MINISTERIO
DE CIENCIA, INNOVACIÓN
Y UNIVERSIDADES

Red
Nacional de
Vigilancia
Epidemiológica

Informe de vigilancia de la tuberculosis.

Año 2025

Resultados de la Red Nacional de Vigilancia Epidemiológica

Depuración, validación, análisis de los datos, redacción y elaboración del informe: Zaida Herrador [1,2], Sarita Rodríguez Restrepo [3], Lorena Simón Méndez [1,2] y María Sastre [2,4]

[1]Unidad de vigilancia e investigación en enfermedades transmisibles. Centro Nacional de Epidemiología del Instituto de Salud Carlos III (ISCIII).

[2]CIBER de Epidemiología y Salud Pública (CIBERESP), ISCIII.

[3]Servicio de Medicina Preventiva. Hospital Universitario 12 de Octubre, Madrid.

[4]Unidad de Gestión de Datos y Apoyo Metodológico. Centro Nacional de Epidemiología del ISCIII.

Vigilancia y notificación de los casos:

Unidades de Vigilancia de Salud Pública de las Comunidades Autónomas.

Revisión del informe:

Centro Nacional de Microbiología, ISCIII

Comunidades y Ciudades Autónomas

División de Control de VIH, ITS, Hepatitis Virales y Tuberculosis. Ministerio de Sanidad.

Centro de Coordinación de Alertas y Emergencias Sanitarias. Ministerio de Sanidad.

Cita sugerida: Informe de vigilancia de la tuberculosis en España. Año 2025. Centro Nacional de Epidemiología. Instituto de Salud Carlos III.

CC BY-NC-SA 4.0

NOTA METODOLÓGICA

Se analizaron los casos de tuberculosis (TB) declarados por cada una de las 17 comunidades y las dos ciudades autónomas a la Red Nacional de Vigilancia Epidemiológica (RENAVE) con fecha clave 2025. Los datos se extrajeron del Sistema de Vigilancia Nacional (SIVIES) el 19 de septiembre de 2026. Se siguieron las definiciones de caso incluidas en el protocolo de vigilancia vigente. Se actualizaron los datos de los dos años anteriores, teniendo en cuenta las modificaciones y consolidaciones realizadas por las CCAA durante los años previos. Para el tratamiento y análisis de las variables, se utilizaron las definiciones que figuran en el protocolo de la RENAVE vigente hasta marzo de 2026 y la versión aprobada del protocolo en abril de 2026. A diferencia de años previos, se incluyeron los casos importados[1] en los análisis, en línea con el nuevo protocolo de vigilancia y las recomendaciones de la Organización Mundial de la Salud (OMS) y el Centro Europeo para el Control y Prevención de Enfermedades (ECDC).

En primer lugar, se evaluó la completitud de las variables recogidas en RENAVE para los casos notificados desde 2015 hasta 2025 (Anexo 1). El análisis descriptivo de las variables se realizó mediante el cálculo de las frecuencias y de los porcentajes, y para las variables cuantitativas se determinó la media, mediana y el rango intercuartílico (RIC).

Se realizó la transformación oportuna de las variables con el fin de minimizar el impacto de la pérdida de información. Se creó una variable combinada para recategorizar la realización de pruebas de sensibilidad a antituberculostáticos para recuperar los registros clasificados como pruebas “no realizadas”, pese a existir resultados de sensibilidad para alguno de los antituberculostáticos analizados. Para el cálculo del retraso en inicio del tratamiento, se construyó la variable combinada “retraso terapéutico”, priorizando el intervalo síntomas-tratamiento y, para los casos en los que no se registró la fecha de inicio de tratamiento, el intervalo síntomas-diagnóstico, al considerarse equiparables. Para el análisis de mortalidad y de letalidad por TB, se siguió la definición de la OMS y el ECDC. Para ello, se creó la variable “fallecido”, a partir de las variables “resultado de tratamiento” y “defunción”.

Se calcularon las tasas de notificación (TN) anuales de TB por 100.000 habitantes para el periodo 2015-2025, tanto para el total nacional como por CCAA, por grupos de edad (0-4, 5-14, 15-24, 25-34, 35-44, 45-54, 55-64, 65-74, 75-84, y 85 y más años) y sexo. Para analizar la letalidad y la mortalidad por TB, se calcularon los porcentajes de letalidad por sexo y grupo de edad y las tasas de mortalidad anuales (TM) por sexo. Para el cálculo de las tasas, se utilizaron las cifras de población obtenidas a partir de las estimaciones del censo que facilita el Instituto Nacional de Estadística (INE) para el periodo 2015-2025. Para el cálculo de las tasas de TB por país de nacimiento, se utilizó la estadística continua de población por país de nacimiento del INE, correspondiente al 1 de enero de cada año.

Para el análisis de tendencia, se utilizó el paquete estadístico Jointpoint Regression (versión 6.0.1; March 2026; Surveillance Research Program, National Cancer Institute, USA; (https://surveillance.cancer.gov/joinpoint/). Se identificó el año a partir del cual ocurría un cambio significativo en las TN y se calculó el cambio porcentual anual (Annual Percent Change, APC) y el cambio porcentual anual promedio (Average Annual Percent Change, AAPC) con intervalos de confianza al 95% (IC95%). Se consideró significativo un p-valor <0,05. Los análisis se realizaron con Microsoft Excel y el software estadístico Stata/BE versión 19.0.

[1] Si el país de exposición o de adquisición de la infección es distinto de España. Variable eliminada en el nuevo protocolo de vigilancia.

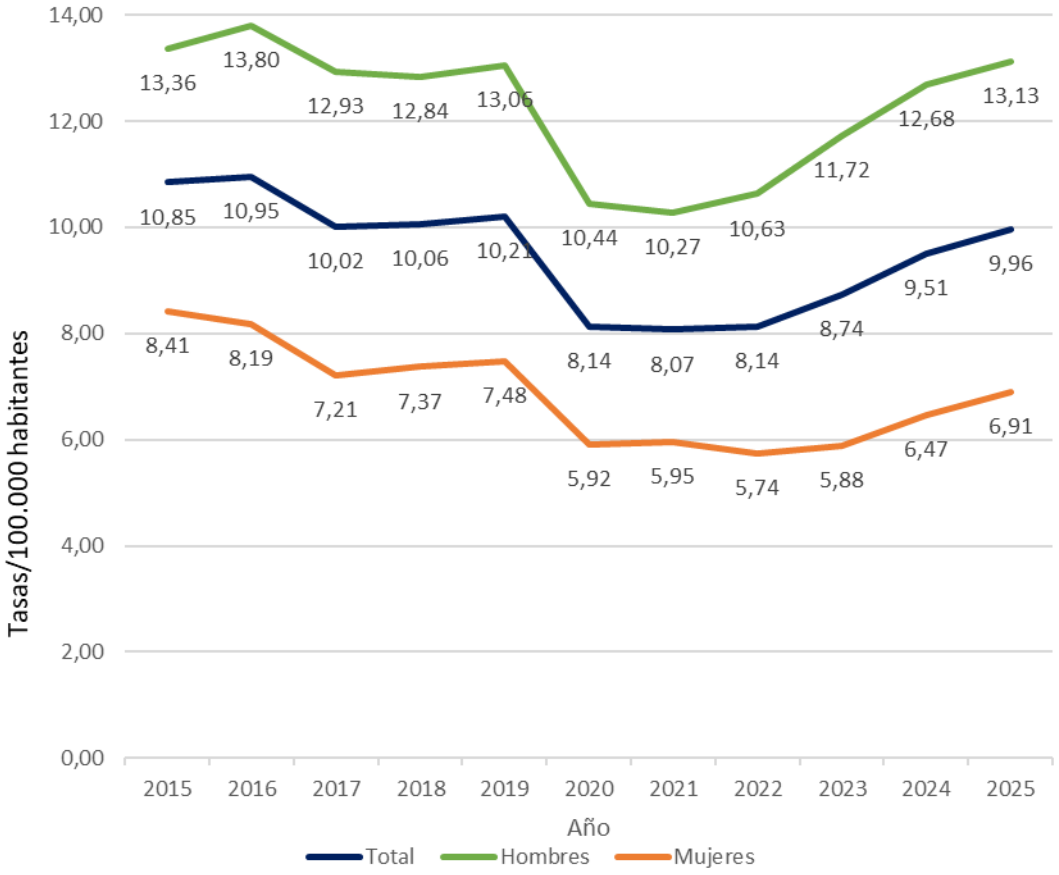
RESULTADOS

Evolución temporal y distribución geográfica

En 2025 se notificaron 4.893 casos de tuberculosis, un 6% más que en 2024, año en el que se notificaron 4.625 casos de TB en total. De estos 4.893 casos, 404 fueron declarados como importados. El porcentaje de casos notificados como importados aumentó ligeramente respecto al año anterior (8,26% en 2025 frente a 7,70% en 2024). La tasa de notificación (TN) para 2025 fue de 9,96 casos por 100.000 habitantes (Figura 1).

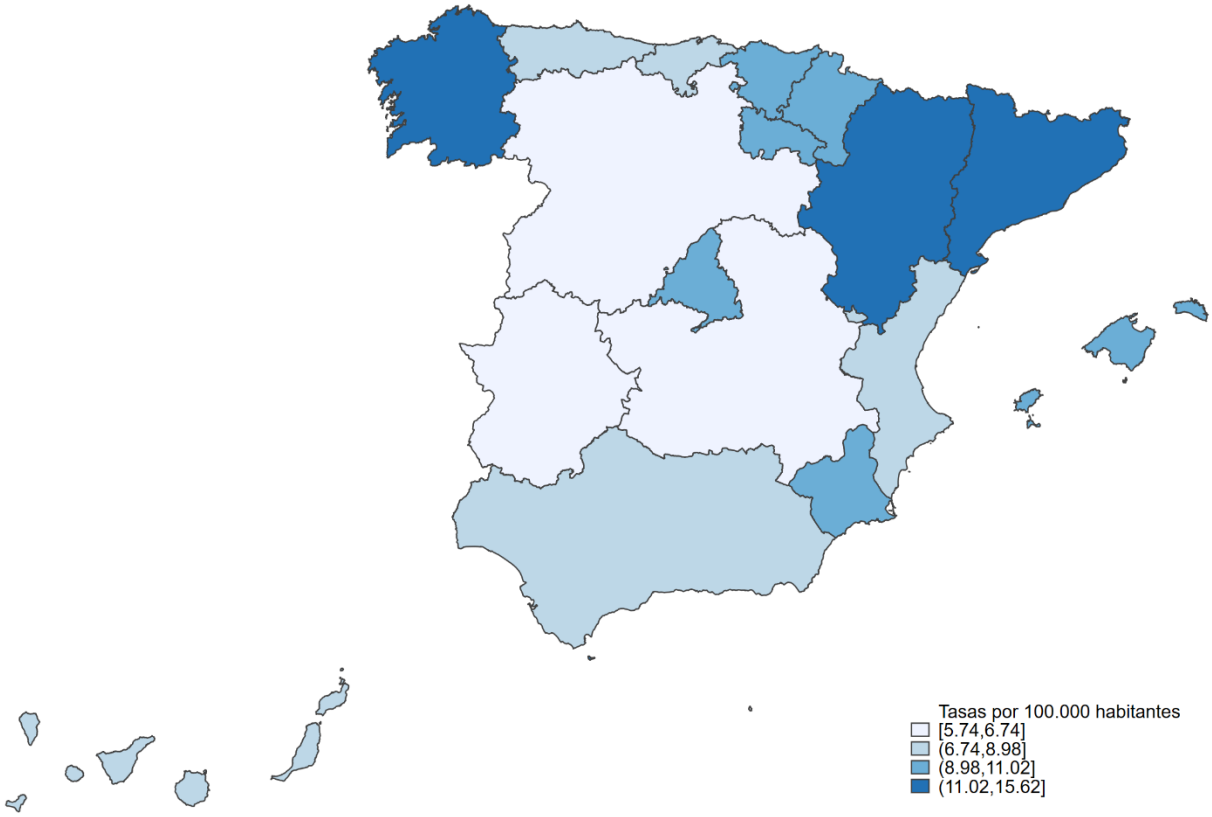
Respecto a la evolución temporal, se observan dos tendencias: un descenso significativo en las TN entre 2015 y 2022 (APC = -4,64; IC95% = -7,85; -3,02; p<0,05) y un repunte en las tasas a partir de 2022-2023 (APC = 7,74; IC95% = 1,43; 17,42; p<0,05), más pronunciado en hombres (APC = 8,39; IC95% = 1,89; 18,34; p<0,05) que en mujeres (APC = 6,53; IC95% = 0,88; 15,91; p<0,05).

Figura 1. Evolución temporal de las tasas de notificación de tuberculosis para el periodo 2015 a 2025 según el sexo.



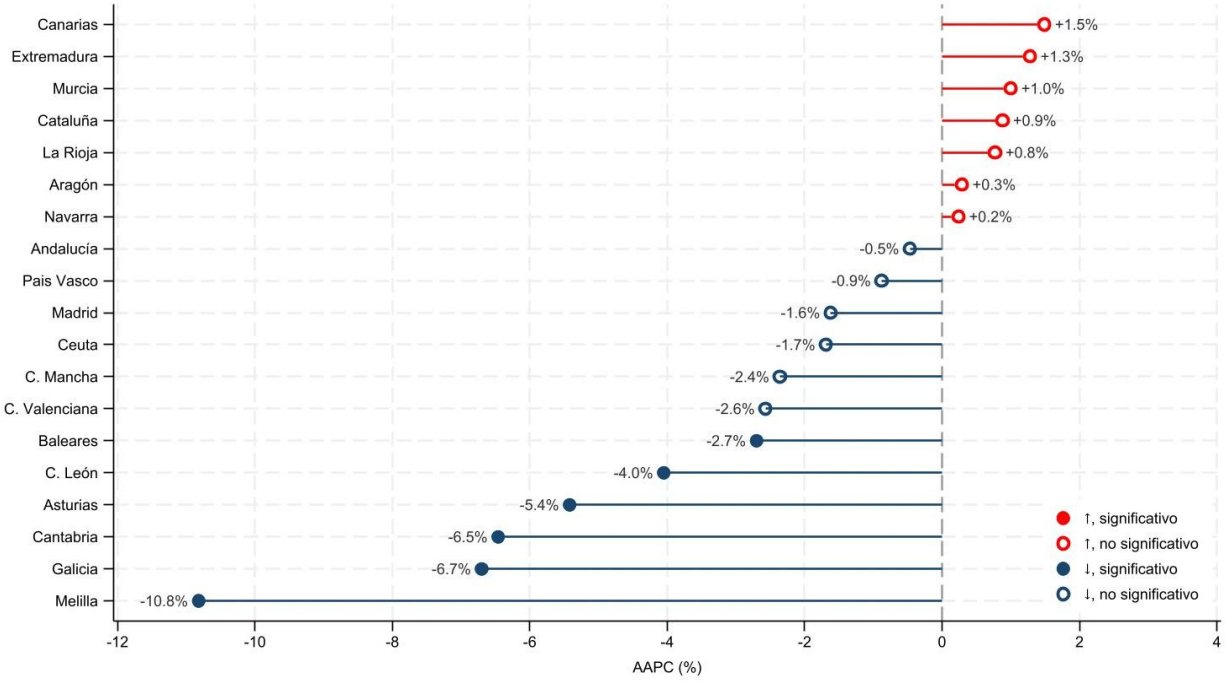
En la figura 2 se representa la distribución geográfica de las TN para el total de los casos, clasificadas por cuartiles. Al igual que en 2024, las CCAA con mayores tasas de notificación de TB fueron Cataluña (15,62 casos por 100.000 habitantes), Ceuta (14,36), Galicia (12,89), y Aragón (11,94). Las CCAA con menores TN de TB en 2025 fueron Melilla (5,74 casos por 100.000 habitantes), Extremadura (6,27), Castilla-La Mancha (6,58) y Castilla y León (6,62) (Tabla S2).

Figura 2. Tasas de notificación de tuberculosis según la comunidad autónoma. Año 2025



Según el cambio porcentual anual promedio (AAPC), 7 CCAA han experimentado un incremento en las tasas de TB no significativo entre 2015 y 2025: Canarias (1,49%), Extremadura (1,28%), Murcia (1,00%), Cataluña (0,88%), La Rioja (0,77%), Aragón (0,29%), y Navarra (0,24%). El resto de CCAA muestran un descenso porcentual en la notificación de casos, siendo este descenso significativo en Melilla (-10,82%), Galicia (-6,70%), Cantabria (-6,46%), Asturias (-5,42%), Castilla y León (-4,05%), y las Islas Baleares (-2,70%) (Figura 3).

Figura 3. Porcentaje de cambio medio anual (AAPC) de las tasas de TB por 100.000 habitantes por CCAA, 2015-2025, España



Respecto al año de cambio de tendencia (APC), nueve CCAA experimentaron un cambio de tendencia en las tasas de notificación (TN) anuales entre 2015 y 2025, pasando de una tendencia decreciente a una creciente. Este cambio se observó en 2021 para Canarias (10,52), Extremadura (20,19), Madrid (7,01) y Cataluña (6,59); en 2022 para La Rioja (18,14), Andalucía (9,05) y Castilla y León (2,06); y en 2023 para Aragón (30,34) y Murcia (17,9). Este cambio fue estadísticamente significativo para Aragón, La Rioja, Comunidad de Madrid y Cataluña (Tabla S2).

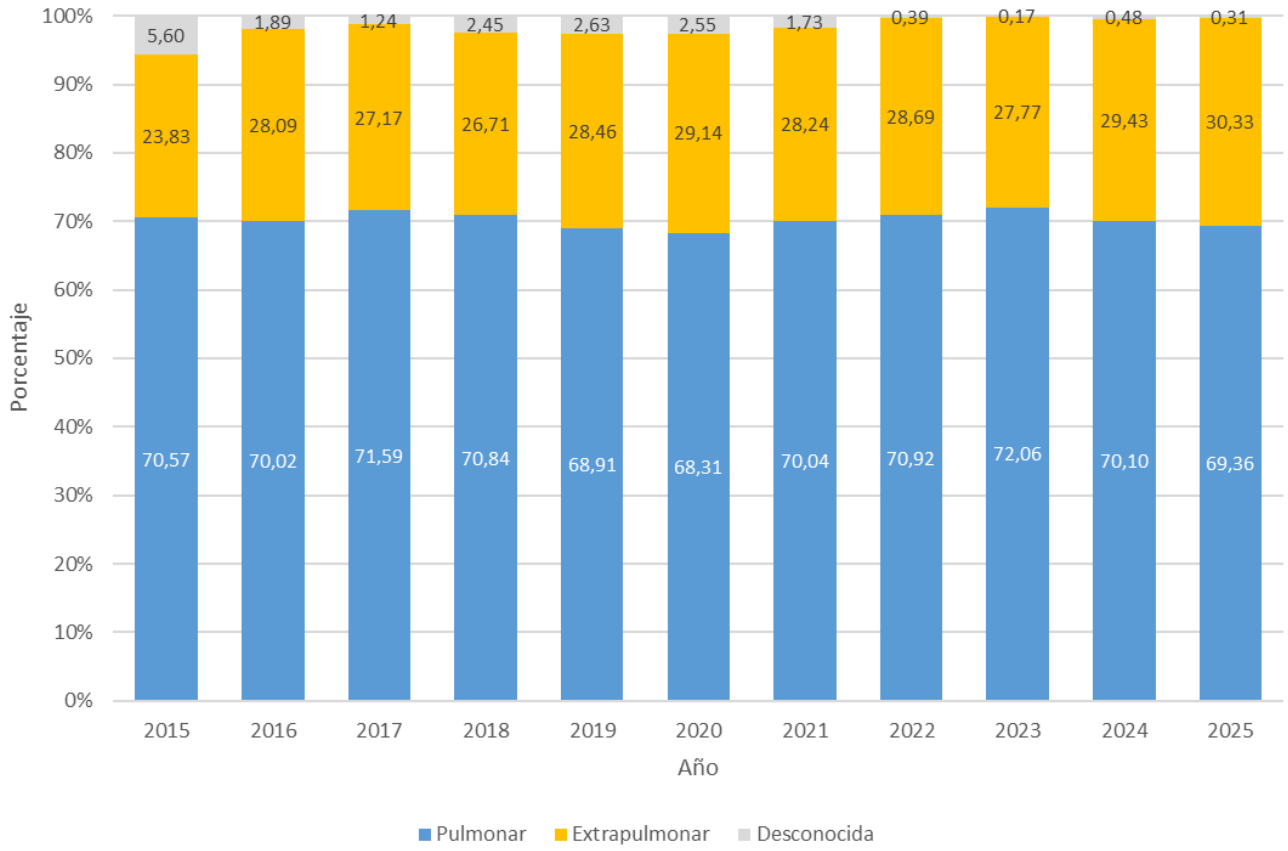
Características de los casos de tuberculosis

En 2025, al igual que en años previos, la mayoría de los casos de TB se registraron en hombres (n=3.162 casos, 64,65% del total), con una razón de tasas hombre/mujer de 1,83. La mediana de edad de los casos notificados fue de 43 (rango intercuartílico (RIC)= 27-59) tanto en hombres (RIC=27-59) como en mujeres (RIC=28-61). Esta mediana fue inferior a la observada en 2024 (44 años) y 2023 (46 años).

En 2025, la localización más frecuente de la TB fue la pulmonar (TBP; n=3.394, 69,36% del total), mientras que un 30,33% de casos presentó localización extrapulmonar (n=1.483). En 16 casos no se registró información sobre la localización. Entre las formas extrapulmonares, las más frecuentes fueron la linfática extratorácica en 36,08% de los casos (535/1.483) y la forma pleural en 24,88% de los casos (369/1.483). Se notificaron 39 casos de TB meníngea, misma cifra que en 2024. Hubo 496 casos de TB pulmonar (un 14,61% del total de casos de TBP) que presentaron una localización adicional, siendo las más comunes la pleural (n=136), linfática extratorácica (n=122) y la diseminada (n=87). En la figura S1 se detalla la distribución de los casos de TB según la localización específica, junto con el porcentaje de TBP para todo el período de estudio.

El porcentaje de formas pulmonares se ha mantenido relativamente estable desde 2015, alcanzándose el valor mínimo en 2020 (68,31%) y el máximo en 2023 (72,06%) (Figura 4).

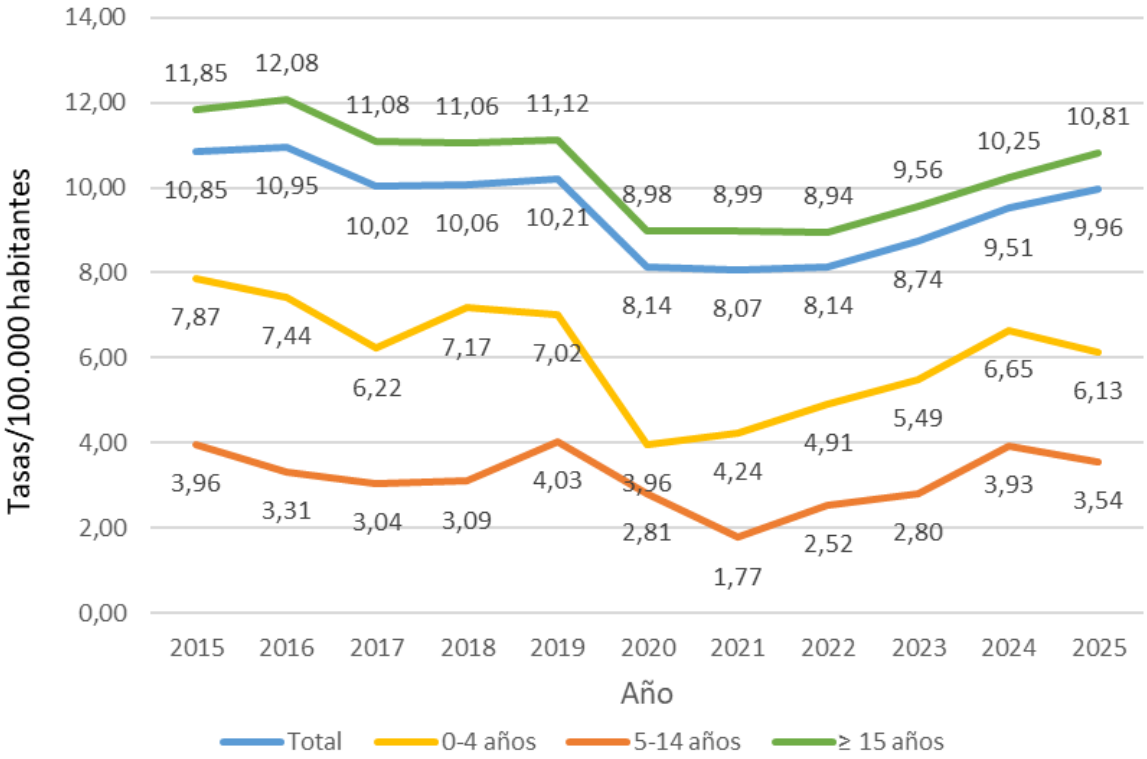
Figura 4. Evolución temporal de los casos de tuberculosis por localización principal para el periodo 2015-2025, España



Tuberculosis en menores de 15 años

En 2025 se notificaron 269 casos de TB en menores de 15 años, 105 casos tenían entre 0 y 4 años, y 164 entre 5 y 14 años. La TN en menores de 15 años disminuyó ligeramente respecto al año anterior (TN=4,24 por 100.000 habitantes en 2025 frente a TN= 4,67 en 2024), mientras que en los adultos la tasa aumentó frente al año anterior (TN=10,81 en 2025 frente a TN=10,25 en 2024). La TN para el grupo de 0 a 4 años disminuyó ligeramente (TN = 6,13 por 100.000 habitantes en 2025 frente a TN = 6,65 en 2024), al igual que la TN para el grupo de 5 a 14 años (TN = 3,54 por 100.000 habitantes en 2025, frente a TN = 3,93 en 2024) (Figura 5). La razón entre las tasas de incidencia en menores de 15 años y adultos también disminuyó, de 0,46 en 2024 a 0,39 en 2025.

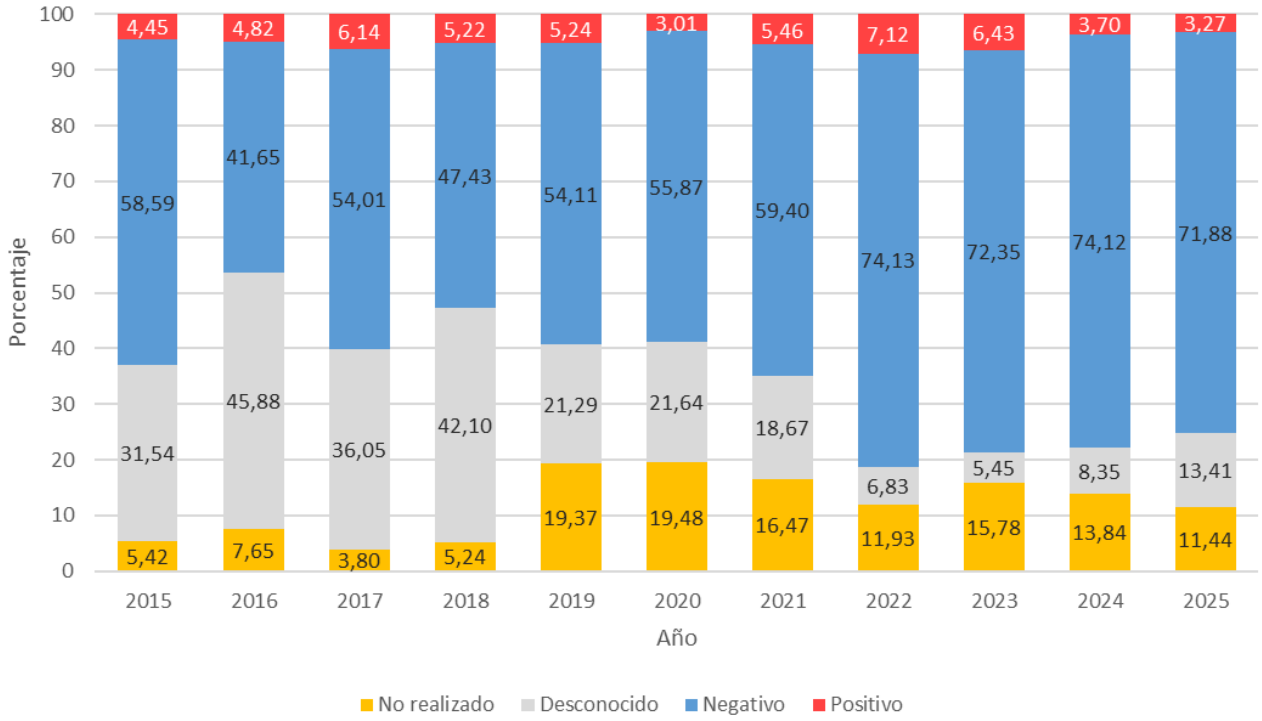
Figura 5. Tasas de notificación de tuberculosis en adultos y menores de 15 años. España 2015-2025



Coinfección tuberculosis con VIH

En 2025, se dispuso de información sobre la realización de la prueba de VIH en el 86,59% de los casos notificados (n=4.237). De estos casos, 160 presentaban TB con coinfección por VIH, un número inferior al de los dos años previos (270 y 171 casos en 2023 y 2024, respectivamente). El porcentaje de coinfección desciende respecto a 2024 (de 3,70% a 3,27%). En 560 casos (11,44%) no se realizó la prueba de VIH. Aunque este porcentaje disminuyó frente a 2024 (13,84%), la proporción de casos no cribados muestra una tendencia global creciente desde 2018, cuando únicamente alcanzaba el 5,24% (Figura 6).

Figura 6. Porcentaje de casos de tuberculosis según el resultado de la prueba para VIH. 2015-2025, España.



Tuberculosis zoonótica

En 2025 se notificaron 99 casos de TB zoonótica, 93 causados por *M. bovis,* y 6 por *M. caprae*, cifras superiores a las del 2024, año en que se notificaron 69 casos de TB por *M. bovis* y 3 de TB por *M. caprae.* Se observa un incremento anual mantenido en el porcentaje de casos notificados de TB por *M. bovis* desde 2019, mientras que el porcentaje de casos por *M. caprae* se ha mantenido relativamente estable en el mismo periodo. En la tabla 1 se muestra la distribución temporal de los casos de TB zoonótica, el porcentaje de completitud de la variable agente causal y su distribución porcentual entre los casos en los que se identificó el agente.

Tabla 1. Casos de tuberculosis por *M. bovis* y *M. caprae* notificados en España, 2015-2025

Agente		2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024	2025
M. caprae	n	3	5	4	5	7	3	6	7	6	3	6
	% total*	0,06	0,10	0,09	0,11	0,15	0,08	0,16	0,18	0,14	0,06	0,12
	% total con especie **	0,21	0,30	0,24	0,37	0,52	0,21	0,43	0,50	0,40	0,15	0,32
M. bovis	n	40	38	55	46	36	35	34	49	50	69	93
	% total*	0,79	0,75	1,18	0,98	0,75	0,91	0,89	1,27	1,19	1,49	1,90
	% total con especie **	2,81	2,29	3,37	3,40	2,70	2,39	2,43	3,48	3,35	3,50	4,94
Completitud***		73,92	75,17	76,16	74,63	72,29	75,22	74,30	76,82	78,80	78,70	79,05

*Calculado sobre el total de casos de TB notificados; **Calculado sobre el total de casos en los que se identificó la especie de TB (se excluyen los casos por complejo *M. tuberculosis*); *** Calculado sobre el total de casos que cuentan con información sobre el agente (incluyendo casos por complejo *M. tuberculosis*).

Pruebas de sensibilidad a los fármacos antituberculosos

En 2025, en 3.301 de los de TB casos notificados (67,46% del total) constaba la realización de pruebas de sensibilidad a fármacos antituberculosos; en el 12,30% se indicó que estas pruebas no se habían realizado y en el 20,23% de los casos no se disponía de información al respecto. Todas las comunidades autónomas notificaron la realización de pruebas de sensibilidad, excepto Cantabria.

Los porcentajes que se muestran en la tabla 2 se calcularon sobre el total de casos con pruebas de sensibilidad. Se observa un ligero incremento en 2025 en el porcentaje de casos con resistencia a rifampicina (RR-TB) y con tuberculosis multirresistente, definida como resistencia al menos a rifampicina e isoniacida (MDR-TB) en comparación con 2024. No obstante, estos porcentajes son similares a los observados en el periodo 2022-2023. Dado que los registros de 2025 son preliminares y que la notificación de esta información ha mejorado en los últimos cuatro años, estos resultados deben ser interpretados con cautela.

Tabla 2. Casos declarados con resistencia a antituberculostáticos, España, 2021-2025.

Resistencia a antituberculostáticos		**2021 n=3.825**	**2022 n=3.865**	**2023 n =4.202**	**2024 n =4.625**	**2025 n =4.893**
Casos con pruebas de resistencia	**n**	1.786	2.333	2.518	2.956	3.301
	%	46,69	60,36	59,92	63,91	67,46
RR-TB	**n**	34	56	58	52	78
	%	1,90	2,40	2,30	1,76	2,36
MDR	**n**	24	35	41	30	54
	%	1,34	1,50	1,63	1,01	1,64
Casos con prueba no realizada	**n**	302	850	918	491	602
	%	7,90	21,99	21,82	10,62	12,30
Casos sin información	**n**	1.737	682	766	1.170	989
	%	45,41	17,65	18,23	25,30	20,21

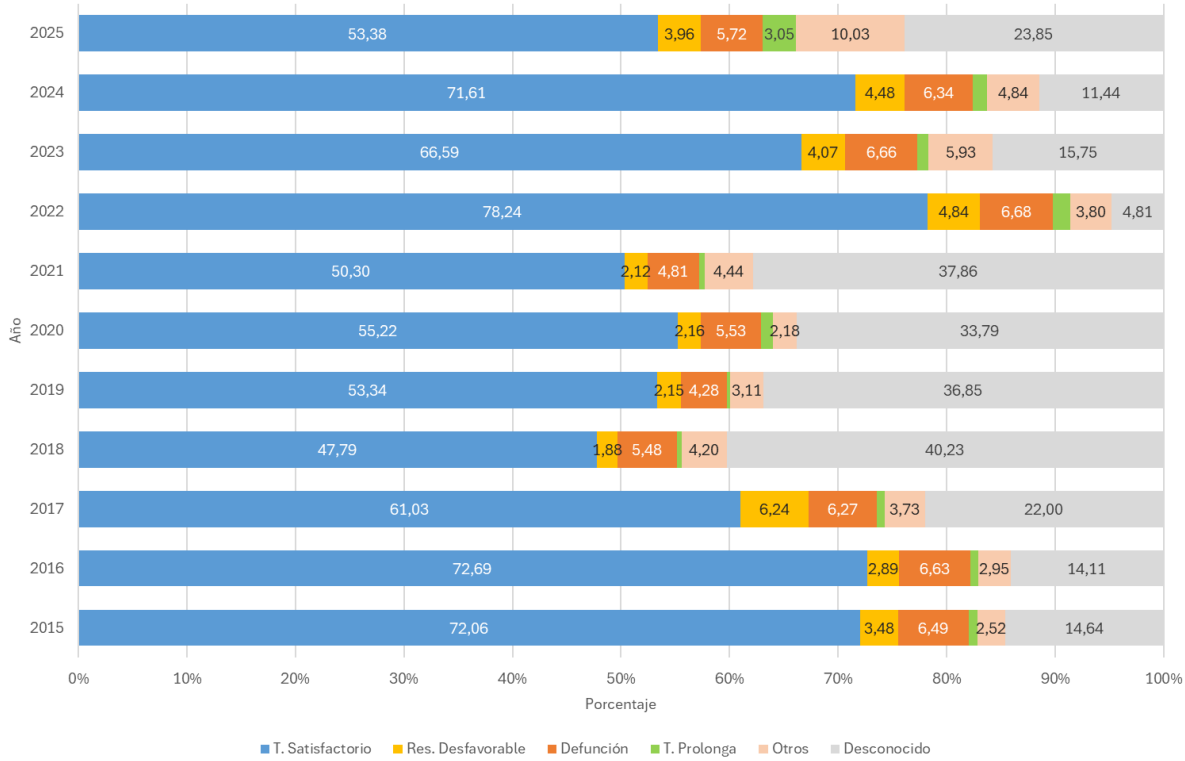
RR-TB: Resistentes a rifampicina; MDR: Resistentes al menos a rifampicina e isoniacida.

Resultados de tratamiento. Años 2024 y 2025

Para los casos declarados en 2024 se dispone de información del resultado de tratamiento en el 88,56% de los casos (lo que representa una mejoría respecto al 84,25% de 2023). En el 80,86% de los casos con esta información, el resultado del tratamiento fue satisfactorio (3.312/4.096). Esta información ha mejorado ligeramente respecto al año previo (79,04%), mientras que empeora respecto a 2022 (82,20%). El porcentaje de fallecimientos (6,34%) se mantiene similar al de los dos años previos, mientras que se incrementa ligeramente el porcentaje de casos con resultado desfavorable.

La información preliminar sobre el resultado de tratamiento en 2025 se encuentra disponible en el 76,15% de los casos declarados (n = 3.726). El porcentaje de completitud de esta información ha ido incrementando en los últimos años, aunque sigue habiendo un margen de mejora no desdeñable (Figura 7). En el 70,10% de los casos con esta información (53,38% si consideramos los casos sin información), el resultado del tratamiento fue satisfactorio (2.612/4.893). El porcentaje de casos en los que el resultado fue desfavorable en 2025 fue ligeramente menor que en el año anterior (3,96% en 2025 y 4,48% en 2024). Con respecto a la letalidad, el porcentaje de casos de defunción se mantiene relativamente estable entre 2015 y 2025 (con un mínimo de 4,28% en 2019 y un máximo de 6,68% en 2022).

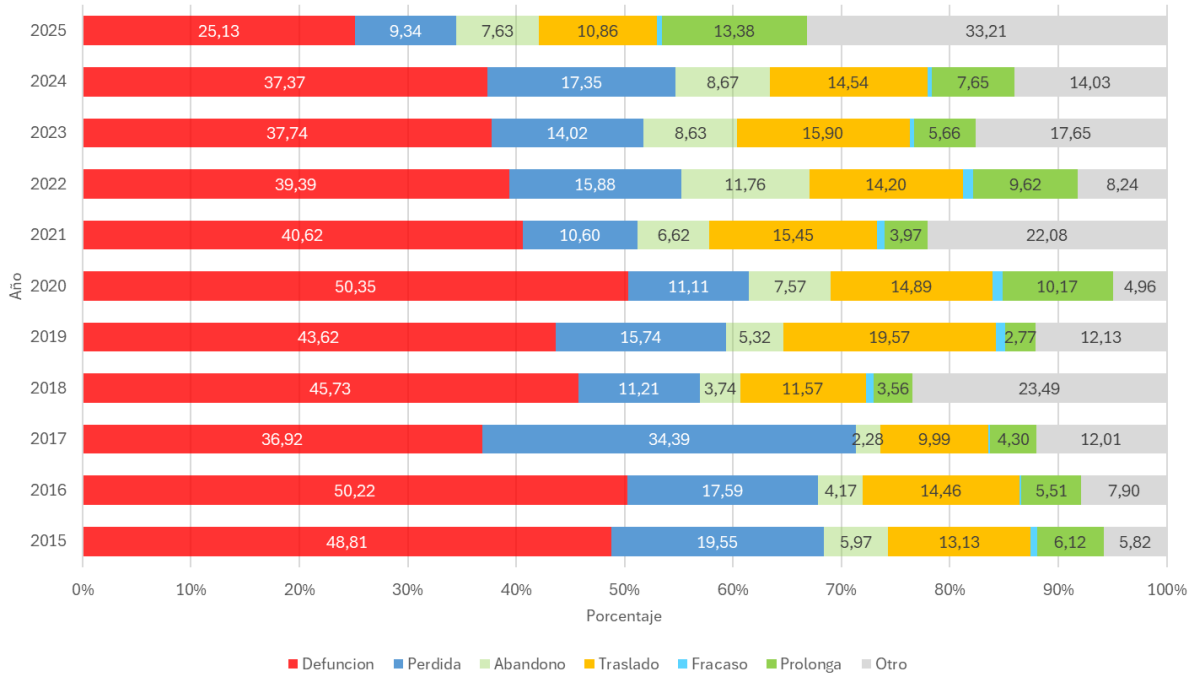
Figura 7. Porcentaje de casos de tuberculosis según el resultado del tratamiento. España 2015-2025.



*Resultado satisfactorio: Curación y Tratamiento completo.
**Resultado desfavorable: abandono, fracaso y pérdida. Otros: Traslado y otros resultados.

En la siguiente figura, se muestran las causas de tratamiento no satisfactorio y su distribución porcentual entre 2015 y 2025. El porcentaje de casos que requirieron prolongar el tratamiento ha ido aumentando progresivamente desde 2015, mientras que el porcentaje de defunción disminuye. En 2025 resulta destacable el elevado porcentaje de casos con resultado no satisfactorio que se clasifican en la categoría “otros motivos” (Figura 8).

Figura 8. Distribución de resultados del tratamiento entre los casos de TB que no completaron el tratamiento, España, 2015-2025



Retraso en el inicio del tratamiento de la TB pulmonar

De los 3.394 casos de TB pulmonar declarados en 2025, se registró la fecha de inicio de síntomas en 2.908 casos (85,7%) y la fecha de diagnóstico y/o fecha de inicio de tratamiento en 3.215 (94.7%). Con el fin de ampliar el rango del análisis, se construyó la variable combinada *retraso terapéutico* a partir de la fecha de inicio de síntomas y la fecha de inicio de tratamiento o fecha de diagnóstico. Se eliminaron del análisis aquellos casos que presentaban valores extremos (97 casos con un retraso de 0 días y 12 casos con retraso terapéutico mayor a 1.000 días). En total, se analizaron 2.768 casos de TB pulmonar (81,55% del total de los casos pulmonares) con dicha información completa. La mediana del número de días transcurridos desde el inicio de síntomas hasta el inicio del tratamiento o fecha de diagnóstico fue de 52 días (RIQ: 22-103), superior a la del 2024 (47 días, RIQ: 21-100). Alrededor de un tercio de los casos de TB pulmonar notificados en 2025 (n= 923; 33,35%) iniciaron el tratamiento durante el primer mes desde el inicio de los síntomas, un porcentaje ligeramente inferior al de 2024 (n=980, 35,25%).

Tabla 3. Retraso en el inicio de tratamiento a partir de la fecha de inicio de síntomas/fecha de diagnóstico en casos de TB pulmonar en 2025, España.

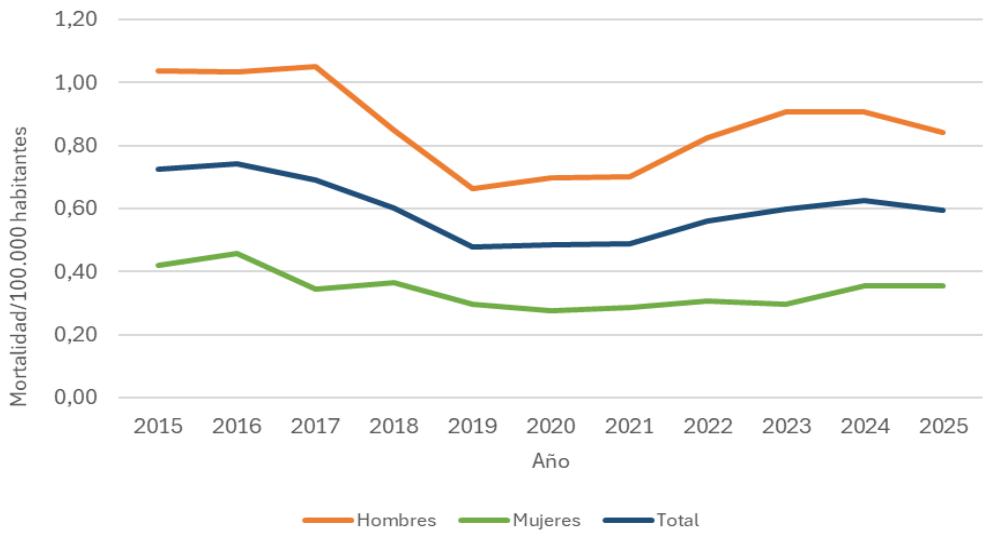
Retraso terapéutico (días)	Número de casos n=2.768*	Porcentaje
1-30	923	33,35
31-90	1.002	36,20
91-130	329	11,89
131-190	251	9,07
191-250	114	4,12
251-310	49	1,77
Mayor o igual a 311	100	3,61

*Se excluyen los casos de TB pulmonar con retrasos de 0 días y de 1.000 días y más.

Defunciones y letalidad

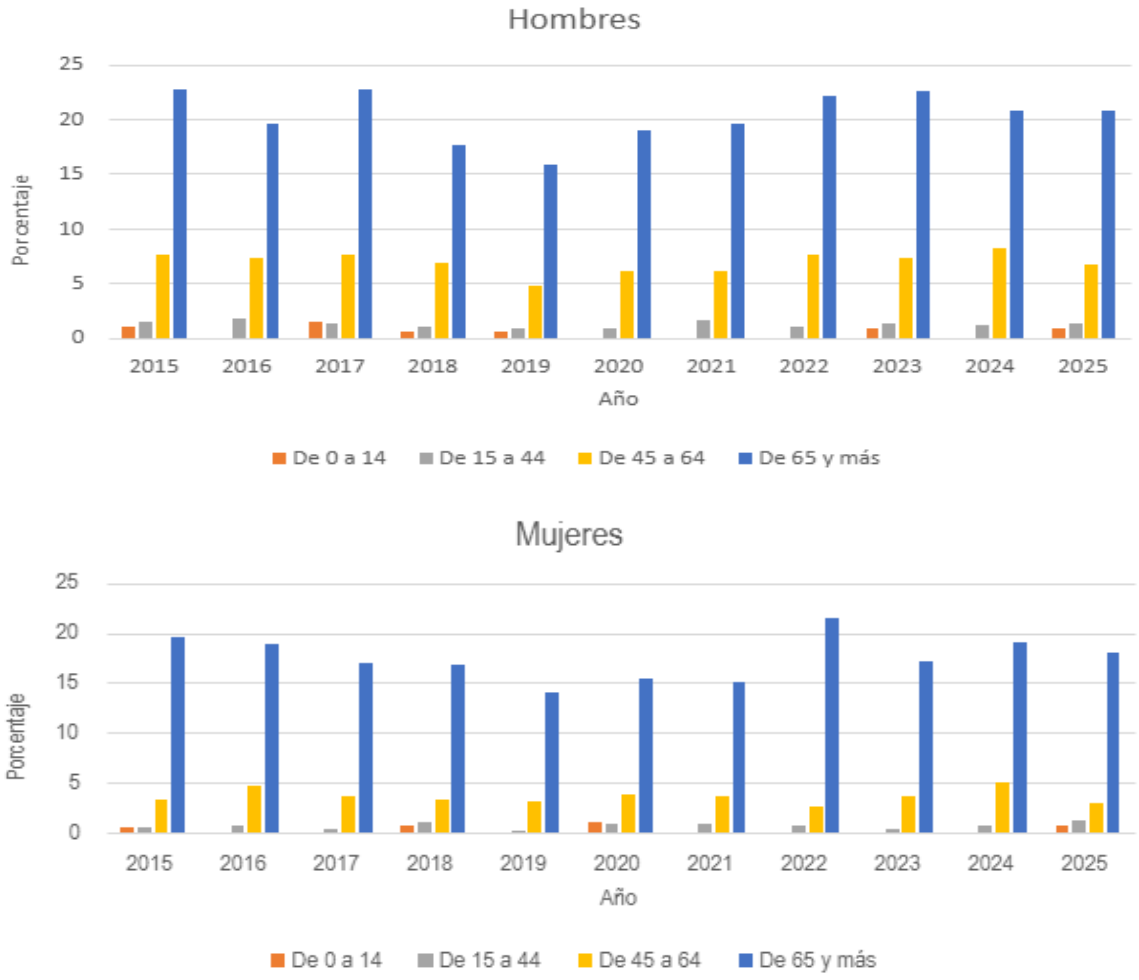
En 2025 se notificaron 292 defunciones (304 en 2024), siendo la tasa de mortalidad de 0,59 por 100.000 habitantes, inferior a la registrada en 2024 (0,63). Esta tasa de mortalidad fue inferior en 2025 respecto a 2024 en hombres (0,84 frente a 0,91), mientras que en mujeres fue ligeramente superior (0,36 por 100.000 habitantes en 2025 frente a 0,35 en 2024). Las tasas de mortalidad de los últimos dos años y las diferencias observadas por sexo se asemejan a la de años prepandémicos (Figura 9).

Figura 9. Tasa de mortalidad por tuberculosis. España, 2015 a 2025.



La letalidad en 2025 fue de 5,97% (6,42% en hombres y 5,15% en mujeres), siendo ligeramente inferior que en 2024 (6,67%), aunque estas diferencias hay que interpretarlas con cautela, dado que los resultados para los casos notificados en 2025 son provisionales. La letalidad aumenta progresivamente con la edad, dándose los porcentajes más altos en el grupo de más de 65 años en todos los años de la serie (en el año 2025 fue de 20,80 en hombres y 18,11 en mujeres, Figura 10). Destaca en la serie histórica una mayor letalidad en el grupo de 45 a 64 años en hombres respecto a mujeres.

Figura 10. Porcentaje de letalidad por tuberculosis por sexo y grupo de edad. España, 2015 a 2025.

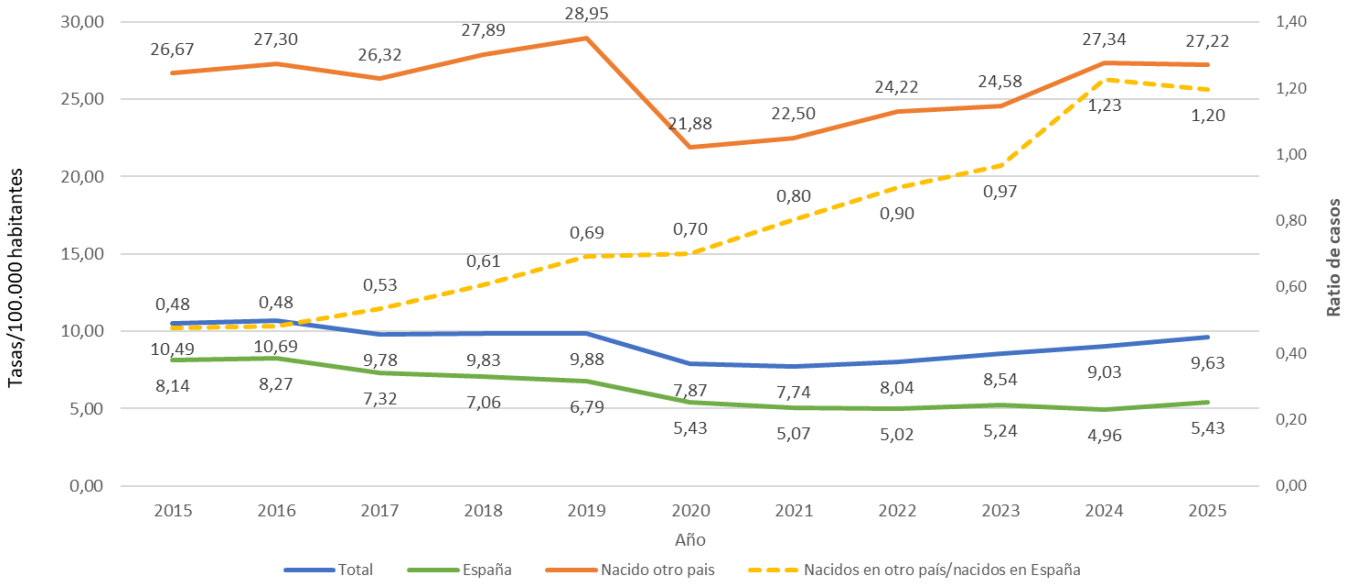


Características según el país de nacimiento

En 2025, se notificaron 2.576 casos con país de nacimiento distinto de España (el 54,46% de los registros que contaban con esta información, n=4.730). La tasa de notificación en población nacida en España fue de 5,43 y en población nacida en otro país de 27,22 por 100.000 habitantes (razón de tasas de 5,01).

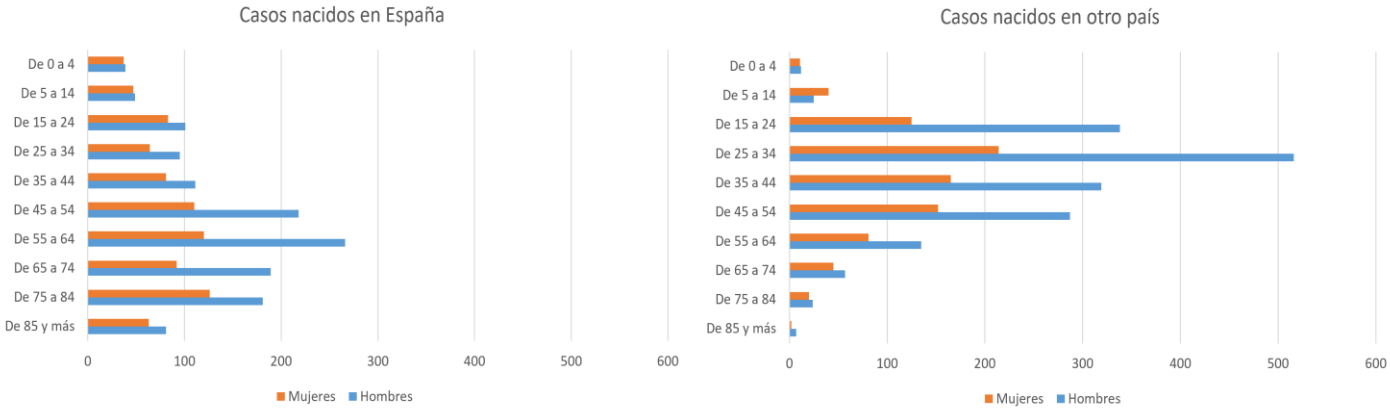
La TN en población nacida en España ha ido disminuyendo a lo largo de todo el periodo de estudio, con un ligero aumento en 2025 respecto al año anterior (4,96 frente a 5,43 por 100.000 habitantes en 2024 y 2025, respectivamente), mientras la TN en población nacida fuera de España muestra una evolución más estable entre 2015 y 2018, una caída abrupta en 2020 tras un repunte en 2019, y un crecimiento mantenido desde entonces, a excepción de 2025, cuando se observa un ligero descenso respecto a 2024. Este ligero cambio se refleja también en la ratio de casos nacidos en otro país/nacidos en España (1,20 en 2025 frente a 1,23 en 2024) (Figura 11).

Figura 11. Evolución temporal de las tasas de notificación de tuberculosis para el periodo 2015 a 2025 según el país de nacimiento y ratio de casos.



En 2025, al igual que ocurre en años previos, la distribución de casos de TB por sexo y grupo de edad según país de nacimiento muestra diferencias. Mientras que en nacidos en España el grupo de edad con mayor número de casos es el de 55-64 años, en población nacida fuera el grupo de edad predominante es el de 25-34. La distribución por sexo también difiere ligeramente entre ambas poblaciones (ratio hombre/mujer de 1,98 frente a 1,62 en población nacida en España y nacida en otro país, respectivamente). En las personas nacidas en España, el número de casos en hombres fue superior al de mujeres en todos los grupos de edad, aunque estas diferencias fueron menores en los grupos de ≤14 años y ≥85 años. Entre las personas nacidas fuera de España, los hombres representaron un mayor número de casos en todos los grupos etarios, excepto en el de 5-14 años, en el que predominaron las mujeres. (Figura 12).

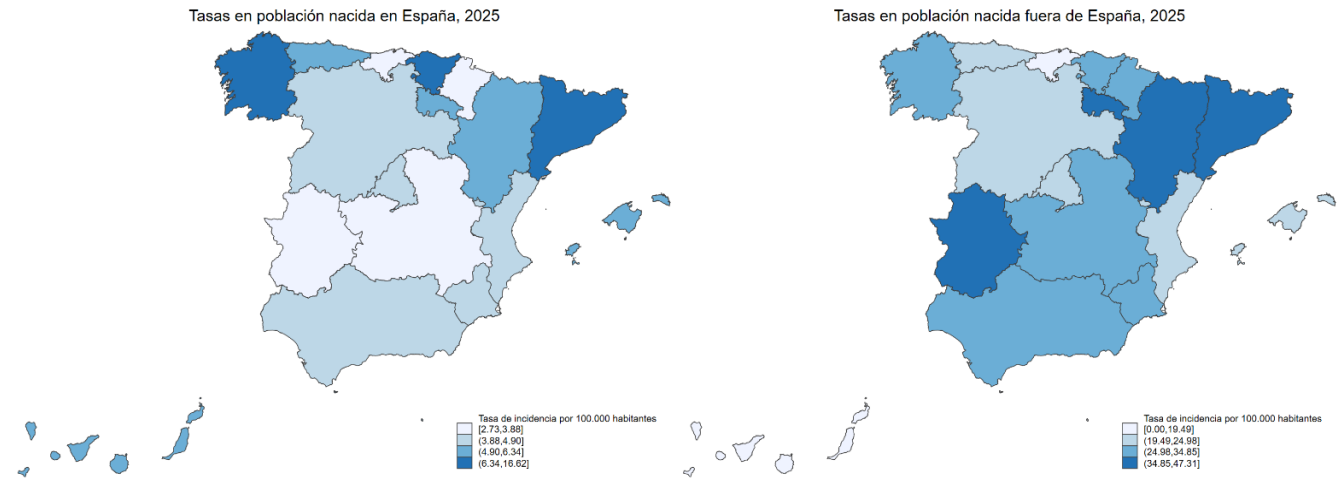
Figura 12. Casos de tuberculosis según el grupo de edad, el sexo y el país de nacimiento. España 2025



La tasa de mortalidad en población nacida en España fue inferior a la de la población nacida en otro país (0,55 por 100.000 habitantes frente a 0,63, respectivamente). Respecto a la letalidad, el porcentaje de casos fallecidos entre los casos de TB nacidos en España fue de 10,21%, mientras que en los casos de TB nacidos en otro país fue de 2,33%.

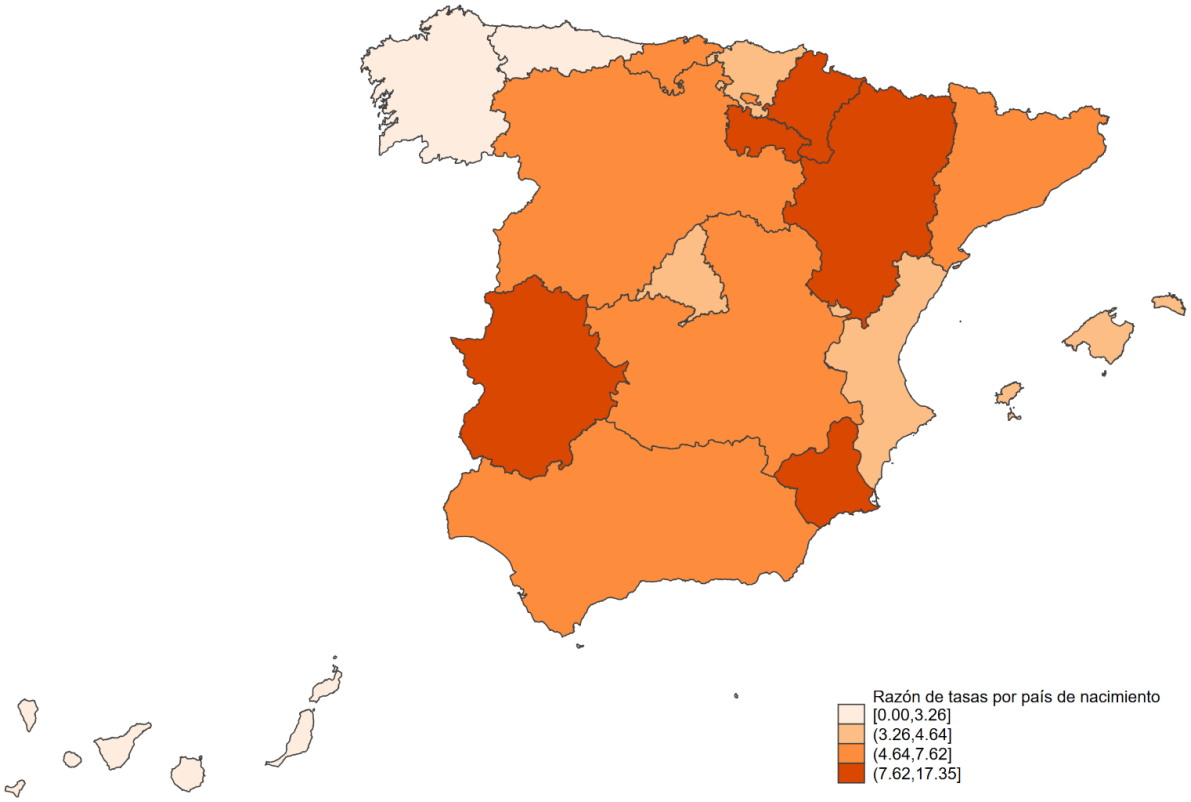
En cuanto a la distribución geográfica por país de nacimiento, las CCAA que presentaron TN superiores en población nacida en España fueron Ceuta (16,62), Galicia (10,62), País Vasco (7,34) y Cataluña (7,07), mientras que las CCAA con tasas mayores en población nacida en otro país fueron Extremadura (47,31), Aragón (40,22), La Rioja (37,37) y Cataluña (35,61) (Figura 13). En la Tabla S3 se muestran todas las TN por país de nacimiento y CCAA para 2025, así como la razón de tasas.

Figura 13. Tasas de notificación de tuberculosis según comunidad autónoma y país de nacimiento. Año 2025



Respecto a la razón de tasas, las CCAA que presentaron una razón de tasas de nacidos fuera de España/nacidos en España superiores fueron Extremadura (17,35), Murcia (8,98), Navarra (8,47), Aragón (7,69) Y La Rioja (7,62) (Figura 14).

Figura 14. Razón de tasas nacidos en otro país/nacidos en España. Año 2025



Conclusiones

Aunque la tasa de notificación de TB mantiene a España entre los países de baja incidencia a nivel mundial y de la Unión Europea (UE), en 2025 se registra un repunte en la tasa nacional por cuarto año consecutivo, que se sitúa ya muy próxima al umbral de 10 casos por 100.000 habitantes que define a los países de baja incidencia. Es importante señalar que este año, por primera vez, se incluyeron en el análisis los casos importados, en línea con el nuevo protocolo de vigilancia y las recomendaciones de la OMS y el ECDC.

La tendencia creciente observada a partir de 2022-2023 se mantiene, aunque el incremento se ha ralentizado ligeramente respecto al año previo 2024. Este comportamiento contrasta con el observado en el conjunto de la UE y el Espacio Económico Europeo (EEE), donde la tasa descendió en 2024, y donde España figura entre los países con mayor incremento medio anual desde 2020.

Estos cambios se podrían atribuir por un lado a la recuperación de la actividad diagnóstica y del estudio de contactos tras la pandemia de COVID-19, y por otro, a los cambios demográficos de la población residente en España, los determinantes sociales asociados a la TB, y las mejoras en la notificación y en la calidad de la información, que también han podido influir en estos resultados.

Se observan ciertos cambios en los perfiles de los casos declarados. La distribución por sexo se mantiene relativamente estable respecto a los años previos, con un claro predominio de casos en hombres, con ratios más amplios en los grupos de edad entre los 15 y 34 años, mientras que la mediana de edad de los casos disminuye en los últimos tres años, especialmente en hombres.

A diferencia de lo observado en 2024, en donde hubo un marcado aumento de casos en menores de 15 años, en 2025 la tasa de notificación en este grupo de edad desciende, aunque este resultado hay que interpretarlo con cautela, dado el carácter preliminar de los datos y el reducido número de casos. Por otro lado, el porcentaje de formas pulmonares se mantiene estable respecto a años previos, siendo esta variable una de las que presenta mejoría en el grado de cumplimentación. Respecto al número de casos de TB zoonótica, este vuelve a aumentar en 2025, alcanzándose la cifra más alta del periodo, especialmente para los casos de TB por *M. bovis. N*o obstante, como se ha señalado en informes previos, este resultado se debe interpretar en el contexto de las posibles mejoras en la identificación de especie y en la notificación de esta variable.

Este año se ha incorporado de nuevo el análisis del retraso en el inicio del tratamiento entre los casos de tuberculosis pulmonar. La mediana del retraso observada en 2025 es superior a la de los años previos, y aproximadamente uno de cada tres casos inicia el tratamiento dentro de los primeros 30 días desde el inicio de los síntomas. La información recogida en el sistema de vigilancia no permite discriminar las causas de retraso, para ello serían necesarios estudios específicos. El retraso en el diagnóstico y tratamiento de la tuberculosis es un fenómeno multifactorial, influido por factores relacionados con el paciente, las dificultades de acceso al sistema sanitario, el estigma asociado a la enfermedad, una menor sospecha clínica en contextos de baja incidencia y los tiempos necesarios para la confirmación microbiológica. Por ello, resulta fundamental reforzar las estrategias dirigidas a la detección precoz y al inicio oportuno del tratamiento.

Respecto al resultado del tratamiento, la cumplimentación de esta información se mantiene en niveles similares a los provisionales de 2024, por lo que aún existe un amplio margen de mejora, dada su relevancia y la necesidad de identificar adecuadamente las pérdidas de seguimiento y los fracasos terapéuticos. Según los datos provisionales de 2025, más de la mitad de los casos notificados presentaron un resultado satisfactorio del tratamiento. Paralelamente, se observa un incremento en el porcentaje de casos clasificados en la categoría de "otros resultados", lo que dificulta la comparativa con años previos. También cabe reseñar el incremento de casos que han requerido prolongar el tratamiento, mientras que la defunción disminuye progresivamente.

Las tasas de mortalidad y la letalidad mantienen tendencias relativamente estables en los últimos años, mostrando cambios menos pronunciados que las TN. La letalidad fue superior en el grupo de mayores de 65 años durante toda la serie histórica, especialmente en hombres. Respecto a la coinfección con el VIH, como en años

anteriores, se observa un descenso en el porcentaje de casos con prueba positiva, aunque la cumplimentación de esta variable ha empeorado ligeramente respecto al año anterior. Llama la atención que, aunque el porcentaje de casos en los que no se realiza la prueba de VIH ha disminuido en los últimos tres años, todavía se mantiene en torno al 10%. Dado que se trata de un indicador importante, sería necesario explorar los motivos relacionados con la no realización de la prueba o registro de esta.

En relación con la sensibilidad a los fármacos de primera línea, observamos una mejora en la cobertura de las pruebas de sensibilidad respecto a 2024. En 2025 se identificaron 54 casos de TB-MDR a partir de los casos notificados, cifra superior a la de años previos, que podría explicarse en parte por la mejora de la cumplimentación de estas variables. Por otra parte, con la información disponible en SIVIES no ha sido posible identificar casos pre-XDR o XDR, ya que la encuesta incluida en el protocolo vigente para el 2025 aún no recogía la información necesaria sobre fármacos de segunda línea para definir estos casos.

Las tasas de notificación de los casos nacidos fuera de España se mantienen por encima de las de la población nacida en España, mientras que la proporción de casos nacidos en otro país se mantiene estable respecto a 2024. Respecto a la tasa de mortalidad, en 2025 fue menor en población nacida en España que en población nacida en otro país, mientras que la letalidad fue superior en los casos nacidos en España. Como se ha señalado en informes anteriores, estas diferencias deben interpretarse con cautela, ya que el denominador utilizado para estimar las tasas en la población nacida fuera de España no incluye a las personas en situación administrativa irregular. Esto puede dar lugar a una sobreestimación de las tasas en este grupo y constituye una limitación importante para su interpretación. Por otro lado, los casos de TB nacidos en otro país presentan un perfil diferenciado por grupo de edad, concentrando la mayoría de los casos en población entre los 25 y 34 años, y una distribución geográfica distinta a la de los casos en población nacida en España. Estas diferencias podrían reflejar diferencias regionales en los perfiles de población migrante y/o en las medidas y recursos destinados al control de esta enfermedad, lo que refuerza la necesidad de estrategias de prevención y control frente a la TB adaptadas, accesibles y equitativas para población migrante en todo el territorio nacional.

En conclusión, la tuberculosis continúa siendo una de las enfermedades infecciosas que requiere un mayor esfuerzo de vigilancia, debido a la complejidad de su abordaje, no solo en el registro y la calidad de la información, sino especialmente en el manejo clínico, el estudio de contactos y el seguimiento de los pacientes. Todo ello sin olvidar que sigue siendo la enfermedad infecciosa que más muertes causa en el mundo (7), y que está estrechamente ligada a la pobreza, la exclusión social, el estigma y otras situaciones de vulnerabilidad. Estos desafíos se ven reforzados por factores relacionados con la salud global y la movilidad poblacional. Asimismo, el control de la enfermedad es cada vez más complejo debido a los cambios en los patrones de vulnerabilidad, los retrasos diagnósticos y las dificultades para garantizar la continuidad asistencial y el seguimiento de personas que con frecuencia se desplazan entre comunidades autónomas y entre países. Por todo ello, se hace necesario un abordaje multisectorial que permita el alcance de los objetivos mundiales de control y vigilancia de la enfermedad.

Referencias

1. Centro Nacional de Epidemiología. Instituto de Salud Carlos III. Red Nacional de Vigilancia Epidemiológica. Protocolos de la Red Nacional de Vigilancia Epidemiológica. Madrid, 2013. Accesible en: https://cne.isciii.es/servicios/enfermedades-transmisibles/enfermedades-a-z/tuberculosis
2. Protocolo de vigilancia de tuberculosis. Sistema de Vigilancia de las Enfermedades Transmisibles. Red Estatal de Vigilancia en Salud Pública. 2026. Accesible en: https://www.sanidad.gob.es/areas/DCVIHT/tuberculosis/docsTecnicosRelevantes.htm
3. Instituto Nacional de Estadística. Cifras de Población y Censos Demográficos, Estadística continua de población, Población residente por fecha, sexo, grupo de edad y país de nacimiento. Instituto Nacional de Estadística 2025. Accesible en: https://www.ine.es/jaxiT3/Tabla.htm?t=56937
4. Grupo de trabajo Plan Prevención y Control de la Tuberculosis. *Plan para la prevención y control de la tuberculosis en España.* Comisión de Salud Pública del Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud. Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social, marzo 2019. Accesible en: https://www.sanidad.gob.es/profesionales/saludPublica/prevPromocion/PlanTuberculosis/docs/Resumen_PlanTB2019.pdf
5. The End Tb Strategy. World Health Organization. 2015. Accesible en: https://www.who.int/publications/i/item/WHO-HTM-TB-2015.19
6. Indicadores de seguimiento del Plan de Prevención y Control de la Tuberculosis en España, 2024. https://www.sanidad.gob.es/ciudadanos/enfLesiones/enfTransmisibles/sida/TB/docs/IND_SEG_PLAN_TB_2024_para_publicar.pdf
7. Global tuberculosis report 2025. Geneva: World Health Organization; 2025. Licence: CC BY-NC-SA 3.0 IGO. Accesible en: https://iris.who.int/server/api/core/bitstreams/e97dd6f4-b567-4396-8680-717bac6869a9/content

ANEXOS

Anexo 1. Evaluación de la completitud de la información notificada a SIVIES

Se calculó el grado de cumplimentación, entendido como el porcentaje de valores válidos sobre el total de observaciones (sobre el total de casos de TB) de las variables de interés para este informe, recogidas en la notificación de casos de TB a la RENAVE en España en el periodo comprendido entre 2015-2025.

Las variables con peor grado de cumplimentación en 2025 fueron la provincia del caso (56,1%), la fecha de finalización del tratamiento actual (55,5%), y el municipio del caso (50,3%). Las variables que han presentado un mayor grado de cumplimentación en 2025 frente al promedio histórico fueron la fecha de diagnóstico (75,6% frente a 50,6%), los resultados de pruebas de susceptibilidad antimicrobiana (75,8% frente a 53,0%), y la fecha de inicio de tratamiento (94,8% frente a 76,0%). Por otro lado, las variables que presentan un menor grado de cumplimentación en 2025 frente a la media histórica fueron la comunidad autónoma del caso (56,4% frente a 73%) y el país del caso (77,0% frente a 89,4%).

Tabla S1. Grado de cumplimentación de las variables recogidas en la encuesta epidemiológica y media del grado de cumplimentación, España

Variable	2025 (N=4.893)		2015-2024	Dif. 2025 - media (pp)
	N	Grado cumplimentación (%)	% medio de cumplimentación	
Edad en años	4.893	100,00	99,99	0,01
Sexo	4.891	99,96	100,00	-0,04
País de nacimiento	4.730	96,67	97,04	-0,37
Fecha de nacimiento del caso	4.889	99,92	87,16	12,75
Fecha del caso	4.893	100,00	100,00	0
País del caso	3.761	76,86	89,35	-12,48
Comunidad autónoma del caso	2.758	56,37	72,88	-16,52
Provincia del caso	2.743	56,06	54,77	1,29
Municipio del caso	2.461	50,30	52,88	-2,58
Caso importado	4.361	89,13	84,07	5,06
País de residencia	4.875	99,63	99,26	0,38
Comunidad autónoma residencia	4.868	99,49	98,94	0,54
Provincia de residencia	4.855	99,22	98,70	0,53
Municipio de residencia	4.817	98,45	98,55	-0,11
Fecha inicio síntomas	4.160	85,02	77,16	7,86
Fecha diagnóstico de laboratorio	3.697	75,56	50,58	24,98
Localización fundamental	4.877	99,67	98,04	1,63
Localización adicional	721	14,74	10,59	4,15
Agente causal	3.868	79,05	75,61	3,44
Resultado de VIH	4.237	86,59	76,22	10,37
Resultados de pruebas de susceptibilidad antimicrobiana	3.708	75,78	52,93	22,85
Tratamiento previo	4.445	90,84	80,24	10,60
Fecha inicio de tratamiento actual	4.637	94,77	75,93	18,84
Fecha fin de tratamiento actual	2.714	55,47	51,71	3,76
Seguimiento del tratamiento: Meses a los que se ha finalizado el seguimiento	1.602	32,74	21,89	10,85
Resultados del tratamiento	3.726	76,15	76,85	-0,70
Defunción	4.082	83,43	76,02	7,40

Anexo 2: Tablas y figuras suplementarias

Tabla S2. Identificación de cambio en la tendencia de las tasas de TB por 100.000 habitantes y año de cambio (según cambio porcentual anual (APC)) por CCAA, 2015-2025, España

CCAA	AÑO DE CAMBIO	APC
Aragón	2023	30,34*
Extremadura	2021	20,19
La Rioja	2022	18,14*
Región de Murcia	2023	17,88
Canarias	2021	10,52
Andalucía	2022	9,05
Comunidad de Madrid	2021	7,01*
Cataluña	2021	6,59*
Castilla y León	2022	2,06
Melilla	sin cambio	
Galicia	sin cambio	
Cantabria	sin cambio	
Principado de Asturias	sin cambio	
Islas Baleares	sin cambio	
Comunidad Valenciana	sin cambio	
Castilla-La Mancha	sin cambio	
Ceuta	sin cambio	
País Vasco	sin cambio	
Comunidad Foral de Navarra	sin cambio	

*Cambio porcentual anual (APC) significativo

Figura S1. Distribución de los casos de tuberculosis por localización y por localización para el periodo 2015-2025

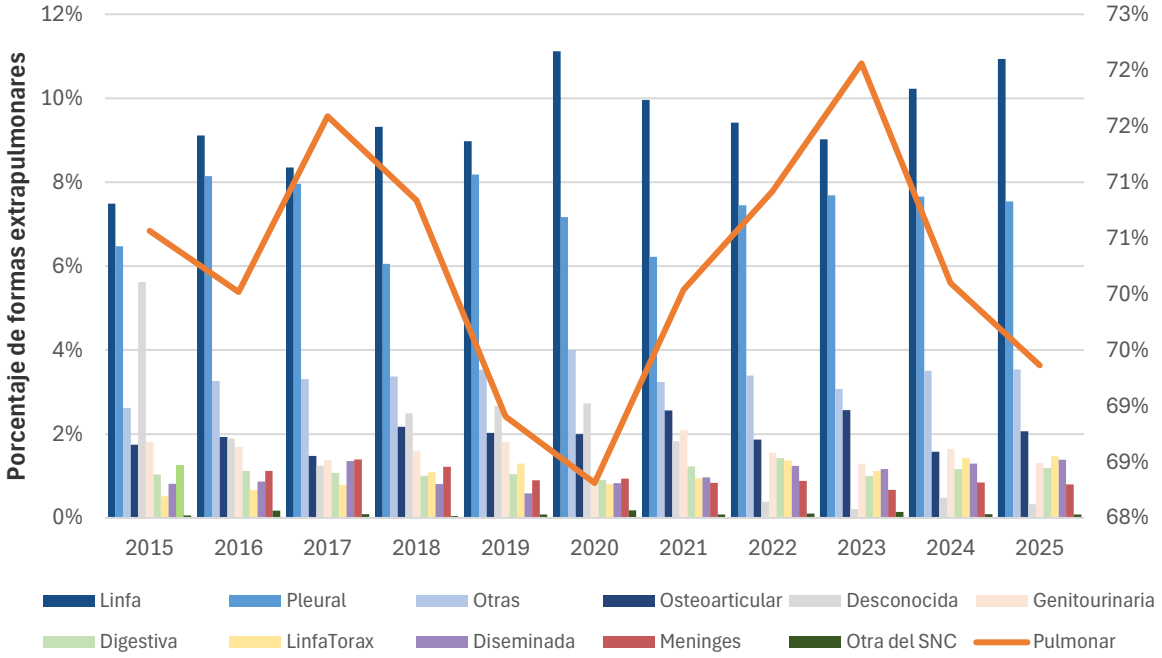


Tabla S3. Tasas de notificación de tuberculosis según la comunidad autónoma y país de nacimiento. Año 2025

Comunidad Autónoma	Tasa total*	Tasa en nacidos en España*	Tasa en nacidos fuera de España *	Razón de tasas**
Cataluña	15,62	7,07	35,61	5,04
Ceuta	14,36	16,62	0	---
Galicia	12,89	10,62	29,22	2,75
Aragón	11,94	5,23	40,22	7,69
La Rioja	11,02	4,9	37,37	7,62
País Vasco	10,93	7,34	32,42	4,42
Murcia	10,71	3,88	34,85	8,98
Navarra	9,5	3,83	32,43	8,47
Baleares	9,12	4,94	19,53	3,96
Madrid	8,98	4,73	21,64	4,57
Andalucía	8,4	4,52	32,48	7,18
Canarias	8,06	5,96	14,91	2,5
Asturias	7,98	6,34	20,65	3,26
C. Valenciana	7,89	4,2	19,49	4,64
Cantabria	6,74	3,47	18,69	5,39
Castilla y León	6,62	4,58	21,26	4,64
Castilla-La Mancha	6,58	3,32	24,98	7,52
Extremadura	6,27	2,73	47,31	17,35
Melilla	5,74	6,09	4,68	0,77
Total	**9,96**	**5,43**	**27,22**	**5,01**

*Tasas por 100.000 habitantes

**Razón de tasas nacidos fuera / nacidos en España