 habitants l'any 1994, coincidint amb l'expansió de la definició epidemiològica de cas de SIDA. Entre 1996 i 1998 es va produir una forta davallada en el nombre de casos (1.364 i 695 casos, respectivament), representant una disminució de les notificacions de SIDA del 49% en 2 anys. Des d'aleshores, la disminució anual del nombre de casos de SIDA ha estat menor i més gradual. L'any 2018, el nombre de casos de SIDA va disminuir lleugerament de 89 a 81 casos (un 10%) respecte l'any anterior (Figura 1.25).

Figura 1.37. Distribució de les principals malalties indicatives de sida. Catalunya, 2018



El 84% dels casos notificats l'any 2018 a Catalunya van ser en homes i el 16% en dones amb una raó home:dona de 5:1. Tal i com succeeix amb el VIH, més de la meitat dels nous diagnòstics l'any 2018 (56,1%) foren en persones nascudes fora de l'estat espanyol. Respecte el grup de transmissió, el 37% dels casos de SIDA van ser diagnosticats en HSH, i un 33% i 12% en homes i dones heterosexuales, respectivament. El 18% va ser diagnosticats en PID.

Les malalties indicatives de SIDA més freqüents van ser la pneumònia per *Pneumocystis jirovecii* (28%), candidiasi esofàgica (14%), tuberculosi pulmonar/extrapulmonar (10%), síndrome caquètica pel VIH (10%) i el sarcoma de Kaposi (6%) (Figura 1.37).

1.3.3. Prevalença del VIH en poblacions clau

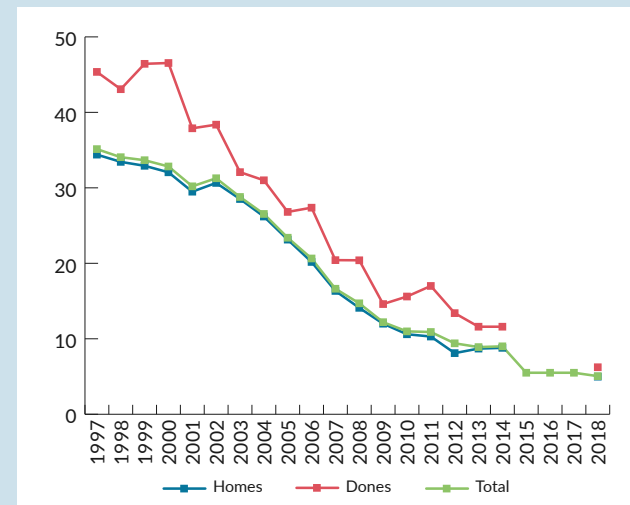
1.3.3.1. Presons - interns en centres penitenciaris

Per a l'any 2018, la prevalença del VIH en els interns dels centres penitenciaris catalans va ser del 5,05% (Taula 1.16), superior en les dones, 6,23% respecte el 4,98% en els homes.

L'evolució de la prevalença del VIH es manté amb una tendència a la baixa (Figura 1.38). Aquesta tendència és similar a l'observada a la resta de l'estat Espanyol on la prevalença per a l'any 2018 es situava en el 4,5% segons dades de la Secretaria General de Instituciones Penitenciarias. Les prevalences tant a Espanya com a Catalunya, continuen però essent més elevades que la de països del nostre entorn, degut en part a les diferències relacionades amb el perfil epidemiològic dels presos, on per a la població reclusa espanyola, almenys fins al 2014, la via principal d'adquisició del VIH havia estat l'ús de drogues per via parenteral. Així, la prevalença del

VIH presenta valors més baixos a Anglaterra i Gal·les (0,4%) o del 2% a França. Itàlia però, presenta valors superiors als nostres (7,5%)⁴.

Figura 1.38. Evolució de la prevalença de la infecció pel VIH en la població d'interns a centres penitenciaris. Catalunya, 1997-2018



1.3.3.2. Donants de sang

A Catalunya anualment es reben al voltant de 250.000 donacions de sang al Banc de Sang i Teixits, que són sotmeses al cribratge del VIH, com a la resta d'Europa⁵, les taxes de prevalença reportades són inferiors a 10 mostres positives per a cada 100.000 habitants. En els darrers tres anys, 2016-2018, s'han detectat respectivament, 13, 12 i 14 mostres positives del total de donacions, representant una taxa anual del 6,8, 6,3 i 7,5 mostres positives per a cada 100.000 donacions de sang a Catalunya, respectivament.

Taula 1.17. Prevalença del VIH en poblacions clau, Catalunya 2018

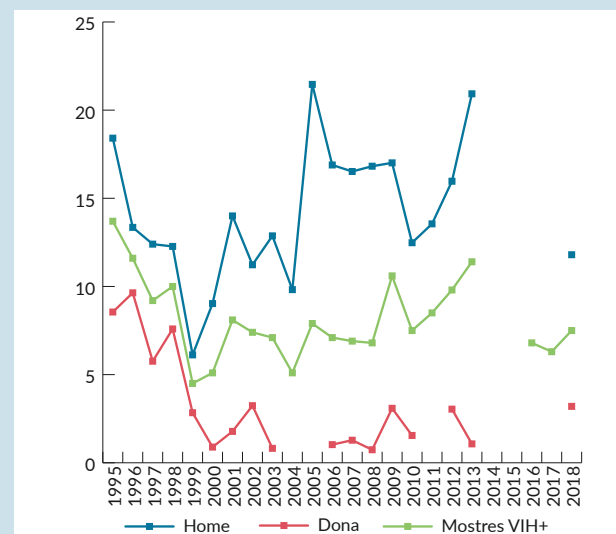
Població	Any d'inici	Periodicitat	Mostra biològica	Últimes dades disponibles	Nombre de mostres	Prevalença (%)
Població penitenciària	1995	Anual	Sèrum	2018	6.951	5,0
Donants de sang	1987	Anual	Sèrum	2018	242.658	7,5
Dones cis que exerceixen el treball sexual	2005	Cada 2-4 anys	Fluid oral	2018	400	3,0
Homes cis que exerceixen el treball sexual	2017	--	Sang	2018	47	25,5
Dones trans que exerceixen el treball sexual	2017	--	Sang	2018	100	25,3
PID que inicien tractament	1996	Anual	Sèrum	2018	724	35,2
PID reclutats en centre de reducció de danys	2008	Cada 2-4 anys	Fluid oral	2019	697	33,3
Homes que tenen relacions sexuals amb altres homes	1995	Bianual	Fluid oral	2013	400	14,2

Per a l'any 2018, les taxes de prevalença (donacions positives per VIH per a cada 100.000 habitants) segons sexe s'han mantingut com en anys anteriors, més elevades en els homes, amb 11,8 respecte 3,2 per a les dones, malgrat que les dones presentin un augment superior als homes respecte l'any anterior (Taula 1.17 i Figura 1.39).

Pel que fa als grups d'edat, els donants homes d'entre 20 i 34 anys varen presentar les taxes més elevades d'infecció amb 38,3 positius per cada 100.000 donants, seguit pels homes d'entre 35 i 39 anys amb 32,01 positius per cada 100.000 donacions. Les tres úniques donacions positives entre les dones van ser dins el grup d'edat d'entre els 50-59 anys.

La tendència dels darrers cinc anys ha estat d'unes 13 donacions VIH positives l'any o aproximadament

Figura 1.39. Evolució de la taxa de positivitat pel VIH en donants de sang. Catalunya, 1990-2018

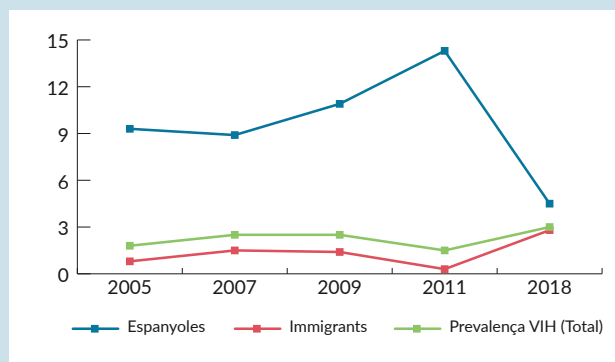


7 mostres positives per cada 100.000 donacions (Figura 1.39). Quan es compara l'evolució de la prevalença segon grup d'edat als darrers tres anys s'observa un increment en la positivitat entre els joves d'entre 20-24 i 30-34 anys. Alhora, el grup d'entre 55-59 anys presenta un repunt important per a l'any 2018.

1.3.3.3. Dones cis que exerceixen el treball sexual

La prevalença d'infecció pel VIH en mostres de fluid oral en dones cis que exerceixen el treball sexual a Catalunya ha mostrat un lleuger increment l'any 2018 respecte les anteriors mesures, encara que les diferències no són estadísticament significatives. Si tenim en compte el país d'origen, la prevalença per a tot el període d'estudi és superior entre les dones espanyoles que entre les dones nascudes fora d'Espanya (Taula 1.17 i Figura 1.40).

Figura 1.40. Evolució de la prevalença del VIH en dones cis que exerceixen el treball sexual segons país d'origen. Catalunya 2005-2018



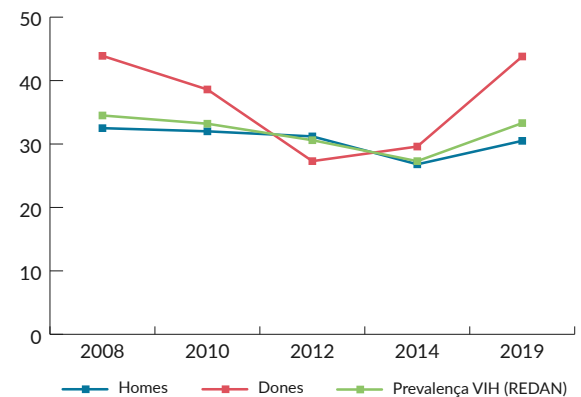
1.3.3.4. Homes cisgènere i dones transgènere que exerceixen el treball sexual

Entre 2017 i 2018, en el marc del projecte Sweetie (veure fonts d'informació), es va estimar la prevalença del VIH en una mostra de 147 dones transgènere (trans) i homes cisgènere (homes) que exerceixen el treball sexual. La prevalença de VIH en homes i dones trans que exerceixen el treball sexual a Barcelona entre 2017 i 2018 va ser del 25,3% (25,5% en homes i 25,3% en dones trans) (Taula 1.17).

1.3.3.5. Persones que s'injecten drogues

La prevalença d'infecció pel VIH a partir de les mostres de fluid oral recollides en PID usuàries de centres de reducció de danys durant l'any 2019 es manté elevada (33,3%), similar a l'observada els anys

Figura 1.41. Evolució de la prevalença del VIH en persones que s'injecten drogues usuàries de centres de reducció de danys per sexe (REDAN). Catalunya 2008-2019



anteriors (Taula 1.17). En els successius estudis, la prevalença en dones que s'injecten drogues ha estat superior que la observada en els homes (43,8% i 30,5% l'any 2019, respectivament) (Figura 1.41).

La prevalença obtinguda l'any 2018 en PID que inicien tractament en centres de la Xarxa d'Atenció i Seguiment de les Drogodependències va ser similar a la observada a REDAN (veure fonts d'informació) (35,2%), essent superior també en dones que s'injecten drogues, on s'observa un increment significatiu en la prevalença del VIH al llarg del període 2012-2018 (del 36,2% al 54,7%, respectivament) (Taula 1.18).

Taula 1.18. Prevalença del VIH en PID que inicien tractament dins la Xarxa d'Atenció i Seguiment de les Drogodependències (2012-2018)

Any	Total*	Homes	Dones*
2012	33,2	31,9	36,2
2013	35	33,2	44,3
2014	35,6	34,8	39,4
2015	38,9	38,2	42,5
2016	41,9	40,5	50,5
2017	35,9	34	51
2018	35,2	32,6	54,7

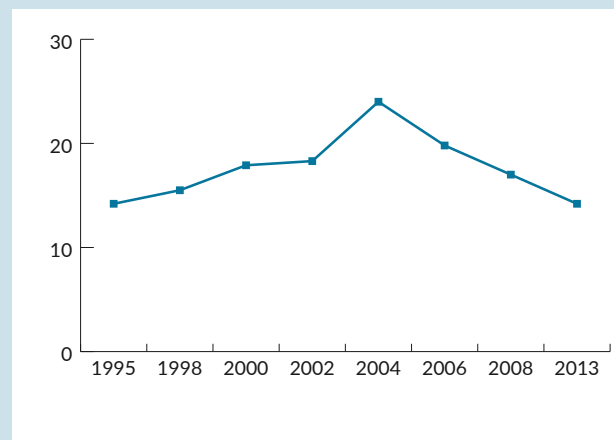
* tendència significativa

1.3.3.6. Homes gais, bisexuals i altres homes que tenen sexe amb homes

Els estudis transversals duts a terme des del 1993 en el col·lectiu d'homes GBHSH enquestats en locals de trobada gai (HIVHOM, veure fonts d'informació)

mostren globalment un increment significatiu de la prevalença del VIH obtinguda a partir de mostres de fluid oral (del 14,2% l'any 1993 al 19,8% l'any 2006). La prevalença del VIH en HSH obtinguda en l'estudi SIALON II (veure fonts d'informació) realitzat l'any 2013 va ser del 14,2% (IC95%: 10,0-19,8), sense mostrar diferències significatives en relació a la prevalença observada en l'estudi anterior (Taula 1.17 i Figura 1.42). Per altre banda, la prevalença auto-declarada obtinguda a partir de l'estudi EMIS-2017 (veure fonts d'informació) va ser del 18,9%, lleugerament superior a la observada a nivel estatal (16,5%)⁶.

Figura 1.42. Evolució de la prevalença del VIH en homes gais, bisexuals i altres HSH. Catalunya 2008-2013



1.3.4. El paper dels determinants socials en la distribució dels nous diagnòstics de VIH arreu de Catalunya

La visualització espacial de les dades de vigilància epidemiològica del VIH podria contribuir a enfortir la

planificació d'estratègies per fer front a l'epidèmia de VIH a Catalunya.

L'OMS recomana que no només es tinguin en compte els resultats de salut en la vigilància de la salut pública, sinó també la seva distribució social i els seus determinants per tal d'informar polítiques i programes dirigits a millorar la salut de la població i aconseguir l'equitat sanitària ⁷. El coneixement de la distribució espacial dels nous diagnòstics de VIH i les variables associades a aquesta poden ser d'interès per a l'assignació de recursos i el disseny de polítiques de salut, així com per generar teories sobre les vies de transmissió.

Les corquetes del mapa basal de la figura 1.43 mostren la taxa de nous diagnòstics del VIH (2012-2016). Els nous diagnòstics de VIH es distribueixen de manera heterogènia pel territori català. S'observa un gradient des de les zones rurals de baixa incidència fins a zones urbanes d'incidència alta, mostrant les taxes més altes les àrees bàsiques de salut (ABS) de la ciutat de Barcelona i el seu entorn metropolità. Un total de 22 ABS de 355 no tenien cap diagnòstic de VIH durant el període d'estudi, mentre que 31 tenien un únic cas.

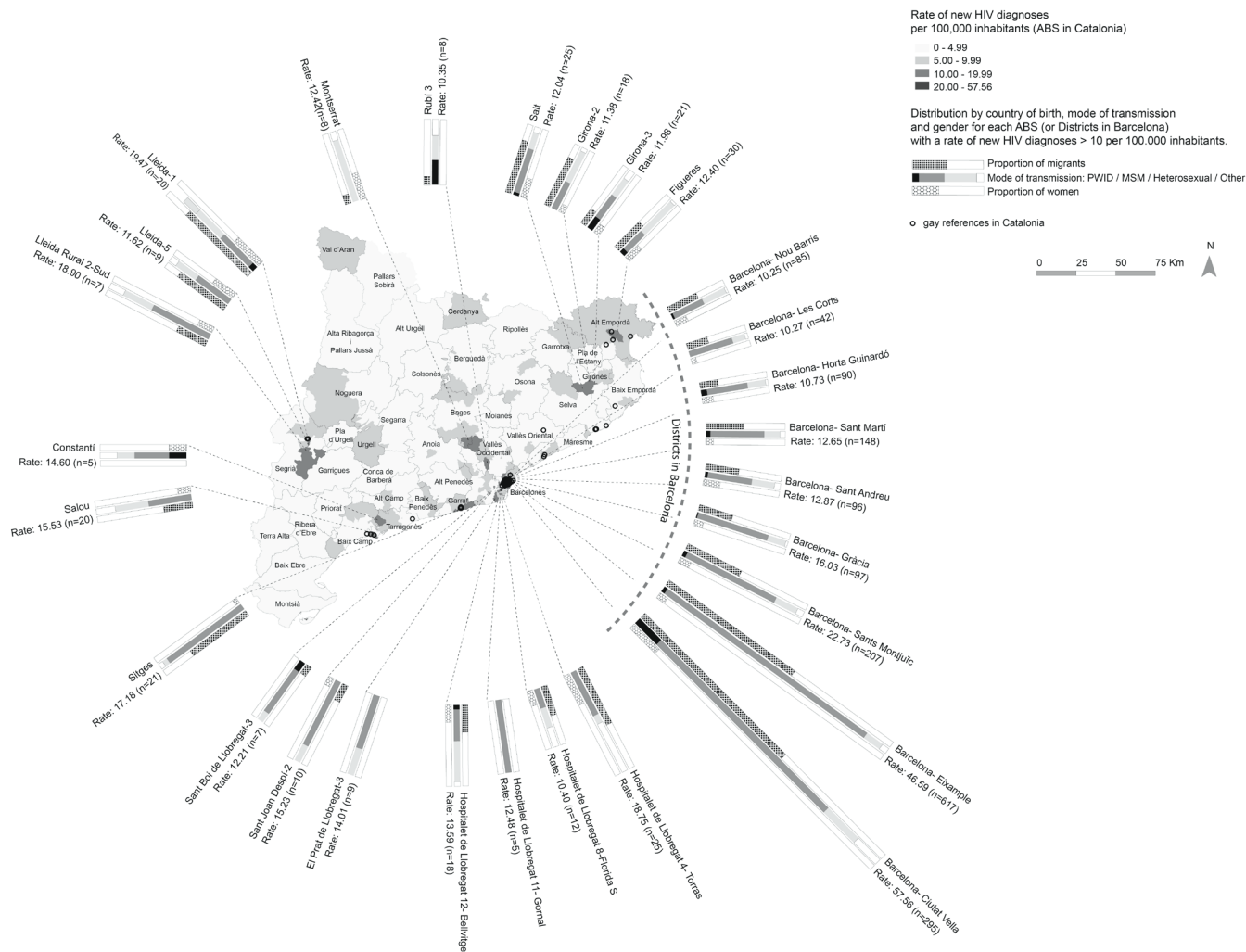
Es va observar una marcada diferència de gènere en la taxa de nous diagnòstics del VIH (Figura 1.43), sent els homes els més afectats per l'epidèmia de VIH a Catalunya. La principal via de transmissió del VIH va ser la HSH a la gran majoria de les ABS amb una taxa de nous diagnòstics > 10 casos per 100.000 habitants. La proporció de nous diagnòstics de VIH entre la població migrant va variar àmpliament a Catalunya (Figura 1.43).

Els cercles de les figures 1.43 i 1.44 mostren les localitzacions gai per ABS. A la figura 1.44 es mostra

la ciutat de Barcelona i la seva àrea metropolitana. Tots dos mapes revelen una associació espacial entre el nivell de taxa de nous diagnòstics del VIH i el nombre de localitzacions gai a l'ABS. Les localitzacions gai es van concentrar al centre de Barcelona i a Sitges. L'ABS "Universitat" (Barcelona), que va presentar la taxa de diagnòstic de VIH més alta amb 154,23 casos per cada 100.000 habitants, va ser l'ABS amb més localitzacions gai (N = 82) a Catalunya. El segon ABS en nombre de localitzacions gais va ser Sitges (N = 40), amb una taxa de nous diagnòstics del VIH de 17,18 casos per cada 100.000 habitants.

Aquelles ABS situades a la ciutat de Barcelona (IRR: 2.520 P<0,001), amb una proporció més gran d'homes entre 15 i 44 anys (IRR: 1.193 P=0,003), major proporció de via de transmissió HSH (IRR: 1.230 P=0,030), proporció més gran d'homes d'Europa occidental (IRR: 1.281 P=0,003) i d'homes d'Amèrica Llatina (IRR: 1.260 P=0,003); i el nombre més elevat de localitzacions gai (IRR: 2.665 P<0,001) es va mostrar associat significativament a una taxa de nous diagnòstics del VIH més elevada. Per contra, no es va observar cap associació entre la taxa de nous diagnòstics del VIH i la privació econòmica.

Figura 1.43. Taxa de nous diagnòstics de VIH per ABS a Catalunya, 2012-2016



1.4. Seguiment clínic de les persones que viuen amb el VIH

La cohort PISCIS (veure fonts d'informació) ens serveix com a eina de monitoratge de l'ús dels TAR a Catalunya, permetent detectar els canvis en les pautes de tractament del VIH.

Entre el gener del 1998 i el desembre del 2019, un total de 16.805 pacients van començar TAR per primera vegada en algun dels hospitals PISCIS.

A mesura que ha millorat el tractament, s'ha vist una millora en la proporció de pacients que presenten una disminució de la càrrega viral per sota de les 500 còpies/ml als 6 mesos de tractament (Figura 1.45). Amb la introducció del Tractament antiretroviral de gran activitat (TARGA) l'any 1996, s'observa que un

78,4% dels pacients aconseguen aquesta meta. A mesura que s'estén l'ús de la prova ràpida després de la seva introducció l'any 2003, potenciant així el diagnòstic precoç de la infecció, aquesta proporció passa a ser del 89,4%. A partir del 2015, amb l'aprovació de l'ús dels inhibidors de la integrasa com a tractament de primera línia enfront el VIH, la proporció de pacients que aconseguen una supressió viral per sota de les 500 còpies/ml als 6 mesos de tractament és del 94,7% (Figura 1.45).

En la figura 1.46 s'observa l'evolució per any del règim utilitzat com a primer esquema de tractament en la cohort PISCIS. Fins el 2015, l'esquema més utilitzat per iniciar el tractament va ser el basat en

Figura 1.45. Percentatge de pacients naïf amb CV <500 còpies/ml al cap de 6 mesos d'iniciar tractament, segons període d'inici

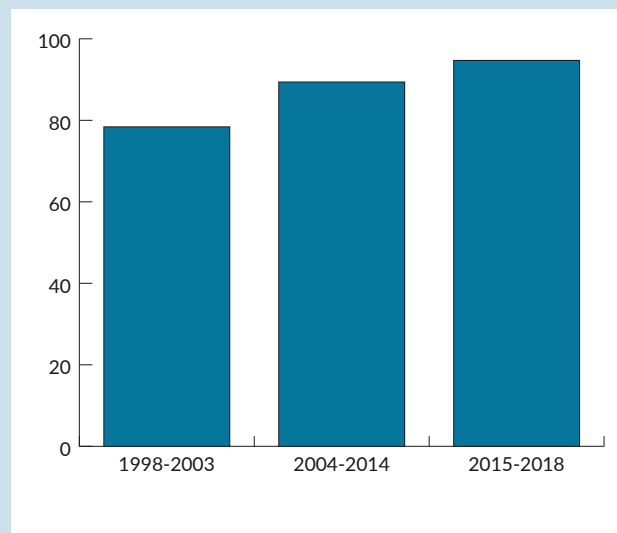
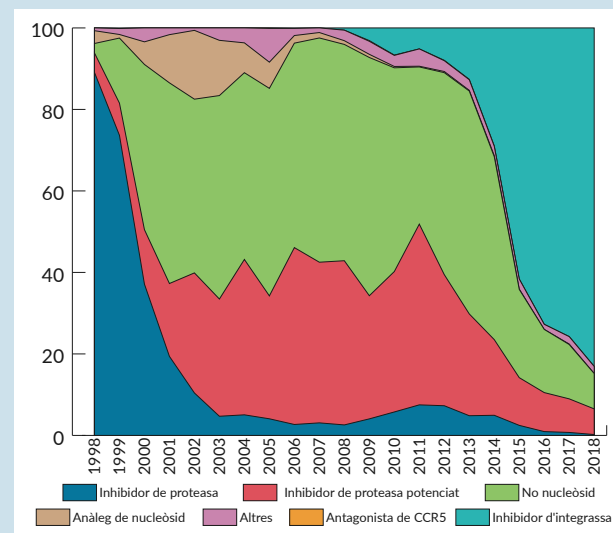


Figura 1.46. Evolució anual de la pauta d'inici del TAR i proporció de pacients amb càrrega viral indetectable a la cohort PISCIS, 1998-2018



Taula 1.19. Factors de risc associats a la no supressió de la càrrega viral del VIH en plasma (última CV > 50 còpies), tant en les persones en seguiment com en tractament, Catalunya i Illes Balears, 1998-2019

	Model univariat amb lloc de naixement conegut	Model multivariat amb lloc de naixement conegut
Edat	0,983 (0,978 - 0,988)	0,99 (0,984 - 0,996)
Migrants	1,583 (1,412 - 1,775)	1,439 (1,272 - 1,628)
Anys de seguiment	0,955 (0,946 - 0,964)	0,957 (0,946 - 0,967)
HSH	0,666 (0,568 - 0,783)	0,566 (0,48 - 0,669)
Dona Hetero/Homo/Bi	1,107 (0,916 - 1,338)	1,091 (0,9 - 1,324)
Altres	1,026 (0,789 - 1,325)	0,939 (0,719 - 1,215)
PID	1,051 (0,864 - 1,278)	1,346 (1,1 - 1,646)

inhibidors de la transcriptasa inversa no anàlegs de nucleòsids, amb un 49,8%, seguit de l'esquema basat en inhibidors de proteasa potenciats (26,7%). Entre el 2013 i el 2015, l'esquema basat en inhibidors de la integrasa va passar de ser utilitzat en menys d'un 15% dels casos a més d'un 60% dels casos. A l'any 2018 era utilitzat com a esquema de primera opció de tractament en un 83,1% dels casos.

Al 2019, del total de persones en seguiment a la cohort PISCIS, 15.153 (93,7%) estaven en tractament i 10.118 (62,6%) no havien rebut tractament abans del reclutament. D'aquestes, 90,5% i 90,3% estaven en supressió retroviral (última càrrega viral ≤ 50 còpies/ml), respectivament. Com a factors de risc associats a la no supressió retroviral (última càrrega viral >50 còpies/ml) s'observa que el ser migrant presenta un 43% més de possibilitats de no supressió viral que els espanyols, i les PID presenten un 34% més de possibilitats de no supressió viral i els HSH un 44% menys que els homes heterosexuales (Taula 1.19).

1.5. Qualitat de vida de les persones que viuen amb el VIH

El projecte Vive+ és un estudi que té per objectiu general fer una enquesta que es repeteixi en el temps i que avalui la qualitat de vida relacionada amb la salut entre les persones majors de 16 anys que visquin amb el VIH i que participin a la Cohort PISCIS (veure fonts d'informació).

Un total de 1.042 persones que viuen amb el VIH van acceptar participar en el projecte Vive+, un 80,9% eren homes, un 66,1% havien nascut a l'estat espanyol i amb una mediana d'edat de 50 anys (RIQ = 40-57). Del total d'homes, el 75,9% van referir ser HSH, i entre les dones, la majoria van referir haver adquirit el VIH a través de relacions heterosexuales (56,3%). La mediana d'anys vivint amb el VIH va ser de 14 anys (RIQ = 6-24).

En aquest projecte es defineix la qualitat de vida relacionada amb la salut com un concepte

multidimensional de com la salut percebuda d'una persona es relaciona amb el seu benestar general i la qualitat de vida, i es mesura a través d'un instrument genèric (no específic per al VIH), el SF12. Aquest instrument inclou dues dimensions que mesuren vuit conceptes de salut: funció física (grau que la salut limita les activitats físiques), funció social (grau de salut física i emocional que afecta la vida social habitual), rol físic (grau on la salut física interfereix en el treball i les activitats diàries), rol emocional (grau en què els problemes emocionals interfereixen en el treball i altres activitats diàries), salut mental (salut mental general), vitalitat (sentiment d'energia i vitalitat), dolor corporal (intensitat del dolor) i salut general (valoració personal de la salut)^{8,9}. Aquests vuit dominis formen dos grups diferents relacionats amb la salut física i mental de les persones.

Figura 1.47. Valors mitjans per salut física i mental per característiques sociodemogràfiques i grup de transmissió, a partir de la puntuació del RAND-SF12, projecte VIVE+

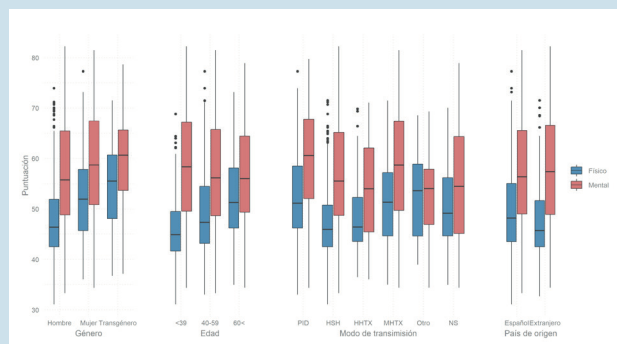
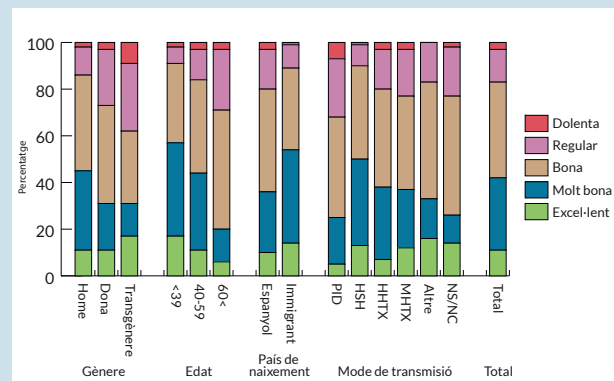


Figura 1.48. Qualitat de vida autoreportada per característiques sociodemogràfiques i grup de transmissió, projecte VIVE+



Les respostes de cada ítem de l'escala de salut física i mental es van corregir usant l'algoritme de RAND-SF12¹⁰. Una puntuació del RAND-SF12 superior a la mitjana indica una mala qualitat en els dos ítems. En el projecte Vive+, el 51% (n=538) tenia una puntuació superior a la mitjana per salut mental i el 42% (n=442) per salut física. Aquests valors indiquen que el total de la mostra presenta una mala qualitat de vida.

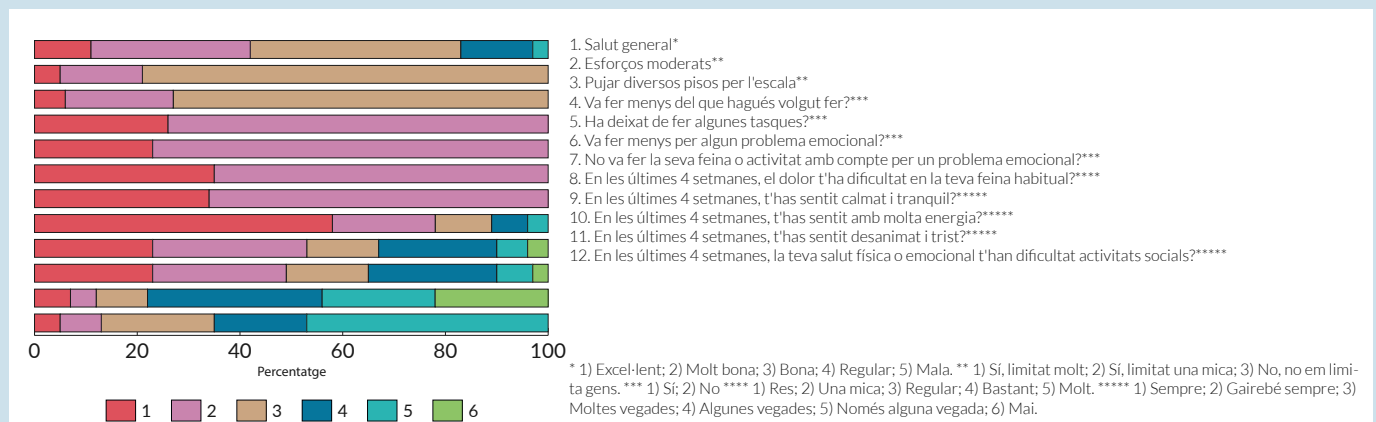
Les dones i les persones transgènere refereixen una salut física (52,5 (39,4-68,9) i 52,8 (38,6-70,0), respectivament) i mental (58,0 (35,9-73,3) i 58,1 (±43,3-69,2), respectivament) pitjor, respecte als homes (48,0 (37,0-64,9) i 55,9 (36,0-71,9)). Crida l'atenció que les persones menors de 39 anys refereixen una pitjor salut mental 57,5 (36,0-73,5) en comparació amb la resta de la mostra, mentre que la pitjor salut física la refereixen les persones majors de 60 anys, estant sobre la mitjana de la població. La figura 1.47 descriu els valors mitjà i el RIQ del component físic i mental a partir del RAND-SF12,

per característiques sociodemogràfiques i grup de transmissió.

Al respondre la pregunta de com qualificava l'estat de salut en general en el moment de l'enquesta, del total de la mostra el 3%, 14%, 41%, 31% i 11%, van referir un mal, regular, bo, molt bo i excel·lent estat de salut, respectivament. Crida l'atenció que un 39% de les persones transgènere, un 29% de les persones majors de 60 anys, un 32% de les persones que s'han infectat a través de l'ús de drogues i un 20% de les persones nascudes a Espanya, refereixen tenir una qualitat de vida dolenta-regular (Figura 1.48).

La Figura 1.49 mostra la distribució de les respostes del RAND-SF12 per a cadascuna de les 12 preguntes. Es va poder observar que totes les possibles respostes a aquestes preguntes van ser seleccionades en com a mínim una ocasió. Un 41% de la mostra va considerar que la seva salut era bona. Pel que fa al component físic, la majoria de les persones enquestades van declarar tenir

Figura 1.49. Distribució de freqüència de les respostes en els 12 ítems de SF12 (%)



dificultats per realitzar activitats moderades (95%) o pujar escales (94%) i tenir dificultats per realitzar les activitats diàries (74%) o laborals (77%), a causa de la seva salut física.

Pel que fa al component mental, un 65% de les persones enquestades no va aconseguir realitzar les tasques quotidianes o exercir-se en el treball a causa de problemes emocionals, un 58% va referir tenir molt de dolor que li impedia fer el treball domèstic i/o dolor que interferís amb el seu treball normal. Un 53% van referir sentir-se tranquil o tranquil·la i en pau tot el temps o la major part del temps i un 49% va referir tenir molta energia tot el temps o la major part del temps, mentre que el 78%, va referir sentir-se desanimat i trist gairebé sempre o la majoria de el temps, i el 65% va referir que els problemes emocionals li han dificultat les seves activitats socials sempre o gairebé sempre.

El projecte VIVE+ també va avaluar la presència de trastorns depressius i altres trastorns de salut mental a través de l'instrument PHQ-9¹¹, que consta de 9 ítems i pot establir diagnòstics de trastorn depressiu, així com graus de gravetat de símptomes depressius. La puntuació de PHQ-9 pot oscil·lar entre 0 i 27, ja que cada un dels 9 elements pot puntuar de 0 (en absolut) a 3 (gairebé cada dia), i s'agreguen de la següent manera: 1-4: cap símptoma; 5-9: símptomes de depressió lleu; 10-14: depressió moderada; 15-19: depressió moderada-severa; 20-27 depressió severa. La figura 1.50 descriu la puntuació del PHQ-9 d'acord amb la presència de símptomes depressius en el moment de l'entrevista. El 55,7% de la mostra no presentava cap símptoma depressiu, però un 9,7% tenia simptomatologia moderada-severa, amb indicació per a inici de tractament farmacològic i derivació a psiquiatria.

Per característiques sociodemogràfiques, un 60% de les dones i les persones transgènere refereixen algun

Figura 1.50. Puntuació del PHQ-9 segons presència de símptomes, VIVE+

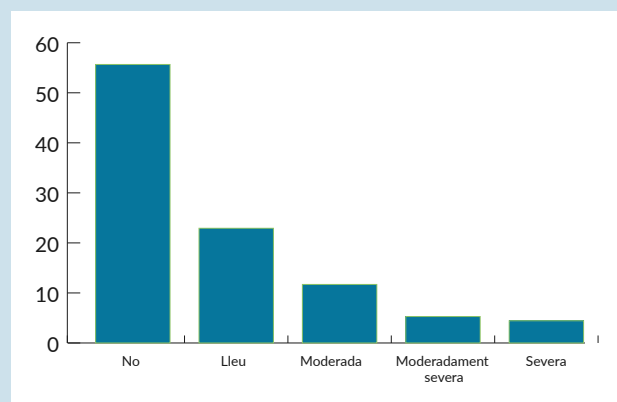
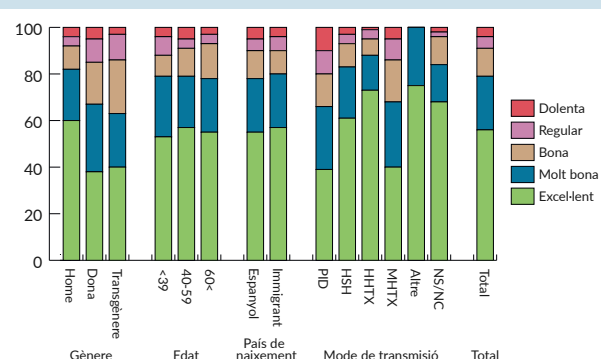


Figura 1.51. Puntuació del PHQ-9 d'acord amb la severitat dels símptomes depressius i de salut mental, per característiques sociodemogràfiques i via de transmissió, projecte VIVE+

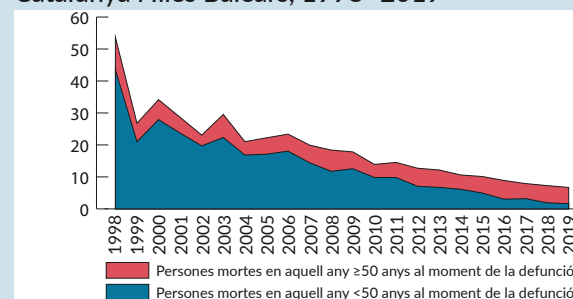


síntoma depressiu, amb una proporció més gran de simptomatologia moderada-severa (31%) i severa (23%) entre les persones transgènere, al compara-ho amb la resta de la mostra (Figura 1.51). Per edat no es troben diferències significatives en la presència de símptomes depressius, però, el 22% de les persones majors de 60 anys presentaven algun símptoma, sent sever en un 7% del total de persones majors de 60 anys. Pel que fa a la via de transmissió, les persones que s'han infectat per haver usat drogues injectades refereixen en major proporció símptomes depressius moderats-severs (15%). No s'evidencia diferències per país d'origen.

1.6. Mortalitat pel VIH

Actualment, en la cohort PISCIS han mort 3.202 persones, que representa una taxa de mortalitat de 113,9/1.000 persones i una taxa de mortalitat basada en la incidència de 14,4/1.000 persones-any de seguiment. Com veiem a la taula 1.20, entre els pacients morts hi ha una major proporció de PID (50,3% en contra del 16,6% de entre els pacients vius) que la resta, una major proporció de persones nascudes a Espanya (90,5% en contra del 64,6%), una major proporció de pacients amb antecedents d'infecció per VHC a l'alta (59,8% en contra del 21,4%), i una major proporció de diagnòstic tardà (59,3% en contra el 38,3%).

Figura 1.52. Taxa de mortalitat per 1.000 pacients-any de seguiment en la cohort PISCIS per any, Catalunya i Illes Balears, 1998- 2019



Taula 1.20. Característiques sociodemogràfiques i clíniques entre els pacients vius i pacients morts de la cohort PISCIS, 2018

	Pacients en seguiment o perduts	%	Pacients morts	%
Sexe				
Home	20.109	80,70%	2.566	80,14%
Dona	4.809	19,30%	636	19,86%
Grups edat a l'alta				
<30	6.217	24,95%	360	11,24%
30-39	10.236	41,08%	1.243	38,82%
40-49	5.907	23,71%	940	29,36%
50-59	1.971	7,91%	386	12,05%
≥60	587	2,36%	273	8,53%
Mediana d'edat (RIQ)	36	30,3 - 43,4	40	34,2 - 48
Grup transmissió				
Persones que s'injecten drogues	4.177	16,64%	1.622	50,25%
Homes que tenen sexe amb homes	12.438	49,54%	553	17,13%

	Pacients en seguiment o perduts	%	Pacients morts	%
Homes infectats mitjançant sexe heterosexual	3.494	13,92%	583	18,06%
Dones infectades mitjançant sexe heterosexual/homosexual	3.488	13,89%	278	8,61%
Altres	1.512	6,02%	192	5,95%
Lloc de naixement				
Espanya	15.694	64,61%	2.759	90,49%
Internacional	8.597	35,39%	290	9,51%
Tractament previ a l'alta				
Naïf	14.975	60,10%	1.802	56,28%
No naïf	9.943	39,90%	1.400	43,72%
VHC a l'alta				
Sí	3.355	21,36%	1.134	59,78%
No	12.352	78,64%	763	40,22%
VHB a l'alta				
Sí	1.413	9,22%	145	8,73%
No	13.909	90,78%	1.515	91,27%
Retard diagnòstic				
Diagnòstic avançat	5.949	23,87%	1.511	47,19%
Diagnòstic tarda	3.605	14,47%	388	12,12%
No diagnòstic tarda	15.364	61,66%	1.303	40,69%
Cèl·lules CD4 a l'alta				
<200 cèl·l/μl	4.653	24,18%	1.154	50,24%
200-350 cèl·l/μl	3.909	20,31%	464	20,20%
>350 cèl·l/μl	10.680	55,50%	679	29,56%
CD4 a l'alta				
Mediana (RIQ)	387	206 - 587	198	64,6 - 394
Càrrega viral a l'alta				
Mediana (RIQ)	23.684	838-120167,25	42.641	2200 - 210000

Pel que fa la mortalitat basada en la incidència, s'observa una disminució entre el 2000 i el 2019, de 34,2 a 6,7 morts/1.000 persones-any de seguiment. Aquesta disminució es deguda sobretot als menors de 50 anys, mentre que la taxa de mortalitat basada en la incidència en relació al total de persones-any de seguiment es manté constant en els majors de 50 anys (Figura 1.52).

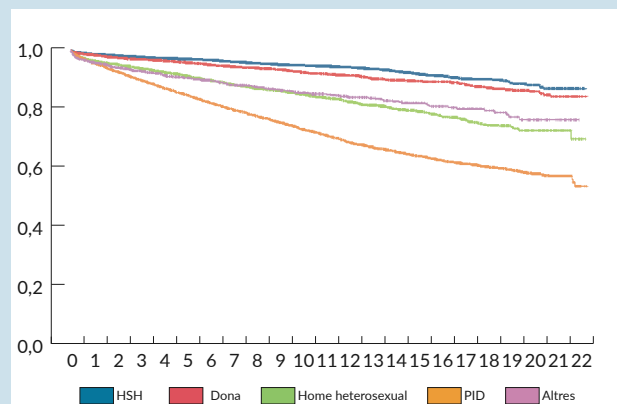
Segons la taxa de mortalitat, s'evidencia que són les PID el grup de transmissió amb una taxa de mortalitat més elevada (31,3 morts/1.000 persones-any), tot hi que també s'observa la disminució general al llarg del temps, passant de 61,3 al 1998 a 15,5 morts/1.000 persones-any al 2019. La taxa de mortalitat és menor en HSH que en homes heterosexuales (5,9 i 17,4 morts/1.000 persones-any respectivament), i també és menor que la taxa de mortalitat en dones infectades per via sexual (8,1 morts/1.000 persones-any). Durant

els primers anys de la cohort, la taxa de mortalitat en HSH era igual o major que en dones infectades per via sexual, però la disminució d'aquesta taxa ha sigut major en HSH, arribant a 2-3 morts/1.000 persones-any durant els últims anys, i es per això que s'obté una taxa global menor que en la resta de grups (Taula 1.21).

En general, les taxes de mortalitat basades en la incidència són majors en homes que en dones, de 14,9 a 13 morts/persones-any respectivament, i s'observa una disminució en el temps en ambdós grups (Taula 1.21).

La major taxa de mortalitat en PID també es veu reflectida en les corbes de supervivència, on s'observa que als 20 anys de seguiment tenen una probabilitat de supervivència del 57%, Això és 15 punts per sota dels homes infectats per via sexual heterosexuales, i 30 punts per sota dels HSH, on s'observa una supervivència als 20 anys del 88% (Figura 1.53).

Figura 1.53. Corba de supervivència de les persones següides per la cohort PISCIS, Catalunya i Illes Balears, 1998-2019 (global i segons grup de transmissió)



De les 2545 causes de mort registrades en la cohort (19,9% desconegudes), la causa de mort més freqüent és la de "Sida" amb un 24,3% de les morts, seguit per "Bronquitis, emfisema, asma i MPOC" (10,8%), "Cirrosi i altres malalties del fetge" (10,4%), i "Limfoma" (5,9%). Per la resta de grups de causa de mort, cadascuna representa menys del 5% del total (Taula 1.22).

En el registre de mortalitat de Catalunya, entre el 2015 i 2017 hi ha hagut 55 morts declarades a Catalunya per VIH com a causa de mort (codis "B20,0 - Malaltia per VIH, resultant en infecció per micobacteris" i "B24,0 - Malaltia pel virus de la immunodeficiència humana [VIH], sense altra especificació"); 19 al 2015, 16 al 2016, i 20 al 2017, D'aquestes, 41 (74,5%) eren homes, i 14 (25,5%) eren dones.

Taula 1.21. Taxa de mortalitat basada en la incidència per sexe, grup de transmissió i any en la cohort PISCIS, Catalunya i Illes Balears, 1998-2019

Any	Taxa de mortalitat Homes	Taxa de mortalitat Dones	Taxa de mortalitat PID	Taxa de mortalitat HSH	Taxa de mortalitat Home heterosexual	Taxa de mortalitat Dona heterosexual /bisexual /homosexual	Taxa de mortalitat Altres vies de transmissió
1998	64,33	26,04	61,25	42,87	90,1	33,62	0
1999	28,16	23,17	26,78	20,11	40,39	19,32	45,53
2000	35,06	31,64	39,91	20,25	44,83	20,95	62,1
2001	31,52	20,59	37,42	27,37	25,23	9,04	35,33
2002	24,62	18,77	30,84	11,19	31,81	11,91	32,78
2003	33,83	17,51	39,07	22,66	36,36	10,89	33,16
2004	23,2	14,92	32,01	10,25	23,69	8,61	32,43
2005	25,27	13,44	36,12	14,06	15,68	10,73	30,68
2006	26,18	15,14	41,05	13,81	23,78	6,97	20,19
2007	21,55	15,09	37,07	7,06	26	7,46	23,41
2008	20,3	12,49	27,79	9,41	25,55	11,93	26,17
2009	18,72	15,01	38,58	5,18	24,23	7,03	16,44
2010	13,98	13,7	30,78	5,23	15,3	9,21	9,4
2011	15,34	11,82	34,57	6,1	13,36	7,83	16,27
2012	12,55	13,36	30,45	3,6	16,74	9,07	11,78
2013	12,44	11,17	30,3	6	11,14	4,2	20
2014	10,49	11,07	27,3	4,18	12,57	6,41	12,28
2015	9,94	10,89	28,06	4,15	12,26	6,23	7,94
2016	8,68	9,8	24,97	3,37	8,58	7,89	12,63
2017	6,79	12,67	22,56	2,16	11,85	7,33	9,42
2018	7,55	6,21	20,9	3,21	10,45	4,73	6,86
2019	6,43	7,93	15,54	3,01	11,94	6,12	7,3
Global	14,93	12,96	31,3	5,89	17,35	8,06	16,63

Taula 1.22. Percentatge de causa de mort entre els pacients infectats pel VIH de la cohort PISCIS, segons els 73 grups de mort de l'Anàlisi de Mortalitat de Catalunya (per aquelles causes que representen més d'un 1% sobre el total). Catalunya i Illes Balears 1998-2019

	Freq. absoluta	Percentatge (%)
SIDA	620	24,3%
Bronquitis, emfisema, asma i mpoc	275	10,8%
Cirrosi i altres malalties del fetge	266	10,4%
Limfoma	148	5,8%
Hepatitis viral	123	4,8%
Tumor maligne de tràquea, bronquis i pulmó	115	4,5%
Enverinaments accidentals	102	4,0%
Pneumònies i broncopneumònies	77	3,0%
Malalties isquèmiques del cor	63	2,5%
Resta malalties respiratòries	55	2,2%
Resta de malalties del cor	53	2,1%
Resta de malalties infeccioses	53	2,1%
Malalties cerebrovasculars	44	1,7%
Tumor maligne de fetge	44	1,7%
Suïcidis i autolesions	40	1,6%
Malalties del sistema nerviós, malalties de l'ull i malalties de l'oïda i de l'apòfisi mastoïdes	38	1,5%
Malalties mal definides i no classificables en altres grups	35	1,4%
Resta de malalties de l'aparell digestiu	31	1,2%
Resta de malalties infeccioses bacterianes	30	1,2%
Tumors in situ, d'evolució incerta i de naturalesa no especificada	25	1,0%

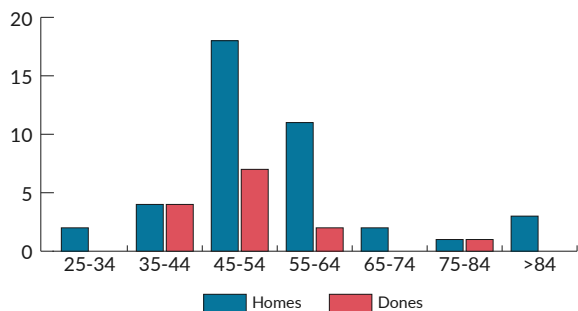
Els morts en el grup d'edat entre 45 i 54 anys són els més representatius, sent un 45,5% del total, i també és així separant per sexe, on aquest grup d'edat representa un 43,9% de tots els homes, i un 50% de les dones. En canvi, mentre que en homes el

segon grup d'edat amb més morts són aquells entre 55-64 anys (26,8%), en dones és el grup d'edat entre 35-44 anys (28,6%). Els homes entre 45 i 64 anys representen la majoria dels morts per VIH, sent un 52,7% del total.

La taxa de mortalitat per VIH entre el 2015 i 2017 és de 0,28 morts/100,000 habitants, i de 0,33 morts/100,000 habitants si estandarditzem segons població europea. Separant per anys, obtenim unes taxes de 0,30, 0,25, i 0,32 morts/100,000 habitants per el 2015, 2016, i 2017 respectivament.

Si ho separem entre grups d'edat, s'observa un pic en persones entre 45-54, amb una següent davallada posterior, i de nou una pujada en els majors de 84 anys. Aquest pic en persones entre 45 i 54 es veu tant en homes com en dones.

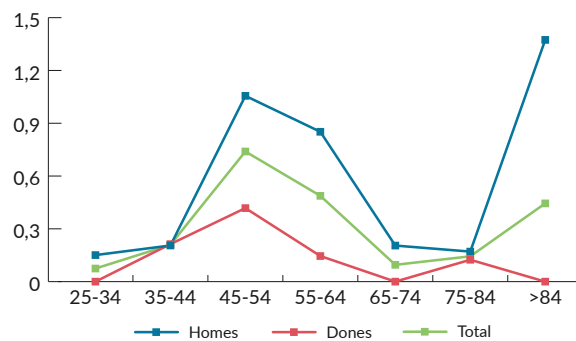
Figura 1.54. Nombre de morts per grups d'edat i sexe a Catalunya, 2015-2017



Taula 1.22. Taxes de mortalitat global a Catalunya i estandarditzada segons població de l'Eurozona

Any		Morts/100.00 habitants
2015	Catalunya	0,30
	Estan. Europa	0,34
2016	Catalunya	0,25
	Estan. Europa	0,29
2017	Catalunya	0,32
	Estan. Europa	0,36

Figura 1.55. Taxa de mortalitat per 100.000 habitants, segons grup d'edat i sexe a Catalunya, 2015-2017



A photograph of four people standing on a hillside, seen from behind. They are embracing each other. The scene is bathed in a soft, golden light, suggesting a sunset or sunrise. The background shows a hazy landscape with some vegetation. The text 'INFECCIONS DE TRANSMISSIÓ SEXUAL' is overlaid in white, bold, sans-serif font on the right side of the image.

INFECCIONS DE TRANSMISSIÓ SEXUAL

Missatges clau

El número de casos d'ITS està augmentant de manera significativa, per sobre del 20% interanual per la gonocòccia i la clamídia i entorn al 10% interanual per la sífilis. També s'observa un augment de les taxes per herpes simple i *Trichomonas vaginalis* presentant valors pel 2018 que són el doble dels del 2014. Aquest agreujament és similar al descrit en països Europeus (EU/EEA) del nostre entorn.

L'any 2018, l'increment de les ITS va ser proporcionalment superior en dones que en homes en la gonocòccia, i en homes que en dones en la sífilis. Tant en la gonocòccia com en la sífilis el percentatge dels nous diagnòstics en menors de 25 anys respecte el total de casos per sexe va ser superior en les dones que en els homes. Gairebé la meitat de les persones afectades per clamídia tenien menys de 25 anys.

Els HSH representaven el grup més freqüent en la sífilis i en la gonocòccia, amb un 70% i un 44% respectivament, i les dones heterosexuals representaven el grup més freqüent (70%) en la clamídia. Els homes heterosexuals eren el segon grup en freqüència en sífilis, gonocòccia i clamídia. Val a dir, però, que el compliment de tan sols el 40% d'enquestes epidemiològiques per a l'any 2018 no permet caracteritzar el total de població a risc.

En la gonocòccia i la sífilis, es va observar un augment del doble o superior dels percentatges de coinfecció amb el VIH entre el 2009 i el 2018 (de 7 a 19% en la gonocòccia i de 18% a 39% en la sífilis). Per tant, és important promoure el cribratge del VIH davant l'adquisició d'una ITS i a l'inversa.

Per als anys 2012-2016 es va observar una reducció significativa del 61% en la incidència de berrugues anogenitals entre els adolescents de 16-19 anys gràcies a la cobertura vacunal.

Les prevalences de *C. trachomatis* i *N. gonorrhoeae* en dones cis que exerceixen el treball sexual (3,3% i 0,5%, respectivament), es mantenen inferiors a les observades en altres poblacions vulnerables, com ara en homes cis i dones trans que exerceixen el treball sexual (10,3% i 19,2%, respectivament).

Pel que fa als joves menors de 25 anys, la prevalença de *C. trachomatis* per a l'any 2018 (9,1%) es similar als valors dels països del nord d'Europa i presenta un increment del 57% des de l'any 2007 amb una mitjana anual del 7,7%.

És essencial continuar millorant els sistemes de vigilància, monitoritzant les principals poblacions clau, com el joves, especialment les dones menors de 25 anys, i els HSH, per poder avaluar la situació i proposar intervencions diagnòstiques, terapèutiques i preventives, així com garantir l'accés a la detecció de les ITS en aquestes poblacions.

2.1. Sífilis infecciosa i congènita

2.1.1. Epidemiologia de la sífilis infecciosa a l'estat espanyol i Europa: nous diagnòstics per a l'any 2018 i tendències 2009-2018

Segons les darreres dades disponibles de l'ECDC, l'any 2018, es van reportar 33.927 casos de sífilis als estats membres de la UE/EEA, el que representa una taxa d'incidència de 7,0 casos per cada 100.000 habitants. Les taxes van ser superiors en homes que en dones, 12,1 i 1,4 casos per cada 100.000 habitants, respectivament. La raó home:dona va incrementar de forma constant des de l'any 2000 amb 1,4:1, a un màxim per a l'any 2017 i 2018 de 8,5:1. La proporció més gran de casos notificada va ser en dos grups d'edat, entre els 25 i 34 anys i majors de 45 anys. Cadascun d'aquests dos grups representaven el 30% de tots els casos. Els adults d'entre 35 i 44 anys van representar el 25% dels casos i els joves de 15 a 24 anys el 13%. Dues tercers parts (69%) dels casos de sífilis es van reportar en HSH mentre que els heterosexuales van representar el 19% dels casos. La tendència de la taxa de sífilis es manté en augment des de l'any 2009, sobretot degut a l'augment entre els HSH. Durant el període 2010-2017, les tendències per sexe van ser divergents, amb un augment significatiu entre els homes i una lenta disminució entre les dones. Per l'any 2018, les taxes es van mantenir al nivell del 2017 tant en homes com en dones.

A l'Estat espanyol, l'any 2018 es van notificar 5.079 casos de sífilis, representant una taxa de 10,8 casos per cada 100.000 habitants. Les taxes de sífilis a l'Estat han estat incrementant des de l'any 2009, on el nombre de casos es situava en 2.506 amb una taxa de 5,6 casos per 100.000 habitants. El 89,9%

(4.213) dels casos van ser en homes amb una raó home:dona de 9,0. La mediana d'edat va ser de 36 anys, sense diferències per sexe. El 60,1% dels casos tenia entre 25 i 44 anys. Del total de casos notificats, el 22,1% (1.036 casos) tenien informació sobre el grup de transmissió. El 63,8% corresponien a HSH, el 9,0% tant a dones y homes heterosexuales i el 18,2% a homes sense grup de transmissió especificat.

2.1.2. Epidemiologia de la sífilis infecciosa a Catalunya: nous diagnòstics per a l'any 2018 i tendències 2009-2018

L'any 2018 es van notificar un total de 1.806 casos de sífilis infecciosa al registre RMDI (veure fonts d'informació), el que va representar una taxa global de 23,8 casos per a cada 100.000 habitants, molt superior a la taxa europea situada en 7,0 casos per a cada 100.000 habitants per al mateix any. En comparació amb anys anteriors, la taxa de sífilis a Catalunya va incrementar passant dels 5,0 casos per a cada 100.000 habitants l'any 2009 als 23,8 per a l'any 2018, amb un increment interanual mitjà de període del 34,8% (Figura 2.1). Tal i com succeeix amb la resta de notificacions microbiològiques d'ITS al SNMC (veure fonts d'informació), s'observa una tendència a l'increment en el nombre de declaracions de *Treponema pallidum* en els darrers anys (Figura 2.5) amb un increment respecte el darrer any del 10,4%, amb un total de 2.043 notificacions realitzades l'any 2018.

Les taxes van augmentar més en homes per al període 2009-2018, incrementant la raó home:dona de 6 a 9,5. Per a l'any 2018, el 90% dels casos (1.635) van ser en homes, amb una taxa de 43,8 casos per a cada 100.000

Figura 2.1. Evolució del nombre de casos de sífilis notificats i taxa segons sexe per 100.000 habitants. Catalunya, 2009-2018

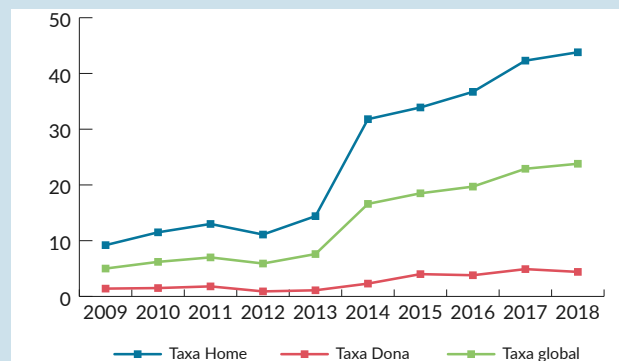
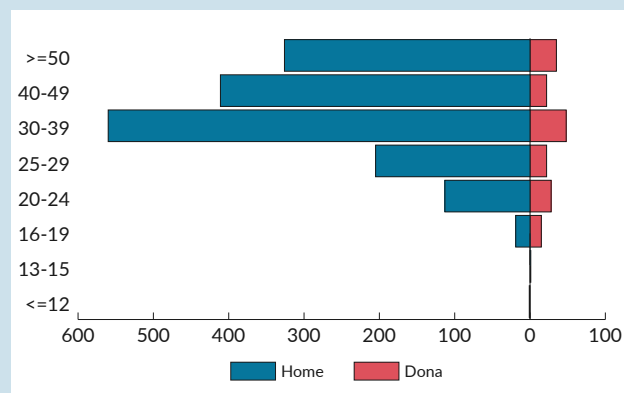


Figura 2.2. Distribució dels casos de sífilis segons sexe i edat. Catalunya, 2018



habitants, mentre que per a les dones la taxa va ser de 4,4 casos per a cada 100.000 habitants (Figura 2.1).

La mitjana d'edat dels casos va ser de 39 anys. El 46% i el 44% del total de casos notificats al 2018 tenien

entre 25-39 anys i més de 40 anys, respectivament. Un 9% dels casos es va diagnosticar en menors de 25 anys (Figura 2.2). No es va declarar cap cas de sífilis congènita.

Figura 2.3. Evolució dels casos de sífilis segons origen. Catalunya, 2009-2018

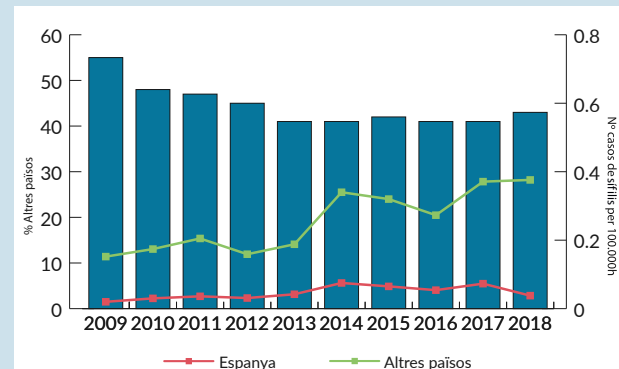
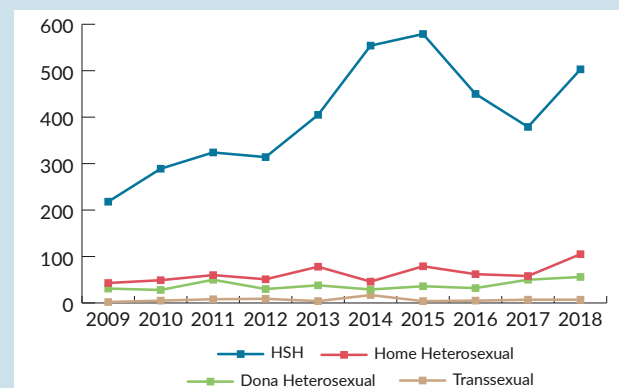


Figura 2.4. Evolució dels casos de sífilis segons orientació sexual. Catalunya, 2009-2018



Del total de casos en que constava el país d'origen (42%), el 43% es van notificar en persones nascudes fora de l'Estat espanyol. Aquest percentatge s'ha mantingut estable en els darrers anys (Figura 2.3). Del total de casos nascuts fora de l'estat espanyol per a l'any 2018 (763), el 58% pertanyien a persones nascudes a l'Amèrica Llatina i Carib, i un 21% a l'Europa occidental.

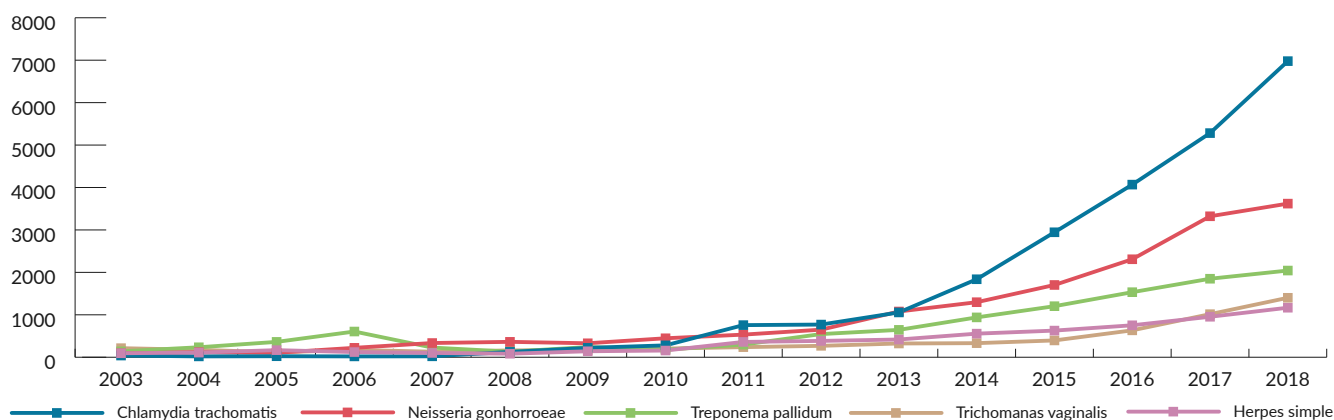
Del total de casos notificats per a l'any 2018, un 42% tenien l'enquesta epidemiològica complimentada per a la variable orientació sexual. D'aquests, la via de transmissió més freqüent va ser la d'HSH (75%), seguit de la de home i dona heterosexual, 15,6% i 8,3%, respectivament. En comparació amb el darrer any, s'observen augments significatius entre els HSH i homes heterosexuals, passant de 379 a 503 casos i de 58 a 105 de l'any 2009 a l'any 2018, respectivament. En dones heterosexuals s'observa un lleuger increment de 50 a 56 casos. (Figura 2.4).

La proporció de casos de sífilis amb una coinfecció pel VIH en el moment del diagnòstic (compliment de la variable en el 41% dels casos) va ser del 39%, arribant al 48% en el cas dels HSH.

Del total de casos notificats, només es va poder verificar que les sífilis eren infeccioses (primàries, secundàries o latents precoç) quan tenien l'enquesta epidemiològica complimentada per la variable estadi de sífilis, fet que es va donar en un 41% del total de notificacions de sífilis.

El registre de les RMDI i el SNMC estan integrats, de tal manera que ens permet conèixer el percentatge de casos confirmats per laboratori. Aquest percentatge per al 2018 va ser del 73,1%, la resta eren casos sospitosos no confirmats. Aquesta integració del registres, a més a més, ens permet obtenir informació de les dades pròpies que informen els laboratori com la procedència de les mostres, la

Figura 2.5. Evolució de les declaracions microbiològiques d'ITS al SNMC, Catalunya 2003-2018



tècnica diagnòstica o mostra analitzada. Les mostres biològiques provenien en un 16,1% (330) de l'atenció primària i en un 83,8% (1.713) eren de procedència hospitalària. La mostra principal reportada va ser en un 97,2% el sèrum, seguit per un 0,9% la faríngia i un 0,3% l'anal. Del total de declaracions realitzades al SNMC, en 1.362 constava una prova serològica reagènica i treponèmica positiva.

2.2. Gonocòccia

2.2.1. Epidemiologia de la gonocòccia a l'estat espanyol i Europa: nous diagnòstics per a l'any 2018 i tendències 2009-2018

Segons dades de l'ECDC, un total de 100.673 casos de gonocòccia van ser reportats pels estats membres de la UE/EEA l'any 2018, el que va representar un increment del 12% respecte l'any anterior. La taxa de notificació total per l'any 2018 va ser de 26,4 casos per cada 100.000 habitants, mostrant un increment de la taxa de més de tres vegades respecte el 2009, on la taxa es situava en 8,5 casos per cada 100.000 habitants. Les taxes van ser superiors en homes que en dones en els darrers anys, amb una raó home:dona pel 2018 del 3,2:1. Els grups d'edat més afectats van ser els de 25-34 anys i 15-24 anys amb el 37% i 34% dels casos, respectivament. Els HSH van representar gairebé la meitat dels casos reportats (48%) durant l'any 2018, seguit del heterosexuals (43%). En el 63% dels casos hi constava informació sobre l'estatus pel VIH; un 12% eren VIH positius.

Pel que fa a l'Estat espanyol, l'any 2018 es van notificar 11.044 casos de gonocòccia. Des de l'any 2001, es va observar un increment continuat en la incidència, passant dels 2,04 als 24,2 casos per 100.000 habitants l'any 2018. El 82,7% dels casos van ser en homes, amb una raó home:dona de 4,8:1. La mitjana d'edat es va situar en els 30 anys, essent les dones més joves que els homes, 27 anys i 30 anys, respectivament. Del total de casos notificats, el 16,8% (1.851 casos) tenia informació sobre el grup de transmissió sexual dels quals, el 35,9% van ser HSH, 26,4% dones heterosexuals, 18,9% homes heterosexuals i el 18,9% homes amb grup de transmissió sexual no especificat.

2.2.2. Epidemiologia de la gonocòccia a Catalunya: nous diagnòstics per a l'any 2018 i tendències 2009-2018

L'any 2018 es van notificar un total de 4.601 casos de gonocòccia al registre RMDI (veure fonts d'informació), representant una taxa global de 60,5 casos per a cada 100.000 habitants, molt superior a la taxa europea situada en 22,2 per a cada 100.000 habitants per al mateix any. En comparació amb anys anteriors, entre els anys 2009 i 2018, la taxa de gonocòccia a Catalunya va presentar un increment interanual mitjà de període del 31,7% passant dels 5,6 casos per a cada 100.000 habitants l'any 2009 als 60,5 l'any 2018 (Figura 2.6). Les taxes van augmentar també en ambdós sexes durant el mateix període amb un increment superior en les dones (9,4% vs 13%). Tal i com succeeix amb la resta de notificacions microbiològiques d'ITS, al SNMC (veure fonts d'informació) s'ha observat una tendència a l'increment en el nombre de declaracions de *Neisseria gonorrhoeae* en els darrers anys (Figura 2.5) amb un increment l'any 2018 respecte el 2017 del 9% (3.620 vs 3.322 número de casos respectivament).

El 81% dels casos notificats (3.730) l'any 2018 van ser homes amb una taxa de 100 casos per a cada 100.000 habitants, mentre que per a les dones la taxa va ser de 22,5 casos per cada 100.000 habitants (Figura 2.6). La raó home-dona va ser de 4.

La mitjana d'edat dels casos per a l'any 2018 era de 32 anys. El grup d'edat més freqüentment afectat va ser el dels 25-39 anys amb el 52% dels casos, el 26% dels casos eren menors de 25 anys (Figura 2.7).

Figura 2.6. Evolució del nombre de casos de gonocòccia notificats i taxa segons sexe per 100.000 habitants. Catalunya, 2009-2018

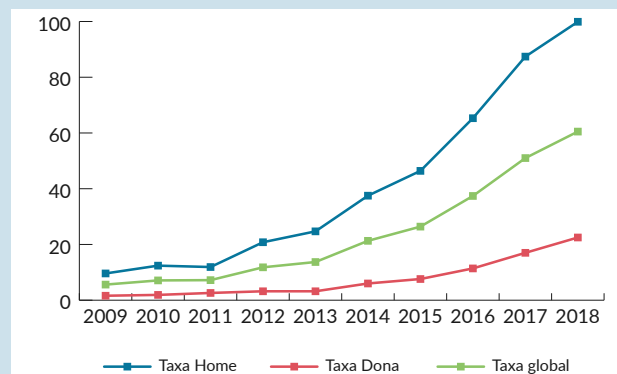
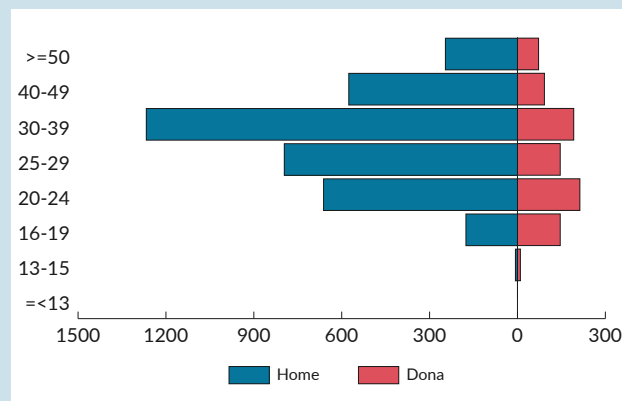


Figura 2.7. Distribució dels casos de gonocòccia segons sexe i edat. Catalunya, 2018



Del total de casos en els quals hi constava el país de naixement (38%), el 35% es van notificar en persones nascudes fora de l'Estat espanyol. Aquest percentatge va disminuir gradualment del 55% l'any 2009 al

35% per a l'any 2018 (Figura 2.8). Del total de casos nascuts fora de l'estat espanyol per a l'any 2018 (608), el 55% eren persones nascudes a l'Amèrica Llatina i Carib, i un 18% a l'Europa occidental.

Figura 2.8. Evolució dels casos de gonocòccia segons origen. Catalunya, 2009-2018

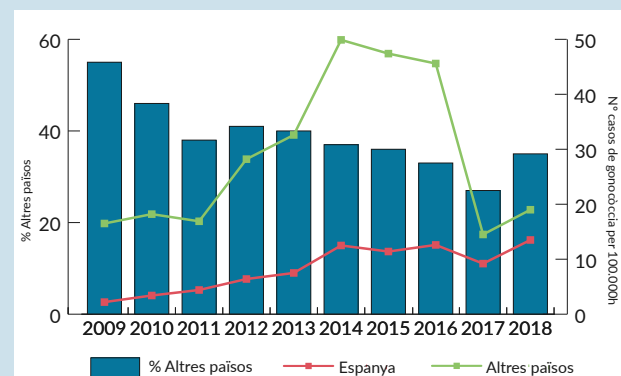
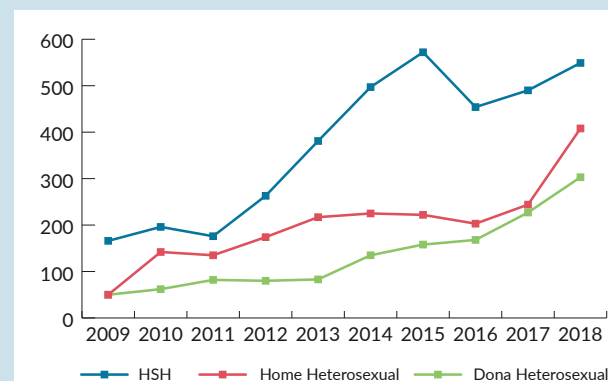


Figura 2.9. Evolució dels casos de gonocòccia segons orientació sexual. Catalunya, 2009-2018



Del total de casos notificats l'any 2018, un 32% (1.462) tenia l'enquesta epidemiològica complimentada per a la variable grup de transmissió sexual. D'aquests, el grup més freqüent va ser el dels HSH (44%), seguit dels homes i dones heterosexuales, 32% i 24%, respectivament. Les tendències segons grup de transmissió mostren que durant el període 2009-2018 els casos es van triplicar en HSH, i es van multiplicar 6 i 8 vegades en dones i homes heterosexuales, respectivament. Respecte els valors de l'any anterior, el grup de transmissió que va mostrar un increment superior va ser el dels homes heterosexuales que van passar de 244 casos l'any 2017 a 414 casos l'any 2018 (Figura 2.9).

La proporció de casos de gonocòccia amb una coinfecció pel VIH en el moment del diagnòstic (compliment de la variable en el 25% dels casos) va ser del 19%, arribant al 34% en el cas dels HSH.

El registre de la RMDI i el SNMC estan integrats, de tal manera que ens permet conèixer el percentatge de casos confirmats per laboratori, que per a la gonocòccia va ser del 70% per a l'any 2018. A més a més, ens permet obtenir informació de les dades que informen els laboratori com la procedència de les mostres, la tècnica diagnòstica, mostra analitzada i la sensibilitat antibiòtica.

El diagnòstic microbiològic de la gonocòccia es va efectuar mitjançant tècniques de detecció d'àcids nucleics (PCR) en un 56,3% dels casos (2.038) i en un 43,7% per cultiu (1.582). En 837 casos es van emprar ambdues tècniques conjuntament.

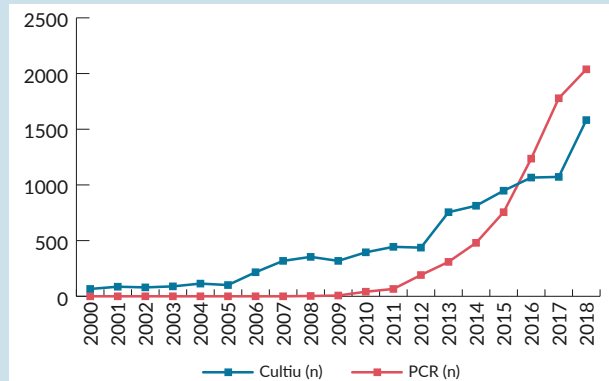
Les mostres biològiques provenien en un 75,2% (2.721) de l'atenció primària i en un 24,8% (899) eren de procedència hospitalària. Les mostres biològiques més habituals van ser l'uretral (47,5%),

l'anal (12,8%), la faríngia (10,2%) i l'endocervical (9,5%).

2.2.3. Monitoratge de la sensibilitat antibiòtica

L'any 2018, es van comptabilitzar un total de 1.582 cultius positius i en un 5,4% (84) dels quals hi constava la sensibilitat antibiòtica informada per als set antibiòtics que segons protocol requereixen ser avaluats: ceftriaxona, espectinomicina, ciprofloxacina, penicilina, tetraciclina, azitromicina i cefixima. Tot i que el número absolut de casos amb la sensibilitat antibiòtica informada va ser quasi el doble, el percentatge va disminuir respecte l'any 2014 on va ser del 7,5% d'un total de 813 cultius realitzats. Aquest fet s'atribueix al decrement de la realització de cultius vers les tècniques de biologia molecular. En els darrers 5 anys la realització de PCR va incrementar en un 324%, (408 determinacions l'any 2014 respecte 2.037 determinacions al 2018), mentre que les determinacions per cultiu van incrementar el

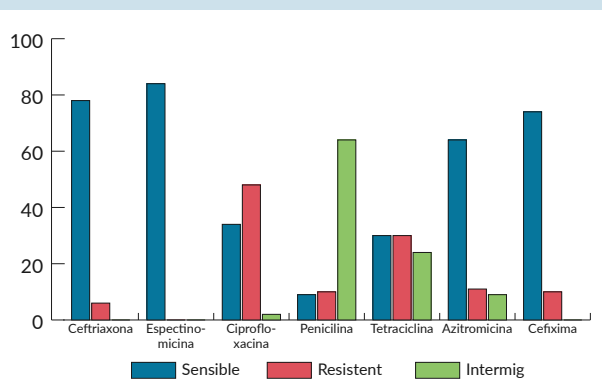
Figura 2.10. Evolució de la tècnica diagnòstica (cultiu vs PCR) en la detecció de *Neisseria gonorrhoeae*, Catalunya 2000-2018



95%, 809 cultius l'any 2014 respecte 1.582 al 2018 (Figura 2.10).

Les dades de sensibilitat antibiòtica de gonococ, desglossades per antibiòtic, es presenten a la figura 2.11 on es destaca que la majoria dels gonococs van ser sensibles a las cefalosporines de tercera generació (ceftriaxona i cefixima) i resistents a la ciprofloxacina.

Figura 2.11. Sensibilitat antibiòtica de *Neisseria gonorrhoeae*, Catalunya 2018



2.3. Limfogranuloma veneri

2.3.1. Epidemiologia del limfogranuloma veneri a l'estat espanyol i Europa: nous diagnòstics per a l'any 2018 i tendències 2009-2018

Segons dades de l'ECDC per a l'any 2018, es van reportar un total de 2.389 casos de limfogranuloma veneri (LGV) als estats membres de la UE/EEA, augmentant el número de casos en un 19% respecte l'any anterior. Tots els casos van ser en homes. La distribució per grups d'edat va ser: en un 32% tenien entre 25-34 anys, un 33% entre 35-44 anys i un 30% tenien més de 45 anys. Dels casos reportats en els que el grup de transmissió sexual estava informat (68%), el 99,7% eren HSH. Del total de casos reportats amb informació disponible sobre l'estatus de VIH (48%), un 59% eren VIH positius. El nombre de casos declarats durant el període 2009-2018 va mostrar un augment constant sumant en global 13.585 casos durant el període.

A l'Estat espanyol l'any 2018 es van notificar un total de 282 casos en sis comunitats autònomes, el que va correspondre a una taxa de 0,78 casos per cada 100.000 habitants. El 100% dels casos notificats van ser en homes, amb una mediana d'edat de 36,5 anys. La majoria dels casos tenia entre 35-44 anys.

2.3.2. Epidemiologia del limfogranuloma veneri a Catalunya: nous diagnòstics per a l'any 2018 i tendències 2009-2018

L'any 2018, es van notificar 220 casos de LGV, amb una taxa de 2,9 casos per a cada 100.000 habitants. Respecte l'any anterior es van incrementar el nombre de notificacions un 8%, seguint una tendència a l'alça similar des de l'any 2009. El nombre de casos de LGV

ha anat augmentant des del 2009 arribant el 2018 a valors més de 10 vegades superiors (Figura 2.12).

Tots els casos notificats l'any 2018 van ser homes (6 casos per cada 100.000 homes) amb una mitjana d'edat de 37 anys. El 59% del total de casos notificats l'any 2018 tenien entre 25-39 anys, i un 5% eren menors de 25 anys (Figura 2.13). Els casos en menors de 25 anys va augmentar en un 150% respecte l'any 2014.

Del 20% dels casos notificats en els quals hi constava el país de naixement pel 2018, tan sols en 2 casos (5%) es tractava de persones nascudes fora de l'Estat espanyol, concretament a la regió de l'Amèrica Llatina i Carib. El percentatge de persones nascudes fora de l'Estat espanyol per al període 2009-2018 ha estat per sota del 60% (Figura 2.14) i el percentatge de coinfecció amb VIH ha estat sempre alt i a partir del 2009 sempre superior al 60%.

Malgrat la baixa complementació de l'enquesta epidemiològica l'any 2018, en les dades històriques podem observar com el LGV ha afectat principalment a HSH, tot i que també s'han notificat alguns casos en homes i dones heterosexuales (Figura 2.15).

El 100% dels casos varen ser confirmats pel SNMC mitjançant tècniques moleculars PCR.

Figura 2.12. Evolució dels casos de Limfogranuloma veneri, Catalunya 2009-2018

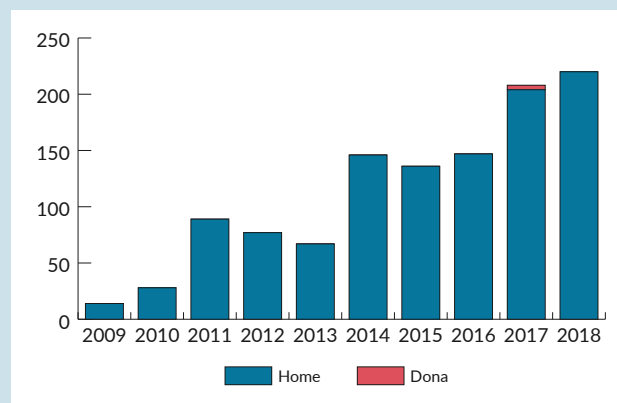


Figura 2.14. Evolució dels casos de Limfogranuloma veneri segons origen, Catalunya 2009-2018

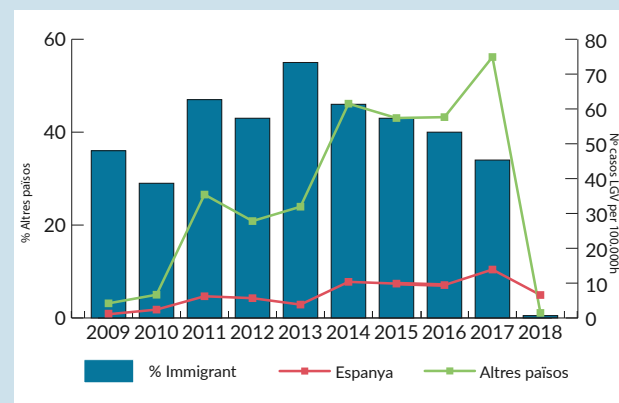


Figura 2.13. Distribució dels casos de Limfogranuloma veneri segons sexe i grup d'edat, Catalunya 2018

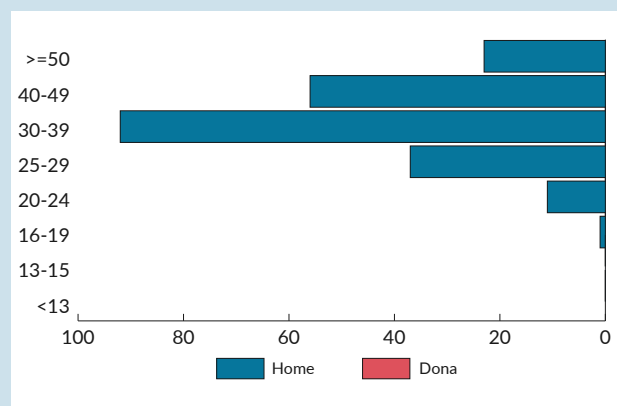
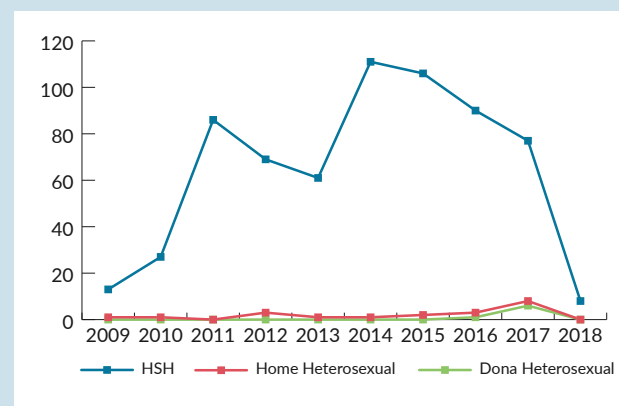


Figura 2.15. Evolució dels casos de Limfogranuloma veneri segons via de transmissió, Catalunya 2009-2018



2.4. Clamídia

2.4.1. Epidemiologia de la infecció genital per clamídia a l'estat espanyol i Europa: nous diagnòstics per a l'any 2018 i tendències 2013-2018

Segons dades de l'ECDC, l'any 2017 als estats membres de la UE/EEA es van reportar 409.646 casos d'infecció per clamídia, representant una taxa de notificació de 146 casos per cada 100.000 habitants. La tendència de la infecció per clamídia es mostra estable des de l'any 2013 amb una taxa de notificació mitjana anual de 160 casos per cada 100.000 habitants.

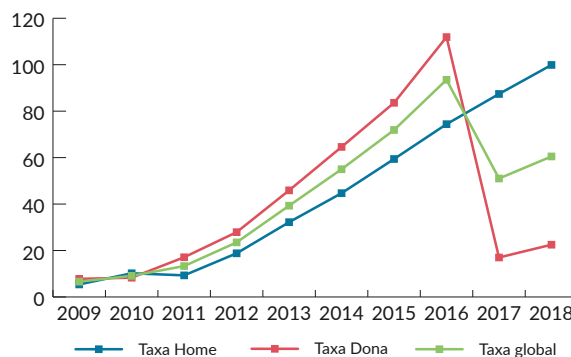
La raó home:dona va ser de 0,7 amb 173.347 casos reportats en homes en comparació als 233.718 casos entre les dones. La taxa de notificació global va ser de 126 per cada 100.000 habitants per als homes i de 164 per a les dones. La proporció més gran de casos notificats l'any 2017 es va situar entre els joves de 20 a 24 anys, que van representar el 39,8% dels casos, seguit d'els joves de 25 a 34 anys, amb un 27,3%. Els menors de 25 anys (15-24) van representar el 61,9% dels casos.

A l'Estat espanyol es van notificar l'any 2018 un total de 13.109 casos, representant una taxa de 32,49 casos per cada 100.000 habitants. La tendència dels casos mostra un increment significatiu observant-se pel 2018 el doble de la taxa presentada l'any 2016, que va ser de 18,05 casos per cada 100.000 habitants. El 54,4% dels casos es van notificar en dones amb una raó home:dona de 0,8. La mediana d'edat al diagnòstic va ser de 27 anys, essent les dones més joves que els homes, 24,5 anys i 30 anys, respectivament.

2.4.2. Epidemiologia de la infecció genital per clamídia a Catalunya: nous diagnòstics per a l'any 2018 i tendències 2015-2018

L'any 2018 es van notificar un total de 7.106 casos de clamídia al registre RMDI (veure fonts d'informació), el que va representar una taxa d'incidència de 93,5 casos per a cada 100.000 habitants, lluny però de la taxa europea situada en 146 casos per cada 100.000 habitants. En comparació amb anys anteriors, entre els anys 2009 i 2018, la taxa de clamídia a Catalunya va presentar un increment interanual mitjà de període del 33,7%, passant de 39 a 93,5 casos per cada 100.000 habitants de l'any 2015 al 2018. Les taxes van augmentar tant en dones com en homes durant el mateix període. El 61% dels casos per a l'any 2018 van ser dones i el 39% homes, essent les

Figura 2.16. Evolució del nombre de casos de clamídia notificats i taxa segons sexe per 100.000 habitants. Catalunya, 2011-2018



taxes de 111,9 i 74,4 casos per 100.000 habitants, respectivament (Figura 2.16). La raó home-dona va ser de 0,6. Tal i com succeeix amb la resta de declaracions microbiològiques d'ITS al SNMC (veure fonts d'informació), s'observa una tendència a l'increment en el nombre de declaracions de *Chlamydia trachomatis* en els darrers anys, des de les 2.945 declaracions l'any 2015 a les 6.978 al 2018 (Figura 2.5) el que representa un augment del 136%.

La mitjana d'edat dels casos va ser de 28 anys. El 42% del total de casos notificats al 2018 tenien entre 25-39 anys i un 44% eren menors de 25 anys (Figura 2.17).

Del total de casos en el quals hi constava el país de naixement (51%), el 21% es van notificar en persones nascudes fora de l'Estat espanyol. Aquest percentatge va disminuir respecte d'anys anteriors, per a l'any 2016 es situava en el 39% dels casos (Figura 2.18). Del total de casos nascuts fora de l'estat espanyol per a l'any 2018 (1.163), el 66% eren persones nascudes

a l'Amèrica Llatina i Carib, un 9% a Europa occidental i un 8% al nord d'Àfrica.

Del total de casos notificats per a l'any 2018, un 54% (3.775) tenien l'enquesta epidemiològica complimentada per a la variable de grup de transmissió sexual. D'aquests, el grup més freqüent va ser el de les dones heterosexuales (70%) seguit dels homes heterosexuales (17%) i els HSH (7%). Des de l'any 2015, les dones heterosexuales s'han presentat com el grup de transmissió més freqüentment afectat per la infecció per clamídia (Figura 2.19).

La proporció de casos de clamídia amb coinfecció pel VIH en el moment del diagnòstic va ser del 2,5%, arribant al 35% en el cas dels HSH.

El registre de la MDI i el SNMC estan integrats, de tal manera que ens permet conèixer el percentatge de casos confirmats per laboratori, que per a la clamídia va ser del 88,8% per a l'any 2018. A més a més, ens

Figura 2.17. Distribució dels casos de clamídia segons sexe i edat. Catalunya, 2018

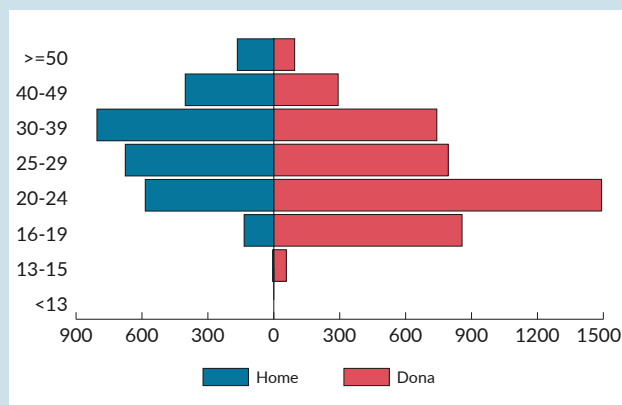
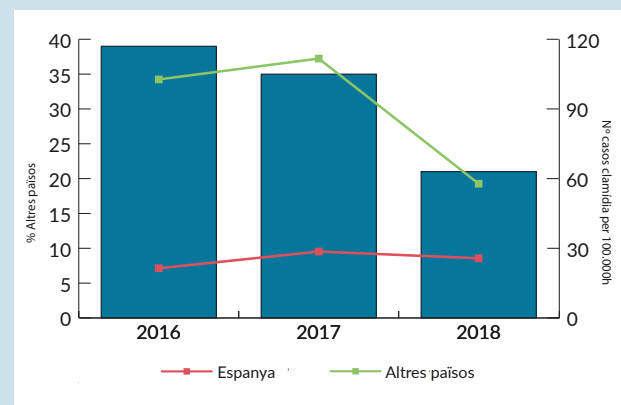
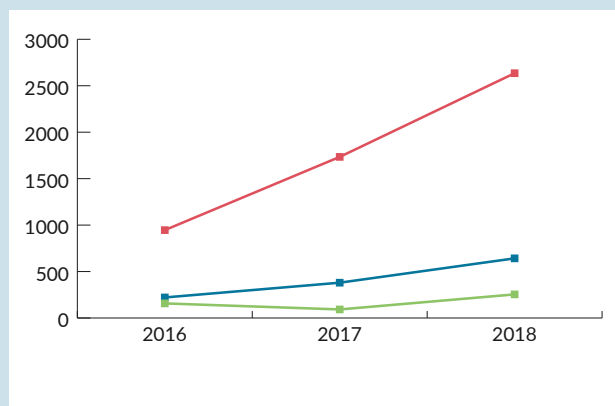


Figura 2.18. Evolució dels casos de clamídia segons origen. Catalunya, 2012-2018



permet obtenir informació de les dades que informen els laboratoris com la procedència de les mostres, la tècnica diagnòstica o mostra analitzada. Per a l'any 2018, les mostres biològiques provenien en un 48,3% (3.372) de l'atenció primària i en un 51,7% (3.606) eren de procedència hospitalària. La mostra principal reportada va ser l'endocervical i l'orina amb un 15,5% cadascuna seguit amb un 11,9% per l'uretral. La tècnica diagnòstica principal va ser la detecció d'àcids nucleics en el 98,7% dels casos.

Figura 2.19. Evolució dels casos de clamídia segons orientació sexual. Catalunya, 2016-2018



2.4.3. Cobertura del test

Per al període 2010-2016, segons dades del SIDIAP (veure fonts d'informació), es van realitzar a Catalunya en els centres d'atenció primària gestionats per l'Institut Català de la Salut (ICS) un total de 82.205 proves de clamídia a 63.533 individus. Respecte l'any 2010, el nombre de proves es va multiplicar per set, passant de 3.588 proves a

26.714 l'any 2016 (Figura 2.20), amb un increment interanual mitjà del 40%. En global, es van realitzar el doble de proves en dones que en homes per a tot el període, però si es compara el nombre de proves de l'any 2010 respecte el 2016, les proves realitzades en homes van duplicar a les dones, així l'any 2010 es van realitzar un total de 2.782 proves en dones i 764 en homes, mentre que per al 2016 van ser un total de 16.853 i 9.722, respectivament (Taula 2.1 i Figura 2.21). El 25% de les proves es van realitzar entre els menors de 25 anys, essent el grup d'entre 30-39 anys el que va presentar el major percentatge de proves realitzades, 32%, per a tot el període d'estudi tant en homes com en dones (Taula 2.1). El 65% de les proves es van realitzar en persones nascudes a Espanya i segons l'índex de deprivació Medea, el 67% de les proves es van fer en zones riques i mitjanes (Taula 2.1).

La taxa de proves realitzades respecte a la població assignada per cada 100.000 habitants durant tot el període d'estudi 2010-2016 es va situar en un total de 1.401 proves, passant de 61 proves per cada 100.000 habitants l'any 2010 a 464 proves l'any 2016, per tant, la taxa de proves es va multiplicar per 7, amb un increment interanual mitjà del 40,6% (Figura 2.22). Les taxes majors, segons grup poblacional, es van produir en dones, en el grup de 20-24 anys i en les persones nascudes fora de l'estat espanyol, 7.756, 4.915 i 2.644 proves per cada 100.000 habitants respectivament, (Taula 2.1 i Figura 2.22) i seguint el mateix patró per a tots els anys estudiats. Pel que fa a l'índex de deprivació Medea, la taxa de proves realitzades va ser superior en zones desfavorides amb una mitjana durant el període d'estudi de 1.896 proves respecte a les prop de 1.500 proves en zones riques i mitjanes o de les 612 proves en zones rurals (Taula 2.1).

Taula 2.1. Número de proves, percentatge de positivitat i cobertura del test de clamídia a l'Atenció Primària per 100.000 habitants, Catalunya 2010-2016

	Proves (n)	% testats	Proves positives (n)	Positivitat (%)	Població assignada (2010-16)	Taxa de proves 100.000 hab.	p-valor
Sexe							
Home	24.929	0,86%	1.895	7,6	2.904.560	858	p<0,001
Dona	57.276	1,93%	3.614	6,3	2.963.115	7.756	
Grup d'edat							
<12	237	0,03%	57	24,1	738.506	32	p<0,001
13-15	596	0,36%	80	13,4	164.190	363	
16-19	5.955	2,80%	758	12,7	212.918	2.797	
20-24	14.057	4,92%	1.358	9,7	285.984	4.915	
25-29	14.297	4,03%	1.043	7,3	355.073	4.026	
30-39	26.014	2,61%	1.436	5,5	997.760	2.607	
40-49	14.238	1,51%	594	4,2	945.841	1.505	
≥50	6.374	0,30%	183	2,9	2.115.405	301	
Origen							
Espanya	36.588	1,27%	2.451	6,7	2.871.770	1.274	p=0,799
Nascut fora d'Espanya	19.300	2,64%	1.313	6,8	729.839	2.644	
Índex MEDEA							
R (rural)	6.586	0,61%	483	7,3	1.075.587	612	p<0,001
U (urbà no classificat)	3.750	1,16%	267	7,1	324.632	1.155	
U1-U2 (zones riques)	28.430	1,58%	1.838	6,5	1.800.066	1.579	
U3-U4 (zones mitjanes)	26.086	1,47%	1.808	6,9	1.771.818	1.472	
U5 (zones desfavorides)	16.870	1,90%	1.111	6,6	889.897	1.896	
Total	82.205	1,40%	5.509	6,7	5.867.675	1.401	

El percentatge de proves realitzades respecte a la població assignada va ser de tan sols l'1,4%, no arribant en cap cas al 5% en els grups de població estudiats (Taula 2.1).

El total de proves positives per al període d'estudi va ser de 5.509, el que representa un percentatge de positivitat global del 6,7% (Taula 2.1). Al llarg del període d'estudi, el percentatge de positivitat es va mantenir estable excepte per a l'any 2013, on es va produir un descens (Figura 2.21), el mateix patró es va observar per sexe i origen. Els homes van presentar un percentatge de positivitat significativament superior a les dones per a tot el període d'estudi, 7,6% i 6,3%, respectivament (Taula 2.1 i Figura 2.22). De la mateixa manera, el grup d'edat més jove va presentar percentatges de positivitat superiors (24,1%), disminuint de forma significativa a edats majors i observant-se el mateix patró en ambdós sexes (Taula 2.1). El percentatge de positivitat va ser similar segons procedència dels individus, amb

un 6,7% en espanyols i un 6,8% en els nascuts fora d'Espanya (Taula 2.1). Les zones rurals van presentar un percentatge de positivitat significativament superior a la resta (7,3%) (Taula 2.1).

Figura 2.21. Evolució del número de proves de clamídia realitzades i percentatge de positivitat segons sexe. 2010-2016

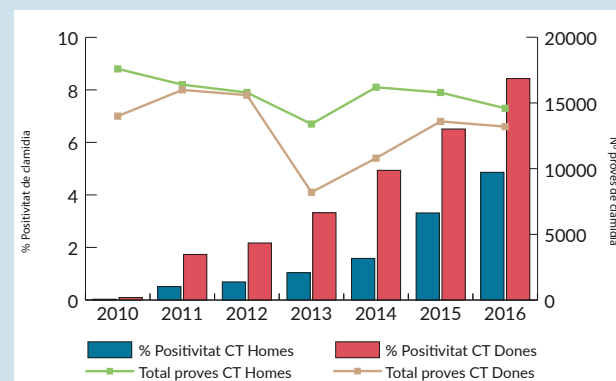


Figura 2.20. Evolució del número de proves de clamídia realitzades i percentatge de positivitat, 2010-2016

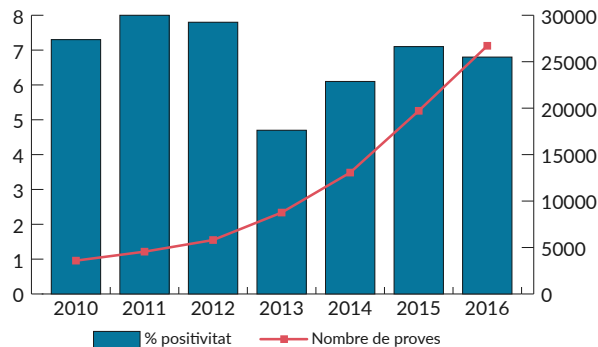
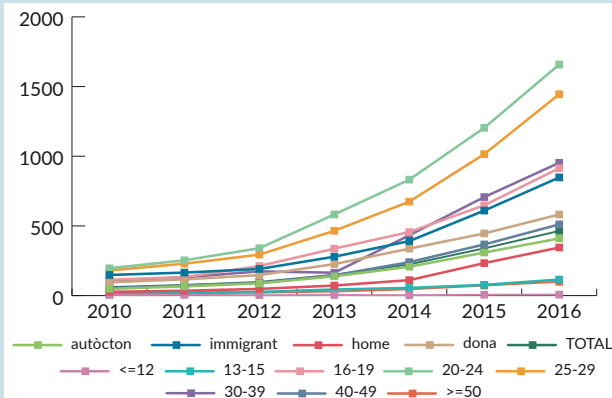


Figura 2.22. Evolució de la taxa de proves per cada 100.000 habitants de clamídia segons grup poblacional. 2010-2016



2.5. Herpes simple

2.5.1. Epidemiologia de l'Herpes simple a Catalunya: Nous diagnòstics per a l'any 2018 i tendències 2009-2018 a partir de les declaracions al SNMC

L'any 2018, es van realitzar 11.72 notificacions microbiològiques d'infecció per herpes simple al SNMC (veure fonts d'informació), el que va representar una taxa global de 15,4 casos per 100.000 habitants. La taxa global d'herpes simple es va incrementar, passant de 4,8 casos per 100.000 habitants l'any 2011 a 15,4 casos al 2018. Per tant es va observar un increment de més de tres vegades en la taxa d'incidència en els darrers anys i d'un 23% entre els anys 2017 i 2018 (Figura 2.23).

En global, 880 casos (75%) van ser en dones i 290 (25%) en homes, essent les taxes de 22,7 i 7,8 casos per 100.000 habitants, respectivament, gairebé el triple en dones que en homes (la raó home-dona va

ser de 0,3). Durant el període 2009-2018, les taxes van augmentar fins a quatre vegades en dones i tres en homes (Figura 2.24).

L'any 2018, la mitjana d'edat dels casos va ser de 36 anys. El 42% del total de casos notificats tenien entre 25-39 anys i un 27% eren menors de 25 anys (Figura 2.25).

Pel que fa referència al país de naixement, el 27% dels casos l'any 2018 van ser diagnosticats en persones nascudes fora de l'Estat espanyol. Del total (319), el 57% eren de l'Amèrica Llatina i Carib i el 17% d'Europa occidental. En els darrers anys, s'ha observat un descens en el percentatge de casos en les persones nascudes fora de l'Estat espanyol, passant del 63% l'any 2016 al 27% l'any 2018 (Figura 2.26).

Figura 2.23. Evolució dels casos d'herpes simple notificats al SNMC. Catalunya 2009-2018

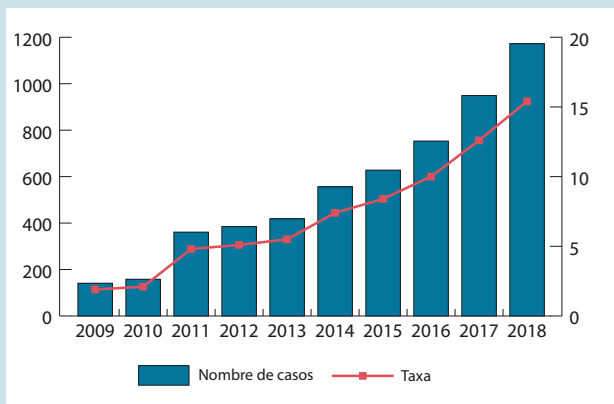
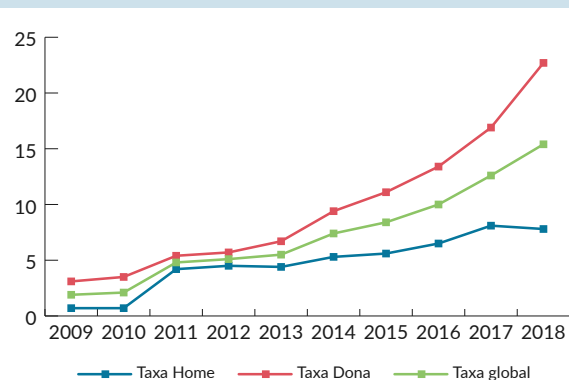


Figura 2.24. Evolució de la taxa de casos d'herpes simple notificats al SNMC segons sexe. Catalunya 2009-2018



La confirmació microbiològica d'aquesta infecció es va realitzar, principalment, mitjançant tècniques de biologia molecular (PCR).

En 1.141 casos es va informar el tipus específic de virus i en 805 casos (70%) corresponia a herpes simple tipus II i en 335 (30%) corresponia a herpes simple tipus I.

Figura 2.25. Distribució dels casos d'herpes simple notificats al SNMC segons sexe i grup d'edat. Catalunya 2018

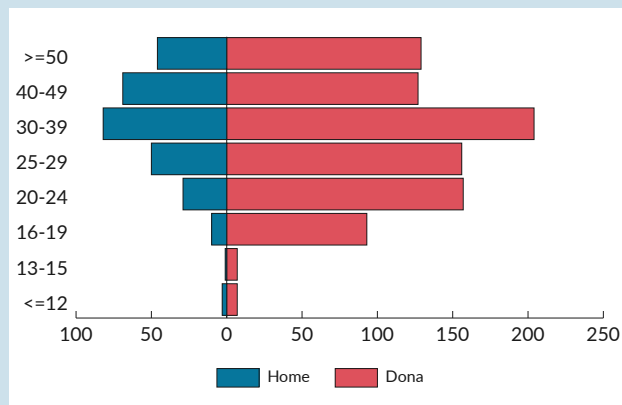
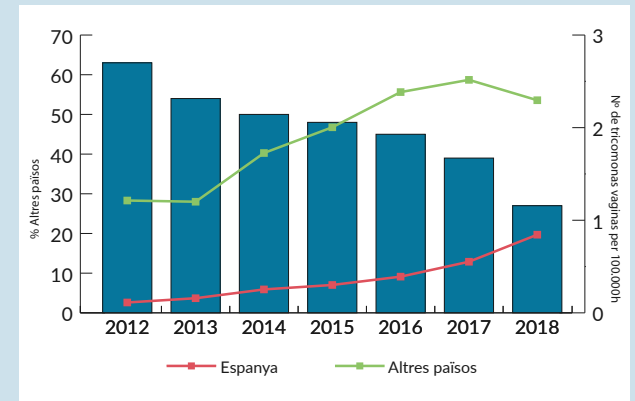


Figura 2.26. Evolució dels casos d'herpes simple notificats al SNMC segons origen. Catalunya 2012-2018



2.6. Berrugues anogenitals

2.6.1. Epidemiologia dels condilomes acuminats o berrugues anal-genitals (infecció pel virus del Papil·loma Humà) a Catalunya: Nous diagnòstics per a l'any 2018 i tendències 2014 - 2018

Els condilomes acuminats són una manifestació clínica del Virus del Papil·loma Humà (VPH), per tant el seu diagnòstic es fa gairebé sempre per sospita clínica i la seva monitorització és d'utilitat per a la vigilància del VPH. Aquesta infecció no es comptabilitza mitjançant el sistema de notificació microbiològica (SNMC).

L'any 2018, es van realitzar 6.281 diagnòstics de condilomes acuminats (VPH tipus 6 o 11) a l'atenció primària de l'Institut Català de la Salut (ICS-Diagnosticat, veure fonts d'informació), el que representa una taxa global de 82,6 casos per 100.000

habitants. La taxa global de berrugues anogenitals a la darrera dècada ha incrementat un 37,3%, passant de 60,2 casos per 100.000 habitants l'any 2010 a 82,6 casos al 2018. Malgrat això, des de l'any 2013 s'observa una estabilització de la taxa amb una mitjana d'increment anual del 2,6% (2014-2018) i d'un increment del 1,1% l'any 2018 respecte l'any 2017 (Figura 2.27).

En global, 2.642 casos (40,5%) van ser en dones i 3.883 (59,5%) en homes, essent les taxes de 68,3 i 104,1 casos per 100.000 habitants respectivament, amb una raó de 1,5 homes per cada dona.

El 58,7% dels diagnòstics al 2018 tenien entre 25-39 anys i, un 21,2% eren menors de 25 anys. Vint-i-quatre diagnòstics van ser en menors de 15 anys (Figura 2.29).

Figura 2.27. Evolució dels diagnòstics de condilomes acuminats enregistrat al Diagnosticat (eCAP). Catalunya 2009-2018

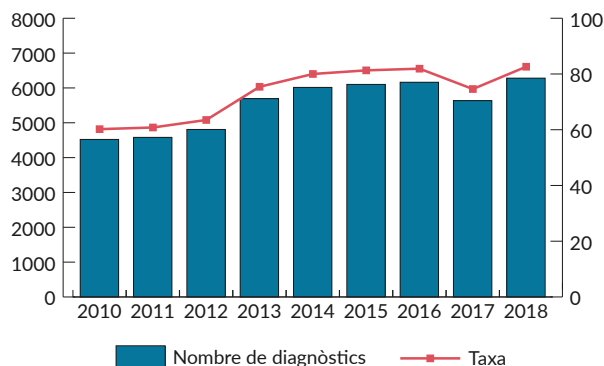


Figura 2.28. Evolució de la taxa de diagnòstics de condilomes acuminats enregistrat al Diagnosticat (eCAP) segons sexe i edat. Catalunya 2017-2018

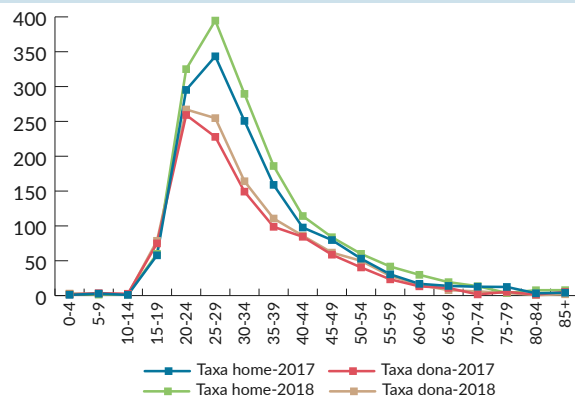
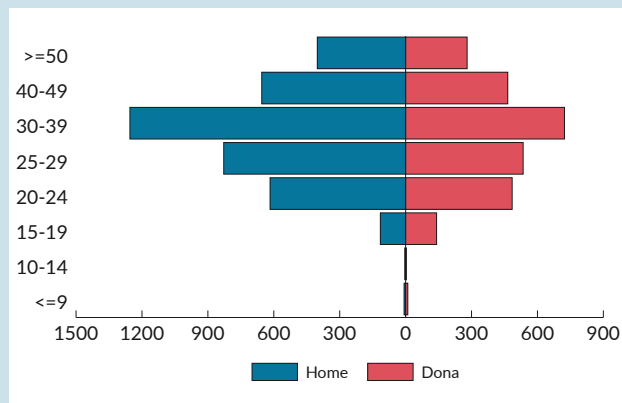
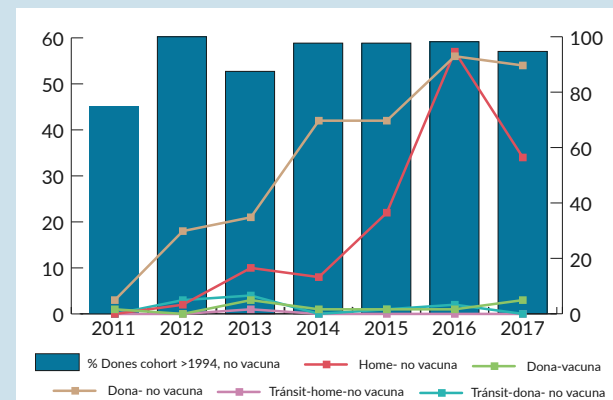


Figura 2.29. Distribució dels diagnòstics de condilomes acuminats enregistrats al Diagnòstic (eCAP) segons sexe i grup d'edat. Catalunya 2018



(elegibles per ser vacunades), entre la població vacunada (vacunació sistemàtica iniciada l'any 2008 a les escoles a 6è de primària) i la no vacunada. S'observa com el número de casos augmenta tant en dones com en homes no vacunats fins a set vegades en el període 2011-2017 en comparació amb uns números diagnòstics molt baixos durant tot el període en les dones vacunades. D'una manera estable, durant el període 2014-2017 més del 90% dels diagnòstics de condilomes a la població diana no s'havia vacunat front al VPH.

Figura 2.30. Evolució dels diagnòstics de condilomes acuminats notificats al RITS segons situació de vacunació front al VPH, nascuts posterior al 1994. Catalunya 2011-2017



2.6.2. Infecció pel Virus del Papil·loma Humà - Condilomes acuminats o berrugues anogenitals a partir del Registre sentinella de les ITS de Catalunya (RITS)

El registre sentinella de les ITS de Catalunya (RITS) (veure fonts d'informació), actiu fins a l'any 2017, va recollir dades de conductes sexuals i pràctiques de risc elevat per l'adquisició d'una ITS (Taula 2.2). Les pràctiques sexuals declarades varen ser majoritàriament heterosexuales (84%) seguit per pràctiques homosexuals (11,7%) i bisexuals (2,3%). Les pràctiques de risc elevat més freqüentment declarades es descriuen a la taula 2.2. Entre els antecedents clínics de major rellevància (Taula 2.2) es va observar una coinfecció pel VIH en el 5,9% de les declaracions, més elevada en els homosexuals (28,0%), transsexuals (22,2%) i bisexuals (7,4%). També es varen recollir dades d'antecedents de vacunació front al VPH. A la figura 2.30 es mostra l'evolució dels condilomes de les cohorts >1994

Taula 2.2. Indicadors de risc elevat per l'adquisició d'una ITS, Registre sentinella d'ITS

Indicadors de risc	Valor (n=4.114)
ITS prèvia <12 mesos	5%
Nombre de parelles sexuals en els darrers dotze mesos (mitjana)	2
	Homosexual: 12
	Bisexual: 9
	Heterosexual: 3
Nova parella sexual als darrers 3 mesos	20%
No ús del preservatiu durant la darrera relació sexual	79%
Relacions sexuals a l'estranger, <12 mesos	5%
Ús de drogues i alcohol abans del sexe, <12 mesos	20%
Contactes sexuals via xarxes socials, <12 mesos	3%
Client de treball sexual, <12 mesos	1%
Treball sexual o remuneració a canvi de sexe, <12 mesos	0,4%
Co-infecció amb el VIH	3%
	Homosexual: 14%
	Transsexual: 11%
	Bisexual: 1%
	Heterosexual: 1%
Risc mare-fill, % embarassades al moment del diagnòstic	2%

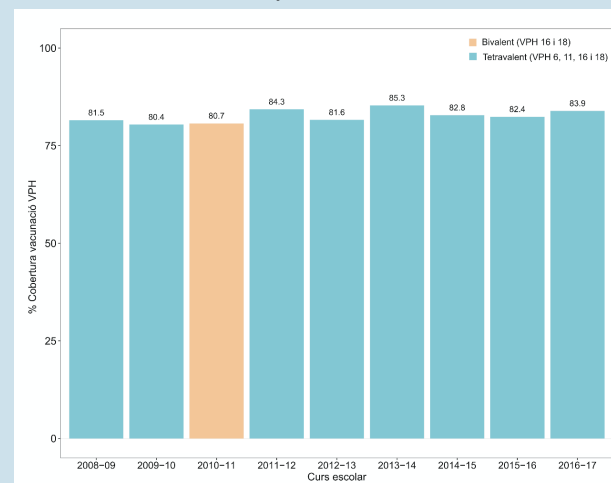
2.6.3. Cobertura vacunal del Virus del papil·loma humà

Les berrugues anogenitals són causades majoritàriament pels tipus del VPH no oncogènics 6 i 11, inclosos en les vacunes comercialitzades contra el VPH tetravalent i nonavalent. Des de l'any 2008 a Catalunya es vacuna contra el VPH a les nenes de 11 anys, obtenint una mitjana de cobertura vacunal per sobre del 80% (Figura 2.31).

Per a avaluar l'impacte de la vacuna contra el VPH en la incidència de berrugues anogenitals, s'ha fet servir el Sistema d'Informació pel Desenvolupament de la Investigació a l'Atenció Primària (SIDIAP) (veure fonts d'informació) durant el període 2009-2016¹².

Entre els anys 2009 i 2016 s'observa un augment en la incidència de berrugues anogenitals (Figura 2.32).

Figura 2.31. Cobertura vacunal de les vacunes contra el virus del papil·loma humà administrades a Catalunya entre els cursos escolars 2008-09 i 2016-17 a les nenes d'11 anys¹³



Per grups d'edat, aquest augment s'observa tant en dones majors de 20 anys com en homes no elegibles per a vacunació. Entre les dones, el pic d'incidència de berrugues anogenitals s'observa als 20-24 anys, tant al 2009 com al 2016. Entre els homes, al 2016 s'observa el pic als 25-29 anys mentre que al 2009 aquest pic ocorre als 20-24 anys.

Donat que als 15 anys la incidència de berrugues anogenitals és molt baixa, per estimar l'impacte de la vacuna VPH s'ha analitzat la incidència i les tendències temporals en el grup d'edat de 16-19 anys (Figura 2.33) ¹⁴.

Entre l'any 2009 i el 2012, en les adolescents de 16 a 19 anys, la incidència de berrugues anogenitals augmenta de manera no significativa (canvi anual percentual (APC): 21,1%; IC 95%: -0,2 - 46,8). En canvi, entre els anys 2012 i 2016, on tenim un major

número de les cohorts elegibles pel programa de vacunació, s'observa una reducció significativa (APC: -19,4%; IC95%: -30,0 a -7,3) equivalent a una reducció del 61%.

Figura 2.33. Incidència de berrugues anogenitals en els anys 2009 i 2016, en homes i dones, grup d'edat 16-19 anys.

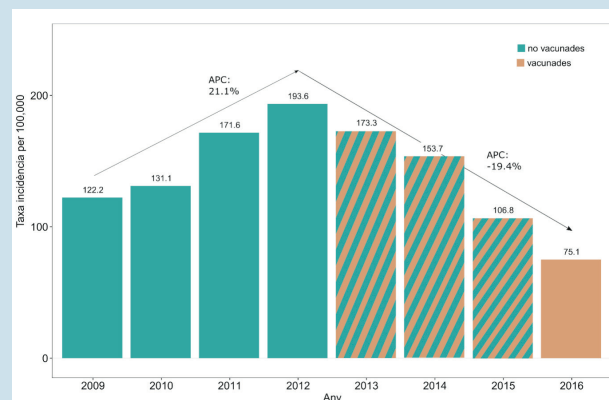


Figura 2.32. Evolució de la incidència de berrugues anogenitals en nenes entre 16 i 19 anys segons elegibilitat pel programa de vacunació



2.7. *Trichomonas vaginalis*

2.7.1. Epidemiologia de les *Trichomonas vaginalis* a Catalunya: nous diagnòstics per a l'any 2018 i tendències 2009-2018 a partir de les declaracions al SNMC

L'any 2018 es van realitzar 1.446 notificacions microbiològiques d'infecció per *Trichomonas vaginalis* al SNMC (veure fonts d'informació), el que va representar una taxa global de 19 casos per 100.000 habitants. Respecte anys anteriors, des de l'any 2011 al 2015 es va observar un increment anual constant del 15% en el nombre de notificacions i, a partir de l'any 2016, gairebé es van duplicar les notificacions amb un increment anual del 35% (Figura 2.34).

El 96% dels casos l'any 2018 es van diagnosticar en dones i el 4% en homes, essent les taxes de 35,7 i 1,7 casos per 100.000 habitants, respectivament. Des

de l'any 2009 es va observar un increment gradual de la taxa per a les dones, passant dels 4,49 als 35,7 casos per 100.000 habitants del 2009 al 2018. En els homes les taxes van augmentar de manera més gradual fins l'any 2016, passant d'una taxa del 0,05 al 0,7 casos per 100.000 habitants del 2009 al 2016, i els anys 2017 i 2018 les taxes van ser superiors al 50% respecte el 2016 amb un taxa de 1,69 casos per 100.000 habitants el 2018 (Figura 2.35).

La mitjana d'edat dels casos per a l'any 2018 va ser de 36 anys. El 43% tenien entre 25-39 anys, un 41% eren majors de 39 anys i un 15% menors de 25 anys (Figura 2.36).

En relació al país de naixement, el 48% eren persones nascudes fora de l'Estat espanyol (Figura 2.37).

Figura 2.34. Evolució dels casos de *Trichomonas vaginalis* notificats per 100.000 habitants al SNMC. Catalunya, 2011-2018

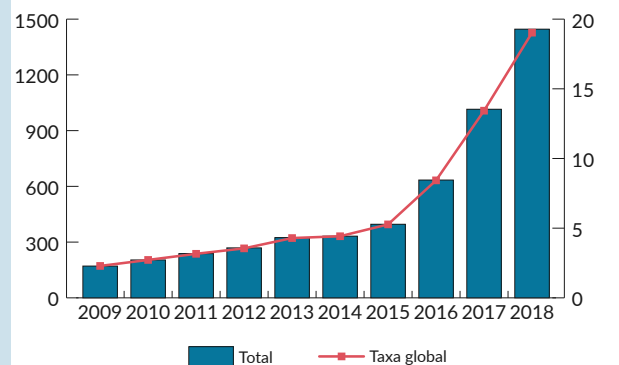
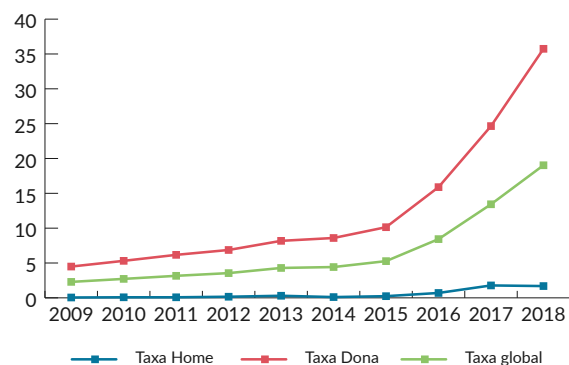


Figura 2.35. Evolució dels casos per 100.000 habitants de *Trichomonas vaginalis* notificats al SNMC segons sexe. Catalunya, 2011-2018



Del total (673), el 54% eren nascudes a la regió de l'Amèrica Llatina i Carib i un 12% a l'Europa occidental. La confirmació microbiològica d'aquesta infecció es va realitzar, principalment, mitjançant tècniques de biologia molecular (PCR), i en una petita proporció de cultiu. La mostra biològica recollida en major nombre per al diagnòstic d'infecció per *Trichomonas vaginalis* va ser l'exsudat vaginal (52%) en dones i el faringe (86%) en homes.

Figura 2.36. Distribució dels casos de *Trichomonas vaginalis* notificats al SNMC segons sexe i grup d'edat. Catalunya, 2018

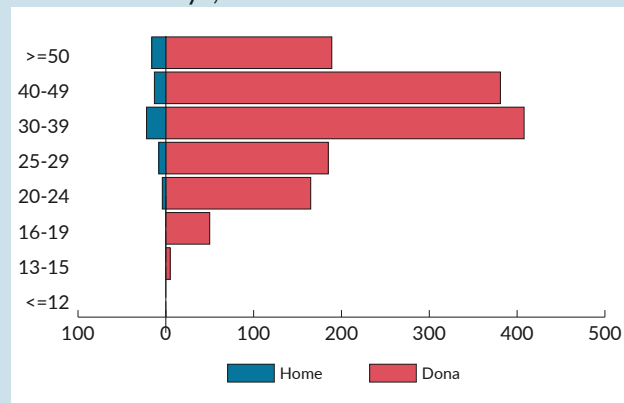
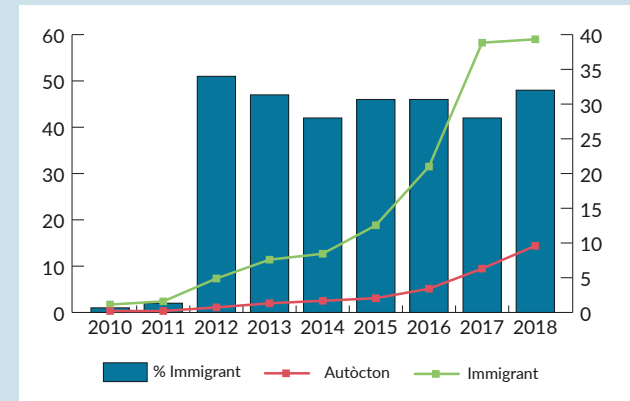


Figura 2.37. Evolució dels casos de *Trichomonas vaginalis* notificats al SNMC segons origen. Catalunya, 2010-2018



2.8. Prevalença d'ITS en grups vulnerables

2.8.1. Prevalença de *Chlamydia trachomatis* en joves menors de 25 anys

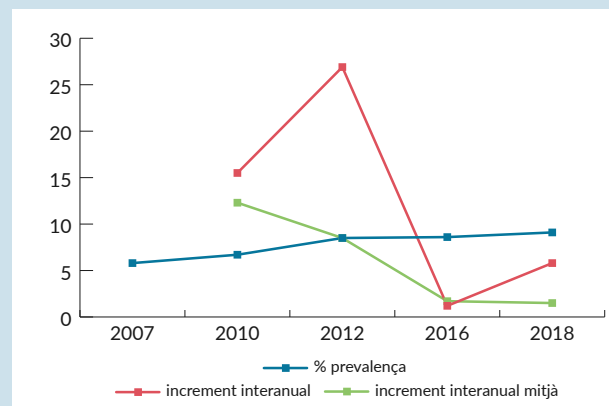
Des de l'any 2007, es realitza el monitoratge de la prevalença de *Chlamydia trachomatis* mitjançant estudis transversals biennals entre la població jove atesa als centres ASSIR i als centres d'atenció als joves (veure fonts d'informació). Fins a l'actualitat s'han realitzat un total de 5 estudis en aquesta població en els anys 2007, 2010, 2012, 2016 i 2018.

La prevalença de *C. trachomatis* en els darrers anys presenta un increment interanual mitjà del 12,3%, amb una mitjana durant el període 2007-2018 del 7,7%. A l'inici dels estudis per al monitoratge de la prevalença de *C. trachomatis* en joves menors de 25 anys, l'any 2017, aquesta es situava en el 5,8% mentre que per al darrer estudi de l'any 2018 s'ha obtingut una prevalença del 9,1%, el que representa un increment global del 57% (Figura 2.38). Per a l'any 2018, la prevalença en homes ha estat superior a la de les dones, 11,2 respecte 7,5%. La prevalença mitjana durant el període 2007-2018 ha estat del 6,6% per als homes i del 7,6% per a les dones.

Dins el monitoratge de la prevalença de *C. trachomatis* entre la població jove atesa als ASSIR i als centres d'atenció als joves, des de l'any 2016 es determinen a més a més, la prevalença d'altres microorganismes causants d'ITS. Per a l'any 2016 i mitjançant l'estratègia de pools de mostres es va determinar per primera vegada la prevalença de *Mycoplasma genitalium*, a més a més de la de *Neisseria gonorrhoeae* i *C. trachomatis*. Les prevalences de les ITS objecte d'estudi van ser del 8,6% per a *C. trachomatis*, 0,58% per a *N. gonorrhoeae* i 3,5% per a *M. genitalium*. Per al darrer estudi realitzat l'any 2018, a excepció de la

clamídia que va presentar una prevalença del 9,1%, els valors de la resta van disminuir respecte l'estudi de l'any 2016, amb una prevalença per a *M. genitalium* del 1,7% i amb cap cas detectat per a *N. gonorrhoeae*.

Figura 2.38. Evolució de la prevalença de clamídia en menors de 25 anys, Catalunya 2007-2018



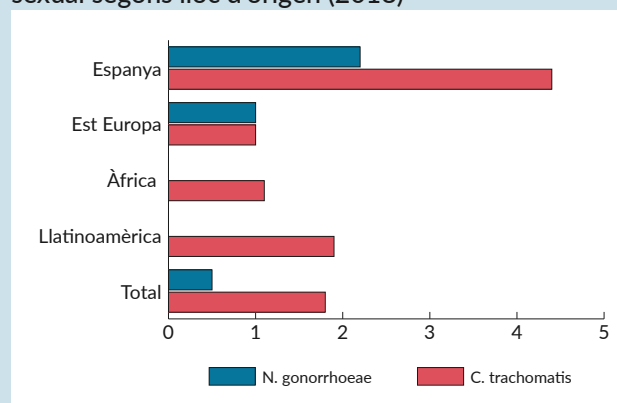
2.8.2. Prevalença de *Chlamydia trachomatis* i *Neisseria gonorrhoeae* en dones cis que exerceixen el treball sexual

Dins del monitoratge bio-conductual del VIH i altres ITS en dones cis que exerceixen el treball sexual, l'any 2018 es va determinar la prevalença de *Chlamydia trachomatis* i *Neisseria gonorrhoeae* a partir de mostres d'orina (veure l'apartat de fonts d'informació).

En global, la prevalença de *C. trachomatis* va ser de l'1,8% (IC del 95%, 0,5-3,3%), i la de *N. gonorrhoeae* del 0,5% (IC del 95%, 0,0-1,5%), sense observar-se

diferències segons país d'origen ni lloc on exercien el treball sexual (carrer, club o pis) (Figura 2.39).

Figura 2.39. Prevalença de *C. trachomatis* i *N. gonorrhoeae* en dones cis que exerceixen el treball sexual segons lloc d'origen (2018)



2.8.3. Prevalença de *Chlamydia trachomatis*, *Neisseria gonorrhoeae* i Hepatitis B en homes cisgènere i dones transgènere que exerceixen el treball sexual

Dins del projecte SWEETIE (veure fonts d'informació) es va poder recollir mostra biològica en sang i orina i en diverses localitzacions anatòmiques a homes cisgènere (homes) i dones transgènere (dones trans) que exercien el treball sexual per la detecció de *Neisseria gonorrhoeae*, *Chlamydia trachomatis*, hepatitis B (VHB) i hepatitis C (vegeu prevalença del VHC al capítol 3.3.2).

Les prevalències globals de *N. gonorrhoeae* i *C. trachomatis* en homes i dones trans, independentment

de la localització anatòmica, van ser del 19,2% i el 10,3% respectivament. Segons localització anatòmica la prevalença més alta va ser de *N. gonorrhoeae* en faringe (14,2%) i en recte (9,6%). En relació al VHB, el 34,2% de les persones que exerceixen el treball sexual havien estat exposades al VHB alguna vegada a la vida (seroprevalença), de les quals el 28,6% eren VIH-positives, i un cas va presentar infecció activa (0,8%). La gran majoria dels seropositius desconeixien haver estat exposats al VHB (97,2%). A la taula 2.3 es mostren les prevalències de les ITS globals i desagregades per gènere.

Taula 2.3. Prevalença de *C. trachomatis*, *N. gonorrhoea* i hepatitis B, en homes cis i dones trans que exerceixen el treball sexual global i per gènere (%). Projecte Sweetie

	Homes cis (n=47)	Dones trans (n=100)	Total (n=147)
<i>C. trachomatis</i> (global)	10,6	10,1	10,3
orina*	6,4	0	2
faringe	0	7	4,8
anal	6,4	4	4,8
<i>N. gonorrhoea</i> (global)	19,1	19,2	19,2
orina	0	0,1	0,7
faringe	14,9	14	14,3
anal	12,8	8,1	9,6
VHB alguna vegada a la vida	28,2	36,9	34,2
VHB activa	0	1,2	0,8

*p<0,05

A photograph of a busy city street, likely in Istanbul, featuring a prominent tower in the background and a large crowd of people walking in the foreground. The image is overlaid with a blue tint and the text "VIRUS DE L'HEPATITIS C".

VIRUS DE L'HEPATITIS C

Missatges clau

La taxa de testatge pel virus de l'hepatitis C (VHC) a Catalunya per part de l'Atenció Primària és estable entre el 2011 (24,28/100.000 hab) i el 2016 (25,57/100.000 hab) i és més alta entre la gent jove, i estrangers provinents de Llatinoamèrica. En canvi, la taxa de prevalença de VHC va augmentar lleugerament de l'any 2011 (0,59/ 100.000 hab) al 2016 (0,67 (0,67 / 100.000 hab), i és més alta entre els homes en dos estrats d'edat (45-54 i 75-84 anys) i provinents d'Àsia i Europa. Això indica una discrepància entre les persones a les quals s'ha fet la prova i els que tenen més probabilitat d'estar infectats pel VHC.

El 49,8% de les persones amb diagnòstic d'infecció pel VHC per part de l'atenció Primària podria no haver estat vinculat a l'atenció especialitzada. Per tant, cal una revisió de les possibles causes d'aquest fenomen, que es podrien trobar entre el subregistre de la derivació, l'atenció per part dels especialistes per altres vies, i a un insuficient coneixement de l'epidemiologia local per part dels professionals d'atenció primària a l'hora d'indicar les proves.

Les persones en tractament per consum de drogues que assisteixen als Centres d'atenció i seguiment a les drogodependències (CAS) a Catalunya, tenen una prevalença de diagnòstic de VHC del 9%, el que indica una prevalença superior a la de la població general, amb una molt baixa proporció d'accés al tractament, ja que del total de persones diagnosticades entre el 2015 i el 2019, només el 42% han accedit a tractament antiviral. Per tant, s'han de crear estratègies de diagnòstic, derivació a l'atenció especialitzada i accés al tractament, simplificades, inclusives, dirigides a aquesta

població independent de la drogodependència per la qual es troba en tractament.

El consum de drogues intravenoses segueix sent el factor de risc més important d'infecció per VHC a Catalunya, amb una seroprevalença del 74%, i una taxa d'infeccions virèmiques al voltant del 58,5%. Entre els primers, el 41,1% desconeix el seu seroestatus, i sols el 64,2% de les PID amb infecció activa coneixien que estan infectats pel VHC. Encara que sembla que l'objectiu de l'OMS que el 50% dels infectats a la regió europea de l'OMS coneguin el seu estat per al 2020 ja s'hagi complert a Catalunya en les PID, cal intensificar estratègies de cribatge i accés a tractament enfocades a aquesta població, si es vol assolir l'objectiu del 90% al 2030 a Catalunya, ja que aquesta és una població prioritària que té la major càrrega d'infecció per VHC a Catalunya.

La població migrant provinent del Pakistan és un grup minoritari a Catalunya amb un 4,6% de seroprevalença enfront de VHC, un 1,2% d'infecció virèmica, i un 43,5% de desconeixement davant seu estat serològic. Per tant, la població migrant provinent del Pakistan que viu a Catalunya és un població clau per a la intensificació de les estratègies de cribatge i accés al tractament del VHC.

Entre els HSH, s'ha evidenciat una seroprevalença de VHC superior a la població general. Segons dades de l'estudi EMIS 2017, la seroprevalença autoreportada és de 2,7%, mentre que les dades de la Xarxa DEVO (veure fonts d'informació), reflecteixen un 0,95%, amb un 0,31% d'infecció virèmica. Entre els determinants d'infecció en els HSH, destaca el consum sexualitzat de drogues

“chemsex”, especialment per via injectada i el treball sexual.

Una altra població especialment vulnerable és la població de persones transgènere ja que, segons dades de l'estudi SWEETIE (veure fonts d'informació), s'estima una seroprevalença enfront del VHC de 5,1%. Per tant, els HSH i les persones transgènere són poblacions diana a les quals s'han de dirigir estratègies enfocades a prevenir la infecció pel VHC que incloguin els determinants d'infecció clarament identificats en aquestes poblacions.

Les persones que viuen amb el VIH a Catalunya, segons la cohort PISCIS (veure fonts d'informació), tenen tant una seroprevalença (28%) com una incidència (1.8%) elevada, però, segons les dades del Registre de Pacients i Tractament, per pacients en seguiment estret pel VIH, les taxes d'accés al tractament per l'hepatitis C són properes al 95%, el que indica, que aquesta població tot i tenir una càrrega d'infecció pel VHC elevada, té unes barreres d'accés a la diagnòsi i al tractament mínimes.

Entre l'any 2015 i l'any 2019, s'han prescrit 23.948 tractaments basats en antivirals d'acció directa (AAD), amb el número més alt de prescripcions l'any 2015 (n=5974) i el més baix l'any 2019 (n=3225), cosa que representa un descens del de 46,01% en el nombre de prescripcions durant aquest període, ja que la major part de les persones infectades s'han tractat durant els primers anys de l'accés als AAD. S'ha observat també un descens del 69% en el nombre de persones amb diagnòstic tardà que accedeixen al tractament entre 2015 i 2019.

Entre 2015 i 2017, un 1,15% de les morts ocorregudes a Catalunya en persones van ser atribuïbles al VHC. No obstant això, les dades de

mortalitat suggereixen una caiguda en els registres de defunció per malaltia hepàtica en etapa terminal relacionada amb el VHC i carcinoma hepatocel·lular del 10% entre els anys 2015 i 2017. Així doncs, l'objectiu de l'OMS de reduir la mortalitat relacionada amb el VHC en un 10% per a l'any 2020 s'ha aconseguit 3 anys abans del previst a Catalunya, i per tant, sembla assolible una reducció d'almenys el 65% per 2030.

3.1. Població general

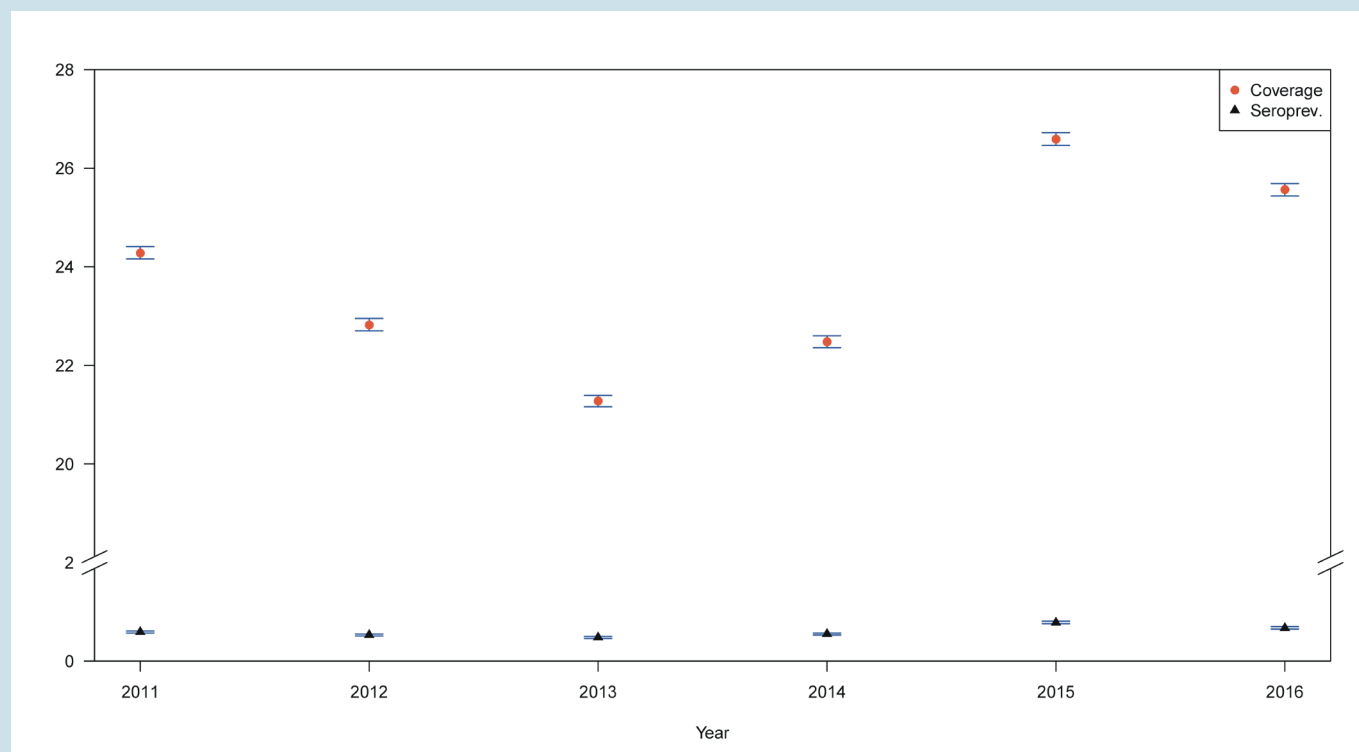
3.1.1. Cobertura de testatge pel VHC i prevalença d'anticossos

S'han analitzat dades d'atenció primària del SIDIAP (veure fonts d'informació), dins el 2011 i el 2016, hi va haver 839.072 persones testades per determinar la infecció pel VHC, 21.156 persones van ser identificades amb una primera prova positiva contra el VHC i 6.547 persones que ja tenien un resultat previ positiu contra el VHC van ser avaluades més

d'una vegada, i la mitjana de proves repetides per persona va ser de 4 (min-max; 2-23). La tendència de la taxa de proves de VHC va ser estable al llarg de el temps, amb un lleuger augment des de 2011 (24,28/1000 persones; [IC95%; 24.16-24.41]) fins a 2016 (25,57/1000 persones; [IC95%; 25,44- 25,69]) (Figura 3.1).

Les dones tenien una taxa de prova de VHC més alta (158.65/1000 dones [IC95%; 158,24-159,07]),

Figura 3.1. Taxa de testatge de VHC en atenció primària i taxa de seroprevalença a Catalunya, 2011-2016



Un dels resultats més sorprenents d'aquesta anàlisi va ser que el 49,8% (N = 10.528) de totes les persones que van presentar un resultat positiu contra el VHC no estava vinculat a l'atenció especialitzada, el que es va observar més freqüentment entre els homes, enfront les dones; aOR = 1,10 [IC95%; 1,02-1,18], sobretot entre les persones de 35 a 44 anys (davant

les edats de 14 a 24 anys; aOR = 2,29 [IC95%; 1,76-2,97], i les persones de 45 a 54 anys d'edat. (vs. 14-24 anys d'edat; aOR = 2,18 [IC95%; 1,68-2,82), entre les persones d'Àsia (vs. Espanya; aOR = 3,01 [IC95%; 2,58-3,51) i les d'Europa i Amèrica del Nord (vs. Espanya ; aOR = 1,93 [IC95%; 1,68-2,21) (Taula 3.1).

Taula 3.1. Factors associats a la no vinculació a l'hepatòleg quan hi ha un resultat d'anticossos positiu davant el VHC

	Persones vinculades a l'atenció especialitzada n (%) N=10.628 (50,2)	Persones no vinculades a l'atenció especialitzada n (%) N=10.528 (49,8)	Total n (%) N= 21.156	OR ajustat (95% CI)
Sexe				
Dona	6.352 (59,77)	5.784 (54,94)	12.136 (57,36)	Ref.
Home	4.276 (40,23)	4.744 (45,06)	9.020 (42,64)	1.10 (1.02-1.18)
Edat [mitjana -(RIQ)]				
Edat categoritzada				
<13	30 (0,28)	80 (0,76)	110 (0,52)	0.66 (0.38-1.16)
14-24	158 (1,49)	233 (2,21)	391 (1,85)	Ref.
25-34	919 (8,65)	665 (6,32)	1.584 (7,49)	1.89 (1.44-2.49)
35-44	2.251 (21,18)	1.714 (16,28)	3.965 (18,74)	2.29 (1.76-2.97)
45-54	3.285 (30,91)	2.820 (26,79)	6.105 (28,86)	2.18 (1.68-2.82)
55-64	1.382 (13)	1.473 (13,99)	2.855 (13,49)	1.66 (1.27-2.18)
65-74	1.171 (11,02)	1.537 (14,6)	2.708 (12,8)	1.47 (1.12-1.93)
75-84	1.122 (10,56)	1.574 (14,95)	2.696 (12,74)	1.45 (1.10-1.92)
>85	310 (2,92)	432 (4,1)	742 (3,51)	1.60 (1.15-2.23)
Regió d'origen				
Espanya	5.150 (48,46)	5.468 (51,94)	10.618 (50,19)	Ref.
Europa i Amèrica del Nord	824 (7,75)	422 (4,01)	1.246 (5,89)	1.93 (1.68-2.21)

	Persones vinculades a l'atenció especialitzada n (%) N=10.628 (50,2)	Persones no vinculades a l'atenció especialitzada n (%) N=10.528 (49,8)	Total n (%) N= 21.156	OR ajustat (95% CI)
Àfrica	183 (1,72)	210 (1,99)	393 (1,86)	0.95 (0.76-1.18)
Àsia	838 (7,88)	282 (2,68)	1.120 (5,29)	3.01 (2.58-3.51)
Amèrica Llatina i el Carib	95 (0,89)	121 (1,15)	216 (1,02)	0.83 (0.62-1.10)
Desconegut	3.538 (33,29)	4.025 (38,23)	7.563 (35,75)	-
Índex de deprivació				
Rural	1.464 (13,77)	1.572 (14,93)	3.036 (14,35)	0.94 (0.84-1.06)
Urbà 1	2.742 (25,8)	2.709 (25,73)	5.451 (25,77)	Ref.
Urbà 2	4.005 (37,68)	3.817 (36,26)	7.822 (36,97)	0.97 (0.87-1.09)
Urbà 3	1.628 (15,32)	1.648 (15,65)	3.276 (15,48)	0.95 (0.87-1.04)
Desconegut	789 (7,42)	782 (7,43)	1.571 (7,43)	-

3.2. Prevalença del VHC en poblacions clau

3.2.1. Persones usuàries de drogues

3.2.1.1. Persones en tractament en els centres d'atenció i seguiment a les drogodependències

Entre totes les persones que es troben en tractament per alguna drogodependència a la xarxa de Centres d'Atenció i Seguiment (CAS) de Catalunya (veure fonts i informació), entre el 2015-2019, es va trobar una prevalença d'infecció pel VHC de el 8,93%, sent major entre els homes 9,38%, que entre les dones 7,44%, encara que les dones tenen una probabilitat de 1,16 ($p=0,014$) d'infecció pel que fa als homes (Taula 3.2). A l'hora de comparar per regió d'origen, els espanyols tenen una prevalença d'infecció per VHC de 9,03%, i els immigrants de 0,068%, però en desagregar per regió d'origen, les persones procedents de la resta d'Europa, excloent Espanya, arriben a una prevalença de 15,87%.

Com és d'esperar, la major prevalença d'infecció pel VHC es troba entre les persones amb història d'ús de drogues per via parenteral (no = 6,53% vs. si = 89,31%), risc que augmenta si la persona porta més de dos anys injectant-se (OR = 12,9), pel que fa als que han començat a injectar-se en l'últim any, i si ha usat heroïna alguna vegada a la vida (prevalença entre els consumidors d'heroïna de 41,85%), el que representa un risc d'infecció de 4,83 ($p=0,001$), pel que fa als consumidors d'alcohol. D'altra banda, crida l'atenció, que els usuaris d'alcohol i de tabac tinguin una prevalença d'infecció major (5,19% i 4,7%, respectivament), que la població general. Finalment, la coinfecció amb el VIH entre les persones en tractament per a alguna drogodependència durant el període d'estudi va ser del 67,25% (Taula 3.2).

Taula 3.2. Característiques sociodemogràfiques i patrons de consum de drogues entre persones amb i sense diagnòstic de VHC, que és troben en Tractament per alguna drogodependència a la xarxa Centres d'Atenció i Seguiment de Catalunya, entre 2015-2019

		Persones amb diagnòstic de VHC (almenys una vegada) (n=3.960)		Persones sense diagnòstic de VHC (n=40.488)		Total de persones en tractament al CAS (n=44.448)		OR	p-valor
		N	%	N	%	N	%		
Total		3.960	8,91	40.488	91,09	44.448	23,42		
Sexe	Dona	773	19.54	9.603	23.8	10.376	23.42	Ref	0,014
	Home	3.184	80.46	30.746	76.2	33.930	76.58	1,16	
Edat a l'inici de tractament (mitjana, 95%)		41.16	17-67	45.85	29-61	40.7	17-68	1,05	<0,001

		N	%	N	%	N	%	OR	p-valor
Pais de naixement	Immigrant	401		5.470		5.871	13,21	0,71	>0,001
	Espanya	3.340		33.619		36.959	83,42	Ref.	
	Desconegut	216		1.260		1.476	3,33	-	
Nivell de formació	Estudis primaris/ sense estudis	2.878	10,06	25.720	89,94	28.598	64,55	Ref.	
	Estudis secundaris	594	6,18	9.019	93,82	9.613	21,70	0,84	0,01
	Estudis superiors/ universitaris	157	4,23	3.556	95,77	3.713	8,38	0,59	<0,001
	Desconegut	328	13,77	2.054	86,23	2.382	5,38	-	
Situació laboral	Treballa	621	3,80	15.722	96,20	16.343	36,89	Ref.	
	Aturat/da	1.520	9,81	13.970	90,19	15.490	34,96	1,7	<0,001
	Incapacitat/ pensionista	1.052	17,23	5.053	82,77	6.105	13,78	1,86	<0,001
	Altes situacions	463	10,58	3.914	89,42	4.377	9,88	0,92	0,48
	Desconegut	301	15,12	1.690	84,88	1.991	4,49	-	
Antecedent de presó	No	3.495	8,23	38.948	91,77	42.443	95,80	Ref.	
	Sí	462	24,80	1.401	75,20	1.863	4,20	10,67	<0,001
Edat al primer cosum (mitjana, 95%)		20,34	10-48	21,32	10-48	20,25	10-47	0,98	<0,001
Antecedent d'injecció alguna vegada	No	1.887	4,77	37.681	95,23	39.568	89,31	Ref.	
	Sí	1.812	62,63	1.081	37,37	2.893	6,53	10,67	<0,001
	Desconegut	258	13,98	1.587	86,02	1.845	4,16		
Injecció actual	No injector	1.887	4,77	37.681	95,23	39.568	89,31	Ref.	
	Injector actual	995	59,12	688	40,88	1.683	3,80	8,85	<0,001
	Injector alguna vegada (fa més de 2 anys)	817	67,52	393	32,48	1.210	2,73	12,9	<0,001
	Desconegut	258	13,98	1.587	86,02	1.845	4,16	-	
Realització prèvia d'algun tractament	No	631	2,99	20.500	97,01	21.131	47,69	Ref.	
	Sí	3.030	15,96	15.952	84,04	18.982	42,84	2,55	<0,001
	Desconegut	296	7,06	3.897	92,94	4.193	9,46		

		N	%	N	%	N	%	OR	p-valor
Droga per la que inicia el tractament	Alcohol	1.053	5,19	19.229	94,81	20.282	45,78	Ref.	
	Altres substàncies	420	19,42	1.743	80,58	2.163	4,88	2,77	<0,001
	Cànnabis	166	2,63	6.157	97,37	6.323	14,27	1,12	0,34
	Cocaïna	443	4,72	8.941	95,28	9.384	21,18	1,2	0,02
	Heroïna	1.785	41,85	2.480	58,15	4.265	9,63	4,53	<0,001
	Tabac	90	4,76	1.799	95,24	1.889	4,26	0,86	
Coinfecció amb VIH	No	2.745	69,37	39.759	98,54	42.504	95,93	Ref.	0,27
	Sí	1.212	30,63	590	1,46	1.802	4,07	12,68	<0,001

3.2.1.2. Cascada de serveis del VHC en persones en tractament de drogodependències en els CAS de Catalunya

El “continu d’atenció” o la cascada de serveis del VHC és un model conceptual de salut de base poblacional, que descriu les etapes successives a mesura que el pacient a risc és cribrat pel VHC i progressa des de la identificació de la malaltia fins a la cura [2-4], i s’usa per descriure la càrrega de salut pública de VHC i identificar les bretxes en l’atenció i els punts de millora.

Les persones en tractament per alguna drogodependència a la xarxa de CAS, com s’ha descrit prèviament, tenen un diagnòstic d’infecció pel VHC elevat, i desconeixem quina és la taxa de cribratge i d’accés a tractament d’aquesta població. Per tant, a partir de les dades de l’SIDC, de CMBDs i de l’RPT (veure fonts d’informació), s’han creuat les dades i s’ha calculat i representat d’una manera gràfica les cascades de serveis de la HVC per tipus de droga per la qual es troba en tractament al CAS.

Del total de les persones que s’han donat d’alta per iniciar tractament per alguna drogodependència a la

xarxa de CAS de Catalunya, entre el 2015 a 2018, 9% han estat diagnosticades amb infecció pel VHC, 47% han rebut tractament i 83% s’han curat (Figura 3.4).

En desagregar per droga, es va observar que del total de persones que es troben en tractament per

Figura 3.4. Cascada de serveis de les persones que es troben en tractament per alguna drogodependència a la xarxa Centres d’Atenció i Seguiment de Catalunya, 2015-2019

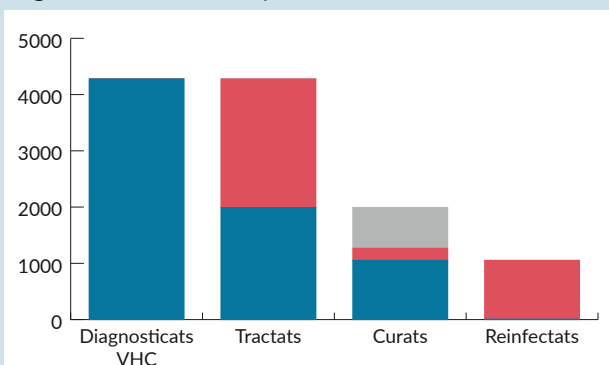


Figura 3.5. Cascada de serveis de les persones que es troben en tractament per alguna drogodependència a la xarxa Centres d'Atenció i Seguiment de Catalunya, 2015-2019, per drogues d'abús

Figura 3.5.1. Alcool

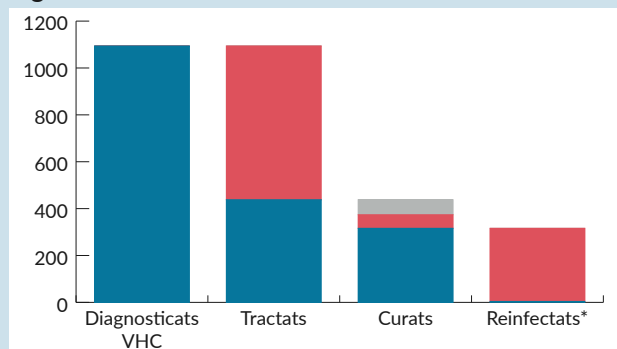


Figura 3.5.2. Cànnabis

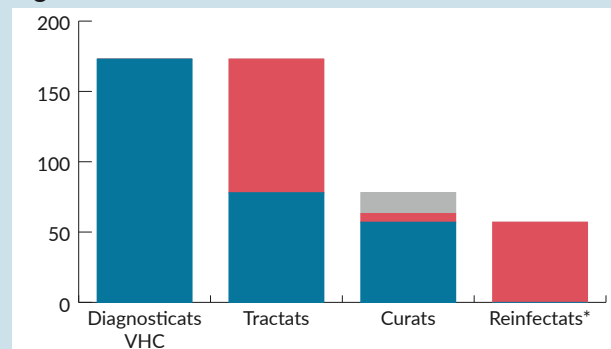


Figura 3.5.3. Cocaïna

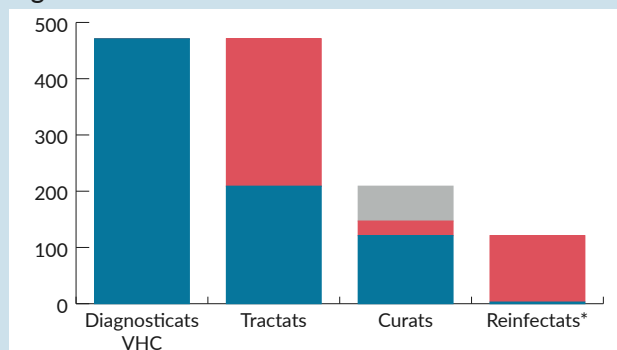


Figura 3.5.4. Heroïna

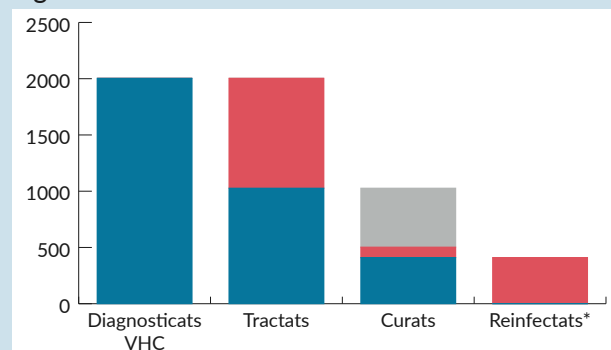
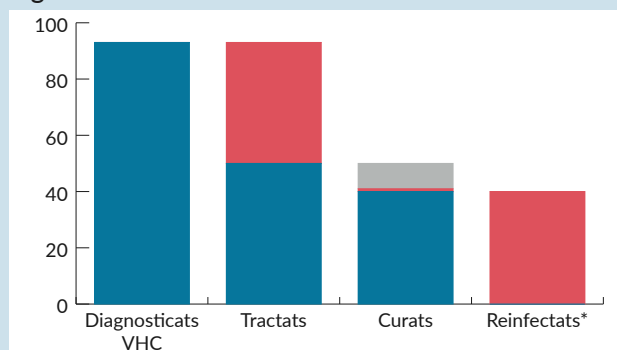


Figura 3.5.5. Tabac



*Les persones reinfectedades són representades per la franja blava de la columna "Reinfectedats" dels gràfics anteriors, però donada la baixa reinfeció els casos són difícils de visualitzar. En el cas de l'alcohol (Figura 3.5.1.) hi ha 4 reinfecions, el que suposa un 1,85% dels curats; en el cas del cànnabis (Figura 3.5.2.) no hi ha cap reinfeció; en el cas de la cocaïna (Figura 3.5.3.) hi ha 4 reinfecions, el que suposa un 2,48% dels curats; en el cas de l'heroïna (Figura 3.5.4.) hi ha 1 reinfeció, el que suposa un 0,24% dels curats; i en el cas del tabac (Figura 3.5.5.) no hi ha cap reinfeció.

abús d'alcohol, 5,19% han estat diagnosticades amb infecció pel VHC, 40% han rebut tractament i 84% s'han curat (Figura 3.5.1), mentre que a tractament per ús de cànnabis, 2,63% han estat diagnosticades amb infecció pel VHC, 45% han rebut tractament i 90% s'han curat (Figura 3.5.2), a les persones en tractament per ús de cocaïna, 4,72% han estat diagnosticades amb infecció pel VHC, 44% han rebut tractament i 82% s'han curat (Figura 3.5.3), mentre que en els que es troben en tractament per ús d'heroïna 41,85% han estat diagnosticades amb infecció pel VHC, 51% han rebut tractament i 82% s'han curat (Figura 3.5.4), i finalment, per a aquells en tractament per ús de tabac, 4,76% han estat diagnosticades amb infecció pel VHC, 54% han rebut tractament i 98% s'han curat (Figura 3.5.5).

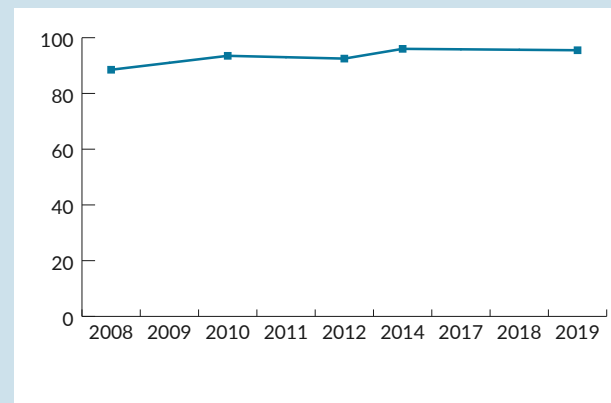
3.2.2. Persones que s'injecten drogues

3.2.2.1. Cobertura de la prova diagnòstica del VHC en PID

Gairebé el total de PID que accedeixen als centres de reducció de danys de Catalunya (projecte REDAN, veure fonts d'informació) s'havien fet la prova de detecció d'anticossos anti-VHC alguna vegada a la vida (95,5% l'any 2019), percentatge que mostra una tendència creixent significativa durant el període 2008-2019 (Figura 3.6). L'any 2019 no s'observen diferències en el percentatge de PID que s'han realitzat la prova d'anticossos anti-VHC alguna vegada segons gènere (95,3% homes i 96,1% dones) ni segons origen (95,8% espanyols/es i 95% persones nascudes fora d'Espanya).

La prevalença d'anticossos anti-VHC a partir de les mostres de fluid oral recollides a REDAN (veure fonts d'informació) en PID usuàries de centres de reducció de danys durant l'any 2019 va ser del 74%,

Figura 3.6. Realització de la prova del VHC alguna vegada en PID (REDAN 2008-19)



mostrant un increment significatiu en relació al període 2012-2014.

Aquesta prevalença en el grup dels nous injectors de drogues (persones que fa menys de 5 anys que s'injecten) mostra una tendència creixent durant el període 2008-2019 (de 55,7% al 2008 a 68% al 2019), tendència que es manté estable en el cas de les persones amb més de 5 anys de consum injectat de drogues (75,6% l'any 2019) (Figura 3.7).

En quan al gènere, la prevalença d'anticossos anti-VHC en dones que s'injecten drogues ha estat lleugerament superior a la observada en els homes (80,8% i 72,5% l'any 2019, respectivament; $p=0,052$). Un 18,5% de les PID que a l'any 2019 tenien anticossos enfront el VHC desconeixia el seu estat serològic en el moment de l'entrevista, percentatge superior en el cas de les PID nascudes fora d'Espanya (26,2%) (Figura 3.8). El percentatge d'homes i dones que s'injecten drogues que desconeixien el seu estat serològic enfront el VHC

Figura 3.7. Seroprevalença en les persones que s'injecten drogues (Estudi REDAN), estratificat per nous i antics injectors (2008-2019)

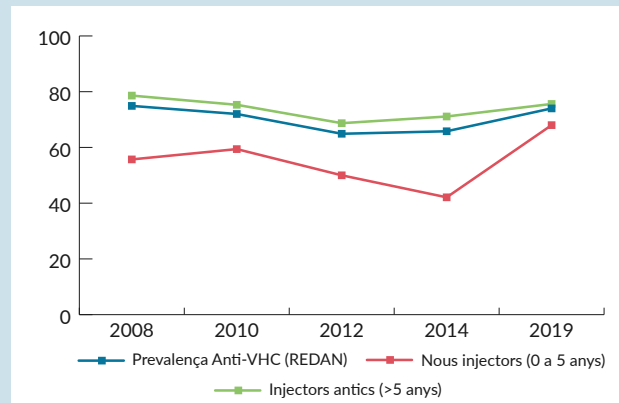
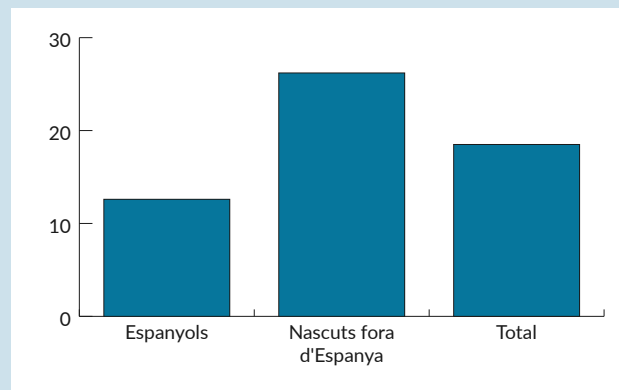


Figura 3.8. PID que desconeixen el seu estat serològic enfront de VHC (REDAN 2019)



va ser similar (19,3% homes i 15,5% dones al 2019, respectivament).

Entre les PID VIH positives (33,3%), la prevalença d'anticossos anti-VHC va ser del 81,9%.

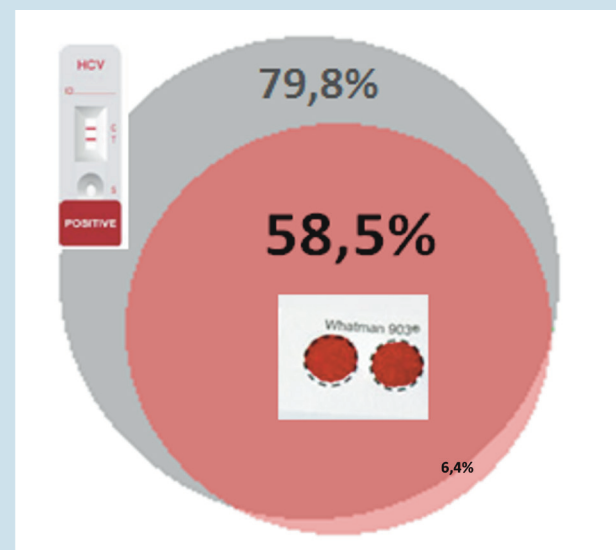
3.2.2.2. Prevalença d'infecció virèmica crònica per VHC a PID

L'estudi HepCdetect II és un estudi transversal basat en la comunitat en una mostra de conveniència (N=410) de PID ≥ 18 anys d'edat que s'havien injectat drogues durant els sis mesos anteriors, reclutats en quatre serveis de reducció de danys (SRD) pel seu propi personal des de maig de 2016 fins a juliol de 2017 (veure fonts d'informació).

A tots els participants se'ls va realitzar la prova ràpida d'anticossos enfront el VHC i la prova de l'ARN-VHC en sang seca (dried blood spots, en anglès) ¹⁵.

La seroprevalença del VHC va ser del 79,8% i la prevalença d'infecció virèmica del 58,5% (Figura 3.9). Un 6,4% dels casos d'infecció virèmica pel VHC

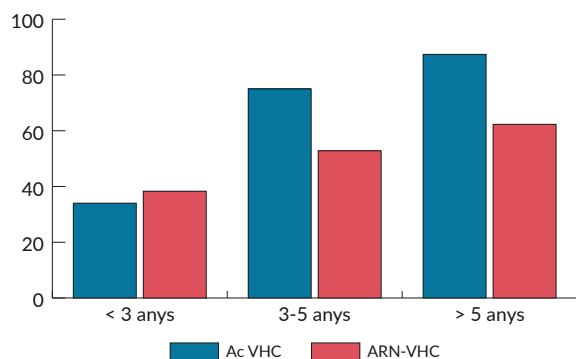
Figura 3.9. Prevalença d'anticossos i de l'ARN-VHC en PID



(n=15), van resultar ser negatius per la prova ràpida d'anticossos, deguts o bé a infecció aguda en el període de finestra d'anticossos o a falsos negatius de la prova ràpida (sis eren persones VIH positives). La tendència a l'augment de la prevalença del VHC amb el temps de consum injectat de drogues es pot observar a la Figura 3.10. Aquesta figura mostra com aplicant l'algorisme diagnòstic convencional en dos passos hi ha un major risc de no detectar infeccions virèmiques seronegatives en el grup amb menys de 3 anys d'injecció. La prevalença d'infecció virèmica pel VHC va ser similar en PID VIH positives i negatives (60% vs 58%, $p=0.727$).

És important destacar que el 35,8% dels participants amb una infecció virèmica pel VHC desconeixien el seu estat. No es van identificar factors socio-demogràfics ni bio-conductuals específics associats independentment al desconeixement de la infecció virèmica. En comparació, per a la infecció pel VIH només un 8,3% (8/96) dels casos desconeixien

Figura 3.10. Prevalença d'anticossos i de l'ARN-VHC en PID, en funció del temps de consum injectat de drogues



la seva infecció. Entre els participants que van informar d'haver tingut hepatitis C, el 29,0% va declarar haver rebut tractament antivíric pel VHC. Els participants amb hepatitis C es van derivar al sistema sanitari a través de la ruta habitual, facilitant-los acompanyament en cas de necessitat.

3.2.2.2.1. Avaluació d'estratègies simplificades de diagnòstic de la infecció virèmica pel VHC en PID: prova de la sang seca i prova de tipus *point-of-care*

Es va instal·lar l'equip GeneXpert (Cepheid) en un dels centres de reducció de danys (La Mina) i es va formar al personal d'infermeria del centre per a que pogués realitzar una nova prova de tipus *point-of-care* de detecció de l'ARN-VHC a partir de sang fresca obtinguda per punció dactilar que permet obtenir el resultat en aproximadament una hora, introduïda per primera vegada a Espanya abans que obtingués el marcatge CE-IVD per a diagnòstic *in vitro*. Es va comparar el rendiment clínic d'aquesta prova i de la prova de l'ARN-VHC en sang seca¹⁶ en comparació amb el mètode de referència (detecció de l'ARN-VHC amb el mateix equip GeneXpert però al laboratori a partir de plasma venós recollit al centre de reducció de danys).

En una mostra de conveniència (N = 100) de PID ≥ 18 anys d'edat que s'havien injectat drogues durant els sis mesos anteriors, la prevalença observada d'infecció virèmica pel VHC va ser del 63,0%. Un 25,8% dels participants amb hepatitis C estaven co-infectats amb el VIH. El 59% dels participants desconeixia si tenia hepatitis C o no, i d'aquests, el 57,6% en tenia (Figura 3.11). Els participants amb hepatitis C es van derivar al sistema sanitari a través de la ruta habitual, facilitant-los acompanyament en cas de necessitat.

Figura 3.11. Prevalença de la infecció virèmica per VHC en funció de l'estat auto-declarat

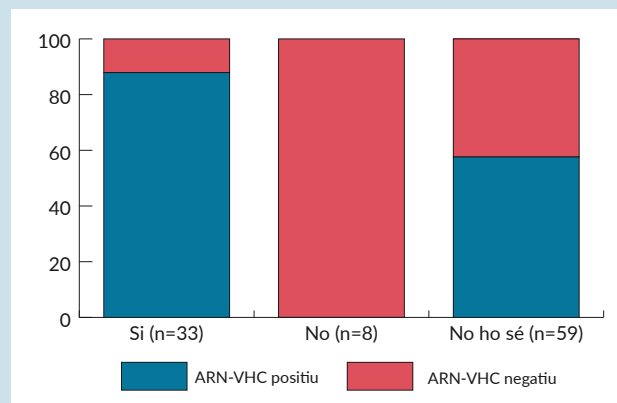
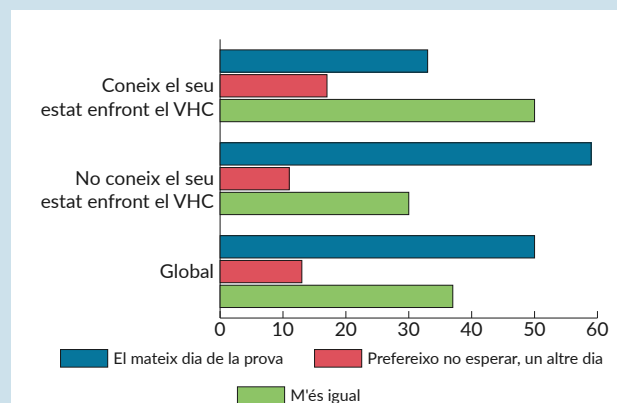


Figura 3.12. Preferències dels participants pel que fa a rebre els resultats de la prova de l'ARN-VHC en funció del seu estat enfront el VHC



en sang seca la sensibilitat va ser del 98,3%. No es van detectar diferències significatives entre els valors de sensibilitat d'aquestes dues estratègies i l'especificitat va ser del 100% en ambdós casos.

Les preferències dels participants pel que fa a rebre els resultats en funció de si coneixien o no el seu estat enfront el VHC es mostren en la Figura 3.12.

3.2.3. Població migrant

3.2.3.1. HepC-link – Estratègia pilot de microeliminació de l'hepatitis C mitjançant la implementació d'una intervenció comunitària en immigrants pakistanesos

L'estudi HepC-link es va dissenyar com a estratègia pilot de microeliminació de l'hepatitis C en immigrants pakistanesos a Catalunya mitjançant la implementació d'accions en la comunitat. La intervenció va consistir en el reclutament, l'educació i el cribatge en un mateix esdeveniment en l'entorn comunitari, i la vinculació simplificada al sistema sanitari per tal d'accedir al tractament antivíric.

La detecció de candidats a participar a l'estudi, educació i promoció de la salut en les hepatitis víriques, i sensibilització envers el seu diagnòstic i tractament es va realitzar en diferents àmbits en la comunitat mitjançant agents comunitaris de salut pakistanesos i una eina educativa dinàmica (Heparjoc), prèviament desenvolupada tot en llengua urdú¹⁷.

El cribatge en l'entorn comunitari tenia lloc combinant una prova ràpida d'anticossos enfront el VHC seguida, en cas de ser positiva, de la prova de l'ARN-VHC en mostra de sang seca a partir d'una punxada al dit.

La prova de l'ARN-VHC de tipus *point-of-care* va mostrar una sensibilitat del 100% per a càrregues víriques ≥ 1000 UI/mL, mentre que per l'assaig basat

Es va reclutar prospectivament una mostra de conveniència de 505 immigrants procedents del Pakistan, en la zona de Barcelona ciutat i àrea metropolitana, mentre que 15 no van desitjar participar (2,9%; no cribrats pel VHC anteriorment). En global, un 64,6% eren homes (Figura 3.13), amb una edat mitjana de 36,8 anys (rang, 18-67) i 8,5 anys de residència a Espanya per terme mig (rang, 0-28). Entre els participants, 177 (35,1%) no sabien què és l'hepatitis C. Hi va haver millores estadísticament significatives en el coneixement de les vuit preguntes sobre l'hepatitis C, avaluades mitjançant un qüestionari administrat abans i després de la sessió educativa amb l'Heparjoc ($p < 0,05$).

Quaranta-nou participants (9,7%) havien estat prèviament cribrats pel VHC (el 46,9% d'ells a Espanya); 15 van informar d'un resultat positiu anterior (3,0% de prevalença global autoreportada), 11/15 (73,3%) havien estat tractats per a l'hepatitis C, i uns altres dos estaven en seguiment. Pel que fa als resultats de les proves del VHC l'acceptabilitat de la prova ràpida d'anticossos in situ va ser del 99,4% (502/505), el 4,6% (23/502) van ser positives i el 43,5% d'aquests participants desconeixien haver estat infectats pel VHC. Del total de casos seropositius, el 95,7% (22/23) va acceptar la recollida de la mostra de sang seca, i un 27,3% (6/22) van ser casos virèmics (3/6 nous diagnòstics), la qual cosa representa una prevalença d'infecció virèmica de l'1,2%. El nombre necessari a cribrar per a detectar un nou diagnòstic d'hepatitis C va ser de 167 persones.

Pel que fa a la vinculació amb l'atenció sanitària i el tractament antivíric (Figura 3.14), entre els sis casos virèmics, un es va perdre del seguiment, dos van iniciar el tractament a través de la via habitual (a l'especialista) i tres a través de la via simplificada que formava part de la intervenció. Entre aquests últims,

dos van ser tractats a la Unitat de Salut Internacional i un va ser derivat a l'especialista a l'hospital de referència per la presència de cirrosi. Tots els casos van completar el curs complet del tractament, però dos van marxar del país abans de l'avaluació de la resposta virològica sostinguda, mentre que pels altres tres es va poder confirmar la curació mitjançant una prova d'ARN-VHC negativa tres mesos després d'acabar el tractament.

Aquesta intervenció comunitària va tenir una alta acceptabilitat i va arribar tant a homes com dones, amb uns coneixements limitats sobre l'hepatitis C i majoritàriament no cribrats anteriorment pel VHC. L'alta prevalença observada (4,6% per als anticossos i 1,2% per a l'ARN-VHC) i el limitat coneixement del seu propi estat enfront el VHC justifiquen un cribratge dirigit en aquest grup.

Figura 3.13. Piràmide demogràfica dels participants a l'estudi HepClink

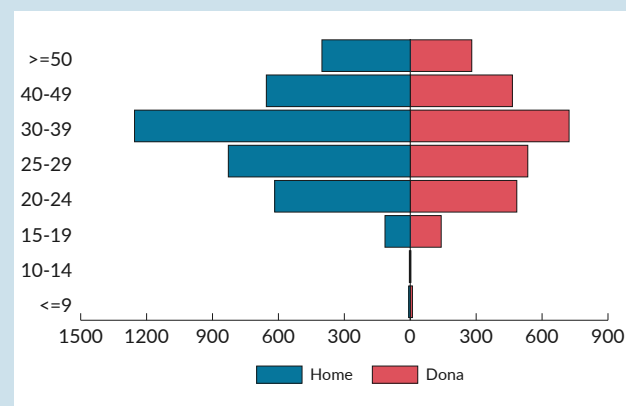


Figura 3.14. Cascada de cribratge i tractament de l'hepatitis C entre els participants

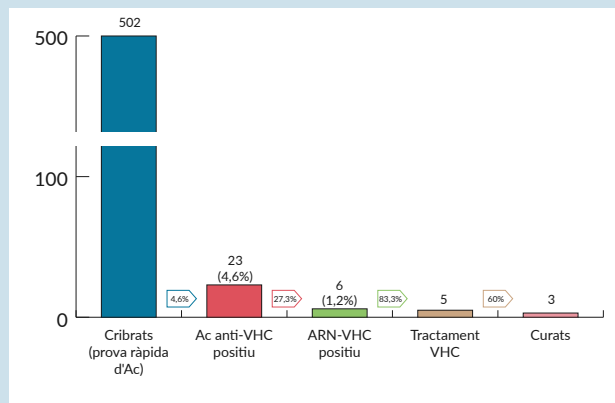
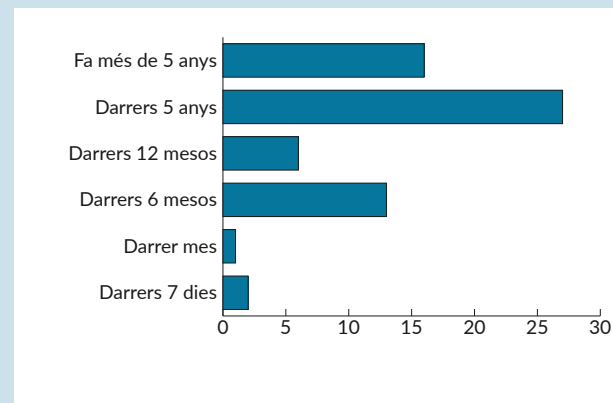


Figura 3.15. Quan va ser el darrer diagnòstic de VHC (n=65). EMIS 2017, Catalunya



3.2.4. Homes gais, bisexuals i altres homes que tenen sexe amb homes

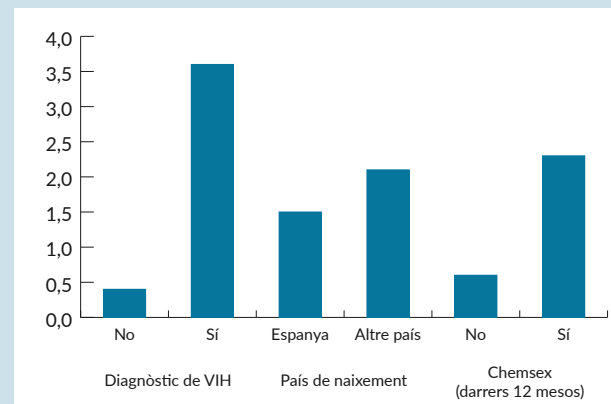
3.2.4.1. Prevalença de VHC auto-declarada

La prevalença auto-declarada d'hepatitis C (VHC) entre els HSH participants a EMIS 2017 (veure fonts d'informació) residents a Catalunya (n=2.383) va ser del 2,7% (n=65). D'aquests, el 33,8% va declarar un primer diagnòstic de VHC en els últims 12 mesos (Figura 3.15).

El percentatge d'HSH amb diagnòstic de VHC en els últims 12 mesos va ser major en persones nascudes fora d'Espanya (2,1% vs. 1,5%), VIH positius (3,6% vs. 0,4%), i en homes que havien usat drogues estimulants per tenir una sessió de sexe en els últims 12 mesos (2,3% vs. 0,6%) (Figura 3.16).

Dels 65 diagnosticats de VHC alguna vegada, 9 (13,9%) havia rebut més d'un diagnòstic (reinfeció) i 12 (18,5%) afirmaven tenir actualment hepatitis C.

Figura 3.16. Diagnòstic de VHC (últims 12 mesos). EMIS 2017, Catalunya



Precisament el consum sexualitzat de drogues s'ha demostrat com un dels factors determinants de transmissió del VHC en aquesta població. Si a més, aquest consum de drogues es dona per via injectada,

practica coneguda com *slamming*, s'incrementa el risc de transmissió d'infeccions per via parenteral com el VIH i el VHC. A EMIS 2017, el 2,1% dels HSH havien consumit drogues per via injectada alguna vegada a la vida, i un 1,3% les havia consumit als darrers 12 mesos. Entre aquests, el percentatge d'homes amb diagnòstic de VHC en els últims 12 mesos va ser del 6,7%.

3.2.4.2. Proves de VHC realitzades en els centres de cribatge comunitari a homes que tenen sexe amb altres homes

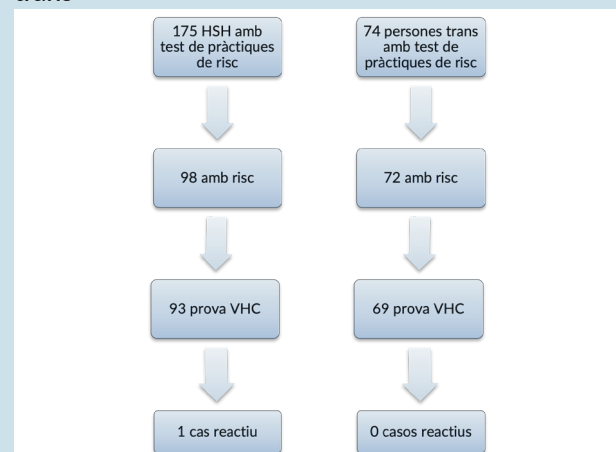
En els centres de cribatge comunitari on s'ofereix la prova de detecció del VIH i de la sífilis (xarxa DEVO, veure fonts d'informació), des de 2019 s'ofereix també la prova ràpida del VHC, principalment a HSH en risc d'infecció pel VHC. El risc es determina a partir d'una enquesta de pràctiques de risc basada en l'eina HCV-MOSAIC risk score ¹⁸.

Durant el 2019 s'han realitzat un total de 629 proves del VHC amb un total de 6 resultats reactius (0,95%), dels qual s'han confirmat 2 infeccions cròniques. El 52,3% de les proves s'han realitzat en homes, el 27,8% en persones trans i el 19,1% en dones (Taula 3.3). Segons els grups de transmissió, la prova s'ha realitzat més en les persones trans treballadores sexuals (26,2%), en els HSH (21,9%) i en els homes treballadors sexuals (19,7%). En la majoria de casos (65,3%) s'ha utilitzat la prova ràpida en sang, en un 19,2% dels casos s'ha fet servir la prova convencional de laboratori i en el 14,31% la prova ràpida oral.

El 6 casos reactius s'han detectat en 3 persones trans treballadores sexuals (1,82% de reactivitat), 1 home treballador sexual (0,86% de reactivitat) i una dona treballadora sexual (1,16% de reactivitat).

De totes les proves de VHC realitzades, en 178 casos es va fer l'enquesta de pràctiques de risc i es complia algun criteri de risc per oferir la prova; en 209 casos s'havia fet l'enquesta de pràctiques de risc i no es complia cap criteri de risc per oferir la prova; en 241 casos no s'havia fet l'enquesta de pràctiques de risc (d'aquests, 196 casos pertanyen a l'estudi SexCohort, veure fonts d'informació). Pel que fa als HSH i persones trans, l'enquesta de pràctiques de risc es va passar a 175 HSH i a 74 persones trans. D'aquestes, 98 HSH (56,0%) i 72 persones trans (97,3%) presentaven risc d'infecció de VHC. La prova es va realitzar a 93 dels HSH amb risc (95,0%) i a 69 (95,8%) de les persones trans amb risc. Únicament un HSH va obtenir un resultat reactiu a la prova (Figura 3.17).

Figura 3.17. Diagrama de flux de les enquestes de pràctiques de risc i proves de VHC a HSH i persones trans



Taula 3.3. Proves del VHC realitzades en els centres de cribratge comunitari (xarxa DEVO), 2019

	Prova VHC	%	Proves reactives	% reactivitat	Confirmats VHC actiu
Total	629	100,00	6	0,95	2
Gènere					
Home	329	52,31	2	0,61	1
Dona	120	19,08	1	0,83	0
Trans	175	27,82	3	1,71	1
Desconegut	5	0,79	0	0,00	0
Grup de transmissió					
PID	19	3,02	0	0,00	0
Trans TS	165	26,23	3	1,82	1
Home TS	124	19,71	1	0,86	1
HSH	138	21,94	1	0,73	0
Trans no TS	10	1,59	0	0,00	0
Dona TS	86	13,67	1	1,16	0
Dona	31	4,93	0	0,00	0
Home heterosexual	52	8,27	0	0,00	0
Desconegut	4	0,64	0	0,00	0
Tipus de test					
Ràpid oral	90	14,31	1	1,11	1
Ràpid en sang	411	65,34	5	1,22	1
Convencional	121	19,24	0	0,00	0
Desconegut	7	1,11	0	0,00	0

PID: persones que s'injecten drogues; Trans TS: persones trans treballadores del sexe; Home TS: treballador sexual; HSH: homes que tenen sexe amb homes; Trans no TS: persones trans no treballadores sexuals; Dona TS: dona treballadora sexual

3.2.5. Homes i dones trans que exerceixen el treball sexual

Dels 123 homes cisgènere i dones transgènere (dones trans) que exerceixen el treball sexual que

van participar al projecte Sweetie proporcionant una mostra per a la detecció del VHC, la seroprevalença del VHC va ser del 2,4% (n=3) i tots eren casos VIH positius. No obstant això, es tractava d'infeccions ja

curades espontàniament (tots van ser negatius per a l'ARN del VHC). Un cas seropositiu desconeixia la seva exposició prèvia al VHC. La prevalença del VHC global i segons el gènere es mostra a la Taula 3.4.

Taula 3.4. Seroprevalença i infecció activa del VHC global i segons el gènere. Projecte Sweetie

	Hombre cis (n=39)	Mujer trans (n=84)	Total (n=123)
Hepatitis C alguna vegada a la vida	5,1	1,2	2,4
Hepatitis C activa	0	0	0

3.2.6. Persones coinfectades amb el VIH

Prevalença de la coinfecció pel VHC en persones amb el VIH en seguiment clínic (cohorte PISCIS). Dels 17.218 pacients amb infecció pel VIH procedents de la cohorte PISCIS que estan actualment en seguiment clínic, 3.435 (28%) presentaven anticossos anti-VHC positius. La prevalença del VHC segons la via de transmissió del VIH va ser del 79,74% en els PID, del 15,2% en dones heterosexuales i 14,21% en homes heterosexuales i del 6,4% en HSH. Quant al lloc d'origen, en els pacients autòctons la prevalença del VHC va ser més elevada (25,11%) que en els nascuts fora de l'Estat espanyol (11,01%) (Taula 3.5).

Entre el gener del 1998 i desembre del 2018 es van identificar 13.574 pacients amb infecció pel VIH i serologia negativa del VHC en la cohorte PISCIS. La distribució quant al grup de transmissió del VIH va ser de 59 (9,08%) entre els PID, 438 (67,38%) entre

HSH, 131 (10,1%) entre heterosexuales i 22 (3,38%) no classificats. D'un total de 13.579 persones sense VHC, 650 (4,8%) pacients van seroconvertir durant el període d'estudi, i la incidència acumulada de VHC més elevada va ser en PID (29,27 per 1000 persones/any de seguiment), seguida per la del grup de HSH (7,72 per 1000 persones/any de seguiment) i la dels heterosexuales homes i dones (3,7 i 3,12 per 1000 persones/any de seguiment, respectivament) (Taula 3.6).

Pel que fa a les tendències de la taxa d'incidència globals va disminuir del 8,71 per 1000 persones/any de seguiment durant els anys 1998 a 4,62 per 1000 persones/any de seguiment el 2006, i presentant un segon pic al 2013 fins a 6,36 per 1000 persones/any de seguiment l'any (figura Figura 3.18). Al 2018, la taxa d'incidència global era del 5,09 per 1000 persones/any de seguiment l'any.

L'anàlisi de les tendències en la incidència del VHC segons el grup de transmissió va revelar que aquest increment era degut, sobretot, a l'augment de seroconversions en el grup de HSH (Figura 3.19). En el grup de transmissió heterosexual, s'observa una disminució de les taxes d'incidència des de l'inici del seguiment de la cohorte al 1998, i en els PID veiem una disminució a partir del 2002, aproximant-se a una taxa d'incidència per sota 1. En canvi, en HSH observem un segon pic que inicia a partir del 2006, arribant fins el seu punt màxim al 2012 amb una taxa d'incidència de 12,32 casos per 1000 persones-any de seguiment.

La incidència acumulada per any natural dintre la cohorte ha baixat al llarg dels últims 6 anys, passant de 3,88 nous casos de VHC per cada 100 persones testades al 2013 a 1,82 nous casos per cada 100 persones (Figura 3.18).

Taula 3.5. Seroprevalença de VHC en persones que viuen amb el VIH. Cohort PISCIS, 1998-2018

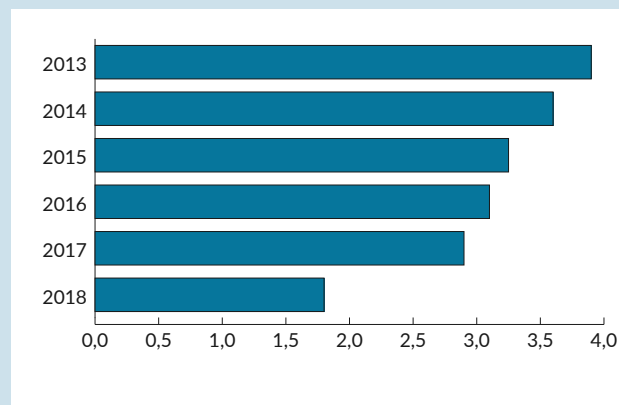
	Pacients actualment en seguiment	Pacients amb antecedent d'infecció per VHC en seguiment	Seroprevalença
Sexe			
Home	13.905	2.594	18,66
Dona	3.313	841	25,38
Grups edat			
<30	3.906	563	14,41
30-59	12.839	2.828	22,03
≥60	475	44	9,26
Grup transmissió			
PID	2.325	1.854	79,74
HSH	8.420	624	7,41
Homes heterossexuals	2.983	424	14,21
Dones heterossexuals	2.500	380	15,2
Altres	992	153	15,42
Lloc de naixement			
Espanya	9.783	2.478	25,33
Internacional	5.261	579	11,01
Tractament previ a l'alta			
No	6.941	1.743	25,11
Sí	10.279	1.692	16,46
VHB a l'alta			
Sí	1.174	214	18,23
No	10.145	2.063	20,34
Retard diagnòstic			
Diagnòstic avançat	4.002	739	18,47
Diagnòstic tardà	3.426	780	22,77
No diagnòstic tardà	9.792	1.916	19,57

Taula 3.6. Taxa d'incidència per infecció de VHC en persones que viuen amb el VIH. Cohort PISCIS, 1998-2018

	Pacients VHC negatius en el moment d'inclusió a la cohort	Pacients amb un nou diagnòstic per VHC*	Taxa d'incidència (casos x 1000 persones/any)
Sexe			
Home	11.273 (83,01%)	571 (87,80%)	6,98
Dona	2.306 (16,99%)	79 (12,20%)	3,88
Grups edat			
<30	3.609 (26,57%)	182 (28,00%)	7,08
30-59	9.507 (70,00%)	460 (70,77%)	6,29
≥60	465 (3,42%)	8 (1,23%)	2,33
Grup transmissió			
PID	287 (2,11%)	59 (9,08%)	29,27
HSH	8.127 (59,84%)	438 (67,38%)	7,72
Homes heterossexuals	2.410 (17,75%)	74 (11,38%)	3,70
Dones heterossexuals	2.026 (14,92%)	57 (8,77%)	3,12
Altres	731 (5,38%)	22 (3,38%)	4,21
Lloc de naixement			
Espanya	6.496 (59,30%)	339 (60,90%)	5,90
Internacional	4.775 (40,70%)	218 (39,10%)	7,14
Tractament previ a l'alta			
No	9.134 (67,30%)	473 (72,80%)	6,40
Sí	4.447 (32,70%)	177 (27,20%)	6,26
VHB a l'alta			
Sí	1.224 (11,20%)	40 (7,81%)	5,95
No	9.688 (88,80%)	472 (92,19%)	6,33
Retard diagnòstic			
Diagnòstic avançat	2.889 (21,30%)	126 (19,40%)	5,04
Diagnòstic tardà	2.873 (21,10%)	134 (20,60%)	6,03
No diagnòstic tardà	7.819 (57,60%)	390 (60,00%)	7,09

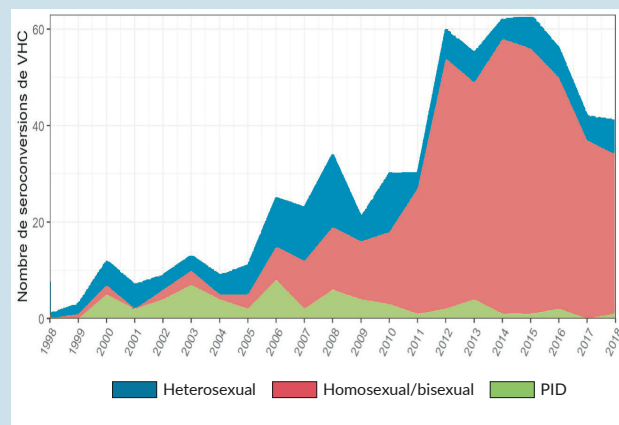
*S'ha considerat els pacients amb un nou diagnòstic aquells que tenien anticossos positius després d'un resultat anterior negatiu i/o un nou resultat RNA positiu

Figura 3.18. Incidència acumulada de casos de VHC per any natural. Cohort PISCIS, 2013-2018



2011 i el 2012. Això és degut a la inclusió de molts altres hospitals de la cohort aquell any, passant de cobrir menys d'un 60% de la població catalana infectada per el VIH, a més d'un 80%. Igualment així, es significatiu l'increment de la proporció dels casos en el grup de transmissió HSH sobre el total, passant des ser menys del 50% a més d'un 80%.

Figura 3.19. Nombre de seroconversions del VHC segons els grups de transmissió del VIH. Cohort PISCIS, 1998-2018



Centrant-nos en el nombre de casos de VHC totals en la cohort, s'observa un increment sobtat entre el

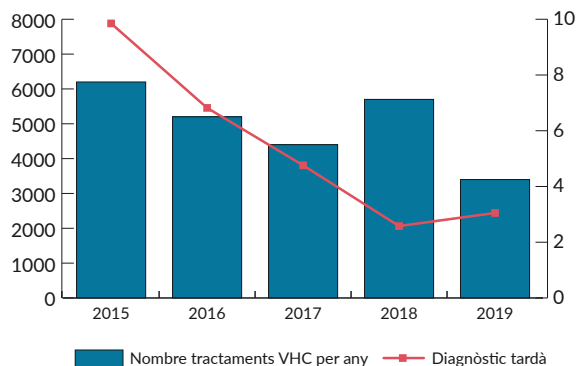
3.3. Accés a el tractament per a la infecció per VHC

Per descriure les persones que han rebut tractament AAD per al VHC s'han analitzat les dades que informen els metges prescriptors al Registre de Pacients i Tractaments de Catalunya (gerència del medicament) a l'inici del tractament (veure fonts d'informació) entre l'1 de gener de 2015 i el 31 de desembre de 2019. Entre 2015-2019, s'han prescrit 23.948 tractaments AAD, amb el nombre més alt de tractaments el 2015 (n=5.974) i el més baix el 2019 (n=3.225), el que representa un descens del 46,01% en el nombre de prescripcions durant aquest període (Figura 3.20).

Tot i la reducció en el nombre de tractaments prescrits durant el període d'anàlisi, s'observa un descens en el nombre de persones amb diagnòstic tardà¹⁹ que accedeixen al tractament, de 9,85% al 2015 al 3,05% al 2019, el que representa un descens

del 69%. En aquest últim aspecte, és important tenir en compte que del període de temps que s'analitza només des del 2017 es prescriu tractament a totes les persones amb nou diagnòstic de VHC crònica, sense restricció de nivell de fibrosi o conductes de risc²⁰.

Figura 3.20. Nombre de persones que han rebut tractament per a la HVC i proporció de retard diagnòstic entre els tractats per any a Catalunya, 2015-2019



Taula 3.7. Característiques sociodemogràfiques i clíniques dels pacients a qui se'ls ha prescrit tractament per al VHC a Catalunya, 2015-2019

		N= 23.948	100%
Edat (mitjana)		56,32	32-82
Sexe	Dona	9.543	39,85
	Home	14.405	60,15
Durada del tractament (setmanes)	12	8-24	
Cirrosi	Compensada i risc descompensació menor 1 any	1.344	5,61
	Compensada sense risc imminent de descompensació	4.553	19,01
	Descompensada	525	2,19
	No	17.096	71,39
	Desconegut	430	1,8
Coinfectat VIH/VHC	No	19.813	82,73
	Sí	4.119	17,2
	Desconegut	16	0,07
Llista espera trasplantament hepàtic	No	23.856	99,62
	Sí	76	0,32
	Desconegut	16	0,07
Hepatocarcinoma	No	23.762	99,22
	Sí	170	0,71
	Desconegut	16	0,07
Malaltia hepàtica avançada	No	10.412	43,48
	Sí	8.102	33,83
	Tractament previ	5.088	21,25
	Desconegut	346	1,44
Diagnòstic tardà	No	17.043	71,17
	Sí	1.395	5,83
	Tractament previ	5.088	21,25
	Desconegut	422	1,76

3.4. Mortalitat per VHC

Durant els període 2015-2017 s'han trobat 3.511 persones amb una causa de mort atribuïble a VHC (65,9%) homes i 1.195 (34,1%) dones. A la taula 3.9 es pot veure el total de pacients morts per causes atribuïbles al VHC. La majoria de pacients han mort per causes que no esmenten directament les hepatitis víriques. En un 41,4% es menciona carcinoma de cèl·lules hepàtiques, mentre que en un 45,6% es menciona altres cirrosi del fetge i causes no especificades. Només en un 11,3% de les causes de mort atribuïbles al VHC o VHB es menciona com a causa fonamental de la defunció.

De les 191.707 persones ≥ 15 anys mortes a Catalunya entre el 2015 i 2017, 2.195 persones van morir per una causa fonamental atribuïble a VHC, 1,2% del total de morts. D'aquestes, 1.434 (65,3%) eren homes, i 762 (34,7%) eren dones.

Separant la proporció de morts atribuïbles per grups d'edat, trobem que la majoria de morts van ocórrer d'entre 65-74 anys i entre 75-84 anys, 22,8% i 30,6%, respectivament. En la figura 3.21 es mostra les morts per sexe, on s'observa un pic en el grup d'edat entre 45 a 54 anys tant en els homes com les dones, amb un segon pic en dones de 65-74 anys. En el cas dels homes de 45 a 54 anys, les morts atribuïbles a VHC representen casi un 4,5% de totes les morts a Catalunya en aquest grup d'edat. Entre les dones de 45 a 54 anys i de 65 a 74 anys, la mortalitat atribuïble a VHC representa un 1,8% de totes les dones mortes a Catalunya. En total les morts atribuïbles a VHC són un 1,15% del total de morts a Catalunya entre els anys 2015 i 2017 en majors de 14 anys, sent un 1,5% en homes i un 0,79% en dones.

Figura 3.21. Proporció de morts degut a VHC per grups d'edat i sexe a Catalunya, entre 2015 i 2017

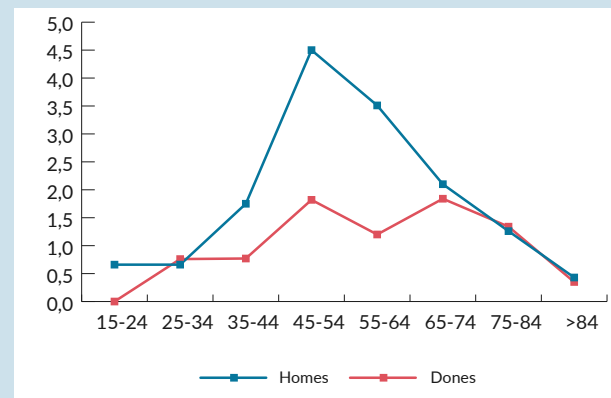
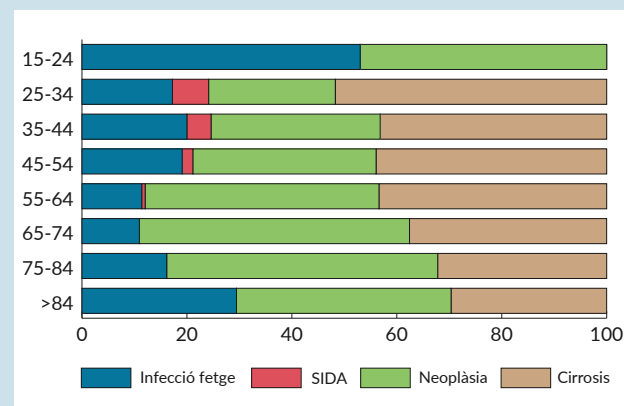


Figura 3.22. Distribució de causa subjacent de defunció atribuïble a casos de VHC, per grups d'edat, Catalunya 2015-2017



Taula 3.8. Taxes de mortalitat global a Catalunya i estandarditzada segons població de l'Eurozona

	2015		2016		2017	
	Catalunya	Estan. Europa	Catalunya	Estan. Europa	Catalunya	Estan. Europa
VHC	12,18	14,84	11,53	13,9	10,95	13,55

Taula 3.9. Mortalitat estimada relacionada amb el VHC a Catalunya el 2015 a 2017

Codis CIM-10	Total morts			Fracció atribuïble a VHC (%)	Morts atribuïbles a VHC		
	Home	Dones	Total		Home	Dones	Total
B16.2 Hepatitis B aguda, sense virus delta i amb coma hepàtic		1	1	0	0	0	0
B16.9 Hepatitis B aguda, sense virus delta ni coma hepàtic. Hepatitis B (aguda) (vírica) NE	4	1	5	0	0	0	0
B17.9 Hepatitis vírica aguda no especificada	24	20	44	79	19	16	35
B18.1 Hepatitis B Crònica sense D	9	6	15	0	0	0	0
B18.2 Hepatitis crònica tipus C	151	168	319	100	151	168	319
B19.0 Hepatitis viral inespecífica	2	1	3	79	2	1	2
B19.9 Hepatitis vírica no especificada, sense coma hepàtic. Hepatitis vírica NE	4	5	9	79	3	4	7
B20.0 Malaltia per VIH, resultant en infecció per micobacteris	3		3	20	1	0	1
B24.0 Malaltia pel virus de la immunodeficiència humana [VIH], sense altra especificació	38	14	52	20	8	3	10
C22.0 Carcinoma de cèl·lules hepàtiques	1051	404	1455	70	736	283	1019
K74.0 Fibrosi hepàtica	3		3	50	2	0	2
K74.6 Altres cirrosi del fetge y les no especificades	1027	575	1602	50	514	288	801
Total	2316	1195	3511		1434	762	2195

VHC, virus hepatitis C; CIM-10, Classificació Internacional de Malalties, 10a edició.

INDICADORS CLAU



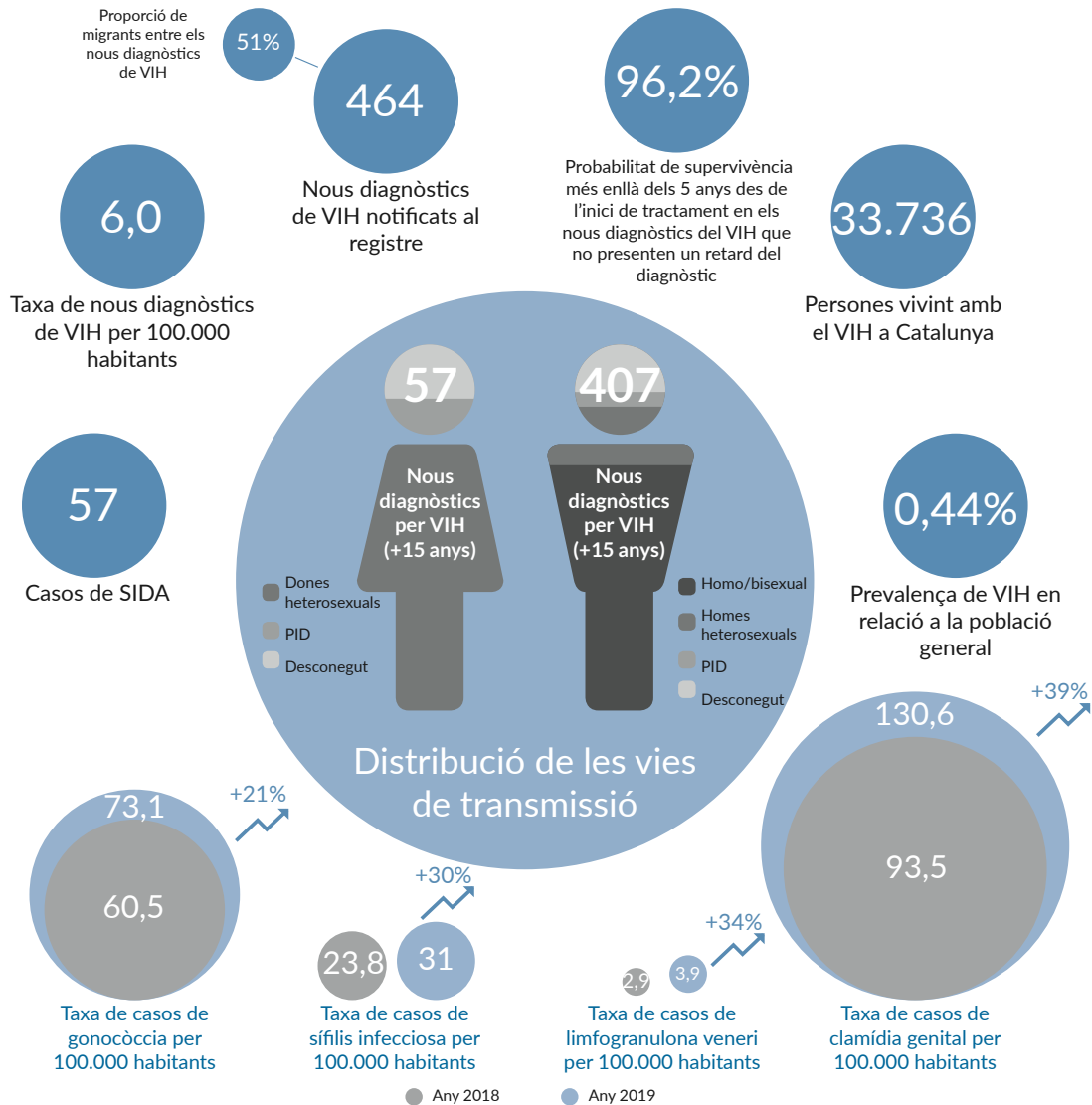
Introducció

Els sistemes d'informació i estudis observacionals realitzats pel CEEISCAT constitueixen el Sistema Integrat de Vigilància Epidemiològica de ITS/VIH/ITS (SIVES) de Catalunya que incorpora la informació necessària per construir un conjunt d'indicadors epidemiològics de referència per descriure els patrons epidemiològics de l'epidèmia del VIH/SIDA i altres ITS, identificar els seus determinants i avaluar la resposta a aquestes epidèmies.

Els indicadors estan alineats amb les propostes de diversos organismes internacionals (UNAIDS, ECDC, WHO) per tal de disposar d'informació harmonitzada i comparable per fer el seguiment dels compromisos de lluita contra el VIH i la SIDA a nivell mundial i europeu, en particular amb la "The Dublin Declaration on Partnership to Fight HIV/AIDS in Europe and Central Asia", i donen resposta al Pla d'Acció enfront del VIH/sida/ITS de Catalunya i es constitueixen com a part del seu propi sistema d'avaluació. A més a més, amb els indicadors i dades estratègiques que es recullen de manera periòdica mitjançant els sistemes formals de vigilància epidemiològica i altres estudis observacionals, es construeix la cascada de serveis del VIH, que permet analitzar d'una banda les bretxes d'efectivitat i l'impacte de les polítiques de diagnòstic, atenció i tractament a nivell nacional, i de l'altra, generar informació estratègica per donar suport a la expansió i sostenibilitat del maneig de pacients vivint amb VIH i la prevenció de la infecció a Catalunya ²².

4.1. Morbilitat i vies de transmissió

Figura 4.1. Morbilitat i vies de transmissió a Catalunya



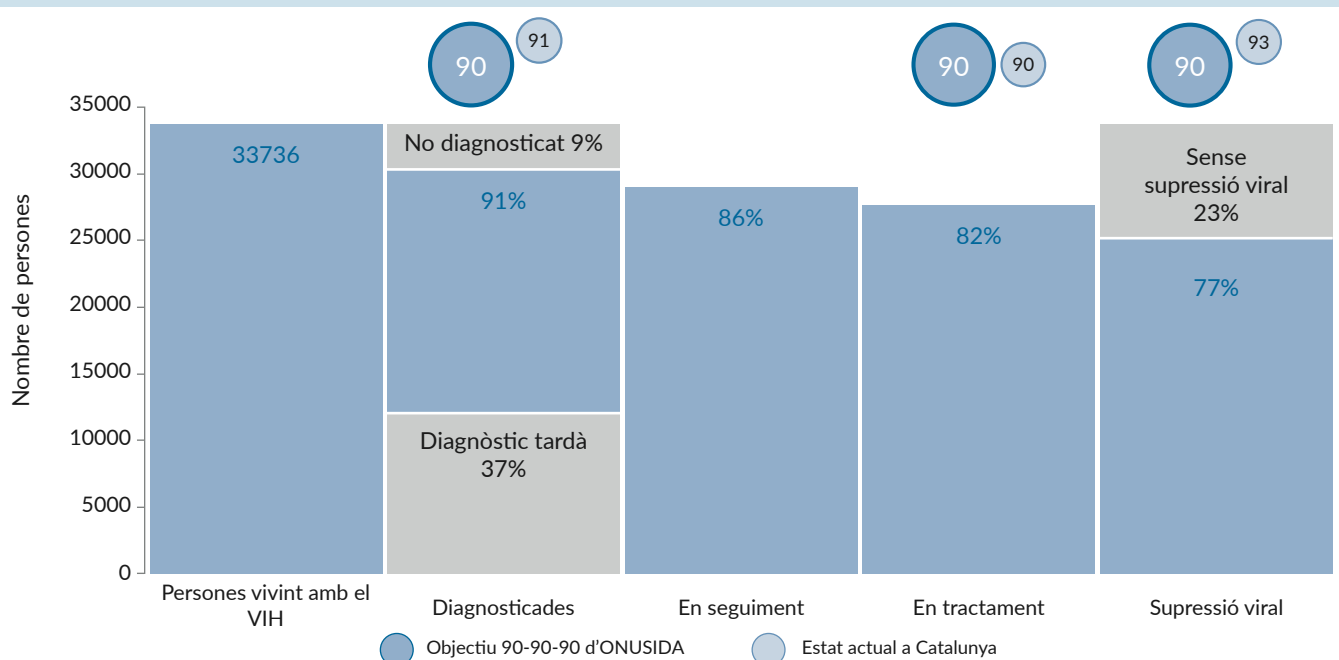
4.2. Cascada de serveis del VIH (2019)

La cascada de serveis és una representació gràfica del nombre d'individus que viuen amb el VIH/SIDA en les successives etapes de l'atenció i el tractament del VIH. Serveix com a eina de salut pública per mesurar la qualitat dels serveis oferts en relació amb el VIH, i permet la comparació amb altres països. La cascada s'origina en l'estimació del nombre de persones vivint amb el VIH a Catalunya i representa el nombre de persones en les successives etapes de l'atenció (amb diagnòstic, en contacte amb el sistema sanitari, en seguiment actiu, en TAR i amb supressió viral). Les estimacions en cada etapa es deriven de les diverses fonts d'informació disponibles en el SIVES. El nombre

de persones vivint amb el VIH es va estimar amb el HIV Modelling Tool version 1.3.0, desenvolupat per l'ECDC (Figura 4.2).

Per l'any 2019, es va estimar que a Catalunya hi havia 33.736 persones infectades per el VIH. D'aquestes, un 91% havien rebut el seu diagnòstic de la infecció i havien com a mínim una vegada amb el sistema sanitari, i dels quals un 37% se les diagnosticava tardanament. Un 90% dels pacients diagnosticats estaven en tractament i un 93% dels pacients en tractament presentaven supressió viral, que representen sobre el total un 82% i un 77%

Figura 4.2. Cascada de serveis del VIH a Catalunya



respectivament (dades extretes de la cohort PISCIS). Així doncs, a Catalunya es compleixen tots els objectius 90-90-90 d'ONUSIDA 2014.

La cascada de serveis de Catalunya obté uns percentatge de persones que viuen amb el VIH en supressió viral per sobre del 67% global que s'observa a la regió d'Europa Occidental i Central i Nord Amèrica (objectius 90-90-90 del 88%-92%-82%)²³, i molt similars a Espanya en general (87%-93%-90%)²⁴, tot i que estem per sota dels percentatges de països veïns com Anglaterra (93%-97%-97%)²⁵, o França (Desconegut-97%-93%)²⁶ o el Països Baixos (91%-94%-98%)²³.

4.3. Diagnòstic i tractament

Taula 4.1. Diagnòstic i tractament del VIH a Catalunya

Indicador	Valor
Taxa de proves de detecció del VIH per 1.000 habitants	53
Diagnòstic tardà del VIH	43%
Diagnòstic tardà del VIH en persones migrants	52%
Proporció de pacients diagnosticats a l'Atenció Primària amb una condició indicadora del VIH als quals se'ls realitza la prova del VIH en els 4 mesos posteriors a la data del diagnòstic en homes	19,8%
Proporció de pacients diagnosticats a l'Atenció Primària amb una condició indicadora del VIH als quals se'ls realitza la prova del VIH en els 4 mesos posteriors a la data del diagnòstic en dones	16,4%
Prevalença de reactivitat en els centres de cribratge comunitari	1,3%
Estimació de la proporció del nombre de casos de VIH declarats al registre que s'han diagnosticat inicialment en centre comunitaris	31,2%
Proporció de persones amb una prova VIH reactiva realitzada en un centre comunitari vinculades al sistema sanitari	94,2%
Retenció al tractament als 12 mesos en homes	92,6%
Retenció al tractament als 12 mesos en dones	93%
Probabilitat de supervivència més enllà dels 5 anys des de l'inici de tractament en els nous diagnòstics del VIH que no presenten un retard de diagnòstic en homes	96,2%
Probabilitat de supervivència més enllà dels 5 anys des de l'inici de tractament en els nous diagnòstics del VIH que no presenten un retard de diagnòstic en dones	80%

4.4. Prevenció i serveis d'atenció al VIH

Taula 4.2. Prevenció i serveis d'atenció al VIH a Catalunya

Indicador	Valor
Reducció de danys. Ús de xeringues estèrils (sempre) en els darrers 6 mesos en homes	89,4%
Reducció de danys. Ús de xeringues estèrils (sempre) en els darrers 6 mesos en dones	88,3%
Reducció de danys. Nombre de xeringues distribuïdes per injector (aproximació)	158 xeringues/ injector
Cobertura de la promoció i distribució de preservatius en HSH	42,5%

4.5. Poblacions clau

Taula 4.3. Poblacions clau

	Dones treballadores sexuals (2018)	Homes treballadors sexuals (2018)	Dones trans treballadores sexuals (2018)	Homes que tenen sexe amb homes (2017)
Prevalença de VIH	3,0	25,5	25,3	18,9 (autodeclarada)
Prevalença de sífilis		22,5 (autodeclarada)	17,2 (autodeclarada)	6,2 (autodeclarada)
Prevalença de clamídia	1,8	10,6	10,1	
Prevalença de gonocòccia	0,5	19,1	19,2	
Seroprevalença d'hepatitis virus C		5,1	1,2	
Hepatitis virus C crònica (càrrega viral)				
Persones que s'han realitzat la prova del VIH i coneixen els seus resultats en els últims 12 mesos	60,1	64,0	81,9	70,5
Ús del preservatiu en la darrera relació sexual	92,6 (client fix)	95,0 (client)	93,9 (client)	
Persones amb el VIH coinfectades per hepatitis virus C				11,5

	Persones que s'injecten drogues (2019)		Presons (2018)		Joves (ASSIR 16-25 anys, 2018)	
	Homes	Dones	Homes	Dones	Homes	Dones
Prevalença de VIH	30,5	43,8	5,0	6,2		
Prevalença de sífilis			0,6	0,5		
Prevalença de clamídia			0,2	0,5	11,2	7,5
Prevalença de gonocòccia			0,2	0,5		
Seroprevalença d'hepatitis virus C	67,4	58,1	4,9	5,0		
Hepatitis virus C crònica (càrrega viral)			1,6	1,4		
Persones que s'han realitzat la prova del VIH i coneixen els seus resultats en els últims 12 mesos	85,0	86,2	40,5	40,8		
Ús del preservatiu en la darrera relació sexual	74,6 (parella ocasional)	69,7 (parella ocasional)			43,5	45,9
Persones amb el VIH coinfectades per hepatitis virus C	79,1	91,2	1,1	2,0		

FONTS D'INFORMACIÓ

```
1 # sexe #
2 tab[lab == "home",col] <- dt[sexe == 1, uniqueN(idpiscis_final)]
3 tab[lab == "home",col+1] <- round((dt[sexe == 1, uniqueN(idpiscis_final)]/N)*100, dec=1)
4 tab[lab == "dona",col] <- dt[sexe == 2, uniqueN(idpiscis_final)]
5 tab[lab == "dona",col+1] <- round((dt[sexe == 2, uniqueN(idpiscis_final)]/N)*100, dec=1)
6
7 # edat categorica #
8 tab[lab == "30",col] <- dt[grupedat == '< 30', uniqueN(idpiscis_final)]
9 tab[lab == "30",col+1] <- round((dt[grupedat == '< 30', uniqueN(idpiscis_final)]/N)*100, dec=1)
10 tab[lab == "39",col] <- dt[grupedat == '30-39', uniqueN(idpiscis_final)]
11 tab[lab == "39",col+1] <- round((dt[grupedat == '30-39', uniqueN(idpiscis_final)]/N)*100, dec=1)
12 tab[lab == "49",col] <- dt[grupedat == '40-49', uniqueN(idpiscis_final)]
13 tab[lab == "49",col+1] <- round((dt[grupedat == '40-49', uniqueN(idpiscis_final)]/N)*100, dec=1)
14 tab[lab == "59",col] <- dt[grupedat == '50-59', uniqueN(idpiscis_final)]
15 tab[lab == "59",col+1] <- round((dt[grupedat == '50-59', uniqueN(idpiscis_final)]/N)*100, dec=1)
16 tab[lab == "60",col] <- dt[grupedat == '>= 60', uniqueN(idpiscis_final)]
17 tab[lab == "60",col+1] <- round((dt[grupedat == '>= 60', uniqueN(idpiscis_final)]/N)*100, dec=1)
18
19 # mitjana edat #
20 tab[lab == "mededat",col] <- round(median(dt$edat_alta2, na.rm = T), dec=1)
21 tab[lab == "mededat",col+1] <- paste0(round(quantile(dt$edat_alta2, probs = 0.75, na.rm = T), dec=1),
22 round(quantile(dt$edat_alta2, probs = 0.25, na.rm = T), dec=1))
23
24 # grup transmissio #
25 N <- dt[!is.na(gruptrans), .N]
26 tab[lab == "pid",col] <- dt[gruptrans == 'pid', uniqueN(idpiscis_final)]
27 tab[lab == "pid",col+1] <- round((dt[gruptrans == 'pid', uniqueN(idpiscis_final)]/N)*100, dec=1)
28 tab[lab == "hsh",col] <- dt[gruptrans == 'hsh', uniqueN(idpiscis_final)]
29 tab[lab == "hsh",col+1] <- round((dt[gruptrans == 'hsh', uniqueN(idpiscis_final)]/N)*100, dec=1)
30 tab[lab == "hetero_home",col] <- dt[gruptrans == 'h_hetero', uniqueN(idpiscis_final)]
31 tab[lab == "hetero_home",col+1] <- round((dt[gruptrans == 'h_hetero', uniqueN(idpiscis_final)]/N)*100, dec=1)
32 tab[lab == "dona_sex",col] <- dt[gruptrans == 'd_sex', uniqueN(idpiscis_final)]
33 tab[lab == "dona_sex",col+1] <- round((dt[gruptrans == 'd_sex', uniqueN(idpiscis_final)]/N)*100, dec=1)
34 tab[lab == "altres",col] <- dt[gruptrans == 'altres', uniqueN(idpiscis_final)]
35 tab[lab == "altres",col+1] <- round((dt[gruptrans == 'altres', uniqueN(idpiscis_final)]/N)*100, dec=1)
```


5.1. Monitoratge i avaluació del VIH

Projecte EMIS

La European MSM Internet Survey 2017 (EMIS2017), realitzada per Sigma Research (LSHTM), i part del projecte ESTICOM (www.esticom.eu) finançat per el Programa de Salut de la UE 2014-2020, va ser una enquesta online en 33 idiomes a 50 països. Des d'octubre 2017 a Gener 2018 es va recollir informació sobre conductes sexuals, consum de drogues, salut psicossocial, prova del VIH/ITS, entre altres. El reclutament es va dur a terme principalment en apps i pàgines de contacte gai (www.emis2017.eu). A Espanya, EMIS-2017 va ser implementat per el CEEISCAT, amb la col·laboració de la associació Stop Sida, la Secretaria del Plan Nacional sobre el Sida (SPNS) - Dirección General Salud Pública, Calidad e Innovación -, i el Centro Nacional de Epidemiología (CNE) del Instituto de Salud Carlos III. L'informe nacional amb dades dels participants a EMIS residents a Espanya està disponible a: https://www.msrebs.gob.es/ciudadanos/enfLesiones/enfTransmisibles/sida/docs/EMIS_Report_07052020.pdf

Monitoratge bio-conductual en dones treballadores del sexe (HIVITS-TS)

A Catalunya, el monitoratge de la prevalença del VIH/ITS i de les conductes associades en dones cis TS es va iniciar l'any 2005. S'han dut a terme cinc estudis transversals (anys 2005, 2007, 2009, 2011 i 2018), en col·laboració amb la Fundació Àmbit Prevenció. A cada estudi, es va seleccionar una mostra de conveniència de 400 dones més grans de 18 anys, que es va estratificar per província i país d'origen, i considerant l'assignació proporcional en cada estrat. Les dones procedien del carrer, pisos, clubs i bars

d'arreu del territori català. La informació conductual es va recollir, amb consentiment informat, mitjançant un qüestionari estructurat, anònim i adaptat a partir de l'utilitzat per Metges del Món en l'estudi de la Fundació per a la Investigació i la Prevenció de la Sida a Espanya (FIPSE) del 2002²⁸. En el qüestionari, que es va traduir al romanès, el rus i l'anglès, es preguntava per les conductes dels darrers sis mesos. D'altra banda, es van recollir de manera anònima mostres de fluid oral per determinar la prevalença d'anticossos enfront el VIH i d'orina per estimar prevalença de Chlamydia Trachomatis i Neisseria Gonorrhoeae. Les mostres es van analitzar al Servei de Microbiologia de l'HUGTiP.

Projecte SWEETIE

SWEETIE és un estudi de prevalença del VIH i altres infeccions de transmissió sexual bacterianes (C. trachomatis i N. gonorrhoeae) i víriques (virus del papil·loma humà, de l'hepatitis B i de l'hepatitis C) i els seus determinants en homes cisgènere i dones transgènere que exerceixen el treball sexual reclutats en centres comunitaris de Barcelona entre 2017 i 2018, fruit de la col·laboració multidisciplinària entre el CEEISCAT, el Programa de Prevenció i Epidemiologia del Càncer de l'ICO, la Fundació per al Foment de la Investigació Sanitària i Biomèdica de la Comunitat Valenciana, el servei de microbiologia de l'Hospital Universitari Germans Trias i Pujol i el servei de virologia de l'Hospital Ramón y Cajal, tots ells grups de la xarxa CIBERESP i CIBERONC, així com els centres de base comunitària STOP SIDA i Fundació i Àmbit Prevenció.

SWEETIE va ser dissenyat amb el propòsit d'omplir un buit d'informació epidemiològica i aplicada sobre la salut sexual en aquesta població. Per a la detecció del VIH/ITS es van recollir mostres biològiques en sang i orina i en diverses localitzacions anatòmiques (cavitat oral, faringe, anal, perianal i de penis) i per l'estudi de factors associats amb la transmissió es van recollir dades epidemiològiques i conductuals a través d'un qüestionari en paper d'autocumplimentació en una mostra de 148 persones. Pel diagnòstic del virus de l'hepatitis B i de l'hepatitis C només es va poder recollir mostra biològica (sang) de 123 persones.

Els participants van ser reclutats entre els usuaris de les entitats –alguns/es dels quals en el cas de STOP SIDA, ja estaven participant en d'altres estudis en col·laboració amb el CEEISCAT–, i també entre aquelles persones que acudien a les entitats atrets per la promoció de l'estudi. Un dia a la setmana hi havia un infermer/a a cada entitat que feia la recollida de la informació i preparava les mostres per ser enviades als laboratoris de referència. Aquests preparaven informes de resultats que s'enviaven regularment als centres comunitaris perquè es pogués informar els participants i, en cas d'un resultat positiu d'alguna ITS, derivar-los al sistema sanitari amb qui les entitats ja tenien un circuit establert prèviament. En el cas del VHC/VHB es va establir una ruta directa amb la Unitat d'Hepatologia de l'Hospital Clínic, pels casos que no fossin VIH-positius.

Monitoratge bio-conductual en persones que s'injecten drogues (PID). Projecte REDAN

L'any 2008 es va iniciar el monitoratge del VIH, del VHC i de les conductes associades amb PID usuàries de centres de reducció de danys a Catalunya. Les PID participants es van seleccionar arreu del territori

català en centres de reducció de danys, mitjançant un mostreig multietapa estratificat per centre i país d'origen. El criteri d'inclusió va ser haver-se injectat drogues en alguna ocasió durant els últims sis mesos. Es va recollir, amb consentiment informat, la informació conductual mitjançant un qüestionari estandarditzat i anònim, administrat per la persona encarregada de l'entrevista i desenvolupat per l'OMS, incloent preguntes adaptades del qüestionari ITINERE. D'altra banda, es van recollir de manera anònima mostres de fluid oral per determinar la prevalença d'anticossos en front el VIH i el VHC, respectivament. Les mostres es van analitzar al Servei de Microbiologia de l'HUGTiP.

Persones que s'injecten drogues en centres de tractament

A Catalunya, el monitoratge de la prevalença de la infecció pel VIH mitjançant la recollida d'informació sistemàtica en la població sentinella de PID que va iniciar el tractament als centres d'atenció i seguiment de les drogodependències (CASD) de la Xarxa d'Atenció a les Drogodependències (XAD) es va iniciar l'any 1996. Les proves de detecció d'anticossos contra el VIH en aquests centres van ser voluntàries, i es van utilitzar els algorismes que l'ONUSIDA/OMS recomana per determinar anticossos en aquests tipus d'estudis. Més informació a: <http://drogues.gencat.cat/>

Projecte SEXCAT

SEXCAT o « Estudi sobre les percepcions, actituds i pràctiques d'adolescents i joves en l'àmbit de la salut sexual i reproductiva a Catalunya » és un estudi transversal en joves d'entre 14 i 21 anys atesos per Entitats que formen part del Comitè 1r de Desembre i s'adrecen a població adolescent i jove a través

d'intervencions educatives, programes de promoció de la salut sexual i el serveis de la prova del VIH/ITS. El projecte va néixer fruit de la col·laboració entre el CEEISCAT i el Comitè Primer de Desembre i es du a terme entre 2017 i 2018.

Aquest estudi es va dissenyar per construir un mínim d'indicadors sobre salut sexual, reproductiva i afectiva amb perspectiva de gènere que permetessin adaptar les intervencions de les entitats a les necessitats insatisfetes en salut sexual dels seus usuaris/es i definir estratègies preventives més àmplies i coherents en el conjunt del context català. La informació es va recollir a través d'un qüestionari anònim d'autocumplimentació que es va distribuir a una mostra de 989 nois i noies durant el curs 2017 i 2018.

Monitoratge de la prevalença de clamídia, altres ITS i els seus determinants entre la població jove atesa a les unitats d'atenció a la salut sexual i reproductiva (ASSIR)

Des de l'any 2007, es du a terme el monitoratge de la prevalença de clamídia i altres ITS i les conductes de risc associades mitjançant estudis transversals biennals entre la població jove atesa a les unitats d'Atenció a la Salut Sexual i Reproductiva (ASSIR) i els centres d'atenció als joves. Fins a l'actualitat, s'han realitzat 5 estudis on a més de respondre els objectius principals, prevalença de clamídia i determinants, s'han afegit noves preguntes d'investigació a cada estudi i des de l'any 2016 es determina a més a més la prevalença de *Neisseria gonorrhoeae*, *Mycoplasma genitalium*, *Trichomonas vaginalis*, *Ureaplasma urealyticum*, *Ureaplasma parvum* i *Mycoplasma hominis*. La mostra d'estudi

es representativa dels centres participants, actualment tres centres d'atenció als joves i 21 ASSIR, que cobreixen totes les regions sanitàries. Es determina la presència de les ITS a estudi, mitjançant la tècnica diagnòstica de biologia molecular PCR, en mostres d'orina. Per a estudiar els factors determinants de la clamídia, es distribueix a cada participant un qüestionari semi estructurat i estandarditzat, prèvia signatura d'un consentiment informat, que conté informació sociodemogràfica, de conducta sexual, consum de drogues i coneixement i aptituds davant les ITS.

Xarxa de laboratoris que declaren l'activitat diagnòstica del VIH (HIVLABCAT)

L'any 1992 es va crear a Catalunya una xarxa de laboratoris que notifiquen voluntàriament la realització de les proves diagnòstiques del VIH i el resultat obtingut (HIVLABCAT). Actualment, aquesta xarxa està composta per: a) els laboratoris clínics territorials, que fan l'activitat (programada, de consultes externes, urgències i d'hospital de dia) sol·licitada pels vuit hospitals de l'ICS, així com de tots els centres d'atenció primària de les seves àrees d'influència, que també donen suport als centres d'urgències d'atenció primària territorials (CUAP), i que també atenen peticions de centres penitenciaris i també de centres aliens a l'ICS segons els convenis establerts i són referència en proves especials; b) laboratoris hospitalaris de la XHUP; c) laboratoris de titularitat privada. Tots ells envien un informe mensual al CEEISCAT en el qual comuniquen, tant el nombre total de proves diagnòstiques que han realitzat, com la quantitat de nous diagnòstic de infecció del VIH (queden excloses les proves realitzades per al cribatge de donacions sanguínies).

Sistema d'Informació per al Desenvolupament de la Investigació en Atenció Primària (SIDIAP)

El Sistema d'Informació per al Desenvolupament de la Investigació en Atenció Primària (SIDIAP), gestionat per l'IDIAP Jordi Gol, va ser creat l'any 2010 per tal de promoure el desenvolupament de projectes de recerca utilitzant dades procedents de la història clínica e-CAP i d'altres bases de dades complementàries. El seu principal objectiu és generar bases de dades fiables per a la investigació a partir dels registres de la història clínica electrònica d'Atenció Primària de l'ICS (e-CAP). Actualment, el SIDIAP conté informació de l'eCAP de 274 Equips d'Atenció Primària (EAP) de Catalunya amb una població assignada de 5.835.000 pacients (80% de la població catalana).

Xarxa de centres de cribatge comunitari de la prova del VIH, sífilis i VHC (xarxa DEVO)

Des de l'any 1995 els centres on es pot fer la detecció voluntària d'anticossos del VIH (xarxa DEVO) recullen dades epidemiològiques de les persones que fan ús d'aquest servei. A Catalunya, actualment, hi ha 12 centres d'aquestes característiques que ofereixen, junt amb el consell assistit, la realització de la prova de manera voluntària, gratuïta, anònima i confidencial. Aquests centres estan localitzats a Barcelona (ACASC, CJAS, BCN-Checkpoint, SAPS-Creu Roja, Stop Sida, Àmbit Prevenció i Gais Positius), Sabadell i Terrassa (Actua Vallès), Lleida (Associació Antisida de Lleida), Girona (ACAS Girona) i Tarragona (Assexora'TGN i Creu Roja TGN). El test està subvencionat pel Departament de Salut de la Generalitat de Catalunya. Aquests centres, a part d'oferir la prova ràpida del VIH també ofereixen la prova ràpida de la sífilis i, a partir de 2019, la prova ràpida del VHC.

Projecte TESTATE

L'objectiu de l'estudi TESTATE és avaluar l'acceptabilitat i l'efectivitat d'una intervenció online d'auto-recollida de mostra per a la realització de la prova del VIH i posterior consulta de resultats online dirigida a gais, bisexuals i altres homes que tenen sexe amb homes (GBHSH) usuaris de pàgines i aplicacions mòbils de contactes de gais a Espanya. S'ha dissenyat una pàgina web segura (www.testate.org) per oferir la prova, consultar els resultats i recopilar informació sociodemogràfica i conductual. La pàgina web s'ha publicitat a les aplicacions i pàgines webs de contactes gay més populars a Espanya (Grindr, Scruff, Wapo, PlanetRomeo, Bakala, MachoBB i Trans4men). S'han utilitzat banners i missatges individuals per a tots els usuaris.

Els participants accedeixen al web a través del banners o dels missatges i s'hi registren, a continuació signen el consentiment informat online i emplenen una enquesta online sobre dades sociodemogràfiques i conductes de risc, posteriorment. Els participants sol·liciten l'enviament al seu domicili d'un kit d'auto-recollida de mostra per correu postal. Reben el kit en un sobre blanc sense cap identificació que inclou un kit Oracol (Malvern Medical Developments, Worcester, Gran Bretanya) d'auto-recollida de fluid oral, un fulletó amb instruccions detallades sobre com recollir la mostra, una targeta amb l'identificador de la mostra i sobre amb pagament en destí per a enviar la mostra al laboratori de referència (Unitat de Microbiologia de l'Hospital Germans Trias i Pujol).

Una vegada analitzades les mostres, els resultats es publiquen a la pàgina web i els participants reben un SMS informant que el seu resultat està disponible. S'envien recordatoris per correu electrònic i SMS als participants que no consulten els seu resultat.

Sis setmanes després de la consulta del resultat, es truca per telèfon a tot els participants amb resultat reactiu per preguntar si han confirmat el resultat i si han accedit al sistema sanitari per rebre tractament en cas de que el resultat de la confirmació fos positiu. Els participants amb resultat negatiu reben un missatge per SMS o correu electrònic per repetir la prova als 3, 6 o 12 mesos. Es realitza una enquesta d'acceptabilitat anònima a tots els participants.

Eficàcia de la implementació d'una alerta electrònica a la història clínica informatitzada per promoure la realització de la prova del VIH a l'Atenció Primària a Catalunya

Es va portar a terme un assaig clínic aleatoritzat per conglomerats a tots els Equips d'Atenció Primària (EAPs) que pertanyen a l'Institut Català de la Salut (ICS) de la ciutat de Barcelona.

Els EAPs participants es van dividir aleatòriament en dos grups d'estudi: Grup alerta electrònica i Grup Control. Tots els EAPs participants es van estratificar en quartils basats en l'estàndard de qualitat assistencial (EQA), el tipus d'EAP (rural, urbà) i l'índex MEDEA. Aquest mètode va permetre que cada grup d'estudi tingués un nombre similar de EAP i professionals sanitaris a cada estrat i que hi hagués una distribució balancejada de l'EQA entre els grups d'estudi. Dins de cada estrat, els EAPs es van assignar aleatòriament en un dels grups d'estudi.

Al grup Alerta electrònica es va implementar una alerta electrònica tipus pop up que apareixia a la història clínica informatitzada recordant als professionals sanitaris realitzar el cribatge de VIH als pacients entre 16 i 65 anys diagnosticats amb una CI. L'aparició de l'alerta estava condicionada a l'entrada a

la història clínica d'un diagnòstic d'una CI. L'alerta va estar activa entre el mes de juny de 2018 i el mes de maig de 2019. Els criteris d'inclusió per l'activació de l'alerta: Pacients entre 16 i 65 anys sense diagnòstic de VIH previ diagnosticats amb almenys una CI en els EAP del grup d'estudi alerta. Criteris d'exclusió: Pacients menors de 16 anys i majors de 65 anys, amb diagnòstic previ d'infecció pel VIH, pacients visitats en altres EAP.

Basant-se a les guies europees, les CI incloses van ser: malalties definitòries de sida, hepatitis B o C, infeccions de transmissió sexual (ITS), mononucleosi, limfoma diferent de no Hodgkin, la infecció per Herpes Zòster, dermatitis seborreica, leucocitopènia inexplicable, trombocitopènia inexplicable, neuropatia i candidiasi, excepte pulmonar i vaginal. Totes les CI es van determinar mitjançant codis CIM-10 MC.

Per avaluar l'efecte de la implementació de l'alerta sobre el cribatge de VIH es van comparar les taxes de realització de la prova del VIH en els pacients entre 15 i 65 anys diagnosticats amb una CI durant el període d'estudi. Tota la informació es va obtenir a partir de les històries clíniques dels pacients registrats als EAP participants. Es va considerar que una prova de VIH estava relacionada amb el diagnòstic d'una CI si la prova es realitzava en un període de 4 mesos posterior al diagnòstic de la CI.

Registre de MDO

La vigilància epidemiològica de les ITS, de la infecció pel VIH i la SIDA formen part de la Xarxa de Vigilància Epidemiològica de Catalunya (Decret 203/2015, de 15 de setembre), i la notificació dels casos es fa dins del Sistema de malalties de declaració obligatòria (MDO), on el professional sanitari notifica un cas per

sospita clínica fent servir els criteris consensuats de les malalties sotmeses a declaració.

Es notifiquen de manera individualitzada i amb enquesta epidemiològica per tal de permetre una acció epidemiològica i de control immediat, la sífilis infecciosa, la gonocòccia i el limfogranuloma veneri declarades des de l'any 2008 i la clamídia, l'oftalmia neonatal per clamídia i/o gonococ i la pneumònia per clamídia des de l'any 2015. La sífilis congènita, es declara des de 1997.

Pel que fa a la SIDA, a Catalunya, és una malaltia de declaració obligatòria individualitzada des de 1987 mentre que la infecció pel VIH va ser de notificació voluntària i hospitalària des de l'any 2001 fins al 2010. Amb la publicació del decret 67/2010, de 25 de maig, la infecció pel VIH passa a ser una malaltia de declaració obligatòria individualitzada, amb complementació per part del professional sanitari d'una enquesta epidemiològica estandarditzada, integrant-se dins dels circuits de vigilància epidemiològica de Catalunya. Informació disponible a: <https://canalsalut.gencat.cat/ca/professionals/vigilancia-epidemiologica/malalties-de-declaracio-obligatoria-i-brots-epidemics>

Prevalença del VIH en poblacions clau

El monitoratge de la prevalença del VIH en poblacions clau ens permet conèixer les variacions o tendències de la prevalença del VIH en aquests grups de població i complementa la informació rebuda pels sistemes d'informació existents. Aquestes poblacions es seleccionen amb criteris de representativitat, homogeneïtat i accessibilitat, i es pretén reflectir tant la població general com els grups de població amb més activitat de risc d'adquisició del VIH.

Interns en centres penitenciaris de Catalunya

Des de l'any 1995, el SIVES fa el seguiment de la prevalença d'infecció pel VIH en la població d'interns en centres penitenciaris mitjançant la recollida d'informació sistemàtica de dades d'anticossos anti-VIH als centres penitenciaris de Catalunya. Es calcula la prevalença instantània de l'any d'estudi sobre la població reclusa testada i segons sexe.

Donants de sang

Des del 1985, totes les donacions de sang estan testades de manera sistemàtica per detectar infecció pel VIH a la sang i prevenir-ne així la transmissió per transfusions sanguínies o trasplantament de teixits. A Catalunya anualment es reben al voltant de 250.000 donacions de sang al Banc de Sang i Teixits, distribuïts a una raó home: dona de 1:1. Totes les donacions son sotmeses al cribatge rutinari d'infeccions hemotransmissibles, dins les quals està la detecció del virus del VIH. Les dades agregades de positivitat pel que fa al VIH s'envien al CEEISCAT sistemàticament per calcular la prevalença del virus en població de baix risc. A més, es recullen variables demogràfiques com ara el grup d'edat i el sexe. El numerador són totes les donacions seropositives respecte al VIH de l'any analitzat, i el denominador, totes les donacions rebudes per al mateix any al Banc de Sang i Teixits de Catalunya.

Cohort PISCIS

La cohort PISCIS és un estudi de base poblacional, longitudinal, prospectiu, i multicèntric d'individus infectats pel VIH. El seguiment es fa d'acord

amb les guies clíniques publicades. Els objectius principals de la cohort són realitzar la vigilància clínic-epidemiològica i longitudinal dels pacients amb diagnòstic de VIH, així com l'avaluació i monitoratge de la resposta a partir de l'estimació dels tres últims passos de la cascada de serveis del VIH a Catalunya, optimitzar el maneig integral dels pacients visitats en les unitats de VIH dels hospitals Catalunya i les Illes Balears, i donar resposta a preguntes de caràcter clínic-epidemiològic mitjançant projectes d'investigació desenvolupats en el marc de la cohort. S'hi inclouen tots els pacients amb el VIH més grans de 16 anys a qui s'ha fet un seguiment per primera vegada en un dels divuit hospitals que participen a Catalunya i les Illes Balears després del gener del 1998, independentment de l'etapa de la malaltia o el grau d'immunosupressió. Entre el gener del 1998 i el desembre del 2018, s'han inclòs 28.088 pacients seropositius pel VIH (216.585 persona/any de seguiment). L'aprovació ètica ha estat concedida pel comitè d'ètica del centre coordinador, i la confidencialitat està assegurada a través de l'adhesió a la Llei de protecció de dades. La cohort PISCIS participa activament en diverses col·laboracions de cohorts internacionals, com ara ART-CC, COHERE i HIV-Causal, i RESPOND incloent-hi l'autoria principal en publicacions i projectes d'investigació.

Projecte VIVE+

El projecte Vive+ és un estudi prospectiu, transversal i multicèntric amb l'objectiu d'avaluar la qualitat de vida relacionada amb la salut, com també conèixer la prevalença de conductes i hàbits tòxics, la percepció de estigma, i la satisfacció amb el sistema de salut actual entre les persones VIH positives de Catalunya i Illes Balears. Aquest projecte s'ha dut a terme entre l'octubre del 2019 i març 2020, mitjançant

unes enquestes autocompletades per una mostra oportunista de pacients dels centres participants en la cohort PISCIS.

Durant aquest període, s'han entrevistat 1.042 pacients, distribuïts proporcionalment a nombre de pacients totals de cada centre. El propòsit és aplicar aquesta enquesta cada 3 anys, per obtenir una mirada evolutiva de les tendències en relació als tòpics plantejats anteriorment. Les dades permetran comprendre millor l'epidèmia de VIH i l'impacte en la QVRS, per informar els proveïdors de salut i als executors de polítiques sobre l'impacte de les intervencions i les necessitats d'aquesta població. Aquest projecte ha estat aprovat per el comitè ètic de tots els centres participants.

Tool ECDC

La HIV Modelling Tool és una eina desenvolupada per ECDC en col·laboració amb socis internacionals que permet estimar el nombre de persones que viuen amb el VIH, incloses les que encara no han estat diagnosticades. L'eina també pot estimar el nombre anual de noves infeccions pel VIH, el temps mitjà entre la infecció i el diagnòstic i el nombre de persones que necessiten tractament segons el recompte de CD4. Per aconseguir tot això, s'introdueixen les dades anuals de vigilància epidemiològica del VIH en l'aplicatiu.

5.2. Infeccions de transmissió sexual

Sistema de notificació microbiològica de Catalunya (SNMC)

El SNMC és un sistema bàsic d'informació sanitària que forma part de la Xarxa de Vigilància Epidemiològica de Catalunya (XVEC) i que està constituït pel conjunt dels laboratoris de microbiologia dels centres sanitaris hospitalaris i extrahospitalaris, de caràcter públic i privat, de Catalunya. En aquest sistema es recullen les declaracions periòdiques dels microorganismes causants de malalties infeccioses i les notificacions de resistències antimicrobianes. El Decret 203/2015, de 15 de setembre, pel qual es crea la XVEC i es regula el sistema de notificació de malalties de declaració obligatòria i brots epidèmics, estableix el SNMC com un dels sistemes de notificació de malalties de declaració obligatòria amb una nova llista de malalties de declaració i els microorganismes objecte d'estudi de la sensibilitat antibiòtica. Les ITS sotmeses a declaració per part del SNMC són: *Chlamydia trachomatis* (D-K i L1-L3), *Neisseria gonorrhoeae*, *Treponema pallidum*, *Trichomonas vaginalis* i el virus de l'Herpes simple (herpes virus de tipus 1 i 2). Informació disponible a: <https://canalsalut.gencat.cat/ca/professionals/vigilancia-epidemiologica/sistema-de-notificacio-microbiologica-de-catalunya-snmc>

El Registre d'infeccions de transmissió sexual de Catalunya (RITS)

El RITS va ser un sistema de vigilància sentinella de les ITS a Catalunya que va romandre actiu fins a finals de l'any 2018. Formava part del Repositori epidemiològic de Catalunya del Departament de Salut.

Al RITS es registraven declaracions voluntàries de 12 ITS diagnosticades per 164 professionals sentinelles de 64 centres d'atenció primària (unitats d'atenció a la salut sexual i reproductiva, medicina de família i atenció especialitzada per a les ITS) dins del territori català. La població diana eren els casos incidents de les ITS als centres d'atenció primària participants, i es considerava com a objecte de notificació qualsevol cas amb un diagnòstic d'alguna de les ITS incloses al RITS duta a terme pels metges i altres professionals sanitaris que hi col·laboraven.

La informació demogràfica, clínica i de conducta es recollia mitjançant un qüestionari estandarditzat. Fins al 2018, amb la informació que es recollia al RITS es complementaven les dades de les notificacions de les ITS de declaració obligatòria (MDO) i la resta de les ITS que no es podien descriure mitjançant altres registres.

Sistema d'Informació sobre Drogodependències a Catalunya (SIDC)

Sistema d'Informació sobre Drogodependències a Catalunya (SIDC) és un sistema d'informació que monitoritza l'activitat de diferents serveis especialitzats d'atenció a les drogodependències, amb la finalitat de proporcionar dades per a la vigilància epidemiològica dels problemes associats al consum problemàtic de drogues i per a la planificació i l'avaluació de serveis sanitaris.

Conjunt mínim bàsic de dades (CMBD)

El registre del conjunt mínim bàsic de dades (CMBD) és un registre poblacional que recull informació sobre

la patologia atesa als centres sanitaris de Catalunya. Es tracta d'un banc de dades exhaustiu i vàlid sobre activitat i morbiditat sanitària, elaborat a partir de la informació facilitada per tots els centres sanitaris de Catalunya. La informació que proporciona el CMBD permet conèixer l'evolució de la patologia en el temps, les característiques de l'atenció prestada i la distribució de l'activitat en el territori; i és útil per a la planificació, l'avaluació de recursos i la compra de serveis. El CMBD a Catalunya s'inicia formalment amb l'Ordre de 23 de novembre de 1990, que estableix l'obligació de tots els hospitals públics i privats de Catalunya d'elaborar un conjunt mínim bàsic de dades de l'alta hospitalària (CMBD-HA) amb la informació de l'activitat d'hospitalització d'aguts. El 1995 s'incorpora la notificació sistematitzada de l'activitat dels hospitals psiquiàtrics monogràfics (CMBD-SMH). A partir del 1996, la cirurgia major ambulatoria i l'hospital de dia. L'any 1998 es crea el CMBD-SMA, dels centres ambulatoris de salut mental i, finalment, l'any 1999, el de recursos socio-sanitaris (CMBD-RSS). L'any 2003 els registres del CMBD unifiquen la gestió de la informació i la definició de les variables comunes a totes les xarxes. El 20 de juny de 2012 entra en vigor la instrucció 06/2012 del CatSalut segons la qual, tota l'activitat d'atenció primària i d'atenció urgent del Sistema sanitari integral d'utilització pública de Catalunya (SISCAT), s'haurà de notificar als dos nous CMBD creats amb aquesta finalitat: el CMBD-AP i el CMBD-UR.

Registre de Pacients de medicaments hospitalaris de dispensació ambulatoria MHDA (RPT-MHDA)

Des del 2011 es va crear el Registre de Pacients de medicaments hospitalaris de dispensació ambulatoria

MHDA (RLT-MHDA) a Catalunya, el qual és un únic registre específic i centralitzat per a tots els hospitals de l'Sistema Sanitari Integral d'utilització Pública de Catalunya (SISCAT), amb l'objectiu de recollir, de manera sistemàtica, informació sobre utilització, efectivitat i seguretat dels MHDA en condicions de pràctica clínica habitual, així com el grau d'adherència als criteris definits pel Programa d'Harmonització Farmacoterapèutica (PHF). En la creació d'el RLT-MHDA, es va preveure que, per als productes harmonitzats, la correcta complimentació de l'registre fos obligatòria per poder facturar aquesta medicació.

Registre de mortalitat de Catalunya (RMC)

Els documents a partir dels quals s'han obtingut les dades corresponents a totes les defuncions esdevingudes a Catalunya durant l'any 2017 són, per als nascuts vius, el document unificat Certificat mèdic de defunció/Butlleta estadística de defunció i, per a les morts fetals tardanes, la Butlleta estadística de part. La informació de les defuncions amb intervenció legal es recull mitjançant formularis electrònics, en un servei web específic del Ministeri de Justícia, emplenats des dels jutjats. Per fer-ne l'anàlisi es tenen en compte només les defuncions de les persones residents a Catalunya. La causa bàsica de defunció es codifica mitjançant Iris, un sistema automàtic de codificació de causes de mort desenvolupat i actualitzat a partir de la col·laboració internacional, segons els criteris i les regles de la desena revisió de la Classificació estadística internacional de malalties i problemes relacionats amb la salut (CIM-10).
Diagnosticat

La font de dades de Diagnosticat són els registres dels problemes de salut recollits mitjançant l'estació clínica d'atenció primària (eCAP), que és el programa

d'història clínica informatitzada utilitzat pels professionals de totes les unitats d'atenció primària de l'Institut Català de la Salut (ICS) i per un nombre creixent d'altres proveïdors d'atenció primària de Catalunya.

5.3. Virus de l'hepatitis C

Projecte EMIS

La European MSM Internet Survey 2017 (EMIS2017), realitzada per Sigma Research (LSHTM), i part del projecte ESTICOM (www.esticom.eu) finançat per el Programa de Salut de la UE 2014-2020, va ser una enquesta online en 33 idiomes a 50 països. Des d'octubre 2017 a Gener 2018 es va recollir informació sobre conductes sexuals, consum de drogues, salut psicossocial, prova del VIH/ITS, entre altres. El reclutament es va dur a terme principalment en apps i pàgines de contacte gai (www.emis2017.eu). A Espanya, EMIS-2017 va ser implementat per el CEEISCAT, amb la col·laboració de la associació Stop Sida, la Secretaria del Plan Nacional sobre el Sida (SPNS) - Dirección General Salud Pública, Calidad e Innovación -, i el Centro Nacional de Epidemiología (CNE) del Instituto de Salud Carlos III. L'informe nacional amb dades dels participants a EMIS residents a Espanya està disponible a: https://www.msrebs.gob.es/ciudadanos/enfLesiones/enfTransmisibles/sida/docs/EMIS_Report_07052020.pdf

Monitoratge bio-conductual en dones treballadores del sexe (HIVITS-TS)

A Catalunya, el monitoratge de la prevalença del VIH/ITS i de les conductes associades en dones cis TS es va iniciar l'any 2005. S'han dut a terme cinc estudis transversals (anys 2005, 2007, 2009, 2011 i 2018), en col·laboració amb la Fundació Àmbit Prevenció. A cada estudi, es va seleccionar una mostra de conveniència de 400 dones més grans de 18 anys, que es va estratificar per província i país d'origen, i considerant l'assignació proporcional en cada estrat. Les dones procedien del carrer, pisos, clubs i bars

d'arreu del territori català. La informació conductual es va recollir, amb consentiment informat, mitjançant un qüestionari estructurat, anònim i adaptat a partir de l'utilitzat per Metges del Món en l'estudi de la Fundació per a la Investigació i la Prevenció de la Sida a Espanya (FIPSE) del 2002²⁷. En el qüestionari, que es va traduir al romanès, el rus i l'anglès, es preguntava per les conductes dels darrers sis mesos. D'altra banda, es van recollir de manera anònima mostres de fluid oral per determinar la prevalença d'anticossos enfront el VIH i d'orina per estimar prevalença de Chlamydia Trachomatis i Neisseria Gonorrhoeae. Les mostres es van analitzar al Servei de Microbiologia de l'HUGTiP.

Monitoratge bio-conductual en persones que s'injecten drogues (PID). Projecte REDAN

L'any 2008 es va iniciar el monitoratge del VIH, del VHC i de les conductes associades amb PID usuàries de centres de reducció de danys a Catalunya. Les PID participants es van seleccionar arreu del territori català en centres de reducció de danys, mitjançant un mostreig multietapa estratificat per centre i país d'origen. El criteri d'inclusió va ser haver-se injectat drogues en alguna ocasió durant els últims sis mesos. Es va recollir, amb consentiment informat, la informació conductual mitjançant un qüestionari estandarditzat i anònim, administrat per la persona encarregada de l'entrevista i desenvolupat per l'OMS, incloent preguntes adaptades del qüestionari ITINERE. D'altra banda, es van recollir de manera anònima mostres de fluid oral per determinar la prevalença d'anticossos en front el VIH i el VHC, respectivament. Les mostres es van analitzar al Servei de Microbiologia de l'HUGTiP.

Persones que s'injecten drogues en centres de tractament

A Catalunya, el monitoratge de la prevalença de la infecció pel VIH mitjançant la recollida d'informació sistemàtica en la població sentinella de PID que va iniciar el tractament als centres d'atenció i seguiment de les drogodependències (CASD) de la Xarxa d'Atenció a les Drogodependències (XAD) es va iniciar l'any 1996. Les proves de detecció d'anticossos contra el VIH en aquests centres van ser voluntàries, i es van utilitzar els algorismes que l'ONUSIDA/OMS recomana per determinar anticossos en aquests tipus d'estudis⁴. Més informació a: <http://drogues.gencat.cat>

Sistema d'Informació per al Desenvolupament de la Investigació en Atenció Primària (SIDIAP)

El Sistema d'Informació per al Desenvolupament de la Investigació en Atenció Primària (SIDIAP), gestionat per l'IDIAP Jordi Gol, va ser creat l'any 2010 per tal de promoure el desenvolupament de projectes de recerca utilitzant dades procedents de la història clínica e-CAP i d'altres bases de dades complementàries. El seu principal objectiu és generar bases de dades fiables per a la investigació a partir dels registres de la història clínica electrònica d'Atenció Primària de l'ICS (e-CAP). Actualment, el SIDIAP conté informació de l'eCAP de 274 Equips d'Atenció Primària (EAP) de Catalunya amb una població assignada de 5.835.000 pacients (80% de la població catalana).

Sistema d'Informació sobre Drogodependències a Catalunya (SIDC)

Sistema d'Informació sobre Drogodependències a Catalunya (SIDC) és un sistema d'informació

que monitoritza l'activitat de diferents serveis especialitzats d'atenció a les drogodependències, amb la finalitat de proporcionar dades per a la vigilància epidemiològica dels problemes associats al consum problemàtic de drogues i per a la planificació i l'avaluació de serveis sanitaris.

Conjunt mínim bàsic de dades (CMBD)

El registre del conjunt mínim bàsic de dades (CMBD) és un registre poblacional que recull informació sobre la patologia atesa als centres sanitaris de Catalunya. Es tracta d'un banc de dades exhaustiu i vàlid sobre activitat i morbiditat sanitària, elaborat a partir de la informació facilitada per tots els centres sanitaris de Catalunya. La informació que proporciona el CMBD permet conèixer l'evolució de la patologia en el temps, les característiques de l'atenció prestada i la distribució de l'activitat en el territori; i és útil per a la planificació, l'avaluació de recursos i la compra de serveis. El CMBD a Catalunya s'inicia formalment amb l'Ordre de 23 de novembre de 1990, que estableix l'obligació de tots els hospitals públics i privats de Catalunya d'elaborar un conjunt mínim bàsic de dades de l'alta hospitalària (CMBD-HA) amb la informació de l'activitat d'hospitalització d'aguts. El 1995 s'incorpora la notificació sistematitzada de l'activitat dels hospitals psiquiàtrics monogràfics (CMBD-SMH). A partir del 1996, la cirurgia major ambulatoria i l'hospital de dia. L'any 1998 es crea el CMBD-SMA, dels centres ambulatoris de salut mental i, finalment, l'any 1999, el de recursos socio-sanitaris (CMBD-RSS). L'any 2003 els registres del CMBD unifiquen la gestió de la informació i la definició de les variables comunes a totes les xarxes. El 20 de juny de 2012 entra en vigor la instrucció 06/2012 del CatSalut segons la qual, tota l'activitat d'atenció primària i d'atenció urgent del Sistema

sanitari integral d'utilització pública de Catalunya (SISCAT), s'haurà de notificar als dos nous CMBD creats amb aquesta finalitat: el CMBD-AP i el CMBD-UR.

Registre de Pacients de medicaments hospitalaris de dispensació ambulatoria MHDA (RPT-MHDA)

Des del 2011 es va crear el Registre de Pacients de medicaments hospitalaris de dispensació ambulatoria MHDA (RLT-MHDA) a Catalunya, el qual és un únic registre específic i centralitzat per a tots els hospitals de l'Sistema Sanitari Integral d'utilització Pública de Catalunya (SISCAT), amb l'objectiu de recollir, de manera sistemàtica, informació sobre utilització, efectivitat i seguretat dels MHDA en condicions de pràctica clínica habitual, així com el grau d'adherència als criteris definits pel Programa d'Harmonització Farmacoterapèutica (PHF). En la creació d'el RLT-MHDA, es va preveure que, per als productes harmonitzats, la correcta complimentació de l'registre fos obligatòria per poder facturar aquesta medicació.

Xarxa de centres de cribatge comunitari de la prova del VIH, sífilis i VHC (xarxa DEVO)

Des de l'any 1995 els centres on es pot fer la detecció voluntària d'anticossos del VIH (xarxa DEVO) recullen dades epidemiològiques de les persones que fan ús d'aquest servei. A Catalunya, actualment, hi ha 12 centres d'aquestes característiques que ofereixen, junt amb el consell assistit, la realització de la prova de manera voluntària, gratuïta, anònima i confidencial. Aquests centres estan localitzats a Barcelona (ACASC, CJAS, BCN-Checkpoint, SAPS-Creu Roja, Stop Sida, Àmbit Prevenció i Gais Positius), Sabadell i Terrassa (Actua Vallès), Lleida

(Associació Antisida de Lleida), Girona (ACAS Girona) i Tarragona (Assexora'TGN i Creu Roja TGN. El test està subvencionat pel Departament de Salut de la Generalitat de Catalunya. Aquests centres, a part d'oferir la prova ràpida del VIH també ofereixen la prova ràpida de la sífilis i, a partir de 2019, la prova ràpida del VHC.

PISCIS cohort (Cohort de pacients amb el VIH seguit en les unitats clíniques de Catalunya i les Illes Balears)

La cohort PISCIS és un estudi de base poblacional, longitudinal, prospectiu, i multicèntric d'individus infectats pel VIH. El seguiment es fa d'acord amb les guies clíniques publicades. Els objectius principals de la cohort són realitzar la vigilància clínic-epidemiològica i longitudinal dels pacients amb diagnòstic de VIH, així com l'avaluació i monitoratge de la resposta a partir de l'estimació dels tres últims passos de la cascada de serveis del VIH a Catalunya, optimitzar el maneig integral dels pacients visitats en les unitats de VIH dels hospitals Catalunya i les Illes Balears, i donar resposta a preguntes de caràcter clínic-epidemiològic mitjançant projectes d'investigació desenvolupats en el marc de la cohort. S'hi inclouen tots els pacients amb el VIH més grans de 16 anys a qui s'ha fet un seguiment per primera vegada en un dels divuit hospitals que participen a Catalunya i les Illes Balears després del gener del 1998, independentment de l'etapa de la malaltia o el grau d'immunosupressió.

Registre de mortalitat de Catalunya (RMC)

Els documents a partir dels quals s'han obtingut les dades corresponents a totes les defuncions esdevingudes a Catalunya durant l'any 2017 són, per

als nascuts vius, el document unificat Certificat mèdic de defunció/Butlleta estadística de defunció i, per a les morts fetals tardanes, la Butlleta estadística de part. La informació de les defuncions amb intervenció legal es recull mitjançant formularis electrònics, en un servei web específic del Ministeri de Justícia, emplenats des dels jutjats. Per fer-ne l'anàlisi es tenen en compte només les defuncions de les persones residents a Catalunya. La causa bàsica de defunció es codifica mitjançant Iris, un sistema automàtic de codificació de causes de mort desenvolupat i actualitzat a partir de la col·laboració internacional, segons els criteris i les regles de la desena revisió de la Classificació estadística internacional de malalties i problemes relacionats amb la salut (CIM-10).

Hebel
McCenter
A STUDY GUIDE TO
Epidemiology and Biostatistics
Seventh Edition
JONES & BARTLETT LEARNING

J. CASABONA
Aspectes clínics i epidemiologia a Catalunya
A SIDA
LLIB. VIH - GENER 21 (CAT) Cas

J. CASABONA
Aspectes clínics i epidemiologia a Catalunya
A SIDA
LLIB. VIH - GENER 21 (CAT) Cas

ANDERSON AND MAY
INFECTIOUS DISEASES OF HUMANS
2nd Edition
OXFORD
LLIB. MALALTIES 2 And

Holtgrave
Handbook of Economic Evaluation of HIV Prevention Programs
Plenum
LLIB. VIH - PREVEN 40.0 (USA) Han

FRANCISCO BUENO CAÑIGRAL Y RAFAEL NÁJERA MORRONGO
PÚBLICA Y SIDA
2-3-4 Sal
LLIB. EPI/ SP - METODES 2-3-4 Sal

HIV/AIDS IN EUROPE: A study from death sentence to chronic disease management
MATIC, LAZ
LLIB. VIH - GENER 21 (EUR) Mat

Gregg
Epidemiology
AIDS/SIDA
LLIB. EPI 21 Sou

Methodological Issues in **AIDS Behavioral Research**
Ostrow Kessler
LLIB. EPI/ SP - METODES 2 Fie

BROWNSON • BAKER
LEET • GILLESPIE
EVIDENCE-BASED PUBLIC HEALTH
LLIB. VIH - CONDUCT 24 Ost

Aral Douglas Editors
Lipshutz Assoc. Editor
Behavioral Interventions for Preventing Control of Sexually Transmitted Diseases
LLIB. CCES SOCIALS 6 Bro
LLIB. ITS 41 Beh

REFERÈNCIES

1. Alemany L, Ferrer L, Rodriguez V, González V, Martró E, Muñoz R, Saludes V, Pavón MA, Paytubi S, Torres M, Tous S, Folch C, Pérez F, Cebrián M, Fons C, Villar M, Villegas L, Meroño M, de Sanjose S, Casabona J, Grupo Sweetie. Sweetie project: prevalence and determinants of sexually transmitted infections in a high risk population. Poster sessions presented at: Jornada científica CIBERESP; 2019 Nov 14; Madrid.
2. European Centre for Disease Prevention and Control/WHO Regional Office for Europe. HIV/AIDS surveillance in Europe 2019 – 2018 data. Stockholm: ECDC; 2019
3. Unidad de Vigilancia de VIH y Comportamientos de Riesgo. Vigilancia Epidemiológica del VIH y sida en España 2018: Sistema de Información sobre Nuevos Diagnósticos de VIH y Registro Nacional de Casos de Sida. Plan Nacional sobre el Sida - D.G. de Salud Pública, Calidad e Innovación / Centro Nacional de Epidemiología - ISCIII. Madrid; Nov 2019.
4. Golrokhi R, Farhodi B, Taj L, Pahlaviani FG, Mazaheri-Tehrani E, Cossarizza A et al. HIV Prevalence and Correlations in Prisons in Different Regions of the World: A Review Article. *Open AIDS J.* 2018 Aug 31;12:81-92. doi: 10.2174/1874613601812010081. eCollection 2018.
5. Likatavicius G, Hamers FF, Downs AM, Alix J, Nardone A. Trends in HIV prevalence in blood donations in Europe, 1990-2004. *AIDS.* 2007 May 11;21(8):1011-8.
6. Encuesta europea on-line para hombres que tienen sexo con hombres (EMIS-2017): resultados en España. Ministerio de Sanidad, 2020
7. World Health Organization. MONITORING An essential step for achieving health equity [Internet]. Geneva; Available from: http://www.who.int/gho/health_equity/en/
8. Monteagudo-Piqueras O, Hernando-Arizaleta L, Palomar-Rodríguez J. Normas poblacionales de referencia de la versión española del SF-12v2 para la Región de Murcia. *Gac Sanit* 2011; 25 (1): 50-61.
9. Rebollo P. Utilización del «grupo SF» de los cuestionarios de calidad de vida (SF-36, SF-12 y SF-6D) en el marco de ensayos clínicos y en la práctica clínica habitual. *Med Clin (Barc)* 2008; 130 (19): 740-1.
10. Forero, C. G., Vilagut, G., Adroher, N. D., Alonso, J., & ESEMeD/MHEDEA Investigators. (2013). Multidimensional item response theory models yielded good fit and reliable scores for the Short Form-12 questionnaire. *Journal of clinical epidemiology*, 66(7), 790-801.
11. Kroenke, K., Spitzer, R. L., & Williams, J. B. (2002). The PHQ-15: validity of a new measure for evaluating the severity of somatic symptoms. *Psychosomatic medicine*, 64(2), 258-266.
12. Bolívar B, Fina Avilés F, Morros R, Garcia-Gil M del M, Hermosilla E, Ramos R, et al. [SIDIAP database: electronic clinical records in primary care as a source of information for epidemiologic research]. *Med Clin (Barc)* 2012;138(14):617-21.

13. Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social - Profesionales - Vacunas Coberturas de Vacunación [Internet]. [cited 2020 Jun 17]; Available from: <https://www.mscbs.gob.es/profesionales/saludPublica/prevPromocion/vacunaciones/coberturas.htm>
14. Brotons M, Monfil L, Roura E, Duarte-Salles T, Casabona J, Urbiztondo L, et al. Impact of a single-age cohort human papillomavirus vaccination strategy in Catalonia, Spain: Population-based analysis of anogenital warts in men and women. *Prev Med* 2020;106166.
15. Saludes V, Antuori A, Folch C, González N, Ibáñez N, Majó X, Colom J, Matas L, Casabona J, Martró E; HepCdetect II Study Group. Utility of a one-step screening and diagnosis strategy for viremic HCV infection among people who inject drugs in Catalonia. *Int J Drug Policy*. 2019 Dec;74:236-245. doi: 10.1016/j.drugpo.2019.10.012. Epub 2019 Nov 6. PMID: 31706159.
16. Saludes V, Antuori A, Lazarus JV, Folch C, González-Gómez S, González N, Ibáñez N, Colom J, Matas L, Casabona J, Martró E. Evaluation of the Xpert HCV VL Fingerstick point-of-care assay and dried blood spot HCV-RNA testing as simplified diagnostic strategies among people who inject drugs in Catalonia, Spain. *Int J Drug Policy*. 2020 Jun;80:102734. doi: 10.1016/j.drugpo.2020.102734. Epub 2020 May 26. PMID: 32470849.
17. Ouaarab Essadek H, Borrás Bermejo B, Caro Mendivelso J, Rodríguez Arjona LL, Bisobe A, Claveria Guiu I, Gómez I Prat J. "Heparjoc-Actúa": educational tool created through a process of participatory action research with vulnerable immigrant groups to improve accessibility to diagnosis of hepatitis B. *Rev Esp Salud Publica*. 2020 Jul 7;94:e202007078.
18. Newsum AM, Stolte IG, van der Meer JT, Schinkel J, van der Valk M, Vanhommerig JW, et al. Development and validation of the HCV-MOSAIC risk score to assist testing for acute hepatitis C virus (HCV) infection in HIV-infected men who have sex with men (MSM). *Euro Surveill* [Internet]. 2017 [cited 2018 Jul 30];22(21). Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/28597832>.
19. Viner K, Kuncio D, Newbern EC, Johnson CC. The continuum of hepatitis C testing and care. *Hepatology* 2015; 61:783-9.
20. Maier MM, Ross DB, Chartier M, Belperio PS, Backus LI. Cascade of care for hepatitis C virus infection within the US Veterans Health Administration. *Am J Public Health* 2016; 106:353-8.
21. Yehia BR, Schranz AJ, Umscheid CA, Re Lo V. The treatment cascade for chronic hepatitis C virus infection in the United States: a systematic review and meta-analysis. Rizza SA, ed. *PLoS One* 2014; 9:e101554.
22. European Centre for Disease Prevention and Control. Continuum of HIV care. Monitoring implementation of the Dublin Declaration on partnership to fight HIV/AIDS in Europe and Central Asia: 2018 progress report. Stockholm: 2019.
23. UNAIDS (Joint United Nations Programme on HIV/AIDS). Seizing the moment, tackling entrenched inequalities to end epidemics. 2020

24. Unidad de vigilancia del VIH y conductas de riesgo. Estimación del Continuo de Atención del VIH en España, 2016. Madrid: Centro Nacional de Epidemiología –Instituto de Salud Carlos III / Plan Nacional sobre el Sida –Dirección General de Salud Pública, Calidad e Innovación; 2019
25. O’Halloran C, Sun S, Nash S, Brown A, Croxford S, Connor N, Sullivan AK, Delpech V, Gill ON. HIV in the United Kingdom: Towards Zero 2030. 2019 report. December 2019, Public Health England, London.
26. Reaching the second and third UNAIDS 90-90-90 targets is accompanied by a dramatic reduction in primary HIV infection and in recent HIV infections in a large French nationwide HIV cohort. Clin Infect Dis. 2019;1–21.
27. Estébanez P, Rodríguez MA, Rodrigo J, Ramon P. Evaluación y tendencias de predictores de riesgo asociados a VIH/sida y otras ETS en trabajadoras sexuales en España. Estudio financiado por FIPSE, 2002. Expediente 2065/99.

A high-angle, blue-tinted photograph of a busy public space, likely a transit station or plaza. The floor is paved with large, light-colored square tiles. Several people are walking, some in motion, creating a sense of activity. A prominent feature is a set of parallel metal tracks or rails running diagonally across the right side of the frame. The overall atmosphere is one of a modern, functional environment.

ANNEXOS

Annex I - Nous diagnòstics de VIH i de SIDA notificats l'any 2019 a Catalunya

Diagnòstics de VIH

L'any 2019, es van notificar 471 nous casos de VIH, el que corresponia a una taxa de 6,1 casos per cada 100.000 habitants. La regió sanitària de Barcelona va notificar el 74,1% dels casos de tot Catalunya (Figura 1 - Annex I).

Els homes van representar el 87% (412) dels nous diagnòstics de VIH amb una taxa de 11,04 casos per 100.000 habitants mentre que les dones van presentar una taxa de 1,52 casos per 100.000 habitants, amb un total de 59 nous diagnòstics notificats. La raó home:dona va ésser de 7. La mitjana d'edat dels casos va ser de 35 anys. La distribució per grups d'edats va ser similar tant en homes com per les dones on el 37,2% del total de nous diagnòstics de VIH l'any 2019 tenien entre 30-39 anys, el 33,5% tenien 40 anys o més i un 29,3% eren menors de 30 anys (Figura 2 - Annex I). En relació al país de naixement dels nous diagnòstics

de VIH, el 50,8% eren persones nascudes fora de l'Estat espanyol. Del total (190), el 64,7% eren persones nascudes a l'Amèrica Llatina i Carib (Figura 3 - Annex I). Des del 2001 i fins l'any 2008 es va observar un increment progressiu de les persones nascudes fora de l'estat espanyol en el total de nous casos de VIH, passant del 24% al 46%, respectivament. A partir del 2008 i fins l'any 2018, la proporció de persones nascudes fora de l'estat espanyol del total de diagnòstics de VIH es va estabilitzar. L'any 2019 es va observar un nou increment del total de nous diagnòstics de VIH entre les persones nascudes fora de l'estat espanyol, passant del 44% al 2018 al 64,7% al 2019.

Durant l'any 2019, més de la meitat dels nous diagnòstics notificats van ser en HSH (61,4%) i un 16,3% i 10,2% en homes i dones heterosexuales,

Figura 1 - Annex I. Distribució dels nous diagnòstics de VIH segons Regió sanitària. Catalunya 2019

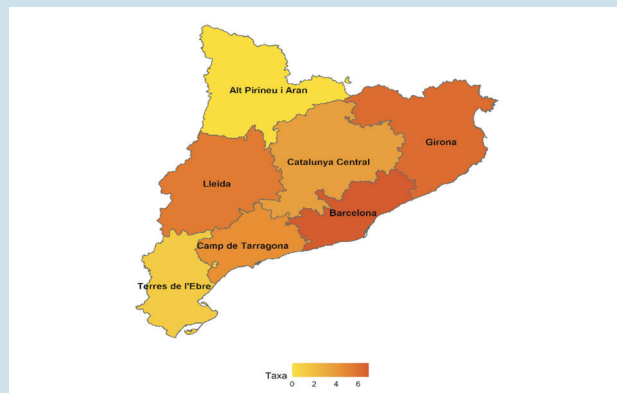
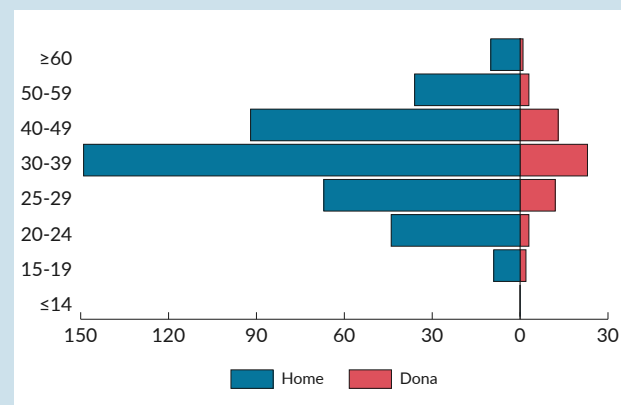


Figura 2 - Annex I. Distribució dels nous diagnòstics de VIH segons grup d'edat i sexe, Catalunya 2019



respectivament. Es van notificar 18 nous diagnòstics de VIH entre PID (3,8%) i no es va notificar cap cas de transmissió vertical. En un

8,3% es desconeixia la via de transmissió (Figura 4 - Annex I).

Figura 3 - Annex I. Percentatge dels nous diagnòstics de VIH entre les persones nascudes fora de l'estat espanyol, 2019

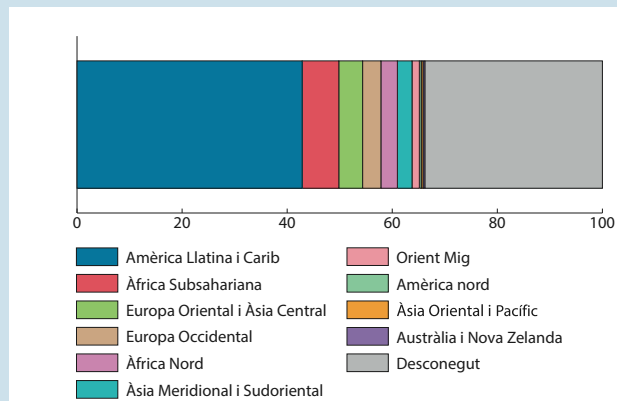
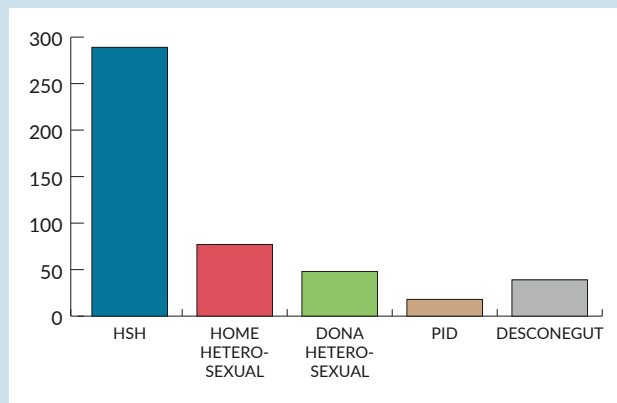


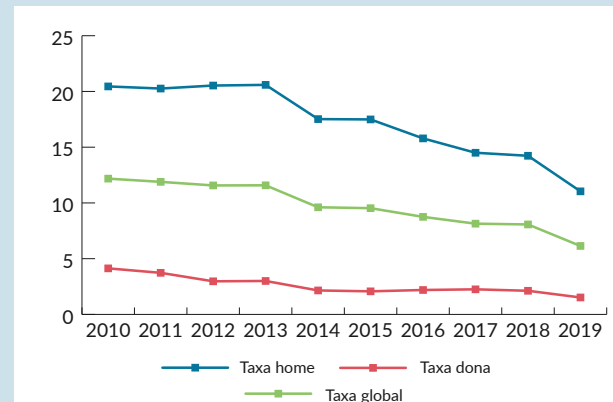
Figura 4 - Annex I. Distribució dels nous diagnòstics de VIH segons via de transmissió, Catalunya 2019



Tendència

Globalment, el nombre de nous diagnòstics de VIH per 100.000 habitants ha presentat una lleugera i gradual disminució durant el període 2010-2019, passant de 12,18 nous casos de VIH per 100.000 habitants l'any 2010 a 6,1 nous casos per 100.000 habitants l'any 2019, una disminució de la taxa del 49,61%. Aquesta tendència també es verifica els darrers tres anys, amb un lleuger descens de la taxa de nous diagnòstics de 8,75 al 2016 a 6,1 per cada 100000 habitants al 2019, respectivament (Figura 5 - Annex I).

Figura 5 - Annex I. Evolució de la taxa per 100.000 habitants dels nous diagnòstics de VIH en global i per sexe, Catalunya 2019

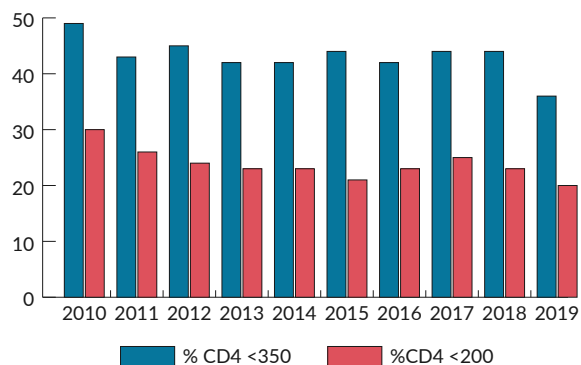


Diagnòstic tardà

Dels 471 nous diagnòstics de VIH notificats l'any 2019, en 369 (78,3%) constava informació sobre el recompte de limfòcits CD4 i d'aquests complien criteris de diagnòstic tardà (DT) el 35,5% dels casos, mentre que el 19,8% presentaven diagnòstic tardà avançat (DTA). Entre els anys 2010 i 2019, es va observar una disminució del DT de la infecció per VIH, passant del 60% al 35,5% respectivament (Figura 6 - Annex I).

Dels 131 casos amb DT, la proporció va ser superior en els homes (86,2%), en el grup d'edat d'entre els 30-39 anys (38,9%), en persones nascudes a l'espanyol (41,9%) i en els HSH (59,5%).

Figura 6 - Annex I. Evolució del percentatge del recompte de CD4 <350 cel/ μ L i <200 cel/ μ L al diagnòstic de VIH. Catalunya 2010-2019.

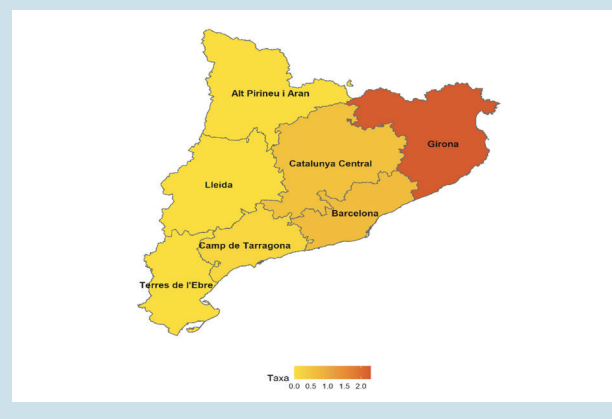


Casos de sida

El nombre total de nous diagnòstics de sida per a l'any 2019 va ser de 56, disminuint en un 29,6%

respecte l'any anterior i seguint la tendència descendent dels darrers anys. La taxa global per a l'any 2019 va ser de 0,7 casos per cada 100000 habitants. La regió Sanitària de Barcelona va presentar el 57,1% dels nous diagnòstics (Figura 7 - Annex I).

Figura 7 - Annex I. Distribució dels nous diagnòstics de sida segons Regió sanitària. Catalunya 2019



El 86% dels nous casos van ser en homes (48) i el 14% en dones (8) amb una taxa de 1,2 i 0,2 casos per cada 100.000 habitants, respectivament. La raó home:donava ser de 6. La mitjana d'edat dels casos reportats es situava en els 42 anys, 42 anys en les homes i 43 anys per les dones (Figura 8 - Annex I).

El 33,9% dels nous diagnòstics de sida l'any 2019 es van diagnosticar en persones nascudes fora de l'estat espanyol, amb el 47,7% provinent de la zona de l'Amèrica Llatina i Carib (Figura 9 - Annex I).

Segons grup de transmissió, el 39,3% dels casos de sida van ser diagnosticats en HSH, i un 30,3% i 12,5%

en homes i dones heterosexuales, respectivament i el 17,8% van ser diagnosticat en PID (Figura 10 - Annex I). Les malalties indicatives de sida més freqüents l'any 2019 van ser la pneumònia per *Pneumocystis jirovecii* (21,4%), la tuberculosi pulmonar (16,1%) i la candidiasi esofàgica (14,3%) (Figura 11 - Annex I).

Figura 8 - Annex I. Distribució dels nous diagnòstics de sida segons grup d'edat i sexe, Catalunya 2019

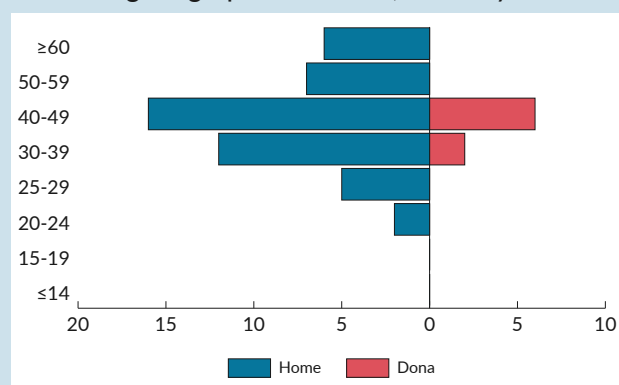


Figura 9 - Annex I. Percentatge dels nous diagnòstics de sida entre les persones nascudes fora de l'estat espanyol, 2019

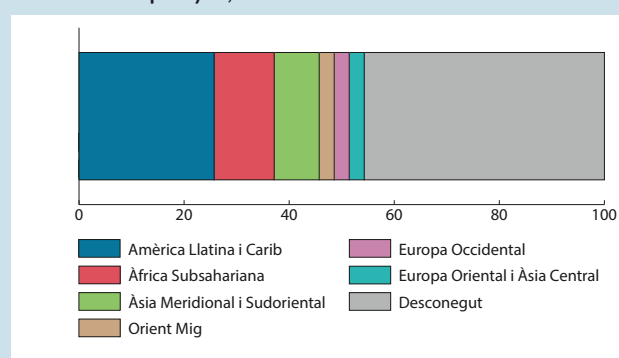


Figura 10 - Annex I. Distribució dels casos de sida segons via de transmissió. Catalunya 2019

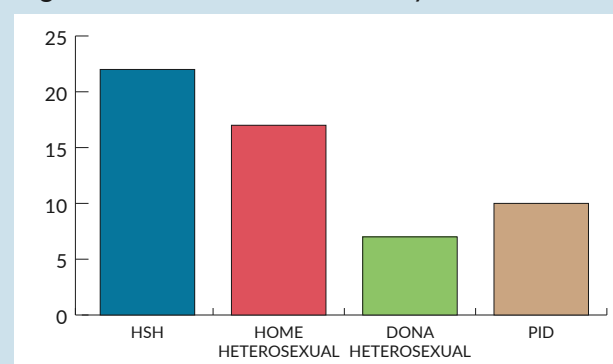
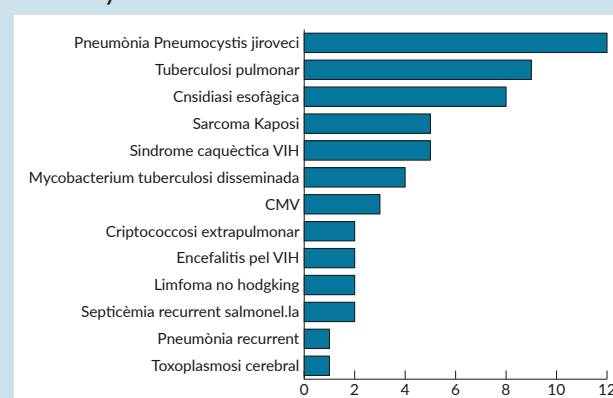


Figura 11 - Annex I. Distribució de les malalties definitòries de sida en els nous diagnòstics de sida. Catalunya 2019



Clicant en aquest enllaç podreu accedir a la darrera versió de l'informe anual de VIH amb les dades més actualitzades:

https://canalsalut.gencat.cat/web.content/_A-Z/S/sida/enllasos/anual_VIH.pdf

Annex II - Nous diagnòstics de les ITS notificades durant l'any 2019 a Catalunya

A Catalunya, per a l'any 2019 el nombre d'ITS notificades als sistemes de vigilància van ser d'un total de 22.447, un augment del 37,28% respecte l'any anterior. La ITS més freqüentment notificada va ésser la clamídia amb el 47,49% dels casos, seguit de la infecció gonocòccia (25,87%), la sífilis (10,93%) i en últim lloc el LGV (1,51%).

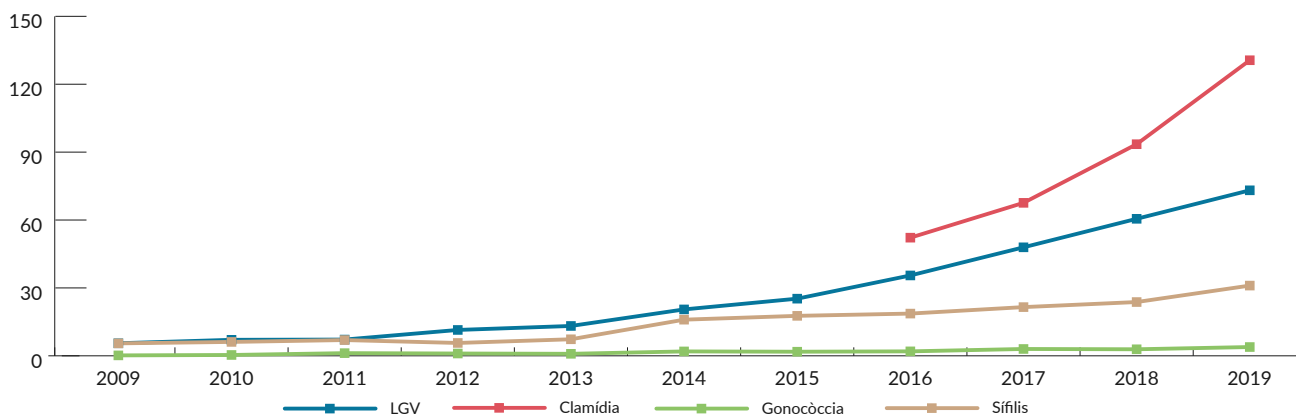
Respecte el darrer any, totes les ITS van incrementar per sobre del 25%, tant en nombre de casos com en taxa per 100.000 habitants, essent la clamídia la ITS que va experimentar un increment superior al 50% (Figura 1 - Annex II).

El número de casos notificats i diagnosticats d'ITS ha augmentat de manera significativa, destacant l'augment en població jove, majoritàriament entre els 20-29 anys per la gonocòccia, clamídia i el LGV,

(aquest últim ha disminuït l'edat mitjana dels casos declarats respecte d'anys anteriors), i entre els 30-39 anys per a la sífilis, l'herpes i les tricomonos. Respecte els casos d'ITS congènites es mantenen estables en els darrers cinc anys, amb un total de 8 casos confirmats per al darrer any corresponents a oftalmies neonatals i cap cas declarat de sífilis congènita.

Incrementen les taxes en dones, especialment pel que fa a la sífilis i la gonocòccia i els HSH continuen presentant valors superiors al d'altres grups i s'observa una lleu disminució en els immigrants. Malgrat això, en general les taxes estan augmentant proporcionalment tant en dones com en homes heterosexuales i en immigrants. En més del 50% de totes les ITS declarades es tracta de població autòctona i entre el nascuts fora de l'estat espanyol,

Figura 1 - Annex II. Evolució del nombre de casos d' ITS notificades als sistemes de vigilància, Catalunya, 2010-2019



Taula 1 - Annex II. Taxa dels nous diagnòstics d'ITS per Regió Sanitària. Catalunya 2019

Regió Sanitària	Sífilis		Gonocòccia		Clamídia		LGV	
	Taxa	N	Taxa	N	Taxa	N	Taxa	N
Alt Pirineu i Aran	14,79	9	11,09	6	33,28	18	0	0
Barcelona	38,18	1.928	96,48	4.872	157,05	7.931	5,45	275
Camp de Tarragona	20,6	129	29,06	182	85,59	536	0,8	5
Catalunya Central	14,42	76	26,95	142	69,26	365	0,95	5
Girona	19,76	173	33,69	295	96,83	848	0,69	6
Lleida	7,42	45	24,19	88	65,96	258	1,1	4
Terres de l'Ebre	12,33	22	15,7	28	38,12	68	1,68	3
Catalunya	31,03	2.382	73,13	5.613	130,6	10.024	3,9	298

la majoria són provinents de la zona de l'Amèrica Llatina i Carib.

Sífilis infecciosa

L'any 2019, es van notificar 2.454 casos de sífilis infecciosa a Catalunya corresponent a una taxa de 32,2 casos per cada 100.000 habitants i un increment en el número de casos del 35,5% respecte l'any 2018 (Figura 1 - Annex II).

La regió sanitària de Barcelona va presentar la taxa d'incidència més elevada amb 39,6 casos per cada 100.000 habitants, representant el 80,1% dels casos reportats a Catalunya. La distribució per taxa per 100.000 habitants segons regió Sanitària resta de la següent manera: Lleida (13,2), Alt Pirineu i Aran (19,3), Camp de Tarragona (21,9), Terres de l'Ebre (10,63), Catalunya Central (14,8), Girona (18,3) (Figura 2 - Annex II) (Taula 1 - Annex II).

La taxa global de sífilis ha incrementat, passant de 6,2 casos per 100.000 habitants el 2010 a 32,2 casos al 2019. Segons sexe, es confirma l'increment tant en homes com en dones amb taxes pel 2019 del 57,9 i 7,5, respectivament. Tot i que l'increment en la taxa respecte el darrer any es superior en les dones, la raó home:dona es manté constant de 7 a 7,4 del 2018 al 2019. La mitjana d'edat dels casos va ser de 39 anys. Del total de casos notificat al 2019, els grups de 20 a 29 anys i de 30 a 39 anys van representar un 25% cada un, i un 8% eren menors de 20 anys, seguint el mateix patró en homes i dones (Figura 3 - Annex II).

El percentatge de casos en immigrants es manté estable els darrers anys amb un 36% l'any 2019. A partir del 2014, es van doblar les taxes en immigrants i autòctons i respecte l'any anterior, aquestes s'han mantingut estables per a immigrants, 39,6 casos i incrementant fins als 12,6 casos en autòctons per al 2019.

Figura 2 - Annex II. Distribució de la taxa per 100.000 habitants de sífilis infecciosa segons Regió Sanitària, Catalunya 2019

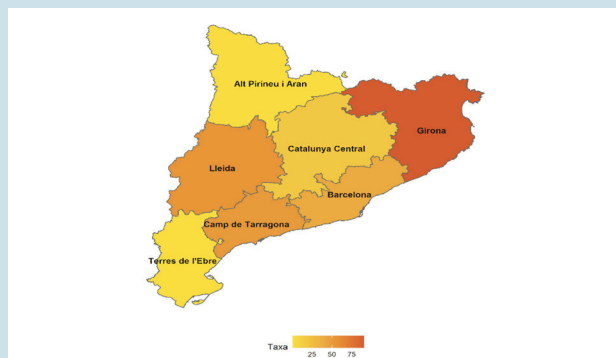
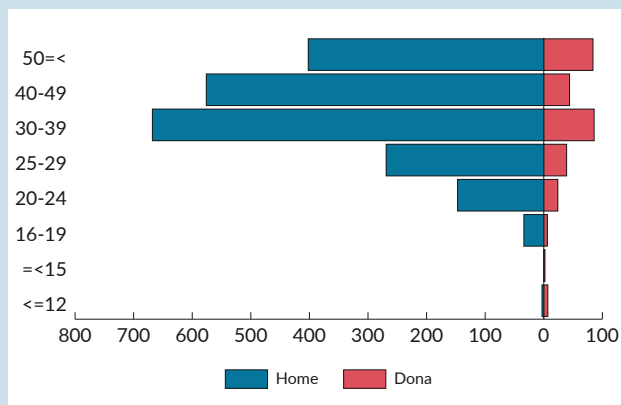


Figura 3 - Annex II. Distribució dels nous diagnòstics de sífilis infecciosa segons grup d'edat i sexe, Catalunya 2019

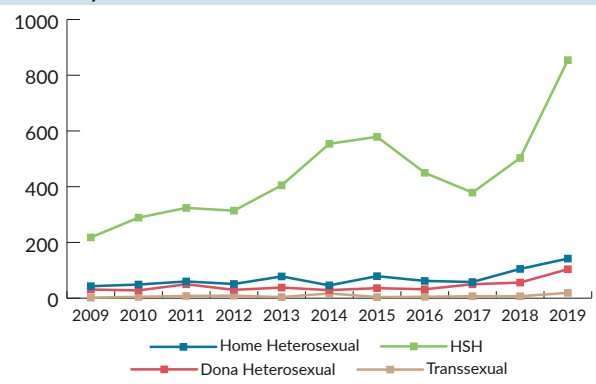


Les tendències dels casos de sífilis segons grup de transmissió al 2019, mostren uns valors per tots els grups que són el doble als que presentaven al 2010. Respecte el 2018, al 2019 s'observen augments

significatius en tots les grups, HSH i homes i dones heterosexuales passant de 503 a 854, de 105 a 142 i de 56 a 104 casos respectivament (Figura 4 - Annex II).

En relació als casos de sífilis coinfectats amb VIH segons grup de risc, s'observa també un augment a partir de l'any 2014 tant en global com per HSH i homes i dones heterosexuales. Respecte el 2018, al 2019 el percentatge de coinfecció amb el VIH s'ha mantingut estable en el global, passant del 37% al 2018 al 36% al 2019 i disminuint en els HSH i dones i homes heterosexuales: de 44% a 27% en HSH i del 10% a 6%, respectivament.

Figura 4 - Annex II. Evolució dels nous diagnòstics de sífilis infecciosa segons grup de transmissió, Catalunya 2019



Gonocòccia

L'any 2019 es van notificar 5.806 casos de gonocòccia a Catalunya amb una taxa de 76,2 casos per cada 100.000 habitants i un increment en el número de casos del 25,8% respecte l'any 2018 (Figura 1 - Annex II).

La regió Sanitària de Barcelona va notificar el 87% dels casos amb una taxa de 100,8 casos incidents per 100.000 habitants. La distribució per taxa segons regió Sanitària resta de la següent manera: Lleida (24,2), Alt Pirineu i Aran (9,6), Camp de Tarragona (29,9), Terres de l'Ebre (15,1), Catalunya Central (30,3), Girona (28,6) (Figures 2 i 5 - Annex II) (Taula 1 - Annex II).

La taxa global de gonocòccia ha incrementat, passant de 7,1 per 100.000 habitants l'any 2010 a 76,20 casos al 2019 (de 531 a 5.806 casos), augmentant amb una mitjana interanual del 31% tot i que la raó home:dona a disminuït de 6 a 3,7 durant el període indicant un increment proporcionalment superior en dones que en homes. La mitjana d'edat dels casos va ser de 31 anys. El 39% del total de casos notificats al 2019 tenien entre 20-29 anys, un 10% eren menors de 20 any (Figura 6 - Annex II).

El percentatge de casos de gonocòccia en immigrants ha anat disminuint gradualment del 46%

Figura 5 - Annex II. Distribució de la taxa per 100.000 habitants de gonocòccia segons Regió Sanitària, Catalunya 2019

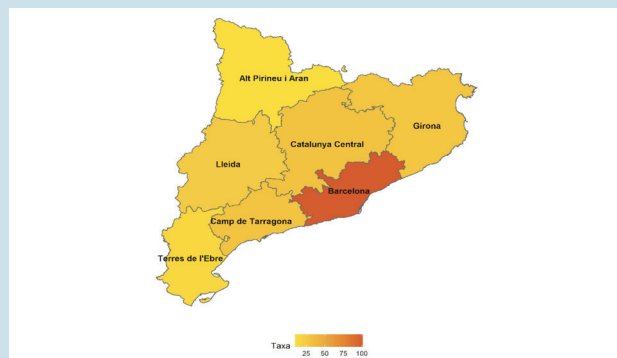


Figura 6 - Annex II. Distribució dels nous diagnòstics de gonocòccia segons grup d'edat i sexe, Catalunya 2019

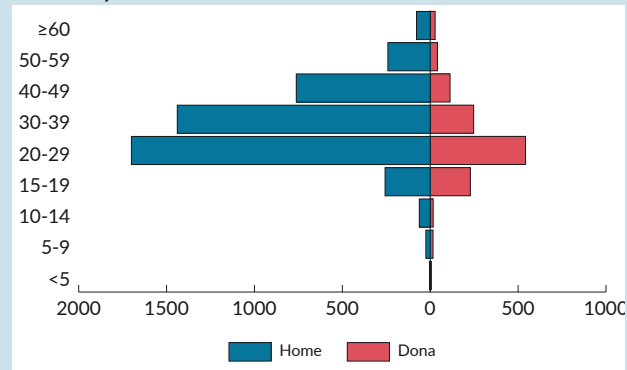
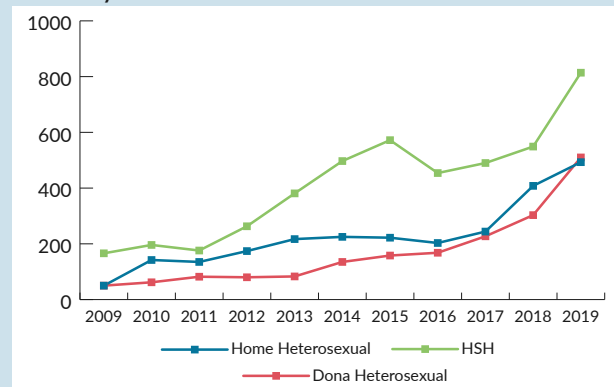


Figura 7 - Annex II. Evolució dels nous diagnòstics de gonocòccia segons grup de transmissió, Catalunya 2019



al 2010 al 23% al 2019. D'entre els immigrants, la majoria provenien de països de l'Amèrica Llatina i Carib (62%).

Les tendències dels números de casos de gonocòccia segons grup de transmissió entre el 2010 i 2019 mostren que durant el període els casos s'han multiplicat per 4 en HSH i homes heterosexuals, i s'han multiplicat en dones fins a 8 vegades. Respecte els valors de 2018, al 2019 el grup de transmissió que ha mostrat un increment superior són les dones heterosexuals que han passat de 303 a 510 casos, un increment del 68% (Figura 7 - Annex II).

Les tendències en el nombre de coinfeccions amb VIH entre els nous diagnòstics de gonocòccia mostren una tendència estable entre el 2010 i el 2019, tant globalment com en HSH i homes i dones heterosexuals, passant del 2010 del 12%, 27% i 1% respectivament, al 11%, 27% i 3% respectivament, l'any 2019.

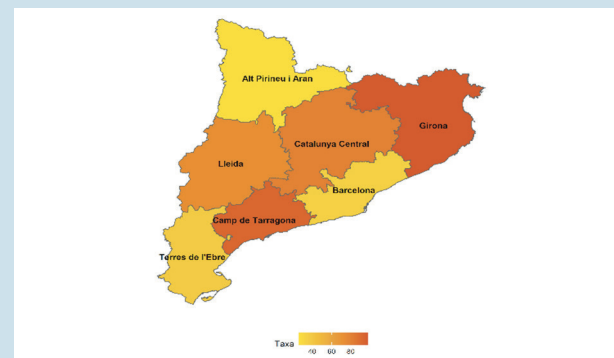
Clamídia

L'any 2019 es van notificar 10.660 casos de clamídia a Catalunya, amb una taxa de 139,9 casos per cada 100.000 habitants i un increment en el número de casos del 49,6% respecte l'any 2018 (Figura 1 - Annex II).

Tal i com succeeix en la resta d'ITS, la Regió Sanitària de Barcelona concentra el major percentatge de casos, 79% del total i una taxa de 167,9 casos incidents per 100.000 habitants. La distribució per taxa segons regió Sanitària resta de la següent manera: Lleida (72,0), Alt Pirineu i Aran (26,2), Camp de Tarragona (92,0), Terres de l'Ebre (38,0), Catalunya Central (79,5), Girona (97,5) (Figura 8 - Annex II) (Taula 1 - Annex II).

L'any 2019 es van notificar 10.660 casos d'infecció per *Chlamydia trachomatis*, el que representa una

Figura 8 - Annex II. Distribució de la taxa per 100.000 habitants de clamídia segons Regió Sanitària, Catalunya 2019



taxa global de 139,90 casos per 100.000 habitants. La taxa global de clamídia ha incrementat, passant de 55,00 casos per 100.000 habitants l'any 2016 a 139,90 casos al 2019. En el 2019 s'observa un increment de 2,5 vegades la taxa de l'any 2016 tant globalment com en homes i en dones. El 60% dels casos van ser dones i el 40% homes, essent les taxes de 164,1 i 114,6 casos per 100.000 habitants, respectivament. La raó home:dona va ser de 0,6 i s'ha mantingut estable en el període 2016-2019. La mitjana d'edat dels casos va ser de 26 anys. El 47% del total de casos notificats al 2019 tenien entre 20-29 anys i un 24% eren menors de 20 anys (Figura 9 - Annex II).

Del total de casos que constava el país d'origen (44%), el 28% dels casos es van notificar en persones nascudes fora de l'Estat espanyol. Del total (1.343), el 69% pertanyien a persones originàries de països d'Amèrica Llatina i Carib i un 11% del nord d'Àfrica. Del total de casos notificats, l'enquesta epidemiològica es va complimentar en el 50% dels

Figura 9 - Annex II. Distribució dels nous diagnòstics de clamídia segons grup d'edat i sexe, Catalunya 2019

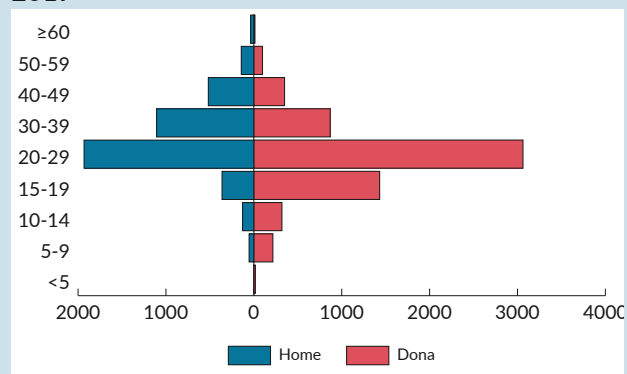
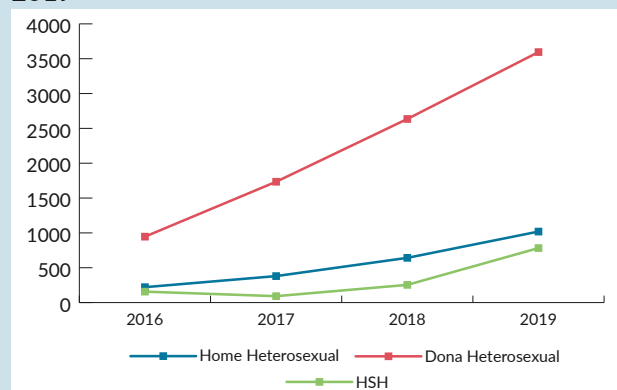


Figura 10 - Annex II. Evolució dels nous diagnòstics de clamídia segons grup de transmissió, Catalunya 2019



HSH, homes i dones heterossexuals respectivament, respecte l'any 2016 al 2019 (Figura 10 - Annex II).

La proporció de casos de clamídia amb una coinfecció pel VIH en el moment del diagnòstic va ser del 4,9% (complimentació de variable 29%).

Limfogranuloma veneri

L'any 2019, es van notificar 340 casos de LGV a Catalunya el que representava una taxa de 4,4 casos per cada 100.000 habitants i un increment en el número de casos del 54,5% respecte l'any 2018 (Figura 1 - Annex II). La regió Sanitària de Barcelona va concentrar el 92,2% dels casos notificats amb una taxa de 6,2 casos per cada 100.000 habitants. La distribució per taxa segons regió Sanitària resta de la següent manera: Lleida (1,1), Alt Pirineu i Aran (0), Camp de Tarragona (0,8), Terres de l'Ebre (2,2), Catalunya Central (0,9), Girona (0,6) (Figura 11 - Annex II) (Taula 1 - Annex II).

L'any 2019, es van notificar 340 casos de LGV, el que representa una taxa global de 4,46 casos per 100.000 habitants. La taxa global ha incrementat, passant de 0,37 casos per 100.000 habitants l'any 2010 a 4,46 casos al 2019. En el 2019 s'observa un increment de 12 vegades la taxa de l'any 2010. El 98% dels casos van ser homes, essent les taxes de 8,97 per cada 100.000 habitants per als homes i de 0,13 casos per a les dones. La raó home:dona va ser de 67. La mitjana d'edat dels casos va ser de 34 anys. El 30% del total de casos notificats al 2019 tenien entre 20-29 anys i un 10% eren menors de 20 anys (Figura 12 - Annex II).

Del total de casos en que constava el país d'origen (68%), el 36% dels casos es van notificar en persones

casos. D'aquests, l'orientació sexual més freqüent per l'any 2019 va ser dones heterossexuals (66%) seguit dels homes heterossexuals (20%) i dels HSH (14%). Aquests valors es van multiplicar per 5,4 i 3 en

nascudes fora de l'Estat espanyol. Del total (84), el 56% pertanyien a persones originàries de països d'Amèrica Llatina i Carib i un 26% d'Europa occidental.

Figura 11 - Annex II. Distribució de la taxa per 100.000 habitants de limfogranuloma veneri segons Regió Sanitària, Catalunya 2019

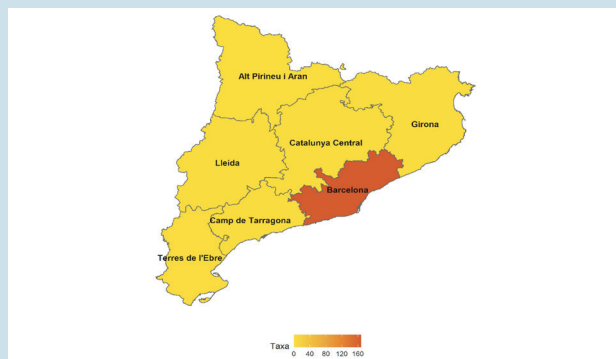
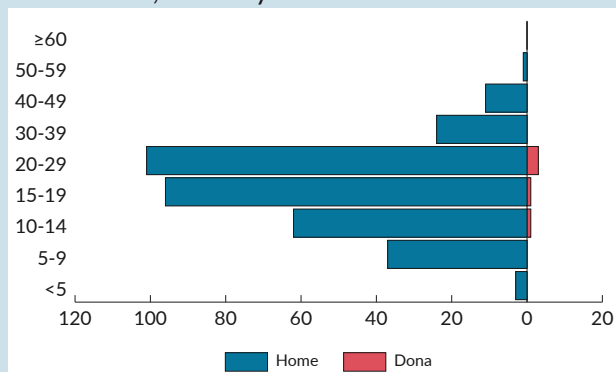


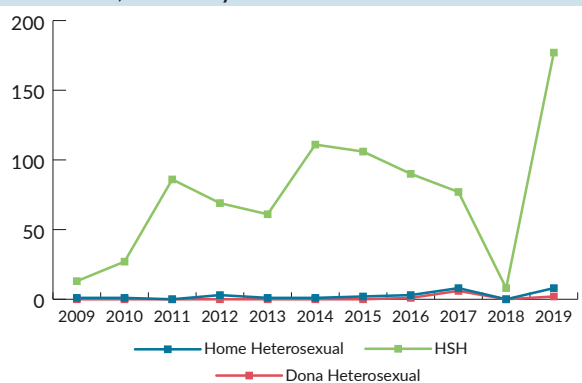
Figura 12 - Annex II. Distribució dels nous diagnòstics de limfogranuloma veneri segons grup d'edat i sexe, Catalunya 2019



Del total de casos notificats, l'enquesta epidemiològica es va complimentar en el 55% dels casos. D'aquests, l'orientació sexual més freqüent per l'any 2019 van ser els HSH (95%) seguit dels homes i dones heterosexuales (5%). En el 2019 aquests valors es van multiplicar per 8 en HSH i per 6 en homes heterosexuales, respecte l'any 2010 (Figura 13 - Annex II).

La proporció de casos de LGV amb una coinfecció pel VIH en el moment del diagnòstic va ser del 63% (complimentació de la variable del 36%).

Figura 13 - Annex II. Evolució dels nous diagnòstics de limfogranuloma veneri segons grup de transmissió, Catalunya 2019



Clicant en aquest enllaç podreu accedir a la darrera versió de l'informe anual d'ITS amb les dades més actualitzades:

https://canalsalut.gencat.cat/web/.content/_A-Z/S/sida/enllasos/anual ITS.pdf

Annex III - Col·laboradors dels diferents sistemes d'informació

Subdirecció General de Vigilància i Resposta a Emergències en Salut Pública

Direcció General de Salut Pública (J.Mendioroz, G. Carmona, P. Ciruela)

Unitats de vigilància epidemiològica

UVE Barcelonès Nord i Maresme (I. Parrón); UVE Barcelona - Zona Sud (I. Barrabeig); UVE Vallès Occidental Vallès Oriental (R. Sala); UVE Regió Catalunya Central (M.Carol); Serveis Territorials de Salut a Girona (N. Camps, M. Company); Serveis Territorials de Salut a Lleida (P. Godoy); Serveis Territorials de Salut a Tarragona (S. Minguell); Serveis Territorials de Salut a Terres de l'Ebre (J. Ferràs); ASPB (C. Rius, P. Garcia de Olalla); Programa Salut Penitenciària, Direcció Assistencial. Institut Català de la Salut. Departament de Salut (E. Turú,R.A. Guerrero)

Dades de mortalitat

Registre de Mortalitat del Servei d'Informació i Estudis. Direcció General de Recursos Sanitaris. DS (R. Gispert, A. Puigdefàbregas, G. Ribas).

HIVSANG

Laboratori de Seguretat Transfusional. Banc de Sang i Teixits. Edifici Vall d'Hebron (S.Sauleda).

HIVPRESO

Programa Salut Penitenciària, Direcció Assistencial. Institut Català de la Salut. Departament de Salut (E. Turú , R. Guerrero).

REDAN 2019

Equip de treball: Cinta Folch i Jordi Casabona (CEEISCAT), Joan Colom, Xavier Majó, Ariadna Angulo (Subdirecció General de Drogodependències), Victòria González (Servei de Microbiologia HUGTiP/CEEISCAT), Montse Bartoli, Mercè Gotsens, Amaia Garrido (Agència de Salut Pública de Barcelona. Servei de Prevenció i Atenció a les Drogodependències), Albert Espelt (Universitat de Manresa (FUB)), Mercè Meroño (Fundació Àmbit Prevenció). Centres de Reducció de Danys que van participar en l'estudi: AIDE Terrassa, Alba Terrassa, Àmbit Prevenció, Arrels Lleida, ASAUPA'M Badalona i Santa Coloma, CAS Baluard, CAS Fòrum, CAS Garbivent, CAS Lluís Companys, CAS Vall d'Hebron, Centre de Reducció de Danys Robador, El Local La Mina, La Illeta Reus, Metzineres. Entrevistadores: Adriana Irurita, Anna Romaguera, Karlota Molina, Mairê Costa de Carli, Marisa Cebrián, Ona Gázquez, Paula Rodriguez, Sílvia Moreira.

HIVITS-TS 2018

Equip de treball: Cinta Folch, Evelin López, Jordi Casabona (CEEISCAT), Cristina Sanclemente (Fundació Àmbit Prevenció), Victòria González

(Servei de Microbiologia HUGTiP/CEEISCAT), Rosa Mansilla (Programa de Prevenció, Control i Atenció al VIH, les ITS i les Hepatitis Víriques, Agència de Salut Pública de Catalunya, Departament de Salut). Entitats col.laboradores: ACAS Girona, Actua Vallès Sabadell, Àmbit Prevenció-Programes ÀMBITdona i ÀMBITmaresme, Assexora't Tarragona, Associació Anti-sida Lleida, Corporació de Salut del Maresme-Selva), El lloc de la Dona, Programa Carretera (Hospital St. Jaume de Calella). Entrevistadors/es: Aina Turu, Alba Zamora, Anna Lara, Anna Rafel, Carmen Stanescu, Clara Rives, Clàudia Viñals, Elisabet Gazca, Helena Cascalló, Jaume Jiménez, Laura Sánchez, Marta Bessa, Marta García, Minerva Coronas, Míriam Sánchez, Míriam Tarruell, Sara Marí, Tatiana Gutiérrez, Thais Casals.

HIVUDVPT

Subdirecció General de Drogodependències, Departament de Salut (Xavier Majó, Regina Muñoz).

CT/NG-ASSIR

ASSIR SAP Bages- Berguedà- Solsonès (N. Crespo), ASSIR Hospital de Terrassa (S. Garcia), ASSIR Mataró (T. Gomez), ASSIR Garraf (E. Prats), ASSIR Anoia (I. Molina); ASSIR Osona (J. Grau, J. Tarrés), ASSIR Sabadell (R. Espelt), ASSIR Alt Penedès (M. Serbassi), ASSIR Mutua Terrassa (I. Jordà), ASSIR Muntanya-CAP Horta (M. Navales), CST (I. Cayuela), ASSIR Tarragona-Valls (G.March), ASSIR CAP Pare Claret (M. Escriche, C. Muxi), ASSIR Reus (D. Patricio), ASSIR Mollet(G. Falguera), ASSIR Cap-Numancia (J. Pelegrí), ASSIR Cerdanyola (C. Basset), BSA (A. AVECILLA), ASSIR Granollers (D. Guix), ASSIR Lleida (MJ. Garrofé), ASSIR Sta Coloma de Gramenet (P.

Blasco), Centre Jove Girona (M: Hernandez), CJAS (J. Baroja, MP. Oliver), Centre Jove Hospitalet de Llobregat (E. Arranz)

EMIS-2017

Enquesta Europea per Internet dirigida a homes que tenen relacions sexuals amb homes (European MSM Internet Survey (EMIS)). Grup de treball EMIS-2017 Espanya: Cinta Folch i Jordi Casabona (CEEISCAT), Sebastian Meyer i Rubén Mora (Associació Stop Sida), María C. Vázquez (Secretaría del Plan Nacional sobre el sida, Ministerio de Sanidad), Asunción Díaz (Instituto de Salud Carlos III, Centro Nacional de Epidemiología, Ministerio de Ciencia e Innovación). Equip de treball EMIS-2017 Europa: Axel J. Schmidt, Ford Hickson, David Reid, i Peter Weatherburn (Sigma Research, LSHTM, en col·laboració amb Uli Marcus i Susanne B. Schink (Robert Koch Institute).

Estudi SEXCAT

Entitats que formen part del comitè primer de desembre participants al projecte SEXCAT: Associació Benestar i Desenvolupament (ABD), ASSEXORA'TGN, Associació Antisida de Lleida, Fundació Àmbit Prevenció, Fundació Salut i Comunitat, Fundación Lucía por el Sida Pediátrico (FLUSIP), Centre Jove d'Anticoncepció i Sexualitat (CJAS), Joves per a la igualtat i la solidaritat (JIS), SIDA STUDI i Actúa Vallès.

SWEETIE

Grup de treball: S de Sanjosé, L Alemany, MA Pavón, S Paytubi, V Rodríguez, M Vergara (PREC,

ICO, Hospitalet de Llobregat); J Casabona C Folch, L Ferrer , V González , R Muñoz (CEEISCAT); E Martró, V Saludes, S Gonzalez, A. Antuori (Servei de Microbiologia, Laboratori Clínic Metropolitana Nord, Hospital Universitari Germans Trias i Pujol, IGTP, Badalona), L Villegas, A Morales, M Villar, H Adell, FM Perez (STOP SIDA, Barcelona); M Meroño, M Cebrián (Fundació Àmbit Prevenció, Barcelona), JC Galán (Hospital Universitario Ramón y Cajal, Madrid); F González (FISABIO, Universitat de Valencia, València); M Alberny (Gerència Territorial de Barcelona, Institut Català de la Salut, Barcelona); MJ Barbará (Unitat VIH/ITS Drassanes -Vall d'Hebrón, Barcelona).

SEXCOHORT

Grup de treball: J Casabona C. Folch L Ferrer, V González, R Muñoz, L Egea, JV Mesías (CEEISCAT), E Martró, V Saludes, S Gonzalez, A Antuori (Laboratorio Clínico Metropolitana Norte, Hospital Universitario Germans Trias i Pujol), L Alemany, MA Pavón, S. Paytubi, A Esteban, M Vergara, V Rodriguez, F Morey, S Tous, A Montoliu, S de Sanjosé (Programa de Recerca d'Epidemiologia del Càncer (PREC), Institut Català d'Oncologia (ICO), L Villegas, M Villar , H Adell (STOP SIDA), M Meroño, M Cebrián, C Carrascal (Fundació Àmbit Prevenció); E Longares (Gais positius), L Martínez (Metges del Món), R Almirall (Servei Trànsit); R Mansilla (Agència de Salut Pública de Catalunya).

Laboratoris de Catalunya (HIVLABCAT)

Laboratori Clínic L'Hospitalet (Dra. Eva Dopico); Laboratori d'Anàlisis Clíniques, Hospital Universitari Arnau de Vilanova (Dr. Joan Ferré); Laboratori

ICS Camp de Tarragona (Dra. Carmen Molina); Laboratori de Referència Sud (Dr. Josep M Simó i Siso); Laboratori Clínic Hospital Verge de la Cinta (Dra. M^a José Centelles); Laboratori Clínic Territorial de Girona (Dra. Dúnia Pérez del Campo); Servei d'anàlisis clíniques i microbiologia, Hospital de Sant Jaume (Calella) (Dra. Joana Massa); Servei d'Anàlisis Clíniques, Secció de Microbiologia, Hospital de Mataró (Dra. Goretti Sauca); Servei de Microbiologia del Laboratori Clínic de la Metropolitana Nord (LCMN) de l'Hospital Universitari Germans Trias i Pujol (Dra. Lurdes Mata); Servei de Microbiologia Hospital Universitari de Bellvitge (Dra. Laura Calatayud); Laboratori Clínic, Hospital General de Granollers (Dra. M^a Carme Villà); Laboratori Clínic del Consorci Hospitalari de Vic (Dra. Maria Navarro); Laboratori Althaia Xarxa Assistencial de Manresa (Dra. Mireia Sansalvador Martorell; Dra. Fina Franquesa Rabat); Servei d'anàlisis clíniques UDIAT-CD, Corporació Sanitària Parc Taulí (Dra. M^a José Amengual); Laboratori de Microbiologia, Hospital de la Santa Creu i Sant Pau de Barcelona (Dra. Núria Margall); Laboratori de Microbiologia, Hospital Clínic (Dr. Josep Costa); Laboratori de Referència de Catalunya (Dr. Miguel Mico Garcia; Dra. Mireia Canal Aranda); Laboratori de Microbiologia; Hospital General de la Vall d'Hebrón (Dra. Estrella Caballero; Ariadna Rando); Laboratorio Dr. F. Echevarne Análisis, SA (Dr. Jordi Giró); Consorci del Laboratori Intercomarcal de L'Alt Penedès-Anoia-Garraf (Dr. Miguel Ángel Benítez; Dra. Alba Cebollero)

Centres de diagnòstic i consell assistit de Catalunya (HIVDEVO)

Associació Antisida de Lleida (Anna Rafel); Associació Ciutadana Anti-Sida de Catalunya (ACASC) (Jaime Quezadas); Associació Comunitària antisida de

Girona (ACAS Girona) (Anna Lara); Actuavallès (Júlia Collignon); Àmbit Prevenció, Servei Àmbit Dona (Mercè Meroño); Associació Comunitària de Salut Sexual del Camp de Tarragona (Assexora'TGN) (Lluís Romero); Centre Jove d'Atenció a les Sexualitats (CJAS) (Jordi Baroja); Creu Roja Tarragona (Elena Manrique); Gais Positius (William Mejías; Ander Pazos; Joaquim Roqueta); CAS/ARD Lluís Companys, Creu Roja Barcelona (Patricia Colomera, Lorena Andreo); Gay Sitges Link (Pedro Martín); Stop Sida (Héctor Adell); Mediterrània LGTBI (Àngel Joan Ros); BCN-Checkpoint (Ferran Pujol, Michael Meulbroek, Jorge Sáez)

Grup d'estudi PISCIS

Investigadors Principals: J. Casabona (CEEISCAT), Josep M. Miró (Servei de Malalties Infeccioses, Hospital Clínic de Barcelona - IDIBAPS. Universitat de Barcelona).

Coordinadora del projecte: Juliana Reyes Urueña (CEEISCAT).

Coordinador de camp: Andreu Bruguera Riera (CEEISCAT).

Protecció de dades i suport tècnic: Esteve Muntada (CEEISCAT).

Gestió de dades i anàlisi estadístic: Sergio Moreno, Yesika Díaz, Jordi Aceitón (CEEISCAT).

Comitè executiu: J. Casabona, A. Esteve, J. Reyes-Urueña, A. Bruguera, S. Moreno (CEEISCAT), JM. Miró (Hospital Clínic-Idibaps, Universitat de Barcelona), Arkaitz Imaz (Unitat de VIH i ITS, Servei de Malalties Infeccioses, Hospital Universitari de

Bellvitge, IDIBELL), Pere Domingo (Unitat de VIH / SIDA Hospital de la Santa Creu i Sant Pau), Josep Maria Llibre (Fundació Lluita contra la Sida-Hospital Universitari Germans Trias i Pujol-Universitat Autònoma de Barcelona), Melchor Riera Jaume (Servei Medicina Interna, Hospital Universitari Son Espases), Gemma Navarro (Unitat de VIH / SIDA, Corporació Sanitària i Universitària Parc Taulí-Universitat Autònoma de Barcelona), Cristina Cortés (Unitat de VIH, Hospital General d'Hospitalet), Vicenç Falcó Ferrer (Servei de Malalties Infeccioses, Hospital Universitari Vall d'Hebron, Vall d'Hebron Research Institute (VHIR)), Hernando Knobel (Servei de Malalties Infeccioses, Hospital del Mar).

Comitè Científic (CC): Josep Mallolas (Hospital Clínic-IDIBAPS-Universitat de Barcelona), Daniel Podzamczar, Juan Tiraboschi (Hospital Universitari de Bellvitge-IDIBELL), Adrià Curran, Joaquín Burgos (Hospital Universitari Vall d'Hebron), Maria Gracia Mateo, Maria del Mar Gutierrez, (Hospital de la Santa Creu i Sant Pau), Javier Murillas (Hospital Son Espases de Mallorca), Francisco Homar, Mercedes García-Gasalla (Hospital Son Llàtzer), Eva González (Hospital de Santa Maria), Joaquim Peraire, Francesc Vidal (Hospital Joan XXIII), Lluís Force (Hospital de Mataró-Consorci Sanitari del Maresme) Elena Leon (Consorci Sanitari Integral) Àngels Masabeu (Hospital de Palamós), Ingrid Vilaró (Hospital General de Vic), Amat- Joaquim Orti (Hospital Verge de la Cinta de Tortosa), David Dalmau, Àngels Jaen (Hospital Universitari Mútua Terrassa), Elisabet Deig (Hospital General de Granollers).

Maneig de dades, suport tècnic i anàlisi estadística en els hospitals: Elisa De Lazzari, Leire Berrocal (Hospital Clínic-IDIBAPS-Universitat de Barcelona), Guillem Fernandez (Hospital Universitari de Bellvitge-IDIBELL), Lucía Rodríguez Vázquez

(Hospital Universitari Vall d'Hebron), Freya Gargoulas, Toni Vanrell (Hospital Son Espases y Hospital Son Llàtzer), Jose Carlos Rubia (Consorti Sanitari Integral), Josep Vilà (Serveis de Salut Integrats Baix Empordà), Marina Martínez (Hospital Universitari Mútua Terrassa), Bibiana Morell (Hospital de Santa Maria), Maribel Tamayo (Hospital General de Granollers).

Col·laboradors Clínics: Juan Ambrosioni, Montse Laguno, María Martínez-Rebollar, José Luis Blanco, Felipe Garcia, Esteban Martínez, Berta Torres, Lorena de la Mora, Alexy Inciarte, Ainoa Ugarte, Iván Chivite, Ana González-Cordon, Lorna Leal (Hospital Clínic-IDIBAPS-Universitat de Barcelona), Antoni Jou (Fundació Lluita contra la Sida-Fundació IrsiCaixa-Hospital Universitari Germans Trias i Pujol-Universitat Autònoma de Barcelona), Maria Saumoy, Ana Silva, Sofia Scévola (Hospital Universitari de Bellvitge-IDIBELL), Jordi Navarro, Paula Suanzes (Hospital Universitari Vall d'Hebron), Isabel Mur (Hospital de la Santa Creu i Sant Pau), Maria Àngels Ribas, Antoni A Campins, Francisco Fanjul, María Leyes, María Peñaranda, María Luisa Martín, Helem Haydee Vilchez (Hospital Son Espases de Mallorca), Sònia Calzado, Manel Cervantes, M. José Amengual, Marta Navarro (Corporació Sanitària i Universitària Parc Taulí-Universitat Autònoma de Barcelona), Antoni Payeras, Carmen Cifuentes (Hospital Son Llàtzer), Nadia Abdulghani, Thaïs Comella, Rocio Sola (Hospital de Santa Maria), Montserrat Vargas, Consuleo Viladés, Anna Martí (Hospital Joan XXIII), Pilar Barrufet, Laia Arbones (Hospital de Mataró-Consorci Sanitari del Maresme), Elena Chamarro (Hospital Verge de la Cinta de Tortosa), Mireia Cairó, Xavier Martínez-Lacasa, Roser Font (Hospital Universitari Mútua Terrassa), Lizza Macorigh (Hospital General de Granollers).

Representants de la societat civil: Sebastián Meyer (STOP SIDA) i Juane Hernández (GTT), en representació del Comitè 1er de Desembre.
AERIVIH

Laboratoris: Laboratori Clínic Manso. Barcelona (I. Rodrigo); Consorci Laboratori Intercomarcal de l'Alt Penedès, l'Anoia i el Garraf (M.Á. Benítez, A. Cebollero); Hospital Clínic - IDIBAPS (T. Pumarola); Hospital Universitari de Bellvitge - Institut d'Investigació Biomèdica de Bellvitge (IDIBELL) (A. Casanova); HUGTIP (E. Martró, L. Matas, V. González, V. Ausina); Hospital Universitari Vall d'Hebron (E. Caballero); Hospital de la Santa Creu i Sant Pau (N. Margall); Hospital Universitari Arnau de Vilanova (J. Farré); Hospital de Mataró (M.G. Sauca); Hospital de Tortosa Verge de la Cinta (X. Ortín); Corporació Sanitària Parc Taulí (M.J. Armengual); Hospital de Palamós (J.M. Prats); Hospital General de Vic (M. Navarro); Hospital Universitari de Sant Joan de Reus (J.M. Simó); Hospital General de l'Hospitalet (E. Márquez).

Clínics: Hospital Clínic - IDIBAPS (J.M. Miró, F. Agüero, O. Sued, M. López-Diéguez, C. Manzardo, J.M. Gatell); Hospital Universitari de Bellvitge - IDIBELL (E. Ferrer, D. Podzamczar); HUGTIP (C. Tural, B. Clotet); Hospital Universitari Vall d'Hebron (E. Ribera); Hospital Comarcal de l'Alt Penedès (J.M. Guadarrama); Hospital de la Santa Creu i Sant Pau (P. Domingo, M.M. Gutiérrez, M.G. Mateo, J. Martínez); Hospital Universitari Arnau de Vilanova (T. Puig); Hospital de Mataró (P. Barrufet, L. Force); Hospital de Tortosa Verge de la Cinta (A. Ortí); Corporació Sanitària Parc Taulí (G. Navarro, F. Segura); Hospital de Palamós (À. Masabeu); Hospital Universitari de Sant Joan de Reus (B. Coll, C. Alonso Villaverde); Hospital General de l'Hospitalet (I. Garcia).

Community-based testing sites: Laboratori Sabater Tobella (R. Sala); SAPS - Creu Roja, Barcelona (O. Díaz, E. Adan); Associació Stop Sida (J. Bonilla, A. Morales); Projecte dels Noms – Joves positius, Barcelona (F. Pujol, J. Saz, M. Meulbroek); Associació Àmbit Prevenció, Barcelona (M. Meroño, S. Silva, C. Lazar); ACASC (J. Becerra, L. Leal); CJAS (R. Ros, A. Gutiérrez, M. Pérez); Actua Vallès (B. Alsina, A. Avellaneda, M. Sité); Gais Positius (J. Roqueta, V. Mateu, R. Araneda).

Resistències primàries als ARV i determinació de subtipus en els infectats (sub-projecte AERIVIH)

Hospital Clínic i Provincial de Barcelona (J.M. MirÓ, O. Sued, T. Pumarola, E. de Lazzari); Fundació IrsiCaixa (B. Clotet, L. Ruiz, T. Puig).

Laboratoris: Laboratori Clínic Manso (I. Rodrigo); Laboratori Clínic Cornellà de Llobregat (R. Navarro); Laboratori Clínic El Maresme (C. Rovira); Hospital Universitari de Bellvitge - IDIBELL (A. Casanova); Servei de microbiologia. HUGTIP (E. Martró, L. Matas, V. González, V. Ausina); Hospital Universitari Vall d'Hebron (E. Caballero); Hospital de la Santa Creu i Sant Pau (N. Margall); Hospital Universitari Arnau de Vilanova (J. Farre); Hospital de Mataró (M.G. Sauca); Hospital De Tortosa Verge de la Cinta (X. Ortin); Corporació Sanitària Parc taulí (M.J. Armengual); Hospital de Palamós (J.M. Prats); Hospital General de Vic (J.M. Euras); Hospital Universitari de Sant Joan de Reus (J.M. Simó); Hospital General de Granollers (M.C. Villa).

Clínics: Hospital Clínic-IDIBAPS (F. Agüero, M. López-Diéguez, J.M. Gatell); Hospital Universitari de Bellvitge – IDIBELL (E. Ferrer, D. Podzamczek); HUGTIP (C. Tural); Hospital Universitari Vall

d'Hebron (E. Ribera); Hospital de la Santa Creu i Sant Pau (P. Domingo); Hospital Universitari Arnau de Vilanova (T. Puig); Hospital de Mataró (P. Barrufet, L. Force); Hospital Ramon y Cajal, Madrid (C. Gutiérrez); Hospital de Tortosa Verge de la Cinta (A. Orti); Corporació Sanitària Parc Taulí (G. Navarro, F. Segura); Hospital de Palamós (A. Masabeu); Hospital Universitari de Sant Joan de Reus (B. Coll, C. Alonso Villaverde); Hospital General de Granollers (S. Montull).

Centres de cribratge alternatius: Laboratori Sabater Tobella (R. Sala); Projecte dels Noms – Joves positius (F. Pujol, J. Saz), CJAS (R. Ros).

NONOPEP

Hospital Clínic i Provincial de Barcelona (J.M. Gatell, F. Garcia, A. León); Hospital Universitari de Bellvitge (J.M. Ramon, C. Micheo); Hospital Universitari Vall d'Hebron (M. Campins, J.A. Rodriguez, X. Martinez).

NENEXP

Consorci Sanitari Clínic - Sant Joan de Déu (C. Fortuny, J.M. Pérez, J.M. Boguna, A. Noguera); Hospital Universitari Vall d'Hebron (M.C. Figueras, M. Casellas, P. Soler, A. Martin); Hospital del Mar. Barcelona (A. Mur, A. Paya); HUGTIP (C. Rodrigo, M. Mendez, N. Grane); Hospital General de Granollers (M.T. Coll); Corporació Sanitària Parc Taulí (V. Pineda); Hospital de Mataró (L. Garcia); Hospital Universitari Arnau de Vilanova (M.T. Vallmanya, T. Puig); Hospital Universitari Joan XXIII de Tarragona (A. Soriano, C. Bras, S. Veloso); Hospital Universitari de Sant Joan de Reus (F. Pagone); Universitat Ramon Llull (E. Sánchez), Unitat de Suport a la Recerca-

Direcció d'Atenció Primària Costa de Ponent (J. Almeda).

Projecte TÉSTATE

Grupo Trabajo sobre Tratamientos del VIH (gTt-VIH) (Juane Hernández, Miguel Ángel Vázquez); Gais Positius (William Mejías, Joaquim Roqueta); Stop Sida (Luis Villegas, Rubén Mora); Agència de Salut Pública de Barcelona (Patricia García de Olalla). Servei de Microbiologia, Laboratori Clínic Metropolitana Nord, Hospital Universitari Germans Trias i Pujol, IGTP, Badalona (Elisa Martró, Verònica Saludes, Anna Not).

Efecte del context socio-econòmic en la distribució de nous diagnòstics de VIH a Catalunya: Distribució espai-temporal amb ring maps

Grup de Recerca en Desigualtats en Salut-Employment Conditions Network (GREDS-EMCONET, UPF) (Joan Benach, Francesc Belvis, Mireia Julià, Juanma Pericàs); Departament de Geografia, Universitat de Barcelona (Núria Font); Institut Català d'Oncologia (Alexandra Montoliu, Núria Vives).

I molts altres professionals de la sanitat gracies a l'ajut i dedicació dels quals s'han pogut obtenir les dades aquí presentades.

Annex IV - Articles publicats 2015-2021

Clicant en aquest enllaç o escanejant el codi QR podreu accedir al llistat de publicacions del CEEISCAT en el període 2015-2021:

<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/collections/61188161/?sort=pubdate>



