

SITUACIÓN DE LA
HEPATITIS C CRÓNICA
en los regímenes subsidiado
y contributivo de Colombia



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 2020

CUENTA DE ALTO COSTO

Fondo Colombiano de Enfermedades de Alto Costo



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 2020

Fondo Colombiano de Enfermedades de Alto Costo

Cuenta de Alto Costo [CAC]

ISSN: 2344-7702

Periodicidad: una edición anual

Bogotá D.C., Colombia, junio de 2021

© 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 2020; Bogotá
D.C. 2021.

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



Situación de la HEPATITIS C CRÓNICA en Colombia 2020

WWW.CUENTADEALTOCOSTO.ORG



Junta Directiva

Presidente

Juan Pablo Rueda Sanchez

Sanitas

Angela Maria Cruz

Coomeva E.P.S. S.A.

Beda Margarita Suárez

Anas Wayuu EPSI

Lina Vanessa Morales

Comfenalco Valle E.P.S.

Jaime González Montaña

Coosalud

José Fernando Cardona Uribe

Nueva EPS

Justo Jesús Paz Wilches

Mutual Ser E.S.S

José Joaquín Cortés

Cajacopi 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

Coordinadora de Auditoría

Ana María Valbuena García

Coordinadora de Gestión del Conocimiento

Luis Alberto Soler

Coordinador de Gestión del Riesgo

Fernando Valderrama

Coordinador de Gestión de la Tecnología y Gestión de la Información

Revisoras

Mauricio Orrego Beltrán

Médico especialista en Medicina Interna, Gastroenterología y Endoscopia Digestiva, Hepatología y trasplante de hígado

Miembro de la Asociación Colombiana de Hepatología

Cielo Yaneth Ríos Hincapié

Médica magister en Salud Pública

Dirección de Promoción y Prevención

Ministerio de Salud y Protección Social

Grupo desarrollador

Lizbeth Acuña

Directora ejecutiva CAC

María Teresa Daza

Coordinadora de Auditoría

Estefanía Orozco Marín

Líder auditoría coordinación auditoría

Yenny Alexandra López López

Líder auditoría coordinación auditoría

Luis Alejandro Moreno Ramírez

Líder médico de auditoría

Comité editorial

Lizbeth Acuña Merchán

Presidenta

Ana María Valbuena García

Secretaria

Luis Alberto Soler

Vocal

Fernando Valderrama

Vocal

María Teresa Daza

Vocal

Liliana Barbosa Vaca

Vocal

Corrección de estilo, diseño y diagramación:

Alejandro Niño Bogoya - Unidad de Comunicación y Difusión

Esteban Roa Calderón - Unidad de Comunicación y Difusión



CONTENIDO

Abreviaturas.....	11
Lista de entidades que reportaron información a la cuenta de alto costo en el período y que fueron incluidas en el análisis.....	12
Glosario.....	13
Introducción.....	14
Aspectos éticos y legales.....	15
Aspectos metodológicos.....	16
Generalidades del reporte.....	16
Población de interés y periodo evaluado.....	16
Calidad de la información.....	16
Ajuste de datos posterior a la auditoría.....	17
Análisis epidemiológico.....	17
Contenido infográfico de resumen del capítulo 1.....	22
1. Caracterización de los casos incidentes de hepatitis c crónica.....	23
1.1. Caracterización demográfica de los casos incidentes con hepatitis c crónica.....	23
1.2. Caracterización clínica de los casos incidentes de hepatitis c crónica.....	26
Contenido infográfico de resumen del capítulo 2.....	30
2. Caracterización de los casos prevalentes de hepatitis c crónica.....	31
2.1. Caracterización demográfica de los casos prevalentes de hepatitis c crónica.....	31
2.2. Caracterización clínica de los casos prevalentes de hepatitis c crónica.....	34
Contenido infográfico de resumen del capítulo 3.....	40
3. Morbilidad y mortalidad en la población con hepatitis c crónica.....	41
3.1 Incidencia de la hepatitis c crónica.....	41
3.2. Prevalencia de la hepatitis c crónica.....	45
3.3. Mortalidad en las personas con hepatitis c crónica.....	50
Contenido infográfico de resumen del capítulo 4.....	53
4. Tratamiento en las personas con hepatitis c crónica.....	54
4.1. Generalidades del tratamiento.....	54
4.2. Efectividad del tratamiento con aad.....	55
Contenido infográfico de resumen del capítulo 5.....	59
5. Pacientes con coinfección vhc y vih.....	60
5.1 Caracterización demográfica de los casos con coinfección por hepatitis c crónica y vih.....	60

Situación de la HEPATITIS C CRÓNICA en Colombia 2020

Contenido infográfico de resumen del capítulo 6.....	66
6. Manejo médico especializado de las personas con hepatitis c crónica.....	67
Contenido infográfico de resumen del capítulo.....	70
7. Indicadores de gestión del riesgo	71
Contenido infográfico de resumen del capítulo 7.....	77
8. Análisis del impacto de la pandemia por virus sars cov 2 (covid 19) en el seguimiento de los pacientes con hepatitis c crónica	78
Discusión y conclusiones	81
Tablas complementarias	83
Referencias bibliográficas.....	84



LISTA DE TABLAS

Tabla 1. Tendencia de la calidad de los datos reportados según el régimen de afiliación, Colombia 2019-2020	17
Tabla 2. Características sociodemográficas de los casos incidentes de hepatitis C crónica según el régimen de afiliación, Colombia 2020.....	24
Tabla 3. Distribución de los casos incidentes de hepatitis C crónica según la región y la entidad territorial, Colombia 2020	25
Tabla 4. Características clínicas de los casos incidentes de hepatitis C crónica, Colombia 2020.....	26
Tabla 6. Características sociodemográficas de los casos prevalentes de hepatitis C crónica según el régimen de afiliación, Colombia 2020.....	32
Tabla 7. Distribución de los casos prevalentes de hepatitis C crónica según la región y la entidad territorial, Colombia 2020	33
Tabla 8. Características clínicas de los casos prevalentes de hepatitis C crónica, Colombia 2020	34
Tabla 9. Incidencia de la hepatitis c crónica según el sexo, Colombia 2020	41
Tabla 10. Incidencia de la hepatitis C crónica por 100.000 habitantes según la región y la entidad territorial, Colombia 2020	42
Tabla 11. Incidencia de la hepatitis C crónica por 100.000 afiliados según el régimen de afiliación y la entidad aseguradora, Colombia 2020	44
Tabla 12. Prevalencia de la hepatitis C crónica según el sexo, Colombia 2020.....	46
Tabla 13. Prevalencia de la hepatitis C crónica x 100.000 habitantes según la región y la entidad territorial, Colombia 2020	46
Tabla 14. Prevalencia de la hepatitis C crónica x 100.000 afiliados según el régimen de afiliación y la entidad aseguradora, Colombia 2020	49
Tabla 15. Caracterización del tratamiento actual en las personas con hepatitis C crónica según el régimen de afiliación, Colombia 2020	54
Tabla 16. Efectividad del tratamiento con Antivirales de Acción Directa (AAD) en las personas con hepatitis C crónica según el esquema y las características clínicas, Colombia 2020	56
Tabla 17. Distribución de los casos con coinfección por hepatitis C crónica y VIH según la región y la entidad territorial, Colombia 2020.....	61
Tabla 18. Características clínicas de los casos con coinfección por hepatitis C crónica y VIH, Colombia 2020	63
Tabla 19. Distribución del número de atenciones recibidas por paciente según especialidad, Colombia 2020	67
Tabla 20. Distribución del número total de consultas durante el período según el tipo de profesional y el estado de la fibrosis, Colombia 2020	67
Tabla 21. Descripción de los indicadores de gestión del riesgo en hepatitis C crónica, Colombia 2020	71
Tabla 22. Medición de los indicadores de proceso (1, 2, 3 y 7) en las personas con hepatitis C crónica según la entidad aseguradora, Colombia 2020.....	72
Tabla 23. Medición de indicadores de resultado (4, 5 y 6) en la gestión de los pacientes con hepatitis C crónica según la entidad aseguradora, Colombia 2020.....	74

Situación de la HEPATITIS C CRÓNICA en Colombia 2020

Tabla 24. Variación en el número de procedimientos (laboratorios) y consultas en los pacientes con hepatitis C crónica antes y durante la pandemia, Colombia 2019-2020	78
Tabla 25. Descripción de otros cambios encontrados en la atención de los pacientes con hepatitis C crónica durante la pandemia	80
Tabla 1C. Hallazgos relevantes identificados durante la auditoría de la información, Colombia 2020	83

LISTA DE MAPAS

Mapa 1. Distribución geográfica de las regiones de Colombia según el DANE, 2020	19
Mapa 2. Incidencia ajustada por la edad de la hepatitis C crónica en Colombia, 2020.....	43
Mapa 3. Prevalencia ajustada por la edad de la hepatitis C crónica en Colombia, 2020	48
Mapa 4. Mortalidad general ajustada por la edad en las personas con hepatitis C crónica en Colombia, 2020	51



LISTA DE FIGURAS

Figura 1. Población proyectada por el DANE según la entidad territorial, Colombia 2020	18
Figura 2. Número de afiliados por Empresa Administradora de Planes de Beneficios en Colombia, 2020.	20
Figura 3. Tendencia del número de casos incidentes de hepatitis C crónica según el sexo, Colombia 2017-2020.....	23
Figura 4. Pirámide poblacional de los casos incidentes de hepatitis C crónica, Colombia 2020.....	24
Figura 5. Distribución del grado de fibrosis hepática en los casos incidentes de hepatitis C crónica según el genotipo, Colombia 2020.....	28
Figura 6. Tendencia del número de casos prevalentes de hepatitis C crónica, Colombia 2017-2020	31
Figura 7. Pirámide poblacional de los casos prevalentes de hepatitis C crónica, Colombia 2020.....	32
Figura 8. Distribución del grado de fibrosis hepática en los casos prevalentes de hepatitis C crónica según el genotipo, Colombia 2020	37
Figura 9. Distribución del grado de fibrosis hepática en los casos prevalentes de hepatitis C crónica según el tiempo de diagnóstico, Colombia 2020	38
Figura 10. Tendencia de la incidencia de la hepatitis C crónica, Colombia 2017-20201	41
Figura 11. Tendencia de la prevalencia cruda de la hepatitis C crónica, Colombia 2017-2020 ¹	45
Figura 12. Tendencia en la efectividad del tratamiento con AAD en las personas con hepatitis C crónica, Colombia 2017-2020.....	55
Figura 13. Tendencia del número de casos con coinfección por hepatitis C crónica y VIH según el sexo, Colombia 2017-2020.....	60
Figura 14. Distribución de la población con coinfección por hepatitis C crónica y VIH según la edad y el sexo, Colombia 2020	62
Figura 15. Tendencia de los indicadores de proceso, Colombia 2017-2020 ¹	72
Figura 16. Tendencia de los indicadores de resultado en la gestión de los pacientes con hepatitis C crónica, Colombia 2017-2020.....	74

ABREVIATURAS

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



LISTA DE ENTIDADES QUE REPORTARON INFORMACIÓN A LA CUENTA DE ALTO COSTO EN EL PERÍODO Y QUE FUERON INCLUIDAS EN EL ANÁLISIS

Código	Nombre de la empresa administradora de planes de beneficios (EAPB)
Régimen contributivo	
EPS005	E.P.S. Sanitas S.A.S.
EPS008	Compensar E.P.S.
EPS010	Sura E.P.S.
EPS037	Nueva E.P.S. S.A.
EPS017	E.P.S. Famisanar Ltda.
EPS002	Salud Total S.A. E.P.S.
EPS016	Coomeva E.P.S. S.A.
EPS044	Medimás (Contributivo)
EPS018	E.P.S. Servicio Occidental de Salud S.A. -S.O.S.
EPS001	Aliansalud E.P.S. S.A.
EAS027	Fondo de Pasivo Social de Ferrocarriles Nacionales de Colombia.
EPS012	Comfenalco Valle E.P.S.
Régimen subsidiado	
EPSS40	Savia Salud
EPS045	Medimás (Subsidiado)
ESS062	Asociación Mutual La Esperanza -Asmet Salud
EPSS41	Nueva E.P.S. S.A.
ESS024	Coosalud E.S.S. - Cooperativa de Salud y Desarrollo Integral de la Zona Sur Oriental de Cartagena Ltda.
ESS207	Asociación -Mutual Ser- Empresa Solidaria de Salud E.S.S.
ESS076	Asociación Mutual Barrios Unidos de Quibdó Ambuq ESS
CCF055	Cajacopi - CCF de Atlántico
EPSI03	Asociación Indígena del Cauca -A.I.C.
CCF024	Comfamiliar Huila E.P.S. - CCF
EPS025	Capresoca E.P.S.

Situación de la HEPATITIS C CRÓNICA en Colombia 2020

GLOSARIO

APRI	El índice de la relación Aspartato aminotransferasa (AST) / plaquetas (APRI) es un índice 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: $APRI = (AST/Límite Superior Normal) \times 100 / \text{recuento de plaquetas (109/L)}$. (1)
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 hígado (1).
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 (2).
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: $FIB-4 = (edad \text{ (años)} \times AST \text{ (UI/L)}) / (\text{recuento de plaquetas (109 /L} \times [ALT \text{ (UI L)} 1/2])$. (1)
FIBROTEST	Prueba de biomarcadores, que utiliza los resultados de seis marcadores de la sangre para estimar la fibrosis hepática. (1)
RESPUESTA VIRAL SOSTENIDA (RVS)	ARN VHC indetectable tres meses después del final del tratamiento. (1)
VHC AGUDO	Presencia de VHC dentro de los 6 meses después de la adquisición de la infección. (1)
VHC CRÓNICO	Presencia continuada de VHC seis meses o más después de adquirir la infección. (1)
VÍA CLÍNICA	El plan de atención orientado a tareas, que detalla los pasos esenciales en el cuidado de pacientes con un problema clínico específico y describe el curso clínico esperado de los pacientes. El objetivo de las vías clínicas es estandarizar la atención con base en la mejor evidencia disponible, mejorar los resultados en salud y hacer más eficiente el uso de los recursos (1).
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.

INTRODUCCIÓN

La infección por el virus de la hepatitis C (VHC) crónica es un problema de salud pública mundial, priorizado por las Naciones Unidas en la agenda 2030 para el desarrollo sostenible donde se planteó combatir directamente la enfermedad a la par de poner fin a las epidemias del SIDA, la tuberculosis, la malaria y las enfermedades tropicales desatendidas (3).

En el mundo se estima que las hepatitis virales cada año ocasionan la muerte de 1,4 millones de personas por infección aguda y por cáncer hepático y cirrosis asociados, de las cuales el 48% se atribuye al VHC. A la vez, las hepatitis son una causa creciente de mortalidad entre las personas con VIH con aproximadamente 2,9 millones de personas coinfectadas (4). En América Latina se estima que existen 7,2 millones de infectados por VHC y se estiman 125.000 muertes por hepatitis virales (5). En Colombia, se reportaron al Sistema Nacional de Vigilancia en Salud Pública (Sivigila) en el año 2020 equivalente a 473 casos nuevos de infecciones por hepatitis C, lo equivalente a una incidencia cruda de 0,9 por 100.000 habitantes (7).

La hepatitis C es una infección que se transmite por la sangre, asociada al consumo de drogas inyectables, procedimientos médicos en condiciones poco seguras y en menor medida a través del contacto sexual (4). Se han reconocido siete genotipos con más de 70 subtipos que se denominan según las letras del alfabeto (a, b, c, d, etc.) (5, 6, 10). La presentación de la enfermedad generalmente es subclínica o con síntomas inespecíficos como la fatiga, la dispepsia, el dolor abdominal, la ictericia, el dolor en el hipocondrio derecho, las mialgias, el vómito y la fiebre; siendo así, una enfermedad de difícil diagnóstico (8). La enfermedad en el cuadro crónico evoluciona a fibrosis hepática, considerada como un factor de riesgo importante para la cirrosis y el cáncer hepático.

El manejo de la enfermedad crónica se realiza con antivirales de acción directa (AAD) requiere de un elevado uso de recursos económicos. En 2017, se estimó el costo promedio de tratamiento en Colombia entre \$227.384.183 y \$340.032.758 para tratamientos basados en sofosbuvir, dependiendo de la combinación de medicamentos prescritos al paciente (9).

Por lo anterior, la meta principal a nivel mundial es reducir los casos de nuevas infecciones de los 6 a los 10 millones actuales a menos de 1 millón para 2030 y reducir los 1,4 millones de muertes a menos de 500.000 para 2030. Para cumplir este objetivo se plantearon estrategias en el marco de la cobertura sanitaria universal, el conjunto continuo de servicios y un enfoque en salud pública. La primera estrategia es contar con la información de la caracterización de los pacientes que permita implementar intervenciones que impacten en un acceso efectivo y equitativo al tratamiento y que sean sostenibles financieramente para el sistema de salud (4).

En Colombia, desde la promulgación de la Resolución 1692 de 2017 (11), la Cuenta de Alto Costo (CAC) es la encargada del registro de las personas diagnosticadas con hepatitis C crónica como parte del seguimiento de la estrategia de negociación y compra centralizada diseñada por el Ministerio de Salud y Protección Social (MSPS). En 2017, se inició con el reporte de los pacientes del régimen contributivo, que fueron complementados con los pacientes del régimen subsidiado desde el 1° de enero de 2020. Para el período de análisis correspondiente al 2020 se reportaron 626 pacientes con diagnóstico confirmado de hepatitis C crónica, manteniendo la relación con los 632 reportados en 2019. La ausencia de crecimiento en el reporte a pesar de la inclusión del régimen subsidiado se puede ver explicada por la pandemia por COVID-19.

La información que se presenta a continuación permitirá el fortalecimiento en la toma de decisiones en salud basadas en datos del mundo real, enfocado en mejorar la gestión realizada por los aseguradores y prestadores de servicios de salud, en búsqueda de conseguir la eliminación de la enfermedad y la reducción en la mortalidad (4).

En este informe se describen las características poblacionales de los pacientes, las medidas de morbimortalidad, se incluye un análisis de las personas con coinfección con el virus de inmunodeficiencia humana (VIH), se expone el modelo de manejo médico especializado, el comportamiento de los indicadores de gestión de riesgo y se finaliza con un análisis del impacto de la pandemia en el seguimiento de las personas con VHC.

Situación de la HEPATITIS C CRÓNICA en Colombia 2020

ASPECTOS ÉTICOS Y LEGALES

ASPECTOS ÉTICOS Y LEGALES

La información presentada en este documento corresponde al análisis de los datos obtenidos del reporte obligatorio que las Entidades Administradoras de Planes de Beneficios (EAPB), pertenecientes a los regímenes contributivo y subsidiado, realizaron a la CAC durante el periodo comprendido entre el 1° de enero y el 31 de diciembre de 2020.

Su objetivo es producir y difundir la información y los conocimientos útiles para la toma de decisiones, desde las perspectivas clínica y administrativa, orientados a la protección y promoción de la salud, la prevención, el diagnóstico, el tratamiento y el seguimiento de la hepatitis C crónica, considerada enfermedad de alto costo. Lo anterior, contribuye al mejoramiento de los resultados en la salud pública e individual de los colombianos, y promueve el uso eficiente y equitativo de los recursos limitados del sistema de salud; generando valor social, científico, informativo e investigativo para el país.

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

El contenido de esta publicación es producto de un riguroso ejercicio académico desarrollado bajo una perspectiva retrospectiva, clasificada sin riesgo, en la que se insta por la pluralidad en la obtención de la información en Colombia, garantizando que los datos obtenidos de fuentes primarias se administra, conserva, custodia y mantiene en anonimato, confidencialidad, privacidad e integridad, según las normas internacionales para la investigación con seres humanos (Declaración de Helsinki (12), Informe Belmont (13), Pautas CIOMS (14)) y la normativa colombiana establecida por la Resolución 8430 de 1993 del Ministerio de Salud (15), por la que se establecen las normas científicas, técnicas y administrativas para la investigación en salud.

Así mismo, para este caso particular, se garantiza la protección de la información derivada del manejo de la historia clínica tal como se reglamenta en la Resolución 1995 de 1999 (16) y la Ley Estatutaria de habeas data 1581 de 2012 (17), por la cual se dictan las disposiciones generales para la protección de datos personales sancionada por dicha ley y reglamentada por el Decreto Nacional 1377 de 2013 (18) que regula el manejo adecuado de datos sensibles.

ASPECTOS METODOLÓGICOS

Generalidades del reporte

Los datos presentados corresponden a la información que las EAPB reportaron a la CAC, en cumplimiento de la Resolución 1692 de 2017 del MSPS (11), por la cual se establece la obligatoriedad del reporte mensual de la población diagnosticada con hepatitis C crónica, con corte al 31 de diciembre de 2020.

El grupo de las entidades de las que se obtuvo esta información está conformado por:

- 23 empresas promotoras de salud (EPS) y entidades obligadas a compensar (EOC).

Población de interés y periodo evaluado

La población objeto del reporte está conformada por todas las personas diagnosticadas con hepatitis C crónica, que recibieron atención en alguna de las entidades aseguradoras durante el periodo comprendido entre el 1° de enero y el 31 de diciembre de 2020. Se incluyeron las personas diagnosticadas antes del periodo (casos prevalentes), las diagnosticadas durante el periodo (casos incidentes) y los fallecidos durante el tiempo de observación.

Calidad de la información

La información reportada fue auditada con el fin de garantizar su calidad y confiabilidad. Este proceso se desarrolló en tres fases: la verificación inicial realizada en la malla de validación, el cruce de datos con las fuentes externas y finalmente, 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 realizó la obtención de 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 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 se comparó la información reportada por las entidades, con la historia clínica y demás soportes (entrega de medicamentos, seguimiento ambulatorio, entre otros) con el fin de evaluar la calidad del dato y validar la presencia del diagnóstico, así como los aspectos clínicos relacionados con las complicaciones y el tratamiento. Se auditó el 100% (n=626) de las personas reportadas durante el periodo. Con el ánimo de mejorar los resultados, en cada periodo se identifican los aspectos relevantes a intervenir por los aseguradores y prestadores, socializados en foros y talleres de capacitación con el fin de generar alertas para que las entidades tomen las acciones necesarias orientadas a mejorar sus procesos de atención. Como se observa en la tabla 1, en este periodo se evidenció una mejoría en la calidad de los datos reportados en el régimen contributivo. Otros hallazgos importantes posteriores a la auditoría pueden ser consultados en la tabla suplementaria 1C.

Situación de la HEPATITIS C CRÓNICA en Colombia 2020

ASPECTOS METODOLÓGICOS

Tabla 1. Tendencia de la calidad de los datos reportados según el régimen de afiliación, Colombia 2019-2020

Régimen	Periodos		Variabilidad
	2019	2020	
Contributivo	● 96,90	● 98,00	● 1,1
Subsidiado	● 94,70	● 93,40	● -1,2

Ajuste de datos posterior a la auditoría

Durante el proceso de auditoría se realizó una segunda validación para identificar los registros únicos y las inconsistencias entre la información reportada y la observada; en estos casos, se capturó el dato obtenido de la historia clínica. 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.

Análisis epidemiológico

Análisis descriptivo

Se realizó un análisis descriptivo de las variables sociodemográficas y clínicas de interés. En el primer grupo se incluyeron la edad, el sexo, la entidad territorial, el régimen de afiliación y la entidad que realizó el reporte. Las variables clínicas se relacionaron con el tiempo de diagnóstico, comorbilidades, mecanismo de transmisión, grado de fibrosis, genotipo y tratamiento previo. Para las variables numéricas con distribución normal, se reporta la media y la desviación estándar (DE); en caso contrario, la mediana y el rango intercuartílico (RIC; primer cuartil (Q1) – tercer cuartil (Q3)). Las variables categóricas se informan como valores absolutos y proporciones.

Estimación de la morbilidad y mortalidad

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

- **Incidencia:** corresponde a las personas con fecha de diagnóstico de hepatitis C crónica entre el 1º de enero y el 31 de diciembre de 2020. Se reporta como el número de casos nuevos por 1.000.000 de habitantes/afiliados, según corresponda.
- **Prevalencia:** se refiere al número total de personas reportadas con hepatitis C crónica durante el período 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/afiliados, según corresponda.
- **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 (RUAFA) de la Registraduría Nacional del Estado Civil y el Departamento Administrativo Nacional de Estadística (DANE).

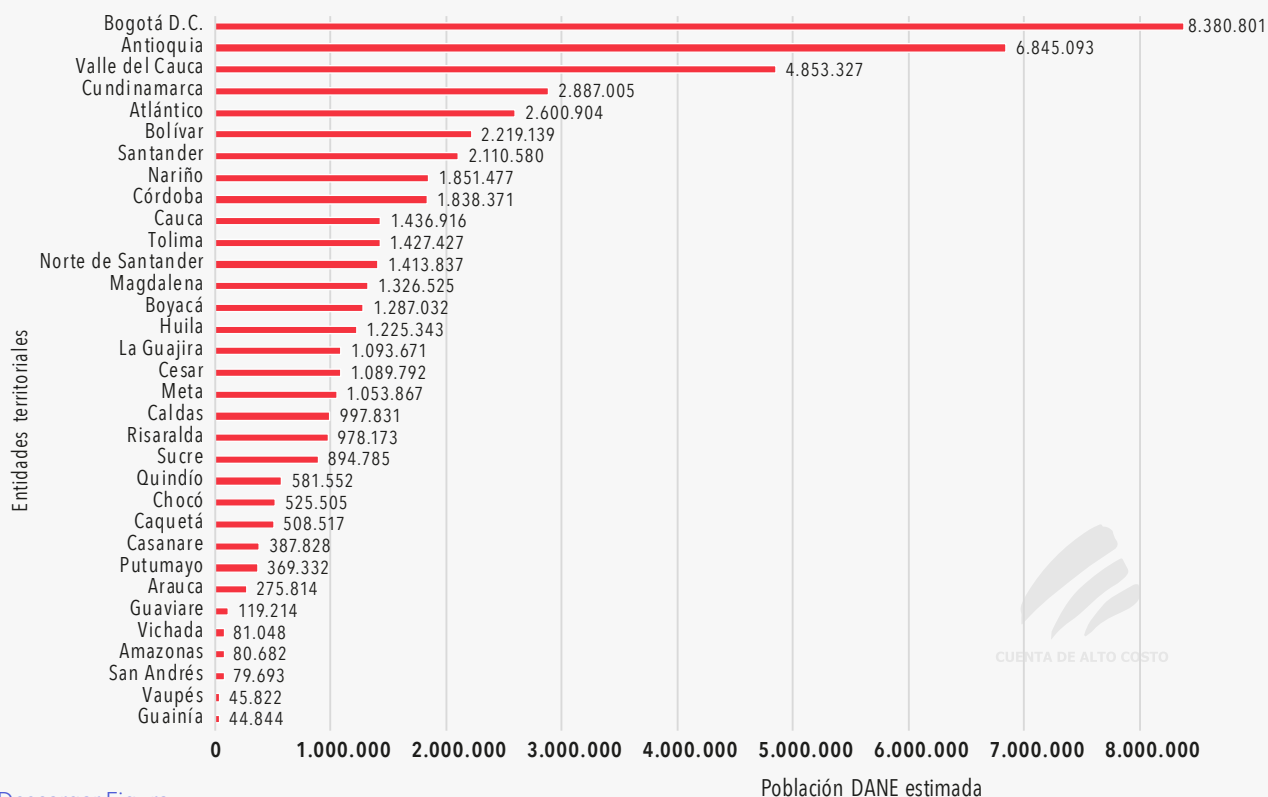
Las medidas de morbimortalidad se ajustaron por la edad, utilizando el método directo, tomando como referencia la población colombiana estimada por el DANE (n=50.374.478) según quinquenios, con corte al 30 de junio de 2019 (figura 1). La morbimortalidad se calculó para las regiones del país, definidas por el DANE según el producto interno bruto (mapa 1).

Para los análisis que tuvieron como denominador la población afiliada al sistema de salud colombiano, se usó el conteo de afiliados para cada EAPB (n=46.104.161) con corte al 30 de junio de 2019, obtenido de la BDUA.

Análisis de los indicadores de gestión del riesgo

Se realizó el cálculo de los indicadores de gestión del riesgo definidos por la CAC para los aseguradores y los prestadores en Colombia” evaluando su tendencia desde el 2017.

Figura 1. Población proyectada por el DANE según la entidad territorial, Colombia 2020



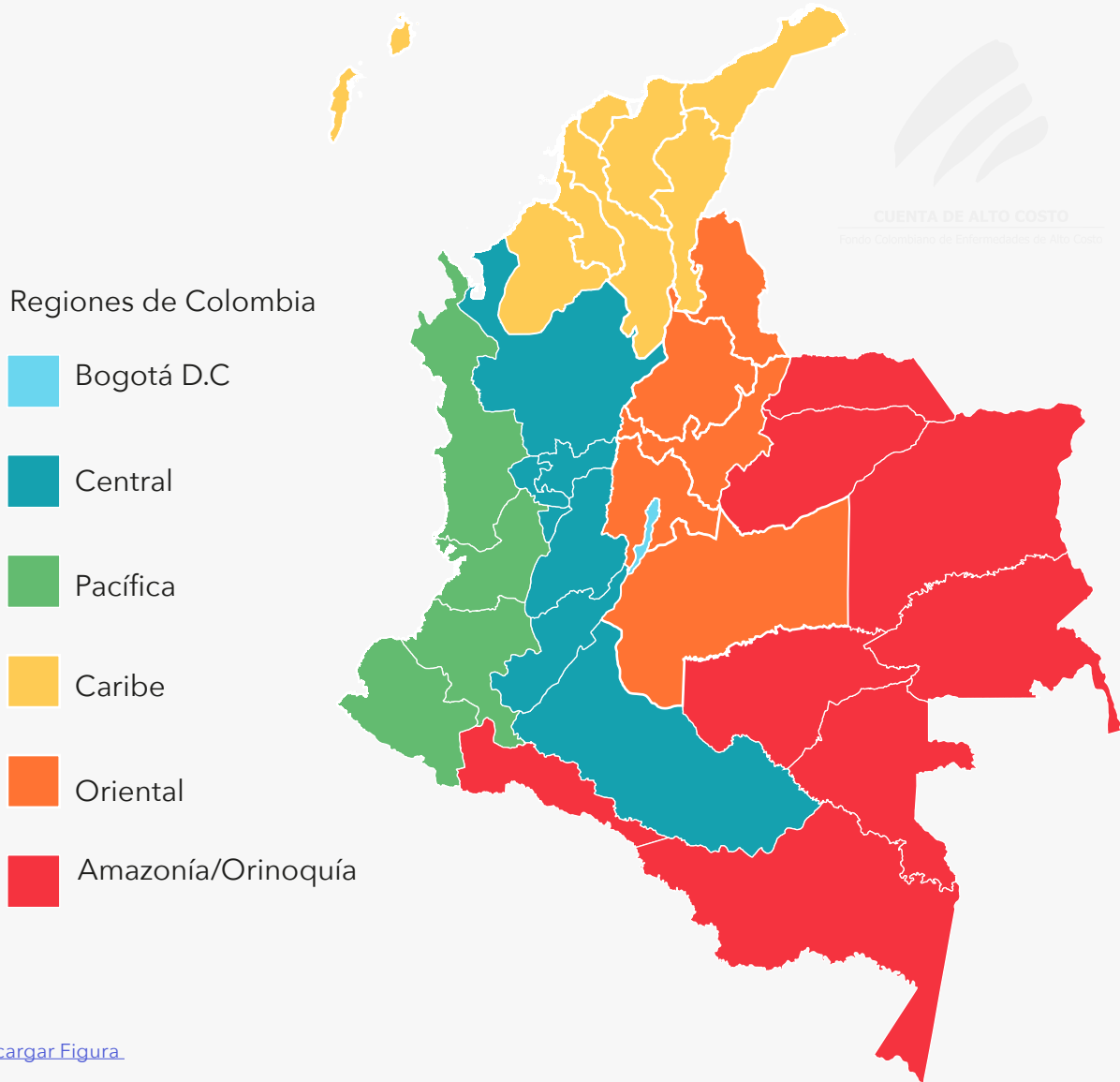
[Descargar Figura](#)

*Fuente: Departamento Administrativo Nacional de Estadística. Proyección a 30 de junio de 2020.

Situación de la HEPATITIS C CRÓNICA en Colombia 2020

ASPECTOS METODOLÓGICOS

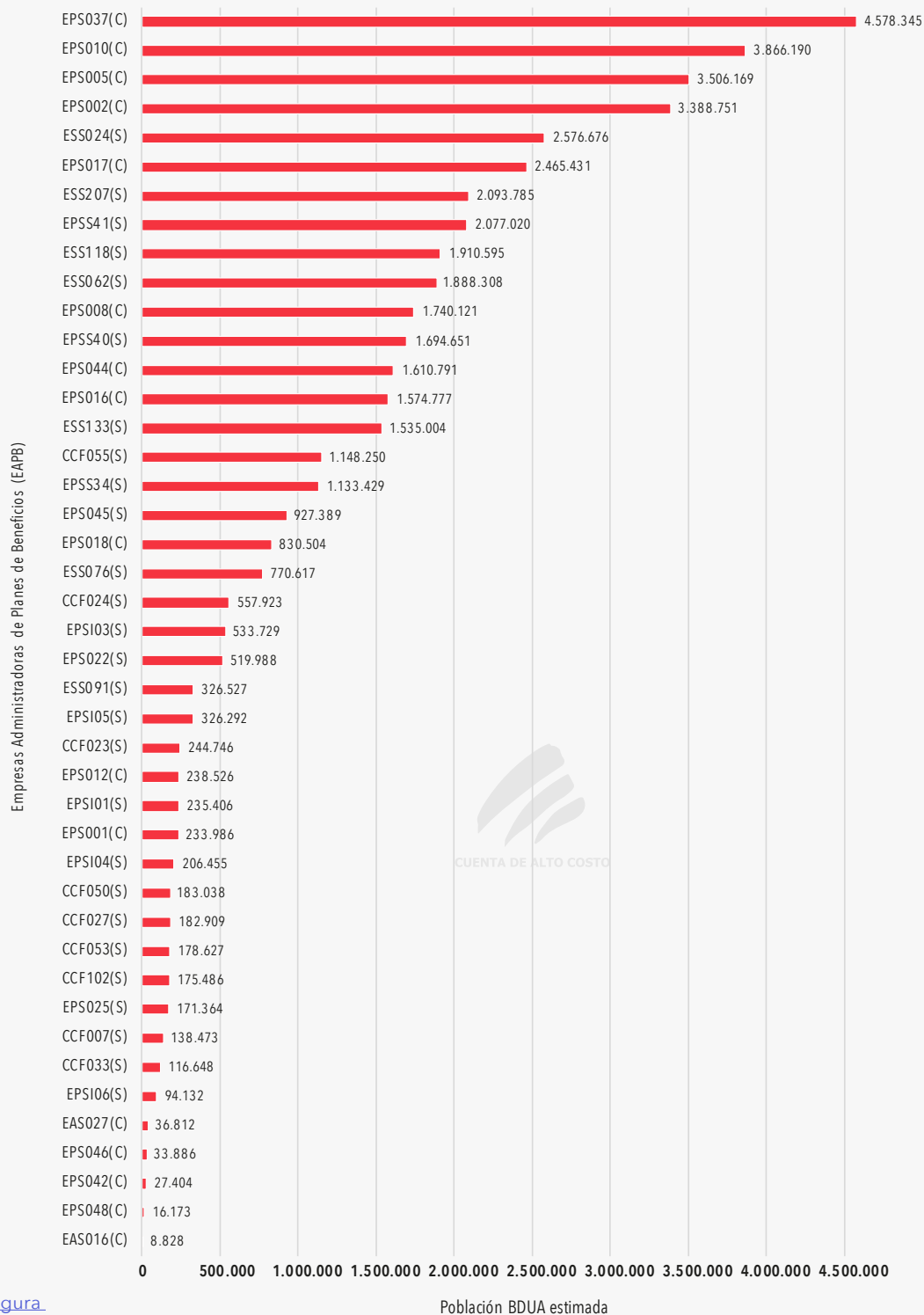
Mapa 1. Distribución geográfica de las regiones de Colombia según el DANE, 2020



[Descargar Figura](#)

* Fuente: Departamento Administrativo Nacional de Estadística. Clasificación 2020.

Figura 2. Número de afiliados por Empresa Administradora de Planes de Beneficios en Colombia, 2020



[Descargar Figura](#)

Población BDUA estimada

* Fuente: Base Única de Afiliados, Ministerio de Salud y Protección Social, corte a 30 de junio de 2020.



1. CARACTERIZACIÓN DE LOS CASOS INCIDENTES DE HEPATITIS C CRÓNICA



CUENTA DE ALTO COSTO

Fondo Colombiano de Enfermedades de Alto Costo

CONTENIDO INFOGRÁFICO DE RESUMEN DEL CAPÍTULO

Capítulo 1.

Para el 2020 se registraron 314 casos nuevos de hepatitis C crónica con un incremento del 20,30% respecto al año anterior.



El 87,58% de los casos corresponden al régimen contributivo. El 52,23% de los casos incidentes residen en Bogotá D.C, seguido por la región central con el 25,16%.



El 77,70% de los casos incidentes corresponden a los hombres, presentando un incremento del 57,42% respecto al periodo previo.



La edad promedio en los hombres con VHC es de 25 a 34 años, para las mujeres es de 65 a 74 años.



El 60,51% de los casos incidentes tenían coinfección con VIH y el 15,92% presentaba cirrosis.



El 60,51% de los casos incidentes tenían coinfección con VIH y el 15,92% presentaba cirrosis.



[Descargar Figura](#)

Situación de la HEPATITIS C CRÓNICA en Colombia 2020

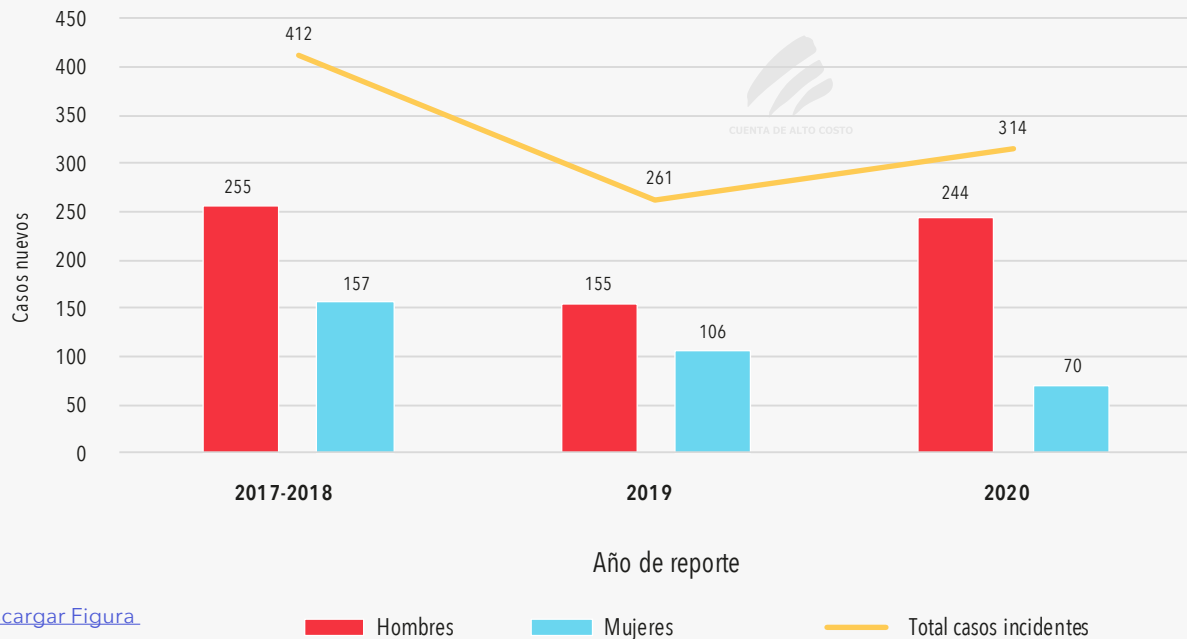
1. CARACTERIZACIÓN DE LOS CASOS INCIDENTES DE HEPATITIS C CRÓNICA

Para el periodo comprendido entre el 1° de enero y el 31 de diciembre de 2020, se reportaron a la CAC 626 personas con diagnóstico de hepatitis C crónica, 314 fueron casos incidentes. A continuación, se describen sus principales características sociodemográficas y clínicas.

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

Se reportaron 314 casos nuevos de hepatitis C crónica, lo cual representa un aumento del 20,30% (n=53) con respecto al periodo anterior en el que se identificaron 261. Según el sexo, se observó un incremento del 57,42% en la frecuencia de casos incidentes en los hombres, pasando de 155 a 244, mientras que para las mujeres se identificó una disminución del 66,04%.

Figura 3. Tendencia del número de casos incidentes de hepatitis C crónica según el sexo, Colombia 2017-2020



[Descargar Figura](#)

En la tabla 2 se presenta la caracterización general de los casos nuevos. El 87,58% (n=275) corresponde al régimen contributivo y el 12,42% (n=39) al régimen subsidiado.

Con relación al sexo, en el total de los casos y por el régimen de afiliación, la mayor proporción se presentó en los hombres. La mediana de edad general fue de 38 años (RIC: 30-57). En cuanto a la región de residencia, el 89,49% de la población se concentró en las regiones Central (77,39%) y Pacífica (12,10%).

Tabla 2. Características sociodemográficas de los casos incidentes de hepatitis C crónica según el régimen de afiliación, Colombia 2020

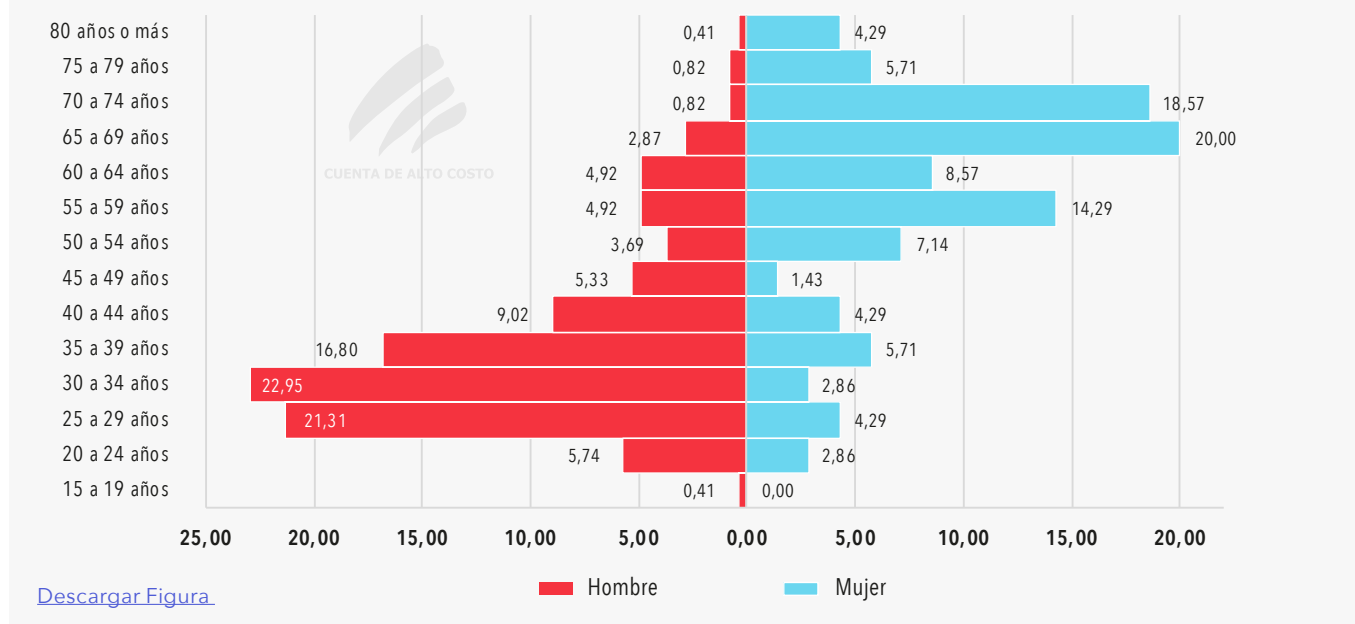
Variables	Contributivo	Subsidiado	Total
	n (%)	n (%)	n (%)
	275 (87,58)	39(12,42)	314(100,00)
Sexo			
Mujer	59 (21,45)	11 (28,21)	70 (22,29)
Hombre	216 (78,55)	28 (71,79)	244 (77,71)
Edad	38 (30,00-56,00)	37 (29,50-63,00)	38 (30,00-57,00)
Región de residencia			
Bogotá D.C.	161 (58,55)	3 (7,69)	164 (52,23)
Caribe	13 (4,73)	9 (23,08)	22 (7,01)
Central	55 (20,00)	24 (61,54)	79 (25,16)
Oriental	9 (3,27)	1 (2,56)	10 (3,18)
Pacífica	36 (13,09)	2 (5,13)	38 (12,10)
Amazonía/Orinoquía	1 (0,36)	0 (0,00)	1 (0,32)

¹ Los valores reportados corresponden a números absolutos (%) para todas las variables, exceptuando la edad, para la que se presenta la mediana (rango intercuartílico).

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

El 25,81% (n=58) de los casos incidentes pertenecía al grupo etario comprendido entre los 30 y los 34 años. No obstante, al analizar la distribución según el sexo, en los hombres el 44,26% se ubicó en los grupos de edad de 25 a 29 y 30-34 años. Por su parte, en las mujeres, la mayor frecuencia (38,57%) se observó entre los grupos de edad de 65 a 69 y 70 a 74 años (figura 4).

Figura 4. Pirámide poblacional de los casos incidentes de hepatitis C crónica, Colombia 2020



Situación de la HEPATITIS C CRÓNICA en Colombia 2020

1. CARACTERIZACIÓN DE LOS CASOS INCIDENTES DE HEPATITIS C CRÓNICA

1.1.2. Distribución de los casos incidentes según la entidad territorial

El mayor número de casos se agrupó en las regiones Central y Pacífica. Bogotá D.C (52,23%), Antioquía (16,56%) y Valle del Cauca (11,15%) fueron las entidades territoriales con la mayor proporción de casos nuevos (tabla 3). Por su parte, la mayoría de los departamentos que conforman las regiones de la Amazonía/Orinoquía y Caribe no reportaron casos incidentes

Tabla 3. Distribución de los casos incidentes de hepatitis C crónica según la región y la entidad territorial, Colombia 2020

Región/entidad territorial	Casos
	n (%)
Bogotá, D.C.	164 (52,23)
Central	79 (25,16)
Antioquia	52 (16,56)
Risaralda	12 (3,82)
Quindío	8 (2,55)
Caldas	4 (1,27)
Tolima	2 (0,64)
Huila	1 (0,32)
Caquetá	0 (0,00)
Pacífica	38 (12,10)
Valle del Cauca	35 (11,15)
Cauca	2 (0,64)
Nariño	1 (0,32)
Chocó	0 (0,00)
Caribe	22 (7,01)
Atlántico	18 (5,73)
Cesar	2 (0,64)
Bolívar	2 (0,64)
Córdoba	0 (0,00)
Magdalena	0 (0,00)
La Guajira	0 (0,00)
Sucre	0 (0,00)
San Andrés	0 (0,00)
Oriental	10 (3,18)
Cundinamarca	5 (1,59)
Boyacá	2 (0,64)
Santander	2 (0,64)
Meta	1 (0,32)
Norte de Santander	0 (0,00)
Amazonía/Orinoquía	1 (0,32)
Arauca	1 (0,32)
Casanare	0 (0,00)
Putumayo	0 (0,00)
Guaviare	0 (0,00)
Vichada	0 (0,00)
Amazonas	0 (0,00)

Tabla 3. Distribución de los casos incidentes de hepatitis C crónica según la región y la entidad territorial, Colombia 2020 (continuación)

Región/entidad territorial	Casos n (%)
Vaupés	0 (0,00)
Guainía	0 (0,00)
Total	314 (100,00)

1.2. Caracterización clínica de los casos incidentes de hepatitis C crónica

La tabla 4 describe las características clínicas de los casos incidentes según el sexo. En cuanto a la distribución de las comorbilidades al momento del reporte, la cirrosis se presentó en el 15,92%, predominando más en las mujeres que en los hombres. Adicionalmente, la infección por VIH se presentó en el 60,51% de los casos con mayor frecuencia en los hombres (76,64%); el antecedente de trasplante hepático fue del 0,32% (n=1); la ERC estadio 4-5 se identificó en el 0,64% (n=2), sin diferencias según el sexo; y finalmente, la hepatitis B se observó en el 1,59%.

Al analizar el mecanismo de transmisión, en general prevalecen la transmisión sexual y la hemotransfusión con un 59,87% (n=188) y 16,88% (n=53), respectivamente. Según el sexo, en las mujeres predomina el mecanismo de hemotransfusión (45,71%) y en hombres el sexual (75,81%). En el 15,92% de los casos incidentes, no fue posible identificar este dato.

Posterior a la evaluación del grado de fibrosis hepática, se evidenció que el 73,57% de los casos se clasificó entre F0-F3, el 16,56% presentó cirrosis y el 9,87% no fue evaluado.

Con relación al genotipo viral, los más frecuentes fueron el 4 (18,79%; n=59) y el 1 (15,92%; n=50). No obstante, se resalta que en el 62,42% (n=196) este dato fue desconocido porque no se realizó, en algunos casos justificado como no requerido y en otros no estaba la información.

Por último, en el 3,18% (n=10) de los casos incidentes, se observó antecedente de tratamiento previo para hepatitis C crónica sin un resultado exitoso del 80%.

Tabla 4. Características clínicas de los casos incidentes de hepatitis C crónica, Colombia 2020

Variables	Hombre	Mujer	Total
	n (%)	n (%)	n (%)
Comorbilidades			
Cirrosis			
Si	26 (10,66)	24 (34,29)	50 (15,92)
No	164 (67,21)	32 (45,71)	196 (62,42)
No evaluado	54 (22,13)	14 (20,00)	68 (21,66)
Coinfección VIH			
Si	187 (76,64)	3 (4,29)	190 (60,51)
No	50 (20,49)	63 (90,00)	113 (35,99)
No evaluado	7 (2,87)	4 (5,71)	11 (3,50)
Trasplante hepático			
Si	0 (0,00)	1 (1,43)	1 (0,32)
No	244 (100,00)	69 (98,57)	313 (99,68)
ERC 4 -5			
Si	1 (0,41)	1 (1,43)	2 (0,64)

Situación de la HEPATITIS C CRÓNICA en Colombia 2020

1. CARACTERIZACIÓN DE LOS CASOS INCIDENTES DE HEPATITIS C CRÓNICA

Tabla 4. Características clínicas de los casos incidentes de hepatitis C crónica, Colombia 2020 (continuación)

Variables	Hombre	Mujer	Total
	n (%)	n (%)	n (%)
No	243 (99,59)	69 (98,57)	312 (99,36)
Hepatitis B			
Si	4 (1,64)	1 (1,43)	5 (1,59)
No	227 (93,03)	66 (94,29)	293 (93,31)
No evaluado	13 (5,33)	3 (4,29)	16 (5,10)
Mecanismo de transmisión			
Evento adverso relacionado con procedimientos de salud	2 (0,82)	0 (0,00)	2 (0,64)
Hemotransfusión	21 (8,61)	32 (45,71)	53 (16,88)
Uso de equipos de inyección contaminada	11 (4,51)	4 (5,71)	15 (4,78)
Exposición ocupacional	0 (0,00)	1 (1,43)	1 (0,32)
Transmisión sexual	185 (75,82)	3 (4,29)	188 (59,87)
Transmisión materno infantil	0 (0,00)	0 (0,00)	0 (0,00)
Consumo de sustancias psicoactivas intranasales	0 (0,00)	0 (0,00)	0 (0,00)
Otras formas de transmisión sanguínea	1 (0,41)	4 (5,71)	5 (1,59)
Desconocido	24 (9,84)	26 (37,14)	50 (15,92)
Presencia de fibrosis hepática			
F0	10 (4,10)	3 (4,29)	13 (4,14)
F1	88 (36,07)	16 (22,86)	104 (33,12)
F2	75 (30,74)	18 (25,71)	93 (29,62)
F3	17 (6,97)	4 (5,71)	21 (6,69)
Cirrosis compensada	13 (5,33)	12 (17,44)	25 (7,96)
Cirrosis no compensada	8 (3,28)	3 (4,29)	11 (3,50)
Cirrosis sin estadificar	7 (2,87)	9 (12,86)	16 (5,10)
No tamizado	26 (10,66)	5 (7,14)	31 (9,87)
Genotipo			
1	0 (0,00)	1 (1,43)	1 (0,32)
1A	17 (6,97)	6 (8,57)	23 (7,32)
1B	15 (6,15)	11 (15,71)	26 (8,28)
2	3 (1,23)	3 (4,29)	6 (1,91)
3	2 (0,82)	1 (1,43)	3 (0,96)
4	59 (24,18)	0 (0,00)	59 (18,79)
Desconocido	148 (60,66)	48 (68,57)	196 (62,42)
Tratamiento previo			
Si	8 (3,28)	2 (2,86)	10 (3,18)
No	236 (96,72)	68 (97,14)	304 (96,82)
Total	244 (77,71)	70 (22,29)	314 (100,00)

¹ Los valores reportados corresponden a números absolutos (%) para todas las variables.

² Clasificación de la fibrosis hepática según la escala de metavir. Se tuvieron en cuenta los resultados de pruebas como el fibroscan, fibrotest, FIB4, APRI y en menor proporción la biopsia hepática.

1.2.1. Distribución del grado de fibrosis hepática en los casos incidentes de hepatitis C crónica según el genotipo

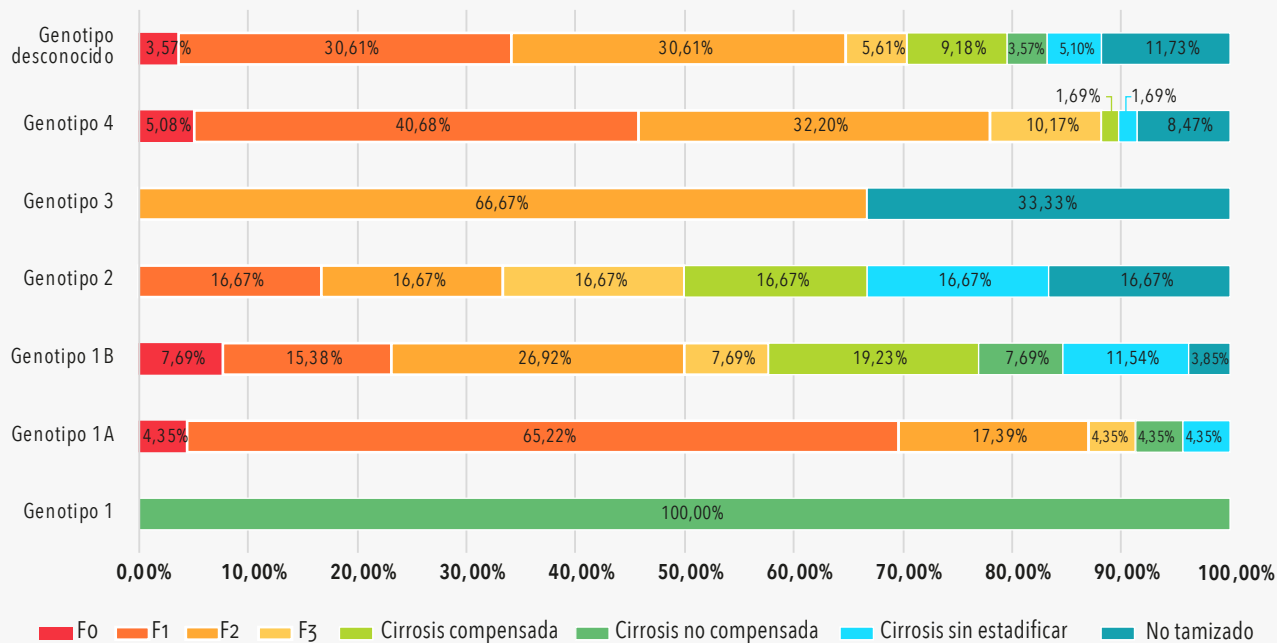
En la figura 5, para los casos con nuevo diagnóstico de hepatitis C crónica, se describe el porcentaje del grado de fibrosis hepática por cada uno de los genotipos virales.

El grado de fibrosis F0-F1 se identificó el genotipo 1a (69,57%), 1b (23,08%), 2 (16,67%), 4 (45,76%) y desconocido (34,18%). Por su parte, para el grado F2-F3 se evidenciaron los genotipos 1a (21,74%), 1b (34,62%), 2 (33,33%), 3 (66,67%), 4 (42,37%) y desconocido (36,22%).

En cuanto a la estadificación de cirrosis hepática, se observó en el genotipo 1 (100%), 1a (8,70%), 1b (38,46%), 2 (33,33%), 4 (3,39%) y desconocido (17,86%).

El 11,73% (n=23) no fue evaluado para fibrosis hepática y no fue realizado el genotipo viral.

Figura 5. Distribución del grado de fibrosis hepática en los casos incidentes de hepatitis C crónica según el genotipo, Colombia 2020



[Descargar Figura](#)



2. CARACTERIZACIÓN DE LOS CASOS PREVALENTES DE HEPATITIS C CRÓNICA



CUENTA DE ALTO COSTO

Fondo Colombiano de Enfermedades de Alto Costo

CONTENIDO INFOGRÁFICO DE RESUMEN DEL CAPÍTULO

Capítulo 2.

Para el 2020 se registraron 626 casos prevalentes de hepatitis C crónica, lo anterior evidencia un descenso del 0,94% con respecto al 2019.



La mayor proporción de casos prevalentes se presentó en los hombres (73,96%); la mediana de edad general fue de 41 años (RIC: 31-59).



El 77,70% de los casos incidentes corresponden a los hombres, presentando un incremento del 57,42% respecto al periodo previo.



El 45,21% de las personas con infección por VHC crónica residen en Bogotá D.C, seguido por el 28,59% en la región central.



En los casos prevalentes se evidencia un predominio de coinfección en los hombres (73,00%) en comparación con las mujeres.



El principal mecanismo de infección en los hombres es la transmisión sexual (65,01%). En las mujeres prevalece la transmisión por hemotransfusión (49,36%).



[Descargar Figura](#)

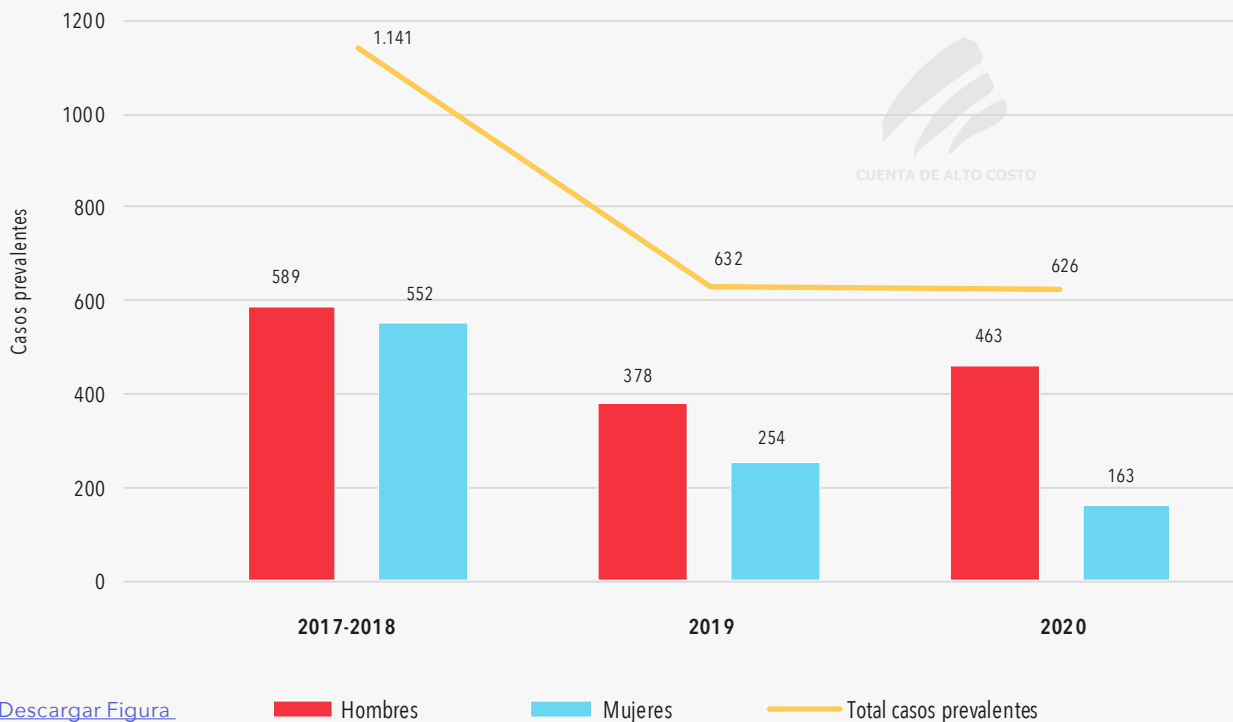
Situación de la HEPATITIS C CRÓNICA en Colombia 2020

2. CARACTERIZACIÓN DE LOS CASOS PREVALENTES DE HEPATITIS C CRÓNICA

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

Entre el 1° de enero y 31 de diciembre del 2020, se identificaron 626 casos prevalentes de hepatitis C crónica, lo que representa un descenso del 0,94% (n=6) con respecto al 2019; con relación al sexo se evidenció una disminución del 35,82% en la frecuencia de casos prevalentes en mujeres: contrario al comportamiento en los hombres, en donde se presentó un incremento del 22,48% de los casos.

Figura 6. Tendencia del número de casos prevalentes de hepatitis C crónica, Colombia 2017-2020



La tabla 6 describe las características sociodemográficas de los casos prevalentes de hepatitis C crónica. En cuanto al régimen de afiliación, la mayoría de los casos se concentraron en el contributivo con un 80,03% (n=501) y en menor proporción en el subsidiado con el 19,97% (n=125).

En cuanto al sexo la mayor proporción de casos se presentó en los hombres (73,96%), la mediana de edad general fue de 41 años (RIC: 31-59). El 73,80% de la población se encontraba concentrada en la región Central, seguida por la región Pacífica con el 10,22% y en menor proporción la región de Amazonía/Orinoquía con el 0,32%.

Tabla 6. Características sociodemográficas de los casos prevalentes de hepatitis C crónica según el régimen de afiliación, Colombia 2020

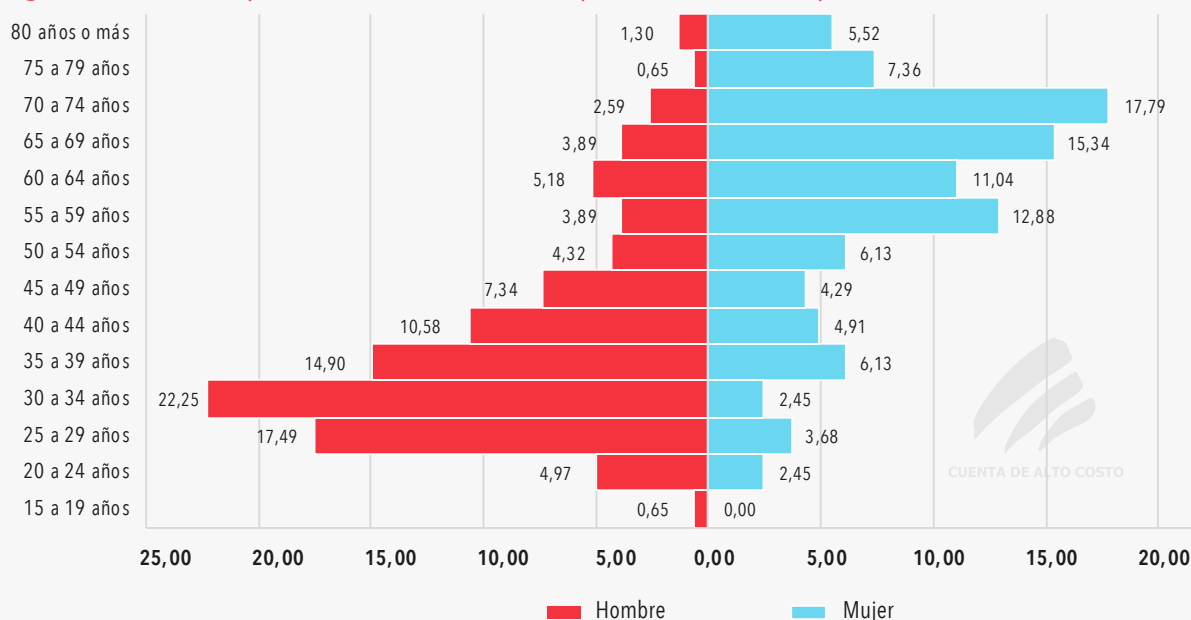
Variables	Contributivo	Subsidiado	Total
	n (%)	n (%)	n (%)
	501 (80,03)	125 (19,97)	626 (100,00)
Sexo			
Mujer	121 (24,15)	42 (33,60)	163 (26,04)
Hombre	380 (75,85)	83 (66,40)	463 (73,96)
Edad			
	40 (31,00-59,00)	42 (31,00-61,00)	41 (31,00-59,00)
Región de residencia			
Bogotá D.C.	273 (54,49)	10 (8,00)	283 (45,21)
Caribe	32 (6,39)	30 (24,00)	62 (9,90)
Central	111 (22,16)	68 (54,40)	179 (28,59)
Oriental	28 (5,59)	8 (6,40)	36 (5,75)
Pacífica	56 (11,18)	8 (6,40)	64 (10,22)
Amazonía/Orinoquía	1 (0,20)	1 (0,80)	2 (0,32)

¹ Los valores reportados corresponden a números absolutos (%) para todas las variables, exceptuando la edad, para la que se presenta mediana (rango intercuartílico).

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

El 24,70% (n=107) de los casos prevalentes se encontraban concentrados en el grupo etario de los 30 a los 34 años. -Respecto a la distribución según el sexo, en los hombres se encontró una mayor frecuencia en las edades comprendidas entre los 30 a 34 años (22,25%) y los 25 a 29 años (17,49%); por otra parte, en las mujeres se observó que el 17,79% se agrupó entre los 70 a 74 años (figura 7).

Figura 7. Pirámide poblacional de los casos prevalentes de hepatitis C crónica, Colombia 2020



[Descargar Figura](#)

Situación de la HEPATITIS C CRÓNICA en Colombia 2020

2. CARACTERIZACIÓN DE LOS CASOS PREVALENTES DE HEPATITIS C CRÓNICA

2.1.2. Distribución de los casos prevalentes según la entidad territorial

La región Central agrupó el mayor número de casos prevalentes a nivel nacional. Según la entidad territorial, Bogotá D.C y Antioquia concentraron la mayor proporción de casos prevalentes con el 45,21% y 19,49% respectivamente, seguidos por la región Pacífica con una frecuencia de 10,22% (tabla 7).

Tabla 7. Distribución de los casos prevalentes de hepatitis C crónica según la región y la entidad territorial, Colombia 2020

Región/entidad territorial	Casos
	n (%)
Bogotá, D.C.	283 (45,21)
Central	179 (28,59)
Antioquia	122 (19,49)
Risaralda	27 (4,31)
Quindío	12 (1,92)
Caldas	8 (1,28)
Tolima	7 (1,12)
Huila	3 (0,48)
Pacífica	64 (10,22)
Valle del Cauca	58 (9,27)
Cauca	4 (0,64)
Nariño	2 (0,32)
Caribe	62 (9,90)
Atlántico	44 (7,03)
Magdalena	7 (1,12)
Bolívar	6 (0,96)
Córdoba	2 (0,32)
Cesar	2 (0,32)
Sucre	1 (0,16)
Oriental	36 (5,75)
Cundinamarca	18 (2,88)
Norte De Santander	7 (1,12)
Santander	5 (0,80)
Boyacá	3 (0,48)
Meta	3 (0,48)
Amazonía/Orinoquía	2 (0,32)
Casanare	1 (0,16)
Arauca	1 (0,16)
Total	626 (100,00)

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

La tabla 8 describe las características clínicas de los casos prevalentes según el sexo. El tiempo para el diagnóstico es menor a 1 año en el 73,64% (n=461). Con respecto a las comorbilidades, se observó que el 17,41% de las personas con VHC crónica presentó cirrosis hepática y el 15,5% no fue evaluado; con relación a la coinfección por VIH se evidenció mayor predominio en los hombres con una frecuencia del 73,00% (n=338) en comparación con las mujeres. El 0,48% de los casos tiene antecedente de trasplante hepático; referente a la ERC estadio 4 - 5 se evidenció una frecuencia de 2,24% (n=14) siendo más alta en los hombres (n=9), finalmente, para coinfección por hepatitis B se encontró una frecuencia del 2,56% (n=16).

En cuanto al mecanismo de transmisión, la transmisión sexual y hemotransfusión son los mecanismos más usuales en la población general con una frecuencia de 49,36% (n=309) y 18,53% (n=116), respectivamente. En los hombres predominó el mecanismo por transmisión sexual (65,01%), mientras que en las mujeres fue más frecuente el mecanismo de hemotransfusión (42,94%). Finalmente, en el 23,48% de los casos no fue posible validar el dato, el cual se consideró como desconocido.

En relación con el grado de fibrosis hepática se observó que el 70,93% de los casos prevalentes fueron clasificados entre F0 y F3, el 18,53% presentó cirrosis hepática, siendo más predominante la cirrosis compensada (8,79%) y el 10,54% no evaluado.

El genotipo viral más prevalente fue el 4 con una frecuencia del 22,04% (n=138) en la población general, por otro lado, en las mujeres predominó el genotipo 1 con una frecuencia del 38,08% (n=62) en este género, se destaca que el 49,36% de los casos quedó como desconocido puesto que no fue posible validar el dato ya que no se encontraba la información o no se realizó la genotipificación.

Finalmente, el 6,55% de los casos prevalentes, presentó antecedente de tratamiento previo para hepatitis C crónica sin resultado exitoso.

Tabla 8. Características clínicas de los casos prevalentes de hepatitis C crónica, Colombia 2020

Variables ¹	Hombre	Mujer	Total
	n (%)	n (%)	n (%)
Tiempo de diagnóstico			
< 1 año	357 (77,11)	104 (63,80)	461 (73,64)
1 a 4 años	84 (18,14)	31 (19,02)	115 (18,37)
5-9 años	8 (1,73)	10 (6,13)	18 (2,88)
>= 10 años	6 (1,30)	13 (7,98)	19 (3,04)
Sin dato	8 (1,73)	5 (3,07)	13 (2,08)
Comorbilidades			
Cirrosis			
Si	54 (11,66)	55 (33,74)	109 (17,41)
No	336 (72,57)	84 (51,53)	420 (67,09)
No tamizado	73 (15,77)	24 (14,72)	97 (15,50)
Coinfección VIH			
Si	338 (73,00)	6 (3,68)	344 (54,95)
No	105 (22,68)	137 (84,05)	242 (38,66)
No evaluado	20 (4,32)	20 (12,27)	40 (6,39)
Trasplante hepático			
Si	0 (0,00)	3 (1,84)	3 (0,48)
No	463 (100,0)	160 (98,16)	623 (99,52)

Situación de la HEPATITIS C CRÓNICA en Colombia 2020

2. CARACTERIZACIÓN DE LOS CASOS PREVALENTES DE HEPATITIS C CRÓNICA

Tabla 8. Características clínicas de los casos prevalentes de hepatitis C crónica, Colombia 2020 (continuación)

Variables ¹	Hombre	Mujer	Total
	n (%)	n (%)	n (%)
ERC 4 -5			
Si	9 (1,94)	5 (3,07)	14 (2,24)
No	454 (98,06)	158 (96,93)	612 (97,76)
Hepatitis B			
Si	13 (2,81)	3 (1,84)	16 (2,56)
No	418 (90,28)	151 (92,64)	569 (90,89)
No evaluado	32 (6,91)	9 (5,52)	41 (6,55)
Trasplante hepático			
Sí	0 (0,00)	3 (1,84)	3 (0,48)
No	463 (100,0)	160 (98,16)	623 (99,52)
Mecanismo de transmisión			
Evento adverso relacionado con procedimientos de salud	3 (0,65)	3 (1,84)	6 (0,96)
Hemotransfusión	46 (9,94)	70 (42,94)	116 (18,53)
Uso de equipos de inyección contaminada	20 (4,32)	7 (4,29)	27 (4,31)
Exposición ocupacional	0 (0,00)	5 (3,07)	5 (0,80)
Transmisión sexual	301 (65,01)	8 (4,91)	309 (49,36)
Transmisión materno infantil	0 (0,00)	1 (0,61)	1 (0,16)
Consumo de sustancias psicoactivas intranasales	1 (0,22)	0 (0,00)	1 (0,16)
Otras formas de transmisión sanguínea	7 (1,51)	7 (4,29)	14 (2,24)
Desconocido	85 (18,36)	62 (38,04)	147 (23,48)
Grado de fibrosis hepática ²			
F0	30 (6,48)	14 (8,59)	44 (7,03)
F1	173 (37,37)	39 (23,93)	212 (33,87)
F2	111 (23,97)	31 (19,02)	142 (22,68)
F3	36 (7,78)	10 (6,13)	46 (7,35)
Cirrosis compensada	26 (5,62)	29 (17,79)	55 (8,79)
Cirrosis no compensada	17 (3,67)	7 (4,29)	24 (3,83)
Cirrosis sin estadificar	17 (3,67)	20 (12,27)	37 (5,91)
Sin evaluado	53 (11,45)	13 (7,98)	66 (10,54)
Genotipo			
1	5 (1,08)	10 (6,13)	15 (2,40)
1A	45 (9,72)	12 (7,36)	57 (9,11)
1B	35 (7,56)	50 (30,67)	85 (13,58)
2	5 (1,08)	6 (3,68)	11 (1,76)
3	8 (1,73)	2 (1,23)	10 (1,60)
4	138 (29,81)	0 (0,00)	138 (22,04)
2 y 4	1 (0,22)	0 (0,00)	1 (0,16)
Desconocido	226 (48,81)	83 (50,92)	309 (49,36)

Tabla 8. Características clínicas de los casos prevalentes de hepatitis C crónica, Colombia 2020 (continuación)

Variables ¹	Hombre	Mujer	Total
	n (%)	n (%)	n (%)
Tratamiento previo			
Si	24 (5,18)	17 (10,43)	41 (6,55)
No	439 (94,82)	146 (89,57)	585 (93,45)
Total	463 (73,96)	163 (26,04)	626 (100,00)

¹ Los valores reportados corresponden a números absolutos (%) para todas las variables, exceptuando la edad al diagnóstico, para la que se presenta la mediana (rango intercuartílico).

² Clasificación de la fibrosis hepática según la escala de metavir. Se tuvieron en cuenta los resultados de pruebas como el fibroscan, fibrotest, FIB4, APRI y en menor proporción la biopsia hepática.

2.2.1. Distribución de la severidad en los casos prevalentes de hepatitis C crónica según la edad al diagnóstico y el sexo

En la figura 8 se observa la distribución del grado de fibrosis hepática según el genotipo viral en los casos prevalentes de hepatitis C crónica.

Con relación al genotipo 1 predominó el grado de fibrosis F2-F3 (n=5) y cirrosis hepática (n=5) con un 33,3% respectivamente, en cuanto al genotipo 1a fue más frecuente el grado de fibrosis F0-F1 en el 64,9% (n=37), para el genotipo 1b (37,6%) y 2 (45,4%) es más frecuente la presencia de cirrosis.

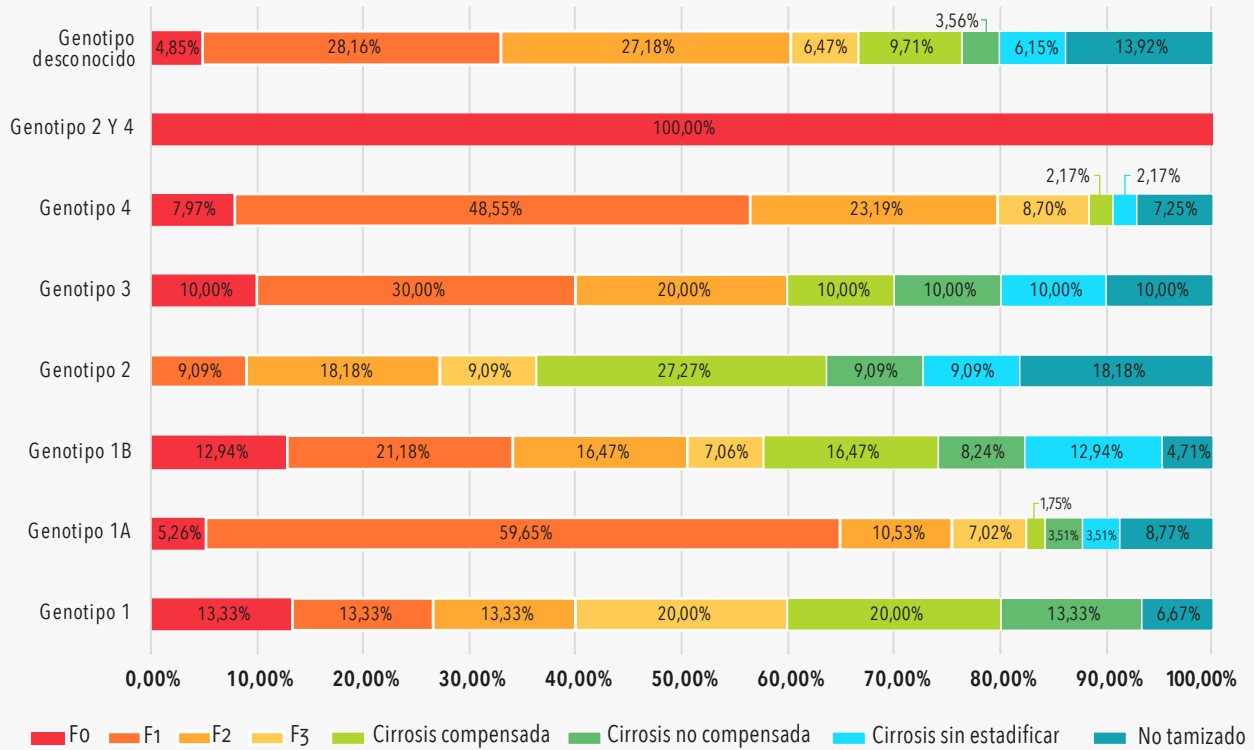
Con relación a los grados de fibrosis F0-F1 se observó una mayor prevalencia en los genotipos 1a (64,9%), 3 (40%), 4 (56,5%) y el caso con genotipo 2 y 4 en la misma infección por VHC, por otra parte, para los grados F2-F3 se identificó mayor predominio del genotipo 1 (33,3%) y desconocido (33,6%). En cuanto a la presencia de cirrosis hepática se encuentra mayor frecuencia en los genotipos 1 (33,3%), 1b (37,6%) y 2 (45,4%).

Finalmente, el 10,54% (n=66) de los casos prevalentes no fueron estudiados para fibrosis hepática y el 13,93% (n=43) no se le realizó evaluación para fibrosis, ni genotipo viral.

Situación de la HEPATITIS C CRÓNICA en Colombia 2020

2. CARACTERIZACIÓN DE LOS CASOS PREVALENTES DE HEPATITIS C CRÓNICA

Figura 8. Distribución del grado de fibrosis hepática en los casos prevalentes de hepatitis C crónica según el genotipo, Colombia 2020

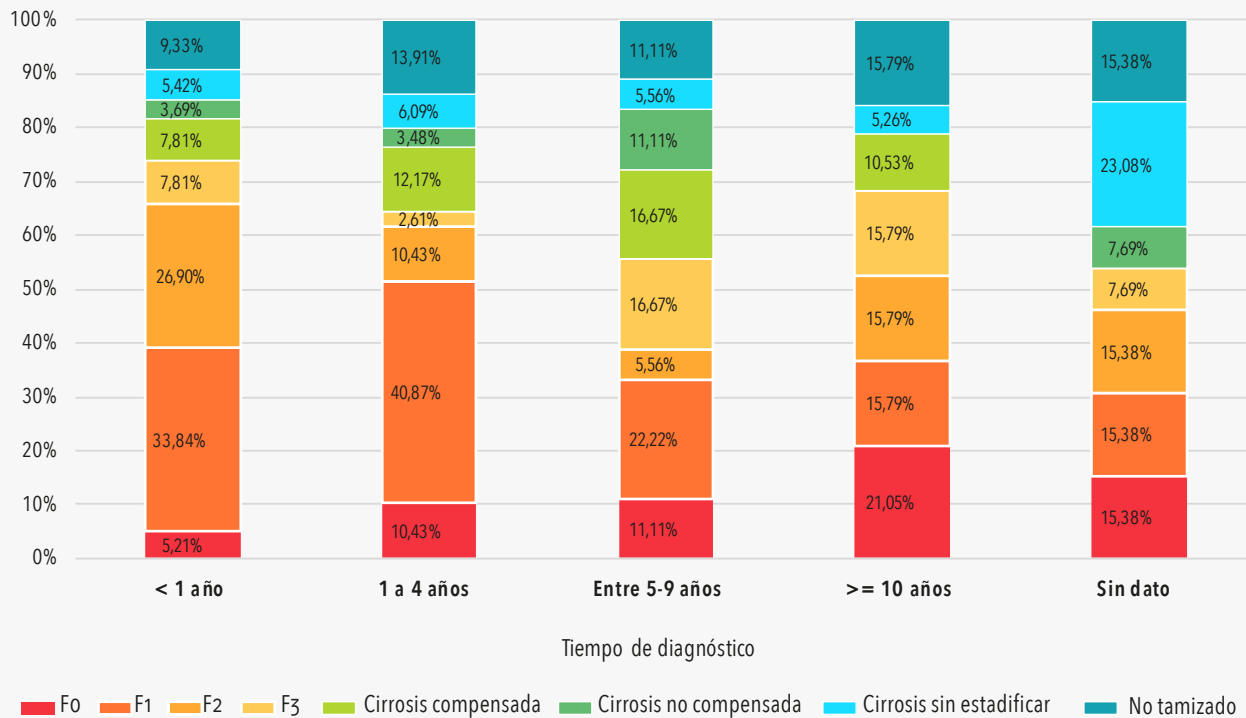


[Descargar Figura](#)

Respecto a la distribución del grado de fibrosis hepática según el tiempo de diagnóstico de VHC crónica en casos prevalentes, se observa una mayor frecuencia en los grados F0-F3, con una representación del 70,93% (n=444) de los casos, siendo más prevalente los grados F1 y F2 en pacientes con diagnósticos menores a 1 año (60,74%), en comparación con la presencia de cirrosis hepática, que representa el 18,52% (n=116) de los casos prevalentes.

Para finalizar, el 15,38% de los casos que no cuentan con el dato de tiempo de diagnóstico, no fueron evaluados para fibrosis hepática.

Figura 9. Distribución del grado de fibrosis hepática en los casos prevalentes de hepatitis C crónica según el tiempo de diagnóstico, Colombia 2020



[Descargar Figura](#)



3. MORBILIDAD Y MORTALIDAD EN LA POBLACIÓN CON HEPATITIS C CRÓNICA



CUENTA DE ALTO COSTO

Fondo Colombiano de Enfermedades de Alto Costo

CONTENIDO INFOGRÁFICO DE RESUMEN DEL CAPÍTULO

Capítulo 3.

La incidencia cruda de la hepatitis C crónica en el periodo fue de 0,68 casos nuevos por cada 100.000 habitantes.



Las regiones Central y Bogotá D.C., registraron las incidencias ajustadas de infección por VHC crónica más altas con: 1,96 y 0,63 casos por 100.000 habitantes respectivamente.



La incidencia ajustada de la hepatitis C crónica por EAPB fue mayor en la EPS008 y la EPS005.



La prevalencia cruda de la hepatitis C crónica fue de 1,36 casos por 100.000 habitantes. Se observa una tendencia al descenso con relación a los dos años anteriores.



• La estimación ajustada de la mortalidad más alta se observó en Bogotá D.C., seguido por la región Pacífica. 1,13 y 0,04 muertes por 100.000 habitantes.



La mortalidad cruda para el 2020 fue de 0.03 defunciones por 100.000 habitantes.



[Descargar Figura](#)

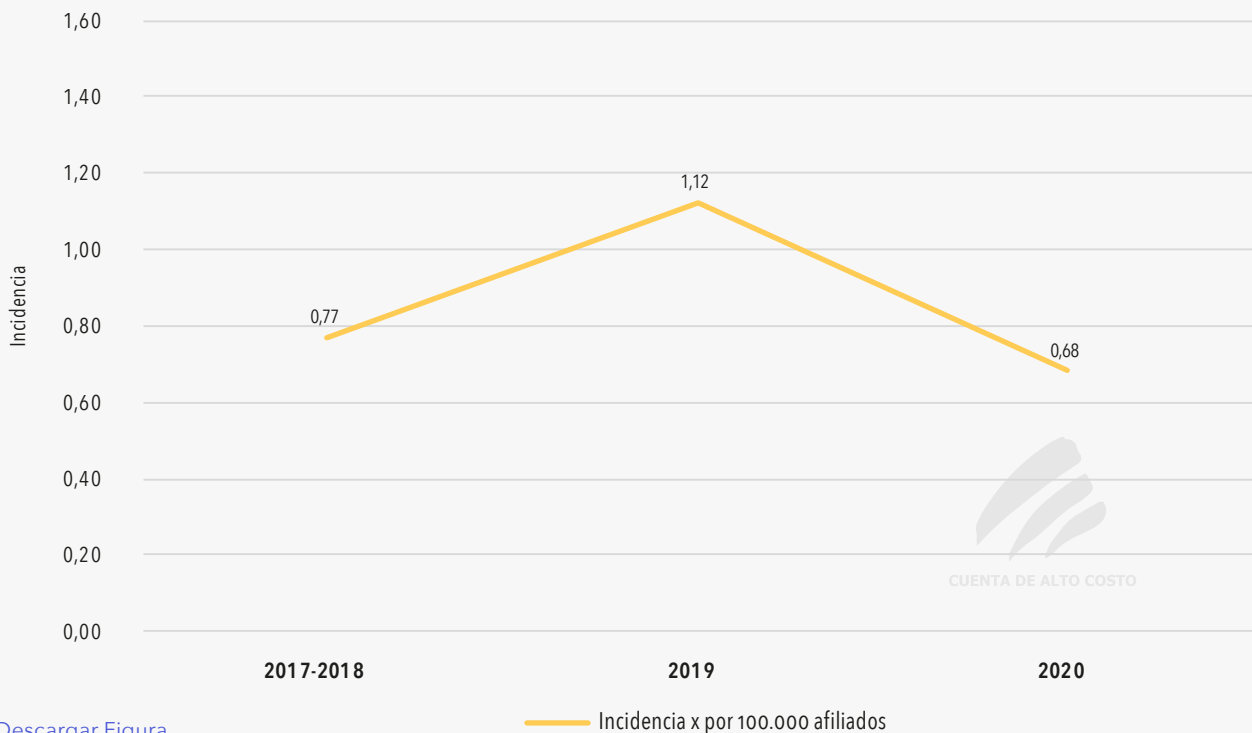
Situación de la HEPATITIS C CRÓNICA en Colombia 2020

3. MORBILIDAD Y MORTALIDAD EN LA POBLACIÓN CON HEPATITIS C CRÓNICA

3.1 Incidencia de la hepatitis C crónica

La figura 10 describe la tendencia de la incidencia cruda. Se observa un descenso importante en la incidencia con respecto al 2019 a pesar de la inclusión del reporte de los pacientes del régimen subsidiado.

Figura 10. Tendencia de la incidencia de la hepatitis C crónica, Colombia 2017-2020¹



[Descargar Figura](#)

¹ La incidencia mostrada corresponde a medidas crudas.

3.1.1. Incidencia de la hepatitis C crónica según el sexo

En la tabla 9 se observa la incidencia nacional cruda y ajustada por la edad. De los datos reportados puede concluirse que esta estimación fue más de tres veces superior en los hombres en comparación con las mujeres.

Tabla 9. Incidencia de la hepatitis c crónica según el sexo, Colombia 2020

Sexo	Casos nuevos	Denominador DANE	Incidencia cruda*	Incidencia ajustada*	IC 95%	
					Límite inferior	Límite superior
Hombre	244	25.138.964	0,97	1,03	0,91	1,17
Mujer	70	25.772.783	0,27	0,28	0,22	0,35

*Medidas reportadas por 100.000 habitantes.

3.1.2. Incidencia de la hepatitis C crónica según la región y la entidad territorial

En la tabla 10 se observan la incidencia cruda y ajustada por la edad de la hepatitis C crónica por las regiones geográficas y las entidades territoriales. Bogotá D.C. presentó la mayor incidencia ajustada (1,87 casos/100.000 habitantes; IC 95%: 1,44-2,37), mientras que la más baja se estimó en la región Oriental (0,09 casos/100.000 habitantes; IC 95%: 0,04-0,19). Por su parte, Quindío, Bogotá D.C. y Risaralda fueron las entidades territoriales con las incidencias más altas y, de aquellos que reportaron casos, Boyacá y Nariño registraron las más bajas.

Tabla 10. Incidencia de la hepatitis C crónica por 100.000 habitantes según la región y la entidad territorial, Colombia 2020

Región/Entidad territorial	Casos nuevos	Denominador DANE	Incidencia cruda	Incidencia ajustada	IC 95%	
					Límite inferior	Límite superior
Bogotá D.C.	164	8.380.801	1,96	1,87	1,44	2,37
Central	79	12.563.936	0,63	0,56	0,44	0,71
Antioquia	52	6.845.093	0,76	0,45	0,30	0,65
Risaralda	12	978.173	1,23	1,31	0,51	2,60
Quindío	8	581.552	1,38	3,52	1,10	7,51
Caldas	4	997.831	0,40	0,26	0,06	0,91
Tolima	2	1.427.427	0,14	0,12	0,01	0,51
Huila	1	1.225.343	0,08	0,05	0,00	0,59
Caquetá	0	508.517	0,00	0,00	0,00	0,00
Pacífica	38	8.667.225	0,44	0,42	0,28	0,60
Valle del Cauca	35	4.853.327	0,72	0,82	0,42	1,39
Cauca	2	1.436.916	0,14	0,14	0,02	0,53
Nariño	1	1.851.477	0,05	0,04	0,00	0,27
Chocó	0	525.505	0,00	0,00	0,00	0,00
Caribe	22	11.142.880	0,20	0,22	0,14	0,33
Atlántico	18	2.600.904	0,69	0,64	0,30	1,15
Cesar	2	1.089.792	0,18	0,14	0,02	0,68
Bolívar	2	2.219.139	0,09	0,20	0,01	0,74
Córdoba	0	1.838.371	0,00	0,00	0,00	0,00
Magdalena	0	1.326.525	0,00	0,00	0,00	0,00
La Guajira	0	1.093.671	0,00	0,00	0,00	0,00
Sucre	0	894.785	0,00	0,00	0,00	0,00
San Andrés	0	79.693	0,00	0,00	0,00	0,00
Oriental	10	8.752.321	0,11	0,09	0,04	0,19
Cundinamarca	5	2.887.005	0,17	0,17	0,05	0,45
Boyacá	2	1.287.032	0,16	0,04	0,00	0,40
Santander	2	2.110.580	0,09	0,05	0,00	0,31
Meta	1	1.053.867	0,09	0,07	0,00	0,50
Norte de Santander	0	1.413.837	0,00	0,00	0,00	0,00
Amazonía/ Orinoquía	1	1.404.584	0,07	0,19	0,00	0,82
Arauca	1	275.814	0,36	0,28	0,01	3,40
Casanare	0	387.828	0,00	0,00	0,00	0,00
Putumayo	0	369.332	0,00	0,00	0,00	0,00
Guaviare	0	119.214	0,00	0,00	0,00	0,00

Situación de la HEPATITIS C CRÓNICA en Colombia 2020

3. MORBILIDAD Y MORTALIDAD EN LA POBLACIÓN CON HEPATITIS C CRÓNICA

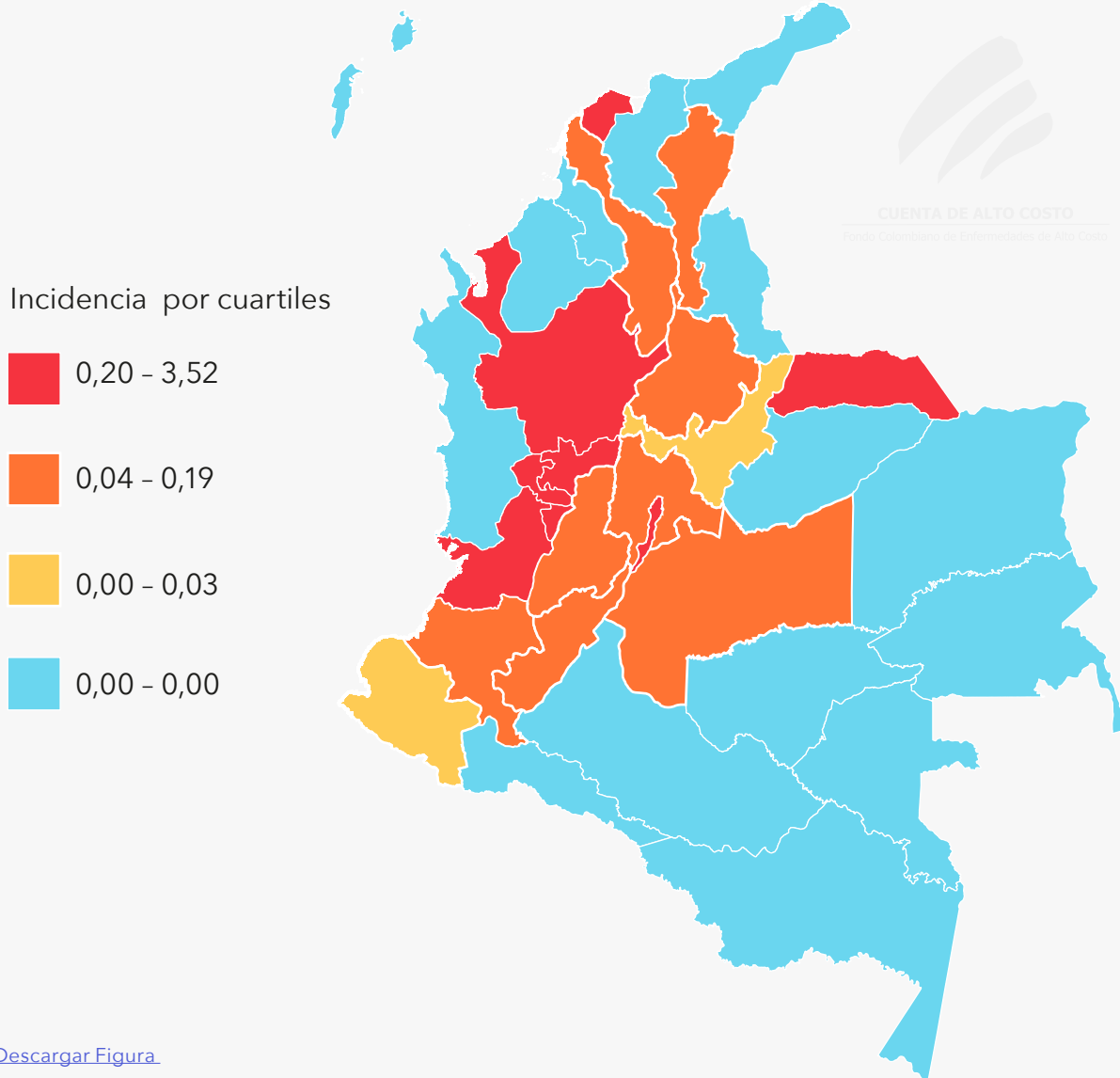
Tabla 10. Incidencia de la hepatitis C crónica por 100.000 habitantes según la región y la entidad territorial, Colombia 2020 (continuación)

Región/Entidad territorial	Casos nuevos	Denominador DANE	Incidencia cruda	Incidencia ajustada	IC 95%	
					Límite inferior	Límite superior
Vichada	0	81.048	0,00	0,00	0,00	0,00
Amazonas	0	80.682	0,00	0,00	0,00	0,00
Vaupés	0	45.822	0,00	0,00	0,00	0,00
Guainía	0	44.844	0,00	0,00	0,00	0,00
Total	314	50.911.747	0,62	NA	NA	NA

¹ Ajustada por la proyección de la población DANE 2019 por quinquenios de edad con corte a junio 30.

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

Mapa 2. Incidencia ajustada por la edad de la hepatitis C crónica en Colombia, 2020



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

La incidencia ajustada de la hepatitis C crónica por la EAPB fue mayor en la EPS008 y la EPS005, lo anterior puede estar relacionado con un mejor reporte y seguimiento de los pacientes de la cohorte (tabla 11). Para el régimen contributivo (0,89 casos/100.000 habitantes IC95%:0,79-1,01) se estimó una incidencia mayor que en el subsidiado (0,19 casos/100.000 habitantes IC95%:0,13-0,26), con una diferencia estadísticamente significativa.

Tabla 11. Incidencia de la hepatitis C crónica por 100.000 afiliados según el régimen de afiliación y la entidad aseguradora, Colombia 2020

Régimen/ EAPB	Casos nuevos	Denominador BDUA	Incidencia cruda	Incidencia ajustada	IC 95%	
					Límite inferior	Límite superior
Contributivo						
EPS037	19	4.578.345	0,41	0,18	0,07	0,36
EPS010	40	3.866.190	1,03	0,97	0,54	1,57
EPS005	76	3.506.169	2,17	2,07	1,48	2,80
EPS002	16	3.388.751	0,47	0,49	0,23	0,87
EPS017	22	2.465.431	0,89	0,87	0,40	1,56
EPS008	68	1.740.121	3,91	2,96	1,82	4,47
EPS044	7	1.610.791	0,43	0,18	0,03	0,51
EPS016	14	1.574.777	0,89	0,66	0,30	1,23
EPS018	10	830.504	1,20	1,27	0,42	2,70
EPS012	1	238.526	0,42	0,32	0,01	2,13
EPS001	5	233.986	2,14	1,69	0,53	4,33
EAS027	0	36.812	0,00	0,00	0,00	0,00
EPS046	0	33.886	0,00	0,00	0,00	0,00
EPS042	0	27.404	0,00	0,00	0,00	0,00
EPS048	0	16.173	0,00	0,00	0,00	0,00
EAS016	0	8.828	0,00	0,00	0,00	0,00
Subsidiado						
ESS024	2	2.576.676	0,08	0,06	0,00	0,30
ESS207	2	2.093.785	0,10	0,02	0,00	0,22
EPSS41	5	2.077.020	0,24	0,77	0,21	1,76
ESS118	0	1.910.595	0,00	0,00	0,00	0,00
ESS062	6	1.888.308	0,32	0,33	0,09	0,79
EPSS40	9	1.694.651	0,53	0,90	0,33	1,82
ESS133	0	1.535.004	0,00	0,00	0,00	0,00
CCF055	2	1.148.250	0,17	0,12	0,01	0,60
EPSS34	0	1.133.429	0,00	0,00	0,00	0,00
EPS045	7	927.389	0,75	0,99	0,21	2,50
ESS076	3	770.617	0,39	0,25	0,04	0,97
CCF024	0	557.923	0,00	0,00	0,00	0,00
EPSI03	0	533.729	0,00	0,00	0,00	0,00
EPS022	0	519.988	0,00	0,00	0,00	0,00
ESS091	0	326.527	0,00	0,00	0,00	0,00
EPSI05	0	326.292	0,00	0,00	0,00	0,00

Situación de la HEPATITIS C CRÓNICA en Colombia 2020

3. MORBILIDAD Y MORTALIDAD EN LA POBLACIÓN CON HEPATITIS C CRÓNICA

Tabla 11. Incidencia de la hepatitis C crónica por 100.000 afiliados según el régimen de afiliación y la entidad aseguradora, Colombia 2020 (continuación)

Régimen/ EAPB	Casos nuevos	Denominador BDUA	Incidencia cruda	Incidencia ajustada	IC 95%	
					Límite inferior	Límite superior
CCF023	0	244.746	0,00	0,00	0,00	0,00
EPSI01	0	235.406	0,00	0,00	0,00	0,00
EPSI04	0	206.455	0,00	0,00	0,00	0,00
CCF050	0	183.038	0,00	0,00	0,00	0,00
CCF027	0	182.909	0,00	0,00	0,00	0,00
CCF053	0	178.627	0,00	0,00	0,00	0,00
CCF102	0	175.486	0,00	0,00	0,00	0,00
EPS025	0	171.364	0,00	0,00	0,00	0,00
CCF007	0	138.473	0,00	0,00	0,00	0,00
CCF033	0	116.648	0,00	0,00	0,00	0,00
EPSI06	0	94.132	0,00	0,00	0,00	0,00
Total general	314	46.104.161	0,68	NA	NA	NA

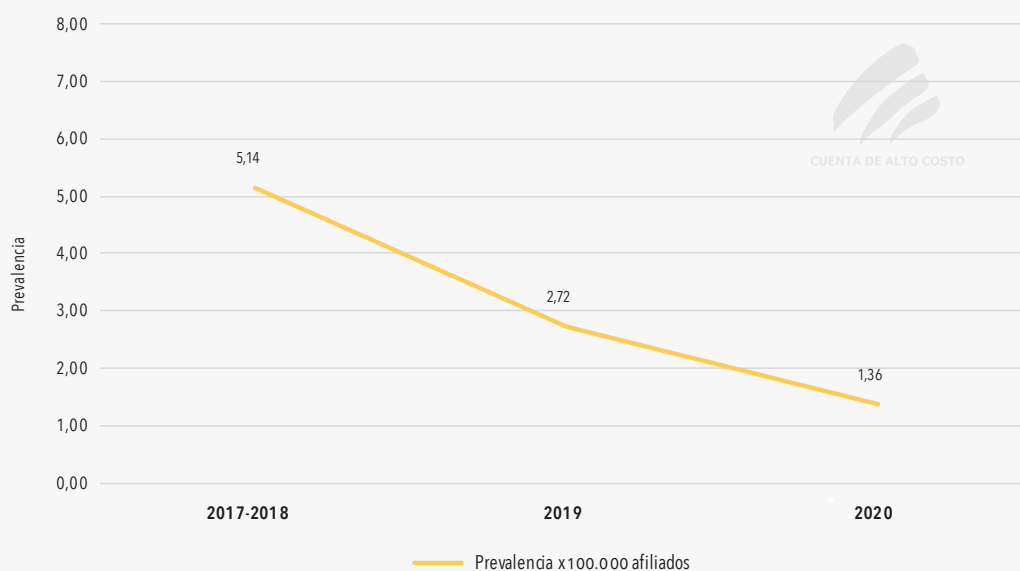
¹ Ajuste por población de la Base de Datos Única de Afiliados (BDUA) a corte a 30 de junio de 2019. La incidencia es reportada como el número de casos por 100.000 afiliados.

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

3.2. Prevalencia de la hepatitis C crónica

Durante el periodo, la prevalencia cruda de la hepatitis C crónica fue de 1,36 casos por 100.000 habitantes. Se observa una tendencia al descenso con relación a los dos años anteriores, presentado porque en 2017 y 2018 los pacientes se encontraban a la espera de los medicamentos antivirales de acción directa por medio de la compra centralizada sumado a la pandemia iniciada en marzo de 2020 y al escaso reporte en el régimen subsidiado.

Figura 11. Tendencia de la prevalencia cruda de la hepatitis C crónica, Colombia 2017-2020¹



[Descargar Figura](#)

¹ La prevalencia mostrada corresponde a medidas crudas.

3.2.1. Prevalencia de la hepatitis C crónica según el sexo

La prevalencia ajustada por sexo, de la hepatitis C crónica fue mayor en los hombres en comparación con las mujeres (tabla 12).

Tabla 12. Prevalencia de la hepatitis C crónica según el sexo, Colombia 2020

Sexo	Casos prevalentes	Denominador DANE	Prevalencia cruda*	Prevalencia ajustada*	IC 95%	
					Límite inferior	Límite superior
Hombre	463	25.138.964	1,84	1,99	1,81	2,18
Mujer	163	25.772.783	0,63	0,66	0,56	0,76

* La prevalencia es reportada como el número de casos por 100.000 afiliados.

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

La tabla 13 muestra las prevalencias cruda y ajustada por la edad de la hepatitis C crónica por las regiones geográficas y las entidades territoriales. La estimación más alta se identificó en Bogotá D.C. (3,10 casos/100.000 habitantes; IC 95%: 2,45-3,85) y la más baja en la región de la Amazonía/Orinoquía (0,35 casos/100.000 habitantes; IC 95%: 0,04-1,12). Entre tanto, los departamentos de Quindío y Bogotá tuvieron las prevalencias más altas y, de aquellos que reportaron casos, Meta y Cesar registraron las más bajas.

Tabla 13. Prevalencia de la hepatitis C crónica x 100.000 habitantes según la región y la entidad territorial, Colombia 2020

Región/Entidad territorial	Casos prevalentes	Denominador DANE	Prevalencia cruda	Prevalencia ajustada	IC 95%	
					Límite inferior	Límite superior
Bogotá D.C.	283	8.380.801	3,38	3,10	2,45	3,85
Central	179	12.563.936	1,42	1,38	1,18	1,60
Antioquia	122	6.845.093	1,78	1,18	0,80	1,66
Risaralda	27	978.173	2,76	2,38	1,43	3,72
Quindío	12	581.552	2,06	4,59	2,21	7,99
Caldas	8	997.831	0,80	0,49	0,17	1,16
Tolima	7	1.427.427	0,49	0,10	0,02	0,50
Huila	3	1.225.343	0,24	0,41	0,08	1,14
Caquetá	0	508.517	0,00	0,00	0,00	0,00
Pacífica	64	8.667.225	0,74	0,76	0,58	0,97
Valle del Cauca	58	4.853.327	1,20	1,31	0,90	1,82
Cauca	4	1.436.916	0,28	0,07	0,01	0,38
Nariño	2	1.851.477	0,11	0,21	0,01	0,83
Chocó	0	525.505	0,00	0,00	0,00	0,00
Caribe	62	11.142.880	0,56	0,79	0,59	1,03
Atlántico	44	2.600.904	1,69	1,90	1,17	2,88
Cesar	2	1.089.792	0,18	0,03	0,00	0,49
Bolívar	7	2.219.139	0,32	0,33	0,12	0,74
Córdoba	2	1.838.371	0,11	0,09	0,01	0,42
Magdalena	6	1.326.525	0,45	0,95	0,21	2,31

Situación de la HEPATITIS C CRÓNICA en Colombia 2020

3. MORBILIDAD Y MORTALIDAD EN LA POBLACIÓN CON HEPATITIS C CRÓNICA

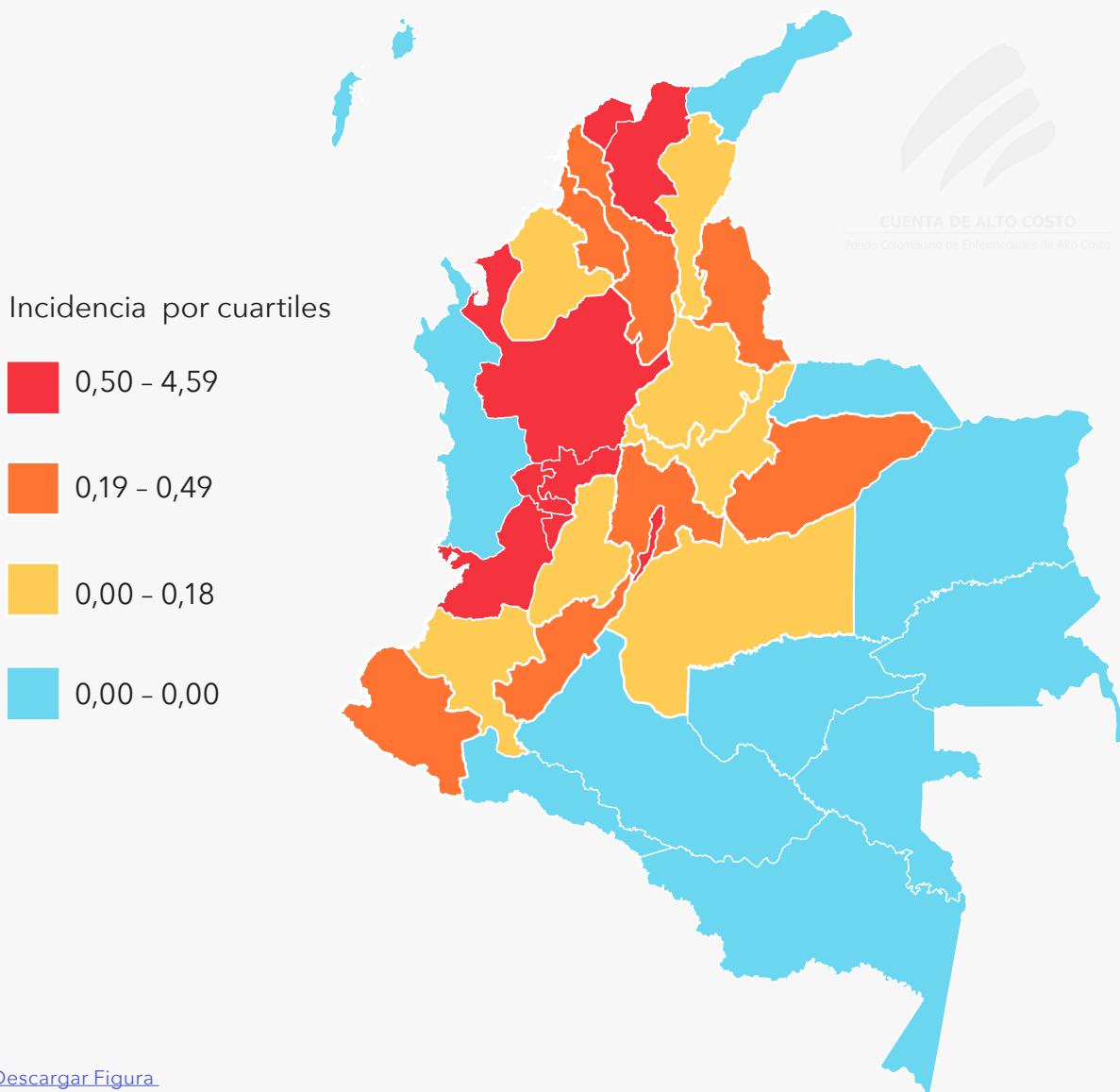
Tabla 13. Prevalencia de la hepatitis C crónica x 100.000 habitantes según la región y la entidad territorial, Colombia 2020 (continuación)

Región/ Entidad territorial	Casos prevalentes	Denominador DANE	Prevalencia cruda	Prevalencia ajustada	IC 95%	
					Límite inferior	Límite superior
La Guajira	0	1.093.671	0,00	0,00	0,00	0,00
Sucre	1	894.785	0,11	0,37	0,01	1,49
San Andrés	0	79.693	0,00	0,00	0,00	0,00
Oriental	36	8.752.321	0,41	0,36	0,24	0,52
Cundinamarca	18	2.887.005	0,62	0,35	0,18	0,65
Boyacá	0	1.287.032	0,00	0,19	0,04	0,00
Santander	5	2.110.580	0,24	0,12	0,03	0,36
Meta	3	1.053.867	0,28	0,01	0,00	0,52
Norte de Santander	7	1.413.837	0,50	0,29	0,07	0,78
Amazonía/ Orinoquía	2	1.404.584	0,14	0,35	0,04	1,12
Arauca	1	275.814	0,36	1,31	0,03	5,57
Casanare	1	387.828	0,26	0,20	0,01	2,81
Putumayo	0	369.332	0,00	0,00	0,00	0,00
Guaviare	0	119.214	0,00	0,00	0,00	0,00
Vichada	0	81.048	0,00	0,00	0,00	0,00
Amazonas	0	80.682	0,00	0,00	0,00	0,00
Vaupés	0	45.822	0,00	0,00	0,00	0,00
Guainía	0	44.844	0,00	0,00	0,00	0,00
Total	626	50.911.747	1,23	NA	NA	NA

¹ Ajustada por la proyección de la población DANE 2019 por quinquenios de edad con corte a junio 30.

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

Mapa 3. Prevalencia ajustada por la edad de la hepatitis C crónica en Colombia, 2020



[Descargar Figura](#)

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

La prevalencia ajustada de la hepatitis C crónica fue mayor en el régimen contributivo (1,62 casos/100.000 habitantes IC95%:1,48-1,77), con respecto al subsidiado (0,61 casos/100.000 habitantes IC95%:0,50-0,73) y esta diferencia fue estadísticamente significativa. La EPS005, la EPS008 y la EPS010 presentaron las estimaciones más altas (tabla 14).

Situación de la HEPATITIS C CRÓNICA en Colombia 2020

3. MORBILIDAD Y MORTALIDAD EN LA POBLACIÓN CON HEPATITIS C CRÓNICA

Tabla 14. Prevalencia de la hepatitis C crónica x 100.000 afiliados según el régimen de afiliación y la entidad aseguradora, Colombia 2020

Régimen/ EAPB	Casos prevalentes	Denominador BDUA	Prevalencia cruda	Prevalencia ajustada	IC 95%	
					Límite inferior	Límite superior
Contributivo						
EPS037	56	4.578.345	1,22	0,88	0,52	1,37
EPS010	90	3.866.190	2,33	2,07	1,47	2,82
EPS005	143	3.506.169	4,08	3,02	2,33	3,83
EPS002	42	3.388.751	1,24	1,44	0,70	2,52
EPS017	46	2.465.431	1,87	2,09	1,30	3,12
EPS008	94	1.740.121	5,40	6,04	4,20	8,30
EPS044	11	1.610.791	0,68	0,41	0,17	0,81
EPS016	23	1.574.777	1,46	0,92	0,49	1,54
EPS018	12	830.504	1,44	1,21	0,47	2,42
EPS012	1	238.526	0,42	0,03	0,00	1,60
EPS001	6	233.986	2,56	1,44	0,52	3,78
EAS027	1	36.812	2,72	0,02	0,00	61,81
EPS046	0	33.886	0,00	0,00	0,00	0,00
EPS042	0	27.404	0,00	0,00	0,00	0,00
EPS048	0	16.173	0,00	0,00	0,00	0,00
EAS016	0	8.828	0,00	0,00	0,00	0,00
Subsidiado						
ESS024	10	2.576.676	0,39	0,37	0,09	0,88
ESS207	8	2.093.785	0,38	0,36	0,12	0,79
EPSS41	10	2.077.020	0,48	0,81	0,31	1,66
ESS118	0	1.910.595	0,00	0,00	0,00	0,00
ESS062	16	1.888.308	0,85	0,75	0,32	1,42
EPSS40	29	1.694.651	1,71	1,54	0,83	2,55
ESS133	0	1.535.004	0,00	0,00	0,00	0,00
CCF055	3	1.148.250	0,26	0,54	0,11	1,48
EPSS34	0	1.133.429	0,00	0,00	0,00	0,00
EPS045	18	927.389	1,94	2,31	1,06	4,16
ESS076	4	770.617	0,52	0,36	0,04	1,24
CCF024	1	557.923	0,18	0,05	0,00	0,93
EPSI03	1	533.729	0,19	0,46	0,01	2,20
EPS022	0	519.988	0,00	0,00	0,00	0,00
ESS091	0	326.527	0,00	0,00	0,00	0,00
EPSI05	0	326.292	0,00	0,00	0,00	0,00
CCF023	0	244.746	0,00	0,00	0,00	0,00
EPSI01	0	235.406	0,00	0,00	0,00	0,00
EPSI04	0	206.455	0,00	0,00	0,00	0,00
CCF050	0	183.038	0,00	0,00	0,00	0,00
CCF027	0	182.909	0,00	0,00	0,00	0,00
CCF053	0	178.627	0,00	0,00	0,00	0,00

Tabla 14. Prevalencia de la hepatitis C crónica x 100.000 afiliados según el régimen de afiliación y la entidad aseguradora, Colombia 2020 (continuación)

Régimen/ EAPB	Casos prevalentes	Denominador BDUA	Prevalencia cruda	Prevalencia ajustada	IC 95%	
					Límite inferior	Límite superior
CCF102	0	175.486	0,00	0,00	0,00	0,00
EPS025	1	171.364	0,58	1,13	0,03	5,11
CCF007	0	138.473	0,00	0,00	0,00	0,00
CCF033	0	116.648	0,00	0,00	0,00	0,00
EPSI06	0	94.132	0,00	0,00	0,00	0,00
Total	626	46.104.161	1,36	NA	NA	NA

3.3. Mortalidad en las personas con hepatitis C crónica

Durante el periodo se reportaron 15 muertes, lo que corresponde a una mortalidad cruda por todas las causas de 0,03 defunciones por 100.000 habitantes. El 73,33% (n=11) de las muertes se presentaron en los hombres, lo que representa una mortalidad cruda de 0,04 defunciones por 100.000 hombres. Entre tanto, la mediana de edad en la población que falleció fue de 63 años (RIC: 59-74).

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

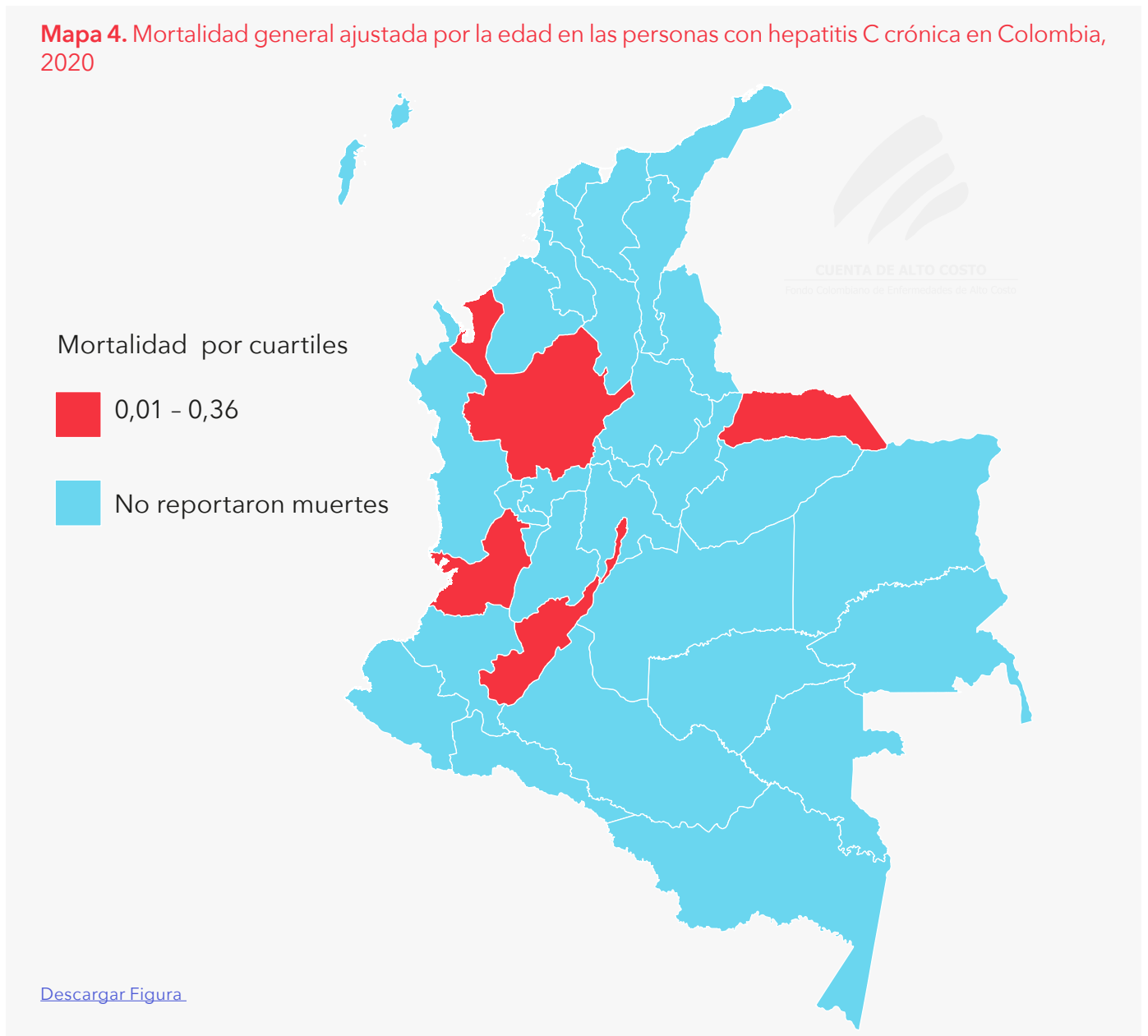
Al evaluar el comportamiento de la mortalidad por regiones, la estimación ajustada por la edad más alta se observó en Bogotá D.C. (0,13 muertes por 100.000 habitantes; IC 95%: 0,02-0,35), seguida por la región Pacífica (0,04 muertes por 100.000 habitantes; IC 95%: 0,01-0,12). Entre tanto las regiones Central y Amazonía/Orinoquía presentaron la mortalidad más baja con 0,01 defunciones por 100.000 habitantes (IC 95%: 0,03-0,78) y 0,01 defunciones por 100.000 de habitantes (IC 95%: 0,00-0,32), respectivamente. En la región Oriental no se reportaron muertes durante el periodo.

Por otra parte, de las cinco entidades territoriales en las que se presentaron defunciones, la mortalidad ajustada más alta se presentó en Arauca, seguido de Atlántico y Huila con 0,36 (IC 95%: 0,01-2,53), 0,30 (IC 95%: 0,02-1,04) y 0,09 (IC 95%: 0,00-0,55) muertes por 100.000 habitantes, respectivamente (mapa 4).

Situación de la HEPATITIS C CRÓNICA en Colombia 2020

3. MORBILIDAD Y MORTALIDAD EN LA POBLACIÓN CON HEPATITIS C CRÓNICA

Mapa 4. Mortalidad general ajustada por la edad en las personas con hepatitis C crónica en Colombia, 2020



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

La mortalidad general ajustada por la edad en esta población fue mayor en el régimen contributivo (0,05 fallecimientos por 100.000 afiliados, IC 95%: 0,02-0,09) con respecto al subsidiado (0,004 fallecimientos por 100.000 afiliados, IC 95%: 0,0001-0,02). Las EAPB con las estimaciones más altas fueron la EPS016 (0,13 fallecimientos por 100.000 afiliados, IC 95%: 0,003-0,54), la EPS010 (0,08 muertes por 100.000 afiliados, IC 95%: 0,002-0,36) y la EPS005 (0,06 fallecimientos por 100.000 afiliados, IC 95%: 0,006-0,26).



4. TRATAMIENTO EN LAS PERSONAS CON HEPATITIS C CRÓNICA



CUENTA DE ALTO COSTO

Fondo Colombiano de Enfermedades de Alto Costo

CONTENIDO INFOGRÁFICO DE RESUMEN DEL CAPÍTULO

Capítulo 4.

El velpatasvir/sofosbuvir, fue el tratamiento más frecuente (98,97%), con una duración de 12 semanas en el 98,77% de los casos.



El tipo del seguimiento a la toma de los AAD más frecuente es el domiciliario (74,28%). La frecuencia diaria prevalece en el 84,57% de los casos.



La RVS es superior al 95% a lo largo de los años de reporte. Con un aumento del 2,89% para el año 2019-2020 respecto a la cohorte 2017-2018.



La efectividad del tratamiento con velpatasvir/sofosbuvir en usuario con presencia de cirrosis fue del 97,30% y para VIH del 97,35%



[Descargar Figura](#)

4. TRATAMIENTO EN LAS PERSONAS CON HEPATITIS C CRÓNICA

El tratamiento de la hepatitis C crónica se basa en un esquema simplificado de medicamentos pangenotípicos denominados AAD. El objetivo principal de la terapia farmacológica es curar la infección por el VHC o lograr una RVS, lo cual se asocia con la normalización de las funciones hepáticas y una regresión de la inflamación, daño o fibrosis del tejido hepático. A largo plazo disminuye el riesgo de desarrollar hepatocarcinoma y, por consiguiente, la mortalidad por causas asociadas con las complicaciones del VHC (3).

Los principales AAD prescritos en Colombia para el tratamiento de la hepatitis C crónica son velpatasvir/sofosbuvir y elbasvir/grazoprevir. La duración del tratamiento en semanas es de mínimo 8 y de máximo 24, con una frecuencia de una (1) tableta diaria.

La estrategia de compra centralizada incluye actualmente velpatasvir/sofosbuvir, no obstante, se encontró que en algunos casos de usuarios con ERC estadio 4-5 se prescribe elbasvir/grazoprevir, a pesar de que se ha comprobado que velpatasvir/sofosbuvir es seguro para el tratamiento de pacientes con esta enfermedad, incluso cuando están con algún tipo de terapia de reemplazo renal (TRR) (3).

4.1. Generalidades del tratamiento

Según los hallazgos presentados en la tabla 15, velpatasvir/sofosbuvir, fue el tratamiento más frecuente (98,97%), tanto para el régimen contributivo como para el subsidiado, el cual, como se mencionó anteriormente, está bajo la cobertura de la estrategia de compra centralizada. Por otra parte, la duración del tratamiento con AAD fue de 12 semanas en el 98,77% de los casos. En cuanto al tipo y frecuencia del seguimiento a la toma de los AAD, se evidencia que se continúa con una modalidad supervisada y controlada, siendo el seguimiento domiciliario (74,28%) y diario (84,57%) el que prevalece en la cohorte.

Tabla 15. Caracterización del tratamiento actual en las personas con hepatitis C crónica según el régimen de afiliación, Colombia 2020

Variables	Contributivo	Subsidiado	Total
	n (%)	n (%)	n (%)
Esquema de tratamiento			
Velpatasvir/sofosbuvir	397 (99,00)	84 (98,82)	481 (98,97)
Elbasvir/grazoprevir	4 (1,00)	1 (1,18)	5 (1,03)
Esquema de tratamiento de compra centralizada			
Si	397 (99,00)	84 (98,82)	481 (98,97)
No	4 (1,00)	1 (1,18)	5 (1,03)
Duración del esquema de tratamiento			
8 semanas	0 (0,00)	0 (0,00)	0 (0,00)
12 semanas	395 (98,50)	85 (100,00)	480 (98,77)
16 semanas	6 (1,50)	0 (0,00)	6 (1,23)
24 semanas	0 (0,00)	0 (0,00)	0 (0,00)
Tipo de seguimiento a la toma del tratamiento			
Ambulatorio	16 (3,99)	22 (25,88)	38 (7,82)
Domiciliario	316 (78,8)	45 (52,94)	361 (74,28)
Seguimiento telefónico	69 (17,21)	13 (15,29)	82 (16,87)
Desconocido	0 (0,00)	5 (5,88)	5 (1,03)
Frecuencia del seguimiento a la toma del tratamiento			
Diario	356 (88,78)	55 (64,71)	411 (84,57)

Situación de la HEPATITIS C CRÓNICA en Colombia 2020

4. TRATAMIENTO EN LAS PERSONAS CON HEPATITIS C CRÓNICA

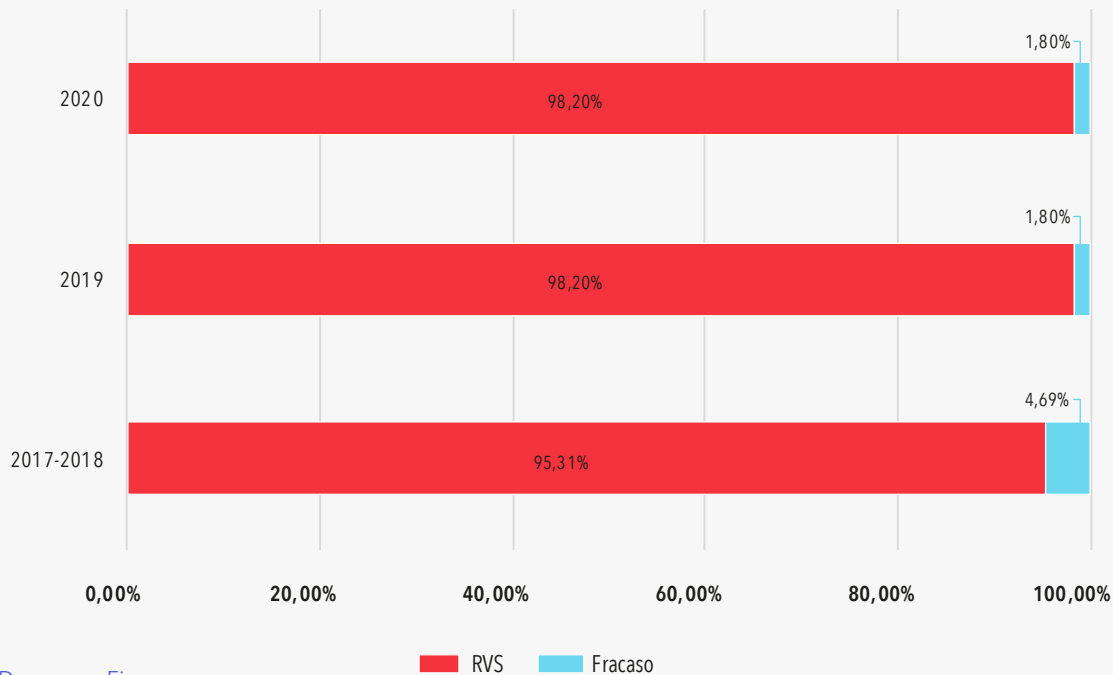
Tabla 15. Caracterización del tratamiento actual en las personas con hepatitis C crónica según el régimen de afiliación, Colombia 2020 (continuación)

Variables	Contributivo	Subsidiado	Total
	n (%)	n (%)	n (%)
Semanal	43 (10,72)	1 (1,18)	44 (9,05)
Mensual	2 (0,50)	24 (28,24)	26 (5,35)
Desconocido	0 (0,00)	5 (5,88)	5 (1,03)
Total	401 (100,00)	85 (100,00)	486 (100,00)

4.2. Efectividad del tratamiento con AAD

En la figura 12 se describen los resultados de la efectividad del tratamiento a lo largo de los años de reporte. En general, se evidencia una RVS superior al 95%, aumentando en los años 2019 y 2020 en un 2,89% con respecto al periodo 2017-2018. La proporción de no respuesta al tratamiento se mantiene inferior al 5%.

Figura 12. Tendencia en la efectividad del tratamiento con AAD en las personas con hepatitis C crónica, Colombia 2017-2020



Teniendo en cuenta lo observado en la tabla 16, tanto velpatasvir/sofosbuvir como elbasvir/grazoprevir tienen una RVS óptima, siendo de 98,17% y 100%, respectivamente. Al analizar la efectividad por el esquema y por las características clínicas, para velpatasvir/sofosbuvir la proporción de RVS según el tiempo de diagnóstico fue menor en el rango de 1 a 4 años (97,78%); según las comorbilidades, en los usuarios con presencia de cirrosis fue del 97,30% y con VIH del 97,35%, para los demás antecedentes no se evidencia una disminución del indicador; por otra parte en los casos en los que el genotipo fue desconocido, la RVS fue del 94,81%; y en aquellos con antecedente de tratamiento previo no se identificó una disminución del indicador.

Como se mencionó anteriormente, la efectividad del esquema elbasvir/grazoprevir fue del 100% en los 3 casos tratados, independiente del tiempo de diagnóstico, de la comorbilidad con cirrosis, hepatitis B, ERC, trasplante hepático, del tratamiento recibido previamente o del genotipo.

Tabla 16. Efectividad del tratamiento con Antivirales de Acción Directa (AAD) en las personas con hepatitis C crónica según el esquema y las características clínicas, Colombia 2020

Esquema de tratamiento/ variables	Velpatasvir/Sofosbuvir			Elbasvir - Grazoprevir		
	Respuesta Viral Sostenida (RVS)	Fracaso terapéutico	Total	Respuesta Viral Sostenida (RVS)	Fracaso terapéutico	Total
	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)
Tiempo de diagnóstico						
< 1 año	148 (98,01)	3 (1,99)	151 (100,00)	1 (100,00)	0 (0,00)	1 (100,00)
1 a 4 años	44 (97,78)	1 (2,22)	45 (100,00)	1 (100,00)	0 (0,00)	1 (100,00)
5-9 años	6 (100,00)	0 (0,00)	6 (100,00)	0 (0,00)	0 (0,00)	0 (0,00)
>= 10 años	8 (100,00)	0 (0,00)	8 (100,00)	0 (0,00)	0 (0,00)	0 (0,00)
Sin dato	9 (100,00)	0 (0,00)	9 (100,00)	1 (100,00)	0 (0,00)	1 (100,00)
Comorbilidades						
Cirrosis						
Sí	36 (97,30)	1 (2,70)	37 (100,00)	1 (100,00)	0 (0,00)	1 (100,00)
No	173 (98,30)	3 (1,70)	176 (100,00)	2 (100,00)	0 (0,00)	2 (100,00)
No evaluado	6 (100,00)	0 (0,00)	6 (100,00)	0 (0,00)	0 (0,00)	0 (0,00)
Coinfección VIH						
Sí	110 (97,35)	3 (2,65)	113 (100,00)	0 (0,00)	0 (0,00)	0 (0,00)
No	86 (98,85)	1 (1,15)	87 (100,00)	3 (100,00)	0 (0,00)	3 (100,00)
No evaluado	19 (100,00)	0 (0,00)	19 (100,00)	0 (0,00)	0 (0,00)	0 (0,00)
Trasplante hepático						
Sí	3 (100,00)	0 (0,00)	3 (100,00)	0 (0,00)	0 (0,00)	0 (0,00)
No	212 (98,15)	4 (1,85)	216 (100,00)	3 (100,00)	0 (0,00)	3 (100,00)
ERC 4 -5						
Sí	2 (100,00)	0 (0,00)	2 (100,00)	3 (100,00)	0 (0,00)	3 (100,00)
No	213 (98,16)	4 (1,84)	217 (100,00)	0 (0,00)	0 (0,00)	0 (0,00)
Hepatitis B						
S+i	6 (100,00)	0 (0,00)	6 (100,00)	0 (0,00)	0 (0,00)	0 (0,00)
No	198 (98,02)	4 (1,98)	202 (100,00)	3 (100,00)	0 (0,00)	3 (100,00)
No evaluado	11 (100,00)	0 (0,00)	11 (100,00)	0 (0,00)	0 (0,00)	0 (0,00)
Genotipo						
1	6 (100,00)	0 (0,00)	6 (100,00)	1 (100,00)	0 (0,00)	1 (100,00)
1A	26 (100,00)	0 (0,00)	26 (100,00)	1 (100,00)	0 (0,00)	1 (100,00)
1B	39 (100,00)	0 (0,00)	39 (100,00)	0 (0,00)	0 (0,00)	0 (0,00)
2	7 (100,00)	0 (0,00)	7 (100,00)	0 (0,00)	0 (0,00)	0 (0,00)
3	4 (100,00)	0 (0,00)	3 (100,00)	0 (0,00)	0 (0,00)	0 (0,00)
4	61 (100,00)	0 (0,00)	61 (100,00)	1 (100,00)	0 (0,00)	1 (100,00)
Desconocido	73 (94,81)	4 (5,19)	77 (100,00)	0 (0,00)	0 (0,00)	0 (0,00)

Situación de la HEPATITIS C CRÓNICA en Colombia 2020

4. TRATAMIENTO EN LAS PERSONAS CON HEPATITIS C CRÓNICA

Esquema de tratamiento/ variables	Velpatasvir/Sofosbuvir			Elbasvir - Grazoprevir		
	Respuesta Viral Sostenida (RVS)	Fracaso terapéutico	Total	Respuesta Viral Sostenida (RVS)	Fracaso terapéutico	Total
	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)
Tratamiento previo						
Sí	15 (100,00)	0 (0,00)	2 (100,00)	0 (0,00)	0 (0,00)	0 (0,00)
No	200 (98,04)	4 (1,96)	204 (100,00)	3 (100,00)	0 (0,00)	3 (100,00)
Total	215 (98,17)	4 (1,83)	219 (100,00)	3 (100,00)	0 (0,00)	3 (100,00)

Se identificaron cuatro casos con fracaso terapéutico al esquema velpatasvir/sofosbuvir. Del total de casos, en el 75,00% (n=3) se observó tiempo de diagnóstico menor a 1 año y diagnóstico de VIH; El 25% (n=1) presentó cirrosis hepática; finalmente, en el 100% (n=4) el genotipo fue desconocido y no se identificó algún antecedente de tratamiento previo con AAD.



5. PACIENTES CON COINFECCIÓN VHC Y VIH



CUENTA DE ALTO COSTO
Fondo Colombiano de Enfermedades de Alto Costo

CONTENIDO INFOGRÁFICO DE RESUMEN DEL CAPÍTULO

Capítulo 5.

Se observó un incremento del 44,53% de los casos con coinfección por VHC - VIH en relación al año 2019.



La coinfección por VHC y VIH predomina en los hombres (98,2%) con respecto a las mujeres (1,8%).



El 88,38% de los casos con coinfección por VHC y VIH se encuentran en su mayoría en la región Central. Bogotá D.C. 56,40% y Antioquia 27,33%.



La mediana de edad para los hombres con coinfección por VHC y VIH fue de 35,6. Para las mujeres fue de 39,5.



En la mayoría de los casos con coinfección por VHC y VIH predominó el genotipo 4.



El 49,42% de los casos no fue genotipificado.



[Descargar Figura](#)

5. PACIENTES CON COINFECCIÓN VHC Y VIH

El VHC y el VIH poseen las mismas vías de transmisión, por ende, la coinfección es una situación frecuente, considerándose una comorbilidad que presenta implicaciones negativas en la historia natural de la infección por VHC, aumentando el riesgo de cronicidad, posiblemente por la insuficiente respuesta inmune citotóxica de los pacientes con VIH (13).

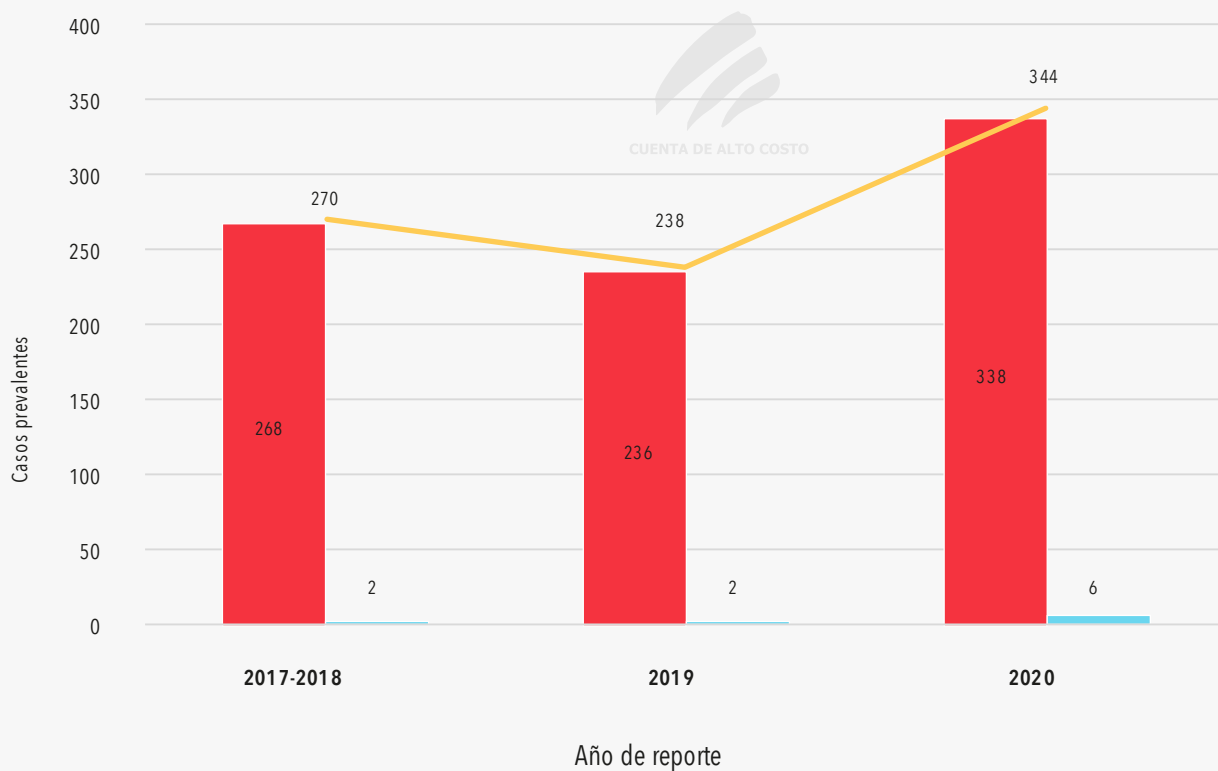
Los pacientes que adquieren coinfección por ambos virus presentan una progresión de la enfermedad por VHC más agresiva y con alto nivel de viremia, del mismo modo un mayor riesgo de presentar cirrosis, insuficiencia hepática, hepatocarcinoma, descompensación de la cirrosis y morbimortalidad por causa hepática (12).

Con relación a lo anterior y teniendo en cuenta la particularidad de esta población, a continuación, se presenta la caracterización demográfica y clínica de los pacientes con coinfección por VHC crónica y VIH reportados durante el periodo comprendido entre el 1° de enero y 31 de diciembre del 2020.

5.1 Caracterización demográfica de los casos con coinfección por hepatitis C crónica y VIH

Durante el periodo se identificaron 344 personas con diagnóstico de coinfección por hepatitis C crónicas y VIH, con un incremento del 44,53% (n=106) de casos en relación con el año 2019, siendo más predominante en los hombres (98,2%) con respecto a lo reportado en las mujeres (1,8%) como se observa en la figura 13.

Figura 13. Tendencia del número de casos con coinfección por hepatitis C crónica y VIH según el sexo, Colombia 2017-2020



[Descargar Figura](#)

■ Hombres

■ Mujeres

— Total casos VHC-VIH

Situación de la HEPATITIS C CRÓNICA en Colombia 2020

5. PACIENTES CON COINFECCIÓN VHC Y VIH

5.1.1 Distribución de los casos con coinfección por hepatitis C crónica y VIH según la entidad territorial, la edad y el sexo

Según los hallazgos presentados en la tabla 17, el 88,38% (n= 304) de los casos con coinfección por hepatitis C crónica y VIH están, en su mayoría, en la región Central, predominando en las entidades territoriales de Bogotá D.C (56,40%) y Antioquia (27,33%), seguido por la región Pacífica con una frecuencia del 5,23%. Por otra parte, Huila, Caquetá, Chocó, Boyacá, Córdoba, La Guajira, San Andrés y los departamentos que conforman la región Amazonía/Orinoquía (exceptuando Casanare) no presentaron casos con coinfección.

Tabla 17. Distribución de los casos con coinfección por hepatitis C crónica y VIH según la región y la entidad territorial, Colombia 2020

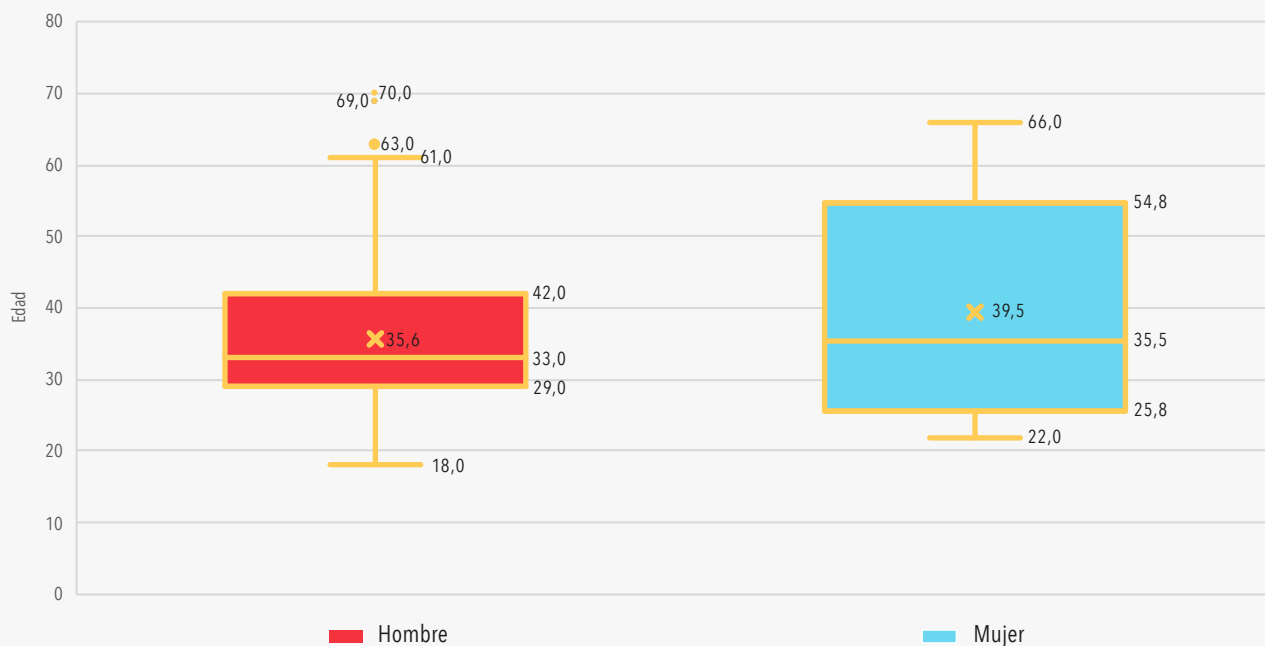
Región/entidad territorial	Casos n (%)
Bogotá D.C.	194 (56,40)
Central	110 (31,98)
Antioquia	94 (27,33)
Risaralda	11 (3,20)
Quindío	3 (0,87)
Caldas	1 (0,29)
Tolima	1 (0,29)
Huila	0 (0,00)
Caquetá	0 (0,00)
Pacífica	18 (5,23)
Valle del Cauca	16 (4,65)
Cauca	1 (0,29)
Nariño	1 (0,29)
Chocó	0 (0,00)
Oriental	12 (3,49)
Cundinamarca	6 (1,74)
Norte de Santander	3 (0,87)
Meta	2 (0,58)
Santander	1 (0,29)
Boyacá	0 (0,00)
Caribe	9 (2,62)
Atlántico	4 (1,16)
Bolívar	2 (0,58)
Cesar	1 (0,29)
Magdalena	1 (0,29)
Sucre	1 (0,29)
Córdoba	0 (0,00)
La Guajira	0 (0,00)
San Andrés	0 (0,00)
Amazonía/Orinoquía	1 (0,29)
Casanare	1 (0,29)
Arauca	0 (0,00)
Putumayo	0 (0,00)

Tabla 17. Distribución de los casos con coinfección por hepatitis C crónica y VIH según la región y la entidad territorial, Colombia 2020 (continuación)

Región/entidad territorial	Casos
	n (%)
Guaviare	0 (0,00)
Vichada	0 (0,00)
Amazonas	0 (0,00)
Vaupés	0 (0,00)
Guainía	0 (0,00)
Total	344 (100,00)

En la figura 14 se observa la distribución de los casos con coinfección por VHC y VIH por el sexo y la edad respectivamente. Para los hombres la mediana de edad fue de 35,6 años (RIC: 29,0 - 42,0) y para las mujeres de 39,5 años (RIC: 25,8-54,8).

Figura 14. Distribución de la población con coinfección por hepatitis C crónica y VIH según la edad y el sexo, Colombia 2020



[Descargar Figura](#)

Sexo

5.1.2 Características clínicas de los casos con coinfección por hepatitis C crónica y VIH

De las personas con coinfección por VHC/VIH el 80,52% (n=277) fue diagnosticado en un tiempo menor a 1 año; en relación a las comorbilidades se observó que el 2,03% (n=7) presentó cirrosis hepática (en su totalidad hombres), en tanto el 17,73% (n=61) de los casos no fue evaluado y finalmente el 3,49% (n=12) presentó adicionalmente coinfección por hepatitis B, siendo más prevalente en los hombres (n=11) que en las mujeres (n=1).

La transmisión sexual es el mecanismo de infección con mayor frecuencia en esta población, con mayor predominio en los hombres (84,62%) en relación con las mujeres (50%). En cuanto al grado de fibrosis hepá-

Situación de la HEPATITIS C CRÓNICA en Colombia 2020

5. PACIENTES CON COINFECCIÓN VHC Y VIH

Se identificó que el 43,90% (n=151) de los casos fueron clasificados con grado F1, seguido por el grado F2 con el 28,49% (n=98). El 11,34% (n=39) de los pacientes no fue evaluado para fibrosis hepática.

Para esta población se evidenció un predominio del genotipo 4, con una frecuencia de 38,66% (n=133), al 49,42% (n=170) de los casos no se les realizó genotipificación o no se encontró información en soportes clínicos. Para finalizar el 4,07% (n=14) de los pacientes recibió tratamiento previo para VHC sin resultado exitoso.

Tabla 18. Características clínicas de los casos con coinfección por hepatitis C crónica y VIH, Colombia 2020

Variables	Hombre	Mujer	Total
	n (%)	n (%)	n (%)
Tiempo de diagnóstico			
< 1 año	272 (80,47)	5 (83,33)	277 (80,52)
1 a 4 años	61 (18,05)	1 (16,67)	62 (18,02)
5-9 años	2 (0,59)	0 (0,00)	2 (0,58)
>= 10 años	0 (0,00)	0 (0,00)	0 (0,00)
Sin dato	3 (0,89)	0 (0,00)	3 (0,87)
Comorbilidades			
Cirrosis			
Sí	7 (2,07)	0 (0,00)	7 (2,03)
No	274 (81,07)	2 (33,33)	276 (80,23)
No evaluado	57 (16,86)	4 (66,67)	61 (17,73)
Trasplante hepático			
Sí	0 (0,00)	0 (0,00)	0 (0,00)
No	338 (100,00)	6 (100,00)	344 (100,00)
ERC 4 -5			
Sí	0 (0,00)	0 (0,00)	0 (0,00)
No	338 (100,00)	6 (100,00)	344 (100,00)
Hepatitis B			
Sí	11 (3,25)	1 (16,67)	12 (3,49)
No	308 (91,12)	5 (83,33)	313 (90,99)
No evaluado	19 (5,62)	0 (0,00)	19 (5,52)
Mecanismo de transmisión			
Evento adverso relacionado con procedimientos de salud	0 (0,00)	0 (0,00)	0 (0,00)
Hemotransfusión	2 (0,59)	0 (0,00)	2 (0,58)
Uso de equipos de inyección contaminada	6 (1,78)	3 (50,00)	9 (2,62)
Exposición ocupacional	0 (0,00)	0 (0,00)	0 (0,00)
Transmisión sexual	286 (84,62)	3 (50,00)	289 (84,01)
Transmisión materno infantil	0 (0,00)	0 (0,00)	0 (0,00)
Consumo de sustancias psicoactivas intranasales	0 (0,00)	0 (0,00)	0 (0,00)
Otras formas de transmisión sanguínea	0 (0,00)	0 (0,00)	0 (0,00)
Desconocido	44 (13,02)	0 (0,00)	44 (12,79)
Grado de fibrosis hepática			

Tabla 18. Características clínicas de los casos con coinfección por hepatitis C crónica y VIH, Colombia 2020 (continuación)

Variables	Hombre	Mujer	Total
	n (%)	n (%)	n (%)
F0	19 (5,62)	1 (16,67)	20 (5,81)
F1	149 (44,08)	2 (33,33)	151 (43,90)
F2	97 (28,70)	1 (16,67)	98 (28,49)
F3	26 (7,69)	0 (0,00)	26 (7,56)
Cirrosis compensada	5 (1,48)	0 (0,00)	5 (1,45)
Cirrosis no compensada	0 (0,00)	0 (0,00)	0 (0,00)
Cirrosis sin estadificar	5 (1,48)	0 (0,00)	5 (1,45)
Sin estudio	37 (10,95)	2 (33,33)	39 (11,34)
Genotipo			
1	0 (0,00)	0 (0,00)	0 (0,00)
1A	26 (7,69)	0 (0,00)	26 (7,56)
1B	9 (2,66)	0 (0,00)	9 (2,62)
2	2 (0,59)	0 (0,00)	2 (0,58)
3	1 (0,30)	2 (33,33)	3 (0,87)
4	133 (39,35)	0 (0,00)	133 (38,66)
2 y 4	1 (0,30)	0 (0,00)	1 (0,29)
Desconocido	166 (49,11)	4 (66,67)	170 (49,42)
Tratamiento previo			
Sí	13 (3,85)	1 (16,67)	14 (4,07)
No	325 (96,15)	5 (83,33)	330 (95,93)
Total	338 (100,00)	6 (100,00)	344 (100,00)



6. MANEJO MÉDICO ESPECIALIZADO DE LAS PERSONAS CON HEPATITIS C CRÓNICA



CUENTA DE ALTO COSTO

Fondo Colombiano de Enfermedades de Alto Costo

CONTENIDO INFOGRÁFICO DE RESUMEN DEL CAPÍTULO

Capítulo 6.

En el 42,56% de las personas con infección por VHC el médico general fue el profesional que lidero la atención, seguido por infectología en el 32,69% de los casos.



El promedio de consultas por hepatología pasó de 1,82 en las personas con cirrosis a 0,23 en usuarios sin cirrosis.



El promedio de consultas por gastroenterología pasó de: 0,47 en las personas con cirrosis a 0,14 en usuarios sin cirrosis.



El promedio de consultas por medicina interna pasó de: 0,41 en las personas con cirrosis a 0,02 en usuarios sin cirrosis.



[Descargar Figura](#)

Situación de la HEPATITIS C CRÓNICA en Colombia 2020

6. MANEJO MÉDICO ESPECIALIZADO DE LAS PERSONAS CON HEPATITIS C CRÓNICA

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

Según los datos reportados durante el periodo 2020, el 42,56% (n=401) de las atenciones realizadas a las personas con hepatitis C crónica fueron lideradas por medicina general, seguido por infectología con un 32,69% (n=308). Para las especialidades de hepatología y gastroenterología se encontró una frecuencia del 13,9% (n=131) y 5,9% (n=56) respectivamente.

Teniendo en cuenta lo anterior, en la tabla 19 se observa la distribución del número de atenciones recibidas por los pacientes según la especialidad, pudiendo concluirse que hay mayor frecuencia y acceso a las consultas por infectología y medicina general.

Tabla 19. Distribución del número de atenciones recibidas por paciente según especialidad, Colombia 2020

Profesional	Número de atenciones recibidas					
	0 n(%)	1 n(%)	2 n(%)	3 n(%)	4 n(%)	> 5 n(%)
Gastroenterología	570 (91,05)	35 (5,59)	9 (1,43)	11 (1,75)	1 (0,16)	0 (0,00)
Hepatología	495 (79,07)	93 (14,86)	25 (3,99)	8 (1,27)	4 (0,64)	1 (0,16)
Infectología	318 (50,80)	83 (13,26)	65 (10,38)	54 (8,62)	45 (7,19)	33 (5,27)
Medicina familiar	601 (96,01)	20 (3,19)	5 (0,79)	0 (0,00)	0 (0,00)	0 (0,00)
Medicina general	225 (35,94)	206 (32,91)	88 (14,05)	57 (9,10)	22 (3,51)	21 (3,35)
Medicina interna	605 (96,65)	12 (1,92)	3 (0,47)	3 (0,47)	1 (0,16)	2 (0,32)

En relación con la distribución en la frecuencia de las consultas según el tipo de profesional, se observó una variación según el estado de la fibrosis, en los pacientes con presencia de cirrosis compensada se evidenció una mayor frecuencia en las consultas por los diferentes profesionales, con un promedio para hepatología de 0,65, gastroenterología 0,25, medicina interna 0,36, y medicina general 1,65; para las especialidades de medicina familiar e infectología predominaron la frecuencia en consultas de aquellos pacientes que no tenían cirrosis con un promedio de 0,06 y 1,71, respectivamente. De acuerdo con lo anterior, puede concluirse que, independientemente del estado de la fibrosis hepática, la infectología lidera las atenciones en las personas con VHC crónica.

Tabla 20. Distribución del número total de consultas durante el período según el tipo de profesional y el estado de la fibrosis, Colombia 2020

Profesional	Cirrosis	Frecuencia de las consultas			Mín.-Máx.
		Número ¹	Media (±DE)	Mediana (RIC)	
Hepatología	No tiene cirrosis	101	0,23 (0,57)	0,00 (0,00-0,00)	0 - 4
	Cirrosis compensada	36	0,65 (1,16)	0,00 (0,00-1,00)	0 - 6
	Cirrosis no compensada	15	0,63 (0,92)	0,00 (0,00-1,00)	0 - 3
	Cirrosis sin estadificar	20	0,54 (0,90)	0,00 (0,00-1,00)	0 - 3
	No evaluado	17	0,26 (0,64)	0,00 (0,00-0,00)	0 - 4
	Todos	189	0,30 (0,70)	0,00 (0,00-0,00)	0 - 6

Situación de la HEPATITIS C CRÓNICA en Colombia 2020

WWW.CUENTADEALTOCOSTO.ORG

Tabla 20. Distribución del número total de consultas durante el período según el tipo de profesional y el estado de la fibrosis, Colombia 2020

Profesional	Cirrosis	Frecuencia de las consultas			Mín.-Máx.
		Número ¹	Media (±DE)	Mediana (RIC)	
Gastroenterología	No tiene cirrosis	62	0,14 (0,51)	0,00 (0,00-0,00)	0 - 4
	Cirrosis compensada	14	0,25 (0,67)	0,00 (0,00-0,00)	0 - 3
	Cirrosis no compensada	2	0,08 (0,28)	0,00 (0,00-0,00)	0 - 1
	Cirrosis sin estadificar	5	0,14 (0,59)	0,00 (0,00-0,00)	0 - 3
	No evaluado	7	0,11 (0,53)	0,00 (0,00-0,00)	0 - 3
	Todos	90	0,14 (0,53)	0,00 (0,00-0,00)	0 - 4
Infectología	No tiene cirrosis	761	1,71 (2,06)	1,00 (0,00-3,00)	0 - 9
	Cirrosis compensada	64	1,16 (1,66)	0,00 (0,00-2,00)	0 - 6
	Cirrosis no compensada	20	0,83 (1,69)	0,00 (0,00-0,25)	0 - 6
	Cirrosis sin estadificar	32	0,86 (1,51)	0,00 (0,00-1,00)	0 - 6
	No evaluado	31	0,47 (0,68)	0,00 (0,00-1,00)	0 - 3
	Todos	908	1,45 (1,93)	0,00 (0,00-3,00)	0 - 9
Medicina interna	No tiene cirrosis	10	0,02 (0,34)	0,00 (0,00-0,00)	0 - 7
	Cirrosis compensada	20	0,36 (1,32)	0,00 (0,00-0,00)	0 - 8
	Cirrosis no compensada	0	0,00 (0,00)	0,00 (0,00-0,00)	0 - 0
	Cirrosis sin estadificar	2	0,05 (0,23)	0,00 (0,00-0,00)	0 - 1
	No evaluado	14	0,21 (0,57)	0,00 (0,00-0,00)	0 - 3
	Todos	46	0,07 (0,53)	0,00 (0,00-0,00)	0 - 8
Medicina Familiar	No tiene cirrosis	28	0,06 (0,29)	0,00 (0,00-0,32)	0 - 2
	Cirrosis compensada	0	0,00 (0,00)	0,00 (0,00-0,00)	0 - 0
	Cirrosis no compensada	0	0,00 (0,00)	0,00 (0,00-0,00)	0 - 0
	Cirrosis sin estadificar	0	0,00 (0,00)	0,00 (0,00-0,00)	0 - 0
	No evaluado	2	0,03 (0,17)	0,00 (0,00-0,00)	0 - 1
	Todos	30	0,05 (0,25)	0,00 (0,00-0,00)	0 - 2
Medicina general	No tiene cirrosis	576	1,30 (1,63)	1,00 (0,00-2,00)	0 - 9
	Cirrosis compensada	91	1,65 (1,88)	1,00 (0,00-2,00)	0 - 9
	Cirrosis no compensada	25	1,04 (1,00)	1,00 (0,00-1,25)	0 - 3
	Cirrosis sin estadificar	44	1,19 (1,56)	1,00 (0,00-1,00)	0 - 8
	No evaluado	95	1,44 (1,59)	1,00 (0,00-2,00)	0 - 7
	Todos	831	1,33 (1,63)	1,00 (0,00-2,00)	0 - 9

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



7. INDICADORES DE GESTIÓN DEL RIESGO



CUENTA DE ALTO COSTO
Fondo Colombiano de Enfermedades de Alto Costo

CONTENIDO INFOGRÁFICO DE RESUMEN DEL CAPÍTULO

Capítulo 7.

Indicadores de proceso

El 85,31% de las personas con diagnóstico de hepatitis C crónica recibieron tratamiento con AAD. Se evidenció una disminución del 12,20% con respecto al año 2019



La proporción de personas con diagnóstico de hepatitis C crónica con resultado de estadificación para fibrosis disminuyó en un 2,77% respecto al 2019.



El 1,05% de las personas con infección por hepatitis C crónica inició tratamiento fuera de la compra centralizada. Este indicador ha disminuido en un 6,92% desde la cohorte 2017-2018.



La mediana de edad para los hombres con coinfección por VHC y VIH fue de 35,6. Para las mujeres fue de 39,5.



Indicadores de proceso

La proporción de personas con diagnóstico de hepatitis C crónica y fibrosis hepática, disminuyó para la cohorte actual, pasando de 34,18% en el 2019 al 25,52% en el 2020.



El indicador de efectividad del tratamiento, se mantiene estable, continuando superior al 97%.



[Descargar Figura](#)

Situación de la HEPATITIS C CRÓNICA en Colombia 2020

7. INDICADORES DE GESTIÓN DEL RIESGO

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

En la tabla 21 se observa la descripción del tipo y del nombre de los indicadores y rangos de cumplimiento con su correspondiente semaforización.

Tabla 21. Descripción de los indicadores de gestión del riesgo en hepatitis C crónica, Colombia 2020

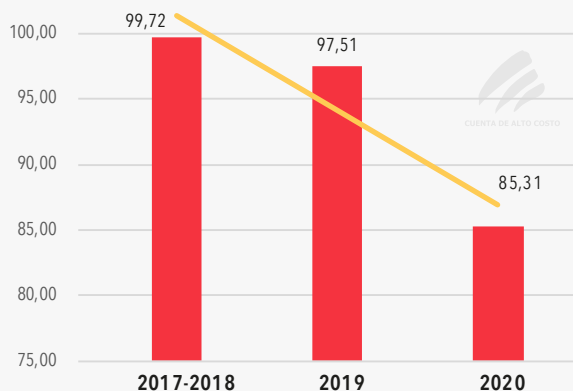
Tipo de indicador	N°	Indicador	Semaforización de cumplimiento		
			Alto	Medio	Bajo
Proceso	1	Proporción de personas con diagnóstico de hepatitis C crónica que iniciaron tratamiento	● ≥90%	● ≥80 a <90%	● <80%
Proceso	2	Proporción de pacientes con resultados de estadificación para fibrosis	● ≥95%	● ≥90 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 de compra centralizada	● ≥90%	● ≥85 a <90%	● <85%
Resultado	6	RVS 12 semanas después de finalizado el tratamiento para hepatitis C crónica fuera de compra centralizada	● ≥90%	● ≥85 a <90%	● <85%
Proceso	7	Proporción de personas con diagnóstico de hepatitis C crónica que abandonaron el tratamiento	● ≤5%	● >5 a ≤10%	● >10%

El suministro del tratamiento, en la mayoría de los casos por 12 semanas, ha demostrado porcentajes de curación superiores al 95% y una disminución importante en el costo total a través del modelo de compra centralizada.

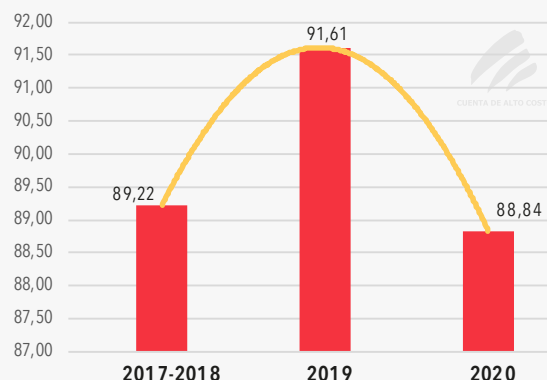
Al analizar la tendencia de los indicadores de proceso se evidencia un patrón descendente en la proporción de personas que iniciaron tratamiento, la proporción de los pacientes con evaluación de fibrosis hepática y la proporción de inicio de tratamientos fuera de la compra centralizada. En lo concerniente al tratamiento, es importante precisar que, en el último semestre del periodo evaluado se presentó menor disponibilidad de AAD secundario a la situación de pandemia por COVID-19.

Figura 15. Tendencia de los indicadores de proceso, Colombia 2017-2020¹

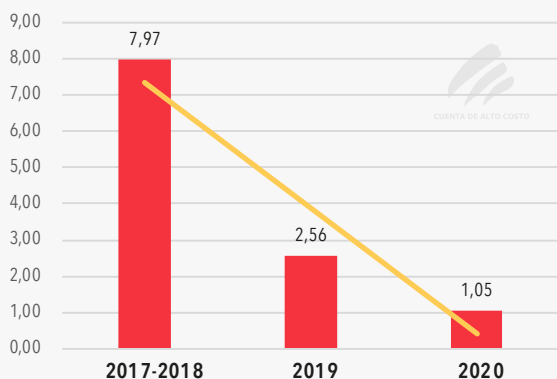
A. Indicador 1. Proporción de personas con diagnóstico de hepatitis C crónica que iniciaron tratamiento



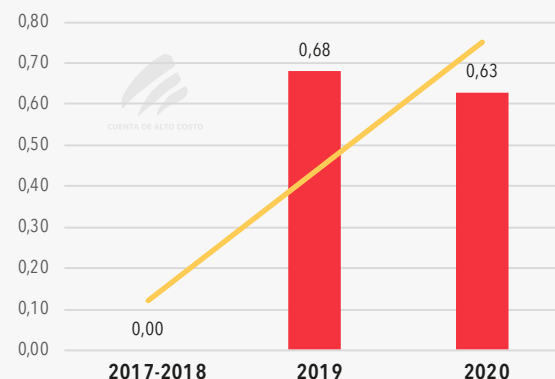
B. Indicador 2. Proporción de pacientes con resultados de estadificación para fibrosis



C. Indicador 3. Proporción de pacientes que iniciaron el tratamiento para hepatitis C crónica fuera de compra centralizada



D. Indicador 7. Proporción de personas con diagnóstico de hepatitis C crónica que abandonaron el tratamiento



[Descargar Figura](#)

En la tabla 22 se presentan los resultados de los indicadores de proceso en las personas con hepatitis C crónica según la EAPB.

Tabla 22. Medición de los indicadores de proceso (1, 2, 3 y 7) en las personas con hepatitis C crónica según la entidad aseguradora, Colombia 2020

EAPB	Indicador 1 (%)	Indicador 2 (%)	Indicador 3 (%)	Indicador 7 (%)
	≥90%	≥95%	≤5%	≤20%
	≥80 a <90%	≥90 a <95%	>5 a ≤10%	>20 a ≤40%
	<80%	<90%	>10%	>40%
EAS027	● 100,00	● 100,00	● 0,00	● 0,00
EPS001	● 100,00	● 100,00	● 0,00	● 0,00
EPS002	● 93,10	● 80,95	● 2,56	● 0,00
EPS005	● 92,31	● 93,75	● 0,00	● 0,00
EPS008	● 68,35	● 98,94	● 0,00	● 0,00
EPS010	● 100,00	● 100,00	● 0,00	● 0,00
EPS012	● 100,00	● 0,00	● 0,00	● 0,00

Situación de la HEPATITIS C CRÓNICA en Colombia 2020

7. INDICADORES DE GESTIÓN DEL RIESGO

Tabla 22. Medición de los indicadores de proceso (1, 2, 3 y 7) en las personas con hepatitis C crónica según la entidad aseguradora, Colombia 2020 (continuación)

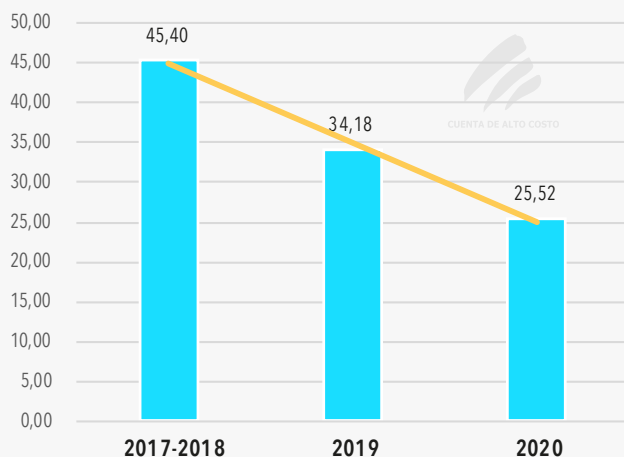
EAPB	Indicador 1 (%)	Indicador 2 (%)	Indicador 3 (%)	Indicador 7 (%)
	≥90%	≥95%	≤5%	≤20%
	≥80 a <90%	≥90 a <95%	>5 a ≤10%	>20 a ≤40%
	<80%	<90%	>10%	>40%
EPS016	● 52,63	● 52,17	● 0,00	● 0,00
EPS017	● 100,00	● 100,00	● 0,00	● 0,00
EPS018	● 87,50	● 83,33	● 0,00	● 0,00
EPS037	● 100,00	● 89,29	● 5,77	● 1,92
EPS044	● 80,00	● 100,00	● 0,00	● 0,00
ESS024	● 100,00	● 90,00	● 0,00	● 0,00
EPSS40	● 62,50	● 31,03	● 0,00	● 0,00
EPS045	● 73,33	● 94,44	● 0,00	● 9,09
ESS062	● 41,67	● 75,00	● 0,00	● 0,00
EPSS41	● 100,00	● 90,00	● 10,00	● 0,00
ESS207	● 75,00	● 75,00	● 0,00	● 0,00
EPS025	● 100,00	● 0,00	● 0,00	● 0,00
CCF024	● 100,00	● 100,00	● 0,00	● 0,00
CCF055	Sin dato	● 66,67	Sin dato	Sin dato
EPSI03	● 100,00	● 100,00	● 0,00	● 100,00
ESS076	Sin dato	● 66,67	Sin dato	Sin dato
Nacional	● 85,31	● 88,84	● 1,05	● 0,63

***Hace referencia a que la entidad no reportó pacientes gestionados durante el período que cumplieran los criterios para ser incluidos ni en el numerador o denominador del indicador.

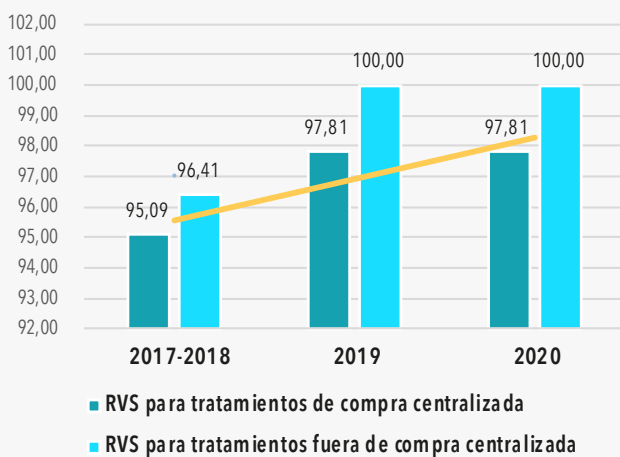
Con respecto a los indicadores de resultado, la detección de la fibrosis hepática en los casos reportados disminuyó con respecto a los periodos anteriores, incluso acercándose a la meta de cumplimiento establecida como <20%. Por otra parte, el indicador de efectividad del tratamiento se mantiene estable, continuando superior al 97%.

Figura 16. Tendencia de los indicadores de resultado en la gestión de los pacientes con hepatitis C crónica, Colombia 2017-2020

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



B. Indicadores 5 y 6. RVS 12 semanas después de finalizado el tratamiento para hepatitis C crónica



[Descargar Figura](#)

En la tabla 23 se presentan los indicadores de resultado en las personas con hepatitis C crónica según la EAPB.

Tabla 23. Medición de indicadores de resultado (4, 5 y 6) en la gestión de los pacientes con hepatitis C crónica según la entidad aseguradora, Colombia 2020

EAPB	Indicador 4 (%)			Indicador 5 (%)		Indicador 6 (%)	
	≤20%			≥90%		≥90%	
	>20 a ≤40%			≥85 a <90%		≥85 a <90%	
	>40%			<85%		<85%	
EAS027	●	100,00		Sin dato		Sin dato	
EPS001	●	33,33	●	100,00		Sin dato	
EPS002	●	16,67	●	100,00	●	100,00	
EPS005	●	31,94	●	100,00		Sin dato	
EPS008	●	20,21	●	92,00		Sin dato	
EPS010	●	13,33	●	100,00		Sin dato	
EPS012	●	0,00		Sin dato		Sin dato	
EPS016	●	26,09	●	100,00		Sin dato	
EPS017	●	23,91	●	92,31		Sin dato	
EPS018	●	25,00	●	100,00		Sin dato	
EPS037	●	35,71	●	100,00	●	100,00	
EPS044	●	8,33	●	100,00		Sin dato	
ESS024	●	60,00	●	80,00		Sin dato	
EPSS40	●	10,34	●	100,00		Sin dato	
EPS045	●	33,33	●	100,00		Sin dato	
ESS062	●	18,75	●	100,00		Sin dato	

Situación de la HEPATITIS C CRÓNICA en Colombia 2020

7. INDICADORES DE GESTIÓN DEL RIESGO

Tabla 23. Medición de indicadores de resultado (4, 5 y 6) en la gestión de los pacientes con hepatitis C crónica según la entidad aseguradora, Colombia 2020 (continuación)

EAPB	Indicador 4 (%)			Indicador 5 (%)			Indicador 6 (%)		
	≤20%			≥90%			≥90%		
	>20 a ≤40%			≥85 a <90%			≥85 a <90%		
	>40%			<85%			<85%		
EPSS41	●	40,00	●	100,00	●	100,00	●	100,00	
ESS207	●	75,00	●	100,00		Sin dato		Sin dato	
EPS025	●	0,00		Sin dato		Sin dato		Sin dato	
CCF024	●	0,00	●	100,00		Sin dato		Sin dato	
CCF055	●	66,67		Sin dato		Sin dato		Sin dato	
EPSI03	●	0,00		Sin dato		Sin dato		Sin dato	
ESS076	●	66,67		Sin dato		Sin dato		Sin dato	
Nacional	●	25,52	●	97,81	●	100,00	●	100,00	

Sin dato=Sin casos

*** Hace referencia a que la entidad no reportó pacientes gestionados durante el período que cumplieran los criterios para ser incluidos ni en el numerador o denominador del indicador.



**8. ANÁLISIS DEL IMPACTO DE LA
PANDEMIA POR VIRUS SARS COV 2
(COVID 19) EN EL SEGUIMIENTO
DE LOS PACIENTES CON HEPATITIS
C CRÓNICA**



CUENTA DE ALTO COSTO
Fondo Colombiano de Enfermedades de Alto Costo

CONTENIDO INFOGRÁFICO DE RESUMEN DEL CAPÍTULO

Capítulo 8.

Debido a la situación mundial ocasionada por el virus Sars-CoV-2, los planes de tamización, diagnóstico, tratamiento, seguimiento a las complicaciones y eliminación de la hepatitis C, se prolongaron.



Durante la pandemia de COVID-19 la modalidad de consultas realizadas fue telemáticas y seguimiento telefónico.



A causa de las restricciones por la emergencia sanitaria y la alta demanda de los servicios de salud por COVID-19, la continuidad en la evolución de los pacientes con diagnóstico reciente de VHC crónica se vio directamente afectada, puesto que esta no fluyó eficazmente.



Debido a la saturación de los servicios de laboratorio y el temor de los usuarios para acudir a los servicios de salud, las órdenes médicas prescritas en ocasiones no se realizaron o se postergaron.



La proporción de personas con diagnóstico de hepatitis C crónica y fibrosis hepática, disminuyó para la cohorte actual, pasando de 34,18% en el 2019 al 25,52% en el 2020.



La asignación de recursos para enfrentar la pandemia COVID-19 retrasó la orden de la compra centralizada de AAD, desafiando la disponibilidad en el suministro de tratamientos en el último semestre del periodo evaluado.



[Descargar Figura.](#)

8. ANÁLISIS DEL IMPACTO DE LA PANDEMIA POR VIRUS SARS COV 2 (COVID 19) EN EL SEGUIMIENTO DE LOS PACIENTES CON HEPATITIS C CRÓNICA

Debido a la situación mundial ocasionada por el virus Sars-CoV-2, los planes de tamización, diagnóstico, tratamiento, seguimiento a las complicaciones y eliminación de la hepatitis C, se prolongaron.

En la tabla 24 se muestra la diferencia en la realización de los laboratorios y consultas durante el año 2020 comparando con el año 2019, los cuales se reportaron por medio de un código único de procedimientos.

En general, la frecuencia y el promedio de realización de paraclínicos por paciente descendió, específicamente la carga viral, hemoglobina, plaquetas, AST, ALT, bilirrubinas, fosfatasa alcalina, TP y creatinina. Por su parte, en cuanto a las consultas se evidenció un ascenso en las de medicina general, otras especialidades que hacen referencia a infectología y trabajo social.

Tabla 24. Variación en el número de procedimientos (laboratorios) y consultas en los pacientes con hepatitis C crónica antes y durante la pandemia, Colombia 2019-2020

Tipo de tecnología en salud	Frecuencia por año			Promedio		
	2019	2020	Variabilidad	2019	2020	Variabilidad
Laboratorios						
Hepatitis C anticuerpos	249	225	↓ 24	0,39	0,36	↓ 0,03
Hepatitis C carga viral	2792	2250	↓ 542	4,42	3,59	↓ 0,82
Hepatitis C genotipo	361	158	↓ 203	0,57	0,25	↓ 0,32
Virus de Inmunodeficiencia Humana 1 y 2 anticuerpos	228	129	↓ 99	0,36	0,21	↓ 0,15
Cuadro hemático						
Hemoglobina	1665	1351	↓ 314	2,63	2,16	↓ 0,48
Hematocrito	1530	1297	↓ 233	2,42	2,07	↓ 0,35
Leucocitos	1468	1319	↓ 149	2,32	2,11	↓ 0,22
Plaquetas	1654	1333	↓ 321	2,62	2,13	↓ 0,49
Linfocitos	1464	1251	↓ 213	2,32	2,00	↓ 0,32
Neutrófilos	1349	1250	↓ 99	2,13	2,00	↓ 0,14
Hepatitis B						
Antígeno de superficie Hepatitis B, AG HBs	400	355	↓ 45	0,63	0,57	↓ 0,07
Hepatitis B anticuerpos S [ANTI-HBs] semiautomatizado o automatizado	303	296	↓ 7	0,48	0,47	↓ 0,01
Hepatitis B anticuerpos central totales [ANTI-CORE HBc] semiautomatizado o automatizado	296	285	↓ 11	0,47	0,46	↓ 0,01
Hepatitis B anticuerpos central Ig M [ANTI-CORE HBc-IgM] semiautomatizado o automatizado	29	22	↓ 7	0,05	0,04	↓ 0,01
Hepatitis B anticuerpos E [ANTI-HBe] semiautomatizado o automatizado	27	14	↓ 13	0,04	0,02	↓ 0,02
Pruebas de función hepática						
Transaminasa Glutámico Oxalacética [Aspartato Amino Transferasa]	1714	1407	↓ 307	2,71	2,25	↓ 0,46
Transaminasa Glutámico-Pirúvica [Alanino Amino Transferasa]	1711	1405	↓ 306	2,71	2,24	↓ 0,46

Situación de la HEPATITIS C CRÓNICA en Colombia 2020

8. ANÁLISIS DEL IMPACTO DE LA PANDEMIA POR VIRUS SARS COV2 (COVID 19) EN EL SEGUIMIENTO DE LOS PACIENTES CON HEPATITIS C CRÓNICA

Tabla 24. Variación en el número de procedimientos (laboratorios) y consultas en los pacientes con hepatitis C crónica antes y durante la pandemia, Colombia 2019-2020 (continuación)

Tipo de tecnología en salud	Frecuencia por año			Promedio				
	2019	2020	Variabilidad	2019	2020	Variabilidad		
Gamma Glutamil Transferasa	157	71	↓	86	0,25	0,11	↓	0,13
Bilirrubina total	1584	1284	↓	300	2,51	2,05	↓	0,46
Bilirrubina directa	1415	1199	↓	216	2,24	1,92	↓	0,32
Fosfatasa alcalina	1304	1006	↓	298	2,06	1,61	↓	0,46
Albumina en suero u otros fluidos	1143	877	↓	266	1,81	1,40	↓	0,41
Tiempo de Protrombina [TP]	1049	762	↓	287	1,66	1,22	↓	0,44
INR (International normalized ratio)	1010	773	↓	237	1,60	1,23	↓	0,36
Pruebas de función renal								
Creatinina	1617	1307	↓	310	2,56	2,09	↓	0,47
Nitrógeno Ureico	1069	892	↓	177	1,69	1,42	↓	0,27
Total laboratorios	27588	22518	↓	5070	43,65	35,97	↓	7,68
Consultas								
Consulta de control o de seguimiento por medicina general	864	958	↑	94	1,37	1,53	↑	0,16
Consulta de control o de seguimiento por otras especialidades médicas	695	942	↑	247	1,10	1,50	↑	0,41
Consulta de control o de seguimiento por especialista en hepatología	473	322	↓	151	0,75	0,51	↓	0,23
Consulta de control o de seguimiento por enfermería	169	157	↓	12	0,27	0,25	↓	0,02
Consulta de control o de seguimiento por especialista en gastroenterología	109	73	↓	36	0,17	0,12	↓	0,06
Consulta de control o de seguimiento por trabajo social	88	200	↑	112	0,14	0,32		0,18
Consulta de control o de seguimiento por especialista en medicina interna	80	72	↓	8	0,13	0,12	↓	0,01
Consulta de control o de seguimiento por terapia ocupacional	8	0	↓	8	0,01	0,00	↓	0,01
Consulta de control o de seguimiento por psicología	3	1	↓	2	0,00	0,00		0,00
Consulta de primera vez por trabajo social	1	2	↑	1	0,00	0,00		0,00
Consulta de control o de seguimiento por nutrición y dietética	1	0	↓	1	0,00	0,00		0,00
Total consultas	2491	2727	↑	236	3,94	4,36	↑	0,41

Durante la auditoría realizada por la CAC y el seguimiento a las atenciones brindadas por las EAPB en el manejo de los pacientes con hepatitis C crónica, se encontraron los siguientes hallazgos generalizados en los regímenes contributivo y subsidiado desde el inicio de la pandemia en marzo hasta el periodo de corte, 31 de diciembre de 2020.



Tabla 25. Descripción de otros cambios encontrados en la atención de los pacientes con hepatitis C crónica durante la pandemia

Situación	Contexto
Seguimiento médico	<p>Durante la pandemia COVID-19 la asistencia presencial a los servicios de salud se limitó con el fin de proteger a los pacientes y al personal de la exposición.</p> <p>Por medio del Decreto 538 de 2020, se adoptaron las medidas para contener y mitigar la pandemia de COVID-19 y garantizar la prestación de los servicios de salud</p> <p>La modalidad de las consultas fueron telemáticas y seguimiento telefónico. Sin embargo, la calidad de la información descrita no fue óptima, debido a la limitación en la identificación de datos importantes como el examen físico, revisión por sistemas, signos vitales, estadificación de fibrosis hepática y antecedente del mecanismo de transmisión.</p>
Continuidad del régimen terapéutico	<p>En los pacientes recién diagnosticados con el VHC, la continuidad en la evaluación de fibrosis hepática, pruebas de función hepática, renal, etc., y posterior inicio de tratamiento se dificultó y no fluyó eficazmente, debido a las restricciones por la cuarentena y la alta demanda de la pandemia COVID-19 hacia los servicios de salud (laboratorios y medios diagnósticos), a esto se adicionan las barreras administrativas que retrasaron la garantía del acceso por medio de mecanismos que se ajustaran a las restricciones, como autorizaciones en línea, toma de muestras domiciliarias y asignación de servicios ambulatorios exclusivos para pacientes no COVID.</p>
Control de laboratorios iniciales y de seguimiento	<p>Debido a la saturación de los servicios de laboratorio y el temor de los usuarios para acudir a los servicios de salud, las órdenes médicas prescritas en ocasiones no se realizan o se postergan.</p>
Interrupción en el suministro de AAD	<p>La asignación de recursos para enfrentar la pandemia COVID-19 retrasó la orden de la compra centralizada de AAD, desafiando la disponibilidad en el suministro de tratamientos en el último semestre del periodo evaluado. Situación que fue manifestada por algunas EAPB e IPS, como preocupación por tratamientos indicados en espera de disponibilidad, incluso en pacientes con estadios de fibrosis hepática avanzados.</p>
Identificación de población en riesgo y confirmación diagnóstica	<p>La implementación de lo contemplado en la resolución 1314 de 2020, donde se adoptan los lineamientos para la realización de pruebas rápidas para el diagnóstico temprano por VIH, sífilis, hepatitis B y hepatitis C, se ha pospuesto como estrategia para que se sumen todos los esfuerzos hacia el manejo del COVID-19 y la ejecución del plan de vacunación, razón por la cual, el comportamiento de los casos nuevos reportados en mayor proporción, corresponde a usuarios que viven con el VIH bajo la cobertura de los programas de atención integral que contemplan el tamizaje periódico de la hepatitis C</p>

Situación de la HEPATITIS C CRÓNICA en Colombia 2020

DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

En el período 2020 se reportaron 626 casos con hepatitis C crónica a la CAC, que corresponde a una prevalencia cruda para los regímenes contributivo y subsidiado de 1,36 casos por 100.000 habitantes, representando una disminución del 50% en relación con el 2019. Aunque esta cifra de prevalencia es similar a la encontrada en 2019, es muy inferior a la esperada (0,83% a 1,30%) según la Organización Mundial de la Salud (OMS) en el informe mundial realizado en el año 2017, lo cual se traduce en que existe un número elevado de personas en el país que desconocen el diagnóstico (15). Según el observatorio Polaris, solamente

“SEGÚN EL OBSERVATORIO POLARIS, SOLAMENTE EL 9% DE LAS PERSONAS CONOCEN EL DIAGNÓSTICO DE INFECCIÓN POR VHC EN COLOMBIA (21)”

el 9% de las personas conocen el diagnóstico de infección por VHC en Colombia (21). La mayoría de los pacientes con la infección se encuentran sin diagnóstico en parte por los costos de la detección de la enfermedad a gran escala, sumado al desconocimiento por parte de la población general sobre los modos de transmisión y las conductas de alto riesgo. (22).

En la caracterización de la población con infección por VHC se resalta que se encuentra una mayor concentración en los hombres (73,96%) y en las personas con coinfección con VIH (54,95%). Además, es importante mencionar que el principal mecanismo de transmisión es el sexual (46,36%) seguido por el de hemotransfusión (18,53%). A nivel mundial se ha observado una creciente incidencia de VHC en los hombres que tienen sexo con hombres VIH positivos. En Estados Unidos y Europa entre el 15% y el 30% de las personas viviendo con el VIH presentan coinfección con VHC, siendo una de las principales causas de muerte, sumado a una peor respuesta al tratamiento con AAD, menor probabilidad de eliminación espontánea, una progresión más rápida a cirrosis y un riesgo aumentado de carcinoma hepatocelular.

Por estas razones, es necesario fortalecer las estrategias de tamización para VHC a la población de hombres con énfasis en las personas que conviven con VIH. (19, 20)

Por otra parte, al observar los resultados de los indicadores de gestión se resalta que la proporción de personas que iniciaron tratamiento con AAD disminuyó en comparación con el 2019 (97,51% a 85,31%), al igual que decreció la proporción de personas que fueron estadificados para fibrosis (91,61% a 88,84%). De las personas con hepatitis C que se estadificaron para fibrosis, se encontró una reducción en la proporción de casos con fibrosis (34,18 a 25,52%); sin embargo, aún se encuentran por fuera de la meta (<20%).

En cuanto a la efectividad del tratamiento persiste una RVS en más del 95% de los pacientes tratados con AAD, tanto con medicamentos de la compra centralizada como los utilizados por fuera de la estrategia. Es decir, dada la eficacia encontrada en el tratamiento se recomienda persistir con estrategias como la negociación y compra centralizada, que permiten mejorar la disponibilidad continua de los medicamentos y que alivien el gasto financiero del sistema de salud.

Respecto al análisis del impacto de la pandemia por el virus Sars-CoV-2, es reconocido mundialmente que la saturación de los servicios de salud por COVID-19 ocasiona una disminución de los recursos disponibles para el manejo de otras patologías, sumado a una escasez de aplicación de pruebas de diagnóstico por que los pacientes evitan acudir a los centros de salud ante el temor de exponerse al virus. Además de las dificultades que se presentan en la disponibilidad de las pruebas para realizar el tamizaje por interrupción en las cadenas de suministro. (17,18)

En la presente cohorte, se observaron cambios importantes, ya que no se evidenció una tendencia al incremento en la prevalencia y hubo una disminución de inicio de tratamiento con AAD,

“EN CUANTO A LA EFECTIVIDAD DEL TRATAMIENTO PERSISTE UNA RVS EN MÁS DEL 95% DE LOS PACIENTES TRATADOS CON AAD”



en la aplicación de pruebas para estadificación de fibrosis, en la toma de paraclínicos de control realizados (pruebas de función renal, hepática, cuadro hemático) y un menor número de consultas de seguimiento de especialistas como hepatología, gastroenterología y medicina interna. Como respuesta por parte del sistema de salud, se observó un aumento importante de teleconsultas y de seguimientos telefónicos a los pacientes, que permitió realizar seguimiento a la adherencia, al comportamiento de la enfermedad y finalmente a la curación de la infección por el VHC, conseguida en más del 95% de los pacientes tratados. Sin embargo, es necesario identificar las oportunidades de mejora de esta situación, tales como la necesidad de mejorar la calidad del registro de la historia clínica en todo tipo de teleconsultas, la búsqueda de mecanismos que permitan la realización de paraclínicos fundamentales en el seguimiento de los pacientes con limitaciones de acceso a los servicios de salud, la eliminación de las barreras administrativas y la disponibilidad continua de los tratamientos antivirales (17).

Finalmente, ante la falta de diagnóstico de la infección por VHC que es considerada la mayor brecha encontrada en el propósito de lograr la erradicación de la enfermedad (25), se recomienda fortalecer la detección de los casos con hepatitis C crónica a través de la ampliación de los programas de vigilancia en las IPS de atención primaria o control prenatal, en cárceles, unidades de diálisis, en los pacientes que requieren intervenciones médicas frecuentemente, en todos los pacientes con riesgo elevado de infección por VHC y a todas las personas de 50 años o más (según lo establecido en la Resolución 3280/2018). Además de realizar la prueba a toda persona que la solicite en los servicios de salud sin requerirle la divulgación de la condición de riesgo por la cual está solicitando la prueba (26).

Aunque inicialmente el costo de la tamización y diagnóstico de la población podría representar un aumento en los costos para el sistema de salud, se ha demostrado que diagnosticar oportunamente y tratar a los pacientes reducirá significativamente el costo a largo plazo del manejo de las complicaciones de la enfermedad o, en otras palabras, es una intervención rentable tamizar y tratar a los pacientes con VHC (22, 23, 24). Adicionalmente, es importante resaltar que el costo de algunas intervenciones de VHC se encuentran distribuidas entre diferentes partes del sector salud como en los programas dirigidos a consumidores de drogas inyectables y en el modelo de gestión programática de VIH (4). Es necesario evidenciar la reducción de los costos y eliminar las ineficiencias de los servicios de salud.

**“SIN EMBARGO,
ES NECESARIO
IDENTIFICAR LAS
OPORTUNIDADES
DE MEJORA DE ESTA
SITUACIÓN, TALES
COMO LA NECESIDAD
DE MEJORAR LA
CALIDAD DEL
REGISTRO DE LA
HISTORIA CLÍNICA
EN TODO TIPO DE
TELECONSULTAS”**

Situación de la HEPATITIS C CRÓNICA en Colombia 2020

TABLAS COMPLEMENTARIAS

TABLAS COMPLEMENTARIAS

Tabla 1C. Hallazgos relevantes identificados durante la auditoría de la información, Colombia 2020

Situación	Hallazgos
Genotipificación	<p>De los 344 casos con coinfección VIH/VHC al 49,42% no se les realizó genotipificación. De la misma forma, de los 15 casos con ERC estadio 4-5 en el 40,00% no se pudo identificar el genotipo.</p> <p>De acuerdo con lo contemplado en la guía y vía clínica para el tratamiento de la hepatitis C, no es obligatorio realizar el genotipo en todos los pacientes, excepto cuando no hay respuesta viral sostenida con el uso de un medicamento pangentípico, casos con enfermedad renal crónica con depuración de creatinina menor a 30 ml/min o tenga coinfección VIH/VHC. Lo anterior como parte del seguimiento epidemiológico.</p>
Casos con recurrencia viral Vs. reinfección	<p>Se identificaron dos (2) casos en los que no fue posible determinar curación post tratamiento. En dichos casos la medición de CV VHC de finalización de tratamiento fue indetectable y la CV VHC de 12 semanas post tratamiento detectable, adicionalmente, el genotipo inicial no fue evaluado, por lo cual, no se pudo confirmar si fue un fracaso terapéutico o una reinfección</p> <p>El experto recomienda revisar los casos de fracaso terapéutico de forma mensual, de tal manera que se verifique la clasificación clínica de fracaso terapéutico versus reinfección. En cuanto a esto, es fundamental recordar a las EPS e IPS la importancia de realizar el genotipo basal en las personas que viven con VIH para facilitar la identificación de estas situaciones.</p>
Disminución en el inicio de tratamientos con AAD	<p>La proporción de casos con diagnóstico de hepatitis C crónica que iniciaron tratamiento durante el 2020 fue del 85,31%, situando este resultado en un estándar medio de cumplimiento.</p>
Casos con reinfección	<p>Se evidenciaron 10 casos de reinfección por el VHC en usuarios con coinfección VIH/VHC previamente tratados y curados. En un caso se identificó cirrosis compensada.</p> <p>Es fundamental el trabajo articulado con el equipo multidisciplinario para la promoción de factores protectores y prevención de conductas de riesgo para infección por VHC.</p>
Reporte de casos nuevos	<p>Se observa una tendencia a la disminución en el número de casos nuevos reportados y una proporción importante de casos identificados bajo la cobertura de atención integral de personas que viven con el VIH, lo cual, permite inferir que las otras poblaciones de riesgo no están siendo tamizadas.</p>
Inconsistencias por diagnóstico	<p>Se generaron 21 inconsistencias por diagnóstico, debido a que la información descrita en los soportes clínicos cargados, fue insuficiente para confirmar si la infección por el VHC al momento del reporte se encontraba activa.</p>
Fracasos terapéuticos sin opción de tratamiento	<p>Actualmente, 30 casos se encuentran en fracaso terapéutico en espera de una nueva alternativa farmacológica con AAD.</p> <p>Los expertos recomiendan evaluar la posibilidad de tener disponible otra opción de tratamiento para estos casos como el sofosbuvir, velpatasvir y voxilaprevir</p>
Evaluación de la RVS	<p>Se identificaron 38 casos con cumplimiento de semanas para toma de CV post tratamiento, sin reporte ni toma de la misma. Lo cual, dificulta determinar efectividad del tratamiento.</p>

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Vía clínica para el tratamiento de hepatitis C crónica [Internet]. Ministerio de Salud y Protección Social. 2018 [citado 10 de abril de 2021]. Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/MET/via-clinica-tratamiento-hepatitisc.pdf>
2. López Panqueva R del P. Hepatology for gastroenterologists and hematologists: Part three: Pathology of chronic necroinflammatory liver disease. *Rev Colomb Gastroenterol* [Internet]. 2013 [citado 25 de mayo de 2021];28(4):368-75. Disponible en: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0120-99572013000400013&lng=en&t-lng=en
3. Transformar nuestro mundo: la Agenda 2030 para el Resolución Desarrollo Sostenible [Internet]. Resolución de la Asamblea General de las Naciones Unidas. 2015 [citado 10 de abril de 2021]. Disponible en: http://www.un.org/ga/search/view_doc.asp?symbol=A/RES/70/1&referer=/english/&Lang=S
4. Estrategia mundial del sector de la salud contra las hepatitis víricas 2016-2021, hacia el fin de las hepatitis víricas [Internet]. Organización Mundial de la Salud. 2016 [citado 10 de abril de 2021]. Disponible en: <http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/250578/WHO-HIV-2016.06-spa.pdf;jsessionid=B9E99C4B42501B63968E1911D9E-767B4?sequence=1>
5. Wang C-B, Cheng Z-X, Chen J-J, Chen Y-Y, Nie H-M, Ling Q-H, et al. Epidemiological characteristics and risk factors of hepatitis C virus genotype 1 infection: a national epidemiological survey of Chinese Han population. *Eur Rev Med Pharmacol Sci*. 2016;20(6):1052-6.
6. Khodabandehloo M, Roshani D. Prevalence of hepatitis C virus genotypes in Iranian patients: a systematic review and metaanalysis. *Hepat Mon*. 2014 Dec;14(12):e22915.
7. Informe de evento de interés en salud pública - hepatitis B, C y coinfección B-D PE XIII de 2020 [Internet]. Instituto Nacional de Salud. 2020 [citado 10 de abril de 2021]. Disponible en: <https://www.ins.gov.co/buscador-eventos/Informesdeevento/HEPATITIS%20B,%20C%20Y%20COINFECCI%C3%93N%20B-D%20PE%20XIII%202020.pdf>
8. Carvajal OJ, Restrepo JC, Correa G. Hepatitis C aguda: Acute hepatitis C. *Acta Médica Colombiana* [Internet]. 2008;33(1):28-32. Disponible en: <https://www.ins.gov.co/buscador-eventos/Informesdeevento/HEPATITIS%20B,%20C%20Y%20COINFECCI%C3%93N%20B-D%20PE%20XIII%202020.pdf>
9. 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 [Internet]. Ministerio de Salud y Protección Social. 2017 [citado 10 de abril de 2021]. Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/MET/estudios-previos-compra-centralizada-hepatitis-c.pdf>
10. Murphy DG, Jasmine C erwin S, Eric Fournier, Raymond Dandavino, Cécile L. Tremblay. Hepatitis C Virus Genotype 7, a New Genotype Originating from Central Africa. *J Clin Microbiol* [Internet]. 2015;53(3):967-72. Disponible en: <https://jcm.asm.org/content/53/3/967.short>
11. Resolución número 1692 de 2017 [Internet]. Ministerio de Salud y la Protección Social. 2017 [citado 12 de abril de 2021]. Disponible en: https://www.minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/Resolución No. 01692 de 2017.pdf
12. Carvalho FHP de, Coêlho MRCD, Vilella T de AS, Silva JLA, Melo HR de L. Co-infecção por HIV/HCV em hospital universitário de Recife, Brasil. *Rev Saude Publica* [Internet]. 2009 [citado 25 de mayo de 2021];43(1):133-9. Disponible en: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102009000100017&lng=en&nrm=iso&t-lng=en
13. Ríos Blanco J, González García J, Vázquez Rodríguez J. Historia natural de la coinfección por VHC y VIH: interacción de ambas coinfecciones y repercusiones de su tratamiento específico. *Enf Emerg*. 2003;5(2):119-25.
14. Holguín Rojas J, Guevara Casallas LG. Hepatitis C en pacientes coinfectados con el VIH. *Rev Col Gastroenterologia*. 2012;27(4):41-4.
15. Global Hepatitis Report [Internet]. Organización Mundial de la Salud. 2017 [citado 12 de abril de 2021]. Disponible en: https://www.minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/Resoluci%C3%B3n%20No.%201314%20de%202020.pdf

Situación de la HEPATITIS C CRÓNICA en Colombia 2020

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

16. Resolución 1314 de 2020 [Internet]. Ministerio de Salud y Protección Social. 2020 [citado 10 de abril de 2021]. Disponible en: https://www.minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/Resoluci%C3%B3n%20No.%201314%20de%202020.pdf
17. Gay, B., Madoori, S., Gaudino, A., & Lovinger, E. COVID-19 y Hepatitis C: preocupaciones a nivel mundial [Internet]. Treatment Action Group. 2021 [citado 12 de abril de 2021]. Disponible en: https://www.treatmentactiongroup.org/wp-content/uploads/2021/01/tag_hcv_covid_brief_2_21_spanish.pdf
18. Laury J, Hiebert L, Ward JW. Impact of COVID-19 Response on hepatitis prevention care and treatment: Results from global survey of providers and program managers. *Clinical Liver Disease* [Internet]. 2021;17(1):41-6. Disponible en: <https://aasldpubs.onlinelibrary.wiley.com/doi/epdf/10.1002/cld.1088>
19. Graf C, Thomas L. Acute hepatitis C virus infection: a prospective ten-year observational study of HCV-mono and HCV/HIV-coinfected patients. *Journal of Hepatology* [Internet]. 2020;73:319-20. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5395712>
20. Thomson EC, Fleming VM, Main J, Klenerman P, Weber J, Eliahoo J, et al. Predicción de la eliminación espontánea del virus de la hepatitis C aguda en una gran cohorte de hombres infectados por el VIH-1. *Gut* [Internet]. 2011;60(6):837-45. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3095479>
21. Blach S, Zeuzem S, Manns M, Altraif I, Duberg A-S, Muljono DH, et al. Colaboradores del Observatorio Polaris HCV. Prevalencia mundial y distribución de genotipos de la infección por el virus de la hepatitis C en 2015: un estudio de modelado. *Lancet Gastroenterol Hepatol* [Internet]. 2017;2:161-76. Disponible en: [https://www.thelancet.com/journals/langas/article/PIIS2468-1253\(16\)30181-9/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/langas/article/PIIS2468-1253(16)30181-9/fulltext)
22. Omran D, Alboraei M, Zayed RA, Wifi M-N, Naguib M, Eltabbakh M, et al. Hacia la eliminación del virus de la hepatitis C: experiencia, logros y limitaciones de Egipto. *Revista mundial de gastroenterología. Revista mundial de gastroenterología* [Internet]. 2018;24(38):4330-40. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.3748/wjg.v24.i38.4330>
23. Won YK, Kang KS, Gonzalez YS, Razavi H, Dugan E, Han K-H, et al. A tool to measure the impact of inaction toward elimination of hepatitis C: A case study in Korea. *PLoS One* [Internet]. 28 de abril de 2020;15(4):e0232186. Disponible en: <https://journals.plos.org/plosone/article?id=10.1371/journal.pone.0232186>
24. Tordrup D, Hutin Y, Stenberg K, Scott N, Chhatwal J, Ball A. Cost-Effectiveness of Testing and Treatment for Hepatitis B Virus and Hepatitis C Virus Infections: An Analysis by Scenarios, Regions, and Income. *Value in health: the journal of the International Society for Pharmacoeconomics and Outcomes Research* [Internet]. 2020;23(12):1552-60. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1016/j.jval.2020.06.015>
25. Boyd A, Duchesne L, Lacombe K. Research gaps in viral hepatitis. *Journal of the International AIDS Society* [Internet]. 2018;21(2):e25054. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1002/jia2.25054>
26. Schillie S, Wester C, Osborne M, Wesolowski L, Blythe Ryerson A. CDC Recommendations for Hepatitis C Screening Among Adults – United States, 2020. *recommendations and Reports* [Internet]. 2020;69(2):1-17. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.15585/mmwr.rr6902a1>



CUENTA DE ALTO COSTO

Fondo Colombiano de Enfermedades de Alto Costo



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



¡SÍGUENOS EN NUESTRAS REDES SOCIALES!