



MINISTERIO
DE CIENCIA, INNOVACIÓN
Y UNIVERSIDADES



Informe preliminar de la vigilancia de la tuberculosis.

Año 2024

Resultados de la Red Nacional de Vigilancia Epidemiológica

Depuración, validación, análisis de los datos, redacción y elaboración del informe: Zaida Herrador ^{1,2}, Juan Miguel Guerras ^{1,2}, Rocio Amillategui ³ y María Sastre ^{2,3}

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

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

³Unidad 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:

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 preliminar de la vigilancia de la tuberculosis en España. Año 2024. Centro Nacional de Epidemiología. Instituto de Salud Carlos III.

NOTA METODOLÓGICA

Se analizaron los casos declarados a la RENAVE por cada una de las 17 comunidades y las dos ciudades autónomas en 2024. Los datos se extrajeron del Sistema de Vigilancia Nacional (SIVIES) el 19 de septiembre de 2025. Se actualizaron los datos de los dos años anteriores, teniendo en cuenta las modificaciones y consolidaciones realizadas por las CCAA durante dichos años. Para el tratamiento y análisis de las variables, se utilizaron las definiciones que figuran en el protocolo vigente de la RENAVE (1). Se realizó una recodificación de la variable importado para alcanzar el 100% de exhaustividad a partir de la información facilitada sobre país del caso. Se utilizó la definición de importado del protocolo de vigilancia vigente. El caso se consideró importado si el país del caso era diferente de España. En aquellos casos en los que no existía información sobre la localización principal de la enfermedad, pero sí una localización adicional, se realizó un reemplazo. Tras excluirse los casos importados, se realizó un análisis descriptivo retrospectivo para las variables relevantes recogidas en la declaración de los casos de tuberculosis (TB). Se calcularon las tasas de notificación (TN) anuales de TB por 100.000 habitantes y las de mortalidad para el periodo 2015-2024, 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 y 65 y más años) y sexo. Para el cálculo de las TN, se utilizaron las cifras de población a partir de las estimaciones del censo que facilita el Instituto Nacional de Estadística (INE) para el periodo 2015-2024. Para el cálculo de las tasas de TB por país de nacimiento, se utilizaron la estadística continua de población por país de nacimiento del INE (2), correspondientes al 1 de enero de cada año. Esta aproximación representa una limitación importante, ya que los datos oficiales pueden infraestimar la población real de personas nacidas en otro país que residen en España, y en consecuencia sobreestimarse la tasa. Para el estudio de la incidencia según su distribución geográfica, las tasas se calcularon según la CCAA que declaró el caso.

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). Para el análisis de tendencia, se realizó regresión lineal con el paquete estadístico Jointpoint (<https://surveillance.cancer.gov/joinpoint/>). Se identificó el año a partir del cual ocurría un cambio significativo en la tasa de incidencia y se calculó el porcentaje de cambio medio anual (PCMA) con intervalos de confianza al 95% (IC95%). Se consideró significativo un p-valor <0,05. Los análisis se llevaron a cabo en Microsoft Excel y el software Stata versión 20.

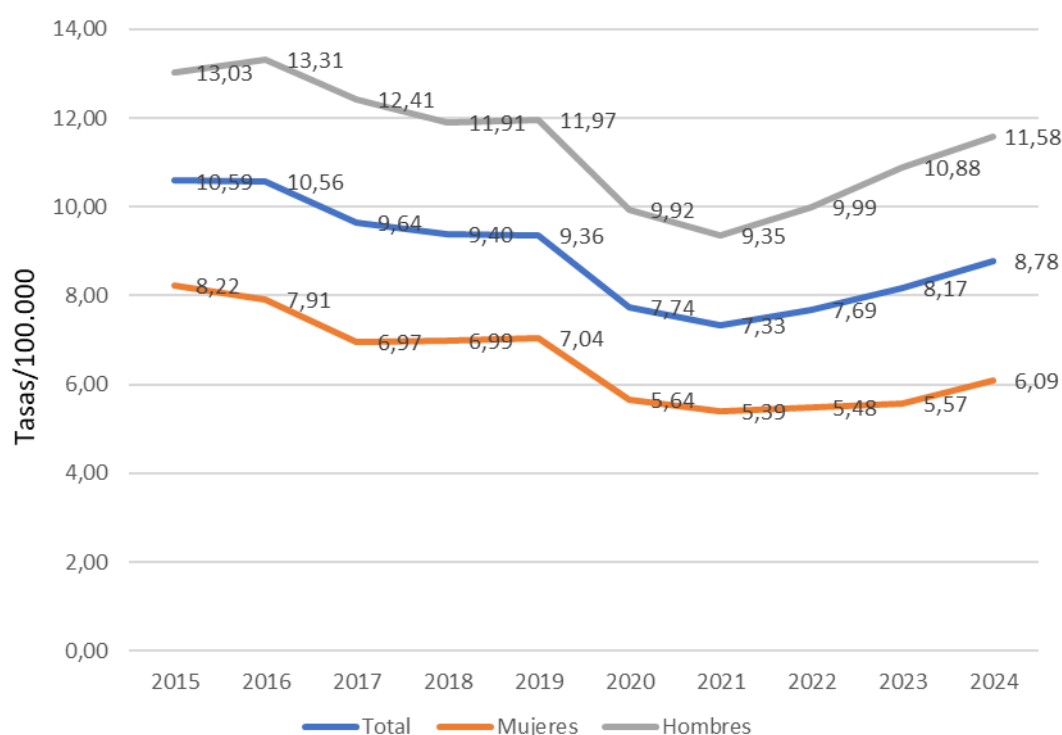
RESULTADOS

Evolución temporal y distribución geográfica

En 2024 se notificaron 4.624 casos, un 10% más que el año previo 2023, año en el que se notificaron 4.207 casos de TB en total. De estos 4.624 casos, 354 fueron declarados como importados y no se incluyeron en el análisis. El porcentaje de casos notificados como importados ha aumentado ligeramente respecto al año anterior (7,6% en 2024 frente a 6,3% en 2023). La tasa de notificación (TN) para 2024 fue de 8,8 casos por 100.000 habitantes (Figura 1).

Respecto a la evolución temporal, se observan dos tendencias: un descenso significativo en las tasas de notificación entre 2015 y 2021 (PCMA= -6,6; IC95%= -12,4; -4,1; $p<0,01$) y un repunte en las tasas no significativo a partir de 2021 (PCMA= 4,8; IC95%= -1,7; 14,6; $p=0,180$), más pronunciado en hombres (PCMA= 5,9; IC95%= -0,6; 15,8; $p=0,09$).

Figura 1. Evolución temporal de las tasas de notificación de tuberculosis para el periodo 2015 a 2024 según el sexo.



En la figura 2 se representa la distribución geográfica de las TN para el total de los casos por cuartiles. Al igual que en 2023, las CCAA con mayores tasas de incidencia de casos autóctonos fueron Ceuta (27,6 casos por 100.000 habitantes), Cataluña (14,4), Galicia (11,5) y País Vasco (10,6).

En la mayor parte de las CCAA se produjo un descenso en la TN en 2024 con respecto a 2015, excepto Ceuta, Extremadura, La Rioja y Cataluña, donde se observa un aumento de casos. Las que experimentaron mayores descensos fueron: Melilla (-59,4), Navarra (-51,2) y Galicia (-46,3) (Figura 3).

Figura 2. Tasas de notificación de tuberculosis según la comunidad autónoma. Año 2024

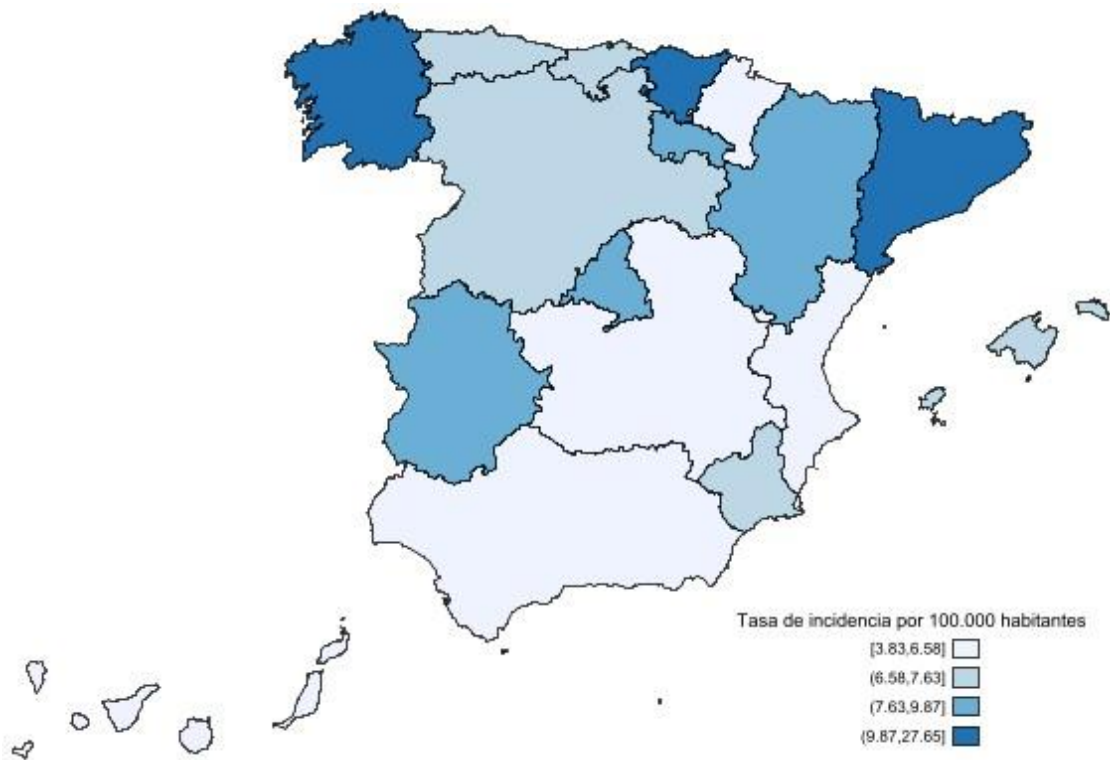
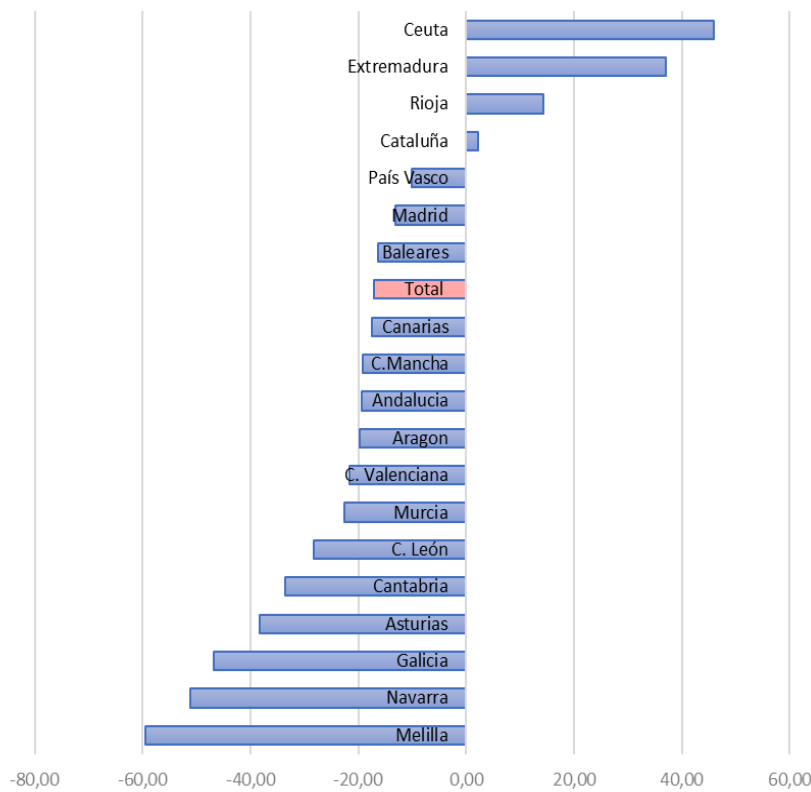


Figura 3. Porcentaje de cambio de las TN de 2024 con respecto a 2015 según la comunidad/ciudad autónoma.

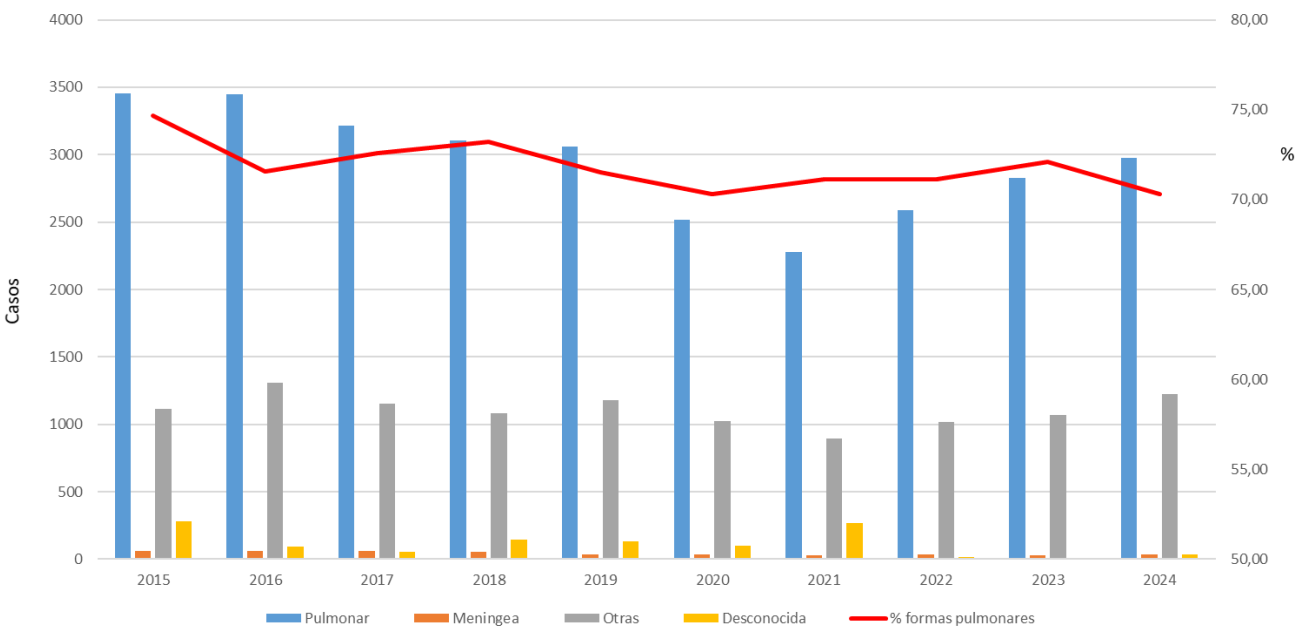


Características de los casos de tuberculosis

En 2024, al igual que en los años previos, el mayor número de casos de TB autóctona se produjo en hombres (2.759 casos, 64,4% del total), con una razón de tasas hombre/mujer de 1,9. La mediana de edad fue de 47 (rango intercuartílico (RIC)= 31-62) y de 43 (RIC= 29-60) en hombres y en mujeres, respectivamente, similar a la de años previos.

En el año 2024, la localización fundamental predominante fue la pulmonar (n=2.978, 70,3% del total), mientras que un 29,7% de casos presentó localización extrapulmonar (n=1.258). De estas últimas, 35 fueron formas de TB meníngea. En 34 casos no figuraba la localización. El porcentaje de formas pulmonares se ha mantenido relativamente estable desde 2015, aunque se observa un ligero incremento desde 2021 (Figura 4)

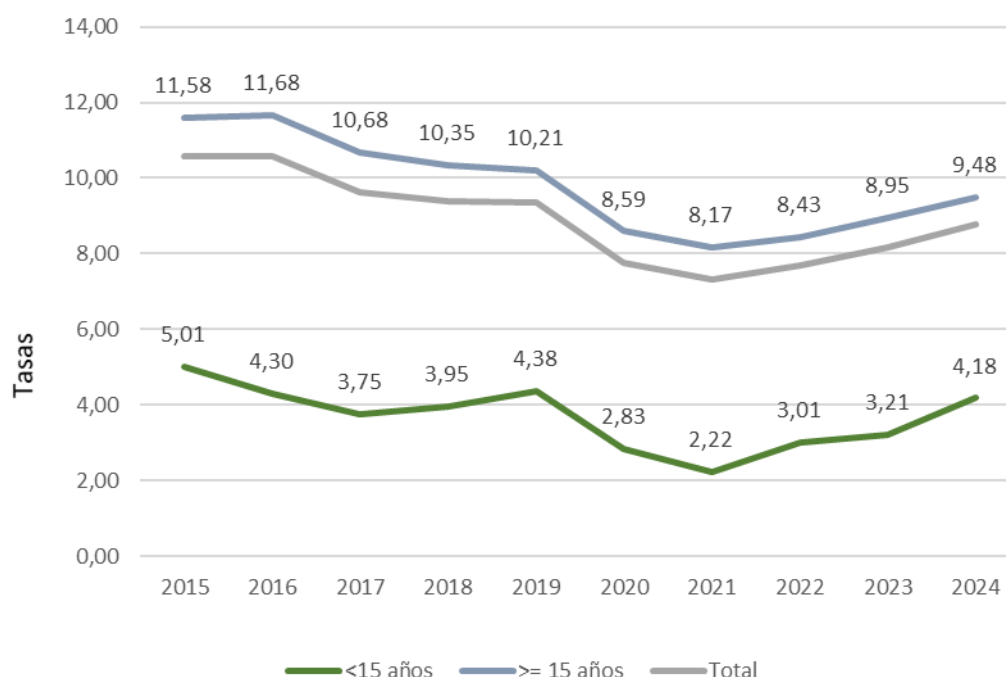
Figura 4. Evolución temporal de los casos de tuberculosis por localización fundamental y porcentaje de formas pulmonares para el periodo 2015 a 2024.



Tuberculosis en menores de 15 años

Durante 2024 se notificaron 269 casos en menores de 15 años. Al igual que ocurre para el conjunto de la población, la TN en menores de 15 años aumenta respecto al año anterior (TN=3,2 en 2023 frente a TN= 4,2 en 2024). El aumento en la tasa es superior en este grupo de edad que en población adulta. La razón entre las tasas de incidencia en menores y adultos también incrementa, de 0,36 en 2023 a 0,44 en 2024 (Figura 5).

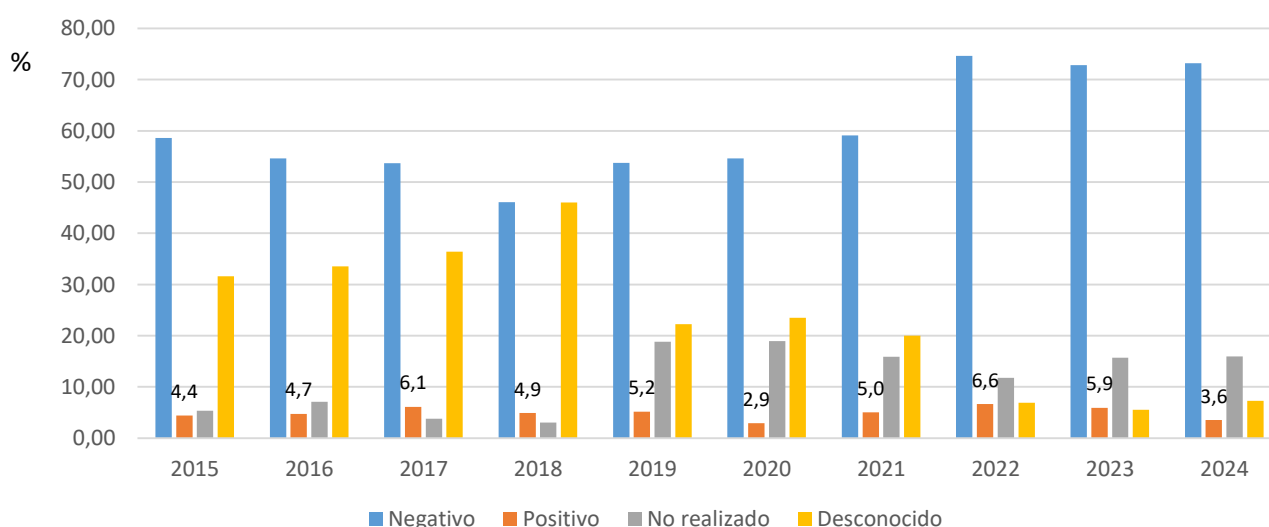
Figura 5. Tasas de notificación de tuberculosis en adultos y menores de 15 años de edad. España 2015-2024



Coinfección tuberculosis con VIH

En el año 2024, contamos con información sobre la realización de la prueba del VIH en el 92,7% de los registros (n=3.959). La cumplimentación de esta variable ha ido mejorando respecto a los años previos. De estos 3.959 casos, se realizó la prueba del VIH en el 83%. Se declararon 152 casos de TB con coinfección con VIH, un número inferior al de los dos años previos (242 y 233 casos en 2022 y 2023, respectivamente). El porcentaje de coinfección desciende respecto a 2023 (de 5,9 a 3,6%) (Figura 6).

Figura 6. Porcentaje de casos de tuberculosis según el resultado de la prueba para VIH. España 2015-2024.



Tuberculosis zoonótica

En 2024 se notificaron 59 casos autóctonos causados por *M. bovis* y 7 por *M. caprae*, cifra superior a la del año 2023 (en el que se notificaron 42 casos como *M. bovis* y 6 *M. caprae*) y a la de años previos (si se analiza el periodo 2015-2024, el año en el que previamente se notificaron más casos de *M.bovis* fue 2018, con 44 casos).

Pruebas de sensibilidad a los fármacos antituberculosos

En el año 2024, todas las CCAA notificaron que habían realizado pruebas de sensibilidad, excepto Cantabria, que no dio ninguna información al respecto. En total, según los datos aportados por las CCAA, se solicitó estudio de sensibilidad en 2.549 casos (60% del total de casos). Los cálculos que se muestran en la tabla 1 se realizaron sobre el total de casos con pruebas de resistencias. En 2024 se observa un ligero descenso en el % de casos con resistencia a rifampicina (RR-TB) y resistencia a al menos rifampicina e isoniacida (MDR), aunque dado que los registros de 2024 son preliminares y que la notificación de esta información ha mejorado en los últimos cuatro años, estos cambios hay que interpretarlos con cautela.

Tabla 1. Casos declarados con resistencia a antituberculosos, España, 2021-2024.

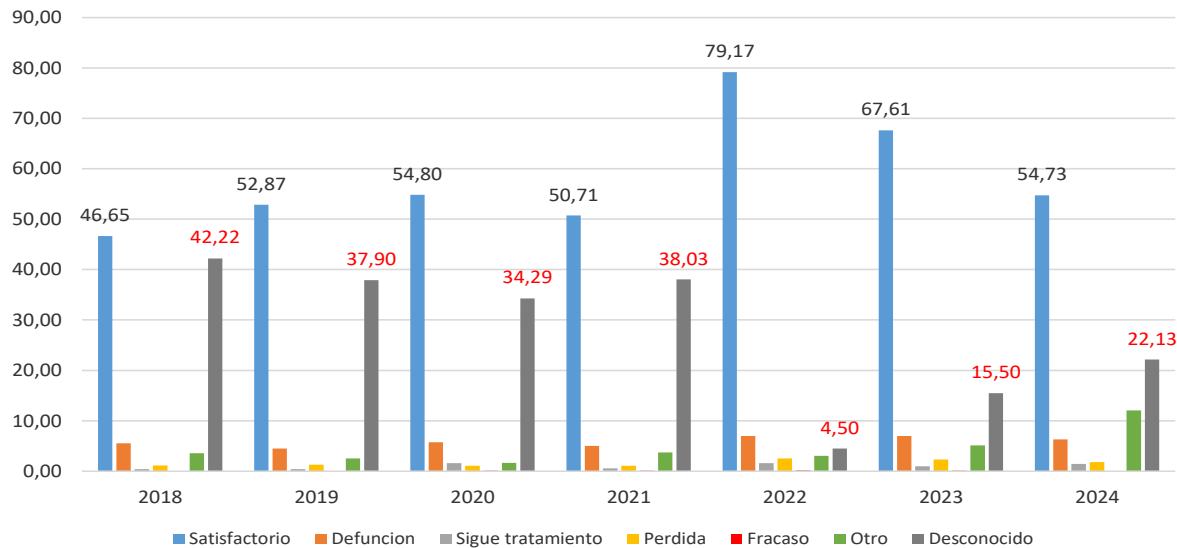
Resistencia a antituberculosos		2021	2022	2023	2024*
Casos con pruebas de resistencia	n	1.715	2.179	2.249	2.549
	%	46,96	59,73	57,23	59,70
RR-TB	n	30	48	52	47
	%	1,75	2,20	2,31	1,84
MDR	n	22	28	37	28
	%	1,28	1,28	1,65	1,10

RR-TB: Resistentes a rifampicina; MDR: Resistentes al menos a rifampicina e isoniacida; * Los datos de 2024 son preliminares. No se identificó ningún caso XDR a partir de la información notificada.

Resultados de tratamiento

La información referente a 2024 es preliminar, dado que aún no se ha consolidado. Se dispone de información del resultado de tratamiento en el 77,9% de los casos declarados. El porcentaje de completitud de esta información ha ido mejorando en los últimos años, aunque sigue habiendo un margen de mejora no desdeñable (Figura 7). En el 70,3% de los casos con esta información (54,7% si consideramos los casos sin información), el resultado del tratamiento fue satisfactorio (2.337/3.325).

Figura 7. Porcentaje de casos de tuberculosis según el resultado del tratamiento. España 2018-2024.

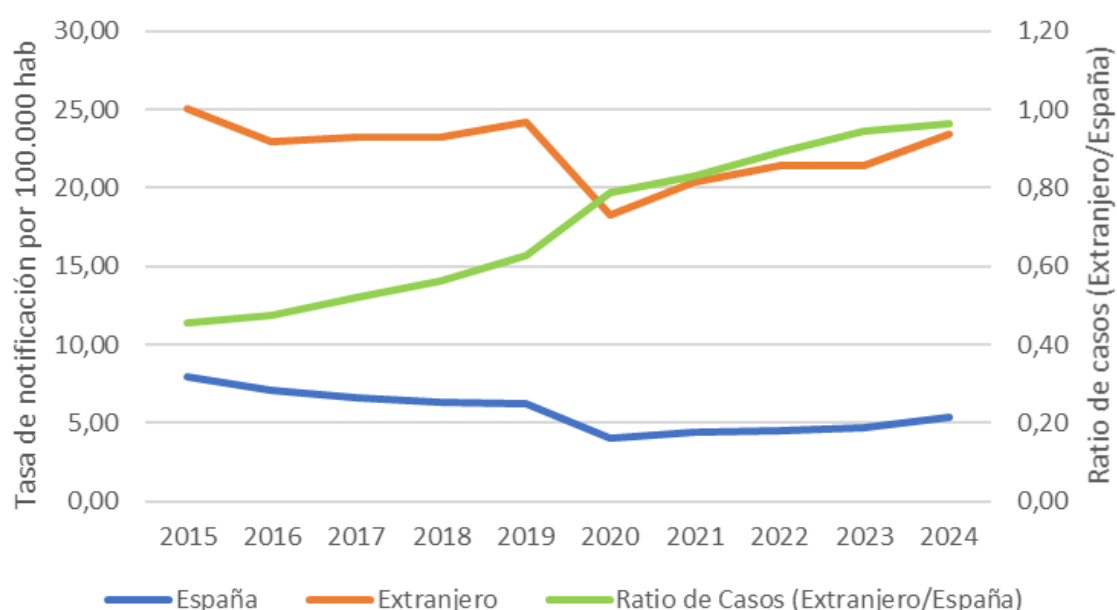


Respecto a la letalidad, el % de casos de defunción se mantiene relativamente estable entre 2018 y 2024 (con un mínimo de 5% en 2021 y un máximo de 6,9% en 2022).

Características según el país de nacimiento

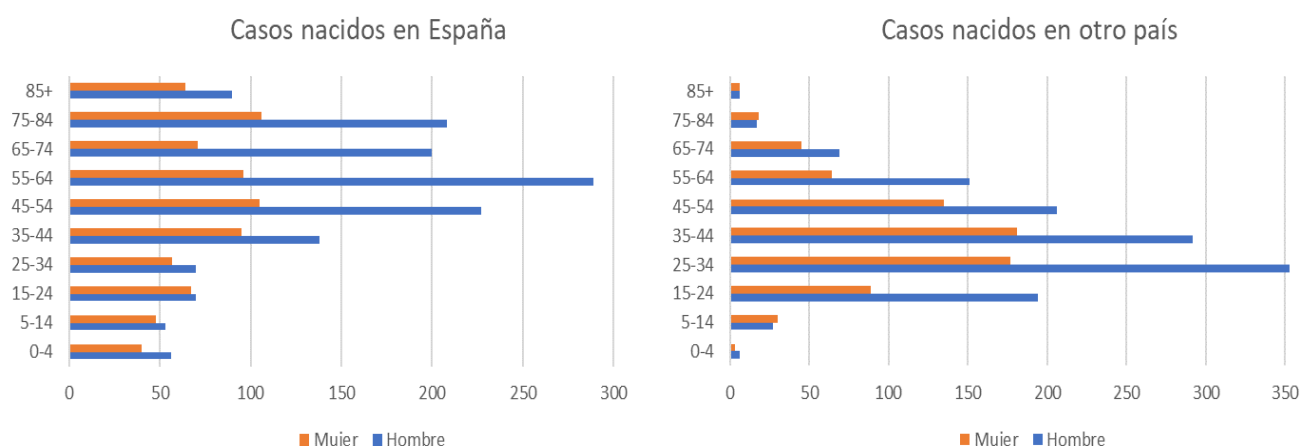
En 2024, se notificaron 2.070 casos con país de nacimiento distinto de España (el 49% de los registros que contaban con esta información, $n=4.220$). La tasa de notificación en población nacida en España fue de 5,4 y en población nacida en otro país de 23,4 por 100.000 habitantes (razón de tasas de 4,3). De 2015 a 2020, ambas tasas descendieron, aunque de forma más pronunciada en población nacida en España, mientras que en 2020 se observó un descenso más abrupto en la tasa de notificación de casos de TB nacidos fuera de España. A partir de 2020, las tasas han ido creciendo, de forma más pronunciada para nacidos fuera de España. No obstante, la tasa para población nacida en otro país y las diferencias observadas entre ambas tasas hay que interpretarlas con cautela, dado que en el denominador para población nacida en otro país no se incluyen aquellas personas que están en situación de irregularidad, lo que hace que probablemente esta TN esté sobreestimada. Respecto al ratio de casos nacidos en el extranjero/nacidos en España, esta razón ha ido en aumento desde 2015, siendo dicho ratio de 0,96 en 2024.

Figura 8. Evolución temporal de las tasas de notificación de tuberculosis para el periodo 2015 a 2024 según el país de nacimiento y ratio de casos.



En 2024, al igual que ocurre en años previos, la distribución de casos por sexo y grupo de edad según país de nacimiento es diferente. Mientras que en nacidos en España el grupo de edad con más casos es el de 55-64 años, en población nacida fuera el grupo de edad predominante es el de 25-34. Las diferencias por sexo fueron similares en ambas poblaciones (ratio hombre/mujer de 1,87 frente a 1,77 en población nacida en España y nacida en otro país, respectivamente) (Figura 9).

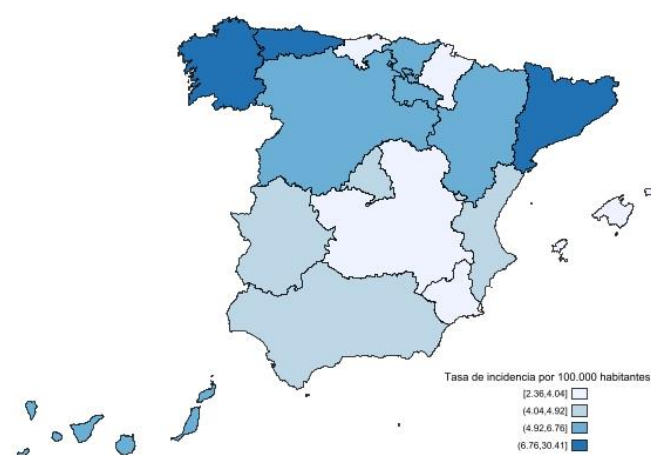
Figura 9. Casos de tuberculosis según el grupo de edad, el sexo y el país de nacimiento.
España 2024



En cuanto a la distribución geográfica, las CCAA que presentaron tasas superiores en población nacida en España son Ceuta (30,4) y Galicia (10,8), mientras que las CCAA con tasas mayores en población nacida en otro país fueron Cataluña (38) y País Vasco (36,5) (Figura 10). Respecto a la razón de tasas, las CCAA que presentaron una razón de tasas de nacidos fuera de España/nacidos en España superiores fueron Castilla la Mancha (7,2), Murcia (5,8), País Vasco, Madrid y Cataluña (todas con razones de 5,5) (Figura 11).

Figura 10. Tasas de notificación de tuberculosis según comunidad autónoma y país de nacimiento. Año 2024

Tasas en población nacida en España, 2024



Tasas en población nacida fuera de España

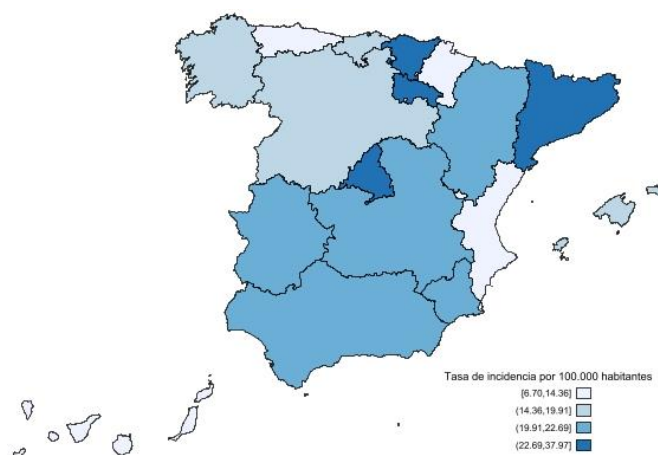
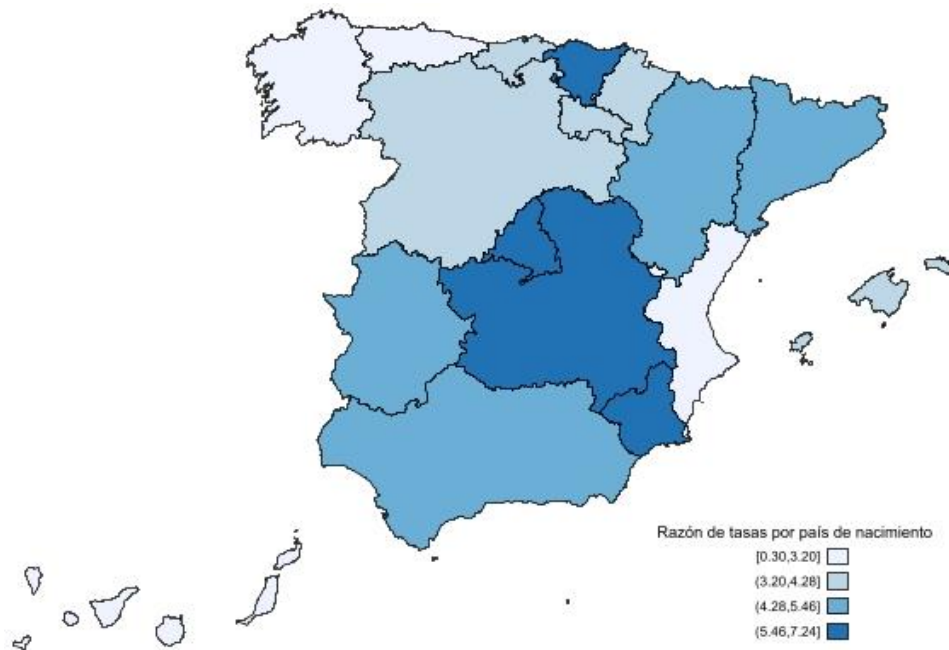


Figura 11. Razón de tasas nacidos en otro país/nacidos en España. Año 2024



Respecto al país de nacimiento, en 2024 se declararon casos de TB con 75 nacionalidades diferentes, pero 9 países concentran el 72,2% de los casos con nacimiento fuera de España. Las personas nacidas en Marruecos (424), Perú (216), Colombia (175), Senegal (160), Pakistán (144), Rumanía (137), Bolivia (93), Venezuela (78) y Ecuador (70) representaron los grupos más numerosos.

Discusión

Aunque la tasa de notificación de TB en 2024 (8,8 casos por 100.000 habitantes) mantiene a España entre los países de baja incidencia a nivel mundial y de la Unión Europea (UE), por tercer año consecutivo se registra un repunte en la tasa nacional, superior en 2024 respecto a años previos. Además, el porcentaje de cambio aumenta en este último año. Lo que en conjunto podríamos reseñar es un enlentecimiento de la tendencia decreciente que veníamos observando desde 2015. Esta tendencia decreciente ya había mostrado cierta ralentización en los últimos años, pero por primera vez observamos que en algunas CCAA las tasas de notificación de TB fueron superiores en 2024 que en 2015 (como es el caso de Ceuta, Extremadura, Rioja y Cataluña).

Se observan ciertos cambios en los perfiles de los casos declarados. La tendencia creciente detectada en el año 2024 se observa tanto en hombres como en mujeres, aunque se amplía la ratio hombre/mujer (sobre todo en las edades medias de la vida), siendo el aumento de casos superior en hombres. La ratio de edad se mantiene relativamente estable respecto a los años previos. Un resultado llamativo es el marcado aumento de casos en los menores de 15 años, que supera a la diferencia porcentual en adultos. El número de casos de TB zoonótica también aumenta en 2024, aunque este resultado hay que interpretarlo con cautela, dadas las posibles mejoras en la identificación de especie y en la notificación de esta variable.

Se observan mejoras en la actualización y recogida de información sobre el resultado del tratamiento en los últimos 3 años (registrándose la mejor cifra en 2022, cuando se alcanzó el 95,5% de completitud), aunque aún existe un amplio margen de mejora dada la relevancia de dicha información y la necesidad de tener identificadas las pérdidas de seguimiento y los fracasos terapéuticos. Si nos fijamos en los resultados provisionales de 2024, vemos que el porcentaje de éxito fue del 54,7% del total de casos de TB autóctonos notificados. En este año, llama además la atención el porcentaje de casos declarados bajo la categoría “otros” (12%), superior al de años previos. Para poder comparar estos datos con las metas pactadas a nivel nacional e

internacional del 90 y 95% de éxito en formas de TB sensible (3,4), sería necesario poder identificar los casos de TB notificados como sensibles a los fármacos de primera línea. A pesar de las mejoras observadas en los últimos en el registro de esta información, en 2024 sólo consta información en SIVIES sobre resultados de sensibilidad en el 60 % de los registros, lo que hace difícil realizar dicho análisis. Si comparamos esta información con los indicadores del Plan para la Prevención y Control de la Tuberculosis de 2024, auto cumplimentados por las CCAA, vemos que la tasa de éxito en formas sensibles ronda el 80% y el 64% para los casos de TB sensibles de 2023 y 2024, respectivamente, lo que resulta relativamente más próximo al cumplimiento de dichas metas, aunque con una importante variabilidad entre CCAA (5).

Por otra parte, y en relación a la información sobre sensibilidad a los fármacos de primera línea, hemos identificado 28 casos de MDR en 2024 según los casos reportados a RENAVE. Esta cifra también difiere considerablemente de los casos de TB MDR/XDR auto notificados por las CCAA dentro del listado de indicadores comentados anteriormente (n=40) (5).

Respecto a los nacidos en un país distinto de España, se observa que las tasas de notificación en este grupo de población son más de cuatro veces superior a lo largo de todo el periodo, y que la ratio de nacidos en otro país/nacidos en España sigue creciendo, aunque, como ya hemos comentado, estas tasas hay que interpretarlas con cautela. Estos casos presentan además un perfil diferenciado respecto a grupo de edad y distribución geográfica, identificándose CCAA con razones de tasas superiores a 5.

La TB es una de las enfermedades infecciosas que requieren más esfuerzo en vigilancia por parte de las CCAA, dada su complejidad, no sólo en el registro de la información, sino sobre todo en el manejo y seguimiento de los pacientes. Todo ello sin olvidar que sigue siendo la enfermedad infecciosa que más personas mata en el mundo, y que es una enfermedad estrechamente relacionada con la pobreza, la vulnerabilidad de ciertos grupos de población, y que se relaciona con un estigma importante. El manejo se hace cada vez más complejo debido al cambio de patrones de vulnerabilidad, las roturas de stock en los tratamientos o la dificultad de seguimiento de los casos que, con frecuencia, se desplazan entre CCAA, entre otros motivos. Por todo ello, se hace necesario un abordaje multisectorial para frenar el incremento que estamos observando, y así poder volver a alinearnos con los objetivos mundiales de control y frenar esta epidemia que tanta morbi-mortalidad conlleva en nuestra sociedad.

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. 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>
3. 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
4. The End Tb Strategy. World Health Organization. 2015. Accesible en: <https://www.who.int/publications/i/item/WHO-HTM-TB-2015.19>
5. 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