

EVALUACIÓN DE RIESGO

Situación de la tuberculosis en España 2026

21 de septiembre de 2026

Resumen de la situación y conclusiones

La tuberculosis (TB) continúa siendo un problema de salud pública a nivel mundial, pese a tratarse de una enfermedad prevenible y curable. En 2024 se estimaron 10,7 millones de casos y 1,2 millones de muertes, manteniéndose como la principal causa de mortalidad por un único agente infeccioso. La eliminación de la TB sigue enfrentándose a importantes desafíos relacionados con los determinantes sociales de la salud, que condicionan una mayor carga de enfermedad en poblaciones en situación de vulnerabilidad, así como con la presencia de TB resistente a fármacos, cuya detección y tratamiento continúan siendo insuficientes en muchos países.

A nivel mundial, durante 2024 se observó un ligero descenso de la incidencia tras tres años consecutivos de incremento. Esta tendencia descendente también se registró en la Región Europea de la Organización Mundial de la Salud (OMS) y en la Unión Europea/Espacio Económico Europeo (UE/EEE). Sin embargo, los avances continúan siendo insuficientes para alcanzar los objetivos establecidos en la Estrategia Fin de la Tuberculosis de la OMS y en los Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS) para 2030.

España es un país de baja incidencia; no obstante, en 2024 se notificó un incremento del 10% en el número de casos respecto al año anterior, en contraste con la tendencia observada en el entorno europeo. El aumento de la incidencia se concentra especialmente entre las personas nacidas fuera de España cuya tasa de notificación es más de cuatro veces superior a la registrada en la población nacida en el país, y en los menores de cinco años, grupo en el que se han observado incrementos relevantes.

La evaluación de riesgo realizada concluye que la tuberculosis representa un riesgo bajo para la población general en España, debido a la disponibilidad de sistemas consolidados de vigilancia epidemiológica, diagnóstico precoz, investigación de contactos y acceso al tratamiento. Sin embargo, el riesgo se considera moderado en determinados grupos especialmente vulnerables.

En este contexto, resulta prioritario aprobar y promover la implementación del Plan de Prevención y Control de la Tuberculosis en España 2026-2030 y, con especial atención a la reducción de las desigualdades que favorecen la transmisión y progresión de la enfermedad. Del mismo modo, se recomienda fortalecer la vigilancia epidemiológica enfocada a detectar factores de riesgo o vulnerabilidad, así como, la vigilancia microbiológica y la identificación de especie, ampliar el estudio de resistencias farmacológicas y promover la coordinación con las comunidades autónomas, las sociedades científicas y la sociedad civil.

Citación sugerida: Centro de Coordinación de Alertas y Emergencias Sanitarias, Ministerio de Sanidad.

Evaluación de riesgo. Tuberculosis. 21 de septiembre de 2026.

Contenido

Glosario	3
Justificación de la evaluación de riesgo	5
Información general sobre la enfermedad	8
Vigilancia, prevención y control de la TB en España	9
Información epidemiológica.....	10
Situación mundial	10
Situación en la Región Europea de la OMS.....	13
Situación en la Unión Europea/Espacio Económico Europeo (UE/EEE)	15
Situación en España	17
Evaluación del riesgo para España	20
Conclusiones	22
Recomendaciones.....	24
Referencias	25

Glosario

Tuberculosis resistente a la rifampicina (RR-TB): se refiere a la resistencia a la rifampicina detectada mediante métodos fenotípicos o genotípicos, con o sin resistencia a otros fármacos antituberculosos. Esto incluye cualquier resistencia a la rifampicina, ya sea monorresistencia (RR), multirresistencia (MDR), o tuberculosis extremadamente resistente (XDR)(1).

TB multirresistente (MDR-TB): caso de TB causado por cepas del complejo tuberculoso resistentes al menos a isoniazida y rifampicina(1).

TB pre-extremadamente resistente (pre-XDR-TB): caso de TB causado por cepas del complejo tuberculoso que cumplen con la definición de MDR-TB y que, además, son resistentes a cualquier fluoroquinolona(1).

TB extremadamente resistente (XDR-TB): caso de TB causado por cepas del complejo tuberculoso que cumplen la definición de pre-XDR-TB y que son, además, resistentes a cualquier otro fármaco del grupo A. Los fármacos incluidos en este grupo son actualizados periódicamente por la OMS(1).

Factores de riesgo individuales: factores que aumentan la probabilidad de desarrollar enfermedad entre las personas infectadas son: la diabetes mellitus, la silicosis, los estados de inmunosupresión asociados a la edad (menores de 5 años y mayores de 65 años) o a otras causas como las terapias inmunosupresoras, trasplantes, personas que reciben terapia con anti-TNF u otros tratamientos inmunosupresores o con agentes biológicos, la infección por el Virus de la Inmunodeficiencia Humana (VIH) sin tratamiento antirretroviral efectivo o con linfocitos CD4 inferiores a 350 células/mm³, la insuficiencia renal crónica, las neoplasias (sobre todo de cabeza y cuello), enfermedades hematológicas (leucemias y linfomas), la malnutrición (pérdida de peso >10% del peso corporal), el alcoholismo, el tabaquismo, el uso de drogas, la gastrectomía y la derivación yeyuno-ileal(1,3).

Factores de vulnerabilidad: situación en la que determinadas personas o grupos de población presentan un riesgo sistemáticamente mayor de contraer tuberculosis o sufrir peores resultados de salud debido a desventajas socioeconómicas, una mayor exposición a la infección o barreras para acceder a los servicios de prevención, diagnóstico y tratamiento(4,5). Se consideran personas vulnerables:

- Personas migrantes que proceden de países de alta incidencia de TB, tienen un mayor riesgo de infección y de desarrollo de enfermedad por las condiciones durante las rutas migratorias y de vida en España.
- Personas en situación de sinhogarismo o de exclusión social de la vivienda.
- Personas con exposición laboral.
- Menores de 5 años.
- Personas con problemas de salud mental: La depresión y la esquizofrenia se han identificado como factores de riesgo en estudios de cohorte, mientras que estudios transversales sugieren que también otros problemas de salud mental aumentan el riesgo de TB. Por otro lado, los trastornos de salud mental influyen negativamente

en los resultados del tratamiento de la TB, en la calidad de vida relacionada con la salud y, además, son cada vez más reconocidos como una causa importante de discapacidad asociada a la TB.

- Personas privadas de libertad.
- Personas consumidoras recurrentes de sustancias psicoactivas.
- Personas que consumen alcohol de forma problemática.

Países de alta carga de TB: son aquellos países que presentan una alta incidencia, prevalencia y/o mortalidad por TB, por lo que son una prioridad para las estrategias de control y eliminación de la enfermedad(5).

Justificación de la evaluación de riesgo

La tuberculosis (TB) es una enfermedad transmisible, prevenible y tratable; sin embargo, sigue generando un gran impacto en la población a nivel mundial dando lugar a más de 10 millones de casos al año y más de un millón de muertes, siendo la primera causa de muerte por un único agente infeccioso en el mundo(5). Poner fin a la epidemia de tuberculosis es una de las metas establecidas en los Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS) de la Organización de las Naciones Unidas (ONU) para 2030, vinculada a la Estrategia Fin de la Tuberculosis de la Organización Mundial de la Salud (OMS). Para este fin, se han fijado metas para los años 2025, 2030 y 2035, con relación a los datos obtenidos para esos indicadores en 2015, entre ellos, la reducción de la mortalidad por TB en un 75% para 2025, en un 90% para 2030 y en un 95% para 2035; reducción de la tasa de incidencia por 100.000 habitantes un 50% en 2025, un 80% en 2030 y un 90% en 2035; y que ningún hogar afectado por TB enfrente costes catastróficos, objetivo fijado desde 2020 y que se mantiene como meta permanente(6).

En 2020, a consecuencia de la pandemia de COVID-19, se produjo un descenso en la notificación de TB a nivel global. Además, debido a las interrupciones en el diagnóstico y en el tratamiento, desde 2021 se produjo un aumento progresivo de los casos incidentes, hasta 2024, primer año desde 2021 en el que se ha producido un descenso en la incidencia de TB a nivel mundial(5). En la Región Europea de la OMS y en la UE/EEE, también se ha visto una reducción de la incidencia en 2024; sin embargo, en España, pese a ser un país considerado de baja incidencia en TB, la tasa de notificación se ha incrementado en el año 2024 un 10% con respecto a 2023(7).

A estos datos generales hay que añadir una serie de elementos característicos de la enfermedad que impiden alcanzar los objetivos de eliminación planteados. La TB es una enfermedad fuertemente asociada a las desigualdades sociales y, por lo tanto, tiene un mayor impacto en personas con especial vulnerabilidad, suponiendo un desafío en su eliminación como problema de salud pública.

Así mismo, la TB resistente a rifampicina (RR-TB), multirresistente (MDR-TB), pre-extremadamente resistente (pre-XDR) y extremadamente resistente (XDR) suponen una crisis de salud pública. Se estima que, a nivel mundial, solo alrededor de dos de cada cinco personas con tuberculosis farmacorresistente tuvieron acceso a tratamientos en 2024. Aun así, se produjo un aumento sustancial de personas tratadas con respecto a 2023.(8)

Ante estos desafíos, se plantea la necesidad de valorar la situación epidemiológica actual de la TB en España, evaluar el riesgo de transmisión y el impacto de esta enfermedad en nuestro país para establecer las recomendaciones necesarias para reducir su incidencia.

La evaluación de riesgo se ha realizado siguiendo la metodología desarrollada por el [Centro Europeo de Control de Enfermedades \(ECDC\)](#).

Este documento ha sido elaborado por:

Ministerio de Sanidad. Dirección General de Salud Pública y Equidad en Salud.

Centro de Coordinación de Alertas y Emergencias Sanitarias: *Elena Hernando Asensio, Sofía Adela Barker Tejeda, Gara Rodríguez, Clara Salamanca Ávila¹, Héctor Sánchez Herrero, Berta Suárez Rodríguez.*

División de control de VIH, ITS, Hepatitis Virales y Tuberculosis: *Alberto Vega García, Christine Schwarz, Ivana Gallego y Julia del Amo.*

Subdirección General de Sanidad Exterior: *Inma Vera Gil, Patricia López Pereira y Miguel Dávila Cornejo.*

Subdirección de Promoción y Prevención de la Salud, Área de Programas de Vacunación: *Elena Sáez Alonso, Irene López Martínez, Carmen Olmedo Lucerón*

Ministerio de Ciencia, Innovación y Universidades. Instituto de Salud Carlos III (ISCIII).

Centro Nacional de Epidemiología (CNE): *Zaida Herrador Ortiz³.*

Centro Nacional de Microbiología (CNM): *Laura Herrera León³.*

Ministerio de Agricultura, Pesca y Alimentación. Dirección General de Sanidad de la Producción Agroalimentaria y Bienestar Animal.

Subdirección General de Sanidad e Higiene Animal y Trazabilidad: *Soledad Collado Cortés, Fátima Guerrero Carvajal, Marta Ballester Blázquez y Luis José Romero González.*

Documento revisado por la Ponencia de Vigilancia Epidemiológica y el Comité Técnico del Sistema de Alerta Precoz y Respuesta Rápida.

Agradecimientos: *A las personas integrantes de la Red Nacional de Vigilancia Epidemiológica (RENAVE)*

¹ MIR Medicina Preventiva y Salud Pública; ² CIBER de Enfermedades Infecciosas (CIBERINFEC); ³ CIBER de Epidemiología y Salud Pública (CIBERESP)

Información general sobre la enfermedad

El **agente causal** de la TB es una micobacteria que pertenece al género *Mycobacterium* perteneciente al complejo *Mycobacterium tuberculosis* o CMTB, que comprende 9 especies estrechamente relacionadas y causantes de enfermedad en animales y humanos: *M. tuberculosis*, *M. africanum*, *M. canettii*, *M. bovis*, *M. microti*, *M. caprae*, *M. pinnipedii*, *M. mungi* y *M. orygis*. En nuestro entorno, *M. tuberculosis* es el agente etiológico más habitual, si bien no se puede descartar la especie *M. africanum*, en especial en personas procedentes del continente africano donde tiene una mayor prevalencia, así como la tuberculosis zoonótica producida por *M. bovis* y *M. caprae*, siendo el resto de las especies de aparición excepcional como agentes etiológicos en los seres humanos(2).

El **reservorio** fundamental de *M. tuberculosis* es el ser humano infectado. El ganado y otros animales también pueden ser reservorio de bacterias del CMTB(2).

El **mecanismo de transmisión** más frecuente es la vía respiratoria, a través de gotas de pequeño tamaño, al toser, hablar o estornudar. La transmisión depende de la concentración de los bacilos en el aire, la duración de la exposición, la virulencia de la cepa y la susceptibilidad del individuo(2).

La **sintomatología** es muy variada y depende de la localización de la enfermedad. Así la TB pulmonar (TBP) cursa con signos respiratorios característicos, mientras que la TB extrapulmonar cursa con sintomatología en función de los órganos afectados (ganglios, piel, hueso, sistema digestivo, meninges...). La forma pulmonar es la más frecuente en los casos producidos por *M. tuberculosis* (70% de los casos), aunque en población infantil la enfermedad se puede presentar de forma más frecuente en otras localizaciones y desarrollar formas clínicas diseminadas y más graves.

Solo una pequeña parte de las personas infectadas de TB desarrollan enfermedad clínica (entre el 5 y el 10%), siendo los menores de 5 años más susceptibles(2). De esta forma, se diferencian: la **infección tuberculosa** como la respuesta inmunitaria persistente frente a antígenos del CMTB sin evidencia de enfermedad clínica; **tuberculosis incipiente**, en la que se detecta la actividad biológica de la infección, pero sin síntomas ni hallazgos diagnósticos clásicos; **tuberculosis subclínica**, en la que ya existe enfermedad microbiológica o radiológica, aunque el paciente permanece asintomático y, **tuberculosis clínica**, en la que aparecen los signos y síntomas que permiten el diagnóstico clínico habitual(9).

Existen **factores de riesgo** individuales que comprometen la respuesta inmunitaria y aumentan la probabilidad de desarrollar enfermedad entre las personas infectadas, y también existen **factores de vulnerabilidad** asociados a los determinantes sociales de la

salud, como son las condiciones de alojamiento o la pobreza, que predisponen a la infección y suponen un mayor riesgo de desarrollo de la enfermedad y de peor pronóstico (2). La reactivación de infecciones antiguas causa una gran proporción de los casos de TB en personas mayores en los países de baja incidencia de enfermedad. Así mismo, la reinfección es posible y contribuye de forma importante a la carga global de la enfermedad.

El tiempo estimado desde una exposición hasta que la respuesta inmunitaria es detectable por las pruebas de sensibilización es de 2 a 10 semanas. La progresión de infección a enfermedad puede ocurrir en cualquier momento, pero es más frecuente en los primeros dos años desde la infección. En cuanto al **periodo de transmisibilidad**, se considera que los pacientes con TBP transmiten la enfermedad desde el estadio de TB subclínica, mientras que los pacientes con tuberculosis extrapulmonar, sin afectación respiratoria, no transmiten la enfermedad(2).

El **diagnóstico** de laboratorio se basa principalmente en la utilización de la microscopía (baciloscopia), el cultivo microbiológico y en técnicas de amplificación del material genético (PCR) y se acompaña de otros medios como son la evaluación clínica y las pruebas de imagen radiológica.

Vigilancia, prevención y control de la TB en España

La TB es una enfermedad de declaración obligatoria según la Orden SSI/445/2015, de 9 de marzo, por la que se modifican los anexos I, II y III del Real Decreto 2210/1995, de 28 de diciembre, por el que se crea la Red Nacional de Vigilancia Epidemiológica, relativos a la lista de enfermedades de declaración obligatoria, modalidades de declaración y enfermedades endémicas de ámbito regional.

La vigilancia de la TB en España se realiza acorde al Protocolo de vigilancia de TB(1), donde se establecen los criterios para su notificación, la cual va acompañada de una encuesta epidemiológica en la que se recogen datos relativos al caso, la enfermedad y el tratamiento, el diagnóstico en laboratorio y pruebas de sensibilidad farmacológica, y, en la medida de lo posible, los factores de exposición y de riesgo asociados.

La única vacuna frente a la TB disponible en la actualidad es la vacuna BCG (bacilo Calmette-Guérin). Ha demostrado discreta efectividad frente a la TB, aunque la protección conferida es variable según las formas clínicas y los grupos de edad, siendo más elevada frente a las formas más graves de TB, como la enfermedad activa diseminada o la meningitis tuberculosa, especialmente si la vacunación se realiza al nacimiento o en edades tempranas (<5 años); sin embargo, el efecto protector de la vacuna decae con el tiempo y no parece tener impacto en la prevención de las formas pulmonares del paciente adulto (10). En España, la vacuna de la TB no está incluida en el calendario vacunal, y se

limita su recomendación selectiva, tras una valoración individualizada, a grupos de población especialmente vulnerables. En este sentido, la Ponencia de Vacunas está elaborando un documento de uso de la vacuna BCG actualizado.

Para el correcto control de la TB, es imprescindible la detección precoz de los casos para iniciar el tratamiento de forma temprana y correcta y el estudio de contactos. La infección tuberculosa puede detectarse mediante pruebas inmunológicas, que incluyen la prueba de la tuberculina (TST o prueba de Mantoux), basada en la administración intradérmica de derivado proteico purificado (PPD, por sus siglas en inglés), los ensayos de liberación de interferón gamma (IGRA) y, más recientemente, las pruebas cutáneas específicas para tuberculosis (TB skin test, TBST), que utilizan antígenos específicos del complejo *Mycobacterium tuberculosis*, como ESAT-6 y CFP-10.

Los tratamientos son pautados de acuerdo con los estándares internacionales y con las especificaciones del programa de control vigente en el ámbito respectivo. La OMS actualiza periódicamente las guías terapéuticas y los fármacos recomendados para TB sensible y resistente(11).

Uno de los retos actuales en Europa y en España es el problema de suministro y la disponibilidad de fármacos antituberculosos. Organismos internacionales, como la OMS, han puesto de manifiesto que los países de rentas altas con una baja incidencia de TB se enfrentan a un gran riesgo de desabastecimiento(12,13).

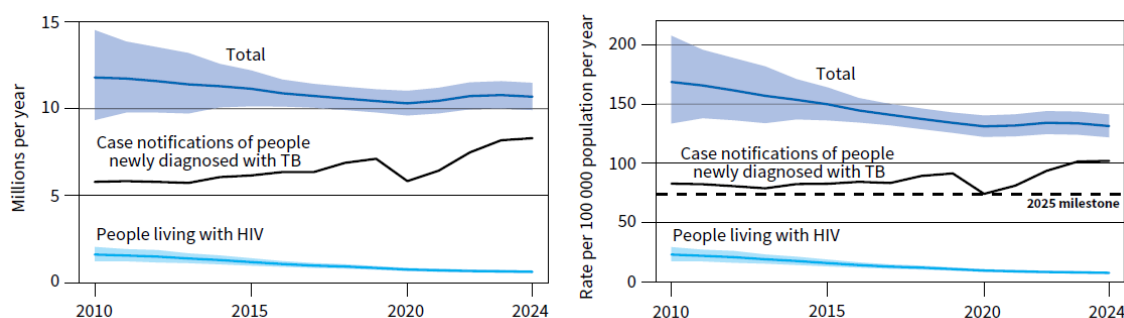
Información epidemiológica

Situación mundial

A nivel global, la incidencia de tuberculosis en 2024 mostró un ligero descenso en comparación con la incidencia de 2023, siendo este el primer año en el que la incidencia global desciende tras tres años consecutivos de incremento (2021–2023), probablemente asociados a las interrupciones en el diagnóstico y tratamiento provocadas por la pandemia de COVID-19. En 2024, según estimaciones de la OMS, hubo 10,7 millones de casos, frente a los 10,8 millones del año previo, lo que supone una reducción del 1% (véase figura 1). Pese a esta disminución, la carga de enfermedad continúa por encima de la registrada en 2020 (10,3 millones), cuando se interrumpió la tendencia descendente sostenida desde 2010 (véase figura 1).

Con respecto a la tasa de incidencia global, en 2024 fue de 131 casos por 100.000 habitantes, un 1,7% menos que en 2023, alcanzándose los valores de 2020. El número de nuevos casos diagnosticados y notificados oficialmente en 2024 ha aumentado discretamente con respecto a 2023, pasando de 8,2 a 8,3 millones de nuevos casos notificados, lo cual es un 17% más alto que los datos prepandémicos de 2019, que fueron 7,1 millones de nuevos casos notificados(5).

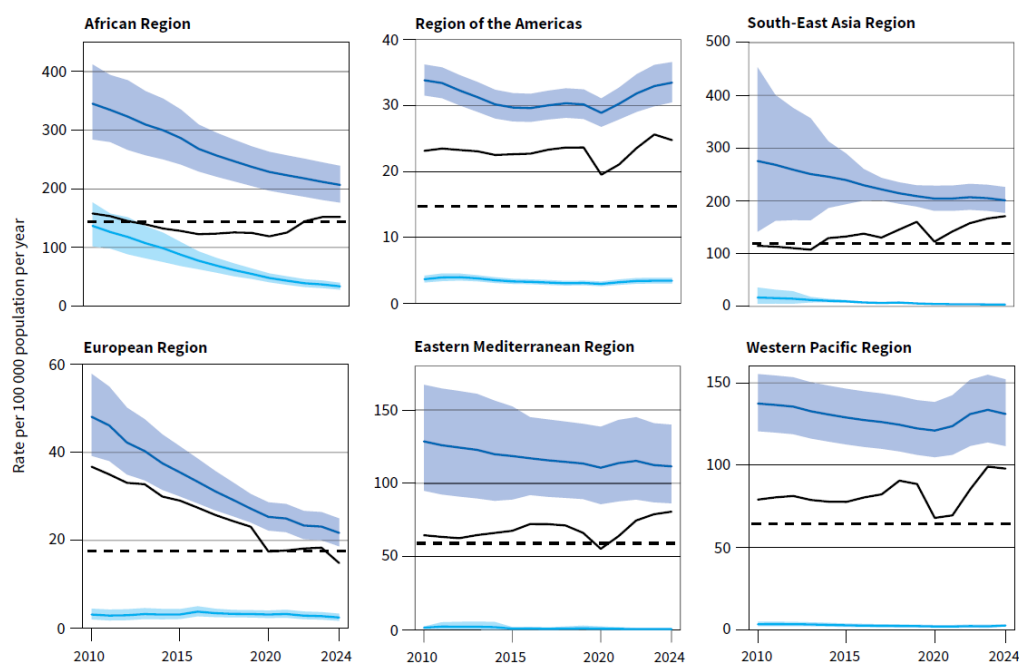
Figura 1. Tendencia global de casos incidentes estimados (izquierda) y de las tasas de incidencia estimada de TB (derecha), 2010 - 2024



Fuente: Global TB Report 2025. WHO(5). La línea discontinua muestra los hitos para 2025 marcados por la Estrategia Fin de la TB que consiste en una reducción del 50% en la tasa de incidencia de la TB entre 2015 y 2025. El área sombreada representa un 95% de intervalo de confianza.

En 2024, la tendencia de las tasas de incidencia varía entre las diferentes regiones de la OMS: en la del Pacífico Occidental disminuye tras la tendencia ascendente observada entre 2020 y 2023; en las regiones del Sudeste Asiático y Mediterráneo Oriental disminuye por segundo año consecutivo; en la Región Europea, la tasa ha ido descendiendo desde 2022; y en la Región Africana la tasa de incidencia continúa descendiendo desde 2010. Con respecto a la Región de las Américas, en 2024, la tasa de incidencia de TB ha aumentado por cuarto año consecutivo(5).

Figura 2. Tendencias de las tasas de incidencia estimada de TB, por región de la OMS, 2010 - 2024



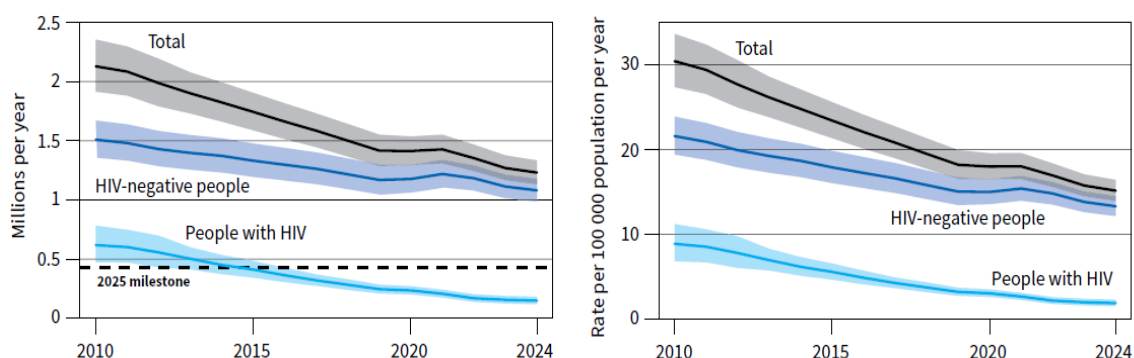
Fuente: Global TB Report 2025. WHO(5) La tasa de incidencia global de TB se muestra en **azul oscuro** y la incidencia en personas con infección por VIH se muestra en **azul claro**. La línea **negra continua** muestra los casos notificados en personas con nuevo diagnóstico de TB comparadas con las tasas de incidencia global estimadas. La línea **horizontal discontinua** muestra el objetivo de 2025 de la estrategia *Fin de la TB*, que consiste en una reducción del 50% en la tasa de incidencia de la TB entre 2015 y 2025. Las zonas de sombreado representan los intervalos de confianza del 95%

En 2024, el 34% de los casos de TB se localizaron en la Región del Sudeste Asiático, seguida de la del Pacífico Occidental (27%) y de la de África (25%), con una menor proporción en la del Mediterráneo Oriental (8,6%), la Región de las Américas (3,3%) y la de Europa (1,9%). Esta incidencia varía notablemente incluso entre países de la misma región. El 87% de los casos se detectaron en países con alta carga de TB y el 55% del total de los casos pertenecían a cinco países: India (25%), Indonesia (10%), Filipinas (6,8%), China (6,5%) y Pakistán (6,3%)(5).

Según datos de la OMS, se estiman 1,2 millones de casos en menores de 15 años durante el año 2024, lo que supone un 11% del total de casos (5), frente a los 1,3 millones de 2023 que suponían el 12% del total de casos de ese año(14). Del total de casos de tuberculosis en 2024, el 5,8% correspondieron a personas que viven con VIH, lo que supone un descenso del 6,1% respecto a 2023. Este porcentaje se mantiene en tendencia descendente desde 2010 (véase figura 1).

Con respecto a los fallecimientos, la OMS estima que en 2024 la TB causó 1,2 millones de muertes, siendo el tercer año consecutivo en que este número desciende tras el incremento en defunciones observado en 2020 y 2021(5).

Figura 3. Tendencia global de muertes estimados (izquierda) y de las tasas de mortalidad estimadas(derecha), 2010 – 2024



Fuente: Global TB Report 2025. WHO(5). La línea discontinua muestra los hitos para 2025 marcados por la Estrategia Fin de la TB, que consiste reducción del número de defunciones en un 75% entre 2015 y 2025. El área sombreada representa un 95% de intervalo de confianza

A nivel global, en 2024 se estima que unas 390.000 personas padecían RR/MDR-TB. Se realizaron test de resistencia a la rifampicina en el 83% de los casos nuevos confirmados, un 4%

más que en 2023. Del total de casos testados, 172.732 (3,2%) fueron RR/MDR-TB, de las cuales, 25.140 fueron pre-XDR-TB/XDR-TB. Más del 50% de los casos con RR/MDR-TB se concentraron en 4 países: India (32%), China (7,1%), Filipinas (7,1%) y Federación Rusa (6,7%). A pesar de que tanto las coberturas de las pruebas como el número total de personas a las que se les realiza han aumentado en estos años, el total de TB resistente ha disminuido, lo cual es consistente con el descenso de la proporción de personas con TB que presentan RR/MDR-TB(5).

La tasa de éxito terapéutico en casos de TB sensible a fármacos tratados en 2023 se ha mantenido en el 88%, igual que en el año previo, y ligeramente superior a años anteriores (87% en los casos de 2021 y 86% en los de 2020). Con respecto a los casos con RR/MDR-TB, aunque continúan siendo bajas, en los últimos años han aumentado las tasas de éxito terapéutico, siendo del 71% para los casos que iniciaron tratamiento en 2022, frente al 68% de éxito en los casos de 2021 y del 63% en los de 2019 y, sobre todo, comparado con el 50% de éxito en los casos de 2012(5).

Situación en la Región Europea de la OMS

En 2024 se estima que en la Región Europea de la OMS enfermaron 204.000 personas de TB, equivalente a una tasa de incidencia de 22 casos por 100.000 habitantes, un 1,9% del total de los casos a nivel mundial. Esto supone un descenso del 6% en el número de casos con respecto al año 2023 y un 39% con respecto a 2015, aún sin alcanzar los objetivos de la Estrategia Fin de la Tuberculosis de reducir en 2025 un 50% la incidencia en relación con la del 2015(7).

En 2024 se notificaron casos en 51 países en la Región Europea de la OMS, suponiendo un descenso del 7% en el número de casos notificados con respecto a 2023. La cobertura de tratamiento alcanzada en 2024 se estima que fue del 79%², aún por debajo de la de 2019, que alcanzaba el 85%. Este hallazgo sugiere que aún existe un margen de mejora en cuanto a la detección de casos y al acceso al sistema sanitario en algunos países, ya que indica que en la Región Europea de la OMS hay una proporción de la población con TB no diagnosticada, diagnosticada con retraso o sin tratamiento(7).

Aproximadamente el 81% de los casos estimados de TB en 2024 en la Región Europea, se detectaron en los 18 países pertenecientes al grupo de alta incidencia de TB. Los 6 países con mayor tasa de incidencia estimada en la Región Europea de la OMS fueron: Kirguistán (118 casos por 100.000 habitantes), Ucrania (86/100.000 hab), Tayikistán (75/100.000 hab), Azerbaiyán (64/100.000 hab), República de Moldova (64/100.000 hab) y Rumanía (60/100.000 hab)(7).

Según apreciaciones de la OMS, en 2024 se produjeron 15.000 defunciones por TB, en personas VIH negativas, equivalente a una tasa de mortalidad de 1,6/100 000 habitantes. Entre 2015 y 2024, la tasa de mortalidad total por TB se ha reducido un 49%, lejos del objetivo de la OMS de una reducción acumulada del 75% para 2025. El 81% de las defunciones fueron notificadas por

² Cálculo aproximado como notificaciones/incidencia estimada (IC 95%:69-93%)

los países considerados del grupo de alta prioridad, siendo las tasas de mortalidad más altas en Turkmenistán (10/100.000 hab), seguido de Tayikistán (7,2/100.000 hab) y Ucrania (7/100.000 hab)(7).

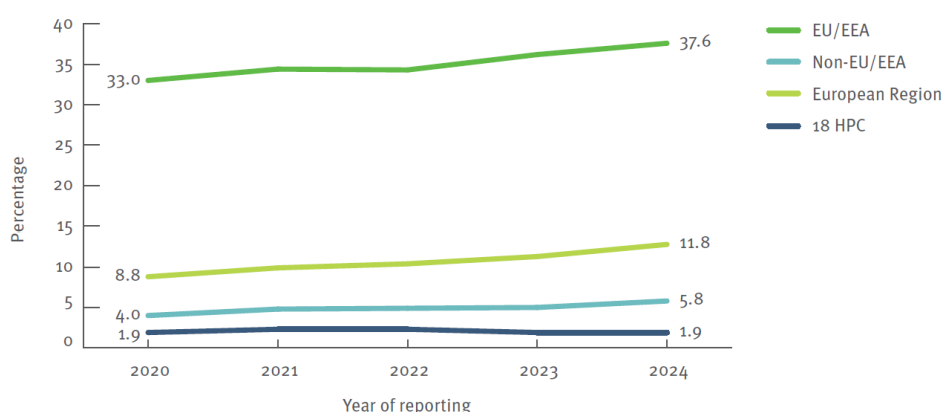
La tasa de incidencia estimada entre los menores de 15 años en la Región Europea ha ido en aumento desde 2020 (tasa 3,9/100.000) hasta 2023 (4,5/100.000), sin embargo, en 2024 ha descendido ligeramente con respecto al año 2023, siendo de 4,3/100.000 hab. En particular, la tasa en menores de 5 años en 2024 fue de 4,3 frente a 4,7 de 2023.

En 2024 se realizó prueba de VIH al 92,6% de los casos diagnosticados de TB, resultando positivos a VIH un total de 16.320 casos, un 13,7% del total, siguiendo la tendencia descendente desde 2020.

La tasa de incidencia de TB en personas privadas de libertad fue de 369/100.000 en la Región Europea de la OMS, representando un 3,7% del total de casos, notándose una disminución con respecto a 2023, cuando la tasa fue de 616/100.000 (4,6% del total de casos).

Con respecto al país de procedencia, el 12,8% de los casos notificados en 2024 de la Región Europea de la OMS corresponden a personas de origen extranjero, siendo mayor en los países de la UE/EEE (37,6%) que en el resto (5,8%), pero en todos los casos la tendencia es creciente desde 2020 (véase figura 4).

Figura 4. Tendencia temporal de casos de TB de origen extranjero (2020-2024)



Fuente: Surveillance report: Tuberculosis surveillance and monitoring in Europe 2026 (ECDC)(7)

La carga de la tuberculosis farmacorresistente sigue representando un importante desafío de salud pública en la Región Europea de la OMS, en la que se encuentran nueve de los treinta países con mayor carga de RR/MDR-TB a nivel mundial. En 2024, la cobertura de realización de pruebas de susceptibilidad farmacológica, al menos para rifampicina, en casos de TB pulmonar

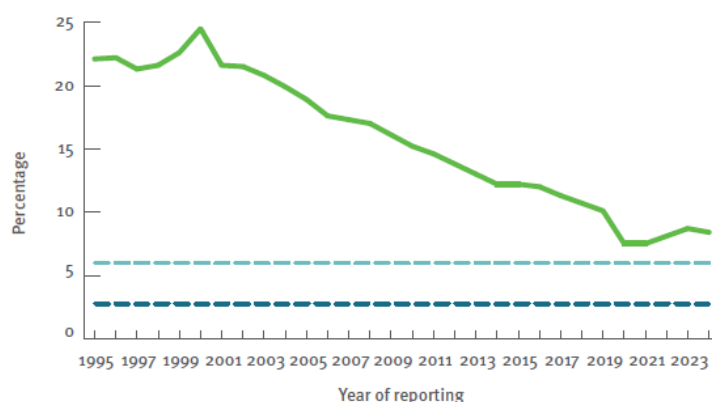
(TBP) de nuevo diagnóstico confirmados bacteriológicamente, fue del 92%. El 20,7% de ellos resultó al menos resistente a la rifampicina (tasa 1,5/100.000 hab). Los países con mayor incidencia de RR/MDR-TB fueron: Bielorrusia (35,9%), Federación Rusa (35,7%) y Uzbekistán (30,1%). De los casos de TBP previamente tratados confirmados en laboratorio a los que se realizó test de susceptibilidad, un 48,2% presentó RR/MDR- TB (tasa de notificación: 1,3/100.000 hab)(7). Se realizaron pruebas de resistencia a las fluoroquinolonas en el 87,3% de los casos de TBP notificados como RR/MDR-TB, de los que 6.615 casos (28,2%) tenían pre- XDR-TB. A 4.808 de los casos pre- XDR-TB se les realizaron tests de susceptibilidad a fármacos del grupo A, siendo un 14,6% de ellos XDR-TB(7).

El éxito del tratamiento con fármacos de primera línea entre los casos diagnosticados en 2023 fue del 74%, por debajo del 75,6% informado en 2022. El éxito terapéutico de los casos RR/MDR-TB (con o sin resistencia a quinolonas) diagnosticados en 2022 fue del 65,8%, frente al 59,9% del año previo(7).

Situación en la Unión Europea/Espacio Económico Europeo (UE/EEE)

En 2024, se notificaron 38.259 casos de TB en el conjunto de 30 países de la UE/EEE, equivalente a una tasa de notificación de 8,4/100.000 hab, mostrándose un ligero descenso con respecto al 2023 (8,7/100.000 hab) (véase figura 4). El 23,1% de todos los casos notificados en 2024 corresponden a Rumanía, que presenta una tasa de notificación de 46,3 casos/100.000 hab. En 13 de los 30 países que han notificado casos en 2024, la tasa ha disminuido con respecto a 2020, siendo la media anual de descenso mayor al 10% en 4 países: Malta(-20,9%), Liechtenstein (-16,6%), Eslovenia (-11,4%) e Islandia (-10,8%); los otros 17 países han mostrado una media anual ascendente desde 2020, siendo mayor del 5% en: Chipre (12,2%), Croacia (9,6%), Italia (8,6%), Luxemburgo (8,2%), Polonia (6,7%), España (5,3%) y República Checa (5,3%)(7).

Figura 5. Tendencia temporal de la tasa de notificación de casos de TB por 100.000 habitantes en la UE/EEE, 1995 – 2024



Fuente: Surveillance report: Tuberculosis surveillance and monitoring in Europe 2026 (ECDC)(7). En verde la tasa por año, en azul claro los ODS para 2025 (reducción del 50% con respecto a 2015) y en azul oscuro los ODS para 2030 (reducción del 80% con respecto a 2015)

La tasa de notificación en menores de 15 años ha descendido en la UE/EEE en 2024 con respecto a 2023 pasando de 2,5 a 2,4 casos por 100.000 habitantes; sin embargo, aún es una tasa superior a años previos (2 en 2022, 1,7 en 2021 y 1,8 en 2020). En los menores de 5 años en particular, la tasa en 2024 fue de 3/100.000, mientras que en 2023 fue de 3,3/100.000 (7).

En 2024 en la UE/EEE se informó del estado serológico frente al VIH en el 75,9% de los casos de TB notificados por los 22 países que reportan esta información. Entre los casos con estado de VIH conocido, 567 (3,5 %) se notificaron como VIH positivos. La proporción de casos con coinfección TB-VIH disminuyó del 4,3% en 2023 al 3,5% en 2024, lo que supone una reducción relativa del 18,6%.

La tasa de notificación de TB en personas privadas de libertad fue de 121 /100.000 en la UE/EEE, representando un 1,8% del total de casos notificados en los 16 países que proporcionan esta información.

De los 30.153 casos de TBP notificados, se confirmaron bacteriológicamente 23.495 (77,9%) y se realizaron pruebas de sensibilidad farmacológica al menos a la rifampicina en 19.186 casos (81,7%). De ellos, 817 fueron notificados como RR/MDR-TB, de los cuales 688 fueron MDR-TB, la mayoría fueron en Estonia (16,4%) y Lituania (16,3%). De los 817 casos notificados como RR/MDR-TB, se realizaron pruebas de sensibilidad a fluoroquinolonas a 550 (67,4%), de los cuales cumplieron con la definición de pre-XDR 145 (26,4%), la mayoría de ellos en Alemania, Lituania, Polonia y Rumanía. A todos los casos pre- XDR se les realizó test de susceptibilidad a al menos un fármaco de grupo A, obteniéndose un total de 14 casos (9,7%) XDR- TB (5 en Rumanía, 2 en Francia, 2 en Hungría, 2 en Lituania, 1 en Estonia, 1 en Alemania y 1 en Italia)(7).

De los casos tratados en 2023 de los que se obtuvo información relativa a la respuesta al

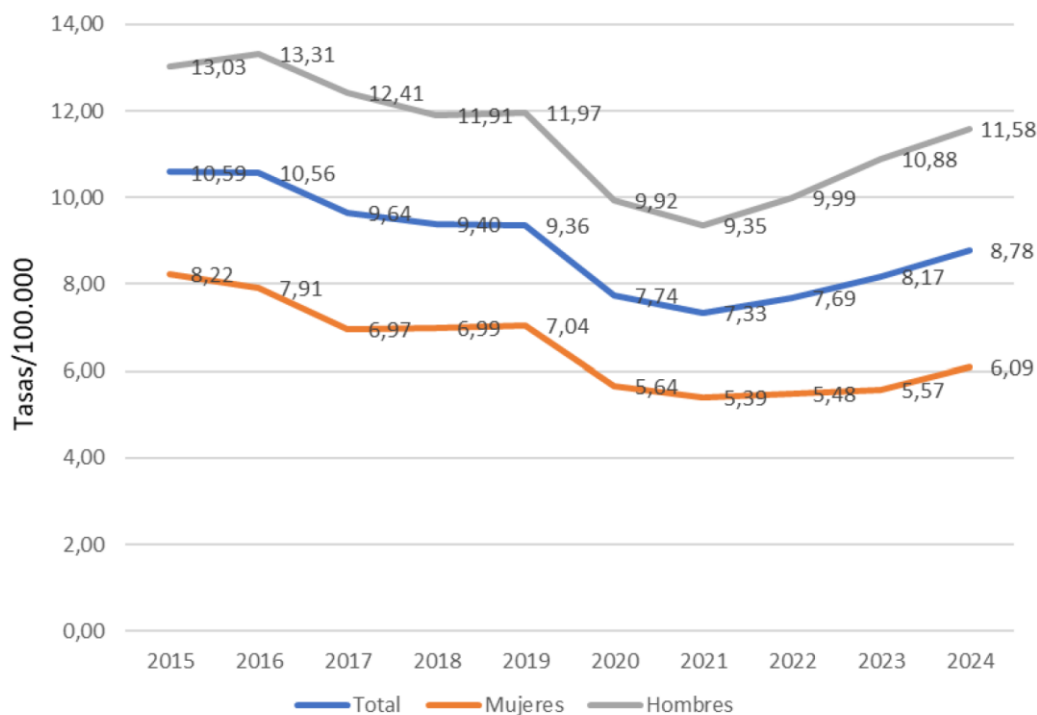
tratamiento, se alcanzó un 64,2% de éxito terapéutico, 7,3% de defunciones, 0,8% de fracaso terapéutico, 3,5% de pérdida de seguimiento, 2,8% aún en tratamiento y 21,5% de casos no evaluados. De los casos RR/MDR-TB tratados en 2022, el éxito terapéutico a los 24 meses fue del 56%, el fracaso terapéutico fue del 5,7% y las defunciones un 13,2%. De los casos pre-XDR-TB de 2022, el éxito terapéutico fue de 51,5% de los casos y las defunciones 10,9%. La respuesta al tratamiento a los 36 meses de los casos XDR-TB que iniciaron tratamiento en 2021, fue proporcionada por dos países, Estonia un caso y Alemania 2 casos, los tres fallecieron(7).

Situación en España ³

En 2024 se notificaron 4.624 casos de TB, un 10% más que el año anterior, de los que 354 se clasificaron como importados. El análisis epidemiológico se realiza sobre los casos clasificados como autóctonos (4.270 casos).

La tasa de notificación de casos autóctonos en 2024 fue de 8,8 casos por 100.000 habitantes. Entre 2015 y 2020 las tasas de notificación experimentaron un descenso significativo; sin embargo, a partir de 2022 se produce un aumento de las tasas, más pronunciado en hombres(15) (véase figura 6).

Figura 6. Tendencia temporal de notificación de TB en España en el periodo 2015-2024

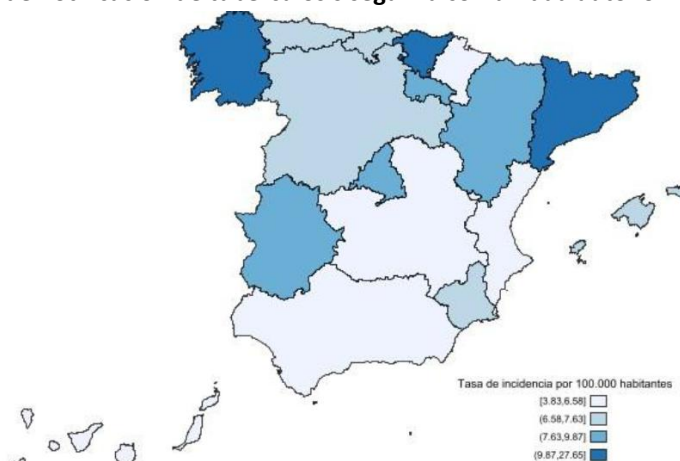


Fuente: Informe de Vigilancia Epidemiológica de 2024 (RENAVE)(15)

³ A nivel nacional en vigilancia se usa por consenso la tasa de notificación. Dado que el sistema de vigilancia en España es robusto, se puede asumir que la tasa de notificación sea la tasa de incidencia.

En la figura 7 se representa la distribución geográfica de las tasas de notificación para el total de los casos por cuartiles. Las CC. AA. con tasas de casos autóctonos más altas fueron: Ceuta (27,6 casos por 100.000 habitantes), Cataluña (14,4), Galicia (11,5) y País Vasco (10,6).

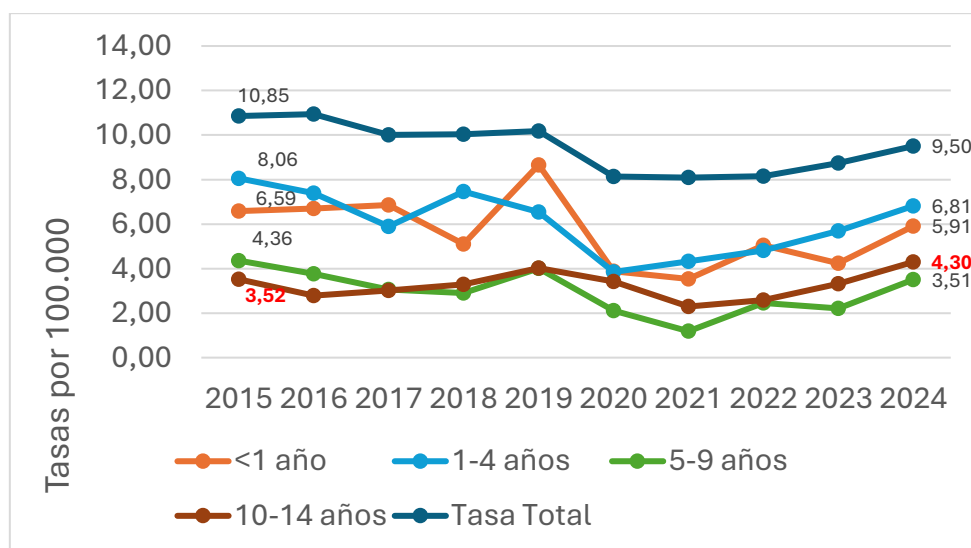
Figura 7. Tasas de notificación de tuberculosis según la comunidad autónoma. Año 2024.



Fuente: Informe de Vigilancia Epidemiológica de 2024 (RENAVE)(15).

En el año 2024 la localización predominante fue la pulmonar ($n=2.978$, 70,3% del total), mientras que un 29,7% de casos presentó localización extrapulmonar ($n=1.258$). En 34 casos no figuraba la localización. Al igual que en los años anteriores, la mayoría de los casos de TB autóctona de 2024 se produjo en hombres, con una razón de tasas hombre/mujer de 1,9. La mayoría de las personas afectadas eran adultos con una mediana de edad de 47 años. Se notificaron 269 casos de TB en menores de 15 años, aumentando la tasa de notificación de 3,2/100.000 en 2023 a 4,2/100.000 casos en menores de 15 años en 2024 (15). En concreto, en el grupo de menores de 5 años, esta tasa fue mayor, siendo de 5,9/100.000 en menores de un año y de 6,8 en el grupo de 1-4 años, frente al año 2023, cuando se registraron tasas de 4,2/100.000 y 5,7/100.000 respectivamente (tendencia en menores de 15 años desde 2015 en figura 8).

Figura 8. Evolución de tasas por grupo de edad en menores de 15 años. España 2015-2024

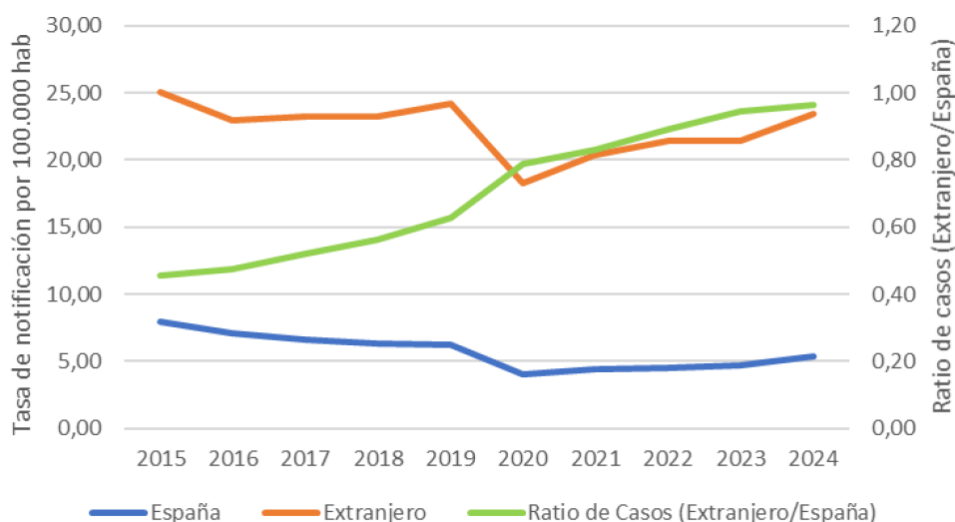


Fuente: RENAVE (datos descargados en mayo 2026).

En el año 2024, se dispuso de información sobre la realización de la prueba del VIH en el 92,7% de los registros (n=3.959). 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%)(15).

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 5,4/100.000 y en población nacida en otro país de 23,4 /100.000. A partir de 2020, las tasas en personas nacidas fuera de España han ido creciendo de forma más pronunciada que en población nacida en España. 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 frente al 0,45 de 2015 (ver figura 9). 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 nacidos fuera de España, destacando las personas nacidas en Marruecos (n=424) y Perú (n=216)(15).

Figura 9. Evolución temporal de las tasas de notificación de tuberculosis para el periodo 2015 a 2024 según el país de nacimiento y ratio de casos



Fuente: Informe de Vigilancia Epidemiológica de 2024 (RENAVE)(15)

En 2024, se notificó el resultado de pruebas de susceptibilidad antimicrobiana en el 59,7% (n=2549) de los casos de TB notificados (véase tabla 2). 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 (15).

Tabla 2. Casos declarados con resistencia a antituberculosstáticos, España, 2021-2024

Resistencia a antituberculosstáticos		2021	2022	2023	2024
Casos con pruebas de resistencia	n	1715	2179	2249	2549
	%	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

Fuente: Informe de Vigilancia Epidemiológica de 2024 (RENAVE)(15).

Con respecto al resultado del tratamiento, de forma preliminar, en España se dispone de información del 77,9% de los casos declarados en 2024, siendo un resultado satisfactorio al tratamiento en el 70,3% de los casos que cuentan con esta información (54,7% si se consideran los casos sin información). El porcentaje 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)(15).

Evaluación del riesgo para España

Probabilidad de transmisión

La tasa de incidencia de TB durante 2024 ha descendido tanto a nivel global como en la Región Europea de la OMS y en la UE/EEE tras tres años de aumento; sin embargo, en España la incidencia ha aumentado un 10% con respecto a 2023. Este aumento se produce en un contexto de importantes diferencias geográficas en la carga de enfermedad, ya que algunas regiones del mundo, entre ellas la Región Africana y la Región de las Américas, continúan registrando incidencias elevadas. Esta situación puede influir en los patrones de presentación de la enfermedad observados en España, donde se observa un incremento de casos principalmente en personas nacidas en otro país, entre las que se encuentran grupos de especial vulnerabilidad, como son, entre otros, los casos de personas migrantes procedentes de países de alta incidencia de TB.

Otro grupo de especial vulnerabilidad, que constituye un indicador de transmisión reciente en la comunidad, son los menores de 5 años, en los que la incidencia también ha aumentado de forma reseñable en 2024, siendo un 39,4% más alto en menores de 1 año y un 19,3% mayor en el grupo de 1-4 años con respecto a 2023.

Para hacer frente al problema de salud pública que supone la TB, España cuenta con el Protocolo de vigilancia de tuberculosis (1), actualizado en 2026, que establece las bases para su prevención, vigilancia, detección precoz de casos y estudio de contactos reforzando la identificación temprana de personas con mayor riesgo de infección y contribuyendo a interrumpir la cadena de transmisión.

Además, desde un punto de vista estratégico, la Comisión de Salud Pública (CSP) y el Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud (CISNS) aprobaron en 2007 y 2008, respectivamente, el Plan para la prevención y el control de la TB en España. En el año 2019 se aprobó una actualización de dicho Plan para 2019-2030, que, tras una evaluación intermedia del Plan, realizada en 2024, derivó en la propuesta de realizar una actualización del Plan de TB en España para 2026-2030, en el que precisamente se busca una estrategia más operativa que acentúe las acciones en los grupos especialmente vulnerables. Además, incrementa las acciones de colaboración con otras estrategias y planes de la Administración General del Estado relevantes en el abordaje multisectorial de la tuberculosis.

La población general presenta un riesgo bajo de exposición a la enfermedad asociado a una susceptibilidad relativamente baja de desarrollo de la enfermedad tras la exposición relacionado esto con unas condiciones higiénico-sanitarias adecuadas, el acceso universal a la atención sanitaria, la capacidad de detección precoz de los casos y la interrupción de las cadenas de transmisión. Por ello, dado que sigue existiendo un cierto riesgo de exposición, la probabilidad de transmisión sostenida en la población general se considera **baja**.

Con respecto a la población vulnerable, especialmente la población nacida en países de alta incidencia de tuberculosis y aquellas personas que presentan otros factores de vulnerabilidad como dificultades de acceso al sistema sanitario, edad menor de 5 años, situación de

sinhogarismo, condiciones de hacinamiento u otras circunstancias socioeconómicas desfavorables, la probabilidad de transmisión se considera **moderada**. Esta valoración se sustenta en una mayor probabilidad de exposición al agente, así como en un mayor riesgo de progresión a enfermedad activa tras la infección. Asimismo, las barreras en el acceso al diagnóstico y tratamiento precoces pueden favorecer retrasos en la detección de casos y prolongar los períodos de transmisibilidad, incrementando el riesgo de aparición de casos secundarios en estos grupos poblacionales. En este sentido, cabe destacar las personas migrantes que llegan a las costas de forma irregular, debido a que, generalmente, presentan simultáneamente varios factores de vulnerabilidad como procedencia de países de alta incidencia de TB, condiciones de hacinamiento y dificultad de llevar a cabo el estudio de contactos por limitaciones en la identificación y la alta movilidad entre diferentes CC. AA, en cuyo caso la exposición y la probabilidad de transmisión es **moderada-alta**.

Impacto sobre la salud

La letalidad por TB ha disminuido a nivel mundial, y en España se mantiene entre un 5% y un 7%. Así mismo, la enfermedad en los grupos más vulnerables y también en aquellos casos en los que se presentan resistencias farmacológicas tiene un peor pronóstico y unas manifestaciones más graves.

Desde 2021, se ha incrementado el número de casos con pruebas de sensibilidad farmacológica realizadas. Aunque en 2024 se observó una reducción en el número y porcentaje de casos con resistencias respecto a 2023, estos resultados deben interpretarse con cautela dado que los registros de 2024 son preliminares y que la notificación de esta información ha mejorado en los últimos cuatro años. La tuberculosis resistente continúa representando un importante desafío para la salud pública debido a las bajas tasas de éxito terapéutico asociadas a estos casos. En España, en 2024 se detectaron 47 casos de RR-TB, un 9,6% menos que en 2023, y 28 casos de MDR-TB, un 24,3% menos que el año anterior.

El protocolo de vigilancia y el de investigación de contactos contribuyen a una detección y tratamiento precoces que previenen las consecuencias graves de la enfermedad. Además, el nuevo Plan de control de la TB hace hincapié en el acceso universal al tratamiento para todas las personas, especialmente a las poblaciones en situación de vulnerabilidad; y en la promoción del tratamiento directamente observado en los contextos indicados, mejorando así la adherencia al tratamiento y evitando pérdidas de seguimiento, recidivas o fracasos terapéuticos. Por los anteriores motivos, se considera que el impacto de la TB en la población general es **bajo y moderado-bajo** en las poblaciones especialmente vulnerables.

Conclusiones

La tuberculosis continúa siendo un problema relevante de salud pública en España. La incidencia

permanece baja en comparación con la mayoría de los países del mundo y existen medidas eficaces de vigilancia y control, sin embargo, el incremento observado desde 2021 y la concentración de casos en determinados grupos en situación de vulnerabilidad justifican mantener un elevado nivel de vigilancia y reforzar las actividades de prevención y control dirigidas a estos colectivos.

La evaluación de riesgo de tuberculosis para España considera que la tuberculosis supone un riesgo **bajo** para la población general y **moderado** para la población nacida en países de alta incidencia, así como en los menores de 5 años y en las personas con otras condiciones de vulnerabilidad.

Recomendaciones

- Potenciar el desarrollo y la implementación del Plan de Prevención y Control de la Tuberculosis en España 2026-2030 que garantice la colaboración intersectorial con un abordaje de los determinantes sociales de la salud.
- Fomentar y apoyar el desarrollo y la implementación de planes autonómicos de prevención, vigilancia y control de la TB basados en el enfoque *Una Salud*.
- Informar y concienciar a todos los profesionales implicados sobre la situación actual de la TB, con especial foco en los grupos en situación de vulnerabilidad.
- Promover la prevención de la transmisión mediante un diagnóstico precoz y tratamiento de la TB así como el estudio y seguimiento de contactos.
- Implementar las recomendaciones de vacunación, una vez finalizado el proceso de actualización de estas.
- Asegurar la vigilancia exhaustiva y la caracterización de los casos para un mejor conocimiento del comportamiento de la enfermedad particularmente en los grupos vulnerables.
- Consolidar la vigilancia genómica sistemática de los aislamientos del complejo *Mycobacterium tuberculosis* para mejorar la detección precoz de cadenas de transmisión y monitorizar las resistencias farmacológicas en todas las muestras de TB e identificar los factores asociados.
- Favorecer el intercambio de información y la transferencia de casos entre las diferentes CC. AA.
- Continuar fortaleciendo la colaboración con las CC.AA, los agentes comunitarios y las sociedades científicas para optimizar la respuesta a la TB.
- Promover la financiación y ejecución de las actividades de respuesta a nivel autonómico y nacional.

Referencias

1. sistema de Vigilancia de las Enfermedades Transmisibles. Red Estatal de Vigilancia en Salud Pública. Protocolo de vigilancia de tuberculosis. 2026.
2. Heymann, David L. Control of communicable diseases manual. 2015.^a ed. DC : American Public Health Association.
3. Tuberculosis and vulnerable populations [Internet]. Disponible en: <https://www.who.int/europe/news-room/fact-sheets/item/tuberculosis-and-vulnerable-populations>
4. European Centre for Disease Prevention and Control. Guidance on tuberculosis control in vulnerable and hard-to-reach populations [Internet]. 2016. Disponible en: <https://www.ecdc.europa.eu/sites/default/files/media/en/publications/Publications/TB-guidance-interventions-vulnerable-groups.pdf>
5. Geneva: World Health Organization; 2025. Global tuberculosis report 2025 [Internet]. Disponible en: <https://www.who.int/teams/global-programme-on-tuberculosis-and-lung-health/tb-reports/global-tuberculosis-report-2025#:~:text=The%20WHO%20Global%20tuberculosis%20report%202025%20provides%20a,context%20of%20global%20TB%20commitments%2C%20strategies%20and%20targets.>
6. Home | Sustainable Development [Internet]. Disponible en: <https://sdgs.un.org/>
7. European Centre for Disease Prevention and Control/WHO Regional Office for Europe. Tuberculosis surveillance and monitoring in Europe 2026 – 2024 data [Internet]. 2026. Disponible en: <https://www.ecdc.europa.eu/en/publications-data/tuberculosis-surveillance-and-monitoring-europe-2026-2024-data>
8. Tuberculosis [Internet]. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/tuberculosis>
9. Drain PK, Bajema KL, Dowdy D, Dheda K, Naidoo K, Schumacher SG, et al. Incipient and Subclinical Tuberculosis: a Clinical Review of Early Stages and Progression of Infection. Clinical Microbiology Reviews. 2018.
10. UK Health Security Agency. Tuberculosis: the green book, chapter 32 [Internet]. Disponible en: <https://www.gov.uk/government/publications/tuberculosis-the-green-book-chapter-32>
11. Geneva: World Health Organization; WHO consolidated guidelines on tuberculosis. Module 4: treatment and care. 2025.
12. World Health Organization Regional Office for Europe. As European Region continues positive trend in TB control, WHO/Europe warns of challenges that could threaten gains [Internet]. 22 de septiembre de 2023. Disponible en: <https://www.who.int/europe/news/item/22-09-2023-as-european-region-continues->

positive-trend-in-tb-control-who-europe-warns-of-challenges

13. Edwards S, Humbert T, Berdzuli N, Azzopardi-Muscat N. Tackling TB in Europe: treatment gaps and deteriorating treatment availability is undermining progress. *Int J Tuberc Lung Dis.* 2023. [Internet]. Disponible en: <https://theunion.org/news/tackling-tb-in-europe-treatment-gaps-and-deteriorating-treatment-availability-is-undermining-progress>
14. World Health Organisation. Global Tuberculosis Report 2024 [Internet]. 1st ed. Geneva: World Health Organization; 2024. 1 p. Disponible en: <https://www.who.int/teams/global-programme-on-tuberculosis-and-lung-health/tb-reports/global-tuberculosis-report-2024>
15. Centro Nacional de Epidemiología. Instituto de Salud Carlos III. Informe preliminar de la vigilancia de la tuberculosis en España. Año 2024. [Internet]. Disponible en: https://cne.isciii.es/documents/d/cne/renave_informe_vigilancia-tb_-2024