

# DIFICULTADES DEL USO DE LA ICHPPC-2 (CLASIFICACIÓN DE LA WONCA) PARA LA CODIFICACIÓN RETROSPECTIVA DE LOS PARTES DE INCAPACIDAD LABORAL TRANSITORIA (ILT)

Lena Ferrús\* / Juan Javier Gervás\*\* / Miquel Porta\*\*\* / Eduard Portella\*\*\*\*

(\*) Escuela Universitaria de Enfermería «Cruz Roja». Barcelona

(\*\*) Comité Internacional de la WONCA. Equipo CESCA. Madrid

(\*\*\*) Institut Municipal d'Investigació Mèdica (IMIM). Barcelona

(\*\*\*\*) Departamento de Salud Pública y Legislación Sanitaria. Universidad de Barcelona

## Resumen

La ausencia al trabajo por enfermedad, accidente o maternidad en la población activa afiliada a la Seguridad Social, debe justificarse a través del parte de Incapacidad Laboral Transitoria (ILT). Para su explotación epidemiológica hemos usado la Clasificación Internacional de Problemas de Salud en Atención Primaria (ICHPPC-2) de la WONCA, en todas las bajas producidas entre el 1 de Octubre de 1985 y el 31 de Enero de 1986. Del total de 5.461 partes de alta pudieron ser codificados los diagnósticos en 4.748 (87%). De los restantes, 461 (64,6%) pudieron ser asignados posteriormente a un grupo concreto de la WONCA, pero no el resto.

La Clasificación de la WONCA ha resultado útil para la codificación de los diagnósticos y, aunque este trabajo se ha realizado en una zona concreta y durante un tiempo limitado, aparece como una herramienta útil en la codificación de las causas de la ILT.

**Palabras clave:** Incapacidad Laboral. Clasificación ICHPPC-2 (WONCA). Codificación de Problemas de Salud.

## Introducción

La ausencia al trabajo por enfermedad, accidente o maternidad en la población activa afiliada a la Seguridad Social, debe justificarse a través de un documento firmado por el médico. Se trata del parte de Incapacidad Laboral Transitoria (ILT), que se emite el primer día de ausencia al trabajo (parte de baja), a intervalos regulares durante su ausencia (partes de confirmación) y el día anterior a la incorpo-

ración (parte de alta). La finalidad del documento es administrativa, pues justifica el derecho a las prestaciones económicas de la Seguridad Social y justifica legalmente la ausencia al trabajo. Cabe, no obstante, la explotación epidemiológica de sus datos, ya que entre otros, consta la edad, el sexo, el domicilio y el diagnóstico y/o causa que provoca la ausencia del trabajador<sup>1-6</sup>.

Para el estudio de la morbilidad asociada a la ausencia al trabajo, es imprescindible la codificación de la

causa que figura en el parte de ILT.

De las diversas clasificaciones de los motivos de la ILT, en estudios anteriores se ha utilizado preferentemente la WONCA<sup>7-11</sup> o la ICD<sup>12</sup>, si bien su uso no está exento de problemas<sup>13-16</sup>.

El objetivo de este trabajo es analizar las dificultades encontradas en la utilización de la Clasificación Internacional de Problemas de Salud en Atención Primaria (ICHPPC-2) de la WONCA<sup>8</sup> para la codificación de las causas de ILT.

## DIFFICULTIES IN USING ICHPPC-2 (WONCA CLASSIFICATION) FOR THE RETROSPECTIVE CODIFICATION ON THE WORKING DISABILITY (WD)

### Summary

Absence from work due to disease, accident or childbirth of active population covered by the Social Security System must be justified by a Working Disability (WD) report. For its epidemiologic analysis the International Classification of Health Problems in Primary Care (ICHPPC-2) of the WONCA has been used in all absences occurred between 1st. October 1985 and 31 January 1986. From the 5.461 reports, 4.748 (87%) diagnoses could be codified. From the rest, 461 (64,6%) could be joined later to a concret group of the WONCA, but not the remaining cases.

The WONCA classification has proved to be useful for the codification of diagnoses and, although this task has been carried out in a limited zone and for a limited time, it shows to be a useful tool in codifying the causes of WD.

**Key words:** Working Disability. ICHPPC-2 Classification (WONCA). Health Problems Codification.

Correspondencia: Lena Ferrús. Escuela Universitaria de Enfermería «Cruz Roja». Av. Vallvidrera 73. 08017 BARCELONA.

**Tabla 1. Distribución de las incidencias que impidieron codificar directamente los diagnósticos en 713 partes de alta**

TÍTULO	NÚMERO DE CASOS	%
Ingreso hospitalario al que puede asignarse un grupo	4	0,6
Ingreso hospitalario sin especificar	6	0,8
Diagnóstico dudoso o en estudio al que pudo asignarse un grupo	9	1,3
Intervención quirúrgica sin especificar	11	1,5
Problema inespecífico al que puede asignarse un grupo	14	2,0
Diagnóstico ilegible	15	2,1
Miscelánea	16	2,2
Ingreso hospitalario al que puede asignarse un código	17	2,4
Más de dos diagnósticos	18	2,5
Diagnóstico dudoso o en estudio al que pudo asignarse un código	18	2,5
Problema inespecífico no codificable	20	2,8
Intervención quirúrgica a la que puede asignarse un grupo	24	3,4
Diferente diagnóstico en el alta que en la baja	42	5,9
Doble diagnóstico	103	14,4
Intervención quirúrgica a la que puede asignarse un código	197	27,6
Sin diagnóstico	199	27,9
<b>TOTAL</b>	<b>713</b>	<b>100</b>

### Material y métodos

El estudio se realizó en la Unidad de Inspección del Centre d'Assistència Primària «Vallés Oriental» en Granollers (Barcelona), durante 4 meses (del 1 de Octubre de 1985 al 31 de Enero de 1986). Se recogieron todos los partes de alta emitidos en este período por los médicos de cabecera (la mayoría de los especialistas en esta sector no tramitan los partes de ILT) de los que depende una población de 167.000 personas aproximadamente que corresponden a unas 74.000 cartillas de la Seguridad Social.

La Unidad de Inspección, ha trabajado desde hace unos años sobre el tema de la calidad de los datos registrados en los partes de ILT<sup>2</sup> y antes de comenzar el estudio se habló con todos los médicos de cabecera, coordinadores y adjuntas de enfermería, en su caso, promoviendo el conocimiento de la clasificación a utilizar para la codificación de diagnósticos (ICHPPC-2) de la WONCA<sup>8</sup>.

Se distribuyó una copia de la misma a todos los médicos de cabecera.

Se procesaron todos los partes de alta de los cuatro meses de estudio, así como los partes de baja de aquellas incapacidades en las que el parte de alta y el de baja coincidieron en el mismo mes natural.

Siempre se codificó el parte de

alta. Cuando además se pudo codificar el parte de baja (por coincidir alta y baja en el mismo mes natural) se comprobaba si la causa que constaba en el parte de baja coincidía con la que constaba en el parte de alta. En el caso de que constara más de una causa, el codificador seleccionaba, según su criterio, la principal (la que justificaba fundamentalmente la ausencia al trabajo). Cualquier enfermedad o accidente no profesional (enfermedad común o accidente no laboral) puede ser motivo de ausencia al trabajo, siempre que el médico lo estime conveniente para el paciente. La maternidad también es causa de baja laboral obligatoria.

La codificación se hizo de forma centralizada, siempre por la misma persona. Las dudas fueron resueltas por el equipo investigador, estableciendo un listado de decisiones con respecto a los enunciados de los diagnósticos de difícil clasificación en el que se incluían los médicos relacionados con dichos enunciados.

En los cuatro meses se codificaron los diagnósticos de 5.461 partes de altas<sup>6</sup>.

### Resultados

Se codificaron directamente 4.748 diagnósticos, el 87% del total (5.461),

(sin tener que recurrir a una codificación suplementaria de las causas que presentaban dificultades de clasificación, consistente en algunos casos en la inclusión de dos dígitos adicionales).

La edad constaba en 4.109 (75%), siendo la edad media de 35,8 años. Hubo 3.516 altas (64,4%) de varones y 1.945 altas (35,6%) de mujeres. Los cinco diagnósticos más frecuentes fueron: gripe sin neumonía (614 altas; 11,2%), infección viral inespecífica (417 altas; 7,6%), infección aguda de vías respiratorias altas (401 altas; 7,3%), amigdalitis aguda y angina (391 altas; 7,2%), bronquitis y bronquiolitis aguda (276 altas; 5,1%).

La tabla 1 recoge la distribución de las incidencias que impidieron codificar directamente los diagnósticos en los 713 (13%) partes de alta; de éstos hubo 461 (64,6%) a los que se pudo incluir el diagnóstico en un código concreto de la clasificación. Por tanto el número total de diagnósticos a los que se pudo asignar un código específico fue de 5.209 (95,4% del total). Los restantes diagnósticos requirieron una codificación especial no incluida en la clasificación, con lo que la información carecía de valor con respecto a los estudios de morbilidad, salvo en los casos en los que se pudo adscribir el diagnóstico a un grupo de los diecisiete en que se divide la clasificación (en estos casos la información puede utilizarse cuando se expresan los resultados en grupos).

La tabla 2 recoge el número de causas de incapacidad laboral transitoria imputadas a cada uno de los grupos diagnósticos de la Clasificación ICHPPC-2 y la importancia de cada uno de estos grupos. La tabla incluye también los casos en que hubo que utilizar los dos primeros dígitos adicionales, pero en los que se conocía el código o el grupo. No incluye los 252 casos (4,6%) que fueron incodificables por carencia de información, sin diagnóstico (n=199), problema inespecífico (n=20), diagnóstico ilegible (n=15), intervención quirúrgica sin especificar código o grupo (n=11), ingreso hospitalario sin especificar código o grupo (n=6).

**Tabla 2. Distribución de las causas de Incapacidad Laboral Transitoria según el grupo WONCA al que corresponden**

GRUPO WONCA	TÍTULO	FRECUENCIA	%
I	Enfermedades infecciosas y parasitarias	649	12,4
II	Neoplasias	25	0,5
III	Enfermedades endocrinas, nutricionales y metabólicas y desórdenes inmunitarios	43	0,8
IV	Enfermedades de la sangre y órganos formadores de sangre	5	0,1
V	Transtornos mentales	117	2,2
VI	Enfermedades del sistema nervioso y de los sentidos	180	3,5
VII	Enfermedades del sistema circulatorio	136	2,6
VIII	Enfermedades del sistema respiratorio	1918	36,8
IX	Enfermedades del sistema digestivo	389	7,5
X	Enfermedades del sistema génito-urinario	209	4,0
XI	Embarazo, parto y puerperino	174	3,3
XII	Enfermedades de la piel y el tejido subcutáneo	81	1,6
XIII	Enfermedades del sistema músculo-esquelético y del tejido conectivo	494	9,5
XIV	Anomalías congénitas	1	0,0
XVI	Síntomas, signos y condiciones mal definidas	233	4,5
XVII	Accidentes, lesiones, intoxicaciones y violencia	544	10,4
XVIII	Clasificación suplementaria	14	0,3
TOTAL		5.209	100

**Tabla 3. Importancia de las dificultades de clasificación según grupo WONCA al que pertenecen**

GRUPO WONCA	MOTIVO QUE DIFICULTÓ LA CODIFICACIÓN					
	Ingreso hosp. por motivo claro (n=17) %	Interv. quir. por motivo claro (n=197) %	Doble diag. en el alta (n=103) %	Más de dos diagnósticos (n=18) %	Diferente diag. en el alta y baja (n=42) %	Diag. dudoso o en estudio (n=18) %
I	0,0	0,51	11,65	16,67	17,07	5,56
II	5,88	4,57	0,97	0,00	0,00	11,11
III	0,00	0,51	0,00	5,56	0,00	0,05
IV	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
V	11,76	0,00	1,94	0,00	2,44	0,00
VI	0,00	8,12	4,85	0,00	4,88	11,11
VII	23,53	6,09	7,77	33,33	2,44	5,56
VIII	17,65	19,15	28,16	16,67	39,02	5,56
IX	17,65	38,58	5,83	5,56	2,44	22,22
X	5,88	7,15	1,94	0,00	4,88	5,56
XI	0,00	0,51	0,97	0,00	4,88	0,00
XII	0,00	10,15	0,00	0,00	0,00	0,00
XIII	5,88	8,12	10,68	5,56	9,76	5,56
XIV	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
XVI	5,88	0,00	17,48	11,11	9,76	22,22
XVII	5,88	5,88	7,77	5,56	2,44	5,56
XVIII	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00

En la tabla 3, se presentan los problemas de clasificación identificando al grupo diagnóstico al que pertenecen y su importancia en cada grupo.

Parte de la información que incluye los 4.748 diagnósticos codificados directamente es irrecuperable: son aquellos casos que se incluyen en los códigos de «otras enfermedades o

desórdenes». En este estudio constituyen el 5,5% de los 4.748 diagnósticos (263 casos). La pérdida de información no es homogénea entre los 17 grupos de la clasificación, aunque afecta a todos ellos. En la tabla 4 se recogen los 10 grupos en los que los diagnósticos que perdieron su individualidad («otros») superaron más del 10%. Los dos grupos en los que hubo

menos pérdida de información fueron el de las enfermedades infecciosas (0,2%) y el de las patologías del aparato respiratorio (0,8%).

La clasificación tiene 364 códigos de los que se han utilizado 230 (63,2%) en este estudio, para los 4.764 diagnósticos codificados directamente. Por grupos, aquellos en los que se utilizaron más códigos fueron: enfermedades del sistema músculo-esquelético y tejido conectivo (100%), enfermedades del sistema respiratorio (93,8%) y accidentes, lesiones, intoxicaciones y violencia (84,2%). Se han empleado menos de la mitad de los códigos en los grupos de: enfermedades endocrinas, nutricionales y metabólicas, enfermedades de la sangre, anomalías congénitas, síntomas, signos y condiciones mal definidas y la clasificación suplementaria.

En 123 códigos (33,8%) los casos registrados son menos del 0,1% del total.

El número de partes en los que el alta y la baja coincidían en el mismo mes natural fueron 3.148 entre estos, hubo 42 casos (1,33%) en el que se encontró diferente diagnóstico en el parte de alta y en el parte de baja.

## Discusión

Se trata de un estudio realizado en una área geográfica y un tiempo concreto, por lo tanto no extrapolable directamente a la generalidad de los partes de ILT. Sin embargo, aportan datos acerca de la codificación de 5.461 diagnósticos exponiendo un tema habitualmente ignorado en nuestro medio<sup>17</sup> por lo que los resultados pueden tener un interés especial. Para valorarlos, conviene tener en cuenta que los diagnósticos se han codificado a partir de los partes de alta, no de los de baja<sup>2-4</sup>, o, de los de baja y alta<sup>5</sup>; es de esperar que el médico a lo largo del proceso de invalidez del trabajador, llegue a un diagnóstico más ajustado y real que en el momento de extender la baja.

En conjunto, la utilización de la ICHPPC-2 parece resultar ventajosa, ya que sólo el 4,6% de los diagnósti-

**Tabla 4. Distribución de los diagnósticos clasificados en otras causas o desórdenes (más del 10%) según grupo WONCA al que pertenecen**

GRUPO WONCA	DIAGNÓSTICOS CLASIFICADOS EN OTRAS CAUSAS	TOTAL DIAGNÓSTICOS	%
II	2	25	8
III	5	43	11,62
IV	1	5	20
VI	27	180	15
VII	14	136	10,29
XI	22	174	12,64
XII	7	81	8,64
XIII	29	494	5,87
XIV	1	1	100
XVII	92	544	16,91

cos resultan incodificables. Estos resultados podrán mejorar en el futuro, utilizando una nueva versión de la clasificación con los términos definidos<sup>10</sup>, que ha sido traducida al castellano<sup>11</sup>. Desde luego, parte de la calidad de los diagnósticos puede deberse a la historia del sector, en la que se ha trabajado desde hace tiempo en el tema de la ILT<sup>2</sup> y a la intervención previa al estudio, de la difusión de la clasificación. Por ejemplo, en 1981, en el mismo sector, el 28,35% de los partes de baja carecían de diagnóstico<sup>2</sup>; en este estudio, la cifra ha bajado, en los partes de alta al 3,6%

La cifra es pequeña, pero dado que los diagnósticos se concentran en pocos códigos (en 123 códigos los casos registrados son menos del 0,1% del total), el «no consta diagnóstico» ocupa el sexto lugar entre los diagnósticos más comunes<sup>6</sup>. Otro tanto puede decirse de los diagnósticos ilegibles, que fueron el 2,4% en 1981<sup>2</sup> y el 0,3% en la actualidad.

Entre los diagnósticos incodificables hay ejemplos de enunciación incorrecta del problema o causa. Lo favorece el propio título de la casilla del documento, en la que consta la palabra «diagnóstico», en el lugar de la más correcta «problema»<sup>18-20</sup>; también lo favorece la falta de seguimiento por parte de la inspección que evitaría tanto el alta sin diagnóstico como los diagnósticos ilegibles o incodificables. Conviene recordar, no obstante, que aún trabajando con mé-

dicos motivados y con codificación periférica (siempre más ventajosa por el enunciado y codificación correcta) se producen casos en los que es imposible la codificación<sup>13</sup>.

La precisión se alcanza al transformar el lenguaje del diagnóstico médico en un código, midiéndola por los casos que pierden su individualidad (los que se codifican en «otros») y resulta bastante buena. Son 263 de 4.764 diagnósticos codificados directamente; es decir, el 5,5%, cifra semejante a la obtenida en otro estudio en Medicina General<sup>14</sup> de 6,12%. La estructura de la clasificación parece más adecuada, pero el análisis detallado (tabla 4) demuestra que la pérdida de la individualidad puede ser mayor en algunas áreas de interés como accidentes, lesiones, intoxicaciones y violencia (18%), enfermedades del sistema nervioso y órganos de los sentidos (18,1%), neoplasias (16,7%), y enfermedades del tejido músculo-esquelético y del tejido conectivo (15,8%). Al plantear pues, un estudio sobre la morbilidad asociada a la ILT conviene tener en cuenta la pérdida de información que puede suponer en nuestro campo de análisis, la utilización de la clasificación.

Podríamos disminuir la pérdida de individualización ampliando el número de códigos. En general no parece aconsejable, ya que casi el 40% no se utilizaron; en algunos grupos sobran más de la mitad de los códigos. Por ejemplo, los grupos de síntomas y signos mal definidos y la classifica-

ción suplementaria (lo que da la idea, por otra parte, de la buena calidad de los diagnósticos de alta). Sin embargo, cabía hacer alguna modificación, adaptando la clasificación de la ILT, aunque conservando la estructura de forma que permitiera comparar unos resultados con otros. En último término, la clasificación de la WONCA demuestra en este estudio su utilidad, pues «mientras una sola clasificación no satisfaga completamente todas las necesidades especializadas, es deseable que posea, por lo menos una base común de clasificación para uso general en estadística, es decir, almacenamiento, recuperación y tabulación de datos»<sup>12</sup>. Hay que tener en cuenta, que generalmente la codificación no permite señalar la gravedad del proceso<sup>13</sup> por lo que conviene considerar la necesidad de introducir otra variable para el registro de incidencias tales como ingreso hospitalario, intervención quirúrgica y otras; o el registro simultáneo de la minusvalía mediante la clasificación correspondiente. Además, la WONCA estudia en la actualidad una clasificación acerca de las consecuencias de la enfermedad que también podría ser útil.

#### Agradecimientos

Agradecemos a la Unidad de Inspección de Granollers, en especial al Dr. Pere Flores (Inspector médico), su valiosa colaboración en la realización de este estudio.

#### Bibliografía

1. Ipiña F de, Soler J. Estudio de la morbilidad de los asegurados al S.O.E. *Primera conferencia internacional de actuarios y estadígrafos de la Seguridad Social*. Bruselas, 1965.
2. Farrés J, Portella E. Utilidad epidemiológica de los partes de incapacidad laboral transitoria. *Rev San Hig Pub* 1982; 56: 1237-1247.
3. García Pascual E, Ibarrola B, Escudero G, Cueva M, Frieyro JE. Estudio de las bajas laborales producidas durante un año en la población adscrita a una Unidad Docente de Medicina Familiar y Comunitaria. *Atención Primaria* 1984; 1: 228-232.
4. Frieyro JE, Escudero G, Cueva M, Ibarrola B, García Pascual E. Incidencia de bajas laborales en la población adscrita a una Unidad Docente de Medicina Familiar y Comunitaria. *Atención Primaria* 1985; 2: 325-328.

5. Benavides FG, Bolumar F, Mur F, y col. Incapacidad laboral transitoria. Una fuente de datos para el conocimiento del estado de salud de la comunidad. *Atención Primaria* 1986; 3: 19-23.
6. Ferrus L, Portella E, Fàbregas R, Porta M. Análisis del contenido informativo del sistema de declaración y registro de la incapacidad laboral transitoria. *Jornadas sobre Optimización en los Servicios Sanitarios*. Barcelona, Junio 1986.
7. ICHPPC-2 (WONCA). *Internacional Classification of Health Problems in Primary Care*. Oxford: Oxford University Press, 1979.
8. ICHPPC-2 (WONCA). En *La Medicina Familiar y Comunitaria*. 2ª ed. Madrid: R. Sopena. INSA-LUD, 1980: 172-224.
9. Royal College of General Practitioners. *Classifications of diseases problems and procedure*. London, 1984.
10. ICHPPC-2- Defined (WONCA). *International classification of Health Problems in Primary Care*. 3ª ed. Oxford: Oxford University Press, 1985.
11. CIPSAR-2- Definida. *Clasificación Internacional de Problemas de salud en Atención Primaria*. Buenos Aires: CIMF, 1986.
12. Clasificación Internacional de Enfermedades. 9ª revisión. Washington: OPS, 1978.
13. Salcedo JA, Pérez Fernández MM, Gervás JJ. Dificultades en la práctica urbana de la utilización de la ICHPPC-2D (WONCA). *Jornadas sobre Optimización en los Servicios Sanitarios*. Barcelona, Junio 1986.
14. González Posada JA, Fernández Alvaro L, Otero A, Gervás JJ. La codificación de los problemas en la consulta de atención Primaria. Ventajas y dificultades del sistema WONCA (ICHPPC-2). *Jornadas sobre Optimización en los Servicios Sanitarios*. Barcelona, Junio 1986.
15. Jenkins R, Smeeton N, Marinker M, Shepherd M. A study of the classification of mental ill/health in general practice. *Physiological Med* 1985; 15: 403-409.
16. García Pascual LM, López Lorente T, et al. Estudio de los motivos de consulta por patología mental en un centro de atención primaria. *Atención Primaria* 1985; 2: 24-28.
17. Ruiz Blanco A, Locutura J. El uso de la Clasificación Internacional de las enfermedades en los hospitales españoles. *Med Clí (Barc)* 1986; 87: 648-649.
18. Weed L. Medical records that guide and teach. *N Engl J Med* 1986; 278: 593-627.
19. Gervás JJ, Burgos JL, Pérez Fernández MM. *La Historia clínica en los sistemas de registro en atención primaria*. Madrid: Díaz de Santos, 1987 (en prensa).
20. *Clasificación Internacional de Deficiencias, Discapacidades y Minusvalías*. Madrid: Instituto Nacional de Servicios Sociales, 1983.

