

ACCESO A TRATAMIENTO DE HEPATITIS C Y CUIDADOS DE PERSONAS QUE SE INYECTAN DROGAS: DESATENDIENDO A LAS PERSONAS MÁS DESPROPORCIONADAMENTE AFECTADAS

INTRODUCCIÓN

La obtención de datos precisos y de alta calidad sobre la hepatitis C siguen siendo una lucha para los países que están ampliando el acceso al tratamiento, expandiendo los servicios de diagnóstico y desarrollando sus planes nacionales de hepatitis. Hay poca información sobre cómo las personas que se inyectan drogas se tienen en cuenta en los planes nacionales de hepatitis y en qué medida están siendo testadas, tratadas y derivadas a servicios de reducción de daños y otros cuidados sanitarios. Los datos provenientes de la base de datos colaborativa, pública y gratuita, [mapCrowd](#), se recopilaron entre el 9 de abril y el 30 de octubre de 2019 de más de 44 países, proporcionados por 60 contribuyentes de mapCrowd.

Para complementar sus aportaciones, llevamos a cabo una revisión de la literatura e intercambio de información con la Organización Mundial de la Salud y la Reducción de Daños Internacional. Conseguimos recopilar información actualizada sobre los siguientes puntos:

- Número estimado de personas que se inyectan drogas,
- Prevalencia nacional estimada de anticuerpos de VHC y viremia entre las personas que se inyectan drogas,
- Existencia de varias restricciones de tratamiento, incluida la abstinencia de sustancias,
- Estimación del uso de tratamiento en la población general y entre las personas que se inyectan drogas,
- Si los servicios de reducción de daños están incluidos en las políticas nacionales.

Basándonos en estos datos, resumimos los resultados clave, señalando que los contribuyentes en cada país facilitaron datos específicos de proyectos y pueden no aportar una visión integral de todas las realidades que enfrentan las personas que se inyectan drogas y sus necesidades de salud, incluido el VHC.¹

Este resumen ejecutivo tiene como objetivo proporcionar evidencia complementaria para los activistas relacionada con el acceso al tratamiento y la entre las personas que se inyectan drogas, lo que podría ayudar a informar las campañas nacionales y regionales.

2. LAS PERSONAS QUE SE INYECTAN DROGAS ESTÁN DESPROPORCIONADAMENTE AFECTADAS POR LA HEPATITIS C

Se estima que hay 71 millones de personas viviendo con VHC crónico en todo el mundo. El uso de drogas inyectables contribuye a la epidemia global de hepatitis C², y las personas que se inyectan drogas están desproporcionadamente afectadas por esta enfermedad de transmisión sanguínea (ver Mapa 1):

- Globalmente, se estima que la prevalencia de anticuerpos contra el VHC entre las personas que se inyectan drogas es del 52,3%,^{3,4}
- De los 15,6 millones de personas estimadas que se inyectan drogas (3,2 millones son mujeres⁵) 6,1 millones de ellas están infectadas de forma crónica por VHC⁶ (o tienen una prevalencia virémica del 39,2%),⁷
- Se atribuye una de cada tres muertes por VHC al uso de drogas inyectables,⁸
- Casi un cuarto de las nuevas infecciones de VHC en el mundo sucede entre las personas que se inyectan drogas,⁹
- Cuatro países (Brasil, China, Rusia y los Estados Unidos) tienen la mayoría de las personas con uso reciente de drogas inyectables viviendo con VHC. Juntos, estos países representan más de la mitad (51%) de todas las personas con uso reciente de drogas inyectables viviendo con VHC en todo el mundo.¹⁰

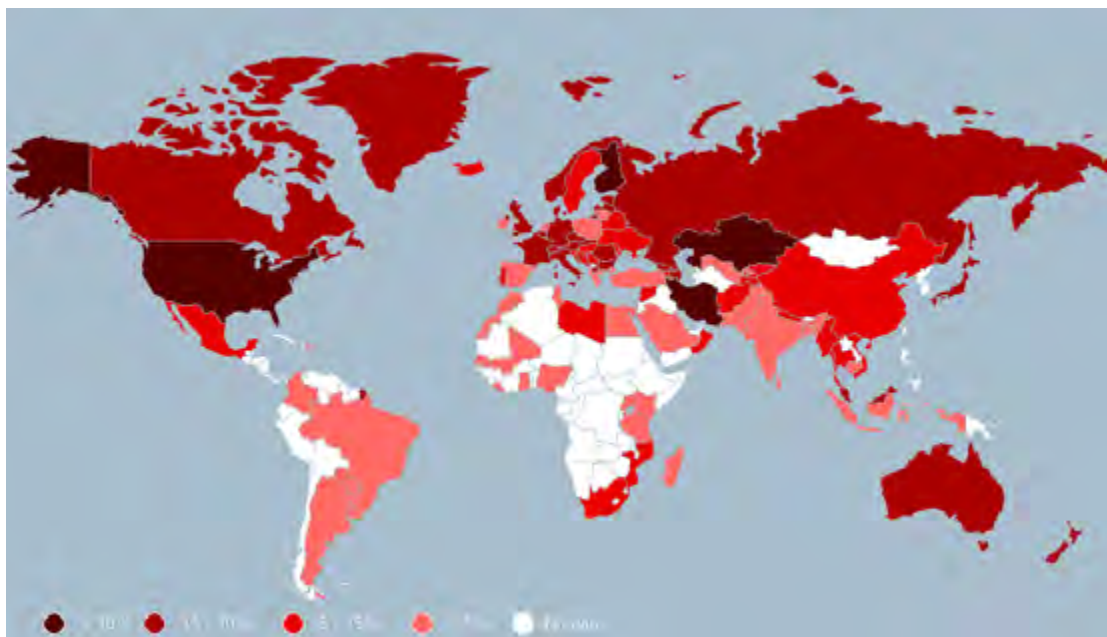
Objetivos globales marcados para la eliminación del VHC en 2030:

- Reducción del 90% de la incidencia,
- Reducción del 65% de la mortalidad;
- Diagnóstico del 90% de las personas infectadas por la hepatitis C, y
- Tratamiento del 80% de las personas diagnosticadas.

La estrategia global de la Organización Mundial de la Salud (OMS) reconoce la necesidad absoluta de incluir a las personas que se inyectan drogas en las estrategias nacionales contra las hepatitis virales y promocionar las siguientes acciones en los países:

- Implementar paquete integral de servicios de reducción de daños,^{11 12}
- Solucionar las barreras legales e institucionales para la provisión de servicios de reducción de daños,
- Enlazar los servicios de hepatitis y reducción de daños para facilitar la integración de la prevención, el tratamiento y el cuidado de las personas que usan drogas.

Mapa. 1 Carga relativa mundial del VHC entre las personas que se inyectan drogas¹³

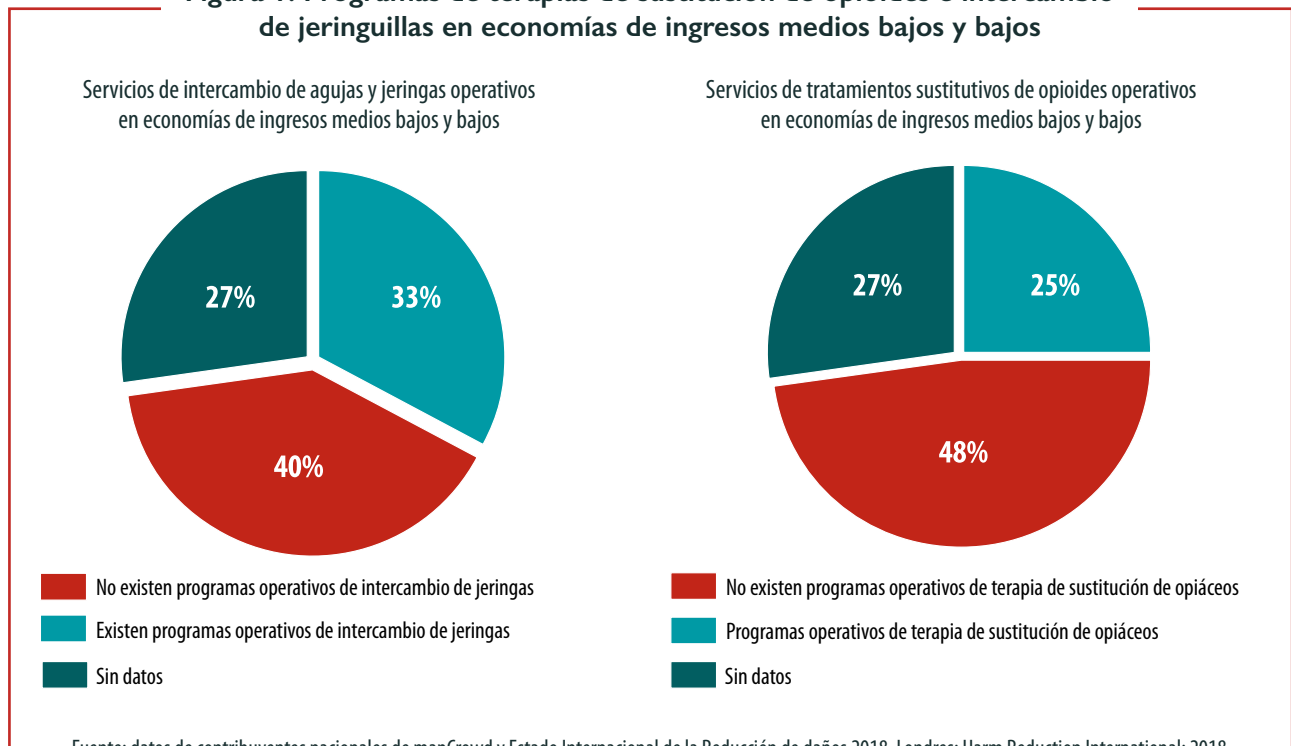


3. FALTA DE SUFICIENTES SERVICIOS DE REDUCCIÓN DE DAÑOS

La OMS y muchos otros organismos de las Naciones Unidas confirman que una combinación de altos niveles de cobertura de los programas de intercambio o acceso a agujas y jeringas y de la terapia de sustitución de opioides es una intervención rentable que puede reducir el riesgo de infección por el VHC entre las personas que se inyectan drogas. Un análisis sistemático de estudios científicos¹⁴ sugiere que el riesgo de infección por VHC puede reducirse en un 74% cuando ambos programas están en funcionamiento. Poco más de una cuarta parte de los informes de los países de ingresos medios- bajos y bajos se refieren a la reducción de daños en sus políticas nacionales (ver Figura 1)¹⁵. Existen programas operativos de intercambio o acceso a jeringas y agujas y de tratamiento de sustitución de opioides en 86 países (solo el 40% de los 216 países en el mundo).¹⁶

Otros países, como la Federación Rusa, que tiene una de las mayores cargas de la enfermedad por VHC, implementa políticas punitivas hacia el uso de drogas y las iniciativas de reducción de daños. Rusia tiene una prohibición nacional sobre las terapias de sustitución de opioides y una ausencia casi total de programas de intercambio o acceso a jeringuillas, a pesar de que sus tasas de VIH y VHC están aumentando entre las personas que se inyectan drogas.¹⁷

Figura 1. Programas de terapias de sustitución de opioides e intercambio de jeringuillas en economías de ingresos medios bajos y bajos



Fuente: datos de contribuyentes nacionales de mapCrowd y Estado Internacional de la Reducción de daños 2018. Londres: Harm Reduction International; 2018.

El número de países **esconde la gran disparidad entre los distintos servicios de reducción de daños de un país a otro**. Por ejemplo, en dos de los países más poblados del planeta, el número de jeringuillas distribuidas por año y persona en India (250) es casi 10 veces más alto que el número de jeringas distribuido en Indonesia (26).¹⁸ En conjunto, en 2015 el promedio global de 20 jeringas distribuidas por persona que se inyecta drogas por año está lejos del objetivo global marcado por la OMS para el 2030 de 300 jeringuillas por año.

Del mismo modo, la **calidad y suficiencia de los servicios de reducción de daños varía enormemente de un país a otro y dentro de un mismo país**. En la mayoría de los casos, los centros de intercambio de jeringas se concentran en áreas urbanas en comparación con las áreas rurales. Otro problema es la disponibilidad de atención para el VHC dentro de los centros de reducción de daños. **No todos los centros ofrecen un test para el VHC y/o información sobre la hepatitis C**. De los 30 países europeos, no se ofrece el test del VHC en los centros de reducción de daños en seis países: Croacia, Chipre, Estonia, Lituania, Polonia y Eslovaquia, donde la carga relativa de la enfermedad entre personas que se inyectan drogas varía del 3,78% en Lituania hasta el 21,2% en Eslovaquia.^{19,20}

4. POCOS PLANES NACIONALES SOBRE LA HEPATITIS VIRAL SE CENTRAN EN LAS PERSONAS QUE SE INYECTAN DROGAS

Se necesita más trabajo para incrementar el número de planes nacionales centrados específicamente en las personas que se inyectan drogas. En septiembre de 2016, el primer informe basado en datos de mapCrowd encontró que “de los 119 países donde existe información, solo 44 (o el 37%) tienen planes nacionales de VHC. Donde existen estas políticas, la mayoría no incluye estrategias que creen o aumenten el acceso a la prevención, el diagnóstico y el tratamiento del VHC para las personas que se inyectan drogas, a pesar de su alta carga de VHC.”

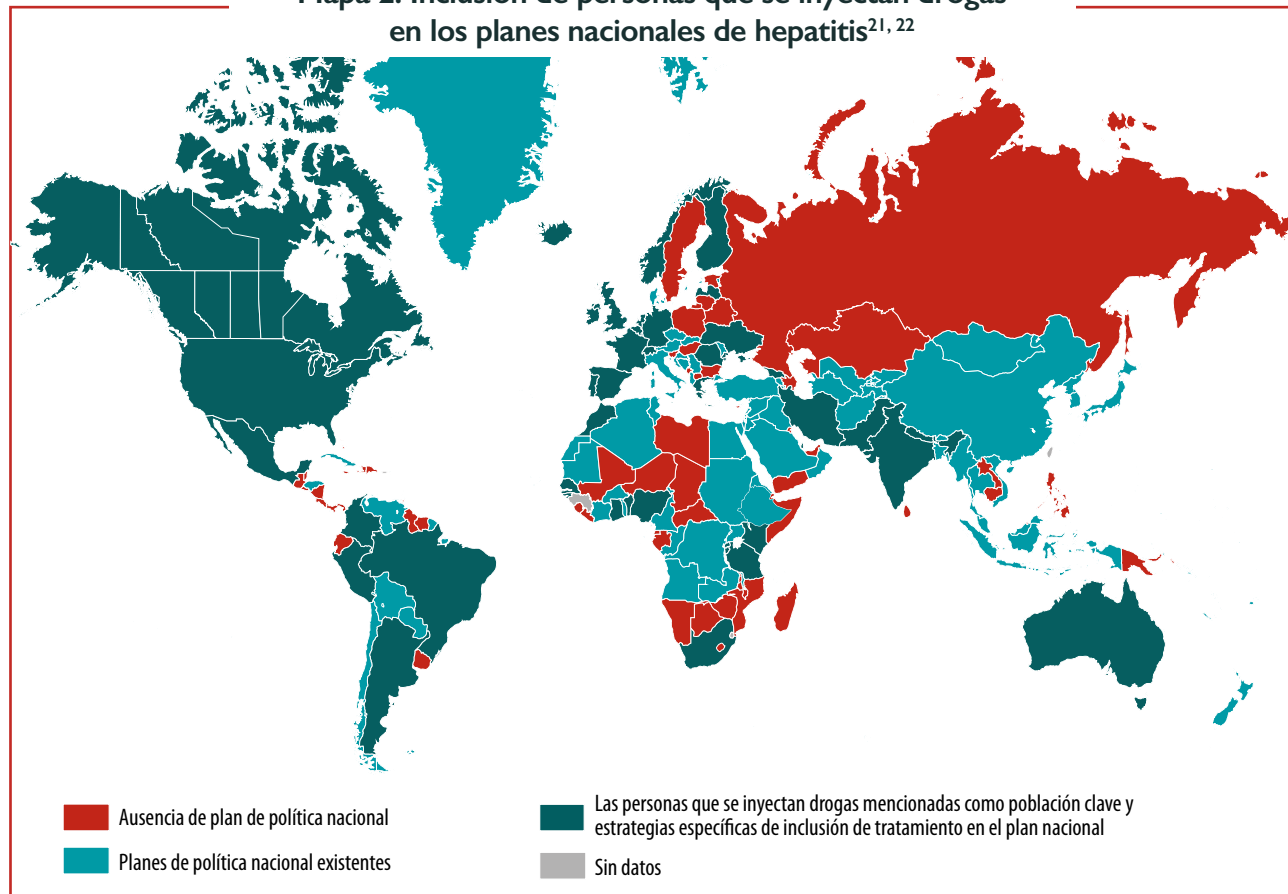
En comparación, a septiembre de 2019, de los 189 países de los que se tiene información, 111 (o el 58%) tienen planes nacionales de VHC. De estos 111 países, 32 (o el 29%) mencionan poblaciones clave y se dirigen a ellos con estrategias específicas de inclusión de tratamiento.

La referencia a las necesidades específicas de las personas que se inyectan drogas, en particular las necesidades de las mujeres que a menudo se invisibilizan en los programas de reducción de daños, es un paso positivo. Sin embargo, se necesitan estrategias personalizadas adicionales, objetivos detallados, indicadores y asignaciones presupuestarias para garantizar que estas poblaciones participen de manera significativa y ayuden a determinar los servicios de VHC que funcionan mejor para ellas.

Hay algunas tendencias positivas: cada vez más países han adoptado o están a punto de hacerlo un plan nacional sobre la hepatitis viral.

preguntas de mapCrowd: ¿Existe un plan nacional para la hepatitis viral? Si es así, ¿se menciona a las personas que se inyectan drogas como población clave y se destina estrategias específicas de inclusión de tratamiento?

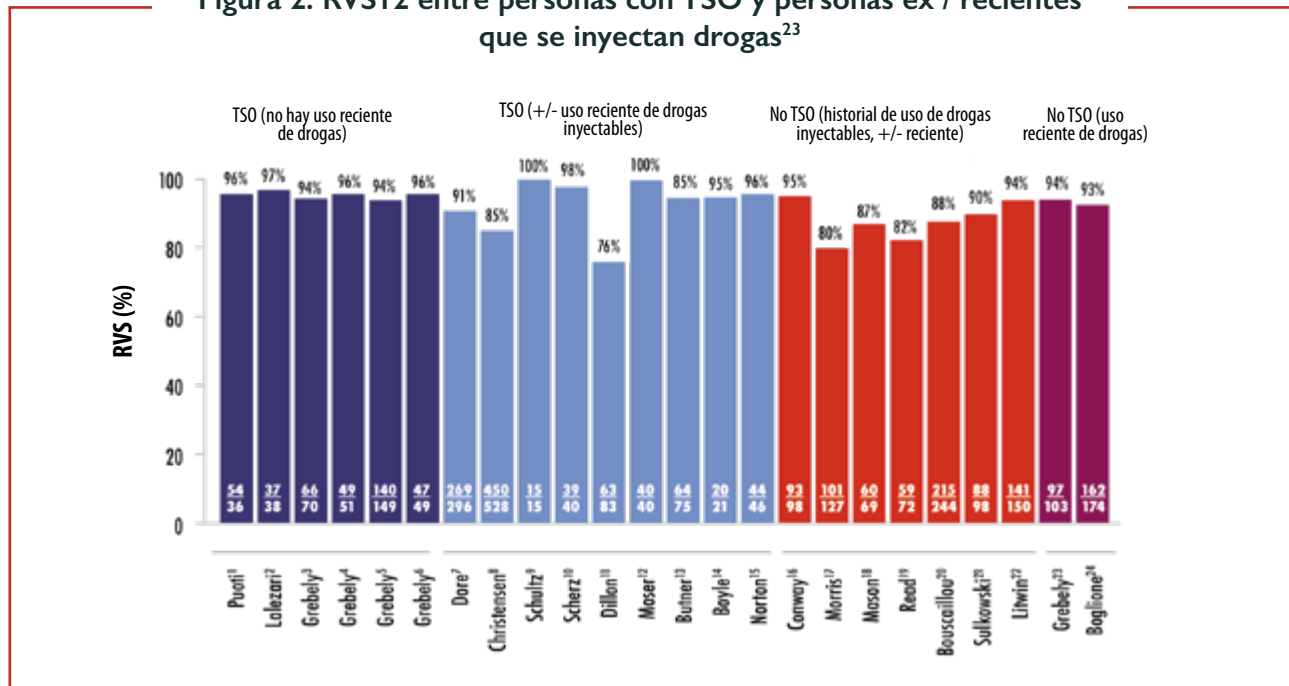
Mapa 2. Inclusión de personas que se inyectan drogas en los planes nacionales de hepatitis^{21, 22}



5. RESTRICCIONES AL TRATAMIENTO BASADAS EN LA ABSTINENCIA

No hay base científica para negar el tratamiento con antivirales de acción directa (AAD) a las personas que se inyectan drogas. **Las personas que se inyectan drogas consiguen una respuesta virológica sostenida (RVS) similar con distintos AAD en 12 semanas que las personas que no se inyectan drogas.** Esto es verdad tanto en personas que se inyectan drogas activamente o lo hacían, así como para las personas independientemente de si están tomando tratamiento de sustitución de opiáceos (TSO).

Figura 2. RVS12 entre personas con TSO y personas ex / recientes que se inyectan drogas²³



Además, **los AAD son altamente efectivos incluso sin una adherencia perfecta.** Sin embargo, el estigma y el sesgo aplicado por los proveedores de servicios médicos suponen que las personas que se inyectan drogas no completen el curso de tratamiento AAD. las personas que usan drogas tienen una experiencia significativa en el manejo del su uso de drogas; jesto puede ser muy beneficioso para el manejo y para terminar un curso de tratamiento entero! El estudio SIMPLIFY demostró que las personas activas autoinformadas que se inyectan drogas pueden lograr una buena adherencia y RVS cuando toman sofosbuvir / velpatasvir. El 97% de los participantes lograron RVS en la semana 12.²⁴

La reducción de daños es prevención. Las re-infecciones suceden y las respuestas nacionales al VHC deben tenerlas en cuenta en su planificación testeando y tratando a las personas sin importar si han sido re-infectadas con VHC. Cuando el uso de drogas está criminalizado y las personas no tienen acceso a la información correcta, material de inyección estéril y no se les deriva a servicios de TSO, prevención o reducción de daños, las personas que se inyectan drogas tienen un mayor riesgo de estar expuestas alVHC y otras afecciones de salud. **No existen motivos médicos para no tratar a las personas que han sido re-infectadas.** Comprender las precauciones que hay que tomar, aumentar el acceso a servicios integrales y de prevención de reducción de daños y salud sexual y empezar con los AAD lo antes posible puede reducir la tasa de re-infecciones y prevenir la transmisión delVHC -actuando como tratamiento y como prevención.²⁵ Ofrecer tratamiento temprano en diversos entornos clínicos, incluidas a las personas que actualmente se inyectan drogas y acceden a servicios de intercambio de agujas, puede reducir la prevalencia de ARN delVHC (viremia) y aumentar el uso de AAD entre esta población.²⁶

Pregunta de mapCrowd: ¿Son aptas para el tratamiento las personas que actualmente usan o se inyectan drogas?

Existen pautas clínicas de hepatitis disponibles en 44 países, pero no todas enfatizan la cobertura del tratamiento para poblaciones clave. Peor aún, desde una perspectiva de derechos humanos, en 9 países donde hay datos disponibles, excluyen a las personas que usan drogas de manera activa y requieren abstinencia de sustancias antes de iniciar cualquier tratamiento para la hepatitis C.

Sin embargo, en general, **hay una tendencia positiva en los últimos años, ya que cada vez más, más países están abandonando las restricciones de tratamiento basadas en la abstinencia.** En comparación, antes de 2018, de los 77 países donde había datos disponibles, 16 países habían implementado restricciones. Hoy, casi la mitad ha cambiado sus políticas.

Las personas que actualmente toman o se inyectan Drogas no son elegibles para recibir tratamiento del VHC

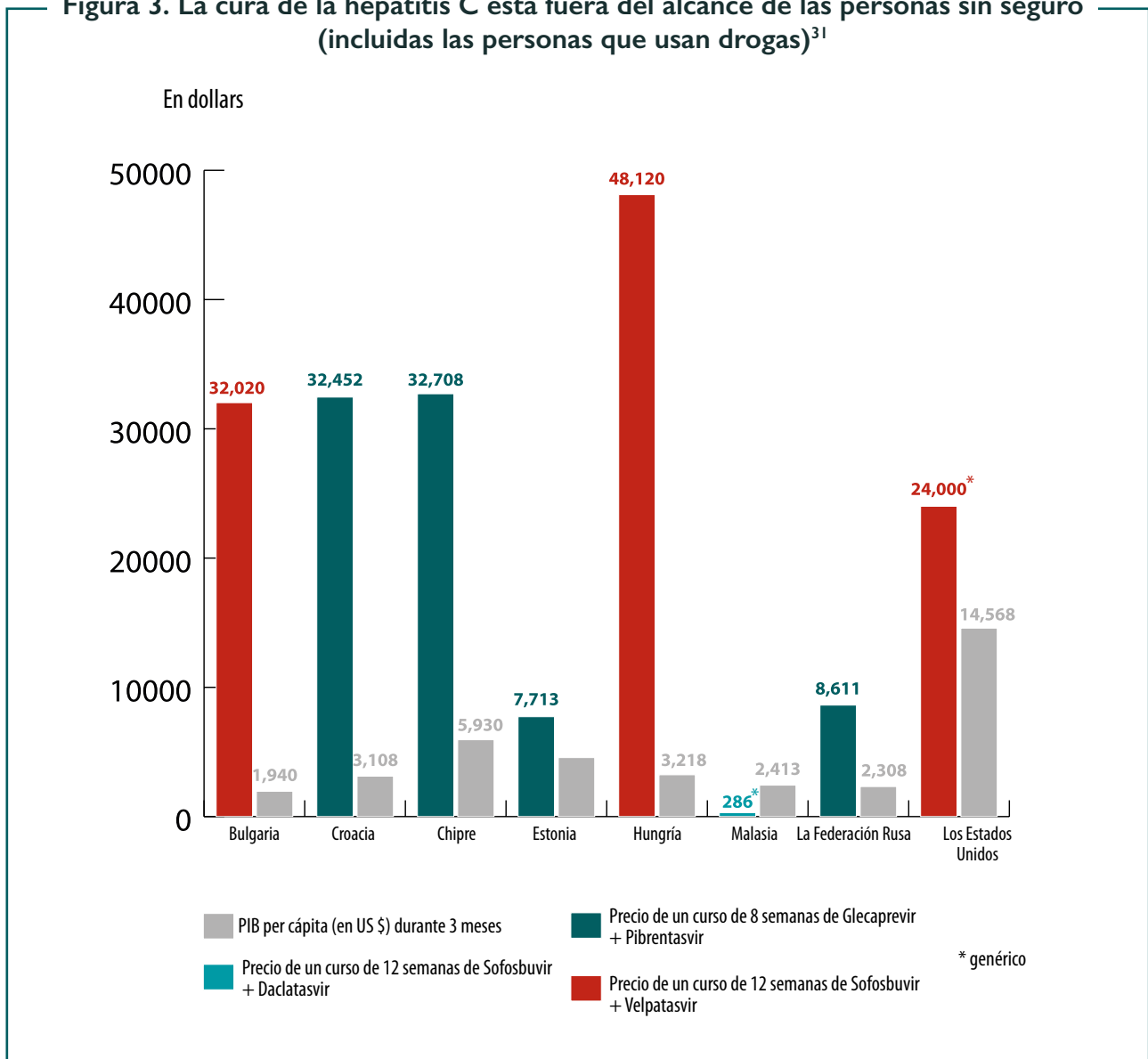
Países donde las personas que usan drogas activamente no son aptas para el tratamiento del VHC antes de 2018	Países donde las personas que usan drogas activamente no son aptas para el tratamiento del VHC en 2019	Países que actualmente están reescribiendo su guía clínica nacional de hepatitis C para modificar o eliminar restricciones basadas en la abstinencia
<ul style="list-style-type: none"> Bulgaria Burundi China Croacia Chipre Estonia Hungría Malasia Malta Myanmar Polonia Romania La Federación Rusa Eslovaquia Ucrania Los Estados Unidos 	<ul style="list-style-type: none"> Bulgaria Croacia Chipre Malasia La Federación Rusa Eslovaquia 	<ul style="list-style-type: none"> Estonia Hungría Polonia Romania

En los estados Unidos existe algún tipo de requisito sobre abstinencia en 18 estados (un 35%, incluyendo DC y Puerto Rico) ^{27,28} especialmente en el tipo de seguro que cubre a las personas con ingresos bajos, de los que el 12% son personas que usan drogas.²⁹

6. EL TRATAMIENTO DEL VHC SIGUE SIENDO INALCANZABLE PARA LAS PERSONAS CON MAYOR RIESGO

La mayoría de personas que usan drogas no están cubiertas por un seguro médico.³⁰ Donde el tratamiento está restringido a las personas abstemias, las personas que usan drogas deben pagar de su bolsillo el tratamiento necesario o deben recibir una exención del pagador o la compañía de seguros porque los AAD todavía tienen un precio fuera del alcance en relación con el Ingreso Nacional Bruto per cápita (calculado en tres meses, la duración más común del tratamiento AAD). Otras restricciones en los tratamientos y la falta de cobertura sanitaria para las personas que usan drogas tienen un impacto en el inicio de tratamiento entre las personas más desproporcionadamente afectadas por el VHC.

Figura 3. La cura de la hepatitis C está fuera del alcance de las personas sin seguro (incluidas las personas que usan drogas)³¹



7. RESTRICCIONES DE TRATAMIENTO BASADAS EN LA ETAPA DE ENFERMEDAD HEPÁTICA

El tratamiento temprano para una persona con VHC crónico salva vidas además de ahorrar costes médicos a largo plazo. El inicio de AAD lo antes posible:

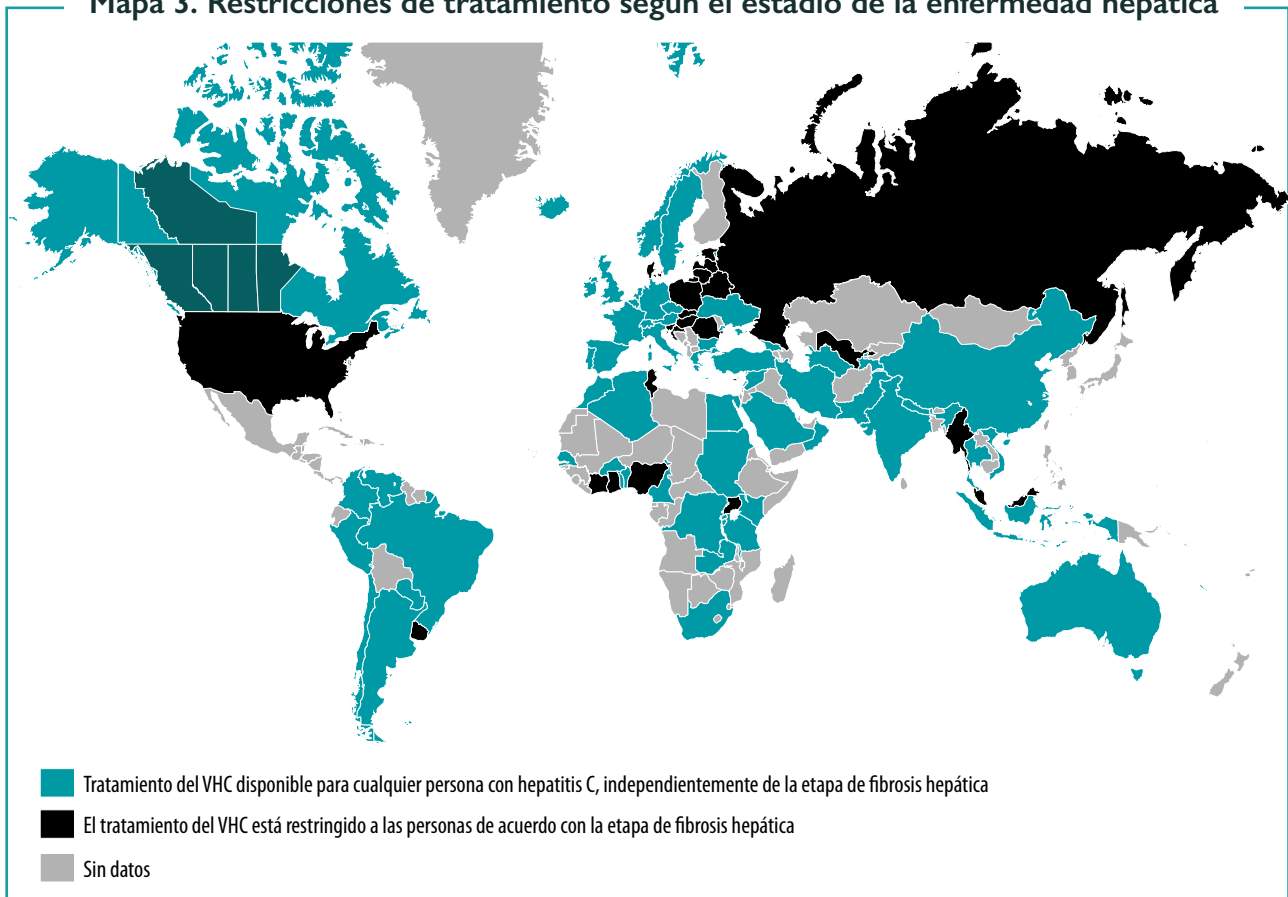
- etiene e incluso revierte parte del daño en el hígado (fibrosis),
- Reduce, incluso evita, test diagnósticos adicionales y caros para evaluar el nivel de fibrosis. Los pacientes a menudo deben pagar por estos test en países de ingresos bajos y medios,
- Previene el desarrollo rápido de fibrosis y estados más avanzados de fibrosis, que son señales predictivas de cirrosis, y por tanto de otras enfermedades relacionadas, como el hígado como cáncer hepático, que pueden derivar en muerte,
- Conseguir una RVS reduce significativamente el riesgo de transmisión del VHC.

Los beneficios para la salud pública son enormes. Sin embargo, los altos precios del fabricante de los AAD y el número limitado de prescriptores en los países han dado como resultado el racionamiento del tratamiento y la priorización de las personas con las etapas más avanzadas de enfermedad hepática.

Pregunta de mapCrowd: ¿El tratamiento contra el VHC está disponible para cualquier persona con hepatitis C, independientemente de la etapa de fibrosis hepática?

Entre los 70 países con datos disponibles, 23 (33%) restringen el tratamiento del VHC a las personas con al menos un estadio de fibrosis F2 (ver Mapa 3).^{32,33}

Mapa 3. Restricciones de tratamiento según el estadio de la enfermedad hepática



8. RESTRICCIONES DE TRATAMIENTO VINCULADOS A LOS PRESCRIPTORES ESPECIALISTAS

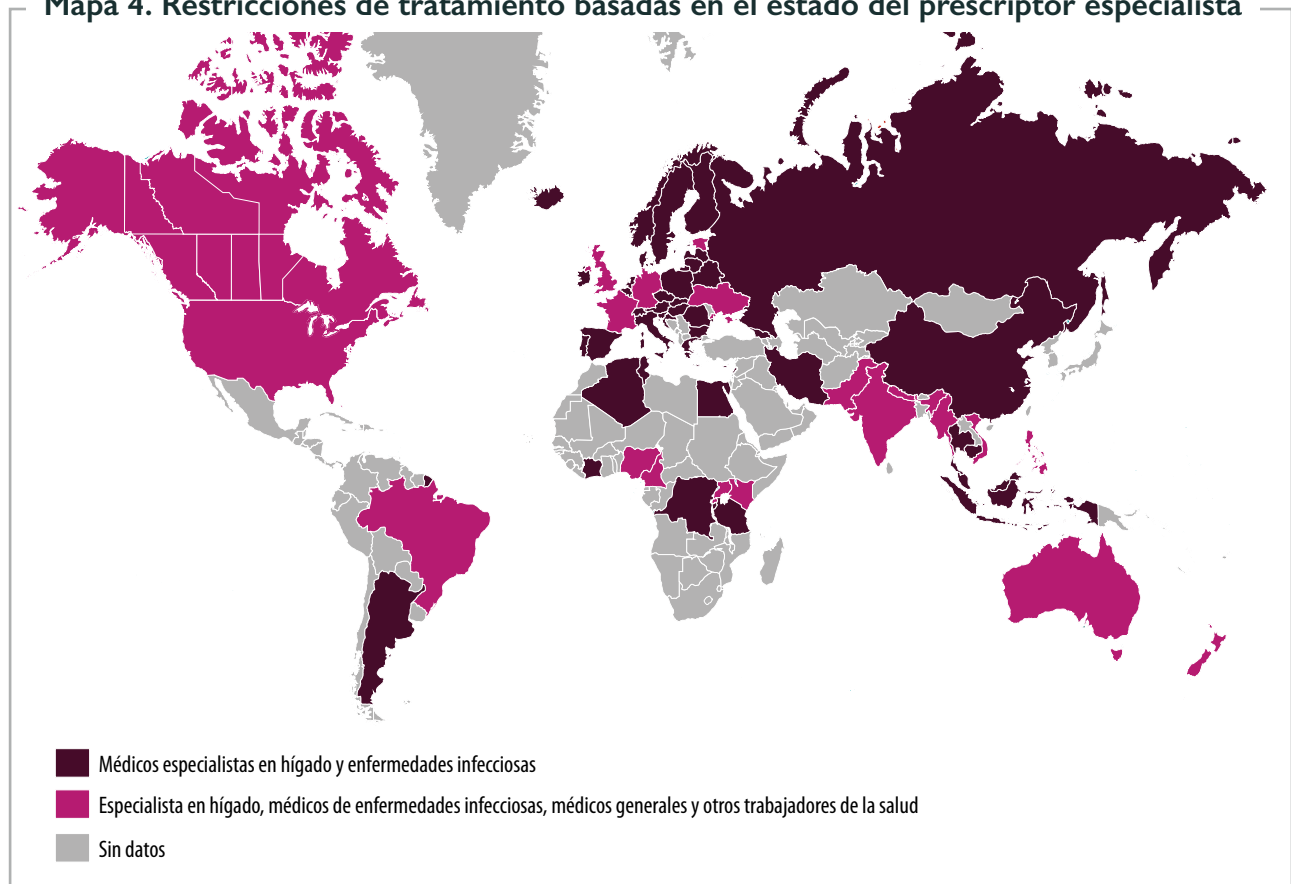
Permitir y aumentar el número de no especialistas que puedan prescribir AAD puede aumentar la disponibilidad y acceso al tratamiento.³⁴ Sin embargo, en la mayoría de países con datos disponibles, 42 de los 62 países (casi el 68%), restringen la prescripción de AAD a especialistas (normalmente hepatólogos y doctores de enfermedades infecciosas), creando una barrera adicional para las personas con VHC crónico y, en especial, a las personas que usan drogas. Las implicaciones de depender exclusivamente en los especialistas para la prescripción del tratamiento son evidentes:

- Los especialistas son escasos en los países, lo que de facto limita la accesibilidad al tratamiento,
- Pueden cobrar tarifas adicionales, encareciendo las consultas,
- Pueden carecer de experiencia trabajando con personas que usan drogas y necesitar formación en competencias culturales para reducir la estigmatización y actitudes y comportamientos prejuiciosos.

Los resultados del tratamiento del VHC son similares entre los proveedores de atención primaria y los especialistas.³⁵ Sin embargo, solo 20 países (o el 32%) también permiten que los médicos generalistas receten AAD.³⁶

Pregunta de mapCrowd: ¿Quién puede prescribir el tratamiento de VHC?

Mapa 4. Restricciones de tratamiento basadas en el estado del prescriptor especialista



Incluso cuando las pautas nacionales permiten que las personas que usan drogas comiencen el tratamiento con AAD, éstas, aún enfrentan estigma y discriminación por parte de los profesionales de la salud.

9. LA CRIMINALIZACIÓN DE LAS PERSONAS QUE USAN DROGAS CONTRIBUYE A LA POCA PRESCRIPCIÓN DE LOS TRATAMIENTOS

La criminalización de las personas que usan drogas tiene graves consecuencias y pone en peligro sus vidas, con un impacto desproporcionado en las mujeres que se inyectan drogas. Las mujeres que se inyectan drogas tienen más riesgo de sufrir violencia de género, violación, trauma y pérdida de la custodia de los hijos y/o hijas.³⁷ La reducción de daños y los servicios de salud deben atender las necesidades específicas de las mujeres que se inyectan drogas y las que anteriormente estaban encarceladas.

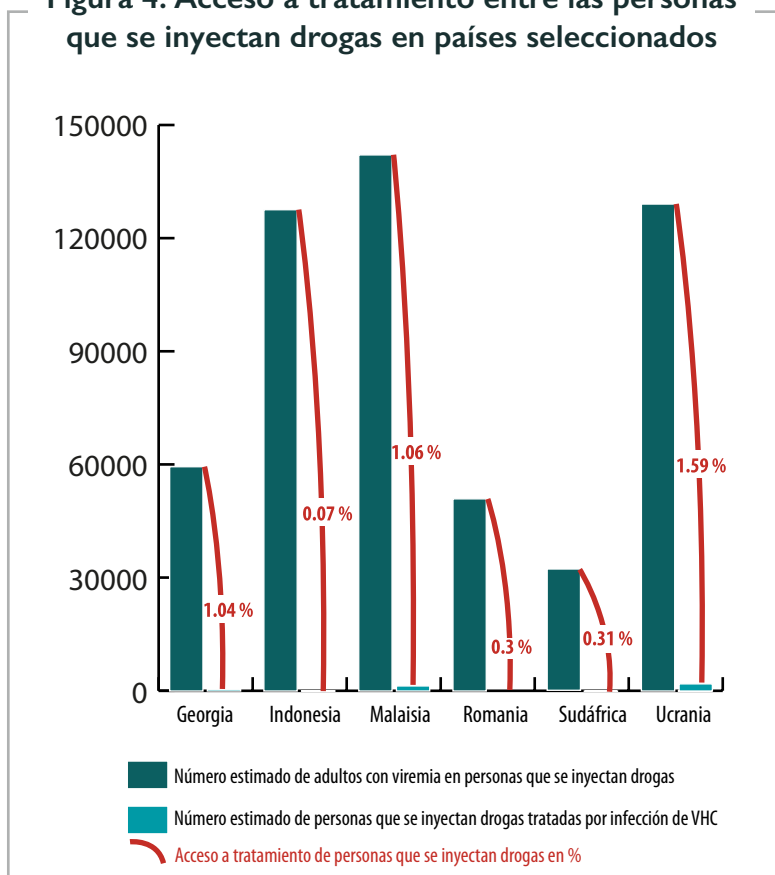
Las políticas punitivas antidrogas encierran a las personas en un sistema penitenciario donde las enfermedades de transmisión sanguínea, como el VHC, se transmiten con facilidad. El acceso a servicios de prevención está muy por debajo de los esfuerzos necesarios para evitar el VHC. En 2018, solo 10 países proporcionaron intercambio de jeringas en al menos una prisión,³⁸ y 54 tienen algún tipo de TSO dentro de las cárceles.³⁹

Sin embargo, países de ingresos bajos y medios tienen pocos datos sobre la hepatitis C y las personas que se inyectan drogas. En seis países seleccionados, la prevalencia de anticuerpos de VHC entre las personas que se inyectan drogas era entre 12 y 50 veces más alta que en la población general.⁴⁰

Según los datos estimados de personas que se inyectan drogas que han recibido tratamiento por VHC desde 2016, cuando mapCrowd recopiló información por primera vez, existe una gran brecha entre necesidad y acceso a AAD para personas que se inyectan drogas. La tasa de prescripción de tratamiento de las personas que se inyectan drogas en cualquier país es inferior al 2%, incluso en países donde se han lanzado planes de eliminación.⁴¹



Figura 4. Acceso a tratamiento entre las personas que se inyectan drogas en países seleccionados



A pesar de existir una cura, estamos desatendiendo a las personas más necesitadas y afectadas de manera desproporcionada por el VHC

10. PUNTOS PARA LA INCIDENCIA

A pesar de aumentar el acceso a los AAD, no podremos eliminar la epidemia mundial sin ampliar los servicios de intercambio de jeringas y agujas y el acceso a TSO. Los activistas han adaptado un paquete integral de servicios de reducción de daños para el VHC para defender frente a los responsables políticos.⁴² Se puede lograr una mejora en la prescripción del tratamiento para las personas que se inyectan drogas con:

- Acceso fiable a AAD que traten todos los genotipos del virus. Los genéricos tienen los mismos ingredientes activos que las versiones de marca, pero cuestan significativamente menos, por debajo de 100\$ por tratamiento de 12 semanas de proveedores indios,
- Expansión del estatus de prescriptor de AAD a no especialistas, como médicos generalistas y personal sanitario fuera del hospital,⁴³
- Profesionales de la salud capacitados en reducción de daños y enfoques de atención médica respetuosos con la comunidad que desestigmaticen el uso de sustancias, el trabajo sexual y las experiencias únicas de las comunidades afectadas desproporcionadamente por el VHC,
- Servicios integrados de reducción de daños con perspectiva de género diseñados por y para personas que usan drogas y que aborden las necesidades específicas de las mujeres,
- Expansión y alta cobertura de servicios de intercambio de jeringas y acceso a TSO, incluso en las cárceles,
- Diagnóstico descentralizado y simplificado en entornos utilizados por personas que se inyectan drogas,
- Trabajadores pares capacitados y remunerados de forma justa para apoyar a las personas a través de la cascada de atención del VHC y poder navegar el sistema de salud,
- Posibilidad de incluir incentivos basados en efectivo para ayudar a los pacientes con el transporte y la adhesión a las visitas clínicas,
- Servicios que podrían ofrecerse en el sitio o referir a otros sitios respetuosos con la comunidad que incluyan asistencia de transporte, psicosocial/asesoramiento, vivienda no basada en la abstinencia, empleo, servicios financieros, legales y otros servicios sociales,
- Programas que brinden espacio para reuniones, alojamiento y nutrición, quizá incentivos en efectivo para ayudar a los pacientes con el transporte y la adhesión a las visitas clínicas,
- La inclusión de personas desproporcionadamente afectadas por VHC, i.e. personas que se inyectan drogas, en los procesos nacionales de eliminación de la epidemia,
- Compromisos políticos y de financiación de los gobiernos (e.g. Ministerios de Salud, Justicia y Penitenciario),
- Coherencia de los planes nacionales de hepatitis entre los Ministerios de Salud y Justicia, que deberían incluir programas de testeo y tratamiento en prisiones,
- Reformas de las políticas sobre drogas que despenalicen el uso de drogas.

Agradecimientos

mapCrowd cuenta con el generoso apoyo de Treatment Action Group y Médicos del Mundo. mapCrowd está dedicado a personas con VHC, activistas, médicos, investigadores y la comunidad de salud internacional en general. Nos gustaría agradecer a las personas y sus organizaciones afiliadas por sus valiosas contribuciones a mapCrowd. Agradecemos a Harm Reduction International (HRI) por proporcionar datos del informe Global State of Harm Reduction e investigaciones relacionadas; y a la Organización Mundial de la Salud por proporcionar datos del resumen de políticas: Acceso a pruebas y tratamiento de hepatitis C para personas que se inyectan drogas y personas en prisiones: una perspectiva global. .

Treatment Action Group (TAG)

TAG es un grupo de expertos activistas independiente, que apoyan la investigación y las políticas basadas en la comunidad, que lucha por mejores tratamientos, prevención, una vacuna y una cura para el VIH, la tuberculosis y el virus de la hepatitis C (VHC). TAG trabaja para garantizar que todas las personas con VIH, TB y/o VHC reciban tratamiento, atención e información que les salve la vida. TAG está formado por activistas de tratamientos basados en la ciencia que trabajan para expandir y acelerar la investigación vital y el compromiso efectivo de la comunidad con las instituciones de investigación y políticas. TAG cataliza la acción colectiva abierta de todas las comunidades afectadas, los científicos y los responsables políticos para poner fin al VIH, la tuberculosis y el VHC.

Para más información, visitad www.treatmentactiongroup.org

Médicos del Mundo

Presente en Francia y en 80 países, Médicos del Mundo (MdM) es un movimiento internacional e independiente de activistas que proporcionan cuidados, testimonio y acompañan el cambio social. Desde sus 388 programas médicos innovadores y activismo basado en hechos, MdM garantiza a las personas excluidas y a sus comunidades el acceso a la salud mientras luchan por el acceso universal a la atención.

Para más información, visitad: www.medecinsdumonde.org

REFERENCIAS

1. Para más información sobre la metodología utilizada por mapCrowd, visitad: <https://mapcrowd.org/es/about>
 2. Trickey A, Fraser H, Lim AG, et al. The contribution of injection drug use to hepatitis C virus transmission globally, regionally, and at country level: a modelling study. *Lancet Gastroenterol Hepatol.* 2019;4(6):435-44. doi:10.1016/S2468-1253(19)30085-8
 3. Harm Reduction International. Global state of harm reduction 2018. London: Harm Reduction International; 2018. p.20. <https://www.hri-global.org/global-state-harm-reduction-2018>
 4. Grebely J, Larney S, Peacock A, et al. Global, regional, and country level estimates of hepatitis C infection among people who have recently injected drugs. *Addiction.* 2019 Jan;114(1):150-66. doi:10.1111/add.14393.
 5. International AIDS Society. Women who inject drugs: Overlooked and outnumbered. 2019 March; https://www.iasociety.org/Web/WebContent/File/2019_IAS_Brief_Women_who_inject_drugs.pdf
 6. Degenhardt L, Peacock A, Colledge S, et al. Global prevalence of injecting drug use and sociodemographic characteristics and prevalence of HIV, HBV, and HCV in people who inject drugs: a multistage systematic review. *Lancet Glob Health.* 2017;5(12):e1192-e1207.
 7. Grebely J, Larney S, Peacock A, et al. Global, regional, and country level estimates of hepatitis C infection among people who have recently injected drugs. *Addiction.* 2019 Jan;114(1):150-66. doi:10.1111/add.14393..
 8. Organización Mundial de la Salud. Estimaciones mundiales de salud 2015: defunciones por causa, edad, sexo, por país y por región, 2000-2015. Ginebra: OMS; 2016. En inglés https://www.who.int/healthinfo/global_burden_disease/en.
 9. *Ibid.*
 10. Grebely J, Larney S, Peacock A, et al. Global, regional, and country level estimates of hepatitis C infection among people who have recently injected drugs. *Addiction.* 2019 Jan;114(1):150-66. doi:10.1111/add.14393.
 11. Un paquete integral de servicios de reducción de daños incluye: servicios de intercambio de agujas y jeringas; terapia de sustitución de opioides y otros tratamientos de drogodependencia basados en la evidencia; servicios de prueba del VIH; terapia antirretroviral (ART) para personas que viven con el VIH; prevención y tratamiento de infecciones de transmisión sexual (ITS) (y servicios de salud sexual y reproductiva); programas de preservativos para personas que se inyectan drogas y sus parejas sexuales; información específica, educación y comunicación (IEC); prevención, vacunación, diagnóstico y tratamiento de hepatitis viral B y C; prevención, diagnóstico y tratamiento de la tuberculosis (TB); y distribución comunitaria de naloxona para la prevención y el tratamiento de la sobredosis de opioides..
 12. Un paquete integral de servicios de reducción de daños también ha sido adaptado para el VHC por la red de activistas hepCoalition. Para más información, visitar: https://www.hepcoalition.org/IMG/pdf/factsheet_spanish.pdf
 13. Los datos recogidos por mapCrowd muestran que la carga relativa del VHC entre las personas que se inyectan drogas es el número estimado de personas que se inyectan drogas con anticuerpos contra el VHC dividido entre el número estimado de adultos con anticuerpos contra el VHC.
 14. Platt L, Minozzi S, Reed J, et al. Needle syringe programmes and opioid substitution therapy for preventing hepatitis C transmission in people who inject drugs. *Coch. Data. Syst. Rev [Internet].* 2017 Sept [cited 2019 Nov 7]; 9(CD012021). doi:10.1002/14651858.CD012021.pub2.
 15. *Ibid.*
 16. Harm Reduction International. Global state of harm reduction 2018. London: Harm Reduction International; 2018. p. 20. <https://www.hri-global.org/global-state-harm-reduction-2018>
 17. *Ibid.*
 18. *Ibid.*
 19. European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction. Monitoring the elimination of viral hepatitis as a public health threat among people who inject drugs in Europe: the elimination barometer. Technical reports. Luxembourg: Publications Office of the European Union; 2019. <http://www.emcdda.europa.eu/technical-reports/monitoring-the-elimination-of-viral-hepatitis-as-a-public-health-threat-among-people-who-inject-drugs-in-Europe>
 20. Datos de contribuyentes de mapCrowd en el país.
 21. Organización Mundial de la Salud. Acceso a pruebas y tratamiento de hepatitis C para personas que se inyectan drogas y personas en prisiones: una perspectiva global. Resumen de políticas. Ginebra: OMS; 2018 mayo. En inglés: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/312116/WHO-CDS-HIV-19.6-eng.pdf?ua=1>
 22. Datos de contribuyentes de mapCrowd en el país.
- 23. Fuentes de la figura 2:**
- i. Puoti M, et al. ABT-450/r/ombitasvir plus dasabuvir with or without ribavirin in HCV genotype 1-infected patients receiving stable opioid substitution treatment: Pooled analysis of efficacy and safety in phase 2 and phase 3 trials. *Hepatol.* 2014;60:1135a-1136a.
 - ii. Lalezari J, et al. Ombitasvir/paritaprevir/r and dasabuvir plus ribavirin in HCV genotype 1-infected patients on methadone or buprenorphine. *J Hepatol.* 2015;63:364-369.
 - iii. Grebely J, et al. Efficacy and safety of ledipasvir/sofosbuvir with and without ribavirin in patients with chronic HCV genotype 1 infection receiving opioid substitution therapy: Analysis of phase 3 ION trials. *Clin Infect Dis.* 2016;63:1405-11.
 - iv. Grebely J, et al. Efficacy and safety of sofosbuvir/velpatasvir in patients with chronic hepatitis C virus infection receiving opioid substitution therapy: Analysis of phase 3 ASTRAL trials. *Clin Infect Dis.* 2016;63:1479-81.
 - v. Grebely J, et al. Safety and efficacy of ombitasvir/paritaprevir/ritonavir and dasabuvir with or without ribavirin in chronic hepatitis C patients receiving opioid substitution therapy: A pooled analysis across 12 clinical trials [Abstract FRI-236]. *J Hepatol.* 2017;66 (Suppl.):S514.
 - vi. Grebely J, et al. SOF/VEL/VOX for 8 or 12 weeks is well tolerated and results in high SVR12 rates in patients receiving opioid substitution therapy [Abstract FRI-235]. *J Hepatol* 2017;66 (Suppl.):S513.
 - vii. Dore GJ, et al. Elbasvir/grazoprevir to treat HCV infection in persons receiving opioid agonist therapy: A randomized controlled trial (C-EDGE CO-STAR). *Ann Intern Med.* 2016;165:625-34.
 - viii. Christensen S, et al. DAA-treatment of HCV-infected patients on opioid substitution therapy (OST): Does the clinical setting matter? Data from the German Hepatitis C-Registry (DHC-R). *Hepatol.* 2016;64: 982A-83A.
 - ix. Schutz A, Moser S, Marchart K, Haltmayer H, et al. Direct observed therapy of chronic hepatitis C with interferon-free all-oral regimens at a low-threshold drug treatment facility: A new concept for treatment of patients with borderline compliance receiving opioid substitution therapy. *Am J Gastroenterol.* 2016;111:903-5.
 - x. Scherz N, Brunner N, and Bruggmann P. Direct-acting antivirals for hepatitis C in patient in opioid substitution treatment and heroin assisted treatment: Real-life data [Abstract SAT-245]. *J Hepatol.* 2017;66 (Suppl.):S726. 35

- xi. Dillon J, et al. Efficacy and safety of Simeprevir-containing hepatitis C therapy in patients on opiate substitution therapy [Abstract FRI-249]. *J Hepatol.* 2017;66 (Suppl.):S520.
- xii. Moser S, et al. Directly observed therapy with sofosbuvir/ledipasvir for 8 weeks is highly effective in treatment-na.ve, precirrhotic geno-type 1 patients with borderline compliance receiving opioid agonist therapy [Abstract SAT-278]. *J Hepatol.* 2017;66 (Suppl.):S740.
- xiii. Butner JL, et al. Onsite treatment of HCV infection with direct acting antivirals within an opioid treatment program. *J Subst Abuse Treat.* 2017;75:49-3.
- xiv. Boyle A, et al. Partial directly observed therapy with ombitasvir/paritaprevir based regimens allows for successful treatment of patients on daily supervised methadone [Abstract THU-214]. *J Hepatol.* 2017;66 (Suppl.):S282.
- xv. Norton BL, et al. High HCV cure rates for drug users treated with DAAs at an urban primary care clinic. Presented at: Conference on Retroviruses and Opportunistic Infections; 2016 February 22-25; Boston, MA.
- xvi. Conway B, et al. Efficacy of all-oral HCV therapy in people who inject drugs. *Hepatol.* 2016;64:990A.
- xvii. Morris L, et al. Initial outcomes of integrated community-based hepatitis C treatment for people who inject drugs: Findings from the Queensland Injectors' Health Network. *Int J Drug Policy.* 2017;47:216-20. <http://dx.doi.org/10.1016/j.drugpo.2017.05.056>.
- xviii. Mason K, et al. Understanding real-world adherence in the directly acting antiviral era: A prospective evaluation of adherence amongst people with a history of drug use at a community-based program in Toronto, Canada. *Int J Drug Policy.* 2017;47:202-8. <http://dx.doi.org/10.1016/j.drugpo.2017.05.025>.
- xix. Read P, et al. Delivering direct acting antiviral therapy for hepatitis C to highly marginalised and current drug injecting populations in a targeted primary health care setting. *Int J Drug Policy.* 2017;47:209-15. <http://dx.doi.org/10.1016/j.drugpo.2017.05.032>.
- xx. Bouscaillou J, et al. Effectiveness of DAA-based treatment of HCV in active people who inject drugs living in middle income countries (MIC): The results of a prospective cohort study in Tbilisi, Georgia [FRI-467]. *J Hepatol.* 2017;66 (Suppl.):S409.
- xxi. Sulkowski M, et al. Randomized controlled trial of cash incentives or peer mentors to improve HCV linkage and treatment among HIV/HCV coinfecting persons who inject drugs: The CHAMPS Study [Abstract SAT-229]. *J Hepatol.* 2017;66 (Suppl.):S719.
- xxii. Litwin AH, et al. The PREVAIL study: Intensive models of HCV care for people who inject drugs [Abstract PS-130]. *J Hepatol.* 2017;66 (Suppl.):S72.
- xxiii. Grebely J, et al. Efficacy and safety of sofosbuvir/velpatasvir in people with chronic hepatitis C virus infection and recent injecting drug use: The SIMPLIFY study [Abstract FRI-234]. *J Hepatol.* 2017;66 (Suppl.):S513.
- xxiv. Boglione L, et al. Treatment with direct-acting antiviral agents of hepatitis C virus infection in injecting drug users: A prospective study. *J Viral Hep.* 2017;24(10):850-7. <http://dx.doi.org/10.1111/jvh.12711>.
24. Grebely J, Dalgard O, Conway B, et al. Sofosbuvir and velpatasvir for hepatitis C virus infection in people with recent injection drug use (SIMPLIFY): an open-label, single arm, phase 4, multicenter trial. *Lancet Gastroenterol Hepatol.* 2018;3(3):P153-161. doi: 10.1016/S2468-1253(17)30404-1.
25. Ibid.
26. Iverson J, Dore GJ, Catlett B, et al. Association between rapid utilisation of direct hepatitis C antivirals and decline in the prevalence of viremia among people who inject drugs in Australia. *J Hepatol.* 2019 Jan;70(1):33-9. doi: 10.1016/j.jhep.2018.09.030.
27. Center for Health Law (CHLP) and Policy Innovation and National Viral Hepatitis Roundtable (NVHR). Hepatitis C: The State of Medicaid Access. Boston: CHLP; Seattle: NVHR; 2019 November 1. https://www.chlpi.org/wp-content/uploads/2013/12/HCV_State-of-Medicaid-Access-November-2019.pdf
28. Waters, Phil (CHLP, Boston). Personal communication with Bryn Gay (Treatment Action Group, New York, NY). 2019 November 8.
29. Center on Budget and Policy Priorities. Medicaid Works for People with Substance Use Disorders. Fact sheet. 2018 January 19. <https://www.cbpp.org/sites/default/files/atoms/files/1-19-18health-factsheet-suds.pdf>
30. International Network of People Who Use Drugs (INPUD). What does universal health coverage mean for people who use drugs: a technical brief. London: INPUD; 2019. <https://www.inpud.net/en/what-does-universal-health-coverage-mean-people-who-use-drugs-technical-brief>
31. Datos de contribuyentes de mapCrowd en el país.
32. Datos de contribuyentes de mapCrowd en el país.
33. Marshall, AD, Cunningham EB, Nielsen S, et al. Restrictions for reimbursement of interferon-free direct-acting antiviral drugs for HCV infection in Europe. *Lancet Gastroenterol Hepatol.* 2018;3(2):125-33. doi:10.1016/S2468-1253(17)30284-4.
34. The Kirby Institute. Monitoring hepatitis C treatment uptake in Australia. Issue 10. Sydney, NSW, Australia: The Kirby Institute, UNSW; 2019 June. Available from: <https://kirby.unsw.edu.au/report/monitoring-hepatitis-c-treatment-uptake-australia-issue-10-june-2019>.
35. Kirby Institute. Monitoring hepatitis C treatment uptake in Australia. Sydney: Kirby Institute, University of New South Wales; 2017 February; Issue 6. <http://kirby.unsw.edu.au/research-programs/vhcrp-newsletters>
36. Australia, Brasil, Camerún, Canadá, Estonia, Francia, Georgia, India, Kenia, Myanmar, Nepal, Nueva Zelanda, Nigeria, Pakistán, Filipinas, Ruanda, Ucrania, Reino Unido, Estados Unidos y Vietnam
37. International AIDS Society. Women who inject drugs: Overlooked and outnumbered. 2019 March; https://www.iasociety.org/Web/WebContent/File/2019_IAS_Brief_Women_who_inject_drugs.pdf
38. Harm Reduction International. Global state of harm reduction 2018. London: Harm Reduction International; 2018. <https://www.hri.global/global-state-harm-reduction-2018>
39. Ibid.
40. Ibid.
41. Datos de contribuyentes de mapCrowd en el país.
42. La red de activistas hepCoalition también ha adaptado un paquete integral de servicios de reducción de daños para el VHC. Para más información, por favor visita: https://www.hepcoalition.org/IMG/pdf/factsheet2_spanishv2.pdf
43. Wade AJ, Doyle JS, Gane E, et al. Providing DAAs to PWID in primary care increases uptake, cure rates. *Clin Infect Dis.* 2019 July; ciz546. doi:10.1093/cid/ciz546.

TREATMENT

FOR ALL

www.mapcrowd.org