



10 años del *Plan Estratégico para el Abordaje de la Hepatitis C en el Sistema Nacional de Salud* (PEAHC): un proyecto de país para la eliminación de la hepatitis C como problema de Salud Pública

10 years of the *Strategic Plan for Tackling Hepatitis C in the Spanish National Health System* (PEAHC): A national project for the elimination of Hepatitis C as a Public Health problem

AUTORES

- | | |
|---|---|
| (1) Julia del Amo Valero
(ORCID: 0000-0002-3104-540X) | (5) Beatriz Mahillo Durán
(ORCID: 0000-0002-8168-009X) |
| (2) Carol Ingrid Castellares González
(ORCID: 0009-0007-7662-9445) | (6) Rosa S. Díaz García |
| (3) Victoria Hernando Sebastián
(ORCID: 0000-0003-2762-4924) | (7) Begoña Brime Beteta |
| (4) Enrique Acín García
(ORCID: 0000-0001-6451-3866) | (8) Javier García del Pozo |
| | (3) Asunción Díaz Franco
(ORCID: 0000-0002-8309-4270) |

CORRESPONDENCIA

Julia del Amo Valero
jamo@sanidad.gob.es
División de control de VIH, ITS, Hepatitis virales y Tuberculosis. Dirección General de Salud Pública y Equidad en Salud. Ministerio de Sanidad. Paseo del Prado, 18-20. CP 28014. Madrid. España.

CITA SUGERIDA

Del Amo Valero J, Castellares González CI, Hernando Sebastián V, Acín García E, Mahillo Durán B, Díaz García RS, Brime Beteta B, García del Pozo J, Díaz Franco A. 10 años del *Plan Estratégico para el Abordaje de la Hepatitis C en el Sistema Nacional de Salud* (PEAHC): un proyecto de país para la eliminación de la hepatitis C como problema de Salud Pública. *Rev Esp Salud Pública*. 2025; 99:1 de octubre e202510056es.

Los autores declaran que no existe ningún conflicto de intereses

FILIACIONES

- | | |
|--|--|
| (1) División de control de VIH, ITS, Hepatitis virales y Tuberculosis. Dirección General de Salud Pública y Equidad en Salud. Ministerio de Sanidad.
MADRID. ESPAÑA. | (5) Organización Nacional de Trasplante. Ministerio de Sanidad.
MADRID. ESPAÑA. |
| (2) Residente de Medicina Preventiva y Salud Pública. Hospital Universitario 12 de octubre.
MADRID. ESPAÑA. | (6) Unidad de Programas de Cribado Poblacional. Subdirección General de Promoción, Prevención y Equidad en Salud. Dirección General de Salud Pública y Equidad en Salud. Ministerio de Sanidad.
MADRID. ESPAÑA. |
| (3) Unidad de vigilancia de VIH, ITS y Hepatitis B y C. Centro Nacional de Epidemiología, Instituto de Salud Carlos III. Ministerio de Ciencia, Innovación y Universidades. CIBER de Enfermedades Infecciosas (CIBERINFEC).
MADRID. ESPAÑA. | (7) Observatorio Español de las Drogas y las Adicciones. Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas. Ministerio de Sanidad.
MADRID. ESPAÑA. |
| (4) Subdirección General de Sanidad Penitenciaria. Ministerio del Interior.
MADRID. ESPAÑA. | (8) Subdirección General de Farmacia. Dirección General de Cartera Común de Servicios del SNS y Farmacia. Ministerio de Sanidad.
MADRID. ESPAÑA. |

RESUMEN

El décimo aniversario del *Plan Estratégico para el Abordaje de la Hepatitis C en el Sistema Nacional de Salud* (PEAHC) marca un hito en la sanidad española, consolidando al país como referente mundial en la lucha contra esta enfermedad. En estos diez años se ha demostrado que una estrategia bien estructurada puede transformar una crisis sanitaria en una oportunidad, logrando una reducción de la prevalencia de infección activa por el virus de la hepatitis C (VHC) en la población general del 1,2% (IC 95%: 0,3%-1,8%) en 2014 al 0,12% (IC 95%: 0,03-0,24) en 2022, una curación superior al 94% en los más de 172.000 pacientes tratados con antivirales de acción directa hasta 2024, y una marcada y sostenida mejora de todos los indicadores de morbilidad en la última década como la reducción del 32% en 2015 al 7% en 2024 de pacientes con VHC en lista de espera para trasplante hepático. Las reducciones de infección activa por el VHC en personas con el virus de la inmunodeficiencia humana, personas que se inyectan drogas (PID) y personas privadas de libertad han sido espectaculares. Los factores clave que han garantizado el éxito han sido compromisos políticos y financiación sostenible, estrategias integradas de Salud Pública para la prevención primaria de nuevos casos de VHC (mejoras en la seguridad de la asistencia sanitaria, seguridad transfusional, programas de reducción de riesgos y daños en PID), un sistema sanitario público universal que asegura el acceso equitativo al tratamiento, la descentralización de tareas y, por último, la coordinación interinstitucional.

PALABRAS CLAVE // Hepatitis C; Estrategia de salud nacionales; Antivirales de acción directa (AAD); Cribado; Equidad en salud.

ABSTRACT

The tenth anniversary of the *Strategic Plan for Addressing Hepatitis C in the National Health System* (PEAHC) is a milestone in Spanish healthcare, consolidating the country as a global leader in the fight against this disease. In these ten years it has been demonstrated that a well-structured strategy can transform a health crisis into an opportunity, reducing the prevalence of active hepatitis C virus (HCV) infection in the general population from 1.2% (95% CI: 0.3%-1.8%) in 2014 to 0.12% (95% CI: 0.03-0.24) in 2022, achieving a cure rate greater than 94% in the more than 172,000 patients treated with direct-acting antivirals until 2024, a marked and sustained improvement in all morbidity and mortality indicators in the last decade such as the reduction from 32% in 2015 to 7% in 2024 of patients with HCV on the waiting list for liver transplant. Reductions in active HCV infection among people living with the human immunodeficiency virus, people who inject drugs (PID), and people in the prison setting have been spectacular. Key factors ensuring success have been political commitment and sustainable funding, integrated Public Health strategies for the primary prevention of new HCV cases (improvements in health care safety, transfusion safety, risk and harm reduction programs for PID), a universal public health system that ensures equitable access to treatment, decentralized tasks and, finally, interinstitutional coordination.

KEYWORDS // Hepatitis C; National health strategies; Direct Acting Antivirals (DAA); Screening; Health equity.

NOTAS

INTRODUCCIÓN

En 2025 se ha celebrado el décimo aniversario del *Plan Estratégico para el Abordaje de la Hepatitis C en el Sistema Nacional de Salud* (PEAHC) ⁽¹⁾, que ha sido un hito en la lucha contra esta enfermedad en España. El PEAHC ha propiciado la reducción de la carga de enfermedad por el virus de la hepatitis C (VHC) de manera significativa y ha posicionado a nuestro país como un referente global en el abordaje de esta enfermedad ⁽²⁾, destacándose por su enfoque innovador y multidisciplinar, integrando programas de diagnóstico precoz en diferentes grupos poblacionales y escenarios diversos, así como garantizando el acceso universal a tratamientos de última generación para todas las personas. Los objetivos del PEAHC están alineados con los de la Organización Mundial de la Salud (OMS), que en mayo de 2016 estableció por primera vez la eliminación de las hepatitis víricas mediante la reducción en un 90% de los casos nuevos y en un 65% de las muertes asociadas en 2030, comparado con el año 2015 ⁽³⁾. En Europa, la meta para 2030 es que el 90% de las personas con infección por el VHC estén diagnosticadas y el 80% de las personas con infección crónica en tratamiento ⁽⁴⁾.

Este artículo resume los logros alcanzados, los desafíos pendientes y las lecciones aprendidas en esta década de transformación, muchos de los cuales se expusieron en el acto conmemo-

rativo del 11 de abril de 2025 celebrado en el Ministerio de Sanidad en colaboración con la Alianza para la Eliminación de las Hepatitis Víricas (AEHVE), y que reunió a muchos de los actores clave del PEAHC. España ha mostrado que una colaboración efectiva, con un fuerte compromiso político sostenido en el tiempo, estrategias basadas en la evidencia y con una apuesta decidida en la disminución de las desigualdades en la salud, puede transformar el abordaje de una enfermedad crónica, y sentar un precedente para otros desafíos en salud pública.

EL ORIGEN DEL PLAN ESTRATÉGICO DE ABORDAJE DE LA HEPATITIS C (PEAHC) DE 2015

El 14 de enero de 2015, el Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud (CISNS) aprobó por unanimidad la creación del PEAHC como respuesta a la grave crisis sanitaria y social derivada de la elevada carga de enfermedad por el VHC en España. Los ensayos clínicos de los antivirales de acción directa (AAD) acababan de demostrar en años previos una eficacia cercana al 99% para la curación de la infección y una elevada seguridad terapéutica ⁽⁵⁻⁹⁾. Estos medicamentos disruptivos tenían, potencialmente, la capacidad de eliminar la infección por el VHC si se administraban a toda la población que lo necesitaba en España. Sin embargo, su alto coste generó un intenso debate sobre el acceso a los mismos y la sostenibilidad económica

Este artículo tiene una licencia Creative Commons Atribución-NoComercial-SinDerivadas 4.0 Internacional. Usted es libre de Compartir (copiar y redistribuir el material en cualquier medio o formato) bajo los siguientes términos: Atribución (debe darse el crédito apropiado, proporcionar un enlace a la licencia e indicar si se realizaron cambios. Puede hacerlo en cualquier manera razonable, pero no de alguna manera que sugiera que el licenciante lo respalda a usted o su uso); No comercial (no podrá utilizar el material con fines comerciales); Sin derivados (si remezcla, transforma o construye sobre el material, no puede distribuir el material modificado); Sin restricciones adicionales (no puede aplicar términos legales o medidas tecnológicas que restrinjan legalmente a otros hacer cualquier cosa que la licencia permita).
<https://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>

de su distribución a gran escala para el Sistema Nacional de Salud.

Entre finales de 2014 y comienzos de 2015, miles de personas afectadas por el VHC se movilizaron en las calles para exigir a las autoridades sanitarias una estrategia coordinada y efectiva contra la enfermedad (10). Demandaban la financiación pública de los nuevos AAD para todas las personas que lo necesitaran. Esta movilización se convirtió en un hito histórico, evidenciando la fuerza del movimiento asociativo de pacientes y su capacidad de transformar las políticas sanitarias. Con miles de pacientes esperando tratamiento, surgió la necesidad de una estrategia a nivel estatal que garantizara el acceso equitativo a estos fármacos y priorizara los casos más graves, atendiendo a la sostenibilidad del sistema.

En respuesta a esta crisis, desde el Ministerio de Sanidad se lideró una colaboración entre pacientes, profesionales sanitarios, sociedades científicas, representantes del Sistema Nacional de Salud e industria farmacéutica. Se implementó un esquema de adquisición centralizada de medicamentos, negociando precios con los laboratorios para reducir el impacto económico. La coordinación del PEAHC fue asignada a la Dirección General de Cartera Básica de Servicios del SNS y Farmacia, y su gobernanza incluyó un comité institucional y un comité científico asesor (1). El comité institucional tenía como misión coordinar la implementación del PEAHC en el SNS en estrecha colaboración con las comunidades y ciudades autónomas (CC. AA.), y sus funciones incluían dar seguimiento a todas las acciones relacionadas, asegurar el acceso equitativo a los AAD, analizar la efectividad de los tratamientos y resultados en los pacien-

tes, y promover la colaboración entre diferentes grupos y profesionales. También se encargaba de presentar informes semestrales al CISNS, difundir avances y resultados, y coordinar reuniones con sociedades médicas, colegios profesionales y asociaciones de pacientes. El comité estaba presidido por el Secretario General de Sanidad y Consumo, con el Director General de Cartera Básica de Servicios del SNS y Farmacia como vicepresidente. Sus vocales eran altos cargos de Salud Pública, del sector de medicamentos, de ordenación profesional, del Instituto de Salud Carlos III y representantes de diferentes CC. AA., así como otros organismos relacionados con la salud. Además, podía invitar a expertos externos según la necesidad. También se crearon grupos de trabajo dependientes del comité para abordar temas específicos y elaborar conclusiones. El comité científico asesor del PEAHC estaba presidido por el Dr. Joan Rodés Teixidor, y como vocales se incluyeron expertos en Hepatología, Gastroenterología, Medicina Interna, Farmacología Clínica y Salud Pública, como los doctores Agustín Albillos, Antonio Luis Andreu, María Buti, Javier Crespo, Alfonso Moreno y Daniel Zulaika (1).

El PEAHC se estructuró bajo el **acceso universal al tratamiento**, un **sistema de financiación adaptado** y la **optimización del diagnóstico y seguimiento**, estableciendo unos objetivos y acciones prioritarias para el periodo 2015-2017, si bien muchas de sus actuaciones se han seguido desarrollando desde entonces hasta la actualidad.

El objetivo general del PEAHC ha sido reducir la morbilidad causada por el VHC mediante una estrategia integral de prevención, diagnóstico,

tratamiento y seguimiento de los/las pacientes, articulado en cuatro líneas estratégicas (1):

1. Cuantificar la magnitud del problema, describir las características epidemiológicas de los/las pacientes con infección por VHC, y establecer las medidas de prevención. Esta línea estaba coordinada por la Dirección General de Salud Pública.
2. Definir los criterios científico-clínicos que permitan establecer la adecuada estrategia terapéutica, considerando el uso de AAD para el tratamiento del VHC en el SNS. Esta línea estaba coordinada por la Dirección General de Cartera Básica de Servicios del SNS y Farmacia.
3. Establecer mecanismos de coordinación para implementar adecuadamente la estrategia de abordaje de la hepatitis C en el SNS. Esta línea estaba coordinada por la Dirección General de Cartera Básica de Servicios del SNS y Farmacia.
4. Fomentar el avance en el conocimiento de la prevención, diagnóstico y tratamiento de la hepatitis C en el SNS mediante actuaciones en I+D+i. Esta línea estaba coordinada por el Instituto de Salud Carlos III (Ministerio de Ciencia, Innovación y Universidades).

SEGUNDA ENCUESTA DE SEROPREVALENCIA (2017-2018) Y EVOLUCIÓN DE LA PREVALENCIA DE VHC DE 1996 A 2022

Población general. La línea estratégica 1, coordinada desde la Dirección General de Salud Pública, diseñó el

segundo estudio de seroprevalencia en población general, con una muestra de 9.103 personas entre los dos y los ochenta años, reclutadas en el marco de la Atención Primaria, y cuyo trabajo de campo se llevó a cabo desde mayo de 2017 a mayo de 2018. Este segundo estudio de seroprevalencia tuvo la misma metodología del primero realizado en 1996 y que había identificado una prevalencia de anticuerpos frente al VHC en 2.124 personas entre los quince y los treinta y nueve años del 1,4%, equivalente entonces a la infección activa (11). Las estimaciones estatales con las que se contaba en 2015 provenían de la extrapolación de estudios publicados con anterioridad a 2014 y eran del 1,7% (IC 95%: 0,4%-2,6%) y del 1,2% (IC 95%: 0,3%-1,8%) para anticuerpos e infección activa de VHC, respectivamente (12).

En 2019 se asignó esta línea de trabajo al antiguo *Plan Nacional sobre el Sida* y, desde octubre de 2021, a la División de Control del VIH, ITS, Hepatitis virales y TB (DCVIHT), según el *Real Decreto 852/2021, de 5 de octubre* (13). Los resultados de la *Segunda encuesta de seroprevalencia en España* (14-16), mostraron una prevalencia de anticuerpos frente al VHC en 2017-2018 del 0,85% (IC 95%: 0,64-1,08%) y de infección activa por VHC, medida por PCR, del 0,22% (IC 95%: 0,12-0,32%) en 7.675 personas entre los veinte y los ochenta años. Esto suponía que en España había aproximadamente 297.000 personas con anticuerpos de VHC y 77.000 personas con infección activa por VHC en la población general que acudía a la Atención Primaria. Se identificó un patrón por sexo y año de nacimiento, con prevalencias de infección activa más elevadas en hombres nacidos entre 1958 y 1967 (0,86%), y entre 1948 y 1957

(0,72%), estando los otros grupos por debajo del 0,20%. La prevalencia de infección activa fue superior en personas con clase social desfavorecida y en aquellas nacidas fuera de España. Para calcular la fracción no diagnosticada se solicitó a las CC. AA. que identificaran si los casos de infección por VHC identificados estaban previamente registrados en fuentes de información sanitaria. Se estimó una fracción no diagnosticada de la infección activa del 29,4% (21,4% en los hombres y 66,6% en las mujeres, menor en hombres de cohortes de nacimiento de mayor prevalencia y mayor en personas de clase social desfavorecida (16)). Estas proporciones podían estar sobreestimadas, ya los sistemas de información de las CC. AA. no recogerían necesariamente pruebas previas realizadas en otras CC. AA., centros privados y/o centros comunitarios de ONG.

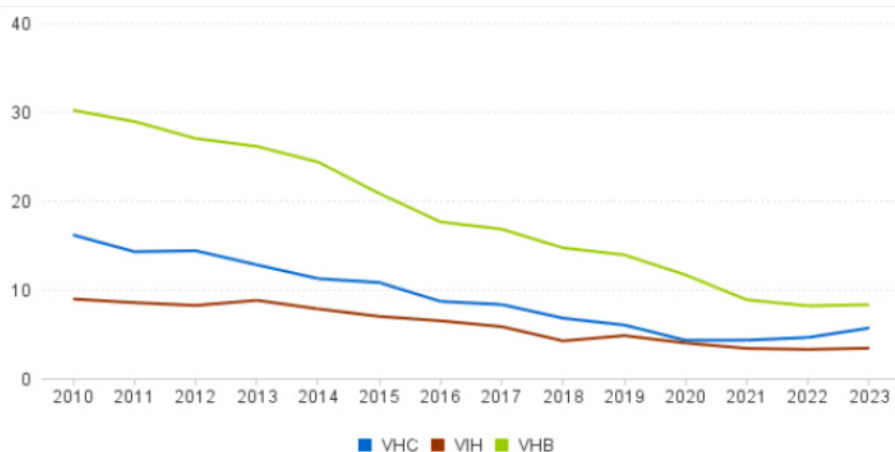
Estos resultados fueron coherentes con los del estudio *ETHON (Estudio poblacional de enfermedades Hepáticas naciONal)*, realizado en 12.246 personas de la población general entre los veinte y los setenta y cuatro años entre 2015 y 2017 en Cantabria, Madrid y Valencia, que identificó una prevalencia de anticuerpos del 1,2% (IC 95%: 1,0-1,4) y una prevalencia de infección activa del 0,3% (IC 95%: 0,2-0,4) (17).

Esos datos confirmaban la ya conocida dinámica de la infección por el VHC en España, caracterizada por el uso compartido de materiales infectados para el consumo de drogas durante los años 80, que afectó fundamentalmente a generaciones nacidas entre 1948 y 1967, más a hombres que a mujeres, así como por la transmisión relacionada con la asistencia sanitaria previa a la introducción de medidas preventivas durante la década de los

70 y 80 (18), y previa a la detección sistemática del VHC en transfusiones de sangre, el uso de hemoderivados y los trasplantes de órganos en 1990 (19,20). Las estrategias integradas para la prevención del VIH, VHB y VHC en personas que se inyectan drogas (PID) mediante la implementación a gran escala, en los años 90, de los programas de reducción de daños, los programas de intercambio de jeringuillas (PIJ) y los programas de mantenimiento con metadona (PMM) contribuyeron también a la disminución de la incidencia de nuevos casos de VHC (21,22). Esta evolución es coherente con la de la prevalencia de anticuerpos frente al VHC en donantes de sangre, que, desde 2010, es también claramente descendente [Figura 1] (23).

Modelizaciones realizadas por la DCVIHT (Ministerio de Sanidad), el Centro Nacional de Epidemiología (CNE) del Instituto de Salud Carlos III, en colaboración con el ECDC y la Universidad de Chipre en 2022 y 2025, han confirmado la tendencia decreciente de la prevalencia de infección activa por VHC en población general: 0,15% (IC 95%: 0,06-0,27) en 2019 (24) y 0,12% (IC 95%: 0,03-0,24) en 2022 (25). En términos absolutos, la prevalencia en población general en 2022 fue de 45.000 casos, de los cuales, asumiendo la estimación al alza de 2018 de fracción no diagnosticada, 13.000 estarían aún sin diagnosticar, aproximadamente. Estas cifras consolidan a España como uno de los países con menor prevalencia de infección activa por VHC de la Unión Europea y el Espacio Económico Europeo, donde la prevalencia de infección activa por VHC en 2019 era de 0,50 (IC 95%: 0,46-0,55) y de 0,59 (IC 95%: 0,50-0,69) para el sur de Europa (24).

Figura 1
Marcadores virales de VIH, VHB y VHC por cada 100.000 donaciones. Media nacional (2010-2023).



Fuente: Unidad de Hemovigilancia. Área de Medicina Transfusional.
Subdirección General de Promoción, Prevención y Equidad en Salud. Dirección General de Salud Pública y Equidad en Salud.
<https://www.sanidad.gob.es/profesionales/saludPublica/medicinaTransfusional/hemovigilancia/docs/Informe2023.pdf>

Población coinfectada por VIH. Los estudios realizados por el Grupo de Estudio del Sida de la Sociedad Española de Enfermedades Infecciosas y Microbiología Clínica (SEIMC) [GeSIDA] en las dos últimas décadas y los datos de la *Encuesta hospitalaria de pacientes con VIH* muestran una reducción significativa en la prevalencia de la infección activa por el VHC en España en personas que viven con el VIH **[FIGURA 2]**. Los primeros describen reducciones de la prevalencia de anticuerpos y de infección activa de VHC entre 2002 y 2023 del 60,8% al 27,4% y del 46,3% al 0,9%, respectivamente **(26)**. Cifras similares arroja la *Encuesta Hospitalaria de pacientes con VIH*, donde la prevalencia de anticuerpos frente a VHC descendió del 60,1% en 2006 al 25,1% en 2024. En ese mismo periodo, la prevalencia de infección activa disminuyó del 43,8% al 2% **(27)**. Estos descensos son producto de las estrategias inte-

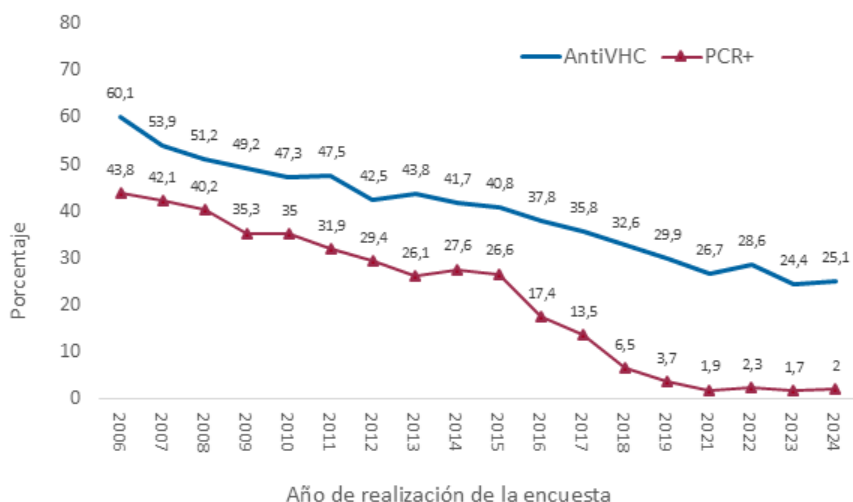
gradas de Salud Pública para la prevención del VIH, VHB y VHC en PID mediante la implementación a gran escala en los años 90 de los programas de reducción de daños (PIJ y PMM), previamente mencionados, acompañado de un incremento en el acceso al tratamiento del VHC, inicialmente con interferón pegilado y ribavirina y con AAD posteriormente.

Personas privadas de libertad. La hepatitis C ha sido históricamente un problema de salud significativo en los centros penitenciarios, debido a factores como los antecedentes de consumo de drogas inyectables y el acceso limitado a los servicios de salud previamente a su ingreso en prisión. Desde los años 90 se ha realizado de manera sistemática la oferta universal y voluntaria a las pruebas de VIH y hepatitis C en los centros penitenciarios. Desde la implementación del PEACH se han logrado avances nota-

Figura 2

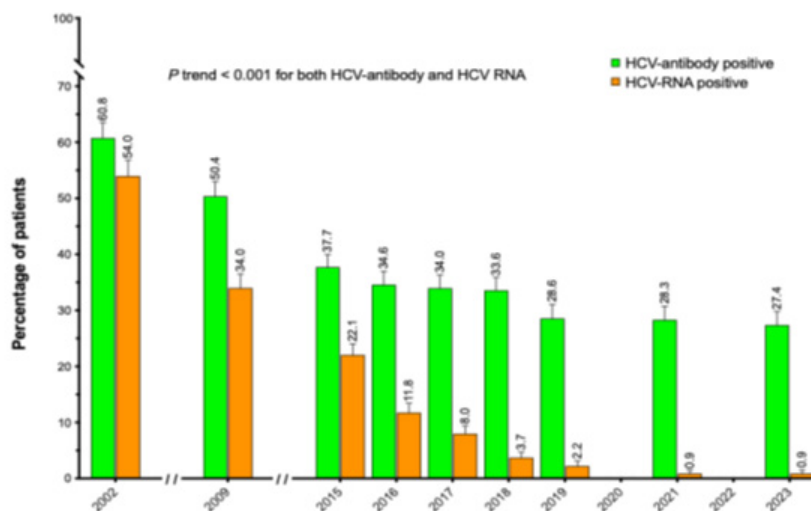
Prevalencia de anticuerpos frente a VHC y hepatitis C activa en personas con infección por el VIH.

Prevalencia de Ac frente a VHC y de casos virémicos (PCR+) en personas con infección por el VIH. Encuesta Hospitalaria de pacientes con VIH.



Fuente: Encuesta Hospitalaria de pacientes con infección por el VIH.
https://cne.isciii.es/documents/d/cne/informe-encuesta-hospitalaria_2009_2024

Prevalencia de Ac frente a VHC y de casos virémicos (PCR+) en personas con infección por el VIH. Estudio GESIDA 8514.



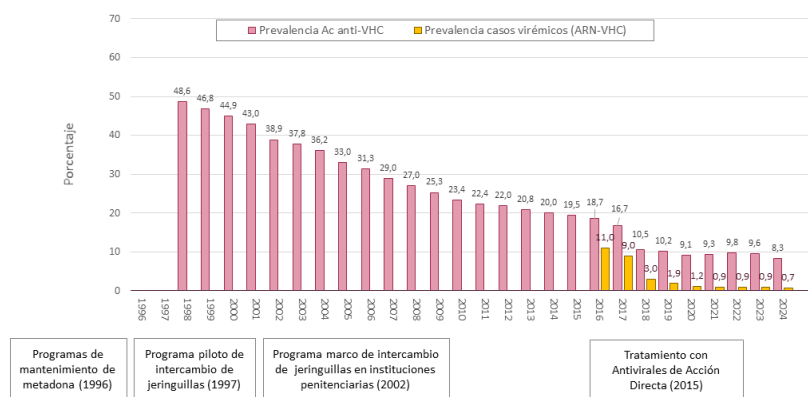
Fuente: Berenguer J et al. Trends in HCV Infection Prevalence Among People with HIV in Spain Over Two decades (2002-2023). Clin Infect Dis 2025. Doi: <https://dx.doi.org/10.1093/cid/ciaf407>

bles, permitiendo el acceso a los AAD que, unidos a los programas de reducción de daños previamente descritos, se han traducido en importantes reducciones de la prevalencia de anticuerpos y de infección activa por VHC. Estos avances han posicionado a España como un referente en la eliminación de la hepatitis C en el medio penitenciario. La prevalencia de anticuerpos frente a VHC descendió del 27% al 8,3% en el periodo 2008-2024, mientras que la prevalencia de infección activa se redujo del 11% en 2016 al 0,7% en 2024 [FIGURA 3] (28).

Personas usuarias de drogas. La prevalencia de infección activa por VHC sigue siendo considerablemente más alta en grupos con exposiciones de más riesgo, situándose en el 12,5% y 6,7% en 2022 en usuarios activos y exusuarios de drogas inyectadas, respectivamente, y de 8,4% en hombres gais, bisexuales y otros hombres que tienen sexo con hombres (GBHSH)

que practican *chemsex*, definido como *un uso intencionado de drogas para tener relaciones sexuales por un período largo de tiempo entre GBHSHS (25)*. En usuarios de chemsex se ha descrito una mayor incidencia de nuevas infecciones y reinfecciones por VHC (29). La prevalencia de anticuerpos frente a la hepatitis C en PID ha experimentado un descenso desde 2015. Según el último informe del Observatorio Español de las Drogas y las Adicciones, la prevalencia de anticuerpos al VHC en inyectores alguna vez en la vida admitidos a tratamiento se redujo del 66,5% en 2015 al 48,2% en 2023 y entre PID en el último año del 68,9% al 40,4% entre 2015-2023 [FIGURA 4] (30). Lamentablemente, este registro no recoge información sobre la infección activa por VHC. No obstante, aunque tanto la población de PID como la prevalencia de VHC se haya reducido, continúan siendo un colectivo de gran vulnerabilidad a esta infección.

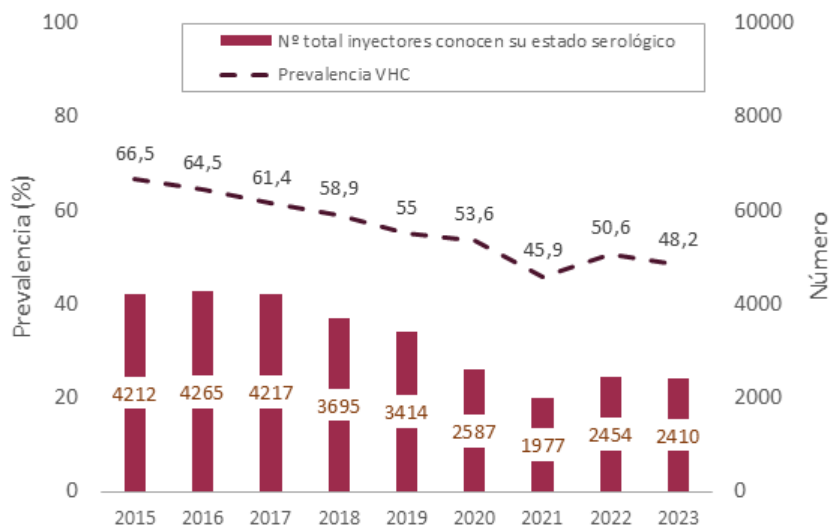
Figura 3
Prevalencia de anticuerpos frente a VHC y hepatitis C activa, y programas de control frente a VHC en instituciones penitenciarias en España.



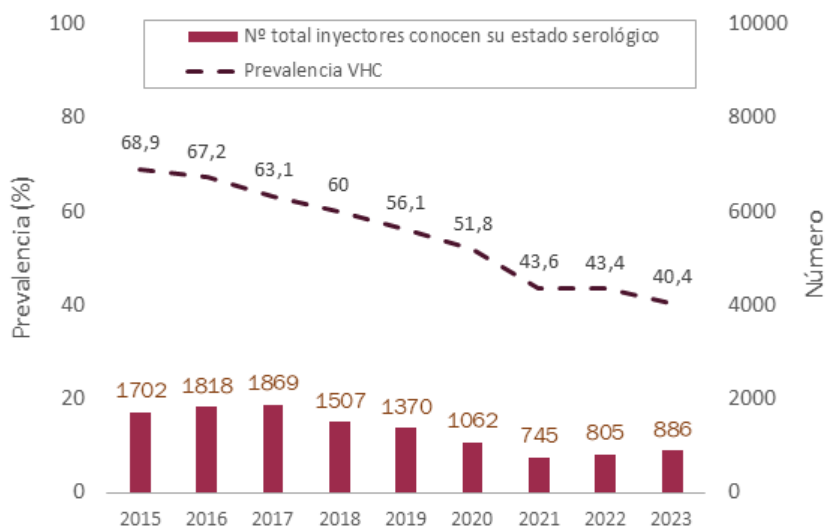
Fuente: Modificado de Secretaría General de Instituciones Penitenciarias. Subdirección General de Sanidad Penitenciaria. *Prevalencia de las infecciones de VIH y hepatitis C en Instituciones Penitenciarias 2024.*

Figura 4
Prevalencia de anticuerpos frente a VHC en personas que se inyectan drogas.

Prevalencia de VHC en inyectores (alguna vez en la vida) admitidos a tratamiento, 2015-2023



Prevalencia de VHC en inyectores (último año) admitidos a tratamiento, 2015-2023



Fuente: Observatorio Español de las Drogas y las Adicciones. *Informe 2025. Alcohol, tabaco y drogas ilegales en España*. Madrid: Ministerio de Sanidad. Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas. 2025. 294. 229 p.
<https://pnsd.sanidad.gob.es/profesionales/sistemasInformacion/informesEstadisticas/>

GUÍAS DE CRIBADO DE INFECCIÓN POR VHC EN ESPAÑA (2020 Y 2022)

También dentro de la línea estratégica 1 se incluía *Promover el diagnóstico precoz en poblaciones prioritarias*. Este objetivo se puso en marcha en 2019, una vez se obtuvieron los resultados de la *Segunda encuesta de seroprevalencia*. Estas recomendaciones debían seguir los principales criterios establecidos en el *Documento marco sobre cribado poblacional* del Ministerio de Sanidad. Para ello se consideraron: la magnitud de la enfermedad, tanto en población general como en grupos con determinados factores de riesgo; su historia natural; la posibilidad de detección durante el periodo de latencia; y la implantación de medidas de prevención primarias. Asimismo, se evaluó la existencia de una prueba inicial de cribado segura, válida, fiable y eficiente, así como de un tratamiento eficaz en fases tempranas de la enfermedad. Los beneficios del programa de cribado debían superar los riesgos y garantizar la calidad, equidad y coste-efectividad, además de ser factible en marco del Sistema Nacional de Salud, con posibilidad de optimizar las aproximaciones ya existentes a este cribado en la atención sanitaria habitual (31).

El descenso de la incidencia del VHC se había empezado a producir en España con la introducción de medidas preventivas para las prácticas de inyección seguras durante la década de los 70 (18-19), la detección sistemática del VHC, VHB y VIH en transfusiones de sangre, el uso de hemoderivados y los trasplantes de órganos en 1990 (20), así como los programas integrados de reducción de riesgos y daños implementados progresivamente, y a gran

escala, a partir de los años noventa para las PID (21-23).

Estas medidas preventivas y de control no fueron acompañadas de un desarrollo de la vigilancia epidemiológica. Así pues, mientras que en la lista de enfermedades de declaración obligatoria en la creación de la Red Nacional de Vigilancia Epidemiológica de 1995 se incluyeron la hepatitis A y B, la hepatitis C quedaba relegada a un epígrafe de otras hepatitis víricas. La ausencia de datos de vigilancia epidemiológica para el VHC no permite estimar adecuadamente la magnitud de esas disminuciones. Sin embargo, antes de la realización de la *Segunda encuesta de seroprevalencia* en 2017/2018, ya se habían observado, aproximadamente, descensos de un 50% en la prevalencia de anticuerpos y de un 82% en la prevalencia de infección activa en población general entre 2013 y 2018 (11-12,14-17), y de un 39% y un 84% entre 1996 y 2018 (11-12,14-17), respectivamente. Estos descensos son atribuibles a múltiples intervenciones integradas de Salud Pública arriba descritas (18-22), al, lamentablemente, fallecimiento de personas con el VHC, y a que, en la fecha de finalización de la encuesta de seroprevalencia en mayo de 2018, ya se habían tratado y curado 120.000 personas con AAD.

En base a toda la evidencia actualizada, y en estrecha colaboración con la Unidad de Programas de cribado poblacional de la Dirección General de Salud Pública y el equipo redactor de la guía, se aprobó por la Comisión de Salud Pública en junio de 2020 la primera *Guía de cribado del VHC en España* (19,32). Se recomendaba la oferta de la prueba de infección por VHC a las personas que presentaran expo-

siciones y situaciones de riesgo para la infección como consumo de drogas por vía inyectada y/o inhalada, relación sexual de riesgo, coinfección por el VIH/VHB, procedimientos estéticos realizados con instrumental punzante sin las debidas precauciones de seguridad, ingreso en centros penitenciarios y procedencia de países con prevalencia de infección alta. No se recomienda el cribado del VHC en personas que no tienen antecedentes de exposición ni situaciones de riesgo para la infección, dada la situación epidemiológica del VHC en 2019 a nivel estatal. El cribado del VHC en poblaciones con exposiciones de riesgo es una actividad que ya estaba recogida en la Cartera de servicios comunes de Atención Primaria (*Real Decreto 1030/2006*), lo que permitía que su implementación fuera inmediata, frente a una propuesta de cribado universal a la población general que, de haber estado avalada por otros datos epidemiológicos, hubiera requerido de un proceso más complejo y que hubiera llevado más tiempo de implementar a nivel de todo el estado. Esta propuesta, justificada por la situación epidemiológica de España en 2020, estaba alineada con la mayoría de los países que tenían una situación epidemiológica similar o más desfavorable, como Reino Unido, Alemania, Francia, Irlanda, Canadá o Australia (19,33-38).

La Guía describe una selección de buenas prácticas en las CC. AA., como las siguientes: búsqueda y seguimiento de personas que tienen un diagnóstico del VHC en los registros sanitarios sin constatación de posterior seguimiento y tratamiento con AAD; actividades formativas y de apoyo a personal sanitario para la identificación de pacientes con antecedentes de riesgo, como aler-

tas en las historias clínicas electrónicas o formación en reducción del estigma; simplificación de los modelos de atención y adecuación de la atención a las personas con mayor vulnerabilidad; actividades de promoción del cribado dirigidas a población general y específicas; o seguir apostando por el diagnóstico en un solo paso. Se reiteró el imprescindible enfoque de equidad en el diseño, implementación y evaluación de los programas de cribado del VHC para identificar y abordar las barreras y facilitadores de acceso y uso de los servicios en cada contexto. Dado el contexto epidemiológico de España en 2020, la indicación del cribado del VHC dirigido a grupos con exposiciones y/o situaciones de riesgo en lugar del cribado universal ha permitido centrar los esfuerzos y los recursos en aquellas personas que más lo necesitan, y que no son las que frecuentan necesariamente la Atención Primaria, respondiendo al principio de equidad recogido en la *Ley General de Salud Pública* para los programas de cribado.

En 2021 se realizó una evaluación del grado de implementación de las recomendaciones recogidas en la *Guía de cribado del VHC* mediante once indicadores cuantitativos y cualitativos que contestaron doce CC. AA. (39). La evaluación identificó un margen de mejora amplio en la implementación del cribado de poblaciones/situaciones de riesgo y su cobertura. La mayoría tenían implantado el diagnóstico en un solo paso, pero la búsqueda activa de pacientes con serología positiva sin confirmación o seguimiento posterior era heterogénea y las alertas en la historia clínica en Atención Primaria poco frecuentes. Se identifican también espacios de mejora en la coordinación

con los centros de atención a adicciones, centros penitenciarios y centros comunitarios de ITS.

En base a esta evaluación, en 2022 se añadieron nuevos criterios para la oferta de la prueba, como el sinhogarismo y las personas con trastorno mental grave, en una nueva versión que fue aprobada por la Comisión de Salud Pública (40). La segunda evaluación del grado de implementación de las recomendaciones recogidas en la *Guía de cribado del VHC* realizada en 2022 muestra resultados similares a 2021 (41).

Una de las acciones prioritarias fue el desarrollo de programas de cribado dirigidos a embarazadas con mayor riesgo de exposición a la infección por VHC. En 2024, esta recomendación se formaliza con la incorporación del Programa de cribado prenatal de enfermedades infecciosas a la Cartera de servicios comunes de salud pública del SNS. Este programa incluye, entre otras actuaciones, el cribado del VHC en mujeres embarazadas pertenecientes a grupos de riesgo definidos, en línea con las recomendaciones establecidas en la Guía (42).

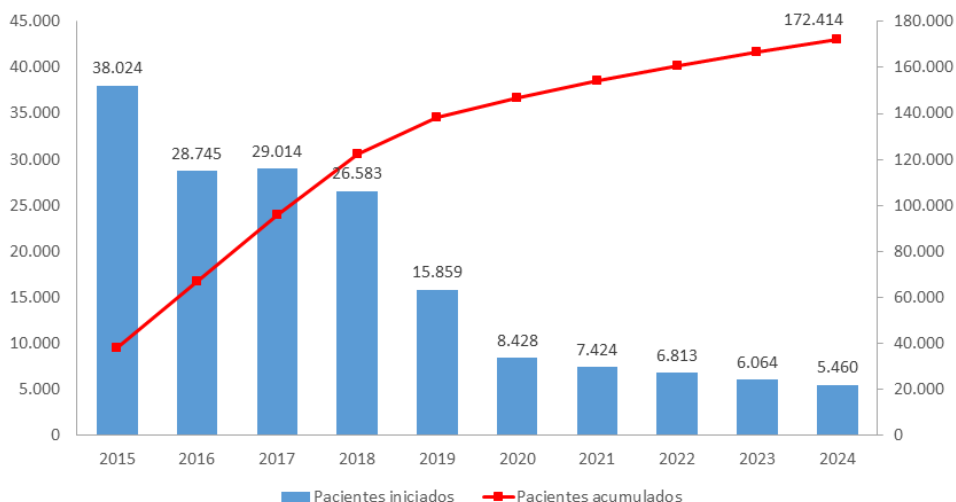
EVOLUCIÓN DE LOS PACIENTES TRATADOS CON AAD Y LOS DATOS DE SITHEPAC EN ESPAÑA (2015-2024)

Dentro de la línea estratégica 2 se desarrollaron como objetivos específicos la definición de los criterios clínicos para garantizar un tratamiento efectivo y la optimización del acceso a AAD. Se garantizó que todos los pacientes con infección

activa por VHC pudieran acceder a los AAD; inicialmente, en 2015, priorizando los estadios de fibrosis más avanzadas, F3 y F4, y, en 2017, el tratamiento de F0, F1 y F2. Se creó un sistema de información, *CONPACT*, que recoge el número de pacientes que inician AAD desde abril del 2015 a la actualidad, y el *Sistema de Información de monitorización Terapéutica de pacientes con Hepatitis C crónica* (SIThepaC), que recoge los datos de seguimiento terapéutico de pacientes tratados con los AAD y cuyo objetivo es la monitorización de la efectividad terapéutica. SIThepaC registra datos clínicos, como genotipo viral, grado de fibrosis y tratamientos previos.

Entre enero de 2015 y diciembre de 2024, un total de 172.414 pacientes han sido tratados con AAD [Figura 5] (43). El mayor número de pacientes que iniciaron AAD fue 2015, con 38.024 personas, disminuyendo este número a alrededor de 28.000 pacientes por año durante 2016, 2017 y 2018, para continuar descendiendo hasta los 5.460 tratados con AAD en 2024. Algo menos de la mitad de estos pacientes, 78.475, están registrados en SIThepaC, en los que la efectividad terapéutica es del 94,7%. En 2016, el 41% de los pacientes tratados tenía estadio F4 (equivalente a cirrosis) y un 11%, F1 (equivalente a fibrosis leve). En 2024, estas proporciones son del 16% y 44%, respectivamente. El 63% de los pacientes tratados son varones. La edad mediana de los varones, 55 años, es inferior a la de las mujeres (61 años). El 18% tenían coinfección por el VIH. El genotipo más frecuente es el 1b (42,8%), seguido del 1a (25,5%) y del genotipo 3 (12,1%) (43).

Figura 5
Pacientes que inician tratamiento frente a la hepatitis C desde el inicio del PEAHC (abril 2015-diciembre 2024).



Fuente: Dirección General de Cartera Común de Servicios del Sistema nacional de Salud y Farmacia (DGCf).
 Pacientes que inician tratamiento para hepatitis C crónica con antivirales de acción directa. Actualización a 31 de diciembre de 2024.
https://www.sanidad.gob.es/areas/farmacia/publicaciones/planOptimizacion/docs/hepatitisC/Pacientes_Tratados_Hasta_31_12_2024.pdf

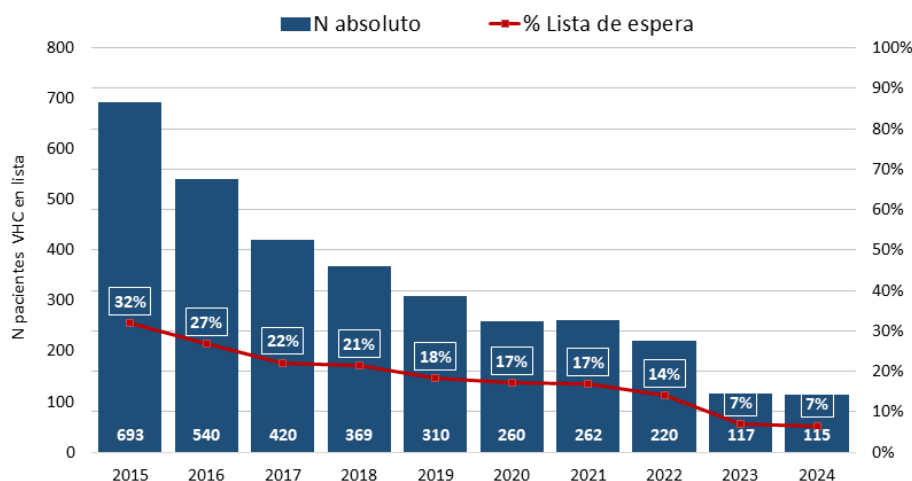
EVOLUCIÓN DE LOS TRASPLANTES HEPÁTICOS EN ESPAÑA (2015-2024)

Gracias a los AAD se ha logrado reducir significativamente la necesidad de trasplantes hepáticos, ya que menos pacientes con hepatitis C requieren un trasplante y también disminuye la recurrencia del virus en los trasplantes, mejorando así su calidad de vida. En 2015, el 32% de los pacientes con VHC estaba en lista de espera para un trasplante hepático, mientras que en 2024 esa cifra se ha reducido al 7%, reflejando el éxito de los AAD en la eliminación de la infección y en la prevención del daño hepático avanzado **[Figura 6]**. Además, la mejoría en el pronóstico de los pacientes ha permitido optimizar la lista de espera, reduciendo los tiempos y ampliando las indicaciones para cier-

tos pacientes, lo que ha aumentado las oportunidades de acceso al trasplante para otras patologías (44).

Los avances en los tratamientos también han tenido un efecto positivo en la donación y el uso de órganos provenientes de donantes con hepatitis C, permitiendo trasplantar órganos de donantes VHC positivos a receptores seronegativos, lo que ha incrementado el número de órganos utilizados y ha contribuido a reducir las listas de espera. Asimismo, la incorporación de trasplantes de órganos torácicos a partir de donantes con VHC ha ampliado las opciones terapéuticas para los pacientes en lista de espera. Todo esto se ha logrado manteniendo altos estándares de seguridad y calidad, garantizando la supervivencia tanto del receptor como del injerto. En conjunto, uno de los efectos más desta-

Figura 6
Evolución de indicaciones de trasplante hepático en adulto relacionadas con el VHC.
España 2015-2024.



Fuente: Organización Nacional de Trasplantes. Actividad de donación y trasplante hepático. España, 2024.
<https://www.ont.es/wp-content/uploads/2025/03/ACTIVIDAD-DE-DONACION-Y-TRASPLANTE-HEPATICO-ESPANA-2024.pdf>

cados ha sido la notable reducción en la necesidad de trasplantes hepáticos, evidenciando cómo la innovación terapéutica y la gestión sanitaria en España han transformado el panorama del trasplante, optimizando recursos y permitiendo que estos procedimientos se destinen cada vez más a pacientes con otras patologías.

EVOLUCIÓN DE LOS INGRESOS HOSPITALARIOS POR CAUSAS RELACIONADAS CON LA HEPATITIS C

En un trabajo que analizaba el conjunto mínimo básico de datos al alta hospitalaria entre 2005 y 2017 se describe un descenso en las

hospitalizaciones de un 23% entre 2005-2015 y 2016-2017, así como una reducción de los días de estancia y de la mortalidad hospitalaria (45). Tras la puesta en marcha del PEAHC, estos indicadores han mejorado en todas las CC. AA., y así, entre 2016-2018, en la mayoría de ellas se apreciaba un descenso de más del 20% de la hospitalización por patologías relacionadas con la hepatitis C (46). Según un estudio realizado en un hospital del tercer nivel entre 2011 y 2019, el descenso de ingresos por cirrosis atribuida a hepatitis C también habría disminuido en las admisiones en la Unidad de Cuidados Intensivos y se estimaba que los ingresos hospitalarios por esta causa serán residuales en 2025 (47).

EVOLUCIÓN DE LA MORTALIDAD POR CAUSAS RELACIONADAS CON LA HEPATITIS C

La introducción y expansión de los ADD y su elevada curación se ha traducido en una reducción de la mortalidad por hepatitis C a nivel poblacional. En el trabajo de Politi et al. se observa que, si bien las tasas de mortalidad por VHC habían comenzado a decrecer alrededor de 2010, es a partir de 2015 cuando se observa un descenso acelerado de las tasas de mortalidad por VHC y carcinoma hepatocelular, aunque sin cambios en la mortalidad por la cirrosis (48). Sin embargo, a pesar de que el acceso al tratamiento con ADD es universal y gratuito en nuestro país, la reducción en la mortalidad no afecta de forma homogénea a toda la población existiendo colectivos con mayores dificultades para beneficiarse de los tratamientos, como aquellas con menor nivel educativo (49), PID y otras poblaciones vulnerables (50). No obstante, la cuantificación de la mortalidad por hepatitis C presenta complejidades metodológicas, ya que los fallecimientos por hepatitis C se producen principalmente por sus consecuencias a largo plazo, hepatitis crónica y cirrosis, siendo necesario desenmarañar la proporción de fallecimientos por estas causas que son atribuibles a la infección por el VHC respecto a otros virus hepatotropos u otras causas como el consumo excesivo de alcohol (51).

CONCLUSIONES Y SIGUIENTES PASOS

En este décimo aniversario del PEACH resulta imprescindible reflexionar sobre los retos pendientes y las lecciones aprendidas en

esta década de transformación. El descubrimiento de los AAD y su implementación a gran escala a partir de 2015 se sumaron al impacto positivo de las estrategias integradas de Salud Pública, de prevención primaria de nuevos casos de VHC, como las mejoras en la asistencia sanitaria, la seguridad transfusional, los programas de reducción de daños (PIJ y PMM) y las intervenciones dirigidas a poblaciones vulnerables, especialmente a personas que usan drogas inyectables, con enfoques basados en los derechos humanos y la lucha contra el estigma y la discriminación. Con el ambicioso objetivo de eliminar esta enfermedad como problema de Salud Pública para 2030 en el horizonte, es crucial renovar los compromisos.

Los retos actuales incluyen continuar reforzando la prevención primaria de nuevas infecciones y reinfecciones, fundamentalmente en usuarios/as de drogas y, en especial, de *chemsex*, mediante un enfoque integral que cuente con la participación de usuarios/as en el diseño e implementación de estas políticas (1,52). La prevención secundaria, mediante la identificación de los casos de infección por VHC no diagnosticados es clave; la implementación de la *Guía de cribado de VHC de 2022* (40) en las CC. AA. precisa ser evaluada de nuevo, ya que las dos evaluaciones previas detectaron áreas de mejora (39,41). El diagnóstico debe vincularse al tratamiento con AAD, proporcionando un enfoque integrado que incluya a todas las personas, incluidas aquellas en situación irregular administrativa, y asegurar así su correcta cumplimentación. El enfoque de equidad es instrumental para llegar a las poblaciones más vulnerables y garantizar la sostenibilidad de las intervenciones.

También se identifican como tareas pendientes la mejora de la información recogida a través de la vigilancia epidemiológica; en el momento actual se están revisando los protocolos de vigilancia junto con las CC. AA. para consensuar las definiciones de caso y las variables a recoger **(53)**. Este esfuerzo compartido es clave para poder monitorizar los avances hacia la eliminación de las hepatitis como problema de Salud Pública en 2030 y poder certificar este hito con los indicadores de la OMS **(3,4)**. 

BIBLIOGRAFÍA

1. Ministerio de Sanidad. *Plan Estratégico para el abordaje de la hepatitis C en el Sistema Nacional de Salud* [Internet]. Madrid: Ministerio de Sanidad; 2015 [consultado 29 ago 2025]. Disponible en: https://www.sanidad.gob.es/ciudadanos/enfLesiones/enfTransmisibles/hepatitisC/PlanEstrategicoHEPATITISC/docs/plan_estrategico_hepatitis_C.pdf
2. Polaris Observatory Collaborators. *Number of people treated for hepatitis C virus infection in 201-2023 and applicable lessons for new HBV and HDV therapies*. J Hepatol. 2025 Ago;83(2):329-347. doi: <https://dx.doi.org/10.1016/j.jhep.2025.01.013>. Epub 2025 Feb 4. PMID: 39914746; PMCID: PMC12278943
3. Organización Mundial de la Salud. *Estrategia mundial del sector de la salud contra las hepatitis víricas 2016-2021. Hacia el fin de las hepatitis víricas* [Internet]. Ginebra: OMS; 2016 [consultado 29 ago 2025]. Disponible en: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/250578/WHO-HIV-2016.06-spa.pdf?sequence=1>
4. WHO Regional Office for Europe. *Action plan for the health sector response to viral hepatitis in the WHO European Region* [Internet]. Copenhagen: Organización Mundial de la Salud; 2017 [consultado 29 ago 2025]. Disponible en: <http://www.euro.who.int/en/health-hepatitis/publications/2017/action-plan-for-the-healthsector-response-to-viral-hepatitis-in-the-who-europeanregion-2017>
5. Afdhal N, Reddy KR, Nelson DR, Lawitz E, Gordon SC, Schiff E et al. *Ledipasvir and sofosbuvir for previously treated HCV genotype 1 infection*. N Engl J Med. 2014 Apr 17;370(16):1483-1493. doi: <https://dx.doi.org/10.1056/NEJMoa1316366>. Epub 2014 Apr 11. PMID: 24725238.
6. Afdhal N, Zeuzem S, Kwo P, Chojkier M, Gitlin N, Puoti M et al. *Ledipasvir and sofosbuvir for untreated HCV genotype 1 infection*. N Engl J Med. 2014 May 15;370(20):1889-1898. doi: <https://dx.doi.org/10.1056/NEJMoa1402454>. Epub 2014 Apr 11. PMID: 24725239.
7. Zeuzem S, Dusheiko GM, Salupere R, Mangia A, Flisiak R, Hyland R et al. *Sofosbuvir and ribavirin in HCV genotypes 2 and 3*. N Engl J Med. 2014;370(21):1993-2001.
8. Andreone P, Colombo MG, Enejosa JV, Koksai I, Ferenci P, Maieron A et al. *ABT-450, ritonavir, ombitasvir, and dasabuvir achieves 97% and 100% sustained virologic response with or without ribavirin in treatment-experienced patients with HCV genotype 1b infection*. Gastroenterology. 2014; 147(2):359-365.

9. Younossi ZM, Stepanova M, Marcellin P, Afdhal N, Kowdley K, Zeuzem S et al. *Treatment with ledipasvir and sofosbuvir improves patient-reported outcomes: Results from the ION-1, -2 and -3 clinical trials.* *Hepatology.* 2015;61(6):2798-2808.
10. *Afectados de hepatitis C marchan para pedir "tratamientos para todos".* El País. 2015 Ene 10. Disponible en: https://elpais.com/politica/2015/01/10/actualidad/1420883112_303977html
11. Pachón del Amo I, Amela Heras C, León Rega P. *Prevalencia de anticuerpos frente a Hepatitis C en España, en población general.* *Gac Sanit.* 2001;15(Supl 2):100.
12. Gower E, Estes C, Blach S, Razavi-Shearer K, Razavi H. *Global epidemiology and genotype distribution of the hepatitis C virus infection.* *J Hepatol.* 2014 Nov;61(1 Suppl):S45-57. doi: <https://dx.doi.org/10.1016/j.jhep.2014.07.027>
13. España. *Real Decreto 852/2021, de 5 de octubre, por el que se modifican el Real Decreto 139/2020 y el Real Decreto 735/2020, sobre la estructura orgánica básica del Ministerio de Sanidad* [Internet]. BOE n.º 239, de 6 de octubre de 2021. p. 122105-122126. Disponible en: <https://www.boe.es/buscar/doc.php?id=BOE-A-2021-16232>
14. Ministerio de Sanidad. *2º Estudio de seroprevalencia en España* [Internet]. Madrid: Ministerio de Sanidad; [fecha no especificada] [consultado 29 ago 2025]. Disponible en: https://www.sanidad.gob.es/areas/promocionPrevencion/vacunaciones/comoTrabajamos/docs/Estudio-Seroprevalencia_EnfermedadesInmunoprevenibles.pdf
15. Grupo de trabajo del estudio de prevalencia de la infección por hepatitis C en población general en España. *Resultados del 2º Estudio de Seroprevalencia en España (2017-2018)* [Internet]. Madrid: Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social; 2019 [consultado 29 ago 2025]. Disponible en: https://www.msbs.gob.es/ciudadanos/enflesiones/enftransmisibles/sida/docs/INFORME_INFECCION_VHC_ESPANA2019.pdf
16. Estirado Gómez A, Justo Gil S, Limia A, Avellón A, Arce Arnáez A, González-Rubio R et al; Grupo de trabajo del estudio de prevalencia de VHC en España 2017-2018. *Prevalence and undiagnosed fraction of hepatitis C infection in 2018 in Spain: results from a national population-based survey.* *Eur J Public Health.* 2021 Dec 1;31(6):1117-1122. doi: <https://dx.doi.org/10.1093/eurpub/ckab069>
17. Crespo J, Cuadrado A, Perelló C, Cabezas J, Llerena S, Llorca J et al. *Epidemiology of hepatitis C virus infection in a country with universal access to direct-acting antiviral agents: Data for de* signing a cost-effective elimination policy in Spain. *J Viral Hepat.* 2020 Apr;27(4):360-370. doi: <https://dx.doi.org/10.1111/jvh.13238>
18. Orden de 15 de septiembre de 1980 por la que se dispone la aprobación de la Norma Metrológica Española referente a «Jeringuillas médicas de materia plástica para usar una sola vez». Disponible en: https://www.boe.es/diario_boe/txt.php?id=BOE-A-1980-21428
19. González Rubio R, Labrador Cañadas MV, Del Amo J. *La guía de cribado de la infección por el VHC en España. Un proceso interdisciplinar con enfoque de salud pública.* *Rev Esp Salud Publica.* 2020 Dec 16;94:e202012180. Disponible en: <https://ojs.sanidad.gob.es/index.php/resp/article/view/680>
20. Ministerio de Sanidad. *Orden de 3 de octubre de 1990 sobre pruebas de detección de anticuerpos del virus de la hepatitis C (anti-VHC) en las donaciones de sangre.* BOE. 1990 Oct 12;245:30049. Disponible en: <https://www.boe.es/buscar/doc.php?id=BOE-A-1990-24827>
21. De La Fuente L, Bravo MJ, Barrio G, Parras F, Suárez M, Rodés A et al. *Lessons from the history of the human immunodeficiency virus/acquired immunodeficiency syndrome epidemic among Spanish drug injectors.* *Clin Infect Dis.* 2003;37(Suppl 5):S410-415.
22. Sánchez-Niubò A, Fortiana J, Barrio G, Suelves JM, Correa JF, Domingo-Salvany A et al. *Problematic heroin use incidence trends in Spain.* *Addiction.* 2009;104(2):248-255.
23. Ministerio de Sanidad. *Informe de Hemovigilancia 2023* [Internet]. Madrid: Ministerio de Sanidad; 2023 [consultado 29 ago 2025]. Disponible en: <https://www.sanidad.gob.es/profesionales/saludPublica/medicinaTransfusional/hemovigilancia/docs/Informe2023.pdf>
24. Thomadakis C, Gountas I, Duffell E, Gountas K, Bluemel B, Seyler T et al. *Prevalence of chronic HCV infection in EU/EEA countries in 2019 using multiparameter evidence synthesis.* *Lancet Reg Health Eur.* 2023 Dec 13;36:100792. doi: <https://dx.doi.org/10.1016/j.lanepe.2023.100792>
25. Thomadakis C, Gountas I, Gountas K, Martínez N, Díaz A, Del Amo J, Nikolopoulos G. *Estimation of the prevalence of chronic hepatitis C in Spain.* 12th Panhellenic Meeting on AIDS, Hepatitis, Emerging Diseases and Addictions (9/2024).
26. Berenguer J, Fanciulli C, Arcos MM, Vivancos MJ, Domingo P, Hernando A et al. *Trends in HCV infection prevalence among people with HIV in Spain over two decades (2002-2023).* *Clin Infect Dis.* 2025 Jul 24;ciaf407. doi: <https://dx.doi.org/10.1093/cid/ciaf407>

27. Centro Nacional de Epidemiología-Instituto de Salud Carlos III; División de control de VIH, ITS, hepatitis virales y tuberculosis. *Encuesta Hospitalaria de pacientes con infección por el VIH. Resultados 2024. Análisis de la evolución 2009-2024* [Internet]. Madrid: Ministerio de Sanidad; noviembre 2024 [consultado 29 ago 2025]. Disponible en: https://www.sanidad.gob.es/ciudadanos/enfInfecciones/enfTransmisibles/sida/vigilancia/docs/Informe_Encuesta_hospitalaria_2009_2024.pdf

28. Secretaría General de Instituciones Penitenciarias. Subdirección General de Sanidad Penitenciaria. *Prevalencia de las infecciones de VIH y Hepatitis C en Instituciones Penitenciarias 2024*. Disponible en: <https://www.institucionpenitenciaria.es/documents/380742/384145/Prevalencia+VIH+y+VHC+en+IIPP+2024.pdf>

29. Berenguer J, Gil-Martín Á, Jarrín I, Montes ML, Domínguez L, Aldámiz-Echevarría T, Téllez MJ et al. Madrid-CoRe Study Group. *Reinfection by hepatitis C virus following effective all-oral direct-acting antiviral drug therapy in HIV/hepatitis C virus coinfecting individuals*. AIDS. 2019 Mar 15;33(4):685-689. doi: <https://dx.doi.org/10.1097/QAD.0000000000002103>

30. Observatorio Español de las Drogas y las Adicciones. *Informe 2025. Alcohol, tabaco y drogas ilegales en España*. Madrid: Ministerio de Sanidad. Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas; 2025. 294-229 p. <https://pnsd.sanidad.gob.es/profesionales/sistemasinformacion/informesEstadisticas/>

31. Ministerio de Sanidad. *Documento marco sobre cribado poblacional* [Internet]. Madrid: Ministerio de Sanidad; [fecha no especificada] [consultado 29 ago 2025]. Disponible en: https://www.sanidad.gob.es/eu/areas/promocionPrevencion/cribado/documentosTecnicos/docs/Cribado_poblacional.pdf

32. Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social. *Guía de cribado de la infección por el VHC* [Internet]. Madrid: MSCBS; 2020 [consultado 29 ago 2025]. Disponible en: https://www.msbs.gob.es/ciudadanos/enfInfecciones/enfTransmisibles/sida/docs/GUIA_DE_CRIBADO_DE_LA_INFECCION_POR_EL_VHC_2020.pdf

33. Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen. *Screening for hepatitis C. Extract of final report S16-04* [Internet]. Köln: IQWiG; 2018 [consultado 29 ago 2025]. Disponible en: https://www.iqwig.de/download/S16-04_Screening-for-hepatitis-C_Extract-of-final-report_V1-0.pdf

34. Canadian Task Force on Preventive Health Care. *Recommendations on hepatitis C screening for adults*. CMAJ.

2017;189(16):E594-E604. PMID: 28974567; PMCID: PMC5638085. Disponible en: <https://www.cmaj.ca/content/189/16/E594>

35. National Institute for Health and Care Excellence. *Offering and providing hepatitis B and C tests and hepatitis B vaccination*. NICE Pathways. London: NICE; 2017 [consultado 29 ago 2025]. Disponible en: <https://www.nice.org.uk/guidance/hepatitis-b-and-c-testing-offering-and-providing-hepatitis-b-and-c-tests-and-hepatitis-b-vaccination.pdf>

36. Public Health England. *Hepatitis C in England 2019* [Internet]. London: PHE; 2019 [consultado 29 ago 2025]. Disponible en: https://assets.publishing.service.gov.uk/media/60c739a88fa8f57ccecdaff2/hpr1021_hcv19.pdf

37. Haute Autorité de Santé. *Hépatite C: prise en charge simplifiée chez l'adulte* [Internet]. Paris: HAS; 2019 [consultado 29 ago 2025]. Disponible en: https://www.has-sante.fr/jcms/c_2911891/fr/hepatite-c-prise-en-charge-simplifiee-chez-l-adulte

38. Department of Health. *Fifth National Hepatitis C Strategy 2018-2022* [Internet]. Canberra: Australian Government; 2019 [consultado 29 ago 2025]. Disponible en: <https://www.health.gov.au/resources/publications/fifth-national-hepatitis-c-strategy-2018-2022?language=en>

39. Ministerio de Sanidad. *Informe de seguimiento de la implementación de la Guía de Cribado de Hepatitis C en el año 2021* [Internet]. Madrid: MSCBS; 2022 [consultado 29 ago 2025]. Disponible en: https://www.sanidad.gob.es/ciudadanos/enfInfecciones/enfTransmisibles/sida/hepatitis/Informe_Seguimiento_Implementacion_de_la_Guia_de_Cribado_de_Hepatitis_C_2021.pdf

40. Ministerio de Sanidad. *Guía de cribado de la infección por el VHC. Revisión 21-10-2022* [Internet]. Madrid: MSCBS; 2022 [consultado 29 ago 2025]. Disponible en: https://www.sanidad.gob.es/ciudadanos/enfInfecciones/enfTransmisibles/sida/hepatitis/GUIA_DE_CRIBADO_DE_LA_INFECCION_POR_EL_VHC_2020_rev21-10-2022.pdf

41. Ministerio de Sanidad. *Informe de seguimiento de la implementación de la Guía de Cribado de la infección por el VHC en las comunidades autónomas. Año 2022* [Internet]. Madrid: MSCBS; 2023 [consultado 29 ago 2025]. Disponible en: https://www.sanidad.gob.es/ciudadanos/enfInfecciones/enfTransmisibles/sida/hepatitis/docs/Informe_seguimiento_implementacion_guia_VHC_CCAA_2022.pdf

42. Orden SND/606/2024, de 13 de junio, por la que se crea el Comité Asesor para la Cartera Común de Servicios en el Área de Genética, y por la que se modifican los anexos I, II, III, VI y VII del Real Decreto 1030/2006, de 15 de septiembre, por el que se establece la cartera

de servicios comunes del Sistema Nacional de Salud y el procedimiento para su actualización (https://www.boe.es/tiario_boe/txt.php?id=BOE-A-2024-12290).

43. Pacientes que inician tratamiento para hepatitis C crónica con antivirales de acción directa. Actualización a 31 de diciembre de 2024. Disponible en: <https://www.sanidad.gob.es/areas/farmacia/publicaciones/planOptimizacion/tratamientoHepatitisC.htm>

44. Organización Nacional de Trasplantes. Actividad de donación y trasplante hepático. España, 2024. Disponible en: <https://www.ont.es/wp-content/uploads/2025/03/ACTIVIDAD-DE-DONACION-Y-TRASPLANTE-HEPATICO-ESPANA-2024.pdf>

45. Garrido-Esteba M, Latasa P, Flores-Herrera J, García Comas L. Hepatitis C and hepatitis C-related advanced liver disease hospitalisation trends before and after the Strategic Plan for Tackling Hepatitis C in the National Health System. *Eur J Gastroenterol Hepatol*. 2021 Oct 1;33(10):1307-1315. doi: <https://dx.doi.org/10.1097/MEG.0000000000001841>. PMID: 32658010.

46. Vegas JJ, Flores-Herrera J, Latasa P, Garrido-Esteba M. Reduction in hepatitis C-related hospitalizations after the implementation of the Strategic Plan for Tackling Hepatitis C in the Spanish National Health System: regional level differences. *J Viral Hepat*. 2021 Jun;28(6):859-869. doi: <https://dx.doi.org/10.1111/jvh.13491>. Epub 2021 Mar 8. PMID: 33599365.

47. Rodríguez-Tajes S, Pocurull A, Castillo J, Casanova G, Vega L, Lens S et al. Hepatitis C-related cirrhosis will be a marginal cause of hospital admissions by 2025. *J Hepatol*. 2020 Dec;73(6):1360-1367. doi: <https://dx.doi.org/10.1016/j.jhep.2020.07.018>. PMID: 32697948.

48. Politi J, Guerras JM, Donat M, Belza MJ, Ronda E, Barrio G et al. Favorable impact in hepatitis C-related mortality following free access to direct-acting antivirals in Spain. *Hepatology*. 2022 May;75(5):1247-1256. doi: <https://dx.doi.org/10.1002/hep.32237>. PMID: 34773281.

49. Politi J, Regidor E, Donat M, Pulido J, Guerras JM, Barrio G et al. Free access to direct-acting antivirals in Spain: more favorable impact on hepatitis C mortality among highly educated people. *Clin Infect Dis*. 2023 Apr 17;76(8):1423-1430. doi: <https://dx.doi.org/10.1093/cid/ciac928>. PMID: 36471910.

50. Valencia J, Lazarus JV, Ceballos FC, Troya J, Cuevas G, Resino S et al. Differences in the hepatitis C virus cascade of care and time to initiation of therapy among vulnerable subpopulations using a mobile unit as point-of-care. *Liver Int*. 2022 Feb;42(2):309-319. doi: <https://dx.doi.org/10.1111/liv.15095>. PMID: 34767680.

51. Mårdh O, Quinten C, Amato-Gauci AJ, Duffell E. Mortality from liver diseases attributable to hepatitis B and C in the EU/EEA – descriptive analysis and estimation of 2015 baseline. *Infect Dis (Lond)*. 2020 Sep;52(9):625-637. doi: <https://dx.doi.org/10.1080/23744235.2020.1766104>. PMID: 32644030.

52. Abordaje del fenómeno del chemsex. Secretaría del Plan Nacional sobre el Sida. Ministerio de Sanidad. 2020. Disponible en: https://www.sanidad.gob.es/ciudadanos/enflesiones/enfTransmisibles/sida/chemSex/docs/CHEMSEX_ABORDAJE.pdf

53. Real Decreto 568/2024, de 18 de junio, por el que se crea la Red Estatal de Vigilancia en Salud Pública. Disponible en: <https://www.boe.es/buscar/act.php?id=BOE-A-2024-12379>

Anexo I

Autoría/participación de comunidades autonomas en el PEACH.

1. Andalucía

- Dr. Federico García García.
Jefe de Servicio del Microbiología del Hospital Universitario San Cecilio, Granada.
Director del Plan Estratégico Andaluz para el Abordaje de las Hepatitis Virales (PEAHEP).

2. Aragón

- Dra. Leticia Sancho Lozano.
Facultativo Especialista de Área (Médico especialista en Radiodiagnóstico y especialista en Medicina Familiar y Comunitaria). Jefe de sección de Programas de Salud. Servicio Aragonés de Salud.
- Dra. María Bestué Cardiel.
Neuróloga del Hospital Universitario Miguel Servet, Zaragoza.

3. Asturias (Principado de)

- Dra. Carmen Álvarez Navascués.
F.E.A. en Aparato Digestivo de la Sección de Hepatología del Hospital Universitario Central de Asturias.
- Dra. Sonia López Villar.
Técnica de la Dirección General de Salud Pública y Atención a la Salud Mental del Principado de Asturias.
Consejería de Salud.

4. Balears (Illes) (Islas Baleares)

- Dr. Angels Vilella Martorell.
F.E.A. en Aparato Digestivo del Hospital Universitari Son Llàtzer. Palma.
- Dra. Maria Escudero Roldan.
F.E.A. en Aparato Digestivo del Hospital Universitari Son Llàtzer. Palma.

5. Canarias

- Dr. Eduardo García-Ramos Alonso.
Técnico del Servicio de Epidemiología y Prevención de la Dirección General de Salud Pública de Canarias.
- Dra. Abigail García Hernández.
Técnico del Servicio de Epidemiología y Prevención de la Dirección General de Salud Pública de Canarias.
Hospital Universitario de Canarias.

6. Cantabria

- Dr. Luis Javier Viloria Raymundo.
Jefe de Sección de Vigilancia Epidemiológica. Dirección General de Salud Pública.

7. Castilla-La Mancha

- Carmen Román Ortiz.
Jefa de servicio de Epidemiología. Dirección General de Salud Pública. Consejería de Sanidad de Castilla-La Mancha.
- Lorena Díaz López.
Coordinadora Autonómica de VIH/SIDA. Servicio de Epidemiología. Dirección General de Salud Pública. Consejería de Sanidad de Castilla-La Mancha.

8. Castilla y León

- Dra. M^a del Carmen Pacheco Martínez.
Servicio de Vigilancia en Salud Pública. Consejería de Sanidad. Dirección General de Salud Pública.
- Dra. M^a del Henar Marcos Rodríguez.
Servicio de Epidemiología. Dirección General de Salud Pública.

Anexo I (continuación)

Autoría/participación de comunidades autónomas en el PEACH.

- D^a Nieves Martín Sobrino.
Directora Técnica de Farmacia. Dirección General de Asistencia Sanitaria y Humanización.
Gerencia Regional de Salud. Consejería de Sanidad de Castilla y León.
- Dra. Gloria Sánchez Antolín.
Jefa de la Unidad de Hepatología. Hospital Universitario Río Hortega de Valladolid.
Presidente de la Comisión Nacional de A. Digestivo. IBioVALL.
- D^a Laura Isusi Lomas.
Jefa del Servicio de Prestación Farmacéutica Hospitalaria e IF. Dirección Técnica de Farmacia.
- Dra. Sagrario Garrido Lopez.
Técnica de la Dirección Técnica de Farmacia.

9. Catalunya (Cataluña)

- Dr. Joan Colom Farra.
Subdirecció General d'Addiccions, VIH, Infeccions de Transmissió Sexual i Hepatitis Víriques.
Agència de Salut Pública de Catalunya.
- Dra Sandra Manzanares Laya.
Subdirecció General d'Addiccions, VIH, Infeccions de Transmissió Sexual i Hepatitis Víriques.
Agència de Salut Pública de Catalunya.
- Dr. Xavier Major i Roca.
Subdirecció General d'Addiccions, VIH, Infeccions de Transmissió Sexual i Hepatitis Víriques.
Agència de Salut Pública de Catalunya.

10. Comunitat Valenciana (Comunidad Valenciana)

- Dr. Francisco Javier Roig Sena.
Subdirecció General de Epidemiologia, Vigilancia de la Salud y Sanidad Ambiental.
Dirección General de Salud Pública.
- Dr. Francesc Botella Quijal.
Subdirecció General de Epidemiologia, Vigilancia de la Salud y Sanidad Ambiental.
Dirección General de Salud Pública.
- D. Sergio Pascual Viciado Mata.
Subdirecció General de Epidemiologia, Vigilancia de la Salud y Sanidad Ambiental.
Dirección General de Salud Pública.

11. Extremadura

- Dra. Noa Batalla Rebollo.
Responsable de Epidemiología. Dirección General de Salud Pública.
- Dra. M^a del Mar López-Tercero Torvisco.
Médico de la Subdirección de Epidemiología. Dirección General de Salud Pública. SES.

12. Galicia

- Dra. Marta Piñeiro Sotelo.
Directora del Centro Gallego para el Control y Prevención de Enfermedades (Cegace).
Dirección General de Salud Pública.
- Dra. Sonia Touceda Taboada.
Servicio de Prevención y Control de Enfermedades. Centro Gallego para el Control y Prevención de Enfermedades (Cegace). Dirección General de Salud Pública.
- Dra. Elena Cruz Ferro.
Servicio de Prevención y Control de Enfermedades. Centro Gallego para el Control y Prevención de Enfermedades (Cegace). Dirección General de Salud Pública.

Anexo I (continuación)

Autoría/participación de comunidades autónomas en el PEACH.

- Dra. Javier Cereijo Fernández.
Servicio de Prevención y Control de Enfermedades. Centro Gallego para el Control y Prevención de Enfermedades (Cegace). Dirección General de Salud Pública.
- Dra. Susana Mirás Carballal.
Jefa del Servicio de Prevención y Control de Enfermedades. Centro Gallego para el Control y Prevención de Enfermedades (Cegace). Dirección General de Salud Pública.

13. Madrid (Comunidad de)

- Dra. Marta Molina.
Subdirectora General de Prevención y Promoción de la Salud. Dirección General de Salud Pública.
- Vicenta Labrador Cañadas.
Jefa de la Unidad Técnica de Programas de Cribado Poblacional Subdirección General de Prevención y Promoción de la Salud. Dirección General de Salud Pública.
- Dra. Silvia Fernandez Rodríguez.
- Dra. Monica Morán Arribas.
Unidad Técnica de Prevención de VIH y otras ITS. Servicio de Promoción de Salud. Subdirección General de Prevención y Promoción de la Salud.

14. Murcia (Región de)

- Dra. Olga Monteagudo Piqueras.
Jefa del Servicio de Promoción y Educación para la Salud. Dirección General de Salud Pública y Adicciones. Consejería de Salud.
- M^a Isabel Barranco Boada.
Servicio de epidemiología. Consejería de Salud.
- Dra. María Antonia Belmonte Gómez.
Servicio de Promoción y Educación para la Salud. Consejería de Salud.

15. Navarra

- Dr. Jesús Castilla Catalán.
Servicio de Epidemiología y Prevención Sanitaria. Instituto de Salud Pública y Laboral de Navarra.

16. Euskadi (País Vasco)

- Dr. Oskar Ayerdi Aguirrebengoa.
Coordinador del Plan del Sida e Infecciones de Transmisión Sexual. Subdirección de Coordinación de Atención Hospitalaria. Osakidetza.

17. Rioja (La)

- Dra. Eva Martínez Ochoa.
Viceconsejería de salud y políticas sociosanitarias. Dirección General de Salud Pública, Consumo y Cuidados.

Ciudades autónomas:

• Ciudad Autónoma de Ceuta

- Dra. Irene López Corrales.
- Dra. Cleopatra R' Kaina.
Plan Sobre Drogas y Otras Conductas Adictivas.

• Ciudad Autónoma de Melilla

- Dr. Daniel Castrillejo Pérez.
Jefe del Servicio de Epidemiología.

Anexo I (continuación)

Autoría/participación de comunidades autónomas en el PEACH.

Ministerio de Sanidad

- Organización Nacional de trasplantes (ONT).
- Dra. Gloria de la Rosa.
Responsable del programa de trasplante hepático en la ONT.
- Dra. Beatriz Domínguez-Gil.
Directora de la ONT.

Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas

- Alberto Domínguez Lázaro.
Consejero técnico.

Ministerio del Interior

- Secretaría General de Instituciones Penitenciarias.
- Dra. Carmen Martínez Aznar.
Subdirectora General de Sanidad Penitenciaria.