



Situación de la
HEPATITIS C
CRÓNICA
en los regímenes subsidiado
y contributivo de Colombia

2024



Fondo Colombiano de
Enfermedades de Alto Costo

Situación de la hepatitis C crónica en los regímenes subsidiado y contributivo de Colombia 2024



Situación de la hepatitis C crónica en los regímenes subsidiado y contributivo de Colombia 2024

Fondo Colombiano de Enfermedades de Alto Costo
Cuenta de Alto Costo (CAC)

ISSN: 2711-1474

Periodicidad: una edición anual

Bogotá, D. C., Colombia, julio de 2025

© Todos los derechos reservados

Citación sugerida: Cuenta de Alto Costo (CAC), Fondo Colombiano de Enfermedades de Alto Costo. Situación de la hepatitis C crónica en los regímenes subsidiado y contributivo de Colombia 2024; Bogotá, D. C. 2025.

Se prohíbe la reproducción total o parcial de este libro sin autorización expresa de la Cuenta de Alto Costo

Junta directiva

Presidente

Jorge Alberto Tamayo Saldarriaga
Salud Total EPS

Beda Margarita Suárez Aguilar
Anas Wayuu EPS Indígena

Julián Guillermo Guerra Camargo
Comfenalco Valle EPS

Eduardo José Verbell De La Rosa
Coosalud EPS

Almanury Pérez Contreras
ComfaOriente

Justo Jesús Paz Wilches
Mutual Ser EPS

Bernardo Armando Camacho Rodríguez
Nueva EPS

Cuenta de Alto Costo

Lizbeth Acuña Merchán
Directora Ejecutiva

Subdirectores técnicos y equipos de trabajo de la Cuenta de Alto Costo:

María Teresa Daza Fonseca
Subdirectora de Gestión de la Información

Ana María Valbuena García
Subdirectora de Gestión del Conocimiento e Investigación

Luis Alberto Soler Vanoy
Subdirector de Gestión del Riesgo y Apropiación

Miguel Ángel García Gómez
Subdirector de Tecnología e Innovación

Sandra Liliana Sabogal Rincón
Coordinadora de Auditoría

Luis Alejandro Moreno Ramírez
Coordinador de Gestión del Conocimiento

Orlando Andrés Fajardo Tejada
Coordinador de Innovación, Investigación y Desarrollo

Martha Lucía Salas Antolines
Coordinadora de Gestión del Riesgo

Grupo desarrollador

Ana María Valbuena García
Subdirectora de Gestión del Conocimiento e Investigación

Luis Alejandro Moreno Ramírez
Coordinador de Gestión del Conocimiento

Liseth Tatiana Losada Rodríguez
Especialista en Analítica

Ana Milena Díaz Domínguez
Epidemióloga

Rubén Darío Cáceres Gómez
Líder de Estadística

Sandra Liliana Sabogal Rincón
Coordinadora de Auditoría

Andrea Hernández Rojas
Líder de Auditoría

Comité editorial

Lizbeth Acuña Merchán
Presidenta

Ana María Valbuena García
Secretaria

María Teresa Daza Fonseca
Vocal

Luis Alberto Soler Vanoy
Vocal

Miguel Ángel García Gómez
Vocal

Liliana Barbosa Vaca
Vocal

Luisa Giraldo Marín
Vocal

Revisión y corrección de estilo

Alejandro Niño Bogoya
Gerente de comunicaciones y proyectos
Elevate's | Media, Talent e Impact

Diseño y diagramación

Angie Tatiana Silva Salamanca
Líder de diseño editorial
Elevate's | Media, Talent e Impact

Revisores clínicos

Oscar Alfredo Beltrán Galvis

Médico especialista en medicina interna, gastroenterología y hepatología.
Miembro de la Asociación Colombiana de Hepatología.

Javier Hernández Blanco

Médico especialista en medicina interna, gastroenterología y endoscopia digestiva, magíster en epidemiología clínica, magíster en investigación clínica con especialidad en enfermedades hepáticas.
Miembro de la Asociación Colombiana de Hepatología.

Aviso de Copyright © y Propiedad Industrial de la Cuenta de Alto Costo.

Todos los derechos reservados.

La titularidad de los derechos patrimoniales de autor del presente documento en su integridad y sus distintos acápite, pertenece a la CUENTA DE ALTO COSTO (CAC), así como la vigilancia de los derechos morales en cabeza de las personas naturales que son autores o coautores, por tanto la información allí contenida está protegida en el marco de la Decisión 351 de la Comunidad Andina de Naciones, la Ley 23 de 1982, el Decreto 1360 de 1989, la Ley 44 de 1993, la Ley 1403 de 2010, 1519 de 2012, la Ley 1834 de 2017 y la Ley 1915 de 2018. La CAC permite que se realicen citas referenciales del contenido de las obras académicas, literarias y/o científicas sin solicitud de autorización previa, con la condición de que el usuario respete la integridad de la obra e incluya una nota siguiendo las normas APA, en donde informe la titularidad de la CAC con identificación del recurso o medio impreso y/o digital de donde fue extraída la referencia. Cualquier ausencia de citación y reconocimiento y titularidad de la CAC en los anteriores términos, puede llegar a considerarse como un asunto de defraudación de Derechos de Autor, susceptible de denuncia penal, por las conductas típicas descritas en los Artículos 270 y 271 de la Ley 599 de 2000 - Código Penal de la República de Colombia.

Cualquier información adicional relacionada con el contenido y alcance de la presente nota de Propiedad Intelectual, puede ser solicitada al correo electrónico:

direccion@cuentadealtocosto.org

o a la dirección física de correspondencia de la CAC:

Carrera 45 N° 103 - 34. Oficina 802. Bogotá, D. C., Colombia.

Tabla de control de cambios

Título de la publicación	Versión	Fecha de publicación	Cambios respecto a la versión anterior
Situación de la hepatitis C crónica en los regímenes subsidiado y contributivo de Colombia 2024	1.0	21 de julio de 2025.	

Tabla de contenido

Abreviaturas	13
Lista de las entidades que le reportaron información a la Cuenta de Alto Costo en el periodo y que fueron incluidas en el análisis¹	14
Glosario	15
Introducción	17
Aspectos éticos y legales	18
Aspectos metodológicos	19
Generalidades del reporte	19
Población de interés y periodo evaluado.....	19
Calidad de la información.....	19
Herramientas para la validación de la información	19
Verificación de la información con fuentes externas.....	19
Auditoría de campo	19
Ajuste de los datos posterior a la auditoría	21
Análisis epidemiológico.....	22
Análisis descriptivo	22
Estimación de la morbilidad y la mortalidad	23
Análisis de los indicadores de la gestión del riesgo	24
1. Caracterización de los casos incidentes de hepatitis C crónica	25
Contenido infográfico capítulo 1	26
1.1. Caracterización demográfica de los casos incidentes de hepatitis C crónica	27
1.1.1. Distribución de los casos incidentes según la edad y el sexo.....	28
1.1.2. Distribución de los casos incidentes según la región y el sexo.....	29
1.1.3. Características clínicas de los casos incidentes de hepatitis C crónica según el genotipo	31
2. Caracterización de las personas prevalentes de hepatitis C crónica	33
Contenido infográfico capítulo 2	34
2.1. Caracterización demográfica de los casos prevalentes de hepatitis C crónica	35
2.1.1. Distribución de los casos prevalentes según la edad y el sexo	36
2.1.2. Distribución de los casos prevalentes según la región y el sexo	37
2.2. Caracterización clínica de los casos prevalentes de hepatitis C crónica	37
2.2.1. Características clínicas de los casos prevalentes de hepatitis C crónica según el genotipo	39

3. Morbilidad y mortalidad en la población con hepatitis C crónica	42
Contenido infográfico capítulo 3	43
3.1. Incidencia de la hepatitis C crónica	44
3.1.1. Incidencia según el sexo	44
3.1.2. Incidencia de la hepatitis C crónica según la región.....	44
3.1.3. Incidencia de la hepatitis C crónica según el régimen de afiliación y la entidad aseguradora	45
3.2. Prevalencia de la hepatitis C crónica.....	45
3.2.1. Prevalencia de la hepatitis C crónica según el sexo.....	46
3.2.2. Prevalencia de la hepatitis C crónica según la región y la entidad territorial.....	46
3.2.3. Prevalencia de la hepatitis C crónica según el régimen de afiliación y la entidad aseguradora	47
3.3. Mortalidad en las personas con hepatitis C crónica.....	47
3.3.1. Mortalidad en las personas con hepatitis C crónica según la región y la entidad territorial	48
3.3.2. Mortalidad en las personas con hepatitis C crónica según el régimen de afiliación y la entidad aseguradora.....	48
4. Tratamiento en las personas con hepatitis C crónica.....	49
Contenido infográfico capítulo 4	50
4.1. Generalidades del tratamiento.....	51
4.2. Efectividad del tratamiento con AAD	52
5. Pacientes con coinfección de hepatitis C crónica y VIH	54
Contenido infográfico capítulo 5	55
5.1. Caracterización demográfica de los casos con coinfección por VHC y VIH	56
5.1.1. Distribución de los casos con coinfección por hepatitis C crónica y VIH según la región	56
5.1.2. Características clínicas de los casos con coinfección por VHC y VIH.....	57
6. Manejo médico especializado de las personas con hepatitis C crónica	59
Contenido infográfico capítulo 6	60
7. Indicadores de la gestión del riesgo	63
Contenido infográfico capítulo 7	64
Discusión y conclusiones	72
Referencias bibliográficas	75

Lista de tablas

Tabla 1. Hallazgos relevantes identificados durante la auditoría de la información en la cohorte de hepatitis C crónica, Colombia 2024	20
Tabla 2. Características sociodemográficas de los casos incidentes de hepatitis C crónica según el régimen de afiliación, Colombia 2024	28
Tabla 3. Casos incidentes de hepatitis C crónica por región según el sexo, Colombia 2024.....	29
Tabla 4. Características clínicas de los casos incidentes de hepatitis C crónica.....	30
Tabla 5. Características clínicas de los casos incidentes de hepatitis C crónica según el genotipo	31
Tabla 6. Características sociodemográficas de los casos prevalentes de hepatitis C crónica según el régimen de afiliación	36
Tabla 7. Casos prevalentes de hepatitis C crónica según la región y el sexo, Colombia 2024	37
Tabla 8. Características clínicas de los casos prevalentes de hepatitis C crónica, Colombia 2024	38
Tabla 9. Características clínicas de los casos prevalentes de hepatitis C crónica según el genotipo	39
Tabla 10. Incidencia de la hepatitis C crónica según el sexo.....	44
Tabla 11. Incidencia de la hepatitis C crónica por 100.000 habitantes según la región	45
Tabla 12. Incidencia de la hepatitis C crónica por 100.000 afiliados según el régimen de afiliación.....	45
Tabla 13. Prevalencia de la hepatitis C crónica según el sexo, Colombia 2024	46
Tabla 14. Prevalencia de la hepatitis C crónica por 100.000 habitantes según la región, Colombia 2024	47
Tabla 15. Prevalencia de la hepatitis C crónica por 100.000 afiliados según el régimen de afiliación, Colombia 2024.....	47
Tabla 16. Mortalidad de la hepatitis C crónica según el sexo, Colombia 2024.....	47
Tabla 17. Mortalidad de la hepatitis C crónica por 100.000 habitantes según la región, Colombia 2024	48
Tabla 18. Mortalidad de la hepatitis C crónica por 100.000 afiliados según el régimen de afiliación, Colombia 2024.....	48
Tabla 19. Caracterización del tratamiento actual en las personas con hepatitis C crónica según régimen de afiliación, Colombia 2024	51
Tabla 20. Efectividad del tratamiento con AAD en las personas con hepatitis C crónica según el esquema y las características clínicas, Colombia 2024.....	53
Tabla 21. Distribución de los casos con coinfección por hepatitis C crónica y VIH según la región y la entidad territorial, Colombia 2024.....	56
Tabla 22. Características clínicas de los casos con coinfección por hepatitis C crónica y VIH, Colombia 2024	58

Tabla 23. Distribución del número de atenciones recibidas por cada paciente según la especialidad, Colombia 2024.....	61
Tabla 24. Distribución del número total de consultas durante el periodo según la especialidad y presencia de cirrosis, Colombia 2024.....	62
Tabla 25. Descripción de los indicadores de la gestión del riesgo en hepatitis C crónica	65
Tabla 26. Indicadores de proceso según el régimen de afiliación, Colombia 2024.....	67
Tabla 27. Gestión de proceso según la región geográfica, Colombia 2024.....	68
Tabla 28. Indicadores de gestión de resultado según el régimen de afiliación, Colombia 2024	70
Tabla 29. Indicadores de la gestión de resultado según la región, Colombia 2024	70

Lista de figuras

Figura 1. Flujograma de la obtención de los registros incluidos en los análisis epidemiológicos y de los indicadores de la gestión del riesgo en la cohorte de hepatitis C crónica, Colombia 2024.....	22
Figura 2. Población proyectada por el DANE según la entidad territorial, Colombia 2024	23
Figura 3. Número de afiliados según la Empresa Administradora de Planes de Beneficios, Colombia 2024	24
Figura 4. Tendencia del número de los casos incidentes de hepatitis C crónica según el sexo, Colombia 2017 - 2024.....	27
Figura 5. Pirámide poblacional de los casos incidentes de hepatitis C crónica, Colombia 2024	28
Figura 6. Tendencia del número de casos prevalentes de hepatitis C crónica, Colombia 2017 - 2024	35
Figura 7. Pirámide poblacional de los casos prevalentes de hepatitis C crónica, Colombia 2024	36
Figura 8. Distribución del grado de fibrosis hepática en los casos prevalentes de hepatitis C crónica según el tiempo de diagnóstico	41
Figura 9. Tendencia de la incidencia cruda de la hepatitis C crónica, Colombia 2017 - 2024	44
Figura 10. Tendencia de la prevalencia cruda de la hepatitis C crónica, Colombia 2017 - 2024	46
Figura 11. Efectividad del tratamiento con AAD en las personas con hepatitis C crónica, Colombia 2017 - 2024	52
Figura 12. Tendencia del número de casos con coinfección por hepatitis C crónica y VIH según el sexo, Colombia 2017 - 2024	56
Figura 13. Distribución de la población con coinfección por hepatitis C crónica y VIH según la edad y el sexo, Colombia 2024	57
Figura 14. Tendencia de los indicadores de proceso, Colombia 2017 - 2024.....	65
Figura 14a. Indicador 1: proporción de las personas con diagnóstico de VHC que iniciaron tratamiento	65
Figura 14b. Indicador 2: proporción de pacientes con resultados de estadificación para fibrosis.....	66
Figura 14c. Indicador 03: proporción de pacientes que iniciaron el tratamiento para VHC fuera de compra centralizada.....	66
Figura 14d. Indicador 04: proporción de las personas con diagnóstico de VHC que abandonaron el tratamiento.....	67
Figura 15. Tendencia de los resultados en la gestión del riesgo, Colombia 2017 - 2024.....	69
Figura 15a. Indicador 4: detección de fibrosis hepática en las personas con diagnóstico de hepatitis C crónica	69
Figura 15b. Indicador 5: RVS 12 semanas después de finalizado el tratamiento para hepatitis C crónica	69

Abreviaturas

- AAD:** Antiviral de acción directa.
- APRI:** *AST to Platelet Ratio Index* (Índice de aspartato aminotransferasa/plaquetas).
- ARN:** Ácido ribonucleico.
- ARV:** Antirretroviral.
- BDUA:** Base de datos única de afiliados.
- DANE:** Departamento Administrativo Nacional de Estadística.
- CAC:** Cuenta de Alto Costo.
- CV:** Carga viral.
- INR:** *International Normalized Ratio* (razón normalizada internacional).
- DE:** Desviación estándar.
- RIC:** Rango intercuartílico.
- IC:** Intervalo de confianza.
- EAPB:** Entidad administradora de planes de beneficios.
- ERC:** Enfermedad renal crónica.
- EPS:** Entidad promotora de salud.
- GPC:** Guía de práctica clínica.
- INVIMA:** Instituto Nacional de Vigilancia de Medicamentos y Alimentos.
- IPS:** Institución prestadora de servicios de salud.
- MSPS:** Ministerio de Salud y Protección Social.
- OMS:** Organización Mundial de la Salud.
- PA:** Prevalencia ajustada.
- PBS:** Plan de beneficios en salud.
- PC:** Prevalencia cruda.
- PCR:** *Polymerase chain reaction* (Reacción en cadena de la polimerasa).
- RVS:** Respuesta viral sostenida.
- SGSSS:** Sistema General de Seguridad Social en Salud.
- SOF:** Sofosbuvir.
- TAR:** Terapia antirretroviral.
- VEL:** Velpatasvir.
- VHB:** Virus de la hepatitis B.
- VHC:** Virus de la hepatitis C.
- VIH:** Virus de la inmunodeficiencia humana.

Lista de las entidades que le reportaron información a la Cuenta de Alto Costo en el periodo y que fueron incluidas en el análisis¹

Periodo de reporte: del 1° de enero al 31 de diciembre de 2024.

Código de la entidad	Nombre de la entidad
Contributivo	
EPS001	Aliansalud EPS
EPS002	Salud Total EPS
EPS005	Sanitas EPS
EPS008	Compensar EPS
EPS010	EPS Sura
EPS012	Comfenalco Valle EPS
EPS017	EPS Famisanar
EPS018	Servicio Occidental de Salud - S.O.S. EPS
EPS037	Nueva EPS
EPS042	Coosalud EPS
EPS048	Mutual Ser EPS
Subsidiado	
CCF050	Caja de Compensación Familiar del Oriente Colombiano - ComfaOriente
CCF055	Cajacopi EPS
EPS025	Caja de Previsión Social y Seguridad del Casanare - Capresoca EPS
EPSI01	Asociación de Cabildos Indígenas del Cesar - Dusakawi EPSI
EPSI03	Asociación Indígena del Cauca - A.I.C. EPSI
EPSS34	Capital Salud EPS
EPSS40	Savia Salud EPS
EPSS41	Nueva EPS Subsidiado
ESS024	Coosalud EPS
ESS062	Asociación Mutual la Esperanza Asmet Salud
ESS207	Mutual Ser EPS

¹ La Resolución 1692 de 2017 es reportada por los regímenes contributivo y subsidiado desde el 1° de enero de 2020.

Glosario

- APRI:** El índice de la relación aspartato aminotransferasa (AST)/plaquetas (APRI) es una medida simple para estimar la fibrosis hepática con base en una fórmula derivada de las concentraciones de AST y de plaquetas. La fórmula dada para calcular el APRI es: $APRI = (AST / \text{Límite Superior Normal}) \times 100 / \text{recuento de plaquetas (109/L)}$ (1,2).
- Elastografía (fibroscan):** Una técnica para medir la rigidez del hígado (como indicador de fibrosis) y se basa en la propagación de una onda de corte a través del órgano (3).
- Escala Metavir:** Escala de clasificación del daño hepático, la cual, cuantifica la fibrosis hepática en 4 grados, de acuerdo con el resultado de la biopsia hepática. Cabe precisar que dicha clasificación se ha extrapolado para determinar el grado de fibrosis mediante la realización de varias pruebas no invasivas como la elastografía (fibroscan), fibrotest, FIB4 y APRI (3,4).
- F0:** Estadio 0. Ausencia de fibrosis.
- F1:** Estadio 1. Fibrosis leve.
- F2:** Estadio 2. Fibrosis moderada.
- F3:** Estadio 3. Fibrosis grave o avanzada.
- F4:** Estadio 4. Cirrosis.
- FIB-4:** Un índice simple para estimar la fibrosis hepática con base en un cálculo derivado de AST, ALT, la concentración de plaquetas, y la edad. La fórmula para el cálculo de FIB-4 es: $FIB-4 = (\text{edad (años)} \times AST \text{ (UI/L)}) / (\text{recuento de plaquetas (109 /L} \times [ALT \text{ (UI L)}^{1/2}])$ (5).
- FibroTest:** Prueba de biomarcadores, que utiliza los resultados de seis marcadores de la sangre para estimar la fibrosis hepática (5).
- Respuesta viral sostenida (RVS):** ARN VHC indetectable 12 semanas después del final del tratamiento (5).
- VHC agudo:** Presencia del VHC dentro de los 6 meses después de la adquisición de la infección (5).
- VHC crónico:** Presencia continuada del VHC seis meses o más después de adquirir la infección (5).

Glosario

- Vía clínica:** El plan de atención orientado a las tareas, que detalla los pasos esenciales en el cuidado de los pacientes con un problema clínico específico y describe el curso de atención esperado de los pacientes. El objetivo de las vías clínicas es estandarizar la atención con base en la evidencia disponible, mejorar los resultados en salud y hacer más eficiente el uso de los recursos (5).
- Entidad territorial:** De conformidad con la Constitución Política de Colombia, Artículo 286; son entidades territoriales los departamentos, los distritos, los municipios y los territorios indígenas.
- Gestión del riesgo:** Es el proceso de identificación de los factores que afectan la probabilidad de ocurrencia de un evento no deseado en una población, el análisis de las consecuencias derivadas del impacto de las amenazas, la delimitación de la incertidumbre relativa a la ocurrencia del evento crítico que se desea evitar, y los mecanismos para reducir la amenaza y afrontar el evento crítico si llega a ocurrir (6,7).
- Gestión del riesgo en salud:** Es la estrategia para afrontar la incertidumbre con respecto a la situación en salud de una población, buscando reducir o mantener la ocurrencia de las enfermedades en los niveles aceptables, a través de medidas preventivas y mitigadoras, en un marco de modelos de gestión y uso de herramientas para la evaluación de resultados en salud (6,7).

Introducción

La infección crónica por el virus de la hepatitis C (VHC) constituye una de las principales causas de enfermedad hepática crónica y representa un grave problema de salud pública en el mundo. De acuerdo con las estimaciones de la Organización Mundial de la Salud (OMS), cada año mueren aproximadamente 242.000 personas a causa del VHC, una infección silenciosa que puede permanecer asintomática durante décadas (8). Esta situación evidencia la magnitud de su impacto en los sistemas de salud. En la mayoría de los casos (entre el 80% y el 85%), la infección aguda por VHC no se resuelve, evoluciona hacia una fase crónica. Esta condición puede generar complicaciones severas, entre ellas la cirrosis, la hipertensión portal, la descompensación hepática con encefalopatía y el carcinoma hepatocelular (9).

La principal vía de transmisión del virus es el contacto con la sangre contaminada, especialmente a través de transfusiones o el uso compartido de agujas. Sin embargo, también puede transmitirse por vía sexual y, en menor medida, de madre a hijo durante el embarazo o el parto (10,11). Tras la exposición al virus, la infección aguda constituye los primeros seis meses, en esta fase la mayoría de los pacientes no desarrollan síntomas evidentes, lo que provoca que la enfermedad pase desapercibida y no sea diagnosticada a tiempo (12).

La OMS estima que alrededor de 50 millones de personas en todo el mundo viven con el VHC y que cada año se registran aproximadamente un millón de nuevas infecciones. Estas cifras coinciden con los resultados de un estudio basado en datos de 110 países, el cual estimó una prevalencia global del 0,7% a principios de 2020, lo que equivale a 56,8 millones de personas con VHC. La carga de infección varía significativamente según la región: en el Mediterráneo Oriental se estimaron 11,7 millones de casos (1,8% de prevalencia), en Europa 8,6 millones (0,9%), en el Sudeste Asiático 9,1 millones (0,5%), en África 7,8 millones (0,7%), en el Pacífico Occidental 7,1 millones (0,4%) y en las Américas 5,3 millones (0,5%) (13). En cuanto a la situación epidemiológica en el país, el Instituto Nacional de Salud (INS) informa que, para el periodo epidemiológico XII de 2024, fueron notificados 3.475 casos de hepatitis, de los cuales 1.126 correspondían a infección por el VHC (14).

El panorama terapéutico ha evolucionado sustancialmente desde la introducción de los antivirales de acción directa (AAD). La terapia actual busca no solo eliminar el virus del organismo, sino también frenar el avance de la fibrosis hepática, reducir los síntomas, evitar complicaciones graves, disminuir el riesgo de muerte y mejorar significativamente la calidad de vida de las personas (9). La efectividad de estos medicamentos generó que, en 2016, la OMS presentara una estrategia global para eliminar la hepatitis C como problema de salud pública. Esta iniciativa fijó como objetivos para el año 2030 diagnosticar al 90% de las personas con hepatitis C, tratar al 80% de los casos con VHC, reducir en un 90% la incidencia y disminuir en un 65% la mortalidad asociada (15).

Para lograr estos objetivos, Roblero y colaboradores en su artículo: "Infección por VHC: ¿Qué estamos haciendo actualmente en América Latina respecto a la propuesta de la OMS para 2030?", recomiendan que todos los países implementen un programa nacional para la hepatitis, liderado por sus ministerios de salud, con el fin de estimar la carga de enfermedad por VHC, articular estrategias de detección y garantizar el acceso a tratamientos con AAD (16). Por lo anterior en Colombia, por medio de la Resolución 1692 de 2017 (17), el Ministerio de Salud y Protección Social (MSPS) solicita la notificación y seguimiento de las personas con VHC a la Cuenta de Alto Costo (CAC) y establecen los criterios para la compra centralizada, distribución y suministro de medicamentos. Este informe analiza la situación de las personas diagnosticadas con VHC que recibieron atención en el sistema de salud entre el 1° de enero y el 31 de diciembre de 2024.



Aspectos éticos y legales

Toda la información presentada en este documento corresponde al análisis de los datos obtenidos a partir del reporte obligatorio que las entidades realizaron a la CAC en cumplimiento a la Resolución 1692 de 2017 (18) para el periodo comprendido entre el 1º de enero y el 31 de diciembre de 2024.

Su objeto es producir y difundir la información y el conocimiento útiles para la toma de decisiones, desde las perspectivas administrativa, clínica y de gestión, orientadas a la protección y la promoción de la salud, la prevención, el diagnóstico, el tratamiento y el seguimiento de las enfermedades de alto costo, con el propósito de contribuir a mejorar los resultados en la salud pública e individual de los colombianos, y promover el uso eficiente y equitativo de los recursos limitados del sistema de salud; generando valor social, científico, informativo e investigativo para el país.

El contenido de este informe es el producto de un riguroso ejercicio académico correspondiente a una investigación documental retrospectiva clasificada sin riesgo, en la que se insta por la pluralidad en la obtención de la información en Colombia, garantizando que sea recolectada de fuentes de datos primarias; se administren, conserven, custodien y se mantengan en anonimato, confidencialidad, privacidad e integridad, según las normas internacionales para la investigación con seres humanos (Declaración de Helsinki, Informe Belmont y Pautas CIOMS) y la normativa colombiana establecida por la Resolución 8430 de 1993 (19), por la que se establecen las normas científicas, técnicas y administrativas para la investigación en salud y para este caso en particular, la protección de los datos clínicos derivados del manejo de la historia clínica reglamentada por la Resolución 1995 de 1999 (20) y la Ley Estatutaria de habeas data 1581 de 2012, por la cual se dictan las disposiciones generales para la protección de los datos personales sancionada mediante la Ley 1581 de 2012 y reglamentada por el Decreto Nacional 1377 del 2013 que regula el manejo adecuado de los datos sensibles.

Los autores declaran la ausencia de conflictos de intereses de tipo económico, político, de prestigio académico o cualquier interés compartido.

Aspectos metodológicos

Generalidades del reporte

Los datos presentados corresponden a la información radicada a la CAC con corte al 31 de diciembre de 2024, por las Entidades Promotoras de Salud (EPS) y las EAPB (Empresas Administradoras de Planes de Beneficios) que operan en los regímenes contributivo y subsidiado, en cumplimiento de la Resolución 1692 de 2017 (18) del Ministerio de Salud y Protección Social, por la cual se establece la obligatoriedad del reporte mensual de la población con hepatitis C crónica. Se obtuvo información de 24 entidades durante el periodo.

Población de interés y periodo evaluado

La población objeto de reporte está conformada por todas las personas diagnosticadas con hepatitis C crónica afiliadas a alguna de las entidades aseguradoras durante el periodo comprendido entre el 1° de enero y el 31 de diciembre de 2024. Se incluyeron las personas diagnosticadas antes del periodo que hasta la fecha de corte no habían logrado la curación de la enfermedad, las diagnosticadas durante el periodo (casos incidentes) y los fallecidos durante el tiempo de observación. Todos los registros reportados por las entidades son verificados desde la coordinación de auditoría de la CAC.

Calidad de la información

Los datos fueron auditados en su totalidad con el objetivo de garantizar la calidad y confiabilidad de la información. Este proceso se desarrolló en tres fases: i) herramientas para la validación de la información, ii) el cruce de los datos con las fuentes externas y finalmente, iii) la auditoría de los registros contra los soportes de la historia clínica. A continuación, se describe cada una de ellas:

Herramientas para la validación de la información

Su objetivo fue identificar los errores durante el reporte con el fin de retroalimentar a las entidades que lo realizan en tres aspectos: estructura, consistencia y coherencia entre las variables. Posteriormente, se obtuvieron los registros únicos mediante la aclaración de las personas coincidentes en la misma entidad o aquellos compartidos entre diferentes entidades.

Verificación de la información con fuentes externas

Los casos fueron verificados con la Base de Datos Única de Afiliados (BDUA), en el cual se identificó la situación administrativa relacionada con el estado de afiliación y las novedades asociadas a su estado vital al momento del reporte. Lo anterior favorece la clasificación de los registros que ingresan a auditoría y la calificación de variables administrativas que incluyen novedad, fecha de fallecimiento y fecha de desafiliación.

Auditoría de campo

En este proceso, todos los casos nuevos con infección por hepatitis C crónica reportados a la CAC en el periodo, fueron validados comparando la información cargada en la plataforma SISCAC (módulo de cargue de archivo plano) contra la historia clínica, laboratorios clínicos, medios diagnósticos y los soportes de entrega de medicamentos, dispuestos por cada entidad con el fin de asegurar la presencia del diagnóstico y la calidad del dato de todas las variables solicitadas.

Para realizar la confirmación diagnóstica de la infección por hepatitis C crónica, se tuvo en cuenta el cumplimiento de los criterios establecidos en la vía clínica para el tratamiento de VHC, el cual se confirmó en 3.318 casos.

Posterior a la auditoría, y con el ánimo de mejorar los resultados, se identificaron los aspectos relevantes a intervenir entre los aseguradores y los prestadores; estos se socializaron a través de foros y talleres de capacitación generando alertas para que las entidades tomen las acciones necesarias, orientadas a mejorar los procesos de atención.

En la **tabla 1** se describen los hallazgos más importantes de la auditoría y las recomendaciones dirigidas a las inconsistencias de la información.



Tabla 1. Hallazgos relevantes identificados durante la auditoría de la información en la cohorte de hepatitis C crónica, Colombia 2024

Temática o hallazgo	Descripción de la temática y/o hallazgo
Ausencia de información relacionada con el mecanismo de transmisión para VHC	Se evidenció que el 19,46% de las historias clínicas no cuentan con ningún registro de información relacionada con el mecanismo de transmisión del VHC, y en la población masculina, el 67,91% no tiene este dato registrado. Por esta razón, se deben fortalecer los esfuerzos desde la consulta médica para que el profesional encargado de la atención interroge y registre el mecanismo de transmisión relacionado.
Inconsistencias	No fue posible confirmar el diagnóstico (inconsistencias) en 5 casos reportados por primera vez en 2024; se identificó como principal motivo, la ausencia de la carga viral del VHC que permitiera confirmar la infección.
Curación espontánea	Se identificaron 15 casos que presentaron curación espontánea, en los cuales inicialmente se validó el diagnóstico de la infección por VHC y posteriormente se descartó la cronicidad del cuadro clínico, siendo abordados como infecciones agudas con auto resolución de su cuadro clínico.
Alta voluntaria	En el periodo se identificaron 8 casos que solicitaron alta voluntaria del programa de atención, de los cuales 6 no iniciaron tratamiento con (AAD) y los otros 2 casos iniciaron la administración sin finalizar esquema. Con relación a estos últimos, se identificó que de las 84 dosis que debían ser suministradas por orden médica, el primer paciente recibió un total de 11 tabletas, el segundo 2 tabletas.
Abandono	En el periodo se identificaron 46 casos en abandono del programa de seguimiento médico; 34 no iniciaron tratamiento, 2 iniciaron, pero no se cuenta con información de finalización, 9 finalizaron tratamiento completo con AAD pero no cuentan con información de la carga viral (CV) postratamiento y, un caso inicio tratamiento (41 tabletas), pero no lo finalizó.
Causas de reingreso a la cohorte en 2024	Se identificaron 197 casos de reingreso a la cohorte, atribuidos a una reinfección por VHC, de los cuales un paciente tuvo doble reinfección en el periodo. El principal motivo de reinfección está asociado a la presencia de conductas de riesgo, específicamente las prácticas sexuales sin protección con una o varias parejas. Del total de las reinfecciones, el 97,97% (n= 193) presentan coinfección con VIH.
Eventos adversos al tratamiento AAD	El 100% de los casos que iniciaron tratamiento con velpatasvir/sofosbuvir no presentó eventos adversos durante su administración.
Pacientes requeridos por fuentes externas	<p>Se realizó requerimiento por parte de la CAC a las diferentes EPS, de los casos identificados en las bases de datos que presentan información relacionada con el diagnóstico de hepatitis C: SIVIGILA, SIHEVI y MIPRES. Para el año 2024, la CAC requirió 2.233 pacientes, de los cuales el 39,35% (n= 1.036) corresponde por fuente externa SIVIGILA, 50,78% (n= 1.337) SIHEVI y un 9,87% (n= 260) MIPRES.</p> <p>De los casos requeridos por SIVIGILA (n= 1.036), se identificaron 14 pacientes fallecidos (1,35%) sin poder confirmar o descartar la infección, en 79 casos (7,63%) se descartó la infección de hepatitis C crónica, en 650 (62,74%) pacientes se confirmó el diagnóstico, y en 293 (28,28%) no fue posible confirmar o descartar la enfermedad.</p> <p>En los requeridos por SIHEVI (n= 1.337), se reportaron 20 casos (1,50%) con diagnóstico confirmado, 451 (33,73% casos en los que se descartó la infección crónica y 866 (64,77%) que se encuentran pendientes de gestión por parte de la EPS y que seguirán siendo requeridos por la CAC hasta que se confirme o descarte el diagnóstico.</p> <p>Finalmente, de los requeridos por MIPRES (n= 260), en 4 casos (1,54%) se descartó la enfermedad, 3 personas (1,15%) se reportaron como fallecidas sin confirmar el diagnóstico, en 181 personas (69,62%) se confirmó el diagnóstico y en 72 casos (27,69%) no se cuenta con información, por lo que está pendiente la gestión del asegurador.</p>
Pacientes menores de edad reportados a la cohorte	Se identificaron 4 casos de hepatitis C crónica, (1 mujer y 3 hombres) menores de 18 años, con diagnósticos de leucemia linfoblástica aguda, leucemia mieloide aguda M2, neutropenia y cistinosis neuropática, todos procedentes de Venezuela, quienes requirieron múltiples transfusiones de hemoderivados, siendo estas su mecanismo de transmisión.
Desabastecimiento del medicamento por compra centralizada	Entre julio y agosto de 2024 se registró un desabastecimiento de Epclusa® (sofosbuvir/velpatasvir) en el país, lo que afectó el inicio y la continuidad del tratamiento en 38 personas. Sin embargo, a partir de septiembre de 2024, el MSPS retomó la distribución del medicamento.
Otros tratamientos	Durante el periodo se identificó que un paciente recibió tratamiento por fuera de la compra centralizada, debido a múltiples fallos terapéuticos con Epclusa (velpatasvir/sofosbuvir), lo que generó resistencia al medicamento y requirió inicio con velpatasvir/sofosbuvir/voxilaprevir.

Ajuste de los datos posterior a la auditoría

Una vez finalizada la auditoría de campo, se incorporaron los ajustes definitivos y la información fue dispuesta en una bodega de datos para realizar los análisis respectivos. Se verificaron los casos duplicados considerados como válidos y se excluyeron de los análisis los registros con inconsistencias (soporte o diagnóstico) y los fallecidos fuera del periodo.

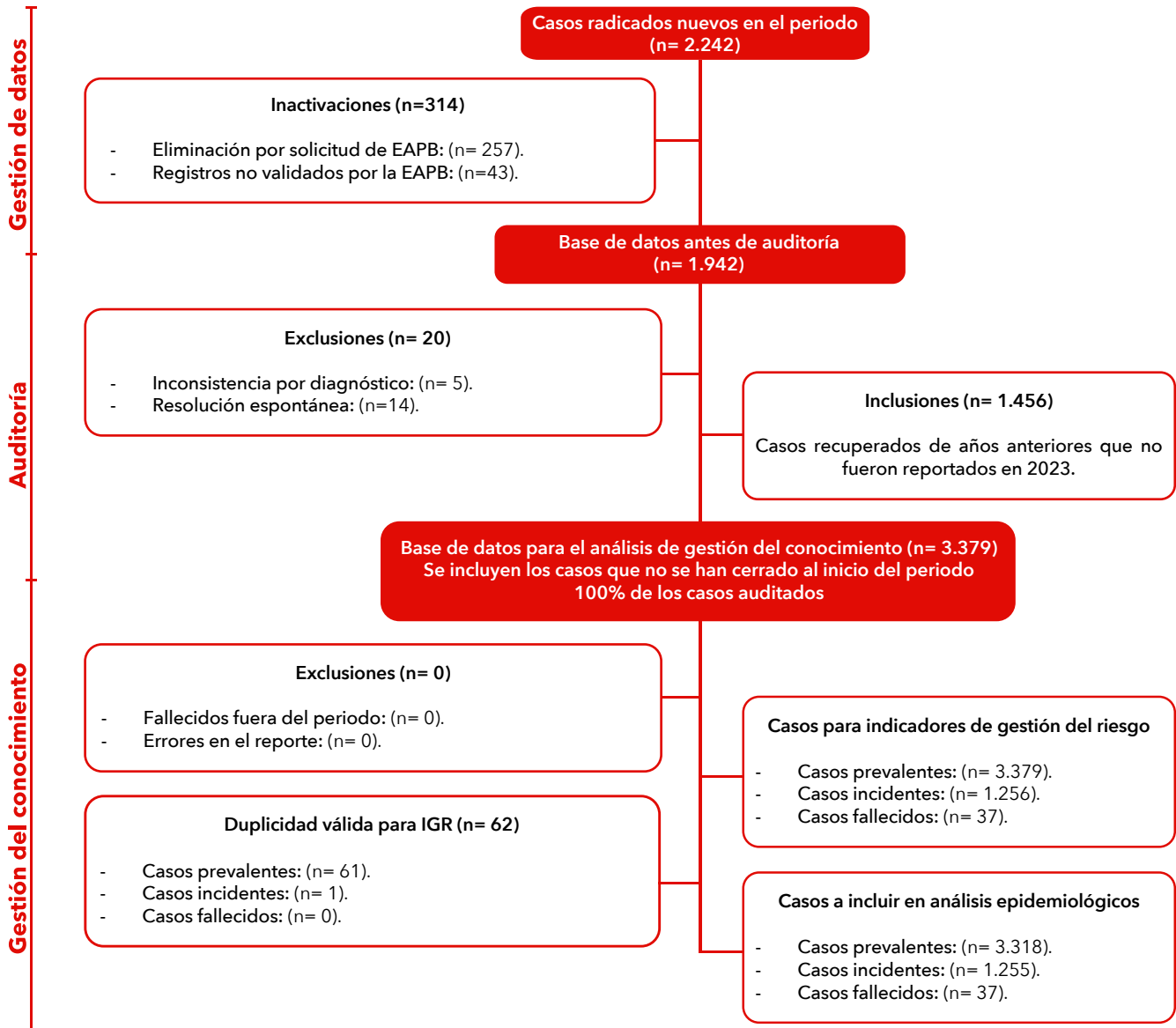
Como parte del seguimiento de la cohorte, se implementó un proceso de recuperación de los casos, que garantiza la integración de todas las personas reportadas como vivas en los años anteriores a la CAC en el registro del periodo actual. Este procedimiento es necesario en situaciones como la liquidación de una entidad aseguradora o cuando una persona se desafilia y su nuevo asegurador no está al tanto de su diagnóstico, lo que genera omisiones en el reporte. Este proceso se activa únicamente cuando los casos no informados superan el 3% del total de la cohorte, asegurando así que los análisis mantengan su precisión y que las tasas absolutas calculadas reflejen una representación confiable del comportamiento epidemiológico. Los casos recuperados se incorporan a la base de datos para los estudios de prevalencia y mortalidad, previa actualización del estado vital de cada registro, garantizando una gestión rigurosa y una representación fiel de los datos epidemiológicos.

En conclusión, para el periodo de interés se radicaron 2.242 registros, de los cuales 300 fueron inactivados por solicitud de la EAPB dado que no tenían la enfermedad. Durante la auditoría se identificaron 5 inconsistencias en el diagnóstico y 14 casos de curación espontánea que fueron abordados como infección aguda. Luego se incluyeron los casos recuperados de los periodos anteriores ($n = 1.456$), que no han tenido curación de la hepatitis C, por lo cual se consideran como casos prevalentes.

Para realizar los análisis epidemiológicos se consideraron los casos únicos de hepatitis C crónica prevalentes ($n = 3.318$), de los cuales 1.255 son incidentes y 37 fallecidos. Para el análisis de los indicadores de la gestión del riesgo se tuvieron en cuenta 3.379 registros, que incluyen las personas con atenciones por dos entidades. En la **figura 1** se observa el proceso de consolidación de los registros y de los casos a analizar en cada población.



Figura 1. Flujograma de la obtención de los registros incluidos en los análisis epidemiológicos y de los indicadores de la gestión del riesgo en la cohorte de hepatitis C crónica, Colombia 2024



[Descargar figura](#)

Análisis epidemiológico

Análisis descriptivo

Se realizó un análisis descriptivo de las variables sociodemográficas y clínicas de interés. En el primer grupo se describieron la edad, el sexo, la entidad territorial, el régimen de afiliación y la entidad que realizó el reporte. En el segundo se incluyeron las relacionadas con el diagnóstico (incidentes), las comorbilidades, los resultados de los laboratorios clínicos, el seguimiento a las atenciones y al tratamiento. Las cuantitativas fueron analizadas utilizando las medidas de tendencia central y dispersión; y las cualitativas con frecuencias y proporciones.

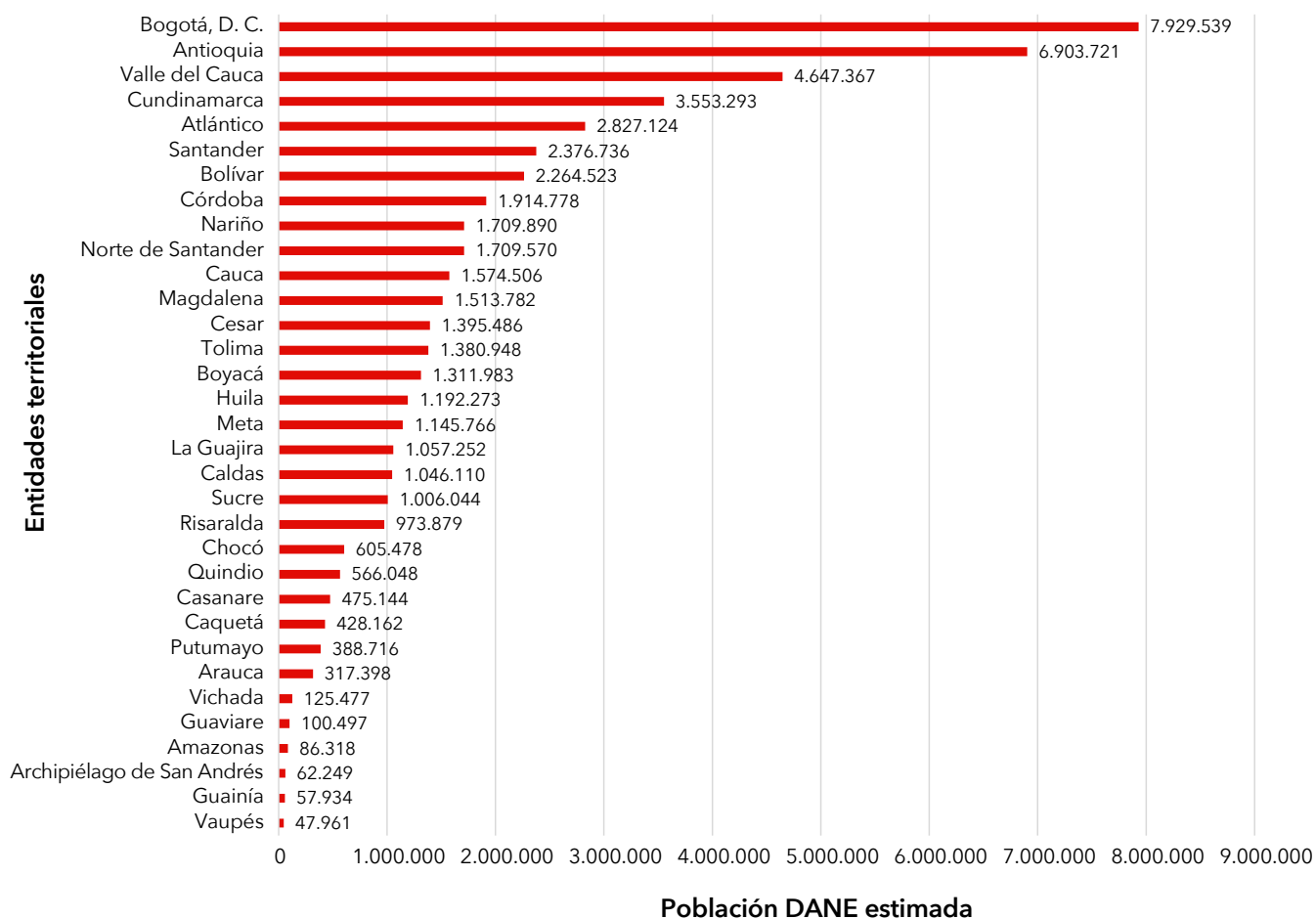
Estimación de la morbilidad y la mortalidad

Se calcularon la incidencia, la prevalencia y la mortalidad, definidas para este documento de la siguiente forma:

- **Incidencia:** corresponde a las personas con fecha de diagnóstico de la infección por hepatitis C crónica entre el 1° de enero y el 31 de diciembre de 2024. Se reporta como el número de casos nuevos por 100.000 habitantes o afiliados, según corresponda.
- **Prevalencia:** se refiere al número de personas con hepatitis C crónica reportadas durante el periodo de interés, independiente del estado vital a la fecha de corte, es decir, se calculó una prevalencia de periodo. Se informa como el número de casos por 100.000 habitantes o afiliados.
- **Mortalidad:** los fallecimientos se definieron con base en las novedades administrativas del reporte y el cruce con la base de datos de mortalidad de la BDUA, considerada como la fuente oficial, debido a que su información ha sido cruzada con el Registro Único de Afiliados (RUAF) de la Registraduría Nacional del Estado Civil y el Departamento Administrativo Nacional de Estadística (DANE). Se reporta como el número de casos fallecidos con diagnóstico de hepatitis C crónica por 100.000 habitantes o afiliados.

Las medidas de morbimortalidad se estandarizaron por la edad, utilizando el método directo, tomando como referencia a la población colombiana estimada por el DANE para 2024 (n= 52.695.952) según quinquenios (**figura 2**). Para ajustar las estimaciones nacionales se tomó como referencia la población proyectada por las Naciones Unidas para Latinoamérica y el Caribe para el año 2024 (21). La morbimortalidad se calculó para las regiones del país, que son definidas por el DANE según el producto interno bruto.

Figura 2. Población proyectada por el DANE según la entidad territorial, Colombia 2024



Fuente: Departamento Administrativo Nacional de Estadística, proyección a 2024.

[Descargar figura](#)

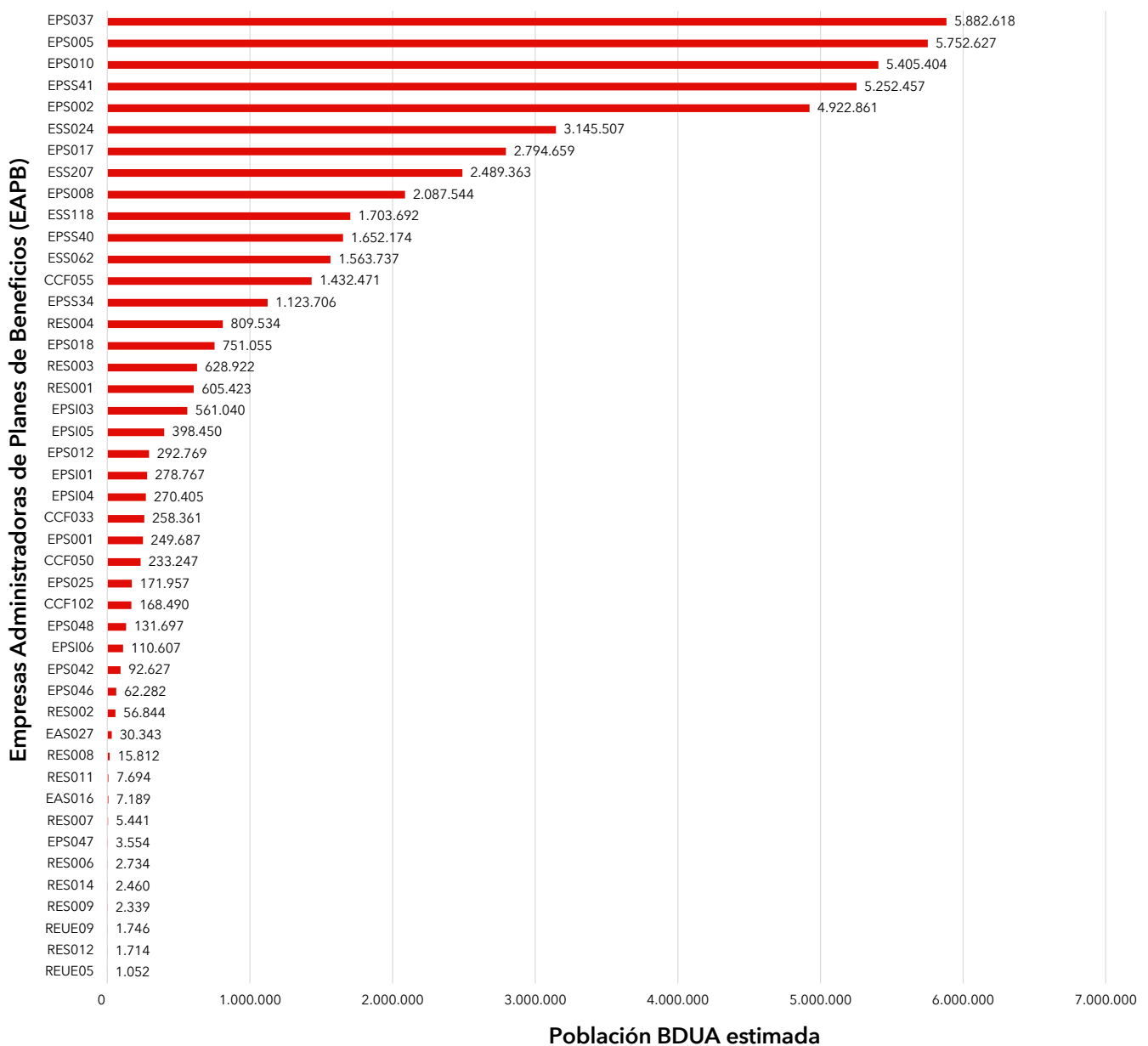


Para los análisis que tuvieron como denominador la población afiliada al sistema de salud colombiano, se usó el conteo de afiliados para cada EAPB (n= 51.423.062) con corte al 30 de junio de 2024 obtenido de la BDUA (**figura 3**). Se incluyeron todas las entidades que reportaron en el periodo, independiente de su estado de existencia en el momento de la publicación de este documento. La población analizada incluyó tanto a las personas activas como a las suspendidas porque fueron susceptibles de atención en el periodo.

Análisis de los indicadores de la gestión del riesgo

Se calcularon los 7 indicadores establecidos en la vía clínica para el tratamiento de la hepatitis C crónica o generados por el seguimiento realizado por la CAC a la compra centralizada de medicamentos, evaluando la tendencia en los periodos de medición.

Figura 3. Número de afiliados según la Empresa Administradora de Planes de Beneficios, Colombia 2024



Fuente: Base Única de Afiliados, Ministerio de Salud y Protección Social y reporte de las entidades, corte al 30 de junio de 2024.

[Descargar figura](#)

1.

Caracterización de los **casos incidentes** de hepatitis C crónica



Fondo Colombiano de
Enfermedades de Alto Costo

1.

RESUMEN infográfico

Caracterización de los casos incidentes de hepatitis C crónica

Periodo: del 1° de enero al 31 de diciembre de 2024.



En el 2024, se registraron

1.255 casos nuevos de hepatitis C crónica

con una variación porcentual del 18,62% respecto al año anterior. La relación entre los sexos mostró una marcada diferencia, con 5,75 hombres por cada mujer diagnosticada.

La mediana de la edad general fue de **36 años** (RIC: 31 - 49).



En cuanto al tipo de afiliación al sistema de salud, el 85,26% de los casos correspondía al régimen contributivo, mientras que el 14,74% pertenecía al subsidiado.



De acuerdo con la región de residencia, la mayor parte de la población se concentró en Bogotá, D. C., (45,06%) y en la Central (25,90%).



Entre los hombres, los más afectados fueron identificados en el grupo etario de 25 a 44 años, representando el 73,15% del total. En cambio, en las mujeres, los casos se presentaron con mayor frecuencia en personas de más de 60 años, quienes constituyeron el 64,52%.



El 69,40% de los casos incidentes tenían coinfección con el VIH y el 6,93% presentaba cirrosis.

El principal mecanismo de transmisión en las mujeres fue la **hemotransfusión (32,26%)**, mientras que en los hombres predominó la vía sexual (76,89%).

RIC: rango intercuartílico.
VIH: virus de inmunodeficiencia humana.

[Descargar infografía](#)

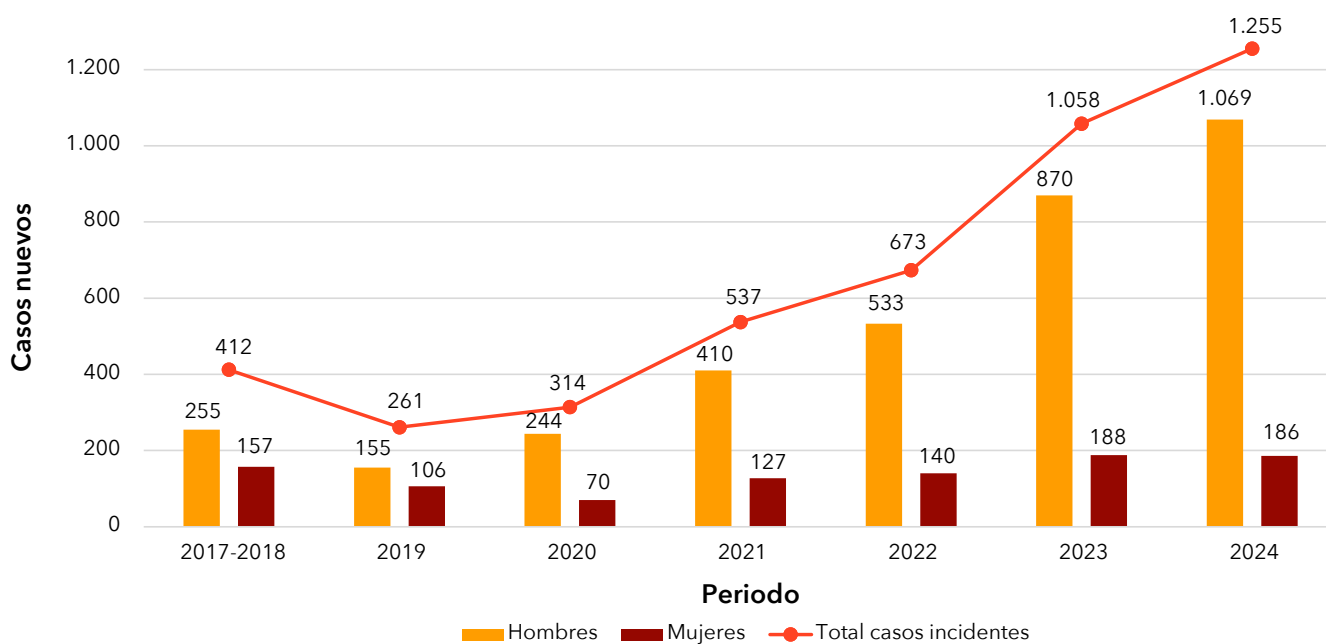
1. Caracterización de los casos incidentes de hepatitis C crónica

Para el periodo comprendido entre el 1° de enero y el 31 de diciembre de 2024, se informaron a la CAC 3.318 personas con diagnóstico de hepatitis C crónica. A continuación, se describen sus principales características sociodemográficas y clínicas.

1.1. Caracterización demográfica de los casos incidentes de hepatitis C crónica

Para el 2024 se analizaron 1.255 casos incidentes, lo que representa un incremento del 18,62% en comparación con el periodo anterior. Desde el 2019, se mantiene una tendencia creciente. En los hombres, los diagnósticos aumentaron un 22,9%, mientras que en las mujeres se observó una leve disminución del 1,1%. Por cada mujer diagnosticada, se registraron aproximadamente 5,75 hombres, lo que refleja una clara predominancia de la enfermedad en la población masculina.

Figura 4. Tendencia del número de los casos incidentes de hepatitis C crónica según el sexo, Colombia 2017 - 2024



[Descargar figura](#)

En la **tabla 2** se observa que la mayoría de las personas diagnosticadas pertenecían al régimen contributivo, con un 85,26% (n= 880), mientras que el 14,74% (n= 178) correspondían al subsidiado. Con relación a la distribución por el sexo, la mayor proporción se presentó en los hombres (85,18%). La mediana de la edad general fue de 36 años (RIC: 31 - 49). En términos de ubicación geográfica, la concentración más alta de casos se observó en Bogotá, D. C., (44,06%), seguida por la región Central (25,90%).



Tabla 2. Características sociodemográficas de los casos incidentes de hepatitis C crónica según el régimen de afiliación, Colombia 2024

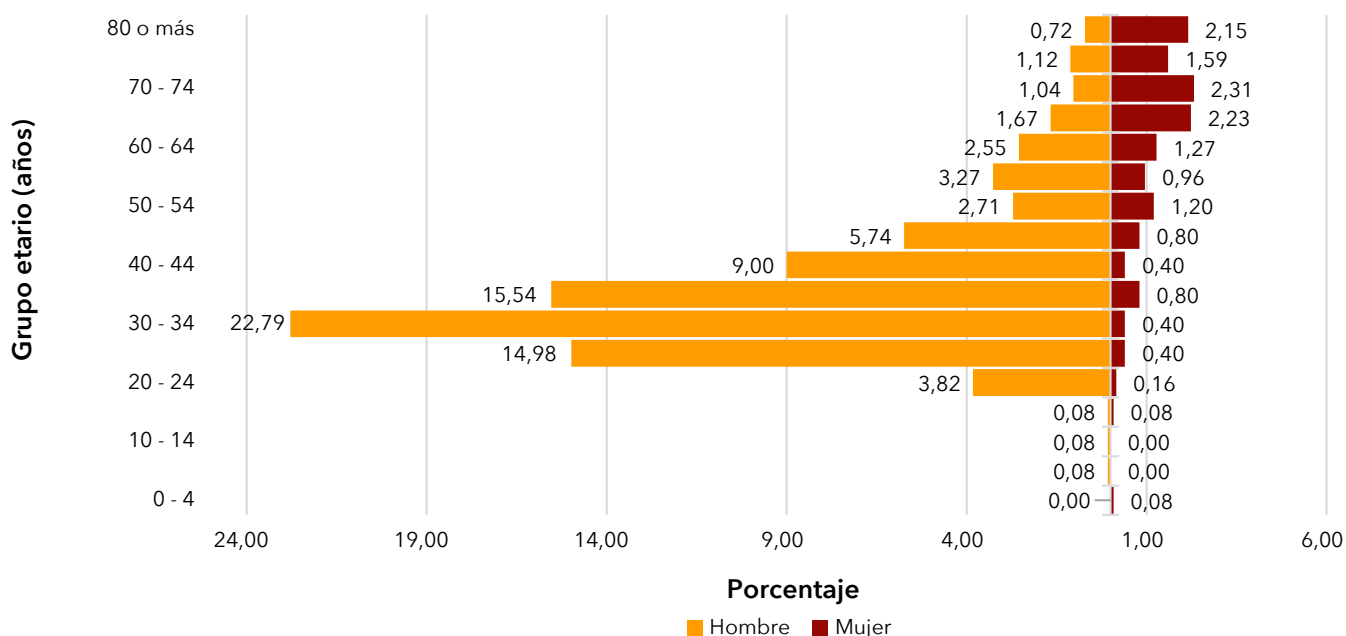
Variables	Régimen de afiliación		
	Contributivo n (%) 1.070 (85,26)	Subsidiado n (%) 185 (14,74)	Total n (%) 1.255 (100,00)
Sexo			
Hombre	916 (85,61)	153 (82,70)	1.069 (85,18)
Mujer	154 (14,39)	32 (17,30)	186 (14,82)
Edad¹	36 (31 - 49)	36 (30 - 49)	36 (31 - 49)
Región de residencia			
Amazonía-Orinoquía	6 (100,00)	0 (0,00)	6 (0,48)
Bogotá, D. C.	511 (92,41)	42 (7,59)	553 (44,06)
Caribe	77 (74,76)	26 (25,24)	103 (8,21)
Central	254 (78,15)	71 (21,85)	325 (25,90)
Oriental	67 (71,28)	27 (28,72)	94 (7,49)
Pacífica	155 (89,08)	19 (10,92)	174 (13,86)

¹ Mediana (RIC).

1.1.1. Distribución de los casos incidentes según la edad y el sexo

El 54,9% de los casos incidentes correspondían a las personas de entre 25 y 39 años. El grupo de 30 a 34 años presentó el mayor porcentaje en los hombres (22,79%), mientras que en las mujeres representó solo el 9,00%. A partir de los 65 años, las proporciones se invierten, registrándose una mayor prevalencia en mujeres, especialmente en los grupos de 70 a 74 y de 75 a 79 años. La pirámide poblacional se mantiene similar al periodo anterior. Adicionalmente, se identificaron 3 menores de 15 años (**figura 5**).

Figura 5. Pirámide poblacional de los casos incidentes de hepatitis C crónica, Colombia 2024



[Descargar figura](#)

1.1.2. Distribución de los casos incidentes según la región y el sexo

La mayoría de los casos se registraron en Bogotá, D. C., (44,06%) y en la región Central (25,90%). Al desagregar la información por el sexo, se observa un patrón similar en los hombres, con la mayor concentración también en Bogotá, D. C. En el caso de las mujeres, si bien el distrito capital continúa siendo el lugar con el mayor número de casos, la región Caribe ocupa el segundo lugar en frecuencia. Cabe destacar que en la Amazonía-Orinoquía se observaron dos casos nuevos en las mujeres, mientras que el periodo anterior se había identificado solo un caso.

Tabla 3. Casos incidentes de hepatitis C crónica por región según el sexo, Colombia 2024

Región	Hombre n (%)	Mujer n (%)	Total n (%)
Amazonía-Orinoquía	4 (0,37)	2 (1,08)	6 (0,48)
Bogotá, D. C.	489 (45,74)	64 (34,41)	553 (44,06)
Caribe	61 (5,71)	42 (22,58)	103 (8,21)
Central	301 (28,16)	24 (12,90)	325 (25,90)
Oriental	70 (6,55)	24 (12,90)	94 (7,49)
Pacífica	144 (13,47)	30 (16,13)	174 (13,86)
Total	1.069 (100,00)	186 (100,00)	1.255 (100,00)

Las EAPB con el mayor número de casos incidentes fueron la EPS005 (n= 251), la EPS010 (n= 244) y la EPS037 (n= 181).



En el aplicativo **HIGIA** (Hechos - Información - Gestión - Innovación - Acción) dispuesto en la página web de la CAC, se puede observar y descargar la información de los casos incidentes por cada EAPB.

Entre los casos incidentes, un 6,93% (n= 87) presentó diagnóstico de cirrosis, predominando en el sexo masculino (51,72%). La coinfección con VIH fue identificada en el 69,40% (n= 871), con una mayor proporción en los hombres (80,73%). La presencia de coinfección con hepatitis B se identificó en el 2,23% (n= 28) de las personas con infección por VHC. Además, un 0,88% (n= 11) presentaba enfermedad renal crónica en sus estadios avanzados (4 - 5), y se detectó un caso con antecedente de trasplante hepático.

En cuanto al mecanismo de transmisión, la vía sexual fue la más frecuente en los hombres (76,89%), comportamiento similar al periodo anterior. Mientras que en las mujeres la causa más común fue la hemotrasfusión (n= 32,26%). Otras formas de transmisión, como el consumo de sustancias psicoactivas por vía intranasal y otras exposiciones sanguíneas, tuvieron una representación mínima. Además, el 13,94% de los casos no contaba con la información suficiente o clara con respecto al mecanismo de infección.

En relación con la fibrosis hepática, esta se evidenció en el 48,69% de las personas evaluadas. En cuanto a la caracterización genotípica del virus, los subtipos más frecuentes fueron el 4 (7,97%; n= 100) y el 1a (3,82%; n= 48). No obstante, en la mayoría de los casos (86,06%) no se disponía de información sobre el genotipo. Sin embargo, esto es coherente con la recomendación de no realizar la genotipificación como parte del cuidado estándar en el VHC. Durante el periodo evaluado no se detectaron casos asociados al genotipo 3a, a diferencia del anterior, en el que se documentaron dos infecciones en individuos de sexo masculino.

Finalmente, se identificó que el 11,08% (n= 139) de los casos nuevos presentaban antecedentes de tratamiento para la hepatitis C crónica. En este grupo, el esquema más frecuentemente reportado fue sofosbuvir/velpatasvir (91,43%), seguido por ledipasvir/sofosbuvir (2,86%). Además, se evidenció un caso tratado con interferón pegilado.



Tabla 4. Características clínicas de los casos incidentes de hepatitis C crónica

Variables	Hombre n (%)	Mujer n (%)	Total n (%)
Comorbilidades			
Cirrosis			
Sí	45 (4,21)	42 (22,58)	87 (6,93)
No	784 (73,34)	84 (45,16)	868 (69,16)
No evaluado	240 (22,45)	60 (32,26)	300 (23,90)
Co infección VIH			
Sí	863 (80,73)	8 (4,30)	871 (69,40)
No	160 (14,97)	121 (65,05)	281 (22,39)
No evaluado	46 (4,30)	57 (30,65)	103 (8,21)
Hepatitis B			
Sí	27 (2,53)	1 (0,54)	28 (2,23)
No	949 (88,77)	144 (77,42)	1.093 (87,09)
Sin dato	93 (8,70)	41 (22,04)	134 (10,68)
Trasplante hepático			
Sí	1 (0,09)	0 (0,00)	1 (0,08)
No	1.068 (99,91)	186 (100,00)	1.254 (99,92)
ERC 4-5			
Sí	6 (0,56)	5 (2,69)	11 (0,88)
No	1.063 (99,44)	181 (97,31)	1.244 (99,12)
Mecanismo de transmisión			
Evento adverso relacionado con procedimientos de salud	4 (0,37)	7 (3,76)	11 (0,88)
Hemotransfusión	27 (2,53)	60 (32,26)	87 (6,93)
Uso de equipos de inyección contaminada	24 (2,25)	7 (3,76)	31 (2,47)
Exposición ocupacional	2 (0,19)	2 (1,08)	4 (0,32)
Transmisión sexual	822 (76,89)	25 (13,44)	847 (67,49)
Consumo de sustancias psicoactivas intranasales	4 (100,00)	0 (0,00)	4 (0,32)
Otras formas de transmisión sanguínea	11 (1,03)	10 (5,38)	21 (1,67)
Desconocido	53 (4,96)	22 (11,83)	75 (5,98)
Sin dato	122 (11,41)	53 (28,49)	175 (13,94)
Presencia de fibrosis hepática¹			
Sí	498 (46,59)	113 (60,75)	611 (48,69)
No	571 (53,41)	73 (39,25)	644 (51,31)
Cirrosis			
Compensada (A)	15 (1,40)	19 (10,22)	34 (2,71)
No compensada (B-C)	18 (1,68)	11 (5,91)	29 (2,31)
No tiene cirrosis	784 (73,34)	84 (45,16)	868 (69,16)
Cirrosis sin estadificar	12 (1,12)	12 (6,45)	24 (1,91)
No tamizado	240 (22,45)	60 (32,26)	300 (23,90)
Genotipo			
1a	45 (4,21)	3 (1,61)	48 (3,82)
1b	14 (1,31)	11 (5,91)	25 (1,99)
2	0 (0,00)	2 (1,08)	2 (0,16)

Tabla 4. Características clínicas de los casos incidentes de hepatitis C crónica (continuación)

Variables	Hombre n (%)	Mujer n (%)	Total n (%)
4	99 (9,26)	1 (0,54)	100 (7,97)
Sin dato	911 (85,22)	169 (90,86)	1.080 (86,06)
Tratamiento previo			
Sí	138 (12,91)	1 (0,54)	139 (11,08)
No	931 (87,09)	185 (99,46)	1.116 (88,92)
Total	1.069 (100,00)	186 (100,00)	1.255 (100,00)

¹ Clasificación de la fibrosis hepática según la escala de Metavir. Se tuvieron en cuenta los resultados de test como el fibroscan, fibrotest, FIB4, APRI y en menor proporción la biopsia hepática.

1.1.3. Características clínicas de los casos incidentes de hepatitis C crónica según el genotipo

Solo el 13,94% de los casos incidentes contaban con información de la genotipificación. Los subtipos más comunes fueron el genotipo 4 y el 1a; no obstante, entre las mujeres, el 1b fue el más reportado (n= 11). En las personas con subtipo 4, la mediana de la edad fue de 36 años (RIC: 29,78 - 40,05), el 99% correspondió a los hombres, además presentaban una alta tasa de coinfección por el VIH (86%). Conjuntamente, el 55% presentaba algún grado de fibrosis hepática y el principal mecanismo de transmisión fue el sexual, reportado en el 96% de los casos. En el grupo con 1a, la mediana de la edad también fue de 36 años (RIC: 31,61 - 42,14); el 52,08% evidenció daño hepático y la vía sexual fue igualmente predominante (87,50%). Cabe señalar que en un 6,25% de estos últimos no se contó con la información relacionada con el modo de transmisión.

Tabla 5. Características clínicas de los casos incidentes de hepatitis C crónica según el genotipo

Características	Genotipo					
	1a	1b	2	4	Sin dato	Total
Mediana de edad (RIC)¹	35,83 (31,61-42,14)	60,69 (36,65-72,53)	67,26 (64,79-69,73)	34,67 (29,78-44,05)	36,17 (30,58-50,08)	36,16 (30,58-49,12)
Sexo						
Hombre	45 (4,21)	14 (1,31)	0 (0,00)	99 (9,26)	911 (85,22)	1.069 (68,75)
Mujer	3 (1,61)	11 (5,91)	2 (1,08)	1 (0,54)	169 (90,86)	186 (11,96)
Coinfección VIH						
Sí	42 (87,50)	7 (28,00)	0 (0,00)	86 (86,00)	736 (68,15)	871 (69,40)
No	4 (8,33)	15 (60,00)	2 (100,00)	14 (14,00)	246 (22,78)	281 (22,39)
No evaluado	2 (4,17)	3 (12,00)	0 (0,00)	0 (0,00)	98 (9,07)	103 (8,21)
Coinfección VHB						
Sí	0 (0,00)	0 (0,00)	0 (0,00)	2 (2,00)	26 (2,41)	28 (2,23)
No	44 (91,67)	23 (92,00)	2 (100,00)	94 (94,00)	930 (86,11)	1.093 (87,09)
No evaluado	4 (8,33)	2 (8,00)	0 (0,00)	4 (4,00)	124 (11,48)	134 (10,68)
Presencia de fibrosis hepática						
Sí	25 (52,08)	17 (68,00)	1 (50,00)	55 (55,00)	513 (47,50)	611 (48,69)
No	23 (47,92)	8 (32,00)	1 (50,00)	45 (45,00)	567 (52,50)	644 (51,31)
Cirrosis						
Compensada (A)	2 (4,17)	5 (20,00)	0 (0,00)	1 (1,00)	26 (2,41)	34 (2,71)
No compensada (B - C)	0 (0,00)	0 (0,00)	0 (0,00)	0 (0,00)	29 (2,69)	29 (2,31)



Tabla 5. Características clínicas de los casos incidentes de hepatitis C crónica según el genotipo (continuación)

Características	Genotipo					
	1a	1b	2	4	Sin dato	Total
Cirrosis sin estadificar	0 (0,00)	0 (0,00)	0 (0,00)	0 (0,00)	24 (2,22)	24 (1,91)
No tiene cirrosis	45 (93,75)	19 (76,00)	2 (100,00)	98 (98,00)	704 (65,19)	868 (69,16)
No tamizado	1 (2,08)	1 (4,00)	0 (0,00)	1 (1,00)	297 (27,50)	300 (23,90)
ERC 4-5						
Sí	1 (2,08)	0 (0,00)	0 (0,00)	0 (0,00)	10 (0,93)	11 (0,88)
No	47 (97,92)	25 (100,00)	2 (100,00)	100 (100,00)	1.070 (99,07)	1.244 (99,12)
Trasplante hepático						
No	0 (0,00)	0 (0,00)	0 (0,00)	0 (0,00)	1 (0,09)	1 (0,08)
Sin dato	48 (100,00)	25 (100,00)	2 (100,00)	100 (100,00)	1.079 (99,91)	1.254 (99,92)
Mecanismo de transmisión						
Evento adverso relacionado con procedimientos de salud	0 (0,00)	1 (4,00)	0 (0,00)	0 (0,00)	10 (0,93)	11 (0,88)
Hemotransfusión	2 (4,17)	4 (16,00)	1 (50,00)	1 (1,00)	79 (7,31)	87 (6,93)
Uso de equipos de inyección contaminada		2 (8,00)	0 (0,00)	0 (0,00)	29 (2,69)	31 (2,47)
Exposición ocupacional	0 (0,00)	1 (4,00)	0 (0,00)	1 (1,00)	2 (0,19)	4 (0,32)
Transmisión sexual	42 (87,50)	7 (28,00)	0 (0,00)	96 (96,00)	702 (65,00)	847 (67,49)
Consumo de sustancias psicoactivas intranasales	0 (0,00)	0 (0,00)	0 (0,00)	1 (1,00)	3 (0,28)	4 (0,32)
Otras formas de transmisión sanguínea	1 (2,08)	3 (12,00)	0 (0,00)	0 (0,00)	17 (1,57)	21 (1,67)
Desconocido	3 (6,25)	7 (28,00)	1 (50,00)	1 (1,00)	238 (22,04)	250 (19,92)
Tratamiento previo						
Sí	20 (41,67)	5 (20,00)	0 (0,00)	23 (23,00)	89 (8,24)	137 (10,92)
No	28 (58,33)	20 (80,00)	2 (100,00)	77 (77,00)	991 (91,76)	1.118 (89,08)
Total	48 (100,00)	25 (100,00)	2 (100,00)	100 (100,00)	1.080 (100,00)	1.255 (100,00)

¹ RIC: rango intercuartil.

2.

Caracterización de
las **personas**
prevalentes de
hepatitis C crónica



Fondo Colombiano de
Enfermedades de Alto Costo

2.

RESUMEN infográfico

Caracterización de las personas prevalentes de hepatitis C crónica

Periodo: del 1° de enero al 31 de diciembre de 2024.



En 2024, se identificaron **3.318** casos prevalentes de hepatitis C crónica,

lo que refleja un incremento del 26,35% en comparación con el periodo anterior.

La mediana de la edad general fue de **37 años** (RIC: 31 - 50).



La mayor proporción de los casos se concentró en la población masculina, que representó el 83,43% del total de personas con infección por el VHC.



Bogotá, D. C., (41,14%) y la región Central (29,66%) concentraron la mayor proporción de los casos prevalentes.



Los hombres de entre 25 y 39 años representaron el 51,87% de los casos, mientras que las mujeres en ese mismo grupo de edad constituyeron únicamente el 1,87% del total.

Casi la mitad de los casos prevalentes (47,71%) presentaron signos de

fibrosis hepática.

El genotipo viral predominante fue el tipo 4, representando el 10,16% (n= 337) de los casos, seguido por el tipo 11 con un 3,68% (n= 122).

RIC: rango intercuartílico.
VHC: virus de hepatitis C crónica.

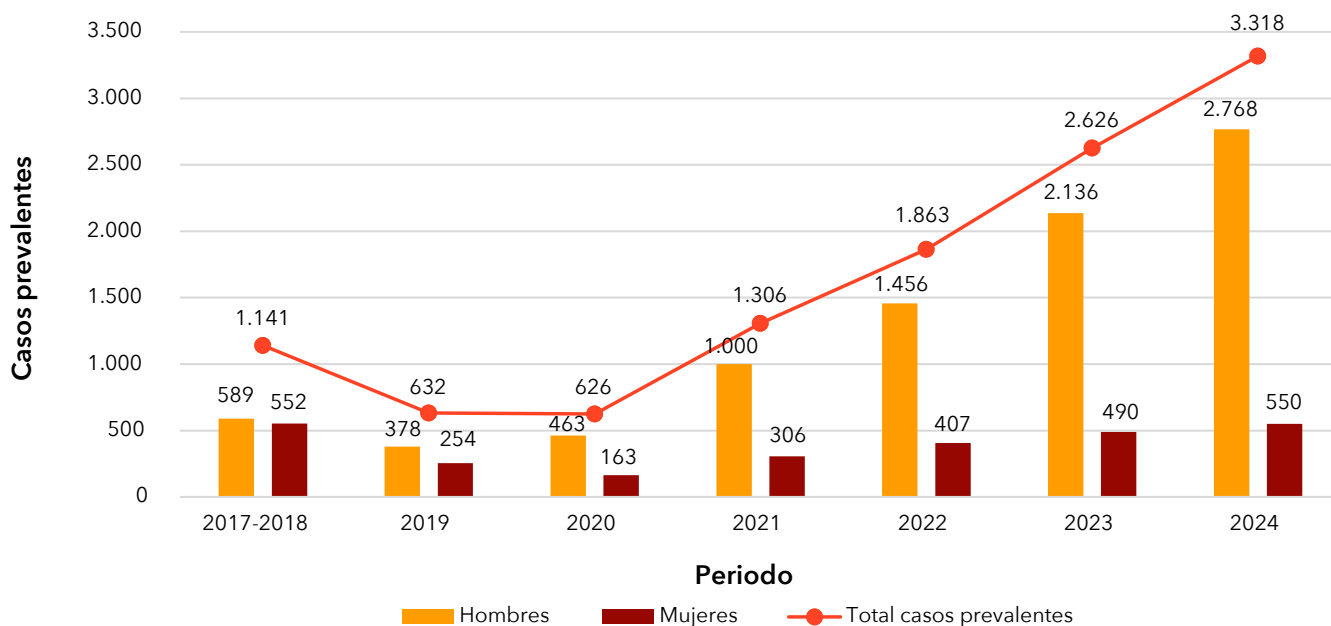
[Descargar infografía](#)

2. Caracterización de las personas prevalentes de hepatitis C crónica

2.1. Caracterización demográfica de los casos prevalentes de hepatitis C crónica

Para el último periodo de análisis se identificaron 3.318 casos de hepatitis C crónica, lo que corresponde a un aumento del 26,35% respecto al año 2023. Al desagregar por el sexo, el crecimiento fue más notable en los hombres, con una variación del 29,59% (n= 632), mientras que en las mujeres el incremento fue del 12,24% (n= 60).

Figura 6. Tendencia del número de casos prevalentes de hepatitis C crónica, Colombia 2017 - 2024



[Descargar figura](#)

La **tabla 6** presenta el perfil sociodemográfico de los casos prevalentes. En relación con el régimen de afiliación, la mayoría estaba en el contributivo (81,83%), seguido por el subsidiado (17,36%). Al observar la distribución por el sexo, los hombres representaron la mayor parte de los casos (83,42%). La mediana de la edad para la población general fue de 37 años (RIC: 31 - 50).

En cuanto a la ubicación geográfica, Bogotá, D. C., concentró la mayor proporción de los casos en el régimen contributivo (45,82%), mientras que en el subsidiado predominó la región Central (41,49%). Estos resultados reflejan que el VHC prevalece principalmente en los hombres y está altamente concentrada en las personas del régimen contributivo. Por otro lado, un pequeño porcentaje correspondió a las entidades liquidadas (0,81%), específicamente a la EPS016, la EPS044, la EPS045 y la ESS076.



Tabla 6. Características sociodemográficas de los casos prevalentes de hepatitis C crónica según el régimen de afiliación

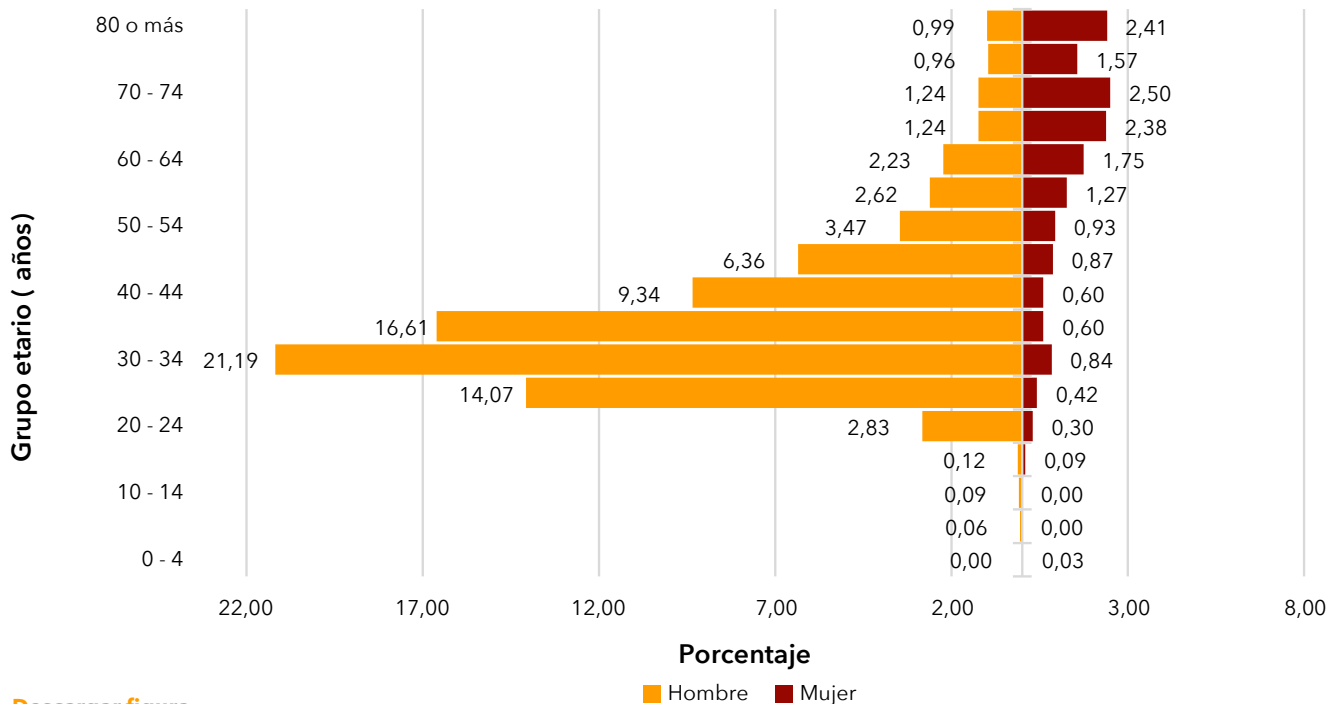
Características	Régimen de afiliación			
	Contributivo n (%) 2.715 (81,83)	Subsidiado n (%) 576 (17,36)	Entidades liquidadas n (%) 27 (0,81)	Total n (%) 3.318 (100,00)
Sexo				
Hombre	2.298 (84,64)	450 (78,13)	20 (74,07)	2.768 (83,42)
Mujer	417 (15,36)	126 (21,88)	7 (25,93)	550 (16,58)
Edad¹	37 (31 - 50)	37 (30 - 51,5)	44 (35 - 58)	37 (31 - 50)
Región de residencia				
Amazonía-Orinoquía	11 (0,41)	4 (0,69)	0 (0,00)	15 (0,45)
Bogotá, D. C.	1.244 (45,82)	116 (20,14)	5 (18,52)	1.365 (41,14)
Caribe	161 (5,93)	98 (17,01)	5 (18,52)	264 (7,96)
Central	733 (27,00)	239 (41,49)	12 (44,44)	984 (29,66)
Oriental	190 (7,00)	63 (10,94)	2 (7,41)	255 (7,69)
Pacífica	376 (13,85)	56 (9,72)	3 (11,11)	435 (13,11)

¹ Mediana (RIC).

2.1.1. Distribución de los casos prevalentes según la edad y el sexo

El 22,03% (n= 731) de los casos prevalentes correspondió al grupo etario de 30 a 34 años. Al analizar por el sexo, la mayor proporción de las mujeres se concentró en el grupo de 60 años o más (64%; n= 352), mientras que, en los hombres, el 62,17% (n= 1.721) estaba entre los 25 y 39 años. La distribución etaria observada en la pirámide poblacional refleja un patrón similar al del periodo anterior.

Figura 7. Pirámide poblacional de los casos prevalentes de hepatitis C crónica, Colombia 2024



[Descargar figura](#)

2.1.2. Distribución de los casos prevalentes según la región y el sexo

En términos regionales, la mayoría de los casos prevalentes se registró en Bogotá, D. C., con un 41,14% (n= 1.365). Al analizar la distribución por el sexo, se observó que tanto los hombres como las mujeres se concentraron principalmente en Bogotá, D. C., y en la región Central. En contraste, la Amazonía-Orinoquía presentó una menor cantidad de casos, con cinco mujeres y diez hombres (**tabla 7**).

Tabla 7. Casos prevalentes de hepatitis C crónica según la región y el sexo, Colombia 2024

Región	Hombre n (%)	Mujer n (%)	Total n (%)
Amazonía-Orinoquía	10 (0,36)	5 (0,91)	15 (0,45)
Bogotá, D. C.	1.198 (43,28)	167 (30,36)	1.365 (41,14)
Caribe	137 (4,95)	127 (23,09)	264 (7,96)
Central	902 (32,59)	82 (14,91)	984 (29,66)
Oriental	176 (6,36)	79 (14,36)	255 (7,69)
Pacífica	345 (12,46)	90 (16,36)	435 (13,11)
Total	2.768 (100,00)	550 (100,00)	3.318 (100,00)

Las entidades EPS010 (n= 662), EPS005 (n= 603) y EPS037 (n= 391) concentraron el mayor número de los casos prevalentes durante el periodo analizado.



La distribución completa por EAPB puede consultarse a través del aplicativo **HIGIA**, disponible en el sitio web de la CAC.

2.2. Caracterización clínica de los casos prevalentes de hepatitis C crónica

En cuanto a las comorbilidades de los casos prevalentes, la coinfección con VIH se identificó en el 69,26% (n= 2.298), predominando en el sexo masculino (81,39%; n= 2.253). Así mismo, se evidenciaron cinco personas (0,15%) con antecedente de trasplante hepático, 31 casos (0,93%) con enfermedad renal crónica en estadios 4 o 5, y coinfección con hepatitis B en el 2,23% (n= 74) de los casos.

Por otro lado, el mecanismo de transmisión más frecuente fue el sexual, representando el 61,39% (n= 2.037) de los casos. Este patrón fue aún más marcado en los hombres, donde alcanzó el 71,28%, mientras que, en las mujeres, la hemotransfusión constituyó el mecanismo predominante (29,09%). Sin embargo, en el 24,95% de los casos no se contó con la información relacionada con la vía de transmisión.

En cuanto a la fibrosis hepática, se observó en el 47,71% casos prevalentes. Dentro de este grupo, 233 personas presentaron cirrosis, con una mayor proporción en las mujeres (22,55%) en comparación con los hombres (3,94%). El genotipo viral más frecuente fue el tipo 4, con una proporción del 10,16% (n= 337). No obstante, en el 82,25% de los casos no se contó con información de la genotipificación.

Finalmente, el 10,61% (n= 354) de los casos prevalentes tenía antecedentes de tratamiento para hepatitis C crónica. Los esquemas terapéuticos más utilizados fueron sofosbuvir/velpatasvir (n= 289), seguido de ledipasvir/sofosbuvir (n= 23).



Tabla 8. Características clínicas de los casos prevalentes de hepatitis C crónica, Colombia 2024

Variables	Hombre n (%)	Mujer n (%)	Total n (%)
Comorbilidades			
Cirrosis			
Sí	109 (3,94)	124 (22,55)	233 (7,02)
No	2.071 (74,82)	289 (52,55)	2.360 (71,13)
No evaluado	588 (21,24)	137 (24,91)	725 (21,85)
Coinfección VIH			
Sí	2.253 (81,39)	45 (8,18)	2.298 (69,26)
No	404 (14,60)	368 (66,91)	772 (23,27)
No evaluado	111 (4,01)	137 (24,91)	248 (7,47)
Hepatitis B			
Sí	71 (2,57)	3 (0,55)	74 (2,23)
No	2.471 (89,27)	455 (82,73)	2.926 (88,19)
Sin dato	226 (8,16)	92 (16,73)	318 (9,58)
Trasplante hepático			
Sí	3 (0,11)	2 (0,36)	5 (0,15)
No	2.759 (99,67)	545 (99,09)	3.304 (99,58)
Sin dato	6 (0,22)	3 (0,55)	9 (0,27)
ERC 4-5			
Sí	18 (0,65)	13 (2,36)	31 (0,93)
No	2.745 (99,17)	534 (97,09)	3.279 (98,82)
Sin dato	5 (0,18)	3 (0,55)	8 (0,24)
Mecanismo de transmisión			
Evento adverso relacionado con procedimientos de salud	14 (0,51)	19 (3,45)	33 (0,99)
Hemotransfusión	79 (2,85)	160 (29,09)	239 (7,20)
Uso de equipos de inyección contaminada	91 (3,29)	22 (4,00)	113 (3,41)
Exposición ocupacional	5 (0,18)	8 (1,45)	13 (0,39)
Transmisión sexual	1.973 (71,28)	64 (11,64)	2.037 (61,39)
Consumo de sustancias psicoactivas intranasales	11 (0,40)	0 (0,00)	11 (0,33)
Otras formas de transmisión sanguínea	28 (1,01)	16 (2,91)	44 (1,33)
Desconocido	567 (20,48)	261 (47,45)	828 (24,95)
Presencia de fibrosis hepática¹			
Sí	1.262 (45,59)	321 (58,36)	1.583 (47,71)
No	1.506 (54,41)	229 (41,64)	1.735 (52,29)
Cirrosis			
Compensada (A)	44 (1,59)	58 (10,55)	102 (3,07)
No compensada (B-C)	34 (1,23)	32 (5,82)	66 (1,99)
Cirrosis sin estadificar	31 (1,12)	34 (6,18)	65 (1,96)
No tiene cirrosis	2.071 (74,82)	289 (52,55)	2.360 (71,13)
No tamizado	588 (21,24)	137 (24,91)	725 (21,85)
Genotipo			
1a	116 (4,19)	6 (1,09)	122 (3,68)
1b	60 (2,17)	53 (9,64)	113 (3,41)

Tabla 8. Características clínicas de los casos prevalentes de hepatitis C crónica, Colombia 2024 (continuación)

Variables	Hombre n (%)	Mujer n (%)	Total n (%)
2	5 (0,18)	8 (1,45)	13 (0,39)
3a	3 (0,11)	1 (0,18)	4 (0,12)
4	334 (12,07)	3 (0,55)	337 (10,16)
Sin dato	2.250 (81,29)	479 (87,09)	2.729 (82,25)
Tratamiento previo			
Sí	334 (12,07)	20 (3,64)	354 (10,61)
No	2.434 (87,93)	530 (96,36)	2.964 (89,33)
Total	2.136 (100,00)	550 (100,00)	3.318 (100,00)

¹ Clasificación de la fibrosis hepática según la escala de Metavir. Se tuvieron en cuenta los resultados de test como el fibroscan, fibrotest, FIB4, APRI y en menor proporción la biopsia hepática.

2.2.1. Características clínicas de los casos prevalentes de hepatitis C crónica según el genotipo

La **tabla 10** muestra los hallazgos clínicos de las personas según la variante genética del VHC, con el propósito de describir los diferentes perfiles de infección. Solo el 14,59% de los casos prevalentes contaba con la información de la genotipificación. El genotipo más común fue el tipo 4 (n= 337), seguido del 1a (n= 112).

Entre las mujeres, el genotipo predominante fue el 1b (9,64%), mientras que en los hombres prevaleció el tipo 4 (12,07%). En este último grupo, la mayoría presentaba coinfección con VIH (90,21%), siendo la transmisión sexual la vía principal, además, el 23,74% tenía antecedentes de tratamiento previo.

Por otro lado, el genotipo 3a fue el menos frecuente, con solo cuatro casos registrados, todos con coinfección por VIH. De estos, tres presentaban fibrosis hepática, uno había desarrollado cirrosis y uno tenía antecedentes de tratamiento previo.

Tabla 9. Características clínicas de los casos prevalentes de hepatitis C crónica según el genotipo

Características	Genotipo						
	1a	1b	2	3a	4	Sin datos	Total
Mediana de edad (RIC)	35,46 (30,47-42,95)	57,22 (36,40-68,66)	59,95 (33,36-69,73)	52,30 (34,61-58,98)	33,6 (29,41-39,64)	36,11 (29,97-49,27)	36 (29,99-48,81)
Sexo							
Hombre	116 (4,19)	60 (2,17)	5 (0,18)	3 (0,11)	334 (12,07)	2.250 (81,29)	2.768 (83,42)
Mujer	6 (1,09)	53 (9,64)	8 (1,45)	1 (0,18)	3 (0,55)	479 (87,09)	550 (16,58)
Coinfección VIH							
Sí	101 (82,79)	28 (24,78)	3 (23,08)	2 (50,00)	304 (90,21)	1.860 (68,16)	2.298 (69,26)
No	14 (11,48)	71 (62,83)	8 (61,54)	2 (50,00)	32 (9,50)	645 (23,64)	772 (23,27)
No evaluado	7 (5,74)	14 (12,39)	2 (15,38)	0 (0,00)	1 (0,30)	224 (8,21)	248 (7,47)
Coinfección VHB							
Sí	2 (1,64)	1 (0,88)	0 (0,00)	0 (0,00)	5 (1,48)	66 (2,42)	74 (2,23)
No	108 (88,52)	102 (90,27)	13 (100,00)	4 (100,00)	320 (94,96)	2.379 (87,17)	2.926 (88,19)
Sin dato	12 (9,84)	10 (8,85)	0 (0,00)	0 (0,00)	12 (3,56)	284 (10,41)	318 (9,58)
Presencia de fibrosis hepática							
Sí	60 (49,18)	65 (57,52)	6 (46,15)	3 (75,00)	163 (48,37)	1.286 (47,12)	1.583 (47,71)
No	62 (50,82)	48 (42,48)	7 (53,85)	1 (25,00)	174 (51,63)	1.443 (52,88)	1.735 (52,29)
Cirrosis							
Compensada (A)	4 (3,28)	10 (8,85)	2 (15,38)	0 (0,00)	2 (0,59)	84 (3,08)	102 (3,07)

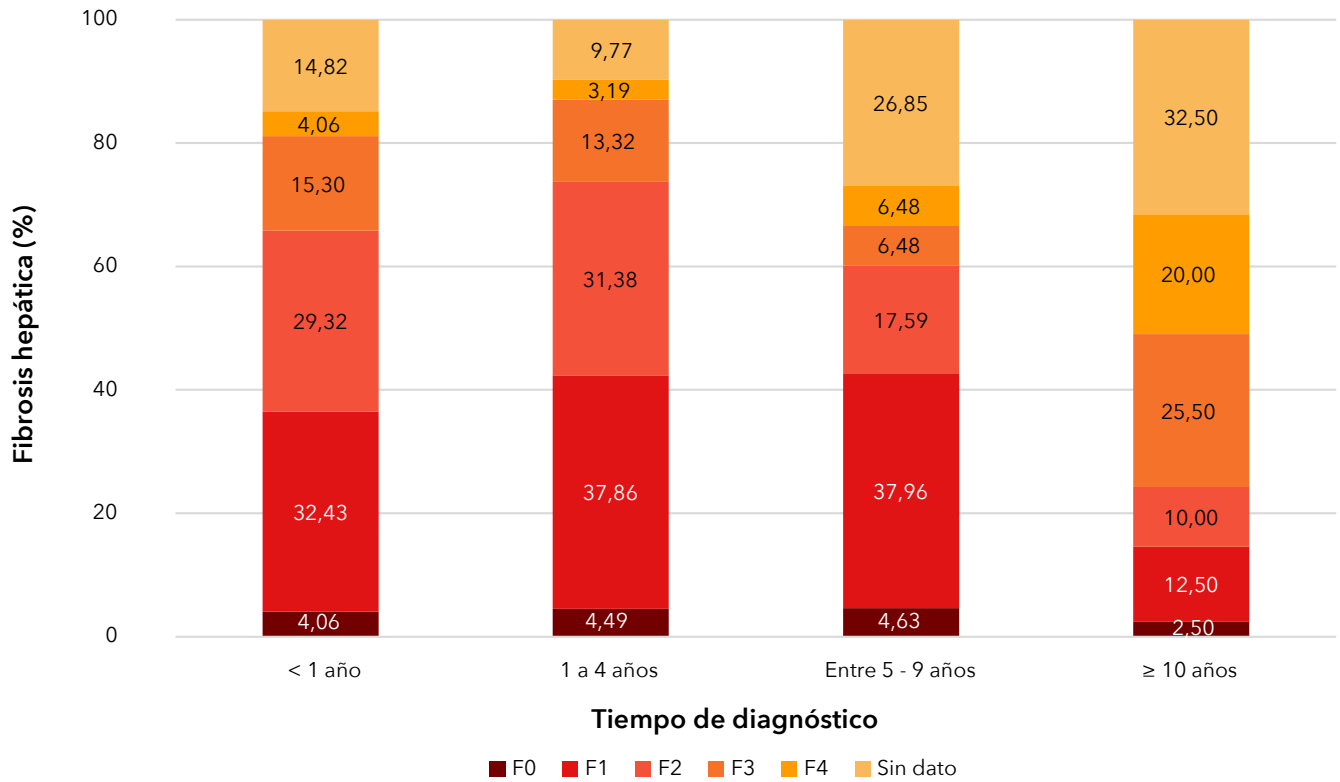


Tabla 9. Características clínicas de los casos prevalentes de hepatitis C crónica según el genotipo (continuación)

Características	Genotipo						Total
	1a	1b	2	3a	4	Sin datos	
No compensada (B-C)	0 (0,00)	5 (4,42)	0 (0,00)	1 (25,00)	0 (0,00)	60 (2,20)	66 (1,99)
Cirrosis sin estadificar	0 (0,00)	3 (2,65)	0 (0,00)	0 (0,00)	0 (0,00)	62 (2,27)	65 (1,96)
No tiene cirrosis	113 (92,62)	84 (74,34)	9 (69,23)	3 (75,00)	324 (96,14)	1.827 (66,95)	2.360 (71,13)
No tamizado	5 (4,10)	11 (9,73)	2 (15,38)	0 (0,00)	11 (3,26)	696 (25,50)	725 (21,85)
ERC 4-5							
Sí	1 (0,82)	1 (0,88)	1 (7,69)	0 (0,00)	0 (0,00)	28 (1,03)	31 (0,93)
No	121 (99,18)	112 (99,12)	12 (92,31)	4 (100,00)	337 (100,00)	2.693 (98,68)	3.279 (98,82)
Sin dato	0 (0,00)	0 (0,00)	0 (0,00)	0 (0,00)	0 (0,00)	8 (0,29)	8 (0,24)
Trasplante hepático							
Sí	0 (0,00)	1 (0,88)	0 (0,00)	0 (0,00)	0 (0,00)	4 (0,15)	5 (0,15)
No	122 (100,00)	112 (99,12)	13 (100,00)	4 (100,00)	337 (100,00)	2.716 (99,52)	3.304 (99,58)
Sin dato	0 (0,00)	0 (0,00)	0 (0,00)	0 (0,00)	0 (0,00)	9 (0,33)	9 (0,27)
Mecanismo de transmisión							
Evento adverso relacionado con procedimientos de salud	0 (0,00)	5 (4,42)	2 (15,38)	0 (0,00)	1 (0,30)	25 (0,92)	33 (0,99)
Hemotransfusión	8 (6,56)	26 (23,01)	3 (23,08)	1 (25,00)	2 (0,59)	199 (7,29)	239 (7,20)
Uso de equipos de inyección contaminada	4 (3,28)	5 (4,42)	0 (0,00)	0 (0,00)	0 (0,00)	104 (3,81)	113 (3,41)
Exposición ocupacional	0 (0,00)	1 (0,88)	0 (0,00)	0 (0,00)	1 (0,30)	11 (0,40)	13 (0,39)
Transmisión sexual	93 (76,23)	34 (30,09)	3 (23,08)	1 (25,00)	304 (90,21)	1.602 (58,70)	2.037 (61,39)
Consumo de sustancias psicoactivas intranasales	0 (0,00)	0 (0,00)	0 (0,00)	0 (0,00)	1 (0,30)	10 (0,37)	11 (0,33)
Otras formas de transmisión sanguínea	2 (1,64)	6 (5,31)	0 (0,00)	0 (0,00)	0 (0,00)	36 (1,32)	44 (1,33)
Desconocido	15 (12,30)	36 (31,86)	5 (38,46)	2 (50,00)	28 (8,31)	742 (27,19)	828 (24,95)
Tratamiento previo							
Sí	49 (40,16)	19 (16,81)	3 (23,08)	1 (25,00)	80 (23,74)	209 (7,66)	361 (10,88)
No	73 (59,84)	94 (83,19)	10 (76,92)	3 (75,00)	257 (76,26)	2.520 (92,34)	2.957 (89,12)
Total	122 (100,00)	113 (100,00)	13 (100,00)	4 (100,00)	337 (100,00)	2.729 (100,00)	3.318 (100,00)

La **figura 8** ilustra la relación entre el grado de fibrosis hepática y el tiempo desde el diagnóstico en los casos prevalentes con estadificación registrada. Se evidenció que el 30,68% de las personas con algún grado de fibrosis habían sido diagnosticadas hacía menos de un año. En aquellos con una evolución de 1 a 4 años, se observó un predominio de los grados intermedios (F2 y F3), representando el 25,79%. Los casos sin evidencia de fibrosis (F0) fueron menos frecuentes en personas con más de 10 años de diagnóstico, periodo en el que también se concentraron los casos en estadio F4, el más avanzado.

Figura 8. Distribución del grado de fibrosis hepática en los casos prevalentes de hepatitis C crónica según el tiempo de diagnóstico



[Descargar figura](#)

3.

Morbilidad y mortalidad en la población con hepatitis C crónica



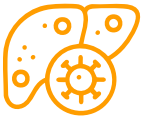
Fondo Colombiano de
Enfermedades de Alto Costo

3.

RESUMEN infográfico

Morbilidad y mortalidad en la población con hepatitis C crónica

Periodo: del 1° de enero al 31 de diciembre de 2024.



La incidencia cruda de la hepatitis C crónica en el periodo fue de _____

2,38 casos nuevos por cada 100.000 habitantes.

La región con la tasa de incidencia estandarizada más alta fue

Bogotá, D. C.,

(6,27 casos por cada 100.000 habitantes), seguida de la región Central con 2,58 casos.



La prevalencia cruda de la hepatitis C crónica fue de 6,29 casos por 100.000 habitantes. En comparación con el periodo anterior, se observó un incremento en ambos sexos, pasando de 8,97 a 10,76 por cada 100.000 habitantes hombres y de 1,81 a 2,04 en mujeres.



De acuerdo con la región de residencia, la mayor parte de la población se concentró en Bogotá, D. C., (45,06%) y en la Central (25,90%).



Durante el periodo se reportaron 37 muertes, lo que corresponde a una mortalidad cruda por todas las causas de 0,07 defunciones por 100.000 habitantes.

La mortalidad estandarizada más alta se presentó en _____

Risaralda

(0,21 fallecimientos por cada 100.000 habitantes) y en Atlántico (0,20).

IC: intervalo de confianza.

[Descargar infografía](#)

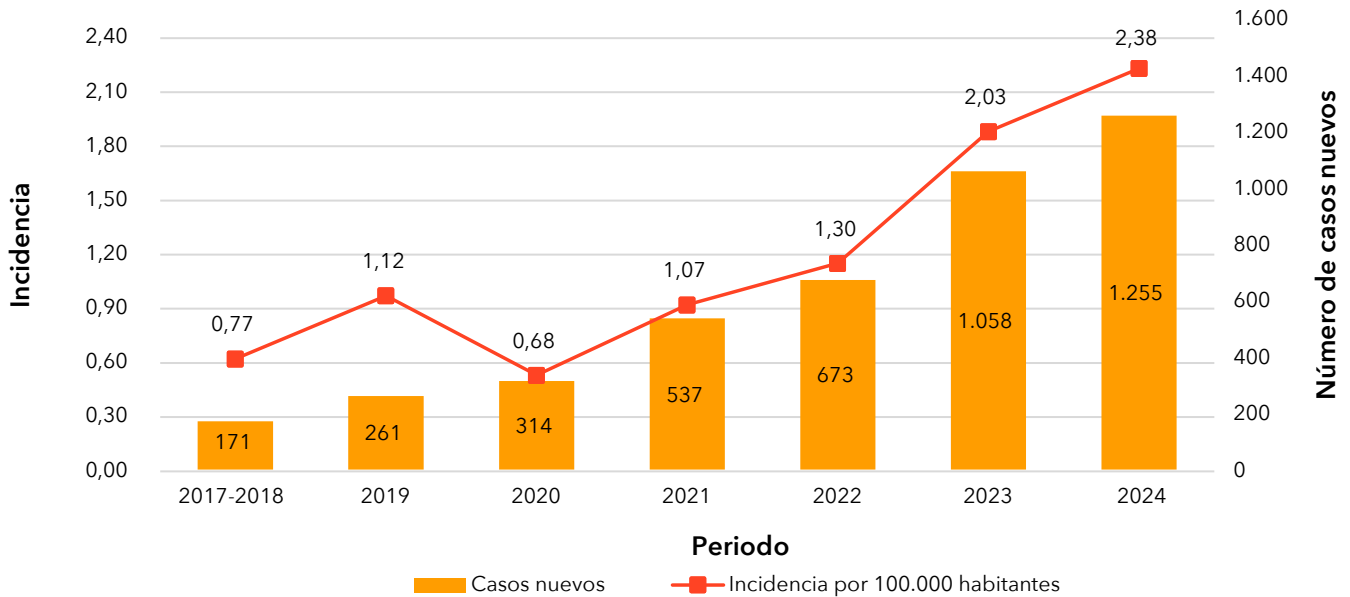


3. Morbilidad y mortalidad en la población con hepatitis C crónica

3.1. Incidencia de la hepatitis C crónica

La **figura 9** muestra el comportamiento de la incidencia cruda, la cual mantiene la tendencia creciente observada desde 2020, alcanzando en 2024 el valor más alto registrado en toda la cohorte.

Figura 9. Tendencia de la incidencia cruda de la hepatitis C crónica, Colombia 2017 - 2024



[Descargar figura](#)

3.1.1. Incidencia según el sexo

La incidencia cruda nacional para el periodo 2024 fue de 2,38 casos por cada 100.000 habitantes y en los hombres es más de cuatro veces mayor que en las mujeres. En la **tabla 10** se muestran las incidencias nacional cruda y estandarizada por la edad.

Tabla 10. Incidencia de la hepatitis C crónica según el sexo

Categoría	Casos nuevos	Población	Cruda	Estandarizada ¹	IC 95% ²
Hombre	1.069	25.718.840	4,16	4,17	3,92 - 4,42
Mujer	186	26.977.112	0,69	0,65	0,55 - 0,74
Nacional	1.255	52.695.952	2,38	2,22	2,09 - 2,34

¹ Estandarización directa para controlar el efecto de la edad. Estandarización por la población proyectada por las Naciones Unidas para Latinoamérica y el Caribe para el año 2024.

² Intervalo de confianza al 95% para la incidencia estandarizada.

3.1.2. Incidencia de la hepatitis C crónica según la región

La región con la tasa de incidencia estandarizada más alta fue Bogotá, D. C., con 6,27 casos por cada 100.000 habitantes, seguida por la Central con 2,58 casos. La incidencia más baja se registró en la Amazonía-Orinoquía, con 0,45 casos por cada 100.000 habitantes (**tabla 11**).

Tabla 11. Incidencia de la hepatitis C crónica por 100.000 habitantes según la región

Categoría	Incidencia (100.000 habitantes)				
	Casos nuevos	Población	Cruda	Estandarizada ¹	IC 95% ²
Amazonía-Orinoquía	6	1.599.445	0,38	0,45	0,16 - 0,99
Bogotá, D. C.	553	7.929.539	6,97	6,27	5,75 - 6,81
Caribe	103	12.041.238	0,86	0,96	0,78 - 1,16
Central	325	12.491.141	2,60	2,58	2,30 - 2,87
Oriental	94	10.097.348	0,93	0,93	0,75 - 1,13
Pacífica	174	8.537.241	2,04	2,09	1,78 - 2,42
Nacional	1.255	52.695.952	2,38	2,22	2,09 - 2,34

¹ Estandarización directa para controlar el efecto de la edad. Estandarización por la población proyectada por las Naciones Unidas para Latinoamérica y el Caribe para el año 2024.

² Intervalo de confianza al 95% para la incidencia estandarizada.

3.1.3. Incidencia de la hepatitis C crónica según el régimen de afiliación y la entidad aseguradora

La EAPB con la incidencia estandarizada más alta fue la EPS001, con 6,55 casos por cada 100.000 habitantes, seguida por la EPS008, con 5,37 casos. Así mismo, fue mayor en el régimen contributivo en comparación con el subsidiado (**tabla 12**).



Las incidencias cruda y estandarizada por la edad, desagregadas por la entidad territorial y la EAPB están disponibles en el aplicativo **HIGIA**.

Tabla 12. Incidencia de la hepatitis C crónica por 100.000 afiliados según el régimen de afiliación

Categoría	Incidencia (100.000 afiliados)				
	Casos nuevos	Población	Cruda	Estandarizada ¹	IC 95% ²
Contributivo	1.070	28.510.837	3,75	3,52	3,30 - 3,73
Subsidiado	185	20.809.189	0,89	0,98	0,84 - 1,12

¹ Estandarización directa para controlar el efecto de la edad. Estandarización ajustada por la proyección de la población BDUA por quinquenios de edad con corte a junio 30 de 2024.

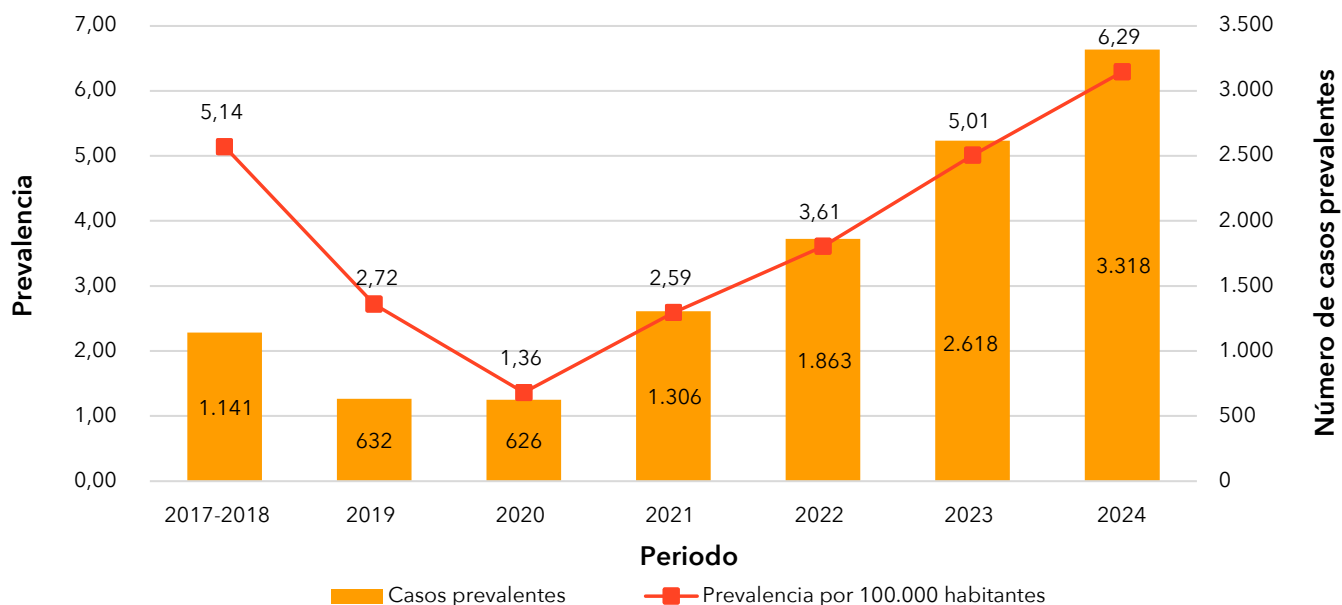
² Intervalo de confianza al 95% para la incidencia estandarizada.

3.2. Prevalencia de la hepatitis C crónica

La prevalencia cruda de infección por VHC ha mantenido una tendencia creciente desde el periodo 2020, alcanzando su valor máximo en 2024 con 6,29 casos por cada 100.000 habitantes. Este aumento podría reflejar una mejora en los procesos de detección y diagnóstico, así como un posible incremento en la carga de la enfermedad.



Figura 10. Tendencia de la prevalencia cruda de la hepatitis C crónica, Colombia 2017 - 2024



[Descargar figura](#)

3.2.1. Prevalencia de la hepatitis C crónica según el sexo

La prevalencia cruda continúa siendo mayor en los hombres (**tabla 13**). En comparación con el periodo anterior, se observó un incremento en ambos sexos, pasando de 8,97 a 10,76 por cada 100.000 afiliados en los hombres y de 1,81 a 2,04 en las mujeres.

Tabla 13. Prevalencia de la hepatitis C crónica según el sexo, Colombia 2024

Categoría	Prevalencia (100.000 habitantes)				
	Casos prevalentes	Población	Cruda	Estandarizada ¹	IC 95% ²
Hombre	2.768	25.718.840	10,76	10,80	10,40 - 11,21
Mujer	550	26.977.112	2,04	1,92	1,76 - 2,09
Nacional	3.318	52.695.952	6,30	5,86	5,66 - 6,06

¹ Estandarización directa para controlar el efecto de la edad. Estandarización ajustada por la proyección de la población BDUA por quinquenios de edad con corte a junio 30 de 2024.

² Intervalo de confianza al 95% para la incidencia estandarizada.

3.2.2. Prevalencia de la hepatitis C crónica según la región y la entidad territorial

La región con el mayor número de casos fue Bogotá, D. C., mientras que la Amazonía-Orinoquía registró el menor número. En cuanto a la prevalencia estandarizada, las entidades territoriales con los valores más altos fueron Bogotá, D. C., (15,51 casos por cada 100.000 habitantes) y Risaralda (14,71). Por el contrario, las prevalencias más bajas se presentaron en Arauca (0,35) y Nariño (0,46).

Tabla 14. Prevalencia de la hepatitis C crónica por 100.000 habitantes según la región, Colombia 2024

Categoría	Prevalencia (100.000 habitantes)				
	Casos prevalentes	Población	Cruda	Estandarizada ¹	IC 95% ²
Amazonía-Orinoquía	15	1.599.445	0,94	1,11	0,61 - 1,84
Bogotá, D. C.	1.365	7.929.539	17,21	15,51	14,70 - 16,36
Caribe	264	12.041.238	2,19	2,46	2,18 - 2,78
Central	984	12.491.141	7,88	7,82	7,34 - 8,33
Oriental	255	10.097.348	2,53	2,52	2,22 - 2,85
Pacífica	435	8.537.241	5,10	5,18	4,70 - 5,69
Nacional	3.318	52.695.952	6,30	5,86	5,66 - 6,06

¹ Estandarización directa para controlar el efecto de la edad. Estandarización ajustada por la proyección de la población DANE 2024 por quinquenios de edad con corte a junio 30 de 2024.

² Intervalo de confianza al 95% para la incidencia estandarizada.

3.2.3. Prevalencia de la hepatitis C crónica según el régimen de afiliación y la entidad aseguradora

Al analizar los datos por el régimen, se observó una mayor prevalencia en el contributivo en comparación con el subsidiado (**tabla 15**). Las entidades con las prevalencias crudas más altas fueron la EPS008 (14,01 casos por cada 100.000 habitantes), la EPS001 (13,12) y la EPS042 (12,47).



Puede consultar las prevalencias cruda y estandarizada de la hepatitis C crónica por la edad, desagregada por la entidad territorial y la EAPB en la plataforma **HIGIA**.

Tabla 15. Prevalencia de la hepatitis C crónica por 100.000 afiliados según el régimen de afiliación, Colombia 2024

Categoría	Prevalencia (100.000 afiliados)				
	Casos prevalentes	Población	Cruda	Estandarizada ¹	IC 95% ²
Contributivo	2.711	28.510.837	9,51	8,91	8,58 - 9,25
Entidades liquidadas	32	SD ³	SD ³	SD ³	SD ³
Subsidiado	575	20.809.189	2,76	3,04	2,80 - 3,30

¹ Estandarización directa para controlar el efecto de la edad. Estandarización ajustada por la proyección de la población DANE 2024 por quinquenios de edad con corte a junio 30 de 2024.

² Intervalo de confianza al 95% para la incidencia estandarizada.

³ SD: sin dato.

3.3. Mortalidad en las personas con hepatitis C crónica

Los casos fallecidos pasaron de 43 a 37 muertes respecto al periodo anterior, lo que corresponde a una mortalidad cruda por todas las causas de 0,07 defunciones por cada 100.000 habitantes. Del total, el 81,09 % (n= 30) se registró en la población masculina, con una tasa de 0,12 defunciones por cada 100.000 hombres.

Tabla 16. Mortalidad de la hepatitis C crónica según el sexo, Colombia 2024

Categoría	Mortalidad (100.000 habitantes)				
	Casos fallecidos	Población	Cruda	Estandarizada ¹	IC 95% ²
Hombre	30	25.718.840	0,12	0,12	0,08 - 0,18
Mujer	7	26.977.112	0,03	0,02	0,01 - 0,05
Nacional	37	52.695.952	0,07	0,06	0,04 - 0,08

¹ Estandarización directa para controlar el efecto de la edad. Estandarización ajustada por la proyección de la población DANE 2024 por quinquenios de edad con corte a junio 30 de 2024.

² Intervalo de confianza al 95% para la incidencia estandarizada.



3.3.1. Mortalidad en las personas con hepatitis C crónica según la región y la entidad territorial

La mortalidad estandarizada más alta se observó en Bogotá, D. C., y en la región Central. En contraste, en la Amazonía-Orinoquía no se reportaron muertes durante el periodo. Los departamentos con las mayores estimaciones fueron Risaralda (0,21 por cada 100.000 habitantes) y Atlántico (0,20).

Tabla 17. Mortalidad de la hepatitis C crónica por 100.000 habitantes según la región, Colombia 2024

Categoría	Mortalidad (100.000 habitantes)				
	Casos fallecidos	Población	Cruda	Estandarizada ¹	IC 95% ²
Amazonía-Orinoquía	0	1.599.445	0,00	SD ³	SD ³
Bogotá, D. C.	11	7.929.539	0,14	0,13	0,07 - 0,24
Caribe	8	12.041.238	0,07	0,08	0,03 - 0,15
Central	10	12.491.141	0,08	0,08	0,04 - 0,14
Oriental	5	10.097.348	0,05	0,05	0,02 - 0,11
Pacífica	3	8.537.241	0,04	0,03	0,01 - 0,10
Nacional	37	52.695.952	0,07	0,06	0,04 - 0,08

¹ Estandarización directa para controlar el efecto de la edad. Estandarización ajustada por la proyección de la población DANE 2024 por quinquenios de edad con corte a junio 30 de 2024.

² Intervalo de confianza al 95% para la incidencia estandarizada.

³ SD: sin dato.

3.3.2. Mortalidad en las personas con hepatitis C crónica según el régimen de afiliación y la entidad aseguradora

El régimen contributivo presentó una mortalidad cruda más alta en comparación con el subsidiado (**tabla 19**). Las EAPB con las estimaciones más altas fueron la EPS048 (0,59 fallecimientos por 100.000 afiliados), la EPS018 (0,16) y la EPS005 (0,15).



Puede consultar la mortalidad cruda y estandarizada por la edad de la hepatitis C crónica, desagregada por la entidad territorial y la EAPB en la plataforma **HIGIA**.

Tabla 18. Mortalidad de la hepatitis C crónica por 100.000 afiliados según el régimen de afiliación, Colombia 2024

Categoría	Mortalidad (100.000 afiliados)				
	Casos fallecidos	Población	Cruda	Estandarizada ¹	IC 95% ²
Contributivo	24	28.510.837	0,08	0,08	0,05 - 0,12
Entidades liquidadas	1	SD ³	SD ³	SD ³	SD ³
Subsidiado	12	20.809.189	0,06	0,06	0,03 - 0,11

¹ Estandarización directa para controlar el efecto de la edad. Estandarización ajustada por la proyección de la población DANE 2024 por quinquenios de edad con corte a junio 30 de 2024.

² Intervalo de confianza al 95% para la incidencia estandarizada.

³ SD: sin dato.

4.

Tratamiento en las personas con hepatitis C crónica



Fondo Colombiano de
Enfermedades de Alto Costo

4.

RESUMEN infográfico

Tratamiento en las personas con hepatitis C crónica

Periodo: del 1° de enero al 31 de diciembre de 2024.



El esquema de AAD más usado fue

sofosbuvir/velpatasvir

con una duración de 12 semanas en el 94,14% de los casos.

El
99,44%
de las personas tratadas recibieron su esquema terapéutico a través del **mecanismo de compra centralizada.**



La RVS fue de 98,91% durante este periodo, manteniéndose por encima del 97% de manera constante desde 2021.

La efectividad del tratamiento con sofosbuvir/velpatasvir **superó el 99%**, sin verse afectada por el tiempo transcurrido desde el diagnóstico, la presencia de **comorbilidades o coinfecciones.**

AAD: antivirales de acción directa.
RVS: respuesta viral sostenida.

[Descargar infografía](#)

4. Tratamiento en las personas con hepatitis C crónica

El tratamiento actual se basa en los antivirales de acción directa (AAD), cuyo propósito es eliminar la infección por el VHC. La efectividad de esta terapia se mide a través de la respuesta viral sostenida (RVS), evaluada a través de la carga viral (CV) 12 semanas después de finalizar el tratamiento.

Durante el periodo 2024, la combinación de sofosbuvir/velpatasvir fue la más frecuentemente prescrita en Colombia para el tratamiento de la hepatitis C. La duración del tratamiento osciló entre 12 y 24 semanas. A continuación, se presentan las características de los pacientes que recibieron esta terapia, así como los resultados en términos de efectividad.

4.1. Generalidades del tratamiento

Se incluyeron 2.316 personas que recibieron tratamiento durante el año analizado. La mayoría de los casos (85,83%, n= 1.986) estaban afiliados al régimen contributivo. El esquema más utilizado fue sofosbuvir/velpatasvir, administrado en el 99,85% de los pacientes, mientras que solo un caso recibió ribavirina. El 99,44% de los tratamientos fueron entregados mediante el mecanismo de compra centralizada. En cuanto al tiempo de tratamiento con AAD, el 99,14% de los pacientes (n= 2.296) completó un esquema de 12 semanas. Respecto al seguimiento, no fue conocido en el 62,48% de los casos, y en el 31,74% se realizó de manera domiciliaria.

Tabla 19. Caracterización del tratamiento actual en las personas con hepatitis C crónica según régimen de afiliación, Colombia 2024

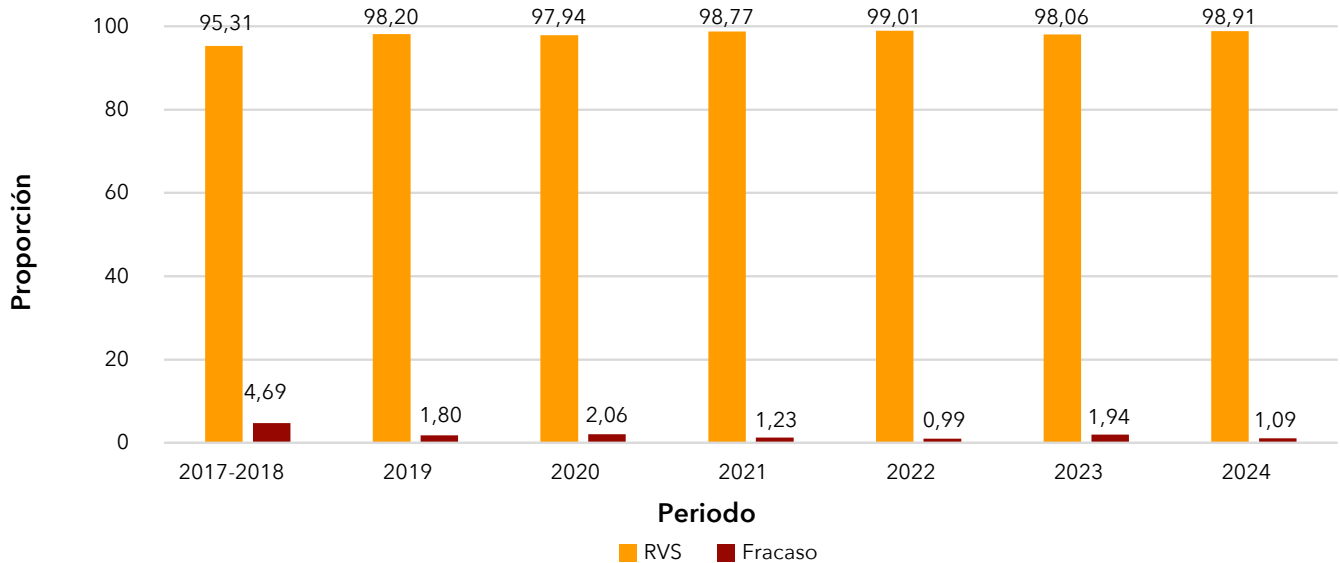
Características	Contributivo n (%)	Subsidiado n (%)	Total n (%)
Esquema de tratamiento			
Velpatasvir/sofosbuvir	1.986 (99,85)	328 (100,00)	2.314 (99,87)
Velpatasvir/sofosbuvir, ribavirina	1 (0,05)	0 (0,00)	1 (0,04)
Sofosbuvir/velpastavir	1 (0,05)	0 (0,00)	1 (0,04)
Esquema de tratamiento de compra centralizada			
Compra centralizada	1.981 (99,60)	323 (98,48)	2.304 (99,44)
Compra por parte de la EAPB	3 (0,15)	0 (0,00)	3 (0,13)
Desconocido	4 (0,20)	5 (1,52)	9 (0,39)
Duración del esquema de tratamiento			
12 semanas	1.972 (99,20)	324 (98,78)	2.296 (99,14)
24 semanas	16 (0,80)	4 (1,22)	20 (0,86)
Frecuencia del seguimiento a la toma del tratamiento			
Diario	785 (39,49)	73 (22,26)	858 (37,05)
Semanal	6 (0,30)	1 (0,30)	7 (0,30)
Mensual	0 (0,00)	3 (0,91)	3 (0,13)
Desconocido	1.197 (60,21)	251 (76,52)	1.448 (62,52)
Tipo de seguimiento a la toma del tratamiento			
Ambulatorio	3 (0,15)	7 (2,13)	10 (0,43)
Domiciliario	689 (34,66)	46 (14,02)	735 (31,74)
Seguimiento telefónico	100 (5,03)	24 (7,32)	124 (5,35)
Desconocido	1.196 (60,16)	251 (76,52)	1.447 (62,48)
Total	1.988 (100,00)	328 (100,00)	2.316 (100,00)



4.2. Efectividad del tratamiento con AAD

La **figura 11** muestra la evolución de la efectividad del tratamiento en los distintos periodos analizados. Desde el año 2019, la RVS ha permanecido superior al 98%, mientras que los casos sin respuesta al tratamiento se han mantenido por debajo del 5%, reflejando una alta eficacia terapéutica sostenida en el tiempo. En comparación con el periodo anterior el fracaso terapéutico tuvo una disminución del 0,44%.

Figura 11. Efectividad del tratamiento con AAD en las personas con hepatitis C crónica, Colombia 2017 - 2024



[Descargar figura](#)

De los 2.316 casos que recibieron tratamiento, 1.343 contaban con el seguimiento posterior su finalización para valorar su efectividad y se observó la curación hasta del 99,26% con el sofosbuvir/velpatasvir. La **tabla 20** resume estos hallazgos, junto con las principales características clínicas de la población tratada.

La RVS según el tiempo de evolución de la enfermedad mostró resultados favorables, se destaca que, en personas con una duración de enfermedad entre 1 y 4 años, fue superior al 80%. La efectividad del tratamiento también se mantuvo elevada en poblaciones con condiciones clínicas complejas, como cirrosis, trasplante hepático, enfermedad renal crónica, coinfección con VIH o hepatitis B, así como en quienes habían recibido tratamientos previos con interferón pegilado, ribavirina o AAD como asunaprevir, daclatasvir, ledipasvir, velpastavir, boceprevir, telaprevir, ritonavir, simeprevir, paritaprevir, ombitasvir. El esquema actualmente utilizado, con cobertura pangénica, demostró una eficacia constante, manteniéndose por encima de los niveles de fracaso en todos los genotipos identificados.

Tabla 20. Efectividad del tratamiento con AAD en las personas con hepatitis C crónica según el esquema y las características clínicas, Colombia 2024

Características	Velpatasvir/sofosbuvir		
	Fracaso	Curación	Total
Tiempo de diagnóstico			
< 1 año	0 (0,00)	199 (14,93)	199 (14,82)
1 a 4 años	8 (80,00)	1.100 (82,52)	1.108 (82,50)
5 a 9 años	1 (10,00)	27 (2,03)	28 (2,08)
10 años o más	1 (10,00)	7 (0,53)	8 (0,60)
Cirrosis			
Sí	1 (10,00)	84 (6,30)	85 (6,33)
No	9 (90,00)	1.053 (78,99)	1.062 (79,08)
No evaluado	0 (0,00)	196 (14,70)	196 (14,59)
Coinfección VIH			
Sí	7 (70,00)	932 (69,92)	939 (69,92)
No	1 (10,00)	327 (24,53)	328 (24,42)
No evaluado	2 (20,00)	74 (5,55)	76 (5,66)
Trasplante hepático			
Sí	0 (0,00)	2 (0,15)	2 (0,15)
No	10 (100,00)	1.325 (99,40)	1.335 (99,40)
Sin dato	0 (0,00)	6 (0,45)	6 (0,45)
ERC 4-5			
Sí	0 (0,00)	13 (0,98)	13 (0,97)
No	10 (100,00)	1.314 (98,57)	1.324 (98,59)
Sin dato	0 (0,00)	6 (0,45)	6 (0,45)
Hepatitis B			
Sí	0 (0,00)	29 (2,18)	29 (2,16)
No	9 (90,00)	1.213 (91,00)	1.222 (90,99)
Sin dato	1 (10,00)	91 (6,83)	92 (6,85)
Genotipo			
1a	2 (20,00)	57 (4,28)	59 (4,39)
1b	0 (0,00)	60 (4,50)	60 (4,47)
2	0 (0,00)	9 (0,68)	9 (0,67)
3a	0 (0,00)	2 (0,15)	2 (0,15)
4	1 (10,00)	181 (13,58)	182 (13,55)
Sin dato	7 (70,00)	1.024 (76,82)	1.031 (76,77)
Tratamiento previo			
Sí	3 (30,00)	151 (11,33)	154 (11,47)
No	7 (70,00)	1.182 (88,67)	1.189 (88,53)
Total	10 (100,00)	1.333 (100,00)	1.343 (100,00)

Se identificaron 10 casos de fracaso terapéutico al esquema sofosbuvir/velpatasvir, todos con un tiempo de diagnóstico superior a un año. De estos, siete correspondían a personas con coinfección por VIH y tres tenían antecedentes de tratamiento previo para hepatitis C. Así mismo, seis pertenecían al régimen contributivo y presentaban algún grado de fibrosis hepática, mientras que el resto estaba afiliado al subsidiado. Todos los casos correspondían a pacientes del sexo masculino.



5.

Pacientes con coinfección de hepatitis C crónica y VIH



Fondo Colombiano de
Enfermedades de Alto Costo



5.

RESUMEN infográfico

Pacientes con coinfección de hepatitis C crónica y VIH

Periodo: del 1° de enero al 31 de diciembre de 2024.



Se identificaron **2.298** personas

con diagnóstico de coinfección, lo que representa una variación del 33,06% respecto al periodo 2023.

El promedio de la edad fue

36,08 años
(DE ± 8,49)

en los hombres y 44,57 años
(DE ± 16,10) en las mujeres.



Bogotá, D. C., concentra el 45,26% (n= 1.040) de los casos de coinfección por VHC/VIH, seguida de la región Central 33,81% (n= 777).



La transmisión sexual es el principal mecanismo de infección en esta población (81,11%), siendo más frecuente en los hombres.



El 0,65% (n= 15) presentó cirrosis hepática.

El genotipo más frecuente fue el 4
(13,23%; n= 304).

Sin embargo, en más del 80% de los casos no se realizó la **genotipificación** o no se encontró información al respecto en los soportes clínicos.

DE: desviación estándar.

[Descargar infografía](#)



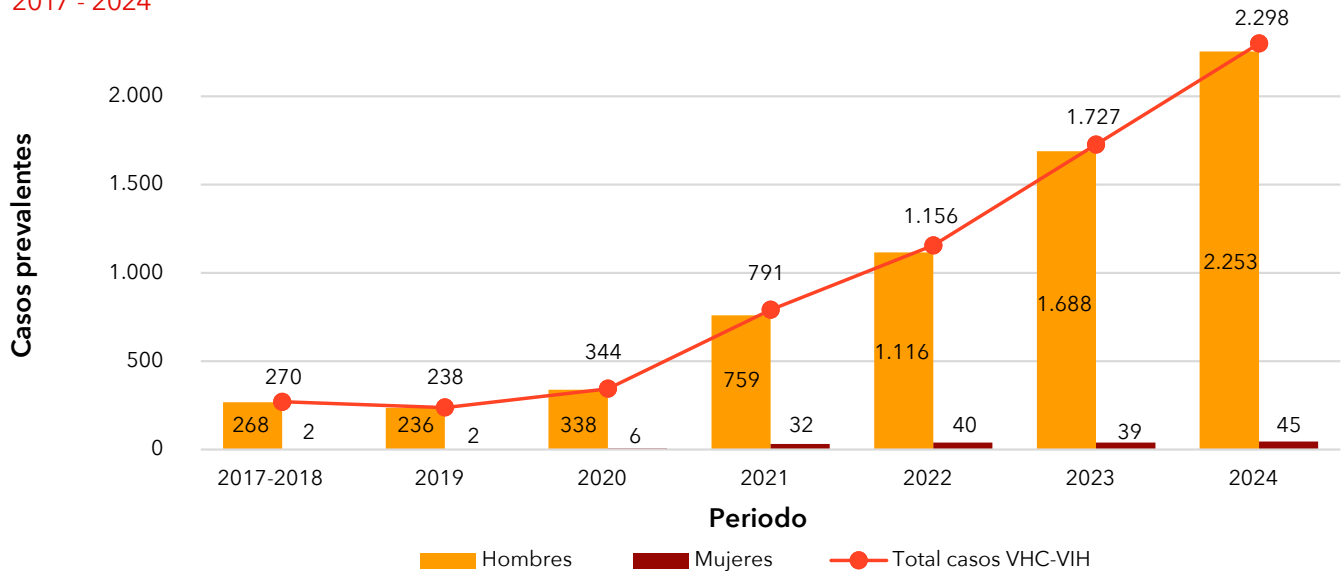
5. Pacientes con coinfección de hepatitis C crónica y VIH

En este capítulo se describen las características demográficas y clínicas de los casos con coinfección por VHC y VIH reportados durante el periodo, con el objetivo de observar el comportamiento de esta condición en la población afectada.

5.1. Caracterización demográfica de los casos con coinfección por VHC y VIH

Se identificaron 2.298 personas con diagnóstico de coinfección, lo que representa una variación del 33,06% respecto al periodo 2023. Desde 2020, se observa una tendencia creciente en los casos de coinfección, especialmente entre los hombres (figura 12).

Figura 12. Tendencia del número de casos con coinfección por hepatitis C crónica y VIH según el sexo, Colombia 2017 - 2024



[Descargar figura](#)

5.1.1. Distribución de los casos con coinfección por hepatitis C crónica y VIH según la región

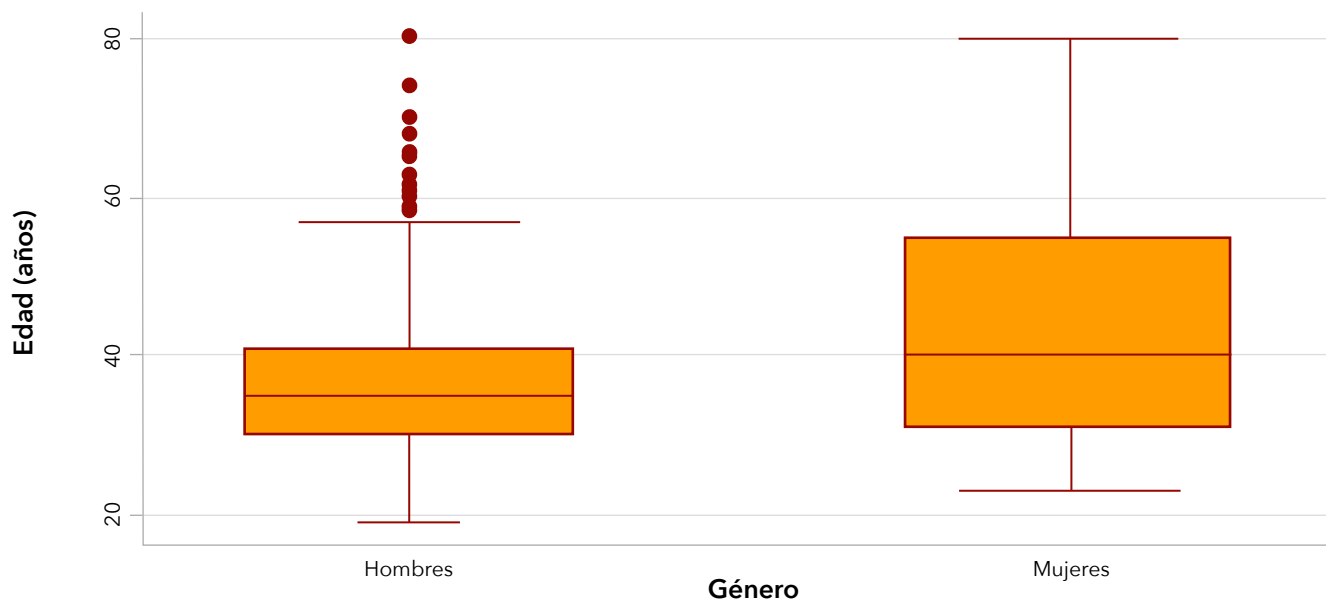
La mayoría de los casos con coinfección por hepatitis C crónica y VIH se concentraron en Bogotá, D. C., con el 45,26% (n= 1.040), y en la región Central, con el 33,81% (n= 777) (tabla 21).

Tabla 21. Distribución de los casos con coinfección por hepatitis C crónica y VIH según la región y la entidad territorial, Colombia 2024

Región	Casos n (%)
Amazonía-Orinoquía	9 (0,39)
Bogotá, D. C.	1.040 (45,26)
Caribe	68 (2,96)
Central	777 (33,81)
Oriental	138 (6,01)
Pacífica	266 (11,58)
Total	2.298 (100,00)

En la **figura 13**, se observa la distribución de la edad en los casos con coinfección por el sexo. Para los hombres la mediana de edad fue de 35 años (RIC: 30 - 41) y para las mujeres de 40 años (RIC: 31 - 55) y el promedio de la edad fue 36,08 (DE \pm 8,49) y 44,57 (DE \pm 16,10) respectivamente. Estos son similares a los observados en el periodo anterior.

Figura 13. Distribución de la población con coinfección por hepatitis C crónica y VIH según la edad y el sexo, Colombia 2024



[Descargar figura](#)

5.1.2. Características clínicas de los casos con coinfección por VHC y VIH

El 59,23% (n= 1.361) de las personas coinfectadas con VIH tienen entre 1 a 4 años de haber sido diagnosticadas con VHC. En cuanto a las comorbilidades, se observó que el 0,65% (n= 15) presentó cirrosis hepática, siendo esta más frecuente en los hombres. No obstante, es importante resaltar que, del total de casos de coinfección, el 20,67% (n= 475) no fueron tamizados para cirrosis. Adicionalmente, el 2,96% (n= 68) tuvo antecedente de coinfección por VHB.

Por otro lado, en el 81,11% (n= 1.864) de los pacientes el principal mecanismo de transmisión identificado fue el sexual. Además, el 44,52% presentó algún grado de fibrosis hepática. El genotipo más frecuente fue el 4 (13,23%; n= 304); sin embargo, es importante destacar que en más del 80% de los casos no se realizó la genotipificación o no se encontró información al respecto en los soportes clínicos. Finalmente, solo el 13,84% de los pacientes tenía antecedente de tratamiento previo para hepatitis C crónica con interferón, ribavirina o AAD (**tabla 22**).



Tabla 22. Características clínicas de los casos con coinfección por hepatitis C crónica y VIH, Colombia 2024

Variables	Hombre n (%)	Mujer n (%)	Total n (%)
Tiempo de diagnóstico			
< 1 año	863 (38,30)	8 (17,78)	871 (37,90)
1 a 4 años	1.329 (58,99)	32 (71,11)	1.361 (59,23)
5 a 9 años	57 (2,53)	5 (11,11)	62 (2,70)
10 años o más	4 (0,18)	0 (0,00)	4 (0,17)
ERC 4-5			
Sí	3 (0,13)	0 (0,00)	3 (0,13)
No	2.249 (99,82)	45 (100,00)	2.294 (99,83)
Sin dato	1 (0,04)	0 (0,00)	1 (0,04)
Coinfección VHB			
Sí	66 (2,93)	2 (4,44)	68 (2,96)
No	2.056 (91,26)	40 (88,89)	2.096 (91,21)
Sin dato	131 (5,81)	3 (6,67)	134 (5,83)
Mecanismo de transmisión			
Evento adverso relacionado con procedimientos de salud	3 (0,13)	1 (2,22)	4 (0,17)
Hemotransfusión	5 (0,22)	1 (2,22)	6 (0,26)
Uso de equipos de inyección contaminada	36 (1,60)	7 (15,56)	43 (1,87)
Exposición ocupacional	3 (0,13)	0 (0,00)	3 (0,13)
Transmisión sexual	1.840 (81,67)	24 (53,33)	1.864 (81,11)
Consumo de sustancias psicoactivas intranasales	2 (0,09)	0 (0,00)	2 (0,09)
Otras formas de transmisión sanguínea	12 (0,53)	1 (2,22)	13 (0,57)
Desconocido	65 (2,89)	2 (4,44)	67 (2,92)
Sin dato	287 (12,74)	9 (20,00)	296 (12,88)
Presencia de fibrosis hepática			
Sí	1.006 (44,65)	17 (37,78)	1.023 (44,52)
No	1.247 (55,35)	28 (62,22)	1.275 (55,48)
Cirrosis			
Compensada (A)	5 (0,22)	1 (2,22)	6 (0,26)
No compensada (B-C)	1 (0,04)	1 (2,22)	2 (0,09)
No tiene cirrosis	1.783 (79,14)	25 (55,56)	1.808 (78,68)
Cirrosis sin estadificar	7 (0,31)	0 (0,00)	7 (0,30)
No tamizado	457 (20,28)	18 (40,00)	475 (20,67)
Genotipo			
1a	101 (4,48)	0 (0,00)	101 (4,40)
1b	28 (1,24)	0 (0,00)	28 (1,22)
2	3 (0,13)	0 (0,00)	3 (0,13)
3a	2 (0,09)	0 (0,00)	2 (0,09)
4	303 (13,45)	1 (2,22)	304 (13,23)
Sin dato	1.816 (80,60)	44 (97,78)	1.860 (80,94)
Tratamiento previo			
Sí	315 (13,98)	3 (6,67)	318 (13,84)
No	1.938 (86,02)	42 (93,33)	1.980 (86,16)
Total	2.253 (100,00)	45 (100,00)	2.298 (100,00)

6.

**Manejo médico
especializado** de las
personas con
hepatitis C crónica



Fondo Colombiano de
Enfermedades de Alto Costo

6.

RESUMEN infográfico

Manejo médico especializado de las personas con hepatitis C crónica

Periodo: del 1° de enero al 31 de diciembre de 2024.



El **42,34%** (n= 1.405)

de los casos prevalentes de hepatitis C crónica tuvo al menos una consulta con el servicio de infectología, mientras que el 8,83% (n= 293) fue atendido por hepatología.

La atención por medicina general también estuvo presente, alcanzando el **47,23%** de los pacientes con al menos una consulta registrada.



La infectología se posicionó como la subespecialidad con mayor participación en la atención de esta población, encabezando el número total de las consultas realizadas.

En personas con cirrosis compensada y no compensada, los promedios más altos de consultas se observaron en **infectología y gastroenterología**, lo que resalta el rol central de estas especialidades en el manejo clínico de los casos más complejos.

6. Manejo médico especializado de las personas con hepatitis C crónica

El esquema de manejo para la hepatitis C crónica detalla el proceso de atención que deben recibir las personas con diagnóstico confirmado. Este contempla la evaluación de criterios para la remisión a diversas especialidades médicas, según las necesidades individuales y factores clínicos relevantes, como la cirrosis hepática, antecedentes de trasplante, coinfección VIH-VHC o fracaso previo con AAD.

Durante el periodo, el 47,23% (n= 1.567) de los casos prevalentes recibieron al menos una consulta de medicina general, seguido por infectología con 42,34% (n= 1.405) y por hepatología con un 8,83% (n= 293), siendo estas últimas las especialidades consultadas con la mayor frecuencia. Las proporciones más altas de los pacientes sin atención se observan en hepatología, medicina interna y medicina familiar, con más del 90% sin registro de consultas en estas áreas. Aunque en la medicina general hay una mayor proporción de pacientes con al menos una consulta, el acceso global a la atención especializada sigue siendo muy limitado. Esto refleja barreras persistentes en la articulación del seguimiento clínico, remisiones y acceso efectivo a la atención multidisciplinaria que requiere esta población. Teniendo en cuenta lo anterior, la **tabla 23** muestra la distribución del número de consultas por especialidad.

Tabla 23. Distribución del número de atenciones recibidas por cada paciente según la especialidad, Colombia 2024

Especialidad	Número de consultas							Total n (%)
	0 n (%)	1 n (%)	2 n (%)	3 n (%)	4 n (%)	5 o más n (%)	Sin dato n (%)	
Infectología	1.780 (53,65)	672 (20,25)	332 (10,01)	186 (5,61)	114 (3,44)	101 (3,04)	133 (4,01)	3.318 (100,00)
Medicina general	1.614 (48,64)	759 (22,88)	307 (9,25)	204 (6,15)	70 (2,11)	227 (6,84)	137 (4,13)	3.318 (100,00)
Hepatología	2.879 (86,77)	231 (6,96)	44 (1,33)	12 (0,36)	2 (0,06)	4 (0,12)	146 (4,40)	3.318 (100,00)
Gastroenterología	3.131 (94,36)	43 (1,30)	9 (0,27)	1 (0,03)	1 (0,03)	0 (0,00)	133 (4,01)	3.318 (100,00)
Medicina interna	3.152 (95,00)	22 (0,66)	7 (0,21)	1 (0,03)	0 (0,00)	0 (0,00)	136 (4,10)	3.318 (100,00)
Medicina familiar	3.150 (94,94)	22 (0,66)	6 (0,18)	1 (0,03)	0 (0,00)	1 (0,03)	138 (4,16)	3.318 (100,00)

La **tabla 24** muestra el número total de las atenciones realizadas durante el periodo por cada especialidad médica en las personas con diagnóstico de hepatitis C crónica, discriminadas según el antecedente de cirrosis. La medicina general fue la especialidad con el mayor número de consultas, con un máximo de nueve atenciones por cada paciente en el año, sin distinción por presencia o ausencia de cirrosis. La infectología también alcanzó un máximo de nueve consultas, aunque con menor volumen total.

En las personas con cirrosis compensada o no compensada, los mayores promedios de atención se registraron en infectología y hepatología, lo cual es consistente con la necesidad de seguimiento especializado en estos casos. Sin embargo, los valores máximos de consultas en dichas especialidades se observaron en los pacientes sin antecedente de cirrosis, lo que sugiere posibles retrasos en el diagnóstico o una distribución desigual en el acceso a la atención especializada.

En medicina interna, los pacientes con cirrosis recibieron en promedio una consulta durante el año, lo que podría indicar una participación limitada de esta especialidad en el seguimiento de estos casos. Por otro lado, la medicina familiar reportó un total de 46 atenciones en el periodo, pero solo una consulta correspondió a una persona con cirrosis, específicamente sin estadificación, lo cual refleja una baja articulación de esta especialidad con el manejo clínico de la enfermedad hepática crónica. En conjunto, los datos sugieren una concentración de la atención en los niveles generales y una participación aún restringida de las especialidades clave para el seguimiento integral de la cirrosis asociada a hepatitis C.



Tabla 24. Distribución del número total de consultas durante el periodo según la especialidad y presencia de cirrosis, Colombia 2024

Especialidad	Cirrosis	Número ¹	Media (DE)	Mediana (RIC)	Min-Max
Hepatología	Compensada (A)	58	1,87 (1,45)	1 (1 - 2)	1 - 6
	No compensada (B-C)	28	1,22 (0,52)	1 (1 - 1)	1 - 3
	No tiene cirrosis	229	1,24 (0,59)	1 (1 - 1)	1 - 5
	Cirrosis sin estadificar	21	1,62 (0,87)	1 (1 - 2)	1 - 3
	No tamizado	49	1,17 (0,44)	1 (1 - 1)	1 - 3
	Total	385	1,31 (0,75)	1 (1 - 1)	1 - 6
Gastroenterología	Compensada (A)	6	2,00 (1,73)	1 (1 - 4)	1 - 4
	No compensada (B-C)	5	1,25 (0,50)	1 (1 - 1,5)	1 - 2
	No tiene cirrosis	24	1,14 (0,48)	1 (1 - 1)	1 - 3
	Cirrosis sin estadificar	6	1,20 (0,45)	1 (1 - 1)	1 - 2
	No tamizado	27	1,29 (0,46)	1 (1 - 2)	1 - 2
	Total	68	1,26 (0,59)	1 (1 - 1)	1 - 4
Infectología	Compensada (A)	73	1,97 (1,26)	2 (1 - 2)	1 - 6
	No compensada (B-C)	31	1,48 (0,60)	1 (1 - 2)	1 - 3
	No tiene cirrosis	2.357	2,24 (1,48)	2 (1 - 3)	1 - 9
	Cirrosis sin estadificar	15	1,25 (0,45)	1 (1 - 1,5)	1 - 2
	No tamizado	449	1,59 (1,05)	1 (1 - 2)	1 - 8
	Total	2.925	2,08 (1,41)	2 (1 - 3)	1 - 9
Medicina interna	Compensada (A)	4	1,33 (0,58)	1 (1 - 2)	1 - 2
	No compensada (B-C)	2	1,00 (0,00)	1 (1 - 1)	1 - 1
	No tiene cirrosis	15	1,25 (0,62)	1 (1 - 1)	1 - 3
	Cirrosis sin estadificar	5	1,67 (0,58)	2 (1 - 2)	1 - 2
	No tamizado	13	1,30 (0,48)	1 (1 - 2)	1 - 2
	Total	39	1,30 (0,53)	1 (1 - 2)	1 - 3
Medicina familiar	Compensada (A)	0	0 (0,00)	0 (0 - 0)	0 - 0
	No compensada (B-C)	0	0 (0,00)	0 (0 - 0)	0 - 0
	No tiene cirrosis	39	1,70 (1,69)	1 (1 - 2)	1 - 9
	Cirrosis sin estadificar	1	1,00 (0,00)	1 (1 - 1)	1 - 1
	No tamizado	6	1,00 (0,00)	1 (1 - 1)	1 - 1
	Total	46	1,53 (1,50)	1 (1 - 2)	1 - 9
Medicina general	Compensada (A)	75	1,74 (0,88)	2 (1 - 2)	1 - 4
	No compensada (B-C)	59	1,97 (1,00)	2 (1 - 2)	1 - 5
	No tiene cirrosis	2.335	2,33 (2,09)	1 (1 - 3)	1 - 12
	Cirrosis sin estadificar	55	1,90 (1,08)	2 (1 - 3)	1 - 5
	No tamizado	1.281	2,78 (2,17)	2 (1 - 3)	1 - 10
	Total	3.805	2,43 (2,08)	2 (1 - 3)	1 - 12

¹ Corresponde al número total de las atenciones reportadas durante el periodo en las personas con hepatitis C crónica por cada profesional en medicina.

7.

Indicadores de la gestión del riesgo



Fondo Colombiano de
Enfermedades de Alto Costo

7.

RESUMEN infográfico

Indicadores de la gestión del riesgo

Periodo: del 1° de enero al 31 de diciembre de 2024.



La cobertura terapéutica para las personas con VHC aumentó del **88,52% al 99,41%** en comparación con el periodo anterior.

De los casos que iniciaron tratamiento, más del **99%** accedió a través del mecanismo de **compra centralizada.**



En la estadificación de fibrosis hepática el régimen contributivo pasó de cumplimiento bajo a medio y se acerca a la meta del 95%.



La proporción de las personas diagnosticadas que abandonaron el tratamiento fue más baja en Bogotá, D. C., y la de mayor abandono fue la Amazonía-Orinoquía.

La RVS a las **12 semanas** de terminado el tratamiento y la proporción de la mortalidad atribuible al VHC continúan con **cumplimiento alto** en todas las regiones.

RVS: respuesta viral sostenida.
VHC: virus de la hepatitis C.

[Descargar infografía](#)

7. Indicadores de la gestión del riesgo

Desde la implementación de la estrategia de compra centralizada y la publicación de la guía y ruta clínica para el manejo de la hepatitis C crónica en Colombia, la CAC ha hecho el seguimiento de la cohorte mediante el cálculo de resultados relacionados con la gestión del riesgo. Estos permiten evaluar los hallazgos obtenidos en el proceso de atención en salud de las personas diagnosticadas con esta enfermedad en el país. A continuación, se presentan los resultados correspondientes al periodo evaluado.

En la **tabla 25** se observa la descripción del tipo y nombre de los indicadores, junto con los rangos de cumplimiento representados mediante un sistema de semaforización.

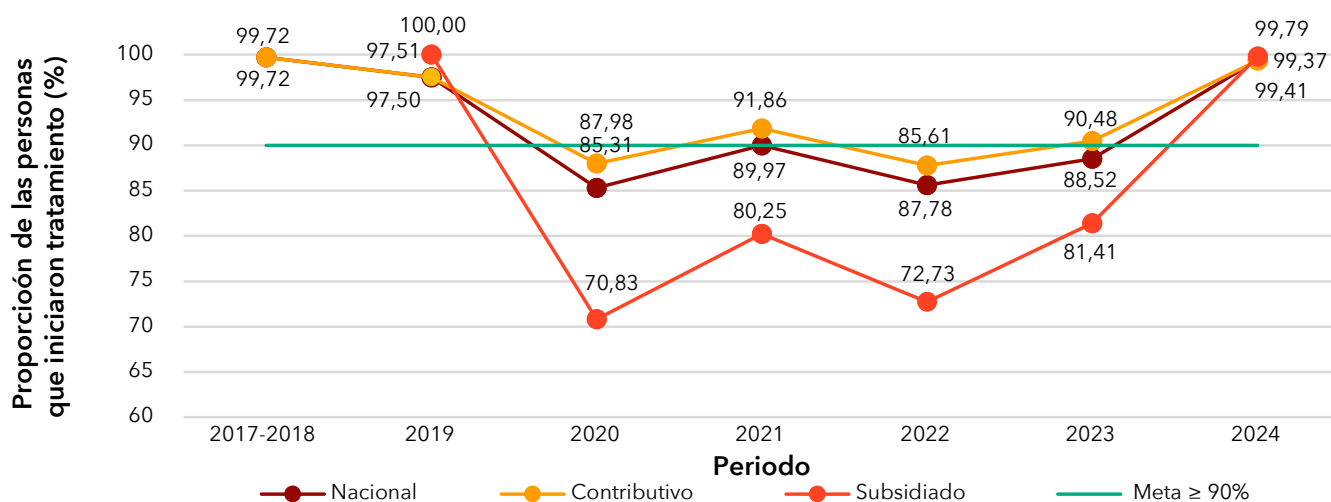
Tabla 25. Descripción de los indicadores de la gestión del riesgo en hepatitis C crónica

Tipo de indicador	N°	Indicador	Rangos de cumplimiento		
			Alto	Medio	Bajo
Proceso	VHC_1	Proporción de las personas con diagnóstico de hepatitis C crónica que iniciaron tratamiento.	● ≥ 90%	● ≥ 80 a < 90%	● < 80%
Proceso	VHC_2	Proporción de pacientes con resultados de estadificación para fibrosis.	● ≥ 95%	● ≥ 90 a < 95%	● < 90%
Proceso	VHC_3	Proporción de pacientes que iniciaron el tratamiento para hepatitis C crónica fuera de la compra centralizada.	● ≤ 5%	● > 5 a ≤ 10%	● > 10%
Resultado	VHC_4	Detección de fibrosis hepática en personas con diagnóstico de hepatitis C crónica.	● ≤ 20%	● > 20 a ≤ 40%	● > 40%
Resultado	VHC_5	RVS 12 semanas después de finalizado el tratamiento para hepatitis C crónica.	● ≥ 90%	● ≥ 85 a < 90%	● < 85%
Resultado	VHC_6	Proporción en mortalidad atribuible a la infección por VHC.	● ≤ 2%	● > 2 a ≤ 3%	● > 3%
Proceso	VHC_7	Proporción de las personas con diagnóstico de hepatitis C crónica que abandonaron el tratamiento.	● ≤ 5%	● > 5 a ≤ 10%	● > 10%

En relación con la cobertura terapéutica para personas con VHC aumentó del 88,52% al 99,41% en comparación con el periodo anterior. De los casos que iniciaron tratamiento, más del 99% accedió a través del mecanismo de compra centralizada, y más del 96% continuó en terapia, registrándose una tasa de abandono menor al 4%. Por otra parte, la estadificación de la fibrosis mantiene una tendencia ascendente desde el año 2022.

Figura 14. Tendencia de los indicadores de proceso, Colombia 2017 - 2024

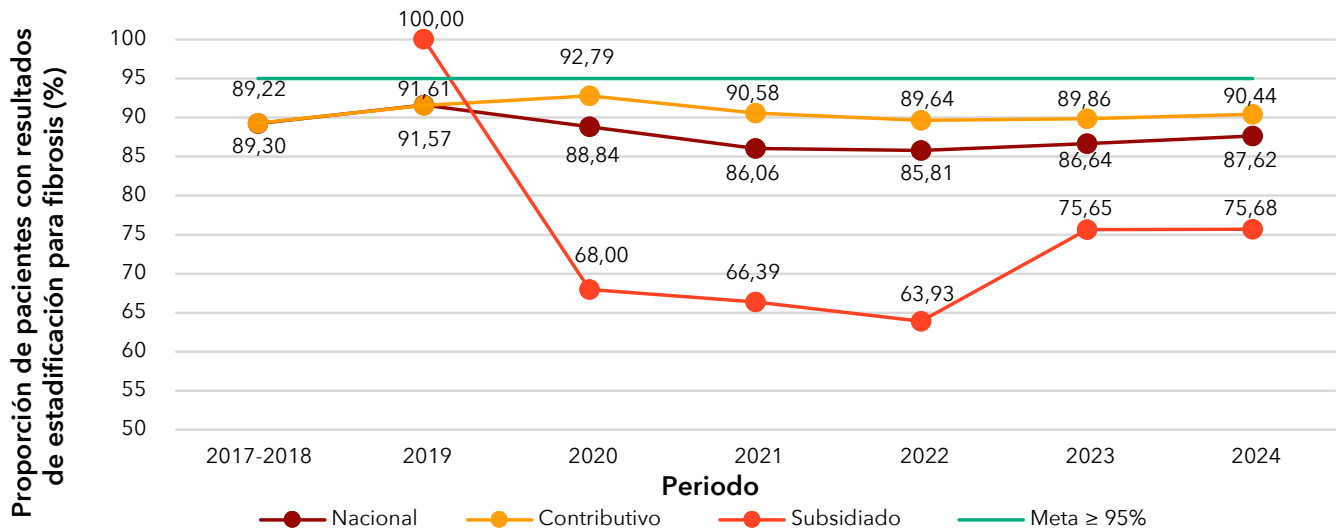
Figura 14a. Indicador 1: proporción de las personas con diagnóstico de VHC que iniciaron tratamiento



[Descargar figura](#)

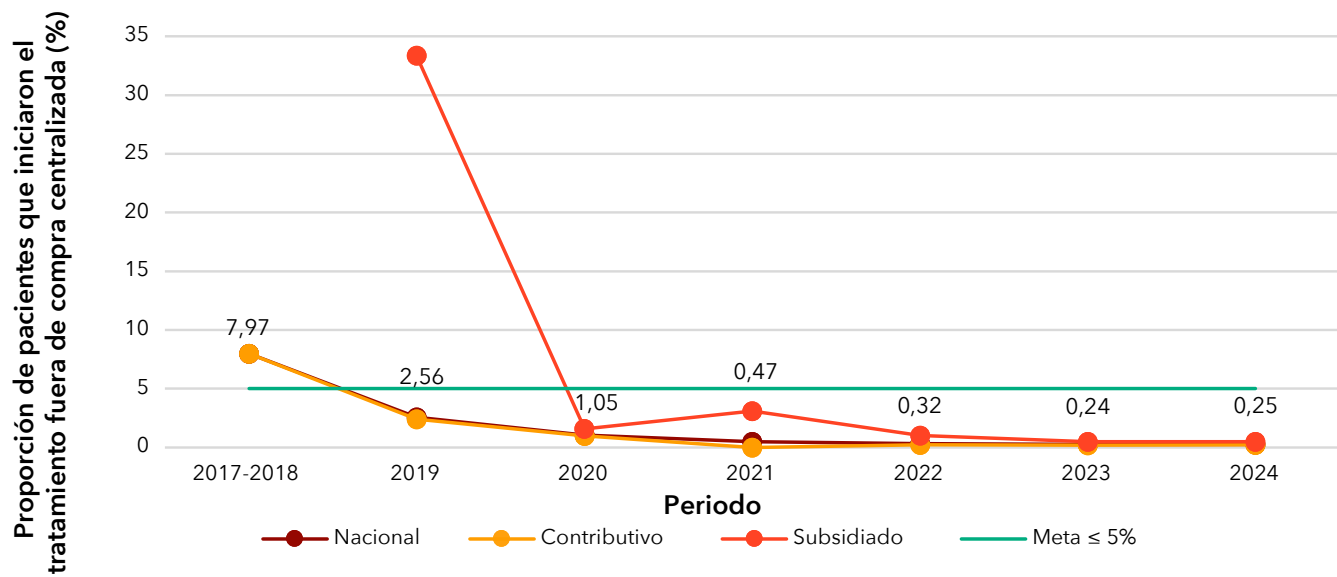


Figura 14b. Indicador 2: proporción de pacientes con resultados de estadificación para fibrosis



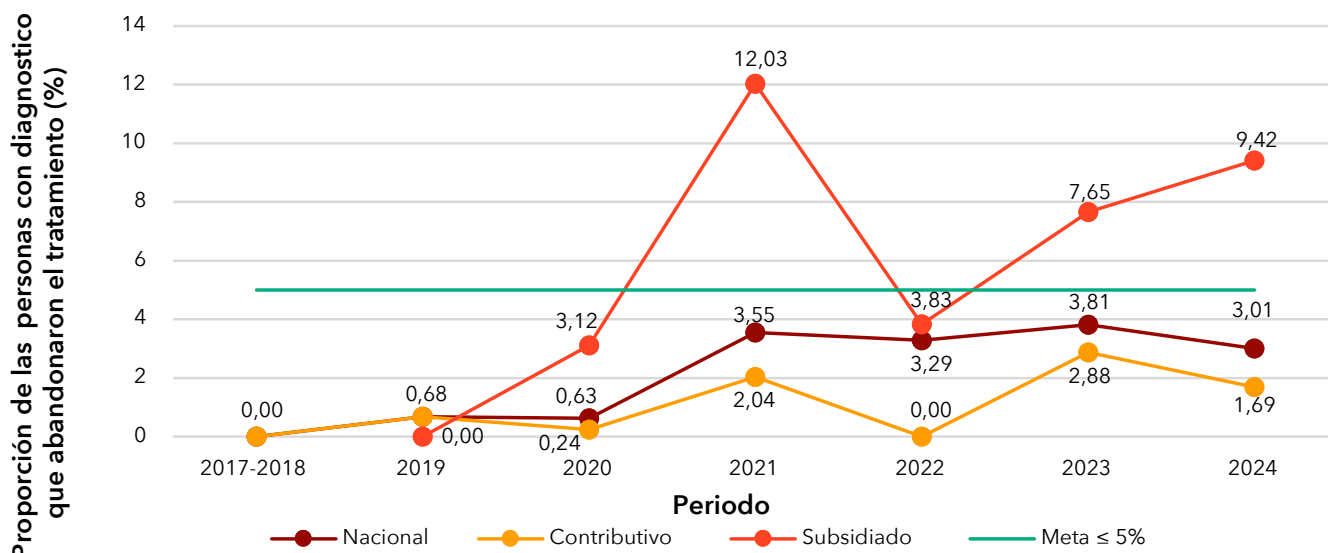
[Descargar figura](#)

Figura 14c. Indicador 03: proporción de pacientes que iniciaron el tratamiento para VHC fuera de compra centralizada



[Descargar figura](#)

Figura 14d. Indicador 04: proporción de las personas con diagnóstico de VHC que abandonaron el tratamiento



Descargar figura

En cuanto al aseguramiento (tabla 26), tanto el régimen contributivo como el subsidiado mostraron una mejora en la proporción de las personas que iniciaron tratamiento, en comparación con el periodo anterior, con incrementos del 8,09% y 18,38%, respectivamente. En la estadificación de la fibrosis hepática el régimen contributivo pasó de cumplimiento bajo a medio y se acerca a la meta del 95%. Respecto al inicio del tratamiento a través de la compra centralizada, ambos regímenes cumplen con la meta. Sin embargo, en comparación con el periodo anterior, la proporción de los pacientes que abandonaron el tratamiento aumentó en el régimen subsidiado, mientras que disminuyó en el contributivo.

Tabla 26. Indicadores de proceso según el régimen de afiliación, Colombia 2024

Régimen	Proporción de personas que iniciaron tratamiento (%)	Proporción de personas con resultados de estadificación para fibrosis (%)	Proporción de personas que iniciaron el tratamiento fuera de compra centralizada (%)	Proporción de personas con diagnóstico que abandonaron el tratamiento (%)
	≥ 90%	≥ 95%	≤ 5%	≤ 5%
	≥ 80 a < 90%	≥ 90 a < 95%	> 5 a ≤ 10%	> 5 a ≤ 10%
	< 80%	< 90%	> 10%	> 10%
Contributivo	● 99,37	● 90,40	● 0,21	● 1,69
Subsidiado	● 99,79	● 75,68	● 0,48	● 9,42
Nacional	● 99,41	● 87,62	● 0,25	● 3,01

En la tabla 27 se puede observar que las regiones lograron una cobertura de tratamiento superior al 98%. En cuanto a la estadificación de la fibrosis, Bogotá, D. C., mantiene un cumplimiento medio, mientras que el resto del país uno bajo. Respecto al tratamiento fuera de la compra centralizada, todas las regiones alcanzaron la meta establecida ($\leq 5\%$). Por último, la proporción de las personas diagnosticadas que abandonaron el tratamiento fue más baja en Bogotá, D. C., y la de mayor abandono fue la Amazonía-Orinoquía.



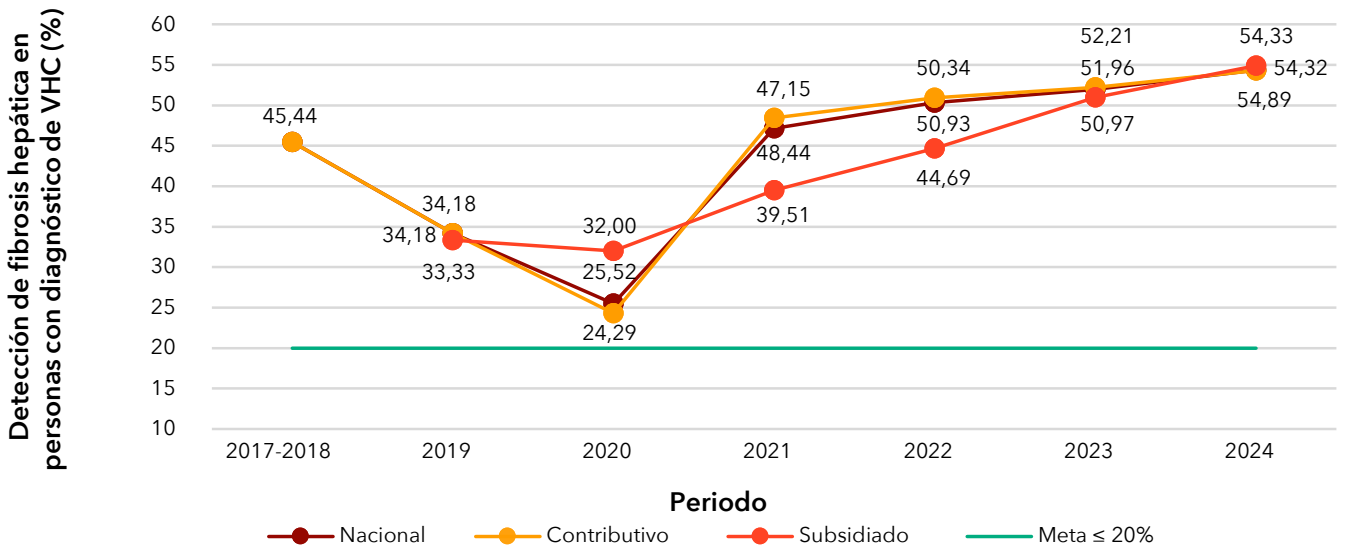
Tabla 27. Gestión de proceso según la región geográfica, Colombia 2024

Región	Proporción de pacientes que iniciaron tratamiento (%)	Proporción de pacientes con resultados de estadificación para fibrosis (%)	Proporción de pacientes que iniciaron el tratamiento fuera de compra centralizada (%)	Proporción de personas con diagnóstico que abandonaron el tratamiento (%)
	≥ 90%	≥ 95%	≤ 5%	≤ 5%
	≥ 80 a < 90%	≥ 90 a < 95%	> 5 a ≤ 10%	> 5 a ≤ 10%
	< 80%	< 90%	> 10%	> 10%
Bogotá, D. C.	● 99,63	● 92,58	● 0,17	● 0,85
Amazonía-Orinoquía	● 100,00	● 85,71	● 0,00	● 7,69
Arauca	● 100,00	● 100,00	● 0,00	● 0,00
Casanare	● 100,00	● 77,77	● 0,00	● 12,50
Putumayo	● 100,00	● 100,00	● 0,00	● 0,00
Amazonas	SD ¹	SD ¹	SD ¹	SD ¹
Guainía	SD ¹	SD ¹	SD ¹	SD ¹
Guaviare	● 100,00	● 100,00	Sin casos	Sin casos
Vaupés	SD ¹	SD ¹	SD ¹	SD ¹
Vichada	Sin casos	Sin casos	Sin casos	Sin casos
Caribe	● 98,18	● 77,35	● 0,90	● 4,09
Atlántico	● 97,47	● 76,97	● 0,80	● 4,00
Bolívar	● 100,00	● 81,48	● 0,00	● 2,17
Cesar	● 100,00	● 70,58	● 6,25	● 6,25
Córdoba	● 100,00	● 60,00	● 0,00	● 0,00
La Guajira	● 100,00	● 100,00	● 0,00	● 20,00
Magdalena	● 93,75	● 84,21	● 0,00	● 7,14
Sucre	● 100,00	● 57,14	● 0,00	● 0,00
San Andrés, Providencia y Santa Catalina	Sin casos	Sin casos	Sin casos	Sin casos
Central	● 99,62	● 87,20	● 0,12	● 3,79
Antioquia	● 99,66	● 88,34	● 0,00	● 2,75
Caldas	● 95,65	● 80,00	● 0,00	● 0,00
Caquetá	● 100,00	● 100,00	● 0,00	● 0,00
Huila	● 100,00	● 87,75	● 0,00	● 0,00
Quindío	● 100,00	● 85,41	● 0,00	● 21,42
Risaralda	● 100,00	● 84,35	● 0,87	● 7,01
Tolima	● 100,00	● 81,48	● 0,00	● 0,00
Oriental	● 99,53	● 81,96	● 0,47	● 4,24
Boyacá	● 100,00	● 95,45	● 0,00	● 4,76
Cundinamarca	● 100,00	● 89,47	● 0,00	● 3,03
Meta	● 100,00	● 83,33	● 0,00	● 0,00
Norte de Santander	● 100,00	● 64,40	● 0,00	● 8,51
Santander	● 97,50	● 79,16	● 2,63	● 2,63
Pacífica	● 98,89	● 82,39	● 0,27	● 6,57
Cauca	● 100,00	● 93,33	● 0,00	● 14,28
Chocó	SD ¹	SD ¹	SD ¹	SD ¹
Nariño	● 100,00	● 100,00	● 0,00	● 0,00
Valle del Cauca	● 98,83	● 81,66	● 0,28	● 6,37
Nacional	● 99,41	● 87,62	● 0,25	● 3,01

La detección de la fibrosis hepática mantiene una tendencia creciente desde hace 5 periodos; sin embargo, representa una tardanza en la realización del diagnóstico de los pacientes. En cuanto a la efectividad del tratamiento, se mantiene estable y continua superior al 95%. En la **figura 15** se presenta la tendencia de los de resultado.

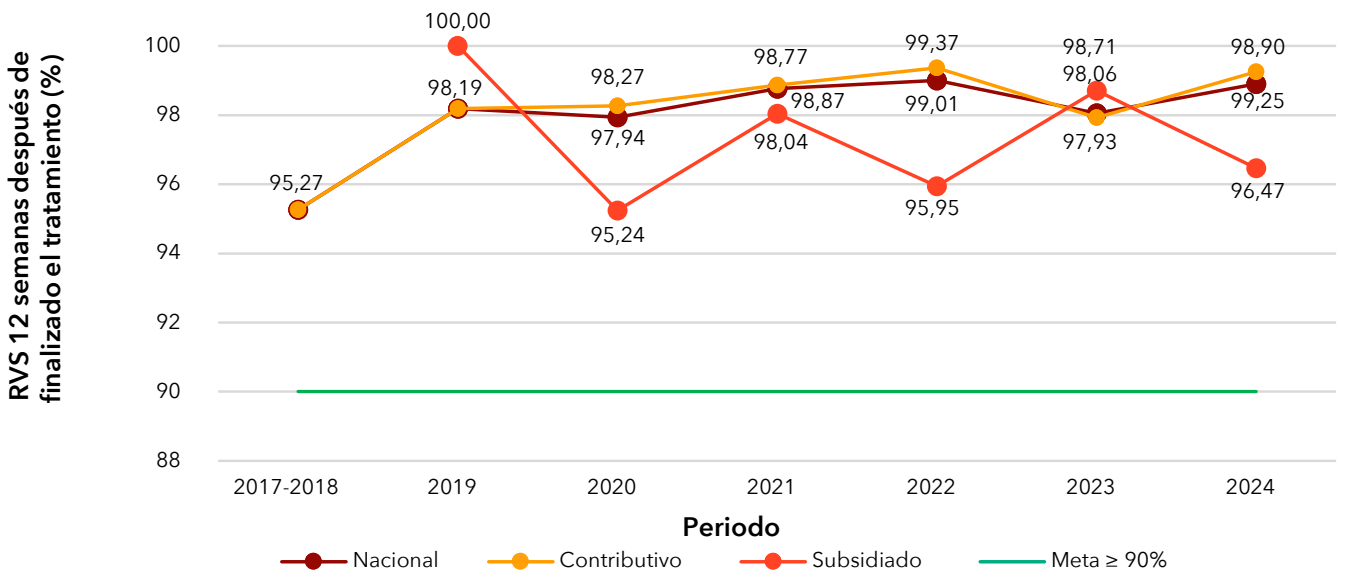
Figura 15. Tendencia de los resultados en la gestión del riesgo, Colombia 2017 - 2024

Figura 15a. Indicador 4: detección de fibrosis hepática en las personas con diagnóstico de hepatitis C crónica



[Descargar figura](#)

Figura 15b. Indicador 5: RVS 12 semanas después de finalizado el tratamiento para hepatitis C crónica



[Descargar figura](#)



En el aseguramiento (**tabla 28**), se observó un incremento en la proporción de los casos con fibrosis hepática en el régimen contributivo en 2,11% y en el subsidiado 3,92% respecto al periodo anterior. La RVS a las 12 semanas de finalizado el tratamiento se mantuvo superior al 96% para ambos regímenes. En cuanto a la mortalidad atribuible a la infección por VHC, esta se mantuvo en un rango de cumplimiento alto, con una proporción inferior al 1%.

Tabla 28. Indicadores de gestión de resultado según el régimen de afiliación, Colombia 2024

Régimen	Detección de fibrosis hepática en personas con diagnóstico de hepatitis C crónica (%)	RVS 12 semanas después de finalizado el tratamiento para hepatitis C crónica (%)	Proporción en mortalidad atribuible a la infección por VHC (%)
	≤ 20%	≥ 90%	< 2%
	> 20 a ≤ 40%	≥ 85 a < 90%	≥ 2 a < 3%
	> 40%	< 85%	≥ 3%
Contributivo	● 54,32	● 99,25	● 0,10
Subsidiado	● 54,89	● 96,47	● 0,34
Nacional	● 54,53	● 98,90	● 0,14

En el análisis por las regiones del país, la detección de la fibrosis hepática fue más baja en la Central y Pacífica, sin embargo, ninguna alcanzó el rango de cumplimiento (≤ 20%). La RVS a las 12 semanas de terminado el tratamiento y la proporción de la mortalidad atribuible al VHC continúan con cumplimiento alto en todas las regiones (**tabla 29**).

Tabla 29. Indicadores de la gestión de resultado según la región, Colombia 2024

Región	Detección de fibrosis hepática en personas con diagnóstico de hepatitis C crónica (%)	RVS 12 semanas después de finalizado el tratamiento para hepatitis C crónica (%)	Proporción en mortalidad atribuible a la infección por VHC (%)
	≤ 20%	≥ 90%	< 2%
	> 20 a ≤ 40%	≥ 85 a < 90%	≥ 2 a < 3%
	> 40%	< 85%	> 3%
Bogotá, D. C.	● 56,24	● 98,76	● 0,07
Amazonía-Orinoquía	● 75,00	● 100,00	● 0,00
Arauca	● 0,00	● 100,00	● 0,00
Casanare	● 71,42	● 100,00	● 0,00
Putumayo	● 100,00	● 100,00	● 0,00
Amazonas	SD ¹	SD ¹	SD ¹
Guainía	SD ¹	SD ¹	SD ¹
Guaviare	● 100,00	Sin casos	● 0,00
Vaupés	SD ¹	SD ¹	SD ¹
Vichada	Sin casos	Sin casos	Sin casos
Caribe	● 61,31	● 100,00	● 0,37
Atlántico	● 67,52	● 100,00	● 0,00
Bolívar	● 72,22	● 100,00	● 0,00
Cesar	● 66,66	● 100,00	● 0,00
Córdoba	● 50,00	● 100,00	● 0,00
La Guajira	● 50,00	● 100,00	● 0,00
Magdalena	● 75,00	● 100,00	● 5,26

Situación de la hepatitis C crónica en los regímenes subsidiado y contributivo de Colombia 2024

Indicadores de la gestión del riesgo

WWW.CUENTADEALTOCOSTO.ORG

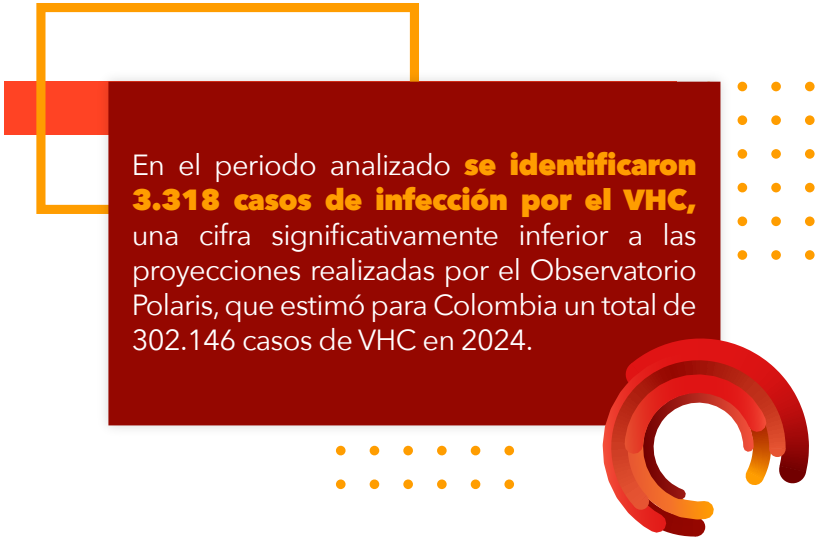
Tabla 29. Indicadores de la gestión de resultado según la región, Colombia 2024 (continuación)

Región	Detección de fibrosis hepática en personas con diagnóstico de hepatitis C crónica (%)	RVS 12 semanas después de finalizado el tratamiento para hepatitis C crónica (%)	Proporción en mortalidad atribuible a la infección por VHC (%)
	≤ 20%	≥ 90%	< 2%
	> 20 a ≤ 40%	≥ 85 a < 90%	≥ 2 a < 3%
	> 40%	< 85%	> 3%
Sucre	● 25,00	● 100,00	● 0,00
San Andrés, Providencia y Santa Catalina	Sin casos	Sin casos	Sin casos
Central	● 45,75	● 98,40	● 0,20
Antioquia	● 44,78	● 98,29	● 0,27
Caldas	● 54,16	● 100,00	● 0,00
Caquetá	● 100,00	● 100,00	● 0,00
Huila	● 42,85	● 100,00	● 0,00
Quindío	● 41,46	● 100,00	● 0,00
Risaralda	● 48,38	● 98,13	● 0,00
Tolima	● 54,54	● 100,00	● 0,00
Oriental	● 58,37	● 99,01	● 0,00
Boyacá	● 80,95	● 100,00	● 0,00
Cundinamarca	● 53,92	● 100,00	● 0,00
Meta	● 30,00	● 100,00	● 0,00
Norte de Santander	● 60,52	● 93,33	● 0,00
Santander	● 63,15	● 100,00	● 0,00
Pacífica	● 57,80	● 100,00	● 0,22
Cauca	● 50,00	● 100,00	● 0,00
Chocó	SD ¹	SD ¹	SD ¹
Nariño	● 75,00	● 100,00	● 0,00
Valle del Cauca	● 57,72	● 100,00	● 0,23
Nacional	● 54,33	● 98,90	● 0,14



Discusión y conclusiones

En el periodo analizado se identificaron 3.318 casos de infección por el VHC, una cifra significativamente inferior a las proyecciones realizadas por el Observatorio Polaris, que estimó para Colombia un total de 302.146 casos de VHC en 2024 (22). De igual forma, el Informe Mundial sobre la Hepatitis 2024 de la OMS proyectó una carga de 309.159 casos para el país, evidenciando una notable discrepancia con los datos observados (23). Estas diferencias constituyen el hallazgo más relevante, ya que la principal barrera para que Colombia alcance las metas de eliminación de la OMS es una masiva subdetección de casos y no la falta de tratamientos efectivos ni adherencia. Esto sugiere que persisten deficiencias en las estrategias de tamizaje y posibles barreras en el acceso al diagnóstico, lo que limita la identificación oportuna de la población afectada.



En el periodo analizado **se identificaron 3.318 casos de infección por el VHC**, una cifra significativamente inferior a las proyecciones realizadas por el Observatorio Polaris, que estimó para Colombia un total de 302.146 casos de VHC en 2024.

A pesar de los avances en el diagnóstico y acceso al tratamiento de VHC, el cumplimiento de los objetivos establecidos por la OMS para 2030 continúa siendo un desafío considerable. El progreso observado en el ámbito internacional ha sido insuficiente, con mayores dificultades en países de ingresos bajos y medianos, donde persisten obstáculos estructurales que limitan la respuesta efectiva (24). Un estudio que analizó los datos epidemiológicos de 91 países estimó que, para alcanzar la meta de la OMS, se requeriría una tasa neta de curación del 7% anual a partir del 2016 (25). No obstante, un análisis basado en registros electrónicos en esos mismos países reveló que la tasa anual neta de curación mundial fue apenas del 0,4%, evidenciando una brecha significativa en los esfuerzos actuales (24,25).

El Observatorio Polaris clasifica a los países en función de su progreso hacia el cumplimiento de las metas establecidas por la OMS, distribuyéndolos en tres categorías: en camino de alcanzar los objetivos (12 países), trabajando activamente para lograrlos (16 países) y fuera de trayectoria para cumplir las metas (90 países). Colombia está en este último grupo, esta situación resalta la necesidad de fortalecer las estrategias nacionales mediante el impulso de acciones integrales como la mejora en el diagnóstico, el aseguramiento del acceso universal al tratamiento y la implementación de campañas educativas sostenidas. Un enfoque integral y multi-sectorial será esencial para avanzar hacia las metas de eliminación establecidas por la OMS.

Por otro lado, en los países desarrollados, como Estados Unidos, el principal mecanismo de transmisión del VHC está asociado al uso de drogas inyectables mediante agujas u otros dispositivos contaminados (26). Sin embargo, en Colombia el patrón epidemiológico es distinto, ya que la principal vía de transmisión es sexual, reportándose en el 61,39% de los casos prevalentes, mientras que el uso de equipos de inyección contaminados representa solo el 3,41%. Esta diferencia resalta la necesidad de adaptar las estrategias de prevención al contexto nacional, enfocándose no solo en el control del uso de drogas inyectables, sino también en la educación sexual, la promoción del uso de preservativos y el fortalecimiento del tamizaje en poblaciones con prácticas sexuales de riesgo.

Además, se estima que más del 69% de las personas con VHC presentan coinfección con el VIH, una situación común debido a las vías de transmisión compartidas, como el contacto con sangre contaminada y las relaciones sexuales sin protección. Un metaanálisis global que recopiló datos de más de 780 estudios sobre poblaciones con VIH estimó que aproximadamente el 6% presentaban coinfección con el VHC (27). Frente a este panorama, la OMS recomienda implementar cribados basados en el riesgo, priorizando tamización en

usuarios de drogas inyectables, receptores de transfusiones antes de 1992, personas con relaciones sexuales de alto riesgo y aquellas con VIH, así como en casos de niveles anormales de enzimas hepáticas.

Un estudio transversal realizado en personas con VHC de 30 centros de América Latina identificó al genotipo 1 como el más prevalente en la región, abarcando el 79,5% de los casos. Este genotipo se subdividió en los subtipos 1a (29,9%), 1b (41,6%), mixto 1a/1b (1,5%) y no especificado (6,5%), mientras que el genotipo 3 ocupó la segunda posición con una prevalencia del 11,3% (28). En contraste, los datos de Colombia muestran un perfil genotípico diferente, donde el genotipo 4 es el más común, seguido por el subtipo 1a. Estas diferencias podrían estar relacionadas con factores como rutas de transmisión, características de las poblaciones estudiadas, patrones locales de circulación del virus o incluso factores migratorios.

En el mundo, el genotipo 1 del VHC está asociado con una mayor progresión de la enfermedad hepática y un mayor riesgo de desarrollar carcinoma hepatocelular (CHC) (29,30). Se proyecta que para 2040, el VHC causará cerca de 840.000 muertes al año, principalmente por cirrosis y CHC (31). En Colombia, la progresión de la enfermedad también es significativa: el 47,71% de las personas con VHC presentan fibrosis hepática y el 7,02% han desarrollado cirrosis, una condición que representa el principal factor de predisponente para el CHC. Según los estudios, el riesgo anual estimado de desarrollar CHC tras la aparición de la cirrosis varía entre el 1% y el 4% (32). Este panorama enfatiza la importancia del diagnóstico precoz, el monitoreo de la fibrosis y el inicio oportuno de tratamiento antiviral para prevenir complicaciones graves.

En cuanto a la mortalidad se observan tasas significativamente más altas en algunos países como México (11 fallecimientos por cada 100.000 habitantes), Perú (2,61) y Brasil (0,7), mientras que Colombia presenta una de las más bajas (0,07), según la Coalición Global para la Eliminación de la Hepatitis (24). Estas diferencias podrían deberse a factores como la carga de enfermedad, acceso a tratamiento y calidad de los sistemas de vigilancia epidemiológica.

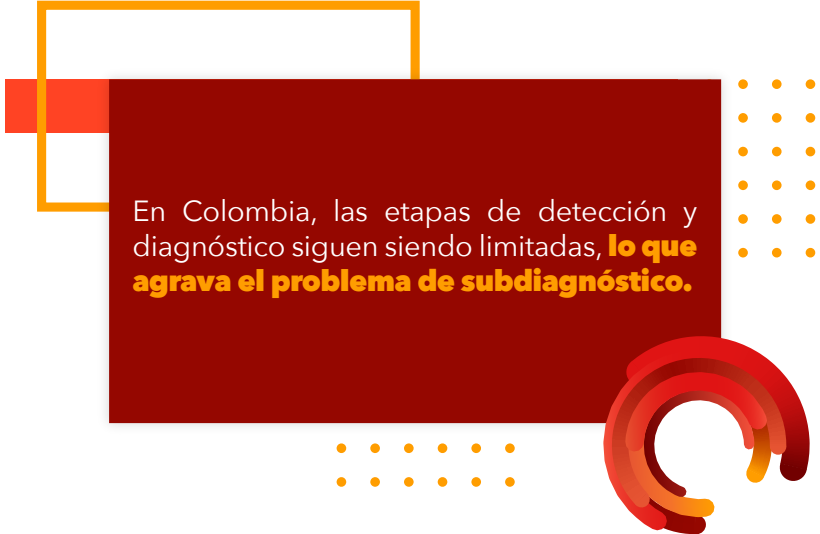
El abordaje de la hepatitis C en Colombia ha mostrado avances en algunos aspectos. La proporción de las personas con resultados de estadificación para fibrosis ha aumentado, alcanzando el 87,62%, cerca de la meta del 90%. Esto es especialmente relevante considerando que, en América Latina, aproximadamente el 50% de casos con VHC presentan fibrosis avanzada o cirrosis, y que el virus sigue siendo una de las principales causas de CHC en la región (33).

Por otra parte, en términos de cobertura de tratamiento, más del 90% de los pacientes diagnosticados con VHC iniciaron esquema terapéutico, y las tasas de abandono se han mantenido bajas, representando solo el 3,01%. Así mismo, RVS a las 12 semanas posteriores a la finalización del tratamiento supera el 99%, lo que se atribuye al uso de AAD que han revolucionado el manejo de la enfermedad, ofreciendo altas tasas de curación, menores efectos adversos y regímenes de tratamiento más cortos.

El acceso a AAD ha avanzado de manera significativa en América Latina, aunque con variaciones entre países. Brasil, Argentina, Colombia y Perú ofrecen tratamiento gratuito contra el VHC, aunque los criterios de acceso y los tiempos de entrega varían. Por ejemplo, en Brasil, los regímenes sofosbuvir/velpatasvir y glecaprevir/pibrentasvir están incluidos en el componente estratégico del sistema de salud pública, lo que permite su dispensación inmediata. En Perú, sofosbuvir/velpatasvir se proporciona gratuitamente a pacientes con fibrosis avanzada (33). En Colombia, el esquema de acceso es especialmente destacable, con el 99,87% de los pacientes tratados utilizando sofosbuvir/velpatasvir, reflejando un modelo consolidado.



A pesar de los avances, los desafíos persisten. En Colombia, las etapas de detección y diagnóstico siguen siendo limitadas, lo que agrava el problema de subdiagnóstico. Según estimaciones de la OMS, un amplio número de personas aún desconocen que tienen la infección de VHC, lo que dificulta alcanzar las metas de eliminación. Para cerrar esta brecha, se deben traducir las recomendaciones generales en acciones concretas, con el apoyo de promoción y prevención para definir el tamizaje, que vaya más allá de los grupos de riesgo actuales, considerando la alta prevalencia de transmisión sexual y la coinfección con VIH. Además, de garantizar el acceso oportuno al tratamiento y optimizar los procesos de atención.



En Colombia, las etapas de detección y diagnóstico siguen siendo limitadas, **lo que agrava el problema de subdiagnóstico.**

Además, es imprescindible capacitar al personal de salud, especialmente a los médicos generales y profesionales en los niveles primarios de atención, para descentralizar el manejo de los casos en estadios iniciales. Esto permitiría que solo aquellos pacientes con daño hepático avanzado, comorbilidades complejas o necesidades de procedimientos especializados sean derivados a niveles superiores de atención. Abordar estos aspectos facilitaría el diagnóstico temprano y contribuiría significativamente al objetivo de eliminar el VHC en Colombia.

Referencias bibliográficas

1. Ministerio de Salud y Protección Social de Colombia - Instituto de Evaluación Tecnológica en Salud. Vía clínica para el tratamiento de hepatitis C crónica. Bogotá D.C. 2017. Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/MET/Via-clinica-para-el-tratamiento-de-la-hepatitis-C.pdf>.
2. University of Washington. Hepatitis C Online [en línea]. Centers for Disease Control and Prevention. 2022. Disponible en: <https://www.hepatitisc.uw.edu/page/clinical-calculators/apri>.
3. Bedossa P, Poynard T, METAVIR Cooperative Study Group. An algorithm for the grading of activity in chronic hepatitis C. Hepatology [en línea]. 1996;24:289-93. Disponible en: <https://aasldpubs.onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/hep.510240201>.
4. The METAVIR Cooperative Group. Inter- and intra-observer variation in the assessment of liver biopsy of chronic hepatitis C. Hepatology [en línea]. 1994;20:15-20. Disponible en: <https://aasldpubs.onlinelibrary.wiley.com/doi/epdf/10.1002/hep.1840200104>.
5. Ministerio de Salud y Protección Social. Vía clínica para el tratamiento de hepatitis C crónica. Bogotá D.C. [en línea]. 2018. Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/MET/via-clinica-tratamiento-hepatitisc.pdf>.
6. Gómez A. Marco conceptual y legal sobre la gestión de riesgo en Colombia: Aportes para su implementación. Monit Estratégico [en línea]. 2014;(5):4-11. Disponible en: https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/IA/SSA/Articulo_1.pdf.
7. Ministerio de Salud y Protección Social. Gestión integral del riesgo en salud [en línea]. 2018. p. 1-39. Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VP/DOA/girs-perspectiva-desde-aseguramiento.pdf>.
8. WHO Fact Sheet. Hepatitis C. Updated April 9, 2024.
9. Basit H TIKJ. StatPearls [en línea]. 2023 [cited 2025 May 7]. Hepatitis C. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK430897/#>
10. Benova L, Mohamoud YA, Calvert C, Abu-Raddad LJ. Vertical Transmission of Hepatitis C Virus: Systematic Review and Meta-analysis. Clinical Infectious Diseases. 2014 Sep 15;59(6):765-73.
11. Murphy EL, Bryzman SM, Glynn SA, Ameti DI, Thomson RA, Williams AE, et al. Risk factors for hepatitis C virus infection in United States blood donors. Hepatology. 2000 Mar;31(3):756-62.
12. Blackard JT, Shata TM, Shire NJ, Sherman KE. Acute hepatitis C virus infection: A chronic problem. Hepatology. 2008 Jan;47(1):321-31.
13. Blach S, Terrault NA, Tacke F, Gamkrelidze I, Craxi A, Tanaka J, et al. Global change in hepatitis C virus prevalence and cascade of care between 2015 and 2020: a modelling study. Lancet Gastroenterol Hepatol. 2022 May;7(5):396-415.
14. Instituto Nacional de Salud. Hepatitis B, C y coinfección B-Delta. Periodo epidemiológico XII Colombia [en línea]. 2024 [cited 2025 Jun 3]. Disponible en: <https://www.ins.gov.co/buscador-eventos/Informesdeevento/HEPATITIS%20BCD%20PE%20XII%202024.pdf>
15. World Health Organization (WHO). Assembly WHOS-NWH. Global health sector strategy on viral hepatitis 2016-2021. 2016.
16. Roblero JP, Arab JP, Mezzano G, Mendizabal M. Hepatitis C Virus Infection: What Are We Currently Doing in Latin America About WHO's Proposals for 2030? Clin Liver Dis (Hoboken). 2021 Aug 19;18(2):72-5.
17. Ministerio de Salud y Protección Social. Resolución 1692 de 2017. 23 de mayo de 2017.
18. Ministerio de Salud y Protección Social. Resolución 1692 de 2017. 23 de mayo de 2017. Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/DIJ/resolucion-1692-de-2017.pdf>.
19. Ministerio de Salud y Protección Social de Colombia. Resolución número 8430 de 1993. Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/DIJ/RESOLUCION-8430-DE-1993.PDF>.
20. Ministerio de Salud y Protección Social. Resolución 1995 de 1999. Disponible en: https://www.minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/RESOLUCI%C3%93N%201995%20DE%201999.pdf.
21. United Nations. Department of Economic and Social Affairs OF. World Population Prospects 2022 Data Sources. 2022. Disponible en: https://population.un.org/wpp/Publications/Files/WPP2022_Data_Sources.pdf.
22. CDA Foundation's Polaris Observatory [en línea]. 2025 [cited 2025 Jun 5]. Disponible en: <https://cdafound.org/polaris/elimination-maps/>



23. World Health Organization. Global hepatitis report 2024. Action for access in low and middle-income countries. 2024.
24. Coalition For Global Hepatitis Elimination. Accelerating Progress Toward Hepatitis Elimination in Latin America . 2022.
25. Hill AM, Nath S, Simmons B. The road to elimination of hepatitis C: analysis of cures versus new infections in 91 countries. *J Virus Erad.* 2017 Jul;3(3):117-23.
26. University of Washington. Hepatitis C Online [en línea]. Centers for Disease Control and Prevention. 2022.
27. Platt L, Easterbrook P, Gower E, McDonald B, Sabin K, McGowan C, et al. Prevalence and burden of HCV co-infection in people living with HIV: a global systematic review and meta-analysis. *Lancet Infect Dis.* 2016 Jul;16(7):797-808.
28. Viola L, Marciano S, Colombato L, Coelho H, Cheinquer H, Bugarin G, et al. HEPLA: A multicenter study on demographic and disease characteristics of patients with hepatitis C in Latin America. *Ann Hepatol.* 2020 Mar;19(2):161-5.
29. Bruno S, Crosignani A, Maisonneuve P, Rossi S, Silini E, Mondelli MU. Hepatitis C virus genotype 1b as a major risk factor associated with hepatocellular carcinoma in patients with cirrhosis: A seventeen-year prospective cohort study. *Hepatology.* 2007 Nov;46(5):1350-6.
30. Raimondi S, Bruno S, Mondelli MU, Maisonneuve P. Hepatitis C virus genotype 1b as a risk factor for hepatocellular carcinoma development: A meta-analysis. *J Hepatol.* 2009 Jun;50(6):1142-54.
31. Foreman KJ, Marquez N, Dolgert A, Fukutaki K, Fullman N, McGaughey M, et al. Forecasting life expectancy, years of life lost, and all-cause and cause-specific mortality for 250 causes of death: reference and alternative scenarios for 2016-40 for 195 countries and territories. *The Lancet.* 2018 Nov;392(10159):2052-90.
32. El-Serag HB. Epidemiology of Viral Hepatitis and Hepatocellular Carcinoma. *Gastroenterology.* 2012 May;142(6):1264-1273.e1.
33. Goble S, Mattos AZ, Mendizabal M, Debes JD. Hepatitis C and hepatocellular carcinoma in Latin America: Elimination as a path to cancer prevention. *Ann Hepatol.* 2023 Nov;28(6):101149.



Fondo Colombiano de
Enfermedades de Alto Costo

@cuentadealtocosto



www.cuentadealtocosto.org



REPÚBLICA DE COLOMBIA
MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL
MINISTERIO DE HACIENDA Y CRÉDITO PÚBLICO