



**Ministerio
de Salud Pública**

HEPATITIS VIRALES

28 DE JULIO DIA MUNDIAL CONTRA LAS HEPATITIS VIRALES



CONTENIDO

AUTORIDADES.....	3
EQUIPO TÉCNICO DE REDACCIÓN.....	3
INTRODUCCIÓN	4
SITUACIÓN EPIDEMIOLÓGICA DE LAS HEPATITIS VIRALES:.....	7
HEPATITIS A:	7
Situación actual	7
Cobertura vacunal Hepatitis A	8
HEPATITIS B:	10
Situación actual	10
Cobertura vacunal Hepatitis B	14
HEPATITIS C	15
Situación actual	15
Hepatitis E.....	19
INDICADORES DE ATENCIÓN DE HEPATITIS B Y C	20

AUTORIDADES

Ministra de Salud Pública

Dra. Cristina Lustemberg

Subsecretario de Salud Pública

Dr. Leonel Briozzo

Directora General de Salud

Dra. Laura Llambí

Subdirector General de Salud

Lic. Gerardo Bruzzone

EQUIPO TÉCNICO DE REDACCIÓN

Dra. Luciana Noble

Dra. Victoria Mainardi

Dr. Steven Tapia

Dra. Susana Cabrera

Ministerio de Salud Pública

Dirección General de la Salud

Área de Vigilancia en Salud de la Población

Área Programática de ITS, VIH y Hepatitis Virales

Departamento de Vigilancia en Salud

Unidad de Inmunizaciones

INTRODUCCIÓN

Las hepatitis virales constituyen un importante problema de salud pública debido a su magnitud, sus diferentes vías de transmisión y su potencial para producir enfermedad hepática grave. Las hepatitis B y C pueden evolucionar hacia infecciones crónicas y son causas principales de cirrosis, carcinoma hepatocelular y muerte relacionada con enfermedad hepática. El virus de la hepatitis B se transmite principalmente por vía perinatal, sexual y por exposición a sangre o fluidos corporales infectados, mientras que el virus de la hepatitis C se transmite fundamentalmente por exposición a sangre infectada. A pesar de la disponibilidad de una vacuna eficaz contra la hepatitis B, tratamientos que permiten controlar esta infección y terapias capaces de curar la hepatitis C, persisten brechas importantes en el acceso al diagnóstico, la atención y el tratamiento.

Las hepatitis A y E producen principalmente infecciones agudas y se transmiten fundamentalmente por vía fecal-oral, a través del consumo de agua o alimentos contaminados. En los últimos años se han registrado, a nivel internacional y en Uruguay, aumentos de casos y brotes de hepatitis A vinculados a la transmisión persona a persona a través de las relaciones sexuales oro-anales. En la hepatitis E también pueden ocurrir infecciones zoonóticas, asociadas principalmente al consumo de carne o productos animales contaminados e insuficientemente cocidos. Ambas infecciones pueden presentarse como casos esporádicos o brotes y, aunque habitualmente son autolimitadas, pueden ocasionar hepatitis grave y falla hepática aguda. La hepatitis A es prevenible mediante vacunación, además de las medidas de saneamiento, higiene y seguridad alimentaria. La hepatitis E adquiere particular relevancia por el mayor riesgo de formas graves durante el embarazo y por la posibilidad de infección crónica en personas inmunocomprometidas.

En este contexto, la Organización Mundial de la Salud (OMS) ha establecido como objetivo eliminar las hepatitis virales como problema de salud pública para el año 2030. La estrategia promueve la reducción de las nuevas infecciones y de la mortalidad asociada mediante el fortalecimiento de la prevención, la vacunación, la vigilancia y el acceso al diagnóstico, la atención y el tratamiento.

En línea con estos objetivos, Uruguay ha consolidado en los últimos años una respuesta programática progresiva frente a las hepatitis virales, sustentada en medidas normativas, ampliación de prestaciones, fortalecimiento de la vigilancia, generación periódica de información y acciones dirigidas a mejorar la prevención, el diagnóstico y

la vinculación con la atención. Entre las principales acciones se incluyen: la elaboración de la Guía nacional para el abordaje en los distintos niveles de atención; el diagnóstico de situación nacional en el marco del proyecto "Evaluación de hepatitis B y C para ampliar pruebas y tratamiento" (HEAT), con apoyo internacional; campañas de sensibilización y jornadas de testeo en el Día Mundial de las Hepatitis Virales; la incorporación de la prueba confirmatoria (ARN por PCR) para hepatitis C al PIAS (Decreto 115/024); la inclusión del tamizaje universal con anti-VHC en el control de salud, con aplicación gradual por franjas etarias (Decreto 272/023 y Ordenanza 573/2023); la modificación del sistema de vigilancia para hacer obligatoria la notificación de resultados positivos de anti-VHC y de resultados de ARN, tanto positivos como negativos (Resolución DGS/107/2024); la inclusión del anti-VHC en los controles del embarazo y la ampliación de la determinación del HBsAg al primer y tercer trimestre según las recomendaciones 2025 para la atención perinatal; la implementación de una encuesta nacional anual sobre la cascada de atención de hepatitis B y C, dirigida a prestadores de salud públicos y privados y laboratorios clínicos entre 2022 y 2025; y la determinación de carga viral de hepatitis B a personas con hepatitis B crónica en seguimiento clínico y personas gestantes, sin costo para el usuario ni para el prestador de salud (Resolución DGS/208/2025). Respecto a la inmunización en el Manual Nacional de Inmunizaciones 2024 se incorpora explícitamente la indicación de vacunación en Hombres que tienen sexo con hombres y personas trans. Por otro lado, la comisión asesora de vacunas en octubre de 2025 resolvió extender la vacunación a todos aquellos adultos susceptibles nacidos antes de 1987 independientemente de que pertenezcan a una categoría específica de riesgo. (CNAV 10 octubre 2025).

Estas acciones constituyen una base programática relevante para avanzar hacia la eliminación. Forman parte del Plan estratégico del Programa ITS, VIH y hepatitis virales y se integran en el Plan de Eliminación de Enfermedades Transmisibles (PEET), actualmente en fase de elaboración por el MSP. Este plan propone un abordaje integrado de 8 enfermedades priorizadas (VIH, sífilis, hepatitis virales, TBC, lepra, Enfermedad de Chagas y cáncer de cuello uterino asociado al virus del papiloma humano), en el marco de la Iniciativa de Eliminación 2030 de la OPS/OMS.

Las hepatitis virales A, B, C, D y E son enfermedades de notificación obligatoria en Uruguay, clasificadas dentro del grupo B según el Decreto 41/012 del Código Nacional de Enfermedades y Eventos de Notificación Obligatoria. De acuerdo con la Guía Nacional de Vigilancia y Control, se considera caso confirmado de hepatitis B a toda persona con sospecha clínica en la que se demuestre la presencia de IgM anti-HBc o antígeno de superficie (HBsAg) mediante estudios de laboratorio. En hepatitis C, a partir de la

incorporación de la prueba de PCR al Plan Integral de Atención en Salud (PIAS), se define como caso confirmado aquel en el que se detecta ARN del virus de la hepatitis C (VHC) mediante técnicas de biología molecular (reacción en cadena de la polimerasa, PCR). Para hepatitis A se considera caso confirmado por laboratorio a la presencia de anticuerpos de clase IgM contra el virus de hepatitis A (anti-VHA IgM) y para hepatitis E la presencia de anticuerpos contra el virus de hepatitis E (anti-VHE IgM).

Este boletín tiene como objetivo presentar información actualizada sobre la situación epidemiológica de las hepatitis virales en Uruguay. Se elabora a partir de las notificaciones recibidas por el Departamento de Vigilancia en Salud (DEVISA), de los datos de cobertura de vacunación aportados por la Unidad de Inmunizaciones y de los resultados de la Encuesta Nacional de Situación de la Cascada de Atención de Hepatitis B y C, realizada por el Programa Nacional de ITS, VIH y Hepatitis Virales. Su finalidad es contribuir al monitoreo de las tendencias epidemiológicas, evaluar los avances de las intervenciones implementadas e identificar desafíos para fortalecer la prevención, la vigilancia, el diagnóstico, la vinculación con la atención y el tratamiento.

SITUACIÓN EPIDEMIOLÓGICA DE LAS HEPATITIS VIRALES:

HEPATITIS A:

Situación actual

En 2024 se reportó un aumento de casos confirmados de hepatitis A, con predominio en el sexo masculino, en edades comprendidas entre los 25 y los 44 años, identificado como posible vía de transmisión la sexual.

Tabla 1. Casos notificados de Hepatitis A. Uruguay 2020 a 2025.

Año	Notificados	Confirmados
2020	2	1
2021	1	0
2022	2	0
2023	4	2
2024	43	39
2025	15	11

Fuente: elaborado por Departamento de Vigilancia en Salud con datos del Sistema SG_DEVISA. Los datos se encuentran sujetos a modificaciones producto de la mejora de calidad de registro.

Tabla 2. Casos confirmados de Hepatitis A por sexo biológico. Uruguay 2020 a 2025.

Año	Femenino	Masculino
2020	0	1
2021	0	0
2022	0	0
2023	0	2
2024	1	38
2025	3	8

Fuente: elaborado por Departamento de Vigilancia en Salud con datos del Sistema SG_DEVISA. Los datos se encuentran sujetos a modificaciones producto de la mejora de calidad de registro.

Tabla 3. Casos confirmados de Hepatitis A por grupo etario. Uruguay 2020 a 2025.

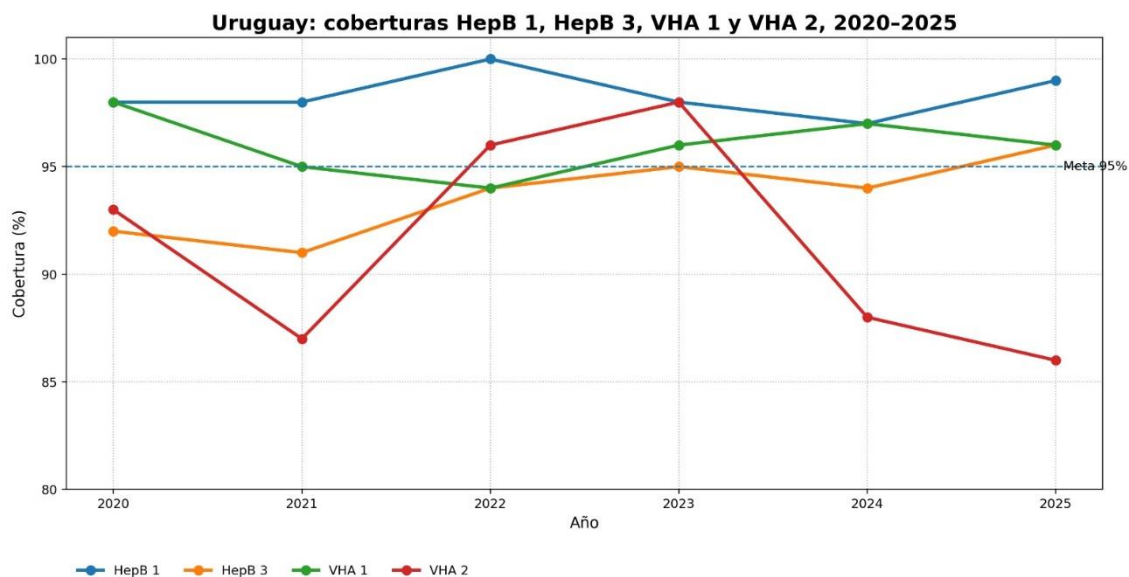
Año	2020	2021	2022	2023	2024	2025
15 a 24 años	0	0	0	0	3	2
25 a 34 años	0	0	0	0	20	3
35 a 44 años	1	0	0	0	8	4
45 a 54 años	0	0	0	1	3	1
55 a 64 años	0	0	0	0	4	0
65 y más	0	0	0	1	1	1
Total	1	0	0	2	39	11

Fuente: elaborado por Departamento de Vigilancia en Salud con datos del Sistema SG_DEVISA. Los datos se encuentran sujetos a modificaciones producto de la mejora de calidad de registro.

Cobertura vacunal Hepatitis A

La vacuna contra la hepatitis A fue incorporada al calendario nacional en 2008. El esquema sistemático incluye dos dosis administradas a los 15 y 21 meses de edad. En adolescentes y adultos que no recibieron la vacuna contra la hepatitis A en la infancia, la vacunación está especialmente indicada en personas con mayor riesgo de exposición o complicaciones, incluyendo quienes practican sexo oro-anal, hombres que tienen sexo con hombres (HSH), personas trans y personas con VIH susceptibles. También se recomienda en presencia de hepatopatías crónicas de cualquier causa, inmunodepresión, y en candidatos a trasplante de órganos sólidos o precursores hematopoyéticos. Desde el punto de vista epidemiológico, se considera su indicación en personas privadas de libertad, en situación de hacinamiento, usuarias de drogas, y contactos intradomiciliarios de casos confirmados de hepatitis A.

Gráfico 1. Coberturas para VHA dosis 1 y 2, VHB dosis 1 y 3, Uruguay 2020 – 2025.



Nota: se incorporan HepB 1 = 99% y HepB 3 = 96% para 2025. VHA 1 y VHA 2 incluyen datos 2025 de las láminas aportadas.

Fuente: Coberturas vacunas antivirales. Monitor de datos de Inmunizaciones, División Epidemiología. Ministerio de Salud Pública.

HEPATITIS B:

Situación actual

En el año 2025 se recibieron 157 casos confirmados de hepatitis B (HBsAg reactivo) con una tasa de nuevos diagnósticos de 4,50 casos cada 100.000 habitantes, con predominio del sexo masculino como se observa en la tabla 6.

Tabla 5. Casos notificados de Hepatitis B. Uruguay 2020 a 2025

Año	Casos notificados (HBsAg o HBcAc reactivo)	Casos confirmados (HBsAg reactivo)	Tasa de nuevos diagnósticos por 100.000 hab.
2020	347	126	3,59
2021	371	135	3,85
2022	388	172	4,91
2023	363	195	5,58
2024	357	167	4,78
2025	372	157	4,50

Fuente: elaborado por Departamento de Vigilancia en Salud con datos del Sistema SG_DEVISA. Los datos se encuentran sujetos a modificaciones producto de la mejora de calidad de registro.

Tabla 6. Casos confirmados de Hepatitis B por sexo biológico. Uruguay 2020 a 2025

Año	Femenino		Masculino	
	Casos	Tasa	Casos	Tasa
2020	55	3,04	71	4,18
2021	58	3,20	77	4,53
2022	78	4,32	94	5,55
2023	93	5,16	102	6,02
2024	70	3,89	97	5,74
2025	77	4,28	80	4,74

Fuente: elaborado por Departamento de Vigilancia en Salud con datos del Sistema SG_DEVISA. Los datos se encuentran sujetos a modificaciones producto de la mejora de calidad de registro.

Los casos confirmados fueron evaluados por rango etario, definidos en relación a la cobertura vacunal. Se observa un mayor número de casos en mayores de 27 años, lo que se corresponde con los grupos que no recibieron vacuna pentavalente con componente hepatitis B en forma obligatoria en la infancia (Tabla 7).

Tabla 7. Casos confirmados de Hepatitis B por grupo etario. Uruguay 2020 a 2025

Grupo etario	2020	2021	2022	2023	2024	2025
0 a 6 años	1	0	0	0	0	0
7 a 26 años	14	18	16	27	22	17
27 a 37 años	26	14	35	37	36	41
38 a 64 años	57	74	82	81	82	68
65 y más	28	29	39	50	27	31
Total	126	135	172	195	167	157

Fuente: elaborado por Departamento de Vigilancia en Salud con datos del Sistema SG_DEVISA. Los datos se encuentran sujetos a modificaciones producto de la mejora de calidad de registro.

Tabla 8. Tasa de nuevos diagnósticos de Hepatitis B por grupo etario por 100.000 habitantes. Uruguay 2020 a 2025

Grupo etario	2020	2021	2022	2023	2024	2025
0 a 6 años	0,33	0	0	0	0	0
7 a 26 años	1,42	1,83	1,64	2,79	2,30	1,79
27 a 37 años	4,78	2,55	6,33	6,65	6,45	7,34
38 a 64 años	4,97	6,41	7,07	6,95	6,99	5,76
65 y más	5,34	5,45	7,25	9,17	4,88	5,52
Total	3,59	3,85	4,91	5,58	4,78	4,50

Fuente: elaborado por Departamento de Vigilancia en Salud con datos del Sistema SG_DEVISA. Los datos se encuentran sujetos a modificaciones producto de la mejora de calidad de registro.

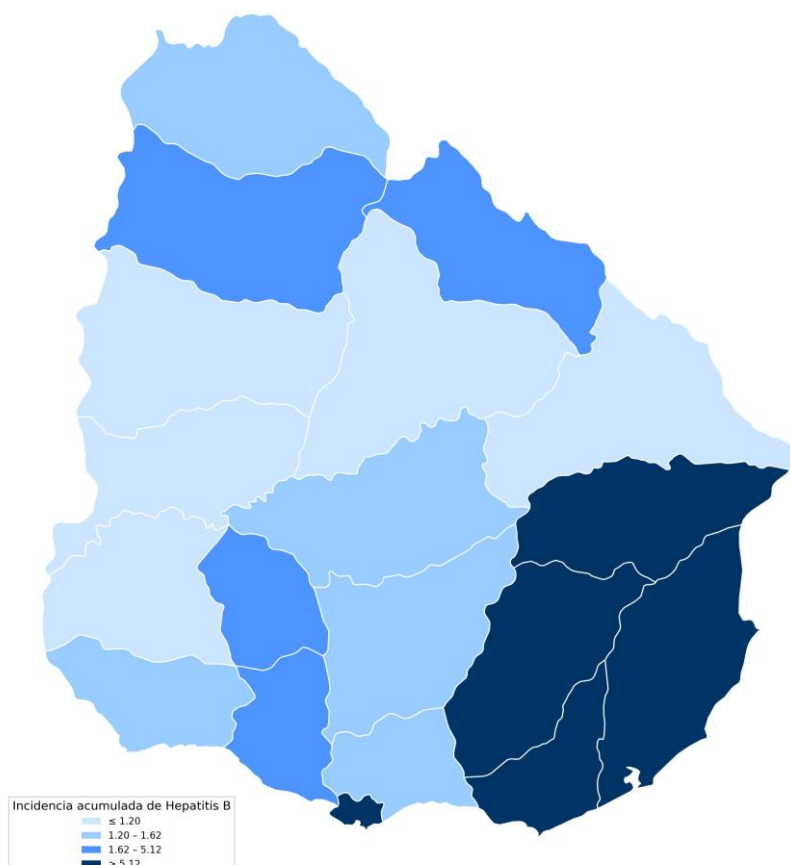
Los departamentos con mayor tasa de nuevos diagnósticos en 2025 fueron Lavalleja, Maldonado, Rocha, Montevideo y Treinta y Tres.

Tabla 9. Casos confirmados de Hepatitis B por departamento. Uruguay 2020 a 2025.

Departamento	2020	2021	2022	2023	2024	2025	Tasa de nuevos diagnósticos por 100000 hab. 2025
ARTIGAS	0	1	0	1	2	1	1,29
CANELONES	4	15	10	14	15	10	1,62
CERRO LARGO	2	0	1	1	1	1	1,10
COLONIA	1	0	3	1	2	2	1,47
DURAZNO	0	1	0	2	1	1	1,61
FLORES	0	0	1	0	2	1	3,85
FLORIDA	2	0	0	3	1	1	1,43
LAVALLEJA	0	3	0	0	2	6	10,27
MALDONADO	9	23	19	17	18	20	9,22
MONTEVIDEO	96	77	120	129	110	94	7,34
PAYSANDU	0	0	0	0	0	1	0,82
RIO NEGRO	0	0	0	1	0	0	0,00
RIVERA	0	1	3	2	1	3	2,75
ROCHA	6	6	4	8	4	6	7,41
SALTO	2	1	1	8	3	5	3,67
SAN JOSE	1	3	5	4	3	2	1,66
SORIANO	1	3	2	2	0	0	0,00
TACUAREMBO	1	0	0	1	1	0	0,00
TREINTA Y TRES	1	1	3	1	1	3	6,40
Total	126	135	172	195	167	157	4,50

Fuente: elaborado por Departamento de Vigilancia en Salud con datos del Sistema SG_DEVISA. Los datos se encuentran sujetos a modificaciones producto de la mejora de calidad de registro.

Mapa 1. Tasa de nuevos diagnósticos de Hepatitis B por departamento, Uruguay 2025.



Fuente: elaborado por Departamento de Vigilancia en Salud con datos del Sistema SG_DEVISA. Los datos se encuentran sujetos a modificaciones producto de la mejora de calidad de registro.

Cobertura vacunal Hepatitis B

La vacunación contra la hepatitis B se incorporó al esquema del Programa Nacional de Vacunaciones en el año 2000, con la inclusión de la vacuna pentavalente (DwPT+HepB+Hib) para lactantes y una dosis dirigida a adolescentes de 12 años. En 2005 la inmunización se volvió obligatoria para el personal de salud. Además, se indica una dosis al nacimiento para los recién nacidos de madres HBsAg positivas o cuyo estado serológico se desconoce, idealmente dentro de las primeras 12 horas de vida , acompañada por inmunoglobulina específica. También se recomienda la vacunación en personas con mayor riesgo de exposición o de evolución desfavorable, entre ellas el personal de salud, los contactos sexuales y convivientes de personas con HBsAg positivo, los hombres que tienen sexo con hombres, las personas trans, las personas con VIH o infección por VHC, las personas con hepatopatía crónica, enfermedad renal crónica o en hemodiálisis, las personas privadas de libertad y otros grupos con riesgo ocupacional o conductual. En 2025, la Comisión Nacional Asesora de Vacunas recomendó ampliar la vacunación a los adultos nacidos antes de 1987 que no hubieran sido vacunados previamente, aun en ausencia de factores de riesgo específicos, y a las personas no vacunadas que viajaran a regiones de alta endemicidad. Estas ampliaciones buscan reducir la población adulta susceptible y fortalecer la prevención de nuevas infecciones por el VHB.

HEPATITIS C

Situación actual

En 2025 se recibieron 211 notificaciones de personas con anticuerpo anti-VHC reactivo, con una tasa de personas notificadas con anti-VHC reactivo de 6,05 cada 100.000 habitantes, con predominio en el sexo masculino y en el grupo etario de 25 a 64 años.

Se confirmaron 42 casos mediante PCR, con una tasa de diagnósticos de infección activa de 1,20 cada 100.000 habitantes, se descartaron 43 casos por PCR negativa, y los 126 restantes corresponden a personas con Ac anti-VHC reactivo sin dato notificado de resultado de PCR.

Tabla 10. Casos notificados con anticuerpo anti-Hepatitis C reactivo y tasa de notificación por 100.000 habitantes, Uruguay 2020 a 2025.

Año	Ac anti VHC reactivos	Tasa de personas notificadas con anti-VHC reactivo por 100.000 hab.
2020	228	6,50
2021	212	6,04
2022	231	6,60
2023	300	8,58
2024	285	8,16
2025	211	6,05

Fuente: elaborado por Departamento de Vigilancia en Salud con datos del Sistema SG_DEVISA. Los datos se encuentran sujetos a modificaciones producto de la mejora de calidad de registro.

Tabla 11. Casos notificados con anticuerpo anti-Hepatitis C reactivo por sexo biológico y tasa de notificación por 100.000 habitantes, Uruguay 2020 a 2025.

Año	Femenino		Masculino	
	Casos	Tasa	Casos	Tasa
2020	103	5,69	125	7,36
2021	95	5,25	117	6,89
2022	96	5,31	135	7,96
2023	111	6,15	189	11,16
2024	119	6,61	166	9,82
2025	86	4,78	125	7,40

Fuente: elaborado por Departamento de Vigilancia en Salud con datos del Sistema SG_DEVISA. Los datos se encuentran sujetos a modificaciones producto de la mejora de calidad de registro.

Tabla 12. Casos notificados con anticuerpo anti-Hepatitis C reactivo según grupo etario, Uruguay 2020 a 2025.

Año	2020	2021	2022	2023	2024	2025
0 a 4 años	2	0	0	0	2	0
5 a 14 años	1	0	0	0	1	0
15 a 24 años	26	19	25	16	14	16
25 a 44 años	81	69	84	87	101	72
45 a 64 años	94	104	103	158	139	98
65 y más	24	20	19	39	28	25
Total	228	212	231	300	285	211

Fuente: elaborado por Departamento de Vigilancia en Salud con datos del Sistema SG_DEVISA. Los datos se encuentran sujetos a modificaciones producto de la mejora de calidad de registro.

Tabla 13. Tasa de personas notificadas con anticuerpo anti-Hepatitis C reactivo según grupo etario, Uruguay 2020 a 2025.

Año	2020	2021	2022	2023	2024	2025
0 a 4 años	0,96	0,00	0,00	0,00	1,19	0,00
5 a 14 años	0,21	0,00	0,00	0,00	0,22	0,00
15 a 24 años	5,16	3,84	5,13	3,32	2,92	3,35
25 a 44 años	8,20	6,96	8,46	8,77	10,19	7,26
45 a 64 años	11,62	12,73	12,49	18,97	16,54	11,58
65 y más	4,58	3,76	3,53	7,16	5,06	4,45
Total	6,50	6,04	6,60	8,58	8,16	6,05

Fuente: elaborado por Departamento de Vigilancia en Salud con datos del Sistema SG_DEVISA. Los datos se encuentran sujetos a modificaciones producto de la mejora de calidad de registro.

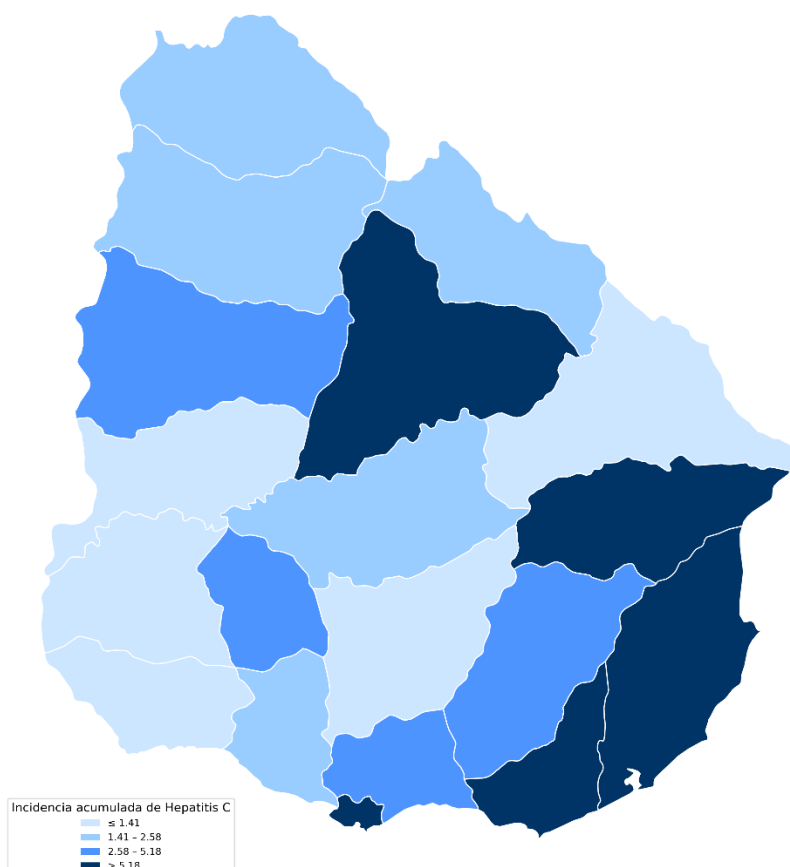
Los departamentos con mayor tasa de nuevos diagnósticos en 2025 fueron Treinta y Tres, Montevideo, Maldonado, Rocha y Tacuarembó.

Tabla 14. Casos con anticuerpo anti-VHC reactivo por departamento y tasa de notificación por 100.000 habitantes en el año 2025. Uruguay 2020 a 2025

Departamento	2020	2021	2022	2023	2024	2025	Tasa de notificación 2025
ARTIGAS	0	0	0	2	1	2	2,58
CANELONES	10	23	19	9	30	19	3,08
CERRO LARGO	6	2	5	1	4	1	1,10
COLONIA	0	0	2	5	3	1	0,74
DURAZNO	0	2	0	3	0	1	1,61
FLORES	0	0	1	1	0	1	3,85
FLORIDA	1	1	3	4	2	0	0,00
LAVALLEJA	8	3	4	5	7	3	5,14
MALDONADO	31	25	21	17	27	14	6,46
MONTEVIDEO	153	127	150	224	178	135	10,55
PAYSANDU	2	2	3	1	1	6	4,93
RIO NEGRO	1	2	0	0	1	0	0,00
RIVERA	0	1	0	1	2	2	1,83
ROCHA	5	8	7	11	8	5	6,17
SALTO	1	5	5	5	4	3	2,20
SAN JOSE	7	3	3	5	5	3	2,49
SORIANO	2	3	0	2	2	1	1,20
TACUAREMBO	0	3	1	1	2	5	5,22
TREINTA Y TRES	1	2	7	3	8	9	19,19
Total	228	212	231	300	285	211	6,05

Fuente: elaborado por Departamento de Vigilancia en Salud con datos del Sistema SG_DEVISA. Los datos se encuentran sujetos a modificaciones producto de la mejora de calidad de registro.

Mapa 2. Tasa de notificaciones de Ac anti-VHC reactivo por departamento, Uruguay 2025.



Fuente: elaborado por Departamento de Vigilancia en Salud con datos del Sistema SG_DEVISA. Los datos se encuentran sujetos a modificaciones producto de la mejora de calidad de registro.

Hepatitis E

La hepatitis E es un evento subdiagnosticado y subnotificado dado a las limitaciones en la accesibilidad a los estudios diagnósticos por lo que los datos de vigilancia probablemente subestimen la carga real de la infección.

Tabla 15. Casos notificados de Hepatitis E. Uruguay 2020 a 2025.

Año	Notificados	Confirmados
2020	3	0
2021	6	3
2022	0	0
2023	3	0
2024	3	3
2025	13	12

Fuente: elaborado por Departamento de Vigilancia en Salud con datos del Sistema SG_DEVISA. Los datos se encuentran sujetos a modificaciones producto de la mejora de calidad de registro.

Tabla 16. Casos confirmados de Hepatitis E por sexo biológico. Uruguay 2020 a 2025.

Año	Femenino	Masculino
2020	0	0
2021	1	2
2022	0	0
2023	0	0
2024	3	0
2025	4	8

Fuente: elaborado por Departamento de Vigilancia en Salud con datos del Sistema SG_DEVISA. Los datos se encuentran sujetos a modificaciones producto de la mejora de calidad de registro.

Tabla 17. Casos confirmados de Hepatitis E por grupo etario. Uruguay 2020 a 2025.

Año	2020	2021	2022	2023	2024	2025
Menor de 14	0	0	0	0	0	1
15 a 24 años	0	0	0	0	0	0
25 a 34 años	0	0	0	0	0	0
35 a 44 años	0	1	0	0	1	2
45 a 54 años	0	1	0	0	1	3
55 a 64 años	0	0	0	0	0	2
65 y más	0	1	0	0	1	4
Total	0	3	0	0	3	12

Fuente: elaborado por Departamento de Vigilancia en Salud con datos del Sistema SG_DEVISA. Los datos se encuentran sujetos a modificaciones producto de la mejora de calidad de registro.

INDICADORES DE ATENCIÓN DE HEPATITIS B Y C

Se analizaron los indicadores de la cascada de atención para 2022, 2023, 2024 y 2025, incluyendo el número de pruebas serológicas realizadas (anti-VHC y HBsAg en población general y embarazadas), el porcentaje de pruebas serológicas positivas, el número de pruebas confirmatorias (ARN del VHC), el porcentaje de pruebas confirmatorias positivas y el número de personas que iniciaron tratamiento. Los indicadores diagnósticos fueron calculados utilizando como denominador la población cubierta por los prestadores que respondieron la encuesta en cada año y se expresaron por 100.000 usuarios. Los inicios de tratamiento se obtuvieron del registro nacional del Fondo Nacional de Recursos y se expresaron por 100.000 habitantes, utilizando las estimaciones anuales de población del Instituto Nacional de Estadística. Esta información se comparó con el diagnóstico de situación histórico del período 2015-2021.

En 2025 respondieron 34 prestadores de salud, que representan el 58% de los usuarios del sistema (2.353.368 usuarios), además de 6 laboratorios clínicos que aportaron información de actividad. En 2024 participaron 30 prestadores de salud, que representaban el 90% de los usuarios del sistema, además de 7 laboratorios. En 2022 y 2023 respondieron 22 prestadores a las preguntas de la sección de laboratorio, representando el 35% de los usuarios. Esta información se compara con el diagnóstico de situación previo (2015-2021), que representó al 46% de los usuarios.

En 2024 se observó un aumento de los principales indicadores de diagnóstico y atención de hepatitis virales respecto a 2022–2023 y al período histórico 2015–2021. Este incremento fue concordante con la implementación progresiva de las políticas públicas orientadas a fortalecer la cascada de atención.

En 2025, la interpretación de la evolución de los indicadores diagnósticos debe realizarse con cautela. Si bien se observa un aumento del porcentaje de personas con anti-VHC positivo que accedieron a PCR confirmatoria, en concordancia con la incorporación de esta prestación al PIAS, otros indicadores muestran valores inferiores a 2024. Esta disminución no necesariamente refleja una caída real en la actividad diagnóstica, sino que probablemente esté influida por diferencias en la cobertura institucional de la información reportada. En particular, para los indicadores diagnósticos no se incluyeron los datos parciales de ASSE hasta contar con información consolidada que represente adecuadamente a todas sus unidades ejecutoras. Por este motivo, las comparaciones

descriptivas entre 2024 y 2025 deben interpretarse considerando las diferencias de cobertura. En cambio, el indicador de tratamiento se basa en el registro nacional del FNR y comprende todos los tratamientos aprobados en el país.

En relación con el tratamiento, el registro nacional del FNR muestra un aumento sostenido entre 2022 y 2024, seguido de una reducción en 2025. Dado que este indicador comprende la totalidad de los tratamientos aprobados a nivel nacional, la disminución de 2025 no puede atribuirse a diferencias en la cobertura de respuesta de los prestadores. Será necesario continuar el monitoreo para determinar si representa una variación anual o una dificultad persistente en la vinculación entre diagnóstico y tratamiento.

Los resultados observados muestran avances en la expansión del diagnóstico y en la confirmación molecular, temporalmente coincidentes con la implementación de las políticas recientes. No obstante, persisten brechas entre la detección, la confirmación de la infección activa y el inicio del tratamiento. El fortalecimiento de la respuesta programática requerirá profundizar los circuitos de referencia, la búsqueda activa y revinculación de personas diagnosticadas, el monitoreo nominal de la cascada y la definición de metas nacionales verificables.

Tabla 18. Indicadores de atención en Hepatitis C, Uruguay 2015 a 2025.

Indicadores	2015-2021*	2022	2023	2024	2025
Usuarios cubiertos	1.871.757	1.382.702	1.382.702	3.662.389	2.353.368
Anti-VHC realizados (por 100.000 usuarios)	2.454	2.908	3.696	5.557	4.919
Anti-VHC positivos (por 100.000 usuarios)	21,7	16,6	17,3	37,6	18,8
Seroprevalencia (%)	0,9%	0,6%	0,5%	0,7%	0,4%
PCR-VHC realizados (por 100.000 usuarios)	-	6,1	7,4	20,3	13,1

PCR-VHC positivas (por 100.000 usuarios)	-	1,4	2,5	7,0	2,6
PCR positivas / PCR realizadas (%)	-	24%	34%	34%	20%
PCR realizadas / Anti VHC positivos (%)	-	37%	43%	54%	70%
Inicios de tratamiento (por 100.000 habitantes)**	-	3,3 (114)	4,7 (163)	5,0 (175)	4,0 (141)

Los indicadores diagnósticos fueron calculados por 100.000 usuarios, en base a la población cubierta por los prestadores que respondieron la encuesta en cada año. El conjunto de prestadores participantes y la cobertura de usuarios fueron diferentes entre el relevamiento 2022–2023 y los relevamientos de 2024 y 2025; por este motivo, las comparaciones anuales deben interpretarse considerando estas diferencias de cobertura. Los inicios de tratamiento corresponden al total nacional de tratamientos para hepatitis C aprobados anualmente por el Fondo Nacional de Recursos y se expresan por 100.000 habitantes utilizando las estimaciones anuales de población del Instituto Nacional de Estadística: 3.501.498 habitantes en 2022; 3.496.400 en 2023; 3.491.764 en 2024; y 3.485.931 en 2025.

*Para el período 2015–2021, se presenta el promedio anual de los datos disponibles, no el valor acumulado del período.

**Las tasas de inicio de tratamiento fueron recalculadas retrospectivamente utilizando un criterio homogéneo para toda la serie 2022-2025. Este criterio sustituye el utilizado en ediciones anteriores, en las que el denominador correspondía a la población cubierta por los prestadores que respondieron la encuesta. La revisión mejora la consistencia entre el numerador nacional y su denominador, evita el efecto de la cobertura variable de la encuesta y reduce la posible duplicación derivada de la afiliación de una persona a más de un prestador.

N total de usuarios a diciembre de 2025: 4.062.719 (IAMC: 2.188.048; seguros privados: 126.534; ASSE: 1.493.418; HCFFAA: 133.500; Hospital Policial: 121.219), frente a una población estimada por el INE para 2025 de 3.485.931 habitantes. La diferencia se debe, entre otros factores, a que algunas personas tienen más de una afiliación.

Fuente: Encuesta Nacional de Situación de la cascada de atención de Hepatitis B y C, realizada por el Programa Nacional de ITS, VIH y hepatitis virales.

Tabla 19. Indicadores de atención en Hepatitis B, Uruguay 2015 a 2025.

Indicadores	2015-2021*	2022	2023	2024	2025
Usuarios cubiertos	1.871.757	1.382.702	1.382.702	3.662.389	2.353.368
HBsAg realizados (por 100.000 usuarios)	3206	3723	4077	6235	5854
HBsAg positivos (por 100.000 usuarios)	14,3	15,5	15,6	31,1	14,7
Seroprevalencia (%)	0,4%	0,4%	0,4%	0,5%	0,3%
HBsAg en embarazadas (por 100.000 usuarias)**	474,5	633	587	904	712
HBsAg positivos en embarazadas (por 100.000 usuarias)	0,2	0,6	0,2	1,7	0,3
Seroprevalencia en embarazadas (%)	0,03%	0,09%	0,04%	0,2%	0,04%

Todos los indicadores fueron calculados por 100.000 usuarios, en base a la población cubierta por los prestadores que respondieron la encuesta en cada año.

*Para el período 2015–2021, se presenta el **promedio anual** de los datos disponibles, no el valor acumulado del período.

** En 2024, el dato de embarazadas proviene de 19 prestadores que cubren un total de 2.932.748 usuarias. En 2025, proviene de 25 prestadores que cubren un total de 1.734.276 usuarias.

N total de usuarios a diciembre de 2025: 4.062.719 (IAMC: 2.188.048; seguros privados: 126.534; ASSE: 1.493.418; HCFFAA: 133.500; Hospital Policial: 121.219), frente a una población estimada por el INE para 2025 de 3.485.931 habitantes. La diferencia se debe, entre otros factores, a que algunas personas tienen más de una afiliación.

Fuente: Encuesta Nacional de Situación de la cascada de atención de Hepatitis B y C, realizada por el Programa Nacional de ITS, VIH y hepatitis virales.



Ministerio
de Salud Pública

