MINISTERIO
DE CIENCIA, INNOVACIÓN
Y UNIVERSIDADES

Red
Nacional de
Vigilancia
Epidemiológica

Informe epidemiológico sobre la situación de la leishmaniasis en España. Año 2025

Resultados de la Red Nacional de Vigilancia Epidemiológica

Informe actualizado el 22 de octubre de 2026 con los datos disponibles hasta la fecha.

Depuración, validación y análisis de los datos:

Beatriz Fernández Martínez y Lorena Simón Méndez. Área de Análisis en Vigilancia Epidemiológica. Centro Nacional de Epidemiología del ISCIII. CIBERESP.

Área de Vigilancia de Salud Pública. Equipo SiViEs. Centro Nacional de Epidemiología del ISCIII.

Vigilancia y notificación de los casos:

Unidades de Vigilancia de Salud Pública de las Comunidades Autónomas.

Cita sugerida: Centro Nacional de Epidemiología. Instituto de Salud Carlos III. CIBERESP. Informe epidemiológico sobre la situación de la leishmaniasis en España, 2025. Madrid, octubre 2026.

CC BY-NC-SA 4.0

Introducción

La leishmaniasis es una enfermedad causada por protozoos del género *Leishmania*, característica de climas tropicales y subtropicales, incluyendo la región del Mediterráneo. La mayor carga de enfermedad está en Brasil, este de África, subcontinente indio y Oriente Próximo. Se trata de una zoonosis cuya vía de transmisión más frecuente a humanos es por la picadura de hembras de *Phlebothomus* o de *Lutzomyia*.

Los vectores, los reservorios y la especie de parásito, varían según la localización geográfica. *L. infantum* se distribuye por regiones del Mediterráneo, incluyendo España. El vector en nuestro medio son especies de *Phlebotomus*, principalmente *P. perniciosus* y *P. ariasi* y los principales reservorios son perros o pequeños mamíferos lagomorfos como liebres.

El período de incubación es de entre 1 semana a varios meses para las formas cutáneas y de 2-4 meses para las viscerales, aunque puede ser mayor. Una proporción variable de infectados son asintomáticos mientras que algunos desarrollan la enfermedad, y esto se asocia con ciertos factores de riesgo como la inmunosupresión. Hay 3 formas principales de presentación de la enfermedad en humanos: la leishmaniasis cutánea (LC) es la infección primaria y la forma más común, que si no se resuelve puede producir formas diseminadas en piel o más profundas en mucosas (leishmaniasis muco-cutánea –LMC–) u órganos internos (leishmaniasis visceral –LV– o kala-azar, la forma más grave).

La prevención se basa en las medidas de control del vector y del reservorio zoonótico, en evitar la exposición al vector y en el diagnóstico precoz y manejo adecuado de los casos, tanto humanos como animales domésticos.

En España es una enfermedad de declaración obligatoria a través de la Red Nacional de Vigilancia Epidemiológica (RENAVE)[1] –actualmente la Red Estatal de Vigilancia en Salud Pública[2]–, al Centro Nacional de Epidemiología. Hasta 2014 la vigilaban sólo las comunidades autónomas que consideraban que era de interés por ser endémica en su territorio. La última actualización del protocolo de vigilancia fue en 2013. La forma de notificación es semanal e individualizada. El objetivo del informe es conocer la situación epidemiológica de leishmaniasis en España en 2025 y su evolución temporal desde 2016.

Método

Los casos declarados siguen las definiciones de caso y los criterios para su clasificación recogidos en el Protocolo de la RENAVE de esta enfermedad. Las variables analizadas fueron: fecha clave (inicio de síntomas o la más cercana disponible), fecha de diagnóstico, fecha de inicio de síntomas, comunidad autónoma (CA) de notificación, CA de exposición, sexo, edad, importado, clasificación, categoría clínica, hospitalización, defunción. El informe contiene la descripción epidemiológica de los casos autóctonos de la enfermedad para el año 2025. Para la serie temporal se han incluido los casos notificados desde 2016. Se han considerado como casos no importados los que tenían valor desconocido en dicha variable. Se calcularon las tasas de notificación (TN=número de casos/100.000 habitantes) anuales, de período, por CA del caso y del total nacional. Para la presentación de los datos en las figuras y las tablas se agregó la población en los siguientes grupos de edad: menores de 1 año, 1-4, 5-9, 10-14, 15-24, 25-34, 35-44, 45-54, 55-64 y 65 y más años. Se presenta también la distribución de los casos y de las TN por grupo de edad y sexo, la distribución geográfica por comunidades autónomas (CCAA) de notificación y la distribución porcentual de casos según la categoría clínica, de las CCAA de exposición con 10 o más casos. Se describen en otro apartado específico los casos importados. Se incluye un apartado de calidad de la información con

[1] Real Decreto 2210/1995 y Orden SSI/445/2015, de 9 de marzo, por la que se modifican los anexos I, II y III del Real Decreto 2210/1995

[2] Real Decreto 568/2024, de 18 de junio, por el que se crea la Red Estatal de Vigilancia en Salud Pública.

la distribución porcentual de cumplimentación de las principales variables. El informe se ha realizado con los datos disponibles a fecha 22/10/2026.

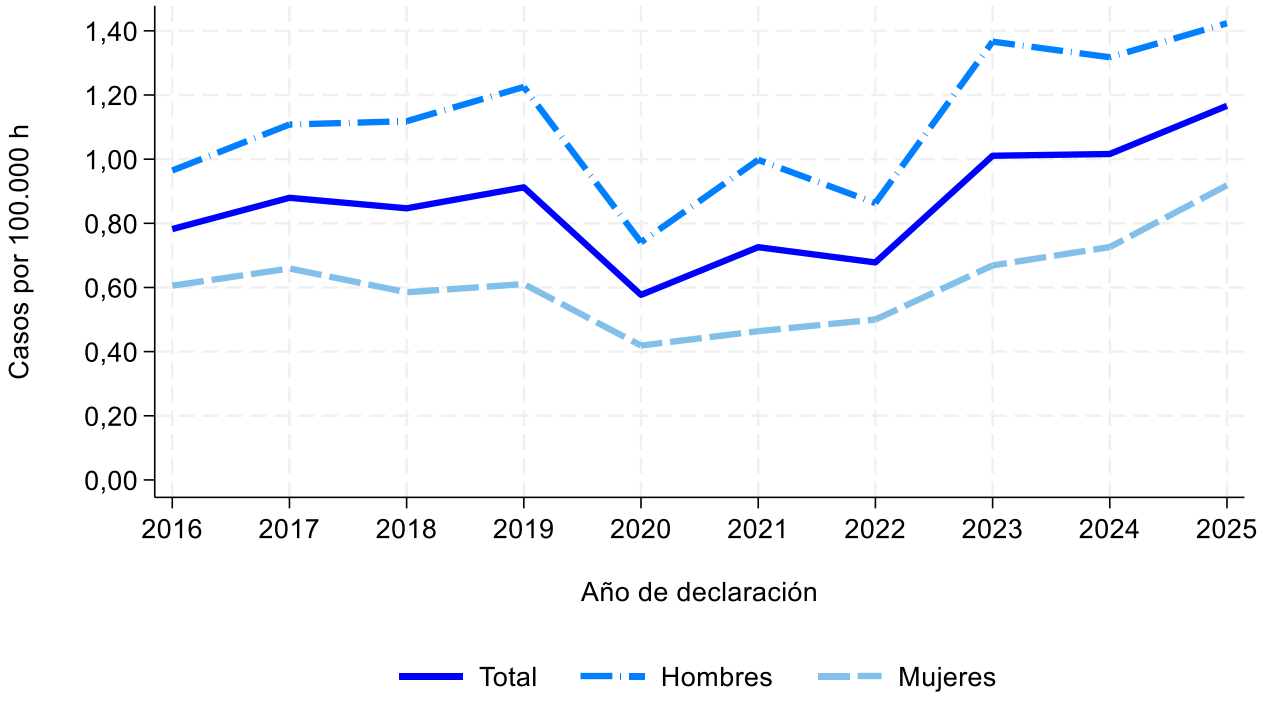
Resultados de la vigilancia

En 2025, 13 CCAA notificaron un total de 592 casos, de los que 581 (98,1%) fueron confirmados y 11 probables. Hubo 573 casos autóctonos y 19 importados, que se describen en un apartado específico.

Distribución temporal y espacial (casos autóctonos)

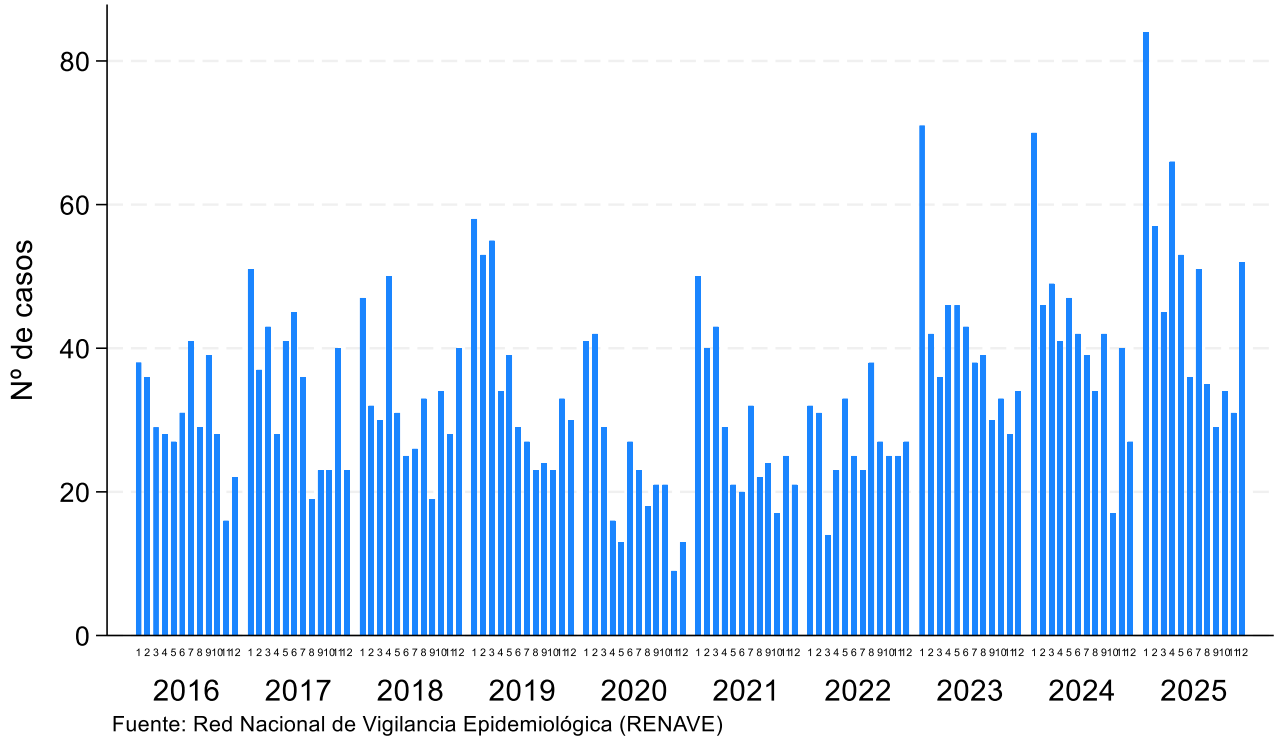
La evolución de las TN de casos autóctonos en España ha sido ligeramente ascendente desde 2016 a 2019 (TN=0,78 y 0,91 casos/100.000 habitantes, respectivamente), con un descenso en 2020 (TN=0,58) y un repunte desde 2023 (TN=1,01) a 2025, con 573 casos y TN=1,17 (figura 1). Se observaron tasas superiores en los hombres en todo el periodo. Los casos autóctonos se han distribuido durante todo el año, según el mes de inicio de síntomas, con valores máximos en enero, siendo el mayor en 2025 (n=84) (figura 2).

Figura 1. Tasa de notificación de leishmaniasis, según sexo y año de inicio de síntomas. España. 2016-2025



Fuente: Red Nacional de Vigilancia Epidemiológica (RENAVE)

Figura 2. Distribución de casos de leishmaniasis por mes. España. 2016-2025



Fuente: Red Nacional de Vigilancia Epidemiológica (RENAVE)

Todas las CCAA, excepto Asturias y Melilla han notificado algún caso desde 2016.

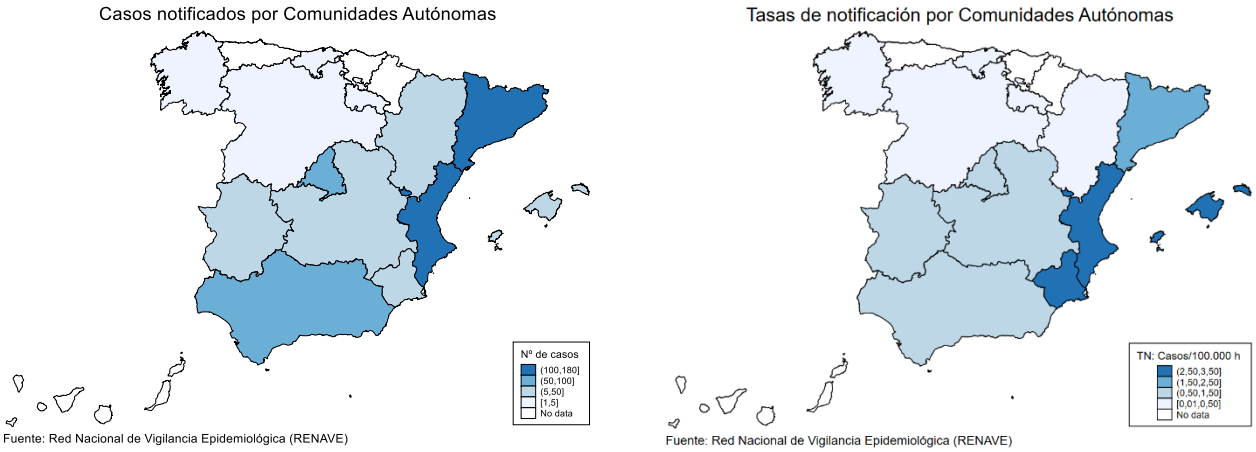
La TN de 2025 fue de 1,17 casos/100.000 habitantes, ligeramente superior a la de 2023 (1,01) y 2024 (1,02). Las TN más elevadas correspondieron a Baleares (TN=3,28 y 41 casos), la C. Valenciana (TN=3,17 y 172 casos), Región de Murcia (TN=2,65 y 42 casos), y Cataluña (TN=1,61 y 131 casos) (tabla 1 y figura 3).

Tabla 1. Número de casos y tasa de notificación de leishmaniasis, por CCAA. España, 2025 y su comparativa con los años 2023 y 2024

	2023		2024		2025	
CCAA	**Nº casos**	**TN**	**Nº casos**	**TN**	**Nº casos**	**TN**
Andalucía	74	0,86	67	0,78	84	0,97
Aragón	6	0,45	9	0,67	6	0,44
Asturias	-	-	-	-	-	-
Baleares	51	4,22	30	2,44	41	3,28
Canarias	0	0	0	0	0	0
Cantabria	0	0	0	0	2	0,34
Castilla y León	4	0,17	3	0,13	1	0,04
Castilla-La Mancha	20	0,96	14	0,67	17	0,80
Cataluña	85	1,08	120	1,50	131	1,61
C. Valenciana	147	2,82	150	2,82	172	3,17
Extremadura	5	0,47	5	0,47	7	0,66
Galicia	0	0	0	0	1	0,04
Madrid	59	0,86	52	0,74	68	0,96
Murcia	31	2,00	43	2,74	42	2,65
Navarra	1	0,15	0	0	0	0
País Vasco	3	0,14	0	0	0	0
La Rioja	0	0	1	0,31	1	0,31
Ceuta	0	0	0	0	0	0
Melilla	-	-	-	-	-	-
Total España	**486**	**1,01**	**494**	**1,02**	**573**	**1,17**

Fuente: Red Nacional de Vigilancia Epidemiológica (RENAVE). TN: tasa de notificación, calculadas según CCAA de notificación. Se han excluido los casos importados para el cálculo de las TN

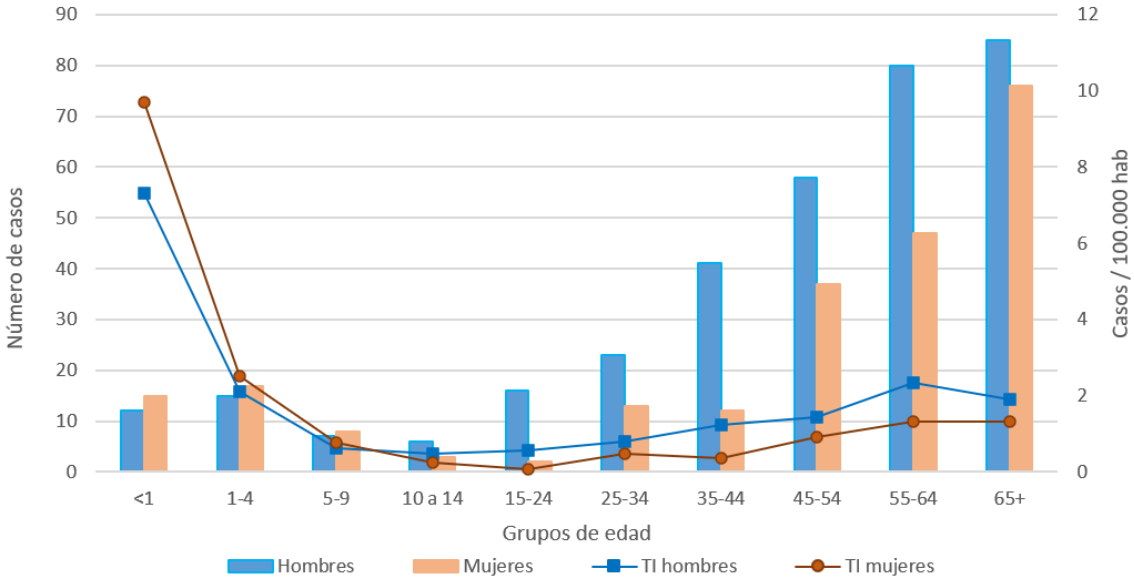
Figura 3. Casos notificados y tasa de notificación de leishmaniasis por CCAA. España, 2025



Características (casos autóctonos)

En 2025 hubo 343 casos de leishmaniasis en hombres (59,9%; TN=1,42) y 230 mujeres (TN=0,92). La edad mediana fue de 55 años (p25-75: 37 a 66 años). Las incidencias más elevadas se dieron en los menores de 1 año, principalmente en mujeres (TN=9,69 vs 7,31 hombres) y en los de 1 a 4 años (TN=2,51 en mujeres vs 2,10 en hombres). La frecuencia fue superior en los hombres en los grupos de 10 y más años (figura 4).

Figura 4. Casos e incidencias acumuladas de leishmaniasis por grupos de edad y sexo. España. 2025



Fuente: Red Nacional de Vigilancia Epidemiológica (RENAVE).

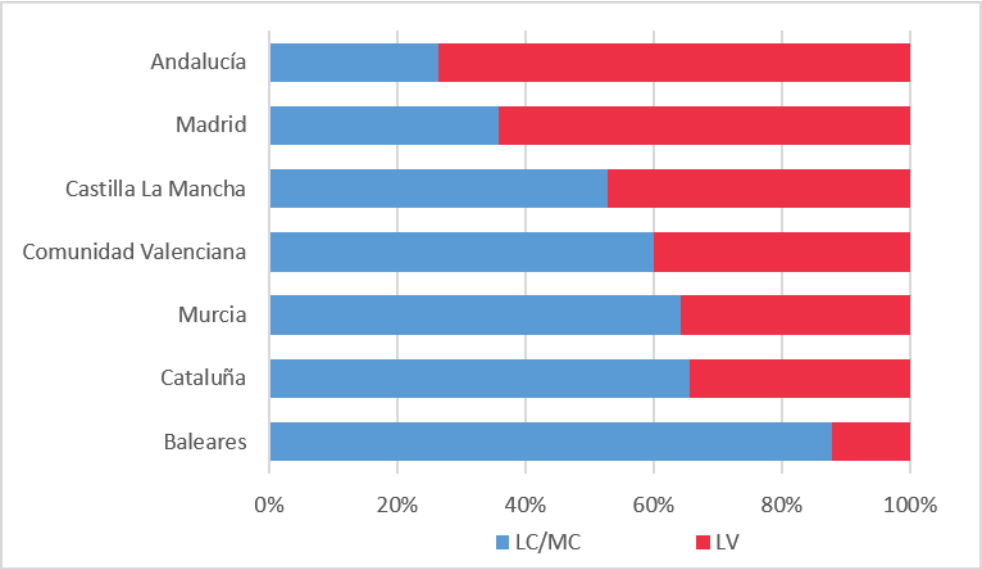
Se dispuso de información del país de nacimiento en 303 casos (52,9%), de los que 245 (80,9%) correspondían a países de Europa y, en concreto, 197 (65,0%) nacieron en España.

Clínica y evolución (casos autóctonos)

De los casos autóctonos con información disponible sobre categoría clínica de 2025 (n=501; 87,4%), fueron LV 224 (44,7%), y LC/MC 277 (55,3%); la categoría menos frecuente fue la MC (n=7), que representó el 1,4% de los casos. Las proporciones de LC/MC según CCAA tuvieron valores superiores al 50% en Baleares, Cataluña, Murcia, C. Valenciana y Castilla La Mancha. Por el contrario, las proporciones de LV fueron

superiores al 50% en Andalucía y Madrid. En la figura 5 se muestra la distribución según forma clínica de las CCAA con 10 o más casos en 2025.

Figura 5. Proporción de casos de leishmaniasis según CCAA y categoría clínica. España. 2025



Fuente: Red Nacional de Vigilancia Epidemiológica (RENAVE). Se han incluido las CCAA de exposición con ≥10 casos en 2025.

De los casos con información sobre hospitalización de 2025, ingresaron 271 (52,1%). La proporción de hospitalizaciones fue significativamente superior (p<0,001) en los menores de 1 año (88,9%), de 1 a 4 años (78,1%) y en casos de LV (95,5% frente a 8,7% de LC /MC).

Hubo 13 defunciones en 2025, que corresponde a una tasa de letalidad del 2,3%; 8 eran hombres y 5 mujeres, con rango de edad de 49 a 83 años. Según categoría clínica, 11 casos eran de LV y en 2 se desconocía.

Se dispuso de información de fechas para calcular el tiempo hasta el diagnóstico o demora en 463 casos (80,8%). La mediana fue de 45 días, p25-75: 16 a 140 días. Esta fue significativamente mayor en LC/MC que en LV (mediana 115 vs 18 días, respectivamente; p<0,001).

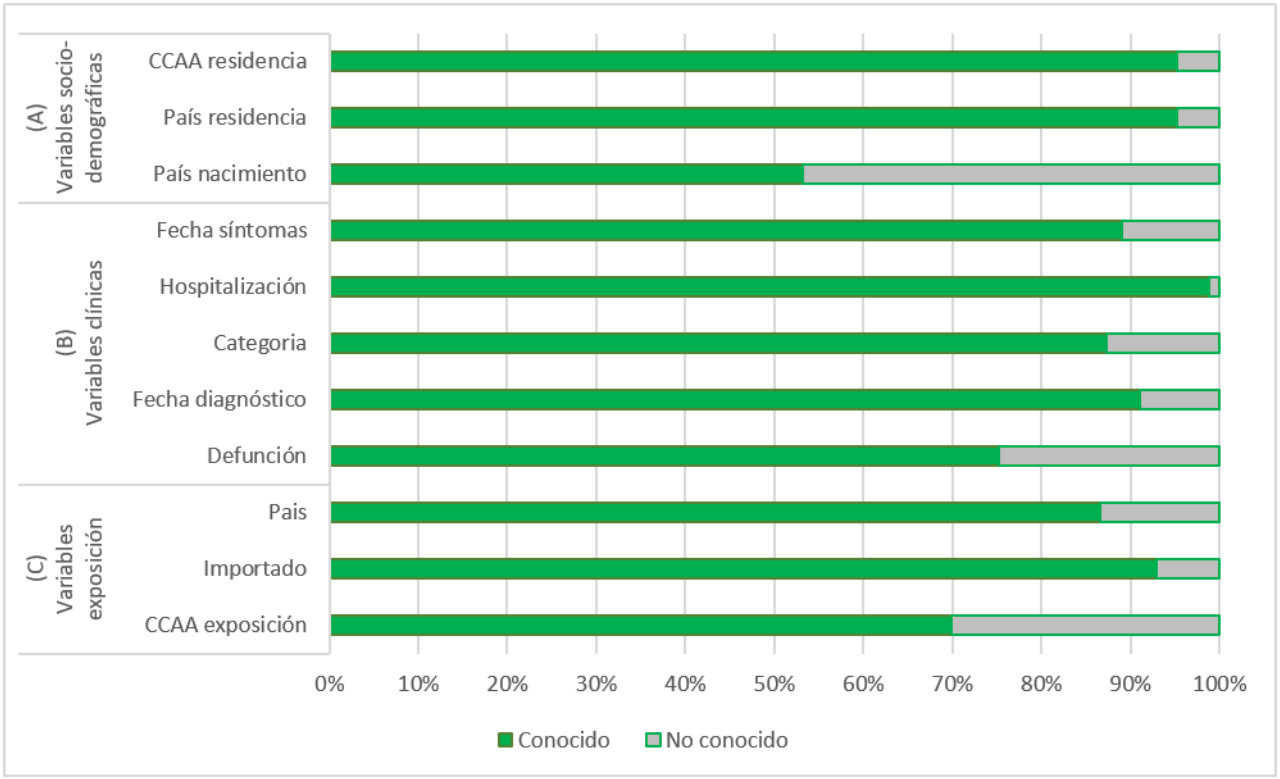
Casos importados

Se han registrado 19 casos importados en 2025, notificados por 6 CCAA. De los casos, 13 eran hombres y 6 mujeres, con edad mediana de 32 años, rango 4 a 68. Hubo 12 casos de LC, 4 de LV y desconocido en 3. Para 5 casos se precisó hospitalización y no hubo ningún fallecido. En 4 casos no había información del país de exposición; 3 tuvieron exposición en países de Sudamérica, 7 en África, 1 en Asia y 4 en Europa.

Calidad

La variable con mayor porcentaje de valores perdidos fue el país de nacimiento (47,9%). Entre el 20%-40% fueron: CA de exposición, defunción, categoría y fecha de diagnóstico. Presentaron entre 10% y 20% de valores perdidos: importado, hospitalización y fecha de inicio de síntomas. El resto de las variables tuvieron un porcentaje de valores perdidos menor del 10%.

Figura 6. Porcentaje de cumplimentación de variables de casos de leishmaniasis. España, 2025



Fuente: Red Nacional de Vigilancia Epidemiológica (RENAVE).

Discusión

La evolución de la incidencia desde 2016 ha sido ligeramente ascendente hasta 2019 con disminución en 2020 y desde 2021 progresivo incremento. Esta evolución varía según las regiones, y puede ser debida, en parte, a una menor notificación de casos debido a la pandemia, ya que se aprecia en 2023 a 2025 un retorno a la línea basal previa (2016 a 2019), a una mejora en la notificación o bien a otros factores relacionados con la enfermedad. En la Unión Europea no es de declaración obligatoria, por lo que no se dispone de datos estandarizados para comparar la evolución con países del entorno.

Los casos se distribuyen durante todo el año, aunque se han observado máximos en meses de invierno, probablemente debido al período de incubación más prolongado de las formas viscerales y al retraso diagnóstico en formas cutáneas.

Desde que se dispone de información de casos de todo el territorio, todas las CCAA excepto Asturias y Melilla han notificado casos. Se observan TN más elevadas en zonas del Mediterráneo (Cataluña, C. Valenciana, Murcia y Baleares). Parece apreciarse un gradiente noroeste-sureste, aunque el número de casos por año es reducido en muchas CCAA y conviene analizar esta información de forma agregada en un período más largo. Estas diferencias pueden ser debidas a una mayor sensibilidad en el diagnóstico y notificación o también a un mayor riesgo en ciertas zonas por mayor densidad o actividad del vector (ampliamente distribuido por España), factores relacionados con el reservorio o factores ambientales, entre otros.

Las TN anuales han sido superiores en hombres durante todo el período 2016 a 2025. En 2025, las TN por grupo de edad y sexo más elevadas han sido en las niñas y niños menores de 5 años y hombres mayores de 55. Cerca de la mitad del total de los casos corresponden a LC, con diferencias por CCAA. La proporción de hospitalizaciones es mayor en los grupos de menor edad y los casos de LV.

Las medidas de prevención van encaminadas al control del vector, de la transmisión y de la infección en el reservorio animal, por lo que un enfoque “Una salud” sería deseable para mejorar su control. En humanos es fundamental evitar las picaduras y realizar diagnóstico precoz y tratamiento de los casos, especialmente en la población inmunodeprimida. Existe margen de mejora en la cumplimentación de algunas variables. No se dispone de información de calidad acerca de factores de riesgo individuales. Incluir en la encuesta nacional variables estructuradas que recojan información sobre la situación de inmunosupresión contribuiría al seguimiento de la enfermedad en dicha población.