



SOCIEDAD ESPAÑOLA DE
CALIDAD ASISTENCIAL

Revista de Calidad Asistencial

www.elsevier.es/calasis



EDITORIAL

Clasificación Internacional de Enfermedades CIE10ES: solo sombras en su implantación



International Classification of Diseases, Tenth Revision, Clinical Modification (ICD-10-CM): only shadows in its implementation

A.J. Ramos Martín-Vegue

Servicio de Admisión y Documentación Clínica, Hospital Universitario Puerta de Hierro, Majadahonda, Madrid, España

Primera sombra: El anexo

El Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud (CISNS) aprobó el 21 de marzo de 2013 la agenda de los trabajos preparatorios para la transición a la Clasificación Internacional de Enfermedades, 10.^a revisión, modificación clínica (CIE10ES), fijando la fecha para enero de 2016. Sin embargo, oficialmente es en el Anexo I del Real Decreto 69/2015, de 6 de febrero, por el que se regula el Registro de Actividad de Atención Sanitaria Especializada, donde se establece que se utilice esta clasificación para codificar los diagnósticos y los procedimientos del denominado Registro de Actividad de Atención Sanitaria Especializada (RAE-CMBD). Este cambio trascendental para los estudios de morbilidad de todo el Estado Español está regulado normativamente tan solo en un anexo; ni siquiera ha merecido la pertinente justificación en su exposición de motivos, ni un artículo regulatorio. Además, muchas Comunidades Autónomas (CC.AA.), como es el caso de Madrid, de ese Real Decreto solo han puesto en marcha la nueva clasificación, sin ni siquiera adecuar sus sistemas de información al nuevo RAE-CMBD, incumpliendo su Disposición adicional cuarta que

establece «Las comunidades autónomas y, en su caso, los centros sanitarios iniciarán la recogida de datos del registro de acuerdo con lo dispuesto en este real decreto [...]».

Vaya también por delante, que este Real Decreto solo obliga (ver Disposición adicional cuarta. Plazo de inicio del Registro) para el año 2016 a codificar con CIE10ES los contactos de Hospitalización y Cirugía Ambulatoria, siendo paradójico que algunas CC.AA. obliguen a sus Unidades de Codificación a codificar también en CIE10ES los contactos de Hospital de Día Médico y Procedimientos Ambulatorios de alta complejidad.

Segunda sombra: La financiación

Desde marzo de 2013 hasta enero de 2016 transcurrieron 2 años y 9 meses, tiempo suficiente para que las CC.AA. adaptaran todos sus sistemas de información, entre ellos los precios públicos de la asistencia sanitaria, y actualizaran las normativas de orden legal afectadas por el cambio de clasificación. Hay que recordar algunos acontecimientos de índole estrictamente política que han ido condicionando la toma de decisiones de las Consejerías de Sanidad a la hora de destinar partidas presupuestarias que favorecieran una implantación ordenada. Los presupuestos de las CC.AA.

Correo electrónico: arturojose.ramos@salud.madrid.org

<http://dx.doi.org/10.1016/j.cali.2016.12.002>

1134-282X/© 2016 SECA. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.

para el año 2015 estuvieron afectados por la convocatoria de elecciones autonómicas en 13 de las 17 comunidades, de forma que los Parlamentos Autonómicos que han estado llevando a cabo la implantación de la CIE10ES no fueron los mismos que destinaron fondos para ello. Asimismo, la convocatoria de elecciones generales para diciembre de 2015 condicionó igualmente la que debiera haber sido una apuesta decidida del Ministerio para apoyar a sus CC.AA.

En esta línea, el Servei Català de la Salut decidió no implantar la CIE10ES en enero de 2016, al depender su financiación de los grupos relacionados con el diagnóstico (GRD), no estar legislados los nuevos precios públicos derivados del uso de esta clasificación y su agrupación en GRD y no haber tenido tiempo suficiente para analizar la influencia de la nueva clasificación en la complejidad de sus hospitales y en su presupuesto (Martínez Reina, 2016)¹. Sabía decisión que otras CC.AA. no han tenido el valor de adoptar. A todos estos factores hay que añadir que la CIE10ES requiere, a su vez, de un nuevo agrupador de diagnósticos, los APR-GRD, que cambian los pesos de los procesos, sin que se haya establecido la tarifa correspondiente. A título de ejemplo, los hospitales de la Comunidad de Madrid, sin depender su financiación en un 100% de los GRD, se ven obligados a codificar con CIE10ES y facturar con un agrupador basado en la ya obsoleta CIE9MC. Se sigue usando para la facturación la Orden 731/2013, de 6 de septiembre, del Consejero de Sanidad, «por la que se fijan los precios públicos por la prestación de los servicios y actividades de naturaleza sanitaria de la Red de Centros de la Comunidad de Madrid», que establece un precio basado en una clasificación y un agrupador que ya no se utiliza. Se ha desestimado, pues, la necesidad de legislar una nueva Orden de Precios Públicos que debería haber sido una condición *sine qua non* para implantar la CIE10ES.

Tercera sombra: La utilidad clínica

Durante 25 años el Sistema Nacional de Salud (SNS) ha usado CIE9MC para clasificar las causas de morbilidad y mortalidad de los centros hospitalarios, tanto públicos como privados, contando las distintas administraciones autonómicas y la estatal con una base de datos homogénea y fiable para el estudio de la salud de la población que ha permitido cumplir con el objetivo marcado por la Organización Mundial de la Salud (OMS) al desarrollar el concepto de Familia Internacional de Clasificaciones de la OMS (FIC-OMS)², sobre la que se sustentan los sistemas de información para la salud. Las clasificaciones de referencia (CIE10 y CIF) han de: 1) aportar bases científicas precisas, fiables y aplicables *cross-culturalmente*, para la definición y manejo de los «estados de salud» y sus consecuencias; 2) establecer un lenguaje común internacional en los aspectos relacionados con la salud y las actuaciones en salud; 3) permitir la transferencia y la comparación de información en temas de salud a través del tiempo, las disciplinas y las naciones; 4) aportar sistemas de codificación y registro para el desarrollo de sistemas de información para la salud; y 5) promover la investigación y en última instancia el conocimiento, en los temas de salud y en las actuaciones en salud³. Conviene recordar que «la ciencia requiere las clasificaciones para poder estructurar sus actividades; pero sin olvidar que la actividad científica, como tal, es provisional por sus continuos cambios, lo que

convierte automáticamente en provisionales a las propias clasificaciones»⁴. Esta realidad debería haberse tenido en cuenta a la hora de sustituir una clasificación por otra, porque hay que recordar que la CIE10 fue aprobada por la OMS en 1993, hace 23 años. El Centro Nacional de Estadísticas de Salud perteneciente al Departamento de Salud del Gobierno Federal de EE. UU. ha llevado a cabo una modificación clínica de la CIE10 (ICD10CM) que se implanta en España bajo el nombre de CIE10ES. Mucho tiempo, en el que la taxonomía y la investigación de la etiología y la fisiopatología de las enfermedades han sufrido cambios permanentes.

La CIE10MC rompe con algunos de los preceptos antes enunciados por la FIC-OMS; sirva a título de ejemplo la codificación del asma. La *Global Initiative for Asthma* (GINA)⁵ está formada por una red internacional de organizaciones y expertos en asma dirigida a mejorar el cuidado de los pacientes y a normalizar los conceptos y clasificaciones para permitir la comparación entre países. Desde 2002, edita anualmente la llamada Guía GINA para el manejo del Asma (*Global Strategy for Asthma Management and Prevention*) y clasifica el asma del adulto no solo atendiendo a la gravedad clínica como lo hace la CIE10ES (intermitente, persistente leve, persistente moderada y persistente grave), sino también en función del control de la enfermedad (bien controlada, parcialmente controlada y mal controlada), no pudiéndose codificar esta condición en la nueva clasificación. El asma infantil se clasifica de forma totalmente distinta al asma del adulto (episodio ocasional, episodio frecuente, persistente moderado y persistente grave) sin que haya ningún código en la nueva clasificación que permita estas distinciones, obligando al codificador a elegir o bien una categoría del adulto, o bien un código de Asma Infantil no especificado; incompleta y sin utilidad para los alergólogos, pediatras y neumólogos, parece pues que estamos ante una clasificación que en algunos de sus capítulos nace ya superada por la clínica.

Cuarta sombra: Los recursos

La Subdirección General de Información Sanitaria e Innovación del Ministerio de Sanidad⁶, Servicios Sociales e Igualdad ha publicado en enero de 2016 un *Análisis exploratorio de la implantación de la CIE10ES en España como clasificación de referencia para la codificación clínica. Estudio de doble codificación CIE9MC-CIE10ES*. El informe concluye que el tiempo medio de asignación de códigos ha sido significativamente mayor en CIE10ES que en CIE9MC, pasando de 4,5 min a 14,2 min, debido a que con CIE10ES existe un importante porcentaje del tiempo utilizado en la asignación de los códigos no asociado a la complejidad del alta (coeficiente de variación 0,74 CIE10ES versus 0,91 CIE9MC), sino a otros factores: curva de aprendizaje de una nueva clasificación y la complejidad para la identificación de códigos, existiendo una correlación lineal positiva de los tiempos empleados en el registro de códigos entre ambos sistemas de clasificación (coeficiente de correlación: 0,60; coeficiente R²: 0,37). No se tienen noticias de ninguna comunidad autónoma que ni en preimplantación (periodo 2013-2015) ni para este año haya convocado ofertas públicas de empleo para dotar a sus Unidades de Codificación de los recursos necesarios que le permitan hacer frente a las esclarecedoras conclusiones

de este informe. Ni existe ningún acuerdo en el CISNS que obligue a los Servicios de Salud a incrementar sus plantillas de codificadores para desarrollar con criterios de calidad y homogeneidad un acuerdo de dicho Consejo.

Quinta sombra: La formación

Una única iniciativa global del Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad puede reseñarse como parte de la formación normalizada preimplantación de los codificadores a nivel de todo el territorio nacional; a saber, un curso *on-line* de 9,5 créditos. El resto de iniciativas han corrido a cargo de las CC.AA. con desigual implantación, tanto en número de horas, como en contenido, profesorado, acceso, etc. A título de ejemplo y siguiendo con la Comunidad de Madrid, hay que decir que su Consejería de Sanidad impartió la 1.^a edición de su Curso de Formación en CIE10ES en el mes de noviembre de 2015. Curso a todas luces insuficiente en el número de horas (50) y para tan solo 20 alumnos por edición. Estas ediciones se han ido impartiendo progresivamente a lo largo de este año cursándose la 7.^a edición en octubre de 2016. Como puede observarse, en enero de 2016 los profesionales sanitarios de la Comunidad de Madrid no estaban formados por su «empresa» para afrontar el reto del cambio de clasificación. Afortunadamente para los hospitales y el SNS, la alta profesionalidad de estos trabajadores y el compromiso con su profesión han hecho que la mayoría de ellos se formaran en el mercado privado, soportando el esfuerzo económico y sacrificando su tiempo libre. No quiero dejar de resaltar también que cuando el CISNS aprobó en marzo de 2013 la fecha de implantación de la CIE10ES para 2016, el Ministerio de Educación, responsable del programa formativo de los Técnicos Superiores en Documentación y Administración Sanitaria, no adaptó el contenido del Módulo de Codificación a la nueva clasificación, de forma que profesionales que iniciaban su formación en septiembre de 2014 y obtenían su titulación en diciembre de 2015, fueron formados en CIE9MC, teniendo que enfrentarse en enero de 2016 a una clasificación para la que no habían sido preparados.

Sexta sombra: El proceso de implantación

Houser et al.⁷ publicaron en 2013 los resultados del plan de implantación de la ICD10CM en Alabama, iniciado en 2011, casi con 3 años de antelación al cambio de clasificación en EE. UU., previsto inicialmente para octubre de 2014. Se basaba en 3 pilares fundamentales: la documentación clínico-asistencial, la formación de los codificadores y la adaptación de los sistemas de financiación. Concluyeron estos investigadores que «la implementación puede minimizarse entrenando codificadores con anticipación, contratando nuevos codificadores, ajustando su productividad, interactuando con los médicos y con los proveedores de las nuevas tecnologías». Es sorprendente que el 53% de los hospitales de Alabama habían iniciado ya el proceso en el año 2011. En la Comunidad de Madrid, la primera comunicación oficial de la implantación de la CIE10ES llegó a sus hospitales en diciembre de 2015 y no se pudo iniciar la codificación de las altas hospitalarias hasta el 1 de marzo de 2016, al no estar adaptados los Sistemas de Información Hospitalarios a la nueva clasificación. Muy a pesar de la pro-

puesta remitida a la Consejería, antes de la implantación, por los responsables de las Unidades de Codificación de 27 hospitales, recogida en estos 10 puntos: 1) Crear un Grupo de Trabajo con la Dirección General de Sistemas de Información Sanitaria; 2) Realizar un estudio piloto, previo a la implantación, para las diferentes especialidades y ámbitos de asistencia sanitaria (Hospitalización y Cirugía Ambulatoria); 3) Evaluar los recursos necesarios para la implantación (humanos, materiales, formativos y de información) según alcance y fases del desarrollo del Real Decreto RAE-CMBD; 4) Analizar y proponer las medidas necesarias para corregir la problemática que se detecte; 5) Redefinir el actual Plan de Formación del Servicio Madrileño de Salud (SERMAS) ampliando su alcance a todo el proceso de preimplantación, implantación y consolidación de la CIE10ES; 6) Redimensionar las Unidades de Codificación con personal cualificado, de acuerdo a las necesidades detectadas en el estudio piloto llevado a cabo por el Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad; 7) Desarrollar y adaptar, previamente a la implantación, las aplicaciones informáticas basadas en la codificación clínica; 8) Garantizar la confidencialidad de la documentación clínica manteniendo la codificación dentro de los hospitales; 9) Creación de una Unidad Técnica de CIE10ES en la Comunidad de Madrid y 10) Establecer un Plan Auditor de la calidad de la codificación con profesionales del SERMAS. Cuando va a hacer un año de estas propuestas, ninguna de ellas se ha llevado a cabo.

Séptima sombra: Los resultados

La codificación es la herramienta más importante para confeccionar un CMBD de calidad, es esencial para la investigación e imprescindible para la financiación total o parcial de los hospitales del SNS. Estas premisas no han sido tenidas en cuenta en todo el proceso de implantación de la nueva clasificación. Los profesionales investigadores de los centros sanitarios no cuentan con información actualizada en sus bases de datos ni los departamentos de Gestión Económica han podido facturar al día a los proveedores sanitarios. Un estudio llevado a cabo por la empresa privada IASIST⁸, dado a conocer en septiembre de 2016, compara los resultados de la codificación con CIE10ES del primer trimestre del año 2016 con los obtenidos en el mismo periodo de 2015 codificados con CIE9MC, en 19 hospitales del SNS, y agrupados en la misma versión de APR-GRD (32.0). El estudio concluye que: «La diferencia más importante es el retraso en la disponibilidad de datos que supera los 3 meses y duplica el de 2015, coherente con las caídas de productividad documentadas en otros estudios, especialmente durante la curva de aprendizaje [...]. La conclusión más importante, sin embargo, es que los hospitales analizados aportan la evidencia de que es posible la adopción de la CIE10ES con resultados aparentemente similares en exhaustividad a los que tenían con CIE9MC. Por tanto, parecería tan confiable el uso de la información actual como la anterior, si bien se está duplicando el tiempo para poder disponer de resultados». Boyd⁹, investigador de la Universidad de Illinois, previo a la implantación en EE. UU. de la ICD10CM, analizó casi un millón y medio de altas hospitalarias de 400 centros, para comprobar el impacto que la nueva clasificación podría tener en los Indicadores de Seguridad del Paciente, concluyendo que un

indicador construido con ICD9CM no puede ser validado automáticamente si se usa para su construcción los códigos de la ICD10CM. Por último, este aspecto debe ponernos en alerta porque no hay ningún estudio previo en España para evaluar el impacto del cambio de clasificación en nuestros indicadores de salud, algunos de los cuales deberían ser contruidos de nuevo, para que sean homogéneos, fiables y comparables con los obtenidos en años anteriores.

Bibliografía

1. Sierra R. Un CMDB de valor incalculable... pero no este año. *Diario Médico*, 12 al 16 de octubre de 2016: 2-3.
2. Vázquez-Barquero JL, Ramos Martín-Vegue AJ, Herrera Castanedo S, Grupo Cantabria en Discapacidades. La Familia Internacional de Clasificaciones de la OMS (FIC-OMS): Una nueva visión. *Papeles Médicos*. 2000;10:181-91.
3. Asheley JA, Schioler G, Hirs WM, Madden RC. The concept of the Family of International Health Clasifications. Comunicación del *WHO Centre Heads Meeting*; 2000 Oct; Río de Janeiro, Brasil.
4. Ramos Martín-Vegue AJ, Vázquez-Barquero JL, Herrera Castanedo S. CIE-10 (I): Introducción, historia y estructura general. *Papeles Médicos*. 2002;11:24-35.
5. Global Initiative for Asthma [Internet]. GINA reports, 2016 [consultado 1 Nov 2016]. Disponible en: <http://ginasthma.org/gina-reports/>
6. Portal estadístico del SNS [Internet]. Subdirección General de Información Sanitaria e Innovación. Análisis exploratorio de la implantación de la CIE-10-ES en España como clasificación de referencia para la codificación clínica. Estudio de doble codificación CIE9MC-CIE10ES. Madrid: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, 2016 [consultado 1 Nov 2016]. Disponible en: http://www.msssi.gob.es/estadEstudios/estadisticas/normalizacion/CIE10/2016_Informe_EstudiosDobleCodificacion.pdf
7. Houser SH, Morgan D, Clements K, Hart-Hester S. Assessing the planning and implementation strategies for the ICD-10-CM/PCS coding transition in Alabama hospitals. *Perspect Health Inf Manag*. 2013;10:1a.
8. Universia. Implantación de la CIE-10-ES: primeras observaciones. Barcelona: IASIST, 2016 [consultado 1 Nov 2016]. Disponible en: <http://www.iasist.com/es/21137/Implantacion-de-la-CIE-10-ES-primeras-observaciones>
9. Boyd AD, Yang YM, Li J, Kenost C, Burton MD, Becker B, et al. Challenges and remediation for Patient Safety Indicators in the transition to ICD-10-CM. *J Am Med Inform Assoc*. 2015;22: 19-28.