



# SITUACIÓN DE LA **HEPATITIS C CRÓNICA**

EN LOS REGÍMENES SUBSIDIADO  
Y CONTRIBUTIVO DE COLOMBIA **2022**



Fondo Colombiano de  
Enfermedades de Alto Costo

# **Situación de la hepatitis C crónica en los regímenes subsidiado y contributivo de Colombia 2022**



CUENTA DE ALTO COSTO  
Fondo Colombiano de Enfermedades de Alto Costo

## **Situación de la hepatitis C crónica en los regímenes subsidiado y contributivo de Colombia 2022**

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

ISSN: 2711-1474

Periodicidad: una edición anual

Bogotá, D. C., Colombia, agosto de 2023

© 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 2022;  
Bogotá, D. C. 2023.

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

## **Junta directiva**

### **Presidente**

Mauricio Serra Tamayo  
Compensar EPS

Juan Pablo Rueda Sánchez  
Sanitas EPS

Beda Margarita Suárez  
Anas Wayuu EPS Indígena

José Joaquín Cortés  
Cajacopi Atlántico EPS

Jorge Iván Domínguez  
Coosalud EPS

José Fernando Cardona  
Nueva EPS

Justo Jesús Paz Wilches  
Mutual Ser EPS

## **Cuenta de Alto Costo**

Lizbeth Acuña Merchán  
Directora ejecutiva

### **Coordinadores técnicos y equipos de trabajo de las coordinaciones de la Cuenta de Alto Costo:**

María Teresa Daza Fonseca  
Coordinadora de auditoría

Ana María Valbuena García  
Coordinadora de gestión del conocimiento

Luis Alberto Soler Vanoy  
Coordinador de gestión del riesgo

Miguel Ángel García Gómez  
Coordinador de gestión de la tecnología y gestión de la información

## **Grupo desarrollador**

Ana María Valbuena García

Coordinadora de gestión del conocimiento

María Teresa Daza Fonseca

Coordinadora de auditoría

Luis Alejandro Moreno Ramírez

Líder de gestión del conocimiento

Andrés Felipe Patiño Aldana

Epidemiólogo

Yenny Alexandra López López

Líder de auditoría

Fabián Guillermo Romero Espitia

Líder de auditoría

## **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, magíster en salud pública. Dirección de Promoción y Prevención, Ministerio de Salud y Protección Social.

## **Comité editorial**

Lizbeth Acuña Merchán  
Presidenta

Ana María Valbuena García  
Secretaria

Luis Alberto Soler Vanoy  
Vocal

Miguel Ángel García Gómez  
Vocal

María Teresa Daza Fonseca  
Vocal

Liliana Barbosa Vaca  
Vocal

Luisa Giraldo Marín  
Vocal

## **Corrección de estilo**

Alejandro Niño Bogoya  
Jefe de comunicaciones  
Unidad de Comunicación y Difusión

## **Diseño y diagramación**

Angie Tatiana Silva Salamanca  
Líder de diseño editorial  
Unidad de Comunicación y Difusión

## Tabla de contenido

Abreviaturas.....	14
Lista de las entidades que le reportaron información a la Cuenta de Alto Costo en el periodo y que fueron incluidas en el análisis <sup>1</sup> .....	15
Glosario .....	16
Introducción.....	18
Aspectos éticos y legales.....	19
Aspectos metodológicos.....	20
Generalidades del reporte .....	20
Población de interés y periodo evaluado .....	20
Calidad de la información .....	20
Malla de validación en los sistemas de información .....	20
Verificación de la información con fuentes externas .....	20
Auditoría de campo .....	20
Ajuste de los datos posterior a la auditoría .....	22
Análisis epidemiológico .....	24
Análisis descriptivo .....	24
Estimación de las medidas de frecuencia .....	24
Análisis de los indicadores de la gestión del riesgo .....	25
<b>1. Caracterización de los casos incidentes con hepatitis C crónica.....</b>	<b>27</b>
Contenido infográfico capítulo 1 .....	28
1.1. Caracterización demográfica de los casos incidentes .....	29
1.1.1. Distribución de los casos incidentes según la edad y el sexo .....	30
1.1.2. Distribución de los casos incidentes por la región según el sexo .....	31
1.1.3. Características clínicas de los casos incidentes según el genotipo .....	33
<b>2. Caracterización de las personas prevalentes con hepatitis C crónica.....</b>	<b>35</b>
Contenido infográfico capítulo 2 .....	36
2.1. Caracterización demográfica de los casos prevalentes .....	37
2.1.1. Distribución de los casos prevalentes según la edad y el sexo .....	38
2.1.2. Distribución de los casos prevalentes según la región y el sexo .....	38
2.2. Caracterización clínica de los casos prevalentes .....	39
2.2.1. Características clínicas de los casos prevalentes según el genotipo .....	40

<b>3. Morbilidad y mortalidad en la población con hepatitis C crónica .....</b>	<b>43</b>
Contenido infográfico capítulo 3 .....	44
3.1. Incidencia .....	45
3.1.1. Incidencia según el sexo .....	45
3.1.2. Incidencia según la región .....	46
3.1.3. Incidencia según el régimen de afiliación y la entidad aseguradora .....	46
3.2. Prevalencia .....	46
3.2.1. Prevalencia según el sexo .....	47
3.2.2. Prevalencia según la región y el departamento .....	47
3.2.3. Prevalencia según el régimen de afiliación y la entidad aseguradora .....	48
3.3. Mortalidad .....	48
3.3.1. Mortalidad según la región y la entidad territorial.....	49
3.3.2. Mortalidad según el régimen de afiliación y la entidad aseguradora .....	49
<b>4. Tratamiento en las personas con hepatitis C crónica.....</b>	<b>50</b>
Contenido infográfico capítulo 4 .....	44
4.1. Generalidades del tratamiento .....	52
4.2. Efectividad del tratamiento con AAD .....	53
<b>5. Pacientes con coinfección VHC y VIH.....</b>	<b>55</b>
Contenido infográfico capítulo 5 .....	56
5.1. Caracterización demográfica de los casos con coinfección con VIH.....	57
5.1.1. Distribución de los casos con coinfección con VIH según la región.....	57
5.1.2. Características clínicas de los casos con coinfección con VIH .....	58
<b>6. Manejo médico especializado de las personas con hepatitis C crónica .....</b>	<b>60</b>
Contenido infográfico capítulo 6 .....	61
<b>7. Indicadores de la gestión del riesgo .....</b>	<b>64</b>
Contenido infográfico capítulo 7 .....	65
<b>Discusión y conclusiones .....</b>	<b>71</b>
<b>Referencias bibliográficas .....</b>	<b>74</b>

## Lista de tablas

<b>Tabla 1.</b> Calidad de la información reportada en la cohorte de las personas con hepatitis C crónica en la auditoría según el renglón del aseguramiento, Colombia 2022 .....	21
<b>Tabla 2.</b> Hallazgos relevantes identificados durante la auditoría de la información en la cohorte de hepatitis C crónica, Colombia 2022 .....	21
<b>Tabla 3.</b> Características sociodemográficas de los casos incidentes con hepatitis C crónica según el régimen de afiliación, Colombia 2022.....	30
<b>Tabla 4.</b> Casos incidentes con hepatitis C crónica según la región y el sexo, Colombia 2022 .....	31
<b>Tabla 5.</b> Características clínicas de los casos incidentes con hepatitis C crónica, Colombia 2022.....	31
<b>Tabla 6.</b> Características clínicas de los casos incidentes con hepatitis C crónica según el genotipo, Colombia 2022 .....	33
<b>Tabla 7.</b> Características sociodemográficas de los casos prevalentes con hepatitis C crónica según el régimen de afiliación, Colombia 2022.....	37
<b>Tabla 8.</b> Casos prevalentes con hepatitis C crónica según la región y el sexo, Colombia 2022.....	38
<b>Tabla 9.</b> Características clínicas de los casos prevalentes con hepatitis C crónica, Colombia 2022 .....	39
<b>Tabla 10.</b> Características clínicas de los casos prevalentes con hepatitis C crónica según el genotipo, Colombia 2022.....	41
<b>Tabla 11.</b> Incidencia de la hepatitis C crónica según el sexo, Colombia 2022.....	45
<b>Tabla 12.</b> Incidencia de la hepatitis C crónica según la región, Colombia 2022.....	46
<b>Tabla 13.</b> Incidencia de la hepatitis C crónica según el régimen de afiliación, Colombia 2022.....	46
<b>Tabla 14.</b> Prevalencia de la hepatitis C crónica según el sexo, Colombia 2022 .....	47
<b>Tabla 15.</b> Prevalencia de la hepatitis C crónica según la región, Colombia 2022.....	48
<b>Tabla 16.</b> Prevalencia de la hepatitis C crónica por 100.000 afiliados según el régimen de afiliación, Colombia 2022.....	48
<b>Tabla 17.</b> Mortalidad de la hepatitis C crónica según el sexo, Colombia 2022 .....	48
<b>Tabla 18.</b> Mortalidad de la hepatitis C crónica según la región, Colombia 2022 .....	49
<b>Tabla 19.</b> Mortalidad de la hepatitis C crónica según el régimen de afiliación, Colombia 2022.....	49
<b>Tabla 20.</b> Caracterización del tratamiento actual de la hepatitis C crónica según régimen de afiliación, Colombia 2022.....	52
<b>Tabla 21.</b> Efectividad del tratamiento con AAD según el esquema y las características clínicas, Colombia 2022 .....	53
<b>Tabla 22.</b> Distribución de los casos con coinfección VHC con VIH según la región, Colombia 2022 .....	57
<b>Tabla 23.</b> Características clínicas de los casos con coinfección VHC con VIH, Colombia 2022 .....	59

<b>Tabla 24.</b> Distribución del número de atenciones recibidas por la persona con hepatitis C crónica según la especialidad, Colombia 2022 .....	62
<b>Tabla 25.</b> Distribución del número total de consultas que recibe la persona con hepatitis C crónica durante el periodo según el tipo de profesional y la presencia de cirrosis, Colombia 2022 .....	63
<b>Tabla 26.</b> Descripción de los indicadores de la gestión del riesgo en las personas con hepatitis C crónica .....	66
<b>Tabla 27.</b> Indicadores de proceso en la gestión del riesgo de las personas con hepatitis C crónica según el régimen de afiliación, Colombia 2022.....	67
<b>Tabla 28.</b> Indicadores de proceso en la gestión del riesgo de las personas con hepatitis C crónica según la región, Colombia 2022 .....	68
<b>Tabla 29.</b> Indicadores de resultado en la gestión del riesgo de las personas con hepatitis C crónica según el régimen de afiliación, Colombia 2022.....	69
<b>Tabla 30.</b> Indicadores de resultado en la gestión del riesgo de las personas con hepatitis C crónica según la región, Colombia 2022 .....	70

## Lista de figuras

<b>Figura 1.</b> 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 2022.....	23
<b>Figura 2.</b> Población proyectada por el DANE según la entidad territorial, Colombia 2022 .....	25
<b>Figura 3.</b> Número de afiliados según la Entidad Administradora de Planes de Beneficios, Colombia 2022 .....	26
<b>Figura 4.</b> Tendencia del número de casos incidentes con hepatitis C crónica según el sexo, Colombia 2017 - 2022.....	29
<b>Figura 5.</b> Pirámide poblacional de los casos incidentes con hepatitis C crónica, Colombia 2022 .....	30
<b>Figura 6.</b> Tendencia del número de casos prevalentes con hepatitis C crónica, Colombia 2017 - 2022 .....	37
<b>Figura 7.</b> Pirámide poblacional de los casos prevalentes con hepatitis C crónica, Colombia 2022 .....	38
<b>Figura 8.</b> Distribución del grado de fibrosis hepática en los casos prevalentes con hepatitis C crónica según el tiempo de diagnóstico, Colombia 2022.....	42
<b>Figura 9.</b> Tendencia de la incidencia cruda de las personas con hepatitis C crónica, Colombia 2017 - 2022 .....	45
<b>Figura 10.</b> Tendencia de la prevalencia cruda de la hepatitis C crónica, Colombia 2017 - 2022 .....	47
<b>Figura 11.</b> Efectividad del tratamiento con AAD en personas con hepatitis C crónica, Colombia 2017 - 2022 .....	53
<b>Figura 12.</b> Tendencia del número de casos con coinfección VHC con VIH según el sexo, Colombia 2017 - 2022 .....	57
<b>Figura 13.</b> Distribución de la población con coinfección VHC con VIH según la edad y el sexo, Colombia 2022 .....	58
<b>Figura 14.</b> Tendencia de los indicadores de proceso en la gestión del riesgo de las personas con hepatitis C crónica, Colombia 2017 - 2022 .....	67
<b>Figura 15.</b> Tendencia de los indicadores de resultado en la gestión del riesgo de las personas con hepatitis C crónica, Colombia 2017 - 2022 .....	69

## Abreviaturas

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

## Lista de las entidades que le reportaron información a la Cuenta de Alto Costo en el periodo y que fueron incluidas en el análisis<sup>1</sup>

Código	Nombre de la entidad administradora de planes de beneficios (EAPB)
<b>Régimen contributivo</b>	
EAS027	Fondo de Pasivo Social de Ferrocarriles Nacionales de Colombia
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 EPS
EPS037	Nueva EPS
EPS042	Coosalud EPS S.A.S.
EPS044	Medimás EPS
EPS048	Mutual Ser EPS
<b>Régimen subsidiado</b>	
CCF024	Caja de Compensación Familiar del Huila
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 - AIC EPSI
EPSS40	Savia Salud EPS
EPSS41	Nueva EPS
ESS024	Coosalud ESS
ESS062	Asmet Salud EPS
ESS207	Mutual Ser EPS

<sup>1</sup> La información correspondiente a la Resolución 1692 de 2017 ha sido reportada por las entidades de los regímenes contributivo y subsidiado desde el 1° de enero de 2020.

## Glosario

- APRI:** El índice de la relación aspartato aminotransferasa (AST)/plaquetas 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:  $APRI = (AST/Límite Superior Normal) \times 100 / \text{recuento de plaquetas } (10^9/L) (1,2)$ .
- 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 el 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:  $FIB-4 = (\text{edad (años)} \times AST (UI/L)) / (\text{recuento de plaquetas } (10^9 /L \times [ALT (UI L) 1/2]) (5)$ .
- 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 del VHC indetectable 12 semanas después del final del tratamiento (5).
- VHC agudo:** Presencia del VHC dentro de los seis 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 la 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 (VHC) es una importante amenaza para la salud pública, dado que influye en la morbilidad y en la mortalidad por enfermedades hepáticas y extrahepáticas en todo el mundo, causada principalmente por la fibrosis hepática, el carcinoma hepatocelular y el aumento de las complicaciones por las enfermedades cardiovasculares (8). Por su parte, la Organización Mundial de la Salud (OMS) plantea poner fin a la epidemia de la hepatitis C en el 2030, como uno de los objetivos principales del documento "Estrategias mundiales del sector de la salud contra el VIH, las hepatitis víricas y las infecciones de transmisión sexual para el periodo 2022 - 2030". Aunque en los últimos cinco años aumentó casi diez veces la cifra de personas que recibieron tratamiento para la infección crónica por este virus, se estima que el 80% de quienes están infectados no conocen su diagnóstico o no tienen acceso al tratamiento (9).

Según el observatorio Polaris y el Centro de Análisis para las Enfermedades (CDA), en el 2020 existían 56,8 millones de personas (IC 95% 55,20 - 67,80) con infección por VHC crónica en todo el mundo, lo que corresponde a una prevalencia global de 0,7% (IC 95% 0,70 - 0,90%) (10). Para América Latina no existen estudios de prevalencia que permitan conocer con precisión la cantidad de personas con la infección, por lo cual se extrapolan los datos de los países que cuentan con registros, estimando una prevalencia menor del 1%, de los cuales solo el 13% conoce su diagnóstico (11).

En Colombia se estima que para el 2030 habrán 409.000 personas con la infección por el virus de la hepatitis C, lo equivalente a una prevalencia de 0,8% (12). A pesar de esto, en el 2022 solamente se identificaron 1.067 nuevos casos reportados al Sistema de Vigilancia en Salud Pública (SIVIGILA) del Instituto Nacional de Salud, lo que representa una incidencia cruda de 2,07 por cada 100.000 habitantes, aumentando en un 21,7% comparado con 2021. Las entidades territoriales con la mayor notificación de personas con esta enfermedad fueron Cali, Quindío y Risaralda (13).

El tratamiento para la infección ha evolucionado en los últimos 10 años de manera importante con el desarrollo de los antivirales de acción directa (AAD) que logran unas altas tasas de curación o respuesta viral sostenida (RVS), sin embargo, aún persiste el obstáculo del elevado costo del medicamento (14). Para alcanzar la eliminación de la infección, las estrategias deben encaminarse en mejorar la capacidad del diagnóstico y la cobertura del tratamiento y se requiere de voluntad política, apoyo financiero, disminución de los precios, integración con otros programas de salud y participación de la comunidad (15).

Desde la Cuenta de Alto Costo (CAC), se realiza el seguimiento al registro de los casos con hepatitis C crónica de los regímenes contributivo y subsidiado desde el 2017, como parte de la estrategia de negociación y compra centralizada creada por el Ministerio de Salud y Protección Social (MSPS) (16 - 19). 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 morbimortalidad, se incluye un análisis de las personas con coinfección con el virus de inmunodeficiencia humana (VIH), y se analiza el comportamiento de los indicadores de la gestión del riesgo establecidos en la vía clínica para el tratamiento de la hepatitis C crónica (20).

## **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 (16), para el periodo comprendido entre el 1º de enero y el 31 de diciembre de 2022.

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 (21), 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 (22) 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 2022, 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 del Ministerio de Salud y Protección Social (16), 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 del reporte está conformada por todas las personas con diagnóstico de hepatitis C crónica afiliadas a alguna de las entidades aseguradoras de los regímenes contributivo y subsidiado durante el periodo comprendido entre el 1° de enero y el 31 de diciembre de 2022. 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, se tuvo en cuenta el cumplimiento de los criterios establecidos en la vía clínica para el tratamiento de la hepatitis C crónica (20), el cual fue confirmado en 1.863 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.

## Situación de la hepatitis C crónica en los regímenes subsidiado y contributivo de Colombia 2022

### Aspectos metodológicos

[WWW.CUENTADEALTOCOSTO.ORG](http://WWW.CUENTADEALTOCOSTO.ORG)

**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 2022

Reglón del aseguramiento	Pacientes auditados	Pacientes con inconsistencias	Dato conforme (%) <sup>1</sup>	Datos de no calidad (%) <sup>2</sup>	Comodín de no gestión (%) <sup>3</sup>	Inconsistencias generales (%)
CCF contributivo	233	2	● 95,70	● 3,00	● 1,30	0,86
CCF subsidiado	7	3	● 85,20	● 11,50	● 3,30	42,86
Comerciales contributivo	555	1	● 98,40	● 0,90	● 0,70	0,18
Comerciales subsidiado	45	0	● 96,00	● 1,30	● 2,70	0,00
Cooperativas contributivo	7	0	● 95,90	● 2,70	● 1,40	0,00
Solidarias subsidiado	10	0	● 93,70	● 4,40	● 1,90	0,00
Indígenas y adaptadas	1	1	● 83,80	● 11,10	● 5,10	100,00
Públicas y mixtas	181	2	● 97,90	● 1,40	● 0,70	1,10
<b>Total general</b>	<b>1.039</b>	<b>9</b>	<b>● 93,30</b>	<b>● 4,60</b>	<b>● 2,10</b>	<b>0,87</b>

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

<sup>2</sup> **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.

<sup>3</sup> **Dato con comodín:** corresponde a las variables donde 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 2022

Temática o hallazgo	Descripción de la temática y/o hallazgo
Registro de información en los soportes	Se evidenció que en un 35,40% no está registrada la información relacionada con el mecanismo de transmisión del virus en las historias clínicas. Por esta razón, se deben fortalecer los esfuerzos desde la consulta médica para que el profesional encargado de la atención, interroga y registre el mecanismo de transmisión relacionado.
Inconsistencias	Se presentaron 9 inconsistencias por diagnóstico durante el 2022. Uno de los casos tenía el antecedente de la enfermedad, pero ya se había curado para el periodo de reporte. Los 8 casos restantes no contaban con soportes para la auditoría y la validación de la información.
Curación espontánea	Se identificaron 9 casos que presentaron curación espontánea. Aunque inicialmente se realizó el diagnóstico de la infección por hepatitis C, posteriormente se descartó la cronicidad del cuadro, por lo cual se abordaron como infecciones agudas con auto resolución de su cuadro clínico.
Alta voluntaria	En el periodo se identificaron 6 casos que decidieron solicitar alta voluntaria del programa de atención. 5 no iniciaron tratamiento con AAD y 1 caso recibió 36 tabletas de velpatasvir/sofosbuvir, pero lo suspende por síntomas de descompensación neurológica. La familia del paciente decide detener el tratamiento.
Abandono	En el periodo se identificaron 40 casos que se encuentran en abandono del programa de seguimiento médico. 19 de ellos, recibieron el tratamiento completo con AAD por medio de la compra centralizada, sin embargo, en 17 no se midió la carga viral del control para definir la RVS, y en 2 casos se encontró una CV detectable, pero sin control médico posterior que permitiera diferenciar si se trataba de un fracaso o de una reinfección. En 4 casos se inició el antiviral pero no se confirmó su terminación, y en los 17 restantes no se recibió tratamiento y se desconoce su estado actual.
Causas de reingreso a la cohorte en 2022	Se presentaron 77 casos de reingreso a la cohorte. De los cuales el 49,40% (n= 38) fueron reinfección, donde su principal causa está relacionada con conductas de riesgo; de igual manera el 94,70% (n= 36) de estos casos presentan coinfección por VIH. El 50,60% (n= 39) corresponden a reingresos por cambio de EAPB.
Eventos adversos al tratamiento AAD	Para el 2022, se presentó 1 caso de suspensión de tratamiento por evento adverso al tratamiento. Tenía coinfección con VIH, presentó rash generalizado con prurito, el médico especialista suspendió el tratamiento por 5 días, sin embargo, al reiniciarlo aparecen nuevamente los síntomas, por lo que finalmente se deja sin antiviral.



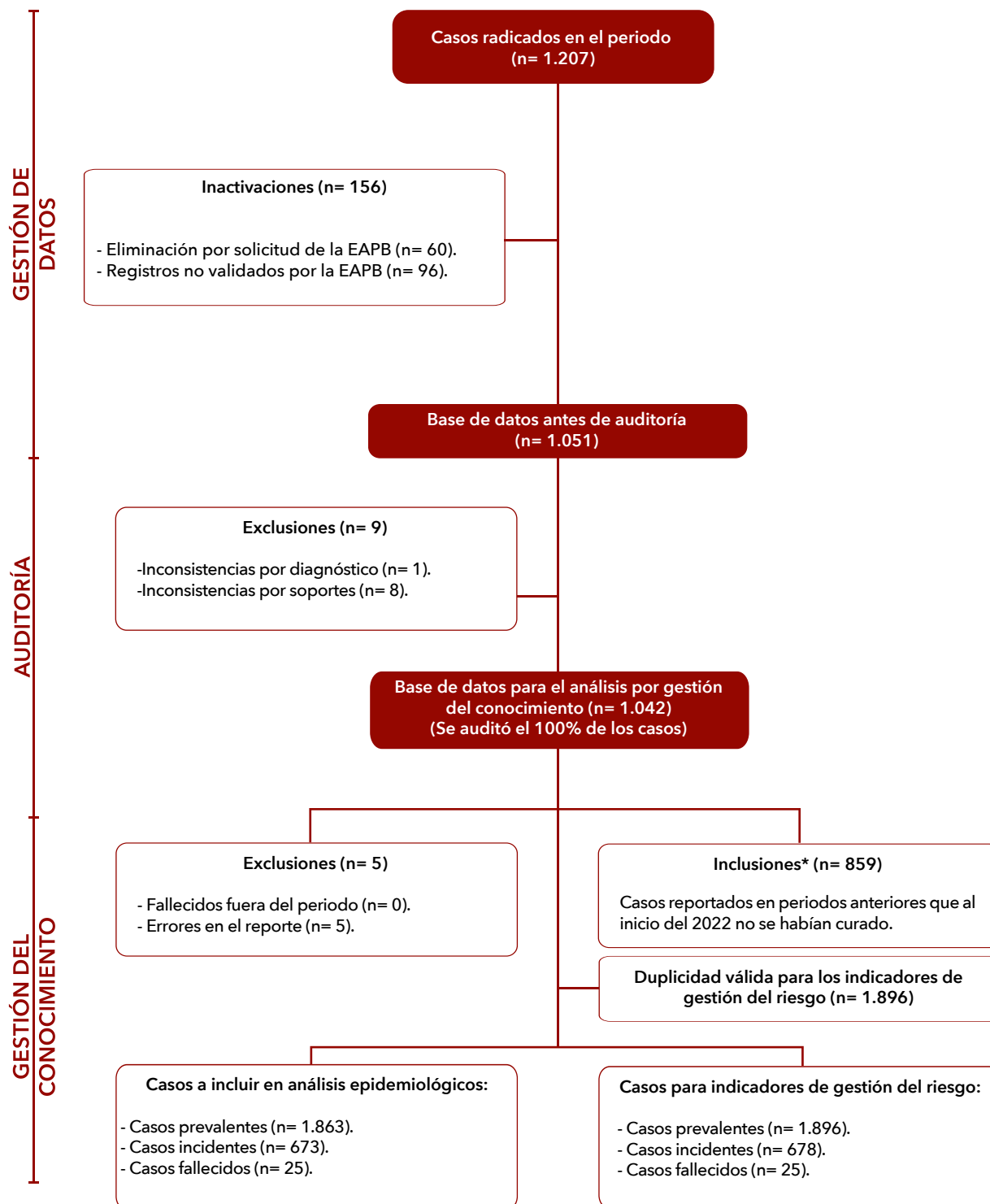
### Ajuste de los datos posterior a la auditoría

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 1.207 registros, de los cuales 156 fueron inactivados por solicitud de la EAPB al presentar errores en el reporte. Posteriormente, durante la auditoría fueron marcados 9 casos con inconsistencia en el diagnóstico, por lo cual, la base de datos contó con 1.042 pacientes.

Para realizar los análisis epidemiológicos, se inactivaron 5 errores en el reporte y fue necesario incluir 859 casos reportados en periodos anteriores, que al inicio del 2022 no se habían curado y por lo tanto hacen parte de la prevalencia. Se consideraron los casos únicos de hepatitis C crónica prevalentes (n= 1.863), de los cuales 673 fueron incidentes y 25 fallecidos. Para el análisis de los indicadores de la gestión del riesgo se tuvieron en cuenta 1.896 registros, que incluyen a las personas con atenciones por dos entidades. En la **figura 1** se observa el proceso de consolidación 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 2022





## Análisis epidemiológico

### Análisis descriptivo

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

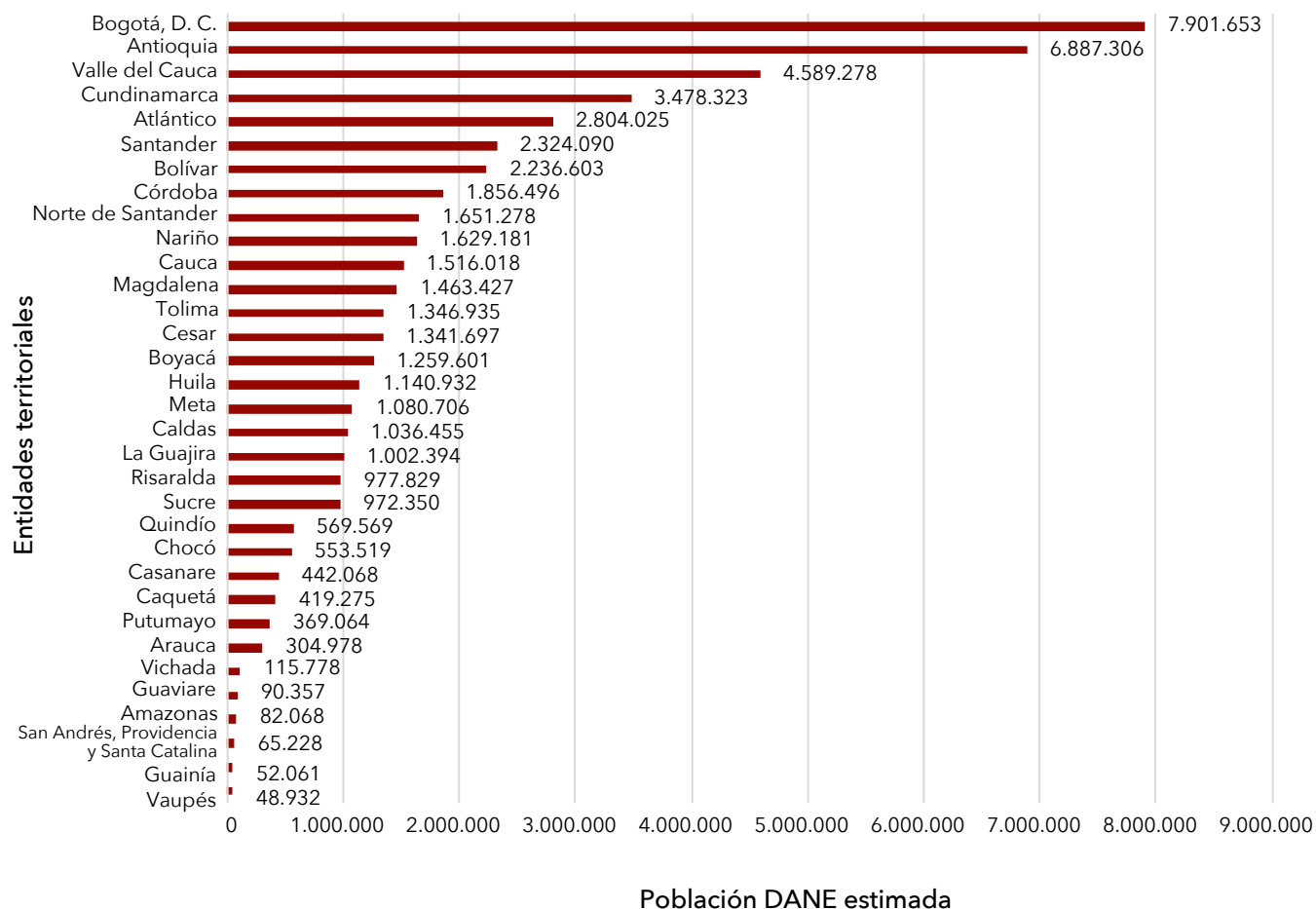
### Estimación de las medidas de frecuencia

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 2022. 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 frecuencia se estandarizaron por la edad, utilizando el método directo, tomando como referencia a la población colombiana estimada por el DANE para 2022 ( $n= 51.609.474$ ) por 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 (23). Las regiones se definieron según la categorización que realiza el DANE según el producto interno bruto.

**Figura 2.** Población proyectada por el DANE según la entidad territorial, Colombia 2022



Fuente: Departamento Administrativo Nacional de Estadística, proyección a 2022.

[Descargar figura](#)

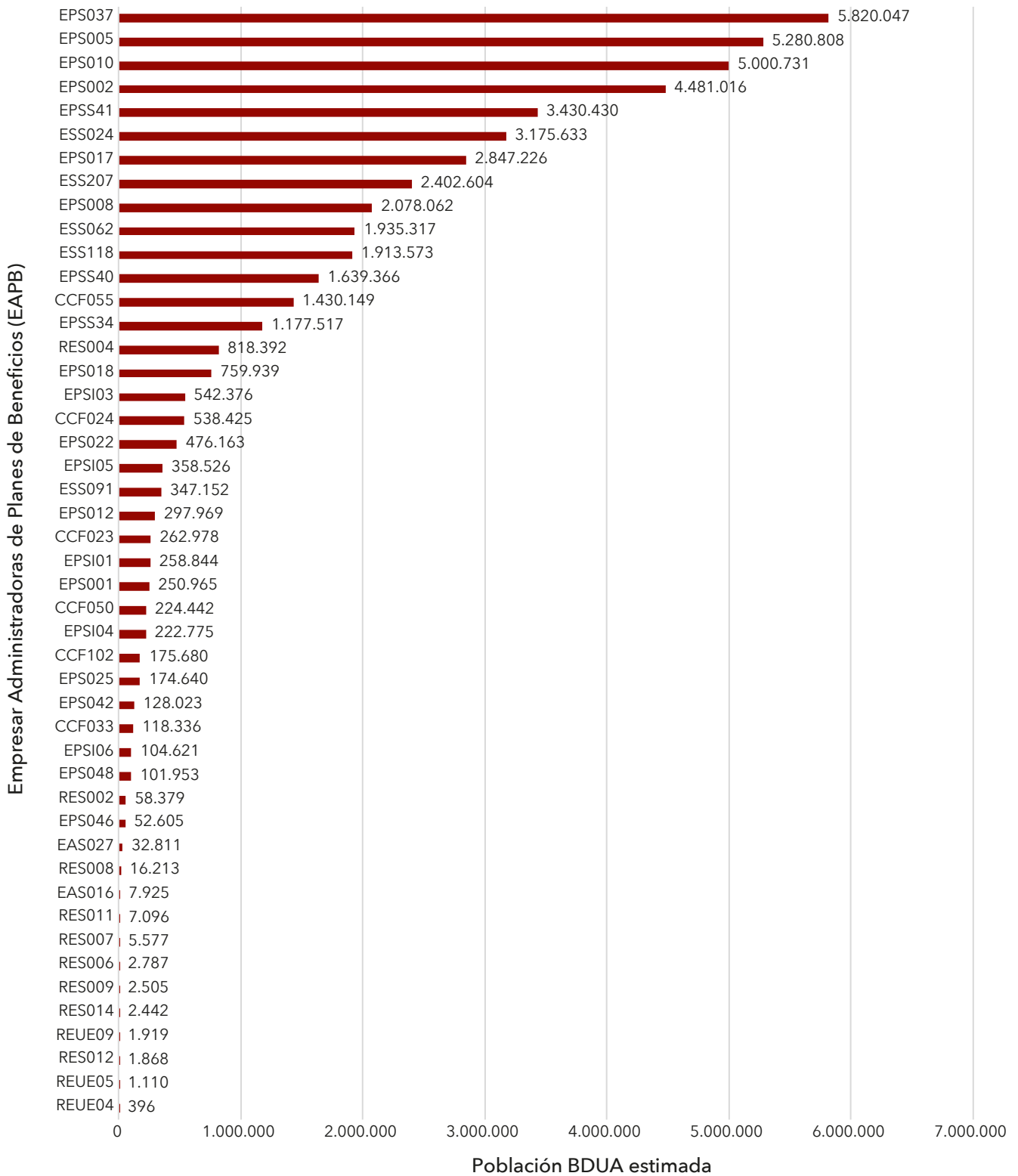
Para los análisis que tuvieron como denominador a la población afiliada al sistema de salud colombiano, se usó el conteo de afiliados para cada EAPB (n= 48.968.311) con corte al 30 de junio de 2022 obtenido de la BDUA (**figura 3**). Se incluyeron todas las entidades que reportaron en el periodo, independiente 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 Entidad Administradora de Planes de Beneficios, Colombia 2022**

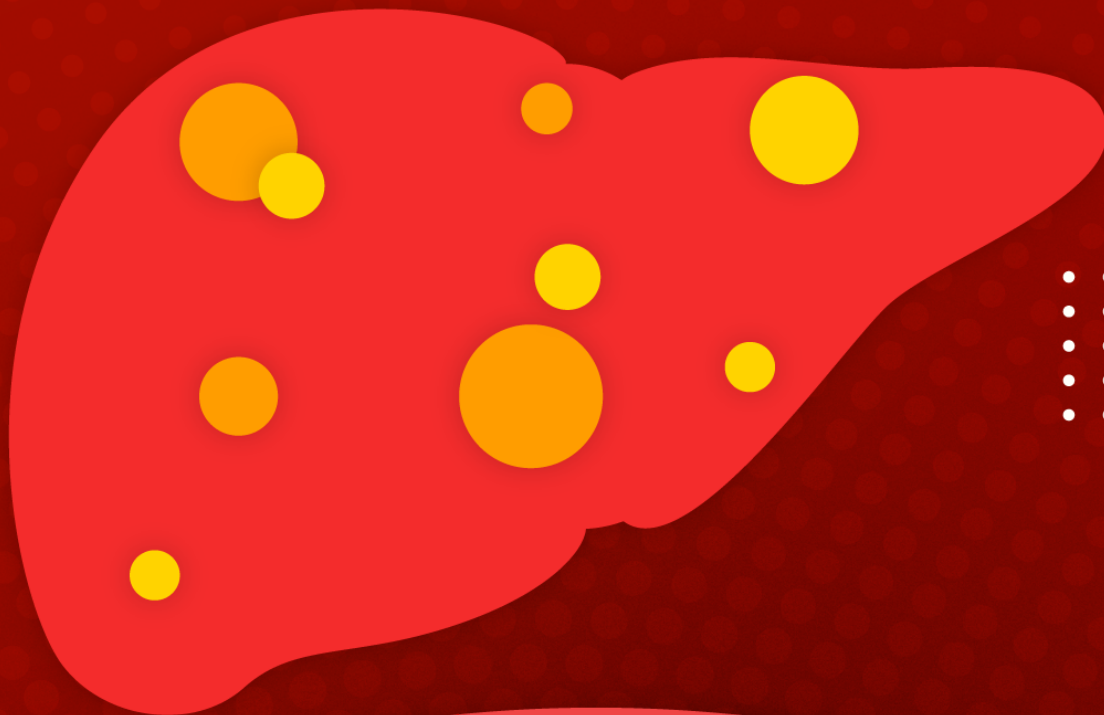


**Fuente:** Base Única de Afiliados, Ministerio de Salud y Protección Social y reporte de las entidades de los regímenes especial y de excepción, corte al 30 de junio de 2022.

[Descargar figura](#)



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









Periodo: 1° de enero al 31 de diciembre de 2022

# Resumen


Capítulo 1. Caracterización de los casos incidentes de hepatitis C crónica

Durante el año 2022, se registraron  
**673 casos nuevos**  
de hepatitis C crónica,

con un incremento porcentual del 25,33% respecto al año anterior. Por cada caso en las mujeres se identificaron 3,81 en los hombres.

-  El 90,34% (n= 608) corresponden a los casos informados por el régimen contributivo y el 9,66% (n= 65) por el subsidiado.
-  La mediana de edad general fue de 38 años (RIC: 31 - 55).
-  Según la región de residencia, la mayoría de la población se concentró en Bogotá, D. C., (42,50%) y en la Central (25,56%).
-  En los hombres, el 46,81% tenía entre 25 y 39 años; mientras que en las mujeres la mayor frecuencia se observó entre las de 60 a 74 años.

El **63,30%**  
de los casos incidentes  
tenían coinfección con VIH y el 11,14% presentaba cirrosis.

-  El principal mecanismo de transmisión en las mujeres fue la hemotransfusión (35,71%) y en los hombres el sexual (57,72%).

VIH: virus de la inmunodeficiencia humana.

[Descargar figura](#)



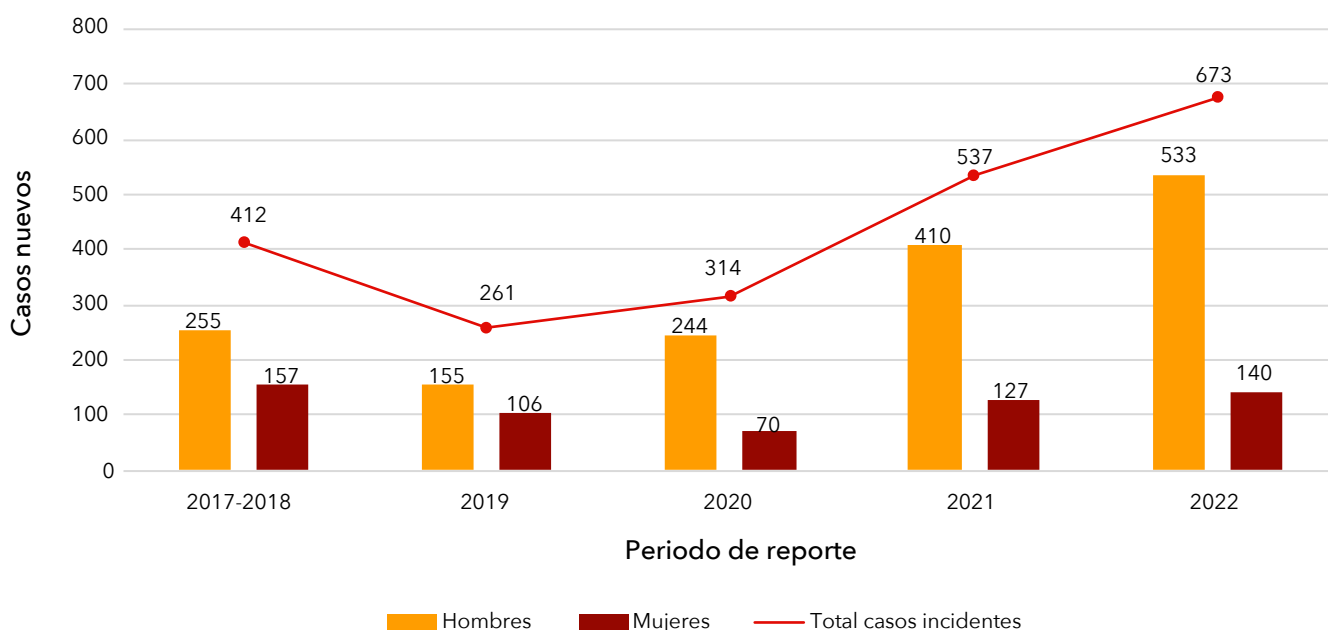
## 1. Caracterización de los casos incidentes con hepatitis C crónica

Para el periodo comprendido entre el 1° de enero y el 31 de diciembre de 2022, se informaron a la CAC 1.863 personas con diagnóstico de hepatitis C crónica, de los cuales 673 fueron incidentes. A continuación, se describen sus principales características sociodemográficas y clínicas.

### 1.1. Caracterización demográfica de los casos incidentes

Con relación al periodo anterior, se presentó un incremento porcentual del 25,33% en el número de los casos incidentes, pasando de 537 a 673. Se mantiene la tendencia creciente observada desde 2019. La variación fue mayor en los hombres comparado con las mujeres. Por cada caso en las mujeres se identificaron 3,81 casos en los hombres.

**Figura 4.** Tendencia del número de casos incidentes con hepatitis C crónica según el sexo, Colombia 2017 - 2022



[Descargar figura](#)

En la **tabla 3** se presenta la caracterización sociodemográfica de los casos nuevos. El 90,34% (n= 608) corresponde al régimen contributivo y el 9,66% (n= 65) al subsidiado. La distribución por el sexo es similar en ambos regímenes. La mediana de la edad general fue de 38 años (RIC: 31 - 55). Según la región de residencia, la mayoría de la población se concentró en Bogotá, D. C., (42,50%) y en la Central (25,56%). Para el subsidiado la mayor proporción de los casos incidentes están en la Central (52,31%).



**Tabla 3.** Características sociodemográficas de los casos incidentes con hepatitis C crónica según el régimen de afiliación, Colombia 2022

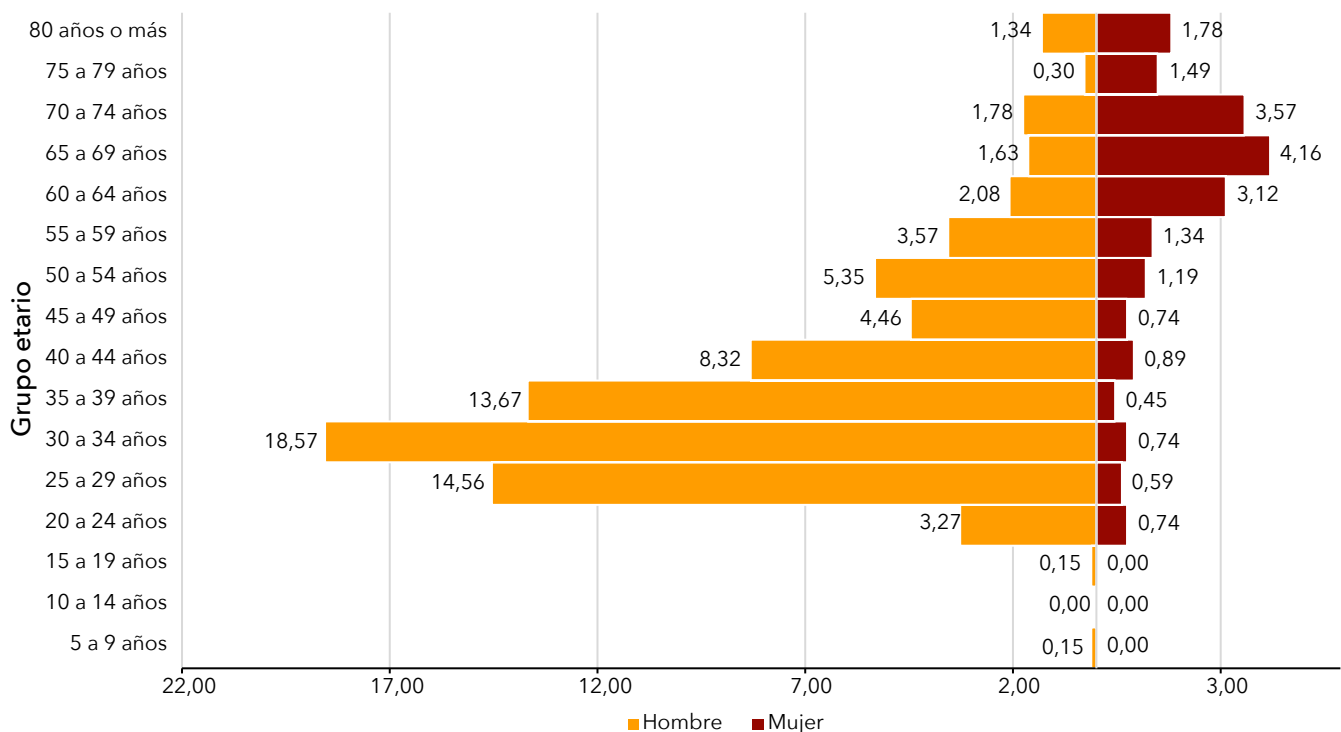
Variables	Contributivo n (%) 608 (90,34)	Subsidiado n (%) 65 (9,66)	Total n (%) 673 (100,00)
<b>Sexo</b>			
Hombre	483 (79,44)	50 (76,92)	533 (79,20)
Mujer	125 (20,56)	15 (23,08)	140 (20,80)
<b>Edad<sup>1</sup></b>	38 (31 - 55)	42 (31 - 61)	38 (31 - 55)
<b>Región de residencia</b>			
Bogotá, D. C.	283 (46,55)	3 (4,62)	286 (42,50)
Central	138 (22,70)	34 (52,31)	172 (25,56)
Pacífica	103 (16,94)	6 (9,23)	109 (16,20)
Caribe	39 (6,41)	13 (20,00)	52 (7,73)
Oriental	43 (7,07)	7 (10,77)	50 (7,43)
Amazonía/Orinoquía	2 (0,33)	2 (3,08)	4 (0,59)

<sup>1</sup> Mediana (RIC).

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

El 19,32% (n= 130) de los casos incidentes pertenecía al grupo etario comprendido entre los 30 y los 34 años. Al analizar la distribución según el sexo, el 46,81% fueron hombres de 25 a 39 años. En las mujeres, la mayor frecuencia se observó entre los 60 y los 74 años. La pirámide poblacional se mantiene similar al periodo anterior. Adicionalmente, se resalta que solo se identificó un menor de 15 años (**figura 5**).

**Figura 5.** Pirámide poblacional de los casos incidentes con hepatitis C crónica, Colombia 2022



## Situación de la hepatitis C crónica en los regímenes subsidiado y contributivo de Colombia 2022

### Caracterización de los casos incidentes con hepatitis C crónica

WWW.CUENTADEALTOCOSTO.ORG

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

El mayor número de casos se agrupó en las regiones Bogotá, D. C., (42,50%) y en la Pacífica (25,56%). Al desagregarlo por el sexo, la mayor proporción de mujeres se encuentran en Bogotá, D. C., y en la región Central, mientras que en hombres se ubica en Bogotá, D. C., y en la región Pacífica (**tabla 4**). En los departamentos que conforman la región de la Amazonía/Orinoquía no se reportaron casos nuevos en hombres.

**Tabla 4.** Casos incidentes con hepatitis C crónica según la región y el sexo, Colombia 2022

Región	Mujer n(%)	Hombre n(%)	Total n(%)
Bogotá, D. C.	46 (32,86)	240 (45,03)	286 (42,50)
Central	18 (12,86)	154 (28,89)	172 (25,56)
Pacífica	31 (22,14)	78 (14,63)	109 (16,20)
Caribe	30 (21,43)	22 (4,13)	52 (7,73)
Oriental	15 (10,71)	35 (6,57)	50 (7,43)
Amazonía/Orinoquía	0 (0,00)	4 (0,75)	4 (0,59)
<b>Total</b>	<b>140 (100,00)</b>	<b>533 (100,00)</b>	<b>673 (100,00)</b>

Las entidades con la mayor proporción de casos incidentes fueron la EPS005 (n= 190), EPS008 (n= 106) y la EPS010 (n= 90). [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.](#)

Respecto a las comorbilidades de los casos incidentes, la cirrosis se presentó en el 11,14%, siendo más frecuente en las mujeres (30,00%). La coinfección por el VIH se evidenció en el 63,30% con mayor frecuencia en los hombres (77,67%). El antecedente de trasplante hepático fue del 0,45% (n= 3), la enfermedad renal crónica (ERC) estadios 4-5 se identificó en el 1,49% (n= 10), y la hepatitis B se observó en el 1,04% (n= 7).

Al analizar el mecanismo de transmisión según el sexo, en las mujeres predomina la hemotransfusión (35,71%); y en los hombres, el sexual (58,72%). En el 36,11% de los casos incidentes, no fue posible identificar esta información. Respecto a la evaluación del grado de fibrosis hepática, se evidenció que el 51,11% (n= 344) tenían algún grado de fibrosis. Además, se identificó que en el 11,14% (n= 75) de los casos se diagnosticó cirrosis hepática. Los genotipos virales más frecuentes fueron el 4 (12,18%; n= 82) y el 1B (4,46%; n= 30); no obstante, en el 78,90% (n= 531) este dato fue desconocido.

Por último, en el 7,43% (n= 50) de los casos incidentes se observó algún antecedente de tratamiento para la hepatitis C crónica. Entre estos, el fármaco-terapéutico reportado con mayor frecuencia fue el sofosbuvir (62,50%) seguido del ledipasvir-sofosbuvir (16,67%).

**Tabla 5.** Características clínicas de los casos incidentes con hepatitis C crónica, Colombia 2022

Variables	Mujer n (%)	Hombre n (%)	Total n (%)
<b>Comorbilidades</b>			
<b>Cirrosis</b>			
Sí	42 (30,00)	33 (6,19)	75 (11,14)
No	78 (55,71)	421 (78,99)	499 (74,15)
No evaluado	20 (14,29)	79 (14,82)	99 (14,71)
<b>Coinfección VIH</b>			
Sí	12 (8,57)	414 (77,67)	426 (63,30)
No	120 (85,71)	106 (19,89)	226 (33,58)
No evaluado	8 (5,71)	13 (2,44)	21 (3,12)



**Tabla 5. Características clínicas de los casos incidentes con hepatitis C crónica, Colombia 2022 (continuación)**

Variables	Mujer n (%)	Hombre n (%)	Total n (%)
<b>Hepatitis B</b>			
Sí	0 (0,00)	7 (1,31)	7 (1,04)
No	136 (97,14)	500 (93,81)	636 (94,50)
No evaluado	4 (2,86)	26 (4,88)	30 (4,46)
<b>Trasplante hepático</b>			
Sí	0 (0,00)	3 (0,56)	3 (0,45)
No	138 (98,57)	522 (97,94)	660 (98,07)
Sin dato	2 (1,43)	8 (1,50)	10 (1,49)
<b>ERC 4-5</b>			
Sí	2 (1,43)	8 (1,50)	10 (1,49)
No	137 (97,86)	520 (97,56)	657 (97,62)
Sin dato	1 (0,71)	5 (0,94)	6 (0,89)
<b>Mecanismo de transmisión</b>			
Transmisión sexual	13 (9,29)	313 (58,72)	326 (48,44)
Desconocido	67 (47,86)	176 (33,02)	243 (36,11)
Hemotransfusión	50 (35,71)	19 (3,56)	69 (10,25)
Uso de equipos de inyección contaminada	2 (1,43)	14 (2,63)	16 (2,38)
Otras formas de transmisión sanguínea	4 (2,86)	5 (0,94)	9 (1,34)
Evento adverso relacionado con procedimientos de salud	2 (1,43)	2 (0,38)	4 (0,59)
Exposición ocupacional	2 (1,43)	1 (0,19)	3 (0,45)
Consumo de sustancias psicoactivas intranasales	0 (0,00)	3 (0,56)	3 (0,45)
<b>Presencia de fibrosis hepática<sup>1</sup></b>			
Sí	85 (60,71)	259 (48,59)	344 (51,11)
No	55 (39,29)	274 (51,41)	329 (48,89)
<b>Cirrosis</b>			
Compensada (A)	24 (17,14)	10 (1,88)	34 (5,05)
No compensada (B-C)	8 (5,71)	7 (1,31)	15 (2,23)
Cirrosis sin estadificar	10 (7,14)	16 (3,00)	26 (3,86)
No tiene cirrosis	78 (55,71)	421 (78,99)	499 (74,15)
No tamizado	20 (14,29)	79 (14,82)	99 (14,71)
<b>Genotipo</b>			
1a	0 (0,00)	20 (3,75)	20 (2,97)
1b	12 (8,57)	18 (3,38)	30 (4,46)
2	1 (0,71)	3 (0,56)	4 (0,59)
3a	0 (0,00)	6 (1,13)	6 (0,89)
4	1 (0,71)	81 (15,20)	82 (12,18)
Sin dato	126 (90,00)	405 (75,98)	531 (78,90)
<b>Tratamiento previo</b>			
Sí	4 (2,86)	46 (8,63)	50 (7,43)
No	136 (97,14)	487 (91,37)	623 (92,57)
<b>Total</b>	<b>140 (100,00)</b>	<b>533 (100,00)</b>	<b>673 (100,00)</b>

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

## Situación de la hepatitis C crónica en los regímenes subsidiado y contributivo de Colombia 2022

### Caracterización de los casos incidentes con hepatitis C crónica

WWW.CUENTADEALTOCOSTO.ORG

#### 1.1.3. Características clínicas de los casos incidentes según el genotipo

El 21,10% de las personas incidentes tienen reporte de genotipificación, el más frecuente fue el genotipo 4 (n= 82) seguido por el 1b (n= 30). Al comparar las características de estos grupos se identificó que en las mujeres es más frecuente el 1b (n= 12). En los que tenían el genotipo 4, la mediana de edad fue de 33 años (RIC 28,00 - 39,00), el 98,78% eran hombres, el 92,68% tenían coinfección con VIH, el 48,78% presentaban algún grado de fibrosis hepática y en el 85,37%, el mecanismo de transmisión fue el sexual. Para los casos con genotipo 1b, la mediana de edad fue de 55,50 (RIC 36,00 - 77,00), y se resalta que el 80,00% tenían fibrosis hepática, y que los mecanismos de transmisión más frecuentes fueron la hemotransfusión (23,33%) y el sexual (23,33%).

**Tabla 6.** Características clínicas de los casos incidentes con hepatitis C crónica según el genotipo, Colombia 2022

Características	Genotipo						
	1a n (%)	1b n (%)	2 n (%)	3a n (%)	4 n (%)	Sin dato n (%)	Total n (%)
<b>Mediana de edad (RIC)</b>	39 (32,50-54,50)	55,50 (36,00-70,00)	55,50 (26,00-77,00)	45,50 (31,00-57,00)	33 (28,00-39,00)	39 (31,00-59,00)	38 (31,00-55,00)
<b>Sexo</b>							
Hombre	20 (100,00)	18 (60,00)	3 (75,00)	6 (100,00)	81 (98,78)	405 (76,27)	533 (79,20)
Mujer	0 (0,00)	12 (40,00)	1 (25,00)	0 (0,00)	1 (1,22)	126 (23,73)	140 (20,80)
<b>Coinfección VIH</b>							
Sí	14 (70,00)	6 (20,00)	0 (0,00)	6 (100,00)	76 (92,68)	324 (61,02)	426 (63,30)
No	6 (30,00)	23 (76,67)	4 (100,00)	0 (0,00)	6 (7,32)	187 (35,22)	226 (33,58)
No evaluado	0 (0,00)	1 (3,33)	0 (0,00)	0 (0,00)	0 (0,00)	20 (3,77)	21 (3,12)
<b>Coinfección VHB</b>							
Sí	0 (0,00)	0 (0,00)	0 (0,00)	0 (0,00)	0 (0,00)	7 (1,32)	7 (1,04)
No	19 (95,00)	28 (93,33)	4 (100,00)	6 (100,00)	80 (97,56)	499 (93,97)	636 (94,50)
No evaluado	1 (5,00)	2 (6,67)	0 (0,00)	0 (0,00)	2 (2,44)	25 (4,71)	30 (4,46)
<b>Presencia de fibrosis hepática</b>							
Sí	8 (40,00)	24 (80,00)	3 (75,00)	4 (66,67)	40 (48,78)	265 (49,91)	344 (51,11)
No	12 (60,00)	6 (20,00)	1 (25,00)	2 (33,33)	42 (51,22)	266 (50,09)	329 (48,89)
<b>Cirrosis</b>							
Compensada (A)	1 (5,00)	6 (20,00)	2 (50,00)	0 (0,00)	0 (0,00)	25 (4,71)	34 (5,05)
No compensada (B-C)	0 (0,00)	1 (3,33)	0 (0,00)	0 (0,00)	0 (0,00)	14 (2,64)	15 (2,23)
Cirrosis sin estadificar	2 (10,00)	1 (3,33)	0 (0,00)	0 (0,00)	1 (1,22)	22 (4,14)	26 (3,86)
No tiene cirrosis	14 (70,00)	20 (66,67)	2 (50,00)	6 (100,00)	78 (95,12)	379 (71,37)	499 (74,15)
No tamizado	3 (15,00)	2 (6,67)	0 (0,00)	0 (0,00)	3 (3,66)	91 (17,14)	99 (14,71)
<b>ERC 4-5</b>							
Sí	1 (5,00)	2 (6,67)	1 (25,00)	0 (0,00)	0 (0,00)	6 (1,13)	10 (1,49)
No	19 (95,00)	28 (93,33)	3 (75,00)	6 (100,00)	82 (100,00)	519 (97,74)	657 (97,62)
Sin dato	0 (0,00)	0 (0,00)	0 (0,00)	0 (0,00)	0 (0,00)	6 (1,13)	6 (0,89)
<b>Trasplante hepático</b>							
Sí	0 (0,00)	0 (0,00)	0 (0,00)	0 (0,00)	0 (0,00)	3 (0,56)	3 (0,45)
No	19 (95,00)	30 (100,00)	4 (100,00)	6 (100,00)	82 (100,00)	519 (97,74)	660 (98,07)
Sin dato	1 (5,00)	0 (0,00)	0 (0,00)	0 (0,00)	0 (0,00)	9 (1,69)	10 (1,49)
<b>Mecanismo de transmisión</b>							
Transmisión sexual	7 (35,00)	7 (23,33)	0 (0,00)	1 (16,67)	70 (85,37)	241 (45,39)	326 (48,44)



**Tabla 6.** Características clínicas de los casos incidentes con hepatitis C crónica según el genotipo, Colombia 2022 (continuación)

Características	Genotipo						Total n (%)
	1a n (%)	1b n (%)	2 n (%)	3a n (%)	4 n (%)	Sin dato n (%)	
Desconocido	11 (55,00)	14 (46,67)	1 (25,00)	5 (83,33)	8 (9,76)	204 (38,42)	243 (36,11)
Hemotransfusión	1 (5,00)	7 (23,33)	2 (50,00)	0 (0,00)	1 (1,22)	58 (10,92)	69 (10,25)
Uso de equipos de inyección contaminada	1 (5,00)	0 (0,00)	0 (0,00)	0 (0,00)	1 (1,22)	14 (2,64)	16 (2,38)
Otras formas de transmisión sanguínea	0 (0,00)	1 (3,33)	0 (0,00)	0 (0,00)	1 (1,22)	7 (1,32)	9 (1,34)
Evento adverso relacionado con procedimientos de salud	0 (0,00)	1 (3,33)	1 (25,00)	0 (0,00)	0 (0,00)	2 (0,38)	4 (0,59)
Exposición ocupacional	0 (0,00)	0 (0,00)	0 (0,00)	0 (0,00)	1 (1,22)	2 (0,38)	3 (0,45)
Consumo de sustancias psicoactivas intranasales	0 (0,00)	0 (0,00)	0 (0,00)	0 (0,00)	0 (0,00)	3 (0,56)	3 (0,45)
<b>Tratamiento previo</b>							
Sí	5 (25,00)	5 (16,67)	0 (0,00)	2 (33,33)	15 (18,29)	23 (4,33)	50 (7,43)
No	15 (75,00)	25 (83,33)	4 (100,00)	4 (66,67)	67 (81,71)	508 (95,67)	623 (92,57)
<b>Total</b>	<b>20 (100,00)</b>	<b>30 (100,00)</b>	<b>4 (100,00)</b>	<b>6 (100,00)</b>	<b>82 (100,00)</b>	<b>531 (100,00)</b>	<b>673 (100,00)</b>



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






Periodo: 1° de enero al 31 de diciembre de 2022

Durante el año 2022, se registraron


**1.863** casos  
prevalentes  
de hepatitis C crónica,

lo que representa un incremento del 42,65%  
con respecto al año anterior.

-  La mayor proporción de casos prevalentes se presentó en los hombres (78,15%); la mediana de la edad general fue de 38 años (RIC: 31 - 56).
-  Las regiones con la mayor proporción de casos prevalentes fueron Bogotá, D. C., (50,60%) para el régimen contributivo, y la Central (50,14%) para el subsidiado.
-  El 19,16% (n= 357) de los casos corresponde a los hombres del grupo etario de 30 a 34 años. En las mujeres, predomina el grupo de los 70 a 74 años con el 3,44% (n= 64).

El **29,63%**

tiene reporte de genotipificación,  
el más frecuente fue el genotipo 4 (n= 329)  
seguido por el 1b (n= 111).

-  El 56,51% (n= 230) de las mujeres y el 39,77% (n= 579) de los hombres presentaron algún grado de fibrosis hepática.

# Resumen

Capítulo 2. Caracterización de las personas prevalentes con hepatitis C crónica



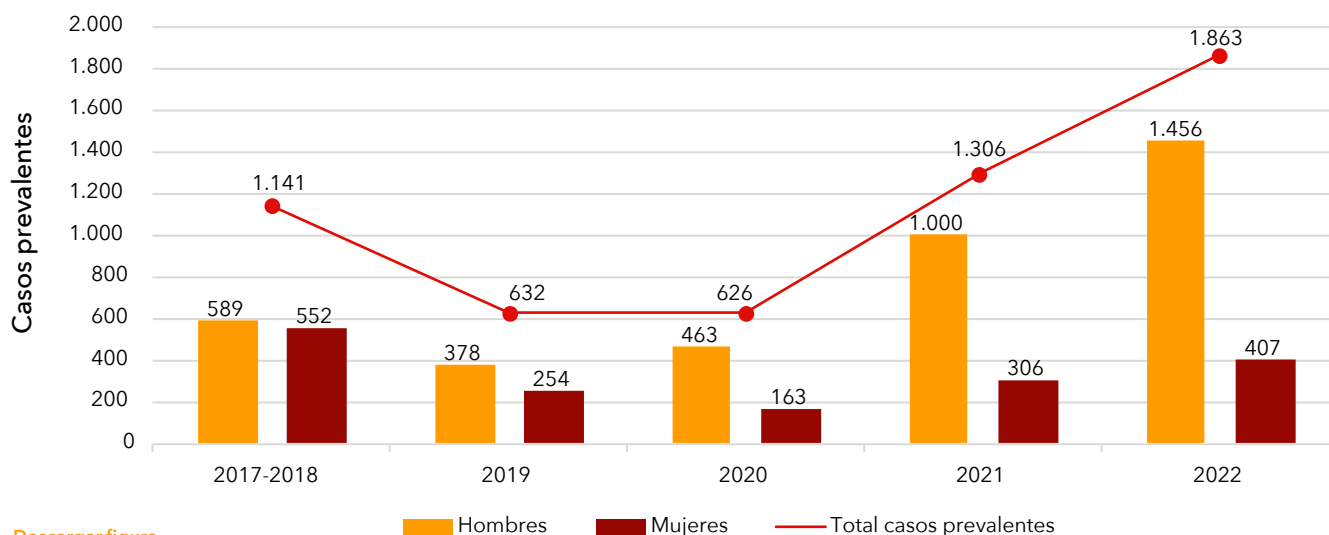
[Descargar figura](#)

## 2. Caracterización de las personas prevalentes con hepatitis C crónica

### 2.1. Caracterización demográfica de los casos prevalentes

Entre el 1° de enero y el 31 de diciembre del 2022, se identificaron 1.863 casos prevalentes de hepatitis C crónica, lo que representa un aumento del 42,65% con respecto al 2021 (n= 1.306); al desagregar por el sexo, el incremento fue de 45,60% (n= 456) en los hombres y de 33,01% (n= 101) en las mujeres.

**Figura 6.** Tendencia del número de casos prevalentes con hepatitis C crónica, Colombia 2017 - 2022



[Descargar figura](#)

La **tabla 7** describe las características sociodemográficas de los casos prevalentes, la mayoría se concentraron en el régimen contributivo con un 85,08% (n= 1.585) y en menor proporción en el subsidiado con el 14,71% (n= 274). En este caso se exceptuaron 4 casos que se encontraban en entidades liquidadas al final del periodo.

Según el sexo, la mayoría corresponde a los hombres (78,15%), la mediana de edad general fue de 38 años (RIC: 31 - 56). Las regiones con la mayor proporción de casos prevalentes fueron Bogotá, D. C., (50,09%) para el régimen contributivo, y la Central (56,57%) para el subsidiado.

**Tabla 7.** Características sociodemográficas de los casos prevalentes con hepatitis C crónica según el régimen de afiliación, Colombia 2022

Características	Contributivo n (%) 1.585 (85,08)	Subsidiado n (%) 274 (14,71)	Total n (%) 1.863 (100,00)
<b>Sexo</b>			
Mujer	328 (20,69)	76 (27,74)	407 (21,85)
Hombre	1.257 (79,31)	198 (72,26)	1.456 (78,15)
<b>Edad<sup>1</sup></b>	39 (31 - 56)	38 (31 - 56)	38 (31 - 56)
<b>Región de residencia</b>			
Bogotá, D. C.	794 (50,09)	6 (2,19)	800 (42,94)
Central	350 (22,08)	155 (56,57)	505 (27,11)
Pacífica	230 (14,51)	34 (12,41)	264 (14,17)
Caribe	92 (5,80)	48 (17,52)	144 (7,73)
Oriental	115 (7,26)	28 (10,22)	143 (7,68)
Amazonía/Orinoquía	4 (0,25)	3 (1,09)	7 (0,38)

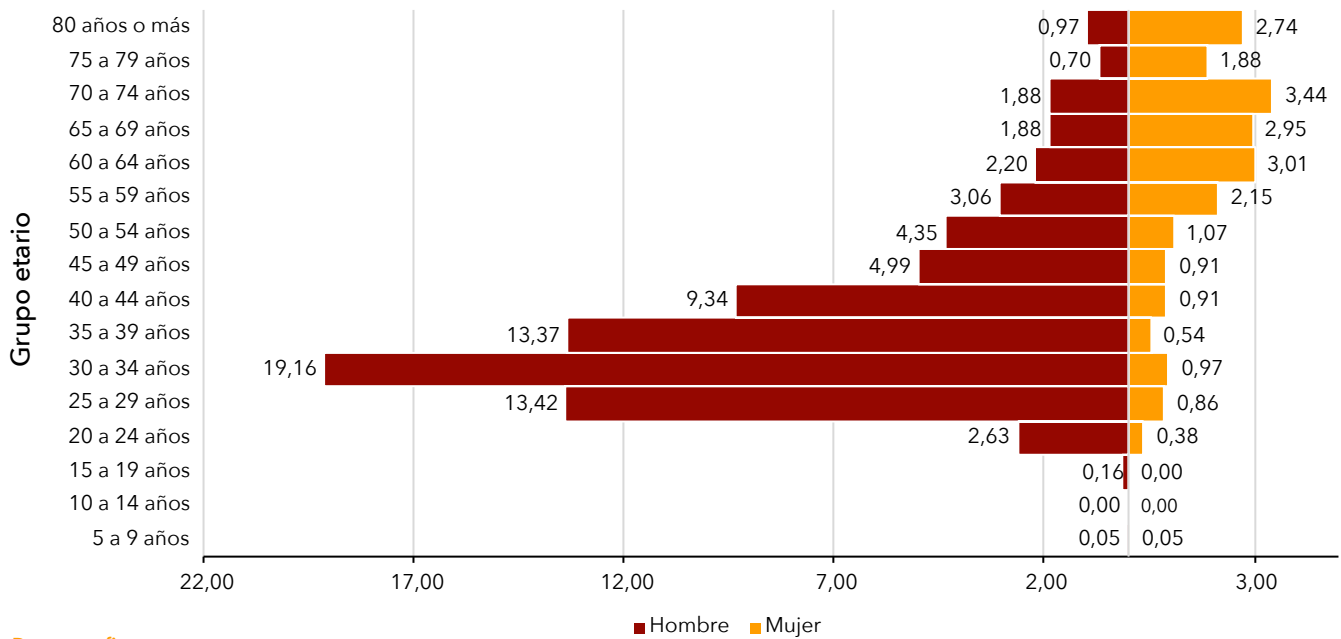
<sup>1</sup> Mediana (RIC).



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

La distribución por la edad según el sexo se mantiene similar a lo reportado en el periodo anterior. El 19,16% (n= 357) de los casos fueron hombres del grupo etario de 30 a 34 años. En las mujeres, predomina el quinquenio de los 70 a 74 años con el 3,44% (n= 64) (**figura 7**).

**Figura 7.** Pirámide poblacional de los casos prevalentes con hepatitis C crónica, Colombia 2022



[Descargar figura](#)

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

Las mujeres se concentran principalmente en Bogotá, D. C., y en la región Pacífica, mientras que los hombres predominan en Bogotá, D. C., y en la Central. En la Amazonía/Orinoquía se reportaron únicamente una mujer y seis hombres con la infección (**tabla 8**).

**Tabla 8.** Casos prevalentes con hepatitis C crónica según la región y el sexo, Colombia 2022

Región	Mujer n (%)	Hombre n (%)	Total n (%)
Bogotá, D. C.	131 (32,19)	669 (45,95)	800 (42,94)
Central	72 (17,69)	433 (29,74)	505 (27,11)
Pacífica	78 (19,16)	186 (12,77)	264 (14,17)
Caribe	75 (18,43)	69 (4,74)	144 (7,73)
Oriental	50 (12,29)	93 (6,39)	143 (7,68)
Amazonía/Orinoquía	1 (0,25)	6 (0,41)	7 (0,38)
<b>Total</b>	<b>407 (100,00)</b>	<b>1.456 (100,00)</b>	<b>1.863 (100,00)</b>

En las entidades EPS005 (23,19%, n= 432), EPS008 (15,89%, n= 296) y EPS010 (15,30%, n= 285) se identificaron 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 la distribución de los casos prevalentes por cada EAPB.](#)

## Situación de la hepatitis C crónica en los regímenes subsidiado y contributivo de Colombia 2022

### Caracterización de las personas prevalentes con hepatitis C crónica

WWW.CUENTADEALTOCOSTO.ORG

## 2.2. Caracterización clínica de los casos prevalentes

El 12,24% (n= 228) de los casos fueron diagnosticados con cirrosis, siendo más frecuente en las mujeres (31,20%) que en los hombres (6,94%). Respecto a la coinfección con VIH, fue del 76,65% (n= 1.116) en hombres y del 9,83% (n= 40) en las mujeres. Se identificaron 6 personas (0,32%) con historia de trasplante de hígado. Referente a la ERC estadio 4-5, se diagnosticó en el 1,88% (n= 35). Y la coinfección con hepatitis B fue mayor en los hombres (2,40%) que en las mujeres (0,98%).

El principal mecanismo de transmisión fue el sexual (59,96%, n= 873) en los hombres, mientras que en las mujeres fue la hemotransfusión (35,38%, n= 144). En el 31,83% (n= 593) de los casos no hay información sobre el mecanismo en la historia clínica.

Con relación a la fibrosis hepática, fue mayor en las mujeres con el 56,51% (n= 230) que en los hombres. El genotipo viral más prevalente fue el 4 (17,66%, n= 329) en la población general, sin embargo, en las mujeres predominó el genotipo 1B (14,50%, n= 59). En el 70,37% de los casos no se reportó dato de genotipificación.

Finalmente, el 9,55% (n= 178) de los casos prevalentes presentaron antecedente de tratamiento previo para hepatitis C crónica. Entre estos, los medicamentos reportados con mayor frecuencia fueron el sofosbuvir (42,61%) seguido por ledipasvir-sofosbuvir (19,32%) y el interferón pegilado/ribavirina (9,66%).

**Tabla 9. Características clínicas de los casos prevalentes con hepatitis C crónica, Colombia 2022**

Variables	Mujer n (%)	Hombre n (%)	Total n (%)
<b>Comorbilidades</b>			
<b>Cirrosis</b>			
Sí	127 (31,20)	101 (6,94)	228 (12,24)
No	222 (54,55)	1.133 (77,82)	1.355 (72,73)
No evaluado	58 (14,25)	222 (15,25)	280 (15,03)
<b>Coinfección VIH</b>			
Sí	40 (9,83)	1.116 (76,65)	1.156 (62,05)
No	318 (78,13)	283 (19,44)	601 (32,26)
No evaluado	49 (12,04)	57 (3,91)	106 (5,69)
<b>Hepatitis B</b>			
Sí	4 (0,98)	35 (2,40)	39 (2,09)
No	360 (88,45)	1.312 (90,11)	1.672 (89,75)
No evaluado	43 (10,57)	109 (7,49)	152 (8,16)
<b>Trasplante hepático</b>			
Sí	3 (0,74)	3 (0,21)	6 (0,32)
No	394 (96,81)	1.428 (98,08)	1.822 (97,80)
Sin dato	10 (2,46)	25 (1,72)	35 (1,88)
<b>ERC 4-5</b>			
Sí	14 (3,44)	21 (1,44)	35 (1,88)
No	387 (95,09)	1.419 (97,46)	1.806 (96,94)
Sin dato	6 (1,47)	16 (1,10)	22 (1,18)
<b>Mecanismo de transmisión</b>			
Evento adverso relacionado con procedimientos de salud	13 (3,19)	4 (0,27)	17 (0,91)
Hemotransfusión	144 (35,38)	69 (4,74)	213 (11,43)
Uso de equipos de inyección contaminada	16 (3,93)	77 (5,29)	93 (4,99)



**Tabla 9.** Características clínicas de los casos prevalentes con hepatitis C crónica, Colombia 2022 (continuación)

Variables	Mujer n (%)	Hombre n (%)	Total n (%)
Exposición ocupacional	3 (0,74)	2 (0,14)	5 (0,27)
Transmisión sexual	36 (8,85)	873 (59,96)	909 (48,79)
Consumo de sustancias psicoactivas intranasales	0 (0,00)	11 (0,76)	11 (0,59)
Otras formas de transmisión sanguínea	11 (2,70)	11 (0,76)	22 (1,18)
Desconocido	184 (45,21)	409 (28,09)	593 (31,83)
<b>Presencia de fibrosis hepática<sup>1</sup></b>			
Sí	230 (56,51)	579 (39,77)	809 (43,42)
No	177 (43,49)	877 (60,23)	1.054 (56,58)
<b>Cirrosis</b>			
Compensada (A)	71 (17,44)	45 (3,09)	116 (6,23)
No compensada (B-C)	31 (7,62)	21 (1,44)	52 (2,79)
Cirrosis sin estadiar	25 (6,14)	35 (2,40)	60 (3,22)
No tiene cirrosis	222 (54,55)	1.133 (77,82)	1.355 (72,73)
No tamizado	58 (14,25)	222 (15,25)	280 (15,03)
<b>Genotipo</b>			
1a	18 (4,42)	65 (4,46)	83 (4,46)
1b	59 (14,50)	52 (3,57)	111 (5,96)
2	6 (1,47)	5 (0,34)	11 (0,59)
3a	2 (0,49)	16 (1,10)	18 (0,97)
4	5 (1,23)	324 (22,25)	329 (17,66)
Sin dato	317 (77,89)	994 (68,27)	1.311 (70,37)
<b>Tratamiento previo</b>			
Sí	31 (7,62)	147 (10,10)	178 (9,55)
No	376 (92,38)	1.309 (89,90)	1.685 (90,45)
<b>Total</b>	<b>407 (100,00)</b>	<b>1.456 (100,00)</b>	<b>1.863 (100,00)</b>

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

### 2.2.1. Características clínicas de los casos prevalentes según el genotipo

En la **tabla 10** se muestran las características clínicas de los casos prevalentes según el genotipo, con el fin de describir y diferenciar cada tipo de infección. Se destaca que el 53,15% de aquellos que tienen el genotipo 1b eran mujeres, con una mediana de edad de 59 (RIC 41 - 70), con coinfección con VHB en el 2,70%, con VIH en el 15,32%, el 36,14% con cirrosis, en su mayoría compensada. Respecto a quienes tienen el genotipo 4, el 98,48% fueron hombres con una mediana de 33 años (RIC 29 - 40); en el 95,14% de ellos se reportó coinfección con VIH y en el 1,22% con VHB, 5 casos (1,52%) han progresado a cirrosis y 1 (0,30%) tiene ERC estadios 4-5. Respecto al mecanismo de transmisión, se observó que el 36,04% de las personas con genotipo 1b adquirió la infección por hemotransfusión, mientras que en el 83,59% se reportó transmisión sexual (**tabla 10**).

**Situación de la hepatitis C crónica en los regímenes subsidiado y contributivo de Colombia 2022**  
 Caracterización de las personas prevalentes con hepatitis C crónica

[WWW.CUENTADEALTOCOSTO.ORG](http://WWW.CUENTADEALTOCOSTO.ORG)

**Tabla 10.** Características clínicas de los casos prevalentes con hepatitis C crónica según el genotipo, Colombia 2022

Variables	Genotipo						
	1a n (%)	1b n (%)	2 n (%)	3a n (%)	4 n (%)	Sin dato n (%)	Total n (%)
<b>Mediana de edad (RIC)</b>	36 (30 - 50)	59 (41 - 70)	64 (44 - 67)	37,50 (28-57)	33 (29 - 40)	37 (30 - 56)	37 (30 - 54)
<b>Sexo</b>							
Hombre	65 (78,31)	52 (46,85)	5 (45,45)	16 (88,89)	324 (98,48)	994 (75,82)	1.456 (78,15)
Mujer	18 (21,69)	59 (53,15)	6 (54,55)	2 (11,11)	5 (1,52)	317 (24,18)	407 (21,85)
<b>Co infección VIH</b>							
Sí	59 (71,08)	17 (15,32)	1 (9,09)	12 (66,67)	313 (95,14)	754 (57,51)	1.156 (62,05)
No	20 (24,10)	82 (73,87)	8 (72,73)	6 (33,33)	15 (4,56)	470 (35,85)	601 (32,26)
No evaluado	4 (4,82)	12 (10,81)	2 (18,18)	0 (0,00)	1 (0,30)	87 (6,64)	106 (5,69)
<b>Co infección VHB</b>							
Sí	2 (2,41)	3 (2,70)	0 (0,00)	0 (0,00)	4 (1,22)	30 (2,29)	39 (2,09)
No	69 (83,13)	93 (83,78)	9 (81,82)	17 (94,44)	309 (93,92)	1.175 (89,63)	1.672 (89,75)
No evaluado	12 (14,46)	15 (13,51)	2 (18,18)	1 (5,56)	16 (4,86)	106 (8,09)	152 (8,16)
<b>Presencia de fibrosis hepática</b>							
Sí	24 (28,92)	67 (60,36)	9 (81,82)	9 (50,00)	131 (39,82)	569 (43,40)	809 (43,42)
No	59 (71,08)	44 (39,64)	2 (18,18)	9 (50,00)	198 (60,18)	742 (56,60)	1.054 (56,58)
<b>Cirrosis</b>							
Compensada (A)	4 (4,82)	28 (25,23)	3 (27,27)	1 (5,56)	3 (0,91)	77 (5,87)	116 (6,23)
No compensada (B-C)	1 (1,20)	9 (8,11)	0 (0,00)	1 (5,56)	0 (0,00)	41 (3,13)	52 (2,79)
Cirrosis sin estadiar	2 (2,41)	3 (2,70)	0 (0,00)	0 (0,00)	2 (0,61)	53 (4,04)	60 (3,22)
No tiene cirrosis	60 (72,29)	61 (54,95)	7 (63,64)	13 (72,22)	308 (93,62)	906 (69,11)	1.355 (72,73)
No tamizado	16 (19,28)	10 (9,01)	1 (9,09)	3 (16,67)	16 (4,86)	234 (17,85)	280 (15,03)
<b>ERC 4-5</b>							
Sí	5 (6,02)	6 (5,41)	2 (18,18)	0 (0,00)	1 (0,30)	21 (1,60)	35 (1,88)
No	77 (92,77)	105 (94,59)	9 (81,82)	17 (94,44)	328 (99,70)	1.270 (96,87)	1.806 (96,94)
Sin dato	1 (1,20)	0 (0,00)	0 (0,00)	1 (5,56)	0 (0,00)	20 (1,53)	22 (1,18)
<b>Trasplante hepático</b>							
Sí	0 (0,00)	1 (0,90)	0 (0,00)	0 (0,00)	0 (0,00)	5 (0,38)	6 (0,32)
No	81 (97,59)	110 (99,10)	11 (100,00)	17 (94,44)	328 (99,70)	1.275 (97,25)	1.822 (97,80)
Sin dato	2 (2,41)	0 (0,00)	0 (0,00)	1 (5,56)	1 (0,30)	31 (2,36)	35 (1,88)
<b>Mecanismo de transmisión</b>							
Transmisión sexual	38 (45,78)	17 (15,32)	1 (9,09)	3 (16,67)	275 (83,59)	575 (43,86)	909 (48,79)
Desconocido	30 (36,14)	47 (42,34)	3 (27,27)	12 (66,67)	47 (14,29)	454 (34,63)	593 (31,83)
Hemotransfusión	13 (15,66)	40 (36,04)	6 (54,55)	1 (5,56)	2 (0,61)	151 (11,52)	213 (11,43)
Uso de equipos de inyección contaminada	2 (2,41)	1 (0,90)	0 (0,00)	1 (5,56)	1 (0,30)	88 (6,71)	93 (4,99)
Otras formas de transmisión sanguínea	0 (0,00)	3 (2,70)	0 (0,00)	0 (0,00)	2 (0,61)	17 (1,30)	22 (1,18)
Evento adverso relacionado con procedimientos de salud	0 (0,00)	3 (2,70)	1 (9,09)	0 (0,00)	1 (0,30)	12 (0,92)	17 (0,91)

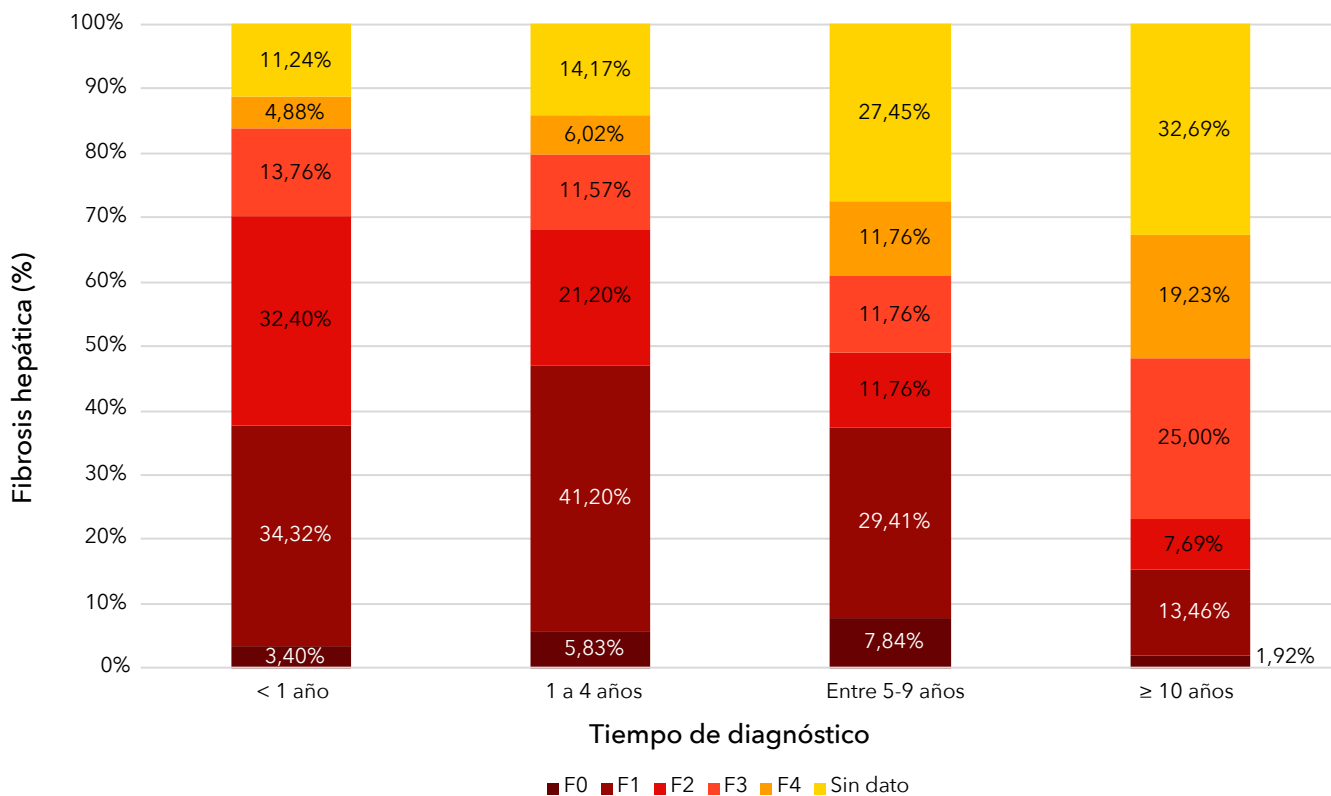


**Tabla 10.** Características clínicas de los casos prevalentes con hepatitis C crónica según el genotipo, Colombia 2022 (continuación)

Variables	Genotipo						Total n (%)
	1a n (%)	1b n (%)	2 n (%)	3a n (%)	4 n (%)	Sin dato n (%)	
Consumo de sustancias psicoactivas intranasales	0 (0,00)	0 (0,00)	0 (0,00)	0 (0,00)	0 (0,00)	11 (0,84)	11 (0,59)
Exposición ocupacional	0 (0,00)	0 (0,00)	0 (0,00)	1 (5,56)	1 (0,30)	3 (0,23)	5 (0,27)
<b>Tratamiento previo</b>							
Sí	21 (25,30)	18 (16,22)	1 (9,09)	4 (22,22)	63 (19,15)	71 (5,42)	178 (9,55)
No	62 (74,70)	93 (83,78)	10 (90,91)	14 (77,78)	266 (80,85)	1.240 (94,58)	1.685 (90,45)
<b>Total</b>	<b>83 (100,00)</b>	<b>111 (100,00)</b>	<b>11 (100,00)</b>	<b>18 (100,00)</b>	<b>329 (100,00)</b>	<b>1.311 (100,00)</b>	<b>1.863 (100,00)</b>

En relación con la fibrosis hepática, el 36,29% de los casos tenía menos de 1 año de diagnóstico, el 57,97% entre 1 y 4 años, el 2,74% entre 5 y 9 años y el 2,79% más de 10 años. En la **figura 8** se muestra la distribución de los grados de fibrosis hepática según el tiempo de diagnóstico de la enfermedad para los que tuvieron estadificación. En los que tienen más de 10 años de conocer el diagnóstico se redujo la proporción sin fibrosis (F0), o con grado 1 y 2, mientras que aumentan los que tienen grado 3 y 4.

**Figura 8.** Distribución del grado de fibrosis hepática en los casos prevalentes con hepatitis C crónica según el tiempo de diagnóstico, Colombia 2022



[Descargar figura](#)



# Morbilidad y mortalidad en la población con hepatitis C crónica





Periodo: 1° de enero al 31 de diciembre de 2022




# Resumen

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

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


**1,30 casos nuevos**  
por cada 100.000 habitantes

y la razón hombre - mujer para esta medida fue de 4,46 a 1.

-  La región con la incidencia estandarizada más alta fue Bogotá, D. C., seguida por la Central.
-  La prevalencia cruda de la hepatitis C crónica fue de 3,61 casos por 100.000 habitantes. Este indicador incrementó en ambos sexos con relación al periodo anterior, al pasar de 4,14 a 5,87 por cada 100.000 habitantes en los hombres y de 1,10 a 1,39 en las mujeres.
-  Frente al 2021, la prevalencia aumentó en todas las regiones del país. Entre tanto, las entidades territoriales de Risaralda y Bogotá, D. C., tuvieron las prevalencias más altas.

Durante el periodo se reportaron

**25 muertes,**  
lo que corresponde a una mortalidad cruda por todas las causas de  
**0,05 defunciones por 100.000 habitantes.**

-  La mortalidad estandarizada más alta se presentó en Risaralda (0,19 por cada 100.000 habitantes; IC 95%: 0,02 - 0,78) y Boyacá (0,13; IC 95%: 0,03 - 0,56).



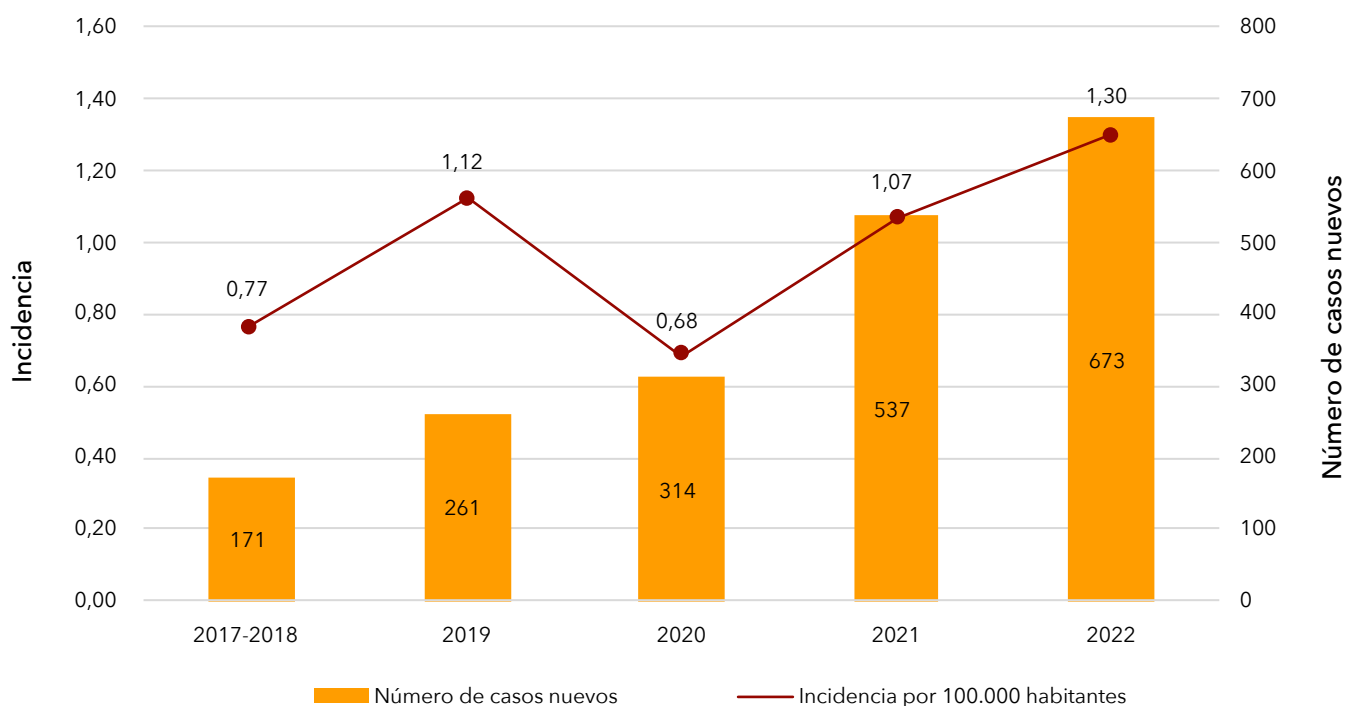
IC: intervalo de confianza.

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

#### 3.1. Incidencia

La **figura 9** describe el comportamiento de la incidencia cruda en los últimos 5 años. Desde el 2020, se evidencia una tendencia creciente que logra la cifra más elevada en toda la cohorte en el 2022.

**Figura 9.** Tendencia de la incidencia cruda de las personas con hepatitis C crónica, Colombia 2017 - 2022



[Descargar figura](#)

#### 3.1.1. Incidencia según el sexo

En la **tabla 11** se observan las incidencias nacional cruda y estandarizada por la edad. A nivel país, fue de 1,30 por cada 100.000 habitantes y la razón hombre mujer de este indicador fue de 4,46 a 1.

**Tabla 11.** Incidencia de la hepatitis C crónica según el sexo, Colombia 2022

Sexo	Incidencia (100.000 habitantes)				
	Casos nuevos	Población	Cruda	Estandarizada <sup>1</sup>	IC 95% <sup>2</sup>
Hombres	533	25.167.261	2,12	2,14	1,96 - 2,33
Mujeres	140	26.442.213	0,53	0,48	0,41 - 0,57
<b>Total general</b>	<b>673</b>	<b>51.609.474</b>	<b>1,30</b>	<b>1,30</b>	<b>1,20 - 1,40</b>

<sup>1</sup> 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 2022.

<sup>2</sup> Intervalo de confianza al 95% para la incidencia estandarizada.



### 3.1.2. Incidencia según la región

La región con la incidencia estandarizada más alta fue Bogotá, D. C., (3,35 casos nuevos por cada 100.000 habitantes; IC 95%: 2,95 - 3,78), seguida por la Central (1,44; IC 95%: 1,20 - 1,70). La más baja se estimó en la región de la Amazonía/Orinoquía (0,29; IC 95%: 0,08 - 0,78).

**Tabla 12.** Incidencia de la hepatitis C crónica según la región, Colombia 2022

Categoría	Incidencia (100.000 habitantes)				
	Casos nuevos	Población	Cruda	Estandarizada <sup>1</sup>	IC 95% <sup>2</sup>
Bogotá, D. C.	286	7.901.653	3,62	3,35	2,95 - 3,78
Central	172	12.378.301	1,39	1,44	1,20 - 1,70
Pacífica	109	8.287.996	1,32	1,21	0,97 - 1,49
Caribe	52	11.742.220	0,44	0,54	0,40 - 0,72
Oriental	50	9.793.998	0,51	0,49	0,36 - 0,67
Amazonía/Orinoquía	4	1.505.306	0,27	0,29	0,08 - 0,78
<b>Total general</b>	<b>673</b>	<b>51.609.474</b>	<b>1,30</b>	<b>1,30</b>	<b>1,20 - 1,40</b>

<sup>1</sup> Estandarización directa para controlar el efecto de la edad. Estandarizada por la proyección de la población DANE 2022 por quinquenios de edad con corte a junio 30 de 2022.

<sup>2</sup> Intervalo de confianza al 95% para la incidencia estandarizada.

### 3.1.3. Incidencia según el régimen de afiliación y la entidad aseguradora

Para el régimen contributivo (2,11 casos por 100.000 afiliados; IC 95%: 1,94 - 2,28) se estimó una incidencia mayor que para el subsidiado (0,34; IC 95%: 0,26 - 0,44) (**tabla 13**). La incidencia estandarizada de la hepatitis C crónica por la EAPB fue mayor en la EPS005 (4,61; IC 95%: 3,61 - 5,71) y en la EPS008 (3,48; IC 95%: 2,50 - 4,66).

 [Para conocer las incidencias crudas y estandarizadas por la edad, desagregadas por la EAPB puede consultar el aplicativo \*\*HIGIA\*\*](#)

**Tabla 13.** Incidencia de la hepatitis C crónica según el régimen de afiliación, Colombia 2022

Categoría	Incidencia (100.000 afiliados)				
	Casos nuevos	Población	Cruda	Estandarizada <sup>1</sup>	IC 95% <sup>2</sup>
Contributivo	608	27.140.080	2,24	2,11	1,94 - 2,28
Subsidiado	65	20.909.547	0,31	0,34	0,26 - 0,44

<sup>1</sup> Estandarización directa para controlar el efecto de la edad. Estandarizada por la proyección de la población BDUA por quinquenios de edad con corte a junio 30 de 2022.

<sup>2</sup> Intervalo de confianza al 95% para la incidencia estandarizada.

## 3.2. Prevalencia

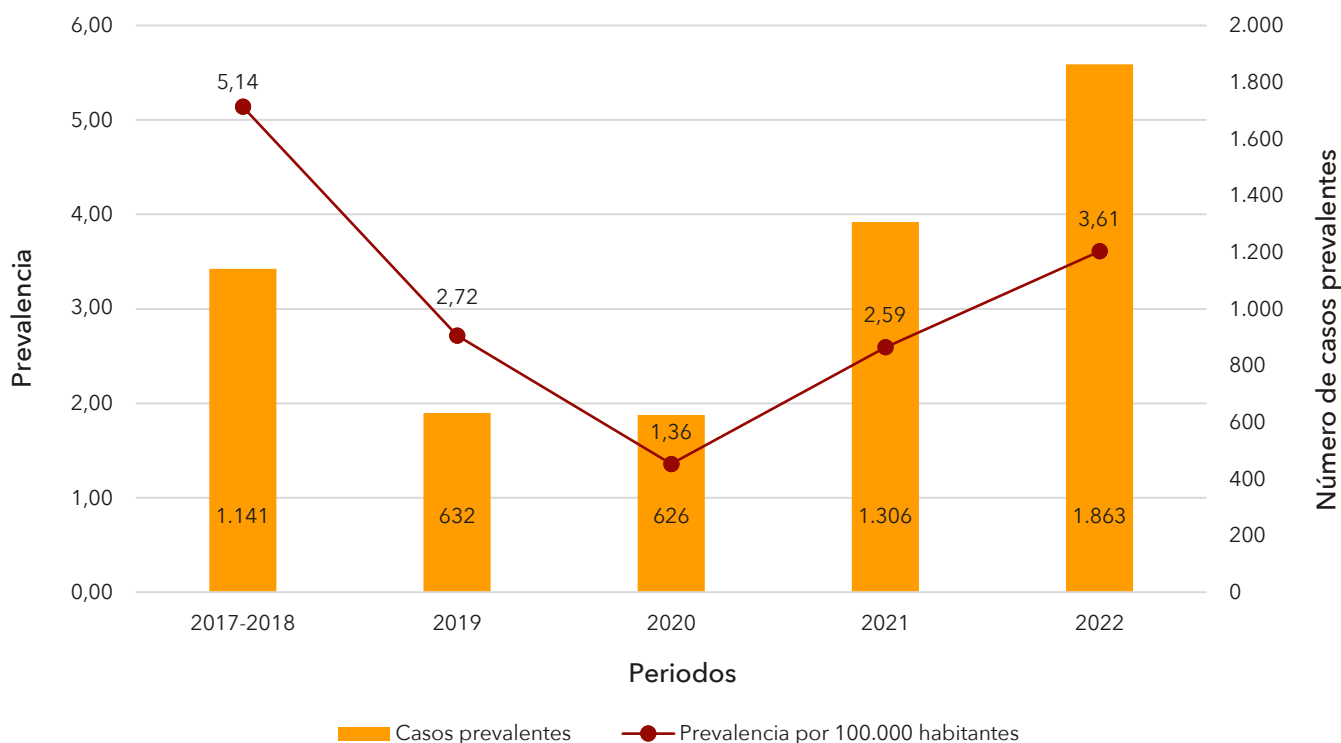
En 2022 la prevalencia cruda de la hepatitis C crónica fue de 3,61 casos por 100.000 habitantes y se mantuvo la tendencia creciente observada en los últimos dos años.

## Situación de la hepatitis C crónica en los regímenes subsidiado y contributivo de Colombia 2022

### Morbilidad y mortalidad en la población con hepatitis C crónica

WWW.CUENTADEALTOCOSTO.ORG

**Figura 10.** Tendencia de la prevalencia cruda de la hepatitis C crónica, Colombia 2017 - 2022



[Descargar figura](#)

### 3.2.1. Prevalencia 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 incrementó en ambos sexos con relación al periodo anterior, al pasar de 4,14 a 5,87 por cada 100.000 habitantes en los hombres y de 1,10 a 1,39 en las mujeres.

**Tabla 14.** Prevalencia de la hepatitis C crónica según el sexo, Colombia 2022

Categoría	Prevalencia (100.000 habitantes)				
	Casos prevalentes	Población	Cruda	Estandarizada <sup>1</sup>	IC 95% <sup>2</sup>
Hombres	1.456	25.167.261	5,79	5,87	5,57 - 6,18
Mujeres	407	26.442.213	1,54	1,39	1,26 - 1,54
<b>Total general</b>	<b>1.863</b>	<b>51.609.474</b>	<b>3,61</b>	<b>3,59</b>	<b>3,43 - 3,76</b>

<sup>1</sup> 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 2022.

<sup>2</sup> Intervalo de confianza al 95% para la incidencia estandarizada.

### 3.2.2. Prevalencia según la región y el departamento

La **tabla 15** muestra las prevalencias cruda y estandarizada por la edad de la hepatitis C crónica por las regiones geográficas. La estimación más alta se identificó en Bogotá, D. C., y la más baja en la región de la Amazonía/Orinoquía. En comparación con el 2021, la prevalencia aumentó en todas las regiones del país. Entre tanto, las entidades territoriales de Risaralda (9,53 casos por cada 100.000 habitantes; IC 95%: 7,67 - 11,69) y Bogotá, D. C., tuvieron las prevalencias más altas y, de aquellos que reportaron casos, Arauca (0,26; IC 95%: 0,01 - 1,86) y La Guajira (0,16; IC 95%: 0,00 - 0,82) registraron las más bajas.



**Tabla 15.** Prevalencia de la hepatitis C crónica según la región, Colombia 2022

Categoría	Prevalencia (100.000 habitantes)				
	Casos prevalentes	Población	Cruda	Estandarizada <sup>1</sup>	IC 95% <sup>2</sup>
Bogotá, D. C.	800	7.901.653	10,12	9,55	8,90 - 10,24
Central	505	12.378.301	4,08	4,46	4,06 - 4,89
Pacífica	264	8.287.996	3,19	3,20	2,73 - 3,73
Caribe	144	11.742.220	1,23	1,30	1,08 - 1,56
Oriental	143	9.793.998	1,46	1,39	1,16 - 1,64
Amazonía/Orinoquía	7	1.505.306	0,47	0,36	0,12 - 0,87
<b>Total general</b>	<b>1.863</b>	<b>51.609.474</b>	<b>3,61</b>	<b>3,59</b>	<b>3,43 - 3,76</b>

<sup>1</sup> Estandarización directa para controlar el efecto de la edad. Estandarizada por la proyección de la población DANE 2022 por quinquenios de edad con corte a junio 30 de 2022.

<sup>2</sup> Intervalo de confianza al 95% para la prevalencia estandarizada.

### 3.2.3. Prevalencia 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 EPS008 (20,43 casos por cada 100.000 afiliados; IC 95%: 16,92 - 24,33), la EPS012 (12,00; IC 95%: 5,78 - 21,06) y la EPS001 (9,78; IC 95%: 4,29 - 18,12) presentaron las prevalencias más altas.

[Puede consultar las prevalencias crudas y estandarizadas de la hepatitis C crónica por la edad, desagregadas por la entidad territorial y la EAPB en la plataforma HIGIA](#)

**Tabla 16.** Prevalencia de la hepatitis C crónica por 100.000 afiliados según el régimen de afiliación, Colombia 2022

Categoría	Prevalencia (100.000 afiliados)				
	Casos prevalentes	Población	Cruda	Estandarizada <sup>1</sup>	IC 95% <sup>2</sup>
Contributivo	1.585	27.140.080	5,84	5,49	5,22 - 5,77
Subsidiado	274	20.909.547	1,31	1,45	1,28 - 1,63

<sup>1</sup> Estandarización directa para controlar el efecto de la edad. Estandarizada por la proyección de la población BDUA por quinquenios de edad con corte a junio 30 de 2022.

<sup>2</sup> Intervalo de confianza al 95% para la prevalencia estandarizada.

### 3.3. Mortalidad

Durante el periodo se reportaron 25 muertes, que corresponden a una mortalidad cruda por todas las causas de 0,05 defunciones por 100.000 habitantes; esta cifra se mantiene con respecto al periodo anterior. El 68,00% (n= 17) de las muertes se presentó en los hombres, lo que representa una mortalidad cruda de 0,07.

**Tabla 17.** Mortalidad de la hepatitis C crónica según el sexo, Colombia 2022

Categoría	Mortalidad (100.000 habitantes)				
	Casos fallecidos	Población	Cruda	Estandarizada*	IC 95%**
Hombre	17	25.167.261	0,07	0,07	0,04 - 0,11
Mujer	8	26.442.213	0,03	0,03	0,01 - 0,05
<b>Total general</b>	<b>25</b>	<b>51.609.474</b>	<b>0,05</b>	<b>0,05</b>	<b>0,03 - 0,07</b>

\* 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 2022.

\*\* Intervalo de confianza al 95% para la mortalidad estandarizada.

## Situación de la hepatitis C crónica en los regímenes subsidiado y contributivo de Colombia 2022

### Morbilidad y mortalidad en la población con hepatitis C crónica

WWW.CUENTADEALTOCOSTO.ORG

#### 3.3.1. Mortalidad según la región y la entidad territorial

Al evaluar el comportamiento de la mortalidad por las regiones, la medida 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 defunciones, la mortalidad estandarizada más alta se presentó en Risaralda (0,19 por cada 100.000 habitantes; IC 95%: 0,02 - 0,78) y Boyacá (0,13; IC 95%: 0,03 - 0,56).

**Tabla 18.** Mortalidad de la hepatitis C crónica según la región, Colombia 2022

Categoría	Mortalidad (100.000 habitantes)				
	Casos fallecidos	Población	Cruda	Estandarizada <sup>1</sup>	IC 95% <sup>2</sup>
Bogotá, D. C.	7	7.901.653	0,09	0,09	0,03 - 0,20
Central	6	12.378.301	0,05	0,04	0,01 - 0,10
Oriental	5	9.793.998	0,05	0,03	0,01 - 0,10
Caribe	4	11.742.220	0,03	0,05	0,01 - 0,12
Pacífica	3	8.287.996	0,04	0,03	0,00 - 0,09
Amazonía/Orinoquía	0	1.505.306	0,00	0,00	0,00 - 0,29
<b>Nacional</b>	<b>25</b>	<b>51.609.474</b>	<b>0,05</b>	<b>0,05</b>	<b>0,03 - 0,07</b>

<sup>1</sup> 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 2022.

<sup>2</sup> Intervalo de confianza al 95% para la mortalidad estandarizada.

#### 3.3.2. Mortalidad 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 EPS018 (0,42 fallecimientos por 100.000 afiliados; IC 95%: 0,01 - 1,82), la EPS008 (0,34; IC 95%: 0,09 - 0,83) y la ESS062 (0,17; IC 95%: 0,00 - 0,70).

 [Puede consultar la mortalidad cruda y estandarizada por la edad en las personas con hepatitis C crónica, desagregadas por la entidad territorial y la EAPB en la plataforma HIGIA](#)

**Tabla 19.** Mortalidad de la hepatitis C crónica según el régimen de afiliación, Colombia 2022

Categoría	Mortalidad (100.000 afiliados)				
	Casos fallecidos	Población	Cruda	Estandarizada <sup>1</sup>	IC 95% <sup>2</sup>
Contributivo	19	27.140.080	0,07	0,07	0,04 - 0,11
Subsidiado	6	20.909.547	0,03	0,03	0,01 - 0,07

<sup>1</sup> 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 2022.

<sup>2</sup> Intervalo de confianza al 95% para la mortalidad estandarizada.



4

# Tratamiento en las personas con hepatitis C crónica

Periodo: 1° de enero al 31 de diciembre de 2022




# Resumen

Capítulo 4. Tratamiento en las personas con hepatitis C crónica

El velpatasvir/sofosbuvir fue el tratamiento más usado con una duración de

# 12 semanas

en el 97,64% de los casos.

-  El tipo del seguimiento a la toma de los AAD más frecuente fue el domiciliario (78,46%). La frecuencia diaria prevalece en el 91,59% de los casos.
-  La RVS es superior al 95% a lo largo de los años de reporte. Para el 2021, se obtuvo un 99,01% de curación entre las personas que culminaron el tratamiento y tuvieron el seguimiento.
-  La efectividad del tratamiento con velpatasvir/sofosbuvir fue superior al 98%, independiente del tiempo desde el diagnóstico, las comorbilidades asociadas o las coinfecciones.

La respuesta terapéutica fue

# superior al 96%

para los diferentes genotipos reportados.

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

[Descargar figura](#)





## 4. Tratamiento en las personas con hepatitis C crónica

El tratamiento actual de la hepatitis C crónica se basa en los medicamentos antivirales de acción directa (AAD). El objetivo principal de la terapia farmacológica es curar la infección por el VHC logrando una respuesta viral sostenida (RVS), que se mide con la realización de una carga viral a las 12 semanas después de terminado el tratamiento. En el periodo 2022, la combinación de velpatasvir/sofosbuvir fue la más prescrita en Colombia para el tratamiento de la hepatitis C crónica. La duración del tratamiento osciló entre las 8 y 24 semanas, en su mayoría con una frecuencia de una tableta diaria. A continuación, se describen las características de los pacientes que recibieron el tratamiento y la efectividad identificada.

### 4.1. Generalidades del tratamiento

De los 1.846 casos prevalentes, 395 recibieron tratamiento antes del inicio del periodo de análisis, por lo cual ya fueron descritos en el informe anterior y no serán incluidos en este capítulo. En 164 personas se realizó la prescripción de algún antiviral pero no lo habían iniciado y 162 no han sido prescritas con ningún AAD. Para la caracterización del tratamiento se incluirán los 1.142 casos que recibieron tratamiento durante el periodo.

El 88,09% (n= 1.006) pertenecían al régimen contributivo. Todos los pacientes recibieron el esquema velpatasvir/sofosbuvir y uno recibió adicionalmente ribavirina. Más del 99,00% de los esquemas suministrados provenían del mecanismo de compra centralizada. La duración del tratamiento con AAD fue de 12 semanas en el 97,64% de los casos. Se continúa con una modalidad supervisada y controlada, donde el seguimiento diario (91,59%) y domiciliario (78,46%) prevalecen en la cohorte.

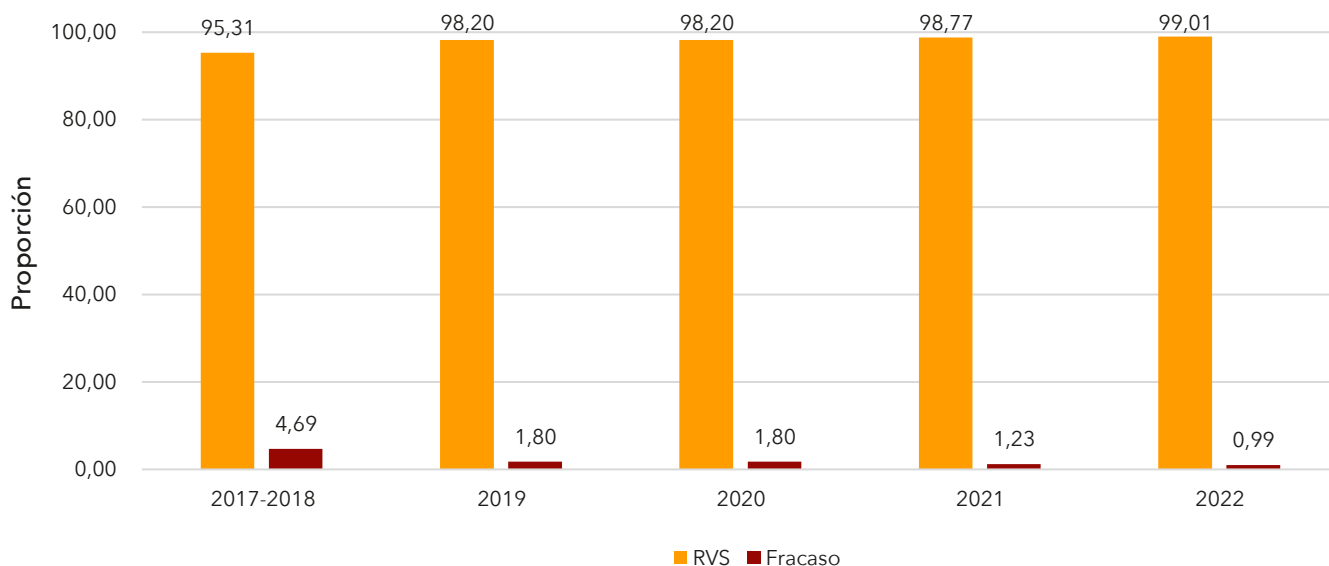
**Tabla 20.** Caracterización del tratamiento actual de la hepatitis C crónica según régimen de afiliación, Colombia 2022

Características	Contributivo n (%)	Subsidiado n (%)	Total n (%)
<b>Esquema de tratamiento</b>			
Velpatasvir/sofosbuvir	1.005 (99,90)	136 (100,00)	1.141 (99,91)
Velpatasvir/sofosbuvir, Ribavirina	1 (0,10)	0 (0,00)	1 (0,09)
<b>Esquema de tratamiento de compra centralizada</b>			
Compra centralizada	1.002 (99,60)	132 (97,06)	1.134 (99,30)
Compra por parte de la EAPB	2 (0,20)	2 (1,47)	4 (0,35)
Desconocido	2 (0,20)	2 (1,47)	4 (0,35)
<b>Duración del esquema de tratamiento</b>			
8 semanas	2 (0,20)	0 (0,00)	2 (0,18)
12 semanas	983 (97,71)	132 (97,06)	1.115 (97,64)
24 semanas	20 (1,99)	0 (0,00)	20 (1,75)
Desconocido	1 (0,10)	4 (2,94)	5 (0,44)
<b>Frecuencia del seguimiento a la toma del tratamiento</b>			
Diario	961 (95,53)	85 (62,50)	1.046 (91,59)
Semanal	18 (1,79)	10 (7,35)	28 (2,45)
Mensual	4 (0,40)	36 (26,47)	40 (3,50)
Desconocido	23 (2,29)	5 (3,68)	28 (2,45)
<b>Tipo de seguimiento a la toma del tratamiento</b>			
Domiciliario	816 (81,11)	80 (58,82)	896 (78,46)
Seguimiento telefónico	122 (12,13)	24 (17,65)	146 (12,78)
Ambulatorio	45 (4,47)	26 (19,12)	71 (6,22)
Desconocido	23 (2,29)	6 (4,41)	29 (2,54)
<b>Total</b>	<b>1.006 (100,00)</b>	<b>136 (100,00)</b>	<b>1.142 (100,00)</b>

#### 4.2. Efectividad del tratamiento con AAD

En la **figura 11** se describen los resultados de la efectividad del tratamiento a lo largo de los años de reporte en los pacientes que lo culminaron y tuvieron el seguimiento para determinar la respuesta terapéutica. La RVS es superior al 98,00% desde el año 2019 y la proporción de no respuesta al tratamiento se mantiene inferior al 5,00%.

**Figura 11.** Efectividad del tratamiento con AAD en personas con hepatitis C crónica, Colombia 2017 - 2022



[Descargar figura](#)

En la **tabla 21**, se describe la efectividad del esquema de tratamiento según las características clínicas. De los 1.142 pacientes que recibieron tratamiento en el 2022, 701 (61,38%) contaron con el seguimiento al fin del tratamiento para valorar la efectividad del mismo, obteniendo un 99,01% de curación con el velpatasvir/sofosbuvir.

Al analizarla por el esquema y el tiempo de evolución de la enfermedad, la RVS fue superior al 98% independiente del tiempo desde el diagnóstico. De igual forma, se mantiene la efectividad del tratamiento en los pacientes con antecedente de cirrosis, trasplante hepático y enfermedad renal crónica, así como en aquellos con coinfección con VIH o hepatitis B, o antecedente de tratamiento previo para la hepatitis C crónica. Uno de los beneficios del esquema terapéutico actual es su cobertura pangénotípica, alcanzando una RVS mayor al 95% para todos los genotipos reportados.

**Tabla 21.** Efectividad del tratamiento con AAD según el esquema y las características clínicas, Colombia 2022

Características	Velpatasvir/sofosbuvir		
	Fracaso	Curación	Total
<b>Tiempo de diagnóstico</b>			
< 1 año	2 (1,71)	115 (98,29)	117 (100,00)
1 a 4 años	5 (0,88)	565 (99,12)	570 (100,00)
5 a 9 años	0 (0,00)	10 (100,00)	10 (100,00)
10 años o más	0 (0,00)	4 (100,00)	4 (100,00)
<b>Cirrosis</b>			
Sí	0 (0,00)	74 (100,00)	74 (100,00)
No	7 (1,12)	620 (98,88)	627 (100,00)



**Tabla 21.** Efectividad del tratamiento con AAD según el esquema y las características clínicas, Colombia 2022 (continuación)

Características	Velpatasvir/sofosbuvir		
	Fracaso	Curación	Total
<b>Coinfección VIH</b>			
Sí	6 (1,33)	444 (98,67)	450 (100,00)
No	0 (0,00)	215 (100,00)	215 (100,00)
No evaluado	1 (2,78)	35 (97,22)	36 (100,00)
<b>Trasplante hepático</b>			
Sí	0 (0,00)	2 (100,00)	2 (100,00)
No	7 (1,00)	692 (99,00)	699 (100,00)
<b>ERC 4-5</b>			
Sí	0 (0,00)	9 (100,00)	9 (100,00)
No	7 (1,01)	685 (98,99)	692 (100,00)
<b>Hepatitis B</b>			
Sí	0 (0,00)	16 (100,00)	16 (100,00)
No	6 (0,95)	624 (99,05)	630 (100,00)
No evaluado	1 (1,82)	54 (98,18)	55 (100,00)
<b>Genotipo</b>			
1a	1 (3,03)	32 (96,97)	33 (100,00)
1b	0 (0,00)	39 (100,00)	39 (100,00)
2	0 (0,00)	5 (100,00)	5 (100,00)
3a	0 (0,00)	7 (100,00)	7 (100,00)
4	1 (0,65)	153 (99,35)	154 (100,00)
<b>Tratamiento previo</b>			
Sí	1 (1,47)	67 (98,53)	68 (100,00)
No	6 (0,95)	627 (99,05)	633 (100,00)
<b>Total</b>	<b>7 (1,00)</b>	<b>694 (99,00)</b>	<b>701 (100,00)</b>

Se identificaron 7 casos con fracaso terapéutico al esquema velpatasvir/sofosbuvir. De estos, el 71,42% (n= 5) tenían un tiempo de diagnóstico entre 1 y 4 años, el 85,71% (n= 6) tenían coinfección con VIH, y en dos de ellos se reportaron los genotipos 1a y 4.



5



**Pacientes con coinfección  
VHC y VIH**








Periodo: 1° de enero al 31 de diciembre de 2022

Durante el periodo se identificaron


**1.156 personas**

con diagnóstico de coinfección por VHC y VIH,  
con una variación del 46,14% (n= 365) con  
relación al periodo anterior.

-  El promedio de la edad fue de 36,41 años (DE  $\pm$  9,08) en los hombres y de 39,00 años (DE  $\pm$  13,74) en las mujeres.
-  El 40,05% (n= 1.305) de los casos con coinfección por hepatitis C crónica y VIH está en Bogotá, D. C., y en la región Central.
-  La transmisión sexual fue el mecanismo de infección más frecuente en esta población, el cual predomina en los hombres (73,12%) comparado con las mujeres (37,50%).

El **1,47%** de los casos con coinfección por VHC y VIH presentaron cirrosis.

El 2,94% tenía además, coinfección con hepatitis B.

-  El genotipo 4 (27,08%, n= 313) fue el más frecuente. Sin embargo, en el 65,22% (n= 754) de los casos no se realizó la genotipificación.

DE: desviación estándar.  
VHC: virus de la hepatitis C.  
VIH: virus de la inmunodeficiencia humana.

[Descargar figura](#)

# Resumen

Capítulo 5. Pacientes con coinfección VHC y VIH



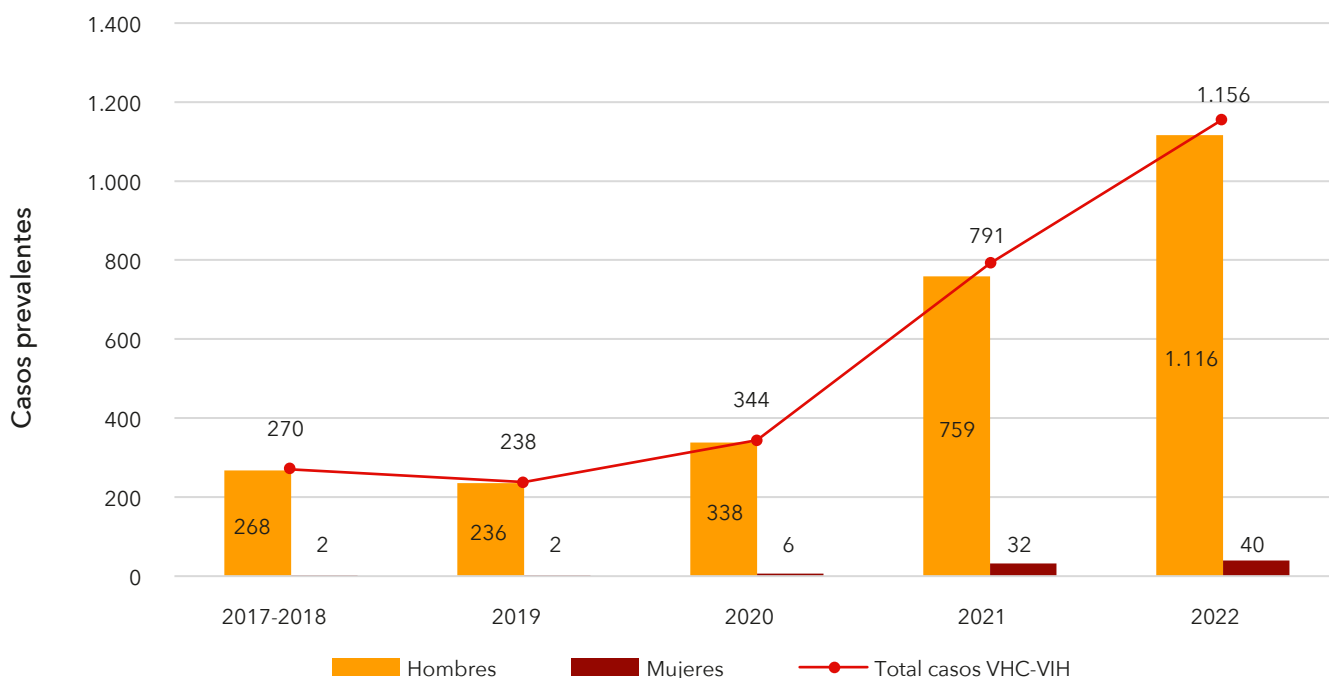
## 5. Pacientes con coinfección VHC y VIH

En este capítulo se describe la caracterización demográfica y clínica de los pacientes con coinfección por VHC crónica y VIH reportados durante el periodo.

### 5.1. Caracterización demográfica de los casos con coinfección con VIH

Durante el periodo se identificaron 1.156 personas con diagnóstico de coinfección por VHC y VIH, con una variación del 46,14% (n= 365) con relación al 2021. Tanto en los hombres como en las mujeres aumentaron los casos con coinfección (**figura 12**).

**Figura 12.** Tendencia del número de casos con coinfección VHC con VIH según el sexo, Colombia 2017 - 2022



[Descargar figura](#)

#### 5.1.1. Distribución de los casos con coinfección con VIH según la región

Según la distribución por la región, el 80,19% (n= 927) de los casos con coinfección por hepatitis C crónica y VIH están en las regiones Bogotá, D. C., y Central (**tabla 22**).

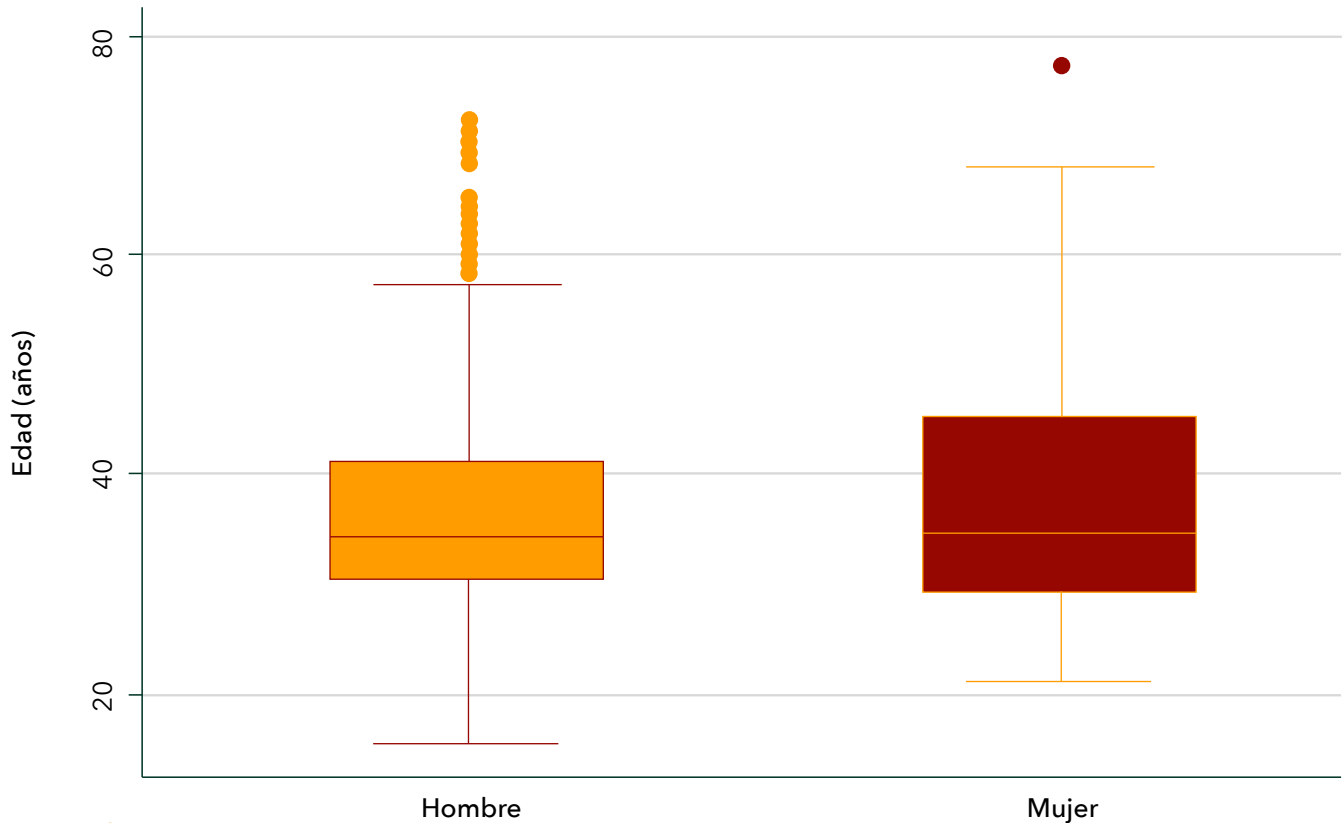
**Tabla 22.** Distribución de los casos con coinfección VHC con VIH según la región, Colombia 2022

Región	Casos n (%)
Bogotá, D. C.	576 (49,83)
Central	351 (30,36)
Pacífica	131 (11,33)
Oriental	64 (5,54)
Caribe	29 (2,51)
Amazonía/Orinoquía	5 (0,43)
<b>Total</b>	<b>1.156 (100,00)</b>



En la **figura 13**, se observa la distribución de la edad en los casos con coinfección por VHC y VIH por el sexo. En los hombres la mediana de la edad fue de 34 años (RIC: 30 - 41) y en las mujeres de 34,50 años (RIC: 29 - 45). Por su parte, el promedio de la edad fue de 36,41 años (DE  $\pm$  9,08) y 39,00 años (DE  $\pm$  13,74), respectivamente.

**Figura 13.** Distribución de la población con coinfección VHC con VIH según la edad y el sexo, Colombia 2022



[Descargar figura](#)

### 5.1.2. Características clínicas de los casos con coinfección con VIH

De las personas con coinfección por VHC y VIH el 60,12% (n= 695) fue diagnosticado entre 1 a 4 años. Por otra parte, con relación a las comorbilidades el 1,47% (n= 17) presentó cirrosis hepática (en su totalidad hombres), en tanto que el 14,88% (n= 172) no fue evaluado. Adicionalmente, el 2,94% (n= 34) presentó coinfección con hepatitis B y el 0,09% (n= 1) antecedente de ERC en estadios 4-5.

La transmisión sexual fue el mecanismo de infección más frecuente en esta población, con mayor predominio en los hombres (73,12%) que en las mujeres (37,50%). En estas últimas, se destaca que el 15,00% (n= 6) adquirió la infección a través del uso de equipos de inyección contaminados. Por otra parte, el 37,11% (n= 429) presentó algún grado de fibrosis hepática. El genotipo 4 (27,08%, n= 313) fue el más frecuente. Sin embargo, en el 65,22% (n= 754) de los casos no se realizó genotipificación o no se encontró información en los soportes clínicos. Finalmente, el 10,29% (n= 119) de los pacientes recibió tratamiento previo para VHC (**tabla 23**).

**Situación de la hepatitis C crónica en los regímenes subsidiado y contributivo de Colombia 2022**  
**Pacientes con coinfección VHC y VIH**

[WWW.CUENTADEALTOCOSTO.ORG](http://WWW.CUENTADEALTOCOSTO.ORG)

**Tabla 23.** Características clínicas de los casos con coinfección VHC con VIH, Colombia 2022

Variables	Mujer n (%)	Hombre n (%)	Total n (%)
<b>Tiempo de diagnóstico</b>			
< 1 año	12 (30,00)	416 (37,28)	428 (37,02)
1 a 4 años	28 (70,00)	667 (59,77)	695 (60,12)
5 a 9 años	0 (0,00)	26 (2,33)	26 (2,25)
10 años o más	0 (0,00)	5 (0,45)	5 (0,43)
<b>ERC 4-5</b>			
Sí	0 (0,00)	1 (0,09)	1 (0,09)
No	40 (100,00)	1.106 (99,10)	1.146 (99,13)
No evaluado	0 (0,00)	9 (0,81)	9 (0,78)
<b>Coinfección VHB</b>			
Sí	3 (7,50)	31 (2,78)	34 (2,94)
No	32 (80,00)	1.037 (92,92)	1.069 (92,47)
No evaluado	5 (12,50)	48 (4,30)	53 (4,58)
<b>Mecanismo de transmisión</b>			
Transmisión sexual	15 (37,50)	816 (73,12)	831 (71,89)
Desconocido	18 (45,00)	263 (23,57)	281 (24,31)
Uso de equipos de inyección contaminada	6 (15,00)	20 (1,79)	26 (2,25)
Hemotransfusión	0 (0,00)	7 (0,63)	7 (0,61)
Otras formas de transmisión sanguínea	1 (2,50)	6 (0,54)	7 (0,61)
Consumo de sustancias psicoactivas intranasales	0 (0,00)	3 (0,27)	3 (0,26)
Exposición ocupacional	0 (0,00)	1 (0,09)	1 (0,09)
<b>Presencia de fibrosis hepática</b>			
Sí	10 (25,00)	419 (37,54)	429 (37,11)
No	30 (75,00)	697 (62,46)	727 (62,89)
<b>Cirrosis</b>			
Compensada (A)	0 (0,00)	6 (0,54)	6 (0,52)
No compensada (B-C)	0 (0,00)	1 (0,09)	1 (0,09)
Cirrosis sin estadificar	0 (0,00)	10 (0,90)	10 (0,87)
No tiene cirrosis	17 (42,50)	950 (85,13)	967 (83,65)
No tamizado	23 (57,50)	149 (13,35)	172 (14,88)
<b>Genotipo</b>			
1a	8 (20,00)	51 (4,57)	59 (5,10)
1b	2 (5,00)	15 (1,34)	17 (1,47)
2	1 (2,50)	0 (0,00)	1 (0,09)
3a	0 (0,00)	12 (1,08)	12 (1,04)
4	2 (5,00)	311 (27,87)	313 (27,08)
Sin dato	27 (67,50)	727 (65,14)	754 (65,22)
<b>Tratamiento previo</b>			
Sí	2 (5,00)	121 (10,84)	123 (10,64)
No	38 (95,00)	995 (89,16)	1.033 (89,36)
<b>Total</b>	<b>40 (100,00)</b>	<b>1.116 (100,00)</b>	<b>1.156 (100,00)</b>



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

Periodo: 1° de enero al 31 de diciembre de 2022

# Resumen

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

El **43,26%** (n= 806)  
de los casos prevalentes

recibieron mínimo una atención por infectología, el 12,72% (n= 237) al menos una valoración por hepatología y el 2,79% (n= 52) tuvieron una o más consultas por gastroenterología.



La especialidad de hepatología tuvo un mayor promedio de consultas: 1,67 (DE  $\pm$  1,00) en los pacientes con cirrosis no compensada, mientras que los pacientes compensados fueron más valorados por gastroenterología (promedio= 1,60; DE  $\pm$  0,55).

La especialidad de **infectología**

lideró las atenciones en las personas con hepatitis C crónica.



DE: desviación estándar.

[Descargar figura](#)



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

La vía clínica para el tratamiento de la hepatitis C crónica describe el manejo y el seguimiento médico especializado que debe tener el paciente con diagnóstico confirmado. En este sentido, según su necesidad y características como presencia de cirrosis hepática, trasplante hepático, coinfección VIH - VHC o falla previa al tratamiento con AAD, se evalúan los criterios de remisión a las diferentes especialidades.

En el periodo, el 33,76% (n= 629) de los casos prevalentes recibieron mínimo una atención por medicina general, el 43,26% (n= 806) tuvo al menos una valoración por infectología, el 12,72% (n= 237) fue valorado una o más veces por hepatología, el 2,79% (n= 52) tuvo una consulta o más por gastroenterología, el 1,34% (n= 25) recibió atención por medicina interna y el 0,81% (n= 15) fue seguido al menos en una oportunidad por medicina familiar.

En la **tabla 24** se observa la distribución del número de atenciones recibidas por los pacientes según la especialidad, concluyendo que hay mayor frecuencia y acceso a las consultas por infectología y por medicina general.

**Tabla 24.** Distribución del número de atenciones recibidas por la persona con hepatitis C crónica según la especialidad, Colombia 2022

Profesional	Número de consultas							Total
	0 n (%)	1 n (%)	2 n (%)	3 n (%)	4 n (%)	5 o más n (%)	Sin dato n (%)	
Infectología	927 (49,76)	304 (16,32)	153 (8,21)	113 (6,07)	111 (5,96)	125 (6,71)	130 (6,98)	1.863 (100,00)
Medicina general	1.113 (59,74)	308 (16,53)	150 (8,05)	129 (6,92)	27 (1,45)	15 (0,81)	121 (6,49)	1.863 (100,00)
Hepatología	1.495 (80,25)	181 (9,72)	34 (1,83)	15 (0,81)	6 (0,32)	1 (0,05)	131 (7,03)	1.863 (100,00)
Gastroenterología	1.695 (90,98)	42 (2,25)	9 (0,48)	1 (0,05)	0 (0,00)	0 (0,00)	116 (6,23)	1.863 (100,00)
Medicina interna	1.717 (92,16)	22 (1,18)	2 (0,11)	1 (0,05)	0 (0,00)	0 (0,00)	121 (6,49)	1.863 (100,00)
Medicina familiar	1.730 (92,86)	13 (0,70)	2 (0,11)	0 (0,00)	0 (0,00)	0 (0,00)	118 (6,33)	1.863 (100,00)

Al evaluar la frecuencia de las consultas según el tipo de profesional y el antecedente de cirrosis, se observa que en forma general fue más frecuente el seguimiento por infectología hasta un máximo de 10 consultas en todo el año, seguido por la medicina general con un máximo de 7. La especialidad de hepatología tuvo un mayor promedio de consultas en los pacientes con cirrosis no compensada, mientras que la valoración por gastroenterología fue más frecuente en los compensados. Sin embargo, el máximo de consultas por estas especialidades se dio en los que no tenían el antecedente. Respecto a la medicina interna, el promedio de consultas en los que tenían cirrosis fue de una consulta en el periodo. En la **tabla 25** se muestra la distribución del número de consultas por especialidad y según su antecedente de cirrosis.

**Situación de la hepatitis C crónica en los regímenes subsidiado y contributivo de Colombia 2022**  
**Manejo médico especializado de las personas con hepatitis C crónica**

[WWW.CUENTADEALTOCOSTO.ORG](http://WWW.CUENTADEALTOCOSTO.ORG)

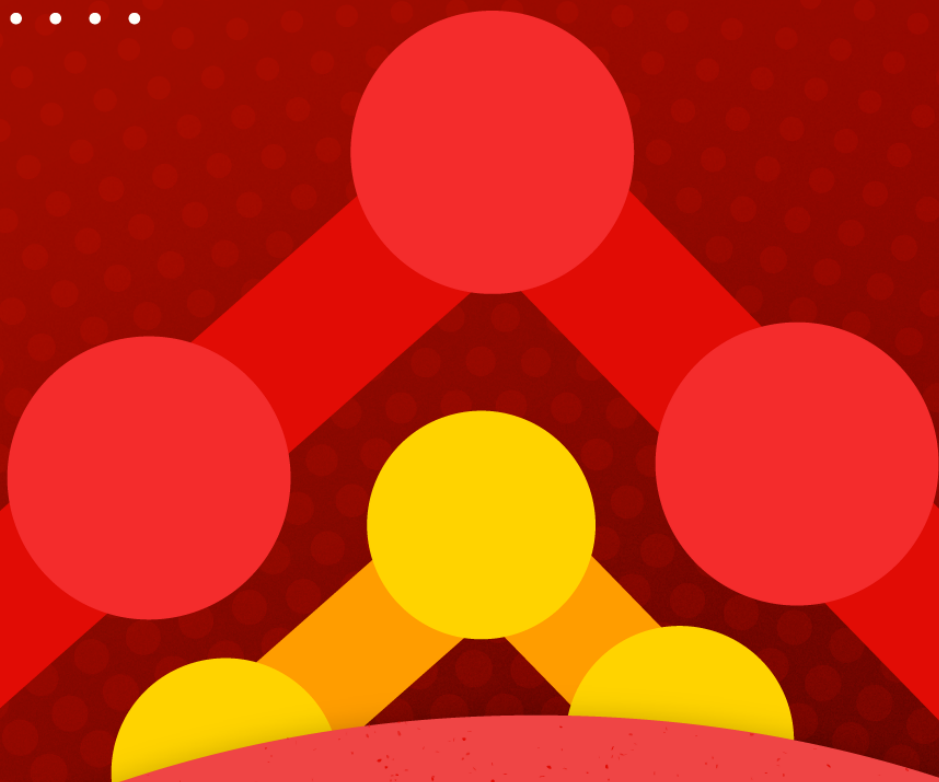
**Tabla 25.** Distribución del número total de consultas que recibe la persona con hepatitis C crónica durante el periodo según el tipo de profesional y la presencia de cirrosis, Colombia 2022

Profesional	Cirrosis	Número <sup>1</sup>	Media (DE)	Mediana (RIC)	Mín - Max
Hepatología	Compensada (A)	33	1,39 (0,61)	1 (1 - 2)	1 - 3
	No compensada (B-C)	21	1,67 (1,00)	1 (1 - 2)	1 - 4
	Cirrosis sin estadificar	23	1,21 (0,42)	1 (1 - 1)	1 - 2
	No tiene cirrosis	227	1,34 (0,78)	1 (1 - 1)	1 - 5
	No tamizado	64	1,42 (0,76)	1 (1 - 2)	1 - 4
	Total	368	1,36 (0,75)	1 (1 - 1)	1 - 5
Gastroenterología	Compensada (A)	19	1,60 (0,55)	2 (1 - 2)	1 - 2
	No compensada (B-C)	12	0,00 (0,00)	0 (0 - 0)	0 - 0
	Cirrosis sin estadificar	9	1,40 (0,55)	1 (1 - 2)	1 - 2
	No tiene cirrosis	98	1,14 (0,44)	1 (1 - 1)	1 - 3
	No tamizado	30	1,15 (0,38)	1 (1 - 1)	1 - 2
	Total	168	1,21 (0,46)	1 (1 - 1)	1 - 3
Infectología	Compensada (A)	50	2,64 (1,69)	2 (1 - 3,50)	1 - 8
	No compensada (B-C)	21	2,50 (1,41)	2,50 (1 - 4)	1 - 4
	Cirrosis sin estadificar	15	2,27 (1,10)	2 (1 - 3)	1 - 4
	No tiene cirrosis	721	2,80 (1,93)	2 (1 - 4)	1 - 10
	No tamizado	129	2,05 (1,63)	1 (1 - 3)	1 - 9
	Total	936	2,68 (1,88)	2 (1 - 4)	1 - 10
Medicina interna	Compensada (A)	16	1,00 (0,00)	1 (1 - 1)	1 - 1
	No compensada (B-C)	15	1,00 (0,00)	1 (1 - 1)	1 - 1
	Cirrosis sin estadificar	7	1,00 (0,00)	1 (1 - 1)	1 - 1
	No tiene cirrosis	82	1,18 (0,40)	1 (1 - 1)	1 - 2
	No tamizado	26	1,29 (0,76)	1 (1 - 1)	1 - 3
	Total	146	1,16 (0,47)	1 (1 - 1)	1 - 3
Medicina familiar	Compensada (A)	15	0,00 (0,00)	0 (0 - 0)	0 - 0
	No compensada (B-C)	13	1,00 (0,00)	1 (1 - 1)	1 - 1
	Cirrosis sin estadificar	4	0,00 (0,00)	0 (0 - 0)	0 - 0
	No tiene cirrosis	81	1,15 (0,38)	1 (1 - 1)	1 - 2
	No tamizado	20	1,00 (0,00)	1 (1 - 1)	1 - 1
	Total	133	1,13 (0,35)	1 (1 - 1)	1 - 2
Medicina general	Compensada (A)	53	1,87 (0,92)	2 (1 - 3)	1 - 4
	No compensada (B-C)	25	1,46 (0,78)	1 (1 - 2)	1 - 3
	Cirrosis sin estadificar	33	2,24 (1,06)	2 (1 - 3)	1 - 4
	No tiene cirrosis	469	1,88 (1,11)	1 (1 - 3)	1 - 7
	No tamizado	170	1,87 (1,00)	2 (1 - 3)	1 - 5
	Total	750	1,88 (1,07)	2 (1 - 3)	1 - 7

<sup>1</sup> Corresponde al número total de atenciones reportadas durante el periodo por cada especialidad médica.



# Indicadores de la gestión del riesgo



Periodo: 1° de enero al 31 de diciembre de 2022

# Resumen

Capítulo 7. Indicadores de la gestión del riesgo

En el régimen contributivo se observó un **mejor resultado**

en la proporción de los casos

que iniciaron tratamiento (87,78%) en comparación con el subsidiado (72,73%).

- La estadificación de la fibrosis fue mayor en el contributivo (89,64%) que en el subsidiado (63,93%).
- La detección de la fibrosis hepática aumentó de 47,15% a 53,42% en los casos reportados, indicando que el diagnóstico de la infección se está realizando cuando ya ha avanzado la enfermedad.
- Las regiones Central y Amazonía/Orinoquía presentaron la menor proporción de pacientes con algún grado de fibrosis.

Se cumplió la meta de la RVS a las

**12 semanas**

de finalizado el tratamiento en ambos regímenes, al igual que la proporción de mortalidad atribuible a la infección por VHC.



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

[Descargar figura](#)



## 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, realiza el cálculo de los indicadores de la gestión del riesgo, los cuales, permiten medir los resultados asociados con el proceso de la atención en salud de las personas con esta condición en el país. El seguimiento frecuente de sus resultados promueve la mejora continua de la calidad de los servicios prestados y la calidad de vida de los usuarios, por medio del planteamiento e implementación de estrategias. A continuación, se describen los resultados obtenidos en el periodo de medición para cada indicador.

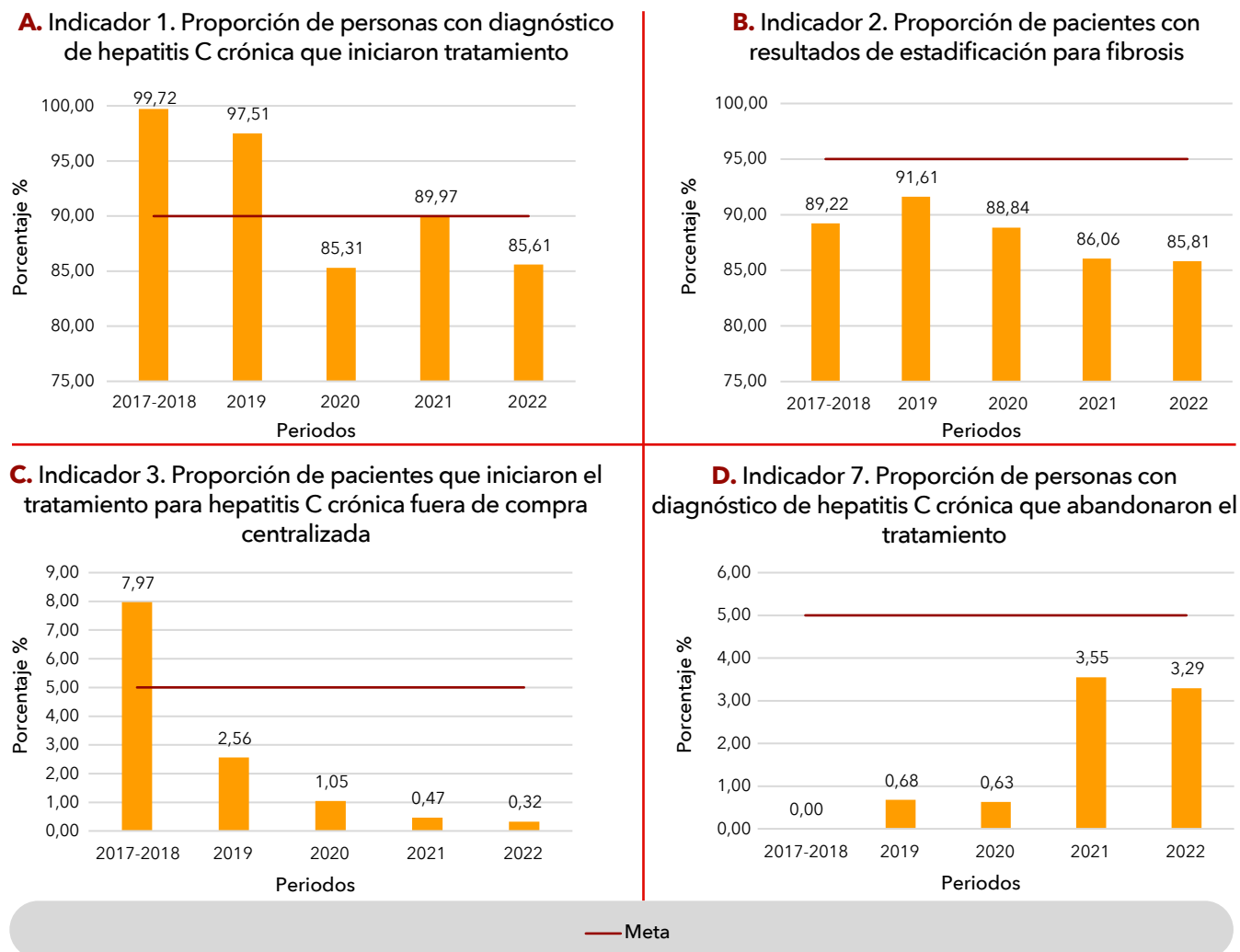
En la **tabla 26** se observan la descripción del tipo y nombre de los indicadores, así como sus rangos de cumplimiento con la correspondiente semaforización.

**Tabla 26.** Descripción de los indicadores de la gestión del riesgo en las personas con hepatitis C crónica

Tipo de indicador	N°	Indicador	Semaforización de cumplimiento		
			Alto	Medio	Bajo
Proceso	1	Proporción de personas con diagnóstico de hepatitis C crónica que iniciaron tratamiento.	● ≥ 90%	● ≥ 80 a < 90%	● < 80%
Proceso	2	Proporción de pacientes con resultados de estadificación para fibrosis.	● ≥ 95%	● ≥ 90 a < 95%	● < 90%
Proceso	3	Proporción de pacientes que iniciaron el tratamiento para hepatitis C crónica fuera de compra centralizada.	● ≤ 5%	● > 5 a ≤ 10%	● > 10%
Resultado	4	Detección de fibrosis hepática en personas con diagnóstico de hepatitis C crónica.	● ≤ 20%	● > 20 a ≤ 40%	● > 40%
Resultado	5	RVS 12 semanas después de finalizado el tratamiento para hepatitis C crónica.	● ≥ 90%	● ≥ 85 a < 90%	● < 85%
Resultado	6	Proporción en mortalidad atribuible a la infección por VHC.	● < 2%	● ≥ 2 a ≤ 3%	● > 3%
Proceso	7	Proporción de personas con diagnóstico de hepatitis C crónica que abandonaron el tratamiento.	● ≤ 5%	● > 5 a ≤ 10%	● > 10%

En general, los indicadores de proceso disminuyeron con relación al periodo anterior. En el caso de la cobertura terapéutica, la reducción fue del 4,85%. Entre quienes recibieron el tratamiento, más del 99% lo iniciaron a través del mecanismo de compra centralizada y más del 96% se mantuvo en la terapia con una proporción de pacientes sin atenciones en los últimos 6 meses (abandono) del 3,29%. El indicador de estadificación de la fibrosis se mantiene en un cumplimiento bajo hace 3 periodos, y con respecto al periodo anterior disminuyó en un 0,29%.

Figura 14. Tendencia de los indicadores de proceso en la gestión del riesgo de las personas con hepatitis C crónica, Colombia 2017 - 2022



[Descargar figura](#)

Tabla 27. Indicadores de proceso en la gestión del riesgo de las personas con hepatitis C crónica según el régimen de afiliación, Colombia 2022

Régimen	Indicador 1 (%)	Indicador 2 (%)	Indicador 3 (%)	Indicador 7 (%)
	≥ 90%	≥ 95%	≤ 5%	≤ 5%
	≥ 80 a < 90%	≥ 90 a < 95%	> 5 a ≤ 10%	> 5 a ≤ 10%
	< 80%	< 90%	> 10%	> 10%
Contributivo	87,78	89,64	0,22	0,00
Subsidiado	72,73	63,93	1,00	3,83



En el aseguramiento (**tabla 27**), el régimen contributivo se mantiene con un mejor resultado en la proporción de los casos que iniciaron tratamiento en comparación con el subsidiado. Sin embargo, en ambos regímenes disminuyó la cobertura en un 4,08% y 8,02% puntos porcentuales respectivamente, comparado con el periodo anterior. Se observó el mismo comportamiento en la estadificación para la fibrosis hepática, que disminuyó en 1,23% en el contributivo y en 2,46% puntos porcentuales en el subsidiado. En cuanto al inicio del tratamiento a través de la compra centralizada y la proporción de pacientes en abandono, ambos regímenes cumplieron la meta.

**Tabla 28.** Indicadores de proceso en la gestión del riesgo de las personas con hepatitis C crónica según la región, Colombia 2022

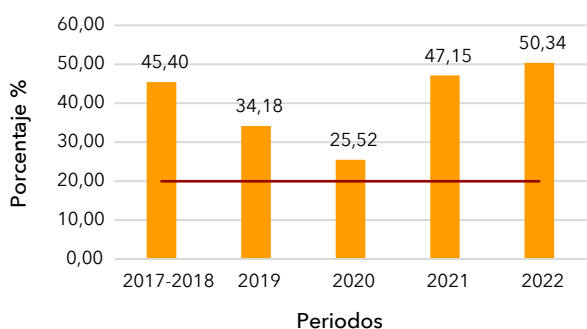
Región	Indicador 1 (%)	Indicador 2 (%)	Indicador 3 (%)	Indicador 7 (%)
	≥ 90%	≥ 95%	≤ 5%	≤ 5%
	≥ 80 a < 90%	≥ 90 a < 95%	> 5 a ≤ 10%	> 5 a ≤ 10%
	< 80%	< 90%	> 10%	> 10%
Amazonía/Orinoquía	75,00	71,43	0,00	2,17
Bogotá, D. C.	89,66	92,99	0,14	4,24
Caribe	83,50	76,03	2,54	3,18
Central	80,67	80,69	0,24	2,54
Oriental	87,62	84,83	0,00	6,70
Pacífica	82,23	80,15	0,00	2,31

Según las regiones (**tabla 28**), la mayor cobertura de tratamiento se observó en Bogotá, D. C., seguido de la Oriental y de la Caribe. Respecto al periodo anterior, el mayor descenso se identificó en la región de la Amazonía/Orinoquía (25%) y la Pacífica (11,45%). En la estadificación de la fibrosis (indicador 2), Bogotá, D. C., logró un desempeño alto del indicador, mientras que los resultados más bajos se observaron en la Amazonía/Orinoquía y la Caribe. En cuanto al inicio de la terapia mediante la compra centralizada, todas las regiones cumplieron la meta. Por otra parte, la proporción de los pacientes sin atenciones en los últimos 6 meses (indicador 7) fue mayor en la región Oriental seguida de Bogotá, D. C.

En la **figura 15** se presenta la tendencia de los indicadores de resultado. La detección de la fibrosis hepática en los casos reportados aumentó un 3,19% respecto al periodo anterior, representando que el diagnóstico se hace cuando la enfermedad ha avanzado en el paciente. Por otra parte, el indicador de efectividad del tratamiento, se mantiene estable y continúa superior al 95%.

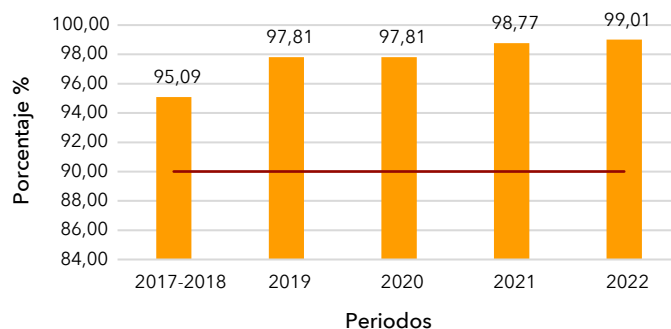
**Figura 15.** Tendencia de los indicadores de resultado en la gestión del riesgo de las personas con hepatitis C crónica, Colombia 2017 - 2022

**A. Indicador 4. Detección de fibrosis hepática en personas con diagnóstico de hepatitis C crónica**



■ Proporción de pacientes con fibrosis hepática — Meta

**B. Indicador 5 . RVS 12 semanas después de finalizado el tratamiento para hepatitis C crónica**



■ Proporción de pacientes en RVS 12 — Meta

[Descargar figura](#)

En el aseguramiento, se detectó una mayor proporción de casos con fibrosis hepática en el régimen contributivo que en el subsidiado, además se incrementó en 2,49% y 5,18% puntos porcentuales respectivamente comparado con el periodo anterior. La RVS a las 12 semanas de finalizado el tratamiento cumplió la meta propuesta en ambos regímenes, al igual que la proporción de la mortalidad atribuible a la infección por VHC (**tabla 29**).

**Tabla 29.** Indicadores de resultado en la gestión del riesgo de las personas con hepatitis C crónica según el régimen de afiliación, Colombia 2022

Regimen	Indicador 4 (%)	Indicador 5 (%)	Indicador 6 (%)
	≤ 20%	≥ 90%	< 2%
	> 20 a ≤ 40%	≥ 85 a < 90%	≥ 2 a < 3%
	> 40%	< 85%	< 3%
Contributivo	50,93	99,37	0,12
Subsidiado	44,69	95,95	0,36

En las regiones, se presentó un menor porcentaje de fibrosis hepática en la Central y la Amazonía/Orinoquía. En ninguna región se alcanzó la meta y fue mayor al 60% en la Oriental, Caribe y Pacífica. La RVS a las 12 semanas de terminado el tratamiento y la proporción de mortalidad atribuible a VHC continúan cumpliendo la meta en todas las regiones (**tabla 30**).



**Tabla 30.** Indicadores de resultado en la gestión del riesgo de las personas con hepatitis C crónica según la región, Colombia 2022

Régimen	Indicador 4 (%)	Indicador 5 (%)	Indicador 6 (%)
	≤ 20%	≥ 90%	≥ 2%
	> 20 a ≤ 40%	≥ 85 a < 90%	≥ 2 a < 3%
	> 40%	< 85%	< 3%
Amazonía/Orinoquía	40,00	100,00	0,00
Bogotá, D. C.	52,12	99,42	0,12
Caribe	63,06	100,00	0,00
Central	33,49	98,78	0,19
Oriental	63,41	100,00	0,69
Pacífica	63,08	96,70	0,00

## Discusión y conclusiones

La tendencia del reporte de las personas con hepatitis C crónica continúa siendo ascendente. En el periodo 2022 se alcanzó el mayor número de incidentes y prevalentes identificados en los últimos 5 años. Este comportamiento es consistente con otras fuentes de información como el SIVIGILA, que informó un aumento del 21,70% en los casos nuevos con hepatitis C con relación al periodo anterior. Sin embargo, las cifras fueron superiores en el SIVIGILA, situación que se puede presentar porque en la CAC se confirma el diagnóstico al auditar la historia clínica y además, porque solamente están obligados a reportar los regímenes contributivo y subsidiado (13). Según la CAC en el periodo, el número de incidentes fue mayor en el régimen contributivo (90,34%), fue más frecuente en hombres (79,20%) y se concentra entre los 25 y los 39 años. Adicionalmente, más del 60% de los casos nuevos tenían coinfección con el VIH y en el 48,44% el mecanismo de transmisión fue sexual.

La prevalencia de la enfermedad fue mayor a la nacional en algunas entidades territoriales como Risaralda, Bogotá, D. C., Quindío, Valle del Cauca, Antioquia y Atlántico. Sin embargo, es inferior a lo esperado según las estimaciones realizadas en diferentes estudios. Por ejemplo, el observatorio Polaris en 2017 estimó una prevalencia de 0,66%, basado en un modelo que incluía los estudios disponibles de la región, tanto en población general como donantes de sangre. En Colombia, la seroprevalencia de anticuerpos contra el VHC en donantes de sangre ha pasado de 1,50% en 1989 a 0,32% en el 2020, siendo esta aún mayor a la que se reporta por notificación de casos. En los pacientes con trasplante de órgano, la prevalencia reportada ha sido de 6,50% y en personas con hemodiálisis del 2,90% (24). En personas que se inyectan drogas, en el 2021 se estimaron seroprevalencias entre el 10,70% y el 80,20% en ciudades como Bogotá, D. C., y Cali, respectivamente (25). Al comparar la prevalencia nacional con otros países de Latinoamérica como México (0,40 - 2,20%), Brasil (0,53%), Uruguay (0,70%) y Argentina (0,50%), persisten los desafíos en el diagnóstico de la infección en la población y una necesidad de profundizar las estrategias que permitan la detección oportuna de los casos (26).

El desconocimiento de la enfermedad y la falta de adherencia a las recomendaciones de tamización por parte de los profesionales de la salud han sido los obstáculos mayores en la detección de los casos. Además, barreras relacionadas con el paciente, como el estigma, la discriminación; y con el sistema como la disponibilidad y el acceso, también impactan negativamente el proceso diagnóstico (27,28). En el mundo existen experiencias exitosas de países que han avanzado significativamente en la detección como paso fundamental para lograr la eliminación de las hepatitis virales para el año 2030. Entre estas se destaca la de Egipto que a través de una estrategia de cribado de toda su población mayor de 18 años (más de 60 millones de población objetivo), logró que más de 1,5 millones de personas iniciaran el tratamiento para el año 2019. Para alcanzar este tipo de resultados, es fundamental un decidido compromiso político, que se traduzca en testeo masivo según las indicaciones por la edad o por el grupo de riesgo, así como una estrategia integral de detección y acceso al tratamiento (29).

“

Según la CAC en el periodo, el número de incidentes fue mayor **en el régimen contributivo (90,34%)**, fue más frecuente en hombres **(79,20%)**, y se concentra entre los **25 y los 39 años.**

”



De igual forma se deben abordar las barreras de la atención como la continuidad de los servicios y la prevención del abandono del tratamiento y reinfecciones. En esto es perentorio mejorar la educación del paciente, formular estrategias que permitan optimizar los tiempos de oportunidad de la atención especializada en los casos que lo requieran y continuar el seguimiento hasta la definición del cierre de caso por curación realizando la carga viral posterior al fin del tratamiento (30).

Según el informe de mercado de la hepatitis C del 2020 del *UK Department for International Development*, en Colombia, el acceso al esquema de tratamiento de 12 semanas rondaba los 4.500 USD (31). Según los datos de la OMS, para el año 2016 no se contaba con ningún AAD genérico disponible en el mercado, sin embargo, para el año 2020 al menos seis industrias tenían un AAD calificado por la OMS. A medida que los AAD se han vuelto más accesibles a nivel global, incrementando la disponibilidad de genéricos en el mercado y disminuyendo sus precios, las recomendaciones más recientes se enfocan en incrementar el acceso al testeo y tratamiento

asegurando la cobertura universal. Según el reporte de progreso global del 2020, los países de bajos y medianos ingresos pueden acceder al esquema de tratamiento de 12 semanas por precios que rondan los 60 USD (29), utilizando principalmente el esquema sofosbuvir/daclatasvir o a través de licencias voluntarias de los fabricantes de la molécula original, o acuerdos de compras a escala. Así mismo, en Colombia se ha mejorado el acceso al tratamiento con la estrategia de negociación y compra centralizada, que ha evidenciado altas tasas de efectividad, mejor oportunidad en el inicio del medicamento y una importante disminución de los precios.

Ahora bien, el siguiente paso para progresar hacia las metas de eliminación de las hepatitis virales es implementar medidas que enfrenten directamente las barreras en la detección de los casos. La OMS recomienda acelerar el acceso a las pruebas de hepatitis C incrementando su disponibilidad mediante la negociación de los precios por volumen, obteniendo bajos costos o aprovechando los mecanismos de renta de plataformas tecnológicas a costa de acuerdos de

obtención de reactivos. En este sentido, la experiencia ganada en el país, es un punto de partida valioso para apostarle a una mayor disponibilidad del testeo. Así mismo, se debe facilitar el acceso a la población con pruebas disponibles en los puntos de atención, descentralizando los servicios de cribado y diagnóstico. Además, para mejorar el acceso al tratamiento se postula como una prioridad clave, facilitar el registro de los productos por las agencias regulatorias nacionales aprovechando aquellos mecanismos como el procedimiento colaborativo para el registro acelerado de la OMS (29,32).

En cuanto a los indicadores de la gestión del riesgo, se observó una disminución respecto al periodo anterior en la cobertura terapéutica que fue más acentuada en el régimen subsidiado, en el cual solo el 72,73% de los casos había iniciado el tratamiento, comparado con el 87,78% del contributivo. Esta brecha también se hace evidente en la evaluación de la fibrosis hepática que tuvo una discreta disminución respecto al periodo anterior, pero entre regímenes la diferencia es de casi el 30% de pacientes que de acuerdo con el reporte no han recibido la apropiada valoración de progresión de la infección. Entre quienes fueron evaluados, en el 50,34% de los casos se detectó algún grado de fibrosis poniendo en evidencia la necesidad de mejorar la detección oportuna de la enfermedad.

“

La efectividad del **tratamiento** con los AAD está por encima de la **meta propuesta (>95%)** tanto a **nivel nacional, en ambos regímenes de afiliación y en las regiones.**

”

La efectividad del tratamiento con los AAD está por encima de la meta propuesta (> 95%) tanto a nivel nacional, en ambos regímenes de afiliación y en las regiones. Además, se mantiene la respuesta terapéutica independiente del tiempo desde el diagnóstico, la historia de comorbilidades, coinfecciones y con acción pangénica. Por otra parte, los indicadores de acceso al tratamiento mediante la compra centralizada y el de abandono tuvieron un desempeño alto tanto a nivel nacional como entre los regímenes. No obstante, deben analizarse las diferencias regionales en el abandono para optimizar los mecanismos de retención.

A manera de conclusión, se destaca el progreso realizado en Colombia, con la estrategia de negociación y compra centralizada y la creación de un registro de la enfermedad, que han evidenciado un mayor acceso al tratamiento, un mejor seguimiento de los casos y una alta tasa de curación de la enfermedad. Sin embargo, se identificaron retos importantes en la gestión de los pacientes con hepatitis C crónica, como la expansión del tamizaje y el diagnóstico oportuno. Como país nos encontramos lejos en la identificación de los pacientes de acuerdo con las estimaciones hechas a nivel nacional y de Latinoamérica. Es necesario masificar el testeado de la población susceptible por el grupo de edad y por los factores de riesgo, aumentando la disponibilidad y el acceso a los métodos diagnósticos. Así mismo, acorde con las recomendaciones de la OMS, para mejorar la cobertura terapéutica actual y ante el esperado aumento de los casos por identificar, es un punto prioritario descentralizar y simplificar la atención de los casos no complicados hacia los servicios de baja complejidad, en un solo paso de testeado y tratamiento, y facilitar los mecanismos de registro de los esquemas genéricos con eficacia y seguridad probada, que permitan reducir los costos del tratamiento con los AAD. Esto permitiría enfocar el gasto en la expansión de los mecanismos de cribado y diagnóstico que faciliten la detección oportuna de los casos para reducir la progresión de la enfermedad, lograr el objetivo de curación, reducir la transmisión y avanzar hacia la meta global de eliminación.



## 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 [en línea]. Bogotá, D.C.; 2017. (Versión Completa). 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. Centers for Disease Control and Prevention. 2022.
3. Bedossa P, Poynard T, METAVIR Cooperative Study Group. An algorithm for the grading of activity in chronic hepatitis C. *Hepatology*. 1996;24:289-93.
4. The METAVIR Cooperative Group. Inter- and intra-observer variation in the assessment of liver biopsy of chronic hepatitis C. *Hepatology*. 1994;20:15-20.
5. 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., [en línea]. Bogotá, D.C.; 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](https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/lists/bibliotecadigital/ride/ia/ssa/articulo_1.pdf)
7. Ministerio de Salud y Protección Social de Colombia. Gestión integral del riesgo en salud [en línea]. 2018. Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VP/DOA/girs-prespectiva-desde-aseguramiento.pdf>
8. Lee MH, Yang HI, Lu SN, Jen CL, You SL, Wang LY, et al. Chronic hepatitis C virus infection increases mortality from hepatic and extrahepatic diseases: A community-based long-term prospective study. *J Infect Dis* [en línea]. 2012;206(4):469-77. Disponible en: [https://watermark.silverchair.com/jis385.pdf?token=AQECAHI208BE49Ooan9kkhW\\_Ercy7Dm3ZL\\_9Cf3qfKAc485ysgAAAr4wg-gK6BgkqhkiG9w0BBwagggKrMIIcPwIBADCCAqAGCSqGS1b3DOEHATAeBglghkgBZQMEAS4wEQQMf6ah1POdJ\\_jkLBYvAgEQ-gIIcCReRogvuct4pjMXPZnAJML05zytRuKpE6Iekg2l7sazzlH1Y](https://watermark.silverchair.com/jis385.pdf?token=AQECAHI208BE49Ooan9kkhW_Ercy7Dm3ZL_9Cf3qfKAc485ysgAAAr4wg-gK6BgkqhkiG9w0BBwagggKrMIIcPwIBADCCAqAGCSqGS1b3DOEHATAeBglghkgBZQMEAS4wEQQMf6ah1POdJ_jkLBYvAgEQ-gIIcCReRogvuct4pjMXPZnAJML05zytRuKpE6Iekg2l7sazzlH1Y)
9. Organización Mundial de la Salud (OMS). Estrategias mundiales del sector de la salud contra el VIH, las hepatitis víricas y las infecciones de transmisión sexual para el periodo 2022-2030. 2022;1-120. Disponible en: <https://www.who.int/es/publications/i/item/9789240053779>
10. Dusheiko G, Carey I. Global elimination of hepatitis C: a warning from the data. *Lancet Gastroenterol Hepatol* [en línea]. 2022;7(5):380-1. Disponible en: [http://dx.doi.org/10.1016/S2468-1253\(22\)00009-7](http://dx.doi.org/10.1016/S2468-1253(22)00009-7)
11. CDA Foundation's Polaris Observatory. Polaris Observatory [en línea]. 2020. Disponible en: <https://cdfaound.org/polaris-regions-das-hboard/>
12. 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* [en línea]. 2021;18(2):72-5. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC8450463/pdf/CLD-18-72.pdf>
13. Instituto Nacional de Salud de Colombia. HEPATITIS B, C Y COINFECCIÓN B-D PE XIII [en línea]. Colombia; 2022. Disponible en: <https://www.ins.gov.co/buscador-eventos/Informesdeevento/HEPATITIS BCD PE XIII 2022.pdf>
14. Meshram RJ, Kathwate GH, Gacche RN. Progress, evolving therapeutic/diagnostic approaches, and challenges in the management of hepatitis C virus infections. *Arch Virol* [en línea]. 2022;167(3):717-36. Disponible en: <https://doi.org/10.1007/s00705-022-05375-0>
15. Said ZNA, El-Sayed MH. Challenge of managing hepatitis B virus and hepatitis C virus infections in resource-limited settings. *World J Hepatol* [en línea]. 2022;14(7):2022. Disponible en: <https://f6publishing.blob.core.windows.net/0e81d089-42a0-4e2a-8d3b-b5d-1da99ed27/WJH-14-1333.pdf>
16. Ministerio de Salud y Protección Social. Resolución 1692 de 2017 "compra centralizada de medicamentos para hepatitis C" [en línea]. 2017. Disponible en: [https://www.minsalud.gov.co/Normatividad\\_Nuevo/Resolución No. 01692 de 2017.pdf](https://www.minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/Resolución No. 01692 de 2017.pdf)
17. Ministerio de Salud y Protección Social. Estudio previo adquisición de medicamentos para el tratamiento del virus de la hepatitis C por intermedio del Fondo Rotatorio Regional para la adquisición de productos estratégicos de salud pública OPS/OMS. Bogotá D.C.; 2017.
18. Ministerio de Salud y Protección Social. Estudios previos Orden de compra No. 0113 de 2019 de la compra centralizada de medicamentos para el tratamiento del virus de la Hepatitis C. Bogotá, D.C.; 2019.

19. 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. Bogotá, D.C.; 2019.
20. Ministerio de Salud y Protección Social. Vía clínica para el tratamiento de hepatitis C crónica. Bogotá, D.C. 2018.
21. Ministerio de Salud y Protección Social de Colombia. Resolución número 8430 de 1993. 1993; Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/DIJ/RESOLUCION-8430-DE-1993.PDF>
22. Ministerio de Salud y Protección Social. Resolución 1995 de 1999. En Bogotá, D.C.; 1999.
23. United Nations. Department of Economic and Social Affairs PD. World Population Prospects 2022 Data Sources. 2022;(9). Disponible en: <https://population.un.org/wpp/Download/Documentation/Documentation/>
24. López-Osorio MC, Beltrán M, Navas MC. Epidemiología de la infección por el virus de la hepatitis C en Colombia [Epidemiology of hepatitis C virus infection in Colombia Epidemiologia da infecção pelo vírus da hepatite C na Colômbia. Rev Panam Salud Pública. 2021;45(e96).
25. 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.
26. Coalition For Global Hepatitis Elimination. Accelerating Progress Toward Hepatitis Elimination in Latin America. 2021.
27. World Hepatitis Alliance. Barriers to diagnosis research, Find the missing millions. 2018.
28. Shahid I, Alzahrani AR, Al-Ghamdi SS, Alanazi IM, Rehman S, Hassan S. Hepatitis C Diagnosis: Simplified Solutions, Predictive Barriers, and Future Promises. Diagnostics. 2021;11:1253.
29. World Health Organization. Accelerating access to hepatitis C diagnostics and treatment. Global progress report 2020. Geneva: World Health Organization. 2021. 76 p.
30. Blanding DP, Moran WP, Bian J. Linkage to specialty care in the hepatitis C care cascade. J Investig Med. 2021;69:324-332.
31. Clinton Health Access Initiative Market Memo 2022. Hepatitis C Market Report. 2022;15(1):2020-3.
32. Collaborative Procedure for Accelerated Registration | WHO - Prequalification of Medical Products (IVDs, Medicines, Vaccines and Immunization Devices, Vector Control).



Fondo Colombiano de  
Enfermedades de Alto Costo

¡Síguenos en nuestras redes sociales!



[www.cuentadealtocosto.org](http://www.cuentadealtocosto.org)



MINISTERIO DE SALUD Y  
PROTECCIÓN SOCIAL



MINISTERIO DE HACIENDA Y  
CRÉDITO PÚBLICO