

SITUACIÓN EPIDEMIOLÓGICA DE LA HEPATITIS C EN CHILE ENTRE 2002 Y 2023

EPIDEMIOLOGICAL SITUATION OF HEPATITIS C IN CHILE BETWEEN 2002 AND 2023

Natalia Arbat Contreras^a
Valentina Riquelme Langer^{a*}
Catalina Campos Vásquez^a
Fernanda García Blanco^a
Camila Jürgensen Heinrich^a

^aEstudiante de Medicina, Facultad de Medicina Clínica Alemana de Santiago - Universidad del Desarrollo

Artículo recibido el 8 de julio, 2025. Aceptado en versión corregida el 16 de diciembre, 2025.

DOI: 10.52611/confluencia.2026.1447

RESUMEN

Introducción: La hepatitis C, causada por el Virus Hepatitis C, se transmite por contacto con sangre infectada, vía sexual (principal vía en Chile en hombres que tienen sexo con hombres), y vertical. El diagnóstico se realiza por test de anticuerpos y reacción en cadena de la polimerasa, y es de notificación obligatoria. En Chile se han desarrollado diversas políticas sanitarias que han permitido mejor control. **Objetivo:** Analizar la situación epidemiológica de la hepatitis C en Chile en el periodo 2002-2023, caracterizando morbilidad, mortalidad y notificación según variables sociodemográficas. **Metodología:** Estudio descriptivo de 2002-2023 basado en datos del Departamento de Estadísticas e Información en Salud del Ministerio de Salud de Chile y registro de enfermedades de notificación obligatoria. Se evaluaron notificaciones, egresos y muertes por Virus Hepatitis C según tiempo, sexo, edad y región. **Resultado:** La mortalidad presentó un pico en 2014 y luego descendió. Los egresos hospitalarios cayeron hasta 700 casos en 2002-2021. Las notificaciones agudas y crónicas crecieron hasta 2011 y luego decrecieron. **Discusión:** La disminución de las tasas de mortalidad y egresos hospitalarios desde 2014 puede atribuirse a mejoras en estrategias de prevención y control. El aumento inicial en notificaciones podría reflejar el fortalecimiento de la vigilancia epidemiológica. Las políticas públicas han sido efectivas, pero es necesario fortalecer estrategias de control epidemiológico. **Conclusión:** La hepatitis C crónica es poco prevalente en Chile, pero requiere refuerzo de estrategias de control para lograr la meta de la Organización Mundial de la Salud para erradicar las hepatitis virales en 2030.

Palabras clave: Hepatitis C; Mortalidad; Notificación obligatoria; Chile.

ABSTRACT

Introduction: Hepatitis C, caused by the Hepatitis C Virus, is transmitted through contact with infected blood, through sexual transmission (the main route of transmission in Chile among men who have sex with men), and via vertical transmission. Diagnosis is carried out through antibody testing and polymerase chain reaction, and it is mandatorily reportable to the Health Authority. In Chile, various public health policies have been implemented, significantly improving disease control. **Objective:** Analyze the epidemiological situation of hepatitis C in Chile during the period 2002-2023, characterizing morbidity, mortality, and reporting according to sociodemographic variables. **Methodology:** Descriptive study from 2002 to 2023 based on data from the Department of Health Statistics and Information of the Chilean Ministry of Health and the register of notifiable diseases. Notifications, hospital discharges, and deaths related to Hepatitis C Virus were analyzed by time, sex, age, and region. **Result:** Mortality peaked in 2014 and subsequently declined. Hospital discharges decreased to 700 cases between 2002 and 2021. Both acute and chronic notifications increased until 2011, followed by a decline. **Discussion:** The decrease in mortality and hospital discharge rates since 2014 may be attributed to improvements in prevention and control strategies. The initial increase in notifications may reflect the strengthening of epidemiological surveillance. Public health policies have been effective; however, there is a need to reinforce epidemiological control strategies. **Conclusion:** Chronic hepatitis C is not highly prevalent in Chile, but strengthening control strategies is essential to achieve the World Health Organization goal of eliminating viral hepatitis by 2030.

Key words: Hepatitis C; Mortality; Mandatory reporting; Chile.

Cómo citar:

Arbat-Contreras N, Riquelme-Langer V, Campos-Vásquez C, García-Blanco F, Jürgensen-Heinrich C. Situación epidemiológica de la Hepatitis C en Chile entre 2002 y 2023. Rev Conflu [Internet]. 2026 [citado el 31 de enero 2026];9. Disponible en: <https://doi.org/10.52611/confluencia.2026.1447>

INTRODUCCIÓN

La hepatitis C es una enfermedad hepática causada por el Virus Hepatitis C (VHC)¹ que se transmite por contacto con sangre contaminada, vía sexual (en Chile es la principal vía de contagio, especialmente en Hombres que tienen Sexo con Hombres (HSH))² o vertical³. Su incubación varía de 2 a 6 semanas⁴ y suele ser asintomática, aunque puede evolucionar a daño hepático agudo o crónico⁵, cirrosis o hepatocarcinoma⁶.

En Chile, el diagnóstico se basa en la sospecha clínica o factores de riesgo, mediante anticuerpos (ELISA) y Reacción en Cadena de la Polimerasa (PCR)^{7,8}, y es una Enfermedad de Notificación Obligatoria (ENO) semanal al Instituto de Salud Pública (ISP)⁹. Las políticas públicas, como la vigilancia obligatoria en bancos de sangre desde 1996¹⁰, refuerzo de la vigilancia epidemiológica¹¹ y la inclusión de Antivirales de Acción Directa (AAD) en las Garantías Explícitas de Salud (GES) en 2010¹², han logrado avances en la reducción del VHC. A pesar de una baja seroprevalencia en Chile (0,01% según Encuesta Nacional de Salud 2009-2010)¹³, la carga de morbilidad y costos asociados, justifican que la vigilancia y manejo de la hepatitis C sea una prioridad en Salud Pública.

Este estudio surge de la necesidad de evaluar el impacto de estas intervenciones a largo plazo. El objetivo general es analizar la situación epidemiológica del VHC en Chile entre 2002 y 2023, caracterizando la morbilidad, mortalidad y notificación según variables sociodemográficas. Asociado a esto, se pretende cumplir los siguientes objetivos específicos:

- Describir el comportamiento de las notificaciones obligatorias (ENO) de hepatitis C aguda y crónica.
- Caracterizar la morbilidad mediante el análisis de egresos hospitalarios.
- Determinar la tendencia de la mortalidad por VHC y su distribución por sexo, edad y región geográfica.

METODOLOGÍA

Este estudio descriptivo, observacional y retrospectivo analiza la situación epidemiológica del VHC en Chile entre 2002 y 2023. Se utilizaron bases de datos del Departamento de Estadísticas e Información de Salud (DEIS) del Ministerio de Salud de Chile (MINSAL). Para morbilidad se filtraron los códigos CIE-10 B17.1 (hepatitis C aguda) y B18.2 (hepatitis C crónica)¹⁴. Para las notificaciones, se utilizó el registro de las ENO. Se analizaron tres series según disponibilidad de datos: egresos hospitalarios (2002-2021), notificaciones (2007-2022) y muertes por VHC (2002-2023), respectivamente. Se calcularon frecuencias absolutas y tasas de incidencia y mortalidad por 100.000 habitantes, razones y porcentajes, para estimar el riesgo

poblacional. Las tasas promedio para egresos y casos notificados se obtuvieron dividiendo el promedio de casos por la población promedio del período estudiado. Para la mortalidad, se realizó un ajuste directo utilizando como población estándar la población total en Chile 2023 según estimaciones poblacionales del Instituto Nacional de Estadística - Comisión Económica para América Latina y el Caribe (INE-CEPAL), basadas en el Censo 2017, para analizar la tendencia, y un ajuste indirecto para analizar el comportamiento según región utilizando como tasa estándar la tasa de mortalidad total promedio observada en Chile para el periodo 2019 a 2023. Las tasas promedio se estimaron con promedios de casos y población. La mortalidad se ajustó directamente con la población de 2023 y de forma indirecta por región usando la tasa promedio 2019-2023. Todos los indicadores se analizaron por tiempo, sexo, edad y región.

Al utilizar bases de datos secundarias de acceso público, anonimizadas y agregadas, este estudio no requirió aprobación de un comité de ética.

RESULTADO

1. Vigilancia ENO (2007-2022)

Magnitud del problema

Se notificó un total de 6352 durante el periodo, con 1527 casos de hepatitis C aguda y 4825 de hepatitis C crónica.

Variación en el tiempo

La hepatitis C aguda subió de 0,39 a 1,45 por 100.000 habitantes entre 2007 y 2011 (aumento de 271,8%), y la crónica de 0,58 a 2,57 por 100.000 habitantes entre 2007 y 2010 (aumento de 343,1%). Luego, las notificaciones de hepatitis C aguda y crónica disminuyeron; la tasa más baja para casos agudos fue en 2018 (0,07 por 100.000 habitantes) y para casos crónicos en 2020 (0,78 por 100.000 habitantes). En 2011, el riesgo de notificación por VHC aguda fue 20,71 veces mayor que en 2018, y el de VHC crónica en 2010 fue 3,29 veces mayor que en 2020.

Variación según sexo

Durante el período analizado, los hombres presentaron en promedio 1,6 veces más riesgo de ser notificados por VHC que las mujeres, con excepción del año 2007, donde las mujeres tuvieron una tasa levemente superior (riesgo 1,08 veces mayor). En hombres, la tasa aumentó de 0,94 en 2007 a 3,01 por 100.000 habitantes en 2022, reflejando un incremento del 220,2%. En mujeres, la tasa fue de 1,01 en 2007 y de 1,00 en 2022, lo que representa una disminución marginal del 0,99%.

Variación según lugar

Entre los años 2007 y 2022, las regiones con mayores tasas promedio de notificación fueron la

Región Metropolitana (1,85) y Arica y Parinacota (1,83) por 100.000 habitantes. Por otro lado, las regiones con menor tasa promedio fueron Los Lagos (0,35), Ñuble (0,37) y La Araucanía (0,38), con una tasa por cada 100.000 habitantes respectivamente. Esto significa que el riesgo de ser notificado por VHC en la Región Metropolitana fue 428,6% mayor que en Los Lagos.

Variación por edad

Para hepatitis C aguda, en el 2018, la mayor tasa de notificación fue entre los 40-44 años (0,306 por 100.000 habitantes), mientras que los grupos con las menores tasas fueron aquellos entre 10-14, 45-49, 60-79 años en donde no hubo notificaciones. En el 2022, el grupo con mayor tasa de notificación fue entre los 30-34 años (0,884 por 100.000 habitantes), mientras que el grupo con la menor tasa fue entre los 10-14 años (0,077 por 100.000 habitantes).

Para las hepatitis C crónica, el año 2018, el grupo con mayor tasa de notificación fue de aquellos entre 60-64 años (6,29 por 100.000 personas), mientras que el grupo entre 10-14 años no tuvo casos notificados. En el 2022, el grupo con mayor tasa fue entre 65-69 años (3,9 por 100.000 personas), mientras que entre los 15-19 años no hubo notificaciones.

2. Egresos hospitalarios por Hepatitis C (2002-2021)

Magnitud del problema

Para el periodo de 2002 a 2021 se registraron 700 egresos por hepatitis C en Chile. El año 2021, la tasa de egresos fue de 0,04 por 100.000 habitantes, lo que corresponde a 7 egresos.

Variación en el tiempo

Los egresos por VHC presentaron una tendencia fluctuante, con un descenso inicial hasta 2003 y posterior estabilidad hasta 2014. Desde entonces, los casos han disminuido progresivamente, alcanzando en 2021 la menor tasa del período (0,04 por 100.000). No se observa un patrón estacional definido. Entre 2003 y 2009 se registró un promedio mensual de 24,17 egresos, que bajó a 18,42 entre 2010 y 2016. Desde 2017 a 2023, los egresos se estabilizaron con un promedio mensual de 2,25, reflejando una notable reducción en la carga hospitalaria.

Variación según sexo

La distribución entre hombres y mujeres fue relativamente similar: 346 egresos corresponden a hombres y 354 a mujeres. Aun así, los hombres presentaron un mayor riesgo de egreso por VHC en la mayoría de los años del período, salvo en 2002, entre 2008 y 2011, y entre 2013 y 2014, cuando el riesgo fue mayor en mujeres. En 2002 se registraron las mayores tasas de egreso para ambos sexos de 0,97 por 100.000 en hombres y 1,04 en mujeres.

Variación por edad

La edad de las personas hospitalizadas por VHC ha aumentado con el tiempo. Entre 2002 y 2011, el grupo con más egresos fue el de 45 a 49 años (tasa promedio 0,07 por 100.000), mientras que entre 2012 y 2021 el *peak* se desplazó al grupo de 60 a 64 años (tasa promedio 0,02). El grupo con menor riesgo fue el de 0 a 19 años, con solo 3 casos en todo el período (1 caso anual en 2002, 2009 y 2019). En 2021, el grupo con mayor tasa fue el de 75 a 79 años (0,46 por 100.000), lo que equivale a 6,3 veces la tasa del grupo de 40 a 44 años, el más bajo ese año.

Variación según lugar

Entre 2017 y 2021, las regiones con mayores tasas promedio de egresos hospitalarios por VHC fueron Ñuble (0,12 por 100.000) y Magallanes (0,11). La Región Metropolitana, Atacama y O'Higgins compartieron el tercer lugar con una tasa promedio de 0,06, superior al promedio nacional (0,04). Las regiones con tasa promedio de 0,0 fueron Arica y Parinacota, Tarapacá, Maule, Biobío, Los Lagos, Los Ríos y Aysén. La Región de Magallanes destaca con un riesgo 175% mayor de egresar por VHC que el promedio nacional.

3. Mortalidad por Hepatitis C (periodo 2002-2023)

Magnitud del problema

Hubo 648 muertes registradas entre 2002 y 2023 (tasa cruda total 0,17 por 100.000 habitantes). Todos los registros corresponden al código B18.2.

Variación en el tiempo

Durante el periodo hubo una tendencia fluctuante. En 2014 se observó el mayor número de fallecimientos (57), con una tasa cruda de 0,32 por 100.000 habitantes, disminuyendo desde este punto en adelante, alcanzando su mínimo en 2021 (5 muertes; 0,03 por 100.000 habitantes). En 2023 hubo 8 muertes (0,04 por 100.000 habitantes), equivalente a una caída del 87,5% y 75% en comparación al 2014 y 2002 respectivamente. La tasa ajustada de mortalidad también reflejó esta caída ya que entre 2004 y 2023 disminuyó un 90%. Desde 2021, ambas tasas (cruda y ajustada) coinciden. En cuanto a estacionalidad, entre 2003 y 2016 hubo más muertes en invierno (mayo-agosto) con un pico aislado en noviembre. Desde 2017 a 2023 no se observó ningún patrón estacional claro.

Variación según sexo

Entre 2002 y 2015, las mujeres presentaron mayor riesgo de morir por hepatitis C, salvo en 2014 cuando el riesgo fue 2,43 veces mayor en hombres. Desde 2016 en adelante, este riesgo fue mayor en hombres. En 2002, las tasas de mortalidad fueron de 0,13 y 0,19 por 100.000 habitantes en hombres y mujeres respectivamente, alcanzando ambas 0,4 por 100.000

habitantes en 2023. Las tasas más altas en mujeres se registraron en 2004 (0,42 por 100.000 habitantes) y en hombres en 2014 (0,46 por 100.000 habitantes). Las tasas ajustadas mostraron una tendencia similar a las tasas crudas, observándose un descenso heterogéneo para ambos sexos.

Variación por edad

El análisis de las tasas crudas de mortalidad evidencia que el riesgo de morir aumenta en conjunto a la edad, especialmente sobre los 50 años. Las tasas más altas por año se registran en mayores de 55 años, mientras que las más bajas predominan en los más jóvenes (sin muertes en menores de 19 años). La tasa de mortalidad más alta fue en 2005 entre los 75 y 79 años (tasa cruda de 2,78 personas por 100.000 habitantes). En el 2023 (últimos datos disponibles), la tasa más alta fue en personas mayores de 80 años, y hubo una ausencia de defunciones en los grupos de 60 a 64 y 75 a 79 años.

Variación según lugar

La tasa de mortalidad observada más alta a lo largo del país fue de 0,16 muertes por 100.000 habitantes en la Región del Ñuble, y la más baja fue de 0,02 muertes por 100.000 habitantes en la Región del Maule, Biobío, La Araucanía y Los Lagos. La Razón de Mortalidad Estandarizada (RME) entre 2019-2023 fue mayor en la Región de Ñuble (RME = 2,5) y las regiones de Magallanes (RME = 2,0), de Los Ríos (RME = 1,7), Antofagasta (RME = 1,4), Valparaíso (RME = 1,4), Atacama (RME = 1,3), Metropolitana (RME = 1,2) estuvieron por sobre el promedio nacional. Arica y Parinacota, Tarapacá y Aysén, no tuvieron muertes a lo largo del periodo de estudio.

DISCUSIÓN

Variación en el tiempo

La disminución de las tasas de mortalidad y egresos hospitalarios desde el 2014, podrían atribuirse a mejoras en estrategias de prevención y control epidemiológico, más que a una menor letalidad del virus. Coincide con la inclusión del uso de Antivirales de Acción Directa (AAD) en la canasta GES del sistema chileno (2010)¹², junto a otras políticas implementadas como el tamizaje obligatorio de VHC en bancos de sangre desde 1996¹⁰ y vigilancia reforzada desde 2010¹¹. Esto es consistente con la literatura internacional que asocia los AAD con la reducción de la mortalidad¹². Por el contrario, el aumento en las notificaciones de VHC entre 2007 y 2011 refleja el fortalecimiento de la pesquisa y vigilancia epidemiológica, más que un aumento real de incidencia, pues no coincide con un alza en la tasa de mortalidad o egresos hospitalarios.

Variación según grupo etario

La infección crónica por VHC (tanto para egresos y notificaciones) afecta principalmente a personas de

60-64 años, posiblemente debido al deficiente control de factores de riesgo de transmisión en el pasado. Las infecciones agudas predominan en jóvenes de 30-34 años, lo que corresponde a la transmisión activa actual, probablemente ligada a conductas sexuales de riesgo, ya que en la última década ha sido la forma de contagio más frecuente en Chile (específicamente en HSH)². El aumento de la mortalidad desde los 55 años, puede ser atribuido al desarrollo de complicaciones crónicas (cirrosis y hepatocarcinoma), cuya evolución requiere años para su instalación y daño letal^{5,6}.

Variación según sexo

El aumento en el riesgo de ser notificados en hombres desde 2007 podría deberse a un aumento del contagio por HSH², ya que las mujeres disminuyeron su riesgo de ser notificadas durante el mismo periodo y, por ende, se descarta la posibilidad de que el aumento de notificaciones en hombres se deba a una mejora en la calidad de las técnicas o estrategias diagnósticas. Los egresos hospitalarios y la mortalidad mostraron una distribución similar entre sexos. Entre 2002 y 2021, por cada hombre, egresaron 1,02 mujeres por VHC crónica, y entre 2002 y 2023, por cada hombre fallecido, murieron 1,16 mujeres. Esto indica que las diferencias epidemiológicas no se asocian al sexo o a la evolución de la enfermedad si no que en la infección de número las personas.

Variación según lugar

Las altas tasas de notificación en Arica y Parinacota son consistentes con su condición fronteriza con alto índice de inmigración, pues podrían estar recibiendo el virus de inmigrantes provenientes de países con mayor seroprevalencia o con menos estrategias de control epidemiológico. Por su parte, las tasas de notificación elevadas en la Región Metropolitana pueden explicarse por una combinación de alta densidad poblacional que facilita la transmisión y concentración de población migrante. Es interesante considerar que la Región Metropolitana concentra la mayor oferta de testeo diagnóstico, lo que podría reducir el subregistro en comparación a otras zonas.

Limitaciones

El análisis se limitó a los datos de hepatitis C entre 2002 y 2023, lo que podría ser una limitante debido a la baja incidencia de la infección en Chile. Además, se utilizaron únicamente los códigos CIE-10 para hepatitis C aguda y crónica, excluyendo patologías secundarias como el hepatocarcinoma, lo que podría haber subestimado los datos de mortalidad y egresos hospitalarios. La naturaleza asintomática de la enfermedad también dificulta su diagnóstico temprano, lo que podría haber influido en la magnitud de las notificaciones.

CONCLUSIÓN

El análisis de la situación epidemiológica del periodo 2002-2023, demuestra que Chile ha logrado controlar de forma significativa la morbilidad por Hepatitis C, destacando la reducción de mortalidad tras la introducción de nuevos tratamientos con AAD. Pese a su baja prevalencia, es necesario reforzar los algoritmos de control epidemiológico para alcanzar la meta de la Organización Mundial de la Salud (OMS) de eliminar las hepatitis virales al 2030. Esto, mediante lo que podría ser el tamizaje universal, o focalizado en nuevas poblaciones de riesgo, tal como HSH y migrantes de zonas endémicas, y la descentralización del diagnóstico confirmatorio para mejorar la pesquisa en regiones con altas tasas como Magallanes y Ñuble.

Como fortaleza, este estudio utilizó registros nacionales de larga data. Entre las limitaciones, se incluyen el uso de datos secundarios sujetos a la calidad del registro y a la posible subnotificación de casos asintomáticos que no son pesquisados por el sistema de salud. Cabe señalar que el análisis se limitó a hepatitis C, por lo que futuras investigaciones podrían explorar el efecto de estas medidas en enfermedades secundarias como el hepatocarcinoma. El análisis permitió obtener una visión de la variación según sexo, edad y lugar, y de su relación con medidas aplicadas en distintos años, lo cual resulta relevante en el pregrado al mostrar la importancia de la vigilancia epidemiológica activa y la priorización de intervenciones preventivas dirigidas a las poblaciones de riesgo en el manejo integral de enfermedades infecciosas crónicas.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. National Institute of Diabetes and Digestive and Kidney Diseases. Hepatitis C [Internet]. USA: NIH; 2017 [citado el 15 de abril 2024]. Disponible en: <https://www.niddk.nih.gov/health-information/liver-disease/viral-hepatitis/hepatitis-c>
2. Ministerio de Salud de Chile. Informe epidemiológico anual Hepatitis C 2021 [Internet]. Chile: Departamento de Epidemiología, Subsecretaría de Salud Pública de Chile; 2021 [citado el 15 de abril 2024]. Disponible en: <https://epi.minsal.cl/wp-content/uploads/2022/09/Informe-Anual-Hepatitis-C-Chile-2021.pdf>
3. MedlinePlus. Prueba de Hepatitis [Internet]. USA: NIH; 2022 [citado el 15 de abril 2024]. Disponible en: <https://medlineplus.gov/spanish/pruebas-de-laboratorio/prueba-de-hepatitis/>
4. Instituto de Salud Pública de Chile. Vigilancia de Laboratorio de Hepatitis C Chile, 2013-2019. Boletín Vigilancia [Internet] 2020 [citado el 15 de abril 2024];10(5):19. Disponible en: <https://www.ispch.cl/sites/default/files/Bolet%C3%ADnHepatitisC-08092020A.pdf>
5. Ministerio de Salud de Chile. Hepatitis viral C [Internet]. Chile: Departamento Epidemiología, MINSAL, Gobierno de Chile; 2022 [citado el 15 de abril 2024]. Disponible en: <https://epi.minsal.cl/hepatitis-c-agente-etiológico/>
6. Organización Mundial de la Salud. Hepatitis C. [Internet] 2025 [citado el 12 de diciembre 2025]. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/hepatitis-c>
7. MedlinePlus. Hepatitis C [Internet]. USA: NIH; 2023 [citado el 15 de abril 2024]. Disponible en: <https://medlineplus.gov/spanish/ency/article/000284.htm>
8. Ministerio de Salud de Chile. Resumen Ejecutivo. Guía de Práctica Clínica Manejo y tratamiento de la infección crónica por virus de la Hepatitis C (VHC) [Internet]. Chile: MINSAL; 2020 [citado el 12 de diciembre 2025]. Disponible en: https://diprece.minsal.cl/wp-content/uploads/2020/06/08_OK_RE-GPC-Manejo-y-tratamiento-de-la-Hepatitis-C_2019_v1.pdf
9. Ministerio de Salud de Chile. Guía clínica AUGE Manejo y tratamiento de la infección crónica por Virus de la Hepatitis C (VHC) [Internet]. Chile: Subsecretaría de Salud Pública de Chile; 2015 [citado el 15 de abril 2024]. Disponible en: <https://www.minsal.cl/wp-content/uploads/2016/04/GUIA-VHC.-2015-Editada.pdf>
10. Instituto de Salud Pública de Chile. Vigilancia Hepatitis C [Internet]. Santiago: MINSAL; 2025 [citado el 12 de diciembre 2025]. Disponible en: <https://www.ispch.gob.cl/biomedico/vigilancia-de-laboratorio/ambitos-de-vigilancia/vigilancia-hepatitis-c/>
11. Ministerio de Salud de Chile. Circular de Vigilancia epidemiológica de hepatitis B y hepatitis C [Internet]. Santiago: Subsecretaría de Salud pública; 2017 [citado el 28 de abril 2025]. Disponible en: https://www.ispch.cl/sites/default/files/normativa_biomédico/Circular%20B51%202013.pdf
12. Ministerio de Salud de Chile. Informe: Pacientes con Hepatitis C tratados con Antivirales de Acción Directa, por vía Auxilio Extraordinario. Periodo 2016-2018 [Internet]. Santiago: Subsecretaría de Salud Pública; 2018 [citado el 28 de abril 2025]. Disponible en: <https://diprece.minsal.cl/wp-content/uploads/2020/06/Informe-Auxilio-extraordinario-2015-2018-FINAL-11.01.2019-OK-1.pdf>
13. Departamento de Epidemiología. Hepatitis B (CIE-10: B16; B18.0 - B18.1). Situación epidemiológica, Enero - Diciembre 2014. [Internet]. Santiago: MINSAL; 2015. [citado el 15 de abril 2024]. Disponible en: http://epi.minsal.cl/wp-content/uploads/2016/01/HEPB_BET1_2015.pdf
14. Organización Panamericana de la Salud. Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y Problemas Relacionados con la Salud. Décima Versión. CIE-10 [Internet]. Washington: OPS; 1992 [citado el 15 de abril 2024]. Disponible en: <https://ais.paho.org/classifications/chapters/pdf/volumen1.pdf>