

# 12. CLASIFICACIÓN INTERNACIONAL DE ENFERMEDADES (CIE) MÁS QUE ESTADÍSTICAS

## INTERNATIONAL CLASSIFICATION OF DISEASES (ICD) MORE THAN STATISTICAL

*Wilson Giovanni León Parada<sup>22</sup>, Tania Lizveth Orjuela Lara<sup>23</sup>*

**Fecha recibido:** 25/ 05/ 2022

**Fecha aprobado:** 26/ 05/ 2022

**Derivado del proyecto de grado:** *Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE) más Que Estadísticas.*

**Institución financiadora:** *Fundación Universitaria Sanitas*

**Pares evaluadores:** *Red de Investigación en Educación, Empresa y Sociedad – REDIEES.*

---

<sup>22</sup> Médico, Universidad de XXX, Fundación Universitaria Sanitas- Instituto de Gerencia y Gestión Sanitaria – IGGS- Especialización en Gestión de la Calidad y Auditoría en Salud – EGCAS- Semillero de Calidad y Auditoría en Salud (Colombia), correo electrónico: w.leonpa@unisanitas.edu.co

<sup>23</sup> Odontología, Universidad el Bosque, Esp. Gerencia en Salud, Escuela de Medicina Juan N Corpas, Esp. Auditoría en Salud, Universidad Santo Tomas, MSc. Gestión y metodología de la Calidad Asistencia, Universidad Autónoma de Barcelona/Institut Universitari Avedis Donabedia. MSc. Economía de la Salud y del medicamento, Universitat Pompeu Fabra- School of management. PhD SALUD PÚBLICA con énfasis en Calidad y Seguridad del Paciente y Doctoranda Ciencias de la Educación, Universidad del Magdalena. Ocupación docente facilitador Fundación Universitaria Sanitas- Instituto de Gerencia y Gestión Sanitaria – IGGS- Especialización en Gestión de la Calidad y Auditoría en Salud – EGCAS- Semillero de Calidad y Auditoría en Salud (Colombia) correo electrónico: taniaorjuela.L@gmail.com; tlorjuelala@unisanitas.edu.co

## RESUMEN

La CIE es más que estadísticas, porque vincula atenciones médicas de poblaciones vs estados de salud, información necesaria para plantear planes de beneficios, aproximaciones de costos y relaciones contractuales, con alcances de reformas de salud a nivel mundial.

También impacta reportar y registrar información en la historia clínica, reflejando la relación entre diferentes actores (usuario-médico-prestador-asegurador-gobiernos-OMS), que se encuentran determinadas por la diferencia o la concordancia de los resultados que persiguen las organizaciones, debido a esto se tomó una muestra y realizó un estudio cualitativo a profesionales de un prestador de salud, quienes son el primer paso de la cadena de valor.

Dando con resultado inicial que las enfermedades se clasifican con mayor prevalencia según el sistema sanitario donde se desarrolla la enfermedad, diagnósticos registrados con falta de precisión en CIE no específicos.

Por tal razón resulta necesario que la academia, prestadores y otros que registren datos en la historia clínica efectúen capacitaciones a profesionales en formación y ya graduados, al igual que aseguradores-prestadores-gobierno genere mayor motivación a todos los participantes del sistema para que juntos logren objetivos comunes, como crear valor en salud para cada población que se le vincule una enfermedad. Ya que impacta positivamente la precisión en los diagnósticos y la relación con las preferencias de los pacientes para proponer planes de tratamiento según necesidades-expectativas de los usuarios más costo efectivas.

**PALABRAS CLAVE:** *Academia, valor en salud, usuarios, enfermedad, Reformas de la salud, Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE), historia clínica.*

## **ABSTRACT**

The ICD is more than statistics, because it links medical care of populations vs. states of health, information necessary to propose benefit plans, costing approaches and contractual relationships, with the scope of health reforms worldwide.

It also impacts reporting and recording information in the clinical history, reflecting the relationship between different actors (user-physician-provider-insurer-insurer-governments-WHO), which are determined by the difference or concordance of the results pursued by the organizations, due to this, a sample was taken, and a qualitative study was carried out on professionals of a health provider, who are the first step in the value chain.

The initial result was that diseases are classified with higher prevalence according to the health system where the disease develops, diagnoses recorded with a lack of precision in non-specific ICDs.

For this reason, it is necessary that the academy, providers and others who record data in the clinical history carry out training for professionals in training and already graduated, as well as insurers-providers-government to generate greater motivation to all participants in the system so that together they achieve common objectives, such as creating value in health for each population that is linked to a disease. This has a positive impact on the accuracy of diagnoses and the relationship with patients' preferences to propose treatment plans according to the most cost-effective needs-expectations of the users.

**KEYWORDS:** *Academy, Value in Health, Users, Disease, Health Reforms, International Classification of Diseases (ICD), Medical Records.*

## INTRODUCCIÓN

Señor lector a continuación entrará a un capítulo en el cual se habla de las realidades que vivimos en el sector salud, intentando demostrar por qué la CIE se crea para cuantificar números, modas, medias, promedios. Pero nadie nos cuenta cómo es la realidad en la que encontramos la práctica clínica referente a los gobiernos, aseguradores en salud, prestadores, se basan en modelos de atención que rigen a los países y en donde NO encontramos una cadena de valor, sino más bien una cadena económica que busca siempre bienes políticos, económicos lucrando de esta manera a los dirigentes.

Y no enfocamos la atención en las personas que están con enfermedades las cuales nacen de ciclos como las bebidas azucaradas, qué más se debe hacer o cuánto tiempo se debe esperar para entrar en razón que este tipo de bebidas está terminando con las poblaciones, cuanto más podemos demostrar que este tipo de químicos generan diabetes y todos sus desencadenantes, generan neoplasias enfermedades autoinmunes y enfermedades huérfanas de las cuales no se encuentra un agente etiológico, pero siempre se ha sospechado que son las bebidas oscuras, las bebidas azucaradas, las bebidas alcohólicas igualmente los alimentos procesados nitritos y nitratos; y todo esto en pro de alargar tiempos de vida en los alimentos los cuales al final de tiempo hacen una necesidad básica en el momento de alimentar una persona con gaseosas y embutidos y a mediano plazo, observando todas las enfermedades que siguen sin sus agentes etiológicos o los cuales no queremos observar. A raíz de esto, volvemos a lo orgánico y lo natural, siempre y cuando no esté lleno de productos inorgánicos, pensando en que estos les generaran sobrevida a los alimentos, o prevención de afectación por otras especies y callar la razón de las Neoplasias y enfermedades crónicas que nos acaban día a día.

Dicho esto, y ya entrando en materia del nacimiento de las enfermedades públicas, entramos a ver estos ciclos en las cadenas de atención, está claro hoy en día que nosotros tenemos que invertir nuestros esfuerzos en la promoción y prevención más que en la paliación o manejo de las complicaciones de la enfermedad. Por tal razón no es creíble que un proyecto de ley el cual nos pretende ayudar con la disminución de los casos de enfermedad pulmonar crónica común (EPOC) y Neoplásicos tenga que ser presentado 49 veces para su autorización y entrada en vigor, a raíz de esto es que nos preguntamos: estamos muy ciegos para evaluar nuestro riesgo a la enfermedad, o como siempre la humanidad está pensando en bienes

materiales y riqueza material la cual nos tiene tal y como estamos en este momento y no mejor como lo dicen grandes escritores explicando que la riqueza inmaterial, según las naciones unidas, no son las propiedades, las cuentas en el extranjero y el acumulo de riquezas si no es la inteligencia, la cultura, el arte lo que llevamos en nuestro cerebro, en nuestra mente, la cual ya en estos momentos, a pleno siglo XXI está en un ascenso no creíble. Años atrás y de acuerdo a cifras de OMS continúa creciendo, y todo a raíz de que la mala educación, o mala información, es esa misma información que tiene a los jóvenes con los más altos índices de suicidio de nuestra época, jóvenes que no desean ser parte de una profesión, sino más bien, ser parte de la nueva ola, del nuevo proceso, del nuevo modelo de estudio y de las redes sociales de las cuales sacan su información y proyectan ideas que al ser constructivas como los hacen algunos NO van a eso desean mostrar sus cuerpos, profanar su mente, profanar su espíritu para conseguir un like o un seguidor más.

Y todos buscando ser parte de lo que se piensa que es real y no lo es, viven en una nube de facilismo, demostrando grandes fortunas que se ganan con sus pensamientos desbordados. Y estos son los nuevos diagnósticos que tenemos ahora en nuestra consulta y siguen avanzando sin lograr tener un control de esto.

Al seguir en este camino en donde las estadísticas nos despeinan y seguimos sin lograr mayores cosas, entramos a algo que muy bien todos conocemos a nivel mundial y es la corrupción, que toca a todos los sistemas de salud, lamentablemente, iniciando con la pregunta por qué se liquida una EPS que maneja más de 5 millones de usuarios y tiene tan grandes recursos, o por qué razón una IPS debe cerrar sus puertas ante unos tiempos de pago mediocres o unos modelos glosas, que no permiten mejorar en la calidad de la atención, o crecer como compañía, ¿en dónde está el error? Puede ser:

Paciente de 68 años con antecedente de hipertensión arterial en el momento ingresa por cuadro compatible con SARS Cov2 laboratorios de control que evidencian GRAM score moderado TAC de tórax compatible con Neumonía Viral Examen físico con signos vitales en límites de normalidad y examen físico sin agregados por lo anterior se decide dar egreso a hospitalario.

Diagnósticos de Egreso:

1. Neumonía viral (SARS cov2 positivo resuelto)
2. Hipertensión arterial controlada

El paciente llega a su casa sin problemas a continuar con sus controles médicos, la IPS envía a facturación con la EPS y al cabo de 60 días se responde:

**Glosa:**

1. No se evidencia la recuperación de COVID en su historia clínica no tiene los códigos
2. No es se define la razón del por qué la toma de TACAR
3. No se evidencia firma de médico
4. No ...y No.... Y No....

Si ya se define el paciente, si ya se egresó el paciente y salió todo bien a favor del mismo y al revisar el contrato no se encuentra que al facturar se presentarán problemas por un pago que se efectúa por un servicio que ya se prestó, entonces esta IPS recibe el pago de la mitad de su factura y el otro medio pago después de 60 días que envíe los soportes que le informan en la respuesta, posterior a esto se envía la respuesta con todos los soportes y se informa que todo está bien y que deberá esperar otros 60 días para que le realicen el pago pero no son 60 días sino que se transforma en 120 más, porque el ADRES (Administradora de los Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud) no ha desembolsado el dinero o simplemente se debe tener paciencia por una cosa u otra y si de pronto al final si le deciden pagar a las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (IPS) esto se transforma en 700 y 800 días y en esos 800 días lo multiplican por los 50.000 pacientes que atendió en un mes, se convierte en una cadena prácticamente insostenible a través del tiempo. Y ni siquiera nombrar lo que sucede con las Entidades Administradoras de Planes de Beneficio (EAPB) que pasaron a liquidación por mal manejo de recursos y no implementar adecuados manejos a sus usuarios. Llevando al punto de inicio donde partimos.

Por otro lado, encontramos que la herramienta actual CIE 10 no es de gran utilidad y se resume en: **Diagnóstico de COVID 19 -CIE10 -U 072**

Diagnóstico clínico:

1. Infección por SARS COV2 RT PCR positivo
2. Hipertensión Arterial en manejo No adherente al tratamiento
3. Enfermedad Renal Crónica Agudizada

4. Antecedente de ACV Arteria Cerebral Media Izquierda
5. Epoc exacerbado con firmado por Espirometría 2012
6. Trastorno Obsesivo Compulsivo en manejo
7. etc.

Ante este modelo encontramos que el actual CIE no está a nivel de nuestros diagnósticos y acoplado para la sociedad que estamos tratando o la evolución en la enfermedad, por este motivo se puede apreciar otro aspecto entre los cuales encontramos 1. Desplazamiento forzado por parte de grupo Armado. 2. Discriminación a persona Raizal “o” 3. Desempleo Crónico con Insuficiencia de Ingresos para mantener 4 hijos. Y por qué no incorporar estos diagnósticos en una sociedad si directamente afectan su entorno o sus pensamientos o calidad de vida y desde ese momento inician las enfermedades como la depresión, infecciones gastrointestinales o desnutrición. Y a este punto es que si usted lector llega encontrar que este capítulo de libro es más que estadísticas más que un número o la posición de un País comparación o modelos que tienen otros mejor o peor posicionados y debido a esto se genera una nueva mirada al CIE que su nueva versión revisada es la 11 (CIE-11), con una propuesta de cambios y facilitando la sistematización de la información para mejorar la calidad del dato y su análisis.

## **MATERIAL Y MÉTODOS**

Para este estudio utilizamos un estudio observacional descriptivo en el cual se realizaron 50 encuestas a médicos de diferentes clínicas y hospitales, igualmente de distintas especialidades médicas, para un total de 50 médicos. Gracias a recursos ofimáticos se garantizó la toma de muestra. Por otro lado, agradecer al personal médico de las distintas especialidades agilidad de respuesta en la encuesta y actitud positiva ante la misma, tema que trataremos en resultados, pero de ante mano se evidencia que este sistema de salud bajo las medidas que somos sometidos el personal de salud ante unos honorarios bajos, tiempos laborales altos y en muchas ocasiones, tiempos prolongados y adicional a esto adaptarnos a unos modelos de atención con consultas de 15 o 20 minutos o Rutas Integrales de Atención en Salud (RIAS) que adaptan para que se aumenten los tiempos de atención porque en muchas ocasiones no se cumplen o no las quieren cumplir, estos y muchos otros estándares

que el personal de salud esté dispuesto a afrontar. Y lo más interesante es que nos adaptamos a lo que nos tengamos que adaptar para que el paciente obtenga unos resultados o una atención.

Por último y como lo he planteado en este capítulo, lo que se ha querido manifestar es más que estadísticas, por esa razón en este espacio y ante la unión que tenemos como personal de salud, propongo a todos mis colegas apoyar la cadena de valor, apoyar el manejo de los pacientes como grupo interdisciplinario, apoyar estos modelos de atención, y como estoy seguro que muchos son amantes de la lectura y desean conocer un poco más de esto para los que aún no lo escuchan o para los que desean conocerlos es el doctor Michael E. Porter y Elizabeth Olmsted Teisberg *Redefining Health Care*. Tomen su tiempo y lean este libro, algunas personas lo observan como no útil, porque dicen que ya tenemos un esquema de salud muy bueno, la ley 100 de 1993 y entre sus decretos y modificaciones tenemos modelos de atención como el modelo PAIS (política de atención integral en salud) o que el plan decenal toma este modelo de atención en salud bueno, esto tiene sus pro y contra, pero lo que sí se puede evidenciar es que algo de cierto se puede ver en estos textos, pero no se cumple, no hay estado que ponga en marcha y en funcionamiento las buenas ideas como ya se abordó en la introducción.

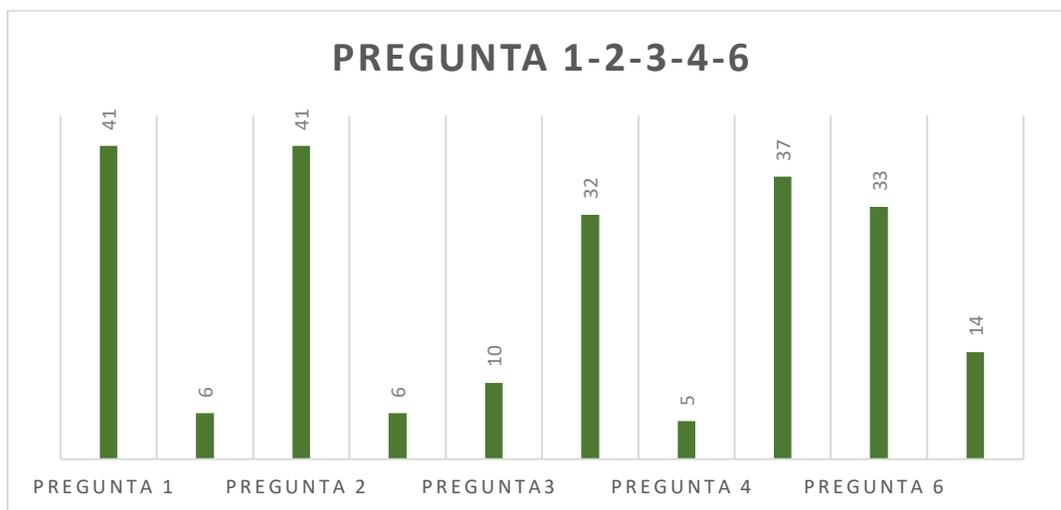
Pero en su gran mayoría tenemos un grupo de investigadores que observan de forma interesante cómo se puede adaptar este modelo a nuestro sistema de salud de forma eficaz, práctica y factible económicamente. Para que lo implementemos en nuestro sistema de salud, y con esto, garantizar no solo la atención desde un grupo multidisciplinario sino lo más importante que es la promoción y prevención en salud en ese primer nivel de atención el cual no estamos ejecutando de manera eficaz y oportuna.

## **RESULTADOS**

Ahora sí vamos a ver un poco más acerca de los resultados y bueno, como es mejor para cualquier lector, qué opinamos nosotros el personal de la salud acerca de esta herramienta, la cual se utiliza día a día en nuestro ambiente laboral. Se resume en dos gráficas, la primera abarca las preguntas (1-2-3-4-6) las cuales son de respuesta rápida, concreta y cerrada y es un SÍ o NO y una segunda gráfica donde encontramos la pregunta 5

y es de múltiple respuesta donde se subdivide 5.1 -5.2- 5.3- 5.4 en la cual el profesional puede seleccionar una o varias si eran de su aprobación y si no, se dejaba en blanco.

**Figura 1. Preguntas uno, dos, tres, cuatro, seis.**



| Pregunta 1 |    | Pregunta 2 |    | Pregunta 3 |    | Pregunta 4 |    | Pregunta 6 |    |
|------------|----|------------|----|------------|----|------------|----|------------|----|
| si         | no |
| 41         | 6  | 41         | 6  | 10         | 32 | 5          | 37 | 33         | 14 |

Fuente: Elaboración propia.

### Descripción de los datos gráfica número 1

Primera pregunta, encontramos 41 (si) 6 (no) y (3) desconoce pregunta 1:

1. ¿Encuentra la herramienta CIE10 práctica para el diagnóstico de los pacientes?

Segunda pregunta, encontramos 41 (si) 6 (no) y 3 desconoce pregunta 2:

2. ¿Considera que, la herramienta CIE10 es fácil, practica y útil para orientar el diagnóstico médico?

Tercera pregunta encontramos 10 (si) 32 (no) y (8) desconoce pregunta 3:

3. ¿En el CIE10 encuentra todos los diagnósticos que necesita colocar?

Cuarta pregunta encontramos 5 (si) 37 (no) y 8 desconoce pregunta 4:

4. ¿En el CIE10 se encuentran todas las patologías según regiones, culturas, etnias y razas que hay en Colombia?

Sexta pregunta encontramos 33 (si) 14 (no) y 3 desconoce pregunta 6:

6. ¿Si al colocar un diagnóstico en el CIE10, ésta le brindará una opción de tratamiento, resumen fisiopatología, días de incapacidad, contraindicaciones, signos de alarma, le sería de utilidad para su práctica clínica?

**Figura 2. Pregunta 5**



| <b>Pregunta 5</b> |     |     |     |
|-------------------|-----|-----|-----|
| 5.1               | 5.2 | 5.3 | 5.4 |
| 10                | 5   | 19  | 42  |

Fuente: Elaboración propia.

### Descripción de los datos gráfica número 2

Encontramos la pregunta número 5 en la cual se exponen distintas opciones para seleccionar, por lo anterior, la persona encuestada puede señalar una o varias opciones de acuerdo a lo que quiere o le gustaría encontrar en el CIE, por tal razón se encuentra un sumando mayor a cincuenta puntos aclarado lo anterior se describe.

5.1 (10) 5.2 (5) 5.3 (19) 5.4 (42) pregunta número 5:

5. ¿Como profesional qué le gustaría encontrar en el CIE10?

5.1 Prevalencia de la enfermedad

5.2 Picos de la enfermedad

5.3 Morbimortalidad de la enfermedad

5.4 Principales complicaciones de la enfermedad

## DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

En las tablas antes definidas como hallazgos encontramos en la pregunta 1 una herramienta práctica para el diagnóstico de los pacientes con más del 80% de aprobación, en la pregunta número 2 se encuentra como fácil, esta herramienta y orienta a los resultados diagnósticos que necesitamos anotar, igualmente con un 80% de asertividad en esta pregunta. En la pregunta número 3 ya iniciamos observando una falla la cual ya venimos describiendo en capítulos anteriores con más del 60% de negación y evidencia que en el momento de colocar un diagnóstico no encontramos el que necesitamos o nos adaptamos al que más se acerca a nuestro tema de interés. Al continuar con la 4 pregunta se presenta igualmente en más del 60 % el NO, lo que nos muestra en esta herramienta que Colombia al ser una población multicultural, no se puede colocar el diagnóstico orientado a esta diversidad de culturas, las cuales no podemos catalogar en un espacio estricto tratando de encajar o ubicar a lo más generalizado.

Saltamos a la pregunta 6, ya que posteriormente se dará una explicación aparte de la tan cuestionada pregunta 5, continuó con la sexta pregunta a continuación se encuentra que la pregunta no deja de entrar en discusión, ya que es una de las preguntas en donde más se contesta el ¿por qué? ¿Aclaró en todas las preguntas tenemos un si - no y por qué? Parte en la que es muy poco contestada, posiblemente por no relevancia, pero al llegar a la 5 y 6 son las que más tenemos este espacio y aunque en este capítulo no redundaré o generaremos una ampliación del caso, si lo vamos a ampliar en otro libro a publicar. Al continuar con la pregunta 6 tenemos 60% - 40% muy cerrado, en tal marco las personas encuestadas encuentran como un sesgo esta posibilidad y no la encuentran como una opción sino como una falla al momento de diagnóstico, el 60% lo encuentran como una ayuda en el momento del diagnóstico observándolo como una guía, adicionalmente observan ayudaría mucho con el tiempo de la consulta, ya que al contar con 15 minutos para atender un paciente es de gran utilidad para direccionar la atención médica con la agilidad que esta exige.

Por otra parte, el 40% que esta no está de acuerdo piensan que esto no ayuda porque el que tiene el conocimiento y la capacidad de decisión es el médico, no una base de datos que le indique qué hacer o no al momento de realizar un diagnóstico efectivo y un tratamiento adecuado para cada paciente, ya que también se argumenta que todos los pacientes son

distintos y los que tienen un diagnóstico son diferentes a los que tienen múltiples y eso generaría un problema más que un beneficio en el momento de la atención.

Por último pasamos a la pregunta número 5, esta, con la opción de respuesta múltiple y en su mayoría se inclinaron por la opción Principales complicaciones y secundario morbimortalidad, demostrando que a los médicos sí nos interesa conocer cómo demuestran a los residentes de las especialidades o internos de los pregrados de medicina cuáles son las principales complicaciones de una diabetes, de una dislipidemia, de una hipertensión, de una cirugía abdominal, de una cirugía ortopédica en mano o cadera, de una cirugía en ojo, de un procedimiento en corazón, o una cirugía urológica y ante esto qué podemos hacer para prevenir la segunda opción más marcada que es la morbimortalidad, entonces si le queremos apuntar a la promoción y prevención, si queremos disminuir los riesgos en patologías, si queremos tener una población más sana en calidad de vida como en años de vida y disminuir gastos al sistema.

Ahora bien, al revisar artículos encontramos en países como España y Estados cómo radican la importancia de él en el CIE de la OMS, pero a la vez, cada nación adopta de acuerdo con sus necesidades y generan nuevos títulos el CIE .10. ES el cual es español y el ICD10CM el cual es estadounidense.

Clasificación Internacional de Enfermedades - 10.<sup>a</sup> Revisión Modificación Clínica 4.<sup>a</sup> edición-enero 2022 en el cual ya están con actualizaciones acerca del SARS cov2 y complicaciones de esta patología de gran afectación pandémica y de Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades (CDC) de los Estados Unidos con las nuevas condiciones que se deben implementar para esta población.

Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades NCHS Clasificación de Enfermedades, Funcionamiento y Discapacidad Transición CIE-10-CM/PCS

Y se traen estos documentos a colación ya que pretendemos mostrar al personal de salud como a todos los profesionales o usuarios que lean estas páginas y observen la importancia clínica-diagnóstica que le dan países como España y Estados Unidos a su sistema de salud.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Clasificación Internacional de Enfermedades - 10.<sup>a</sup> Revisión Modificación Clínica 4.<sup>a</sup> edición-enero 2022

Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades -  
<https://www.cdc.gov/spanish/index.html>

NCHS - <https://www.cdc.gov/nchs/index.htm>

Clasificación de Enfermedades, Funcionamiento y Discapacidad-  
<https://www.cdc.gov/nchs/icd/index.htm>

Transición CIE-10-CM/PCS- [https://www.cdc.gov/nchs/icd/icd10cm\\_pcs.htm](https://www.cdc.gov/nchs/icd/icd10cm_pcs.htm)

<https://icd.who.int/es>