

Situación de la

HEPATITIS C CRÓNICA

en los regímenes subsidiado y
contributivo de Colombia **2023**



Fondo Colombiano de
Enfermedades de Alto Costo

Situación de la hepatitis C crónica en los regímenes subsidiado y contributivo de Colombia 2023



Situación de la hepatitis C crónica en los regímenes subsidiado y contributivo de Colombia 2023

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

ISSN: 2711-1474

Periodicidad: una edición anual

Bogotá, D. C., Colombia, octubre de 2024

© Todos los derechos reservados

Citación sugerida: Fondo Colombiano de Enfermedades de Alto Costo, Cuenta de Alto Costo (CAC).
Situación de la hepatitis C crónica en los regímenes subsidiado y contributivo de Colombia 2023;
Bogotá, D. C. 2024.

Se prohíbe la reproducción total o parcial de este libro sin la autorización escrita 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

Jorge Iván Domínguez Londoño
Coosalud EPS

Almanury Pérez Contreras
ComfaOriente

Justo Jesús Paz Wilches
Mutual Ser EPS-S

Julio Alberto Rincón Ramírez
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

Diana Carolina Camargo Bermúdez
Coordinadora de Auditoría

Luis Alejandro Moreno Ramírez
Coordinador de Gestión del Conocimiento

Rubén Alfonso Rivera Rivera
Coordinador de Gestión de la Tecnología y Gestión de la Información

Orlando Andrés Fajardo Tejada
Coordinador de Innovación, Investigación y Desarrollo

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

Paula Andrea Daza Criollo
Especialista en Analítica

Rubén Darío Cáceres Gómez
Líder de Estadística

Sergio Augusto Cáceres Maldonado
Epidemiólogo

Fabián Guillermo Romero Espitia
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
Jefe de comunicaciones
Unidad de Comunicación y Difusión

Diseño y diagramación

Angie Tatiana Silva Salamanca
Diseñadora editorial
Unidad de Comunicación y Difusión

Revisores clínicos

Oscar Alfredo Beltrán Galvis

Médico especialista en medicina interna, gastroenterología intervencionista y enfermedades hepáticas.
Miembro de la Asociación Colombiana de Hepatología.

Cielo Yaneth Ríos Hincapié

Médica, especialista en gerencia administrativa de salud, magíster en salud pública y magíster en VIH.
Dirección de Promoción y Prevención, Ministerio de Salud y Protección Social.

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 en sus distintos acápites, pertenece a la CUENTA DE ALTO COSTO, 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, así como las normas, por las cuales la misma norma fue modificada, en especial, por 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, entre otras normas concordantes. Por lo anterior, cualquier edición, extracto, mutilación, reproducción, divulgación, cita parcial o total, comunicación pública, realización de obra derivada, cesión total o parcial de derechos, licenciamiento, explotación o usufructo, o cualquier otro tratamiento que algún individuo o Institución realice de la totalidad o fracción de la presente obra sin la autorización expresa de la Dirección Ejecutiva de la CUENTA DE ALTO COSTO, puede llegar a considerarse como un asunto de defraudación de Derechos de Autor, susceptible de denuncia penal ante la Fiscalía General de la Nación, por las conductas típicas descritas en los Artículos 270 y 271 de la Ley 599 de 2000 - Código Penal de la República de Colombia. Así mismo, la CUENTA DE ALTO COSTO declara que es titular de los derechos de propiedad industrial relacionados con signos distintivos que se encuentran integrados al presente documento, por lo que su uso no autorizado puede constituir un asunto de infracción marcaría, cuya acción judicial se adelantaría ante la Superintendencia de Industria y Comercio, conforme a lo establecido en el Artículo 154 y siguientes de la Decisión 486 de 2000 de la Comunidad Andina de Naciones.

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:

Carrera 45 N° 103 - 34. Oficina 802 de la CUENTA DE ALTO COSTO.

Tabla de control de cambios

Fecha	Versión	Descripción de los cambios	Ubicación del cambio
	1.0		

Tabla de contenido

Abreviaturas	13
Lista de entidades que le reportaron información a la Cuenta de Alto Costo en el periodo y que fueron incluidas en el análisis ¹	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
Malla de validación en los sistemas de 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.....	23
Análisis descriptivo	23
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.....	26
Contenido infográfico capítulo 1	27
1.1. Caracterización demográfica de los casos incidentes de hepatitis C crónica.....	28
1.1.1. Distribución de los casos incidentes según la edad y el sexo.....	29
1.1.2. Distribución de los casos incidentes por la región según el sexo	29
1.1.3. Características clínicas de los casos incidentes de hepatitis C crónica según el genotipo.....	32
2. Caracterización de los casos prevalentes de hepatitis C crónica.....	34
Contenido infográfico capítulo 2	35
2.1. Caracterización demográfica de los casos prevalentes de hepatitis C crónica	36
2.1.1. Distribución de los casos prevalentes según la edad y el sexo	37
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	38
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	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	46
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	47
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. Personas con coinfección por 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	73
Referencias bibliográficas	75

Lista de tablas

Tabla 1. Calidad de la información reportada en la cohorte de las personas con hepatitis C crónica en la auditoría según el renglón del aseguramiento, Colombia 2023	20
Tabla 2. Hallazgos relevantes identificados durante la auditoría de la información en la cohorte de hepatitis C crónica, Colombia 2023	20
Tabla 3. Características sociodemográficas de los casos incidentes de hepatitis C crónica según el régimen de afiliación, Colombia 2023	28
Tabla 4. Casos incidentes de hepatitis C crónica por región según el sexo, Colombia 2023.....	30
Tabla 5. Características clínicas de los casos incidentes de hepatitis C crónica.....	30
Tabla 6. Características clínicas de los casos incidentes de hepatitis C crónica según el genotipo	32
Tabla 7. Características sociodemográficas de los casos prevalentes de hepatitis C crónica según el régimen de afiliación	36
Tabla 8. Casos prevalentes de hepatitis C crónica según la región y el sexo, Colombia 2023.....	37
Tabla 9. Características clínicas de los casos prevalentes de hepatitis C crónica.....	38
Tabla 10. Características clínicas de los casos prevalentes de hepatitis C crónica según el genotipo.....	40
Tabla 11. Incidencia de la hepatitis C crónica según el sexo	44
Tabla 12. Incidencia de la hepatitis C crónica por 100.000 habitantes según la región.....	45
Tabla 13. Incidencia de la hepatitis C crónica por 100.000 afiliados según el régimen de afiliación.....	45
Tabla 14. Prevalencia de la hepatitis C crónica según el sexo, Colombia 2023	46
Tabla 15. Prevalencia de la hepatitis C crónica por 100.000 habitantes según la región, Colombia 2023	46
Tabla 16. Prevalencia de la hepatitis C crónica por 100.000 afiliados según el régimen de afiliación, Colombia 2023.....	47
Tabla 17. Mortalidad de la hepatitis C crónica según el sexo, Colombia 2023	47
Tabla 18. Mortalidad de la hepatitis C crónica por 100.000 habitantes según la región, Colombia 2023... ..	47
Tabla 19. Mortalidad de la hepatitis C crónica por 100.000 afiliados según el régimen de afiliación, Colombia 2023.....	48
Tabla 20. Caracterización del tratamiento actual en las personas con hepatitis C crónica según el régimen de afiliación, Colombia 2023	51
Tabla 21. Efectividad del tratamiento con antivirales de acción directa (AAD) en las personas con hepatitis C crónica según el esquema y las características clínicas, Colombia 2023	52
Tabla 22. Distribución de los casos con coinfección por hepatitis C crónica y VIH según la región y la entidad territorial, Colombia 2023.....	56
Tabla 23. Características clínicas de los casos con coinfección por hepatitis C crónica y VIH, Colombia 2023	57
Tabla 24. Distribución del número de atenciones recibidas por paciente según la especialidad, Colombia 2023	61

Tabla 25. Distribución del número total de consultas durante el periodo según la especialidad y presencia de cirrosis, Colombia 2023	61
Tabla 26. Descripción de los indicadores de gestión del riesgo en hepatitis C crónica	65
Tabla 27. Indicadores del proceso según el régimen, Colombia 2023	68
Tabla 28. Indicadores de la gestión del proceso según la región geográfica, Colombia 2023	68
Tabla 29. Indicadores de la gestión del resultado según el régimen de afiliación, Colombia 2023	71
Tabla 30. Indicadores de la gestión del resultado según la región, Colombia 2023	71

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 2023.....	22
Figura 2. Población proyectada por el DANE según la entidad territorial, Colombia 2023	24
Figura 3. Número de afiliados según la Empresa Administradora de Planes de Beneficios, Colombia 2023	25
Figura 4. Tendencia del número de casos incidentes de hepatitis C crónica según el sexo, Colombia 2017 - 2023.....	28
Figura 5. Pirámide poblacional de los casos incidentes de hepatitis C crónica, Colombia 2023	29
Figura 6. Tendencia del número de casos prevalentes de hepatitis C crónica, Colombia 2017 - 2023	36
Figura 7. Pirámide poblacional de los casos prevalentes de hepatitis C crónica, Colombia 2023	37
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 - 2023	44
Figura 10. Tendencia de la prevalencia cruda de la hepatitis C crónica, Colombia 2017 - 2023	45
Figura 11. Efectividad del tratamiento con AAD en las personas con hepatitis C crónica, Colombia 2017 - 2023	52
Figura 12. Tendencia del número de casos con coinfección por hepatitis C crónica y VIH según el sexo, Colombia 2017 - 2023.....	56
Figura 13. Distribución de la población con coinfección por hepatitis C crónica y VIH según la edad y el sexo, Colombia 2023	57
Figura 14. Tendencia de los indicadores de proceso, Colombia 2017 - 2023.....	66
Figura 14a. Indicador 1: proporción de las personas con diagnóstico de hepatitis C crónica que iniciaron tratamiento.....	66
Figura 14b. Indicador 2: proporción de pacientes con resultados de estadificación para fibrosis.....	66
Figura 14c. Indicador 3: proporción de pacientes que iniciaron el tratamiento para hepatitis C crónica fuera de compra centralizada	67
Figura 14d. Indicador 7: proporción de las personas con diagnóstico de hepatitis C crónica que abandonaron el tratamiento	67
Figura 15. Tendencia de los indicadores de resultado en la gestión del riesgo, Colombia 2017 - 2023.....	70
Figura 15a. Indicador 4: detección de fibrosis hepática en las personas con diagnóstico de hepatitis C crónica	70
Figura 15b. Indicador 5: RVS 12 semanas después de finalizado el tratamiento para hepatitis C crónica	70

Abreviaturas

AAD:	Antiviral de acción directa.
APRI:	<i>AST to Platelet Ratio Index</i> (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:	<i>International Normalized Ratio</i> (razón normalizada internacional).
DE:	Desviación estándar.
RIC:	Rango intercuartílico.
IC:	Intervalo de confianza.
EAPB:	Entidad administradora de planes de beneficio.
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:	<i>Polymerase chain reaction</i> (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 entidades que le reportaron información a la Cuenta de Alto Costo en el periodo y que fueron incluidas en el análisis¹

Periodo de reporte: 1° de enero al 31 de diciembre de 2023.

Código Régimen	Nombre de la entidad administradora de planes de beneficios (EAPB)
Contributivo	
EPS001	Aliansalud EPS
EPS002	Salud Total EPS
EPS005	Sanitas EPS
EPS008	Compensar EPS
EPS010	Sura EPS
EPS012	Comfenalco Valle EPS
EPS016	Coomeva EPS
EPS017	Famisanar EPS
EPS018	Servicio Occidental de Salud - S.O.S. EPS
EPS037	Nueva EPS
EPS042	Coosalud EPS S.A.S.
EPS044	Medimás EPS
EPS048	Mutual Ser EPS
Subsidiado	
CCF050	Caja de Compensación Familiar del Oriente Colombiano
CCF055	Caja de Compensación Familiar Cajacopi Atlántico
EPS025	Capresoca EPS
EPS045	Medimás EPS
EPSI03	Asociación Indígena del Cauca - A.I.C. EPSI
EPSS34	Capital Salud EPS
EPSS40	Savia Salud EPS
EPSS41	Nueva EPS
ESS024	Coosalud ESS
ESS062	Asmet Salud EPS
ESS076	Asociación Mutual Barrios Unidos de Quibdó E.S.S. - AMBUQ
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 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 sobre la situación en salud de una población, buscando reducir o mantener la ocurrencia de enfermedades en 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 por el virus de la hepatitis C crónica (VHC) representa un desafío para la salud pública, dado el impacto en términos de la enfermedad, la mortalidad y los costos económicos, siendo una de las principales causas de fibrosis hepática y carcinoma hepatocelular (8). De acuerdo con las estrategias planteadas por la OMS para poner fin a las epidemias de hepatitis virales e infecciones de transmisión sexual, para el año 2030 se espera que haya una reducción en la incidencia y en la mortalidad por el VHC, disminuyendo a 350.000 casos nuevos y 140.000 fallecidos por año respectivamente. Además, se busca que el 90% de las personas que viven con VHC estén diagnosticadas y que el 80% reciban tratamiento (9). Sin embargo, a pesar de la existencia de los antivirales de acción directa (AAD) como tratamiento altamente eficaz, que garantiza la curación o respuesta viral sostenida (RVS) en más del 95% de los casos, aún persisten algunas barreras para la eliminación del VHC, como lo son el desconocimiento de la infección, el acceso a la atención médica, el diagnóstico y el tratamiento escaso, además, en la actualidad no se dispone de una vacuna eficaz contra el VHC, lo que lleva a que la respuesta global aún esté lejos de alcanzar los objetivos (8,10).

Según las estimaciones de la OMS en el Informe Mundial sobre Hepatitis Viral 2024, en 2022 se reportó que 50 millones de personas vivían con el VHC en el mundo, de estas, solo el 36% fueron diagnosticadas y únicamente el 20% recibieron tratamiento curativo (11). En contraste, en América Latina, aproximadamente 3,8 millones de personas viven con el VHC, con una prevalencia que varía según la región: 0,5% en la Andina y Central, 0,6% en las del Sur y 0,9% en las Tropicales (8). Además, el informe indica que, en 2022, el 46% de los pacientes con el VHC en América Latina fueron diagnosticados y el 26% recibió tratamiento (11). Estos datos indican que el diagnóstico tardío y el pobre acceso a tratamiento impactan directamente en la morbilidad y mortalidad de los pacientes.

En Colombia, según el Sistema Nacional de Vigilancia en Salud Pública (Sivigila), en el año 2023 se reportaron 2,9 casos nuevos de VHC por cada 100.000 habitantes, siendo las entidades territoriales con la mayor notificación de casos Bogotá, D. C., (569), Medellín (180), Santiago de Cali (153), Pereira (49) y Barranquilla (39) del total de 1.512 casos reportados (12).

Por otro lado, de acuerdo con el tratamiento de esta enfermedad, los (AAD) han tenido un efecto favorable en la curación o (RVS). En Colombia, como estrategia para mejorar la cobertura en el tratamiento, en el marco de la Resolución 1692 de 2017, se inició la entrega de medicamentos a las personas con hepatitis C crónica como parte del proceso de compra y negociación centralizada realizado por el Ministerio de Salud y Protección Social (MSPS) (13,14). Desde entonces, la Cuenta de Alto Costo (CAC) realiza el seguimiento del reporte de los casos con hepatitis C crónica de los regímenes contributivo y subsidiado, lo que ha permitido entender la carga de la enfermedad dentro del contexto del aseguramiento, además de seguir de cerca la atención a las personas afectadas.

A continuación, se presenta el informe anual con los resultados principales obtenidos. Se incluye una caracterización de la población atendida en el sistema de salud colombiano, se estiman las medidas de morbilidad, se incluye un análisis de las personas con coinfección con el virus de inmunodeficiencia humana (VIH), y se evalúa el comportamiento de los indicadores de la gestión del riesgo establecidos en la vía clínica para el tratamiento de la hepatitis C crónica (5).



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 (13) para el periodo comprendido entre el 1º de enero y el 31 de diciembre de 2023.

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 (15) 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 (16) 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 2023, por las Entidades Promotoras de Salud (EPS) y las EAPB (Entidades Administradoras de Planes de Beneficios) que operan en los regímenes contributivo y subsidiado, en cumplimiento de la Resolución 1692 de 2017 (13) 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 26 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 2023. 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.

Calidad de la información

Los datos fueron auditados con el fin de garantizar su calidad y confiabilidad. Este proceso se desarrolló en tres fases: i) la verificación inicial realizada en la malla de validación, 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:

Malla de validación en los sistemas de 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 a través del cruce de datos con la Base de Datos Única de Afiliados (BDUA), en la cual se identificó la situación administrativa relacionada con el estado de afiliación y las novedades asociadas con el estado vital.

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 y los soportes de entrega de medicamentos, 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 2.626 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 presentan los resultados de la calidad de la información desagregados por el renglón del aseguramiento, en todos ellos se observa una disminución en la calidad del dato reportado.



Tabla 1. Calidad de la información reportada en la cohorte de las personas con hepatitis C crónica en la auditoría según el renglón del aseguramiento, Colombia 2023

Reglón del aseguramiento	Pacientes auditados	Pacientes con inconsistencias	Dato conforme (%)	Datos de no calidad (%)	Dato original no disponible (%)	Comodín de no gestión (%)	Inconsistencias generales (%)
CCF Contributivo	340	0	95,86	1,76	1,13	1,26	0,00
CCF Subsidiado	13	0	88,02	3,92	6,78	1,28	0,00
Comerciales contributivo	849	8	96,00	0,96	2,33	0,71	0,94
Comerciales subsidiado	50	0	92,41	3,93	1,16	2,50	0,00
Cooperativas contributivo	3	0	91,24	4,22	2,41	2,14	0,00
Cooperativas subsidiado	28	0	94,45	3,38	0,97	1,21	0,00
Indígenas y adaptadas	3	0	83,90	9,97	1,18	4,95	0,00
Públicas y mixtas	428	1	96,91	1,30	0,84	0,95	0,23
Total general	1.714	9	92,35	3,68	2,10	1,87	0,15

¹ **Dato conforme:** dato reportado que coincide exactamente con el dato observado en los soportes.

² **Dato de no calidad:** dato reportado que no coincide con el observado en los soportes o que no cuenta con soportes verificables por la auditoría.

³ **Dato con comodín:** corresponde a las variables en las que la entidad reportó un comodín de no realización o desconocimiento.

En la **tabla 2** se describen los hallazgos más importantes de la auditoría y las recomendaciones dirigidas a las inconsistencias de la información.

Tabla 2. Hallazgos relevantes identificados durante la auditoría de la información en la cohorte de hepatitis C crónica, Colombia 2023

Temática o hallazgo	Descripción de la temática y/o hallazgo
Registro de información en los soportes	Se evidenció que el 30,18% de las historias clínicas no cuentan con ningún registro de información relacionada con el mecanismo de transmisión del VHC, y en la población femenina, el 54,92% 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 interrogue y registre el mecanismo de transmisión relacionado.
Inconsistencias	Se presentaron 9 inconsistencias por diagnóstico durante el 2023, se identificó como motivo principal, la ausencia de información relacionada con la carga viral del VHC que permitiera confirmar la infección.
Curación espontánea	Se identificaron 17 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	<ul style="list-style-type: none"> En el periodo se identificaron 11 casos que solicitaron el alta voluntaria del programa de atención, de los cuales 6 no iniciaron tratamiento con (AAD) y 5 si lo iniciaron, de estos 2 finalizaron esquema y 3 usuarios presentaron abandono de tratamiento. De las personas que presentaron abandono del tratamiento, se identificó que de las 84 dosis que debían ser suministradas por orden médica, el primer paciente recibió un total de 20 tabletas, el segundo 46 tabletas y el tercero 70 tabletas.
Abandono	<ul style="list-style-type: none"> En el periodo se identificaron 22 casos en abandono del programa de seguimiento médico, 9 de ellos sin inicio de tratamiento, 5 con inicio de AAD, pero sin información de finalización y 8 pacientes presentan su tratamiento completo con AAD. De los 8 casos con tratamiento terminado, 7 no cuentan con información de la carga viral (CV) postratamiento y 1 presenta reporte de CV para hepatitis C detectable a sus 12 semanas de haber finalizado, pero sin control médico posterior que permitiera diferenciar si se trataba de un fracaso terapéutico o de una reinfección.

Tabla 2. Hallazgos relevantes identificados durante la auditoría de la información en la cohorte de hepatitis C crónica, Colombia 2023 (continuación)

Temática o hallazgo	Descripción de la temática y/o hallazgo
Causas de reingreso a la cohorte en 2023	<ul style="list-style-type: none"> Se presentaron 194 casos de reincorporación a la cohorte, de los cuales el 81,44% (n= 158) se atribuye a una reinfección por VHC y un 18,56% (n= 36) por cambio de EPS. De los casos con reinfección se evidenció un paciente con doble reinfección en este periodo, así mismo se observó como principal motivo de reinfección la presencia de conductas de riesgo, particularmente las prácticas sexuales sin protección con una o varias parejas. Del total de las reinfecciones, el 98,10% (n= 155) presentan coinfección con VIH y de los reingresos por cambio de EPS, el 61,11% (n= 22) presenta esta misma coinfección.
Eventos adversos al tratamiento AAD	<p>En enero del 2023, se inició nuevamente el tratamiento a un paciente que había sido reportado desde 2021 con coinfección con VIH y que había presentado intolerancia a sofosbuvir/velpatasvir. En 2022, es valorado por infectología, con formulación del mismo tratamiento, del cual recibió solo una dosis, dado que el paciente refirió nuevamente problemas gastrointestinales que lo llevaron a urgencias por estado de deshidratación, generando que se rehúse a continuar con el tratamiento.</p>
Pacientes requeridos por fuentes externas	<ul style="list-style-type: none"> Se realizó requerimiento por parte de la CAC a las diferentes EPS (de los regímenes contributivo y subsidiado) mediante el cruce con las diferentes bases de datos que presentan información relacionada con el diagnóstico de hepatitis C, las cuales fueron SIVIGILA, SIHEVI y MIPRES. Para el 2023, la CAC requirió 968 pacientes, de los cuales el 53,31% (n= 516) corresponde por fuente externa SIVIGILA, 27,38% (n= 265) SIHEVI y un 19,32% (n= 187) MIPRES. Para los pacientes requeridos por fuente externa SIVIGILA (n= 516), se presentó un 1,74% (n= 9) de pacientes fallecidos sin poder confirmar o descartar infección, seguido por un 4,46% (n= 23) en quienes se descartó la infección de hepatitis C crónica, un 37,21% (n= 192) de pacientes reportados a la CAC con el diagnóstico confirmado, dejando un 56,59% (n= 292) aún sin información que confirme o descarte su enfermedad. En el caso de los pacientes requeridos por SIHEVI (n= 265), se reportó un 2,26% (n= 6) con diagnóstico confirmado, un 3,40% (n= 9) en quienes se descartó la infección crónica y un 94,34% (n= 250) sin ninguna información por parte de la entidad. Para los casos requeridos por el cruce con MIPRES (n= 187), se evidenció que en el 1,07% (n= 2) de los casos fue descartada la enfermedad, el 2,14% (n= 4) estaba fallecido, el 48,13% (n= 90) fue notificado a la CAC y en el 48,66% (n= 91) no se cuenta con información actual.
Pacientes menores de edad reportados a la cohorte	<p>Se identificaron 8 casos (2 mujeres y 6 hombres) con edades inferiores a los 18 años, siendo 2 de siete años, 1 de diez años, 1 de trece años y 2 de catorce años. Con diagnósticos principales de leucemia linfoblástica aguda, leucemia mieloide aguda M2 y neutropenia, todos procedentes de Venezuela, y quienes a su vez requirieron múltiples transfusiones de hemoderivados, siendo estas su posible mecanismo de transmisión.</p>
Desabastecimiento del medicamento por compra centralizada	<p>Se presentó el desabastecimiento de Epclusa® (sofosbuvir/velpatasvir) en el país entre los meses de mayo y septiembre de 2023, lo que conllevó a una disminución en el inicio de los tratamientos para la hepatitis C crónica durante los meses de mayo y julio; no obstante, a partir del 30 de septiembre del 2023 por parte del MSPS, se inició nuevamente con la distribución del tratamiento que se tenía pendiente, así como de las nuevas órdenes generadas.</p>
Interrupción de tratamiento.	<ul style="list-style-type: none"> Durante el periodo se identificaron 3 casos en los que se inició el tratamiento con la posterior suspensión por desabastecimiento. En dos casos se reinició el tratamiento posteriormente con una nueva formulación en MIPRES. Estos casos llaman la atención dado que por parte del MSPS se ha mencionado que la entrega a las diferentes EPS se realiza de manera completa según prescripción médica, por lo cual no se debería presentar interrupciones del tratamiento.

Ajuste de los datos posterior a la auditoría

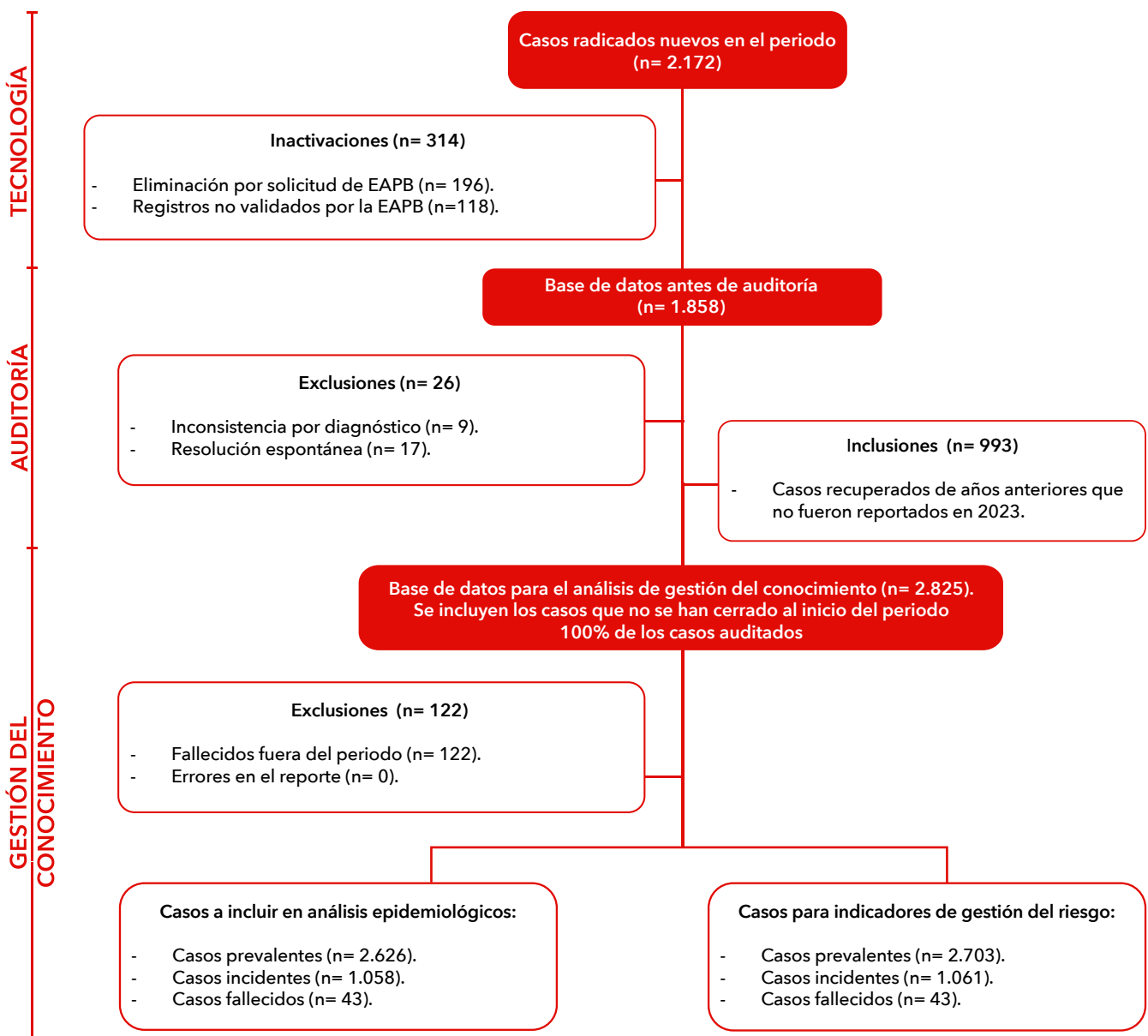
Una vez finalizada la auditoría de campo, se incorporaron los ajustes definitivos y la información fue dispuesta en una bodega de datos para realizar los análisis respectivos. Se verificaron los casos duplicados considerados como válidos y se excluyeron de los análisis los registros con inconsistencias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



En conclusión, para el periodo de interés se radicaron 2.131 registros, de los cuales 314 fueron inactivados por solicitud de la EAPB dado que no tenían la enfermedad. Durante la auditoría se encontraron 9 inconsistencias en el diagnóstico y 17 casos de curación espontánea que fueron abordados como infección aguda. Finalmente la base de datos contó con 2.825 pacientes.

Para realizar los análisis epidemiológicos se consideraron los casos únicos de hepatitis C crónica prevalentes (n= 2.626), de los cuales 1.058 son incidentes y 43 fallecidos. Para el análisis de los indicadores de la gestión del riesgo se tienen en cuenta 2.703 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 2023



[Descargar figura](#)

Análisis epidemiológico

Análisis descriptivo

Se realizó un análisis descriptivo de las variables sociodemográficas y clínicas de interés. En el primer grupo se describió 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 medidas de tendencia central y dispersión; y las cualitativas con frecuencias y proporciones.

Estimación de la morbilidad y la mortalidad

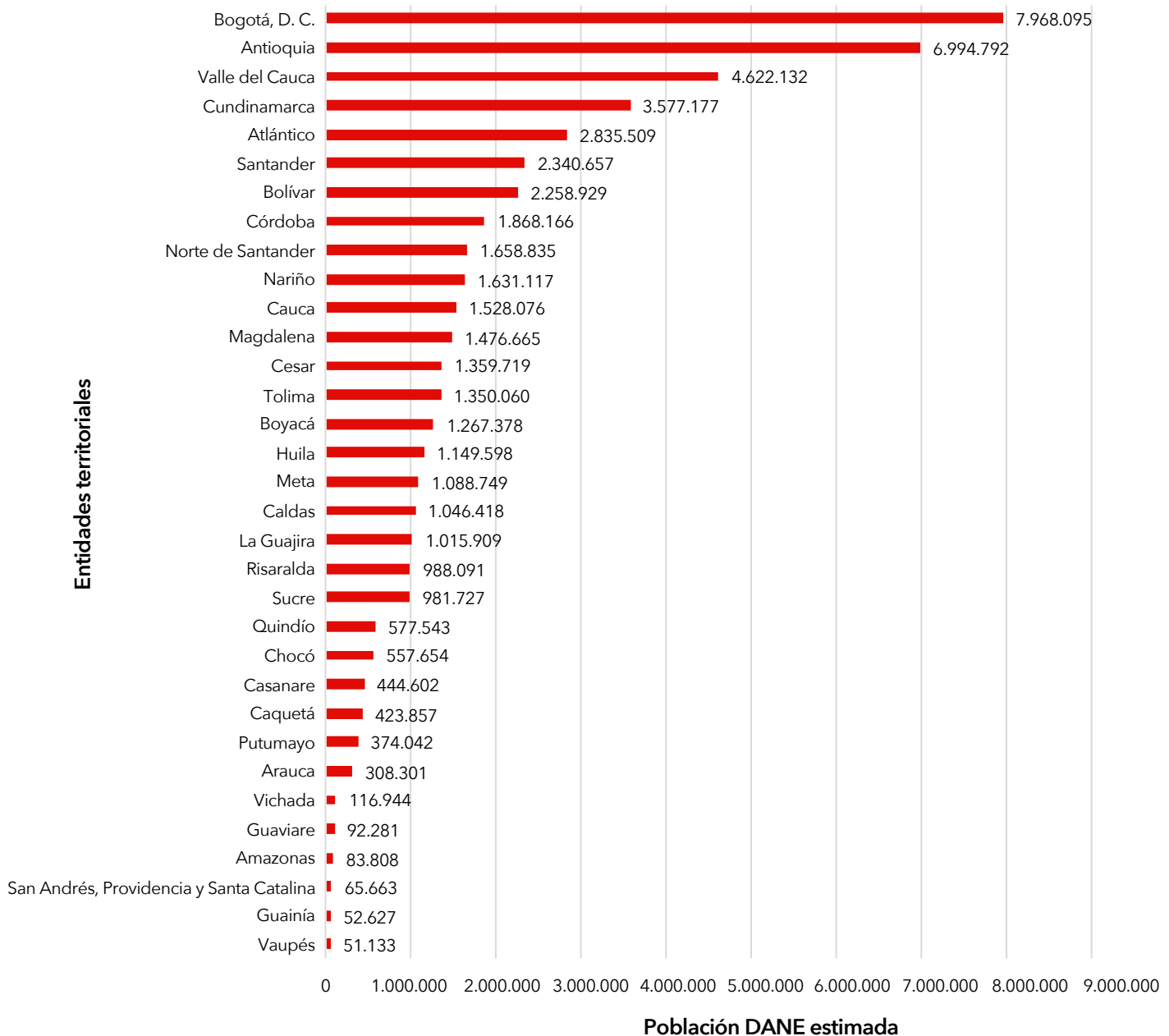
Se calcularon la incidencia, la prevalencia y la mortalidad, definidas para este documento de la siguiente forma:

- **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 2023. 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 la población colombiana estimada por el DANE para el 2023 (n= 52.156.254) 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 2022 (17). 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 2023



Fuente: Departamento Administrativo Nacional de Estadística, proyección a 2023.

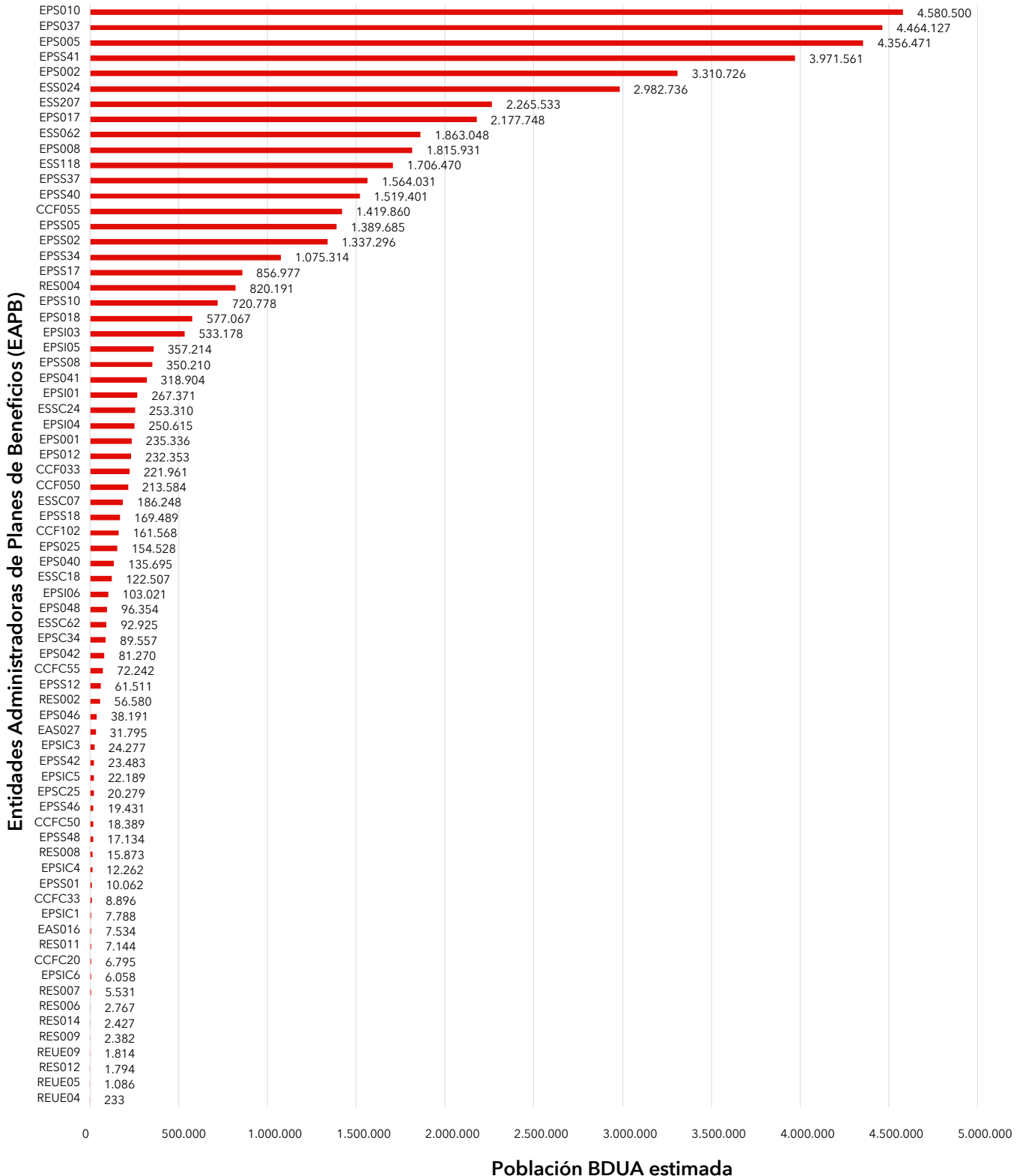
[Descargar figura](#)

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= 49.908.596) con corte al 30 de junio de 2023 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

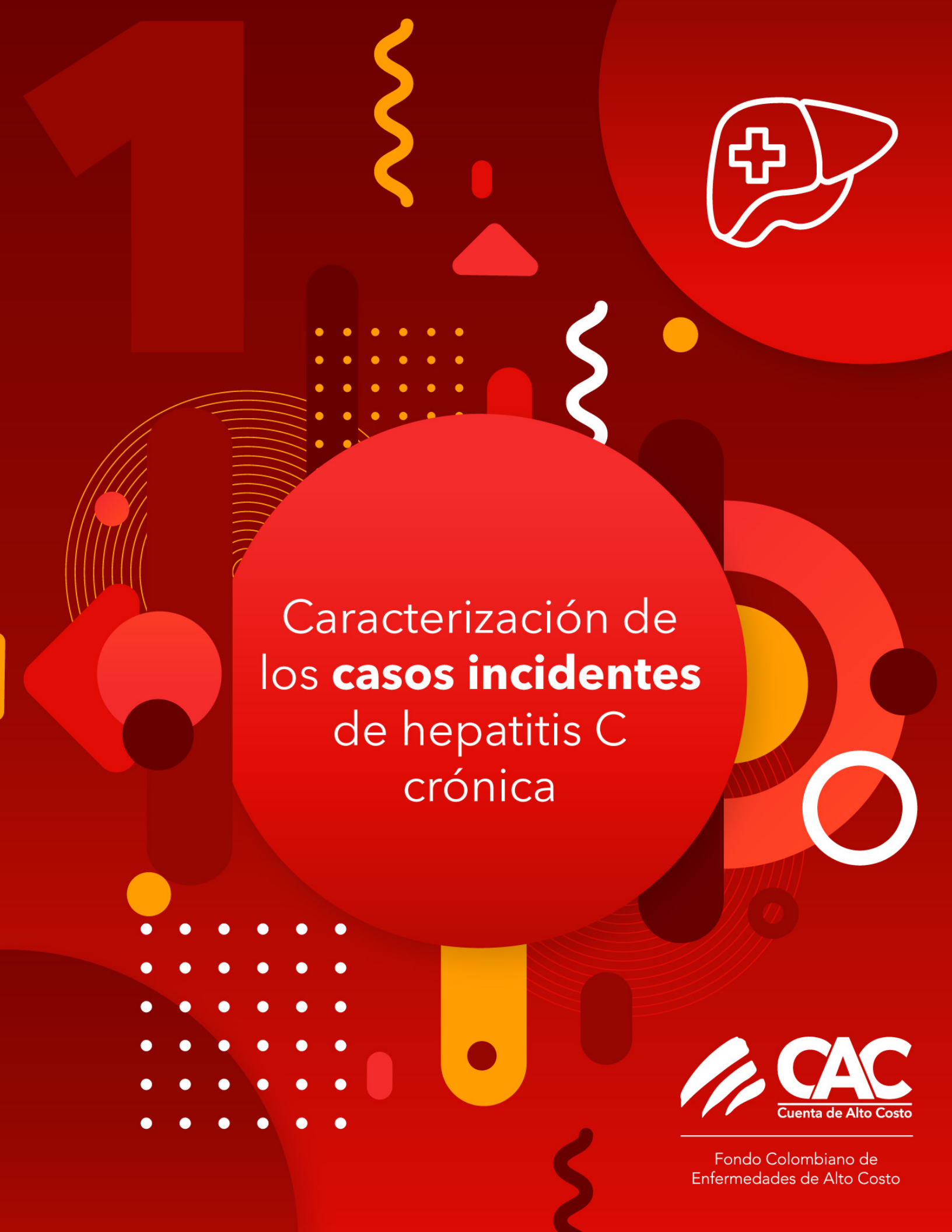
Se calcularon los 7 indicadores establecidos en la vía clínica para el tratamiento de la hepatitis C crónica o generados por el seguimiento realizado por la CAC a la compra centralizada de medicamentos, evaluando la tendencia en los periodos de medición.

Figura 3. Número de afiliados según la Empresa Administradora de Planes de Beneficios, Colombia 2023



Fuente: Base Única de Afiliados, Ministerio de Salud y Protección Social y reporte de las entidades, con corte al 30 de junio de 2023.

[Descargar figura](#)



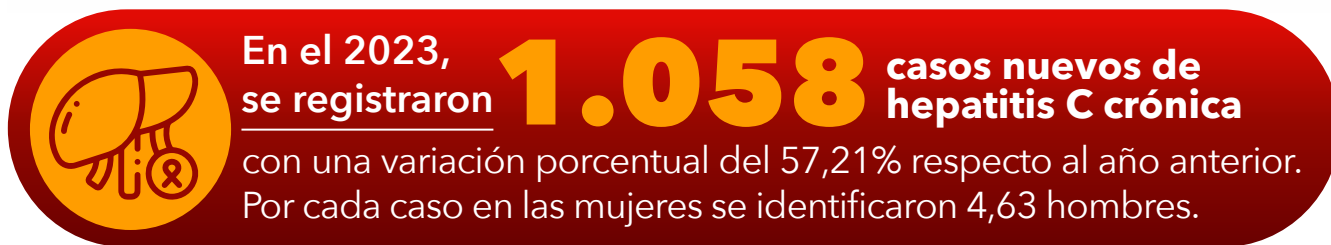
Caracterización de los **casos incidentes** de hepatitis C crónica

Resumen infográfico

Capítulo 1

Caracterización de los casos incidentes de hepatitis C crónica

Periodo: del 1° de enero al 31 de diciembre de 2023.



El **83,18% (n= 880)** corresponde al régimen contributivo y el 16,24% (n= 178) al subsidiado.



La mediana de la edad general fue de 36 años (RIC: 30 - 50).



De acuerdo con la región de residencia, la mayor parte de la población se concentró en Bogotá, D. C., (45,37%) y en la Central (26,47%).



Entre los hombres, el 62,07% estaba entre los 25 y los 39 años, por el contrario, en las mujeres la mayor frecuencia se observó de 60 a 74 años con 46,80%.



El principal mecanismo de transmisión en las mujeres fue la hemotransfusión (26,60%), mientras que en los hombres fue el sexual (69,08%).

El **69,47% de los casos incidentes** tenían coinfección con el VIH y el 7,28% presentaba cirrosis.

RIC: rango intercuartílico.

VIH: virus de inmunodeficiencia humana.

[Descargar infografía](#)



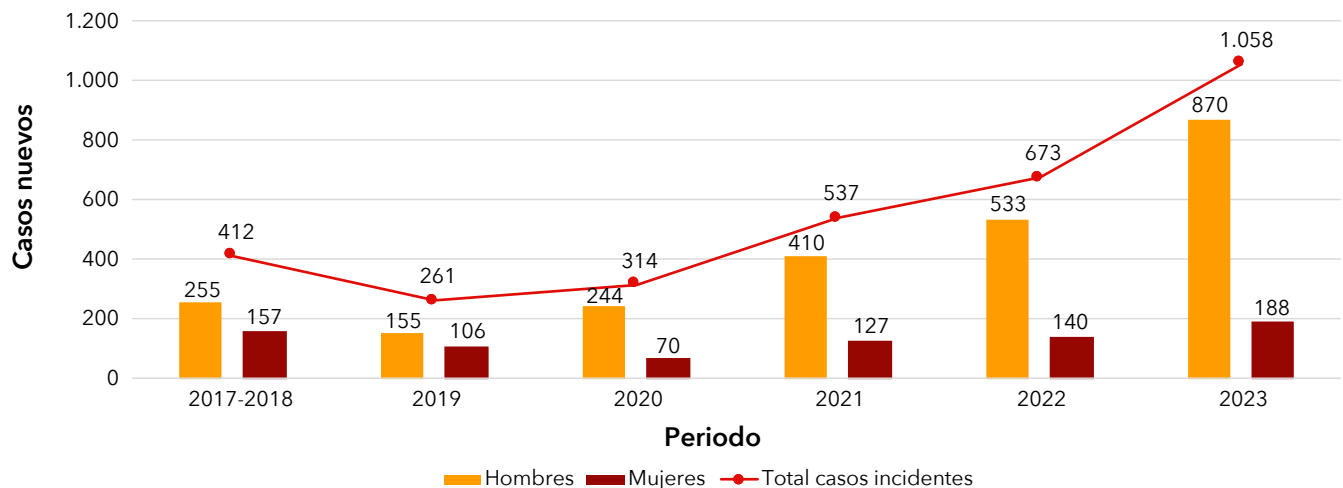
1. Caracterización de los casos incidentes de hepatitis C crónica

Para el periodo comprendido entre el 1° de enero y el 31 de diciembre de 2023, se informaron a la CAC 2.626 personas con diagnóstico de hepatitis C crónica, de los cuales 1.058 fueron incidentes. A continuación, se describen sus principales características sociodemográficas y clínicas.

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

Se reportaron 1.058 casos incidentes con un incremento del 57,21% en comparación con el periodo anterior en el que se identificaron 673. Desde el 2019, se mantiene una tendencia incremental. Los hombres tuvieron una mayor variación (63,23%) comparado con las mujeres (34,29%) respecto al periodo 2022. Por cada caso en las mujeres se identificaron 4,63 hombres.

Figura 4. Tendencia del número de casos incidentes de hepatitis C crónica según el sexo, Colombia 2017 - 2023



[Descargar figura](#)

En la **tabla 3** se muestra la caracterización sociodemográfica de los casos incidentes. El 83,18% (n= 880) fueron informados en el régimen contributivo y el 16,82% (n= 178) en el subsidiado. Con relación a la distribución por el sexo, la mayor proporción se presentó en los hombres (82,23%). La mediana de la edad general fue de 36 años (RIC: 30 - 50). Por otro lado, según la región de residencia la mayor parte de la población se ubicó en Bogotá, D. C., (45,37%) y en la región Central (26,47%).

Tabla 3. Características sociodemográficas de los casos incidentes de hepatitis C crónica según el régimen de afiliación, Colombia 2023

Variables	Régimen de afiliación		
	Contributivo n (%) 880 (83,18)	Subsidiado n (%) 178 (16,82)	Total n (%) 1.058 (100,00)
Sexo			
Hombre	737 (83,75)	133 (74,72)	870 (82,23)
Mujer	143 (16,25)	45 (25,28)	188 (17,77)
Edad¹	36,5 (30 - 50)	36 (28 - 52)	36 (30 - 50)
Región de residencia			
Amazonía-Orinoquía	3 (0,34)	2 (1,12)	5 (0,47)
Bogotá, D. C.	439 (49,89)	41 (23,03)	480 (45,37)

Situación de la hepatitis C crónica en los regímenes subsidiado y contributivo de Colombia 2023

Caracterización de los casos incidentes de hepatitis C crónica

WWW.CUENTADEALTOCOSTO.ORG

Tabla 3. Características sociodemográficas de los casos incidentes de hepatitis C crónica según el régimen de afiliación, Colombia 2023 (continuación)

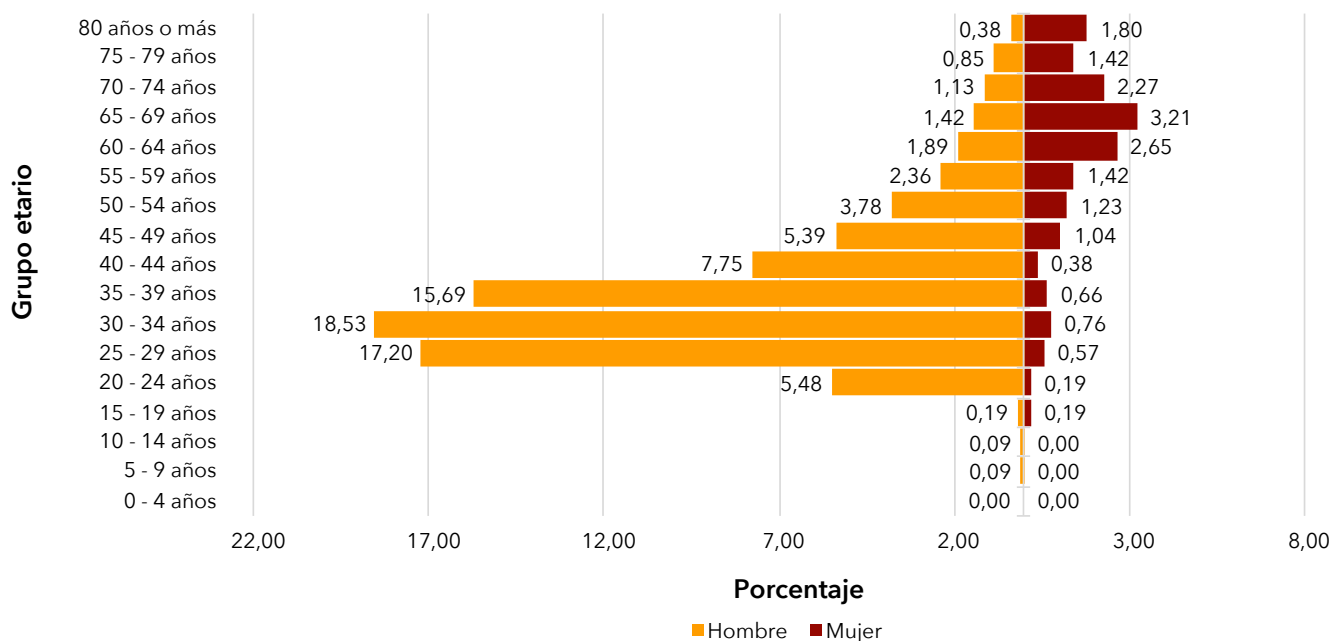
Variables	Régimen de afiliación		
	Contributivo n (%) 880 (83,18)	Subsidiado n (%) 178 (16,82)	Total n (%) 1.058 (100,00)
Caribe	46 (5,23)	31 (17,42)	77 (7,28)
Central	212 (24,09)	68 (38,20)	280 (26,47)
Oriental	64 (7,27)	20 (11,24)	84 (7,94)
Pacífica	116 (13,18)	16 (8,99)	132 (12,48)

¹ Mediana (RIC).

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

El 19,28% (n= 207) de los incidentes pertenecían al grupo etario comprendido entre los 30 a los 34 años. De acuerdo con el sexo, el 18,53% de los hombres se concentraron también en este grupo de edad, mientras que, en las mujeres, la mayor frecuencia se observó entre los 65 a 69 años (13,21%). La pirámide poblacional se mantiene similar al periodo anterior. Adicionalmente, se identificaron 2 menores de 15 años (**figura 5**).

Figura 5. Pirámide poblacional de los casos incidentes de hepatitis C crónica, Colombia 2023



[Descargar figura](#)

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

El mayor número de los casos se concentró principalmente en Bogotá, D. C., (45,37%) y en la región Central (26,47%). Al analizar estos datos por el sexo, se observa el mismo comportamiento en los hombres ubicándose la mayor proporción en Bogotá, D. C., y en la región Pacífica, mientras que las mujeres se ubicaron con mayor frecuencia en Bogotá, D. C., y en la región Caribe (**tabla 4**). Se reportó un caso nuevo entre las mujeres de la región Amazonía-Orinoquía, respecto al año anterior que no se identificó ninguna.



Tabla 4. Casos incidentes de hepatitis C crónica por región según el sexo, Colombia 2023

Región	Hombre n (%)	Mujer n (%)	Total n (%)
Amazonía-Orinoquía	4 (0,46)	1 (0,53)	5 (0,47)
Bogotá, D. C.	419 (48,16)	61 (32,45)	480 (45,37)
Caribe	34 (3,91)	43 (22,87)	77 (7,28)
Central	252 (28,97)	28 (14,89)	280 (26,47)
Oriental	56 (6,44)	28 (14,89)	84 (7,94)
Pacífica	105 (12,07)	27 (14,36)	132 (12,48)
Total	870 (100,00)	188 (100,00)	1.058 (100,00)

Las EAPB con el mayor número de casos incidentes fueron la EPS005 (n= 222), la EPS010 (n= 172) y la EPS008 (n= 141).



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.

En cuanto a las comorbilidades de los casos incidentes, la cirrosis se presentó en el 7,28% (n= 77), con mayor frecuencia en las mujeres (26,60%). La coinfección por el VIH se detectó en el 69,47% (n= 745) siendo más frecuente en los hombres (83,33%) y con hepatitis B se observó en el 2,36% (n= 25); el 0,66% (n= 7) de los pacientes tuvo ERC (enfermedad renal crónica) en estadios 4 - 5 y no se identificaron casos en trasplante hepático.

Por otra parte, al desglosar el mecanismo de transmisión según el sexo, en las mujeres predominó la hemotransfusión (26,60%), mientras que la transmisión sexual fue más común en los hombres (69,08%), sin embargo, no fue posible identificar esta información en el 28,33% de los casos incidentes.

En relación con la evaluación del grado de fibrosis hepática, se observó que el 49,05% (n= 519) de los casos presentaban algún grado de fibrosis. Además, se identificó que en el 10,40% (n= 54) de los casos con fibrosis se diagnosticó cirrosis hepática. Los genotipos virales más frecuentes fueron el 4 (12,57%; n= 133) y el 1B (3,35%; n= 35), es importante mencionar que se desconoce la información en el 80,81% (n= 855).

Finalmente, el 10,96% (n= 116) de los casos incidentes tenían antecedente de tratamiento previo para hepatitis C crónica. Entre estos, el fármaco reportado con mayor frecuencia fue el sofosbuvir/velpatasvir (85,34%) seguido del ledipasvir/sofosbuvir (7,76%).

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

Variables	Hombre n (%)	Mujer n (%)	Total n (%)
Comorbilidades			
Cirrosis			
Sí	27 (3,10)	50 (26,60)	77 (7,28)
No	671 (77,13)	90 (47,87)	761 (71,93)
No evaluado	172 (19,77)	48 (25,53)	220 (20,79)
Coinfección VIH			
Sí	725 (83,33)	10 (5,32)	735 (69,47)
No	116 (13,33)	132 (70,21)	248 (23,44)
No evaluado	29 (3,33)	46 (24,47)	75 (7,09)
Hepatitis B			
Sí	24 (2,76)	1 (0,53)	25 (2,36)

Situación de la hepatitis C crónica en los regímenes subsidiado y contributivo de Colombia 2023
Caracterización de los casos incidentes de hepatitis C crónica

WWW.CUENTADEALTOCOSTO.ORG

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

Variables	Hombre n (%)	Mujer n (%)	Total n (%)
No	793 (91,15)	161 (85,64)	954 (90,17)
Sin dato	53 (6,09)	26 (13,83)	79 (7,47)
Trasplante hepático			
Sí	0 (0,00)	0 (0,00)	0 (0,00)
No	866 (99,54)	185 (98,40)	1.051 (99,34)
Sin dato	4 (0,46)	3 (1,60)	7 (0,66)
ERC 4 - 5			
Sí	4 (0,46)	3 (1,60)	7 (0,66)
No	863 (99,20)	182 (96,81)	1.045 (98,77)
Sin dato	3 (0,34)	3 (1,60)	6 (0,57)
Mecanismo de transmisión			
Evento adverso relacionado con procedimientos de salud	6 (0,69)	6 (3,19)	12 (1,13)
Hemotransfusión	24 (2,76)	50 (26,60)	74 (6,99)
Uso de equipos de inyección contaminada	15 (1,72)	6 (3,19)	21 (1,98)
Exposición ocupacional	4 (0,46)	3 (1,60)	7 (0,66)
Transmisión sexual	601 (69,08)	13 (6,91)	614 (58,03)
Otras formas de transmisión sanguínea	8 (0,92)	1 (0,53)	9 (0,85)
Desconocido	11 (1,26)	5 (2,66)	16 (1,51)
Sin dato	201 (23,10)	104 (55,32)	305 (28,83)
Presencia de fibrosis hepática¹			
Sí	409 (47,01)	110 (58,51)	519 (49,05)
No	461 (52,99)	78 (41,49)	539 (50,95)
Cirrosis			
Compensada (A)	11 (1,26)	19 (10,11)	30 (2,84)
No compensada (B - C)	8 (0,92)	16 (8,51)	24 (2,27)
No tiene cirrosis	671 (77,13)	90 (47,87)	761 (71,93)
Cirrosis sin estadificar	8 (0,92)	15 (7,98)	23 (2,17)
No tamizado	172 (19,77)	48 (25,53)	220 (20,79)
Genotipo			
1a	28 (3,22)	1 (0,53)	29 (2,74)
1b	19 (2,18)	16 (8,51)	35 (3,31)
2	3 (0,34)	1 (0,53)	4 (0,38)
3a	2 (0,23)	0 (0,00)	2 (0,19)
4	132 (15,17)	1 (0,53)	133 (12,57)
Sin dato	686 (78,85)	169 (89,89)	855 (80,81)
Tratamiento previo			
Sí	114 (13,10)	2 (1,06)	116 (10,96)
No	756 (86,90)	186 (98,94)	942 (89,04)
Total	870 (100,00)	188 (100,00)	1.058 (100,00)

¹ Clasificación de la fibrosis hepática según la escala de Metavir. Se tuvieron en cuenta los resultados de test como el elastografía (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.

De los casos incidentes el 19,19% tuvo reporte de genotipificación. Los más frecuentes fueron el genotipo 4 (n= 133) y 1b (n= 35), siendo este el último el que se presentó con la mayor frecuencia en las mujeres (n= 16). En los casos con genotipo 4, la mediana de edad fue 33 años (RIC: 29 - 39), el 99,25% fueron hombres y el 90,98% tenían coinfección con VIH, además, el 50,38% presentaban algún grado de fibrosis hepática y el mecanismo de transmisión sexual fue el más frecuente en un 93,23%. En los casos con genotipo 1b, la mediana de edad fue 57 años (RIC: 38 - 68), el 57,14% tenían algún grado de fibrosis hepática y el mecanismo de transmisión más común fue el sexual 21,43%, no obstante, se desconocen los datos en el 34,29% de estos casos.

Tabla 6. Características clínicas de los casos incidentes de hepatitis C crónica según el genotipo

Características	Genotipo						
	1a	1b	2	3a	4	Sin dato	Total
Mediana de edad (RIC)	37 (31 - 47)	57 (38 - 68)	45,5 (31,5 - 64,5)	60 (58 - 62)	33 (29 - 39)	37 (30 - 52)	36 (30 - 50)
Sexo							
Hombre	28 (96,55)	19 (54,29)	3 (75,00)	2 (100,00)	132 (99,25)	686 (80,23)	870 (82,23)
Mujer	1 (3,45)	16 (45,71)	1 (25,00)	0 (0,00)	1 (0,75)	169 (19,77)	188 (17,77)
Coinfección VIH							
Sí	25 (86,21)	9 (25,71)	2 (50,00)	0 (0,00)	121 (90,98)	578 (67,60)	735 (69,47)
No	3 (10,34)	23 (65,71)	2 (50,00)	2 (100,00)	11 (8,27)	207 (24,21)	248 (23,44)
No evaluado	1 (3,45)	3 (8,57)	0 (0,00)	0 (0,00)	1 (0,75)	70 (8,19)	75 (7,09)
Coinfección VHB							
Sí	0 (0,00)	1 (2,86)	0 (0,00)	0 (0,00)	2 (1,50)	22 (2,57)	25 (2,36)
No	29 (100,00)	33 (94,29)	4 (100,00)	2 (100,00)	127 (95,49)	759 (88,77)	954 (90,17)
No evaluado	0 (0,00)	1 (2,86)	0 (0,00)	0 (0,00)	4 (3,01)	74 (8,65)	79 (7,47)
Presencia de fibrosis hepática							
Sí	13 (44,83)	20 (57,14)	1 (25,00)	2 (100,00)	67 (50,38)	416 (48,65)	519 (49,05)
No	16 (55,17)	15 (42,86)	3 (75,00)	0 (0,00)	66 (49,62)	439 (51,35)	539 (50,95)
Cirrosis							
Compensada (A)	0 (0,00)	1 (2,86)	0 (0,00)	0 (0,00)	0 (0,00)	29 (3,39)	30 (2,84)
No compensada (B - C)	0 (0,00)	1 (2,86)	0 (0,00)	1 (50,00)	0 (0,00)	22 (2,57)	24 (2,27)
No tiene cirrosis	29 (100,00)	28 (80,00)	3 (75,00)	1 (50,00)	126 (94,74)	574 (67,13)	761 (71,93)
Cirrosis sin estadificar	0 (0,00)	3 (8,57)	0 (0,00)	0 (0,00)	0 (0,00)	20 (2,34)	23 (2,17)
No tamizado	0 (0,00)	2 (5,71)	1 (25,00)	0 (0,00)	7 (5,26)	210 (24,56)	220 (20,79)
ERC 4 - 5							
Sí	0 (0,00)	0 (0,00)	0 (0,00)	0 (0,00)	0 (0,00)	7 (0,82)	7 (0,66)
No	29 (100,00)	35 (100,00)	4 (100,00)	2 (100,00)	133 (100,00)	842 (98,48)	1.045 (98,77)
Sin dato	0 (0,00)	0 (0,00)	0 (0,00)	0 (0,00)	0 (0,00)	6 (0,70)	6 (0,57)
Trasplante hepático							
No	29 (100,00)	35 (100,00)	4 (100,00)	2 (100,00)	133 (100,00)	848 (99,18)	1.051 (99,34)
Sin dato	0 (0,00)	0 (0,00)	0 (0,00)	0 (0,00)	0 (0,00)	7 (0,82)	7 (0,66)
Mecanismo de transmisión							
Evento adverso relacionado con procedimientos de salud	0 (0,00)	2 (5,71)	0 (0,00)	0 (0,00)	1 (0,75)	9 (1,05)	12 (1,13)
Hemotransfusión	0 (0,00)	8 (22,86)	0 (0,00)	2 (100,00)	0 (0,00)	64 (7,49)	74 (6,99)
Uso de equipos de inyección contaminada	1 (3,45)	1 (2,86)	0 (0,00)	0 (0,00)	0 (0,00)	19 (2,22)	21 (1,98)

Situación de la hepatitis C crónica en los regímenes subsidiado y contributivo de Colombia 2023
 Caracterización de los casos incidentes de hepatitis C crónica

WWW.CUENTADEALTOCOSTO.ORG

Tabla 6. Características clínicas de los casos incidentes de hepatitis C crónica según el genotipo (continuación)

Características	Genotipo						
	1a	1b	2	3a	4	Sin dato	Total
Exposición ocupacional						7 (0,82)	7 (0,66)
Transmisión sexual	22 (75,86)	11 (31,43)	2 (50,00)	0 (0,00)	124 (93,23)	455 (53,22)	614 (58,03)
Otras formas de transmisión sanguínea	1 (3,45)	0 (0,00)	0 (0,00)	0 (0,00)	0 (0,00)	8 (0,94)	9 (0,85)
Desconocido	2 (6,90)	1 (2,86)	0 (0,00)	0 (0,00)	0 (0,00)	13 (1,52)	16 (1,51)
Sin dato	3 (10,34)	12 (34,29)	2 (50,00)	0 (0,00)	8 (6,02)	280 (32,75)	305 (28,83)
Tratamiento previo							
Sí	10 (34,48)	2 (5,71)	1 (25,00)	0 (0,00)	27 (20,30)	76 (8,89)	116 (10,96)
No	19 (65,52)	33 (94,29)	3 (75,00)	2 (100,00)	106 (79,70)	779 (91,11)	942 (89,04)
Total	29 (100,00)	35 (100,00)	4(100,00)	2 (100,00)	133 (100,00)	855 (100,00)	1.058 (100,00)

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

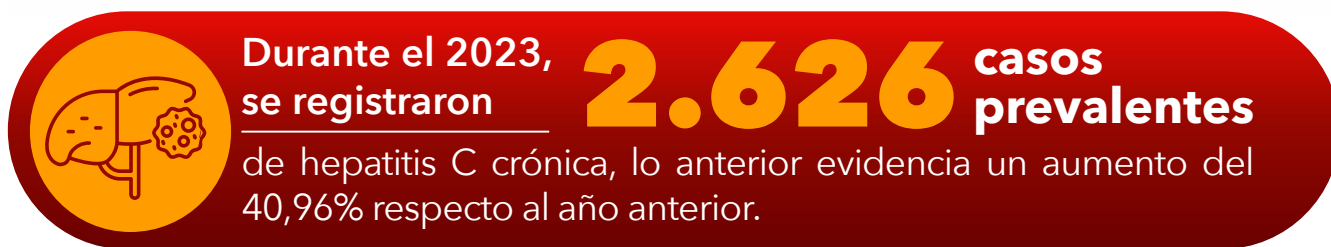


Resumen infográfico

Capítulo 2

Caracterización de las personas prevalentes de hepatitis C crónica

Periodo: del 1° de enero al 31 de diciembre de 2023.



La mayor proporción de los casos prevalentes se observó en los hombres con un **81,34%**.

La mediana de la edad general fue de 37 años (RIC: 31 - 52).



Las regiones con la mayor proporción de los casos prevalentes fueron Bogotá, D. C., (48,27%) para el régimen contributivo, y la Central (40,82%) para el subsidiado.



El 19,80% (n= 522) de los casos corresponde a los hombres, con edad entre los 30 a 34 años. En las mujeres, predomina el grupo de los 65 a 69 años con el 3,27% (n= 84) del total de casos.



El 56,29% (n= 266) de las mujeres y el 43,16% (n= 922) de los hombres presentaron algún grado de fibrosis hepática.

El **22,89%** tienen reporte de genotipificación, siendo el más frecuente el genotipo 4 (n= 365) seguido por el 1b (n= 131).

RIC: rango intercuartílico.

[Descargar infografía](#)

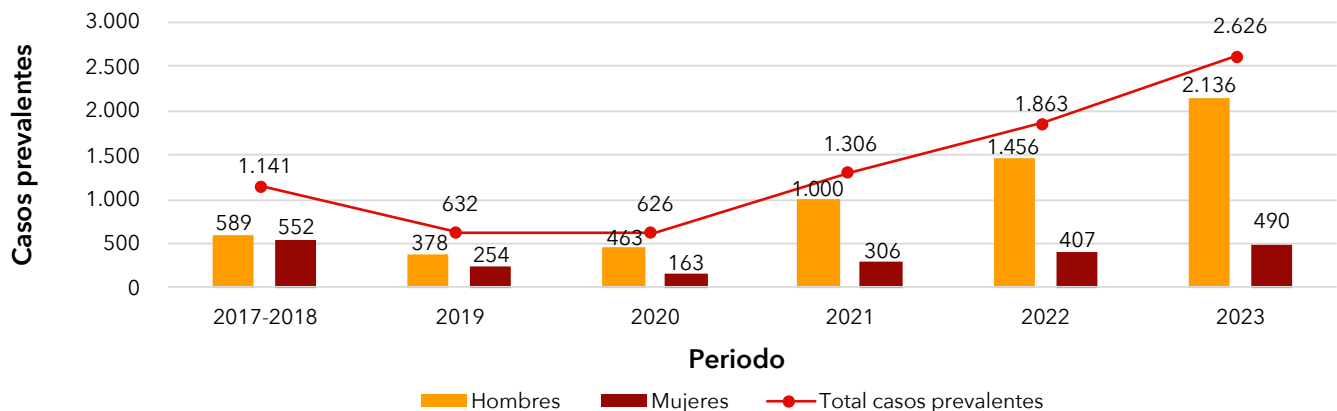


2. Caracterización de los casos prevalentes de hepatitis C crónica

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

Entre el 1° de enero y el 31 de diciembre del 2023, se identificaron 2.626 casos de hepatitis C crónica, lo que representa un incremento del 40,96% en comparación con 2022 (n= 1.863). Al analizar por el sexo, el aumento fue del 46,70% (n= 680) en los hombres y del 20,39% (n= 83) en las mujeres.

Figura 6. Tendencia del número de casos prevalentes de hepatitis C crónica, Colombia 2017 - 2023



[Descargar figura](#)

La **tabla 7** describe las características sociodemográficas de los casos prevalentes. En cuanto al régimen de afiliación, los casos prevalentes se concentraron en el contributivo con un 82,37% (n= 2.163), seguido del subsidiado con el 14,71% (n= 274). Con respecto a la distribución por el sexo, la mayor proporción de los casos se presentó en los hombres (825,34%), mientras que la mediana de la edad general fue de 37 años (RIC: 31 - 52). Las regiones de residencia con más proporción de casos prevalentes fueron Bogotá, D. C., (48,27%) para el régimen contributivo, y la Central (40,82%) para el subsidiado.

Tabla 7. Características sociodemográficas de los casos prevalentes de hepatitis C crónica según el régimen de afiliación

Características	Régimen de afiliación		
	Contributivo n (%) 2.163 (82,37)	Subsidiado n (%) 463 (17,63)	Total n (%) 2.626 (100,00)
Sexo			
Hombre	1.784 (82,48)	352 (76,03)	2.136 (81,34)
Mujer	379 (17,52)	111 (23,97)	490 (18,66)
Edad¹			
	37 (31 - 52)	38 (30 - 54)	37 (31 - 52)
Región de residencia			
Amazonía-Orinoquía	6 (0,28)	5 (1,08)	11 (0,42)
Bogotá, D. C.	1.044 (48,27)	93 (20,09)	1.137 (43,30)
Caribe	112 (5,18)	83 (17,93)	195 (7,43)
Central	535 (24,73)	189 (40,82)	724 (27,57)
Oriental	152 (7,03)	41 (8,86)	193 (7,35)
Pacífica	314 (14,52)	52 (11,23)	366 (13,94)

¹ Mediana (RIC).

Situación de la hepatitis C crónica en los regímenes subsidiado y contributivo de Colombia 2023

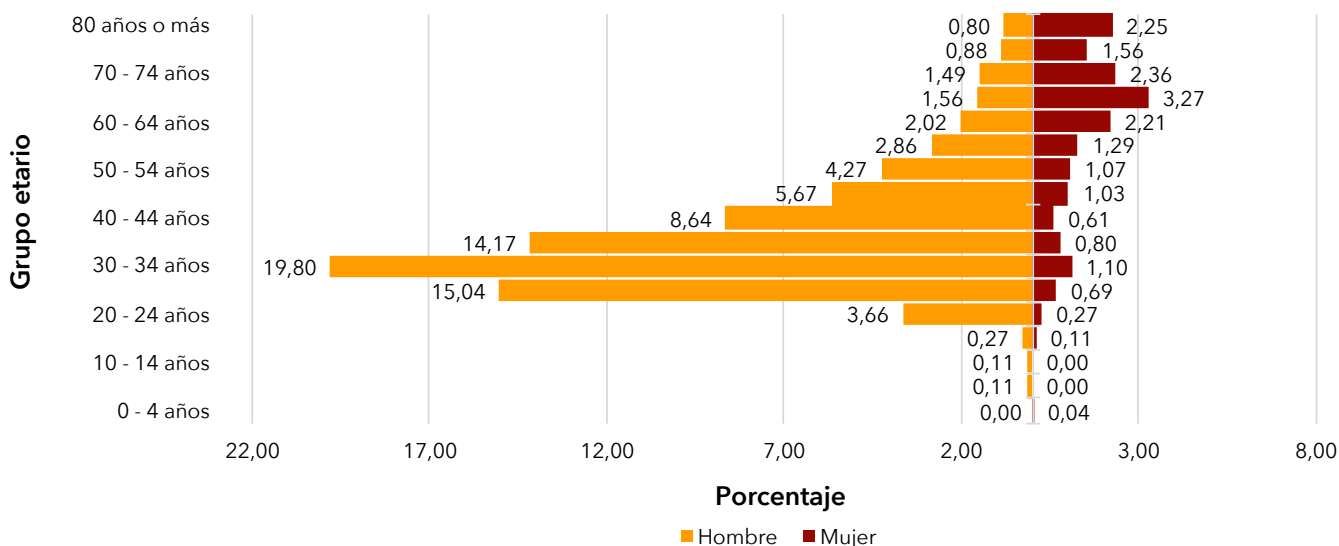
Caracterización de los casos prevalentes de hepatitis C crónica

WWW.CUENTADEALTOCOSTO.ORG

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

El 20,91% (n= 551) de los casos prevalentes pertenecían al grupo etario comprendido entre los 30 a 34 años. Al desagregar por el sexo, en las mujeres la mayor frecuencia se observó entre los 65 a 69 años (3,27%; n= 84) y en los hombres entre los 30 a 34 años (19,80%; n= 522). La distribución en la pirámide poblacional se mantiene similar al periodo anterior.

Figura 7. Pirámide poblacional de los casos prevalentes de hepatitis C crónica, Colombia 2023



[Descargar figura](#)

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

De acuerdo con la región, los casos prevalentes se concentraron en Bogotá, D. C., 43,30% (n= 1.137). Al observar la distribución por el sexo, las mujeres se ubicaron principalmente en Bogotá, D. C., y la región Pacífica, mientras que los hombres en Bogotá, D. C., seguido de la región Central. En la Amazonía-Orinoquía se reportaron dos mujeres y nueve hombres (**tabla 8**).

Tabla 8. Casos prevalentes de hepatitis C crónica según la región y el sexo, Colombia 2023

Región	Hombre n (%)	Mujer n (%)	Total n (%)
Amazonía-Orinoquía	9 (0,42)	2 (0,41)	11 (0,42)
Bogotá, D. C.	989 (46,30)	148 (30,20)	1.137 (43,30)
Caribe	90 (4,21)	105 (21,43)	195 (7,43)
Central	648 (30,34)	76 (15,51)	724 (27,57)
Oriental	126 (5,90)	67 (13,67)	193 (7,35)
Pacífica	274 (12,83)	92 (18,78)	366 (13,94)
Total	2.136 (100,00)	490 (100,00)	2.626 (100,00)

En las entidades EPS005 (n= 548), EPS010 (n= 454) y EPS008 (n= 313) se identificó el mayor número de casos prevalentes para el periodo de estudio.



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 prevalentes por cada EAPB.



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

Con respecto a las comorbilidades en los casos prevalentes, se observó que el 8,77% (n= 228) fueron diagnosticados con cirrosis, siendo esta más frecuente en las mujeres (26,72%) que en los hombres (4,72%). La coinfección con VIH se registró en el 66,45% (n= 1.727) de los casos, con una mayor proporción en los hombres 79,62% (n= 1.688). Se identificaron 6 personas (0,23%) con antecedente de trasplante hepático. Además, el 1,37% de los pacientes tuvo ERC estadio 4 - 5 y la coinfección con hepatitis B fue mayor en los hombres (2,64%).

Por otra parte, el principal mecanismo de transmisión fue el sexual (59,96%, n= 1.381). Al analizar por el sexo se observó el mismo comportamiento en los hombres (62,87%), mientras que en las mujeres fue la hemotransfusión (31,22%). No obstante, no fue posible identificar esta información en el 21,33% de los casos.

En relación con la presencia de la fibrosis hepática, fue mayor en las mujeres con el 52,29% (n= 266) comparado con el 43,16% (n= 922) en los hombres. El genotipo viral más prevalente fue el 4 (13,90%, n= 365) en la población general, sin embargo, en el 77,11% de los casos prevalentes no se reportó la genotipificación.

Finalmente, el 9,82% (n= 258) de los casos prevalentes, presentó algún antecedente de tratamiento previo para hepatitis C crónica. Entre estos, los esquemas reportados con la mayor frecuencia fueron el sofosbuvir/velpatasvir (68,21%) seguido por ledipasvir/sofosbuvir (11,62%) y el interferón pegilado/ribavirina (6,97%).

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

Variables	Hombre n (%)	Mujer n (%)	Total n (%)
Comorbilidades			
Cirrosis			
Sí	100 (4,72)	128 (26,72)	228 (8,77)
No	1.652 (77,92)	262 (54,70)	1.914 (73,64)
No evaluado	368 (17,36)	89 (18,58)	457 (17,58)
Coinfección VIH			
Sí	1.688 (79,62)	39 (8,14)	1.727 (66,45)
No	357 (16,84)	353 (73,70)	710 (27,32)
No evaluado	75 (3,54)	87 (18,16)	162 (6,23)
Hepatitis B			
Sí	56 (2,64)	3 (0,63)	59 (2,27)
No	1.924 (90,71)	430 (89,77)	2.354 (90,54)
Sin dato	141 (6,65)	46 (9,60)	187 (7,19)
Trasplante hepático			
Sí	4 (0,19)	2 (0,41)	6 (0,23)
No	2.103 (98,46)	473 (96,53)	2.576 (98,10)
Sin dato	29 (1,36)	15 (3,06)	44 (1,68)
ERC 4 - 5			
Sí	25 (1,17)	11 (2,24)	36 (1,37)
No	2.086 (97,66)	464 (94,69)	2.550 (97,11)
Sin dato	25 (1,17)	15 (3,06)	40 (1,52)
Mecanismo de transmisión			
Evento adverso relacionado con procedimientos de salud	10 (0,47)	10 (2,04)	20 (0,76)
Hemotransfusión	81 (3,79)	153 (31,22)	234 (8,91)
Uso de equipos de inyección contaminada	76 (3,56)	17 (3,47)	93 (3,54)
Exposición ocupacional	6 (0,28)	6 (1,22)	12 (0,46)

Situación de la hepatitis C crónica en los regímenes subsidiado y contributivo de Colombia 2023

Caracterización de los casos prevalentes de hepatitis C crónica

WWW.CUENTADEALTOCOSTO.ORG

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

Variables	Hombre n (%)	Mujer n (%)	Total n (%)
Transmisión sexual	1.343 (62,87)	38 (7,76)	1.381 (52,59)
Otras formas de transmisión sanguínea	21 (0,98)	9 (1,84)	30 (1,14)
Desconocido	209 (9,78)	78 (15,92)	287 (10,93)
Sin dato	381 (17,84)	179 (36,53)	560 (21,33)
Presencia de fibrosis hepática¹			
Sí	922 (43,16)	266 (54,29)	1.188 (45,24)
No	1.214 (56,84)	224 (45,71)	1.438 (54,76)
Cirrosis			
Compensada (A)	40 (1,87)	62 (12,65)	102 (3,88)
No compensada (B - C)	27 (1,26)	37 (7,55)	64 (2,44)
No tiene cirrosis	1.652 (77,34)	262 (53,47)	1.914 (72,89)
Cirrosis sin estadificar	33 (1,54)	29 (5,92)	62 (2,36)
No tamizado	384 (17,98)	100 (20,41)	484 (18,43)
Genotipo			
1a	79 (3,70)	5 (1,02)	84 (3,20)
1b	75 (3,51)	56 (11,43)	131 (4,99)
2	9 (0,42)	6 (1,22)	15 (0,57)
3a	5 (0,23)	1 (0,20)	6 (0,23)
4	362 (16,95)	3 (0,61)	365 (13,90)
Sin dato	1.606 (75,19)	419 (85,51)	2.025 (77,11)
Tratamiento previo			
Sí	232 (10,86)	26 (5,31)	258 (9,82)
No	1.904 (89,14)	464 (94,69)	2.368 (90,18)
Total	2.136 (100,00)	490 (100,00)	2.626 (100,00)

¹ Clasificación de la fibrosis hepática según la escala de Metavir. Se tuvieron en cuenta los resultados de test como el elastografía (fibrosan), 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

En la **tabla 10** se presentan las características clínicas según el genotipo, con el objetivo de describir y discriminar los tipos de infección. Se observó que el 22,89% de los casos prevalentes tuvieron reporte de genotipificación. El más frecuente fue el 4 (n= 365) seguido por el 1b (n= 131). De este último grupo el 42,75% fueron mujeres, con una mediana de la edad de 58 años (RIC: 38 - 70), presentaron coinfección con VHB en el 1,73% y con VIH en el 22,90%, además, se observó cirrosis en 8,77% (n= 228), en su mayoría compensada y el principal mecanismo de transmisión fue la hemotransfusión con un 27,48% (n= 36).

En relación con el genotipo 4, la mediana de la edad fue de 34 años (RIC: 29 - 40), el 99,18% fueron hombres, se reportó coinfección con VIH en el 92,60% y con VHB en 6 casos (n= 1,64%), el 42,47% presentó fibrosis hepática, además, requirieron trasplante hepático 4 casos (0,20%). Respecto al mecanismo de transmisión, el sexual se reportó en el 86,58% de los casos con este genotipo.



Tabla 10. Características clínicas de los casos prevalentes de hepatitis C crónica según el genotipo

Características	Genotipo						
	1a	1b	2	3a	4	Sin dato	Total
Mediana de la edad (RIC)	38,5 (31 - 52,5)	58 (38 - 70)	46 (32 - 68)	48,5 (31 - 62)	34 (29 - 40)	38 (31 - 53)	37 (31 - 52)
Sexo							
Hombre	79 (94,05)	75 (57,25)	9 (60,00)	5 (83,33)	362 (99,18)	1.606 (79,31)	2.136 (81,34)
Mujer	5 (5,95)	56 (42,75)	6 (40,00)	1 (16,67)	3 (0,82)	419 (20,69)	490 (18,66)
Coinfección VIH							
Sí	63 (75,00)	30 (22,90)	4 (26,67)	2 (33,33)	338 (92,60)	1.290 (64,56)	1.727 (66,45)
No	17 (20,24)	85 (64,89)	9 (60,00)	4 (66,67)	26 (7,12)	569 (28,48)	710 (27,32)
No evaluado	4 (4,76)	16 (12,21)	2 (13,33)	0 (0,00)	1 (0,27)	139 (6,96)	162 (6,23)
Coinfección VHB							
Sí	0 (0,00)	2 (1,53)	0 (0,00)	0 (0,00)	6 (1,64)	51 (2,55)	59 (2,27)
No	74 (88,10)	118 (90,08)	15 (100,00)	6 (100,00)	347 (95,07)	1.794 (89,74)	2.354 (90,54)
Sin dato	10 (11,90)	11 (8,40)	0 (0,00)	0 (0,00)	12 (3,29)	154 (7,70)	187 (7,19)
Presencia de fibrosis hepática							
Sí	40 (47,62)	79 (60,31)	6 (40,00)	3 (50,00)	155 (42,47)	905 (44,69)	1.188 (45,24)
No	44 (52,38)	52 (39,69)	9 (60,00)	3 (50,00)	210 (57,53)	1.120 (55,31)	1.438 (54,76)
Cirrosis							
Compensada (A)	4 (4,76)	16 (12,21)	2 (13,33)	0 (0,00)	0 (0,00)	80 (3,95)	102 (3,88)
No compensada (B - C)	0 (0,00)	9 (6,87)	0 (0,00)	1 (16,67)	0 (0,00)	54 (2,67)	64 (2,44)
No tiene cirrosis	72 (85,71)	89 (67,94)	11 (73,33)	5 (83,33)	347 (95,07)	1.390 (68,64)	1.914 (72,89)
Cirrosis sin estadificar	2 (2,38)	5 (3,82)	0 (0,00)	0 (0,00)	2 (0,55)	53 (2,62)	62 (2,36)
No tamizado	6 (7,14)	12 (9,16)	2 (13,33)	0 (0,00)	16 (4,38)	448 (22,12)	484 (18,43)
ERC 4 - 5							
Sí	4 (4,76)	3 (2,29)	2 (13,33)	0 (0,00)	0 (0,00)	27 (1,33)	36 (1,37)
No	79 (94,05)	128 (97,71)	13 (86,67)	6 (100,00)	365 (100,00)	1.959 (96,74)	2.550 (97,11)
Sin dato	1 (1,19)	0 (0,00)	0 (0,00)	0 (0,00)	0 (0,00)	39 (1,93)	40 (1,52)
Trasplante hepático							
Sí	0 (0,00)	2 (1,53)	0 (0,00)	0 (0,00)	0 (0,00)	4 (0,20)	6 (0,23)
No	82 (97,62)	129 (98,47)	15 (100,00)	6 (100,00)	365 (100,00)	1.979 (97,73)	2.576 (98,10)
Sin dato	2 (2,38)	0 (0,00)	0 (0,00)	0 (0,00)	0 (0,00)	42 (2,07)	44 (1,68)
Mecanismo de transmisión							
Evento adverso relacionado con procedimientos de salud	0 (0,00)	5 (3,82)	1 (6,67)	0 (0,00)	1 (0,27)	13 (0,64)	20 (0,76)
Hemotransfusión	9 (10,71)	36 (27,48)	5 (33,33)	2 (33,33)	0 (0,00)	182 (8,99)	234 (8,91)
Uso de equipos de inyección contaminada	3 (3,57)	3 (2,29)	0 (0,00)	0 (0,00)	1 (0,27)	86 (4,25)	93 (3,54)
Exposición ocupacional	0 (0,00)	0 (0,00)	0 (0,00)	1 (16,67)	0 (0,00)	11 (0,54)	12 (0,46)
Transmisión sexual	45 (53,57)	32 (24,43)	4 (26,67)	0 (0,00)	316 (86,58)	984 (48,59)	1.381 (52,59)
Otras formas de transmisión sanguínea	2 (2,38)	5 (3,82)	0 (0,00)	0 (0,00)	1 (0,27)	22 (1,09)	30 (1,14)
Desconocido	14 (16,67)	24 (18,32)	1 (6,67)	3 (50,00)	16 (4,38)	229 (11,31)	287 (10,93)
Sin dato	11 (13,10)	26 (19,85)	4 (26,67)	0 (0,00)	30 (8,22)	489 (24,15)	560 (21,33)
Tratamiento previo							
Sí	27 (32,14)	21 (16,03)	2 (13,33)	0 (0,00)	57 (15,62)	151 (7,46)	258 (9,82)
No	57 (67,86)	110 (83,97)	13 (86,67)	6 (100,00)	308 (84,38)	1.874 (92,54)	2.368 (90,18)
Total	84 (100,00)	131 (100,00)	15 (100,00)	6 (100,00)	365 (100,00)	2.025 (100,00)	2.626 (100,00)

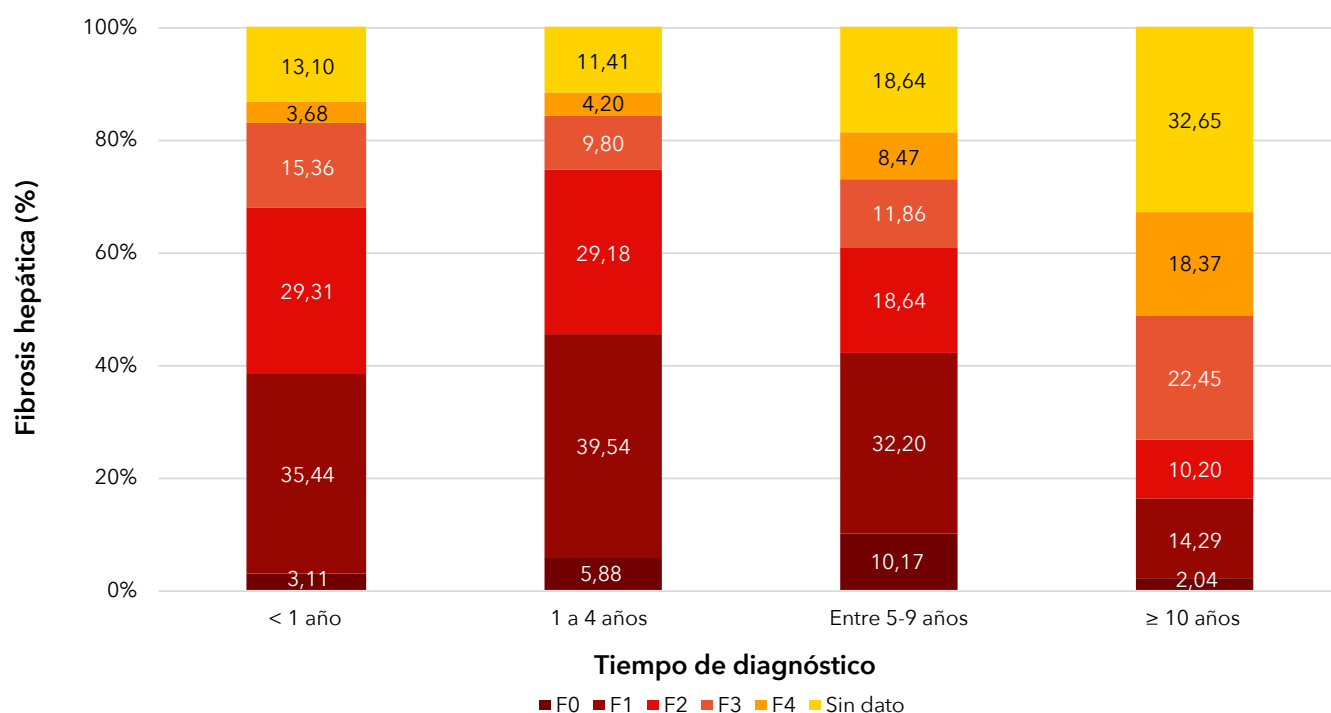
Situación de la hepatitis C crónica en los regímenes subsidiado y contributivo de Colombia 2023

Caracterización de los casos prevalentes de hepatitis C crónica

WWW.CUENTADEALTOCOSTO.ORG

La **figura 8** muestra el grado de fibrosis hepática según el tiempo de diagnóstico de la enfermedad en los casos prevalentes que se estadificaron. Se observó que el 43,86% de los casos con algún grado de fibrosis tenía menos de 1 año de diagnóstico, el 52,02% entre 1 y 4 años, el 1,94% entre 5 y 9 años, mientras que el 2,10% más de 10 años, presentándose un comportamiento similar al del periodo anterior. La menor proporción de los casos sin fibrosis (F0) fue en los pacientes con más de 10 años de diagnóstico, así mismo, el estadio más avanzado (F4) se ubicó en este tiempo de diagnóstico.

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



[Descargar figura](#)



Morbilidad y mortalidad en la población con hepatitis C crónica



Fondo Colombiano de Enfermedades de Alto Costo

Resumen infográfico

Capítulo 3

Morbilidad y mortalidad en la población con hepatitis C crónica

Periodo: del 1° de enero al 31 de diciembre de 2023.



La incidencia estandarizada de la hepatitis C crónica en el periodo fue de

1,99 casos nuevos
por cada 100.000 habitantes.



La región con la incidencia estandarizada más alta fue Bogotá, D. C., (5,50 casos por cada 100.000 habitantes IC 95%: 5,01 - 6,01), seguido por la Central (2,26 casos por cada 100.000 habitantes IC 95%: 1,98 - 2,52).

La prevalencia cruda de la **hepatitis C crónica** fue de **5,01 casos** por 100.000 habitantes.

En ambos sexos se observó un **crecimiento de la prevalencia con relación al periodo anterior**, pasando de 5,87 a 8,41 por cada 100.000 afiliados en los hombres y de 1,39 a 1,72 en las mujeres.



En todas las regiones aumentó la prevalencia en comparación con el 2022 y las entidades territoriales con las más altas se observaron en Risaralda (13,10 casos por cada 100.000 habitantes; IC 95%: 10,93 - 15,58) y Bogotá, D. C., (13,01 casos por cada 100.000 habitantes; IC 95%: 12,26 - 13,79).



Durante el periodo se reportaron 43 muertes, lo que corresponde a una mortalidad cruda por todas las causas de 0,08 defunciones por 100.000 habitantes.

La **mortalidad ajustada** **más alta**

se presentó en **San Andrés, Providencia y Santa Catalina** (1,22 por cada 100.000 habitantes IC 95%: 0,03 - 8,11) y Risaralda (0,28 por cada 100.000 habitantes IC 95%: 0,06 - 0,86).

IC: intervalo de confianza.

[Descargar infografía](#)

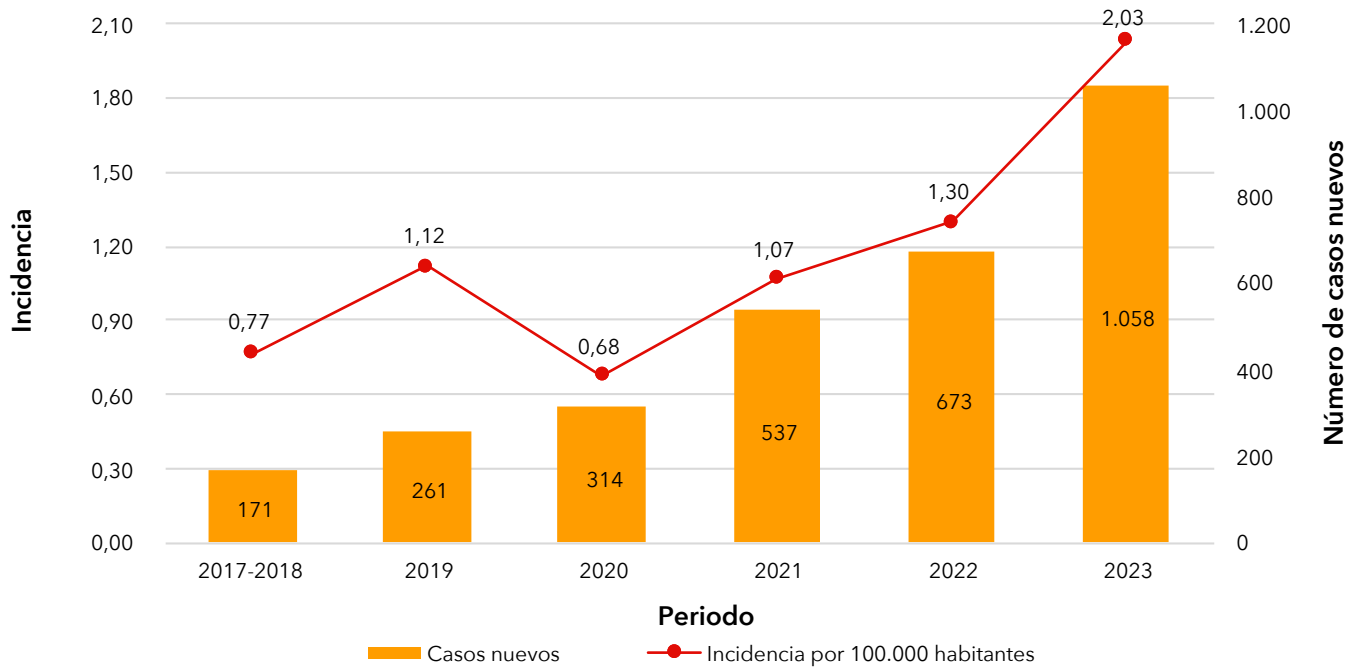


3. Morbilidad y mortalidad en la población con hepatitis C crónica

3.1. Incidencia

La **figura 9** describe el comportamiento de la incidencia cruda. Se mantiene la tendencia creciente observada desde 2020, alcanzando en 2023 la cifra más elevada en toda la cohorte.

Figura 9. Tendencia de la incidencia cruda de la hepatitis C crónica, Colombia 2017 - 2023



[Descargar figura](#)

3.1.1. Incidencia según el sexo

En la **tabla 11** se muestran las incidencias nacional cruda y estandarizada por la edad, en el ámbito nacional, es de 1,99 por cada 100.000 habitantes y en los hombres es más de tres veces mayor que en las mujeres.

Tabla 11. Incidencia de la hepatitis C crónica según el sexo

Categoría	Incidencia (100.000 habitantes)				
	Casos nuevos	Población	Cruda	Estandarizada ¹	IC 95% ²
Hombre	870	25.486.014	3,41	3,42	3,19 - 3,65
Mujer	188	26.729.489	0,70	0,66	0,57 - 0,76
Nacional	1.058	52.215.503	2,03	1,99	1,87 - 2,11

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 2023.

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 incidencia estandarizada más alta fue Bogotá, D. C., (5,50 casos por cada 100.000 habitantes IC 95%: 5,01 - 6,01), seguido por la Central (2,26; IC 95%: 1,98 - 2,52). La más baja se estimó en la región Amazonía-Orinoquía (0,35; IC 95%: 0,11 - 0,83) (**tabla 12**).

Situación de la hepatitis C crónica en los regímenes subsidiado y contributivo de Colombia 2023

Morbilidad y mortalidad en la población con hepatitis C crónica

WWW.CUENTADEALTOCOSTO.ORG

Tabla 12. 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	5	1.573.218	0,32	0,35	0,11 - 0,83
Bogotá, D. C.	480	7.907.281	6,07	5,50	5,01 - 6,01
Caribe	77	11.914.229	0,65	0,72	0,57 - 0,90
Central	280	12.401.914	2,26	2,24	1,98 - 2,52
Oriental	84	9.928.079	0,85	0,85	0,67 - 1,04
Pacífica	132	8.490.782	1,55	1,58	1,32 - 1,87
Nacional	1.058	52.215.503	2,03	1,99	1,89 - 2,11

¹ Estandarización directa para controlar el efecto de la edad. Estandarización ajustada por la proyección de la población DANE 2023 por quinquenios de edad con corte a junio 30 de 2023.

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 incidencia ajustada de la hepatitis C crónica por la EAPB fue mayor en la EPS008 (7,09 casos por 100.000 habitantes IC 95%: 5,96 - 8,36) y en la EPS001 (5,46; IC 95%: 2,93 - 9,22). Para el régimen contributivo (2,90; IC 95%: 2,70 - 3,09) se estimó una incidencia mayor que para el subsidiado (0,95; IC 95%: 0,81 - 1,10) (tabla 13).



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

Tabla 13. 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	880	25.391.354	3,47	2,90	2,70 - 3,09
Subsidiado	178	20.465.284	0,87	0,95	0,81 - 1,10

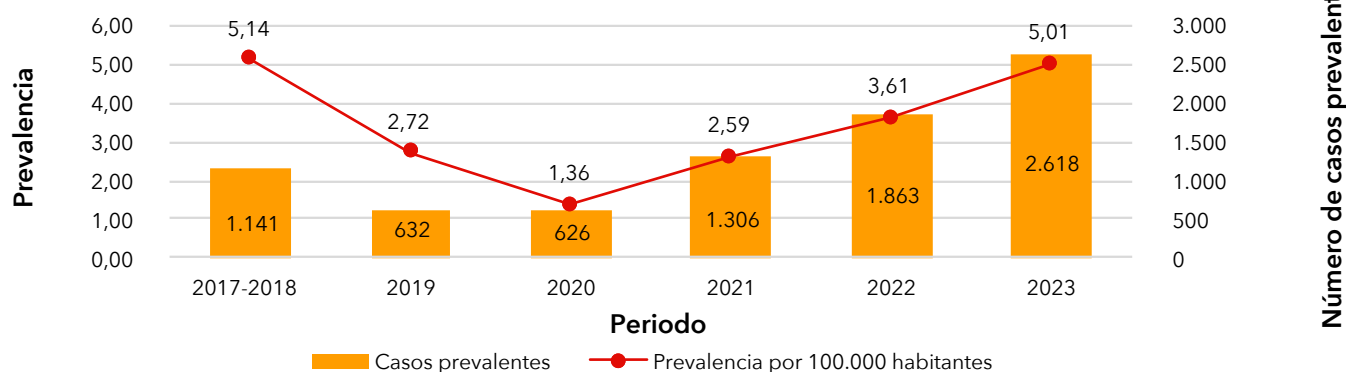
¹ Estandarización directa para controlar el efecto de la edad. Estandarización ajustada por la proyección de la población BDUA por quinquenios de edad con corte a junio 30 de 2023.

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

3.2. Prevalencia de la hepatitis C crónica

En 2023, la prevalencia cruda de la hepatitis C crónica fue de 5,01 casos por 100.000 habitantes, manteniendo la tendencia creciente que se observaba en los últimos tres periodos.

Figura 10. Tendencia de la prevalencia cruda de la hepatitis C crónica, Colombia 2017 - 2023



[Descargar figura](#)



3.2.1. Prevalencia de la hepatitis C crónica según el sexo

La prevalencia estandarizada por edad de la hepatitis C crónica fue mayor en los hombres que en las mujeres (**tabla 14**). Este indicador se incrementó en ambos sexos en comparación con el periodo anterior, pasando de 5,87 a 8,41 por cada 100.000 afiliados en los hombres y de 1,39 a 1,72 en las mujeres.

Tabla 14. Prevalencia de la hepatitis C crónica según el sexo, Colombia 2023

Categoría	Prevalencia (100.000 habitantes)				
	Casos prevalentes	Población	Cruda	Estandarizada ¹	IC 95% ²
Hombre	2.133	25.486.014	8,37	8,41	8,05 - 8,77
Mujer	485	26.729.489	1,81	1,72	1,56 - 1,87
Nacional	2.618	52.215.503	5,01	4,92	4,73 - 5,11

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 2023.

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

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

La región con la estimación más alta fue Bogotá, D. C., y la más baja fue Amazonía-Orinoquía. Las entidades territoriales con las prevalencias más altas fueron Risaralda (13,10 casos por cada 100.000 habitantes; IC 95%: 10,93 - 15,58) y Bogotá, D. C., (13,01; IC 95%: 12,26 - 13,79), mientras que las más bajas fueron Nariño (0,34; IC 95%: 0,12 - 0,75) y La Guajira (0,47; IC 95%: 0,10 - 1,32).

Tabla 15. Prevalencia de la hepatitis C crónica por 100.000 habitantes según la región, Colombia 2023

Categoría	Prevalencia (100.000 habitantes)				
	Casos prevalentes	Población	Cruda	Estandarizada ¹	IC 95% ²
Amazonía-Orinoquía	11	1.573.218	0,70	0,73	0,36 - 1,39
Bogotá, D. C.	1.136	7.907.281	14,37	13,01	12,26 - 13,79
Caribe	193	11.914.229	1,62	1,81	1,56 - 2,08
Central	723	12.401.914	5,83	5,78	5,36 - 6,22
Oriental	192	9.928.079	1,93	1,93	1,66 - 2,21
Pacífica	363	8.490.782	4,28	4,33	3,89 - 4,79
Nacional	2.618	52.215.503	5,01	4,92	4,73 - 5,11

¹ Estandarización directa para controlar el efecto de la edad. Estandarización ajustada por la proyección de la población DANE 2023 por quinquenios de edad con corte a junio 30 de 2023.

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

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

Al analizar por el régimen, fue mayor la prevalencia en el contributivo comparado con el subsidiado (**tabla 16**). La EPS042 (18,34 casos por cada 100.000 habitantes; IC 95%: 10,68 - 29,22), la EPS008 (15,72; IC 95%: 14,02 - 17,57) y la EPS018 (12,02; IC 95%: 9,31 - 15,27) presentaron las prevalencias más altas



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**

Situación de la hepatitis C crónica en los regímenes subsidiado y contributivo de Colombia 2023

Morbilidad y mortalidad en la población con hepatitis C crónica

WWW.CUENTADEALTOCOSTO.ORG

Tabla 16. Prevalencia de la hepatitis C crónica por 100.000 afiliados según el régimen de afiliación, Colombia 2023

Categoría	Prevalencia (100.000 afiliados)				
	Casos prevalentes	Población	Cruda	Estandarizada ¹	IC 95% ²
Contributivo	2.137	25.391.354	8,42	7,04	6,74 - 7,34
Subsidiado	463	20.465.284	2,26	2,48	2,26 - 2,72
Entidades liquidadas	32	SD ³	SD ³	SD ³	SD ³

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 2023.

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

³ SD: sin dato.

3.3. Mortalidad en las personas con hepatitis C crónica

Durante el periodo se reportaron 43 muertes, lo que corresponde a una mortalidad cruda por todas las causas de 0,08 defunciones por 100.000 habitantes. El 48,83% (n= 21) de las muertes se presentó en los hombres, lo que representa una mortalidad cruda de 0,08 defunciones por 100.000 hombres.

Tabla 17. Mortalidad de la hepatitis C crónica según el sexo, Colombia 2023

Categoría	Mortalidad (100.000 habitantes)				
	Casos fallecidos	Población	Cruda	Estandarizada ¹	IC 95% ²
Hombre	21	25.486.014	0,08	0,09	0,05 - 0,13
Mujer	22	26.729.489	0,08	0,08	0,04 - 0,11
Nacional	43	52.215.503	0,08	0,08	0,06 - 0,10

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 2023.

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

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

Al evaluar el comportamiento de la mortalidad por las regiones, la estimación estandarizada más alta se observó en Bogotá, D. C., y la Central. En la Amazonía-Orinoquía no se reportaron muertes durante el periodo.

Por otra parte, de los departamentos en los que se presentaron las defunciones, la mortalidad ajustada más alta se presentó San Andrés, Providencia y Santa Catalina (1,22 por cada 100.000 habitantes, IC 95%: 0,03 - 8,11) y Risaralda (0,28; IC 95%: 0,06 - 0,86).

Tabla 18. Mortalidad de la hepatitis C crónica por 100.000 habitantes según la región, Colombia 2023

Categoría	Mortalidad (100.000 habitantes)				
	Casos fallecidos	Población	Cruda	Estandarizada ¹	IC 95% ²
Amazonía-Orinoquía	0	1.573.218	0,00	SD ³	SD ³
Bogotá, D. C.	13	7.907.281	0,16	0,17	0,09 - 0,29
Caribe	8	11.914.229	0,07	0,08	0,03 - 0,15
Central	10	12.401.914	0,08	0,08	0,04 - 0,14
Oriental	3	9.928.079	0,03	0,03	0,01 - 0,08
Pacífica	9	8.490.782	0,11	0,10	0,05 - 0,19
Nacional	43	52.215.503	0,08	0,08	0,06 - 0,10

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 2023.

² Intervalo de confianza al 95% para la mortalidad 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 mayor mortalidad con respecto al subsidiado (**tabla 19**). Las EAPB con las estimaciones más altas fueron la EPS042 (1,00 fallecimientos por 100.000 afiliados; IC 95%: 0,03 - 5,12), la EPS008 (0,58; IC 95%: 0,11 - 0,16) y la EPSS040 (0,34; IC 95%: 0,11 - 0,79).



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 19. Mortalidad de la hepatitis C crónica por 100.000 afiliados según el régimen de afiliación, Colombia 2023

Categoría	Mortalidad (100.000 afiliados)				
	Casos fallecidos	Población	Cruda	Estandarizada ¹	IC 95% ²
Contributivo	27	25.391.354	0,11	0,10	0,06 - 0,14
Subsidiado	16	20.465.284	0,08	0,08	0,05 - 0,13

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 2023.

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



Tratamiento en las personas con hepatitis C crónica



Fondo Colombiano de
Enfermedades de Alto Costo



Resumen infográfico

Capítulo 4 Tratamiento en las personas con hepatitis C crónica

Periodo: del 1° de enero al 31 de diciembre de 2023.



El tratamiento más usado fue

sofosbuvir/velpatasvir

con una duración de 12 semanas en el 98,60% de los casos.

La RVS es

superior al 98% —

desde el 2019.



El tipo del seguimiento a la toma de los AAD más frecuente es el domiciliario (78,98%). La frecuencia diaria prevalece en el 94,86% de los casos.



La efectividad del tratamiento con sofosbuvir/velpatasvir fue superior al 98% independiente del tiempo desde el diagnóstico, comorbilidades asociadas o coinfecciones.

La respuesta

terapéutica fue superior al 98%

para los diferentes genotipos reportados.

AAD: antivirales de acción directa.

RVS: respuesta viral sostenida.

[Descargar infografía](#)

4. Tratamiento en las personas con hepatitis C crónica

En la actualidad, el tratamiento de la hepatitis C crónica se basa en los medicamentos antivirales de acción directa (AAD). El principal objetivo de esta terapia es curar la infección por el VHC logrando una respuesta viral sostenida (RVS), que se evalúa mediante la realización de una CV a las 12 semanas después de terminado el tratamiento.

En el periodo 2023, la combinación farmacológica más prescrita en Colombia fue sofosbuvir/velpatasvir y la duración del tratamiento varió entre las 12 y 24 semanas. A continuación, se describen las características de los pacientes que recibieron el tratamiento y la efectividad encontrada.

4.1. Generalidades del tratamiento

Para esta caracterización, se incluyeron 1.575 casos que recibieron tratamiento en el periodo. Según el régimen del aseguramiento, el 86,87% (n= 1.370) de los casos pertenecían al contributivo. El 99,94% recibieron el esquema sofosbuvir/velpatasvir y solo uno recibió adicionalmente ribavirina. Casi la totalidad de los esquemas suministrados (99,43%) provenían del mecanismo de compra centralizada. Además, la duración del tratamiento con AAD fue de 12 semanas en el 98,60% de los casos (n= 1.553). Finalmente, el seguimiento continúa siendo diario (94,86%) y domiciliario (74,98%) en la mayoría de los casos.

Tabla 20. Caracterización del tratamiento actual en las personas con hepatitis C crónica según el régimen de afiliación, Colombia 2023

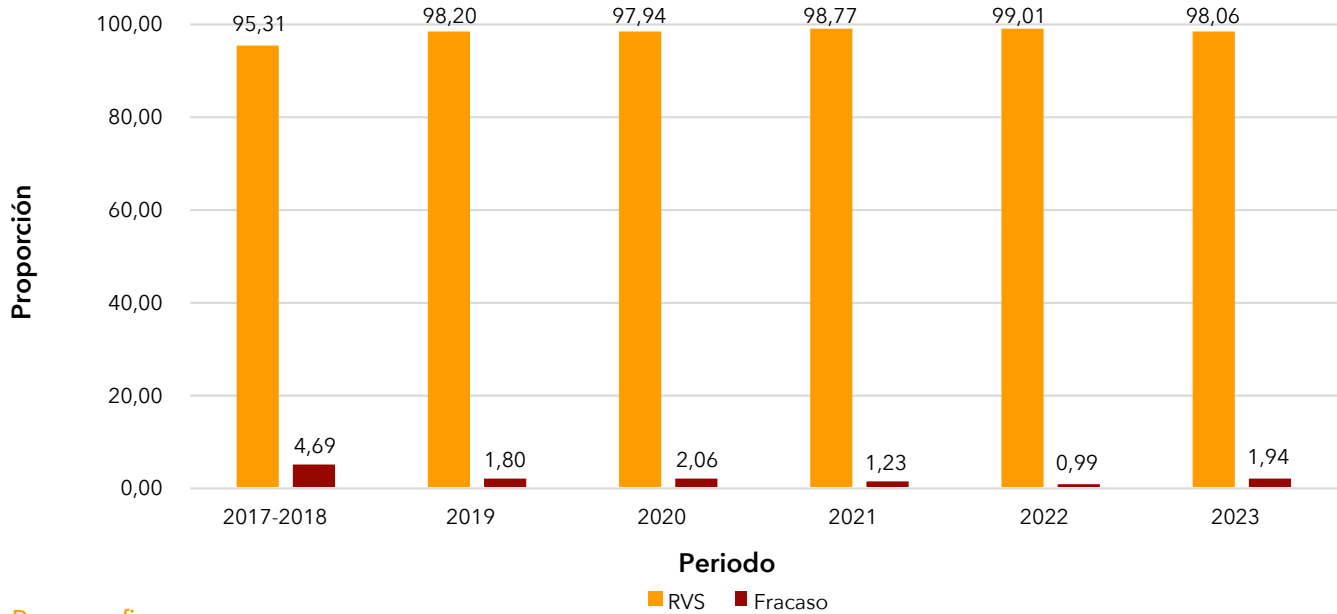
Características	Contributivo n (%)	Subsidiado n (%)	Total n (%)
Esquema de tratamiento			
Velpatasvir/sofosbuvir	1.369 (99,93)	207 (100,00)	1.576 (99,94)
Velpatasvir/sofosbuvir, ribavirina	1 (0,07)	0 (0,00)	1 (0,06)
Esquema de tratamiento de compra centralizada			
Compra centralizada	1.365 (99,64)	203 (98,07)	1.568 (99,43)
Compra por parte de la EAPB	3 (0,22)	1 (0,48)	4 (0,25)
Desconocido	2 (0,15)	3 (1,45)	5 (0,32)
Duración del esquema de tratamiento			
12 semanas	1.350 (98,54)	203 (99,02)	1.553 (98,60)
24 semanas	20 (1,46)	2 (0,98)	22 (1,40)
Frecuencia del seguimiento a la toma del tratamiento			
Diario	1.323 (96,57)	171 (83,41)	1.494 (94,86)
Semanal	37 (2,70)	5 (2,44)	42 (2,67)
Mensual	1 (0,07)	26 (12,68)	27 (1,71)
Desconocido	9 (0,66)	3 (1,46)	12 (0,76)
Tipo de seguimiento a la toma del tratamiento			
Ambulatorio	2 (0,15)	24 (11,71)	26 (1,65)
Domiciliario	1.087 (79,34)	94 (45,85)	1.181 (74,98)
Seguimiento telefónico	273 (19,93)	84 (40,98)	357 (22,67)
Desconocido	8 (0,58)	3 (1,46)	11 (0,70)
Total	1.370 (100,00)	205 (100,00)	1.575 (100,00)



4.2. Efectividad del tratamiento con AAD

En la **figura 12** se presentan los resultados de la efectividad del tratamiento a lo largo de los periodos de reporte. En general, se observa una RVS superior al 98% desde el 2019 y la proporción de no respuesta al tratamiento se mantiene inferior al 5%.

Figura 11. Efectividad del tratamiento con AAD en las personas con hepatitis C crónica, Colombia 2017 - 2023



[Descargar figura](#)

La efectividad de los AAD según el esquema y las características clínicas se describe en la **tabla 21**. De los 1.575 casos que recibieron tratamiento, 956 contaban con el seguimiento posterior al fin del tratamiento para valorar su efectividad y se observó la curación hasta del 99,89% con el sofosbuvir/velpatasvir.

Al analizar por el esquema y el tiempo de evolución de la enfermedad, la RVS fue superior al 98%. Así mismo, se mantuvo la efectividad del tratamiento en los pacientes con antecedente de cirrosis, trasplante hepático y enfermedad renal crónica, coinfección con VIH o hepatitis B y antecedente de tratamiento previo con interferón, ribavirina o AAD como boceprevir, telaprevir, simeprevir, asunaprevir, beclabuvir, daclatasvir, faldaprevir, ledipasvir, ombitasvir, paritaprevir, dasabuvir, ritonavir. En el esquema terapéutico actual se puede destacar su cobertura pangénotípica, es por ello, que la respuesta terapéutica se mantuvo superior al 98% para todos los genotipos reportados.

Tabla 21. Efectividad del tratamiento con antivirales de acción directa (AAD) en las personas con hepatitis C crónica según el esquema y las características clínicas, Colombia 2023

Características	Velpatasvir/sofosbuvir		
	Fracaso	Curación	Total
Tiempo de diagnóstico			
< 1 año	0 (0,00)	143 (14,99)	143 (14,96)
1 a 4 años	2 (100,00)	792 (83,02)	794 (83,05)
5 a 9 años	0 (0,00)	9 (0,94)	9 (0,94)
10 años o más	0 (0,00)	9 (0,94)	9 (0,94)
Desconocido	0 (0,00)	1 (0,10)	1 (0,10)

Situación de la hepatitis C crónica en los regímenes subsidiado y contributivo de Colombia 2023
Tratamiento en las personas con hepatitis C crónica

WWW.CUENTADEALTOCOSTO.ORG

Tabla 21. Efectividad del tratamiento con antivirales de acción directa (AAD) en las personas con hepatitis C crónica según el esquema y las características clínicas, Colombia 2023 (continuación)

Características	Velpatasvir/sofosbuvir		
	Fracaso	Curación	Total
Cirrosis			
Sí	0 (0,00)	91 (9,54)	91 (9,52)
No	2 (100,00)	757 (79,35)	759 (79,39)
No evaluado	0 (0,00)	106 (11,11)	106 (11,09)
Coinfección VIH			
Sí	2 (100,00)	619 (64,88)	621 (64,96)
No	0 (0,00)	292 (30,61)	292 (30,54)
No evaluado	0 (0,00)	43 (4,51)	43 (4,50)
Trasplante hepático			
Sí	0 (0,00)	3 (0,31)	3 (0,31)
No	2 (100,00)	949 (99,48)	951 (99,48)
Sin dato	0 (0,00)	2 (0,21)	2 (0,21)
ERC 4 - 5			
Sí	0 (0,00)	15 (1,57)	15 (1,57)
No	2 (100,00)	938 (98,32)	940 (98,33)
Sin dato	0 (0,00)	1 (0,10)	1 (0,10)
Hepatitis B			
Sí	0 (0,00)	17 (1,78)	17 (1,78)
No	2 (100,00)	891 (93,40)	893 (93,41)
Sin dato	0 (0,00)	46 (4,82)	46 (4,81)
Genotipo			
1a	0 (0,00)	32 (3,35)	32 (3,35)
1b	1 (50,00)	58 (6,08)	59 (6,17)
2	0 (0,00)	4 (0,42)	4 (0,42)
3a	0 (0,00)	2 (0,21)	2 (0,21)
4	1 (50,00)	160 (16,77)	161 (16,84)
Sin dato	0 (0,00)	698 (73,17)	698 (73,01)
Tratamiento previo			
Sí	1 (50,00)	74 (7,76)	75 (7,85)
No	1 (50,00)	880 (92,24)	881 (92,15)
Total	2 (100,00)	954 (100,00)	956 (100,00)

Se identificaron solo dos casos de fracaso terapéutico al esquema sofosbuvir/velpatasvir, ambos con tiempo de diagnóstico entre 1 y 4 años (100,00%), además, de coinfección con VIH (100,00%) y en los genotipos 1b y 4.



Pacientes con
**coinfección de
hepatitis C crónica y
VIH**



Fondo Colombiano de
Enfermedades de Alto Costo

Resumen infográfico

Capítulo 5 Pacientes con coinfección de hepatitis C crónica y VIH

Periodo: del 1° de enero al 31 de diciembre de 2023.



Se identificaron **1.727** personas

con diagnóstico de coinfección por hepatitis C crónica y VIH, con un incremento del 49,39% (n= 571) con relación al periodo anterior.

El promedio de la edad fue de **35,83 años**

(DE ± 8,94) en el sexo masculino y

42,76 años

(DE ± 15,63) en el femenino.



Según la distribución por la región, Bogotá, D. C., concentra el 48,18% (n= 843) de los casos de coinfección por VHC/VIH, seguida de la Central 31,73%.



La transmisión sexual es el principal mecanismo de infección en esta población (73,02%), siendo más frecuente en los hombres (74,05%) comparado con las mujeres (28,21%).



El genotipo más frecuente fue el 4 (19,57%; n= 338). Sin embargo, en el 74,70% de casos (n= 1.290) no se realizó genotipificación o no se encontró información en los soportes clínicos.

El **0,69%** de los casos

presentaron cirrosis y el 3,01% tenía además coinfección con hepatitis B.

DE: desviación estándar.

[Descargar infografía](#)



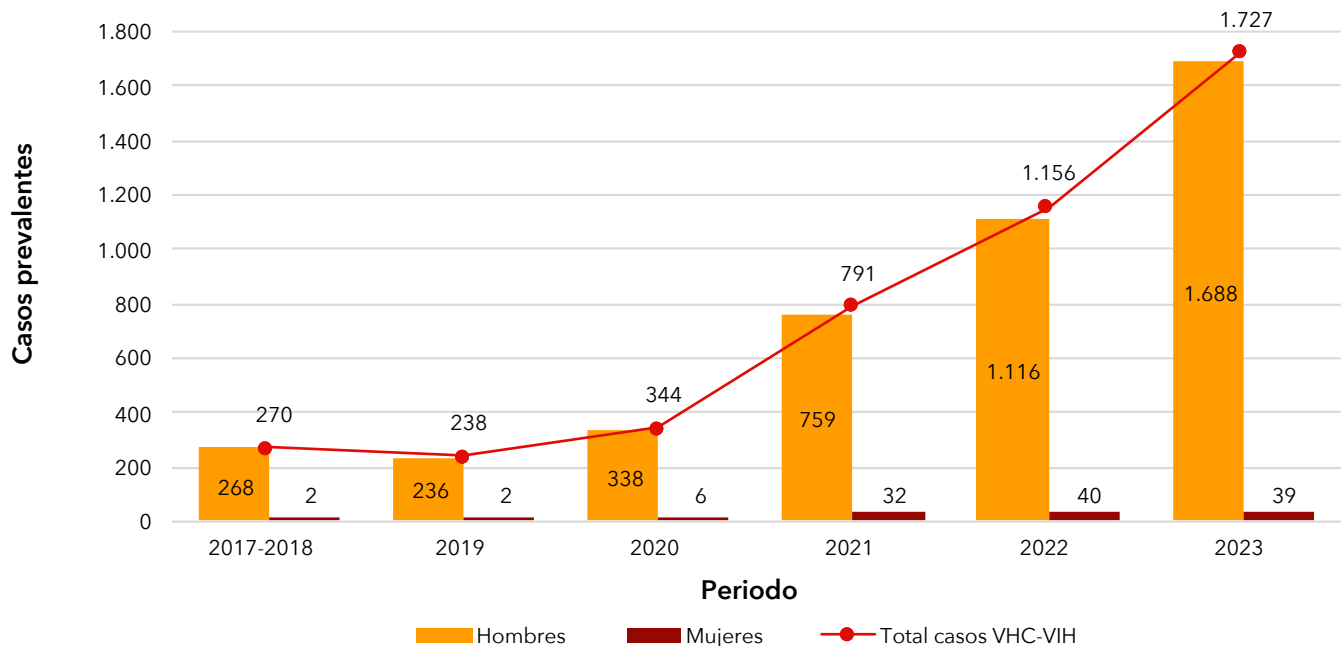
5. Personas con coinfección por hepatitis C crónica y VIH

En este capítulo se describen las características demográficas y clínicas de los casos con coinfección por VHC y VIH reportados durante el periodo.

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

Se identificaron 1.727 personas con diagnóstico de coinfección, con una variación del 49,39% (n= 571) de casos con relación al 2022 (n= 365). Desde el 2020 se evidencia una tendencia incremental en los casos de coinfección principalmente en los hombres (figura 12).

Figura 12. Tendencia del número de casos con coinfección por hepatitis C crónica y VIH según el sexo, Colombia 2017 - 2023



[Descargar figura](#)

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

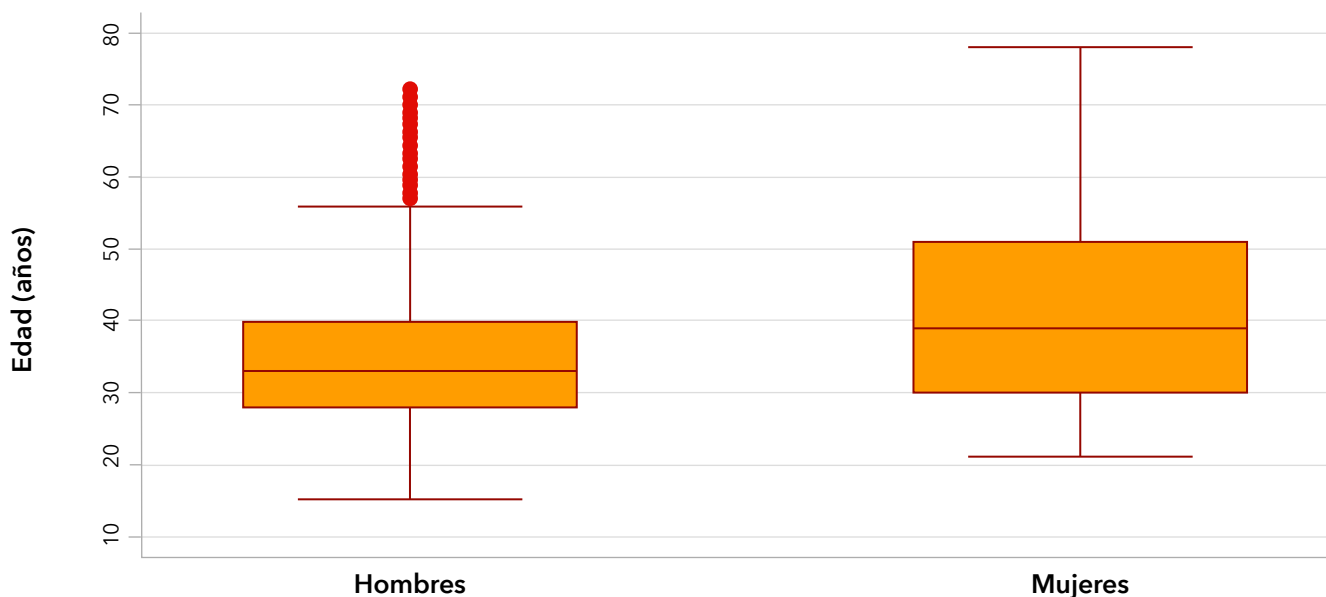
La mayor parte de los casos con coinfección por hepatitis C crónica y VIH están en Bogotá, D. C., 48,81% (n= 843) y la región Central 31,73% (n= 548) (tabla 22).

Tabla 22. Distribución de los casos con coinfección por hepatitis C crónica y VIH según la región y la entidad territorial, Colombia 2023

Región	Casos n (%)
Amazonía-Orinoquía	7 (0,41)
Bogotá, D. C.	843 (48,81)
Caribe	41 (2,37)
Central	548 (31,73)
Oriental	94 (5,44)
Pacífica	194 (11,23)
Total	1.727 (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 la edad fue de 34 años (RIC: 39 - 40) y para las mujeres de 35,9 años (RIC: 20 - 51) y el promedio de la edad fue de 35,83 (DE ± 8,94) y 42,76 (DE ± 15,63) respectivamente.

Figura 13. Distribución de la población con coinfección por hepatitis C crónica y VIH según la edad y el sexo, Colombia 2023



[Descargar figura](#)

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

El 55,07% (n= 951) de las personas coinfectadas con VIH tienen entre 1 a 4 años de haber sido diagnosticadas con VHC. Por otro lado, en cuanto a las comorbilidades, se observó que el 0,69% (n= 12) presentó cirrosis hepática, siendo ésta más frecuente en los hombres 91,67% (n= 11). Sin embargo, es importante resaltar que, del total de casos de coinfección, el 17,83% (n= 308) no fueron tamizados para cirrosis. Adicionalmente, el 3,01% (n= 52) tuvo antecedente de coinfección por VHB.

En el 73,02% (n= 1.261) de los pacientes el principal mecanismo de transmisión fue el sexual, siendo más frecuente en los hombres (74,05%) comparado con las mujeres (28,21%). Por otro lado, el 41,69% (n= 720) de los casos presentó algún grado de fibrosis hepática. El genotipo más frecuente fue el 4 (19,57%; n= 338), sin embargo, es importante mencionar que en el 74,70% de los casos (n= 1.290) no se realizó la genotipificación o no se encontró información en los soportes clínicos. Finalmente, el 12,28% (n= 212) de los pacientes tenía antecedente de tratamiento previo para hepatitis C crónica con interferón, ribavirina o AAD (**tabla 23**).

Tabla 23. Características clínicas de los casos con coinfección por hepatitis C crónica y VIH, Colombia 2023

Variables	Hombre n (%)	Mujer n (%)	Total n (%)
Tiempo de diagnóstico			
< 1 año	728 (43,13)	10 (25,64)	738 (42,73)
1 a 4 años	922 (54,62)	29 (74,36)	951 (55,07)
5 a 9 años	31 (1,84)	0 (0,00)	31 (1,80)
10 años o más	5 (0,30)	0 (0,00)	5 (0,29)
Desconocido	2 (0,12)	0 (0,00)	2 (0,12)



Tabla 23. Características clínicas de los casos con coinfección por hepatitis C crónica y VIH, Colombia 2023 (continuación)

Variables	Hombre n (%)	Mujer n (%)	Total n (%)
ERC 4 - 5			
Sí	2 (0,12)	0 (0,00)	2 (0,12)
No	1.680 (99,53)	39 (100,00)	1.719 (99,54)
Sin dato	6 (0,36)	0 (0,00)	6 (0,35)
Coinfección VHB			
Sí	50 (2,96)	2 (5,13)	52 (3,01)
No	1.567 (92,83)	34 (87,18)	1.601 (92,70)
Sin dato	71 (4,21)	3 (7,69)	74 (4,28)
Mecanismo de transmisión			
Evento adverso relacionado con procedimientos de salud	0 (0,00)	1 (2,56)	1 (0,06)
Hemotransfusión	3 (0,18)	1 (2,56)	4 (0,23)
Uso de equipos de inyección contaminada	24 (1,42)	6 (15,38)	30 (1,74)
Exposición ocupacional	3 (0,18)	0 (0,00)	3 (0,17)
Transmisión sexual	1.250 (74,05)	11 (28,21)	1.261 (73,02)
Consumo de sustancias psicoactivas intranasales	2 (0,12)	0 (0,00)	2 (0,12)
Otras formas de transmisión sanguínea	8 (0,47)	1 (2,56)	9 (0,52)
Desconocido	135 (8,00)	3 (7,69)	138 (7,99)
Sin dato	263 (15,58)	16 (41,03)	279 (16,16)
Presencia de fibrosis hepática			
Sí	711 (42,12)	9 (23,08)	720 (41,69)
No	977 (57,88)	30 (76,92)	1.007 (58,31)
Cirrosis			
Compensada (A)	2 (0,12)	0 (0,00)	2 (0,12)
No compensada (B - C)	1 (0,06)	1 (2,56)	2 (0,12)
No tiene cirrosis	1.388 (82,23)	19 (48,72)	1.407 (81,47)
Cirrosis sin estadificar	8 (0,47)	0 (0,00)	8 (0,46)
No tamizado	289 (17,12)	19 (48,72)	308 (17,83)
Genotipo			
1a	61 (3,61)	2 (5,13)	63 (3,65)
1b	29 (1,72)	1 (2,56)	30 (1,74)
2	4 (0,24)	0 (0,00)	4 (0,23)
3a	2 (0,12)	0 (0,00)	2 (0,12)
4	337 (19,96)	1 (2,56)	338 (19,57)
Sin dato	1.255 (74,35)	35 (89,74)	1.290 (74,70)
Tratamiento previo			
Sí	209 (12,38)	3 (7,69)	212 (12,28)
No	1.479 (87,62)	36 (92,31)	1.515 (87,72)
Total	1.688 (100,00)	39 (100,00)	1.727 (100,00)



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



Fondo Colombiano de
Enfermedades de Alto Costo



Resumen infográfico

Capítulo 6

Manejo médico especializado de las personas con hepatitis C crónica

Periodo: del 1° de enero al 31 de diciembre de 2023.



Infectología es la especialidad

que más atiende a las personas con hepatitis C crónica y lideró las atenciones.



Entre las especialidades, los casos prevalentes recibieron como mínimo una atención por infectología en el 41,39% (n= 1.087), hepatología 9,52% (n= 250) y gastroenterología 2,40% (n= 63).

El mayor promedio de las

consultas

en los casos con

cirrosis

— **compensada**

y no compensada fue por infectología y hepatología.

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

La vía clínica para el tratamiento de hepatitis C crónica describe el manejo y el seguimiento médico especializado requerido por las personas con diagnóstico confirmado; donde se evalúan los criterios de remisión a las diferentes especialidades según la necesidad y las características como la presencia de cirrosis hepática, trasplante hepático, coinfección VIH - VHC o falla previa al tratamiento con AAD.

Durante el periodo, el 41,47% (n= 1.089) de los casos prevalentes recibieron al menos una consulta de medicina general, seguido por infectología con 41,39% (n= 1.087) y por hepatología con un 9,52% (n= 250), siendo estas últimas las especialidades consultadas con mayor frecuencia. Sin embargo, es importante mencionar, la ausencia de atenciones en más del 90% de los casos, por especialidades como gastroenterología, medicina interna y medicina familiar. Teniendo en cuenta lo anterior, la **tabla 24** muestra la distribución del número de consultas por especialidad.

Tabla 24. Distribución del número de atenciones recibidas por paciente según la especialidad, Colombia 2023

Especialidad	Número de consultas							Total n (%)
	0 n (%)	1 n (%)	2 n (%)	3 n (%)	4 n (%)	5 o más n (%)	Sin dato n (%)	
Infectología	1.408 (53,62)	472 (17,97)	227 (8,64)	133 (5,06)	109 (4,15)	146 (5,56)	131 (4,99)	2.626 (100,00)
Medicina general	1.394 (53,08)	557 (21,21)	209 (7,96)	167 (6,36)	69 (2,63)	87 (3,31)	143 (5,45)	2.626 (100,00)
Hepatología	2.224 (84,69)	197 (7,50)	39 (1,49)	10 (0,38)	3 (0,11)	1 (0,04)	152 (5,79)	2.626 (100,00)
Gastroenterología	2.428 (92,46)	51 (1,94)	11 (0,42)	1 (0,04)	0 (0,00)	0 (0,00)	135 (5,14)	2.626 (100,00)
Medicina interna	2.443 (93,03)	43 (1,64)	4 (0,15)	1 (0,04)	0 (0,00)	0 (0,00)	135 (5,14)	2.626 (100,00)
Medicina familiar	2.462 (93,75)	28 (1,07)	3 (0,11)	0 (0,00)	0 (0,00)	0 (0,00)	133 (5,06)	2.626 (100,00)

En la **tabla 25** se muestra la distribución de las consultas según la especialidad y el antecedente de cirrosis. Se observó que la especialidad con mayor número de consultas fue infectología independiente del antecedente con un máximo de 10 consultas en el año, seguido de medicina general con máximo 9. El mayor promedio de las consultas en los casos con cirrosis compensada y no compensada fue por infectología y hepatología, sin embargo, el máximo de las consultas en el periodo por estas especialidades se dio en pacientes sin antecedente de cirrosis. Respecto a medicina interna y medicina familiar, el promedio de consultas en el periodo de los pacientes con cirrosis fue de una.

Tabla 25. Distribución del número total de consultas durante el periodo según la especialidad y presencia de cirrosis, Colombia 2023

Especialidad	Cirrosis	Número ¹	Media (DE)	Mediana (RIC)	Min - Max
Hepatología	Compensada (A)	33	1,50 (0,80)	1 (1 - 2)	1 - 4
	No compensada (B - C)	32	1,68 (0,89)	1 (1 - 2)	1 - 4
	No tiene cirrosis	191	1,19 (0,48)	1 (1 - 1)	1 - 3
	Cirrosis sin estadificar	21	1,75 (1,36)	1 (1 - 2)	1 - 5
	No tamizado	45	1,22 (0,48)	1 (1 - 1)	1 - 3
	Total		322	1,29 (0,64)	1 (1 - 1)
Gastroenterología	Compensada (A)	8	1,33 (0,82)	1 (1 - 1)	1 - 3
	No compensada (B - C)	12	1,33 (0,50)	1 (1 - 2)	1 - 2
	No tiene cirrosis	30	1,07 (0,26)	1 (1 - 1)	1 - 2
	Cirrosis sin estadificar	2	2,00 (0,00)	2 (2 - 2)	2 - 2
	No tamizado	24	1,26 (0,45)	1 (1 - 2)	1 - 2
	Total		76	1,21 (0,45)	1 (1 - 1)



Tabla 25. Distribución del número total de consultas durante el período según la especialidad y presencia de cirrosis, Colombia 2023 (continuación)

Especialidad	Cirrosis	Número ¹	Media (DE)	Mediana (RIC)	Mín - Max
Infectología	Compensada (A)	83	2,77 (1,91)	2,5 (1 - 4)	1 - 8
	No compensada (B - C)	47	2,24 (1,48)	2 (1 - 3)	1 - 5
	No tiene cirrosis	2.195	2,54 (1,78)	2 (1 - 4)	1 - 10
	Cirrosis sin estadificar	54	2,70 (1,66)	2,5 (1 - 4)	1 - 6
	No tamizado	243	1,59 (1,13)	1 (1 - 2)	1 - 6
	Total	2.622	2,41 (1,73)	2 (1 - 3)	1 - 10
Medicina interna	Compensada (A)	6	1,50 (1,00)	1 (1 - 2)	1 - 3
	No compensada (B - C)	7	1,17 (0,41)	1 (1 - 1)	1 - 2
	No tiene cirrosis	21	1,05 (0,22)	1 (1 - 1)	1 - 2
	Cirrosis sin estadificar	3	1,50 (0,71)	1,5 (1 - 2)	1 - 2
	No tamizado	17	1,06 (0,25)	1 (1 - 1)	1 - 2
	Total	54	1,13 (0,39)	1 (1 - 1)	1 - 3
Medicina familiar	Compensada (A)	2	1,00 (0,00)	1 (1 - 1)	1 - 1
	No compensada (B - C)	1	1,00 (0,00)	1 (1 - 1)	1 - 1
	No tiene cirrosis	25	1,14 (0,35)	1 (1 - 1)	1 - 2
	Cirrosis sin estadificar	1	1,00 (0,00)	1 (1 - 1)	1 - 1
	No tamizado	5	1,00 (0,00)	1 (1 - 1)	1 - 1
	Total	34	1,10 (0,30)	1 (1 - 1)	1 - 2
Medicina general	Compensada (A)	71	1,73 (0,90)	1 (1 - 2)	1 - 4
	No compensada (B - C)	52	2,26 (1,29)	2 (1 - 3)	1 - 5
	No tiene cirrosis	1.481	2,00 (1,47)	1 (1 - 3)	1 - 9
	Cirrosis sin estadificar	66	2,13 (1,06)	2 (1 - 3)	1 - 4
	No tamizado	584	2,31 (1,55)	2 (1 - 3)	1 - 8
	Total	2.254	2,07 (1,46)	1 (1 - 3)	1 - 9

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



Indicadores de la gestión del riesgo



Fondo Colombiano de
Enfermedades de Alto Costo



Resumen infográfico

Capítulo 7

Indicadores de la gestión del riesgo

Periodo: del 1° de enero al 31 de diciembre de 2023.



La detección de la **fibrosis hepática** es del **51,96%** en los casos reportados, indicando una tardanza en la realización del diagnóstico de los pacientes.

En el régimen contributivo se observó un mejor resultado en la proporción de los casos que **iniciaron tratamiento (90,48%)** en comparación con el subsidiado (81,41%).



La proporción de los pacientes con estudios de estadificación de fibrosis fue mayor en el contributivo (89,86%) que en el subsidiado (75,65%).



Las regiones Central y Amazonía-Orinoquía presentaron la menor proporción de pacientes que han desarrollado algún grado de fibrosis.

La RVS a las **12 semanas de finalizado el tratamiento** se mantiene en alto cumplimiento para ambos regímenes, de igual forma la **proporción de la mortalidad** atribuible a la infección por VHC.

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

[Descargar infografía](#)

7. Indicadores de la gestión del riesgo

Desde el inicio de la estrategia de compra centralizada y la publicación de la guía y vía clínica para el tratamiento de la hepatitis C crónica en Colombia, la CAC, como parte del seguimiento de la cohorte, desarrolla el cálculo de los indicadores de la gestión del riesgo, los cuales, permiten medir los resultados asociados con el proceso de atención en salud de las personas con esta condición en el país. A continuación, se describen los resultados obtenidos en el periodo de medición por cada indicador.

En la **tabla 26** se observa la descripción del tipo y nombre de los indicadores, así como sus rangos de cumplimiento con la correspondiente semaforización.

Tabla 26. Descripción de los indicadores de gestión del riesgo en hepatitis C crónica

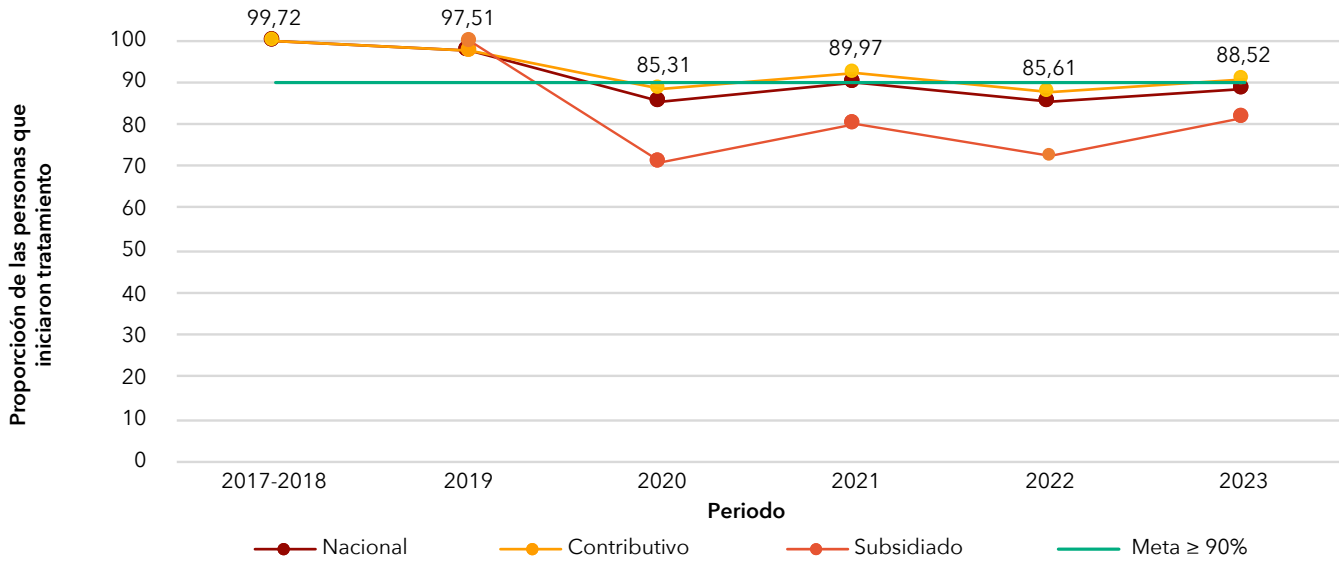
Tipo de indicador	N°	Indicador	Rangos de cumplimiento		
			Alto	Medio	Bajo
Proceso	VHC_1	Proporción de las personas con diagnóstico de hepatitis C crónica que iniciaron tratamiento.	● ≥ 90%	● ≥ 80 a < 90%	● < 80%
Proceso	VHC_2	Proporción de pacientes con resultados de estadificación para fibrosis.	● ≥ 95%	● ≥ 90 a < 95%	● < 90%
Proceso	VHC_3	Proporción de pacientes que iniciaron el tratamiento para hepatitis C crónica fuera de 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 cuanto a los indicadores de proceso se evidenció que aumentaron discretamente, en términos generales, respecto al periodo anterior. En el caso de la cobertura terapéutica de los pacientes con hepatitis C crónica aumentó 3,39% y entre los que recibieron tratamiento más del 99% lo iniciaron a través del mecanismo de compra centralizada y más del 96% permaneció en terapia, con una proporción de abandono del 3,81% manteniéndose esta última en cumplimiento de la meta. Por otro lado, la estadificación de la fibrosis se mantiene en bajo cumplimiento, sin embargo, la proporción de los pacientes evaluados aumentó en 0,96%.



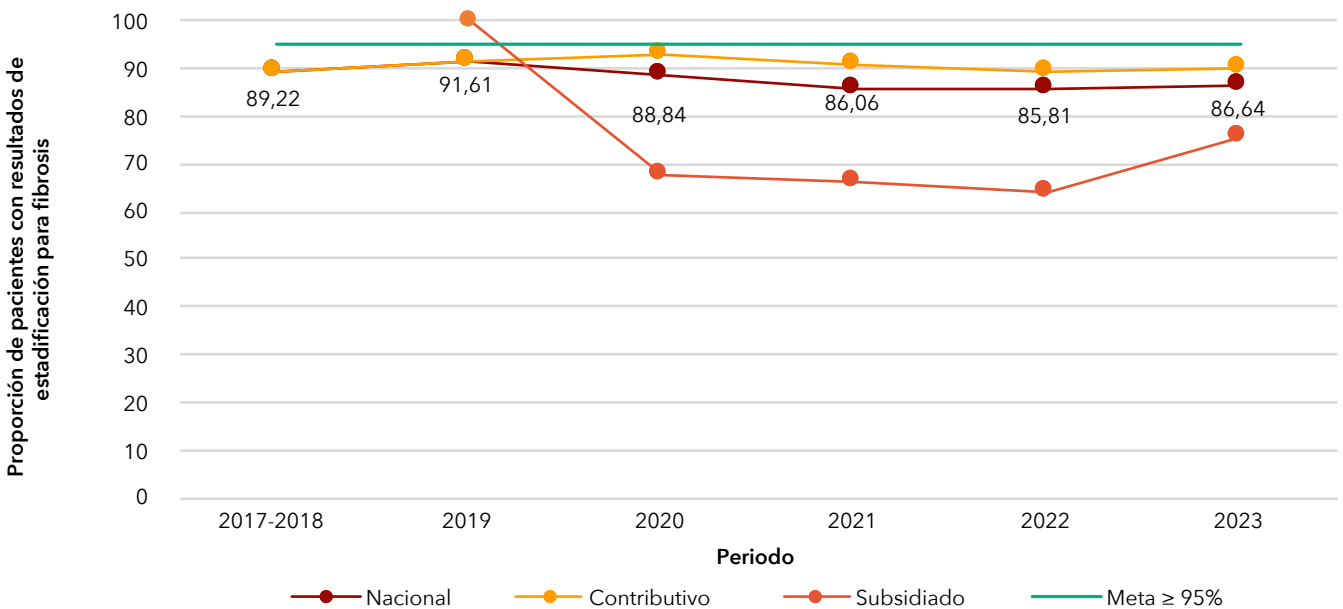
Figura 14. Tendencia de los indicadores de proceso, Colombia 2017 - 2023

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



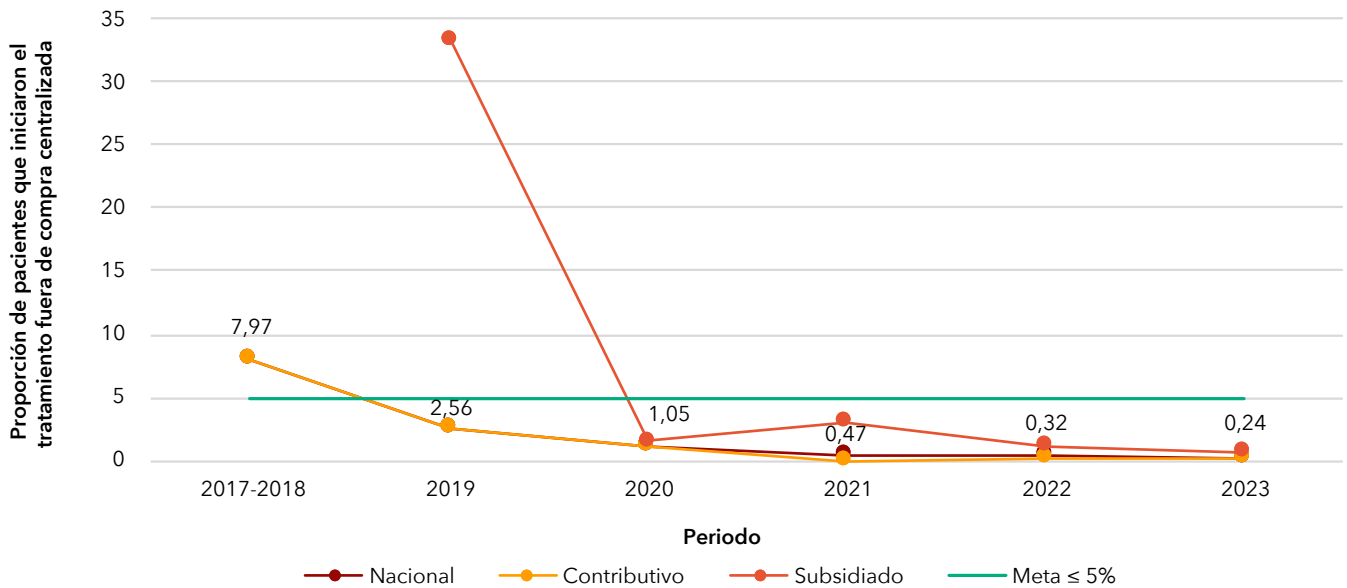
[Descargar figura](#)

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



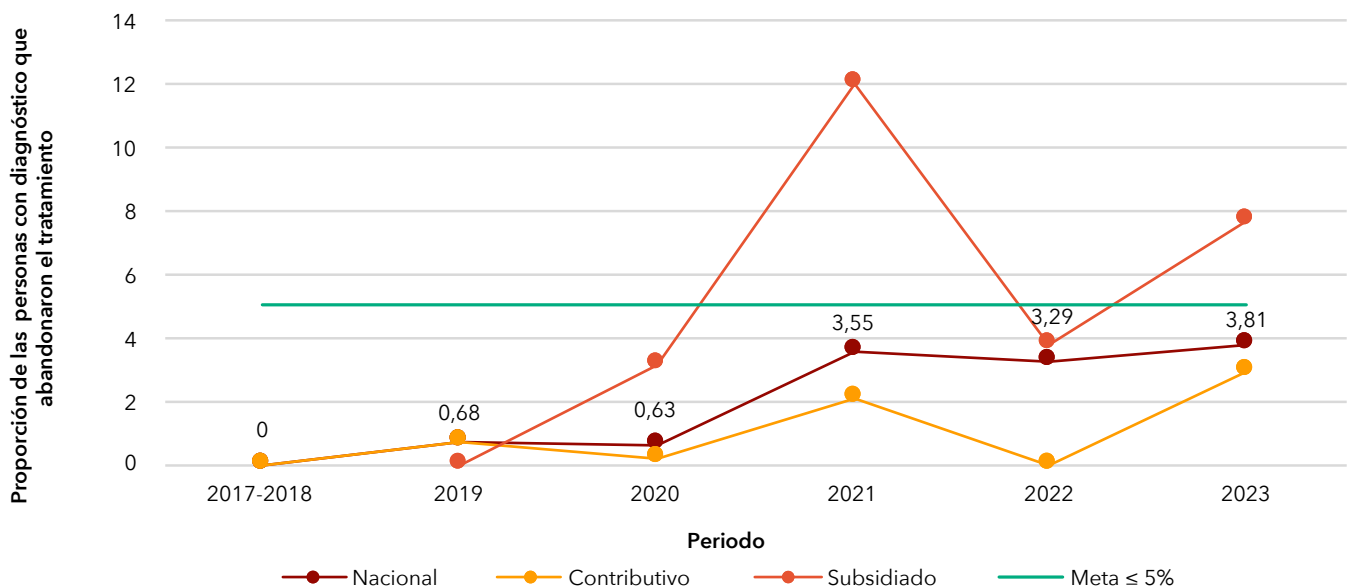
[Descargar figura](#)

Figura 14c. Indicador 3: proporción de pacientes que iniciaron el tratamiento para hepatitis C crónica fuera de compra centralizada



[Descargar figura](#)

Figura 14d. Indicador 7: proporción de las personas con diagnóstico de hepatitis C crónica que abandonaron el tratamiento



[Descargar figura](#)



Tabla 27. Indicadores del proceso según el régimen, Colombia 2023

Régimen	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%
Contributivo	● 90,48	● 89,86	● 0,18	● 2,88
Subsidiado	● 81,41	● 75,65	● 0,49	● 7,65
Nacional	● 88,52	● 86,64	● 0,24	● 3,81

Respecto al aseguramiento (**tabla 27**), el régimen contributivo tuvo mejor resultado en la proporción de los casos que iniciaron tratamiento (90,48%) en comparación con el subsidiado (81,41) y ambos mejoraron la cobertura respecto al periodo anterior en un 3,07% y 11,94% respectivamente. En la estadificación de fibrosis hepática el régimen contributivo se mantuvo similar al periodo anterior con 89,86%, y el subsidiado presentó un aumento en la proporción de los pacientes evaluados en un 18,34%, aunque aún, en ninguno de los dos regímenes se alcanza la meta del 95%. En cuanto al inicio del tratamiento a través de la compra centralizada ambos regímenes cumplen la meta, no obstante, la proporción de los pacientes que abandonaron el tratamiento mostró un aumento respecto al periodo 2022, pasando el régimen subsidiado de alto cumplimiento a medio.

Tabla 28. Indicadores de la gestión del proceso según la región geográfica, Colombia 2023

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.	● 90,07	● 91,86	● 0,11	● 2,21
Amazonía-Orinoquía	● 75,00	● 72,73	● 0,00	● 12,50
Arauca	● 100,00	● 50,00	● 0,00	● 0,00
Casanare	● 80,00	● 85,71	● 0,00	● 16,67
Putumayo	● 50,00	● 0,00	● 0,00	● 0,00
Amazonas	SD ¹	SD ¹	SD ¹	SD ¹
Guainía	SD ¹	SD ¹	SD ¹	SD ¹
Guaviare	SD ¹	SD ¹	SD ¹	SD ¹
Vaupés	SD ¹	SD ¹	SD ¹	SD ¹
Vichada	SD ¹	SD ¹	SD ¹	SD ¹
Caribe	● 93,33	● 75,63	● 1,30	● 5,19
Atlántico	● 92,13	● 79,51	● 1,04	● 3,13
Bolívar	● 100,00	● 66,67	● 0,00	● 4,54
Cesar	● 100,00	● 71,42	● 8,33	● 8,33
Córdoba	● 100,00	● 70,00	● 0,00	● 0,00
La Guajira	SD ¹	● 100,00	● 0,00	● 50,00
Magdalena	● 88,88	● 85,71	● 0,00	● 11,11
Sucre	● 66,67	● 20,00	● 0,00	● 33,33

Situación de la hepatitis C crónica en los regímenes subsidiado y contributivo de Colombia 2023

Indicadores de la gestión del riesgo

WWW.CUENTADEALTOCOSTO.ORG

Tabla 28. Indicadores de la gestión del proceso según la región geográfica, Colombia 2023 (continuación)

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%
San Andrés, Providencia y Santa Catalina	● 100,00	● 50,00	● 0,00	● 0,00
Central	● 85,47	● 85,27	● 0,18	● 4,11
Antioquia	● 89,39	● 85,01	● 0,00	● 4,20
Caldas	● 92,30	● 100,00	● 0,00	● 0,00
Caquetá	SD ¹	● 100,00	● 0,00	● 0,00
Huila	● 100,00	● 90,00	● 0,00	● 0,00
Quindío	● 75,00	● 90,70	● 0,00	● 3,22
Risaralda	● 75,96	● 84,21	● 1,11	● 5,56
Tolima	● 71,42	● 72,22	● 0,00	● 0,00
Oriental	● 87,88	● 86,15	● 0,69	● 6,21
Boyacá	● 93,75	● 100,00	● 0,00	● 10,53
Cundinamarca	● 86,79	● 86,05	● 0,00	● 3,23
Meta	● 66,67	● 88,89	● 0,00	● 0,00
Norte de Santander	● 86,67	● 76,09	● 0,00	● 12,12
Santander	● 95,83	● 90,62	● 4,00	● 4,00
Pacífica	● 87,72	● 79,36	● 0,00	● 6,02
Cauca	● 93,33	● 85,00	● 0,00	● 6,67
Chocó	SD ¹	SD ¹	SD ¹	SD ¹
Nariño	● 100,00	● 83,33	● 0,00	● 0,00
Valle del Cauca	● 87,21	● 78,96	● 0,00	● 6,09
Nacional	● 88,52	● 86,64	● 0,24	● 3,81

¹ SD: sin dato.

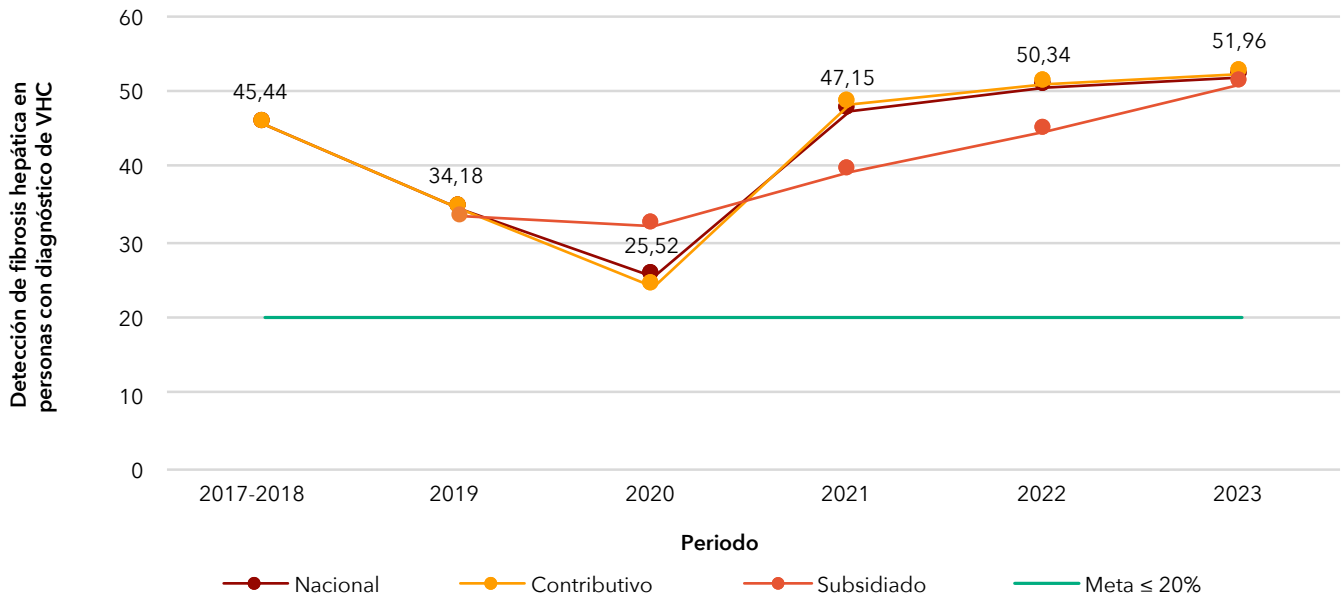
La **tabla 28** muestra los indicadores de la gestión del riesgo según la ubicación geográfica. Se observó una mayor cobertura en el tratamiento para la hepatitis C crónica en la región Caribe, seguida por Bogotá, D. C., y la Oriental. En cuanto a la estadificación de la fibrosis (indicador VHC_2), Bogotá, D. C., obtuvo un desempeño medio y las demás regiones, bajo. Respecto al tratamiento fuera de la compra centralizada (VHC_3) todas las regiones alcanzaron la meta. Por último, la proporción de las personas con diagnóstico que abandonaron el tratamiento fue menor en Bogotá, D. C., y la región Central las cuales tuvieron cumplimiento alto en este indicador.

En la **figura 15** se presenta la tendencia de los indicadores de resultado. La detección de la fibrosis hepática en los casos reportados aumentó 3,21% manteniendo discretamente la tendencia al alza respecto a los 3 últimos periodos, sin embargo, representa una tardanza en la realización del diagnóstico de los pacientes. En cuanto al indicador de efectividad del tratamiento, se mantiene estable y continua superior al 95%.



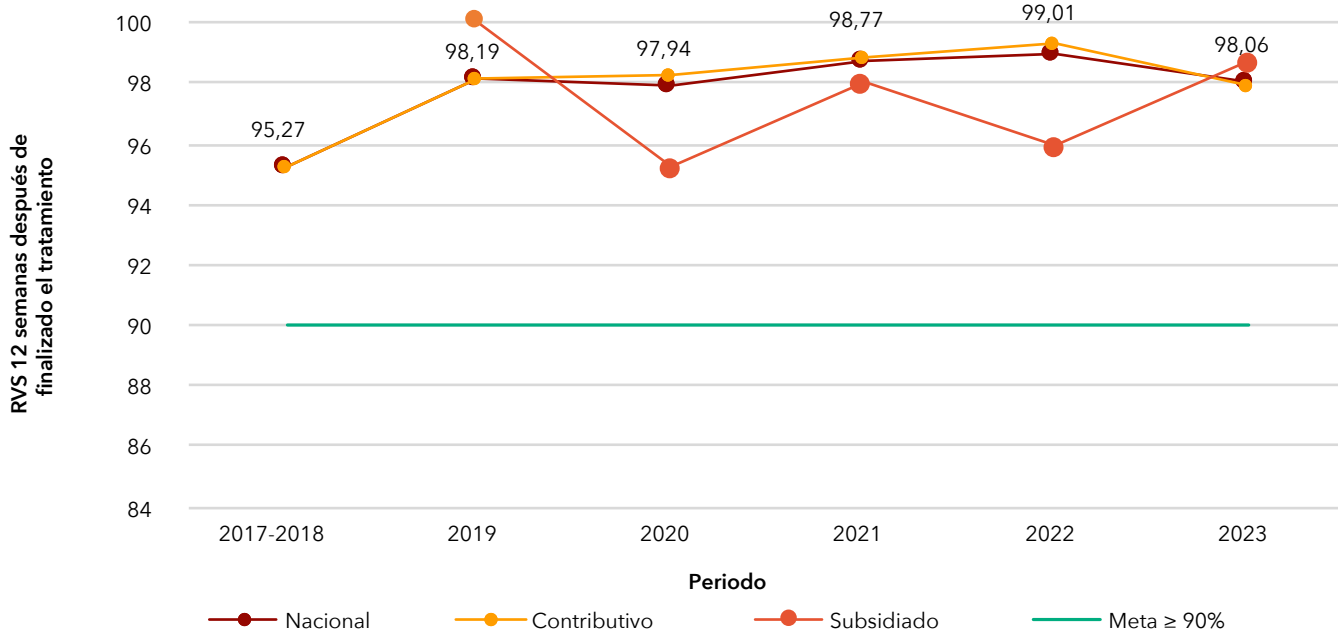
Figura 15. Tendencia de los indicadores de resultado en la gestión del riesgo, Colombia 2017 - 2023

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 29**), se observó un incremento en la proporción de los casos con fibrosis hepática en el régimen contributivo en 2,50% y en el subsidiado 14,05% respecto al periodo anterior. La RVS a las 12 semanas de finalizado el tratamiento se mantuvo superior al 97% para ambos regímenes y en cuanto a la proporción de la mortalidad atribuible a la infección por VHC persiste en un rango de cumplimiento alto, siendo menor al 1%.

Situación de la hepatitis C crónica en los regímenes subsidiado y contributivo de Colombia 2023

Indicadores de la gestión del riesgo

WWW.CUENTADEALTOCOSTO.ORG

Tabla 29. Indicadores de la gestión del resultado según el régimen de afiliación, Colombia 2023

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	● 52,21	● 97,93	● 0,10
Subsidiado	● 50,97	● 98,71	● 0,65
Nacional	● 51,96	● 98,06	● 0,22

Según las regiones, la detección de la fibrosis hepática fue más baja en la Central y Amazonía-Orinoquía, sin embargo, ninguna alcanzó el rango de cumplimiento. 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 30).

Tabla 30. Indicadores de la gestión del resultado según la región, Colombia 2023

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.	● 54,06	● 97,82	● 0,25
Amazonía-Orinoquía	● 50,00	● 100,00	● 0,00
Arauca	● 0,00	● 100,00	● 0,00
Casanare	● 66,67	● 100,00	● 0,00
Putumayo	● 0,00	SD ¹	● 0,00
Amazonas	SD ¹	SD ¹	SD ¹
Guainía	SD ¹	SD ¹	SD ¹
Guaviare	SD ¹	SD ¹	SD ¹
Vaupés	SD ¹	SD ¹	SD ¹
Vichada	SD ¹	SD ¹	SD ¹
Caribe	● 61,07	● 100,00	● 0,51
Atlántico	● 61,86	● 100,00	● 0,82
Bolívar	● 72,22	● 100,00	● 0,00
Cesar	● 60,00	● 100,00	● 0,00
Córdoba	● 42,86	● 100,00	● 0,00
La Guajira	● 33,33	SD ¹	● 0,00
Magdalena	● 58,33	● 100,00	● 0,00
Sucre	● 0,00	● 100,00	● 0,00
San Andrés, Providencia y Santa Catalina	● 100,00	● 100,00	● 0,00
Central	● 41,60	● 97,28	● 0,00
Antioquia	● 38,62	● 96,20	● 0,00
Caldas	● 57,14	● 100,00	● 0,00
Caquetá	● 50,00	SD ¹	● 0,00



Tabla 30. Indicadores de la gestión del resultado según la región, Colombia 2023 (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%
Huila	● 55,56	● 100,00	● 0,00
Quindío	● 38,46	● 100,00	● 0,00
Risaralda	● 49,10	● 100,00	● 0,00
Tolima	● 61,54	● 100,00	● 0,00
Oriental	● 54,76	● 98,65	● 0,00
Boyacá	● 81,82	● 100,00	● 0,00
Cundinamarca	● 44,59	● 100,00	● 0,00
Meta	● 50,00	● 100,00	● 0,00
Norte de Santander	● 54,29	● 100,00	● 0,00
Santander	● 62,07	● 93,33	● 0,00
Pacífica	● 60,47	● 99,17	● 0,54
Cauca	● 47,06	● 100,00	● 5,00
Chocó	SD ¹	SD ¹	SD ¹
Nariño	● 80,00	● 100,00	● 0,00
Valle del Cauca	● 60,95	● 99,08	● 0,29
Nacional	● 51,96	● 98,06	● 0,22

Discusión y conclusiones

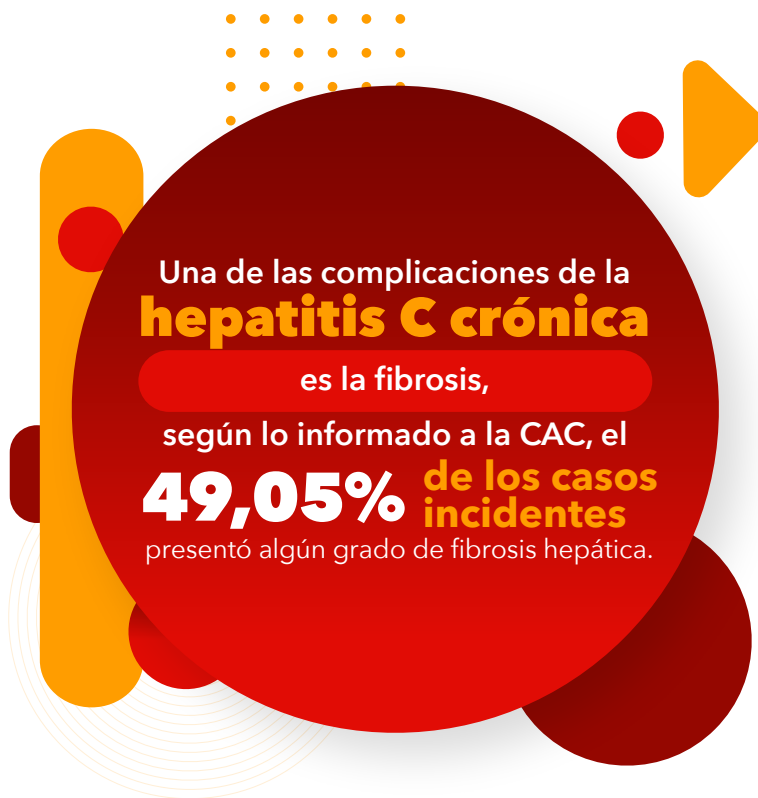
Durante el periodo 2023 se registraron 2.626 casos prevalentes de hepatitis C crónica, lo anterior representa un aumento del 40,96% respecto al 2022, aspecto que indica una consistencia con la identificación de los casos. Sin embargo, aún se mantiene una prevalencia menor a las estimaciones hechas para Colombia. En el Informe Mundial sobre Hepatitis Viral 2024, se estimó que durante el 2022 había 309.159 personas con esta infección en el país (11). Esta cifra es similar a la estimación del observatorio Polaris para el mismo año (313.000 personas) (18). Ambos valores son significativamente mayores al informado a la CAC, lo que sugiere que existe una gran cantidad de personas infectadas que aún no han sido diagnosticadas y por lo tanto, no han recibido tratamiento.

En este contexto, es importante mencionar que existen múltiples barreras para lograr los objetivos propuestos por la OMS para el 2030, entre los que se destacan el desconocimiento respecto a la infección, la dificultad en el acceso a la atención médica, la no disponibilidad de una vacuna eficaz contra el VHC en la actualidad y la más importante, la falta de detección y de diagnóstico temprano, lo cual requiere estrategias como el cribado masivo en las poblaciones clave con exposición a factores de riesgo, campañas de educación y concientización orientadas a la población general, además de incentivar la adherencia a las recomendaciones de tamización por parte de los profesionales de la salud, entre otras (10,11,19).

Con respecto a la población con factores de riesgo, en el mundo se estima que un 4,0% de los casos de infección por VHC ocurre en las personas que se inyectan drogas (11). En el ámbito nacional, las seroprevalencias asociadas a este mecanismo de transmisión varían, reportándose entre el 10,7% en Bogotá, D. C., y el 80,2% en Cali (20). En comparación con los datos proporcionados a la CAC, en el periodo 2023 los principales mecanismos de transmisión para el VHC fueron el sexual (52,59%) y la hemotransfusión (8,91%), mientras que la transmisión por equipo de inyección contaminado se registró en el 3,54%, un valor que se asemeja al estimado internacionalmente.

Por otro lado, una de las complicaciones de la hepatitis C crónica es la fibrosis, según lo informado a la CAC, el 49,05% de los casos incidentes presentó algún grado de fibrosis hepática. La inflamación y la fibrosis hepática pueden progresar a cirrosis en el 10 - 20% de los casos en un plazo de 20 a 30 años, aumentando el riesgo de tener enfermedad hepática terminal y carcinoma hepatocelular (21), por lo cual se enfatiza en la importancia del cribado y la detección precoz de la VHC para iniciar el tratamiento oportunamente y prevenir la progresión a estadios avanzados de la enfermedad.

En cuanto a la mortalidad en el periodo de reporte se registraron 43 fallecimientos (0,08 fallecimientos cada 100.000 habitantes), con una distribución similar entre los hombres y las mujeres. Según la OMS, en el 2022 en el mundo, se estimaron 240.000 muertes por VHC (11). En América Latina, según la Coalición Global para la Eliminación de la Hepatitis, se reportaron para el mismo año en países como Brasil 0,7 fallecimientos por cada 100.000 habitantes, en México 11 y Perú 2,61 (22). Lo anterior indica que Colombia presenta una tasa de mortalidad inferior en comparación con otros países de la región.





Por otra parte, se observó un aumento de los casos de coinfección VHC y VIH desde el 2020, principalmente en los hombres, reportándose 1.727 casos para el periodo 2023. Es importante mencionar, que se ha documentado que el 7,3% de estos casos presenta reinfecciones por VHC (23), por esta razón la OMS en sus estrategias para el año 2030, recomienda enfocar los esfuerzos en las personas más afectadas y en aquellas con factores de riesgo. Por ello, es fundamental reforzar las estrategias educativas para reducir los comportamientos de riesgo, como las relaciones sexuales sin protección, incentivar la notificación del diagnóstico a sus contactos sexuales y el testeo de las mismas, así como implementar una vigilancia activa para detectar y tratar las reinfecciones de manera temprana (23).


En cuanto a la gestión del riesgo en las personas con hepatitis C crónica en el país, la cobertura terapéutica fue del 88,52% muy cercana a la meta propuesta (> 90%) y aumentó 3,39% respecto al periodo anterior. Más del 96%

de los pacientes permanecieron en terapia, con una proporción de abandono del 3,81% y una RVS 12 semanas después de finalizado el tratamiento del 98,06%. En América Latina, para el 2022 según el Informe Mundial sobre Hepatitis Viral 2024, se estimó que el 26% de los pacientes diagnosticados recibió tratamiento y en un estudio prospectivo realizado en Brasil entre 2015 a 2018, se encontró un abandono entre el 7 a 8% en los pacientes sin coinfección con VIH y hasta un 15,3% en los pacientes con coinfección con VIH (24). Esto señala que Colombia tiene una cobertura terapéutica superior a la de la región y una baja proporción de abandono en la terapia.

Por otro lado, de lo relacionado con la gestión del riesgo, es importante mencionar el bajo cumplimiento en los indicadores de detección y de estadificación de la fibrosis hepática. Teniendo en cuenta que en América Latina se estima que, aproximadamente la mitad de las personas con VHC tienen fibrosis avanzada o cirrosis y que aún este virus persiste como la principal causa de carcinoma hepatocelular en la

región (8), se hace necesario insistir en un diagnóstico temprano para prevenir la progresión de la enfermedad y sus complicaciones, y en la estadificación de todos los diagnosticados, para el tratamiento integral de quienes están en las fases más avanzadas.

Para finalizar, existen desafíos en la gestión de los pacientes con VHC en Colombia, principalmente en lo que respecta a la detección y el diagnóstico de la infección, motivo por el cual, el país está lejos de las estimaciones realizadas, evidenciado en un gran número de personas que aún no han sido diagnosticadas ni tratadas. Así las cosas, se requiere aumentar la tamización y facilitar un rápido acceso al tratamiento, implementando estrategias como la realización de CV en el mismo lugar de atención y, si es posible, iniciar el tratamiento durante la misma visita. Otro punto relevante es favorecer la capacitación y el entrenamiento a los médicos generales con el objetivo de aumentar el talento humano entrenado y así poder descentralizar la atención de las personas con VHC en estadios iniciales; la derivación a especialistas se haría según el riesgo de lesiones hepáticas, los resultados de la estadificación y otros criterios clínicos que lo ameritaran.



Existen desafíos en la gestión de los **pacientes con VHC** en Colombia, principalmente en lo que respecta a la **detección y el diagnóstico de la infección**, motivo por el cual, **el país está lejos de las estimaciones realizadas**, evidenciado en un gran número de personas que aún no han sido diagnosticadas ni tratadas.

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-prespectiva-desde-aseguramiento.pdf>.
8. 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. Noviembre de 2023; 28(6):101149.
9. World Health Organization. (2022) Global health sector strategies on, respectively, HIV, viral hepatitis and sexually transmitted infections for the period 2022-2030; disponible en: <https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/360348/9789240053779-eng.pdf?sequence=1>.
10. 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). 19 de agosto de 2021;18(2):72-5.
11. Global hepatitis report 2024: action for access in low- and middle-income countries; disponible en: <https://www.who.int/publications/i/item/9789240091672>.
12. Instituto Nacional de Salud de Colombia. Informe de evento Hepatitis BCD 2023. Inf Even interés en salud pública. 2024; Disponible en: <https://www.ins.gov.co/buscador-eventos/Informesdeevento/HEPATITIS%20BCD%20INFORME%20DE%20EVENTO%202023.pdf>.
13. 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>.
14. Ministerio de Salud y Protección Social. Estudios previos Orden de compra No. 068 de 2021 de la compra centralizada de medicamentos para el tratamiento del virus de la Hepatitis C [en línea]. Bogotá, D. C.; 2019. Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/MET/estudios-previos-dmt.pdf>.
15. 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>.
16. 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.
17. 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.
18. Observatorio Polaris de la Fundación CDA 2020; disponible en: <https://cdfound.org/polaris>.
19. Coalition For Global Hepatitis Elimination. Accelerating Progress Toward Hepatitis Elimination in Latin America 2021; disponible en: <https://www.globalhep.org/sites/default/files/content/webinar/files/2022-03/Latin America Roundtable Synthesis.pdf>.



20. Fundación Salutia. Estudio de prevalencia de VIH, Hepatitis Virales, Sífilis y comportamientos asociados en las personas que se inyectan drogas. Bogotá, Medellín, Santiago de Cali y el área conurbada de Pereira y Dosquebradas. 2022. 1-250 p.
21. Roudot-Thoraval F. Epidemiology of hepatitis C virus infection. Clin Res Hepatol Gastroenterol. Mayo de 2021;45(3):101596.
22. Coalition for Global Hepatitis Elimination, 2022; disponible en: <https://www.globalhep.org/data-profiles/compare-countries>.
23. Shahid I, Alzahrani AR, Al-Ghamdi SS, Alanazi IM, Rehman S, Hassan S. Hepatitis C Diagnosis: Simplified Solutions, Predictive Barriers, and Future Promises. Diagnostics. 13 de julio de 2021;11(7):1253.
24. IVANTES CAP, SILVA BC da, ACOSTA GG, TAWIL FBN EI, NISHIHARA R. NON-ADHERENCE TO HEPATITIS C TREATMENT: A BRAZILIAN REPORT. Arq Gastroenterol. Octubre de 2021;58(4):456-60.



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