Gaceta Sanitaria 40 (2026) 102589

Original

Evolución de los casos de infecciones de transmisión sexual en la ciudad de Barcelona (2007-2024): perfiles según el centro de declaración

Carles Pericas[a,b,c,d,*], David Palma[a,c,e], Marina Palau[a,f], Laura Aguirre-Cañas[a], Soledad Castell[a,g], Cristina Rius[a,c,d,f], María Grau[b,c], Anna de Andrés[a,c,d], Laura Collado-Quífer[a,d] y Lluís Forcadell-Díez[a,d,f]

[a] *Servei d'Epidemiologia, Agència de Salut Pública de Barcelona, Barcelona, España*
[b] *Facultat de Medicina i Ciències de la Salut, Departament de Medicina, Universitat de Barcelona, Barcelona, España*
[c] *CIBER de Epidemiología y Salud Pública (CIBERESP), España*
[d] *Institut de Recerca Sant Pau, Barcelona, España*
[e] *Department of International Health, Care and Public Health Research Institute, Maastricht University, Maastricht, The Netherlands*
[f] *Departament de Ciències Experimentals i la Salut, Facultat de Medicina i Ciències de la Vida, Universitat Pompeu Fabra, Barcelona, España*
[g] *Residencia de Epidemiología, Ministerio de Salud de la Nación Argentina, Buenos Aires, Argentina*

INFORMACIÓN DEL ARTÍCULO

Historia del artículo:
Recibido el 10 de diciembre de 2025
Aceptado el 9 de febrero de 2026

Palabras clave:
Infecciones de transmisión sexual
Vigilancia epidemiológica
Desigualdades en salud
Salud pública
Salud sexual

RESUMEN

Objetivo: Describir la evolución de los diagnósticos de infecciones de transmisión sexual de declaración individualizada en la ciudad de Barcelona entre 2007 y 2024, y analizar su asociación con variables sociodemográficas y tipo de centro de notificación.
Método: Análisis de tendencia temporal basado en datos poblacionales de los casos de sífilis, gonorrea, clamidiasis y linfogranuloma venéreo de la ciudad de Barcelona. Se calcularon tasas de incidencia anuales y razones de tasas de incidencia ajustadas mediante regresión de Poisson robusta, ajustando por variables sociodemográficas y estratificando por tipo de centro.
Resultados: El 44,3% de los diagnósticos se realizaron en atención comunitaria, el 30,6% en atención primaria y el 24,9% en atención hospitalaria. Los hombres concentraron el 78,6% de los casos, predominando en atención comunitaria, mientras que las mujeres se diagnosticaron sobre todo en atención primaria. En comparación con el grupo de 25-34 años, la probabilidad de ser diagnosticado en cualquier tipo de atención disminuyó con la edad. Haber nacido en América Central o del Sur aumentó la probabilidad de ser diagnosticado en atención primaria un 112% y en atención hospitalaria un 144%. Un nivel socioeconómico bajo incrementó en un 238% la probabilidad de ser diagnosticado en atención primaria.
Conclusiones: Los diagnósticos de infecciones de transmisión sexual en Barcelona presentan potenciales desigualdades según el sexo, el origen y el nivel socioeconómico, que se reflejan en el tipo de centro donde se diagnostican. La pandemia de COVID-19 parece haber amplificado estas brechas, desplazando la carga asistencial hacia los dispositivos comunitarios. Existe una necesidad de fortalecer la atención primaria y mejorar la coordinación entre dispositivos asistenciales para avanzar hacia un modelo de atención sexual más equitativo.

© 2026 SESPAS. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Este es un artículo Open Access bajo la licencia CC BY-NC-ND (http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/).

Evolution of sexually transmitted infections cases in the city of Barcelona (2007–2024): profiles by reporting centre

Keywords:
Sexually transmitted infections
Epidemiological surveillance
Health inequalities
Public health
Sexual health

ABSTRACT

Objective: To describe the evolution of individually notifiable sexually transmitted infections diagnoses in the city of Barcelona between 2007 and 2024, and to analyse their association with sociodemographic variables and the type of reporting centre.
Method: Temporal trend analysis based on population-level data on cases of syphilis, gonorrhoea, chlamydia and lymphogranuloma venereum in the city of Barcelona. Annual incidence rates and adjusted incidence rate ratios were estimated using robust Poisson regression, adjusting for sociodemographic variables and stratifying by type of centre.
Results: Overall, 44.3% of diagnoses were made in community-based services, 30.6% in primary care and 24.9% in hospital-based care. Men accounted for 78.6% of cases and were predominantly diagnosed in community settings, whereas women were mainly diagnosed in primary care. Compared with the 25–34-year age group, the probability of being diagnosed in any type of care setting decreased with increasing age. Being born in Central or South America was associated with a 112% higher probability of diagnosis in primary care and a 144% higher probability in hospital care. Low socioeconomic status was associated with a 238% higher probability of diagnosis in primary care.

* Autor para correspondencia.
Correo electrónico: cpericas@aspb.cat (C. Pericas).

https://doi.org/10.1016/j.gaceta.2026.102589
0213-9111/© 2026 SESPAS. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Este es un artículo Open Access bajo la licencia CC BY-NC-ND (http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/).

Conclusions: Sexually transmitted infections diagnoses in Barcelona show potential inequalities by sex, country of birth and socioeconomic level, which are reflected in the type of healthcare setting where diagnoses are made. The COVID-19 pandemic appears to have accentuated these patterns, with a relative shift in diagnostic activity towards community-based services. Strengthening primary care and improving coordination between healthcare settings are needed to move towards a more equitable model of sexual health care.

© 2026 SESPAS. Published by Elsevier España, S.L.U. This is an open access article under the CC BY-NC-ND license (http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/).

Introducción

En las dos últimas décadas, las infecciones de transmisión sexual (ITS) han experimentado un crecimiento global sostenido. En Europa, los casos se concentran especialmente en los grandes entornos urbanos[1–3]. Este incremento se asocia a mejoras diagnósticas y estrategias de cribado regular en individuos asintomáticos, a la reemergencia de infecciones históricamente controladas y a la aparición de nuevas ITS[4,5].

Diversos factores contribuyen a explicar los patrones actuales de distribución de las ITS en las sociedades urbanas contemporáneas. La distribución de las ITS en las zonas urbanas está influida por normas sociales y culturales que condicionan las prácticas sexuales, así como por relaciones de poder que determinan la exposición diferencial y el acceso a los servicios de salud sexual[6]. Las percepciones sobre los distintos dispositivos asistenciales influyen en la elección del tipo de servicio para el diagnóstico y están mediadas por factores como el género, la edad, la clase social, el país de nacimiento y la orientación del deseo, dando lugar no solo a una exposición desigual a las ITS, sino también a diferencias en el acceso y el recorrido por los servicios de atención a la salud sexual[7–9].

En la ciudad de Barcelona, durante los últimos 20 años, la incidencia de sífilis, gonorrea y clamidiasis ha aumentado progresivamente, y se han identificado brotes de nuevas ITS[4,5]. El sistema sanitario ha afrontado este aumento en un contexto de progresiva saturación, visible en particular en la atención primaria y en los servicios hospitalarios. Esta saturación no se explica solo por el aumento del número de casos, sino que se enmarca en procesos de privatización y recorte de recursos materiales, económicos y humanos[10]. La sindemia de COVID-19 supuso un punto de inflexión con consecuencias aún presentes en la actualidad, al limitar la actividad de cribado y el acceso presencial, y reducir temporalmente la capacidad diagnóstica y asistencial en salud sexual[11,12].

Los centros comunitarios de salud sexual son dispositivos que ofrecen servicios frecuentemente gestionados por entidades sin ánimo de lucro[13]. Su vínculo con colectivos clave, como los hombres gay, bisexuales y hombres que tienen sexo con hombres (GBHSH), las personas jóvenes, las personas trans, las personas que ejercen el trabajo sexual y las personas migrantes, ha permitido incluso ampliar la capacidad diagnóstica en un momento en que otros niveles del sistema sanitario estaban tensionados[14–16]. Desde la introducción de la profilaxis preexposición, estos dispositivos comunitarios han reforzado su rol como puntos de acceso a la atención en salud sexual[17].

La vigilancia epidemiológica de las ITS se inserta en el continuo de cuidados de las ITS[18] y ofrece una oportunidad para caracterizar estos patrones y analizar las desigualdades que los sostienen. Hasta la fecha existen pocos estudios que exploren cómo el centro que identifica y declara los casos se relaciona con variables sociodemográficas y con la evolución temporal de las ITS.

El objetivo de este estudio fue describir la evolución de los diagnósticos de ITS de declaración individualizada en la ciudad de Barcelona entre 2007 y 2024, y analizar su asociación con las variables sociodemográficas y con el tipo de centro de notificación.

Método

Diseño del estudio y población

Se realizó un análisis de tendencia temporal basado en datos poblacionales procedentes de los registros de vigilancia epidemiológica de los casos de ITS en la ciudad de Barcelona durante el periodo 2007-2024.

Definición de caso

Se consideraron «casos diagnosticados» tanto los confirmados como los probables. Se definió «caso confirmado» cuando había detección en laboratorio de *Chlamydia trachomatis, Neisseria gonorrhoeae, Treponema pallidum* o serovariedades L1, L2 o L3 de *C. trachomatis* para linfogranuloma venéreo. Se definió como «caso probable» toda notificación realizada por profesionales de centros sanitarios, públicos o privados, correspondiente a una persona con síntomas clínicamente compatibles con la infección, especialmente cuando existía un vínculo epidemiológico con un caso confirmado[19].

Fuentes y variables

Los casos de ITS incluidos en este estudio proceden del Repositorio Epidemiológico de la Agència de Salut Pública de Barcelona, que integra las declaraciones obligatorias realizadas por los distintos centros del conjunto del sistema sanitario catalán. Se incluyeron todos los casos de ITS correspondientes a personas residentes en la ciudad de Barcelona. La variable dependiente fue los casos de ITS registrados en dicho repositorio. Las variables explicativas analizadas fueron la fecha de diagnóstico, el sexo, la edad en el momento del diagnóstico, el país de nacimiento, el distrito de residencia y la orientación del deseo, categorizada como heterosexual, homosexual o bisexual. La edad se recategorizó en grupos de <15, 15-24, 25-34, 35-44, 45-54, 55-64 y ≥ 65 años. El país de nacimiento se clasificó según las regiones geográficas adaptadas de las Naciones Unidas: España, resto de Europa, América del Norte, América Central y del Sur, África, Asia y Oceanía. El distrito de residencia se codificó de acuerdo con el nivel de renta familiar disponible en tres categorías: alta, media o baja[20].

Para la población de referencia, las variables sexo, edad, país de nacimiento y distrito de residencia se obtuvieron del Padrón Municipal. Para el cálculo de las incidencias anuales se usó el padrón del año correspondiente, mientas que para la modelización se usó el padrón de 2015, considerado como punto medio del periodo de estudio, dada la estabilidad demográfica de la ciudad a lo largo del periodo y con el objetivo de garantizar la comparabilidad temporal de las tasas. Esta fuente no dispone de información sobre orientación del deseo, por lo que dicha variable no se incluyó en los análisis poblacionales.

La variable de estratificación fue el centro de declaración, clasificado en tres categorías: atención primaria (incluyendo los centros de atención primaria y los servicios de atención a la salud sexual y reproductiva), atención comunitaria (que incluyó entidades como Checkpoint, el Centre Jove d'Atenció a les Sexualitats y Drassa-

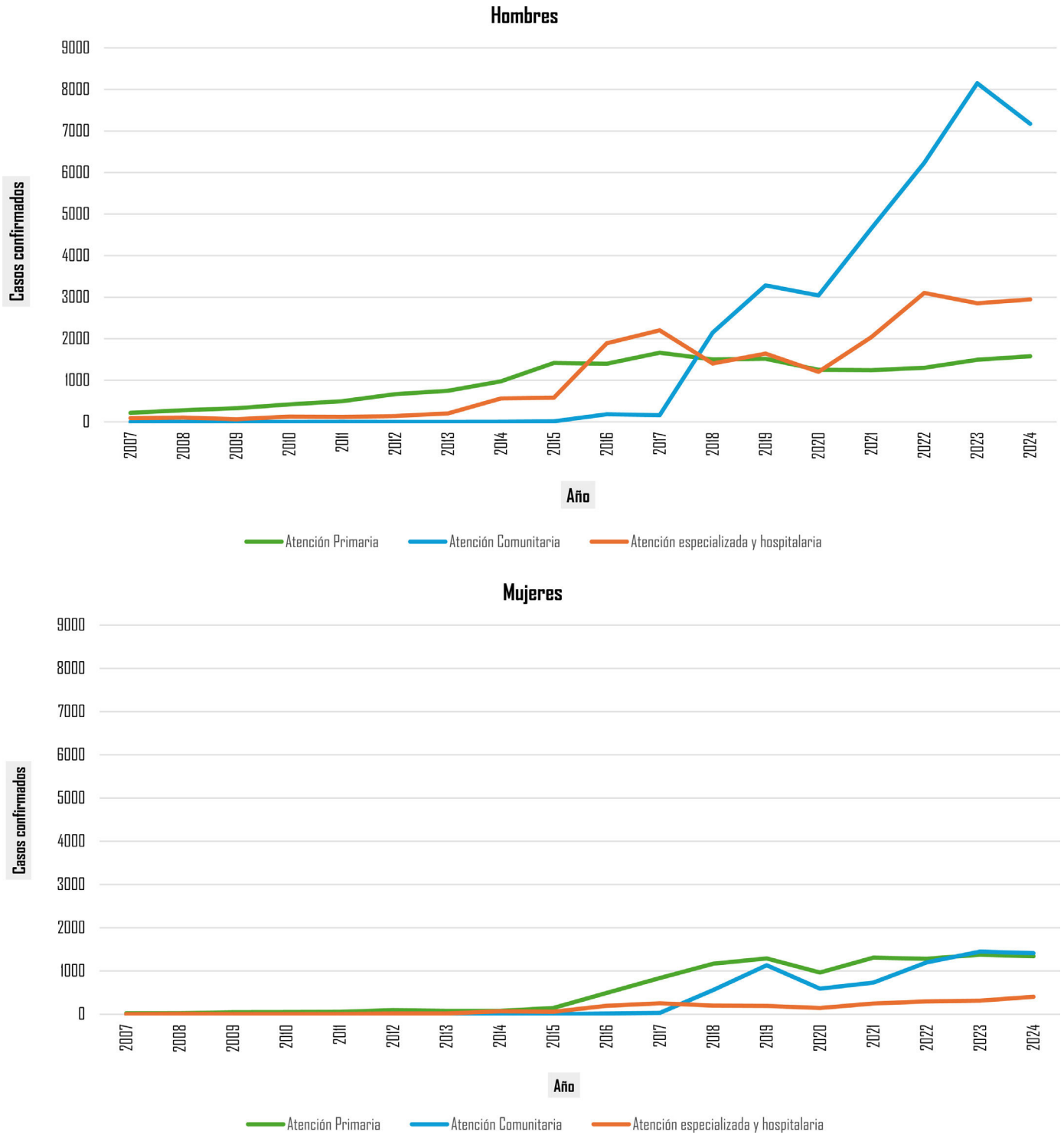

Figura 1. Número de casos confirmados anualmente de infecciones de transmisión sexual, según tipo de centro de declaración y sexo. Ciudad de Barcelona, 2007-2024.

nes Exprés) y atención hospitalaria o especializada (tanto la red hospitalaria pública y privada como las clínicas especializadas en ginecología). Se puede consultar la clasificación de los centros en el Material Suplementario.

Análisis estadístico

Se realizó un análisis descriptivo univariado y bivariado, estratificado por sexo e incluyendo los valores perdidos. Se calcularon las tasas de incidencia anuales para cada ITS, con sus intervalos de confianza del 95% (IC95%). Se ajustaron modelos bivariados y multivariados mediante regresión de Poisson robusta[21], a partir de los cuales se estimaron las razones de tasas de incidencia crudas (RIc) y ajustadas (RIa), también con sus respectivos IC95%. Los modelos de regresión utilizados fueron los siguientes:

$$\log(y) = \beta 0 + \beta 1 \cdot xi \ldots + \beta p \cdot xp + \varepsilon \log y = \beta 0 + \beta 1 \cdot xi \ldots + \beta p \cdot xp + \varepsilon$$

siendo y la variable dependiente, x cada variable explicativa por la cual se ajusta el modelo (sexo, grupo de edad, región de nacimiento o renta del distrito), β los coeficientes del modelo y ε el error aleatorio. Los modelos se estratificaron según el centro de declaración, y además se obtuvieron los totales.

En los modelos, mediante el test de Wald se exploraron las interacciones del sexo y la edad, la región de nacimiento y la renta del distrito de nacimiento.

Consideraciones éticas

Este estudio se realizó bajo la autoridad del artículo 5.b del Decreto 203/2015, de 15 de septiembre, aprobado por el Parlament de Catalunya, mediante el cual se crea la Red de Vigilancia Epidemiológica y se regulan los sistemas de notificación de enfermedades de declaración obligatoria y de brotes epidémicos. Fue revisado y aprobado por la Comisión de Bioética de la Universitat de Barcelona (IRB00003099).

Resultados

Análisis descriptivo

Durante el periodo de estudio se diagnosticaron 95.167 casos de ITS, de las cuales 74.936 (78,6%) correspondieron a hombres y 20.231 (21,4%) a mujeres. La figura 1 muestra la distribución anual de los casos confirmados de ITS según el tipo de centro de declaración y el sexo, con un aumento sostenido y generalizado a partir de 2015 y un breve marcado descenso en 2020, coincidiendo con el punto álgido de la pandemia.

La tabla 1 resume las características sociodemográficas y clínicas de los casos. Los hombres fueron diagnosticados principalmente en centros comunitarios (46,8% de los casos en hombres), mientras que las mujeres se diagnosticaron mayoritariamente en centros de atención primaria (52,7% de los casos en mujeres).

En los hombres, los diagnósticos en atención comunitaria fueron superiores a los de otros tipos de centro entre los 15 y los 54 años, mientras que en las mujeres la atención primaria concentró más diagnósticos entre los 15 y los 44 años (Fig. 2).

La población nacida fuera de España presentó una mayor frecuencia relativa de diagnóstico en atención especializada y hospitalaria. La población española se diagnosticó con mayor frecuencia en atención comunitaria. Se identifica un gradiente según la renta del distrito de residencia, diagnosticándose más casos en los de renta baja.

En relación con la orientación del deseo, un 88,5% de los casos en hombres correspondieron a GBHSH, mientras que el 89,5% de las mujeres refirieron tener sexo solo con hombres. Del total de los casos, solo en el 49,4% se disponía de información registrada sobre la orientación del deseo.

Modelización

En la tabla 2 se presentan las RIc y las RIa según las características sociodemográficas y el tipo de centro. En todos los tipos de centro se observó una asociación positiva con el hecho de ser hombre frente a ser mujer. Esta asociación se mantuvo en el análisis global de la ciudad de Barcelona (RIa = 4,05; IC95%: 3,21-5,11).

En comparación con el grupo de 25-34 años, la probabilidad de ser diagnosticado en los distintos tipos de atención disminuyó con la edad. En relación con haber nacido en España, nacer en el resto de Europa aumentó significativamente las probabilidades de ser diagnosticado en los tres tipos de centro: un 133% en atención primaria (RIa = 2,33; IC95%: 1,7-3,1), un 65% en atención comunitaria (RIa = 1,65; IC95%: 1,2-2,3) y un 192% en atención especializada u hospitalaria (RIa = 2,92; IC95%: 2,1-4,1). Nacer en América Central o del Sur también aumentó significativamente las probabilidades de ser diagnosticado en atención primaria, en un 112% (RIa = 2,12; IC95%: 1,6-2,7), y en un 144% en atención especializada u hospitalaria (RIa = 2,44; IC95%: 1,7-3,4). Por otro lado, haber nacido en África aumentó significativamente las probabilidades de ser diagnosticado en atención primaria, en un 45% (RIa = 1,45; IC95%: 1,1-1,9), pero con una disminución significativa del 42% en atención comunitaria (RIa = 0,58; IC95%: 0,4-0,8). Asimismo, nacer en Asia se relacionó con una reducción significativa de la probabilidad de ser diagnosticado en atención primaria, en un 41% (RIa = 0,59; IC95%: 0,5-0,8), del 75% en atención comunitaria (RIa = 0,25; IC95%: 0,2-0,3) y del 56% en atención especializada u hospitalaria (RIa = 0,44; IC95%: 0,3-0,6).

Por lo que refiere a la renta del distrito de residencia, en comparación con el nivel socioeconómico alto, presentar un nivel medio se asoció con un incremento significativo de la probabilidad de ser diagnosticado en atención primaria, del 240% (RIa = 3,40; IC95%: 2,6-4,4), del 126% en atención comunitaria (RIa = 2,26; IC95%: 1,7-3,1) y del 128% en atención especializada u hospitalaria (RIa = 2,28; IC95%: 1,8-2,9). Asimismo, un nivel socioeconómico bajo se relacionó con un aumento significativo de la probabilidad de ser diagnosticado en atención primaria, del 238% (RIa = 3,38; IC95%: 2,5-4,6), del 56% en atención comunitaria (RIa = 1,56; IC95%: 1,1-2,2) y del 41% en atención especializada u hospitalaria (RIa = 1,41; IC95%: 1,1-1,9).

Discusión

Este estudio describe, por primera vez en la ciudad de Barcelona, cómo los casos de ITS notificados entre 2007 y 2024 difieren según el tipo de centro que los declara, revelando diferencias asociadas a desigualdades sociales en el uso de los distintos recursos asistenciales. Las ITS no se distribuyen homogéneamente entre la población, sino que siguen un patrón determinado por el género, la edad, el nivel socioeconómico y el país de nacimiento. El tipo de centro podría actuar como un marcador de patrones diferenciales de uso del sistema sanitario asociados a desigualdades sociales.

Desigualdades sociales en la atención y la notificación de ITS

Los resultados muestran que la atención comunitaria concentra casi la mitad de los diagnósticos de ITS, especialmente entre hombres jóvenes y de mediana edad, mientras que la atención primaria mantiene un papel predominante en las mujeres. Esta segmentación sugiere diferencias en los patrones de uso de la red asistencial según el sexo y la orientación sexual, en línea con lo descrito[22,23]. Los centros comunitarios, por su orientación específica hacia determinados colectivos clave, como los GBHSH, las personas trans, las personas jóvenes y las personas que ejercen el trabajo sexual, tienden a captar con mayor frecuencia a grupos poblacionales que históricamente han enfrentado barreras en la atención tradicional. Su papel como espacios percibidos como seguros y culturalmente competentes puede facilitar el diagnóstico precoz y el seguimiento de las ITS en poblaciones con mayor exposición, complementando la atención ofrecida por el sistema sanitario formal[24].

La atención primaria sigue siendo el principal punto de entrada para las mujeres, lo que probablemente responde tanto a la asociación de la salud sexual femenina con la salud reproductiva como a la integración de los servicios de salud sexual en los centros de atención a la salud sexual y reproductiva[22,23]. Sin embargo, el menor peso relativo de las ITS diagnosticadas en mujeres sugiere una posible infrautilización de los servicios fuera del ámbito ginecológico, lo que podría indicar un uso reducido de otros dispositivos asistenciales para la atención de la salud sexual femenina[23,25].

Las diferencias observadas según el origen geográfico son consistentes con la existencia de posibles barreras en el acceso y el uso

Tabla 1
Número de casos notificados de infecciones de transmisión sexual y su frecuencia relativa según tipo de centro de notificación y sexo. Ciudad de Barcelona, 2007-2024

	Atención primaria				Atención comunitaria				Atención especializada y hospitalaria				Ciudad de Barcelona			
	Hombres (n = 18.494)		Mujeres (n = 10.652)		Hombres (n = 35.042)		Mujeres (n = 7.127)		Hombres (n = 21.262)		Mujeres (n = 2.435)		Hombres (n = 74.936)		Mujeres (n = 20.231)	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Infección de transmisión sexual																
Infección por *Neisseria gonorrhoeae*	7818	42,3	2196	20,6	17347	49,5	1757	24,7	9974	46,9	880	36,1	35175	46,9	4834	23,9
Infección por *Chlamydia trachomatis*	3999	21,6	7577	71,1	12122	34,6	5030	70,6	4701	22,1	1235	50,7	20839	27,8	13847	68,4
Linfogranuloma venéreo	752	4,1	6	0,1	1471	4,2	16	0,2	991	4,7	3	0,1	3219	4,3	26	0,1
Sífilis	5925	32,0	873	8,2	4102	11,7	324	4,5	5596	26,3	317	13,0	15703	21,0	1524	7,5
Edad, años																
0-14	10	0,1	43	0,4	29	0,1	63	0,9	7	0,0	13	0,5	46	0,1	120	0,6
15-24	3150	17,0	4902	46,0	3735	10,7	3300	46,3	1877	8,8	829	34,0	8776	11,7	9035	44,7
25-34	7806	42,2	3679	34,5	15439	44,1	2455	34,4	8122	38,2	861	35,4	31410	41,9	7001	34,6
35-44	4894	26,5	1266	11,9	10792	30,8	841	11,8	6957	32,7	396	16,3	22687	30,3	2505	12,4
45-54	1845	10,0	489	4,6	3838	11,0	336	4,7	3139	14,8	184	7,6	8845	11,8	1013	5,0
55-64	550	3,0	167	1,6	996	2,8	78	1,1	892	4,2	78	3,2	2449	3,3	323	1,6
65 y más	239	1,3	106	1,0	213	0,6	54	0,8	268	1,3	74	3,0	723	1,0	234	1,2
Lugar de nacimiento																
España	8187	51,5	4659	50,9	22036	66,1	4015	61,5	9494	50,0	1175	59,4	39768	58,2	9853	55,7
Resto de Europa	2584	16,3	986	10,8	4362	13,1	503	7,7	3149	16,6	208	10,5	10109	14,8	1699	9,6
América Central y del Sur	3731	23,5	3013	32,9	5315	15,9	1710	26,2	5221	27,5	452	22,9	14295	20,9	5182	29,3
América del Norte	230	1,4	42	0,5	432	1,3	24	0,4	265	1,4	12	0,6	929	1,4	78	0,4
África	508	3,2	203	2,2	494	1,5	118	1,8	347	1,8	54	2,7	1361	2,0	375	2,1
Asia	645	4,1	249	2,7	653	2,0	163	2,5	500	2,6	77	3,9	1804	2,6	489	2,8
Oceanía	16	0,1	1	0,0	40	0,1	0	0,0	9	0,0	0	0,0	65	0,1	1	0,0
Renta del distrito																
Alta	487	3,1	269	2,7	1726	5,1	596	8,8	1052	5,2	212	9,2	3285	4,7	1079	5,7
Media	6284	39,8	5270	53,6	10761	31,9	2904	42,8	6268	30,9	892	38,7	23350	33,4	9071	47,9
Baja	9019	57,1	4289	43,6	21198	62,9	3290	48,5	12966	63,9	1203	52,1	43252	61,9	8792	46,4
Orientación del deseo																
Heterosexual	1377	18,6	5322	91,5	666	3,2	2330	85,9	549	5,9	588	88,2	2611	6,9	8246	89,6
Homosexual	5589	75,5	99	1,7	19590	93,2	94	3,5	8284	88,6	22	3,3	33497	88,5	215	2,3
Bisexual	434	5,9	398	6,8	753	3,6	290	10,6	513	5,5	57	8,5	1703	4,6	745	8,1

Tabla 2
Razones de tasas de incidencia crudas y ajustadas de infecciones de transmisión sexual según las características sociodemográficas y el tipo de centro de notificación. Ciudad de Barcelona, 2007-2024

	Atención primaria						Atención comunitaria						Atención especializada y hospitalaria						Ciudad de Barcelona					
	Modelo bivariado			Modelo multivariado			Modelo bivariado			Modelo multivariado			Modelo bivariado			Modelo multivariado			Modelo bivariado			Modelo multivariado		
	RIc	IC95%	p	RIa	IC95%	p	RIc	IC95%	p	RIa	IC95%	p	RIc	IC95%	p	RIa	IC95%	p	RIc	IC95%	p	RIa	IC95%	p
Sexo																								
Mujer	1			1			1			1			1			1			1			1		
Hombre	1,78	(1,25-2,54)	[b]	1,67	(1,34-2,09)	[c]	5,51	(3,75-8,09)	[c]	5,41	(4,19-6,99)	[c]	9,77	(6,99-13,65)	[c]	10,5	(8,39-13,15)	[c]	4,1	(2,87-5,85)	[c]	4,05	(3,21-5,11)	[c]
Edad, años																								
0-14	0,01	(0-0,01)	[c]	0,01	(0-0,01)	[c]	0,01	(0-0,01)	[c]	0,01	(0-0,01)	[c]	0	(0-0)	[c]	0	(0-0,01)	[c]	0,01	(0-0,01)	[c]	0,01	(0-0,01)	
15-24	1,18	(0,87-1,59)		1,23	(0,91-1,65)		0,63	(0,43-0,91)	[a]	0,59	(0,41-0,86)	[b]	0,48	(0,31-0,74)	[b]	0,49	(0,35-0,68)	[c]	0,74	(0,53-1,04)		0,73	(0,53-1,03)	
25-34	1			1			1			1			1			1			1			1		
35-44	0,47	(0,33-0,66)	[c]	0,48	(0,36-0,65)	[c]	0,57	(0,32-0,99)	[a]	0,56	(0,38-0,84)	[b]	0,71	(0,42-1,2)		0,73	(0,51-1,03)		0,57	(0,36-0,92)	[a]	0,58	(0,41-0,83)	
45-54	0,22	(0,15-0,31)	[c]	0,23	(0,17-0,31)	[c]	0,24	(0,14-0,42)	[c]	0,24	(0,16-0,36)	[c]	0,38	(0,22-0,66)	[b]	0,42	(0,28-0,61)	[c]	0,27	(0,17-0,43)	[c]	0,28	(0,19-0,4)	
55-64	0,08	(0,06-0,12)	[c]	0,09	(0,06-0,12)	[c]	0,08	(0,04-0,13)	[c]	0,08	(0,05-0,11)	[c]	0,13	(0,08-0,23)	[c]	0,14	(0,1-0,2)	[c]	0,09	(0,06-0,15)	[c]	0,09	(0,07-0,13)	
65 y más	0,02	(0,01-0,03)	[c]	0,02	(0,01-0,03)	[c]	0,01	(0,01-0,02)	[c]	0,01	(0,01-0,01)	[c]	0,03	(0,01-0,05)	[c]	0,02	(0,02-0,04)	[c]	0,02	(0,01-0,03)	[c]	0,02	(0,01-0,02)	
Lugar de nacimiento																								
España	1			1			1			1			1			1			1			1		
Resto de Europa	4,63	(3,07-6,96)	[c]	2,33	(1,74-3,11)	[c]	3,49	(2,02-6,04)	[c]	1,65	(1,17-2,34)	[b]	5,81	(3,35-10,06)	[c]	2,92	(2,06-4,13)	[c]	4,28	(2,6-7,03)	[c]	2,1	(1,51-2,9)	[c]
América Central y del Sur	3,93	(2,71-5,69)	[c]	2,12	(1,64-2,74)	[c]	2,13	(1,29-3,51)	[b]	1,17	(0,88-1,56)		4,15	(2,29-7,52)	[c]	2,44	(1,73-3,44)	[c]	3,02	(1,89-4,83)	[c]	1,68	(1,26-2,23)	[c]
América del Norte	1,94	(1,19-3,15)	[b]	0,95	(0,64-1,42)		1,89	(1,04-3,46)	[a]	0,92	(0,62-1,36)		2,78	(1,53-5,05)	[b]	1,47	(1-2,17)		2,1	(1,2-3,66)	[b]	1,05	(0,72-1,52)	
África	2,68	(1,87-3,83)	[c]	1,45	(1,13-1,85)	[b]	1,19	(0,76-1,86)		0,58	(0,43-0,78)	[c]	1,84	(1,16-2,91)	[b]	0,9	(0,66-1,24)		1,71	(1,14-2,56)	[b]	0,86	(0,66-1,12)	
Asia	1,23	(0,85-1,77)		0,59	(0,46-0,76)	[c]	0,57	(0,35-0,92)	[a]	0,25	(0,18-0,34)	[c]	0,97	(0,6-1,56)		0,44	(0,32-0,61)	[c]	0,82	(0,54-1,26)		0,37	(0,28-0,49)	[c]
Oceanía	1,52	(0,71-3,24)		0,77	(0,36-1,65)		3,02	(1,19-7,67)	[a]	1,36	(0,61-3,06)		1,76	(0,71-4,33)		0,81	(0,37-1,76)		2,37	(1,03-5,44)	[a]	1,11	(0,54-2,3)	
Renta del distrito																								
Alta	1			1			1			1			1			1			1			1		
Media	3,73	(2,1-6,65)	[c]	3,4	(2,6-4,43)	[c]	2,49	(1,24-5,02)	[a]	2,26	(1,67-3,06)	[c]	2,7	(1,42-5,13)	[b]	2,28	(1,82-2,85)	[c]	2,79	(1,48-5,26)	[b]	2,47	(1,93-3,16)	[c]
Baja	3,68	(2,07-6,55)	[c]	3,38	(2,49-4,58)	[c]	1,68	(0,86-3,27)		1,56	(1,13-2,16)	[b]	1,66	(0,89-3,09)		1,41	(1,06-1,88)	[a]	2,06	(1,12-3,79)	[a]	1,85	(1,4-2,44)	[c]

RIa: razón de tasas de incidencia ajustada; RIc: razón de tasas de incidencia cruda; IC95%: intervalo de confianza del 95%.
[a] p < 0,05.
[b] p < 0,01.
[c] p < 0,001.

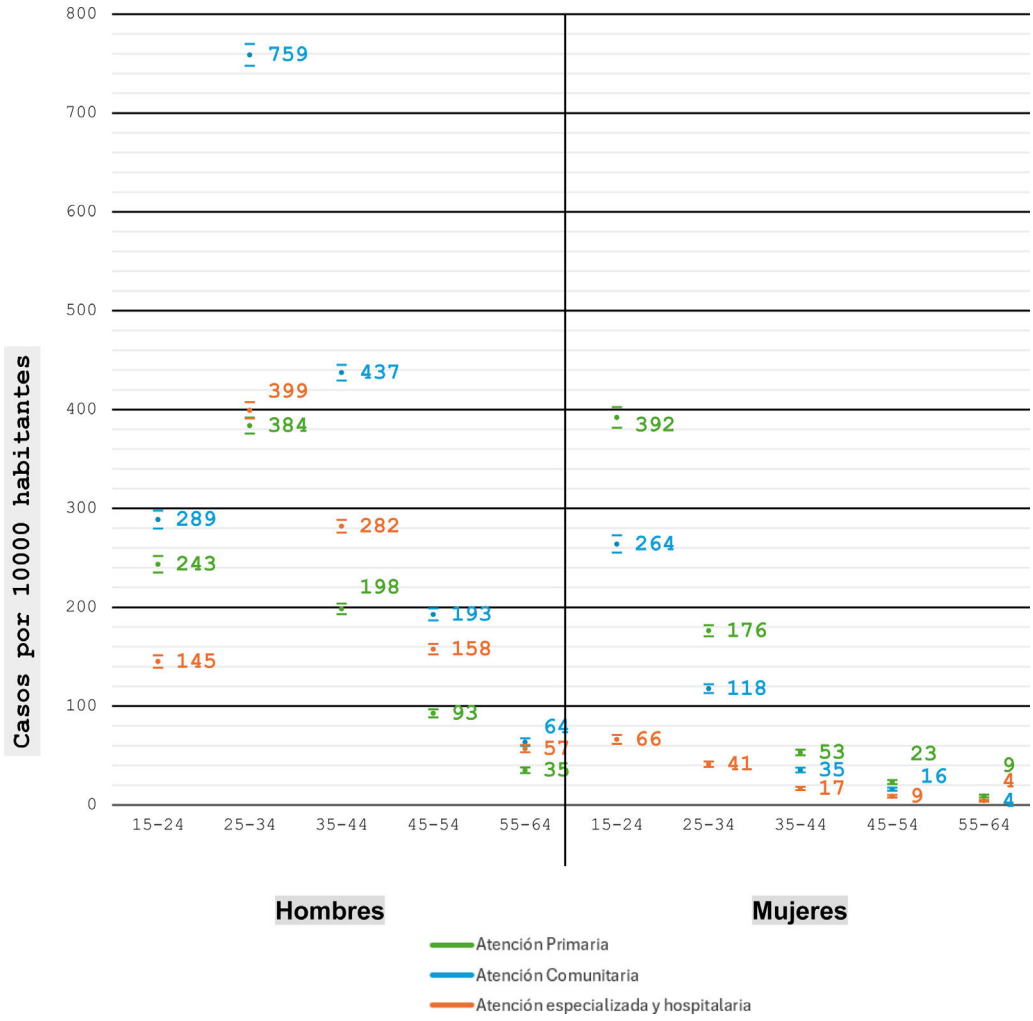

Figura 2. Casos diagnosticados de infecciones de transmisión sexual por cada 1000 habitantes según tipo de centro de declaración, estratificados por sexo y edad. Ciudad de Barcelona, 2007-2024.

de los servicios sanitarios. Mientras que las personas nacidas en España y Latinoamérica presentan una mayor representación en la atención comunitaria, las procedentes de África y Asia se diagnostican con menor frecuencia en estos dispositivos, pese a presentar un riesgo epidemiológico comparable. Este patrón puede reflejar obstáculos culturales, idiomáticos o de confianza institucional[8,26]. En este sentido, aunque la atención comunitaria está diseñada para ampliar el acceso al diagnóstico, su utilización no parece ser homogénea entre todos los grupos poblacionales.

El gradiente socioeconómico observado muestra una mayor concentración de diagnósticos en los distritos de renta baja y media. Esto es coherente con estudios previos que describen una asociación entre las condiciones socioeconómicas y la salud sexual. Las condiciones materiales, el hacinamiento residencial, la precariedad laboral y el menor acceso a la información y a los servicios de atención a la salud sexual y reproductiva pueden explicar parte de esta asociación[27]. La elevada tasa de incidencia en los distritos de renta media sugiere también dinámicas urbanas que trascienden el lugar de residencia y se relacionan con la localización de los espacios de socialización y ocio sexual en la ciudad[28].

Efectos de la pandemia de COVID-19 y sobrecarga asistencial

La pandemia de COVID-19 coincidió con un punto de inflexión en la vigilancia y la atención de las ITS en Barcelona. Durante los meses más críticos (2020-2021), la reducción de la actividad asistencial presencial, la suspensión de los cribados y la reasignación de recursos a la emergencia sanitaria se asociaron a una caída aparente de los diagnósticos[11,29]. Este descenso, sin embargo, no necesariamente implicó una disminución real de la transmisión, sino una reducción temporal de la capacidad de detección[30]. Al reanudarse la actividad, los servicios, en especial los comunitarios, afrontaron una demanda acumulada, en un contexto de tensión previa[31].

La atención primaria, que presentaba limitaciones previas en términos de personal y tiempo de consulta, experimentó un aumento de la sobrecarga que pudo contribuir a una redistribución de la demanda hacia los centros comunitarios y los servicios especializados[10,32]. Estos, pese a su agilidad, operan con recursos limitados y alta rotación, lo que plantea dudas sobre su sostenibilidad a largo plazo[33]. La pandemia puso de manifiesto la necesidad de fortalecer unos sistemas de vigilancia más integrados, en los que las redes comunitarias y los dispositivos públicos actúen de manera complementaria[34].

La sobresaturación tras la pandemia no puede entenderse sin considerar el contexto anterior. Desde antes de 2020, la atención primaria y la salud pública en toda España experimentaban un proceso prolongado de presión institucional[10]. El impacto de la COVID-19 actuó como catalizador de una crisis estructural del sistema sanitario. En este escenario, la capacidad de los centros comunitarios para sostener la actividad diagnóstica de ITS resultó relevante, pero también reveladora de la fragmentación del sistema.

Implicaciones para la política sanitaria y la vigilancia epidemiológica

Los resultados invitan a replantear la organización de la atención a las ITS desde una perspectiva de equidad. El tipo de centro no es un mero descriptor técnico, sino también un elemento que refleja diferencias en los circuitos asistenciales, en los perfiles de población atendida y en la organización de la atención. Mientras la atención primaria debería actuar como eje vertebrador, determinadas limitaciones pueden condicionar su capacidad para abordar de manera integral la salud sexual. Por su parte, los dispositivos comunitarios, pese a su eficacia en la captación, dependen con frecuencia de modelos de financiación variables, lo que puede afectar a su estabilidad en el tiempo. Los resultados también ponen de relieve la importancia de fortalecer las estrategias de prevención y educación adaptadas a los distintos perfiles poblacionales.

La coordinación entre niveles asistenciales podría reforzarse mediante modelos de integración más estructurados en la red pública, junto con estrategias de prevención y cribado adaptadas a distintos perfiles poblacionales y culturalmente competentes, que reconozcan la diversidad de trayectorias migratorias y de prácticas sexuales[35].

La mejora de la vigilancia epidemiológica y de la calidad de los registros, incluida la incorporación sistemática de variables relevantes, permitiría una caracterización más precisa de los patrones de diagnóstico y una mejor orientación de las intervenciones. Del mismo modo, la interoperabilidad de los sistemas de información podría aportar una visión más integrada de la situación epidemiológica[1].

Limitaciones y fortalezas

Entre las principales limitaciones del estudio destacan su carácter observacional, que impide establecer causalidad, y la ausencia de algunas variables sociales relevantes, como el nivel educativo y la situación laboral. Aunque el estudio se basa en datos poblacionales procedentes de registros de vigilancia epidemiológica, no se dispone de información longitudinal individual detallada, por lo que los resultados deben interpretarse como asociaciones poblacionales y no como trayectorias individuales. La información sobre la orientación sexual solo está disponible para aproximadamente la mitad de los casos, y no se dispone de datos fiables en personas trans, lo que limita la representatividad de poblaciones clave en la prevención y la detección de ITS. Además, el estudio se restringe a las ITS de declaración obligatoria individualizada, por lo que no abarca la totalidad de las ITS.

Sin embargo, el uso de datos poblacionales exhaustivos durante 17 años, junto con la integración de información procedente de diferentes niveles asistenciales, constituye una fortaleza metodológica.

Conclusiones

Este estudio muestra que la distribución de los diagnósticos de ITS en Barcelona responde a patrones epidemiológicos que se asocian estrechamente a características sociodemográficas y a patrones de utilización del sistema sanitario. El tipo de centro se asocia a perfiles diferenciados de población atendida, con una mayor concentración de hombres jóvenes y GBHSH en los dispositivos comunitarios, de mujeres en la atención primaria y de personas migradas en la atención hospitalaria.

La pandemia de COVID-19 coincidió con un contexto de mayor tensión del sistema sanitario, lo que pudo contribuir a acentuar estos patrones y a un desplazamiento relativo de la carga diagnóstica hacia los centros comunitarios, poniendo de relieve la necesidad de reforzar la atención primaria y la coordinación interinstitucional. Abordar las ITS desde una perspectiva de justicia social implica avanzar hacia la superación de la fragmentación actual y consolidar un modelo de atención sexual más integrado, universal, inclusivo y sostenido en el tiempo.

¿Qué se sabe sobre el tema?

La literatura muestra que las ITS aumentan globalmente y que su distribución es desigual según el género, la edad, el nivel socioeconómico y el origen, afectando también al acceso y al uso de los servicios de salud sexual.

¿Qué añade el estudio realizado a la literatura?

El estudio identifica cómo el tipo de centro donde se diagnostican las ITS refleja y reproduce desigualdades sociales en Barcelona, entre 2007 y 2024.

¿Cuáles son las implicaciones de los resultados obtenidos?

Los resultados subrayan la necesidad de reforzar la atención primaria y mejorar la coordinación con los centros comunitarios para reducir las desigualdades en salud sexual.

Disponibilidad de bases de datos y material para réplica

Los datos que sustentan los resultados de este estudio proceden del sistema de vigilancia epidemiológica de las infecciones de transmisión sexual de la ciudad de Barcelona, integrados en el Repositorio Epidemiológico de Cataluña (REC), gestionado por la Agència de Salut Pública de Barcelona. Debido a la presencia de información de carácter personal y a las restricciones legales derivadas de la normativa vigente en materia de protección de datos, estos datos no son de acceso público. No obstante, los datos pueden ser solicitados a la Agència de Salut Pública de Barcelona por investigadores que cumplan los requisitos establecidos y previa autorización de los organismos competentes.

Editor responsable del artículo

Alberto Lana.

Declaración de transparencia

El autor principal (garante responsable del manuscrito) afirma que este manuscrito es un reporte honesto, preciso y transparente del estudio que se remite a Gaceta Sanitaria, que no se han omitido aspectos importantes del estudio, y que las discrepancias del estudio según lo previsto (y, si son relevantes, registradas) se han explicado.

Contribuciones de autoría

C. Pericas, D. Palma y M. Palau concibieron y diseñaron el estudio. A. De Andrés, L. Collado-Quífer, M. Palau y L. Forcadell-Díez participaron en la recogida y la depuración de los datos. L. Forcadell-Díez realizó el análisis estadístico. S. Castell y L. Aguirre-Cañas elaboraron las figuras y tablas. C. Pericas redactó el primer borrador del texto. M. Grau y C. Rius realizaron la primera revisión crítica y contribuyeron a la redacción de la discusión. Todas las perso-

nas firmantes contribuyeron a la interpretación de los resultados, revisaron críticamente el texto y aprobaron la versión final.

Agradecimientos

A todas las personas profesionales del Servicio de Epidemiología de la Agència de Salut Pública de Barcelona.

Financiación

Este estudio ha sido financiado por el Instituto de Salud Carlos III (ISCIII), a través de la Acción Estratégica en Salud 2021-2023, en el marco de la convocatoria de Proyectos de I+D+I en Salud 2024, cofinanciado por la Unión Europea, con número de proyecto PI24/02150.

Conflictos de intereses

Ninguno.

Anexo. Material adicional

Se puede consultar material adicional a este artículo en su versión electrónica disponible en https://doi.org/10.1016/j.gaceta.2026.102589.

Bibliografía

1. European Centre for Disease Prevention and Control. STI cases on the rise across Europe. Disponible en: https://www.ecdc.europa.eu/en/news-events/sti-cases-rise-across-europe.
2. UK Health Security Agency. Spotlight on sexually transmitted infections in London: 2022 data. Disponible en: https://www.gov.uk/government/publications/sexually-transmitted-infections-london-data/spotlight-on-sexually-transmitted-infections-in-london-2022-data.
3. Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu. Sexually transmitted infections in the Netherlands in 2023. 2024. Disponible en: https://www.rivm.nl/bibliotheek/rapporten/2024-0038.pdf
4. Carrere J, Pericas C, Forcadell-Díez L, et al. Salut i drets sexuals i reproductius a Barcelona any 2023. Barcelona: Agència de Salut Pública de Barcelona; 2024.
5. Palma D, Guillaumes M, Pericas C, et al. A new STI in the city: MPOX in Barcelona. First outbreak (5/2022-5/2023) and subsequent resurgence. PLoS One. 2025;20:e0296141, http://dx.doi.org/10.1371/journal.pone.0296141.
6. Fahs B, McClelland SI. When sex and power collide: an argument for critical sexuality studies. J Sex Res. 2016;53:392–416, http://dx.doi.org/10.1080/00224499.2016.115245.
7. Martínez-Riveros H, González Soler V, Díaz Y, et al. TESTATE STI project: an online Chlamydia and Gonorrhoea self-sampling strategy. Sex Transm Infect. 2025;101:529–33, http://dx.doi.org/10.1136/sextrans-2024-056394.
8. Egli-Gany D, Aftab W, Hawkes S, et al. Social and structural determinants of sexual and reproductive health and rights in migrants and refugees. East Mediterr Health J. 2021;27:1203–13, http://dx.doi.org/10.26719/emhj.20.101.
9. Keuroghlian AS, Ard KL, Makadon HJ, et al. Advancing health equity for LGBT people through sexual health education and affirming health care environments. Sex Health. 2017;14:119–22, http://dx.doi.org/10.1071/SH16145.
10. Bernal-Delgado E, Angulo-Pueyo E, Ridao-López M, et al. Spain: health system review. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 2024.
11. Sentís A, Prats-Uribe A, López-Corbeto E, et al. Impact of the COVID-19 pandemic on sexually transmitted infections surveillance data: incidence drop or artefact? BMC Public Health. 2021;21:1637, http://dx.doi.org/10.1186/s12889-021-11630-x.
12. Uimonen M, Kuitunen I, Paloneva J, et al. Impact of the COVID-19 pandemic on waiting times for elective surgery patients. PLoS One. 2021;16:e0253875, http://dx.doi.org/10.1371/journal.pone.0253875.
13. Forcadell-Díez L, Benlliure JB, Martínez C, et al. An in-depth analysis of the sexuality needs of Barcelona's youth. Sex Reprod Health Matters. 2022;30:2135728, http://dx.doi.org/10.1080/26410397.2022.2135728.
14. Fernández-López L, Klavs I, Conway A, et al. Recommendations for collection and integration of community-based testing data into national surveillance systems. BMC Infect Dis. 2021;21:1–13, http://dx.doi.org/10.1186/s12879-021-06499-5.
15. Meulbroek M, Ditzel E, Saz J, et al. BCN Checkpoint shows high efficiency in HIV detection and linkage to care. HIV Med. 2013;14 (Suppl 3):25–8, http://dx.doi.org/10.1111/hiv.12054.
16. Álvarez-Del Arco D, Monge S, Azcoaga A, et al. HIV testing and counselling for migrant populations in high-income countries. Eur J Public Health. 2013;23:1039–45, http://dx.doi.org/10.1093/eurpub/cks130.
17. Grangeiro A, Massa PA, Escuder MM, et al. PrEP provision in community organizations. Rev Saude Publica. 2024;58 (Suppl 1):1–14, http://dx.doi.org/10.11606/s1518-8787.2024058005914.
18. World Health Organization. Recommendations on the delivery of health services for the prevention and care of sexually transmitted infections. Geneva: WHO; 2025.
19. Generalitat de Catalunya. Decret 203/2015, de 15 de setembre, pel qual es crea la Xarxa de Vigilància Epidemiològica i es regulen els sistemes de notificació de malalties de declaració obligatòria i brots epidèmics. 2015. Disponible en: https://portaljuridic.gencat.cat/ca/document-del-pjur/?documentId=702922.
20. Ajuntament de Barcelona. La renda de les llars a Barcelona: distribució per districtes, barris i seccions censals. 2018. Barcelona: Ajuntament de Barcelona; 2021. Disponible en: https://bcnroc.ajuntament.barcelona.cat/jspui/handle/11703/122460
21. Jaime Isaac P. Modelado de regresión de Poisson utilizando datos de tasas. En: Modelos lineales generalizados con R. Disponible en: https://bookdown.org/jaimeisaacp/bookglm/modelado-de-regresión-de-poisson-utilizando-datos-de-tasas.html.
22. Quezada-Yamamoto H, Dubois E, Mastellos N, et al. Primary care integration of sexual and reproductive health services for Chlamydia testing in WHO-Europe. BMJ Open. 2019;9:e031644, http://dx.doi.org/10.1136/bmjopen-2019-031644.
23. Meurer P, Heintze C, Schuster A. Women's sexually transmitted infections in primary care. Eur J Gen Pract. 2023;29:2190094, http://dx.doi.org/10.1080/13814788.2023.2190094.
24. Croxford S, Tavoschi L, Sullivan AK, et al. HIV testing strategies outside healthcare settings in the EU/EEA. HIV Med. 2020;21:142–62, http://dx.doi.org/10.1111/hiv.12807.
25. Kenyon C, Herrmann B, Hughes G, et al. Management of asymptomatic sexually transmitted infections in Europe. Lancet Reg Health Eur. 2023;34:100743, http://dx.doi.org/10.1016/j.lanepe.2023.100743.
26. Mandroiu A, Alsubahi N, Groot W, et al. Sexual and reproductive health rights among undocumented migrants in the EU. Healthcare (Basel). 2024;12:1771, http://dx.doi.org/10.3390/healthcare12171771.
27. Diderichsen F, Evans T, Whitehead M. The social basis of disparities in health. En: Evans T, Whitehead M, Diderichsen F, et al., editores. Challenging inequities in health: from ethics to action. Oxford: Oxford University Press; 2001. p. 12–23.
28. Patterson-Lomba O, Goldstein E, Gómez-Liévano A, et al. Urban population size and sexually transmitted infection incidence. Sex Transm Infect. 2015;91:610–4, http://dx.doi.org/10.1136/sextrans-2014-051932.
29. Martin-Ezquerra G, Monreal P, Mercuriali L, et al. Evolution of notified sexually transmitted infections in Barcelona during the first wave of COVID-19. J Eur Acad Dermatol Venereol. 2021;35:e642–5, http://dx.doi.org/10.1111/jdv.17460.
30. Fernández-López L, Simões D, Casabona J, et al. Impact of COVID-19 on community-based testing in the WHO European Region. Eur J Public Health. 2023;33:528–35, http://dx.doi.org/10.1093/eurpub/ckad010.
31. Guiriguet C, Alberny M, Mora N, et al. Sexually transmitted infections after the COVID-19 pandemic in Catalonia. BMC Prim Care. 2024;25:150, http://dx.doi.org/10.1186/s12875-024-02395-4.
32. García Rada A. Primary care in Spain: underfunded, understaffed, and neglected. BMJ. 2022;379:o2665, http://dx.doi.org/10.1136/bmj.o2665.
33. Waters A. Sexual health services are at breaking point after £1bn in cuts. BMJ. 2022;379:o2766, http://dx.doi.org/10.1136/bmj.o2766.
34. World Health Organization. Sustaining priority services for HIV, viral hepatitis and sexually transmitted infections in a changing funding landscape. Geneva: WHO; 2025.
35. Lurgain JG, Ouaarab-Essadek H, Mellouki K, et al. Cultural competence barriers in sexual and reproductive health centres in Catalonia. Int J Equity Health. 2024;23:206, http://dx.doi.org/10.1186/s12939-024-02290-5.