ANÁLISIS DE LA CODIFICACIÓN CIAP DURANTE UN AÑO EN UNA RED NACIONAL DE CENTROS DE ATENCIÓN PRIMARIA

ICPC CODING ANALYSIS DURING ONE YEAR IN A NATIONAL NETWORK OF PRIMARY CARE CENTERS

Patricio J. Cacace^{1*} y Ana C. Aymat²

¹Área de Gestión y Políticas Sanitarias; ²Área de Coordinación Docente. Fundación AEQUUS, Ciudad Autónoma de Buenos Aires, Argentina

RESUMEN: Objetivos: Identificar los motivos de consulta con mayores y menores registros efectuados en un año calendario mediante los códigos de la Codificación Internacional de Atención Primaria (CIAP) de las consultas realizadas en una red nacional de centros de atención primaria de un agente del subsistema sanitario de la seguridad social en la República Argentina; y plantear un análisis crítico sobre su utilización por parte de los equipos de atención primaria. **Material y métodos:** Se trata de un estudio observacional retrospectivo en el que se tomaron 1,470,618 códigos CIAP en 1,019,827 consultas realizadas y cargadas en una base de datos por 46 centros médicos participantes. **Resultados:** Se elaboró un *ranking* de los 24 códigos más utilizados durante el periodo de estudio, los cuales representan un 44.7% del total de las codificaciones del año. En dicho subgrupo el 48% corresponden a códigos con muy poca especificidad para la toma de decisiones; el 12% son códigos de prácticas preventivas y el 40% restante corresponde a enfermedades crónicas no transmisibles, salud de la mujer y síntomas osteomioarticulares.

Palabras clave: Atención primaria. CIAP-2. Medicina familiar. Seguridad social.

ABSTRACT: Objectives: Identify the reasons for consultation with greater and lesser records made in a calendar year using International Classification of Primary Care (ICPC) codes of consultations made in a national network of primary care centers of an agent of the social security health subsystem in the Argentine Republic; and propose a critical analysis on its use by primary care teams. **Material and methods:** This is a retrospective observational study in which 1,470,618 ICPC codes were taken in 1,019,827 consultations carried out and loaded into a database by 46 participating medical centers. **Results:** A ranking of the 24 most relevant codes was elaborated during the study period, which represent 44.7% of the total encodings for the year. In this subgroup, 48% correspond to codes with very little specificity for decision-making; 12% are codes of preventive practices and the remaining 40% correspond to noncommunicable diseases, women's health and osteomyoarticular symptoms.

Key words: Primary care. ICPC-2. Family medicine. Social security.

Correspondencia:

*Patricio J. Cacace
E-mail: pcacace@gmail.com

Fecha de recepción: 09-09-2020
Fecha de aceptación: 27-09-2020

Disponible en internet: 11-11-2020
Rev Mex Med Fam. 2020;7:102-8
DOI: 10.24875/RMF.20000114

2007-9710 / © 2020 Federación Mexicana de Especialistas y Residentes en Medicina Familiar. Publicado por Permanyer. Este es un artículo *open access* bajo la licencia CC BY-NC-ND (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

INTRODUCCIÓN

La Codificación Internacional de Atención Primaria (CIAP) es una herramienta desarrollada por el Comité Internacional de Clasificación de la Organización Mundial de Médicos de Familia (WONCA)¹. Fue publicada por primera vez en el año 1987 bajo la denominación *International Classification of Primary Care (ICPC-1)* y se tradujo al español en 1990 (CIAP-1). Hacia 1998 se publicó la segunda edición original en inglés (ICPC-2)² y al año siguiente (en 1999) se publicó la versión traducida al español (CIAP-2)³. Actualmente la ICPC-2 está disponible en 20 idiomas y su utilización sistemática permite clasificar las consultas ambulatorias por «episodios de atención», ya que ofrece una integración completa del proceso asistencial, incluyendo las razones de consulta expresadas por el paciente, los problemas de salud detectados por el profesional (signos clínicos y/o diagnósticos) y también las intervenciones o procedimientos aplicados en el proceso de atención. Todo ello busca que se apliquen los términos y expresiones utilizados habitualmente en el ámbito de la medicina familiar/general, ampliando los conceptos clásicos y hegemónicos motivos de consulta o códigos hospitalarios centrados en «episodios de enfermedad».

La CIAP tiene una estructura biaxial. El primer eje tiene 17 capítulos organizados según aparatos y sistemas orgánicos, y las rúbricas tienen un código alfabético nemotécnico (p. ej., «R» para respiratorio y «D» para digestivo). El otro eje está formado por siete componentes, con un código numérico de dos dígitos; las rúbricas de los componentes 1 y 7 son específicas para cada capítulo (se refieren a signos y síntomas y a enfermedades), mientras que la de los otros cinco componentes (2, 3, 4, 5 y 6) se refieren a actividades y son idénticas para todos los capítulos.

Los sistemas de clasificación y/o codificación brindan un método para ordenar la información de un área o dominio determinado, permitiendo estandarizar los datos,

estableciendo relaciones entre ellos y procesarlos estadísticamente.

En el ámbito hospitalario se utiliza la Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y Problemas relacionados con la Salud (CIE)⁴, la cual brinda un marco conceptual para la clasificación de morbilidad basada en etiología y se utiliza para la codificación de causas de mortalidad. Si bien existe la décima versión de esta (CIE-10), no permite la codificación de procedimientos, por lo que la modificación clínica de la novena versión (CIE-9MC) sigue siendo la más utilizada.

Existen tablas de correlación entre CIAP-2 y CIE-10 o CIE-9MC, pero la conversión no es absolutamente específica. Si bien la CIAP es más adecuada para el ámbito de atención primaria de la salud (APS), la CIE se impone en muchos lugares por la necesidad de hacer compatibles los códigos con los otros niveles de complejidad asistencial.

A los fines de comprender el trabajo desarrollado es conveniente aclarar los alcances e implicancias de otros términos que se emplean a lo largo de este⁴:

- APS: estrategia adecuada para intervenir en el proceso salud-enfermedad-atención ofreciendo cuidados que sean accesibles para la comunidad, integrales (incluyendo las etapas de prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación), continuos, personalizados y coordinados.
- Medicina familiar: especialidad médica centrada en la gente, con profesionales formados en el posgrado, con excelencia clínica y académica que: brinden atención médica primaria resolutoria (del 80-90% de los problemas de salud prevalentes) y no exclusivamente preventiva; actúen como verdaderos gestores de recursos (tanto del propio paciente como del sistema sanitario); sean parte de una red comunitaria de recursos y de equipos multidisciplinarios; y se valgan de ciertas herramientas diferenciadoras propias de la especialidad (la

longitudinalidad en el contacto con los pacientes, el abordaje biopsicosocial y el proceso clínico centrado en el paciente con la ampliación de la clínica).

- Equipo básico de atención médica primaria (EBAMP): denominamos así al equipo multidisciplinario constituido por enfermeros, médicos de familia, pediatras, tocoginecólogos, psicólogos y trabajadores sociales que trabajan en un mismo centro de atención primaria.
- Centro de atención primaria (CAP): unidades asistenciales constituidas por un EBAMP y coordinadas por un médico de familia, con ubicación descentralizada respecto del nivel de complejidad asistencial inmediatamente superior (segundo nivel). También se desempeñan en el personal administrativo y de maestranza, dando soporte operativo a la actividad asistencial.

PROPÓSITO

Visibilizar la importancia de los registros para la toma de decisiones en salud.

OBJETIVOS

- Identificar los motivos de consulta con mayores y menores registros efectuados.
- Plantear un análisis crítico sobre la utilización de la codificación CIAP por parte del EBAMP.

MATERIAL Y MÉTODOS

Diseño y emplazamiento

Se realizó un estudio observacional retrospectivo con análisis de los registros efectuados en un año calendario mediante codificación según códigos CIAP de las consultas realizadas en una red nacional de CAP de un agente del subsistema sanitario de la seguridad social en la República Argentina.

Tamaño de la muestra

La cantidad de códigos CIAP registrados en un año calendario (abarcando los 365 días corridos que van desde el 1 de enero

al 31 de diciembre) totalizaron una cantidad de 1,470,618, que fueron codificados en 1,019,827 consultas realizadas y cargadas en el sistema informático por algún integrante del EBAMP dentro de los 46 CAP que fueron parte (en el periodo estudiado) de la red nacional ambulatoria de dicho agente de la seguridad social a lo largo de todo el país.

Recolección de datos

La cantidad de códigos CIAP y la de consultas realizadas surge de una base de datos diseñada por un equipo técnico de gestión para el primer nivel de atención de dicho agente de la seguridad social. Esta base se nutría sistemáticamente de dicho tipo de codificación, incorporando de esta forma una gran cantidad de datos que permitían obtener variada información para su análisis en diferentes dimensiones y finalidades: estadístico y epidemiológico (motivos y tipos de consulta, prevalencia, periodicidad, etc.); económico y financiero (liquidación de honorarios profesionales, costos sanitarios, etc.); y administrativa (gestión de turnos, gestión de prescripciones diagnósticas, registro de ausentismo de pacientes, etc.), entre lo más destacado. Esta base estaba instalada en la red de CAP de todo el país y el equipo técnico de gestión que la coordinaba a nivel nacional se encargaba de consolidar todos los registros, para luego abrirlos hacia las diferentes dimensiones de análisis, constituyendo una de las principales herramientas para la toma de decisiones en la coordinación y gestión de la atención dentro del primer nivel de los afiliados.

RESULTADOS

El total anual fue de 1,470,618 codificaciones CIAP-2, las cuales fueron ingresadas al sistema de registro informático de la red nacional de CAP en un total de 1,019,827 consultas realizadas durante el periodo de estudio.

Dentro de esa cantidad total de codificaciones CIAP-2, se utilizaron 1,190 códigos diferentes, de los cuales el 80% se restringe a un grupo de 134 códigos, mientras que para

el 20% restante se emplearon 1,056 códigos diferentes (Fig. 1).

Tomando las cantidades totales registradas por cada código CIAP-2 se elaboró un ranking de los 24 códigos más utilizados durante el periodo de estudio, cuyo detalle podemos observar en la tabla 1.

Si se considera a las 24 principales codificaciones como un subgrupo de análisis se observa que el 48% son códigos con muy poca especificidad para la toma de decisiones; el 12% son códigos de prácticas preventivas y el 40% restante corresponde a enfermedades crónicas no transmisibles, salud de la mujer y síntomas osteomioarticulares (Fig. 2).

De este ranking de 24 códigos CIAP-2 más utilizados se desprenden las siguientes particularidades:

- Estos 24 códigos CIAP-2 más utilizados representan un 44.7% del total de las codificaciones del año.
- Con base en las cantidades totales, tanto de codificaciones CIAP-2 como de consultas realizadas, se obtiene un promedio de tan solo 1.44 codificaciones CIAP-2 por cada consulta.
- Los dos primeros códigos más utilizados, que representan el 12.86% del total anual de las codificaciones, corresponden a códigos utilizados para consultas atribuibles al control periódico de salud.
- El tercer puesto del ranking se atribuye a consultas médicas que implican un procedimiento administrativo que ser realizado por el profesional: prescripción de medicamentos, prescripción y/o transcripción de estudios diagnósticos (laboratorio, ecografía, radiografías, etc.). Si se suma a esto el puesto número 12, que incluye el mismo tipo de procedimientos pero vinculados exclusivamente a patologías respiratorias (asma, enfermedad pulmonar obstructiva crónica, etc.), y el puesto número 19, que incluye el mismo tipo de procedimientos pero vinculados exclusivamente a patologías

Porcentaje de códigos CIAP-2 a nivel nacional según frecuencia (n = 1,470,618)

CIAP-2: Codificación Internacional de Atención Primaria 2.

Figura 1. Frecuencia codificación CIAP-2 sobre registros totales.

endocrinológicas (diabetes, hipotiroidismo/hipertiroidismo, etc.), se llega a un total de 6.41% sobre el total de las codificaciones.

- Las enfermedades crónicas no transmisibles vinculadas al desarrollo de enfermedad cardiovascular y cerebrovascular aparecen en este ranking de 24 codificaciones, representando entre hipertensión arterial, diabetes (DBT) obesidad y dislipemias (DLP) un total del 6.23% de las codificaciones anuales.
- En lo que respecta a salud de la mujer, encontramos que entre los tres códigos vinculados directamente a ella (embarazo, anticoncepción y citología exfoliativa) representan el 3.48% de las codificaciones anuales.
- Los síntomas y signos agudos más frecuentemente codificados se pueden agrupar y analizar según los diferentes sistemas fisiológicos involucrados:
 - Los del sistema osteoarticular (lumbar, rodilla, cuello) representan el 3.97% de las codificaciones anuales.
 - Los del sistema respiratorio (infección respiratoria aguda (IRA) superior, tos, bronquitis, faringitis) representan el 6.22% de las codificaciones anuales.

Tabla 1. Ranking anual codificación CIAP-2 con cantidades totales según código y descripción

N.º ranking	CIAP-2	Descripción	Cantidad anual
1	A30	Exploración médica/evaluación de salud completa	106,932
2	A98	Medicina preventiva/promoción de la salud	82,282
3	A50	Medicación/solicitud/prescripción/renovación/inyectables	62,414
4	K86	Hipertensión arterial no complicada	36,576
5	R74	Infección aguda tracto respiratorio superior	34,663
6	R78	Bronquitis	26,807
7	L03	Signos y síntomas lumbares	26,020
8	T90	Diabetes tipo 2	25,822
9	W78	Embarazo	21,749
10	A31	Exploración médica/evaluación de salud parcial	21,416
11	F91	Alteraciones de la refracción	18,104
12	R50	Medicación/solicitud/prescripción/renovación/inyectables	17,490
13	X37	Citología exfoliativa/histológica	16,932
14	T82	Obesidad	16,916
15	R05	Tos	16,621
16	L15	Signos y síntomas de la rodilla	16,361
17	L01	Signos y síntomas del cuello	15,963
18	D01	Dolor abdominal generalizado/retortijones	15,551
19	T50	Medicación/solicitud/prescripción/renovación/inyectables	14,342
20	A60	Resultados de pruebas y procedimientos	13,594
21	R72	Faringitis/amigdalitis estreptocócica	13,524
22	W11	Contracepción oral en la mujer	12,552
23	T93	Trastornos del metabolismo lipídico	12,416
24	P01	Sensación de ansiedad/tensión/nerviosismo	12,360
		Total codificaciones	1,470,618
		Total consultas médicas codificadas	1,019,827

CIAP-2: Codificación Internacional de Atención Primaria 2.

ECNT: enfermedades crónicas no transmisibles.

Figura 2. Análisis de las 24 codificaciones más frecuentes durante un año.

- Los del sistema digestivo (dolor abdominal) representan el 1.05% de las codificaciones anuales.
- Los de la salud mental (ansiedad) representan el 0.84% de las codificaciones anuales.
- Las causas oftalmológicas (alteraciones de la refracción) representan el 1.23% de las codificaciones anuales.
- La única práctica preventiva identificable mediante un código exclusivo en este grupo de códigos es la citología exfoliativa, que representa el 1.15% de las codificaciones anuales. Otras prácticas preventivas no disponen de códigos CIAP-2 exclusivos, sino que quedan agrupadas en otros códigos más genéricos e inespecíficos (p. ej., la mamografía que queda agrupada en radiología).
- Los códigos por abuso de alcohol, drogas, tabaco o fármacos se encuentran en los puestos más bajos, con muy poco porcentaje de codificación.

DISCUSIÓN

El presente trabajo se enmarca en el área de investigación de la APS e involucra a un grupo poblacional, del que surge la muestra, que se ubica dentro del sistema de salud argentino en el subsector de la seguridad social (compuesto además por los subsistemas de la sanidad pública y de los seguros privados). Por tanto, podemos decir que ambos ámbitos de la investigación (APS y seguridad social) son originales, innovadores y de un gran potencial de análisis dada la poca frecuencia con la que desafortunadamente se vehiculizan investigaciones sobre ellos. Los resultados obtenidos serán enriquecedores y permitirán generar nuevas preguntas, establecer hipótesis de trabajo y nuevas líneas de investigación que expandan el conocimiento que en la actualidad tenemos sobre ambos.

Dentro de las limitaciones del trabajo puede mencionarse que el grupo poblacional que generó las consultas médicas en los CAP y su posterior codificación CIAP-2, como ya mencionamos, corresponde a personas que

disponen de seguro médico por un agente de la seguridad social dada su condición laboral en particular. Las singularidades de los seguros de la seguridad social pueden generar diferentes sesgos en la muestra, dado que surgen de las diferentes actividades laborales que los nuclea (empleados de comercio, de la construcción, etc.), generando marcada variabilidad entre las características principales de la población beneficiaria. Es decir, que vinculado a la actividad laboral se desprenden diferencias entre la proporción de sexo y edad, y que llega incluso hasta la edad de jubilación o retiro (la cual implica por leyes nacionales el cambio obligatorio del tipo de seguro médico). Por todo esto, y a los fines que las conclusiones puedan extrapolarse e inferirse como más representativas de todo el ámbito de la APS, sería muy enriquecedor caracterizar mínimamente a la población consultante por sexo y grupo etario, entre otros datos de relevancia.

Por lo recién expuesto, la comparación con otros estudios centrados en la codificación de consultas en el ámbito de la APS ha sido dificultosa. Al sesgo de la muestra se le adiciona algo más importante y que destacar: lamentablemente no existe un consenso universal sobre el tipo de codificación que utilizar en atención primaria. Los escasos trabajos disponibles sobre la temática no presentan un denominador común en las diferentes formas de codificación utilizadas: CIAP-2, CIE-10 o CIE-9MC y otros con códigos propios de instituciones gubernamentales y/o privadas. Entendemos que si bien la codificación de consultas es de uso ampliamente difundido y respaldado tanto en la APS como en la gestión sanitaria, existiendo incluso consenso sobre la importancia, la necesidad y los beneficios de aplicarla normativamente, lamentablemente nos encontramos con una gran variabilidad sobre el tipo y/o nomenclatura del instrumento que utilizar para realizarla entre los diferentes países, e incluso entre diferentes organizaciones sanitarias y científicas de un mismo país. Es decir, que seguimos padeciendo dos de los problemas frecuentes en lo referido a sistemas de información^{4,5}: la

falta de estandarización de las definiciones y la utilización de diferentes sistemas de codificación. Todo esto genera dificultades en la investigación y la gestión, al no proporcionar datos uniformes y homogéneos entre los diferentes efectores de servicios de salud.

CONCLUSIONES

- Debemos ser conscientes de la complejidad del entorno del que surgen los datos a los fines de interpretarlos adecuadamente, de forma tal de obtener información válida, fiable y trasladable a todo el ámbito sanitario.
- Se debe trabajar entre los diferentes niveles de complejidad asistencial sanitaria promoviendo la utilización de sistemas de clasificación y/o codificación compatibles que permitan un diálogo eficaz entre diferentes efectores, generando una terminología común para describir, evaluar y comparar la práctica clínica en los diferentes ámbitos asistenciales.
- La calidad de la información obtenida debería poder facilitar la toma de decisiones tanto a nivel asistencial como gerencial, y también debería poder utilizarse con fines docentes y de investigación.
- Los resultados que derivan del presente análisis deben interpelarnos como médicos de familia, ya que se observa clara preponderancia de registros de prácticas administrativas inespecíficas que no contribuyen a la toma de decisiones (uno de los propósitos fundamentales de la codificación) sobre prácticas preventivas que son incumbencia directa de nuestra especialidad.
- La inespecificidad y amplitud de muchos de los códigos más utilizados deben generar un llamado de atención dentro del comité que se encarga de definirlos, buscando mayor precisión en los episodios de atención que buscan describir.
- Las limitaciones de la codificación clínica en APS siguen siendo atribuibles a varios factores: complejidad, multiplicidad y diversidad de los sistemas de codificación existentes, la necesidad de una terminología adecuada y específica, el

tiempo de consulta e insumos técnicos requeridos para su registro, y (no menos importante) la motivación y compromiso de los propios profesionales y de las organizaciones sanitarias en esta tarea.

AGRADECIMIENTOS

A cada uno los integrantes de los EBAMP de los diferentes CAP involucrados, así como a los integrantes del equipo técnico encargado de la coordinación de la red nacional de APS, quienes desde su lugar de trabajo facilitaron la información para realizar este trabajo, y el posterior procesamiento y consolidación de esta.

FINANCIAMIENTO

La presente investigación no ha recibido ayudas específicas provenientes de agencias del sector público, sector comercial o entidades sin ánimo de lucro.

CONFLICTO DE INTERESES

Los autores declaran no tener conflicto de intereses.

RESPONSABILIDADES ÉTICAS

Protección de personas y animales. Los autores declaran que para esta investigación no se han realizado experimentos en seres humanos ni en animales.

Confidencialidad de los datos. Los autores declaran que han seguido los protocolos de su centro de trabajo sobre la publicación de datos de pacientes.

Derecho a la privacidad y consentimiento informado. Los autores declaran que en este artículo no aparecen datos de pacientes.

BIBLIOGRAFÍA

1. WONCA International Classification Committee. International Classification of Primary Care. Revised 2nd edition. New York: Oxford University Press; 2005.
2. Clasificación Internacional de la Atención Primaria CIAP-2. Comité Internacional de Clasificación de la WONCA. 2.^a edición. Editorial Masson; 1999.
3. Clasificación (CIAP-2) [Internet]. Sociedad Española de Medicina de Familia y Comunitaria [fecha de consulta: 13/08/2020]. Disponible en: <https://www.semefyc.es/formacion-y-recursos/biblioteca-virtual/clasificacion-ciap-2/>
4. Ceitlin J, Gómez Gascón T. Medicina de familia: la clave de un nuevo modelo. Madrid: Smithkline Beecham; 1997.
5. Zurro MA, Cano Pérez JF, Badía JG. Atención Primaria: principios, organización y métodos en medicina de familia. 8va edición. Madrid: Elsevier; 2019.