

# Clasificación internacional de atención primaria, aplicabilidad en Colombia

## *International classification of primary care, applicability in Colombia*

José I. Montaña-Caicedo 

Departamento de Medicina Familiar, Universidad del Valle, Valle del Cauca, Cali, Colombia

**RESUMEN:** **Antecedentes:** La Clasificación Internacional de Atención Primaria permite codificar los elementos del proceso clínico, sin embargo, en Colombia es obligatoria la Clasificación Internacional de Enfermedades, que excluye algunos diagnósticos importantes en Atención Primaria, motivos de consulta, intervenciones, determinantes sociales y estado funcional. **Objetivo:** Comparar la Clasificación Internacional de Atención Primaria con la Clasificación Internacional de Enfermedades. **Material y métodos:** Comparación de ambos sistemas de codificación en un Centro de Atención Primaria, en Cali, Colombia, en el año 2.023. **Resultados:** 852 atenciones realizadas, 73,6% mujeres y 26,4% hombres, edad promedio de 57,5 años, 1,08 consultas por paciente. Codificación de diagnósticos 87,7%, motivo de consulta 44,6%, intervenciones 20,4%, determinantes 19,7% y estado funcional 0,8%. El principal desafío para la aplicación en Colombia es el uso obligatorio de la Clasificación Internacional de Enfermedades perdiendo información del desempeño de la Atención Primaria. **Conclusiones:** La Clasificación Internacional de Atención Primaria permite codificar el proceso clínico completo incrementando la información de Atención Primaria, su similitud con la práctica clínica facilita la capacitación de los profesionales y posibles cambios en las políticas sanitarias.

**Palabras clave:** Atención primaria de salud. Clasificación Internacional de la Atención Primaria. Gestión clínica. Colombia.

**ABSTRACT:** Background: The International Classification of Primary Care allows coding the elements of the clinical process, however, in Colombia the International Classification of Diseases is mandatory, which excludes some important diagnoses in Primary Care, reasons for consultation, interventions, social determinants and functional status. **Objective:** To compare the International Classification of Primary Care with the International Classification of Diseases. **Material and methods:** Comparison of both coding systems in a Primary Care Center in Cali, Colombia, in the year 2023. **Results:** 852 consultations, 73.6% women and 26.4% men, average age 57.5 years, 1.08 consultations per patient. Coding of diagnoses 87.7%, reason for consultation 44.6%, interventions 20.4%, determinants 19.7% and functional status 0.8%. The main challenge for the application in Colombia is the mandatory use of the International Classification of Diseases, losing information on the performance of Primary Care. **Conclusions:** The International Classification of Primary Care allows coding the complete clinical process increasing the information of Primary Care, its similarity with clinical practice facilitates the training of professionals and possible changes in health policies.

**Keywords:** Primary health care. International Classification of Primary Care. Clinical governance. Colombia.

**Correspondencia:**

José I. Montaña-Caicedo

E-mail: jose.vio.montano@correounivalle.edu.co

Fecha de recepción: 28-05-2024

Fecha de aceptación: 22-10-2024

Disponible en internet: 15-01-2025

Rev Mex Med Fam. 2024;11:123-128

DOI: 10.24875/RMF.24000081

## INTRODUCCIÓN

La Organización Mundial de Médicos Familiares (WONCA) desarrolló la Clasificación Internacional de Atención Primaria (AP) versión 3 (CIAP-3)<sup>1</sup> para facilitar el cambio desde la perspectiva centrada en la enfermedad a la perspectiva centrada en los pacientes en AP<sup>2</sup>. La CIAP-3 permite codificar el conjunto de elementos del proceso clínico o cinemática del encuentro entre pacientes y médicos, conformado por diagnósticos (DG), motivos de consulta (MC), intervenciones (IN), determinantes sociales (DE) y estado funcional del paciente (FU). La CIAP-3 es ampliamente usada en más de 45 países como estándar de clasificación para AP<sup>3</sup> y es parte de la Familia de Clasificaciones Internacionales (FCI) de la Organización Mundial de la Salud (OMS)<sup>4</sup>.

La AP permite que los pacientes sin ninguna valoración previa acudan libremente por enfermedades, complicaciones y comorbilidad en cualquier estadio<sup>5</sup>, que con frecuencia pueden codificarse mediante la Clasificación Internacional de Enfermedades versión 10 (CIE-10)<sup>6</sup>, otro sistema de la FCI de la OMS que muestra una alta correlación diagnóstica con la CIAP<sup>3</sup>. Sin embargo, en AP es usual que los médicos reciban pacientes con DG indiferenciados, en etapas tempranas o sin confirmación, que no corresponden a ninguna categoría de la CIE-10<sup>6</sup>. Por otro lado, la AP favorece que los pacientes consulten por MC relacionados con sus creencias, preferencias o valores subjetivos, y demanda que los médicos de AP aborden múltiples IN, DE y FU de sus pacientes, pero ninguno de estos elementos es codificable mediante la CIE-10.

En Colombia, el uso de la historia clínica electrónica está ampliamente extendido; cada centro de salud, hospital y consultorio cuenta con su propia herramienta, que debe cumplir los parámetros normativos establecidos por el Ministerio de Salud y Protección Social, incluyendo la obligatoriedad del uso

de la CIE-10 para codificar DG<sup>7</sup>, lo cual excluye otros elementos de la cinemática en AP, que sí son contemplados por la CIAP-3.

A pesar de las evidencias científicas acerca de la profundización en el conocimiento del proceso clínico en AP, su amplio uso en Europa<sup>8,9</sup> y formar parte de la FCI de la OMS, la utilización en Colombia de la CIAP-3 es rara; por lo tanto, los reportes de casos como metodología de investigación cuando las condiciones de atención son inusuales<sup>10</sup> permiten generar evidencias científicas, abriendo la posibilidad de investigar a mayor escala su uso.

El objetivo de este trabajo fue comparar la CIAP-3 con la CIE-10 en cuanto a la codificación del proceso clínico en AP en Colombia.

## MÉTODO

Estudio descriptivo en el cual se presenta el uso de la CIAP-3 para codificar los elementos del proceso clínico en AP en el registro de atenciones de la especialización en medicina familiar en la Universidad del Valle, de la ciudad de Cali, Colombia, en el año 2023, el cual incluye fecha de atención, sexo, edad y códigos CIAP-3 por cada registro.

Se incluyen todos los registros de las atenciones y se identifican los elementos del proceso clínico (MC, DG, IN, DE y FU) mediante el lenguaje de programación y análisis estadístico R<sup>11</sup>. Para cada elemento del proceso clínico se estima la proporción de registros codificados; la proporción de registros con algún DG se considera igual tanto para la CIAP-3 como para la CIE-10. La proporción de registros con cada uno de los otros elementos del proceso clínico se considera como una estimación de la CIAP-3, pero para la CIE-10 se considera igual a cero debido a que la CIE-10 no permite codificar MC, IN, DE ni FU<sup>6</sup>.

El estudio se clasifica como investigación sin riesgo, pues se basa en métodos de investigación documental retrospectivos, no se realiza ninguna intervención o modificación intencionada de variables biológicas,

fisiológicas, psicológicas o sociales, y se revisan datos personales sin identificar a las personas y sin tratar aspectos sensitivos de la conducta, asegurando la confidencialidad de los datos.

## RESULTADOS

En el año 2023 fueron registradas 852 atenciones, correspondientes el 73.6% a mujeres y el 26.4% a hombres, con una edad promedio de 57.5 años y una frecuencia de 1.08 consultas por paciente. El elemento del proceso clínico más codificado fue DG en el 87.7% de los registros, que corresponde también a la proporción de registros que puede codificarse mediante la CIE-10. El MC fue codificado en el 44.6% de los registros, IN en el 20.4%, DE en el 19.7% y FU en el 0.8%, pero estos elementos no pueden codificarse mediante la CIE-10. En el 11.7% de los registros se encontraron elementos del proceso clínico sin DG que tampoco pueden codificarse mediante la CIE-10. La tabla 1 muestra algunos casos ilustrativos acerca de la codificación mediante la CIAP-3 del proceso clínico en AP, evidenciando la continuidad a lo largo de diferentes encuentros.

## DISCUSIÓN

Los resultados del estudio muestran que 9 de cada 10 registros en AP fueron codificados con algún DG, uso para el cual se dispone de la CIE-10; sin embargo, 1 de cada 10 registros en AP no fue codificado con un DG, pero sí con algún MC, IN, DE o FU, y por lo tanto con la CIE-10 estos registros no serían codificados correctamente, representando una pérdida de información de DG estimada del 10%. Por otro lado, 1 de cada 2 registros fue codificado con algún MC y en 1 de cada 5 registros con algún DE o IN, que tampoco pueden ser codificados correctamente con la CIE-10, representando un incremento en proporción similar en la información disponible del proceso clínico en AP.

Conocer la cinemática del encuentro entre médico y paciente en AP es importante

dado que los médicos solo pueden atender una parte de los problemas con sus capacidades biomédicas; por ejemplo, en Japón, el 10-40% de los MC no son cubiertos con las capacidades de medicina interna<sup>12</sup>, y en Brasil, la revisión de exámenes, el trámite de solicitudes, el mantenimiento de la salud y los procedimientos administrativos corresponden al 37.4% de los MC<sup>13</sup>. Esto revela el espectro del proceso clínico que permite ajustar la formación de los especialistas en medicina familiar para que brinden respuestas consistentes y coherentes con las necesidades de sus pacientes.

El mayor desafío para la aplicación de la CIAP-3 en el contexto colombiano es la falta de un estándar para el registro en AP. La CIE-10 como estándar universal para todas las atenciones sanitarias conlleva que las plataformas de historia clínica electrónica ampliamente disponibles en el país no incluyan clasificaciones apropiadas para la AP, como la CIAP-3.

El principal cambio en la gestión de pacientes consiste en pasar de codificar solo DG a codificar el proceso clínico completo en AP. Algunos estudios han demostrado que la CIAP es una herramienta de codificación válida y confiable que puede adoptarse para la recolección sistemática de datos en AP<sup>3</sup>.

La CIAP-3 permite documentar de manera estandarizada la AP corrigiendo varios problemas: 1) la falta de estandarización oculta los beneficios de la AP para los pacientes; 2) los sistemas de clasificación no específicos para AP exigen una clasificación diferente para cada parte del proceso clínico de AP, restando tiempo para dedicar al paciente; 3) la granularidad de otras clasificaciones incluyen categorías con menor relevancia para AP, y 4) los sistemas de clasificación no específicos para AP ignoran algunos componentes del proceso clínico de AP: los MC, los valores y las preferencias de los pacientes o los DE<sup>1</sup>.

La implementación de la CIAP-3 permite una significativa retroalimentación para AP y apoya el intercambio de información

**Tabla 1.** Casos ilustrativos del uso de la CIAP-3

Caso	Primer encuentro	Segundo encuentro	Tercer encuentro
Mujer, 77 años de edad	MC: dolor muscular (LS17). DG: osteoporosis (LD81), hipotiroidismo (TD69). IN: examen físico completo osteomuscular (L101), estudios para hipotiroidismo (T199)	DG: hipoacusia (HD69), osteoporosis (LD81), hipotiroidismo (TD69)	MC: prurito (SS02), sudoración nocturna (AS10.01), brote (SS05), otros síntomas en escalpo (SS11). DG: hipoacusia (HD69), osteoporosis (LD81), hipotiroidismo subclínico (AS50.01). IN: examen parcial de piel (S102), estudio audición (H199), medicamento problema de piel (S201), medicamento problema musculoesquelético (L201)
Hombre, 84 años de edad	MC: tamizaje para riesgo cardiovascular (AP16), antecedente familiar de enfermedad cardíaca (AP65.01). DG: hipertensión arterial sin complicaciones (KD73), EPOC (RD68). IN: examen cardiovascular completo (K101), examen respiratorio completo (R101), otro estudio diagnóstico (R199)	DG: enfermedad cardíaca isquémica crónica (KD66), hipertensión arterial con complicaciones (KD74)	DG: hipertensión arterial con complicaciones (KD74), falla cardíaca crónica (KD67.01), cardiomiopatía (KD72.02)
Mujer, 63 años de edad,	DG: bursitis (LD72.01), hipertensión sin complicaciones (KD73), obesidad (TD66)	MC: tamizaje riesgo cardiovascular (AP16). DG: hipertensión sin complicaciones (KD73), osteoporosis (LD81), trastorno depresivo (PD12). IN: examen completo cardiovascular (K101), pruebas diagnósticas cardiovascular (K199)	DG: síndrome de intestino irritable (DD78), trastorno mixto de ansiedad y depresión (PD13)
Mujer, 78 años de edad	MC: tamizaje de riesgo cardiovascular (AP16). DG: migraña (ND71), osteoporosis (LD81), dolor lumbar irradiado (LD67), dislipidemia (TD75), hipotiroidismo (TD69), gastritis (DD71). IN: examen cardiovascular completo (K101), otras pruebas diagnósticas cardiovascular (K199)	DG: migraña (ND71), dislipidemia (TD75), hipotiroidismo (TD69), gastritis (DD71), hipertensión sin complicaciones (KD73), enfermedad renal crónica (UD66). IN: examen cardiovascular completo (K101), pruebas diagnósticas cardiovascular (K199)	DG: migraña (ND71)
Mujer, 62 años de edad	MC: quejas musculoesqueléticas en el tórax (LS04). DG: osteoartritis de cadera (LD78), gastritis (DD71), dislipidemia (TD75). IN: examen físico completo osteomuscular (L101), otras pruebas diagnósticas osteomusculares (L199)	MC: dispepsia (DS07), antecedente familiar de hipercolesterolemia (AP65.04), tamizaje riesgo cardiovascular (AP16)	DG: gastritis (DD71), osteoartritis de cadera (LD78)

(Continúa)

**Tabla 1.** Casos ilustrativos del uso de la CIAP-3 (continuación)

Caso	Primer encuentro	Segundo encuentro	Tercer encuentro
Mujer 37 años de edad	MC: estilo de vida (AP40), relacionada con el cuello (LS01), fibromialgia (LS18.00), dispepsia (DS07), sueño (PS06), movimientos involuntarios (NS07), antecedente familiar de hipercolesterolemia (AP65.04). DG: hipercolesterolemia (TD75.00), sobrepeso (TS51), gastritis (DD71). DE: relación (ZC01), desempleo (ZC17). FU: emocional (2F75), comida (2R01), concientización (2R32). IN: examen completo osteomuscular (L101), medicamentos osteomuscular (L201), consejería osteomuscular (L203), consejería terapéutica (Z212), exámenes dislipidemia (T401), consulta especialista psicoterapia (P504), tratamiento osteomuscular (L602)		

DG: diagnósticos; MC: motivos de consulta; IN: intervenciones y procedimientos; DE: determinantes sociales; FU: funcionamiento personal.

Fuente: Registro de Atención Primaria especialización en Medicina Familiar, Universidad del Valle, año 2023.

entre los equipos y entre AP y la atención secundaria y terciaria. Además, permite a los tomadores de decisiones conocer lo que está ocurriendo en AP y su potencial para mejorar el sistema de salud<sup>2</sup>.

La variedad de DG, la secuencia entre atenciones y el seguimiento de problemas ilustran los atributos distintivos de la AP<sup>5</sup>. La CIAP-3 reconoce las ventajas de otros sistemas de clasificación, y para los DG usa conceptos asociados a la CIE-10<sup>6</sup>; para IN usa conceptos asociados a la Clasificación Internacional de Intervenciones Sanitarias (ICHI), que cubre intervenciones realizadas por un amplio rango de proveedores para diagnóstico, atención, cirugía, salud mental, atención primaria, otras profesiones sanitarias, apoyo, rehabilitación, medicina tradicional y salud pública<sup>14</sup>; y para FU utiliza conceptos asociados con la Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la Discapacidad y de la Salud (CIF)<sup>15</sup>, una clasificación que permite elaborar un perfil del funcionamiento, la discapacidad y la salud del individuo en varios dominios. Además, para la terminología clínica usa conceptos asociados con *Systematized Nomenclature*

*of Medicine – Clinical Terms* (SNOMED CT)<sup>16</sup>, que es el estándar para interoperabilidad semántica de mayor reconocimiento internacional.

La CIAP-3 refleja la práctica diaria de los profesionales de AP, cubre todo el proceso clínico y permite codificar MC, DG, IN, DE y FU<sup>17</sup>. Consta de 19 capítulos, 14 de los cuales representan la localización del DG y los otros son para temas generales, prevención, planificación familiar, examen general, problemas sociales, funcionamiento e intervenciones. La capacidad de captar la prevención, los aspectos inespecíficos, los problemas sociales e información acerca de actividades y participación, es muy importante para entender lo que ocurre en AP.

Este estudio presenta limitaciones que advierten sobre la generalización de sus resultados. En primer lugar, los datos analizados no fueron recopilados de manera aleatoria, sino extraídos de un registro con fines académicos en la formación de especialistas en medicina familiar y con un margen de subregistro no estimado. En segundo lugar, asume que todos los registros con códigos de la CIAP-3 para DG tienen

equivalencia en la CIE-10, lo cual puede no ser siempre el caso, pues la concordancia entre las dos clasificaciones no es perfecta. En tercer lugar, asume que los MC, IN, DE y FU no pueden codificarse mediante la CIE-10 acorde con las evidencias disponibles, pero la CIE-10 cuenta con algunos códigos que empiezan por Z o R con potencial uso para este fin. A pesar de estas limitaciones, el estudio cuestiona algunas posibles consecuencias por la falta de un estándar de codificación específico para AP, dilucidando preguntas que pueden responderse mediante investigaciones futuras.

## CONCLUSIONES

En Colombia, todas las atenciones sanitarias son codificadas con la CIE-10, aunque solo permite codificar 9 de cada 10 DG y ningún otro elemento del proceso clínico en AP, mientras la CIAP-3 permite codificar todos los DG y todos los elementos del proceso clínico en AP.

Dadas la confiabilidad y la viabilidad del uso de la CIAP-3, es recomendable su implementación en Colombia para incrementar la información de AP al menos en un 50%, comparada con la información codificada mediante la CIE-10. La similitud de la estructura de la CIAP-3 con la práctica clínica habitual en AP facilita la capacitación de los profesionales de la salud y los posibles cambios en las políticas sanitarias.

## FINANCIAMIENTO

El autor declara que este trabajo se realizó con recursos propios.

## CONFLICTO DE INTERESES

El autor declara no tener conflicto de intereses.

## CONSIDERACIONES 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, consentimiento informado y aprobación ética.** El estudio no involucra datos personales de pacientes ni requiere aprobación ética. No se aplican las guías SAGER.

**Declaración sobre el uso de inteligencia artificial.** Los autores declaran que no utilizaron ningún tipo de inteligencia artificial generativa para la redacción de este manuscrito.

## BIBLIOGRAFÍA

1. The WONCA-ICPC-3 Foundation. International Classification of Primary Care - 3rd Revision. 2024. (Consultado el 27-05-2024). Disponible en: <https://www.icpc-3.info/>.
2. Napel HT, van Boven K, Olagundoye OA, van der Haring E, Verbeke M, Härkönen M, et al. Improving primary health care data with ICPC-3: from a medical to a person-centered perspective. *Ann Fam Med*. 2022;20:358-61.
3. Olagundoye OA, Malan Z, Mash B, van Boven K, Gusso G, Ogunnaike A. Reliability measurement and ICD-10 validation of ICPC-2 for coding/classification of diagnoses/health problems in an African primary care setting. *Fam Pract*. 2018;35:406-11.
4. Organización Mundial de la Salud. Familia de clasificaciones internacionales (FIC) de la OMS. Clasificaciones y terminologías [Internet]. 2024 [citado 2024 Nov 27]. Disponible en: <https://www.who.int/es/standards/classifications>.
5. Starfield B. Primary care: balancing health needs, services and technology. New York: Oxford University Press; 1998.
6. Organización Mundial de la Salud. Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y Problemas Relacionados con la Salud, 10.<sup>a</sup> revisión [Internet]. Washington; 2008 [citado 2024 Feb 10]. Disponible en: <https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/6282/Volume1.pdf>
7. Ministerio de Salud y Protección Social. Consulta Tablas de Referencia. SISPRO - Aplicativos Misionales. 2024. Disponible en: <https://web.sispro.gov.co/WebPublico/Consultas/ConsultarReferenciaBasica.aspx>.
8. Botsis T, Bassøe CF, Hartvigsen G. Sixteen years of ICPC use in Norwegian primary care: looking through the facts. *BMC Med Inform Decis Mak*. 2010;10:11.
9. Soler JK, Okkes I, Wood M, Lamberts H. The coming of age of ICPC: celebrating the 21st birthday of the International Classification of Primary Care. *Fam Pract*. 2008;25:312-7.
10. Garg R, Lakhan SE, Dhanasekaran AK. How to review a case report. *J Med Case Rep*. 2016;10:88.
11. R Core Team. R: A language and environment for statistical computing. R Foundation for Statistical Computing. Vienna; 2022. Disponible en: <https://www.R-project.org>.
12. Kaneko M, Ohta R, Nago N, Fukushi M, Matsushima M. Correlation between patients' reasons for encounters/health problems and population density in Japan: a systematic review of observational studies coded by the International Classification of Health Problems in Primary Care (ICHPPC) and the International Classification of Primary care (ICPC). *BMC Fam Pract*. 2017;18:87.
13. Chueiri PS, Gonçalves MR, Hauser L, Wollmann L, Mengue SS, Roman R, et al. Reasons for encounter in primary health care in Brazil. *Fam Pract*. 2020;37:648-654.
14. World Health Organization. International Classification of Health Interventions (ICHI). 2024. Disponible en: <https://www.who.int/standards/classifications/international-classification-of-health-interventions>.
15. World Health Organization. Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la Discapacidad y de la Salud [Internet]. 2010 [citado 2024 Nov 27]. Disponible en: [https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/43360/9241545445\\_spa.pdf](https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/43360/9241545445_spa.pdf).
16. SNOMED International. 2024. Disponible en: <https://www.snomed.org/value-of-snomedct?lang=es>
17. Napel H, van Boven K. ICPC-3 user manual, guidance on how to code health data in primary health care. 2024. Disponible en: <https://icpc-3.info/documents/extra/User-Manual.pdf>.