



2-1000-2017-005178

Bogotá D.C., 06 de Octubre de 2017

Dr

Víctor Raúl Yépes Flórez

Secretario General

Congreso de la República de Colombia

Carrera 7a No 8-68

Bogotá DC



Asunto: Citación debate de control Político de acuerdo con la proposición aditiva No. 9 del 27 de septiembre de 2017

Respetado Sr.

El Instituto Nacional De Salud (INS) vigila 106 eventos de interés en salud pública, dentro de los que se encuentra el cáncer infantil. La vigilancia en salud pública que realiza el INS, monitorea el comportamiento epidemiológico de los eventos, (casos nuevos por periodo con análisis sociodemográfico y de tendencia; y mediante fuentes secundarias vigila la mortalidad por este evento).

El INS no posee funciones de IVC, las cuales están a cargo, en el Sistema de Salud, de la Supertintendencia Nacional de Salud, el Invima en lo referente a medicamentos y dispositivos y de las Entidades Territoriales.

En cumplimiento de la vigilancia en salud pública que le compete al INS conforme a lo definido en el decreto 3518 de 2006, el INS realiza las siguientes acciones:

1. Describir el comportamiento de la notificación del evento según variables de persona, lugar y tiempo.

Se realiza un informe descriptivo de la notificación semanal al Sistema Nacional de Vigilancia en Salud Pública (Sivigila) de casos de cáncer en menores de 18 años en el país, a través de la ficha de notificación con código 115, informe a periodo epidemiológico IX del 2 017. (Informes publicados en página del INS trimestralmente)

En la base del evento a periodo epidemiológico IX de 2 017, se notificaron al Sivigila un total de 1344 casos, pero se eliminaron 87 registros repetidos, 57 descartados (ajuste 6) y 16 descartados por error de digitación (ajuste D), quedando para análisis un total de 1184 casos, de los cuales 121 (10,2 %) permanecen con clasificación inicial probable.

Las entidades territoriales que notifican el mayor número de casos son en su orden; Bogotá. D.C., que notifica 374 casos, (31,6% de los casos a nivel nacional) seguida de Valle del Cauca que notifica 175 casos (14,8 %) y Bolívar con 129 casos (10,9 %) (Tabla 1).

Tabla 1. Casos de cáncer en menores de 18 años notificados al Sivigila por entidad territorial, según clasificación inicial del caso. Colombia, informe a período epidemiológico IX de 2 017.

Entidad Territorial	Probable	Confirmado	Total	%
Bogotá	20	354	374	31,6
Valle del Cauca	16	159	175	14,8
Bolívar	4	125	129	10,9
Meta	8	103	111	9,4
Casanare	2	54	56	4,7
Santander	4	43	47	4,0
Huila	0	40	40	3,4
Boyacá	7	24	31	2,6
Cundinamarca	1	29	30	2,5
Antioquia	4	26	30	2,5
Barranquilla	9	18	27	2,3
Norte de Santander	1	24	25	2,1
Tolima	3	21	24	2,0
Risaralda	4	10	14	1,2
Cartagena	11	2	13	1,1
Nariño	1	10	11	0,9
Córdoba	9	1	10	0,8
Quindío	6	1	7	0,6
Santa Marta	1	5	6	0,5
Cesar	5	1	6	0,5
Atlántico	1	4	5	0,4
Arauca	1	2	3	0,3
Sucre	0	2	2	0,2
Guaviare	0	1	1	0,1
Caldas	0	1	1	0,1
Caquetá	1	0	1	0,1
Guanía	0	1	1	0,1
Choco	0	1	1	0,1
Magdalena	0	1	1	0,1
Cauca	1	0	1	0,1
Putumayo	1	0	1	0,1
Total	121	1063	1184	100

Fuente: Sivigila, 2 017

Los tipos de tumor confirmados por laboratorio, que se notificaron con mayor frecuencia son: Leucemia linfocítica aguda con 393 casos (37,0%), seguido de tumores del sistema nervioso central con 161 casos (15,1 %) y linfomas y neoplasias reticuloendoteliales con 95 casos (8,9 %). (Tabla 2.)

Tabla 2. Proporción de casos de confirmados de cáncer en menores de 18 años según tipo de tumor. Colombia, periodo epidemiológico IX de 2 017

TIPO DE TUMOR	PERIODO EPIDEMIOLÓGICO									Total	%
	1	2	3	4	5	6	7	8	9		
Leucemia linfocítica aguda	50	52	47	50	38	62	32	42	20	393	37,0
Leucemia mielocítica aguda	12	12	7	12	6	12	7	6	6	80	7,5
Otras leucemias	9	6	2	3	6	3	5	2	2	38	3,6
Linfomas y neoplasias reticuloendoteliales	10	16	10	11	16	10	11	9	2	95	8,9
Tumores del sistema nervioso central	26	20	20	17	19	15	16	15	13	161	15,1
Neuroblastoma y otros tumores de células nerviosas periféricas	5	6	3	1	6	4	5	5	1	36	3,4
Retinoblastoma	2	6	3	4	5	2	2	3	1	28	2,6
Tumores renales	3	3	6	6	3	5	3	7	4	40	3,8
Tumores hepáticos	3	1	1		3	1	2		2	13	1,2
Tumores Óseos malignos	6	9	6	5	6	4	5	3	3	47	4,4
Sarcomas de tejidos blancos y extra óseos	4	8	1	5	6	4	3	5	1	37	3,5
Tumores germinales trofoblásticos y otros gonadales	1	4	3	4	2	1	3	3	2	23	2,2
Tumores epiteliales malignos y melanoma	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0,0
Otras neoplasias malignas no especificadas	13	7	6	8	13	8	6	8	3	72	6,8
TOTAL	144	150	115	126	129	131	100	108	60	1063	100

Fuente: Sivigila, 2 017

Según edad de los menores de 18 años con diagnóstico confirmado de cáncer notificados al Sivigila; el 26,5 % (282) de los casos corresponden al grupo de edad de uno a cuatro años, el 26,1 % (277) al grupo de 10 a 14 años, 25,6 % (272) al grupo de cinco a nueve años, 17,4% (185) al grupo de 15 a 17 años y 4,4 % (47) al grupo de menores de un año.

En los tres tipos de tumor notificados con mayor frecuencia se observa el siguiente comportamiento; los casos confirmados de leucemia linfocítica aguda fueron notificados con mayor frecuencia en los grupos de uno a cuatro y cinco a nueve años (128 y 113 casos respectivamente), los tumores del sistema nervioso central, fueron notificados con mayor frecuencia en personas de cinco a nueve y 10 a 14 años (51 y 45 casos respectivamente), en estos dos grupos de edad se notifica también la mayor proporción de linfomas y otras neoplasias reticuloendoteliales con 23 y 29 casos respectivamente. (Tabla 3.)

Tabla 3. Distribución del cáncer en menores de 18 años según grupo de edad y tipo de tumor. Colombia, periodo epidemiológico IX de 2 017.

TIPO DE TUMOR	Edad en años				
	< 1 año	1 a 4	5 a 9	10 a 14	15 a 17
Leucemia linfocítica aguda	6	128	113	98	48
Leucemia mieloide aguda	2	18	20	21	19
Otras leucemias	0	10	9	10	9
Linfomas y neoplasias reticuloendoteliales	1	18	23	29	24
Tumores del sistema nervioso central	10	32	51	45	23
Neuroblastoma y otros tumores de células nerviosas periféricas	7	14	8	4	3
Retinoblastoma	6	20	2	0	0
Tumores renales	6	18	13	2	1
Tumores hepáticos	3	5	4	0	1
Tumores Óseos malignos	0	2	6	24	15
Sarcomas de tejidos blancos y extra óseos	2	4	6	14	11
Tumores germinales trofoblásticos y otros gonadales	1	3	5	7	7
Tumores epiteliales malignos y melanoma	0	0	0	0	0
Otras neoplasias malignas no especificadas	3	10	12	23	24
Total	47	282	272	277	185
Proporción	4,4	26,5	25,6	26,1	17,4

Fuente: Sivigila, 2 017

El 55,4 % (589) de los casos confirmados por laboratorio notificados pertenecen al sexo masculino; según tipo de afiliación al régimen de salud el 48,4 % (514) se encuentran afiliados al régimen contributivo. Según pertenencia étnica el 96,1 % (1022) son clasificados como otro. (Tabla 4)

Tabla 4. Comportamiento de la notificación de cáncer en menores de 18 años según; sexo, afiliación al régimen de Seguridad Social en Salud y pertenencia étnica. Colombia, periodo epidemiológico IX de 2 017

Variable	Categoría	Frecuencia	Proporción
Sexo	Masculino	589	55,4%
	Femenino	474	44,6%
Tipo de régimen en salud	Contributivo	514	48,4%
	Subsidiado	475	44,7%
	Especial	35	3,3%
	No asegurado	11	1,0%
	Excepción	14	1,3%
	Indeterminado	14	1,3%
Pertenencia étnica	Otro	1022	96,1%
	Indígena	14	1,3%
	Rom, Gitano	14	1,3%
	Negro, mulato, afrocolombiano	13	1,2%

Fuente: Sivigila, 2 017

2. Estimar de manera indirecta indicadores de oportunidad de atención de los menores de 18 años con cáncer notificados a través del Sistema Nacional de Vigilancia en Salud Pública – Sivigila. La oportunidad debe ser medida por las entidades de IVC.

Es competencia de la Superintendencia Nacional de Salud y de las Entidades Territoriales Vigilar y velar por el acceso, la oportunidad, la continuidad y en general la calidad de los servicios de salud.

En cáncer infantil el Ministerio de Salud y el INS realizaron una prueba piloto que confirmó que en Cáncer es necesario hacer IVC de la oportunidad a través de dos indicadores:

1. Oportunidad en la presunción del diagnóstico: Mide el tiempo transcurrido entre la fecha de la consulta inicial y la fecha de resultado de pruebas diagnósticas que sugieran al médico tratante la probabilidad de cáncer. La oportunidad es alta cuando el tiempo transcurrido es de máximo dos días, media de tres a 10 días y baja cuando es mayor a 10 días.

2. Oportunidad en la confirmación del diagnóstico: Mide el tiempo transcurrido entre la fecha de resultado de la prueba diagnóstica que sugiere al médico tratante la probabilidad de cáncer y la fecha de resultado de la prueba diagnóstica con la que se confirma el diagnóstico. La oportunidad es alta cuando el tiempo transcurrido es de máximo ocho días, media de nueve a 15 días y baja cuando es mayor a 15 días.

3. Generar espacios de análisis de la información resultado de la vigilancia en salud pública a nivel territorial e interinstitucional.

El INS participa con su estadística y análisis en el Consejo Nacional de Cáncer infantil.

4. Divulgar la información producto de la vigilancia en salud pública a diferentes actores del sistema de salud, involucrados en el proceso de atención de los menores de 18 años con cáncer, como insumo para la toma de decisiones a nivel local, regional y nacional.

Se realiza publicación del informe del evento trimestralmente y el boletín epidemiológico cada periodo epidemiológico. Por medio del análisis de la información publicada en el informe y boletín epidemiológico del evento.

En este contexto damos respuesta a su solicitud:

1. Desde la Dirección de Vigilancia a cargo del INS sírvase informar las barreras de acceso, seguridad, oportunidad y continuidad, que se han detectado para la atención integral de menores con cáncer.

La investigación y vigilancia de los servicios de salud para detectar e intervenir barreras de acceso es hecha por las Entidades Departamentales (que cumplen en tener un grupo destinado a ese objetivo) y por la Superintendencia Nacional de Salud, entidad que precisamente creo para este tipo de seguimientos, una Superintendencia Delegada para Riesgos. El INS dio traslado de esta pregunta a esa entidad.

2. Cuál es la caracterización que se ha hecho a las barreras para la atención integral que debe brindarse a los menores de 18 años.

La Investigación y Vigilancia de los servicios de salud para detectar e intervenir barreras de acceso

es hecha por las Entidades Departamentales (que cumplen en tener un grupo destinado a ese objetivo) y por la Superintendencia Nacional de Salud, entidad que precisamente creo para este tipo de seguimientos, una Superintendencia Delegada para Riesgos. El INS dio traslado de esta pregunta a esa entidad

Sin embargo, de la información recolectada con fines de vigilancia en salud pública se observa que la mayor proporción de casos de cáncer en menores de 18 años continúa siendo notificada por UPGD de alto nivel de complejidad, ubicadas en grandes ciudades, es decir, aquellas que cuentan con capacidad de diagnóstico, lo que sugiere que en los primeros niveles de atención, (que son el primer contacto de las personas con los servicios de salud), o en algunas entidades territoriales hay ausencia de Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud con la capacidad instalada necesaria para la confirmación del diagnóstico del evento retrasando la notificación hasta la confirmación del diagnóstico.

Se identifican errores en la calidad del dato en el proceso de notificación, especialmente inconsistencias en las variables: fecha de consulta, fecha de diagnóstico probable y fecha de confirmación del diagnóstico, encontrando, que en algunos casos estas no conservan una línea temporal lógica o en otros no se registra ninguna fecha. Aspecto que dificulta la medición y evaluación de los indicadores de oportunidad del evento.

3. Cuáles son las alertas que se han tenido que emitir por la falta de oportunidad y dificultades de acceso a los servicios de salud y atención de menores de 18 años con cáncer

Hasta 2015 se realizó un ejercicio piloto de seguimiento caso a caso, como prueba del IVC que debía implementarse. Ese ejercicio fue entregado a las Entidades Territoriales y a la Superintendencia Nacional de Salud. Por lo anterior esta pregunta también fue trasladada a la SNS para su respuesta ante el congreso.

4. Cuáles son las actividades de seguimiento que se le hacen al niño o menores de edad que inicia tratamiento luego de darse el diagnóstico de cáncer infantil.

El INS de acuerdo a su función por medio de la red SIVIGILA, realiza un ejercicio de identificación y recolección de casos nuevos e identificación de la mortalidad. Hasta 2015 se realizó un ejercicio piloto de seguimiento caso a caso, como prueba del IVC que debía implementarse. Ese ejercicio fue entregado a las Entidades Territoriales y a la Superintendencia Nacional de Salud. Por lo anterior esta pregunta también fue trasladada a la SNS para su respuesta ante el congreso.

5. Explique cuáles son los indicadores de accesibilidad, oportunidad, seguridad y continuidad que se han desarrollado para hacer adecuado seguimiento a la atención integral de los menores con cáncer infantil

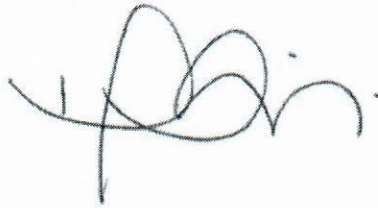
El Instituto Nacional De Salud (INS) vigila 106 eventos de interés en salud pública, dentro de los que se encuentra el cáncer infantil. La vigilancia en salud pública que realiza el INS, monitorea el comportamiento epidemiológico de los eventos, (casos nuevos por periodo con análisis sociodemográfico y de tendencia; y mediante fuentes secundarias vigila la mortalidad por este evento).

El INS no posee funciones de IVC, las cuales están a cargo, en el Sistema de Salud, de la Superintendencia Nacional de Salud, el Invima en lo referente a medicamentos y dispositivos y de las Entidades Territoriales.

Se da traslado también de esta pregunta por competencia a la Superintendencia Nacional de Salud.

Consultar informe del evento para observar comportamiento en:

<http://www.ins.gov.co/lineasdeaccion/SubdireccionVigilancia/Informe%20de%20Evento%20Epidemiol%C3%A9gico/CANCER%20EN%20MENORES%20DE%2018%20A%20C3%91OS%20PERIODO%20VI%202017.pdf>



MARTHA LUCIA OSPINA MARTINEZ

Directora General

Elaboró: CLARA ELENA MAESTRE MATTOS

Revisó: FRANKLYN EDWIN PRIETO ALVARADO

Revisó: LUIS ERNESTO FLOREZ SIMANCA