

De CIE-10 a CIE-11: desafío territorial y oportunidad digital para el sistema de salud chileno

Sebastián Galleguillos León¹
Verónica Pérez Parra²

La longevidad es ahora una característica de la pasada edición de la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE). Casi 30 años mantuvo su posición CIE-10 previo a su sucesión, lo cual rompe una tradición centenaria de renovación cada diez años (Organización Mundial de la Salud, 2019). Como no podía ser diferente con las nuevas generaciones, CIE-11 emerge en un contexto de pantallas, flujos globalizados de información y crisis planetaria. Frente a los nuevos retos en las dinámicas de salud-enfermedad, hay expectativas depositadas en este sistema. En el siguiente artículo se busca un objetivo doble: exponer novedades de CIE-11 para luego sostener la relevancia de su oportuna implementación en Chile.

REFORMA ESTRUCTURAL

Los sistemas taxonómicos de codificación buscan un lenguaje común para estructurar los datos sanitarios, siendo CIE probablemente el más importante dado su diseño y política mundial de implementación. La versión número 10 es la utilizada actualmente en Chile para codificación de mortalidad, egresos hospitalarios, sistemas de vigilancia epidemiológica, por nombrar algunos. Posterior a la pandemia del COVID-19, CIE-10 se declara como un sistema legado, es decir, no se continuará con su renovación al incluir o modificar diagnósticos.

Impulsada por la Organización Mundial de la Salud, en la 72a Asamblea Mundial de la Salud de 2019 se adopta su undécima revisión, con la recomendación de estados miembros, en donde se encuentra Chile, de su implementación a partir de enero del 2022. En este artículo nos centraremos en la incorporación de las características descritas en la Tabla 1 que rescatan el giro estructural en CIE-11.

Tabla 1

Característica	Descripción
Orientación a ecosistema digital	Diseñado para codificación digital
Postcoordinación y Extension Codes	Concatenación de especificadores
Linearización y Multiparentalidad de los diagnósticos	Trazabilidad de los diagnósticos, los cuales pueden tener más de un origen
Interoperabilidad digital	Integración por API a softwares. Traducción a sistemas de terminología estandarizada. (p. ej., SNOMED CT)

Fuente: *Elaboración propia.*

CIE-11 está diseñada para ser trabajada esencialmente en un entorno digital, la Barra de Búsqueda de la Herramienta de Codificación optimiza el hallazgo de diagnósticos utilizando lenguaje natural y reemplaza el uso de 2 de los 3 volúmenes en que se encuentran listados los diagnósticos para su revisión analógica en CIE 10. Luego, el código original del diagnóstico, o 'stem code', tiene la posibilidad de complejizarse vía

1 Médico General de Zona Hospital Familiar y Comunitario de Vilcún. Correspondencia a: sebastian.galleguillos.l@redsalud.gob.cl

2 Enfermera analista GRD. Hospital Carlos Van Buren

‘Postcoordinación’ al agregar ‘Extension codes’. Estos últimos, permiten indicar ubicación, presencia en la admisión, resistencia antimicrobiana, y más. Estas mejoras se reflejan en la codificación post-coordinada, ejemplificada en la Tabla 2.

Tabla 2: Comparación de codificación CIE-10 y CIE-11 para un caso clínico equivalente.

Aspecto comparado	CIE-10	CIE-11
Diagnóstico base	S82.20 – Fractura de la diáfisis de la tibia	NC92.2 – Fractura de la diáfisis de la tibia
Lateralidad	-	XK9K – Derecho
Tipo de fractura	-	XJ1Z6 – Fractura conminuta
Mecanismo	No integrable en un mismo código estructurado	PA6z – Caída no intencional desde altura, sin especificación
Código final	S82.20	NC92.2&XK9K&XJ1Z6&PA6z

Fuente: Elaboración propia.

Al igual que en versiones previas, los cambios en la organización y secuencialidad de los diagnósticos es un espejo de cómo la actualidad entiende los diferentes diagnósticos y desde donde se abordan. CIE-11 complejiza lo anterior implementando el concepto de multiparentalidad, en donde una entidad diagnóstica se puede entender desde varias áreas de clasificación. Un ejemplo es el grupo de ‘Enfermedades cerebrovasculares’ el cual en CIE-11 se explica desde ‘Enfermedades del sistema nervioso’, así como también desde ‘Enfermedades del sistema circulatorio’.

Su formato digital facilita su incorporación en entornos virtuales de forma nativa. Por ejemplo, la Interfaz de Programación de Aplicaciones (o API por su sigla en inglés) de CIE-11 simplifica la integración a sistemas informáticos en salud utilizados localmente. De igual forma, promueve la interoperabilidad entre distintos sistemas de codificación estandarizada de información clínica, facilitando la traducción de información entre sistemas orientados a nichos distintos, los cuales se encuentran ya integrados a las redes, a modo de ejemplo, SNOMED CT. Por último, una estructura digital facilita en gran medida la posibilidad de actualización y la difusión de cambios a diferencia de una estructura analógica.

MÁS QUE UNA SUCESIÓN

Este recambio generacional de CIE no se puede entender como una iteración ‘n+1’ sobre la versión n=10. Chute y Çelik (2021) ilustran esta idea señalando que el cambio va más allá de agregar filas y columnas a la ‘hoja de cálculo’ de la clasificación de enfermedades, o de un mero reordenamiento de estas. Por el contrario, mediante

el uso de herramientas informáticas, introduce un sistema completamente nuevo en su concepción que proyecta renovar todo el ciclo de los datos en salud. Desde una mayor eficiencia en su generación y procesamiento, una granularidad adaptable de acuerdo al uso y un perfil de archivo estandarizado que favorece la interdisciplina.

A modo de ejemplo, pensemos en un proyecto de vigilancia epidemiológica de afecciones traumáticas, para así continuar el ejemplo de la tabla 2. Un adecuado uso de CIE-11 en la codificación diagnóstica facilitaría conocer los grados de complejidad de las fracturas en una población y así estimar brechas para las coberturas en salud de las que demandan más recursos. Así mismo, conocer la frecuencia según lateralidad puede guiar la adquisición de insumos asimétricos como las placas de osteosíntesis. Finalmente, intentar determinar la causa inmediata de un evento traumático, es sustrato para acciones que limiten su reproducción. Este ejercicio ilustra como un proceso de codificación estructurado, como el que ya se hace diariamente en las unidades de GRD, potenciaría labores de gestión basada en datos en un centro de salud.

Proyectos afines ya están ocurriendo en Chile: actualmente el Servicio de Salud Metropolitano Sur Oriente realiza gestión estratégica de Salud basada en datos, buscando mejorar resultados en los servicios de urgencia, pabellones y hospitalizaciones (Balmaceda, 2025). En este mismo artículo el autor remarca que el uso de datos estructurados facilita su interpretación para la generación de conocimiento, el cual se puede traducir en capacidades de mejora en salud tanto en gestión y planificación como en el proceso clínico mismo. En este contexto, CIE-11 es ciertamente un avance en la estructuración de los datos.

Las aplicaciones de la inteligencia artificial y la ciencia de datos prometen mejorar las condiciones de vida de un público cada vez más amplio, siendo el sector salud un gran potencial beneficiario dada la riqueza en sus registros con los que se puede trabajar. Sin embargo, mantener información de los diagnósticos de manera subcodificada frena proyectos de mejora en salud dados sus costes para incorporarlo a los modelos. Costes de capital humano en trabajos de revisión y codificación manual o costes medioambientales si esta labor la realizan Unidades de Procesamiento Gráfico en una aplicación de Machine Learning para extracción automatizada. Desde esta perspectiva, CIE-11 no solo es eficiente, sino también responsable.

DESAFÍOS Y OPORTUNIDADES EN CHILE

Entender CIE-11 como un instrumento sustancialmente distinto a su versión previa implica reconocer que su implementación demanda recursos adicionales y genera nuevas curvas de aprendizaje entre los actores involucrados. Lo anterior, se suma a otros desafíos nacionales: la heterogeneidad propia del largo territorio, especialmente a grados de conectividad; lo que se repite al considerar los sistemas analógicos y digitales que coexisten y varían de acuerdo al contexto clínico. Asimismo, áreas no clínicas, como sistemas de facturación, requerirán reorientar su funcionamiento actual. Finalmente, la evolución en la estructura de los datos también será un reto para su óptimo análisis, de forma de maximizar la utilidad de estos favoreciendo decisiones oportunas y basadas en evidencia.

Chile cuenta con particularidades que favorecen la transición a sistemas de modernización del estado como este: la insularidad metafórica resulta ventajosa para planes pilotos con objetivo de escala; organización como estado unitario que facilita la ejecución de políticas top-down al compararlo, por ejemplo, con un estado federal. Por último, conectividad vía internet de categoría mundial, alta alfabetización digital y sistemas de ficha electrónica ya adoptados en varias zonas del territorio. El jefe del Departamento de Estadísticas e Información de Salud (J. Pacheco, comunicación personal, 9 octubre 2025) destaca que Chile ha orientado esfuerzos a una incorporación nacional. Se ha participado en traducciones, en propuestas de abreviaturas y se ha colaborado

con países de la región. Asimismo, bajo una lógica de implementación en cascada ya se han realizado estudios piloto con resultados favorables, Montecinos et al. (2025), por ejemplo, demostraron adecuada concordancia y comparabilidad de CIE-11, respecto a CIE-10 en Chile. Estos esfuerzos no pueden caer sobre suelo estéril, se requiere del compromiso de actores locales que favorezcan el proceso de implementación para su correcto desarrollo.

Se concluye que CIE-11 representa una oportunidad de mejora en el proceso de codificación diagnóstica al enriquecer la calidad y la granularidad de los datos, así como una orientación digital que facilita la utilización de esta información. Así, se requiere una implementación expedita de CIE-11 si se quiere conjugar su uso con las nuevas tecnologías de la información de forma responsable y eficiente con los recursos humanos y ambientales. La celeridad con que esto se implemente, dependerá en gran medida del trabajo de los profesionales a lo largo del territorio.

REFERENCIAS

- Chute, C. G., & Çelik, C. (2021). Overview of ICD-11 architecture and structure. *BMC medical informatics and decision making*, 21 (Suppl 6), 378. <https://rdcu.be/eRX2u>
- Balmaceda, N. (2025). La incorporación de la ciencia de datos en la salud: el rol del médico experto en ciencia de datos en el Hospital Santiago Oriente. *Revista Médica Hospital Santiago Oriente Dr. Luis Tisné Brousse*, 3(1). <https://www.revmehsorient.cl/index.php/hso/article/view/58>
- Montecinos, V., Pacheco, J., Guínez-Molinos, S., Piedra, D., & Fuentes, A. (2025). Codificación de mortalidad con CIE-11 en Chile: principales resultados y perspectivas para su implementación. *Rev Panam Salud Pública*, 49(e50). <https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/66492/v49e502025.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- Organización Mundial de la Salud. (2019). *CIE-11. Guía de Referencia*. ICD-11. Retrieved October 27, 2025, from [https://icd.who.int/es/docs/Guia%20de%20Referencia%20\(version%2014%20nov%202019\).pdf](https://icd.who.int/es/docs/Guia%20de%20Referencia%20(version%2014%20nov%202019).pdf)