



MINISTERIO DE SALUD  
División de Planificación Sanitaria  
Departamento de Epidemiología

# **NORMA TÉCNICA N° 72**

## **SOBRE REGISTROS**

### **POBLACIONALES**

#### **DE CÁNCER**

**NORMA TÉCNICA N° 72**  
**SOBRE REGISTROS POBLACIONALES DE CÁNCER**

**RESOLUCIÓN EXENTA N° 1121**  
**MINISTERIO DE SALUD**  
**7 DE DICIEMBRE 2004.**  
**APRUEBA NORMA TÉCNICA N° 72,**  
**SOBRE REGISTROS POBLACIONALES DE CANCER**

## INDICE

1. **Introducción**
2. **Registro Poblacional de Cáncer**
  - 2.1- **Marco Legislativo**
  - 2.2- **Propósito**
  - 2.3- **Objetivos**
  - 2.4- **Metodología**
    - 2.3.1.- Definición de caso registrable
    - 2.3.2.- Antecedentes a registrar
    - 2.3.3.- Clasificación y codificación del cáncer
    - 2.3.4.- Recolección de datos y fuentes de información
    - 2.3.5.- Manejo de información
  - 2.4- **Informes de Resultados**
    - 2.4.1.- Contenidos.
    - 2.4.2.- Indicadores Epidemiológicos y de Calidad
  - 2.5- **Análisis Epidemiológico**
  - 2.6- **Estructura y Funciones del Registro**
  - 2.7- **Envío de Información**
  - 2.8- **Confidencialidad**
3. **Anexos**
  - 3.1- Metodología de Análisis Epidemiológico.
  - 3.2- Formulario de recolección de información
4. **Reglamentos**
  - 4.1- Creación de Registros Poblacionales de Cáncer.
  - 4.2- Creación Subcomisión Asesora de Registros de Cáncer
5. **Bibliografía**



## PRÓLOGO

Este manual de Norma Técnica para los Registros Poblacionales de Cáncer tiene como propósito homogenizar y estandarizar el funcionamiento de los Registros que se encuentran actualmente funcionando y los que a futuro se desarrollen en el país.

Esto permitirá que la información de los casos nuevos de cáncer obtenidos a través de este sistema sea comparable y pueda ser utilizada para evaluar el riesgo de enfermar de cáncer de la población vigilada, así como, contribuir al desarrollo del conocimiento de esta enfermedad y sus factores de riesgo y la evaluación de las medidas de prevención y tratamiento. Todo lo anterior apoya la planificación de recursos para el diagnóstico, tratamiento y soporte de los casos de cáncer.

Este documento ha sido elaborado por el Departamento de Epidemiología de la División de Rectoría y Regulación Sanitaria del Ministerio de Salud, en conjunto con un grupo de expertos nacionales a quienes agradecemos su constante y valiosa colaboración.

El Ministerio de Salud a través de la Resolución exenta N° 697, 12.04.2002, creó la Subcomisión Asesora sobre Registros de Cáncer, que es la encargada de desarrollar e implementar la Resolución exenta N° 05 (23.01.2002), que define la creación de los Registros Poblacionales de Cáncer.

### Editores

- Dra. Clelia Vallebuona S, Dpto. Epidemiología, Ministerio de Salud Pública.
- Dra. M. Enriqueta Bertrán V, Registro Poblacional de Cáncer de la Provincia de Valdivia, SS Valdivia.

### Autores

- Dra. Clelia Vallebuona S, Dpto. Epidemiología, Ministerio de Salud Pública.
- Dra. M. Enriqueta Bertrán V, Registro Poblacional de Cáncer de la Provincia de Valdivia, SS Valdivia.
- Dra. Ana María Morga , Registro Poblacional de Cáncer VIII Región, SEREMI VIII Región
- Sra. Luz Bassay , Registro Poblacional de Cáncer II Región, SS Antofagasta
- Dr. Mario Goycolea , Registro Poblacional de Cáncer II Región, SS Antofagasta.

### Colaboradores .

- Dra. Danuta Rajs G, Jefe Dpto. de Estadística e Información en Salud. Ministerio de Salud Pública.
- Dalia Patricia Garay S, Académico Departamento Salud Pública y Epidemiología. Facultad de Ciencias Médicas. Universidad de Santiago de Chile
- Sra. M. Elena Flores G, Registro Poblacional de Cáncer de la Provincia de Valdivia, SS Valdivia.
- Viviana Sotomayor P, Dpto. Epidemiología, Ministerio de Salud Pública.
- Doris Gallegos U, Dpto. Epidemiología, Ministerio de Salud Pública.
- Andrea Olea N, Epidemiología, Ministerio de Salud Pública.
- Dra. Ximena Aguilera S, Jefe Dpto. Epidemiología, Ministerio de Salud Pública.
- Mat. Marta Prieto , Encargada de Unidad de Cáncer, Ministerio de Salud Pública.



## 1- INTRODUCCION

El cáncer es una enfermedad caracterizada por la alteración de los mecanismos que regulan la división celular en un determinado tejido u órgano y que tiene como consecuencia la proliferación desordenada de células que adquieren la capacidad de invadir otros tejidos y enviar metástasis a distancia. Esta patología en su mayoría produce un importante compromiso del estado de salud y su pronóstico, en gran parte de los afectados tiene como resultado la muerte.

Existen factores de riesgo conocidos para esta enfermedad entre los que se encuentran el tabaco, al cual se le atribuye el 30% de las muertes por cáncer; seguido por la dieta y otros como; la historia familiar, el uso de alcohol, la promiscuidad sexual, la exposición solar, la radiación ionizante, las drogas, la exposición ocupacional y ambiental a agentes cancerígenos, etc.

En Chile el cáncer es responsable del 23% del total de muertes y constituye la segunda causa de muerte después de las enfermedades del aparato circulatorio. Además, anualmente se producen aproximadamente más de 37.000 hospitalizaciones por cánceres y se estima se diagnostican algo más de 30.000 casos nuevos, en todos los grupos etáreos y sociales de la población. Cabe destacar que en el 2001 la II Región (Antofagasta) presentó el cáncer como la primera causa de muerte, este desplazamiento de la mortalidad por enfermedades del aparato circulatorio al segundo lugar se presenta por primera vez en el país.

Durante el año 2001 se registró un total de 18.394<sup>1</sup> muertes por cáncer en ambos sexos, con una tasa de mortalidad global de 119 por 100 mil hab. Los cánceres que presentaron las mayores tasas fueron el gástrico con una tasa de 20 por 100 mil hab., seguido por el de pulmón con 13 por 100 mil habitantes.

Desde 1986 el Sector Salud ha estado desarrollando diversas estrategias para enfrentar el cáncer, entre las que se encuentran; la pesquisa precoz del cáncer cérvico uterino y de mama, la entrega del tratamiento quimioterápico por los Programa Nacionales de Drogas Antineoplásicas Infantil (PINDA) y Adultos (PANDA). Además, establece el Programa Alivio del Dolor y Cuidados Paliativos. Para realizar estas acciones se han invertido importantes recursos humanos y financieros.

En la actualidad en nuestro país solamente se cuenta con información nacional de muertes por cáncer, situación que no da cuenta del problema global de esta enfermedad y no permite al Sector Salud contar con antecedentes suficientes para avanzar en este problema de Salud Pública. Sin embargo, los Servicios de Salud de Antofagasta y Valdivia desarrollaron Registros Poblacionales para su Región y Provincia respectivamente, lo cual les ha permitido contar con información respecto a la magnitud, distribución y tendencia de los tumores malignos que afectan a su población.

---

<sup>1</sup> Fuente DEIS: [www.minsal.cl](http://www.minsal.cl)

Los Registros Poblacionales de Cáncer son considerados por la Organización Mundial de la Salud y su Agencia Internacional de Investigación del Cáncer (IARC) como el sistema de información epidemiológica que permite conocer la incidencia y distribución de los cánceres en una población determinada. Además, su información contribuye al desarrollo del conocimiento de esta enfermedad y sus factores de riesgo, así como, a la planificación y evaluación de impacto de los programas y tratamientos de Cáncer. Por otra parte abren una posibilidad a la investigación en cáncer.

A partir de la experiencia mundial y de la de nuestro país, se estima necesario que Chile continúe con el desarrollo regional de los Registros Poblacionales de Cáncer. Esto con el fin de dar cuenta de los diferentes perfiles geográficos, socioculturales y económicos existentes.



## 2- REGISTRO POBLACIONAL DE CÁNCER

El presente texto constituye el marco normativo para el funcionamiento de los Registros Poblacionales de Cáncer del país. En él se establecen las características de los Registros, los procedimientos y las definiciones, lo cual facilitará su implementación.

El Registro Poblacional de Cáncer<sup>2</sup> es un sistema que recoge información de todos los casos nuevos de cáncer que se producen en una población determinada, la cual corresponde a un área geográfica definida (con delimitación administrativa y demográfica).

### 2.1.- MARCO LEGISLATIVO

La vigilancia de morbilidad de cáncer se fundamenta jurídicamente en:

- Resolución exenta N° 05, del 23.01.2002, que definió la creación de los Registros Poblacionales de Cáncer.
- Resolución exenta N° 697, del 12.04.2002, que creó la Subcomisión Asesora de Registros de Cáncer.

### 2.2.- PROPOSITO Y OBJETIVOS

Contribuir a mejorar la información de la morbilidad por cáncer<sup>3</sup> en un territorio definido, permitiendo estimar la incidencia y distribución de esta patología. Así como, apoyar la planificación y control de las acciones sanitarias relativas al cáncer, incluyendo investigación específica.

#### • Objetivos

- Determinar la incidencia de cáncer según localización primaria y todas las causas.
- Describir la tendencia anual de la incidencia del cáncer según localización primaria.
- Describir el perfil local (regional, provincial o comunal) en la incidencia de cáncer.
- Describir las características de cada localización de cáncer según variables biodemográficas como sexo, edad y residencia.
- Identificar grupos poblacionales y áreas geográficas de riesgo y contribuir a la planificación y evaluación de medidas de intervención en salud pública.
- Constituir la base para efectuar estudios de supervivencia de pacientes con cáncer.
- Establecer comparaciones con otros Registros Poblacionales Nacionales e Internacionales.
- Difundir la información obtenida en los registros.

Otros fines de los Registros derivados del análisis y utilización de la información son:

- Servir de base para futuros estudios con fines de Salud Pública o clínicos, especialmente en identificar factores de riesgo de cáncer.
- Medir el impacto de intervenciones terapéuticas o ambientales en la prevención de algunos tipos de cáncer.
- Servir de base para la definición de nuevas estrategias de prevención o implementación de programas de intervención.
- Contribuir a mejorar la calidad de la información clínica de los casos de cáncer.

<sup>2</sup> Registro Poblacional de Cáncer: en el documento se nombrará como "Registro"

<sup>3</sup> Se utilizará indistintamente el término cáncer o neoplasia maligna

## 2.3.- METODOLOGÍA

### 2.3.1.- Definición de caso registrable

Se considera como caso registrable aquel que cumpla con alguna de las siguientes definiciones. Es importante destacar que estos Registros ingresan casos y no individuos, debido a que un individuo puede presentar más de un cáncer (neoplasia múltiple). Se utilizará la versión de Clasificación Internacional de Enfermedades para Oncología (CIE-O) definida por el Ministerio de Salud (MINSAL)<sup>4</sup>.

- a. Neoplasia maligna o Cáncer de localización primaria o presuntamente primaria, con o sin confirmación microscópica (código comportamiento/ 3,CIE-O).
- b. Neoplasias malignas de localización secundaria o presuntamente secundaria, codificadas según análisis histológico de las biopsias en anatomía patológica (código comportamiento/6 CIE-O) y que son recodificadas por el personal del registro identificando la localización primaria<sup>5</sup>. Si no es posible definir la localización primaria se registrará como de origen primario desconocido.
- c. Neoplasias múltiples  
Se utilizará la definición de neoplasias múltiples establecida en la CIE-O y las recomendaciones entregadas por la IACR<sup>6</sup>.

Se deberá descartar siempre que estos tumores correspondan a una metástasis, según criterios anatomopatológicos y de la historia natural de la enfermedad.

- d. Neoplasias benignas o de comportamiento incierto: del Sistema Nervioso Central (SNC) (código comportamiento/0 /1)<sup>7</sup>, codificación de acuerdo a IARC.
- e. Neoplasias in situ de cáncer de mama y cuello uterino (código comportamiento/2 CIE-O), se han incorporado dado que se encuentran en un programa nacional de vigilancia. La inclusión de nuevas neoplasias in situ deberá estar basada en el perfil epidemiológico existente y podrá ser realizada a nivel local, por el Encargado del Registro y su Comité Oncológico Asesor y a nivel nacional, por la Subcomisión de Registros de Cáncer.

Es importante destacar que la información del punto “e”, no debe incluirse en el cálculo de tasas de incidencia de cáncer. Su análisis y presentación debe realizarse en forma separada.

### 2.3.2.- Antecedentes a registrar

Para cada caso de cáncer definido como registrable, se recogerán los datos básicos establecidos en este reglamento y se ingresarán a la base de datos correspondiente. Estos corresponden a cuatro categorías que son; antecedentes del paciente, del cáncer, de las fuentes de información y del último contacto.

La incorporación de nuevas variables a los Registros deberá ser analizada por la

4 Subcomisión de Registros de Cáncer, DS.697, 12.04.2002, MINSAL.

5 CIE-03, Pág. 28.

6 International Rules for Multiple Primary Cancers (ICD-O Third Edition): <http://www.iarc.fr/> 2004

7 CIE-03, Pág.39 y 40

Subcomisión de Registros de Cáncer, del Ministerio de Salud (MINSAL) <sup>8</sup>.

La base de datos del Registro Poblacional de Cáncer deberá contener todas las variables que se definen a continuación y utilizar las codificaciones establecidas para cada una de ellas.

El sistema informático deberá contar con validadores internos que permitan evitar duplicados, establecer la concordancia de los diagnósticos e identificar tumores múltiples. El sistema que posee estas ventajas es el Software Can Reg, diseñado por la Agencia Internacional de Investigación del Cáncer, del cual se posee una versión adaptada y modificada para Chile.

#### q Identificación del paciente

- Apellidos y Nombres: registrar dos apellidos y el nombre o los nombres del paciente.
- Número de Cedula de Identidad (CI): ingresar el número consignado en los documentos de donde se obtiene la información.
- Sexo: ingresar el sexo consignado en los documentos de donde se obtiene la información (masculino, femenino, desconocido).
- Edad: registrar la edad en años cumplidos al momento del diagnóstico de cáncer. En los niños menores de un año se utiliza el 0.
- Fecha de nacimiento: consignar el día, mes, año.
- Residencia: registrar la dirección habitual del paciente al momento del diagnóstico de su enfermedad. Esta incluye calle o sector, número, Región y Comuna. Los códigos a utilizar son los oficiales establecidos para el país.  
*Es importante señalar que los pacientes con residencia temporal en el área no deben ser registrados.*
- Servicio de Salud: consignar el Servicio de Salud que corresponda a la residencia del paciente. Los códigos utilizados son los establecidos por el DEIS.
- Rama de Actividad: consignar la Rama de Actividad Económica que está en los documentos de donde se obtiene la información. Se codificará según los códigos del Instituto Nacional de Estadística de Chile, ver Tabla N°1.
- Ocupación: consignar la ocupación registrada en la fuente de información. Se codificará según los códigos del Instituto Nacional de Estadística de Chile, ver Tabla N°1.

<sup>8</sup> Subcomisión de Registros de Cáncer, DS.697, 12.04.2002, MINSAL.

## Características del tumor

- Fecha de incidencia (fecha de diagnóstico): ingresar la fecha de incidencia del cáncer considerando el siguiente orden de prioridad:
  - Ø Fecha de primera consulta o ingreso en un hospital, clínica o institución a causa de la neoplasia.
  - Ø Fecha del primer informe anatomopatológico, de preferencia la fecha de solicitud del examen o recepción de la muestra.
  - Ø Fecha de la muerte cuando se ha tenido conocimiento de la neoplasia sólo por el certificado de defunción.
- Topografía: considera el lugar donde se origina la neoplasia primaria. Se registra según la lista topográfica de la CIE-O, si no se conoce este sitio, se registrará como primario desconocido. No se registran localizaciones de metástasis.
- Morfología: se registra según la lista morfológica de CIE-O. Aquellos tumores que no tienen verificación microscópica se incluyen generalmente en el código 8000/3 que corresponde a neoplasia maligna sin otra especificación.
- Comportamiento: consignar el tipo de comportamiento descrito en los informes de anatomía patológica, utilizando el código del sistema computacional internacional Can Reg basado en el CIE-O, ver Tabla N°1.
- Grado de diferenciación: consignar el grado de diferenciación histológica descrito en los informes de anatomía patológica o hematología, utilizando el código del sistema computacional internacional Can Reg basado en la CIE-O, ver Tabla N°1.
- Extensión: consignar el grado de extensión descrito en los informes de anatomía patológica o la descripción efectuada en la ficha clínica. Se utilizará el código del sistema computacional internacional Can Reg, basado en la CIE-O, ver Tabla N°1.
- Lateralidad: registrar sólo en el caso de órganos pares, ver Tabla N°1.
- Base del diagnóstico: registrar la base con mayor especificidad para el diagnóstico. Se utilizará el código del sistema computacional internacional Can Reg, basado en la CIE-O, ver Tabla N°1.

### q Fuentes de información

- Registrar el o los establecimientos (hospital, clínica, laboratorio, etc) de donde se obtuvo la información. Utilizar el listado y códigos oficiales del Ministerio de Salud entregados por el DEIS.

Incluir a medida que se recoja nueva información todas las fuentes que aportaron información del caso, aunque esté registrado. Un caso puede tener información en más de una unidad o servicio de un centro asistencial o de varios centros.

- Número de ficha o examen: registrar el número de ficha o examen de donde se obtuvo la información.
- Fecha de obtención de la información: registrar la fecha en que se obtuvo la información de cada fuente.

#### □ Antecedente del último contacto

- Fecha de último contacto: registrar la fecha consignada en la ficha clínica u otro documento en la cual quedó registrado el último contacto que tuvo el paciente con el establecimiento de salud.
- Estado en el último contacto del paciente con el sistema de salud: registrar si al último contacto el paciente se encontraba vivo o muerto.
- Causa de la defunción: registrar si la defunción es debida al cáncer o tuvo otra causa, utilizando el código del sistema computacional internacional Can Reg, basado en la CIE-O, ver Tabla N°1.

Tabla N° 1		
Antecedente a Registrar	Fuentes	Códigos
Actividad Productiva: -Rama de Actividad Económica	INE <sup>9</sup>	0-Agricultura 1-Minería 2-Industria 2-Construcción 4-Electricidad-Gas-Agua 5-Comercio 6-Transporte 7-Servicios 8-Doméstico 9-Otros 10-Sin información 11-No corresponde
Actividad Laboral: -Ocupación	INE	1-Profesionales, Técnicos y Afines. 2-Gerentes, Administradores y Directivos. 3-Empleados oficina y afines. 4-Vendedores y afines. 5-Agricultores, Ganaderos, Pescadores. 6-Conductores y afines. 7-Artesanos y Operarios. 8-Otros Artesanos y Operarios. 9-Obreros y Jornaleros N.E.O.C. 10-Trabajadores en Servicios Personales. 11-Otros trabajadores.
Comportamiento	Sistema Can Reg	0-Benigno 1-Incierto 2-In situ 3-Maligno
Grado de diferenciación	Sistema Can Reg	1-Bien diferenciado 2-Moderadamente diferenciado 3-Poco diferenciado 4-Anaplástico 5-Células T 6-Células B 7-Célula Nula 8-Célula NK 9-Desconocido
Extensión	Sistema Can Reg	0-In situ 1-Localizado 2-Regional 3-Metástasis 9-Desconocido
Lateralidad	Sistema Can Reg	0-Derecho 1-Izquierdo 2-Bilateral 3-No corresponde 9- Desconocido
Base diagnóstico	Sistema Can Reg	0-Sólo Certificado de defunción 1-Sólo Clínico 2-Investigaciones clínicas (imagenología) 4- Bioquímica o inmunología 5-Citología/ Hematología 6-Histología de metástasis 7-Histología de sitio primario 9-Desconocido
Causa de defunción	Sistema Can Reg	1-Cáncer 2-Otras 9- Desconocido

<sup>9</sup> Instituto Nacional de Estadísticas.

### 2.3.3.- Clasificación y codificación del cáncer

Para la codificación de los diagnósticos de cáncer se utilizará la Clasificación Internacional de Enfermedades para Oncología (CIE-O), de la Organización Panamericana de la Salud<sup>10</sup>. El Ministerio de Salud instruirá a los Registros del país la edición de la CIE-O que se utilizará para la codificación y su fecha de inicio.

La CIE-O incluye un sistema de codificación para la topografía y otro para la morfología del cáncer. En la topografía se describe el sitio de origen de la neoplasia, los códigos asignados para ella tienen cuatro caracteres que van desde el C00.0 al C80.9. Estos códigos corresponden a una adaptación de la sección de neoplasias malignas del capítulo II de la CIE 10.

En la morfología se describe el tipo de células del tumor y su actividad biológica, se codifica mediante cinco dígitos que van entre M-8000/0 y M-9989/3, correspondiendo los cuatro primeros dígitos a los términos histológicos y el quinto al código de comportamiento del cáncer.

### 2.3.4.- Fuentes de información y Recolección de datos

- Fuentes de información

El Registro deberá integrar al sistema el mayor número de fuentes de información disponibles, tanto públicas como privadas, lo que permitirá realizar el cruce de datos para localizar todos los casos nuevos de cáncer de su territorio y verificar información obtenida en cada una de ellas.

El Registro deberá incorporar como fuentes obligatorias a:

- Laboratorios de Anatomía Patológica: El Encargado del Registro realizará la coordinación con los laboratorios para obtener la información de todos los casos de cáncer. El sistema a utilizar y la periodicidad para el intercambio de los datos será acordado entre las instituciones. Es conveniente que los Médicos Anatomopatólogos del sector público y privado realicen la codificación de las neoplasias.
- Hematología: El Encargado del Registro revisará periódicamente los resultados de los exámenes con diagnósticos de cáncer realizados por el Laboratorio o Unidad de Hematología de los sectores público y privado. La codificación de los casos de cáncer la realizará el Equipo del Registro.
- Egresos Hospitalarios: La Unidad de Estadística de los Establecimientos de Salud del sector público y privado enviarán al Registro, de acuerdo a la periodicidad acordada, las bases de datos o nóminas correspondientes. La codificación de los casos de cáncer la realizará el Equipo del Registro.
- Certificados de defunción: El Encargado del Registro revisará periódicamente los certificados de defunción facilitados por la Unidad de Estadística de la Dirección del Servicio. La codificación de los casos ingresados por esta fuente se realizará en el Registro.

<sup>10</sup> OPS Publicación Científica y Técnica N° 586

En todo caso detectado a través del certificado de defunción se deberá realizar en forma obligatoria la revisión de las otras fuentes de información. En forma excepcional el único dato para registrar lo constituye el “sólo certificado de defunción” (SCD). Para obtener mayor información sobre el caso se deberá contactar al médico que extendió el certificado de defunción.

Además deberá ir incorporando Otras fuentes, como:

- Imagenología
- Radiología
- Cuidados paliativos
- PINDA, PANDA<sup>11</sup>
- Medicina Legal
- Otras.

En todos los casos en los que se requiere completar la información básica se procederá a la revisión activa de las fichas clínicas, además de solicitar información específica al Registro Civil respecto de datos del paciente.

• Metodología de recolección

Para realizar la recolección de los datos de los casos nuevos de cáncer se utilizará una metodología principalmente activa, en la cual, el personal acudirá periódicamente a las diferentes fuentes de información para realizar la búsqueda o completar los antecedentes de los casos. Este sistema podrá ser complementado con un sistema pasivo, en el cual el Registro coordinará con sus fuentes de información el envío periódico de los datos.

Desde la fecha definida como de inicio del registro, se procederá a recopilar en forma sistemática la información de las diferentes fuentes.

**FLUJO PARA EL INGRESO DE UN CASO NUEVO DE CANCER AL REGISTRO POBLACIONAL DE CANCER**



Al detectar un nuevo caso de cáncer se procederá a rescatar la información y definir si corresponde a un caso registrable. Una vez definido como tal, se verificará que no corresponda a un caso registrado o un tumor múltiple y se realizará su codificación. Completado este proceso se ingresará como caso nuevo a la base de datos del Registro. La información de los casos ingresados debe ir completándose con otras fuentes.

<sup>11</sup> PINDA: Programa Infantil Nacional de Drogas Antineoplásicas  
PANDA: Programa Adulto Nacional de Drogas Antineoplásicas



### 2.3.5.- Manejo de la información

Cada Registro Poblacional de Cáncer enviará cada semestre al Departamento de Estadística e Información en Salud una copia de la base de datos, la cual deberá contener el total de la información de los casos ingresados.

## 2.4.- INFORMES DE RESULTADOS

Los Registros Poblacionales de Cáncer deberán realizar el análisis de los datos registrados y elaborar informes periódicos. Los reportes corresponden a dos tipos; los Nacionales y los Internacionales. Este último podrá realizarse cuando el Registro cuente con casos acumulados entre 3 y 5 años, debido a que en algunos tipos de cáncer la magnitud anual es insuficiente para realizar conclusiones.

El informe Nacional, que corresponde a un informe anual, incluye los casos nuevos de cáncer registrados durante el año y deberá enviarse el mes de abril del año siguiente al año vigilado, al Departamento de Epidemiología del Ministerio de Salud. En el documento deberá incluir además información del desarrollo y calidad de la información registrada.

La presentación de resultados y análisis de los registros, tanto en los informes nacionales como los internacionales, deberá realizarse en el formato definido en este reglamento, que está basado en la metodología utilizada por la Asociación Internacional de Registros de Cáncer con el fin de ser comparable. En el informe internacional se recomienda incluir un resumen en idioma inglés.

El informe debe contener la morbilidad por cáncer, expresada en la incidencia del cáncer en un territorio y período de tiempo determinado. Además, se podrá incluir una descripción de la mortalidad por cáncer en igual período y territorio. Sin perjuicio de lo anterior, cada registro podrá ampliar el análisis según necesidades locales.

### 2.4.1.- Contenidos

Todo informe debe incluir las siguientes materias:

- a) Caracterización del área del Registro:
  - Población: Los Registros deberán utilizar para su informe y análisis los datos de población del Instituto Nacional de Estadísticas (INE) de acuerdo al último censo y proyección efectuada.

Se requiere caracterizar la población que se utilizará en el denominador de las tasas, por lo cual se deberá incluir la información de la población del territorio de registro correspondiente al período en estudio, en grupos quinquenales de edad y diferenciada por sexo, señalando el porcentaje de población menor de 15 años y mayores de 65 años, como indicadores de la composición y estructura de la población. Además, se deberá incorporar la representación gráfica en pirámides de población del territorio del registro.

- Características socio-geográficas: El informe deberá incluir una descripción breve de las principales características del territorio del registro, con énfasis en aquellas que pueden influir en la magnitud del cáncer, dentro de las cuales se encuentran; aspectos geográficos, dificultades de acceso, clima, nivel de educación, actividad económica, contaminación, entre otras.
- Descripción de indicadores de salud y red asistencial: incluye los indicadores biodemográficos del territorio de registro, haciendo referencia a los valores nacionales, los indicadores locales para caracterizar el nivel de salud (mortalidad infantil, etc) y la descripción de la red pública y privada (hospitales, establecimientos de atención primaria, etc). En ésta última se profundizará más el área de atención oncológica incluyendo sus respectivos niveles de funcionalidad, diagnóstico y resolución. Además se incluirá información de factores condicionantes del nivel de salud y estilos de vida que podrían influir en la magnitud del cáncer en ese territorio (ej: tabaquismo, alimentación, etc).
- b) Descripción y organización del registro: Corresponde a la descripción del Registro Poblacional en su organización, dependencia, funcionalidad, recursos utilizados, entre otras. Esto permitirá comprender la secuencia y proceso de obtención de datos y los recursos utilizados, así como conocer las instancias de coordinación y asesoría técnica.
- Fuentes de datos: Requiere especificar las fuentes de datos, la periodicidad de recolección, informatización y el sistema de búsqueda (activo, pasivo, mixto). Además se deberá incluir el flujograma para la incorporación o descarte de un caso. Si en el Registro se producen variaciones en la forma de recolección o se incluyen nuevas fuentes de datos, debe señalarse para así evitar interpretarlo como cambios de tendencias.
- Indicadores de calidad: Para el control de calidad de los Registros se aplicarán los indicadores establecidos por la IARC que se enumeran a continuación. Si en el análisis se observa la presencia de cambios en la tendencia general del cáncer o en algún tipo de cáncer, se deberá especificar si puede ser atribuido a cambios en la organización o metodología del sistema de registro.

Los indicadores de calidad a incluir en el informe son:

- porcentaje de casos con confirmación microscópica (citología-histología de tumor primario).
- porcentaje de casos registrados sólo como certificados de defunción.
- porcentaje de casos registrados sin edad.
- razón de mortalidad / incidencia (explicitar cuál fue la fuente del número de defunciones).

## 2.4.2.- Indicadores Epidemiológicos y de Calidad

### A. Indicadores Epidemiológicos: (ver Anexo N°3 para cálculo)

1. Tablas de Distribución de los cánceres según localización y riesgo: incluir el número de casos nuevos en el período definido, la frecuencia relativa, la tasa cruda y estandarizada y el riesgo acumulado de 0-64 años 0-74 años, según grandes grupos de localización del cáncer (CIE-O: desde C00 a C80) en orden de mayor a menor importancia. Presentar en tablas separadas; sexo femenino, masculino y ambos sexos, incluir gráficos en barra de tasa estandarizada según localización separados; sexo femenino, masculino y ambos sexos.
2. Tablas de Tasas de Incidencia según localización del cáncer: incluir el número de casos nuevos en el período definido, la tasa cruda y estandarizada, la varianza, el error estándar y los intervalos de confianza (superior e inferior), según grandes grupos de localización del cáncer (CIE-O) en orden ascendente desde C00 (Labio, cavidad oral y faringe) a C80 (Localización primaria desconocida). Presentar en tablas separadas; sexo femenino, masculino y ambos sexos.
3. Tablas de Tasas y riesgo acumulado de 0 a 64 años y de 0 a 74 años: incluir la tasa acumulada, el riesgo acumulado, la varianza de la tasa acumulada, el error estándar y los intervalos de confianza (superior e inferior), según grandes grupos de localización del cáncer (CIE-O) en orden ascendente desde C00 (Labio, cavidad oral y faringe) a C80 (Localización primaria desconocida). Presentar en tablas separadas; sexo femenino, masculino y ambos sexos. Se podrá incluir la estimación de riesgo en menores de 15 años.
4. Tablas de Tasa crudas de incidencia de cáncer específica por edad: incluir el número de casos nuevos en el período definido y la tasa cruda, según localización por grandes grupos del cáncer (CIE-O) en orden ascendente desde C00 (Labio, cavidad oral y faringe) a C80 (Localización primaria desconocida) y por grupos quinquenales de edad (0-4 a 80 y más años). Presentar en tablas separadas; sexo femenino, masculino y ambos sexos, incluir gráfico lineal de la tasa específica por edad según sexo.
5. Tablas de distribución de frecuencia del tipo de Morfología del cáncer por grupos de cáncer: incluir el número y frecuencia relativa del tipo de morfología (histología) según la localización por grandes grupos del cáncer (CIE-O) en orden ascendente desde C00 (Labio, cavidad oral y faringe) a C80 (Localización primaria desconocida) y en orden ascendente desde C00 (Labio, cavidad oral y faringe) a C80 (Localización primaria desconocida). Presentar en tablas separadas; sexo femenino, masculino y ambos sexos.

Observaciones generales para la presentación de información:

En el informe los resultados se presentan diferenciando el total de casos de cáncer y el total de casos de cáncer sin incluir piel, excepto melanoma.

Cada registro puede incluir otros aspectos considerados de interés, por ejemplo etnias, población urbano-rural, comunas, etc, siempre que el número de casos lo permita y se cuente con información del denominador.

6. Tabla de distribución de la muertes por cánceres según localización: Los datos de mortalidad de cada período de estudio deberán ser incorporados en una tabla que incluya el número de muertes en el período definido, la frecuencia relativa, la tasa cruda y estandarizada, según grandes grupos de localización del cáncer (CIE-O: desde C00 a C80) en orden de mayor a menor importancia. Presentar en tablas separadas; sexo femenino, masculino y ambos sexos, incluir gráficos en barra de tasa estandarizada según localización separados; sexo femenino, masculino y ambos sexos.

El informe deberá incluir la Identificación del Equipo responsable del Registro y la ubicación espacial y dirección de los integrantes del registro, para facilitar la coordinación nacional e internacional.

## B. Indicadores de Calidad

1. Tabla de Distribución de la base diagnóstica según localización del cáncer: incluir el número de casos y la frecuencia relativa por el tipo de base diagnóstica, según grandes grupos de localización del cáncer (CIE-O: desde C00 a C80). Presentar Gráfico de barra, estilo porcentual para el total de casos de cáncer y las principales localizaciones.
2. Tabla de Razón de mortalidad / incidencia para el total de casos de cáncer: incluir el número de muertes, el número de casos incidentes de cáncer para el período, según grandes grupos de localización del cáncer (CIE-O: desde C00 a C80) .
3. Consignar el porcentaje de casos sin edad para el total de casos de cáncer del período.

## 2.5.-ANÁLISIS EPIDEMIOLÓGICO

Los Registros deberán utilizar, además de las definiciones ya señaladas, la metodología epidemiológica y estadística basados en las recomendaciones de la Asociación Internacional de Registros de Cáncer (IACR)<sup>12</sup>.

A continuación se describen los principales indicadores a incluir, la metodología de cálculo se encuentra descrita en el Anexo 3.1.

Tasa de incidencia: determina la probabilidad o riesgo de enfermar de cáncer en el área correspondiente al registro. Corresponde al número de casos nuevos en un período de tiempo determinado en la población del territorio que contempla el registro. Se expresa por 100 mil habitantes.

- Tasa cruda (TC): corresponde a la tasa de incidencia para el total de la población
- Tasa específica (TE): corresponde a la tasa de incidencia por grupos, ejemplo: edad, sexo, localización del tumor e histología. En el caso del informe Nacional se podrá incluir la tasa específica por residencia. El denominador se obtiene de las proyecciones censales del INE, sumando los años del período de estudio.
- Tasa de incidencia estandarizada por edad: permite comparar las tasas de incidencia entre áreas con distinta distribución de grupos de edad. La estandarización se realizará a través del método directo. Para la comparación entre países y nacional se deberá utilizar la Población estándar mundial, sin perjuicio de poder utilizar otra población para otros análisis.

---

<sup>12</sup> Registros de Cáncer: Principios y Métodos y Epidemiología del Cáncer.

- Intervalos de confianza de la Tasa estandarizada: la varianza es una medida de precisión de la tasa estandarizada, que permite calcular los intervalos de confianza que señalan el rango de valores dentro del cual se tiene con un 95% de seguridad la posibilidad de encontrar el valor verdadero de la tasa de incidencia. Se utilizará el Método binomial.
- Comparación de dos tasas estandarizadas por edad: es necesario comparar las tasas estandarizadas de diferentes registros, como asimismo las tendencias observadas en el tiempo al interior de un registro. Se realiza mediante la razón entre dos tasas estandarizadas y su correspondiente significación estadística. Si el intervalo incluye el 1, las tasas no son significativamente diferentes. El valor de  $Z_{\alpha/2}$  del 95% corresponde a 1.96 y del 99% a 2.58.
- Tasa acumulada y Riesgo Acumulado: es una forma de aproximarse a obtener el riesgo acumulado que corresponde al riesgo que tienen los individuos de desarrollar un cáncer antes de llegar a una edad determinada (los rangos más utilizados 0-74, 0-64 y 0-14 años) en ausencia de otra causa de muerte. También debe realizarse la estimación de varianza, error estándar e intervalos de confianza, expresada en porcentaje.

## 2.6.- ESTRUCTURA Y FUNCIONES DEL REGISTRO

La Autoridad Sanitaria Regional es la responsable del Registro Poblacional de Cáncer Regional, a través del Departamento o Unidad de Epidemiología. Para estas tareas la Autoridad designará a un Encargado del Registro, que realizará la coordinación de éste. La Autoridad Sanitaria podrá de acuerdo a su realidad local implementar Registros Poblacionales Provinciales, los cuales formarán parte del Registro Poblacional Regional.

El Ministerio de Salud tiene como función coordinar los Registros Poblacionales de Cáncer del país, a través del Departamento de Epidemiología, el cual apoyará técnicamente a los registros en su implementación, funcionamiento y asignación de recursos, además de realizar su supervisión. Para apoyar esta tarea el Ministerio de Salud constituyó la Subcomisión Asesora sobre Registros de Cáncer (Resolución exenta 697, 2.04. 02), que está conformada por el Dpto. de Epidemiología, que la dirige, la Unidad de Cáncer del MINSAL, el Departamento de Estadísticas e Información en Salud del MINSAL, los Encargados de los Registros Poblacionales de Cáncer existentes y Asesores Expertos.

- Equipo del Registro Poblacional de Cáncer de la Autoridad Sanitaria  
El Registro debe contar con un equipo conformado por :
  - Médico, quien deberá tener capacitación en Epidemiología o Salud Pública. El cual se desempeñará como Encargado del Registro, será el responsable de dirigirlo, realizará la revisión, análisis de la información, elaboración de informes correspondientes y además asesorará a sus Autoridades en relación a esta materia.
  - Profesional de salud u otro profesional, quien deberá tener capacitación en Epidemiología o Salud Pública, que colaborará en la dirección del registro, la revisión, análisis de la información, la elaboración de informes y la asesoría a las Autoridades.

- Codificador, quien deberá estar capacitado en codificación de cáncer. El cual será responsable de realizar la recolección de la información, codificación y digitación de los datos del Registro.
- Secretaría, quien apoyará en las labores administrativas del registro.

Se recomienda integrar a este Equipo Básico toda vez que sea necesario otras especialidades médicas o de otros profesionales de apoyo.

Todo Registro deberá integrarse al Comité Oncológico del principal centro asistencial de su área geográfica, el cual participará como Asesor Técnico del Registro.

## 2.7.- CONFIDENCIALIDAD

La información contenida en los registros de cáncer es generada en la práctica asistencial y, por lo tanto está sometida a las mismas normas de confidencialidad que las fuentes de donde procede. Los Registros, como depositarios de esa información han de garantizar el estricto cumplimiento de esas normas. El tratamiento de los datos obtenidos por el registro se regirá por las normas de la Ley 19.628<sup>13</sup> y el Reglamento sobre el secreto o reserva de los actos y documentos de la Administración del Estado<sup>14</sup>.

El mantenimiento de la confidencialidad de los datos registrados, se realizará en los Registros Poblacionales de Cáncer a través de:

- q Compromiso individual escrito de las personas que tienen acceso al Registro, a mantener la confidencialidad de los datos.
- q Control de la información considerada confidencial mediante claves de acceso a los computadores, archivos cerrados y destrucción de material con identificación cuando ésta ha dejado de ser útil.
- q Entrega restringida de la información, se facilitarán datos agregados que no permiten la identificación de los casos. Únicamente se facilitará información individualizada al Dpto. de Estadística e Información en Salud y el Dpto. Epidemiología del MINSAL y a las fuentes informantes respecto de sus propios casos. Otras solicitudes quedarán sujetas a la decisión de la Subcomisión de Registros de Cáncer.

<sup>13</sup> Ley 19.628 sobre Protección de la Vida Privada del Ministerio Secretaría General de la Presidencia, publicada en el diario Oficial el 28 de agosto 1999.

<sup>14</sup> Ley 18.575 Orgánica Constitucional de Bases Generales de la Administración del Estado.

### 3.- ANEXOS

#### 3.1- Metodología de Análisis Epidemiológico

A continuación se describe la metodología de cálculo e interpretación de resultados, incluyendo ejemplos.

- Tasa cruda (TC): corresponde a la tasa de incidencia para el total de la población

$$TC = \frac{\text{Nº de casos nuevos del período}}{\text{Nº total de personas-año del período}} \times 100.000$$

- Tasa específica (TE):

$$TE = \frac{\text{Nº de casos nuevos del período de grupo específico edad} \times 100.000}{\text{Nº total de personas-año del período de grupo específico edad}}$$

- Tasa de incidencia estandarizada por edad: Para la comparación entre países y nacional se deberá utilizar la Población estándar mundial. La estandarización se realizará a través del método directo. Para esto es necesario conocer las tasas de cáncer específicas por edad, en cada grupo etáreo ( $a_i$ ).

El cálculo se realiza de la siguiente forma:

- ✓ Se multiplica tasas específicas por edad en cada grupo etáreo ( $a_i$ ). por la población estándar mundial de cada grupo ( $p_i$ ).
- ✓ Suma el resultado de la multiplicación de cada grupo ( $a_i \cdot p_i$ )
- ✓ La suma se divide por el total de la población estándar, que corresponde a 100.000 personas. Este resultado corresponde a la *Tasa Estandarizada por Edad (TEE)*

$$TEE = \text{Sum } (a_i \cdot p_i) / \text{Sum } p_i$$

- Intervalos de confianza de la Tasa estandarizada: Se utilizan las tasas específicas por edad ( $a_i$ ), la población estándar mundial ( $p_i$ ) y la población correspondiente al área del registro ( $n_i$ ). Se utilizará el Método binomial, el cual requiere conocer:

$$\text{a-Varianza: } \text{Var TEE} = \text{Sum } ( (a_i \cdot p_i^2 (100.000 - a_i) / n_i ) / \text{Sum } p_i^2$$

$$\text{b- Error estándar: e.e. (TEE) = Raíz (Var TEE)}$$

Intervalos de confianza: Superior :  $TEE + Z_{\alpha/2} (1.96) * \text{e.e. TEE}$   
Inferior :  $TEE - Z_{\alpha/2} (1.96) * \text{e.e. TEE}$

Ejemplo: se realiza estandarización directa de los casos de cáncer gástrico en el sexo masculino del Registro de Cáncer de la provincia de Valdivia en el trienio 1998-2000. La tasa cruda de cáncer gástrico en el sexo masculino del período correspondió a 47.28 por 100 mil habitantes, con 253 casos. Las tasas específicas de cada grupo de edad se presentan en la columna "ai", que corresponde al número de casos de cada grupo en relación a la población obtenida por el censo del mismo grupo etáreo.

Grupo edad	Tasa esp*edad ai	Persona años ni	Pobl Estándar pi	ai*pi	(ai*pi2)*(100000-ai)/ni
0-4		52247	12000	0	0
5-9		54097	10000	0	0
10-14		53907	9000	0	0
15-19		48353	9000	0	0
20-24		43665	8000	0	0
25-29	2,4	41478	8000	19200	370307906,8
30-34	0	41609	6000	0	0
35-39	9,9	40517	6000	59400	879543688,8
40-44	11,6	34449	6000	69600	1212086152
45-49	55,2	29005	6000	331200	6847450666
50-54	58,3	24008	5000	291500	6067353705
55-59	161,3	19840	4000	645200	12987082508
60-64	196,4	15781	4000	785600	19873444816
65-69	299,4	13358	3000	898200	20111785953
70-74	409,5	10013	2000	819000	16291744632
75-79	499,3	6809	1000	499300	7296328317
80+	604,8	5952	1000	604800	10099834839
		535088	100000	5023000	1,02037E+11
TEE				50,23	
Var TEE					10,204
e.e. TEE					3,19

$$TEE = \text{Sum}(ai*pi) / \text{Sum} pi = 50.23 \text{ por } 100 \text{ mil hab}$$

$$\text{Var TEE} = \text{Sum}(ai*pi^2(100.000-ai) / ni) / \text{Sum} pi^2 = 10.204$$

$$\text{e.e. (TEE)} = \text{Raíz}(\text{Var TEE}) = 3.19$$

$$\text{I.Conf Superior TEE} = 56.49$$

$$\text{I.Conf Inferior TEE} = 43.97$$

Interpretación: Con un 95% de seguridad podemos afirmar que la real tasa de incidencia de cáncer gástrico en la Provincia de Valdivia en el trienio 1998-2000 está entre 44 y 56.5 casos por 100 mil hbs.

- Comparación de dos tasas estandarizadas por edad: Se realiza mediante la razón entre dos tasas estandarizadas y su correspondiente significación estadística. Si el intervalo incluye el 1, las tasas no son significativamente diferentes. El valor de  $Z_{\alpha/2}$  del 95% corresponde a 1.96 y del 99% a 2.58.

$$\text{Razón de tasas estandarizadas (RTE)} \quad RTE = TEE_1 / TEE_2$$

$$\text{Intervalo de confianza de RTE: Superior : } RTE^{1+(Z_{\alpha/2}/X)}$$

$$\text{Inferior : } RTE^{1-(Z_{\alpha/2}/X)}$$

$$\text{Cálculo de } X : ( TEE_1 - TEE_2 / \text{Raíz} (e.e. (TEE_1)^2 + e.e. (TEE_2)^2) )$$



Ejemplo: comparación de tasa estandarizadas por edad de las tasas de incidencia de cáncer gástrico en el sexo masculino del Registro de Cáncer de la Provincia de Valdivia y Antofagasta del trienio 1998-2000. La razón entre las TEE de los registros fue de 2,03, esto significa que la población masculina de la Provincia de Valdivia presenta dos veces más riesgo de cáncer gástrico que la población masculina de la región de Antofagasta. Interpretación: Esta diferencia es significativa dado que los IC: 1,68 – 2,45 no incluyen el 1. Lo que descarta el azar como causa de esta diferencia.

- Tasa acumulada y Riesgo Acumulado: Para su cálculo se requiere conocer las tasas específicas por edad (ai) y la amplitud del grupo de edad (ti), que generalmente es 5 por el cálculo de tasas en grupos quinquenales. También se hace la estimación de varianza, error estándar e intervalos de confianza. Se sugiere expresarlo en porcentaje.

T Acumulada =  $\text{Sum}(a_i \cdot t_i)$

Varianza:  $\text{Var}(T \text{ Acum.}) = \text{Sum}(a_i \cdot t_i^2 / n_i)$

Error estándar:  $e.e.(T \text{ acum.}) = \text{Raíz}(a_i \cdot t_i^2 / n_i) \cdot 10$

Intervalo de Confianza: Superior :  $T \text{ Acum} + Z_{\alpha/2} (1.96) \cdot e.e.T \text{ Acum}$   
 Inferior :  $T \text{ Acum} - Z_{\alpha/2} (1.96) \cdot e.e.T \text{ acum.}$

Riesgo acumulado:  $R \text{ acum.}: 100 \cdot (1 - \exp(-T \text{ acum}/100))$

Ejemplo: el riesgo acumulado del Registro de Cáncer de la Provincia de Valdivia, para el sexo femenino, todas las localizaciones, correspondiente al trienio 1998-2000. Interpretación de Riesgo Acumulado: De cada 100 mujeres menores de 75 años 21 podrían desarrollar algún tipo de cáncer.

Grupo Etad	Tasa esp* edad ai	Amplitud grupo ti	Personas años ni	TAcum ai*ti	Varianza ai*ti <sup>2</sup> /ni
0-4	99	5	50290	495	0,00492
5-9	97	5	51772	485	0,00468
10-14	157	5	50828	785	0,00772
15-19	111	5	45298	555	0,00607
20-24	30	5	40062	150	0,01872
25-29	533	5	39428	2665	0,03380
30-34	1061	5	40520	5305	0,06546
35-39	1199	5	40031	5995	0,07488
40-44	1681	5	33902	8405	0,12386
45-49	3009	5	27914	15045	0,26949
50-54	4482	5	23871	22410	0,46940
55-59	426	5	20188	2130	0,52754
60-64	7167	5	17301	35835	1,03663
65-69	11139	5	14803	55695	1,86668
70-74	12973	5	11794	64865	2,74992
				24133,5	7,26078
%				24,13	0,00726
ee TAcum					0,85210
RAcum					21,44

$T \text{ Acum} = \text{Sum}(a_i \cdot t_i) = 24133,5$   
 por 100 mil habitantes ó 24.1%

$\text{Var } T \text{ Acum} = \text{Sum}(a_i \cdot t_i^2 / n_i) = 7.26078$   
 $e. e. T \text{ acum} = \text{Raíz}(a_i \cdot t_i^2 / n_i) \cdot \text{Raíz}(100) = 0.85210$   
 I. Conf Sup. TAcum = 25.77  
 I. Conf Inf. T Acum = 22.43  
 R. acum.. = 21.4%



## 4.-REGLAMENTOS

### 4.1- DECRETO SUPREMO N°5, CREA REGISTRO POBLACIONAL DE CANCER

REPUBLICA DE CHILE  
MINISTERIO DE SALUD  
DPTO. ASESORIA JURÍDICA

N°05 /

SANTIAGO, 23 ENERO 2002

VISTO: lo dispuesto en los artículos 3º, 9º, letra e) y 47 del Código Sanitario, Decreto con fuerza de Ley N° 725, de 1967, del Ministerio de Salud; lo dispuesto en los artículos 2º, letras a), e) y k), 7º, 9º y 20, de la ley N°19.628, sobre Protección de datos de Carácter Personal.

#### CONSIDERANDO

1º.- Que el cáncer es la segunda causa de muerte en el país, experimentando el número de muertes por esta causa un aumento considerable derivado del envejecimiento y generándose aproximadamente 36.000 hospitalizaciones anuales por esta causa y diagnóstico de 30.000 casos nuevos al año.

2º.- Que es indispensable contar con los datos estadísticos acerca de la incidencia y prevalencia de esta enfermedad ya que en la actualidad se invierte una importante cantidad de recursos económicos en la prevención, el tratamiento y el soporte de los casos de cáncer.

3º.- Que internacionalmente el cáncer es considerado un importante problema de salud pública, razón por la cual la Organización Mundial de la Salud, a través de su Agencia Internacional de Investigación del Cáncer (IARC) ha promocionado la creación de Registros Poblacionales de Cáncer en sus países miembros.

4º.- Que estos Registros constituyen su información sobre la base de la localización de datos en los lugares que se estudian, diagnostican o se tratan a personas enfermas, cuidando la confidencialidad de la información, con miras a hacer más eficiente la inversión de los recursos destinados a otorgarles los beneficios de salud que son indispensables para su recuperación o necesarios para la prevención de este daño.

#### TENIENDO PRESENTE:

Lo establecido en los artículos 4º y 6º del Decreto Ley N° 2763 de 1979 y las facultades que me confiere el artículo 32 N°8 de la Constitución Política del Estado, dicto lo siguiente

DECRETO:

Artículo 1. Créase el Registro Poblacional de Cáncer, el que contará con la información relativa a esta enfermedad. La autoridad sanitaria competente deberá implementar Registros Poblacionales de Cáncer para áreas geográficas provinciales o regionales. La apertura de dicho Registro, así como su funcionamiento técnico será autorizado por el Ministerio de Salud, al que corresponderá dictar las normas necesarias para su correcto funcionamiento y utilización de los datos que en el se consignen.

Artículo 2. Los directores de los establecimientos asistenciales de salud y los profesionales de salud instruirán a sus dependientes con el fin de que faciliten a los funcionarios de los Servicios de Salud que sea acreditados con este objeto, la obtención de los datos relacionados con esta enfermedad de los pacientes que hayan sido estudiados, diagnosticados o tratados en dichos establecimientos.

Artículo 3. Los funcionarios de los Servicios de Salud que participan en la recolección de esta información, en su análisis, en la elaboración de los registros y en la utilización de su contenido guardarán estricta reserva acerca de la identidad de las personas a las cuales les corresponde la información.

Artículo 4. Los datos que se recolecten para los efectos de la elaboración de los registros se limitarán a los antecedentes sociodemográficos básicos y clínicos del paciente, características del cáncer; sitio primario, tipo histológico y comportamiento, grado de diferenciación y extensión, fundamentos del diagnóstico, estado del paciente y causa de la defunción si fuere procedente.

Artículo 5. El tratamiento de los datos obtenidos como resultado de la información de los Registros Poblacionales de Cáncer, se regirán por las normas de la ley N° 19.628, sobre protección de datos de carácter personal.

ANÓTESE, TÓMESE RAZON, PUBLÍQUESE EN EL DIARIO OFICIAL E INSÉRTESE EN LA RECOPIACIÓN OFICIAL DE REGLAMENTOS DE LA CONTRALORÍA GENERAL DE LA REPÚBLICA.

OSVALDO ARTAZA BARRIOS  
MINISTRO DE SALUD

RICARDO LAGOS ESCOBAR  
PRESIDENTE DE LA REPÚBLICA

#### 4.2-DECRETO EXENTO N°697, CREA SUBCOMISIÓN ASESORA SOBRE REGISTRO DE CÁNCER

REPÚBLICA DE CHILE  
MINISTERIO DE SALUD  
DPTO. ASESORIA JURÍDICA

N°697 /  
SANTIAGO, 12 ABRIL 2002

VISTO: lo dispuesto en los artículos 4° y 6° del decreto ley N° 2763, de 1979; en los artículos 7°, 8° y 9° del decreto supremo N° 395 de 1979, del Ministerio de Salud, aprobatorio del Reglamento Orgánico de esta Secretaría de Estado; en el decreto N° 1084, de 1996, Ministerio de Salud; en el artículo 1° N° 98 del decreto supremo N° 654, de 1994, del Ministerio del Interior; en la resolución N° 520 de 1996, de la Contraloría General de la República, y

TENIENDO PRESENTE: Lo establecido en el artículo 1°, párrafo 1° N° 6 de la ley N° 16.436,

DECRETO:

1. CREESE una Subcomisión Asesora del Ministerio de Salud para el Registro de Cáncer, que dependerá de la Comisión Asesora sobre Cáncer creada por el decreto N° 1084, de 1996, cuyo objetivo general será apoyar la elaboración de propuestas de normativas para el desarrollo, funcionamiento y manejo de información en los Registros Poblacionales de Cáncer.
2. Los Objetivos específicos de la Subcomisión Asesora de Registro de Cáncer serán los siguientes:
  - Desarrollar e implementar el Reglamento de Registro Poblacional de Cáncer.
  - Estudiar las postulaciones que se presenten para el desarrollo de nuevos Registros Poblacionales de Cáncer en el país.
  - Elaborar instrumentos de evaluación de los Registros Poblacionales de Cáncer.
  - Revisar las evaluaciones de los Registros Poblacionales autorizados.
  - Evaluar otras modalidades de Registros de Cáncer
3. La Subcomisión Asesora de Registro de Cáncer tendrá carácter permanente y estará integrada por las siguientes personas:
  - DRA. XIMENA AGUILERA S, Jefa Departamento de Epidemiología, Ministerio de Salud.
  - MAT. MARTA PRIETO M. Jefa Unidad de Cáncer. Ministerio de Salud.
  - DRA. CLELIA VALLEBUONA S, Departamento de Epidemiología, Ministerio de Salud.
  - EU LEA DERIO P, Enfermera Jefe, Servicio de Oncología Hospital Barros Luco Trudeau, Servicio Metropolitano Sur, Asesora Unidad de Cáncer, Ministerio de Salud.
  - DRA. DANUTA RAJS G, Epidemióloga del Instituto de Salud Pública.
  - MAT. OMAR MALDONADO A, Dpto. Epidemiología, Servicio de Salud Atacama, Asesor DEIS, MINSAL
  - DR. MARIO GOYCOLEA CH, Servicio de Salud Antofagasta.

- DR. RODRIGO PRADO B, Jefe Laboratorio de Citopatología, Laboratorio de Referencia Nacional.
- DRA. MARÍA ENRIQUETA BERTRÁN V, Subdirectora Médica, Servicio de Salud Valdivia.
- MAT. PATRICIA GARAY S, Docente, Escuela de Ginecología y Obstetricia de USACH.
- Encargado de Registro Poblacional de Cáncer en la VIII Región.

4. La Subcomisión Asesora sobre Registro de Cáncer será coordinada por el Departamento de Epidemiología de la División de Rectoría y Regulación del Ministerio de Salud.
5. La Subcomisión funcionará en dependencias del Ministerio de Salud, y sesionará con la periodicidad que estimen sus integrantes.
6. La Subcomisión podrá formar comités de carácter transitorios con el propósito de resolver temas o tareas específicas, así como invitar a sus reuniones a profesionales y a expertos en materias relacionadas con Cáncer, de acuerdo a los objetivos a que se abocará.
7. La Subcomisión entregará anualmente al Jefe de la División, un resumen de las actividades realizadas.

ANÓTESE Y COMUNÍQUESE.,  
POR ORDEN DEL PRESIDENTE DE LA REPÚBLICA

OSVALDO ARTAZA BARRIOS  
MINISTRO DE SALUD

## 5- BIBLIOGRAFÍA

- Clasificación Internacional de Enfermedades para Oncología, Segunda Edición. Organización Panamericana de la Salud, Oficina Sanitaria Panamericana, Oficina Regional de la Organización Mundial de la Salud.
- Clasificación Internacional de Enfermedades para Oncología, Tercera Edición. Organización Panamericana de la Salud, Oficina Sanitaria Panamericana, Oficina Regional de la Organización Mundial de la Salud.
- Epidemiología del Cáncer: principios y métodos. Isabel dos Santos Silva. Agencia internacional de Investigación sobre el cáncer. Organización Mundial de la Salud.1999.
- Información de Mortalidad por Cáncer Publicada por el Departamento de Estadísticas e Información en Salud (DEIS) del Ministerio de Salud, Página [www.misal.cl](http://www.misal.cl)
- Manual de Cáncer para Personal que Registra. Desteban, S. Wehelan, Alanudico and D.M.Parkin. IARC Reporte Técnico N°10.
- Objetivos Sanitarios para la década 2000-2010, Departamento de Epidemiología, Ministerio de Salud.
- Registros de Cáncer, Principios y Métodos, IARC, Publicaciones Científicas N°95, Lyon, Francia 1995.
- International Rules for Multiple Primary Cancers (ICD-0 Third Edition).Lyon 2004, IACR, IARC. WHO.