

Manual de procedimientos

Registro Nacional de Cáncer de Cuba

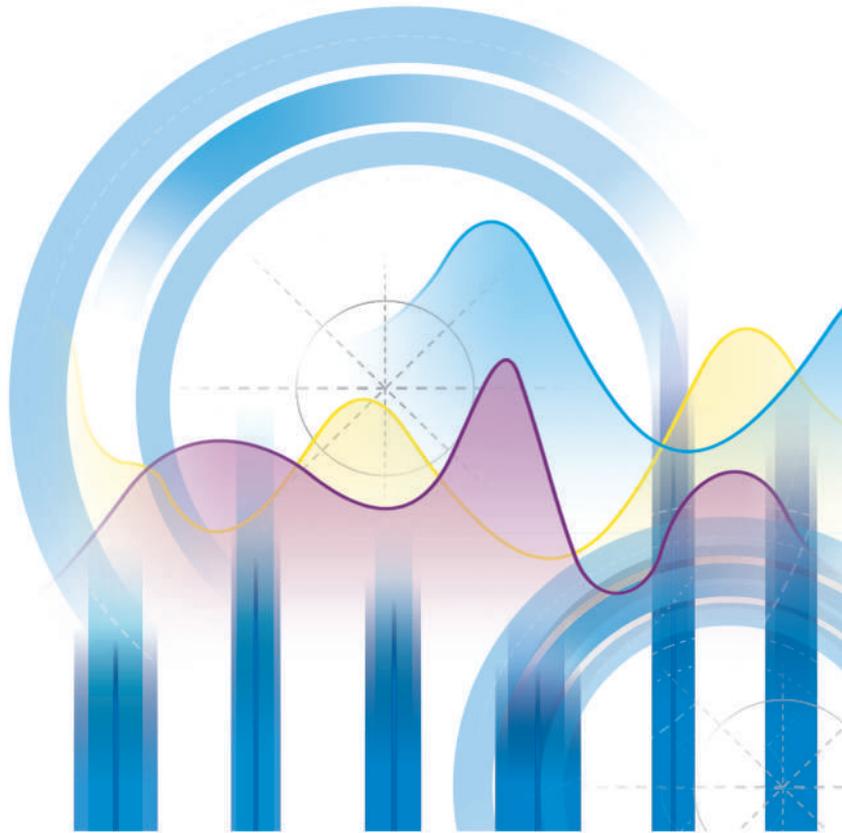


Manual de procedimientos

Registro Nacional de Cáncer de Cuba

Manual de procedimientos

Registro Nacional de Cáncer de Cuba



Catalogación de la Editorial Ciencias Médicas
Cuba. Ministerio de Salud Pública. Dirección de Registros Médicos y Estadísticas de Salud. Manual de procedimientos. Registro Nacional de Cáncer de Cuba. Colectivo de autores; —La Habana: Editorial Ciencias Médicas, 2024.

80 p.: il., tab.— (Colección Publicaciones Institucionales. Serie Procedimientos)

-

Registros/métodos, Fuentes de Información, Neoplasias, Confidencialidad, Informe de Casos/normas, Cuba

-

WQ 84.4

Cómo citar esta obra

Ministerio de Salud Pública (CUB), Dirección de Registros Médicos y Estadísticas de Salud. Colectivo de autores. Manual de procedimientos. Registro Nacional de Cáncer de Cuba. La Habana: Editorial Ciencias Médicas; 2024. Disponible en: <http://www.bvscuba.sld.cu/libro/manual-de-procedimientos-registro-nacional-de-cancer-de-cuba/>

Edición: Lic. Rosa María Chávez Rubal

Diseño, realización y maquetación: D.I. José Manuel Oubiña González

Sobre la presente edición:

© MINSAP, 2024

© Editorial Ciencias Médicas, 2024

ISBN 978-959-316-148-0 (Impreso)

ISBN 978-959-316-147-3 (PDF)

ISBN 978-959-316-146-6 (EPUB)

Editorial Ciencias Médicas

Centro Nacional de Información de Ciencias Médicas

Calle 23, núm. 654, entre D y E, El Vedado

La Habana, C. P. 10400, Cuba

Teléfono: +53 7836 1893

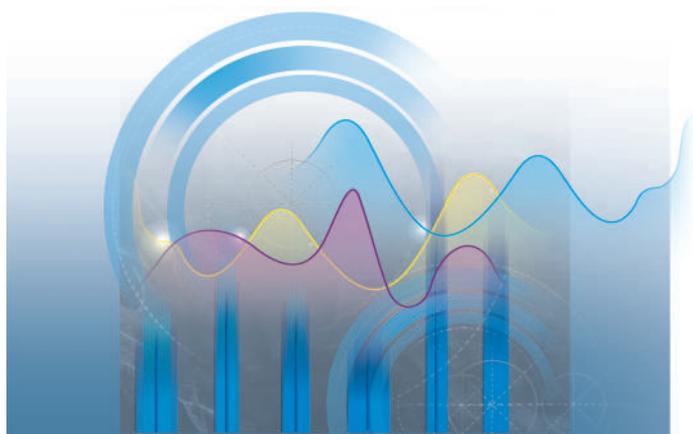
ecimed@infomed.sld.cu

www.ecimed.sld.cu



Esta obra se difunde bajo una licencia Creative Commons de Atribución No Comercial-Compartir Igual 4.0 Internacional (CC BY-NC-SA 4.0). Usted es libre de copiar, compartir, distribuir, exhibir o implementar sin permiso, salvo con las siguientes condiciones: reconocer a sus autores (atribución), no usar la obra de manera comercial (no comercial) y, si produce obras derivadas, mantener la misma licencia que el original (compartir igual).

<https://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/4.0/deed.es>



Autoría

Autores

Yaima Haydeé Galán Álvarez

Máster en Salud Pública. Licenciada en Matemática.

Profesora Auxiliar.

Investigadora Auxiliar.

Registro Nacional de Cáncer.

<https://orcid.org/0000-0001-9953-7577>

Leticia Maria Fernández Garrote

Doctor en Ciencias Médicas.

Especialista de II Grado en Bioestadística.

Doctor en Estomatología.

Profesora Titular y Consultante.

Investigadora Titular.

Registro Nacional de Cáncer.

<https://orcid.org/0000-0001-6343-0356>

Lic. Yinet Iglesias Ventura

Licenciada en Gestión de Información en Salud

Investigador Aspirante. Universidad de Ciencias Médicas de La Habana

Registro Nacional de Cáncer

<https://orcid.org/0000-0002-0694-0330>

Gustavo Kindelan Valerino

Licenciado en Gestión de Información en Salud

Grupo de Control de Calidad del Registro Nacional de Cáncer

<https://orcid.org/0000-0001-5585-8846>

Susana Planas Cancio

Licenciada en Economía

Dirección General de Salud de Villa Clara

<https://orcid.org/0000-0002-3170-3038>

María Elena Pérez Leyva

Licenciada en Gestión de Información en Salud

Máster en Salud Pública

Dirección de Registros Médicos y Estadísticas de Salud. MINSAP

<https://orcid.org/0000-0002-4113-0501>

Sonia Bess Constantén

Doctora en Estomatología

Dirección de Registros Médicos Estadísticas de Salud del MINSAP

Especialista de Primer Grado en Bioestadística

Colaboradores

Pinar del Rio	Lic. Norisley Morejon Concepción
Artemisa	Lic. Naidel Chirino Barros
La Habana	Lic. Ainavis Arrebato Romero
Mayabeque	Lic. Raquel María Cubertie Chaviano
Matanzas	Lic. Odailyn Ramírez Montes de Oca
Villa Clara	Lic. Arlenys Zamora García
Cienfuegos	Dr. Julio Cesar Díaz Marrero
Sancti Spíritus	Lic. José Carlos Cabrales Horien
Ciego de Ávila	Lic. Noelis Y. Vázquez Vázquez
Camagüey	Lic. Anabella Acuña Martínez
Las Tunas	Lic. Yoanny Mendoza Font
Holguín	Lic. Julita Evangelista Parra Lahens
Granma	Lic. Amarilis Jiménez Piña
Santiago de Cuba	Lic. Sonia Cosido Cano
Guantánamo	Lic. Dania Lara Saing
Isla de la Juventud	Lic. Eduardo Hechavarría Infante

Revisores externos

Isis Alonso Expósito

Especialista de primer grado en Medicina General Integral

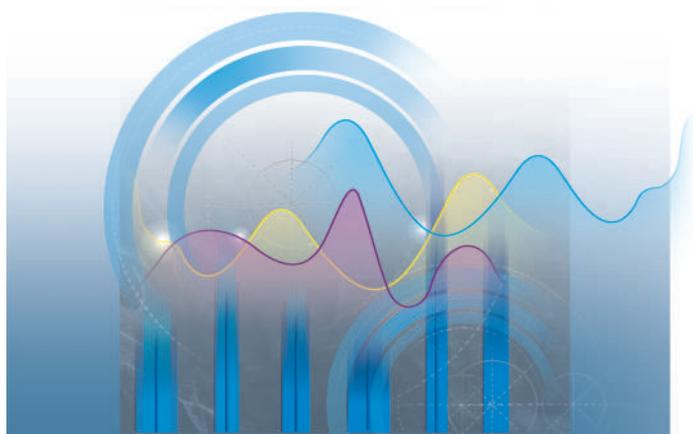
Especialista de primer grado en Bioestadística

Dirección de Registros Médicos y Estadísticas de Salud. MINSAP

Ismell Alonso Alomá

Especialista de primer grado en Bioestadística

Dirección de Registros Médicos y Estadísticas de Salud. MINSAP



Prefacio

El documento que se presenta es la versión VII del Manual de Procedimientos del Registro Nacional de Cáncer de Cuba (RNC). Esta nueva actualización contiene novedosos elementos de tipo organizativo y técnico que desde ahora componen este complejo sistema de información.

Para el diseño y discusión de este manual, se utilizó como referencia los manuales anteriores, la literatura existente sobre el tema y la estructura del Manual de Procedimientos propuesta por la Red Iberoamericana de Sistemas de Información y Epidemiología del Cáncer (REDEPICAN), cuya coordinación fue llevada a cabo por el grupo de trabajo de Cuba.

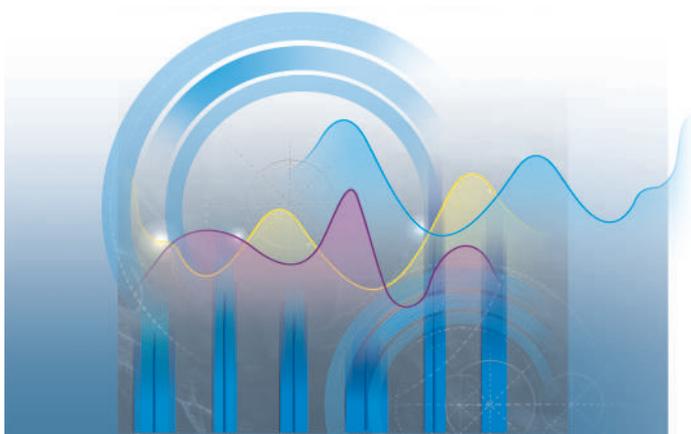
En la etapa final de su desarrollo, el manual fue sometido a un proceso de revisión externa y a una sesión final de discusión en la Dirección de Registros Médicos y Estadísticas de Salud del MINSAP.

Los autores esperamos que este manual constituya un instrumento de trabajo indispensable en todas las unidades de salud que reportan casos de cáncer y en los departamentos de Registros Médicos y Estadísticas de Salud del país. Seguramente, su uso continuo contribuirá a elevar cada día la

calidad del RNC de Cuba y los indicadores que, de él emanan, aportarán al Sistema Nacional de Salud la información necesaria para elaborar nuevas estrategias para el control del cáncer en Cuba.

Para esto, trabajamos sin descanso

Dra. C. Leticia Maria Fernández Garrote.
Especialista Superior del Registro Nacional de Câncer de Cuba



Índice de contenidos

Introducción/ 1

Registro Nacional de Cáncer de Cuba/ 3

Propósito y objetivos/ 3

Área geográfica de cobertura y población/ 4

Estructura organizativa/ 4

Funciones y responsabilidades/ 5

Flujo de la información/ 8

Registros de casos/ 9

Formularios de recogida de datos y descripción de las variables/ 10

Formulario "Reporte de Cáncer"/ 10

Formulario "Paciente Oncológico"/ 13

Formulario "Pacientes Oncológicos"/ 14

Métodos de captación de casos y fuentes de información/ 15

Identificación de los casos/ 15

Fuentes de información/ 16

Codificación de los datos/ 16

Procedimientos de recogida y procesamiento de datos/ 18

Detección de duplicidades/ 25

Búsqueda de casos "Solo por certificado de defunción"/ 28

Control de calidad/ 29

Cuadros estadísticos básicos anuales/ 36

Normas ético-legales y de confidencialidad/ 39

Pautas éticas establecidas/ 40

Confidencialidad/ 40

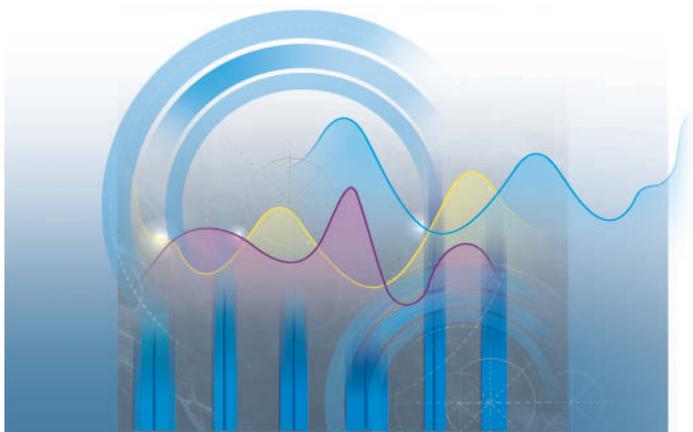
Normas para el proceso de recolección de la información/ 42

Supervisiones/ 45

Instrucciones generales para las supervisiones/ 46

Referencias bibliográficas/ 48

Anexos/ 50



Introducción

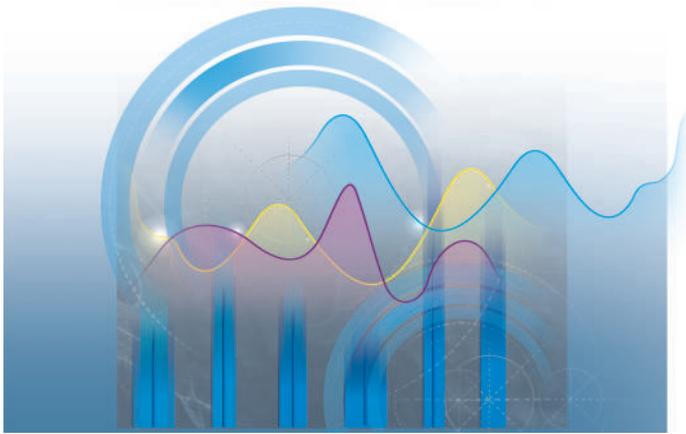
Con el fin de conocer la magnitud del problema cáncer se creó en Cuba, en 1964, el Registro Nacional de Cáncer. Desde su concepción, este registro ha sido de base poblacional y de alcance nacional. Durante los primeros años, este sistema utilizó métodos manuales y mecanizados para el tratamiento de los datos. Entre 1982 y 1985, se diseñó un nuevo sistema de información⁽¹⁾ que fue implantado en todo el país en el año 1986. Se realizaron cambios organizativos, de procesamiento y validación de la información lo cual contribuyó a un incremento de la calidad de los datos. En ese momento, se estableció el reporte obligatorio de todo caso de cáncer diagnosticado en el país mediante la Resolución Ministerial No. 6 del año 1986 y se comenzó a conocer al Registro con las siglas RNC.

A partir de 1994, se descentralizó el procesamiento de los datos del RNC en las 14 provincias del país y el municipio especial Isla de la Juventud, acorde a la división político administrativa existente en aquel momento en Cuba. En el año 2000 se redactaron las normas de confidencialidad de los datos del RNC, y entre los años 2007 y 2012 se comenzó el proceso de perfeccionamiento del sistema de información. Este incluyó: el diseño del nuevo formulario de “Reporte de Cáncer”, la implementación de la tercera edición de la Clasificación Internacional de Enfermedades para Oncología, la actualización del Manual de Procedimientos (MP) y el fortalecimiento del registro en las provincias, lo cual potenció sustancialmente la Red del RNC. Este trabajo se realizó a través de un Proyecto de desarrollo tecnológico financiado por la ONG *mediCuba* Suiza.

En este sentido, el presente manual sustituye al publicado en el año 2010⁽²⁾. En esta nueva edición, se describe la estructura jerárquica y funcional del RNC de

Cuba, así como las principales definiciones y funciones en todos los niveles. Se incluyen las fuentes de información, los procedimientos para la captación de los datos, el control de la calidad y la búsqueda de los casos reportados solo por certificado de defunción. Además, se incluyen las nuevas normas de confidencialidad y protección de los datos, los formularios para la recogida y solicitud de información, y las pautas para las visitas sistemáticas a las unidades informantes. El fin de este manual es que sirva de instrumento de trabajo diario para los trabajadores del RNC y como una herramienta para el control y auditoría de este sistema de información.





Registro Nacional de Cáncer de Cuba

Propósito y objetivos

El propósito del RNC es proveer al país y, en especial, al Sistema Nacional de Salud de Cuba con la información necesaria para:

- Conocer el comportamiento epidemiológico del cáncer en Cuba.
- Diseñar y evaluar las acciones de prevención, diagnóstico y tratamiento del cáncer en Cuba.
- Planificar los recursos materiales y humanos para la atención al paciente oncológico.
- Contribuir a la investigación clínica y epidemiológica acerca del cáncer.

Tiene como objetivo general: determinar los principales indicadores epidemiológicos descriptivos del cáncer en Cuba. Mientras que sus objetivos específicos son:

1. Emitir las frecuencias y las tasas de incidencia específicas por edad y sexo para cada localización topográfica, grupo diagnóstico y edad; así como las tasas crudas y las ajustadas a la población estándar mundial, para Cuba y para cada una de las provincias.
2. Emitir las frecuencias absolutas y relativas para cada localización según las etapas clínicas al diagnóstico, la provincia y unidad informante, la base más válida para el diagnóstico y otras variables de interés.
 - Identificar el cumplimiento de los indicadores de calidad de los datos para Cuba, por provincia, unidad informante y localización.
 - Desarrollar los estudios que permitan estimar las cifras de supervivencia poblacional por cáncer en Cuba.

Área geográfica de cobertura y población

El área geográfica de cobertura del RNC de Cuba es la totalidad del país, distribuido en las 15 provincias y el municipio especial Isla de la Juventud, de acuerdo a la División Político-Administrativa vigente desde el año 2011.

El RNC incluye a la población residente en Cuba, que según las cifras publicadas por la Oficina Nacional de Estadística e Información de la República de Cuba como población media (semisuma de las poblaciones al inicio y final del año), es una población total de de 10 242 351 en 2023⁽³⁾.

Estructura organizativa

El RNC es el subsistema de información, dentro del Sistema de Información de Estadísticas Complementario del Ministerio de Salud Pública de Cuba, que se encarga de recolectar, almacenar, procesar, analizar y publicar la información sobre todos los casos de cáncer que se diagnostican cada año en el país. Es parte integral del Sistema de Información del Gobierno de acuerdo a lo establecido en el Decreto-Ley No. 6 del Consejo de Estado, publicado en la Gaceta Oficial de la República de Cuba el 2 de julio de 2020⁽⁴⁾.

El RNC, desde el punto de vista administrativo, forma parte de la Dirección de Registros Médicos y Estadísticas de Salud del MINSAP y es quien dirige la Red de Registros de Cáncer de Cuba.

La Red del Registro de Cáncer de Cuba, desde el punto de vista funcional, está formada por 16 grupos provinciales coordinados por el Jefe del Departamento de Registros Médicos y Estadísticas de Salud de las Direcciones Provinciales de Salud y del municipio especial Isla de la Juventud y del cual forman parte un profesional o técnico de dicho departamento y el personal capacitado como registrador de los departamentos de Registros Médicos y Estadísticas de Salud de los hospitales que diagnostican casos de cáncer en la provincia y en el municipio especial Isla de la Juventud. Además, forman parte de la estructura funcional del RNC las unidades de salud de subordinación nacional representadas por el jefe del departamento de Registros Médicos y Estadísticas de Salud.

Todos los especialistas y técnicos relacionados con el manejo de información deberán estar acreditados para cumplir esas funciones y las normas establecidas para la confidencialidad y las de protección de los datos.

Las unidades de salud de subordinación nacional, los hospitales y los policlínicos que diagnostican y reportan casos de cáncer al RNC son denominadas como “unidades informantes” (Anexo 1).

El jefe del RNC está encargado de dirigir técnicamente el sistema de información a través de sus grupos de control de calidad, análisis de datos e informatización y procesamiento y edición de datos. Cuenta con un personal profesional y técnico dedicado por completo al diseño y conducción del sistema de información del RNC. Como parte de sus

funciones debe exigir y controlar el cumplimiento de los procedimientos del RNC a nivel nacional y emitir las estadísticas de cáncer en Cuba, así como mantener una actualización en este tema y una asesoría metodológica constante a toda la Red de Registros de Cáncer. Además, coordina una Comisión Técnica Asesora para la toma de decisiones en algunos temas pertinentes en el desarrollo del RNC.

En cada uno de los Departamentos de Registros Médicos y Estadísticas de Salud de las Direcciones Provinciales y el municipio especial Isla de la Juventud se cuenta con un personal técnico o profesional, dedicado completamente al RNC.

A partir del año 2015, se incorporó a esta estructura un técnico dedicado al trabajo del RNC en los departamentos de Registros Médicos y Estadísticas de Salud de cada una de las unidades informantes que reportan más de 800 casos anuales (Anexo 1). En el resto de las unidades informantes, se le asignan estas funciones a un técnico del departamento mencionado, previamente entrenado.

Funciones y responsabilidades

Las funciones de cada uno de los componentes de la estructura del RNC son:

Registro Nacional de Cáncer:

Recursos Humanos: Cuenta con un jefe y los grupos de control de calidad, de análisis de datos e informatización y de procesamiento y edición de datos. Además, se crean cuantos grupos de trabajo sean necesarios para el cumplimiento de las tareas planificadas. Sus funciones son:

- El jefe deberá exigir y controlar el cumplimiento de los procedimientos del RNC a nivel nacional y realizar supervisiones anuales a toda la red, con el objetivo de garantizar la calidad y flujo continuo del dato primario.
- Deberá orientar el trabajo de los Grupos Provinciales del RNC.
- Deberá evaluar el cumplimiento del llenado del reporte de cáncer, con la calidad requerida, a todo caso que se diagnostique con esa enfermedad.
- Velará por el cumplimiento de las normas ético-legales y de confidencialidad de los datos.
- Deberá evaluar la calidad de los datos y del sistema de información.

Sus responsabilidades son:

- El jefe deberá propiciar el desarrollo de investigaciones epidemiológicas en cáncer con la participación de la red; producir estadísticas y estudios epidemiológicos sobre la incidencia, mortalidad y supervivencia del cáncer en Cuba; y evaluar y controlar el impacto de la enfermedad en la comunidad.
- Será el encargado de realizar y mantener una actualización permanente sobre este tema a todos los profesionales y técnicos, así como una asesoría metodológica constante a toda la red del RNC.

- Deberá entregar un informe trimestral al director de Registros Médicos y Estadísticas de Salud del MINSAP, con el estado del flujo y calidad del reporte de cáncer en el período.
- Garantizará la emisión y publicación de las estadísticas de incidencia del cáncer en Cuba.

Comisión Técnica Asesora:

Recursos Humanos: Cuenta con un presidente que es el jefe del Registro Nacional de Cáncer. Sus miembros son:

- Director de la Dirección de Registros Médicos y Estadísticas de Salud del MINSAP.
- Jefe de la Sección de Control de Cáncer del MINSAP.
- Un especialista técnico del RNC.
- Un representante de los grupos provinciales del RNC.
- Un representante del Grupo Nacional de Oncología.
- Un especialista en Anatomía Patológica designado.
- Cuantos invitados sea necesario según el tema.

Sus funciones son:

- Trabaja como órgano asesor en todo lo relacionado con la actividad del RNC que sea necesario para el cumplimiento de los objetivos previstos.
- Aprobará los cambios propuestos a los procedimientos administrativos y técnicos de este.
- Contribuirá a las decisiones que se deriven del análisis de los datos del RNC.

Sus responsabilidades son:

- Disponer de un calendario de reuniones con la periodicidad que acuerden sus miembros.
- El presidente de la Comisión será responsable de planificar las reuniones, convocar a los miembros y distribuir con tiempo la agenda prevista, controlar el cumplimiento de los acuerdos tomados; así como invitar a personas externas en caso necesario.

Grupos Provinciales (incluye al municipio especial Isla de la Juventud):

Recursos Humanos: Cuenta entre sus miembros al jefe del Departamento de Registros Médicos y Estadísticas de Salud, un técnico o profesional responsable del Registro de Cáncer en cada Departamento de Registros Médicos y Estadística de Salud de los territorios, el personal capacitado como registrador de los departamentos de Registros Médicos y Estadísticas de Salud de los hospitales que diagnostican casos de cáncer en la provincia y en el municipio especial Isla de la Juventud. Sus funciones son:

- El jefe deberá garantizar el cumplimiento de los procedimientos del RNC a nivel territorial.

- Deberá evaluar el cumplimiento del llenado del reporte de cáncer, con la calidad requerida, a todo caso que se diagnostique con esa enfermedad.
- Velará por el cumplimiento de las normas ético-legales y de confidencialidad de los datos.
- Brindará los resultados del RNC en la provincia a las autoridades de salud.
- Realizará supervisiones anuales a todas las unidades informantes del territorio, con el objetivo de garantizar la calidad y flujo continuo del dato primario.

Sus responsabilidades son:

- El jefe del Departamento de Registros Médicos y Estadísticas de Salud deberá exigir a las unidades informantes y al técnico responsable a nivel territorial el cumplimiento de los procedimientos del RNC.
- Convocará al grupo provincial e invitará a otros especialistas cuando lo considere necesario.
- Deberá evaluar los indicadores de calidad de los datos, realizar las inspecciones a las unidades informantes y solicitar información de reparo cuando se detecten errores u omisiones en los datos.
- Enviará toda la información requerida al RNC, de acuerdo al calendario estadístico establecido.
- Deberá brindar información, trimestralmente, sobre la situación del reporte de cáncer al director de Salud del territorio. Este último será el máximo responsable de todo lo relacionado con la actividad del RNC.

Unidades informantes (instituciones hospitalarias y unidades nacionales que reportan casos de cáncer):

Recursos Humanos: Cuenta con un personal técnico o profesional (registrador), responsable del sistema de información del RNC en el Departamento de Registros Médicos y Estadísticas de Salud de la Unidad. Son considerados parte del equipo del RNC todos los médicos asistenciales que diagnostican o tratan casos de cáncer; los jefes y técnicos designados en los departamentos de anatomía patológica y laboratorios clínicos que participan en el llenado del formulario “Pacientes Oncológicos”, con los casos diagnosticados en esos laboratorios. Sus funciones son:

- Los médicos de asistencia tendrán la obligación de llenar el formulario de “Reporte de Cáncer” (Anexo 2.1) a todos los casos que diagnostiquen o traten con esa enfermedad, como médicos informantes, de acuerdo a la obligatoriedad que le corresponde según la Resolución Ministerial No. 6 de 1986.
- Los registradores deberán velar porque todos los casos de cáncer tengan un “Reporte de cáncer” por cada nuevo tumor que se diagnostique; para lo cual trabajarán estrechamente con los médicos asistenciales y revisarán cada vez que sea necesario todas las fuentes de información disponibles.

- Los jefes del Departamento de Registros Médicos y Estadísticas de Salud del hospital evaluarán el cumplimiento del llenado del “Reporte de cáncer” a todo nuevo tumor que se diagnostique y controlarán el cumplimiento de los procedimientos del registro. Rendirán un informe, según un plan anual, a la vicedirección de asistencia médica del hospital y al director, sobre el número de casos diagnosticados en la unidad y los reportados al nivel superior. En ambos casos propiciarán la discusión y toma de acuerdos de las deficiencias detectadas.

Sus responsabilidades son:

- Los directores de las unidades hospitalarias donde se diagnostican casos de cáncer serán los máximos responsables de todo lo concerniente al reporte de los casos. Deberán controlar semestralmente el número de casos reportados al registro y deberán utilizar la información del registro para su gestión administrativa.
- Los vicedirectores vinculados a la actividad asistencial tendrán a su cargo las funciones directas relacionadas con el RNC. Garantizarán el llenado del “Reporte de cáncer” por los médicos de asistencia y el cumplimiento de los procedimientos establecidos en este manual. Rendirá un informe cada 3 meses en su reunión de coordinación y semestralmente a la dirección del hospital sobre el número de tumores diagnosticados en la unidad y los reportados al nivel superior en ese período de tiempo.
- El vicedirector o directivo vinculado a los medios diagnósticos velará por la entrega en tiempo de la información sobre todo caso con confirmación histológica o citológica proveniente de anatomía patológica y la generada en el laboratorio clínico o de hematología.

Flujo de la información

El flujo de la información del RNC comienza en las unidades informantes, cuando los médicos reportan los casos de cáncer en el formulario “Reporte de cáncer”. Estos formularios son recibidos en los Departamentos de Registros Médicos y Estadísticas de Salud de dichas unidades y, a partir de ellos, se confeccionan los formularios “Paciente Oncológico” (Anexo 2.2) para cada caso. Con estos formularios se conforma un tarjetero de control, ordenado alfabéticamente, que ayuda a evitar posteriores duplicidades a ese nivel.

Los laboratorios de Anatomía Patológica y Hematología envían también al Departamento de Registros Médicos y Estadísticas de Salud el formulario “Paciente Oncológico” (Anexo 2.3), donde se listan los casos confirmados de cáncer por estos laboratorios. Se confrontan estos formularios con el tarjetero de control y si faltara algún reporte, el Departamento de Registros Médicos y Estadísticas de Salud envía el “Reporte de cáncer” al médico de asistencia para que proceda a su llenado. Los casos con confirmación sólo clínica o imagenológica son controlados a través del mismo procedimiento, al usar las tarjetas de egresos del hospital.

La codificación de los reportes y la introducción de datos se realizarán por el registrador, personal entrenado y acreditado, de este departamento en el sistema automatizado vigente. Una copia de estos ficheros y los reportes de cáncer originales son enviados, según calendario estadístico, al correspondiente Departamento de Registros Médicos y Estadísticas de Salud de los territorios. En estos departamentos, luego de un proceso de revisión, se solicitan los reparos a las unidades asistenciales con el objetivo de mejorar la calidad de los reportes y de las bases de datos.

Al RNC, según calendario estadístico, llegan los formularios de “Reporte de cáncer” procedentes de todos los departamentos territoriales de Registros Médicos y Estadísticas de Salud del país, los cuales son sometidos nuevamente a un proceso adicional de control de calidad y detección de duplicidades. Se solicitan reparos a los departamentos provinciales de Registros Médicos y Estadísticas de Salud en cada territorio en el caso de inconsistencias en los datos. Estos son enviados al RNC con la debida identificación.

Otra de las fuentes de información del RNC son los certificados de defunción. En este manual se corresponde a certificado médico de defunción ya que, en Cuba, de acuerdo a la Resolución Ministerial del MINSAP No. 872 del año 2015, el certificado de defunción es confeccionado siempre por un médico. Cada año, el RNC recibe de la Dirección de Registros Médicos y Estadísticas de Salud del MINSAP, la base de datos correspondiente a todas las muertes ocurridas en el país. Los fallecidos en los que aparece el cáncer como alguna causa de muerte y, que una vez chequeados contra las bases de datos del RNC, no habían sido reportados en el momento del diagnóstico, son incorporados al registro como casos reportados “inicialmente por certificado de defunción” (CDI), de los que se solicitará información clínica a los departamentos de Registros Médicos y Estadísticas de Salud en cada territorio.

Registros de casos

Se reportará al RNC todo cáncer primario diagnosticado a partir de enero de 1964, ya sea invasivo, in situ o metastásico sin primario conocido, diagnosticado por primera vez, y todos los tumores del sistema nervioso central: benignos, comportamiento incierto y malignos, según la Clasificación Internacional de Enfermedades para Oncología, tercera edición (CIE-O3)⁽⁵⁾ y la Clasificación Internacional de Tumores para la Infancia.⁽⁶⁾ A partir del año 2007, se comenzaron a reportar las neoplasias intraepitelial escamosa, grado III (NIC III), para todas las topografías.

Los tumores que se incluyen en el RNC se corresponden con los siguientes códigos de comportamiento de acuerdo a la Clasificación Internacional de Enfermedades para Oncología, tercera edición (CIE-O3):⁽⁵⁾

- Tumores benignos o de naturaleza incierta del sistema nervioso central.
- Tumores de naturaleza incierta de las vías urinarias.

- Tumores *in situ* y neoplasias intraepiteliales escamosas grado III de cuello de útero, ano, vulva y vagina.
- Tumores invasivos de cualquier localización.
- Cáncer metastásico sin primario conocido diagnosticado por primera vez.

Los criterios que deben tenerse en cuenta para registrar los casos son:

- Solo se considerarán casos registrables las personas cubanas residentes permanentes en el país.
- Se llenará un formulario de “Reporte de cáncer” por cada tumor que se diagnostique en un mismo paciente y cumpla con la definición de caso de este manual.
- Se registrarán como casos reportados “inicialmente por certificado de defunción” (CDI), los casos fallecidos que no fueron reportados al RNC en el momento del diagnóstico y cuya información procede de los certificados de defunción. Se buscarán datos clínicos de estos casos en las fuentes de información definidas en el RNC y se completará el formulario de “Reporte de cáncer”. Cuando no se haya encontrado información sobre el diagnóstico de cáncer en ninguna de las fuentes, se asumirá como fecha del diagnóstico, la fecha de la defunción. El caso se incorporará al RNC como “reportado solo por certificado de defunción” (SCD) y se incluirá en la incidencia correspondiente al año del fallecimiento.

Para que un nuevo caso de cáncer sea registrable deberá presentar como información mínima los siguientes elementos:

- Nombre y primer apellido.
- Fecha de nacimiento o edad.
- Sexo.
- Provincia de residencia.
- Localización del cáncer.
- Morfología del tumor
- Comportamiento.
- Año de Incidencia.

Formularios de recogida de datos y descripción de las variables

Formulario “Reporte de Cáncer”

Uno de los formularios con los que se trabaja es el “Reporte de Cáncer” (Anexo 2.1). Las instrucciones para su llenado son:

- Este formulario se confeccionará por los médicos de asistencia que diagnostican o tratan los pacientes con cáncer.

- Se confeccionará solo a ciudadanos cubanos, residentes en Cuba, con letra de molde legible y no se usarán abreviaturas.
- El instructivo de llenado aparece en el reverso del formulario.
- En caso que el paciente de cáncer sea diagnosticado de un nuevo tumor primario se llenará un nuevo reporte de cáncer (tumor múltiple).

Las variables que se presentan en este formulario son:

Número de reporte: Es el número de registro asignado a cada reporte para su identificación. Los primeros dos dígitos se corresponden con el año en que el paciente fue diagnosticado seguido de cuatro dígitos correspondientes al código de la unidad que reporta (véase Anexo 1) y de un número consecutivo para ese año.

La numeración inicia el primer día de cada año y se asigna por el responsable del RNC del Departamento de Registros Médicos y Estadísticas de Salud de cada institución que diagnostica e introduce el caso. Una vez asignado el número del primer caso, el sistema se encargará de adjudicar consecutivamente los siguientes.

Datos personales:

- No. de carné de identidad: Es el número de identificación personal único para cada ciudadano cubano. En caso de no aparecer en la historia clínica se debe colocar en las seis primeras casillas la fecha de nacimiento, en el formato año, mes, día.
- Nombres y apellidos: Es el nombre completo del paciente según aparece en el carné de identidad. Escribir con letra legible y sin abreviaturas.
- Edad: Es la edad del paciente en años cumplidos al momento del diagnóstico.
- Sexo: Es el sexo del paciente (femenino, masculino). Se debe marcar en la casilla con una x según corresponda.
- Color de la piel: Es el color de la piel que aparece la historia clínica.
- Dirección actual: Es la residencia habitual del paciente según aparece en la historia clínica y/o en el carné de identidad.
- Provincia: Es la provincia de residencia según carné de identidad.
- Municipio: Es el municipio de residencia.
- Embarazo: Se debe marcar si el diagnóstico de cáncer se hace en una mujer embarazada, y si este fuese el caso, se debe especificar el trimestre del embarazo, de acuerdo a como aparece este dato en la historia clínica.
- VIH+: Se debe señalar si el paciente tiene resultado positivo de serología para VIH, de acuerdo a si aparece este dato en la historia clínica.
- Historia clínica: Es el número de historia clínica del paciente en la unidad informante.

Datos generales sobre el tumor:

- Fecha de diagnóstico: Es la fecha del primer informe anatomopatológico o del primer diagnóstico de cáncer por un médico.
- Localización (topografía): Es la localización anatómica del tumor primario en palabras. Se realiza lo más detallada posible (subsitio anatómico).

- Bilateral: Si el tumor es metacrónico, se debe marcar derecho o izquierdo. Si es sincrónico, se debe especificar la lateralidad del tumor de mayor tamaño para el estadiamiento.
- Tipo histológico (morfología): Es el diagnóstico histológico completo tal como aparece en el informe de anatomía patológica.
- TNM: Según la clasificación internacional de los tumores, se debe marcar si es clínico o patológico. Las variables con las que se trabaja en este punto son:
 - T: tamaño del tumor.
 - N: presencia o ausencia de metástasis en los ganglios linfáticos regionales.
 - M: presencia o ausencia de metástasis a distancia.
- S: marcador tumoral en suero para el cáncer de testículo, basado en los valores de la alfafeto proteína, gonadotropina coriónica y la deshidrogenasa láctica del suero.
- PSA: Se debe escribir el valor del antígeno prostático específico (PSA) en el momento de la confirmación histológica del cáncer de próstata.
- Tumor primitivo o metástasis sin tumor primario conocido: Se debe señalar si el diagnóstico es de un tumor primario o de una metástasis sin conocer el sitio anatómico del tumor primario que la originó.
- Base más válida del diagnóstico: Se señalará el método de mayor exactitud utilizado para establecer el diagnóstico del paciente.
- Extensión clínica: Es la extensión clínica de la enfermedad al momento del diagnóstico.
- Etapa clínica: Es la etapa clínica al diagnóstico según las normas internacionales vigentes.
- Grado de diferenciación: Se debe especificar el grado de diferenciación histológica.

En el caso de los tumores del sistema hematopoyético y del retículo endotelial se marcará en la casilla correspondiente, según aparece en la información del resultado del Laboratorio Clínico o de hematología:

- Transformación hematológica: Si una neoplasia hematológica maligna (NHM) ocurre después de un primer tumor hematológico, debe considerarse como una transformación de la primera si tiene la misma estirpe celular (p. ej.: ambas neoplasias son linfoides). Si la estirpe celular de la segunda NHM es diferente que el de la primera, se considerará un tumor múltiple (p. ej.: una neoplasia maligna mielóide que sigue a una neoplasia maligna linfóide). Cuando una NHM se transforma en una nueva entidad morfológica, solo el primer tumor es considerado como un caso incidente: el tumor transformado no debe ser considerado como un nuevo tumor y no se registra como caso incidente.

Algunas entidades como los síndromes mielodisplásicos (SMD), las neoplasias mieloproliferativas crónicas (NMPC) o los intermedios SMD/NMPC pueden evolucionar a leucemia aguda (LA). Si el diagnóstico de LA se produce en menos de 3 meses después del diagnóstico inicial de SMD o NMPC, solo debe codificarse el caso como LA y la fecha de

incidencia será la fecha del primer diagnóstico de neoplasia hematológica. Si el intervalo entre ambos diagnósticos es superior a los 3 meses, la LA se considerará una transformación y deberá codificarse como “transformación” a LA.

- Fecha de primeros síntomas: Es el día, mes y año en que aparecen los primeros síntomas de la enfermedad.
- Clasificación: Es la clasificación de las neoplasias hematológicas malignas de acuerdo a la clasificación vigente.⁽⁵⁾ Se debe marcar según el tipo de tumor la casilla que corresponde a la clasificación específica.
- Fuentes de información: Se deben especificar todas las fuentes por las que el paciente fue reportado.
- Unidad informante: Se debe escribir el nombre completo de la unidad hospitalaria donde se confecciona el reporte de cáncer.
- Provincia informante: Es la provincia a la que pertenece la unidad informante.
- Nombre del médico: Se debe escribir con letra clara y legible.
- Firma: Se debe colocar la firma y el cuño del médico.
- Fecha: Se debe colocar la fecha exacta del llenado del Reporte (DD/MM/AAAA).

Formulario “Paciente Oncológico”

Otro de los formularios con el que se trabaja es el formulario es “Paciente Oncológico” (Anexo 2.2). Este es un formulario que llena el responsable del RNC en el Departamento de Registros Médicos y Estadísticas de Salud de cada unidad informante a cada caso reportado de cáncer. Se archiva en orden alfabético, formando un “tarjetero”. Las variables que en él se desarrollan son:

- 1er. Apellido, 2do. Apellido, Nombres: Corresponden al nombre y apellidos completos del paciente según aparece en el formulario “Reporte de Cáncer”.
- No. Carné de Identidad: Es el número de identificación personal único para cada ciudadano cubano. En caso de no aparecer en la historia clínica se debe escribir los seis primeros dígitos la fecha de nacimiento, en el formato año, mes, día.
- Edad: Es la edad del paciente en años cumplidos al momento del diagnóstico.
- Historia clínica: Es el número de historia clínica del paciente en la unidad informante.
- Unidad hospitalaria: Se debe escribir el nombre completo de la unidad hospitalaria donde se confeccionó el reporte de cáncer.
- Fecha de diagnóstico: Se escribirá en la casilla correspondiente (día, mes, año), la fecha de diagnóstico, tanto para el primer como para el segundo diagnóstico.
- Fecha de reporte: Se escribirá en la casilla correspondiente (día, mes, año), la fecha de reporte, tanto para el primer como para el segundo diagnóstico.
- Localización (topografía): Es la localización anatómica del tumor primario que aparece en el reporte de cáncer, tanto para el primer como para el segundo diagnóstico.
- Tipo histológico (morfología): Es el diagnóstico histológico que aparece en el reporte de cáncer, tanto para el primer como para el segundo diagnóstico.

- Fecha de fallecimiento: Se escribirá el día, mes y *año* (si el caso aparece como fallecido, se actualizará este dato en el formulario).
- TNM: Es el que aparece en el reporte de cáncer.
- Etapa clínica: Es la que aparece en el reporte de cáncer.

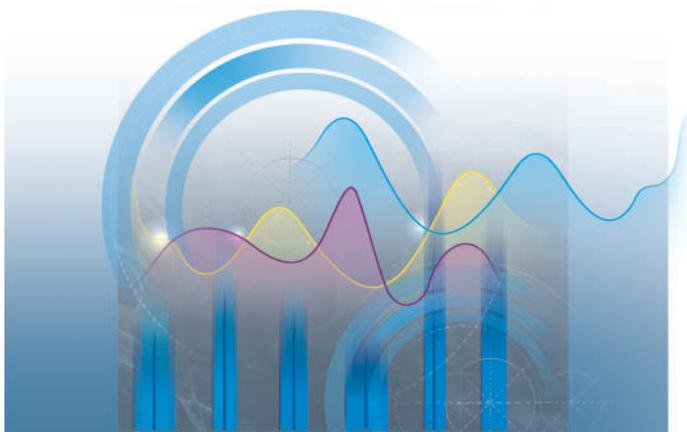
Formulario “Pacientes Oncológicos”

El formulario “Pacientes Oncológicos” (Anexo 2.3) se llenará en las unidades hospitalarias donde se realice el diagnóstico de los casos de cáncer, en los correspondientes laboratorios de Anatomía Patológica y Clínico o de Hematología y se enviará según el calendario establecido al Departamento de Registros Médicos y Estadísticas de Salud de la unidad.

Las variables que en él se trabajan son:

- Fuente de información: Se debe especificar si el formulario corresponde al Laboratorio de Anatomía Patológica o Laboratorio Clínico o de Hematología.
- Año: Es el año en curso en el que se llena el formulario.
- Semana: Es la semana correspondiente al mes en que se llena el formulario. Se escribirá el día inicial y el día final del mes correspondiente.
- 1er. Apellido, 2do. Apellido, Nombres: Corresponden con el nombre y apellidos completos del paciente.
- Historia clínica: Es el número de historia clínica del paciente en la unidad informante.
- Servicio: Se debe escribir el nombre completo del servicio clínico o quirúrgico de la unidad de la cual procede la muestra.
- Número de referencia: Se coloca el número según la información del laboratorio.
- Topografía: Es la localización anatómica del tumor primario en palabras. Se realizará lo más detallada posible (subsitio anatómico).
- Morfología: Es la descripción completa del diagnóstico histológico.





Métodos de captación de casos y fuentes de información

Es obligatorio confeccionar el formulario “Reporte de Cáncer” para todos los casos con diagnóstico de cáncer que sean identificados o tratados en cualquier institución del Sistema Nacional de Salud. Igualmente, tiene igual carácter en las unidades asistenciales vinculadas a otros organismos (MINFAR, MININT), que posean los medios diagnósticos necesarios y se encuentren incluidas en las unidades de diagnóstico o tratamiento del listado de unidades informantes de la Red del Registro de Cáncer (véase Anexo1).

Identificación de los casos

Con el propósito de lograr la identificación de todos los casos nuevos de cáncer ocurridos durante 1 año en Cuba, se utilizan los métodos de captación mixta (pasiva y activa), para asegurar la exhaustividad de la cobertura del registro.

Cuando el registrador recibe en el Departamento de Registros Médicos y Estadísticas de Salud de las unidades que informan al RNC, los formularios de “Reportes de cáncer” provenientes de los médicos de asistencia que diagnostican o tratan pacientes de cáncer en esa unidad, se habla de captación pasiva.

Por otra parte, la *búsqueda activa* sucede cuando el registrador busca los casos de cáncer a partir de la información existente en todas las fuentes de información establecidas. Este no solo trabaja en la identificación de los casos nuevos sino también en la obtención de datos clínicos o de laboratorio que permitan mejorar la calidad del reporte cuando este es incompleto.

Si los médicos de asistencia cumplen en la mayoría de los casos con la resolución de obligatoriedad del reporte, solamente deben ser recuperados al registro, por medio de la búsqueda activa, un número pequeño de casos.

Fuentes de información

Las fuentes de información para obtener los casos para reportar al RNC de Cuba son:

- Registros de Anatomía Patológica: Estos departamentos deben enviar al Departamento de Registros Médicos y Estadísticas de Salud de la institución, los formularios “Pacientes Oncológicos”, con la información sobre los casos diagnosticados en ese laboratorio. En caso de no ocurrir así, el personal responsable del RNC en el departamento de Registros Médicos y Estadísticas de Salud de la institución deberá reclamar la información de los casos nuevos y en caso de dificultades no solucionables, revisará los registros de citologías, biopsias y necropsias para obtener los datos sobre nuevos diagnósticos.
- Registros de Laboratorio Clínico: Serán aquellos provenientes de las áreas de hematología especial, incluyen *smears* periféricos, aspiración de médula y cualquier otra prueba que permita el diagnóstico de un caso de cáncer del sistema hemolinfopoyético o retículo endotelial. Estos laboratorios deberán enviar al Departamento de Registros Médicos y Estadísticas de Salud de la institución, los formularios “Pacientes Oncológicos”, con la información sobre los casos diagnosticados en ese laboratorio. En caso de no ocurrir así, el personal responsable del RNC en el Departamento de Registros Médicos y Estadísticas de Salud de la institución deberá reclamar la información de los casos nuevos y en caso de dificultades no solucionables, revisará los registros de ese laboratorio para obtener los datos sobre nuevos diagnósticos.
- Documentos en los Departamentos de Registros Médicos y Estadísticas de Salud: Se deberá revisar la información sobre los egresos por cáncer, registro de los certificados médicos de defunción, certificados médicos de invalidez temporal e historias clínicas. Los casos que aparezcan con diagnóstico de cáncer, en cualquiera de estas fuentes, se buscarán en el tarjetero control del registro que contiene los formularios “Paciente Oncológico”. Los casos que no aparezcan es porque no han sido reportados y por tanto se deberá cumplir con los procedimientos establecidos para llenar el reporte.

Codificación de los datos

En las unidades informantes, los registradores (personal del Departamento de Registros Médicos y Estadísticas de Salud) que se encuentran entrenados, codifican la información de la topografía y la morfología de los tumores en el reporte original en papel.

Se aplican las reglas de codificación de la Agencia Internacional de Investigaciones en Cáncer (IARC), contenidas en la tercera versión de la Clasificación Internacional de Enfermedades para Oncología (CIE-O 3).⁽⁵⁾

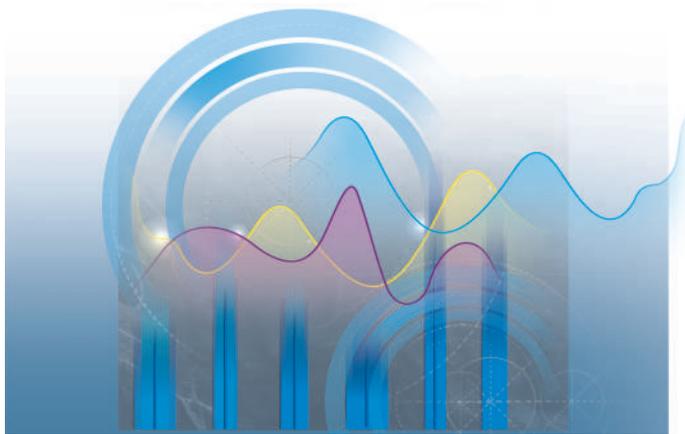
Para esto se deben utilizar los libros y materiales de los sistemas de codificación que a continuación se describen:

- Para codificar la topografía y la morfología, en los tumores diagnosticados en pacientes de 20 años y más, a partir de 1-1-2007, se utiliza la tercera versión de la Clasificación Internacional de Enfermedades para Oncología (CIE-O 3).⁽⁵⁾

- Para codificar la topografía y la morfología, en los tumores diagnosticados en pacientes menores de 20 años se utiliza la Clasificación Internacional de Tumores en la Infancia.⁽⁶⁾
- Las provincias informantes y de residencia se codifican según la División Político-Administrativa de Cuba, vigente desde el año 2011.
- Las unidades informantes se codifican según los códigos establecidos por la Dirección de Registros Médicos y Estadísticas de Salud del MINSAP (véase Anexo 1).

El registrador, en el momento de la entrada de los datos en el sistema automatizado vigente, se puede auxiliar (como ayuda a la codificación) de la facilidad que la aplicación informática posee al contener los diccionarios de datos de los sistemas de codificación ya mencionados.





Procedimientos de recogida y procesamiento de datos

En los hospitales se tienen en cuenta, en los hospitales, las siguientes indicaciones:

Para el personal médico:

- El médico de asistencia está en la obligación de confeccionar el formulario "Reporte de cáncer" a cada caso que diagnostique de cáncer. Esto se debe hacer en el momento del diagnóstico del paciente. Igualmente, le confeccionará un "Reporte de cáncer" a todo caso que le indique tratamiento, aunque haya sido diagnosticado en otro centro.
- En el caso de la neoplasia intraepitelial escamosa grado III, de los tumores *in situ* y malignos de cuello de útero se confeccionará el formulario de "Reporte de cáncer" cuando se concluya la ruta crítica para el diagnóstico histológico definitivo en la consulta de patología de cuello, según lo normado en las acciones para el control del cáncer de cuello de útero.
- En las consultas de dermatología, el médico consultante llenará el "Reporte de cáncer" cuando tenga el diagnóstico histológico definitivo del paciente. El carcinoma basocelular y el escamoso de la piel se reportarán una vez en la vida del enfermo, siempre que se mantenga el mismo subtipo histológico. Cuando sean tumores multifocales, se especificará en la topografía "regiones múltiples" y se tomará la medida al de mayor diámetro (esto servirá para clasificar al paciente según el TNM).
- Los servicios que diagnostiquen casos de cáncer de mama, cuello de útero y cavidad bucal, como parte de las acciones de control de cáncer para esas localizaciones, deberán confeccionar el formulario de "Reporte de cáncer", independientemente del formulario que confeccionen como parte de dichas acciones para la detección temprana del cáncer.

- El médico deberá corregir o completar los reportes de aquellos casos que le hayan sido devueltos por tener errores u omisiones.
- El médico deberá llenar el formulario “Reporte de cáncer” a aquellos casos, solicitados por el Departamento de Registros Médicos y Estadísticas de Salud, que no hayan sido reportados en el momento del diagnóstico.
- Cada institución designará un médico que, en representación de la Dirección, deberá supervisar la calidad del llenado de los reportes de cáncer. En caso de existir un especialista en oncología, este será el designado para ejecutar estas tareas.

Para el jefe de Laboratorio de Anatomía Patológica:

- Deberá garantizar que se confeccione en su departamento, el formulario “Pacientes Oncológicos” con los casos confirmados de cáncer de su unidad (por citología, biopsia o necropsia), durante la semana. Además, por cada unidad hospitalaria que haya solicitado los servicios del laboratorio de anatomía patológica, confeccionará un formulario con los casos positivos.
- El jefe de laboratorio de Anatomía Patológica o el personal que se designe debe dar facilidades para que el registrador acceda a la información y pueda revisar los registros de citologías, biopsias y necropsias en caso necesario.

Para el jefe del Laboratorio Clínico (o hematología):

- Deberá garantizar que se confeccione en su departamento, el formulario “Pacientes Oncológicos” con los casos confirmados de cáncer en su laboratorio, durante la semana. Además, confeccionará un formulario igual con los casos de otras unidades asistenciales que hayan solicitado los servicios del laboratorio clínico o hematología de su unidad.
- El jefe del Laboratorio Clínico (o hematología) o el personal que se designe debe dar facilidades para que el registrador acceda a la información y pueda ejecutar sus procedimientos para obtener información sobre los casos de cáncer diagnosticados en ese departamento.

Para el personal técnico del departamento de Registros Médicos y Estadísticas de Salud (registrador):

- Recibirá diariamente los formularios “Reporte de Cáncer” confeccionados por los médicos de asistencia.
- Confeccionará un tarjetero de casos de cáncer a partir de los formularios “Paciente Oncológico” con todos los casos nuevos reportados y lo archivará por orden alfabético.
- Revisará los libros o listados de citología, biopsias y necropsias y confeccionará el formulario “Pacientes Oncológicos” de los casos de esa unidad y de aquellos positivos de cáncer provenientes de otras unidades asistenciales que hayan solicitado los servicios del laboratorio de anatomía patológica de su unidad. Este proceder se realizará en

caso de que el Laboratorio de Anatomía Patológica o Laboratorio Clínico no puedan garantizar en determinado momento, el cumplimiento del procedimiento de confección de estos formularios.

- Recibirá del técnico encargado de la tarea de “egresos hospitalarios”, cada lunes, un listado con aquellos pacientes que tengan diagnóstico de cáncer al egreso. Este listado deberá contener el nombre completo del paciente, el número de la historia clínica, la fecha del egreso y la localización tumoral. En los casos que aparezca algún dato sobre la morfología o algún resultado histopatológico, se anotará también.
- Recibirá cada lunes, del técnico encargado de la tarea, los listados de defunciones en los que aparece el cáncer en alguna de las causas de muerte. Este listado deberá contener el nombre completo del fallecido, el número de la historia clínica, la fecha del fallecimiento y la localización tumoral. En los casos que aparezca algún dato sobre la morfología o algún resultado histopatológico, se anotará también.
- Elaborará un listado, de todos los casos vivos o fallecidos con diagnóstico de cáncer del hospital en cada una de las fuentes de información revisadas, de acuerdo al siguiente orden de los campos: nombre/s y apellidos, número de la historia clínica, número del carnet de identidad, fuente de información, topografía, morfología, fecha de diagnóstico, de egreso o de fallecido, según corresponda con la fuente y reporte confeccionado. Este último campo servirá para indicar con una cruz si el reporte ya ha sido confeccionado o no, con el fin de tener un control diario de los reportes que están faltando por hacer (en este caso el campo aparecerá en blanco).
- Chequeará cada lunes los listados de todas las fuentes de información (anatomía patológica, laboratorio clínico, egresos y fallecidos por cáncer) con los casos archivados en el tarjetero control de casos de cáncer, con el fin de conocer los casos que ya fueron reportados y los que no. En caso de que no exista la tarjeta, solicitará al médico de asistencia correspondiente la confección del “Reporte de Cáncer” a partir de la información de la historia clínica. En caso de existir la tarjeta, verificará si es una metástasis del tumor ya reportado, en cuyo caso no se hará un nuevo reporte, o si es un nuevo tumor primario, para lo cual solicitará el llenado de un nuevo reporte de cáncer y lo anotará en la tarjeta en el espacio correspondiente a un segundo tumor. En caso de dudas, solicitará la ayuda del oncólogo o médico responsable de la asesoría al registro de cáncer.
- Una vez completado el chequeo contra el tarjetero control, en el formulario “Paciente Oncológico”, se marcarán con una cruz (X) en el listado, los que aparecieron en el tarjetero, lo cual indica que el caso ya ha sido reportado. Mientras no se haga el reporte, aparecerá este campo en blanco, lo que permitirá reconocer cuáles tumores están pendientes de reportar.

- Revisará una vez al mes el listado confeccionado con los formularios de “Paciente Oncológico” para chequear los casos pendientes de reportar. Si el caso lleva más de tres meses sin reportar, se notificará a los responsables correspondientes.
- Archivará en el Departamento de Registros Médicos y Estadísticas de Salud durante cinco años, la copia de los formularios “Pacientes Oncológicos” recibidos.
- Enviará a los Departamentos de Registros Médicos y Estadísticas de Salud del territorio una copia del formulario “Pacientes Oncológicos”, procedente de anatomía patológica, que contiene los casos con diagnóstico positivo provenientes de otros centros asistenciales.
- Se realizará un señalamiento o marca en la carátula de la historia clínica del caso reportado, que incluya el año del diagnóstico (ej.: RNC2014, que significa que se llenó un reporte de cáncer a ese caso que fue diagnosticado en el año 2014).
- Codificará los reportes de caso de cáncer en el formulario original en papel de acuerdo a los códigos vigentes en el RNC.
- Introducirá en el sistema automatizado los reportes completos y codificados.
- Enviará mensualmente al Departamento de Registros Médicos y Estadísticas de Salud del territorio correspondiente, utilizando los mecanismos institucionales existentes, los “Reportes de cáncer” y la base de datos. Le adjuntará una lista con los nombres de los casos reportados, ordenados por año de diagnóstico, la cual deberá tener la firma y la fecha como constancia de la entrega de la información. De no haberse diagnosticado casos en el mes, enviará un informe de “cero casos en el mes”.
- Las instituciones asistenciales de subordinación nacional, pertenecientes al nivel central del MINSAP, enviarán los reportes el último viernes, cada dos meses (según calendario estadístico), directamente al RNC.
- Responderá los reparos solicitados por el Departamento de Registros Médicos y Estadísticas de Salud de la Dirección Provincial de Salud, en los 15 días siguientes a la fecha en que se recibió. Las instituciones asistenciales de subordinación nacional realizarán el mismo procedimiento, pero sus reparos serán solicitados y deberán ser enviados directamente al RNC.
- Elaborará un informe en la última semana del mes al jefe de su departamento con: el número de casos recibidos; los no reportados y sus causas; el acumulado de casos pendientes por reportar que aparecen como no marcados en el listado); así como los indicadores de calidad descritos en este manual.
- Recibirá un listado con los casos notificados “inicialmente solo por certificado de defunción” (CDI), para la confección del reporte de estos según los procedimientos descritos en este manual.
- Enviará los listados de casos CDI al Departamento de Registros Médicos y Estadísticas de Salud de los territorios al término del mes de haber recibido dicho listado, con los datos completos sobre el diagnóstico. Los casos que no aparezcan se señalarán en el listado inicial.

En las Unidades de la Atención Primaria de Salud incluidas en el RNC

– Para el personal médico:

- Los médicos dermatólogos que realicen procedimientos quirúrgicos e indiquen una biopsia, solicitarán el resultado en el Departamento de Registros Médicos y Estadísticas de Salud del policlínico y si el resultado es positivo o cumple con la definición de casos dada por el RNC, completarán el formulario “Reporte de Cáncer” y lo entregarán en este departamento.
- El llenado de este reporte se realizará cuando se tenga el diagnóstico histológico definitivo del paciente. El carcinoma basocelular y el escamoso de la piel se reportará una vez en la vida del enfermo, siempre que se mantenga el mismo subtipo histológico. Cuando sean tumores multifocales se especificará en la topografía “regiones múltiples” y se tomará la medida al de mayor diámetro.
- El médico deberá corregir o completar los reportes de aquellos casos que le hayan sido devueltos por tener errores u omisiones.

– Para los departamentos de Registros Médicos y Estadísticas de Salud:

- Recibirá los formularios de “Reporte de Cáncer” confeccionados por los dermatólogos.
- Enviará mensualmente los formularios “Reporte de Cáncer”, por las vías establecidas en su unidad, al Departamento de Registros Médicos y Estadísticas de Salud de los territorios. Le adjuntará una lista con los nombres de los casos reportados, ordenados por año de diagnóstico la cual deberá tener la firma y la fecha como constancia de la entrega de la información. De no haberse diagnosticado casos en el mes, enviará su informe de “Cero casos en el mes”.
- Recibirá del Departamento de Registros Médicos y Estadísticas de Salud de los territorios, (utilizando la vía del municipio u otra establecida), el listado con los casos positivos de cáncer pendientes de reportar o reparos de casos reportados con errores u omisiones.
- Solicitará a los médicos la confección de los reportes faltantes, reclamados por el departamento de Registros Médicos y Estadísticas de Salud de los territorios, así como los reparos de errores u omisiones en los reportes.
- Enviará los reparos solicitados, por las vías establecidas en su hospital, al departamento de Registros Médicos y Estadísticas de Salud de la provincia, en los 15 días siguientes a la fecha en que se recibió.
- Informará al director de la unidad en la última semana del mes el número de casos no reportados y los médicos que no llenan los reportes con la calidad requerida.

Departamentos de Registros Médicos y Estadística de Salud de las provincias y del municipio especial Isla de la Juventud.

- Se deberá asignar un personal técnico o profesional responsable del RNC, que dominará todo lo relacionado con los procedimientos descritos en este manual y deberá acreditarse como registrador.

- Recibirán de cada unidad informante, el último viernes de cada mes, los formularios de “Reporte de cáncer” originales de los casos diagnosticados en el mes, con un listado de pacientes que se correspondan con los reportes y las bases de datos (de las unidades informantes que introducen los datos en el sistema).
- Recibirán de las unidades informantes, el último viernes de cada mes, los listados de pacientes que correspondan a otras unidades asistenciales (policlínicos) con diagnóstico positivo de cáncer de piel.
- Recibirá de las unidades que no diagnostiquen ningún caso en el mes, la notificación de “cero casos en el mes”.
- Los listados anteriores deberán ser firmados por la persona que los recibe, anotando la fecha en que se reciben y archivados como constancia de la recepción de la información.
- Llevará un control de las unidades asistenciales de la APS que brinden servicio de atención oncológica en el servicio de dermatología.
- Hará corresponder los listados recibidos de las unidades informantes con los casos de cáncer diagnosticados en las unidades de la APS, con los reportes de cáncer que envían estas unidades.
- Se codificarán los reportes que llegan de estas unidades y se introducirán en el sistema automatizado vigente.
- Los casos de cáncer de las unidades de APS que aparezcan en los listados y cuyos reportes no hayan sido recibidos, serán reclamados por las vías y medios establecidos en el territorio.
- Se cumplirá con la rutina de revisión de los reportes y chequeo de las bases de datos para la verificación de las variables y la calidad de los datos de acuerdo a lo que se establece en el acápite de control de la calidad en este manual.
- Se programará un calendario de supervisión de acuerdo a las unidades asistenciales de cada provincia, así como se realizarán visitas técnicas para el chequeo del cumplimiento de los procedimientos del RNC en todas las unidades informantes (de la APS y las unidades hospitalarias), donde estén establecidos.
- Se confeccionará un informe con el número de casos reportados por cada unidad informante, la calidad de los datos y los resultados de la supervisión.
- Enviará este informe al director de Salud del territorio, al responsable de cáncer y al RNC.
- Solicitará a las unidades informantes el reparo de todos los reportes recibidos con errores u omisiones. Llevará un control sistemático de estos errores u omisiones en cada unidad hospitalaria para poder realizar un análisis mensual de los principales problemas.
- Introducirá o modificará los formularios “Reportes de cáncer” en el sistema automatizado vigente de acuerdo a los procedimientos de calidad realizados y consultará cualquier duda con el médico responsable o con el equipo de especialistas del RNC.

- Enviaré al RNC, la base de datos y el informe de trabajo terminado (Anexo 3.1), correspondiente a los reportes del periodo, y sus correspondientes formularios de “Reporte de Cáncer” de acuerdo a los procedimientos establecidos (anexo 3.2) y al calendario estadístico anual definido por la Dirección de Registros Médicos y Estadísticas de Salud del MINSAP.
- Recibiré del RNC los casos a reparar por errores u omisiones y deberá responder como máximo a los 15 días de recibida la solicitud.
- Recibiré del RNC el listado anual con los casos notificados inicialmente solo por certificado médico de defunción (CDI) para la búsqueda de información diagnóstica, según los procedimientos establecidos en el acápite correspondiente sobre búsquedas de SCD.
- Enviaré al RNC los reportes de los casos CDI en el término de dos meses de haber recibido dicho listado. Informaré sobre aquellos casos de los que no se obtuvo ninguna información.
- Recibiré del RNC, por correo electrónico, la base de datos oficial de la provincia correspondiente al año que emitió las cifras de incidencia.
- Según periodicidad establecida, informaré al vicedirector correspondiente y al coordinador de cáncer en la provincia sobre la situación del reporte de cáncer en esta, por unidad informante, de acuerdo a lo establecido en el acápite de calidad.
- Semanalmente chequearé el listado de los fallecidos de la provincia en los que aparece el cáncer en alguna de las causas de la muerte con la base de datos de incidencia del registro y solicitaré a la unidad que emitió el certificado médico de defunción, el formulario de “Reporte de Cáncer” con los datos del diagnóstico, de aquellos casos que no habían sido reportados.

Registro Nacional de Cáncer. Se tendrá en cuenta que:

- Recibiré de los Departamentos de Registros Médicos y Estadísticas de Salud de los territorios y las unidades de subordinación nacional, según periodicidad establecida de acuerdo a calendario estadístico, la base de datos con la información correspondiente al cierre del periodo, a través del correo electrónico: rncinor@infomed.sld.cu
- Recibiré el listado y los formularios de “Reporte de Cáncer”, de todos los casos enviados en la base de datos del cierre correspondiente.
- Los listados anteriores deberán ser firmados, anotando la fecha en que se reciben y archivados como constancia de la recepción de la información.
- Se obtendrá de la Dirección de Registros Médicos y Estadísticas de Salud del MINSAP la base de datos de mortalidad por todas las causas en el año anterior.
- Controlaré la oportunidad y la calidad de los reportes recibidos según los procedimientos descritos en el acápite de Calidad de los datos.
- Realizaré el proceso de detección de duplicidades de acuerdo a lo establecido en el acápite de Detección de Duplicidades de este manual.
- Incorporaré a la base general de casos notificados (entrada) solo los casos validados de cada cierre.

- Guardará las bases de datos originales por provincia informante, año de diagnóstico y cierre de información más un acumulado anual.
- Confeccionará y enviará un informe a la Dirección de Registros Médicos y Estadística de Salud del MINSAP, a cada una de las provincias y el municipio Especial Isla de la Juventud y a las Unidades de Subordinación Nacional (USN), al terminar el análisis del cierre de información. Este informe contendrá el número de reportes recibidos por provincia informante y USN y aquellos que cumplieron con el proceso de validación, los errores detectados y el acumulado hasta la fecha del cierre.
- Chequeará las bases de datos de mortalidad contra las bases de datos del registro.
- Detectará los casos reportados inicialmente solo a través de los certificados médicos de defunción (CDI) que no han sido detectados por las provincias y el municipio especial Isla de la Juventud.
- Enviará a los Departamentos de Registros Médicos y Estadísticas de Salud de las Direcciones Provinciales de Salud y el municipio especial Isla de la Juventud, los listados con los casos reportados al RNC “inicialmente por certificado de defunción” (CDI) para la búsqueda de los datos clínicos según los procedimientos que aparecen en este manual.
- Calificará como SCD a aquellos casos de los que no aparece información clínica.
- Enviará en el mes de marzo de cada año, por correo electrónico, a los jefes de Departamento de Registros Médicos y Estadísticas de Salud de cada provincia, la base de datos correspondiente al último año procesado en el RNC, con cifras definitivas, que incluyen los casos residentes en su provincia que hayan sido reportados por otras.
- Guardará la base de datos para cada año de diagnóstico, con la que se emitieron las cifras de incidencia.
- Incorporará la base de datos anual a la base de datos general y la guardará según las normas establecidas.
- Emitirá los resultados anuales de incidencia por cáncer en el país, del último año procesado en el RNC (provisionales o definitivos), los que enviará a la Dirección de Registros Médicos y Estadísticas de Salud antes del 1^{ro} de marzo para su publicación en el Anuario Estadístico de Salud del MINSAP.
- Supervisará, a nivel nacional, el cumplimiento de los procedimientos establecidos en toda la Red del Registro de Cáncer, según las instrucciones que se describen en este manual.

Detección de duplicidades

Una duplicidad en un registro de cáncer poblacional se define como la existencia de un mismo individuo más de una vez, en la base de datos del registro, producto del mismo diagnóstico de cáncer. Esto puede suceder cuando los pacientes acuden a diferentes centros asistenciales para completar su diagnóstico o su tratamiento, o también por razones de migración a otra provincia dentro del mismo país. Estos pacientes pueden ser reportados al registro por cada una de las instituciones a las que el paciente acudió y por tanto se

tiene más de un reporte del mismo individuo. Un caso menos frecuente pero que puede suceder, es cuando la misma institución reporta al paciente más de una vez.

Una situación diferente ocurre cuando un paciente tiene más de un tumor primario (tumor múltiple) y en este caso debe aparecer reportado más de una vez en la base de datos del registro, por un diagnóstico diferente de cáncer y no se considera una duplicidad.

Por esta razón es imprescindible que existan procedimientos bien diseñados de detección de duplicidades. El proceso de detección de los casos duplicados y, por ende, además, la identificación de los casos con tumores múltiples, dentro de una misma base de datos se lleva a cabo mediante el pareamiento entre registros dentro de la misma base de datos para poder encontrar los sujetos que aparecen más de una vez.

Este es un proceso bastante complejo que, a pesar de estar cuidadosamente diseñado, va a depender mucho de la experiencia de la persona que ejecuta estos procedimientos ya que se pueden presentar diferentes circunstancias en las cuales el RNC debe tomar sus propios acuerdos. Por esa razón, este procedimiento es ejecutado por la oficina central del RNC cuando revisa la base de datos general del país.

El método de decisión que se utiliza en el RNC es un método probabilístico, no obstante, se utilizan para la comparación de los sujetos, las variables que comúnmente se incluyen en los procesos determinísticos. Primeramente, se define cuáles son las variables que van a intervenir en la decisión de cuando se está en presencia de una duplicidad real.

En el RNC, las variables esenciales que se utilizan son:

- Carnet de identidad o Tarjeta del menor.
- Nombre (primero y segundo nombre).
- Apellido.
- Apellido.
- Fecha de nacimiento.
- Sexo.
- Topografía.
- Morfología.

Luego del trabajo con estas variables, comienza el proceso de detección de duplicidades que se ha definido por fases:

Fase 1: Es el mismo sujeto o no:

- Se crea una variable que identifica si el caso es el mismo individuo o no.
- Se ordena la base de datos de acuerdo a los números de identidad. Todos los casos con números iguales son comparados según los nombres y apellidos.
- En la comparación de nombres y apellidos con el número de identidad hay que tomar en cuenta que pueden aparecer nombres y apellidos que no concuerden exactamente debido a que se han utilizado abreviaturas, hay error en la ortografía o se ha omitido un apellido o un nombre en alguno de ellos.
- En una segunda etapa de esta fase, se revisarán los casos con números de identidad “parecidos” ya que no hay coincidencia total debido a un error en algún dígito que se

cometió en su escritura en el reporte o al introducir el dato en el Sistema pero tienen el mismo nombre y apellidos. En este caso se tomará en cuenta la fecha de nacimiento y el sexo para poder completar la fase 1 y determinar si es el mismo sujeto o no.

- Si no es el mismo sujeto, se completó ese proceso con los individuos involucrados.
- Si es el mismo sujeto, se pasa a la fase 2.

Fase 2: Es una duplicidad real o es un tumor múltiple. En esta fase se determina si los individuos que aparecen más de una vez y que fueron identificados en la fase 1 se corresponden con un tumor múltiple (TM). Esto quiere decir que una persona que ha tenido dos tumores primarios o más debe aparecer en la base de datos dos o tres veces, según el número de tumores primarios que ha tenido y no es una duplicidad real. En este caso, se tienen en cuenta los siguientes elementos:

- Se utilizan ahora las variables topografía y morfología que van a permitir decidir si son la misma persona o es que el individuo aparece en la base de datos nuevamente reportado porque tiene un TM.
- Para definir los TM se utilizarán las reglas de la IARC y normalmente deben estar en el software que se utiliza en el RNC.
- El RNC chequeará los TM mediante el uso del software Multiple Primaries, de IARCTools.⁽⁷⁾
- Si después de este paso resulta que es un TM, el caso continuará en la base de datos como un nuevo tumor.
- Si es una duplicidad real y el individuo aparece reportado más de una vez (en algunos casos son más de dos reportes, dependiendo de las instituciones a las que acudió), se debe pasar a la fase 3.

Fase 3: En esta fase se tiene en cuenta cuál reporte se queda en la base de datos y cuáles son los criterios de completamiento de la información. En este sentido, es necesario conocer que:

- La selección del reporte que quedará, en caso de duplicidad y completar los datos de un individuo, tomando los mejores datos de los reportes que aparecen, se hará según los siguientes criterios: la fecha de diagnóstico que aparece en los reportes y la unidad que reportó el caso.
- Si ambos reportes tienen fechas de diagnóstico con diferencia menor o igual a tres meses, se debe:
 - Tomar el reporte de la institución de mayor nivel como referencia
 - Tomar el diagnóstico topográfico y morfológico de la institución de mayor nivel.
 - Completar ese reporte con los datos del resto de las variables que le faltan y que puedan aparecer en los otros reportes.

– En el caso de que los reportes tengan fechas de diagnóstico con diferencia mayor a tres meses:

- Se toma como referencia el que tenga la fecha de diagnóstico más antigua, sin importar el nivel de la institución, pues se considera que es la fecha de incidencia más fiable y el estado del caso en el momento del diagnóstico, según está definido en el registro.
- Se toman del otro u otros reportes, los datos que aparecen en blanco en ese reporte.
- Se toma la topografía y morfología solo en caso de que falte o tenga primario desconocido.

Si existen discrepancias en los datos sobre el diagnóstico (diferentes diagnósticos en los reportes disponibles) se deberá buscar en la historia clínica de ambas instituciones el código topográfico completo y el código morfológico completo. Se debe seleccionar el código de la institución de mayor nivel o si los niveles son iguales, se selecciona el más completo.

Búsqueda de casos “Solo por certificado de defunción”

Para la búsqueda de casos “Solo por certificado de defunción” (SCD), igualmente se tienen en cuenta diferentes aspectos según la institución:

– En el hospital:

- A partir de los listados o certificados médicos de defunción en los que aparece el cáncer en alguna de las causas de muerte, se deberá chequear contra el tarjetero control de cáncer para detectar los fallecidos que no fueron reportados en el momento del diagnóstico.
- Si el fallecido fue reportado en el momento del diagnóstico, se anotará la fecha del fallecimiento en la tarjeta control.
- En el caso de los que no hayan sido reportados, se debe solicitar la historia clínica (HC) correspondiente. Si es necesario, se debe buscar en el Tarjetero Índice de Pacientes de la unidad informante, el número de la historia clínica del fallecido. Se extraerá de la HC hospitalaria o del resto de las fuentes revisadas, la fecha de diagnóstico del fallecido.
- Se revisará la HC por parte del médico de asistencia con el fin de corroborar o no el diagnóstico de cáncer. Si se confirma el diagnóstico de cáncer, además de obtener la fecha de diagnóstico, se completarán todos los datos clínicos necesarios para llenar el formulario de “Reporte de Cáncer”. Se debe anotar la fecha del fallecimiento en el reporte de cáncer y “CDI REPORTADO”.
- Si el paciente fallece en el cuerpo de guardia o si se legaliza el certificado médico de defunción sin nunca haber sido tratado en el hospital, se confeccionará el formulario “Reporte de Cáncer”, en este se escribirá “SCD REPORTADO”, consignando la fecha de fallecimiento y la fecha de diagnóstico igual a la fecha de fallecimiento, así como la localización topográfica del tumor.
- Si se le realiza necropsia al fallecido y se comprueba el cáncer histológicamente, estos casos serán considerados con “verificación histológica”.

- Una vez concluido el reporte de los casos, se enviarán a la provincia, aclarando que son SCD (en el caso que corresponda a los puntos 5 o 6, que son los reportes de los casos que no fueron reportados como vivos).
- En los departamentos de Registros Médicos y Estadística de Salud de las provincias y del municipio especial Isla de la Juventud.
 - Se introducirán los casos CDI recuperados, en el sistema automatizado del RNC y se llevará un control del número de casos CDI.
 - Se introducirán en el sistema los casos reportados solo a través de certificado de defunción (SCD) por cada unidad hospitalaria que notificó el fallecido. Este índice será analizado en las reuniones periódicas de los directores de hospitales como indicador del subregistro de casos de cáncer, el cual debe ser inferior al 10 %.
 - Se realizará la búsqueda en las unidades hospitalarias de aquellos CDI que el RNC solicite, ya sea porque fue encontrado en la base de dato de mortalidad y no detectado en la provincia o sean fallecidos en otras provincias y residan en aquella a la que se le solicite información.
- En el Registro Nacional de Cáncer:
 - Se chequea la base de datos general del registro contra la base de mortalidad del año y aquellos casos que aparecen ya reportados se les actualiza la fecha de fallecimiento.
 - Cuando el fallecido no aparece en el fichero de incidencia del año ni 15 años atrás, se clasifica el caso como “inicialmente por certificado de defunción” (CDI), se emite un listado por provincia de residencia con los datos necesarios para la búsqueda de información del fallecido y se solicita a la misma la búsqueda de información clínica y el llenado del formulario “Reporte de Cáncer”.
 - En los fallecidos que se ha encontrado información clínica, se confirman como CDI y se calcula el indicador (% CDI) en cada año.
 - En los que no se ha encontrado información, se llenará el formulario “Reporte de Cáncer” y será contado como SCD.
 - Se enviará esta información cumpliendo los procedimientos establecidos al Registro Nacional de Cáncer, al mes de recibida la solicitud.

Control de calidad

En los Departamentos de Registros Médicos y Estadísticas de Salud de las Direcciones Provinciales, el personal responsable del Registro de Cáncer llevará a cabo un conjunto de validaciones mediante la revisión y verificación manual de los formularios de “Reporte de cáncer” y la comprobación con los datos introducidos en la base de datos.

Para ello se tiene en cuenta una serie de criterios:

Exhaustividad:

- **Paso 1.** Por cada unidad hospitalaria informante o de la APS que reporta casos de cáncer se mantendrá un registro en papel o en Microsoft Excel de los reportes enviados y

recibidos en el Departamentos de Registros Médicos y Estadísticas de Salud territorial según mes de reporte y año de diagnóstico. Deberá verificarse que exista coincidencia entre los reportes físicos en papel y la base de datos. En caso de diferencia no se recibirá la información y se aclarará en el informe.

Cada trimestre se comparará el número de reportes recibidos con la proporción de casos anuales esperados de acuerdo al trimestre (25, 50, 75 y 100 %). Se considerará comportamiento anómalo cuando la frecuencia del trimestre del año en curso sea menor que la del año anterior.

Se elaborará un informe con estos datos y se discutirá con los jefes de los Departamentos de Registros Médicos y Estadísticas de Salud de las unidades. Con el fin de valorar posible subregistro se efectuará una inspección a las unidades que presenten esta situación y en una muestra adecuada se verificará en los listados de egresos y las listas de anatomía patológica, si aparecen casos no reportados. Los resultados de esta inspección serán discutidos con los directivos responsables de esta actividad en la unidad.

- **Paso 2.** Se revisarán las bases de datos de mortalidad con el fin de detectar aquellos fallecidos que no aparecen reportados como casos de cáncer en ninguna de las unidades asistenciales del territorio. A partir de esta información se podrá calcular el porcentaje de casos reportados inicialmente solo por certificado de defunción (CDI) del total de casos de cáncer. Para todos los casos CDI, se solicitará a los hospitales, el llenado de un “Reporte de Cáncer” con toda la información clínica posible, de acuerdo a los datos disponibles en las fuentes de información de la unidad asistencial. Se indicará en el reporte resultante en papel y en la base de datos que este era un caso CDI. En los casos que no aparezca información, será clasificado como caso diagnosticado solo por certificado de defunción (SCD). Estos son los casos de cáncer en los que solo puede obtenerse información procedente de un certificado de defunción con mención de cáncer en cualquiera de las causas de muerte. El valor de este indicador se considera como valores normales por debajo del 10 %.

En las provincias se realizará una valoración trimestral de las frecuencias de casos que inicialmente aparecieron en las bases de datos de mortalidad y fueron clasificados como CDI y aquellos casos que finalmente resultaron como SCD. En las instituciones donde se sospeche subregistro, se realizará una inspección para verificar el cumplimiento de los procedimientos de búsqueda de la información en las diferentes fuentes hospitalarias y de esta manera valorar si existen casos no reportados.

Legibilidad de los reportes:

- **Paso 3.** El llenado del “Reporte de Cáncer” será con letra legible y sin la utilización de abreviaturas. Se considerará ilegible todo reporte cuya lectura, al menos por una persona, se vea afectada por las características de la letra del registrador. Se solicitará a la unidad informante el reparo del dato ilegible.

Completamiento de la información:

- **Paso 4.** El responsable del registro en el hospital o unidad de la APS deberá garantizar que el “Reporte de Cáncer” llegue a la Dirección de Salud del territorio con la información completa. Cuando un “Reporte de Cáncer” llegue al Departamento de Registros Médicos y Estadísticas de Salud con variables esenciales desconocidas, deberá solicitarse a la unidad informante su completamiento y si en 72 h no se ha recuperado la información, se deberá acudir a la unidad informante para recuperar la misma. El porcentaje de variables esenciales desconocidas en un registro debe ser inferior al 2 %, como por ejemplo la edad, el sexo, lugar de residencia (localización geográfica) y la topografía, pues los casos en los que no se conozca alguna de estas variables no podrán ser incluidos en los cálculos de las tasas de incidencia específicas por grupo de edad, sexo, localización ni en la distribución geográfica, produciendo sesgos en la interpretación de las tasas como indicador de riesgo.
- **Paso 5.** Los diagnósticos histológicos completos favorecen la correcta codificación y permiten las investigaciones de supervivencia por subtipos histológicos. Se considera un diagnóstico verificado histológicamente si el diagnóstico se realizó mediante histología o citología. La verificación histológica es un indicador de validez de los datos de un registro. El porcentaje de casos registrados con verificación histológica (VH) al diagnóstico se calcula tomando como numerador a todos los casos reportados con confirmación histológica y como denominador todos los casos de cáncer registrados, incluyendo los reportados “solo por certificado de defunción” (aunque por definición estos no tienen un diagnóstico histopatológico). Se considera como valores aceptables, por encima del 80 %. Los diagnósticos morfológicos desconocidos cuando superan el 20 % de los casos reportados son un indicador de mala calidad en el diagnóstico del cáncer.
- **Paso 6.** La proporción de casos con valor desconocido en las variables relacionadas con el estadiamiento (TNM Y etapa clínica), del total de casos reportados, en algunas localizaciones de cáncer (pulmón, mama, cuello de útero, próstata, colon, piel y boca) permite calcular el porcentaje de casos sin estadiar al momento del diagnóstico. Este indicador permite evaluar de manera indirecta la calidad de la atención al paciente de cáncer en el área de cobertura del registro.
- **Paso 7.** Casos “mal definidos” (otros e inespecíficos): Son todos los códigos topográficos o morfológicos que aparecen bajo la categoría SAI (sin otra especificación). En cada territorio solo se evaluará este indicador en pulmón, mama, cuello de útero, próstata, colon, piel y boca. En el RNC se hace el análisis en las 20 primeras localizaciones.
- **Paso 8.** Las acciones que debe tomar el jefe del Departamento de Registros Médicos y Estadísticas de Salud Provincial y del municipio especial Isla de la Juventud, después

del cálculo de los indicadores de calidad en el período son:

- Enviar informe semestral al director provincial de Salud y al jefe del Grupo Provincial de Oncología con información sobre los indicadores de exhaustividad, completamiento y calidad de la información en las unidades hospitalarias de su territorio, indicando claramente las unidades que han observado un comportamiento anómalo, así como los detalles de las desviaciones observadas.
- Enviar informe al director de las unidades hospitalarias sobre el comportamiento de los indicadores de calidad en su institución.
- Enviar un informe anual al RNC con la evaluación de los indicadores de calidad, así como un análisis de los logros y deficiencias durante la etapa.

En el Registro Nacional de Cáncer, se realizan de manera no secuencial los siguientes pasos:

- **Paso 1.** Se recibe y controla la información en base de datos según cierre estadístico. Se revisa lo siguiente:
 - Coincidencia entre información recibida y enviada.
 - Recepción y calidad de reporte de trabajo terminado.
 - Completamiento, correcta codificación de las variables y detección de casos idénticos.
 - Comprobación de la asignación correcta del código de cada variable incluyendo la codificación de la topografía y morfología de los tumores.
 - Elaboración de informe del cierre y acumulado hasta la fecha.
 - Entrega al grupo de calidad de las bases de datos recibidas separadas por año de diagnóstico.
- **Paso 2.** Se recibe y controla la recepción de los formularios “Reporte de Cáncer” según cierre estadístico. Para cada provincia y el municipio especial Isla de la Juventud se separan por año de diagnóstico y unidad que diagnosticó el caso y se revisan:
 - Correspondencia entre base de datos y reportes físicos.
 - Comprobación de la asignación correcta del número del reporte.
 - Comprobación de la correspondencia entre las variables esenciales.
 - Comprobación de que los reportes hayan sido codificados correctamente. En caso de existir un error se envía una solicitud de reparo a la provincia que envió los reportes con errores o datos faltantes.
- **Paso 3.** Se realizan los siguientes procesos:
 - Detección de duplicidades y tumores múltiples.
 - Revisión de la calidad de los datos y codificación del “Reporte de cáncer” con el uso de la herramienta IARCTools de la IARC.
 - Proporción de casos con verificación histológica o citológica según provincia informante y localización.
 - Casos mal definidos según provincia informante y localización.

Validez (precisión): Para la consistencia interna, se deben tener en cuenta los siguientes criterios:

- Datos faltantes.
- Errores o datos incompatibles entre variables.
- Código morfológico frente a la base más válida.
- Lateralidad.
- Fecha de nacimiento (carné de identidad y fecha de diagnóstico).
- Edad.
- Verificación histológica: El porcentaje de casos con verificación histológica es un indicador que se utiliza también para evaluar la validez. En este caso, se sugiere que el sistema tenga la capacidad de distinguir el porcentaje de casos que tienen confirmación histológica para algunos análisis específicos ya que esto muestra la certitud del diagnóstico especialmente en algunas localizaciones de cáncer.
- Solo por Certificado de Defunción: Es el porcentaje de casos que entran al RNC a partir de la base de datos de mortalidad y de los cuales solo se tiene la información del certificado médico de defunción. Este indicador es también un indicador de exhaustividad. En estos casos no se dispone de la fecha de diagnóstico (se reporta como fecha de diagnóstico, la fecha de fallecimiento, lo que hace que se atribuya una incidencia a años que necesariamente no les corresponde) además de que no se dispone de ninguna variable clínica ni de la histología.
- Casos “mal definidos” (otros e inespecíficos): Son todos los códigos topográficos o morfológicos que aparecen bajo la categoría SAI (sin otra especificación).
- Edad desconocida: La proporción de los casos con edad desconocida deben estar por debajo del 2 % ya que este indicador muestra cuánto se pueden afectar las tasas de incidencia específicas si no se dispone de la edad al diagnóstico.

Otros indicadores: Los indicadores de calidad del registro permiten ofrecer cifras fiables sobre la incidencia de cáncer en el país. Existe otro grupo de indicadores que alertan sobre el comportamiento del registro y mediante su análisis se puede monitorear y prevenir la ocurrencia de baja calidad del sistema. Estos son:

- Número de casos registrados por mes en diferentes instituciones: Permite monitorear mensualmente cuánto aumenta o disminuye el número de casos reportados y alerta si alguna institución ha dejado de reportar o si disminuye sustancialmente el número de reportes para poder tomar acciones.
- Porcentaje de casos registrados según base más válida del diagnóstico: Si es demasiado alto el número de casos con confirmación, muestra baja exhaustividad y si es demasiado bajo, muestra deficiencias en la atención oncológica en el país. Se puede analizar por año de incidencia.

- Porcentaje de casos registrados de acuerdo al quinto dígito del código morfológico: Se mide si los casos fueron correctamente incluidos en el RNC de acuerdo a la definición de caso registrado o en su defecto, si los casos están bien clasificados o si hay errores.
- Promedio de fuentes por caso (este indicador solo está disponible en las unidades informantes).

Al finalizar la revisión de todos los casos reportados, se realiza el proceso de detección de duplicidad incidencia de años anteriores y con la base de datos de mortalidad. Este proceso se detalla en el acápite correspondiente a la Detección de Duplicidades. Se utilizará el Programa IARC-Check⁽⁷⁾ que establece las siguientes validaciones entre variables:

- Fecha de nacimiento/Edad /Incidencia.
- Edad/Topografía/Histología.
- Topografía/Histología.
- Sexo/Topografía.
- Sexo/Histología.
- Comportamiento/Topografía.
- Comportamiento/Histología.
- Grado/Histología.
- Bases de diagnóstico/Histología.

Se considerará adecuado si estos indicadores se comportan entre el 80 y 100 %.

Paso 4. Pareamiento con la mortalidad según procedimiento descrito en el acápite de búsqueda de SCD.

- **Paso 5.** Análisis de datos de exhaustividad. Se realizará la evaluación de la RNC a través del análisis de algunos indicadores:
 - Estabilidad de las tasas de incidencia en el tiempo: Si las tasas de incidencia declinan sin una explicación epidemiológicamente plausible para ello, se puede sospechar de una baja exhaustividad. Este análisis deberá realizarse anualmente comparando con los datos de las series históricas disponibles.
 - Patrón por edad de la incidencia: Si hay disminución en determinados grupos de edad o incremento en otros, puede estar ocurriendo un subregistro o un sesgo de selección.
 - Cáncer en niños: Debe ser estable, y se analiza con series históricas.
 - Cociente Mortalidad/Incidencia (M:I): Su cálculo es:

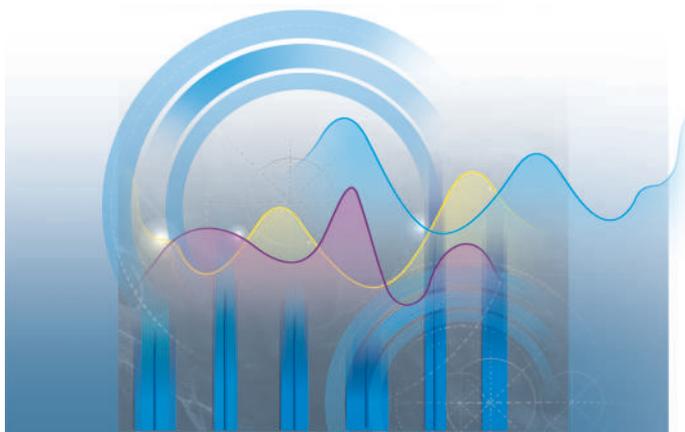
$$M:I = \frac{\text{Número de casos fallecidos de cáncer en el año X}}{\text{Número de casos nuevos de cáncer en el año X}}$$

Cuando este cociente es mayor que 1 quiere decir que hay un subregistro de casos, pues la mortalidad no puede ser mayor que la incidencia. Este cociente puede ser analizado para el total de casos de cáncer, pero es muy adecuado para analizar por localización de cáncer.

La interpretación depende de la localización que se esté analizando pues los cánceres más letales tendrán un M:I muy cercano a 1. Se analiza en conjunto con los otros y se sugiere que se compare con los países que han publicado sus datos en "Incidencia de Cáncer en Cinco Continentes".

- Casos a partir del certificado médico de defunción: El CDI son los casos que entran por certificado de defunción pero que no se declaran como SCD hasta que no se hace una búsqueda de datos clínicos en los hospitales del área que cubre el registro para completar su información. Una vez que se obtenga la información clínica y de diagnóstico que completa el caso, ya se incorporan a las bases de datos en el año que corresponde a su fecha de diagnóstico. Esto hace que el SCD disminuya sustancialmente, sin embargo, se deben contabilizar los CDI.





Cuadros estadísticos básicos anuales

Es importante tener en cuenta que, en los cuadros estadísticos, la edad pediátrica se refiere a los tumores diagnosticados en los menores de 20 años según establecen las normas internacionales de los registros de cáncer.

Para Cuba, los indicadores son:

- Incidencia de cáncer por todas las localizaciones según sexo y provincia: número de casos, tasas crudas y tasas ajustadas a población mundial.
- Incidencia de cáncer según sexo y principales localizaciones: número de casos, Tasas crudas y tasas ajustadas a población mundial.
- Incidencia de cáncer en menores de 20 años según grupos diagnósticos y edad: número de casos, tasas específicas, crudas y ajustadas a población mundial.
- Incidencia de cáncer en población de 20 años y más según sexo, principales localizaciones y grupo de edad: número de casos, tasas específicas, crudas y ajustadas a población mundial.
- Incidencia de cáncer en población de 20 a 29 años según principales localizaciones, sexo y grupo de edad: número de casos, tasas específicas, crudas y ajustadas a población mundial.
- Incidencia de cáncer en población de 30 a 44 años según principales localizaciones, sexo y grupo de edad: número de casos, tasas específicas, crudas y ajustadas a población mundial.
- Incidencia de cáncer en población de 45 a 59 años según principales localizaciones, sexo y grupo de edad: número de casos, tasas específicas, crudas y ajustadas a población mundial.
- Incidencia de cáncer en población masculina de 60 años y más según principales localizaciones y grupo de edad: número de casos, tasas específicas, crudas y ajustadas a población mundial.

- Incidencia de cáncer en población femenina de 60 años y más según principales localizaciones y grupo de edad: número de casos, tasas específicas, crudas y ajustadas a población mundial.
- Incidencia de cáncer por aparato según sexo: número de casos, tasas crudas y ajustadas a población mundial.

Para cada provincia de residencia, los indicadores son:

- Incidencia de cáncer por principales localizaciones según sexo y año: número de casos, tasas crudas y ajustadas a población mundial.
- Incidencia de cáncer en menores de 20 años ambos sexos por grupos de edad y grupos diagnóstico: número de casos, tasas crudas y ajustadas a población mundial.
- Incidencia de cáncer en población femenina de 20 y más años según principales localizaciones y grupos de edad: número de casos, tasas crudas y ajustadas a población mundial.
- Incidencia de cáncer en población masculina de 20 y más años según principales localizaciones y grupos de edad: número de casos, tasas crudas y ajustadas a población mundial.
- Incidencia de cáncer total según municipio de residencia: número de casos, tasas crudas y ajustadas a población mundial.

Por provincia informante, los indicadores son:

- Número de casos de cáncer según año de reporte y año de diagnóstico, por localización, provincia y año.
- Número de casos de cáncer reportados por provincia informante, según provincia de residencia y grupo de edad, y año.
- Número de casos de cáncer reportados por provincia informante, según provincia de residencia y sexo, y año.
- Diez primeras localizaciones de cáncer según sexo, provincia y año.
- Diez primeras localizaciones de cáncer según sexo y grupo de edad, provincia y año.
- Número de casos de cáncer reportados, según sexo y morfología para cada localización, provincia y año.
- Número de casos de cáncer reportados según base más válida al diagnóstico, provincia y año.
- Número de casos de cáncer reportados según etapa clínica, localización y sexo, por municipios y total, provincia y año.
- Frecuencias absolutas y relativas de casos reportados “inicialmente solo por certificado de defunción” y aquellos de los cuales se obtuvieron datos clínicos, provincia y año.
- Frecuencia de casos diagnosticados “solo por certificado de defunción”, provincia y año.
- Frecuencia de casos diagnosticados “solo por certificado de defunción”, por localización, provincia y año.

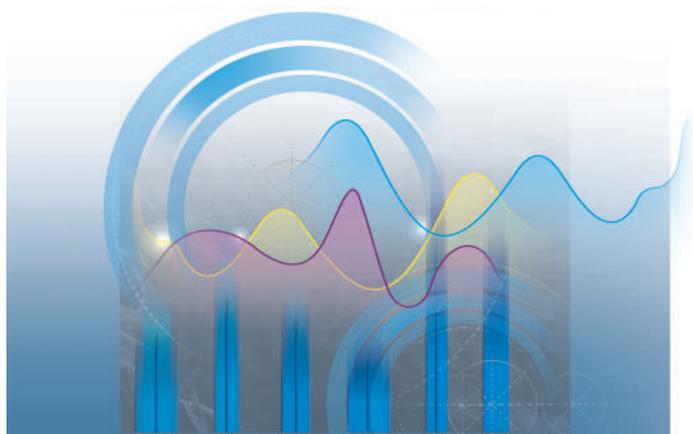
Por unidad informante, los indicadores son:

- Número de casos reportados por mes y año del reporte según localización, unidad informante, provincia y año diagnóstico.
- Número de casos según localización y sexo, unidad informante, provincia y año.
- Diez primeras localizaciones de cáncer según sexo, unidad informante, provincia y año.
- Frecuencias absolutas y relativas, cáncer por subsitios anatómicos, unidad informante, provincia y año.
- Número de casos según localizaciones y grupos de edad, unidad informante, provincia, sexo y año.
- Número de casos reportados según municipio o provincia de residencia por localización y sexo, unidad informante, provincia y año.
- Número de casos reportados según morfología para localización según sexo, unidad informante, provincia y año.
- Distribución según base más válida al diagnóstico y localización por sexo, año de diagnóstico, unidad informante, provincia y año.
- Frecuencias absolutas y relativas de casos provenientes de las fuentes y no reportados, unidad informante, provincia y año.
- Número de fallecidos con historia clínica y no reportados, unidad informante, provincia y año.
- Número de casos según etapa clínica y localización, unidad informante, provincia y año.

En este sentido, los indicadores de calidad que se deben seguir son:

- Frecuencias absolutas y relativas de casos reportados “inicialmente solo por certificado de defunción” y aquellos de los cuales se obtuvieron datos clínicos (por provincia informante y por el RNC, para todo el país y por provincia).
- Casos reportados al RNC como CDI y confirmados como SCD por año de diagnóstico.
- Frecuencia de casos diagnosticados SCD, por provincia.
- Frecuencia de casos diagnosticados SCD, por localización.
- Frecuencias de casos con variables esenciales desconocidas (provincias y total).
- Distribución de frecuencias absolutas y relativas de casos registrados según el hospital que reporta, sitio primario desconocido y localización mal definida (otros e inespecíficos, topográfico y morfológico bajo la categoría “SAI”).
- Distribución de frecuencias absolutas y relativas de casos registrados según subsitio anatómico SAI por el hospital que reporta.
- Distribución de casos según localización topográfica y extensión clínica.
- Correspondencia entre variables esenciales (esto es para el control de la calidad para el RNC): diagnóstico morfológico y base más válida para el diagnóstico; etapa clínica y TNM; TNM y extensión clínica; topografía y morfología; órganos pares y lateralidad.
- Cociente Mortalidad/Incidencia (M:I).





Normas ético-legales y de confidencialidad

Este acápite contiene una serie de elementos importantes a tener en cuenta en el RNC de Cuba. Se debe tener presente que, en los Registros de Cáncer, se mantienen ficheros manuales y electrónicos con información personal y sobre la enfermedad de todos los casos de cáncer diagnosticados en la población. Los pacientes están ajenos al uso que se les da a sus datos personales y por esta razón es el RNC, como parte del Estado Cubano, responsable de garantizar con su organización y normas, la protección de esta información y preservar los principios éticos y de confidencialidad requeridos en estos casos.

La Constitución de la República de Cuba⁽⁸⁾ en su Artículo 48 se establece, que todas las personas tienen derecho a que se les respete entre otros elementos, su intimidad personal y la identidad personal. En el Artículo 97, se reconoce el derecho de toda persona a acceder a sus datos personales y entre otros elementos, a interesarse en la no divulgación de los datos y que el uso y tratamiento de estos se realiza de conformidad con lo establecido en la ley. Asimismo, en el Artículo 99, se establece la protección de las personas a las cuales se le vulneren los derechos consagrados en esta Constitución.

Según la Comisión Económica para América Latina y El Caribe (CEPAL):⁽⁹⁾

“La protección de datos se refiere a los derechos de las personas cuyos datos se recogen, se mantienen y se procesan, de saber qué datos están siendo retenidos y usados y de corregir las inexactitudes. Si la investigación involucra a personas, se deben considerar las obligaciones legales y éticas con respecto a compartir los datos”.

Siguiendo lo establecido en el país y en consonancia con el desarrollo de estos elementos que serán formulados mediante leyes y resoluciones del Estado Cubano, el RNC ha establecido una serie de principios de obligatorio cumplimiento, que a su vez se adaptan a normativas internacionales.

Pautas éticas establecidas

Los principios éticos seguidos por el RNC se adecuan al contexto social de Cuba, no obstante, se adhieren a las Pautas de la OMS-OPS⁽¹⁰⁾ sobre la ética en la vigilancia en la Salud Pública y a las normas internacionales de la Asociación Internacional de Registros de Cáncer (IACR)⁽¹¹⁾, la Agencia Internacional de Investigaciones en Cáncer (IARC) y la Red de Registros de Cáncer Europeos (ENCR).⁽¹²⁾ Estas pautas son:

- **Pauta 1:** El RNC de Cuba posee objetivos bien definidos, basados en las prioridades de la salud pública cubana.
- **Pauta 2:** La organización y estructura del RNC contemplan un plan bien definido para la captación, almacenamiento y análisis de la información, así como para su uso y difusión.
- **Pauta 3:** En el Manual de Procedimientos del RNC se declaran todos los elementos necesarios para asegurar que los datos recolectados sean de calidad suficiente, oportunos, fidedignos, válidos y completos. Estos datos deben garantizar que la información procesada responda a las necesidades del Sistema Nacional de Salud.
- **Pauta 4:** Las normas de confidencialidad establecidas en el RNC garantizan el resguardo de los datos identificables, así como la protección de toda la información de los pacientes con el fin de garantizar el derecho a la intimidad.
- **Pauta 5:** Los resultados del RNC se incluyen en el Anuario Estadístico de Salud del MINSAP y se publican en un anuario de incidencia de cáncer con información más detallada, en la página web del propio RNC (<http://www.rnc.sld.cu>). Esto permite su uso en el país y la divulgación a otras instituciones extranjeras o internacionales cuando el caso lo merite.
- **Pauta 6:** Las instituciones científicas y académicas cubanas tienen la oportunidad de utilizar los resultados publicados del RNC y la participación en investigaciones conjuntas con los profesionales del RNC, de acuerdo a los propósitos de investigación o la docencia, bajo protocolo y convenio establecidos.
- **Pauta 7:** Los datos con información personal identificable, que es depósito y responsabilidad del RNC, no son compartidos con terceros, otros organismos o instituciones, incluso cuando los pacientes hayan fallecido.

Confidencialidad

Según el diccionario EcuRed:⁽¹³⁾ *“la cualidad de confidencial, se trata de una propiedad de la información que pretende garantizar el acceso solo a las personas autorizadas”*. En el caso

de la medicina, los pacientes tienen derecho a que la información sobre su estado de salud no sea divulgada sin su consentimiento.

En los registros de cáncer se requiere información sobre la identificación de los casos con el fin de eliminar duplicidades, detectar cuando un paciente tiene uno o más tumores múltiples y actualizar la fecha de fallecimiento de los individuos con el fin de poder realizar estudios de supervivencia, fundamentalmente.

Con el fin de permitir el cumplimiento de los principios descritos, se debe establecer que:

- Los especialistas y técnicos involucrados en la recolección y procesamiento de la información en el registro de cáncer deben ser entrenados en los aspectos relacionados con los principios éticos y de confidencialidad.
- Los ficheros y sistemas automatizados deben poseer claves y niveles de acceso a la información.
- Los datos de identificación de los sujetos deben ser, en muchos casos, codificados y encriptados para mantener la máxima garantía de protección y que no sea develada la identidad de los sujetos y sea solamente utilizada para la actualización de sus datos, dentro de un proceder automatizado.

Es por ello que debe existir un documento firmado por todos los profesionales y técnicos que, por su trabajo en el RNC, requieran tener acceso a la información de los casos registrados (Compromiso de Confidencialidad). En este documento debe constar su responsabilidad ante el mantenimiento de las medidas de protección de los datos y la conservación sobre la privacidad de los individuos en estudio (Anexo 4).

La Asociación Internacional de Registros de Cáncer, la Agencia Internacional de Investigaciones en Cáncer y la Red de Registros de Cáncer Europeos^(11, 12) han desarrollado Guías de Confidencialidad para el uso de todos los registros miembros. Sus objetivos fundamentales son:

- Asegurar la protección de la confidencialidad de los datos de los individuos con cáncer para que esta no sea divulgada a terceras partes no autorizadas.
- Garantizar la calidad de los datos.
- Controlar que el uso de la información sobre los casos de cáncer se dirija al beneficio de los enfermos, al control del cáncer y a la investigación médica.

El RNC, a partir de la revisión de estas guías internacionales, elaboró el conjunto de Normas de confidencialidad que tienen un carácter obligatorio de cumplimiento.

Así, los aspectos generales sobre la confidencialidad en el RNC son:

- Se considera información confidencial a todos los datos recogidos en los formularios de “Reporte de Cáncer”. Igualmente, se considera confidencial la información de los reportes de cáncer almacenada en formato electrónico (almacenamiento externo de cualquier tipo y computadoras personales).

- El jefe del RNC y los jefes de los Departamentos de Registros Médicos y Estadísticas de Salud de las unidades informantes y los territorios son los máximos responsables del cumplimiento de estas normas.
- La información sobre los fallecidos debe cumplir con los mismos criterios de confidencialidad que los relacionados con los pacientes vivos.
- Debe estar bien definido cuáles son los profesionales y técnicos con acceso a los locales del RNC y quiénes tendrán acceso a la información, de igual manera el nivel de acceso correspondiente. Esto debe estar definido en cualquiera de los niveles de la estructura del RNC.
- Las personas con acceso a datos confidenciales son aquellas que participan directamente en el proceso de recolección, procesamiento y análisis de los datos. Los profesionales que trabajan en cualquier nivel del RNC tendrán acceso a la información confidencial de acuerdo a las tareas de su plan de trabajo, previa autorización del jefe de departamento.
- Se debe cuidar el acceso físico a los datos del registro. En los departamentos de Registros Médicos y Estadísticas de Salud, tanto de las unidades informantes como de las Direcciones territoriales y en el RNC, donde se encuentre archivada o almacenada la información confidencial del registro, se deberán mantener las condiciones adecuadas de protección que impida el acceso de personas ajenas y no autorizadas por los jefes correspondientes a estos datos.
- Es una obligación del personal, que trabaja en cualquiera de las estructuras del RNC, conocer y cumplir las normas de confidencialidad de la información.

Normas para el proceso de recolección de la información

La persona con acceso a datos confidenciales es responsable de mantener la confidencialidad, no solo de los datos identificables que pueden recogerse de personas con cáncer, sino de otras informaciones que pueden leer o escuchar en relación a la fuente primaria de datos.

En las unidades informantes es importante tener en cuenta que:

- Tendrán acceso al reporte de caso diagnosticado de cáncer el médico de asistencia, el registrador y el jefe del Departamento de Registros Médicos y Estadísticas de Salud.
- Tendrá acceso al tarjetero de los casos reportados de cáncer el personal de estadística autorizado.
- Los reportes se enviarán a la Dirección de Salud de los territorios en sobres cerrados.
- Se utilizará el documento reflejado en el Anexo 3.1 y Anexo 3.2 para la transmisión electrónica de la información.

En la Dirección Provincial de Salud Pública es importante tener en cuenta que:

- Los formularios de “Reporte de Cáncer” recibidos en sobres cerrados y que fueron enviados por las unidades informantes serán guardados en un lugar seguro y con acceso limitado.

- Después de cumplir con los procedimientos establecidos para este nivel, los formularios de “Reporte de Cáncer” serán enviados al RNC en sobres cerrados.
- Tendrán acceso a los formularios de reporte de cáncer el responsable del registro en el Departamento de Registros Médicos y Estadísticas de Salud de los territorios y el jefe de Departamento.
- Se utilizará el documento reflejado en el Anexo 3.1 y Anexo 3.2 para la transmisión electrónica de la información.

En el RNC es importante tener en cuenta que:

- Los formularios de “Reporte de Cáncer” recibidos en sobres cerrados y que fueron enviados por los departamentos de Registros Médicos y Estadísticas de Salud de las Direcciones de Salud de los territorios y unidades de subordinación nacional serán guardados en un lugar seguro y con acceso limitado.
- Después de cumplir con los procedimientos establecidos para este nivel, los formularios “Reporte de Cáncer” de todo el país serán archivados en un local del RNC de Cuba, con cerradura adecuada en la puerta.
- En la puerta de acceso a dicho local se colocará un letrero de ACCESO RESTRINGIDO con los nombres de las personas autorizadas a acceder a la información.
- Cuando sea necesario para el registro, solicitar una información adicional o faltante a la fuente proveedora del dato, ya sea a nivel del hospital o de la provincia, se hará una solicitud confidencial con el número de identificación del reporte.

Normas para el proceso de introducción de datos.

- El sistema automatizado para la introducción de los datos del Registro de Cáncer será único en todo el país. Cualquier cambio deberá ser aprobado por el RNC.
- El acceso a la base de datos tendrá diferentes claves por niveles para garantizar que solo el personal del registro que ha sido autorizado pueda acceder a la información.
- Las computadoras que se utilizan para la introducción y procesamiento de los datos al Registro se mantendrán con acceso restringido para lo cual se establecerán nombres de usuarios y claves que no aparezcan en pantalla cuando se tecleen. Se cambiará la clave de acceso a cortos intervalos de tiempos o según necesidad.
- El personal técnico que introducirá los datos deberá estar acreditado como REGISTRADOR y previamente entrenado en el sistema automatizado que esté en uso.
- El envío de la información por el correo electrónico se hará siempre en formato compactado de acuerdo a lo establecido en el Anexo 3.2.

Normas para el almacenamiento y transferencia de datos.

- Se deberán tomar todas las medidas que garanticen, de la manera más segura posible, el almacenamiento de datos en papel, en la computadora y su transporte o transmisión por personal del Registro en cualquiera de estos formatos. Estas medidas incluyen la definición de quienes tienen acceso a los locales del Registro y quienes tienen acceso

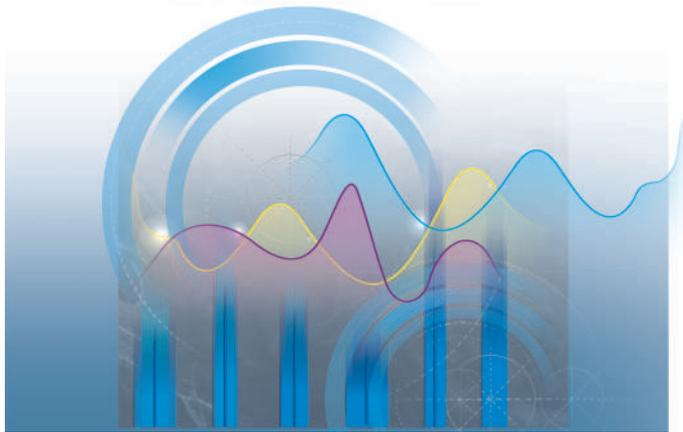
al lugar donde se guardan los formularios “Reporte de Cáncer” originales con la información confidencial. Esto deberá estar por escrito en la puerta de acceso al local y archivado en la documentación del Registro.

- El envío de las listas con nombres u otros datos identificables estarán vinculadas por un número que le permitirá a la persona autorizada reconstruir la información.
- La base de datos se debe salvar diariamente en un dispositivo de almacenamiento externo para evitar pérdidas.
- Las copias se deben almacenar bajo llave y tener una copia extra en un lugar seguro, fuera del departamento bajo la custodia del jefe del departamento.

La normativa para la protección del uso de los datos en el RNC es:

- Los desarrolladores de software que, por razones de soporte técnico, tengan acceso a los datos del RNC deberán firmar un acta de confidencialidad y no podrán hacer uso de ellos bajo ninguna circunstancia. Su uso estará limitado a aquellas tareas de soporte o programación de alguna funcionalidad.
- Queda prohibido para personal desvinculado al procesamiento de los datos en el RNC, todo proceso dirigido a la identificación de las personas mediante la asociación de datos personales hacia datos de salud que deben tener la categoría jurídica de anonimizados.
- Los datos del RNC no serán entregados a particulares, medios de difusión u otros terceros.
- El uso de los datos del RNC deberá estar justificado científicamente para el bien público e investigaciones epidemiológicas, que permitan un mayor conocimiento de la enfermedad para Cuba y el mundo.
- La entrega de los datos será siempre de carácter anónimo, con imposibilidad de develar la identidad de los pacientes (datos disociados de información de identidad).
- La institución receptora de los datos será responsable del uso de la información mediante la firma de un acuerdo suministrado por el RNC.
- La entrega de los datos será solamente aprobada por el jefe del RNC, bajo condiciones de uso establecidas, en un documento oficial unido al formulario de solicitud (Anexo 5) y tendrá el carácter de revocable en caso de que no se cumplan los requisitos establecidos en el acuerdo firmado por ambas partes.





Supervisiones

En el RNC se establece el control del cumplimiento de los procedimientos y la calidad de la información como una tarea esencial a llevar a cabo por sus estructuras de dirección: departamentos de Registros Médicos y Estadísticas de Salud de los territorios y el RNC.

Cada una de estas estructuras utiliza diferentes métodos en dependencia de sus objetivos y el momento en que se realiza el control. La esencia de esta tarea se centrará en:

- Cumplimiento de los procedimientos (en los diferentes departamentos, laboratorios y áreas involucradas en la captación del dato primario).
- Calidad del llenado del “Reporte de cáncer” (de acuerdo a lo establecido en relación a la legibilidad, los datos faltantes, concordancia entre variables, oportunidad de la información, cumplimiento del flujo establecido para evitar pérdida de datos, entre otros).
- Resultado de los indicadores de exhaustividad (CDI, SCD y otros).

Se definen en este manual, los diferentes métodos a utilizar en las tareas de control:

Visitas técnicas. Se llevarán a cabo por especialistas provenientes de los departamentos de Registros Médicos y Estadísticas de Salud de los territorios o del RNC. Estas visitas no son programadas ya que pueden responder a dos motivos:

- Una solicitud realizada por las unidades informantes o los departamentos de Registros Médicos y Estadísticas de Salud de los territorios, debido a dudas o dificultades en el cumplimiento de algunos de los procedimientos
- Por dificultades reiteradas detectadas en los departamentos de Registros Médicos y Estadísticas de Salud de los territorios en cualquier información enviada por las unidades o detectadas en el RNC, proveniente de la información brindada por las unidades informantes o por algún departamento de Registros Médicos y Estadísticas de Salud de los territorios.

Si la visita se realiza por los departamentos de Registros Médicos y Estadísticas de Salud de los territorios, deberá ser coordinada con la institución que se va a visitar y si se realiza por el RNC, deberá ser coordinada con el Departamento de Registros Médicos y Estadísticas de Salud que corresponda y asimismo este departamento coordinará con la unidad que será visitada. En las visitas se utilizará un instrumento prediseñado que dependerá del objetivo de la visita y la situación particular que se pretende revisar.

Supervisiones periódicas. Son actividades de control programadas por los departamentos de Registros Médicos y Estadísticas de Salud de los territorios y por el RNC, basados en un plan de supervisión anual. Los departamentos de Registros Médicos y Estadísticas de Salud de los territorios diseñarán este plan de manera tal que se incluyan dos veces en el año, al 100 % de las unidades informantes de su territorio (cada una tendrá una supervisión cada 6 meses).

El RNC programará una supervisión anual en la que incluirá a todas las provincias del país y al municipio especial Isla de la Juventud, así como una muestra aleatoria de las unidades a visitar. Se priorizan siempre las unidades que reportan el mayor número de casos. En las supervisiones se utilizarán las Instrucciones Generales y las Guías de supervisión que se describen a continuación.

Inspección y auditoría. Son procesos que serán llevados a cabo por las entidades de mayor jerarquía administrativa (RNC y Dirección de Registros Médicos y Estadísticas de Salud del MINSAP). Eventualmente, algún organismo internacional puede ejecutar una tarea de este tipo, a solicitud del RNC. Se utilizan para esto, instrumentos de medición especialmente creados para estos fines, por lo que no serán objeto de este manual.

Instrucciones generales para las supervisiones

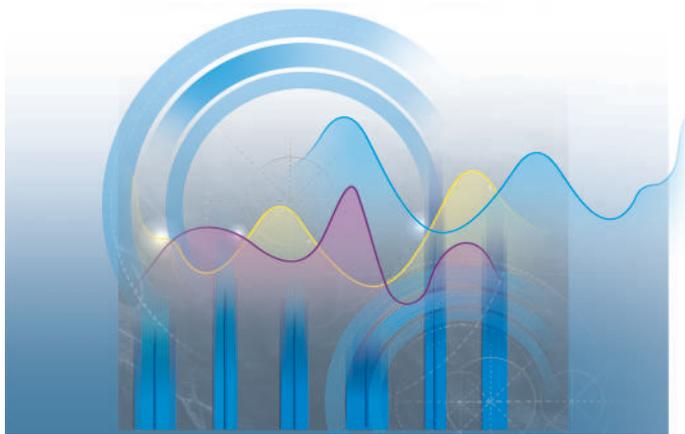
Para desarrollar estas supervisiones se deberán seguir las siguientes instrucciones:

- Elaborar un cronograma anual, especificando día y hora. Los departamentos de Registros Médicos y Estadísticas de Salud de los territorios efectuarán estas supervisiones cada 6 meses y el RNC una vez al año.
- Informar al nivel superior el cronograma de visitas a las unidades.
- Utilizar la guía de inspección y llenar debidamente el instrumento de supervisión creado en este manual.
- Elaborar el informe de la supervisión utilizando el instructivo.
- Informar sobre los resultados a la máxima dirección de la unidad en el momento de culminar la supervisión y entregar copia del informe al director, así como al vicedirector de Asistencia Médica y al RNC.
- Elaborar, por parte del RNC, un informe resumen con los resultados de las supervisiones, dirigido a la Dirección de Registros Médicos y Estadísticas de Salud del MINSAP.

Será responsabilidad de los Departamentos de Registros Médicos y Estadísticas de Salud de los territorios informar al Director Provincial, al Vicedirector de Asistencia Médica y al Director de cada una de las unidades hospitalarias del cronograma (incluyendo fecha y hora) de supervisiones de su Departamento a las unidades y la Supervisión anual del RNC a los territorios.

Se supervisarán, en todos los casos, los años de interés para el RNC con el objetivo de recuperar el subregistro de casos, si existieran, y poder emitir cifras definitivas de incidencia de cáncer en el país. Para ello, se utilizarán las guías que se muestran en el Anexo 6.



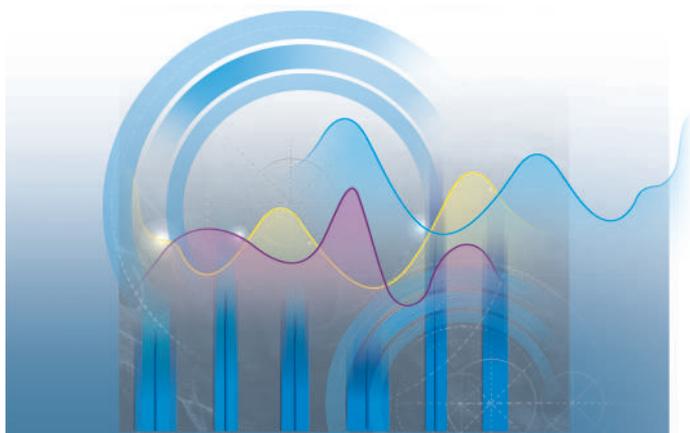


Referencias bibliográficas

- 1 Fernández Garrote LM. Sistema de Información para el Registro Nacional de Cáncer. [Tesis para optar por el grado a Doctor en Ciencias Médicas]. La Habana: Instituto Nacional de Oncología y Radiobiología; 1985.
- 2 Galán Álvarez YH, Iglesias Y. Manual de Procedimiento del Registro Nacional de Cáncer. Cuba: MINSAP; 2010.
- 3 Centro de Estudios de Población y Desarrollo. Indicadores Demográficos de Cuba y sus territorios 2023. Oficina Nacional de Estadística e Información. Edición julio 2024. Disponible en: https://www.onei.gob.cu/sites/default/files/publicaciones/2024-09/indicadores_demograficos_2023_0.pdf
- 4 Ministerio de Justicia. Decreto Ley No. 281. Principios de organización y funcionamiento del Sistema de Información del Gobierno. La Habana: Gaceta Oficial de la República de Cuba; 2011. Disponible en: <https://www.medigraphic.com/pdfs/infodir/ifd-2011/ifd113h.pdf>
- 5 Fritz A, Constance P, Andrew J, Kanagaratnam Shan. Clasificación internacional de enfermedades para oncología (CIE-O). Rev Esp Salud Publica. 2003;77(5):659. Disponible en: <https://scielo.isciii.es/pdf/resp/v77n5/resena2.pdf>
- 6 Steliarova-Foucher E, Stiller Ch, Lacour B, Kaatsch P. International classification of childhood cancer, third edition. Cancer 2005;103(7):1457-1467. DOI: <https://doi.org/10.1002/cncr.20910>
- 7 Ferlay J, Burkhard S, Whelan DM. Check and Conversion Programs for Cancer Registries. (IARC/IACR Tools for Cancer Registries). IARC Technical Report No. 42. Lyon, 2005. Disponible en: <https://www.iss.it/documents/20126/8090457/IARC+Technical+Report+42.pdf/91e95e87-675f-9be8-d04e-f1daaf672671?t=1673884412347>

- 8 Constitución de la República de Cuba. Gaceta Oficial de La República de Cuba No 5. Extraordinaria 10 de abril 2019. Disponible en: <https://www.gacetaoficial.gob.cu/es/constitucion-de-la-republica-de-cuba>
- 9 CEPAL. Gestión de datos de Investigación. Biblioguías-Biblioteca de la Comisión Económica para América Latina y El Caribe. 2020. Disponible en: <https://biblioguias.cepal.org/gestion-de-datos-de-investigacion>
- 10 OPS. Pautas de la OMS sobre la ética en la vigilancia de la Salud Pública. 2017. Disponible en: <https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/34499/9789275319840-spa.pdf?sequence=6&isAllowed=y>
- 11 International Association of Cancer Registries. Guidelines of confidentiality for population-based cancer registration. Asian Pac J Cancer Prev 2005;6(1):87-103. Disponible en: https://journal.waocp.org/article_24321_d899747e03e24c6884a2cdfaeaaa2fb0.pdf
- 12 Guidelines on Confidentiality and ethics for population-based cancer registration and linked activities in Europe. European Network of Cancer Registries. International Agency for Research on Cancer. Version 3, May 2011. Disponible en: https://www.enrcr.eu/sites/default/files/pdf/ENCR_Eurocouse_GuidelinesConfidentialityEthics.pdf
- 13 Confidencialidad. Definición. 1 de julio de 2020. Disponible en: <https://www.ecured.cu/Confidencialidad>





Anexos

Anexo 1: Unidades informantes por provincia

*** más de 800 casos por año*

PROVINCIA	CÓDIGO RNC	NOMBRE-RNC	TIPO
PINAR DEL RIO			
21	2101	GEN. ABEL SANTAMARÍA CUADRADO**	GENERAL
21	2110	C.Q. PROV. LEÓN CUERVO RUBIO**	CLÍNICO QUIRÚRGICO
21	2140	PED. PROV. PEPE PORTILLA	PEDIÁTRICO
21	2162	GEN. AUGUSTO CÉSAR SANDINO	GENERAL
ARTEMISA			
21	2114	POLIC. TURCIOS LIMA	POLICLÍNICO
22	2221	GEN. CIRO REDONDO	GENERAL
22	2263	GEN. COMANDANTE PINARES. SAN CRISTOBAL	GENERAL
22	2222	GEN. IVÁN PORTUONDO	GENERAL
22	2220	GEN. JOSE RAMÓN MARTÍNEZ	GENERAL
22	2264	GEN. 2do CONGRESO UJC. BAHÍA HONDA	GENERAL
22	2299	RURAL Tte. JUAN HERNÁNDEZ	RURAL

Anexo 1: Continuación.

PROVINCIA	CÓDIGO RNC	NOMBRE-RNC	TIPO
LA HABANA			
23	2300	INSTITUTO DE ONCOLOGÍA Y RADIOBIOLOGÍA**	INSTITUTO DE INVESTIGACIÓN
23	2301	C.Q. CARLOS JUAN FINLAY BARRÉS	MILITAR
23	2302	GEN.LUIS DÍAZ SOTO	MILITAR
23	2303	DR. EDUARDO BERNABÉ ORDAZ DUCUNGÉ	PSIQUIÁTRICO
23	2304	HERMANOS AMEIJERAS (HOSPITAL DE SUBORDINACIÓN NACIONAL) **	CLÍNICO QUIRÚRGICO
23	2306	CENTRO DE INVESTIGACIONES MÉDICO QUIRÚRGICAS (CIMEQ)	HOSPITAL MILITAR
23	2307	NEUMOLÓGICO BENÉFICO JURÍDICO	NEUMOLÓGICO
23	2308	FRANK PAÍS GARCÍA (HOSPITAL DE SUBORDINACIÓN NACIONAL)	ORTOPÉDICO
23	2310	ENRIQUE CABRERA COSSIO	GENERAL
23	2309	INSTITUTO DE NEFROLOGÍA	INSTITUTO DE INVESTIGACIÓN
23	2311	C.Q. COMANDANTE MANUEL FAJARDO RIVERO	CLÍNICO QUIRÚRGICO
23	2312	C.Q. CALIXTO GARCÍA ÍÑIGUEZ**	CLÍNICO QUIRÚRGICO
23	2313	C.Q. FREYRE ANDRADE Y VELÁZQUEZ	CLÍNICO QUIRÚRGICO
23	2314	C.Q. JOAQUÍN ALBARRÁN DOMÍNGUEZ**	CLÍNICO QUIRÚRGICO
23	2315	C.Q. SALVADOR GUILLERMO ALLENDE GOSENS	CLÍNICO QUIRÚRGICO
23	2316	C.Q. MIGUEL ENRÍQUEZ ESPINOSA**	CLÍNICO QUIRÚRGICO

Anexo 1: Continuación.

PROVINCIA	CÓDIGO RNC	NOMBRE-RNC	TIPO
23	2317	C.Q. 10 DE OCTUBRE	CLÍNICO QUIRÚRGICO
23	2318	CENTRO DE MÍNIMO ACCESO (CMA)	CLÍNICO QUIRÚRGICO
23	2330	G.O. AMÉRICA ARIAS LÓPEZ	GINECOBSTÉTRICO
23	2332	G.O. GUANABACOA	GINECOBSTÉTRICO
23	2333	G.O. EUSEBIO HERNÁNDEZ PÉREZ	GINECOBSTÉTRICO
23	2334	G.O. RAMÓN GONZÁLEZ CORO	GINECOBSTÉTRICO
23	2335	M.I. 10 DE OCTUBRE (HIJAS DE GALICIA)	MATERNO INFANTIL
23	2340	PED. WILLIAM SOLER LEDEA	PEDIÁTRICO
23	2343	PED. CENTRO HABANA	PEDIÁTRICO
23	2344	PED. BORRÁS-MARFÁN	PEDIÁTRICO
23	2345	PED. LEONOR PÉREZ CABRERA	PEDIÁTRICO
23	2346	G.O. SAN MIGUEL DEL PADRÓN (LA BALEAR)	GINECOBSTÉTRICO
23	2347	M.I. ÁNGEL ARTURO ABALLÍ	MATERNO INFANTIL
23	2348	PED.CERRO (CATÓLICAS CUBANAS)	PEDIÁTRICO
23	2350	PED.JUÁN MANUEL MÁRQUEZ RODRÍGUEZ	PEDIÁTRICO
23	2363	JULIO TRIGO LÓPEZ	CLÍNICO QUIRÚRGICO
23	2365	FRUCTUOSO RODRÍGUEZ PÉREZ	ORTOPÉDICO
23	2366	ANTILEPROSO	
23	2367	INSTITUTO CUBANO DE OFTALMOLOGÍA "PANDO FERRER"	INSTITUTO DE INVESTIGACIÓN
23	2368	INSTITUTO DE HEMATOLOGÍA E INMUNOLOGÍA	INSTITUTO DE INVESTIGACIÓN
23	2369	INSTITUTO DE GASTROENTEROLOGÍA	INSTITUTO DE INVESTIGACIÓN

Anexo 1: Continuación.

PROVINCIA	CÓDIGO RNC	NOMBRE-RNC	TIPO
23	2370	INSTITUTO DE NEUROLOGÍA Y NEUROCIRUGÍA	INSTITUTO DE INVESTIGACIÓN
23	2371	INSTITUTO DE ANGIOLOGÍA Y CIRUGÍA VASCULAR	INSTITUTO DE INVESTIGACIÓN
23	2372	INSTITUTO DE ENDOCRINOLOGÍA	INSTITUTO DE INVESTIGACIÓN
23	2373	PSIQUIÁTRICO 27 DE NOVIEMBRE	PSIQUIÁTRICO
23	2375	PSIQUIÁTRICO DR. ROBERTO SORHEGUI	PSIQUIÁTRICO
23	2376	CENTRO INTERNACIONAL DE LA TERCERA EDAD (CITED)	CLÍNICO QUIRÚRGICO
23	2379	INSTITUTO DE MEDICINA TROPICAL "PEDRO KOURI"	INSTITUTO DE INVESTIGACIÓN
23	230A	POLIC. ISIDRO DE ARMAS	POLICLÍNICO
23	230B	POLIC. MANUEL FAJARDO-JAIMANITA	POLICLÍNICO
23	230C	POLIC. 1RO DE ENERO	POLICLÍNICO
23	230D	POLIC. 5 DE SEPTIEMBRE-SANTA FE	POLICLÍNICO
23	230E	POLIC. COMUNITARIO DOCENTE	POLICLÍNICO
23	230F	POLIC. 28 DE ENERO	POLICLÍNICO
23	230G	POLIC. ANA BETANCOURT	POLICLÍNICO
23	230H	POLIC. PLAZA	POLICLÍNICO
23	230I	POLIC. 15 y 18	POLICLÍNICO
23	230J	POLIC. CORINTHIA	POLICLÍNICO
23	230K	POLIC. RAMPA	POLICLÍNICO
23	230L	POLIC. PUENTES GRANDES	POLICLÍNICO
23	230M	POLIC. 19 DE ABRIL	POLICLÍNICO
23	230N	POLIC. VAN TROI	POLICLÍNICO
23	230O	POLIC. MARIO MANDULEY	POLICLÍNICO
23	230P	POLIC. REINA	POLICLÍNICO

Anexo 1: Continuación.

PROVINCIA	CÓDIGO RNC	NOMBRE-RNC	TIPO
23	230Q	POLIC. JOAQUÍN ALBARRÁN-CAYO HUESO	POLICLÍNICO
23	230R	POLIC. LUIS GALVÁN	POLICLÍNICO
23	230S	POLIC. TAMAYO	POLICLÍNICO
23	230T	POLIC. ROBERTO ZULUETA	POLICLÍNICO
23	230U	POLIC. TOMÁS ROMAY	POLICLÍNICO
23	230V	POLIC. ANTONIO GUITERAS	POLICLÍNICO
23	230W	POLIC. ABALLÍ	POLICLÍNICO
23	230X	POLIC. REGLA	POLICLÍNICO
23	230Y	POLIC. CASABLANCA	POLICLÍNICO
23	230Z	POLIC. HABANA DEL ESTE-CMDTE. CAMILO CFGOS	POLICLÍNICO
23	231A	POLIC. GUANABO (MARIO MUÑOZ)	POLICLÍNICO
23	231B	POLIC. CAMPO FLORIDO	POLICLÍNICO
23	231C	POLIC. ALAMAR-MARIO ESCALONA	POLICLÍNICO
23	231D	POLIC. COJÍMAR (GREGORIO VALDEZ)	POLICLÍNICO
23	231E	POLIC. ANTONIO GUITERAS	POLICLÍNICO
23	231F	POLIC. 13 DE MARZO	POLICLÍNICO
23	231G	POLIC. ENRIQUE DE LOS A. BETANCOURT	POLICLÍNICO
23	231H	POLIC. ANDRÉS ORTÍZ	POLICLÍNICO
23	231I	POLIC. MACHACO AMEJEIRA	POLICLÍNICO
23	231J	POLIC. DOCENTE GUANABACOA	POLICLÍNICO
23	231K	POLIC. LUIS CARBÓ-JACOMINO	POLICLÍNICO
23	231L	POLIC. BERNARDO POSSE-ALT. LUYANÓ	POLICLÍNICO
23	231M	POLIC. CALIFORNIA-DIEZMERO-JUANELO	POLICLÍNICO
23	231N	POLIC. SAN FCO. DE PAULA	POLICLÍNICO

Anexo 1: Continuación.

PROVINCIA	CÓDIGO RNC	NOMBRE-RNC	TIPO
23	2310	POLIC. WILFREDO PÉREZ (B. OBRERO)	POLICLÍNICO
23	231P	POLIC. ARMANDO PI MIRABAL (DIEZMERO)	POLICLÍNICO
23	231Q	POLIC. PASTEUR	POLICLÍNICO
23	231R	POLIC. LUYANÓ	POLICLÍNICO
23	231S	POLIC. LAWTON	POLICLÍNICO
23	231T	POLIC. TURCIOS LIMA	POLICLÍNICO
23	231U	POLIC. LUIS DE LA PUENTE	POLICLÍNICO
23	231V	POLIC. SANTOS SUÁREZ- RAÚL GÓMEZ	POLICLÍNICO
23	231W	POLIC. 30 DE NOVIEMBRE	POLICLÍNICO
23	231X	POLIC. 14 DE JUNIO	POLICLÍNICO
23	231Y	POLIC. CERRO	POLICLÍNICO
23	231Z	POLIC. HÉROES DE GIRÓN	POLICLÍNICO
23	232A	POLIC. ABEL SANTAMARÍA	POLICLÍNICO
23	232B	POLIC. ANTONIO MACEO	POLICLÍNICO
23	232C	POLIC. CARLOS J. FINLAY	POLICLÍNICO
23	232D	POLIC. RAMÓN GLEZ. CORO	POLICLÍNICO
23	232E	POLIC. 27 DE NOVIEMBRE	POLICLÍNICO
23	232F	POLIC. CARLOS MANUEL PORTUONDO LOMBART.	POLICLÍNICO
23	232G	POLIC. ALEIDA FERNÁNDEZ	POLICLÍNICO
23	232H	POLIC. PULIDO HUMARÁN	POLICLÍNICO
23	232I	POLIC. PEDRO FONSECA (PUNTA BRAVA)	POLICLÍNICO
23	232J	POLIC. BENAVIDES	POLICLÍNICO
23	232K	POLIC. CRISTÓBAL LABRA	POLICLÍNICO
23	232L	POLIC. BOYEROS	POLICLÍNICO
23	232M	POLIC. CALABAZAR	POLICLÍNICO
23	232N	POLIC. MARIO MUÑOZ-WAJAY	POLICLÍNICO

Anexo 1: Continuación.

PROVINCIA	CÓDIGO RNC	NOMBRE-RNC	TIPO
23	2320	POLIC. STGO. DE LAS VEGAS	POLICLÍNICO
23	232P	POLIC. CAPDEVILA	POLICLÍNICO
23	232Q	POLIC. VICTORIA CUBA-ANGOLA (SANAT. SIDA)	POLICLÍNICO
23	232R	POLIC. SALVADOR ALLENDE	POLICLÍNICO
23	232S	POLIC. LOS PINOS	POLICLÍNICO
23	232T	POLIC. MANTILLA	POLICLÍNICO
23	232U	POLIC. CAPRI	POLICLÍNICO
23	232V	POLIC. JULIÁN GRIMAU	POLICLÍNICO
23	232W	POLIC. PÁRRAGA	POLICLÍNICO
23	232X	POLIC. MANAGUA	POLICLÍNICO
23	232Y	POLIC. MAYOR JOSÉ E. CÉSPEDES (RPTO. EÉCT)	POLICLÍNICO
23	232Z	POLIC. COTORRO (E. MAYOR)	POLICLÍNICO
MAYABEQUE			
24	2462	GEN. ALEIDA FERNÁNDEZ. GÜINES	GENERAL
24	2481	M.I. LEOPOLDITO SAN JOSÉ	MATerno INFANTIL
24	2480	G.O. PITI FAJARDO GUINES	GINECOBSTÉTRICO
24	2401	POLIC. BEJUCAL	POLICLÍNICO
24	2404	POLIC. FELO ECHEZARRETA	POLICLÍNICO
24	2407	POLIC. NOELIO CAPOTE	POLICLÍNICO
24	2408	POLIC. ALBERTO FERNÁNDEZ (SANTA CRUZ)	POLICLÍNICO
24	2415	POLIC. EMILIA DE CÓRDOVA SAN NICOLAS	POLICLÍNICO
24	2417	POLIC. LUÍS LEE TRIGENTE GÜINES	POLICLÍNICO
24	2419	POLIC. DOCENTE RAUL CURRAS REGALADO	POLICLÍNICO
24	2421	POLIC. PABLO NORIEGA (QUIVICÁN)	POLICLÍNICO

Anexo 1: Continuación.

PROVINCIA	CÓDIGO RNC	NOMBRE-RNC	TIPO
MATANZAS			
25	2501	C.Q. MARIO MUÑOZ MONROY (MILITAR)	CLÍNICO QUIRÚRGICO
25	2503	ANTONIO GUITERAS HOLMES	PSIQUIÁTRICO
25	2530	G.O. JULIO RAFAEL ALFONSO MEDINA	GINECOBSTÉTRICO
25	2540	PED. ELISEO NOEL CAAMAÑO	PEDIÁTRICO
25	2550	C.Q. COMANDANTE FAUSTINO PÉREZ**	CLÍNICO QUIRÚRGICO
25	2560	GEN. MARIO MUÑOZ MONROY	GENERAL
25	2561	GEN. JULIO AROSTEGUI VILLAMIL	GENERAL
25	2562	GEN. ILUMINADO RODRÍGUEZ RODRÍGUEZ	GENERAL
25	2563	GEN. PEDRO ESTANISLAO BETANCOURT DÁVALOS	GENERAL
VILLA CLARA			
26	2610	C.Q. ARNALDO MILIÁN CASTRO**	CLÍNICO QUIRÚRGICO
26	2620	C.Q. CELESTINO HERNÁNDEZ ROBAU**	CLÍNICO QUIRÚRGICO
26	2663	GEN. PROV. MÁRTIRES 9 DE ABRIL. SAGUA	GENERAL
26	2630	G.O. PROV. MARIANA GRAJALES	GINECOBSTÉTRICO
26	2601	HOSP. MILITAR DE VILLA CLARA	MILITAR
26	2660	GEN. PLACETAS	GENERAL
26	2640	PED. PROV. JOSÉ L. MIRANDA	PEDIÁTRICO
26	2677	POLIC. CAMAJUANÍ	POLICLÍNICO
26	2641	POLIC. XX ANIVERSARIO. S. CLARA	POLICLÍNICO
26	2678	POLIC. REMEDIO	POLICLÍNICO

Anexo 1: Continuación.

PROVINCIA	CÓDIGO RNC	NOMBRE-RNC	TIPO
26	2623	POLIC. MARTHA ABREU. S. CLARA	POLICLÍNICO
26	2692	POLIC MANICARAGUA	POLICLÍNICO
26	2629	POLIC MANUEL PITI FAJARDO. STO. DOMINGO	POLICLÍNICO
26	2621	POLIC. CAP. ROBERTO FLEITES	POLICLÍNICO
26	2643	POLIC. NORTE PLACETAS	POLICLÍNICO
26	2698	POLIC. ABEL SANTAMARIA ENCRUCIJADA	POLICLÍNICO
26	2675	POLIC. JUAN B. CONTRERAS RANCH	POLICLÍNICO
26	2672	POLIC. MARIO A. PÉREZ	POLICLÍNICO
26	2662	GEN. REMEDIOS	GENERAL
26	2661	GEN. CAIBARIÉN	GENERAL
26	2618	POLIC. SUR PLACETAS	POLICLÍNICO
26	2622	POLIC. CHIQUI GÓMEZ. S. CLARA	POLICLÍNICO
26	2613	POLIC. CAIBARIÉN I	POLICLÍNICO
26	2674	POLIC. CIFUENTES	POLICLÍNICO
26	2626	CLINICA DENTAL DE ESPECIALIDADES	
26	2671	POLIC. QUEMADO	POLICLÍNICO
26	2670	POLIC. CORRALILLO	POLICLÍNICO
26	2611	POLIC. NUEVO CAIBARIÉN II	POLICLÍNICO
26	2642	POLIC. STA CLARA	POLICLÍNICO
26	2627	CLINICA DENTAL UCM	
26	2628	CLINICA DENTAL DE MALEZA	
26	2680	G.O. PLACETAS	GINECOBSTÉTRICO
26	2603	PSIQUIÁTRICO PROVINCIAL DE VILLA CLARA	PSIQUIÁTRICO
26	2693	POLIC VUELTAS	POLICLÍNICO
26	2625	POLIC. JOSE R. L. ACOSTA. SCLARA	POLICLÍNICO
26	2676	POLIC. MARIO MUÑOZ ESPERANZA	POLICLÍNICO

Anexo 1: Continuación.

PROVINCIA	CÓDIGO RNC	NOMBRE-RNC	TIPO
CIENFUEGOS			
27	2710	C.Q. GUSTAVO ALDEREGUÍA LIMA**	CLÍNICO QUIRÚRGICO
27	2740	PAQUITO GONZÁLEZ CUETO	PEDIÁTRICO
27	2711	POLICLÍNICO RAUL SUÁREZ MARTÍNEZ	POLICLÍNICO
27	2760	POLICLÍNICO CON SERVICIO DE HOSPITALIZACIÓN MIGUEL ALIPIO LEÓN	POLICLÍNICO
27	2714	POLICLÍNICO MANUEL PITI FAJARDO	POLICLÍNICO
27	2713	POLICLÍNICO ARACELIO IGLESIAS CASTELLÓN	POLICLÍNICO
27	2791	RURAL CRUCESITA CUMANAYAGUA	RURAL
27	2792	RURAL EL NICHU CUMANAYAGUA	RURAL
27	2793	RURAL EL NARANJO	RURAL
27	2799	RURAL SAN BLAS	RURAL
27	2712	POLIC. A II CECILIO RUIZ DE ZARATE	POLICLÍNICO
27	2730	G.O. MÁRTIREZ DE GIRON	GINECOBSTÉTRICO
SANCTI SPIRITUS			
28	2803	PSIQUIÁTRICO	PSIQUIÁTRICO
28	2810	C.Q. CAMILO CIENFUEGOS GORRIARÁN**	CLÍNICO QUIRÚRGICO
28	2830	G.O. PROVINCIAL	GINECOBSTÉTRICO
28	2840	PED. JOSÉ MARTÍ PÉREZ	PEDIÁTRICO
28	2860	GEN. RICARDO SANTANA MARTÍNEZ	GENERAL
28	2861	GEN. JATIBONICO	GENERAL

Anexo 1: Continuación.

PROVINCIA	CÓDIGO RNC	NOMBRE-RNC	TIPO
28	2862	GEN.TOMÁS CARRERA GALIANO	GENERAL
28	2863	GEN.JOAQUÍN PANECA CONSUEGRAS	GENERAL
28	2864	GEN. ALEJANDRO NAPOLES. TOPES DE COLLANTES	GENERAL
28	2865	C.Q. CABAIGUÁN	CLÍNICO QUIRÚRGICO
28	2866	RURAL MENESES	RURAL
28	2867	RURAL CONDADO	RURAL
28	2868	RURAL PITAJONES	RURAL
28	2869	RURAL ALGARROBO	RURAL
28	2880	M.I. CABAIGUÁN	MATERNO INFANTIL
28	2891	RURAL ZABALO MEYES. TRINIDAD	RURAL
28	2892	RURAL BANAQ	RURAL
28	2893	RURAL MANUEL BRITO JARAHUECA	RURAL
28	2894	RURAL CAMILO CIENFUEGOS. GUASIMAL	RURAL
28	2895	RURAL GAVILANES. FOMENTO	RURAL
28	2896	RURAL JULIO ORTÍZ PASCUAL. SOPIMPA	RURAL
28	2897	RURAL ROLANDO GLEZ. PEDRERO	RURAL
28	2898	RURAL SIGUANAY. TACAJO	RURAL
28	280A	POLIC. CARACUSEY	POLICLÍNICO
28	280B	POLIC. NORTE	POLICLÍNICO
28	280C	POLIC. CENTRO	POLICLÍNICO
28	280D	POLIC. SUR	POLICLÍNICO
28	280E	POLIC. LOS OLIVOS	POLICLÍNICO
28	280F	POLIC. MAYAJIGUA	POLICLÍNICO
28	280G	POLIC. I JATIBONICO	POLICLÍNICO
28	280H	POLIC. ZAZA	POLICLÍNICO

Anexo 1: Continuación.

PROVINCIA	CÓDIGO RNC	NOMBRE-RNC	TIPO
28	280I	POLIC. TAGUASCO	POLICLÍNICO
28	280J	POLIC. I CABAIGUAN	POLICLÍNICO
28	280K	POLIC. II CABAIGUAN	POLICLÍNICO
28	280L	POLIC. GUAYOS	POLICLÍNICO
28	280M	POLIC. FOMENTO	POLICLÍNICO
28	280N	POLIC. I TRINIDAD	POLICLÍNICO
28	280P	POLIC. II TRINIDAD	POLICLÍNICO
28	280Q	POLIC. II JATIBONICO	POLICLÍNICO
28	280R	POLIC. YAGUAJAY	POLICLÍNICO
28	280S	POLIC. LA SIERPE	POLICLÍNICO
28	2892	RURAL BANA O	RURAL
28	2893	RURAL MANUEL BRITO JARAHUECA	RURAL
28	2894	RURAL CAMILO CIENFUEGOS. GUASIMAL	RURAL
28	2895	RURAL GAVILANES. FOMENTO	RURAL
28	2896	RURAL JULIO ORTÍZ PASCUAL. SOPIMP	RURAL
28	2897	RURAL ROLANDO GLEZ. PEDRERO	RURAL
28	2898	RURAL SIGUAN EY. TACAJO	RURAL
CIEGO DE AVILA			
29	2910	GEN. PROV. LUACES	GENERAL
29	2911	GEN. PROV. CARLOS J. FINLAY	GENERAL
29	2960	GEN. CIRO REDONDO. PIRIA	GENERAL
29	2961	GEN. BOLIVIA. CUNAGUA	GENERAL
29	2962	GEN. MÁXIMO GÓMEZ. PTA. ALEGRE	GENERAL
29	2963	GEN. CAMILO CIENFUEGOS. CHAMBAS	GENERAL
29	2980	M.I. FLORENCIA	MATERN O INFANTIL
29	2981	M.I. TAMARINDO	MATERN O INFANTIL
29	2990	PED. MUNICIPAL MORÓN	PEDIÁTRICO

Anexo 1: Continuación.

PROVINCIA	CÓDIGO RNC	NOMBRE-RNC	TIPO
29	2991	GEN. MORÓN ROBERTO RODRÍGUEZ	GENERAL
29	2992	POLIC. JULIO CASTILLO	POLICLÍNICO
29	2993	POLIC. DIEGO DEL ROSARIO	POLICLÍNICO
29	2994	POLIC. RAFAEL PÉREZ	POLICLÍNICO
29	2995	POLIC. JOSÉ A. MÁS NARANJO	POLICLÍNICO
29	2996	POLIC. RAÚL ORTÍZ	POLICLÍNICO
29	2997	POLIC. ERNESTO CHE GUEVARA	POLICLÍNICO
29	2998	POLIC. SUR	POLICLÍNICO
29	2999	POLIC. CEBALLO	POLICLÍNICO
29	299A	POLIC. MARIO PÁEZ	POLICLÍNICO
CAMAGUEY			
30	3000	ONCOLÓGICO MARÍA CURIE	ONCOLÓGICO
30	3001	MILITAR DE CAMAGUEY	MILITAR
30	3003	PSIQUIÁTRICO RENÉ VALLEJO	PSIQUIÁTRICO
30	3010	C.Q. MANUEL ASCUNCE	CLÍNICO QUIRÚRGICO
30	3011	C.Q. AMALIA SIMONI	CLÍNICO QUIRÚRGICO
30	3030	G.O. PROVINCIAL	GINECOBSTETRICO
30	3040	PED. EDUARDO AGRAMONTE PIÑA	PEDIÁTRICO
30	3060	GENERAL FLORIDA	GENERAL
30	3061	GEN. MARTIN CHANG PUGA. NUEVITAS	GENERAL
30	3062	GEN. ARMANDO CARDOSO. GUAIMARO	GENERAL
30	3063	RURAL. BRASIL. JARONU ESMERALDA	RURAL
30	3064	RURAL LUGAREÑO	RURAL
30	3065	RURAL NOEL FERNÁNDEZ SENADO	RURAL
30	3066	RURAL PANAMÁ. VERTIENTES	RURAL
30	3067	GEN. SANTA CRUZ	GENERAL

Anexo 1: Continuación.

PROVINCIA	CÓDIGO RNC	NOMBRE-RNC	TIPO
30	3068	RURAL HAITÍ. MACAREÑO	RURAL
30	3069	RURAL CÁNDIDO GLEZ. STA. MARTA	RURAL
30	3080	GEN. MINAS	GENERAL
30	3081	M.I. ESMERALDA	MATERNO INFANTIL
30	3082	GENERAL SIBANICU	GENERAL
30	3091	RURAL J.A. ECHEVARRIA. FLORIDA	RURAL
30	3099	RURAL X ANIVERSARIO CAMALOTE	RURAL
30	300A	ANA BETANCOURT (MATERNO)	MATERNO INFANTIL
30	300B	HOSPITAL STA CRUZ DEL SUR	GENERAL
30	300C	POLIC.TTE TOMÁS ROJAS CÉSPEDES	POLICLÍNICO
30	300D	POLIC. VIÑALES ESMERALDA	POLICLÍNICO
30	300E	POLIC.N. PEREZ BRASIL-ESMERALDA	POLICLÍNICO
30	300F	POLIC.13 DE MARZO CUBITAS	POLICLÍNICO
30	300G	POLIC.ARTURO PUIG MINAS	POLICLÍNICO
30	300H	POLIC.ANTONIO PACHECO LUGAREÑO	POLICLÍNICO
30	300I	POLIC.NOEL FERNÁNDEZ	POLICLÍNICO
30	300J	POLIC.FRANCISCO PEÑA	POLICLÍNICO
30	300K	POLIC.DÉCIMO ANIVERSARIO CAMALOTE	POLICLÍNICO
30	300L	POLIC.DÉCIMO ANIVERSARIO GUAIMARO	POLICLÍNICO
30	300M	POLIC.GULLEN VAN TROY	POLICLÍNICO
30	300N	POLIC.MANUEL A VARONA	POLICLÍNICO
30	300O	POLIC. JOAQUIN AGÜERO	POLICLÍNICO
30	300P	POLIC. RODOLFO RAMÍREZ E PIRRE	POLICLÍNICO
30	300Q	POLIC. CARLOS J FINLAY	POLICLÍNICO
30	300R	POLIC. JOSE MARTÍ	POLICLÍNICO
30	300S	POLIC. JULIO A MELLA	POLICLÍNICO

Anexo 1: Continuación.

PROVINCIA	CÓDIGO RNC	NOMBRE-RNC	TIPO
30	300T	POLIC. IGNACIO AGRAMONTE	POLICLÍNICO
30	300U	POLIC. ESTE	POLICLÍNICO
30	300V	POLIC. TULA AGUILERA	POLICLÍNICO
30	300W	POLIC. PREVISORA	POLICLÍNICO
30	300X	POLIC. FLORIDA SUR	POLICLÍNICO
30	300Y	POLIC. FLORIDA NORTE	POLICLÍNICO
30	301A	POLIC. MARIO MUÑOZ VERTIENTES	POLICLÍNICO
30	301B	POLIC. BATALLA DE LAS GUÁSIMAS	POLICLÍNICO
30	301C	POLIC. HENRY REVE	POLICLÍNICO
30	301D	POLIC. ROSA CASTELLANOS	POLICLÍNICO
30	301E	POLIC. ERNESTO CHE G	POLICLÍNICO
30	301F	POLIC. LA JAGUA	POLICLÍNICO
30	301G	POLIC. HAITÍ	POLICLÍNICO
30	301H	POLIC. CÁNDIDO GONZÁLEZ	POLICLÍNICO
LAS TUNAS			
31	3101	MILITAR. LAS TUNAS**	MILITAR
31	3131	GEN.ERNESTO CHE GUEVARA	GENERAL
31	3140	PED. MÁRTIRES DE TUNAS	PEDIÁTRICO
31	3160	GEN. MANATÍ. ARGELIA LIBRE	GENERAL
31	3161	GEN. JESÚS MENÉNDEZ. CHAPARRA	GENERAL
31	3162	GEN. AMANCIO RODRÍGUEZ	GENERAL
31	3163	GEN.CÁNDIDO GLEZ. COLOMBIA	GENERAL
31	3164	GEN. GUILLERMO DOMÍNGUEZ. PUERTO PADRE	GENERAL
31	3165	GEN. DE JOBABO	GENERAL
31	3190	PED. RAIMUNDO CASTRO. PUERTO PADRE	PEDIÁTRICO
31	3191	RURAL SALGASERO	RURAL

Anexo 1: Continuación.

PROVINCIA	CÓDIGO RNC	NOMBRE-RNC	TIPO
31	3192	RURAL DE OMAJA	RURAL
31	3193	RURAL DE BARTLE	RURAL
HOLGUÍN			
32	3201	MILITAR DE HOLGUÍN	MILITAR
32	3210	GEN. V.L. LENIN	GENERAL
32	3211	C.Q. LUCÍA IÑÍGUEZ LANDIN	CLÍNICO QUIRÚRGICO
32	3217	POLICLÍNICO MARIO GUTIÉRREZ ARDAYA	POLICLÍNICO
32	3240	PED. OCTAVIO DE LA CONCEPCIÓN	PEDIÁTRICO
32	3260	GEN. FERNANDO DE DIOS. TACAJO	GENERAL
32	3261	GEN. NICARO	GENERAL
32	3262	GEN. JUAN PAZ CAMEJO. SAGUA DE TÁNAMO	GENERAL
32	3263	GEN. JUAN M. MÁRQUEZ. MARCANE	GENERAL
32	3264	GEN. FRANK PAÍS. CAYO MAMBÍ	GENERAL
32	3265	GEN. DE GIBARA	GENERAL
32	3266	GEN. NICARAGUA. BANES	GENERAL
32	3267	GEN. RENE RAMOS LATOUR. ANTILLA	GENERAL
32	3268	GEN. MÁRTIRES DE MAYARÍ	GENERAL
32	3269	GEN. BUENAVENTURA	GENERAL
32	3270	GEN. SAN GERMÁN. URBANO NORIS	GENERAL
32	3271	GEN. PEDRO SOTO ALBA. MONTERREY. MOA	GENERAL
32	3272	GEN. MARIO MUÑOZ. STA. LUCIA	GENERAL
32	3273	GEN. BÁGUANOS	GENERAL
32	3274	GEN. GUATEMALA	GENERAL
32	3280	G.O. CUETO	GINECO OBSTÉTRICO

Anexo 1: Continuación.

PROVINCIA	CÓDIGO RNC	NOMBRE-RNC	TIPO
32	3290	PED. BANES	PEDIÁTRICO
32	3291	RURAL CANANOVAS	RURAL
32	3292	RURAL NARANJO AGRIO	RURAL
32	3293	RURAL HNAS. COLUMBIÉ. CALABAZAS	RURAL
32	3294	GEN.GUILLERMO LUIS FERNÁNDEZ	GENERAL
32	3299	RURAL ARROYO SECO	RURAL
GRANMA			
33	3303	PSIQUIÁTRICO PROV. CMDTE. MANUEL PITI FAJARDO	PSIQUIÁTRICO
33	3310	C.Q. CELIA SÁNCHEZ. MANDULEY. MANZANILLO	CLÍNICO QUIRÚRGICO
33	3311	GEN. CARLOS M. DE CÉSPEDES. BAYAMO	GENERAL
33	3330	G.O. FÉ DEL VALLE. MANZANILLO	GINECOBSTÉTRICO
33	3340	PED. HNOS. CORDOVÉS. MANZANILLO	PEDIÁTRICO
33	3341	PED. GEN. LUIS MILANÉS. BAYAMO	PEDIÁTRICO
33	3360	GEN. RENÉ VALLEJO. CAMPECHUELA	GENERAL
33	3303	PSIQUIÁTRICO PROV. CMDTE. FAJARDO	
33	3310	C.Q. CELIA SÁNCHEZ. MANDULEY. MANZANILLO	CLÍNICO QUIRÚRGICO
33	3311	GEN. CARLOS M. DE CÉSPEDES. BAYAMO	GENERAL
33	3330	G.O. FÉ DEL VALLE RAMOS. MANZANILLO	GINECOBSTÉTRICO
33	3340	PED. HNOS. CORDOVÉS. MANZANILLO	PEDIÁTRICO
33	3341	PED. GEN. LUIS MILANÉS. BAYAMO	PEDIÁTRICO
33	3361	GEN. MÁRTIRES DE JIGUANÍ	GENERAL
33	3362	GEN. VEGUITAS	GENERAL
33	3363	GEN. MEDIA LUNA	GENERAL

Anexo 1: Continuación.

PROVINCIA	CÓDIGO RNC	NOMBRE-RNC	TIPO
33	3364	GEN. GELASIO CALAÑA LAHERA. NIQUERO	GENERAL
33	3365	GEN. MARIANO PÉREZ BALI	GENERAL
33	3380	M.I. ADRIANA DEL CASTILLO. GUISA	MATERNO INFANTIL
33	3390	PED. CAMILO CIENFUEGOS. P. FAJARDO	PEDIÁTRICO
33	3391	RURAL FERNANDO ECHENIQUE. RIO CAUTO	RURAL
33	3392	RURAL JOEL BENÍTEZ. CAUTO CRISTO	RURAL
33	3393	RURAL ULISES GÓNGORA. CHARCO REDONDO	RURAL
33	3394	RURAL VÍCTOR CORTINA. CIENAGUILLA	RURAL
33	3395	RURAL ENRIQUE CABRERA PILÓN	RURAL
33	3396	RURAL CIRO REDONDO. MINAS DE FRIO	RURAL
33	3397	RURAL ANTONIO PRIETO. BUEY ARRIBA	RURAL
33	3399	RURAL JUAN M. MÁRQUEZ. VICTORINO	RURAL
33	330A	CLÍNICA DE ESPECIALIDADES MÉDICAS	
33	330C	GEN. FÉLIX LUGONES	GENERAL
33	330D	POLIC. ERNESTO GUEVARRA VADO	POLICLÍNICO
33	330E	POLIC. MÁXIMO GÓMEZ	POLICLÍNICO
33	330F	POLIC. CAMILO CIENFUEGOS	POLICLÍNICO
33	330G	POLIC. JOEL BENÍTEZ	POLICLÍNICO
33	330H	POLIC. ULISES GÓNGORA	POLICLÍNICO
33	330I	POLIC. DAVID MORENO	POLICLÍNICO
33	330J	POLIC. EDOR DE LOS REYES	POLICLÍNICO
33	330K	POLIC. BAYAMO OESTE	POLICLÍNICO
33	330L	POLIC. 13 DE MARZO	POLICLÍNICO

Anexo 1: Continuación.

PROVINCIA	CÓDIGO RNC	NOMBRE-RNC	TIPO
33	330M	POLIC. RENÉ VALLEJO	POLICLÍNICO
33	330N	POLIC. JIMMI HIRZEL	POLICLÍNICO
33	330O	POLIC. PEDRO SOTO ALBA	POLICLÍNICO
33	330P	POLIC. VEGUITAS	POLICLÍNICO
33	330Q	POLIC. LUIS E DE LA PAZ	POLICLÍNICO
33	330R	POLIC. I FCA RIVERO	POLICLÍNICO
33	330S	POLIC. II ÁNGEL ORTIZ	POLICLÍNICO
33	330T	POLIC. III RENÉ VALLEJO	POLICLÍNICO
33	330U	POLIC. IV LUIS E DE LA PAZ	POLICLÍNICO
33	330V	POLIC. V HNOS LABRADA	POLICLÍNICO
33	330W	POLIC. VÍCTOR CORTINAS	POLICLÍNICO
33	330X	POLIC. GUSTAVO ALDEREGUÍA	POLICLÍNICO
33	330Y	POLIC. GENARO BRITO	POLICLÍNICO
33	330Z	POLIC. RAÚL PODIO	POLICLÍNICO
33	331A	POLIC. ERNESTO GUEVARRA NIQUERO	POLICLÍNICO
33	331B	POLIC. MANUEL SÁNCHEZ	POLICLÍNICO
33	331C	POLIC. CIRO REDONDO	POLICLÍNICO
33	331D	POLIC. BARTOLOMÉ MASÓ	POLICLÍNICO
33	331E	POLIC. FAUSTINO PÉREZ	POLICLÍNICO
33	331F	POLIC. GUILLERMO GONZÁLEZ	POLICLÍNICO
SANTIAGO DE CUBA			
34	3400	CONRADO BENÍTEZ GARCÍA**	ONCOLÓGICO
34	3401	JOAQUÍN CASTILLO DUANY	MILITAR
34	3402	GEN. JUAN BRUNO ZAYAS	GENERAL
34	3403	COMANDANTE GUSTAVO MACHÍN	PSIQUIÁTRICO
34	340A	GEN. ALBERTO FERNÁNDEZ MONTES DE OCA	GENERAL
34	340B	GEN. EZEQUIEL MIRANDA DÍAZ	GENERAL

Anexo 1: Continuación.

PROVINCIA	CÓDIGO RNC	NOMBRE-RNC	TIPO
34	3410	C.Q. SATURNINO LORA TORRES**	CLÍNICO QUIRÚRGICO
34	3411	C.Q. AMBROSIO GRILLO PORTUONDO	CLÍNICO QUIRÚRGICO
34	3412	GEN.ORLANDO PANTOJA TAMAYO	GENERAL
34	3430	G.O. HAYDÉE TAMARA BUNKE BIDER	GINECOBSTÉTRICO
34	3431	G.O. MARIANA GRAJALES COELLO	GINECOBSTÉTRICO
34	3432	G.O. ESTE**	GENERAL
34	3440	PED.JUAN DE LA CRUZ MARTÍNEZ	PEDIÁTRICO
34	3441	PED.ANTONIO MARÍA BEGUEZ CÉSAR (PEDIÁTRICO SUR)	PEDIÁTRICO
34	3460	RURAL DE RECLUSOS PRISIÓN BONIATO	RURAL
34	3481	GEN.ROBERTO INFANTE PASCUAL	GENERAL
34	3482	M.I. REYNALDO CHANG. SONGO LA MAYA	MATERNO INFANTIL
34	3483	M.I. WILFREDO PAGES. MAFFO. CONTRAMAESTRE	MATERNO INFANTIL
34	3484	M.I. JULIO ANTONIO MELLA	MATERNO INFANTIL
34	3485	M.I. JOSE MERCERÓN. LA CAOBA	MATERNO INFANTIL
34	3486	GEN.EMILIO BÁRCENAS PIER	GENERAL
34	3487	M.I. LOS REYNALDOS	MATERNO INFANTIL
34	3488	G.O. NELIA DELFÍN RIPOLL	GINECOBSTÉTRICO
34	3490	PED. MUNICIPAL PALMA	PEDIÁTRICO
34	3491	RURAL GREGORIO S. EMETERIO PARAÍSO	RURAL
34	3492	RURAL REYNALDO BROOK. JARAHUECA	RURAL
34	3493	RURAL JOAQUÍN BARRIENTOS. LA PIMIENTA	RURAL

Anexo 1: Continuación.

PROVINCIA	CÓDIGO RNC	NOMBRE-RNC	TIPO
34	3494	RURAL ESTEBAN CABALLERO MATÍAS	RURAL
34	3495	RURAL MARIO MUNNOS. TERCER FRENTE	RURAL
34	3496	RURAL GIRALDO APONTE. CHIVIRCO	RURAL
34	3499	RURAL OCUJAL. TURQUINO	RURAL
34	340C	POLIC. BAIRE	POLICLÍNICO
34	340D	POLIC. AMÉRICA I	POLICLÍNICO
34	340E	POLIC. AMÉRICA II	POLICLÍNICO
34	340F	POLIC. PPU MELLA. (E. LÓPEZ CUBA.)	POLICLÍNICO
34	340G	POLIC. BARAGUÁ	POLICLÍNICO
34	340H	POLIC. EDUARDO MESA LLULL	POLICLÍNICO
34	340I	POLIC. ALBERTO FDEZ MONTES DE OCA	POLICLÍNICO
34	340J	POLIC. CARLOS MANUEL RAMÍREZ (POLC. INTEGEN.)	POLICLÍNICO
34	340K	POLIC. LUIS CARRIÓN (DOS CAMINOS)	POLICLÍNICO
34	340L	POLIC. ELISEO REYES (CHILE)	POLICLÍNICO
34	340M	POLIC. CARLOS J FINLAY (LA MAYA)	POLICLÍNICO
34	340N	POLIC. PORFIRIO VALIENTE (SONGO)	POLICLÍNICO
34	340O	POLIC. RAMIRO BETANCOURT (DOS RIOS)	POLICLÍNICO
34	340P	POLIC. VICTORIA DE GIRÓN (PALMA)	POLICLÍNICO
34	340Q	POLIC. OSCAR ALBERTO ORTEGA (POLIC. NORTE)	POLICLÍNICO
34	340R	POLIC. CARLOS MONTALVÁN (POLIC. SUR)	POLICLÍNICO
34	340S	POLIC. RAFAEL PANTOJA (DOS PALMAS)	POLICLÍNICO
34	340T	POLIC. ASERRADERO	POLICLÍNICO
34	340U	POLIC. UVERO	POLICLÍNICO

Anexo 1: Continuación.

PROVINCIA	CÓDIGO RNC	NOMBRE-RNC	TIPO
34	340V	POLIC. CRUCE DE LOS BAÑOS	POLICLÍNICO
34	340W	POLIC. FRANK PAÍS	POLICLÍNICO
34	340X	POLIC. JOSÉ MARTÍ	POLICLÍNICO
34	340Y	POLIC. JULIÁN GRIMAU	POLICLÍNICO
34	340Z	POLIC. CAMILO TORRES	POLICLÍNICO
34	341A	POLIC. CARLOS J FINLAY	POLICLÍNICO
34	341B	POLIC. 28 DE SEPTIEMBRE	POLICLÍNICO
34	341C	POLIC. RAMÓN LÓPEZ PEÑA	POLICLÍNICO
34	341D	POLIC. DOCENTE MUNICIPAL	POLICLÍNICO
34	341E	POLIC. ARMANDO GARCÍA	POLICLÍNICO
34	341F	POLIC. 30 DE NOVIEMBRE	POLICLÍNICO
34	341G	POLIC. JOSUÉ PAÍS	POLICLÍNICO
34	341H	POLIC. XX ANIVERSARIO (SIBONEY)	POLICLÍNICO
34	341I	POLIC. MARIO MUÑOZ (EL CANEY)	POLICLÍNICO
34	341J	POLIC. ERNESTO GUEVARA (BONIATO)	POLICLÍNICO
34	341K	POLIC. EL CRISTO	POLICLÍNICO
34	341L	POLIC. LUIS RAMÍREZ (EL COBRE)	POLICLÍNICO
GUANTÁNAMO			
35	3503	PSIQUIÁTRICO PROV. LUIS RAMÍREZ	PSIQUIÁTRICO
35	3510	GEN. Dr. AGOSTHINO NETO GUANTANAMO**	GENERAL
35	3520	POLIC. EMILIO DAUDINOT	POLICLÍNICO
35	3521	POLIC. ASDRUBAL LÓPEZ	POLICLÍNICO
35	3522	POLIC. OMAR RANEDO	POLICLÍNICO
35	3523	POLIC. HERMANOS MARTÍNEZ TAMAYO	POLICLÍNICO
35	3524	POLIC. RAMÓN LÓPEZ PEÑA	POLICLÍNICO
35	3525	POLIC. MÁRTIRES 4 DE ABRIL	POLICLÍNICO

Anexo 1: Continuación.

PROVINCIA	CÓDIGO RNC	NOMBRE-RNC	TIPO
35	3526	POLIC. MÁRTIRES 4 DE AGOSTO	POLICLÍNICO
35	3527	POLIC. MODESTO GRIMAU	POLICLÍNICO
35	3528	POLIC. NIBUJON	POLICLÍNICO
35	3529	POLIC. FERMÍN VALDÉS	POLICLÍNICO
35	3540	PED. PROV. PEDRO AGUSTÍN PÉREZ	PEDIÁTRICO
35	3560	GEN.OCTAVIO DE LA C. DE LA PEDRAJA BARACOA	GENERAL
35	3580	M.I. HÉROES DE JAMAICA. GUANTÁNAMO	MATERNO INFANTIL
35	3581	M.I. GUSTAVO A. MOLL. CAIMANERA	MATERNO INFANTIL
35	3582	M.I. NOEL PÉREZ. IMIAS	MATERNO INFANTIL
35	3583	M.I. FAUSTO FAVIER. PALENQUE. YATERAS	MATERNO INFANTIL
35	3584	M.I. CAMILO CIENFUEGOS. BERNARDO. YATERAS	MATERNO INFANTIL
35	3591	RURAL RICARDO GLEZ. STA. CATALINA. GUANTÁNAMO	RURAL
35	3592	RURAL PATRICIO SIERRA ALTA. LOS LLANOS. MAISÍ	RURAL
35	3593	RURAL CARIDAD PÉREZ. LA ESCONDIDA. SALVADOR	RURAL
35	3594	RURAL RAFAEL TIOPE. SALVADOR	RURAL
35	3595	RURAL MANUEL TAMES	RURAL
35	3596	RURAL LINO ÁLVAREZ. SALVADOR	RURAL
35	3597	RURAL FELIX PEÑA. SAN ANTONIO DEL SUR	RURAL
ISLA DE LA JUVENTUD			
40	4060	HÉROES DE BAIRE	GENERAL
40	4061	LA FÉ	

Anexo 2.1: Formulario de Caso de Cáncer. (68-02-04)

Formulario 68-02-04 Ministerio de Salud Pública Oncología		REPORTE DE CÁNCER				NO. DE REPORTE	
UNIDAD:							
DATOS GENERALES	1º Apellido:		2º Apellido:		Nombre(s):		
	Sexo: <input type="radio"/> Femenino <input type="radio"/> Masculino		Edad (años cumplidos):		Historia clínica:		
	Color de la piel: <input type="radio"/> Blanca <input type="radio"/> Negra <input type="radio"/> Mestiza		Carnet de identidad:				
	Residencia habitual (calle, carretera, finca, etc.):				No. o km:	Edificio:	Apartamento:
	Entre calles, bloque, zona, reparto:				Localidad:		
	Municipio:			Provincia:			
	<input type="radio"/> Embarazada (trimestre): <input type="radio"/> VIH+						
	DATOS GENERALES DEL TUMOR						
FECHA DIAGNÓSTICO		Localización (topografía):				Bilateral: <input type="radio"/> No	
Día	Mes	Año				<input type="radio"/> Derecho	
						<input type="radio"/> Izquierdo	
Tipo histológico (morfología):				T	<input type="radio"/> PSA		
				N	<input type="radio"/> Tumor primitivo		
				M	<input type="radio"/> Metástasis sin tumor primario conocido		
				S			
				<input type="radio"/> Clínico <input type="radio"/> Patológico (pTNM)			
Base más válida del diagnóstico: <input type="radio"/> Clínica <input type="radio"/> Investigación clínica <input type="radio"/> Marcadores tumorales <input type="radio"/> Citología <input type="radio"/> Histología de una metástasis							
<input type="radio"/> Histología del tumor primario <input type="radio"/> Desconocido							
Extensión clínica: <input type="radio"/> In situ <input type="radio"/> Localizada <input type="radio"/> Extensión directa <input type="radio"/> Linfática regional <input type="radio"/> Extensión directa y linfática regional <input type="radio"/> Metástasis remota							
<input type="radio"/> No aplicable <input type="radio"/> Desconocido							
Etapas clínicas: <input type="radio"/> In situ <input type="radio"/> I <input type="radio"/> Ia <input type="radio"/> Ib <input type="radio"/> Ic <input type="radio"/> II <input type="radio"/> IIa <input type="radio"/> IIb <input type="radio"/> IIc <input type="radio"/> III <input type="radio"/> IIIa <input type="radio"/> IIIb <input type="radio"/> IIIc <input type="radio"/> IV <input type="radio"/> IVa <input type="radio"/> IVb <input type="radio"/> IVc <input type="radio"/> No aplicable <input type="radio"/> Desconocido							
Grado de diferenciación: <input type="radio"/> Diferenciado <input type="radio"/> Moderadamente diferenciado <input type="radio"/> Poco diferenciado <input type="radio"/> Indiferenciado <input type="radio"/> Células T <input type="radio"/> Células B <input type="radio"/> Células nulas							
<input type="radio"/> Células NK <input type="radio"/> No determinado o no aplicable							
SOLO PARA TUMORES DEL SISTEMA HEMATOPOYÉTICO Y DEL RETÍCULO ENDOTELIAL							
Transformación hematológica: <input type="radio"/> SI <input type="radio"/> No					FECHA DE PRIMEROS SÍNTOMAS		
Leucemia linfocítica aguda (FAB): <input type="radio"/> L1 <input type="radio"/> L2 <input type="radio"/> L3					Día	Mes	Año
Leucemia linfocítica crónica (Rai): <input type="radio"/> 0 <input type="radio"/> I <input type="radio"/> II <input type="radio"/> III <input type="radio"/> IV							
Leucemia mielocítica aguda (FAB): <input type="radio"/> M0 <input type="radio"/> M1 <input type="radio"/> M2 <input type="radio"/> M3 <input type="radio"/> M4 <input type="radio"/> M5 <input type="radio"/> M6 <input type="radio"/> M7							
Leucemia mielocítica crónica: <input type="radio"/> Estable <input type="radio"/> Acelerada <input type="radio"/> Crisis blástica							
Clasificación: Mieloma múltiple (Durie-Salmon): <input type="radio"/> Ia <input type="radio"/> Ib <input type="radio"/> IIa <input type="radio"/> IIb <input type="radio"/> IIIa <input type="radio"/> IIIb							
Linfomas (Ann-Arbor): <input type="radio"/> I <input type="radio"/> II <input type="radio"/> III <input type="radio"/> IV <input type="radio"/> A <input type="radio"/> B <input type="radio"/> X <input type="radio"/> S <input type="radio"/> E <input type="radio"/> No aplicable							
FUENTES DE INFORMACIÓN							
<input type="radio"/> Anatomía patológica (citología, histología incluida la autopsia) <input type="radio"/> Hematología <input type="radio"/> Egreso hospitalario <input type="radio"/> Registro de fallecidos							
Unidad informante:				FECHA DE REPORTE			
Provincia informante:				Día:	Mes:	Año:	
Nombre del médico que reporta:				Firma:			

Anexo 2.1: Continuación.

INSTRUCTIVO
<i>Llenar solo a ciudadanos cubanos, residentes en Cuba. Llenar el modelo en letra de molde, clara y sencilla. No usar abreviaturas.</i>
No. de reporte: Número de registro asignado a cada reporte para su identificación. Los primeros cuatro dígitos se corresponden con el año en que el paciente fue diagnosticado seguido de dos dígitos correspondientes al código de la provincia que reporta y de un número consecutivo para ese año.
No. de carné de identidad: Número de identificación personal único para cada ciudadano cubano. En caso de no aparecer en la historia clínica se debe colocar en las seis (6) primeras casillas la fecha de nacimiento, en el formato año, mes, día.
Nombres y apellidos: Nombre completo del paciente según aparece en el carné de identidad. Escribir con letra legible.
Edad: Años cumplidos al momento del diagnóstico.
Sexo: Femenino, masculino. Marcar en la casilla con una x según corresponda.
Color de la piel: Color de la piel que aparece la historia clínica.
Dirección actual: Residencia habitual del paciente según aparece en la Historia Clínica y/o en el carné de identidad.
Municipio: Municipio de residencia.
Provincia: Provincia de residencia según carné de identidad.
Embarazo: Marcar si el diagnóstico de cáncer se hace en una mujer embarazada, especificar el trimestre del embarazo.
VIH+: Señalar si el paciente tiene resultado positivo de serología para VIH.
Historia clínica: Número de historia clínica del paciente en la unidad informante
DATOS GENERALES SOBRE EL TUMOR
Fecha de diagnóstico: Fecha del primer informe anatomopatológico o del primer diagnóstico de cáncer por un médico.
Localización (topografía): Localización anatómica del tumor primario en palabras, con tanto nivel de detalle como sea posible (subsitio anatómico).
Bilateral: Si es metacrónico marcar derecho o izquierdo. Si es sincrónico especificar la lateralidad del tumor de mayor estadiamiento.
Tipo histológico (morfología): diagnóstico histológico completo tal como aparece en el informe de anatomía patológica.
TNM: Clasificación Internacional de los Tumores, marcar si es clínico o patológico: T: tamaño del tumor. N: presencia o ausencia de metástasis en los ganglios linfáticos regionales. M: presencia o ausencia de metástasis a distancia. S: marcador tumoral en suero para el cáncer de testículo, basado en los valores de la alfafeto proteína, gonadotropina coriónica y la deshidrogenasa láctica del suero. PSA: poner el valor del antígeno prostático específico (PSA) en el momento de la confirmación histológica del cáncer de próstata.
Tumor primitivo o metástasis sin tumor primario conocido: Señalar si el diagnóstico es de un tumor primario o de una metástasis sin conocer el sitio anatómico del tumor primario que la originó.
Base más válida del diagnóstico: Señalar el método de mayor exactitud utilizado para establecer el diagnóstico del paciente, el cual debe corresponderse con el diagnóstico morfológico.
Extensión clínica: Extensión clínica de la enfermedad al momento del diagnóstico.
Etapas clínicas: Etapa clínica al diagnóstico según las normas internacionales vigentes (AJCC).
Grado de diferenciación: Especificar el grado de diferenciación histológica.
SOLO PARA TUMORES DEL SISTEMA HEMATOPOYÉTICO Y DEL RETÍCULO ENDOTELIAL
Transformación hematológica: Si los diagnósticos de los tumores hematológicos malignos son diferentes pero mantienen la misma estirpe celular. Si el intervalo entre la fecha de ambos diagnósticos es superior a tres (3) meses.
Fecha de primeros síntomas: Fecha en que aparecen los primeros síntomas de la enfermedad.
Clasificación: Marcar según el tipo de tumor la casilla que corresponde a la clasificación específica.
Fuentes de información: Especificar TODAS las fuentes por las que el paciente fue reportado.
Unidad Informante: Unidad hospitalaria donde se confecciona el reporte de cáncer. Escribir el nombre completo.
Provincia Informante: Provincia donde se confecciona el reporte de cáncer
Nombre del médico: Letra clara y legible. Firma: firma y cuño del médico
Fecha: Fecha exacta del llenado del modelo (DD/MM/AAAA).

Anexo 3.1: Requisitos para el envío de las bases de dato a la Oficina Central del Registro Nacional de Cáncer

El envío de las bases de datos por cada provincia y el Municipio Especial Isla de la Juventud, así como por las unidades de subordinación nacional se realizará el último viernes de cada 2 meses según calendario estadístico anual.

- Envió, la base de datos del período correspondiente a partir del uso de la herramienta filtro, seleccionará la variable “Fecha de introducción”, posteriormente seleccionará el “Operador” Mayor o Igual (\geq) y en la casilla “Valor” la fecha de introducción en el formato “año mes día” (ejemplo: 20240310). Esta fecha debe corresponderse con el momento que comenzó la introducción del período.
- A continuación, ejecutará la opción exportar (con esta opción se incluirían todos los casos introducidos en el período sin importar la fecha de diagnóstico)
- Solo se enviarán los casos nuevos correspondientes al período.
- Se enviará una base de datos por cada año de diagnóstico que contenga solo los correspondientes casos nuevos.
- Se considera **caso nuevo** en base de dato: caso introducido, validado y que es enviado por primera vez a la oficina central del RNC.
- La base de datos deberá corresponderse con el paquete de reportes físicos que enviará a la oficina central, separados por año de diagnóstico. El número en el reporte físico estará en relación con el número de reporte en la base de datos y tiene que estar completo.
- En la base de datos debe estar escrito TODO en mayúscula.
- No se deben enviar registros de casos pendientes.
- No se aceptarán registros de casos con alguna de las variables obligatorias en blanco.
- No se aceptarán bases de datos con el número de reporte incorrecto.
- No se aceptarán duplicidades idénticas en la base de datos.
- No se aceptarán bases de datos que hayan sido manipuladas con otro software.
- Debe enviar el fichero COMPACTADO y el reporte de trabajo terminado (Anexo 6)
- Debe nombrar el fichero COMPACTADO con código del territorio o de la unidad informante de subordinación nacional, la fecha correspondiente al cierre y año de diagnóstico. Ejemplo de envío de base de datos de la provincia de Mayabeque para el cierre de Julio 2024:
 - Si usa CanReg5: Envió un solo fichero Ejemplo: 24JULIO2024
 - Si usa CanReg4: Envió un fichero por cada año de diagnóstico. Ejemplo 24JULIO2024_2020, 24JULIO2024_2021, 24JULIO2024_2023.
- La base de datos COMPACTADA será enviada a rcinor@infomed.sld.cu

Las bases de datos que no cumplan con estos requisitos serán devueltas para su reparación, dado que esto compromete la calidad de la información.

Anexo 4: Compromiso de Confidencialidad



Registro Nacional de Cáncer de Cuba

COMPROMISO DE CONFIDENCIALIDAD

Dado el carácter confidencial de la información que trabaja el Registro Nacional de Cáncer de Cuba y después de haber leído y comprendido las NORMAS ÉTICO-LEGALES Y DE CONFIDENCIALIDAD descritas en el Manual de Procedimientos, me comprometo a cumplir con estas durante el período de tiempo de mi trabajo en el Registro Nacional de Cáncer y aún después de cesar en mis funciones.

Mantendré la protección de toda la información en papel y en soporte electrónico incluyendo los datos de identidad de los pacientes en todo momento, evitando su conocimiento por parte de personas no autorizadas.

Y para que así conste firmo la presente declaración

Nombres y apellidos:

Carné de identidad:

Cargo que ocupa:

Unidad:

Provincia:

Fecha:

Anexo 5: Formulario de Solicitud de datos

SOLICITUD DE SERVICIO

Fecha: _____

Nombres y apellidos: _____

Carné de identidad: _____ Especialidad _____

Nombre y Dirección de la institución a la que pertenece: _____

Responsabilidad: _____

Por medio de la presente solicito el(los) servicio(s) siguiente(s):

Los cuáles serán utilizados para:

Declaro que:

1. Los datos serán utilizados únicamente en los asuntos declarados en el acápite "serán utilizados para:".
2. Los datos utilizados y/o publicados serán exactamente aquellos que se han obtenido del Registro Nacional de Cáncer.
3. Será siempre citado el Registro Nacional de Cáncer como FUENTE de los datos utilizados y/o publicados.

Firma _____

Esta solicitud será sometida a aprobación por el grupo de expertos de la Oficina Central del RNC

Anexo 6: Guías de Supervisión

REGISTRO NACIONAL DE CÁNCER DE CUBA		
 <p>Guía de Supervisión a los Departamentos de Registros Médicos y Estadísticas de Salud de las Direcciones Provinciales de Salud (a utilizar por la dirección del RNC)</p>		
Provincia:		
Fecha de la visita:		
Nombres y responsabilidad de los participantes en la Supervisión:		
Aspectos a controlar		Detalles u observaciones
¿Mantiene copia del MP?	<input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No	Verificar su uso
¿Técnico dedicado al RNC?	<input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No	¿Atiende otros sistemas?, ¿cuántos, cuáles?
¿Funciona el Programa Automatizado del Registro?	<input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No	Causas del no funcionamiento o cualquier dificultad
<i>Cumplimiento de procedimientos, supervisiones y controles archivados.</i>		
¿Conservan listados con los nombres de los pacientes reportados de las unidades?	<input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No	
¿Conservan listados con los nombres de los pacientes reportados enviados al RNC?	<input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No	
Tabla con casos recibidos de las unidades por mes y año	<input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No	
¿Existen informes de las supervisiones anteriores?	<input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No	Fecha de la última supervisión.
¿Existen documentos que muestran controles de calidad de los reportes?	<input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No	
¿Supervisan las Unidades hospitalarias?	<input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No	Controlar plan y periodicidad
¿Realizan informes de la supervisión a las unidades?	<input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No	Chequear si existen y si han solucionado los señalamientos
¿Existen informes a los Directores de Unidades y al Director Provincial sobre el comportamiento del Registro?	<input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No	Verificar documentos
La supervisión se completa con visita a las Unidades que más reportan y detalle de cumplimiento de procedimientos en hojas en blanco.		

Anexo 6: Continuación.

 REGISTRO NACIONAL DE CÁNCER DE CUBA Guía de Supervisión a UNIDADES ASISTENCIALES	
(a utilizar por los Departamentos de Registros Médicos y Estadísticas de Salud de las Direcciones Provinciales de Salud y por la dirección del RNC)	
Provincia: Unidad Hospitalaria: Fecha de la visita: Nombres y responsabilidad de los participantes en la Supervisión:	
Existe un personal dedicado exclusivamente al Registro, Comentar:	<input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No
¿Existe Manual de Procedimientos?	<input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No
¿Existen libros de codificación?	<input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No
¿Dificultades con la codificación? Comentar:	<input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No
¿Se codifica en el Reporte papel? Comentar:	<input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No
¿Entrada de datos en el Sistema? Comentar:	<input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No
Verificar fuentes de información que utilizan y problemas con las fuentes	
Anatomía Patológica.	<input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No
Hematología	<input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No
Egresos	<input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No
Fallecidos	<input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No
¿Qué controles lleva el técnico del registro?	
Listados de Anatomía Patológica.	<input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No
Tarjetero hospitalario	<input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No
Copia de los listados con los nombres de los pacientes reportados y enviados a las Oficinas Provinciales	<input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No
Fecha del último envío de reportes a la Provincia	
Verificar al azar si los nombres de los pacientes con diagnóstico positivo de cáncer que se encuentren en el listado enviado por Anatomía Patológica tienen tarjeta confeccionada y si se encuentran en el listado de los casos reportados enviados a la Dirección Provincial.	<input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No

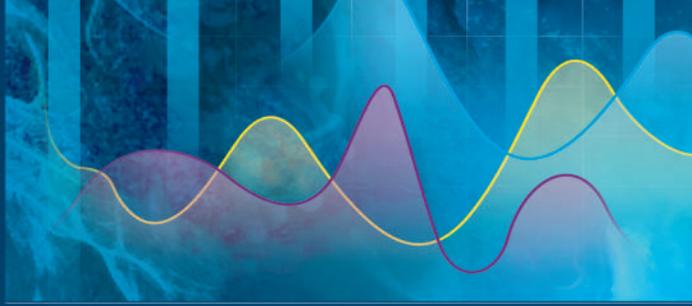
Anexo 6: Continuación.

Chequear los listados de las diferentes fuentes de información con el tarjetero de pacientes reportados de cáncer y los listados con los nombres de los pacientes reportados enviados a la Dirección Provincial de Salud.	<input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No
Se buscarán dos pacientes con diagnóstico de cáncer en alguna de las tres causas de muerte escritas en el Certificado Médico de Defunción (fallecidos en hospital y cuerpo de guardia) y se comprobará en el tarjetero si el paciente fue reportado.	<input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No
Comprobar supervisiones de la Provincia. Fecha de la última:	<input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No
¿Tienen Oncólogo en el Hospital u otro médico que colabora con el RNC?, ¿Cuál?	<input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No
¿Los reportes de cáncer confeccionados son revisados por el Oncólogo u otro médico antes de ser enviados a la Provincia?	<input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No
Observaciones:	

Anexo 6: Continuación.

Para elaborar el informe de la visita de supervisión se deberá utilizar el siguiente Formulario:

	Visita de supervisión a las Unidades Hospitalarias realizada por: <ul style="list-style-type: none"> <input type="radio"/> Registro Nacional de Cáncer <input type="radio"/> Departamento de Registros Médicos y Estadísticas de Salud <input type="radio"/> Provincia: _____ Fecha: _____ 	
A: Unidad Hospitalaria:		
Recursos Humanos (dedicado al RNC)		
Recursos materiales y humanos		
<ul style="list-style-type: none"> <input type="radio"/> Formulario "Reporte de Cáncer" <input type="radio"/> Formulario "Pacientes Oncológico" <input type="radio"/> Formulario "Paciente Oncológico" 	<ul style="list-style-type: none"> <input type="radio"/> Procedimientos impresos <input type="radio"/> Libro del TNM 	Otras observaciones:
<ul style="list-style-type: none"> <input type="radio"/> Sistema automatizado <input type="radio"/> PC <input type="radio"/> Impresora <input type="radio"/> Acceso a: www.rnc.sld.cu 	Preparación del personal y existencia de médico u oncólogo que colabore	
Principales dificultades detectadas:		
Soluciones propuestas		
Realizada por: Nombre y firma del Director de la entidad:		



Manual de procedimientos

Registro Nacional de Cáncer de Cuba

El *Manual de Procedimientos del Registro Nacional de Cáncer de Cuba (RNC)*, es una obra que describe los procedimientos implementados a ejecutarse en las unidades informantes y en las Direcciones Generales de Salud del país. Estos procedimientos incluyen la recolección, procesamiento, trasmisión, almacenamiento y análisis de los datos provenientes de todos los casos nuevos de cáncer que se diagnostican en Cuba. Se muestran además los controles de calidad, las normas de confidencialidad y protección de datos. En sus páginas se pueden encontrar también los formularios para la recogida y solicitud de información, las pautas para las visitas sistemáticas a las unidades informantes y las herramientas para el control y auditoría de este sistema de información.

Su novedad radica en una exhaustiva descripción de la nueva estructura jerárquica y funcional del RNC, y de las principales definiciones y funciones en todos los niveles. Se representan, igualmente, las fuentes de información, los procedimientos para la captación de los datos, la detección de casos duplicados y la búsqueda de los casos reportados solo por certificado de defunción.

Este manual tiene el propósito de servir de instrumento de trabajo diario para todos los profesionales y técnicos vinculados al RNC y es una muestra de la dedicación e interés de su colectivo de autores en el perfeccionamiento de tan importante sistema de información para la salud pública cubana.



REGISTRO NACIONAL DE CÁNCER



Ministerio
de Salud Pública



ecimed
EDITORIAL CIENCIAS MÉDICAS

www.ecimed.sld.cu

ISBN 978-959-316-148-0



9 789593 116148 0