



Región de Murcia
Consejería de Salud

Dirección General de Salud Pública
Y Adicciones

Servicio de Epidemiología

Ronda Levante 11
30008 Murcia

☎ 968 36 20 39 📠 968 36 66 56
✉ epidemiologia@carm.es

VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA DE LAS HEPATITIS B Y C

Nuevos diagnósticos de infección por VHC.
Vigilancia de las infecciones agudas por VHB
Región de Murcia.

Junio 2026

Edita:
Servicio de Epidemiología
Dirección General de Salud Pública y Adicciones
Consejería de Salud
Región de Murcia

Resumen

El Sistema de Información de Nuevos Diagnósticos de hepatitis C (SINHEPAC), implantado en la Región de Murcia (RM) en 2015, permite estimar el número anual de nuevos diagnósticos de infección por virus de la hepatitis C (VHC) en la población y describir sus principales características epidemiológicas.

La información de la hepatitis B se obtiene a partir del Sistema de Enfermedades sujetas a vigilancia de la Red Nacional de Vigilancia Epidemiológica (RENAVE). Esta notificación sólo incluye los casos de infección aguda.

Vigilancia de nuevos diagnósticos de infección por VHC

En el periodo 2013-2025 se han registrado un total de 1.578 nuevos diagnósticos de infección por VHC en la Región de Murcia, lo que supone una tasa de incidencia de 8,1 casos por 100.000 habitantes. En 2024, los 124 casos notificados representaron el 5,1% del total a nivel nacional. Para 2025 aún no se dispone de datos a nivel estatal. No obstante, en ese año (2025) se alcanzó, por primera vez, en la Región de Murcia, una tasa de incidencia inferior a 5 casos por 100.000 habitantes, con 75 casos notificados, la cifra más baja en todo el periodo, incluso por debajo de la registrada en 2020 (87 casos), durante la pandemia de la COVID19.

En el periodo post-pandémico (2021-2025), la incidencia ha sido consistentemente superior en hombres (13,7 casos por 100.000 hombres.) que en mujeres (5,1 casos por 100.000 mujeres.), en todos los grupos de edad a partir de los 30 años. En ambos sexos, la mayor tasa de incidencia se concentra en la franja de edad de 50 a 59 años (23,2 casos por 100.000 hombres vs 8,6 casos por 100.000 mujeres). Tras el ascenso observado en los hombres de este grupo de edad entre 2017 y 2019, en los últimos 5 años se aprecia una tendencia descendente, lenta pero mantenida, pasando de 30,0 casos por 100.000 en 2021 a 9,1 en 2025, aunque continua siendo el grupo con mayor incidencia. En las mujeres de 60 o más años se mantiene la tasa de incidencia por encima de la observada en el grupo de 50 a 59 años en 2024 y 2025 (11,4 y 8,5 casos por 100.000 mujeres, respectivamente). No se han detectado casos en menores de 20 años desde 2020. Entre 2021-2025, el porcentaje de personas con país de origen distinto de España fue del 28,7% frente al 22,9% del periodo pre-pandémico (2016-2019), mientras que el porcentaje de españoles ha descendido del 75,9% al 69,7%. En 2025, estos porcentajes fueron del 68% (españoles) y 28% (personas con país origen distinto a España) sin registrarse ningún caso con diagnóstico previo en país de origen. El mayor porcentaje de casos importados (diagnóstico previo conocido en su país de origen) de todo el periodo se registró en 2022 (7,1%).

En las hepatitis crónicas, la identificación de factores de riesgo asociados a la infección resulta compleja debido al largo periodo de latencia. Por el contrario, en las infecciones agudas es más factible determinar los mecanismos de transmisión en un periodo más reciente. Considerando que en los últimos 5 años (2021 a 2025) el 33,3% de los casos con infección aguda no disponían de información sobre el posible factor de exposición, el principal factor identificado fue el contacto interpersonal (sexual) (27,5%), seguido del uso de drogas inyectadas (24,6%). En 2025 sólo se registró un caso de infección aguda por VHC en el que se desconoce el mecanismo de transmisión.

La determinación del diagnóstico tardío en los últimos años no resulta valorable, ya que su cálculo se ha basado en los casos con información disponible sobre el estadio hepático. Sin embargo, la proporción de estos casos ha ido disminuyendo progresivamente, debido a la actual indicación de iniciar tratamiento inmediato tras el diagnóstico, sin necesidad de disponer de una evaluación previa del estado hepático. Por ello, y hasta que se revise una mejor forma de mostrar los resultados en relación al diagnóstico tardío a partir del nuevo protocolo de vigilancia de las hepatitis virales, en este informe no se ofrecerán datos relativos a esta variable, dado que los resultados no serían fiables ni reflejarían adecuadamente la tendencia real de la misma.

Vigilancia de infecciones agudas por VHB

En 2025 se notificaron en la Región de Murcia 28 casos de infección por virus de la hepatitis B (VHB), con una incidencia acumulada (IA) de 1,76 casos por 100.000, lo que supone más del doble de la registrada en 2024 (0,77). Todos los casos fueron casos confirmados. El 85,7% correspondieron a hombres (24 casos) con una razón hombre/mujer de 6. La mediana de edad disminuyó en los hombres (43 años) respecto a 2024 (51,5 años), con un rango intercuartílico (RIC) de 30,25-51,25 en 2025. En cambio, en las mujeres aumentó (46 años en 2025 respecto a 41,5 en 2024). Entre los hombres, la mayor incidencia se observó en el grupo de 25 a 34 años (5,0 casos por 100.000 hombres) seguido de la franja de edad de 35 a 44 años (3,1 casos por 100.000 hombres).

Durante el periodo 2008-2025 se han notificado 8 casos importados de infección por VHB, siendo el último y único caso en 2025 con país de origen Marruecos. Estos casos se concentran, principalmente, en personas procedentes de países con baja cobertura de vacunación frente al VHB. El 64,3% de los casos notificados en 2025 requirieron hospitalización (con edades entre 25 y 65 años) sin registrarse ningún fallecimiento entre ellos.

Estos resultados reflejan una situación en la que confluyen diversos factores como el uso de drogas (inyectables y no inyectables), la presencia de otras infecciones de transmisión sexual como el VIH y prácticas sexuales de riesgo, que favorecen la transmisión por vía sexual, a pesar de que tanto el VHC como el VHB son virus que se transmiten, principalmente, por vía parenteral (principal vía de transmisión a nivel mundial). El mayor número de casos y de incidencia en adultos jóvenes hacen necesario reforzar las estrategias de prevención, especialmente aquellas dirigidas a la vacunación frente al VHB, el diagnóstico precoz y la reducción de conductas de riesgo en el marco de un enfoque integral de salud sexual.

Cita recomendada: Barranco Boada MI, Vicente Martínez E, Gutiérrez Pérez E, Sánchez-Migallon A, Chirlaque López MD. Vigilancia epidemiológica de la hepatitis B y C. Nuevos diagnósticos de hepatitis C e incidencia de infección aguda por virus de la hepatitis B en la Región de Murcia. Actualización año 2025. Consejería de Salud, junio 2026. Informes epidemiológicos 8/2026.

Glosario

TÉRMINOS	DESCRIPCIÓN
OMS	Organización Mundial de la Salud.
DGSPyA	Dirección General de Salud Pública y Adicciones.
RENAVE	Red Nacional de Vigilancia Epidemiológica.
SINHEPAC	Sistema de información de Nuevos Diagnósticos de infección por virus de la Hepatitis C.
VHC	Virus de la Hepatitis C
VHB	Virus de la Hepatitis B
VIH	Virus de la Inmunodeficiencia Humana.
IA	Incidencia Acumulada
ITS	Infecciones de Transmisión Sexual.
RIC	Rango Intercuartílico.
PCR	<i>Polymerase Chain Reaction</i> (Reacción en cadena de la Polimerasa).
PID	Personas que se inyectan drogas.
HSH	Hombres que practican Sexo con Hombres.
<i>ChemSex</i>	Uso intencionado, desadaptativo e intensivo de algunas drogas ilegales en contextos sexuales.
<i>SlamSex (o slamming)</i>	Uso de drogas inyectables en contextos sexuales.

Introducción

La hepatitis viral sigue constituyendo, en la actualidad, uno de los principales problemas de salud pública a nivel mundial, según el último informe global de la Organización Mundial de la Salud (OMS) publicado en 2026^[1]. Las infecciones por los virus de la hepatitis B (VHB) y C (VHC) representan, conjuntamente, el 95% de las muertes por hepatitis viral, con más de un millón de fallecimientos anuales, a pesar de tratarse de enfermedades prevenibles y tratables. En 2024, se estimó que 287 millones de personas vivían con infección crónica por VHB o VHC (3% de la población mundial). Aunque se han producido avances, como la reducción de la prevalencia de VHB en menores de 5 años (del 0,8% en 2015 al 0,6% en 2024) y el descenso de las infecciones por VHC impulsado por los antivirales de acción directa (AAD), el progreso global sigue siendo insuficiente y desigual entre regiones. La incidencia de nuevas infecciones ha disminuido, especialmente en el caso del VHB (descenso del 32% respecto a 2015), aunque en VHC el descenso es aún limitado (8%) y está lejos de los objetivos marcados para 2030. Además, persisten importantes brechas en diagnóstico y tratamiento: solo una minoría de las personas con VHB están diagnosticadas y una proporción significativa de pacientes con VHC permanece sin tratar. En este contexto, la OMS concluye que, si bien la eliminación de la hepatitis viral como amenaza para la salud pública es todavía posible, será necesario reforzar de forma urgente el compromiso político, la financiación y el acceso equitativo a las intervenciones de prevención, diagnóstico y tratamiento.

En Europa ^[2] ^[3], la epidemiología de las hepatitis virales muestra una variabilidad entre países, lo que dificulta la interpretación de los datos debido a diferencias en los sistemas de vigilancia, las estrategias de cribado y la clasificación de los casos. En 2023, se notificaron más de 28.000 casos de hepatitis C y cerca de 38.000 de hepatitis B, con predominio de infecciones en hombres y en adultos de mediana edad, siendo el consumo de drogas inyectadas la principal vía de transmisión para el VHC. Aunque se han observado descensos en las tasas en años previos, recientemente se han registrado incrementos en algunos indicadores, especialmente en hepatitis B, lo que pone de manifiesto la necesidad de reforzar la calidad de los datos y las estrategias de prevención y control.

España ^[4] se considera un país de baja endemia para el VHB y el VHC. No obstante, la vigilancia epidemiológica presenta limitaciones, especialmente en el caso del VHC, debido a la heterogeneidad en la notificación entre comunidades autónomas. En 2024 se notificaron 2.447 nuevos diagnósticos de hepatitis C ^[5], con predominio de casos crónicos y no clasificables, mientras que se registraron 421 casos agudos de hepatitis B en 2024 (0,87 casos por 100.000 habitantes) ^[6], manteniéndose la tendencia descendente lenta, aunque con un repunte reciente. Persisten además importantes lagunas en la información sobre factores de riesgo y estado de vacunación, lo que dificulta orientar las intervenciones de prevención y control y suponen puntos de mejora.

En este contexto, el presente informe analiza la situación de los nuevos diagnósticos de hepatitis C y de la hepatitis B aguda en la Región de Murcia en 2025.

Resultados del Sistema de Información de nuevos diagnósticos de infección por virus de la hepatitis C (SINHEPAC) en la Región de Murcia.

INCIDENCIA DE NUEVOS DIAGNÓSTICOS DE INFECCIÓN POR VHC

Desde el inicio de la vigilancia en 2013 hasta 2025, se han registrado un total de 1.578 nuevos diagnósticos de infección por VHC en la Región de Murcia, lo que supone una tasa de incidencia de 8,1 casos por 100.000 habitantes. Los 124 nuevos diagnósticos de infección por VHC registrados en la región en 2024, representaron el 5,1% del total de casos notificados en España ^[5] en el mismo año. Para 2025, aún no se dispone de datos a nivel estatal. No obstante, en ese año, se alcanzó, por primera vez, en la Región de Murcia, una tasa de incidencia inferior a 5 casos por 100.000 habitantes (4,7 100.000 hab.) con 75 casos notificados, la cifra más baja de todo el periodo, incluso por debajo de la registrada en 2020 (87 casos), durante la pandemia de la COVID19, con un descenso porcentual del 39,5% respecto a 2024.

El promedio anual de casos registrados en estos doce años es de 121,4 nuevos diagnósticos/año (Tabla 1).

Tras la aprobación, en diciembre de 2022, de la resolución para la eliminación de la hepatitis C en la Región de Murcia en la que se instaba a la realización del diagnóstico de laboratorio en un solo paso, continúan realizándose las PCR en el 100% de los casos con serología positiva para VHC desde 2023, lo que refleja el buen funcionamiento de esta medida adoptada por todos los hospitales públicos de la región.

Tabla 1. Nuevos diagnósticos de infección por VHC. Nº de casos y tasa por 100.000 habitantes según año de diagnóstico. Región de Murcia. Periodo 2013-2025.

Año diagnóstico	Hombre		Mujer		Total	
	Casos	Tasa	Casos	Tasa	Casos	Tasa
2013	91	12,3	41	5,6	132	9,0
2014	94	12,8	47	6,4	141	9,6
2015	85	11,6	42	5,7	127	8,7
2016	83	11,3	40	5,5	123	8,4
2017	89	12,1	33	4,5	122	8,3
2018	88	11,9	50	6,8	138	9,3
2019	98	13,1	29	3,9	127	8,5
2020	71	9,4	16	2,1	87	5,8
2021	111	14,6	25	3,3	136	9,0
2022	97	12,6	30	3,9	127	8,3
2023	83	10,7	36	4,7	119	7,7
2024	85	10,8	39	5,0	124	7,9
2025	49	6,2	26	3,3	75	4,7
Total	1.124	11,5	454	4,6	1.578	8,1

Fuente: SINHEPAC. Servicio de Epidemiología. DGSPyA. Consejería de Salud. Región de Murcia.

VHC SEGÚN SEXO Y EDAD

El 71% de las personas diagnosticadas de infección por VHC en la región durante los trece años de vigilancia fueron hombres, con una tasa de incidencia de 11,5 casos por 100.000 hombres frente a una tasa de 4,6 casos por 100.000 en el 29% de mujeres, con una razón de tasa hombre/mujer de 2,5. En 2025, estas tasas fueron de 6,2 y 3,3 casos por 100.000, respectivamente, siendo la razón de tasa hombre/mujer de 1,9.

Durante los últimos cinco años (2021-2025), la tasa de incidencia de nuevos diagnósticos se ha mantenido consistentemente superior en hombres (13,7 casos por 100.000 hombres.) que en mujeres (5,1 casos por 100.000 mujeres.), en todos los grupos de edad a partir de los 30 años (Tabla 2). En ambos sexos, la mayor tasa de incidencia se concentra en la franja de edad de 50 a 59 años (23,2 casos por 100.000 hombres y 8,6 casos por 100.000 mujeres).

Desde 2013, se han registrado 10 casos en menores de 20 años (6 hombres y 4 mujeres): 2 de ellos (de 19 y 17 años) son casos importados con diagnóstico en 2017 en los que se desconoce el mecanismo de transmisión, un tercer caso tiene antecedentes de transfusión en su país de origen (distinto de España), 6 casos son atribuibles a transmisión materno infantil (los dos últimos casos diagnosticados en 2020) y un último caso diagnosticado en 2018 con categoría de transmisión desconocido y país de origen distinto de España. En los años post-pandemia de COVID19 (2021-2025), sigue sin registrarse ningún caso en menores de 20 años (Tabla 2). En anexo se puede consultar la Tabla 2bis con los datos de los 4 años pre-pandemia.

Tabla 2. Nuevos diagnósticos de infección por el VHC. Nº de casos y tasa por 100.000 habitantes según sexo y grupo de edad. Región de Murcia. Periodo 2021-2025.

Grupo de edad	Hombre		Mujer		Total	
	Casos	Tasa	Casos	Tasa	Casos	Tasa
0-19	0	0,0	0	0,0	0	0,0
20-29	19	4,0	2	0,5	21	2,3
30-39	54	10,7	12	2,5	66	6,6
40-49	96	14,5	21	3,4	117	9,2
50-59	134	23,2	49	8,6	183	16,0
≥60	122	15,4	72	7,6	194	11,2
Total	425	13,7	156	5,1	581	9,4

Fuente: SINHEPAC. Servicio de Epidemiología. DGSPyA. Consejería de Salud. Región de Murcia.

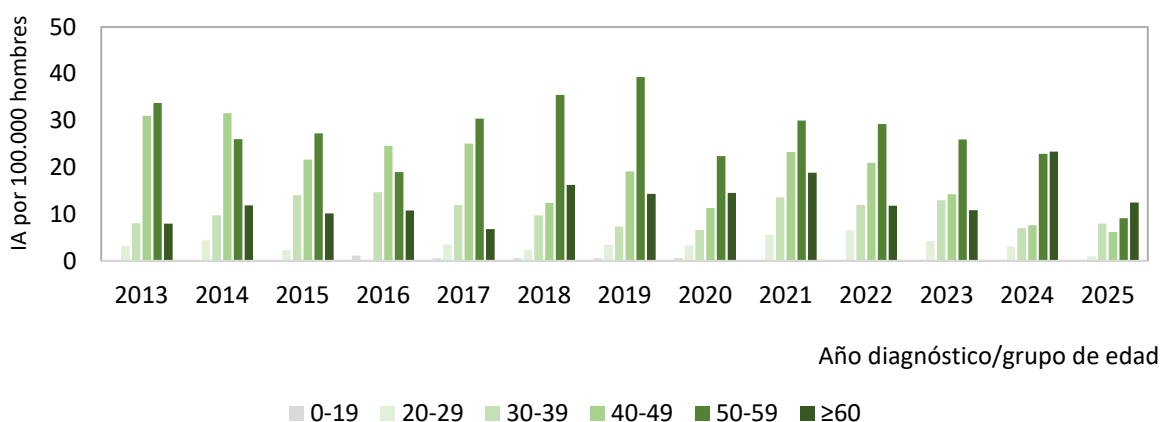
En las Gráficas 1 y 2 se muestran las tasas de incidencia de nuevos diagnósticos por año según sexo y grupo de edad.

Tras el ascenso observado en los hombres de 50 a 59 años desde 2017 hasta 2019, en los últimos 5 años, se aprecia una tendencia descendente, lenta pero mantenida, pasando de 30,0 casos por 100.000 en 2021 a 9,1 en 2025, aunque continua siendo el grupo con mayor incidencia, sin embargo, en los dos últimos años (2024,2025) se aprecian cifras ligeramente inferiores al grupo de los de 60 años o más (Gráfica 1). En las mujeres de 60 o más años se

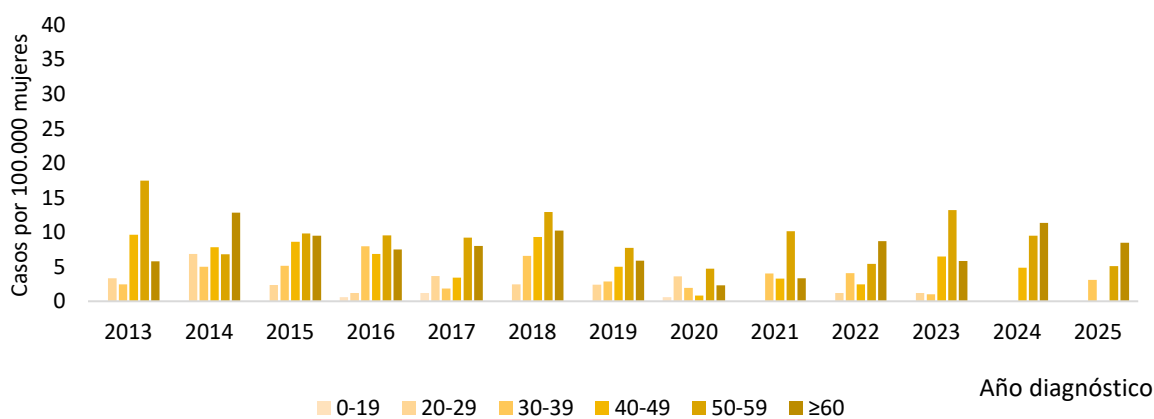
observa lo mismo, una tasa de incidencia por encima de la observada en el grupo de 50 a 59 años en 2024 y 2025 (11,4 y 8,5 casos por 100.000 mujeres, respectivamente) respecto a 9,5 y 5,1 casos por 100.000 mujeres en el grupo de 50 a 59 años (Gráfica 2).

Este discreto incremento se podría explicar, posiblemente, por un aumento en el número de pruebas realizadas en estos grupos de edad de acuerdo a lo que establece la guía de cribado para la hepatitis C ^[7].

Gráfica 1. Nuevos diagnósticos de infección por VHC según grupo de edad por años. IA por 100.000 hab. en hombres. Periodo 2013-2025. Región de Murcia.



Gráfica 2. Nuevos diagnósticos de infección por VHC según grupo de edad por años. Casos por 100.000 hab. en mujeres. Periodo 2013-2025. Región de Murcia.



Fuente: SINHEPAC. Servicio de Epidemiología. DGSPyA. Consejería de Salud. Región de Murcia.

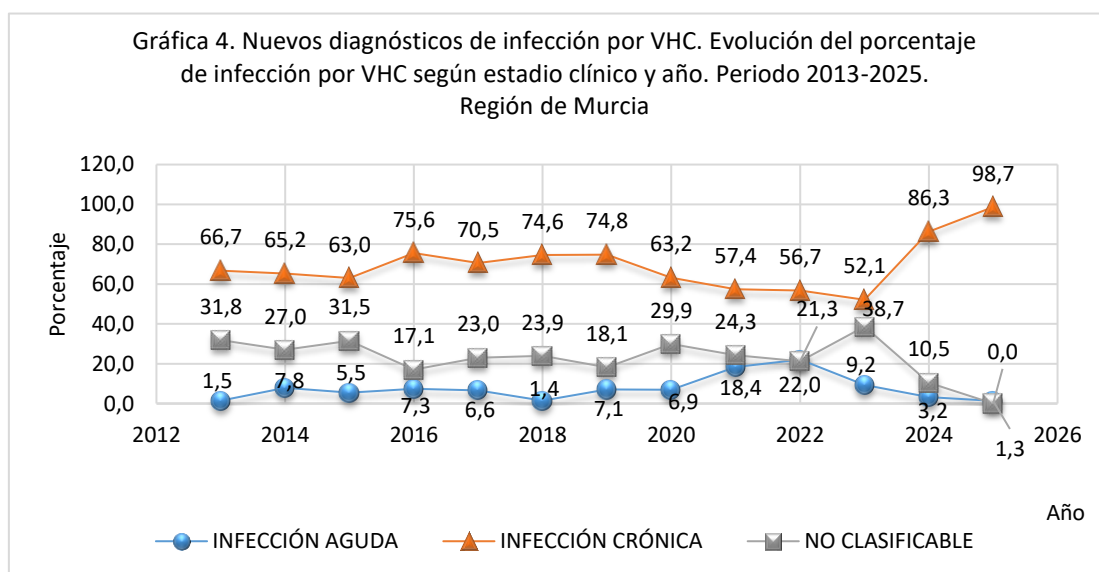
En Anexo se muestran las gráficas 3a y 3b, donde se observa la evolución de cada grupo de edad según sexo en los últimos 5 años (2021-2025).

VHC SEGÚN PRESENTACIÓN CLÍNICA AL DIAGNÓSTICO

Según la presentación clínica al diagnóstico, el 7,8%, que hace referencia a 123 casos del periodo 2013-2025, presentaban infección aguda o seroconversión reciente, en el 68,8%, lo que corresponde a 1.085 casos, se constató infección crónica y un 23,4% de los casos (370 casos) se registraron como no clasificables por no constar en la historia clínica la información necesaria para su clasificación como caso agudo o crónico. Por tanto, todavía existe un porcentaje de casos que permanecen como no clasificables, aunque se estima que corresponden, en su gran mayoría, a infecciones crónicas en las que no se ha podido comprobar la permanencia de infección activa al año del diagnóstico.

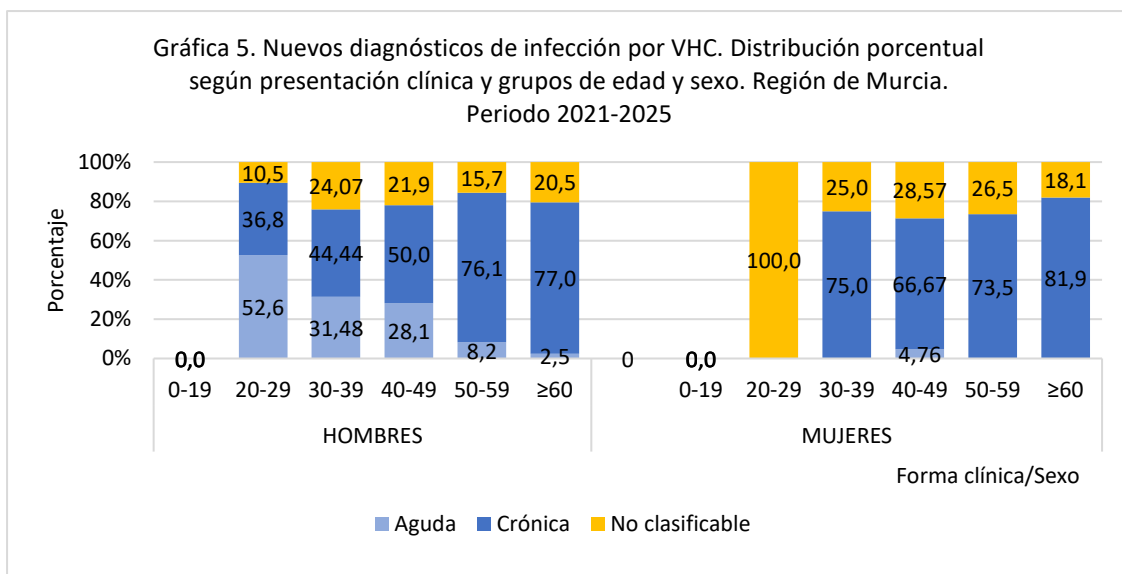
Un aspecto importante a destacar en relación con las infecciones agudas es que, tras el incremento inesperado de casos con infección reciente en los años 2021 (25 casos, todos en hombres) y 2022 (28 casos (1 en una mujer)) y teniendo en cuenta que el promedio de casos era de 7-8 casos al año, en 2025 sólo se ha registrado 1 caso (4 en 2024) con infección aguda, el resto de los casos (74) se registraron como infecciones crónicas (98,7%)(Gráfica 4), probablemente esté relacionado con una mejora en la detección de los casos, con mayor número de pruebas realizadas y descenso de aquellas clasificadas como “no clasificables”, resultado de un diagnóstico de laboratorio en un solo paso que nos permite poder verificar la infección activa de los casos en el año del diagnóstico.

Entre 2021 y 2025, todos los casos, a excepción de un caso de infección aguda, se registraron en hombres. De éstos, el 85,7% se asociaron a prácticas sexuales entre hombres que tienen sexo con hombres (HSH) y, dentro de este grupo, 15 casos (25%) correspondieron a personas usuarias de drogas inyectadas.

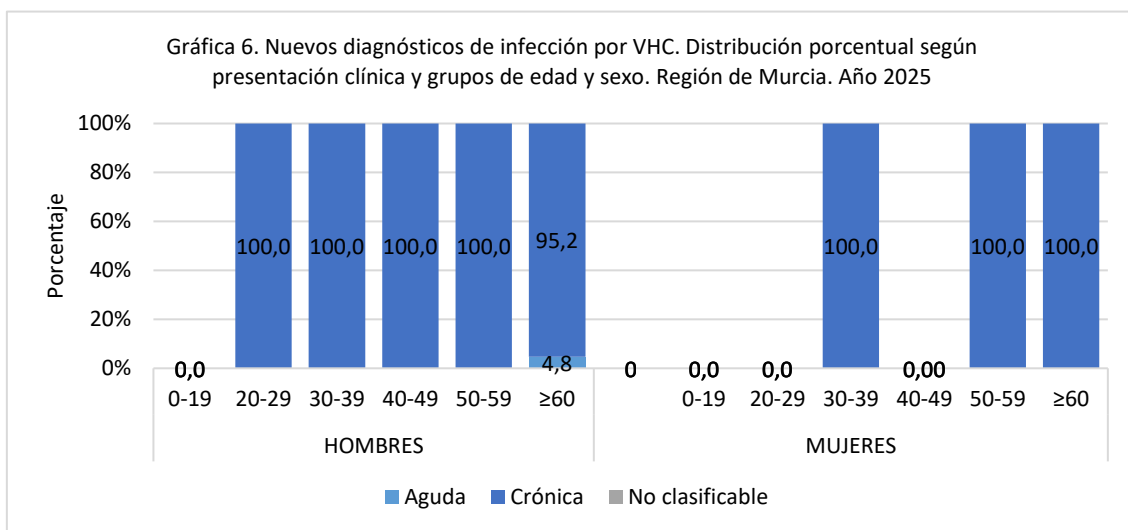


Fuente: SINHEPAC. Servicio de Epidemiología. DGSPyA. Consejería de Salud. Región de Murcia

Por grupo de edad y comparando los últimos 5 años (Gráfica 5) con el último año disponible (Gráfica 6), se observa que en el 2025 el 100% de los casos corresponden a infecciones crónicas, excepto un único caso de infección aguda registrado en un hombre del grupo de 60 o más años. Los casos de infección crónica no se han considerado casos importados ya que no se dispone de información de diagnóstico previo en país de origen y el diagnóstico ha sido realizado en la Región de Murcia. Se ha observado lo mismo en mujeres en las que no se ha detectado ningún caso agudo.



Fuente: SINHEPAC. Servicio de Epidemiología. DGSPyA. Consejería de Salud. Región de Murcia



Fuente: SINHEPAC. Servicio de Epidemiología. DGSPyA. Consejería de Salud. Región de Murcia

Entre 2021 y 2025, se tuvo constancia de 51 ingresos de los cuales el 74,5% (38 casos) estaban clasificados como infección crónica, 7 se habían clasificado como infección aguda y 6 de ellos como no clasificable; de éstos, 17 ya presentaban cáncer hepático, 17 casos cirrosis, 1 caso presentaba grado de fibrosis F2, otro F1 y 1 F0, el resto (14) se desconoce el grado de fibrosis. En 2025 fueron 7 los casos ingresados (entre ellos el caso con infección aguda) de los cuales 2 presentaban cáncer hepático, 4 casos cirrosis y 1 caso (agudo) en el que se desconocía el grado de fibrosis.

VHC SEGÚN ÁREA DE SALUD

La distribución por Área de Salud hace referencia a la residencia habitual del paciente en la fecha del diagnóstico. En la Tabla 3, se presenta la información correspondiente a los últimos cinco años. La mayor tasa de incidencia en el periodo 2021 a 2025 corresponde a las áreas de salud de Murcia Este (9,6 casos por 100.000 habitantes), Cartagena (9,5 casos por 100.000), Mar Menor (9,2 casos por 100.000) y Murcia Oeste (9,2 casos por 100.000), con ligera diferencia entre ellas. En 2025, ha sido el Área I de Salud la que mayor tasa presenta, teniendo en cuenta que para este año y a fecha de este informe, aún no se dispone de la población por área de salud en el INE.

Tabla 3. Nuevos diagnósticos de infección por VHC. Nº de casos y tasa de incidencia por Área de Salud. Región de Murcia. Período 2021-2025.

Área de Salud	2021		2022		2023		2024		2025		Total periodo	
	Casos	Tasa*	Casos	Tasa*	Casos	Tasa*	Casos	Tasa*	Casos	Tasas*	Casos	Tasa
I: MURCIA OESTE	29	10,7	28	10,2	27	9,7	15	5,3	21	7,5	321	9,2
II: CARTAGENA	26	9,0	30	10,3	24	8,1	42	14,1	13	4,4	356	9,5
III: LORCA	8	4,4	8	4,4	6	3,2	17	9,0	7	3,7	129	5,5
IV: NOROESTE	0	0,0	3	4,3	3	4,3	5	7,1	1	1,4	41	4,5
V: ALTIPLANO	4	6,5	2	3,2	3	4,8	4	6,3	4	6,3	51	6,5
VI: VEGA MEDIA SEGURA	35	12,8	22	8,0	16	5,7	17	6,0	11	3,9	253	7,2
VII: MURCIA ESTE	22	10,7	26	12,7	28	13,5	11	5,3	10	4,8	253	9,6
VIII: MAR MENOR	9	8,1	7	6,1	10	8,5	10	8,3	6	5,0	133	9,3
IX: VEGA ALTA SEGURA	3	5,5	1	1,8	2	3,6	3	5,4	2	3,6	41	5,8
Total	136	9,0	127	8,3	119	7,7	124	7,9	75	4,7	1578	8,1

Nota: * Tasa=Casos por 100.000 habitantes, teniendo en cuenta la población de referencia de cada área de Salud. Para los casos de 2025 se ha utilizado la población de cada área de 2024 por no disponer, a fecha de este informe, las poblaciones por área de salud de 2025. De ahí que los datos sean provisionales para esta variable.

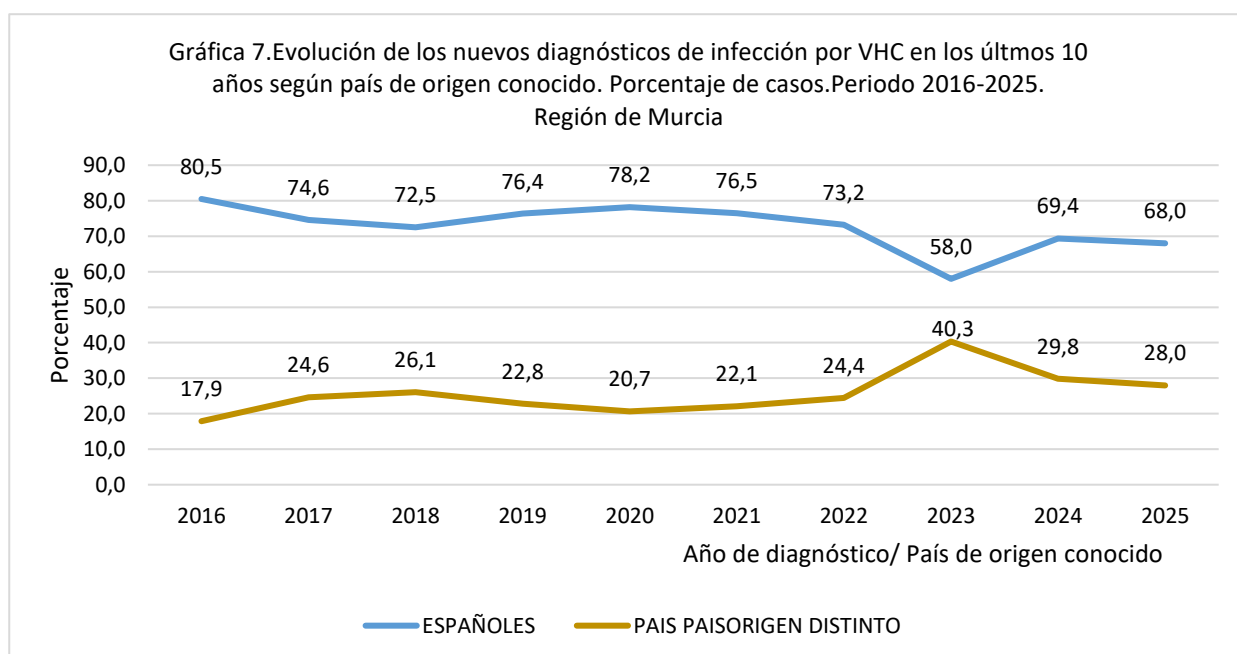
Fuente: SINHEPAC. Servicio de Epidemiología. DGSPyA. Consejería de Salud. Región de Murcia

VHC SEGÚN PAÍS DE ORIGEN

Al comparar los porcentajes entre personas españolas y personas con un país de origen distinto a España durante los últimos 5 años, se observa que el 28,7% de los casos corresponden a personas nacidas en otro país (frente al 22,9% en el periodo previo a 2020). El porcentaje de españoles ha disminuido del 75,9% (en el periodo pre-pandémico) al 69,4% (en el periodo post-pandémico).

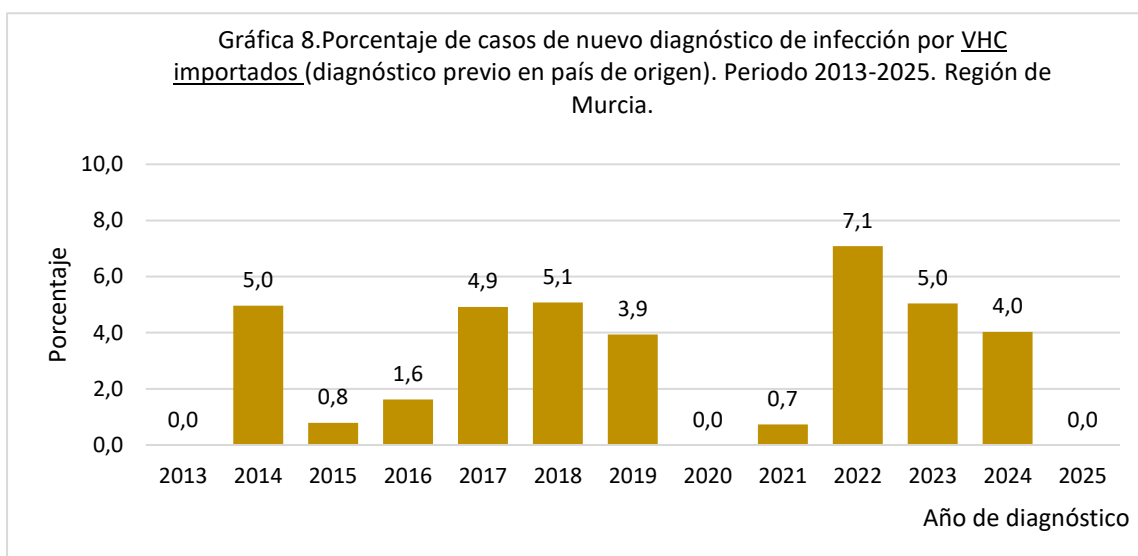
De los 210 casos registrados entre 2013-2025 cuyo país de origen se sitúa en Europa, el 80,5% (169 casos) procedían de países de Europa del Este. Entre 2023 y 2025, el mayor porcentaje de casos entre las personas con país de origen distinto de España y con esta información disponible, correspondió a aquellas procedentes de Europa del Este (46,2%) y América Latina de (13,1%); en seis casos no se dispone de información sobre el país de origen. En los últimos tres años, el 76,0% de los casos en personas españolas y el 61,4% de las personas extranjeras diagnosticadas de infección por VHC correspondieron a varones. Esta información se detalla en anexo en la Tabla 4.

En la Gráfica 7 observamos la evolución de los nuevos diagnósticos de infección por VHC en los últimos 10 años, según el país de origen.



Fuente: SINHEPAC. Servicio de Epidemiología. DGSPyA. Consejería de Salud. Región de Murcia

El ascenso del porcentaje observado en la Gráfica 7 correspondiente al año 2023 para aquellas personas procedentes de otro país distinto a España, coincide, a lo largo de todo el periodo, con un mayor porcentaje de casos procedentes de Europa del Este, América latina y Asia, lo que nos podría dar una explicación (ver Tabla 4 de anexos); aunque no coincide en el tiempo con un mayor número de casos con un diagnóstico previo en su país de origen (definido como caso importado), cuyo porcentaje más elevado se observa en el año 2022 (Gráfica 8)



Fuente: SINHEPAC. Servicio de Epidemiología. DGSPyA. Consejería de Salud. Región de Murcia

DIAGNÓSTICO TARDÍO DE LAS INFECCIONES POR VHC

En el periodo 2013-2025 se observa un descenso progresivo en el porcentaje de casos que disponen de información sobre el estadio hepático en el momento del diagnóstico (grado de fibrosis hepática y/o cirrosis o hepatocarcinoma), sobretodo, en los últimos años. Hasta 2019, dicho porcentaje superaba el 80%, mientras que en los últimos 3 años (2023-2025) este porcentaje se sitúa en torno al 50% (en 2024 el 45,8% y en 2025 el 50%), lo que implica que, aproximadamente, la mitad de las personas diagnosticadas carecen de dicha información. Este descenso es atribuible, en gran medida, a los cambios en la práctica clínica, en los que la determinación del estadio hepático ha dejado de considerarse un requisito imprescindible para el inicio del tratamiento. De ahí que, los porcentajes de diagnóstico tardío en los últimos años no resulten valorables, ya que su cálculo se ha basado en los casos con información disponible sobre el estadio hepático y esto podría dar como resultado una sobreestimación del porcentaje de diagnóstico tardío. Por este motivo y hasta disponer de una metodología más adecuada para evaluar la tendencia del diagnóstico tardío —previsiblemente en el marco de la revisión del nuevo protocolo de vigilancia de las hepatitis virales—, en el presente informe no se incluyen datos relativos a esta variable, al no considerarse representativos de su evolución real.

GENOTIPO DE LOS NUEVOS DIAGNÓSTICOS DE INFECCIÓN POR VHC

Se dispone de información sobre el genotipo en un 73,2% de los 1.426 nuevos diagnósticos en el periodo 2013-2025, en los que se confirmó infección activa mediante PCR positiva. Entre los años 2021 y 2025, la determinación del genotipo se realizó en el 47,7% de los casos (273/572) con PCR positiva. La distribución de genotipos según la forma clínica de presentación en los últimos cinco años se muestra en la Gráfica 9 (Anexo). Del total de infecciones agudas entre 2021 y 2025 en las que el genotipo era conocido y PCR positiva (n=41), el 58,5% correspondió al genotipo 1A y el 36,6% al genotipo 4. Entre los casos de infección aguda con genotipo conocido y PCR positiva durante 2021–2025 (n=41), el genotipo predominante fue el 1A (58,5%), seguido del genotipo 4 (36,6%). En las infecciones crónicas (n=168) y en los casos no clasificables (n=64) con información disponible sobre el genotipo, se observó un patrón diferenciado: el genotipo más frecuente fue el 1A en las infecciones crónicas y el 1B en los casos no clasificables. En concreto, en las infecciones crónicas la distribución fue del 33,9% para el genotipo 1A y del 30,4% para el 1B, mientras que en los casos no clasificables estos porcentajes fueron del 32,8% para el genotipo 1B y del 29,7% para el 1A. Cabe señalar que una proporción importante de los casos no clasificables probablemente corresponde a infecciones crónicas.

En 2025, el único caso de infección aguda notificado correspondió al genotipo 2. En cuanto a las infecciones crónicas con genotipo conocido (n=16), los genotipos más frecuentes fueron el 1A (37,5%) y el 1B (31,2%).

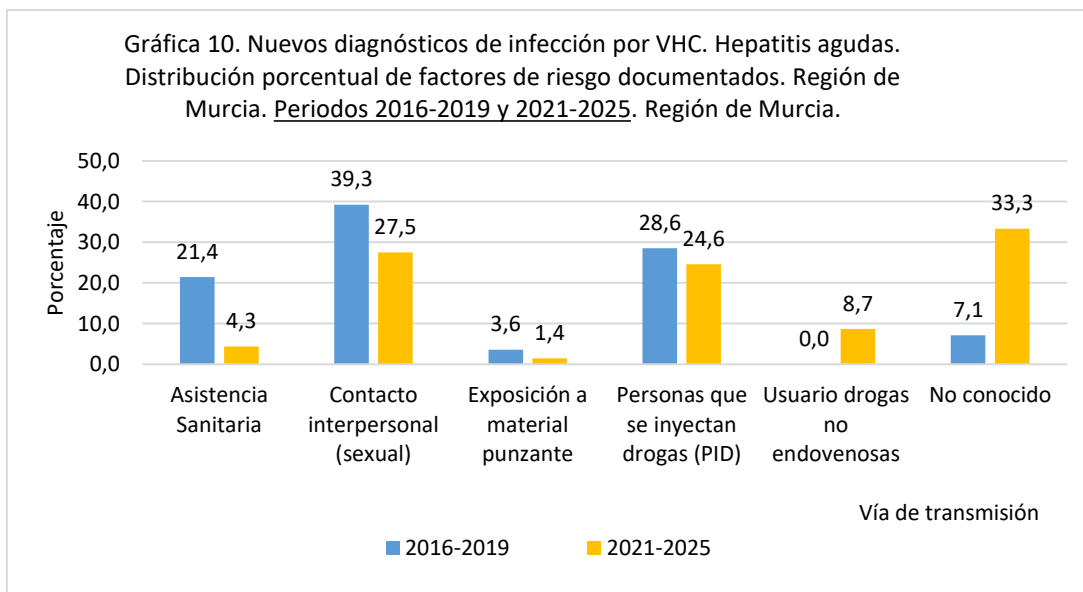
VHC SEGÚN CATEGORÍA DE TRANSMISIÓN

Cabe señalar que, aunque conste un antecedente de riesgo registrado en la historia clínica que pudiese constituir un factor de riesgo para la infección por el VHC, esto no implica que se le pueda atribuir la infección si no se dispone de información sobre el período de exposición ni sobre la exposición al resto de factores. Por ello, en hepatitis C crónicas se requerirían estudios específicos para poder atribuir la infección según el mecanismo de transmisión más probable con estimaciones sobre el periodo de exposición y encuestas en profundidad, con la dificultad añadida de contar con un período de latencia desde la infección al diagnóstico que puede ser de décadas.

En los casos de infección aguda sí se ha llevado a cabo la investigación de los factores de riesgo en el año previo al diagnóstico mediante una encuesta epidemiológica específica, lo que nos permite tener una aproximación a las vías y mecanismos más probables de transmisión de la infección en un periodo de tiempo reciente. De los 123 casos de infección aguda por VHC registrados entre 2013 y 2025, existe constancia, al menos, de un posible

factor de riesgo para la infección en el 77,2% (n=95). El único caso de infección aguda registrada en 2025 no dispone de información sobre el posible mecanismo de transmisión. Considerando que en los últimos 5 años (2021 a 2025) el 33,3% de los casos con infección aguda carecían de información sobre el posible factor de exposición, entre los casos con información disponible, el principal factor identificado fue el contacto interpersonal tipo sexual (27,5%), no habiéndose registrado ningún caso de transmisión materno infantil. Le siguieron, en frecuencia, el uso actual de drogas inyectadas por vía parenteral (24,6%) y uso de drogas no endovenosas (8,7%). En menor proporción, se identificaron factores en relación con procedimientos de asistencia sanitaria como único factor de exposición (4,3%) y la exposición a material punzante, descrita en un solo caso (1,4%).

La comparación entre los periodos pre y post-pandemia en cuanto a factor de riesgo más probable se muestra en la Gráfica 10, teniendo en cuenta que durante el periodo pre-pandémico el porcentaje de factor de exposición desconocido era menor (7,1%).

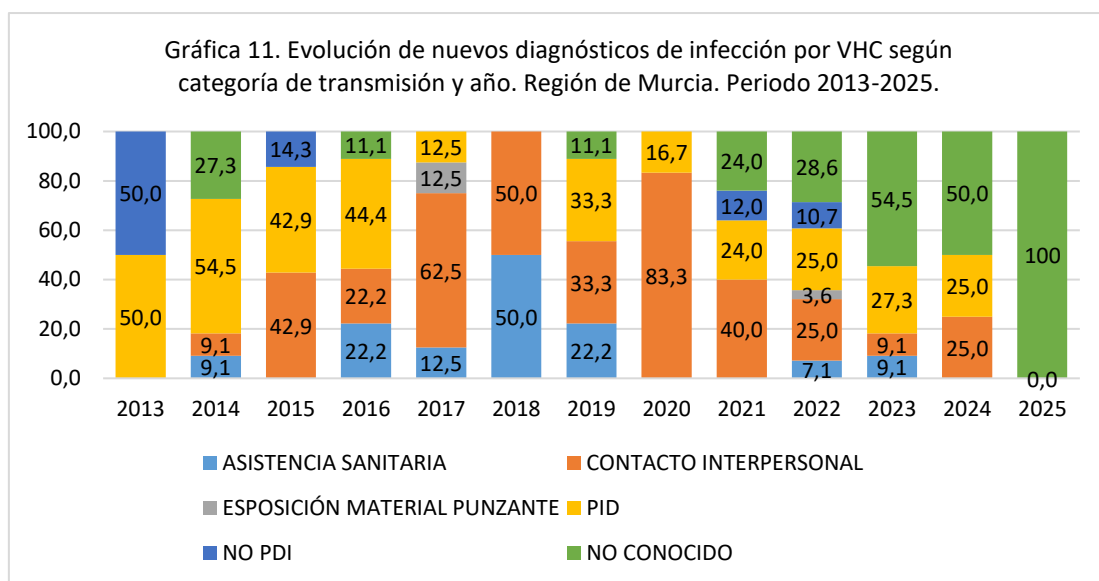


Fuente: SINHEPAC. Servicio de Epidemiología. DGSPyA. Consejería de Salud. Región de Murcia

El análisis de la distribución de los factores de riesgo según año de diagnóstico (Gráfica 11) muestra un cambio en el patrón epidemiológico a lo largo del periodo estudiado. Así, entre 2013 a 2016 predominan los casos asociados al consumo de drogas por vía parenteral. Posteriormente, entre 2017 y 2021, se observa un mayor número de casos vinculados a la transmisión por contacto interpersonal de tipo sexual. A partir de 2021 y hasta 2024, la proporción asociada al uso de drogas inyectables oscila alrededor del 25%. Este patrón, podría estar relacionado con prácticas sexuales de riesgo como *chemsex* o *slamsex*, que podrían favorecer la transmisión del virus de la hepatitis C. Asimismo, esta tendencia coincide

temporalmente con el incremento de infecciones agudas observado en 2021 y 2022. En 2023, de los 11 casos notificados, 9 correspondían a hombres que practican sexo con hombres, de los cuales tres referían consumo de drogas inyectables y otras drogas no inyectables; en 6 casos (también HSH) no se disponía del mecanismo de transmisión. Además, un 54,5% (6 casos) eran VIH positivo.

En conjunto, estos resultados reflejan un escenario epidemiológico en el que confluyen múltiples factores de riesgo, incluyendo el consumo de drogas (inyectables y no inyectables), la presencia de otras infecciones de transmisión sexual, especialmente el VIH, y la realización de prácticas sexuales de riesgo, que favorecen la transmisión por vía sexual. Todo ello ocurre en el contexto de infecciones, como el VHC (y el VHB), cuya principal vía de transmisión a nivel global continúa siendo la parenteral. El mayor número de casos y de incidencia en adultos jóvenes hacen necesario reforzar las estrategias de prevención, especialmente aquellas dirigidas a la vacunación frente al VHB, el diagnóstico precoz y la reducción de conductas de riesgo en el marco de un enfoque y abordaje integral de salud sexual.



Fuente: SINHEPAC. Servicio de Epidemiología. DGSPyA. Consejería de Salud. Región de Murcia

ANÁLISIS DE LA COINFECCIÓN DE VHC CON VIRUS DE LA HEPATITIS B Y VIH

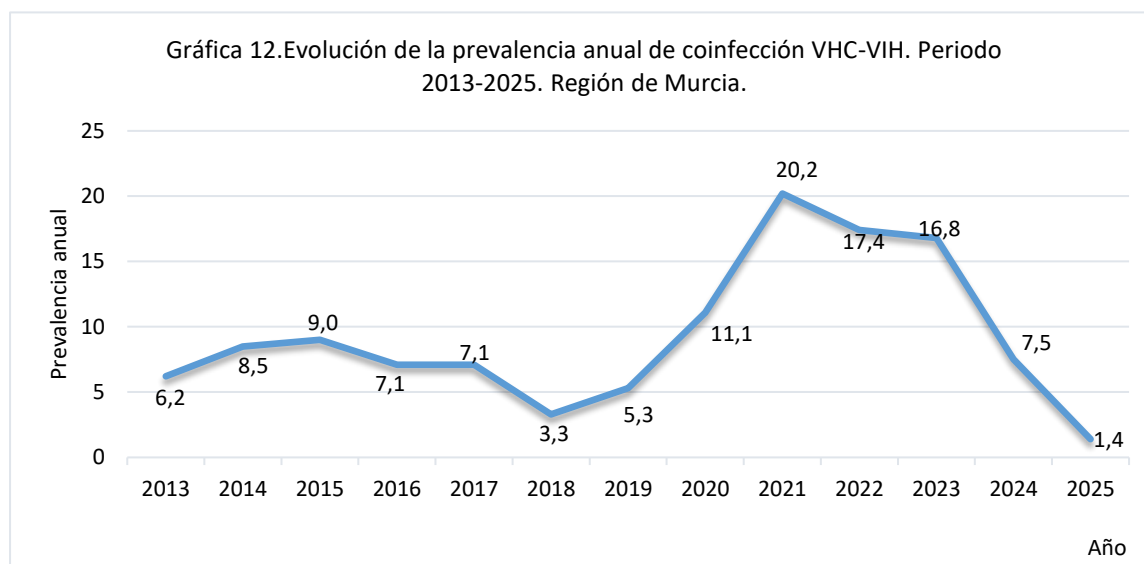
De los 1.578 casos de nuevo diagnóstico de infección por VHC registrados en el periodo 2013-2025, se dispone de información sobre coinfección con el virus de la hepatitis B

(presencia de antígeno de superficie positivo)¹ en 1.493 (94,6%). Entre éstos, la prevalencia de coinfección VHC-VHB fue del 1,3% (IC 95%: 0,8 -2,1), lo que corresponde a 20 casos.

En relación con la coinfección VHC-VIH, se dispone de información en el 84,8% de los casos (1.338), con una prevalencia del 9,5% (IC 95%: 8,0 – 11,2), equivalente a 127. Durante el periodo post-pandémico (2021-2025), la prevalencia de coinfección VHC-VIH alcanzó sus valores más elevados, con un máximo en 2021 (20,2%), seguido de un descenso hasta el 1,4% en 2025 (Gráfica 12). De las 123 infecciones agudas por VHC registradas en todo el periodo, 53 casos (43,1%) presentaban coinfección por VIH. Asimismo, el 32,5% de estas infecciones (40 casos) se notificaron en los últimos 5 años en contraste con los 6 casos de coinfección que se registraron entre 2016-2019. En este periodo previo, el principal factor de riesgo fue el contacto interpersonal (sexual) en 5 casos y sólo un caso se atribuyó al uso de drogas inyectadas.

Sin embargo, en el periodo post-pandemia, se observa que, de los 40 casos de coinfección registrados, el 32,5% (13 casos), se asociaron a contacto interpersonal (sexual) y el 27,5% (11 casos) al uso de drogas inyectadas. Además, 4 casos correspondían a personas usuarias o ex usuarias de drogas no endovenosas mientras que en 12 casos no se disponía de información suficiente sobre el modo atribuible de transmisión.

Por último, en 2022 se notificó un caso de infección aguda por VHC con coinfección por VHB en el que la exposición de riesgo y la probable vía de transmisión fue el consumo de drogas inyectadas en un hombre que tiene sexo con hombres (HSH).



Fuente: SINHEPAC. Servicio de Epidemiología. DGSPyA. Consejería de Salud. Región de Murcia

¹ Se ha definido la co-infección tanto para el VHB como para el VIH cuando el diagnóstico se ha realizado en los 6 meses anteriores o posteriores al diagnóstico de VHC.

Resultados de la Vigilancia de las infecciones agudas por virus de la Hepatitis B

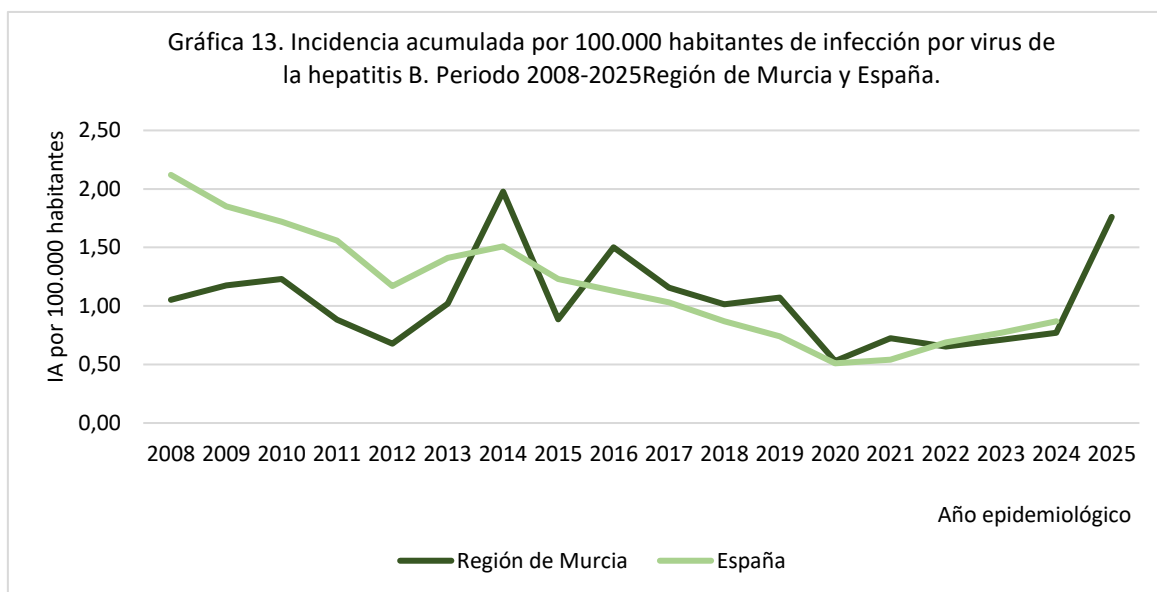
En 2025 se notificaron en la Región de Murcia 28 casos de infección por virus de la hepatitis B (VHB) con una incidencia acumulada (IA) de 1,76 casos por 100.000, lo que supone más del doble de la observada en 2024 (0,77 casos por 100.000).

Desde 2008, la evolución de la IA no ha seguido un descenso sostenido como el observado a nivel nacional ^[7], sino que ha presentado una evolución fluctuante, con incrementos puntuales en 2014 y 2016. A partir de 2016, se aprecia un descenso paulatino hasta 2020 (año de la pandemia de la COVID19) con un promedio de 11 casos anuales (Tabla 5 y Gráfica 13).

Tabla 5. Evolución del número de casos y tasas por 100.000 habitantes de infección por hepatitis B. Periodo 2008-2025.

Año	Región de Murcia		España	
	Casos	Tasa por 100.000	Casos	Tasa por 100.000
2008	15	1,05	968	2,12
2009	17	1,18	848	1,85
2010	18	1,23	793	1,72
2011	13	0,88	719	1,56
2012	10	0,68	540	1,17
2013	15	1,02	658	1,41
2014	29	1,98	703	1,51
2015	13	0,89	570	1,23
2016	22	1,50	526	1,13
2017	17	1,16	481	1,03
2018	15	1,01	406	0,87
2019	16	1,07	347	0,74
2020	8	0,53	243	0,51
2021	11	0,72	256	0,54
2022	10	0,65	325	0,69
2023	11	0,71	369	0,77
2024	12	0,77	421	0,87
2025	28	1,76	-	-

Nota: (-) Datos no disponibles a fecha de este informe. Fuente: SIVIET-RM. Vigilancia Epidemiológica de las Enfermedades Transmisibles. Servicio de Epidemiología. DGSPyA. Consejería de Salud. Región de Murcia. Datos de España: Red Nacional de Vigilancia Epidemiológica (RENAVE).



Fuente: SIVIET-RM. Vigilancia Epidemiológica de las Enfermedades de Declaración Obligatoria. Servicio Epidemiología. DGSPyA. Consejería de Salud. Región de Murcia.

Datos correspondientes a 2025

GRUPO DE EDAD Y SEXO

De los 28 casos notificados en 2025, todos fueron casos confirmados. No se registraron casos en menores de 20 años.

De los 28 casos, 24 (85,7%) correspondieron a hombres, con una razón hombre/mujer de 6. En los hombres, la mediana de edad descendió respecto a 2024, situándose en 43 años (RIC: 30,2-51,2) frente a los 52 años del año anterior. En cambio, en las mujeres, la mediana aumentó hasta 46 años (41,5 en 2024), si bien sólo se notificaron 4 casos.

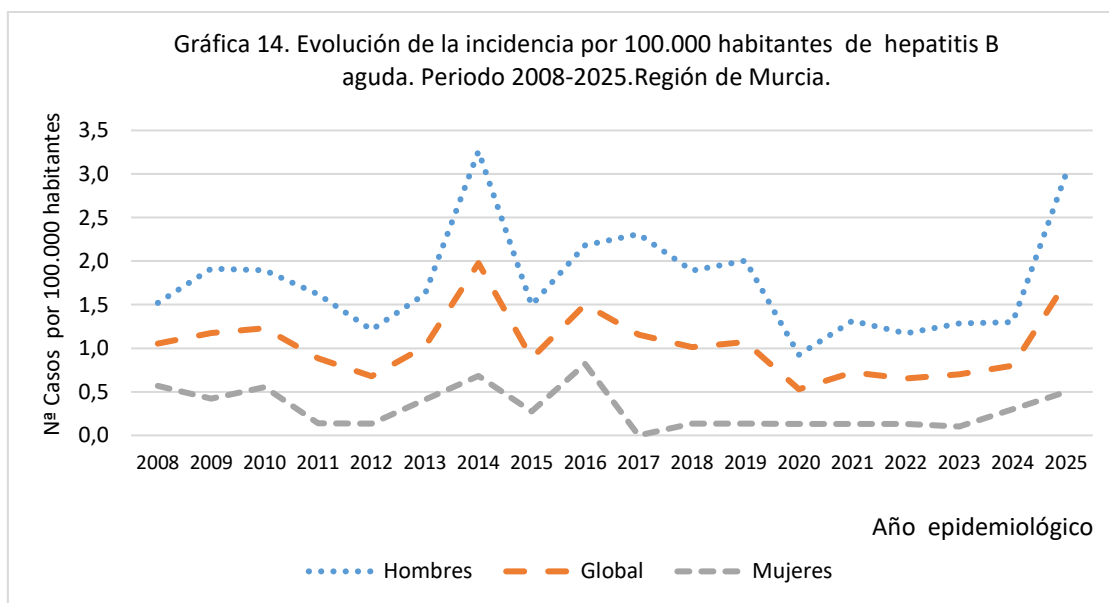
La Tabla 6 recoge la distribución porcentual por grupo de edad y sexo. Los casos se concentran, principalmente, en el grupo de 25 a 34 años (41,7% en hombres) seguido del grupo de 45 a 54 años (25,0% en hombres).

Tabla 6. Número de casos y porcentaje según sexo y grupo de edad de infección aguda por virus de la hepatitis B. Año 2025. Región de Murcia

Grupo de edad	Hombres		Mujeres		Total	
	Casos	Porcentaje	Casos	Porcentaje	Casos	Porcentaje
<15	0	0,0	0	0,0	0	0,0
15-19	0	0,0	0	0,0	0	0,0
20-24	0	0,0	0	0,0	0	0,0
25-34	10	41,7	0	0,0	10	35,7
35-44	5	20,8	2	50,0	7	25,0
45-54	6	25,0	1	25,0	7	25,0
55-64	2	8,3	1	25,0	3	10,7
65-74	1	4,2	0	0,0	1	3,6
75-84	0	0,0	0	0,0	0	0,0
>=85	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Total	24	100,0	4	100,0	28	100

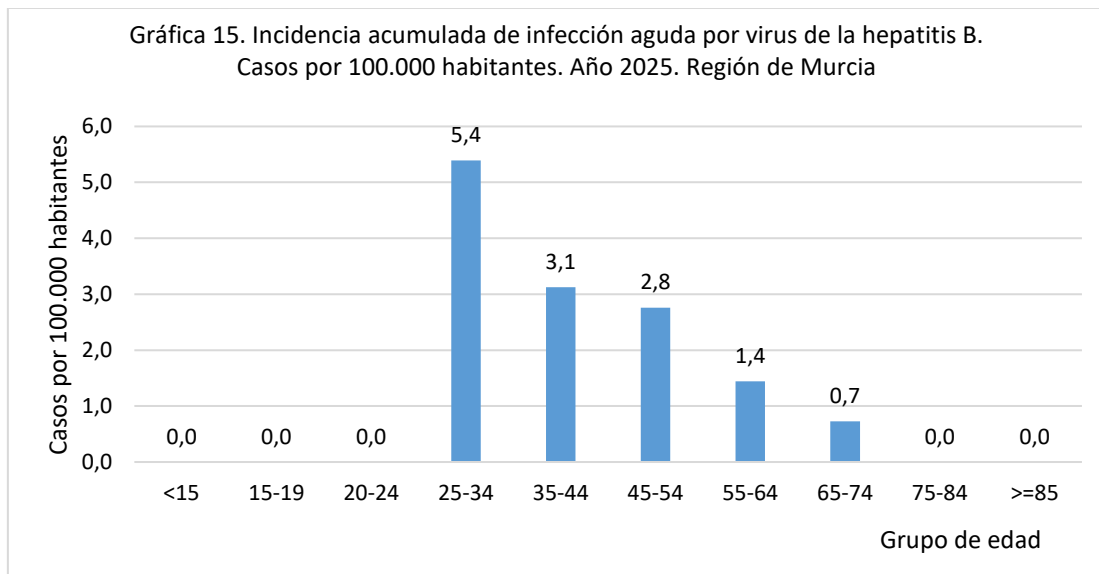
Fuente: SIVIET-RM. Vigilancia Epidemiológica de las Enfermedades de Declaración Obligatoria. Servicio Epidemiología. DGSPyA. Consejería de Salud. Región de Murcia.

En 2025, la incidencia en hombres se mantiene por encima de la de las mujeres (3,0 vs 0,5 por 100.000 habitantes). La Gráfica 14 muestra la evolución de la incidencia durante el periodo 2008-2025 según sexo.

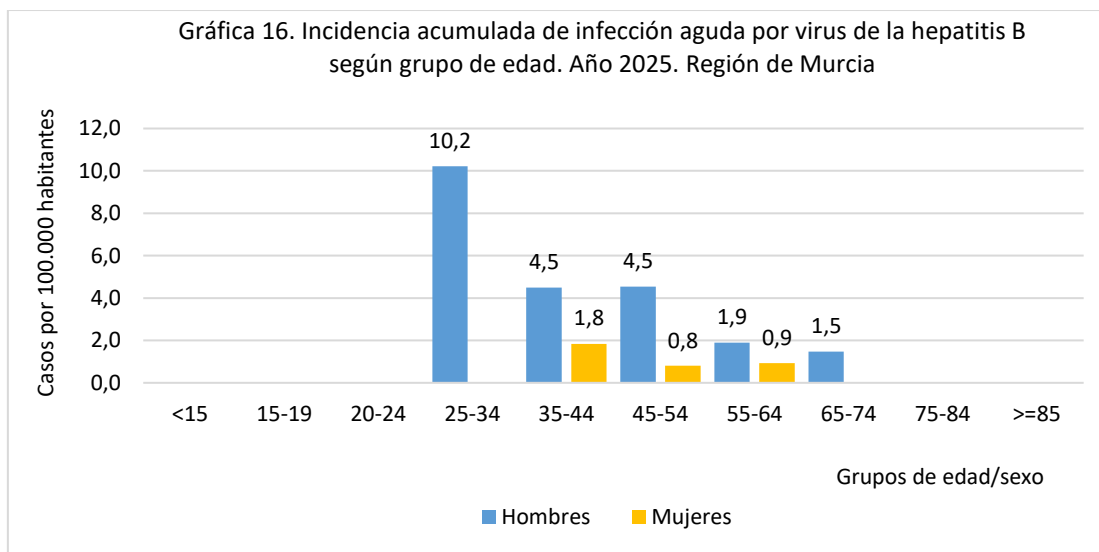


Fuente: SIVIET-RM. Vigilancia Epidemiológica de las Enfermedades de Declaración Obligatoria. Servicio Epidemiología. DGSPyA. Consejería de Salud. Región de Murcia

Según grupo de edad, la mayor incidencia acumulada se observó en el grupo de 25 a 34 años (IA: 5,4 casos por 100.000 hab.) seguido de aquellos con edades comprendidas entre 35 y 44 años (3,1 casos por 100.000 habitantes) (Gráfica 15). Al desagregar por sexo, esta incidencia se incrementó a 10,2 casos por 100.000 y 4,5 casos por 100.000 en los hombres de los mismos grupos de edad (Gráfica 16). En 2025 no se registró ningún caso menor de 25 años.



Fuente: SIVIET-RM. Vigilancia Epidemiológica de las Enfermedades de Declaración Obligatoria. Servicio Epidemiología. DGSPyA. Consejería de Salud. Región de Murcia.



Fuente: SIVIET-RM. Vigilancia Epidemiológica de las Enfermedades de Declaración Obligatoria. Servicio Epidemiología. DGSPyA. Consejería de Salud. Región de Murcia.

ORIGEN DE LOS CASOS

Durante el periodo 2008-2025 se notificaron un total de 8 casos importados de infección aguda por VHB. El caso más reciente se registró en 2025 en una persona con país de origen Marruecos. En 2024, no se notificaron casos importados, mientras que en 2023 se notificó un caso cuyo país de origen se desconoce. En 2022 se notificaron dos casos importados procedentes de Ucrania y Honduras, y en 2021 un caso procedente de Senegal. En años anteriores, se identificaron casos originarios de Mali (2019), Ecuador (2016) y Marruecos (2015). Cabe destacar que en 62 casos notificados entre 2008 y 2018 no se dispone de información sobre el país de origen. En conjunto, los datos disponibles sugieren una mayor presencia de casos importados en personas procedentes de países con menor cobertura de vacunación frente al virus de la hepatitis B.

HOSPITALIZACIÓN DE LOS CASOS

El 64,3% de los casos notificados en 2025 fueron hospitalizados (con edades entre 25 y 65 años), entre los cuales no consta ninguna persona fallecida.

VACUNACIÓN DE LOS CASOS

En 2025, únicamente 5 personas tienen constancia de haber recibido alguna vacuna frente al VHB. De ellas, sólo 2 presentaban documento que acreditaba vacunación completa con tres dosis, ambas correspondientes a personas nacidas en España. Por otro lado, entre los 23 casos restantes, en 15 no constaba vacunación previa. No obstante, 4 de estas personas, por su edad y país de origen, se considerarían correctamente vacunados: 1 persona de 34 años procedente de Nicaragua, tres españoles (dos de 43 años y uno de 53 años).

En conjunto, 19 personas no tenían constancia de vacunación o no habían recibido ninguna dosis. Este grupo se distribuye de la siguiente forma: 9 personas españolas entre 26 y 62 años, 3 procedentes de América Latina (25,28 y 65 años); 3 de Marruecos (27,31 y 33 años), 2 de África subsahariana (41 y 42 años), una persona de Ucrania (47 años) y otra procedente de Portugal (50 años).

FACTORES DE RIESGO

De los 28 casos notificados en 2025, el 71,4% manifiestan relaciones sexuales no protegidas, tanto heterosexuales (12 casos) como homosexuales (8 casos), de los cuales 4 indican contacto sexual con caso conocido de hepatitis B.

Agradecimientos

A los profesionales de los Servicios de Microbiología, Medicina Interna, Infecciosas y Digestivo de los hospitales públicos de la Región de Murcia por su colaboración con el SINHEPAC y hacer posible la elaboración de este informe. A Encarnación Vicente Martínez, Encarnación Gutiérrez y resto del equipo de enfermería de las áreas de Salud Pública de la Región por su colaboración e implicación en la revisión de historias clínicas y abordaje de cada uno de los casos para la realización de las encuestas epidemiológicas. A Alonso Sánchez-Migallón y M^a Dolores Chirlaque por las aportaciones realizadas en la revisión de este informe.

Referencias

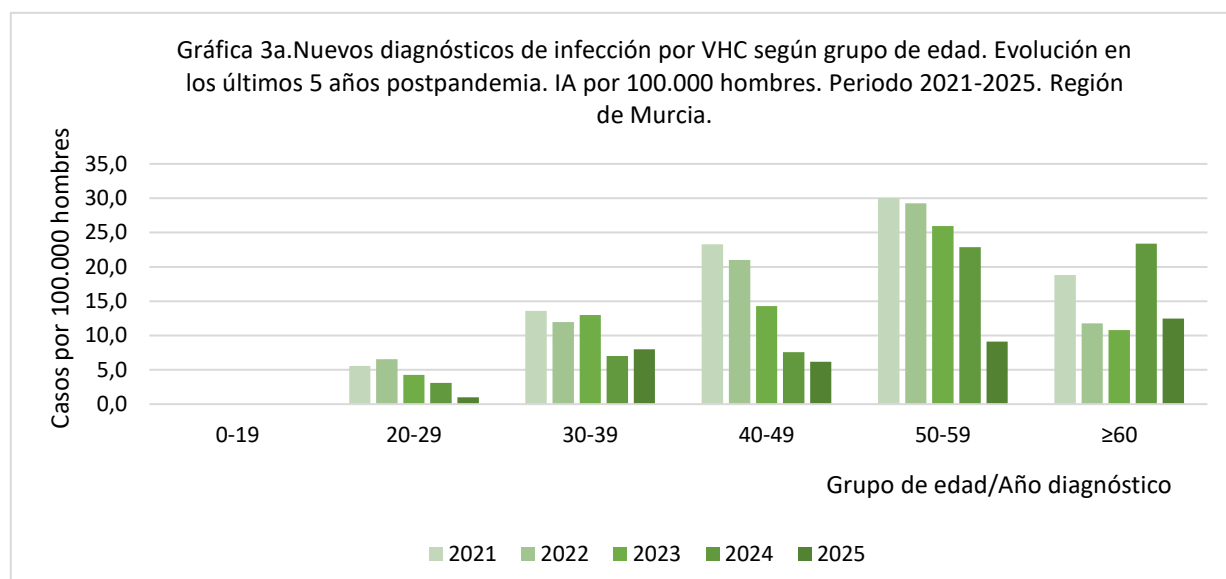
1. *Global hepatitis report 2026*. Geneva: World Health Organization; 2026. Disponible en: <https://www.who.int/publications/i/item/9789240091672>
2. European Centre for Disease Prevention and Control. Hepatitis C. In: ECDC. Annual epidemiological report for 2023. Stockholm: ECDC; 2025.
3. European Centre for Disease Prevention and Control. Hepatitis B. In: ECDC. Annual epidemiological report for 2023. Stockholm: ECDC; 2025.
4. Ministerio de Sanidad. 2º Estudio de Seroprevalencia en España, septiembre de 2020. Disponible en: https://www.sanidad.gob.es/areas/promocionPrevencion/vacunaciones/comoTrabajamos/docs/EstudioSeroprevalencia_EnfermedadesInmunoprevenibles.pdf
5. Unidad de vigilancia de VIH, ITS y hepatitis B y C. Vigilancia epidemiológica de la hepatitis C, 2024. Centro Nacional de Epidemiología, Instituto de Salud Carlos III/División de Control de VIH, ITS, Hepatitis virales y Tuberculosis, Dirección General de Salud Pública; Madrid, 2026.
6. Unidad de vigilancia de VIH, ITS y hepatitis B y C. Vigilancia epidemiológica de la hepatitis B en España, 2024. Centro Nacional de Epidemiología, Instituto de Salud Carlos III/División de Control de VIH, ITS, Hepatitis virales y Tuberculosis, Dirección General de Salud Pública y Equidad en Salud. Madrid; 2026.
7. Guía de Cribado de infección por el VHC. División de Control del VIH, ITS, Hepatitis Virales y Tuberculosis. Ministerio de Sanidad, 2022. Disponible en: https://www.sanidad.gob.es/ciudadanos/enfLesiones/enfTransmisibles/sida/hepatitis/GUIA_DE_CRIADO_DE_LA_INFECCION_POR_EL_VHC_2020_rev21-10-2022.pdf

Anexos

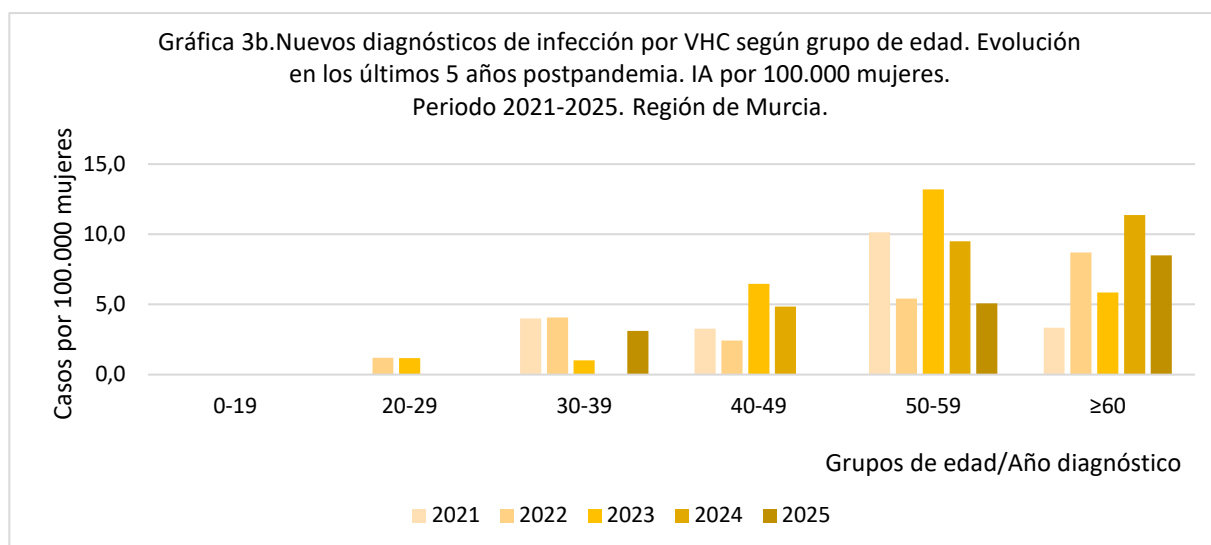
Tabla 2bis. Nuevos diagnósticos de infección por el VHC. Nº de casos y tasa por 100.000 habitantes según sexo y grupo de edad. Región de Murcia. Periodo 2016-2019.

Grupo de edad	Hombre		Mujer		Total	
	Casos	Tasa	Casos	Tasa	Casos	Tasa
0-19	5	0,7	3	0,5	8	0,6
20-29	8	2,3	8	2,4	16	2,4
30-39	51	11,0	21	4,8	72	8,0
40-49	104	20,3	29	6,1	133	13,5
50-59	125	31,3	39	9,9	164	20,6
≥60	65	12,1	52	7,9	117	9,8
Total	358	12,1	152	5,2	510	8,6

Fuente: SINEHAC. Servicio de Epidemiología. DGSPyA. Consejería de Salud. Región de Murcia



Fuente: SINEHAC. Servicio de Epidemiología. DGSPyA. Consejería de Salud. Región de Murcia

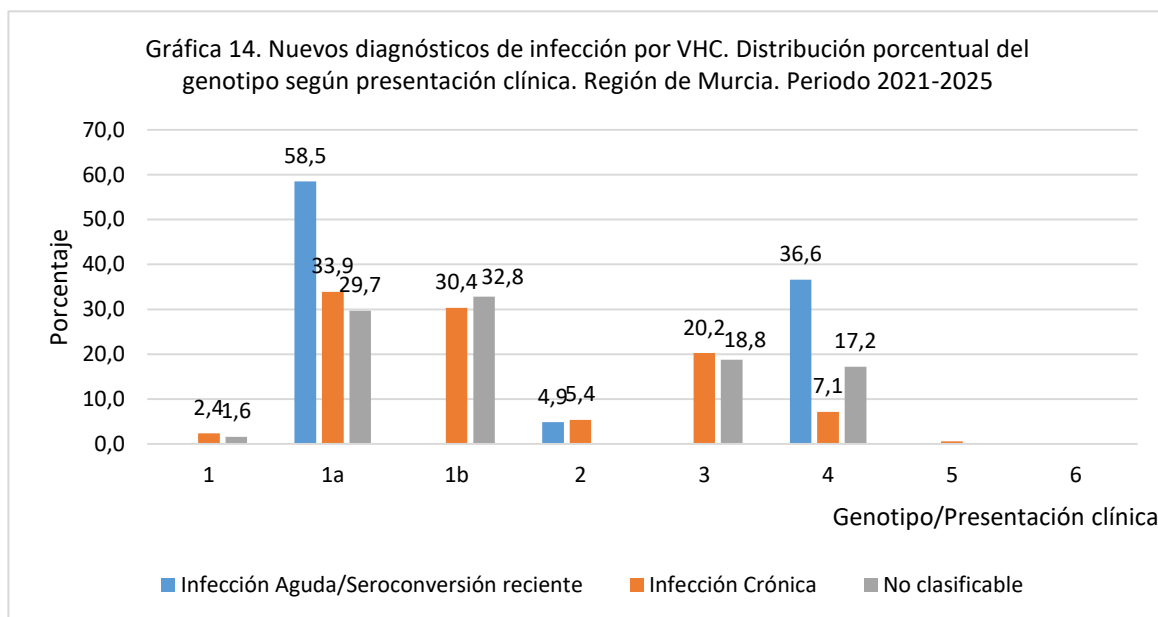


Fuente: SINEHAC. Servicio de Epidemiología. DGSPyA. Consejería de Salud. Región de Murcia

Tabla 4. Nuevos diagnósticos de infección por VHC. Distribución por año y zona geográfica de origen. Región de Murcia. Periodo 2013-2025.

	España		Europa Occidental		Europa del Este		América Latina		Norte de África		África subsahariana		Asia		Otros		Desconocido		Total
Año	Casos	%	Casos	%	Casos	%	Casos	%	Casos	%	Casos	%	Casos	%	Casos	%	Casos	%	Casos
2013	118	89,4	2	1,5	10	7,6	0	0	0	0	0	0	2	1,5	0	0,0	0	0,0	132
2014	110	78,0	2	1,4	16	11,3	4	2,8	3	2,1	0	0	2	1,4	0	0,0	4	2,8	141
2015	102	80,3	5	3,9	7	5,5	2	1,6	3	2,4	2	1,6	4	3,1	0	0,0	2	1,6	127
2016	99	80,5	0	0,0	14	11,4	2	1,6	1	0,8	2	1,6	3	2,4	0	0,0	2	1,6	123
2017	91	74,6	1	0,8	15	12,3	3	2,5	4	3,3	2	1,6	5	4,1	0	0,0	1	0,8	122
2018	100	72,5	4	2,9	19	13,8	2	1,4	3	2,2	1	0,7	7	5,1	0	0,0	2	1,4	138
2019	97	76,4	4	3,1	15	11,8	5	3,9	3	2,4	2	1,6	0	0,0	0	0,0	1	0,8	127
2020	68	78,2	1	1,1	7	8,0	2	2,3	2	2,3	4	4,6	2	2,3	0	0,0	1	1,1	87
2021	104	76,5	3	2,2	11	8,1	5	3,7	3	2,2	4	2,9	4	2,9	0	0,0	2	1,5	136
2022	93	73,2	7	5,5	11	8,7	5	3,9	4	3,1	4	3,1	0	0,0	0	0,0	3	2,4	127
2023	69	58,0	6	5,0	21	17,6	9	7,6	2	1,7	3	2,5	7	5,9	0	0,0	2	1,7	119
2024	86	69,4	5	4,0	14	11,3	7	5,6	6	4,8	1	0,8	3	2,4	1	0,8	1	0,8	124
2025	51	68,0	1	1,3	9	12,0	2	2,7	4	5,3	1	1,3	4	5,3	0	0,0	3	4,0	75
Total	1188	75,3	41	2,6	169	10,7	48	3,0	38	2,4	26	1,6	43	2,7	1	0,1	24	1,5	1578

Fuente: SINEHAC. Servicio de Epidemiología. DGSPyA. Consejería de Salud. Región de Murcia



Fuente: SINHEPAC. Servicio de Epidemiología. DGSPyA. Consejería de Salud. Región de Murcia.