

UNIVERSIDAD NACIONAL EXPERIMENTAL

DE LOS LLANOS OCCIDENTALES



“EZEQUIEL ZAMORA”

Vicerrectorado
de Infraestructura y Procesos Industriales
Programa de Ciencias de la Salud
Licenciatura en Estadística de la Salud

**Aplicabilidad de la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE-11), en la
Ciudad Hospitalaria Dr. Enrique Tejera (CHET) del estado Carabobo.**

Trabajo de Grado para Optar al título de Licenciado en Estadística de la Salud

Autoras:

Rosleidy Arismendi

C.I Nro. V-12.101.090

Mendoza Zaireth

C.I Nro. V-25.954.436

Tutora:

Dra. Emilia Lugo Tovar

C.I Nro. V-7.006.117

San Carlos, Julio de 2024

ACTA DE PRESENTACIÓN DE TRABAJO DE GRADO
Licenciatura en Estadística de la Salud

Fecha de presentación: 18/07/2024

Autor (es):

Rosleidy Arismendi, C.I. V-12.101.090

Zaireth Mendoza, C.I. V-25.954.436

Título del Trabajo de Grado

**APLICABILIDAD DE LA CLASIFICACIÓN INTERNACIONAL DE ENFERMEDADES
(CIE-11), EN LA CIUDAD HOSPITALARIA DR. ENRIQUE TEJERA (CHET) DEL
ESTADO CARABOBO**

Profesores evaluadores del trabajo de Grado:

1.- TUTOR:	<i>Emilia P.</i> Nombres	<i>Lugo Toran</i> Apellidos	<i>7.006.114.</i> C.I.
2.- JURADO PRINCIPAL -	<i>Glucy A.</i> Nombres	<i>Paralta</i> Apellidos	<i>20.485.177</i> C.I.
3.- JURADO PRINCIPAL	<i>Anachy M.</i> Nombres	<i>Lopez J.</i> Apellidos	<i>18.503.375</i> C.I.

OBSERVACIONES: _____

LOS PROFESORES EVALUADORES DECIDIERON:

APROBAR

REPROBAR

[Firma]
Firma (1): Tutor

[Firma]
Firma (2): Jurado Principal

[Firma]
Firma (3): Jurado Principal



Universidad Nacional Experimental de los Llanos Occidentales
"Ezequiel Zamora"

Vicerrectorado de Infraestructura y Procesos Industriales
Programa Ciencias de la Salud

Unellez

ACEPTACIÓN DEL TUTOR

Ciudadanos:

Miembros de la Comisión Asesora del Programa Ciencias de la Salud.

UNELLEZ VIPI.

Su despacho. -

Ante todo, reciban cordial saludo, cumpliendo con el procedimiento administrativo exigido; hago de su conocimiento la **Aceptación Tutorial** del trabajo de grado de las bachilleres, **Arismendi Rosleidy**, portadora de la cédula de identidad V-12.101.090, y **Mendoza Zaireth**, portadora de la cédula de identidad V- 25.954.436, cursante de la Licenciatura en Estadísticas en salud, titulado: **Aplicabilidad de la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE-11), en el Hospital Dr. Enrique Tejera (CHET) del estado Carabobo.**

Sin más a que referirme y seguro de la objetiva diligencia, a los 05 días del mes de Marzo de 2024, se suscribe,

DRA. EMILIA S. LUGO TOVAR

C.I.: Nro. V-7.006.117

TUTORA

AGRADECIMIENTO

A Dios Todopoderoso, elevo mi más profundo agradecimiento por su infinita bondad y por haberme dado la fuerza y el discernimiento para alcanzar esta meta.

A mis profesores de la Universidad Nacional Experimental de los Llanos Occidentales Ezequiel Zamora (UNELLEZ), agradezco de corazón que a lo largo de mi carrera me brindaron sus valiosos conocimientos.

A mi tutora, Prof. Emilia Lugo, expreso mi más sincero agradecimiento, por su invaluable apoyo y guía durante el desarrollo de mi trabajo de investigación. Su confianza en mis capacidades, su paciencia y su experticia fueron determinantes para superar los desafíos y alcanzar los objetivos propuestos.

A mis profesores de la Universidad de Carabobo, Prof. Amílcar Pérez y Prof. Ernesto Díaz, agradezco profundamente por su constante apoyo y aliento durante mi crecimiento académico.

Arismendi Rosleidy

DEDICATORIA

A mis padres, Víctor y Rosa, pilares incansables de mi vida. Gracias por su amor incondicional, su apoyo inquebrantable y por ser la fuente de inspiración que me impulsó a perseguir mis sueños. Su fe en mí ha sido el motor que me ha permitido superar cada obstáculo y alcanzar esta meta.

A mis hijos, Jouexer y Diberlyn, mi mayor tesoro. Su alegría y su amor puro son la luz que ilumina mis días y me motiva a ser una mejor persona cada día. Ustedes son la razón por la que lucho y me esfuerzo, y esta dedicatoria es un pequeño homenaje a la felicidad que me han brindado.

A mi esposo, Henry, mi compañero de vida y confidente. Gracias por tu paciencia, tu comprensión y por estar siempre presente a mi lado, brindándome tu apoyo incondicional en cada paso de este camino.

Y a mi querida hermana, Maidelly, mi confidente, mi amiga incondicional y mi compañera de aventuras. Gracias por tu apoyo ilimitado, por tus palabras de aliento y por creer en mí siempre.

Esta tesis es el fruto del esfuerzo, la dedicación y el apoyo de todas las personas que amo. Agradezco infinitamente a cada uno de ustedes por ser parte de mi vida y por hacer que este sueño se haya convertido en realidad.

Arismendi Rosleidy

AGRADECIMIENTO

A Dios Todopoderoso, que me fortalece por medio de su Santo Espíritu en cada momento de mi vida.

A mi compañera y amiga, Rosleidy Arismendi, por motivarme a continuar, por ser ese reloj de alarma para el empuje y alcance de nuestros objetivos académicos, mil gracias por brindarme tus conocimientos y acompañarme desde antes en mi formación académica.

A nuestra tutora, Doctora. Emilia Lugo Tovar, por su sabia y oportuna orientación para cristalizar con éxito nuestro trabajo de grado.

A los Doctores Amílcar Pérez y Miguel Martino, por su gran apoyo profesional y aportes constructivos para la ejecución de este trabajo.

A mis profesores, que con esmero y dedicación brindaron lo mejor de sí mismos en pro de nuestros conocimientos.

A la Universidad Nacional Experimental de los Llanos Occidentales “Ezequiel Zamora” UNELLEZ, por darme la oportunidad para alcanzar un escalón más en mi nivel profesional.

Mendoza Zaireth

DEDICATORIA

A mi hijo, Milan Duarte, mi gran amor, motor de mi vida, fuente de inspiración y mis ganas de seguir adelante, para ti serán cada uno de mis logros.

A mi padre, Luis Mendoza, quien partió de este plano para ser mi luz desde el cielo, a ti gracias por creer siempre en mí, espero que estés orgulloso donde quiera que estés, y celebres conmigo esto que tanto querías verme materializar.

A mi madre, Magaly Palacios, que gracias a su ejemplo de superación, sus ganas de estudiar y sus enseñanzas he sido capaz de superar muchos obstáculos, gracias por tu infinito amor y apoyo incondicional.

A mi esposo, Gustavo Duarte, que desde un inicio me ha motivado a seguir creciendo, quién celebra mis logros incluso más que yo, gracias por alentarme a ser mejor cada día y generar esa confianza en mí.

**Los amo
Mendoza Zaireth**

ÍNDICE GENERAL

ACTA DE APROBACIÓN DEL JURADO	i
ACEPTACIÓN DEL TUTOR.....	ii
AGRADECIMIENTO	iii
AGRADECIMIENTO.....	iv
LISTA DE TABLAS	viii
RESUMEN	ix
ABSTRACT	x
INTRODUCCIÓN.....	1
CAPITULO I: EL PROBLEMA	3
1.1 Problema de Investigación.....	3
1.2 Objetivos de la investigación.....	7
1.2.1 Objetivo General:	7
1.2.2 Objetivos específicos:	7
1.3 Justificación de la Investigación	7
CAPITULO II: MARCO TEORICO.....	11
2.1 Elementos bioéticos de la investigación.....	11
2.2 Antecedentes de la investigación.....	12
2.3 Antecedentes Legales	18
2.4 Bases teóricas referenciales.	24
2.5 Operacionalización de Variables.	29
CAPITULO III: MARCO METODOLOGICO	30
3.1 Descripción del Modelo (paradigma/enfoque)	30
3.1.1 Paradigmas de Investigación.....	30
3.1.2 Enfoque de la investigación	30
3.2 Tipo de investigación.....	31
3.3 Diseño de la investigación	31
3.4 Población y muestra.....	31
3.4.1 Población.....	31
3.4.2 Muestra.....	32

3.5 Técnicas e instrumentos de recolección de datos	32
3.6 Técnicas de análisis de datos	32
3.7 Confiabilidad y Validez de los instrumentos	33
3.7.1 Confiabilidad.....	33
3.7.2 Validez de los instrumentos	34
CAPITULO IV: RESULTADOS Y DISCUSIÓN.....	35
4.1 Análisis de datos	35
4.2 Resultados	35
4.3 Discusión de los Resultados	53
CAPITULO V: LA PROPUESTA	55
5.1 Presentación de la Propuesta.....	55
5.2 Justificación de la Propuesta.....	55
5.3 Factibilidad de la Propuesta	57
5.3.1 Factibilidad Social:.....	57
5.3.2 Factibilidad Técnica:	57
5.3.3 Factibilidad Operativa:	58
5.3.4 Factibilidad Económica:.....	58
5.4 Objetivos de la Propuesta.....	58
5.4.1 Objetivo General	58
5.4.2 Objetivos Específicos.....	59
5.5 Fases.....	61
5.5.1 Fase I	61
5.5.2 Fase II.....	62
5.5.3 Fase III.....	63
5.6 Plan de Acción	64
Conclusiones.....	65
Recomendaciones	67
Referencias Bibliográficas.....	69
ANEXOS	74
Memoria Fotográfica	75
Instrumento de Recolección de Datos Utilizado	77

Formato con la validación firmada por los expertos	82
Validación Prof. Miguel Martino.....	82
Validación Prof. Amílcar Perez	85
Validación Prof. Ernesto Diaz	88
Formato con la Confiabilidad.....	91

LISTA DE TABLAS

Tabla 1.....	36
Tabla 2.....	36
Tabla 3.....	36
Tabla 4.....	37
Tabla 5.....	37
Tabla 6.....	38
Tabla 7.....	38
Tabla 8.....	39
Tabla 9.....	39
Tabla 10.....	40
Tabla 11.....	40
Tabla 12.....	40
Tabla 13.....	41
Tabla 14.....	41
Tabla 15.....	42
Tabla 16.....	42
Tabla 17.....	43
Tabla 18.....	43
Tabla 19.....	44
Tabla 20.....	44
Tabla 21.....	45
Tabla 22.....	45
Tabla 23.....	46
Tabla 24.....	46
Tabla 25.....	47
Tabla 26.....	47
Tabla 27.....	48
Tabla 28.....	48
Tabla 29.....	49
Tabla 30.....	49
Tabla 31.....	50
Tabla 32.....	50
Tabla 33.....	51
Tabla 34.....	51
Tabla 35.....	52

UNIVERSIDAD NACIONAL EXPERIMENTAL

DE LOS LLANOS OCCIDENTALES



“EZEQUIEL ZAMORA”

Vicerrectorado
de Infraestructura y Procesos Industriales
Programa de Ciencias de la Salud
Licenciatura en Estadística de la Salud

Autoras:

Rosleidy Arismendi
C.I Nro. V-12.101.090
Mendoza Zaireth
C.I Nro. V-25.954.436

Tutora:

Dra. Emilia Lugo Tovar

Aplicabilidad de la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE-11), en la Ciudad Hospitalaria Dr. Enrique Tejera (CHET) del estado Carabobo.

RESUMEN

El objetivo del trabajo fue formular estrategias de capacitación vinculadas con la aplicabilidad de la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE-11), en la Ciudad Hospitalaria Dr. Enrique Tejera del estado Carabobo. Así mismo, esta investigación está sustentada bajo el paradigma positivista, con un enfoque cuantitativo, de campo no experimental, nivel descriptivo, modalidad proyecto factible. La población estuvo constituida por 167 trabajadores que laboran en la Ciudad Hospitalaria Dr. Enrique Tejera, con una muestra de 45 participantes. La recolección de datos se realizó a través de la técnica de la encuesta, en su modalidad de cuestionario, en la primera parte, un test de conocimiento de 20 ítems, la segunda parte una escala de Likert de 10 ítems y la tercera parte un cuestionario de 5 ítems con alternativas de respuestas dicotómicas abiertas y cerradas. Asimismo, el análisis de resultados se realizó a partir de la estadística descriptiva (frecuencia y porcentaje), por medio de representaciones de cuadros y análisis. Los resultados indican que existe un alto desconocimiento de cómo se inicia del proceso para la codificación de la CIE-11, con un 93,33%, seguido de una percepción mayormente indecisa 48,88%. Asimismo, para dicha factibilidad, se tiene que un 71,11% de los encuestados afirmó que cuentan con equipos de computadoras; un 53,33% afirmó que tienen disponibilidad del servicio de internet, un 88,89% de los encuestados negó que hayan recibido alguna capacitación sobre la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE11); y todos negaron que se aplica la CIE 11 en la actualidad. La formulación de estrategias de capacitación para la CIE-11, surge como resultado del alto desconocimiento teórico y de la nula capacitación del personal especializado. Por lo antes expuesto, se propuso promover un plan de estrategias de capacitación vinculadas con la aplicabilidad de la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE-11), en la ciudad hospitalaria Dr. Enrique Tejera.

Palabras clave: Estrategias, capacitación, aplicabilidad, CIE-11, percepción, factibilidad.

UNIVERSIDAD NACIONAL EXPERIMENTAL

DE LOS LLANOS OCCIDENTALES



“EZEQUIEL ZAMORA”

Vicerrectorado
de Infraestructura y Procesos Industriales
Programa de Ciencias de la Salud
Licenciatura en Estadística de la Salud

Autoras:

Rosleidy Arismendi
C.I Nro. V-12.101.090
Mendoza Zaireth
C.I Nro. V-25.954.436

Tutora:

Dra. Emilia Lugo Tovar

**Applicability of the International Classification of Diseases (ICD-11) at the Dr.
Enrique Tejera Hospital City (CHET) in Carabobo State**

ABSTRACT

The objective of this work was to formulate training strategies related to the applicability of the International Classification of Diseases (ICD-11) at the Dr. Enrique Tejera Hospital City in Carabobo State. Likewise, this research is supported by the positivist paradigm, with a quantitative, non-experimental field approach, descriptive level, and feasible project modality. The population consisted of 167 workers at the Dr. Enrique Tejera Hospital City, with a sample of 45 participants. Data collection was carried out through the survey technique, in its questionnaire modality. The first part consisted of a 20-item knowledge test, the second part a 10-item Likert scale, and the third part a 5-item questionnaire with open and closed dichotomous response alternatives. Additionally, the analysis of results was conducted using descriptive statistics (frequency and percentage) through charts and analysis representations. The results indicate a high level of ignorance regarding the initiation of the ICD-11 coding process, with 93.33%, followed by a mostly undecided perception at 48.88%. Furthermore, for feasibility, 71.11% of respondents stated that they have computer equipment; 53.33% stated that they have internet service availability, 88.89% denied having received any training on the International Classification of Diseases (ICD-11); and all denied that ICD-11 is currently applied. The formulation of training strategies for ICD-11 arises as a result of the high theoretical ignorance and the lack of specialized personnel training. Therefore, it was proposed to promote a plan of training strategies related to the applicability of the International Classification of Diseases (ICD-11) at the Dr. Enrique Tejera Hospital City.

Keywords: Strategies, training, applicability, ICD-11, perception, feasibility.

INTRODUCCIÓN

En el complejo mundo de la salud, la precisión y la eficiencia en la gestión de la información son elementos esenciales para garantizar una atención de calidad. La Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE), en su versión actual CIE-11, se erige como un pilar fundamental en este contexto, proporcionando un lenguaje universal para la codificación de síntomas, signos y diagnósticos clínicos en cualquier institución sanitaria. Más allá de una simple lista de códigos, la CIE-11 representa un sistema de clasificación sistemático que permite transformar datos cualitativos en información cuantitativa mediante un código alfanumérico. Esta codificación, a su vez, posibilita la elaboración de estadísticas precisas y confiables, tanto de mortalidad como de morbilidad, a nivel local, nacional e internacional. Su importancia radica en su capacidad para ofrecer una descripción precisa y estandarizada de cada patología, permitiendo un análisis detallado de las tendencias en salud, la identificación de grupos de riesgo y la toma de decisiones informadas para la asignación de recursos y la implementación de políticas públicas efectivas.

Sin embargo, la correcta aplicación de la CIE-11 requiere de profesionales de la salud capacitados y actualizados en el manejo de este sistema. Es por ello que la presente investigación se enfoca en el desarrollo e implementación de estrategias para mejorar el desempeño laboral en la codificación bajo la CIE-11, con el objetivo de optimizar la gestión de la información sanitaria y contribuir a una atención médica de mayor calidad.

Asimismo, en la presente investigación se estructurará en cinco capítulos, cada uno abordando un aspecto fundamental para el logro de los objetivos planteados. En el Capítulo I, Planteamiento del problema se presenta el problema de investigación, se define el objetivo general y los objetivos específicos, y se expone la justificación de la investigación, destacando la relevancia del estudio y el impacto que se espera generar. Seguido de este, se presenta el Capítulo II, Marco referencial, en este se realizará una revisión exhaustiva de la literatura existente sobre la CIE-11, incluyendo elementos bioéticos de la investigación, antecedentes del problema, bases teóricas, bases legales y el sistema de variables que serán utilizados en la investigación.

Por otra parte, en el Capítulo III, que hace referencia a la Metodología, se describirán en detalle la metodología empleada para el desarrollo de la investigación, incluyendo la

población y muestra de estudio, las técnicas y procedimientos de recolección de datos, y el plan de análisis de datos. Ahora bien, en el Capítulo IV, se reflejarán los resultados obtenidos a partir del análisis de los datos recolectados, utilizando tablas y otros recursos visuales para facilitar su comprensión. También se contará con un Capítulo V, que será la Propuesta de la investigación, una propuesta concreta para mejorar el desempeño laboral en la codificación bajo la CIE-11, incluyendo sus objetivos, factibilidad, estructura, cronograma de ejecución, plan de acción, conclusiones y recomendaciones finales.

A manera de resumen, la presente investigación tiene como objetivo final contribuir a la optimización de la gestión de la información sanitaria a través de la mejora del desempeño laboral en la codificación bajo la CIE-11. Se espera que los resultados obtenidos y la propuesta formulada sirvan como herramientas valiosas para las instituciones sanitarias y los profesionales de la salud, permitiendo una atención médica más precisa, eficiente y de calidad.

CAPITULO I

EL PROBLEMA

1.1 Problema de Investigación

La Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE), es un sistema de categorías que se les asignan a enfermedades o trastornos, de acuerdo con criterios establecidos, y según la Organización Panamericana de la Salud (OPS), 2022 dice “Es un lenguaje común que permite a los profesionales de la salud compartir información estandarizada en todo el mundo” (p.1), es decir, el sistema está diseñado para convertir palabras o términos diagnósticos en códigos alfanuméricos, que permitan recolectar, procesar, clasificar y presentar las estadísticas. Así mismo, la CIE data de los años 1700, cuando se le concede el mérito del primer ensayo de clasificación sistemática de enfermedades a Sir George H Knibbs eminente estadístico australiano, cuyo trabajo fue titulado “Nosología Methodica”, pero a lo largo de este siglo surgen muchas publicaciones, estudios, synopsis, que hablaban del progreso de la clasificación de enfermedades.

En el siglo del 1800, surge el estadístico médico William Farr, hombre que no solo aprovecho al máximo las imperfectas clasificaciones de enfermedades disponibles en la época, sino que se dedicó a mejorarlas y a lograr que su uso y aplicabilidad fueran uniformes a nivel internacional OPS. (2003, p.144). Como resultado de estas investigaciones, Farr, presentó conjuntamente con Marc d´ Espine, en el Congreso de París en 1885, unas listas separadas, basadas en principios totalmente diferentes; estas estaban basadas en cinco grupos; enfermedades epidémicas, generales, localizadas clasificadas según sitio anatómico, enfermedades del desarrollo y las que eran a consecuencia de algún traumatismo. Por su parte D´Espine, clasifico su lista en enfermedades según su naturaleza (gotosa, herpética, hemática) y la solución a estas listas fue la unificación de esta con 139 rúbricas.

Al pasar de los años, estas listas fueron revisadas en múltiples congresos, no obstante, el Instituto Internacional de Estadísticas, encargo a un comité dirigido por Jacques Bertillon, distinguido botánico y estadístico, jefe de los servicios de estadísticas de París, la preparación de una clasificación de causas de defunción, que para 1853 Bertillon presentó en el Congreso Internacional de Estadísticas una primera clasificación abreviada en 44 rúbricas, la segunda

en 99 rúbricas y la tercera en 161 rúbricas, siendo esta listas llamadas “la Clasificación de Causas de Defunción de Bertillon”, la cual fue usada por varios países y múltiples ciudades. En consecuencia de todas estas revisiones, el gobierno de Francia en el año 1900 convoca la primera Conferencia Internacional para la revisión de la lista de Bertillon, la cual asistieron delegados de 26 países, quienes llegaron a concluir en la adopción de la clasificación de Bertillon, que para ese momento ya estaba constituida por 179 grupos y una clasificación abreviada de 35 grupos, luego de esto en las décadas siguiente se siguieron realizando revisiones cada 10 años.

En tal sentido, en el año de 1948, las Organización Mundial de la Salud (OMS), asume la responsabilidad de la CIE, y sigue las revisiones de esta en París y Ginebra hasta el año de 1989, donde llega la décima revisión, teniendo como propósito permitir el registro sistemático, análisis, interpretación y la comparación de los datos de mortalidad y morbilidad recolectados en diferentes países o áreas, en diferentes momentos y a su vez admite la transformación de los términos diagnósticos y de otros problemas de salud de palabras a códigos alfanuméricos que facilitan su almacenamiento y posterior recuperación para el análisis de la información OMS. (2010, p.1)

Cabe mencionar, que la CIE, tiene una familia de clasificaciones que corresponde a la Clasificación Internacional del Funcionamiento, de las discapacidades y salud (CIF), así mismo está la de Procedimientos en Medicina (CIPM), luego está la Clasificación Internacional de Enfermedades Oncológicas (CIEO), seguida de la aplicada a Odontología y Estomatología (CIE-OE) y por último se cuenta con la Nomenclatura Internacional de Enfermedades (NIE).

En la actualidad, a nivel mundial, se trabaja con la CIE-10, que surgió en la revisión del año 1989 en Ginebra auspiciada por la OMS, y que por más de 20 años se ha utilizado en los diferentes hospitales y centros de salud, para la conversión de términos diagnósticos, síntomas y signos de mortalidad y morbilidad en códigos alfanuméricos, para la comprensión estadísticas y dada la relevancia que tiene este indicador para evaluar la situación de salud. Asimismo, la CIE fue usada para transformar estadísticas de mortalidad, ya que los sistemas de atención a la salud contaban con un sistema de conteo ineficiente de estadísticas de las causas por la cual acudía el paciente a la atención en los distintos niveles, como por ejemplo:

ambulatorios o centros de salud y hospitales, que no necesariamente contabilizan la mortalidad. Marinho. (2003, p.1)

Hoy día, y con el desarrollo de la tecnología, es viable disponer de la información sobre las enfermedades, signos y síntomas más el motivos de atención, así como de la causa por la cual ocurrió el fallecimiento, lo que incrementa su importancia y uso en todos los niveles de atención a la salud. Este procedimiento, es mucho más rápido que cuantificar diagnósticos como palabras, por lo cual se acorta el tiempo para efectuar operaciones con ellos y generar informes estadísticos, ya que es uno de los sistemas universales que permite la producción de estadísticas sobre mortalidad y morbilidad que son comparables en el tiempo entre unidades o regiones de un mismo país y entre países Marinho. (2003, p.3)

En este caso, es de suma importancia la función de los codificadores o especialistas en registro y estadísticas de salud en una institución de salud, ya que son el personal que se encargan de asignar el código apropiado a los diagnósticos y formalizar la selección del o de los que van a ser cargados a la base de datos. En el caso de la CIE-10 los códigos están compuestos por una letra en la primera posición seguida de números es decir son alfanuméricos, permitiendo en esta estructura incluir un mayor número de códigos y términos diagnósticos en comparación con las revisiones anteriores, cuyos códigos eran sólo numéricos.

Ahora bien, cuando se habla de la CIE-10, se conoce que existe una disminución de la codificación, ya que no se cuenta con suficiente personal especializado y capacitado en esta área, dentro de los hospitales en Venezuela; por su parte, entre los años de 1996 y 1998, se inicia con la aplicación de la CIE-10, pero es desde el año de 1989 que entra en rigor a nivel mundial, siendo esta una revisión estadísticas sanitarias que desde el primer momento no necesita realizar traslaciones entre clasificaciones evitándose posibles pérdidas de información y facilitando la labor de los codificadores. Gómez. (2015, p.7)

Sin embargo, hoy día existe una transición de la CIE-10 a la versión más actualizada que es la CIE-11, siendo esta una versión totalmente digitalizada y estandarizada para cada enfermedad que incluya: Nombre, definición concisa y comprensible, localización corporal, temporalidad, severidad, etiología, discapacidad, criterios diagnósticos, tratamiento y un

software de codificación para historias clínicas electrónicas, plataforma que es basada en internet, actualizada permanente y supervisada por expertos en el área. Gómez. (2015, p.8)

Es por esto, que según la OMS la Clasificación Internacional de Enfermedades entra en vigor desde el 1 de enero del 2022, y en comparación con las versiones anteriores, la CIE-11 es totalmente digital, con una plataforma de fácil uso y viene en varios idiomas, que reducen la posibilidad de error. Esta versión se ha compilado y actualizado con la ayuda de más de 90 países y una colaboración sin precedentes de los profesionales de la salud, lo que ha permitido pasar de ser un sistema manual a una base de datos de clasificación clínica y terminología realmente habilitadora que sirve para una extensa gama de usos entre estos, registrar e informar de las estadísticas sobre la morbilidad. OPS. (2022, p.1)

Sin embargo, la CIE-11 se ha convertido en todo un reto en Venezuela, ya que se requiere de capacitación del personal de los TSU y Licenciados especializados en el área para el manejo de dicha plataforma, por contar con modificaciones a gran escala, siendo la codificación alfanumérica más amplia, ya que cuenta con una estructura más grande de más de 20 dígitos dependiendo del término diagnóstico. Por otra parte, está la falta de los recursos físicos como lo son las computadoras e internet dentro de los hospitales públicos, siendo estos fundamentales ya que para trabajar con la CIE-11 se requiere entrar en la plataforma de manera online.

En igual forma, los hospitales públicos del estado Carabobo, no escapan de esta realidad, en específico en la Ciudad Hospitalaria Dr. Enrique Tejera (CHET), ya que se ha hecho cuesta arriba capacitar al personal que labora en la actualidad dentro del Departamento de Registros y Estadísticas de Salud, por no contar con especialistas del Ministerio del Poder Popular para la Salud, que puedan capacitar a nivel regional y ser multiplicadores de la información. Así mismo, los equipos físicos con los que se debe trabajar, como las computadoras, tampoco se cuenta, y si hay algunas en los hospitales son obsoletas, por lo que es necesario obtener nuevos equipos para acceder a la plataforma en línea y poder convertir los términos diagnósticos en códigos alfanuméricos y a su vez en estadísticas cuantificables.

Esta problemática, conlleva al retraso de la codificación de los términos diagnósticos basados en la CIE-11 en línea, dentro de la Ciudad hospitalaria Dr. Enrique Tejera del estado Carabobo, y es por tal motivo que nacen la iniciativa de elaborar este trabajo de investigación,

con el propósito de formular estrategias de capacitación vinculadas con la aplicabilidad de la CIE-11 en la Ciudad Hospitalaria Dr. Enrique Tejera del estado Carabobo, siendo así donde surgen las siguientes interrogantes de investigación: ¿Qué conocimientos tiene el personal especializado, sobre la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE-11) en el Hospital Dr. Enrique Tejera ?. ¿Cuál es la percepción sobre la aplicabilidad de la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE-11), de los trabajadores de este hospital?. ¿Qué factibilidad hay para la aplicación de la CIE-11 dentro del Departamento de Registro y Estadísticas de Salud?. ¿Como serían las estrategias de capacitación para la aplicación de la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE-11).

1.2 Objetivos de la investigación

1.2.1 Objetivo General:

Formular estrategias de capacitación vinculadas con la aplicabilidad de la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE-11), en la Ciudad Hospitalaria Dr. Enrique Tejera del estado Carabobo.

1.2.2 Objetivos específicos:

Diagnosticar los conocimientos sobre la (CIE-11) entre los trabajadores de la Ciudad Hospitalaria Dr. Enrique Tejera, en el estado Carabobo.

Establecer la percepción de los trabajadores en cuanto la aplicabilidad de la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE-11), en la Ciudad Hospitalaria Dr. Enrique Tejera del estado Carabobo.

Determinar la factibilidad en cuanto a la aplicación de la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE-11), dentro del Departamento de Registro y Estadísticas de Salud, de la Ciudad Hospitalaria Dr. Enrique Tejera del estado Carabobo.

Diseñar estrategias de capacitación vinculadas con la aplicabilidad de la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE-11), en la Ciudad Hospitalaria Dr. Enrique Tejera del estado Carabobo.

1.3 Justificación de la Investigación

El avance mundial en torno a las enfermedades obliga a la constante actualización de todos los sistemas de clasificación relacionados a la salud, el Sistema de Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE) no es la excepción, mediante los acontecimientos históricos

ocurridos en el mundo esta se ha ido adaptando no solo a los intereses médicos o científicos, sino a dar respuesta a las necesidades propias presentadas dentro de los sistemas de salud. Indicando que, la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE-10) se encuentra vigente desde el año 1992, y es sustituida por la (CIE-11) desde el 1 de enero del año 2022, el pasar por este proceso de transición obliga a los países a idear distintos métodos para el desarrollo, la adopción y la implementación que esta nueva revisión implica.

Cabe destacar, que la (CIE-11), tiene como principal novedad que es totalmente electrónica, actualmente proporciona acceso a 17.000 categorías de diagnóstico, con más de 100.000 términos para el diagnóstico médico. El algoritmo de búsqueda por índices interpreta más de 1,6 millones de términos. WHO (2020, p.1). En Venezuela, específicamente en la (CHET) del estado Carabobo, el proceso de adopción a esta nueva implementación de (CIE-11), se ve empañado de múltiples factores los cuales son capaces de impedir su aplicación, esta institución presta servicios de salud utilizando distintos software para el registro de la historia clínica de los pacientes, sin embargo, también siguen usando la historia clínica en papel, dado a la capacidad hospitalaria que se atiende, y los recursos con los que se cuenta.

Actualmente, el país no dispone de información general en lo que respecta a la situación actual del uso de la CIE-11, sin embargo, en distintos portales de noticias se pueden evidenciar informes generales sobre la crisis de salud en el país, la falta de recursos y las dificultades para poder emplear un adecuado y oportuno registro de enfermedades a través de la CIE-10 y CIE-11.

Es entonces, donde la importancia de la realización de este trabajo radica, en la necesidad prioritaria de poder estudiar la aplicabilidad de (CIE-11), en el Hospital Dr. Enrique Tejera del estado Carabobo, con el objetivo de mejorar la atención en salud en esta unidad, y que dicho centro pueda ser piloto a nivel nacional en cuanto al manejo, uso y aplicabilidad de la codificación alfanumérica más amplia, dado que esta cuenta con una estructura de más de 20 dígitos dependiendo del término diagnóstico, es importante el desarrollo y avance dentro de la instituciones sanitaria para el implemento de esta nueva tabulación.

De acuerdo a los objetivos de la investigación, sus resultados permitirán encontrar soluciones concretas a problemas que permitan la aplicabilidad de la (CIE-11), abordando cada uno de los pasos que deben seguirse, la elección y aplicación de las actividades correspondientes

para llevar a cabo procesos de capacitación a los profesionales, utilizando las herramientas tecnológicas necesarias y emanadas por la OMS para el empleo de la CIE-11, en la codificación de los diagnósticos y procedimientos clínicos referentes a la morbilidad, se ha podido evidenciar que gracias a la correcta utilización del Sistema de Clasificación Internacional de Enfermedades, se pueden crear datos estadísticos a nivel municipal, regional y nacional, que permitan mejorar la calidad de atención sanitaria, reducir la mortalidad y morbilidad de ciertas patologías que han podido ser identificadas mediante los informes elaborados partiendo de los datos obtenidos a través de la codificación.

Por tal motivo, con este estudio se puede valorar a manera general la utilización del sistema de (CIE-11), donde mediante la aplicación de los instrumentos se pueda determinar si el conocimiento de este sistema es el correcto, si existen dudas e interrogantes notorias por parte de los profesionales de la salud o los codificadores clínicos, si el uso de la herramienta es el adecuado, y principalmente si es factible su aplicabilidad dentro del Hospital Dr. Enrique Tejera del estado Carabobo.

Así mismo, este estudio beneficiará directamente a los profesionales encargados de gestionar las actividades dentro del Departamento de Registro y Estadísticas de Salud, a través de la capacitación proporcionada en relación a la utilización del Sistema de Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE-11), estos profesionales mejorarán sus habilidades y conocimientos en la planificación y gestión de estadísticas en salud, teniendo métodos de trabajo actualizados lo que permitirá una mejor sistematización de la información estadística de hechos como natalidad, mortalidad y otros datos relevantes en las unidades administrativas. En última instancia, el beneficio se extenderá a la comunidad en general, dado que, va a mejorar la calidad y eficiencia de los servicios de salud basados en una gestión informada y actualizada.

Dicho esto, este estudio se podrá insertar dentro de la línea de investigación Planificación y Gestión de las Estadísticas en Salud, dado que permitirá la capacitación en relación a los proyectos que se integran en la Educación para la salud, siendo dirigidos específicamente a aquellos profesionales encargados de gestionar las actividades dentro del Departamento en Registro y Estadísticas de Salud, a su vez, el desarrollo de las estructuras organizativas y de los métodos de trabajo que se van actualizando, mediante la sistematización de la

información estadística de los eventos ejecutados dentro de las unidades administrativas, los cuales pueden ser datos de natalidad, mortalidad, pacientes que ingresan, entre otros.

CAPITULO II

MARCO TEORICO

2.1 Elementos bioéticos de la investigación

El presente estudio de investigación tiene concordancia con la Bioética, debido a que todo lo que tiene que ver con salud va enfocado con la ética, los valores, principios morales del personal que atiende a usuarios que asisten a un centro hospitalario por cualquier alteración de su salud. En esto se basan algunos principios como lo son el principio de la autonomía, la beneficencia, la no maleficencia y la justicia y de solidaridad. Por ende es de resaltar el concepto de Bioética, que para Potter (1971), lo define como "El estudio sistemático de la conducta humana en el campo de las Ciencias Biológicas y la atención en salud, siempre que este estudio se realice a la luz de valores y principios éticos" (p.1). Por lo tanto La Bioética, es una ciencia conductual que estudia la conducta humana, no analiza los fenómenos naturales, ni los que hacen los seres vivos no conscientes. Su área no se limita a la actividad en los campos de la investigación biomédica y la atención en salud, si no que se extiende a toda la actividad humana que se dirija la vida (*Ibidem*).

Por tal razón, comenzaremos hablando de estos principios, ya que son partes esenciales de esta investigación, considerando la importancia que tienen con relación a la Clasificación Internacional de Enfermedades para el personal y los pacientes que hacen vida en la institución hospitalaria.

Dicho esto, es necesario respetar la autonomía, en el contexto de la implementación de la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE-11), se debe garantizar que tanto los pacientes como el personal de salud tengan la capacidad de tomar decisiones informadas y participar activamente en el proceso de diagnóstico y tratamiento. Es decir, es esencial acatar la autonomía de los pacientes al utilizar esta clasificación para comprender mejor su condición de salud, así como brindar al personal de salud la autonomía necesaria para aplicarla de manera eficaz en la atención médica.

La implementación de la CIE-11 en el Hospital Dr. Enrique Tejera, debe buscar el beneficio máximo para los pacientes al mejorar la precisión en el diagnóstico, tratamiento y seguimiento de enfermedades. Esto implica, asegurar que la utilización de esta clasificación contribuya a una atención médica de calidad, promoviendo la salud y el bienestar de los

pacientes. Asimismo, se debe considerar cómo la CIE-11 puede beneficiar al personal de salud al facilitar la comunicación, la toma de decisiones clínicas y la gestión de la información sanitaria.

Por otra parte, es fundamental que la aplicación de la CIE-11 dentro del hospital, no cause daño innecesario a los pacientes ni al personal de salud. Se deben identificar y abordar posibles riesgos asociados con la implementación de esta clasificación, como errores en el registro de datos, interpretaciones incorrectas o juicios de manera parcial o perjudicada en la codificación de enfermedades. Además, se debe garantizar la confidencialidad de la información médica y proteger la privacidad de los pacientes en todo momento.

Cabe destacar, que la implementación de la CIE-11 en el Hospital Dr. Enrique Tejera, debe realizarse de manera justa y equitativa, asegurando que todos los pacientes tengan acceso igualitario a una atención médica basada en esta clasificación. Se debe promover la equidad en el acceso a los servicios de salud y en la calidad de la atención, evitando discriminaciones injustas o sesgos en la aplicación de la CIE-11. Así pues, se debe considerar la capacitación y el apoyo continuo al personal de salud para garantizar una implementación uniforme y justa de esta clasificación en el contexto hospitalario.

Finalmente, al abordar estos elementos bioéticos, se destaca la importancia de considerar no solo los aspectos técnicos de la investigación, sino también los principios éticos que guían la interacción entre el personal de salud y los pacientes en el contexto hospitalario. La ética en la investigación y en la práctica clínica es fundamental para garantizar la integridad, la confianza y el respeto en la atención médica, especialmente en el contexto de la implementación de herramientas como la CIE-11.

2.2 Antecedentes de la investigación

Todo trabajo de investigación debe estar antecedido por soportes teóricos o experiencias investigativas previas, en efecto, el conocimiento científico es de carácter acumulativo, en donde el autor de este trabajo se apoyará en los hallazgos de otros investigadores que le han antecedido, conteniendo estos, el diagnóstico de la originalidad del tema, sirviendo así para conocer qué tanto se ha investigado, se ha encontrado y dejado de investigar sobre el estudio en cuestión. De esta manera, Vara (2010), nos indica que la fundamentación teórica tiene muchas funciones en la investigación, pero la principal es sustentarla bibliográficamente

(p.93). En efecto, iniciar la recolección de datos sin haber revisado previamente la bibliografía y sin construir una fundamentación teórica de los enfoques y hallazgos existentes, relacionado a tu problema de investigación, puede llevar a diseñar una estrategia de investigación y construir instrumentos de recolección de datos con serias deficiencias (*Ibídem*).

Por todo lo dicho anteriormente, se mencionarán en este trabajo los hallazgos encontrados en los diferentes estudios que se presentan a continuación, en donde se hace referencia de experiencias previas sobre la Clasificación Internacional de Enfermedades. En este punto se nombrarán estudios tanto internacionales, como nacionales.

Como antecedente internacional, se presenta la investigación de Hualparuca y Betalleluz, (2023), quienes realizaron una investigación titulada “*Expandiendo el conocimiento, la práctica y las políticas públicas con la CIE-11 para psicólogos y profesionales de la salud mental*” siendo esta una revisión literaria y de análisis crítico, investigación la cual menciona que la Clasificación Internacional de Enfermedades 11.ª edición (CIE11) es un sistema global moderno recientemente aprobado para guiar la práctica clínica para los trastornos mentales y otras afecciones, y a su vez dicen que los trastornos mentales son alteraciones en varios dominios funcionales del ser humano que desencadenan una mayor morbilidad y mortalidad si no se abordan adecuadamente; y a pesar de la inminente implementación de este sistema en los estados miembros, las guías sobre su base científica, práctica e importancia en salud pública se han publicado de manera dispersa, con un público objetivo principalmente médico psiquiátrico, de ahí que sea necesario unificar estas guías en un solo texto. Por tanto, el objetivo de esta revisión fue analizar tres aspectos asociados: (a) conocimiento actual sobre el tema, (b) su aplicación en la práctica psicológica, y (c) reflexión sobre las implicaciones para las políticas de salud pública (p.1-29).

Es evidente la relación de esta investigación con el tema actual ya que lo vincula a que el personal debe tener el conocimiento del tema, porque en la actualidad existen vacíos en su utilización y de cómo debe ser aplicarlo en la práctica profesional en las instituciones de salud, asimismo menciona las implicaciones que tiene sobre las políticas de salud pública, la cual radican en la adaptabilidad de los sistemas de información actuales y sus regulaciones para mejorar el uso clínico de estos diagnósticos, siendo necesario una inversión económica

considerable y la capacitación continua de los servidores administrativos y asistenciales para comprender mejor las razones, contenidos y opiniones de los cambios de esta undécima revisión.

Otra revisión internacional publicada fue la de Villa, (2022), quien realizó una investigación llamada “*Ayudas tecnológicas para uso de la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE-11)*”, trabajo que tiene como objetivo general Implementación de ayudas tecnológicas para el uso de la CIE-11 en educación y estandarización de datos en salud, asimismo, la metodología que se aplicó en el estudio fue gracias a los lineamientos de los objetivos específicos, donde lo primero que se realizó fue el cronograma para la obtención de información y realización del desarrollo de las diferentes páginas web con sus servicios asociados, donde se obtiene una historia de usuario o solo una actividad a desarrollar desde el FrontEnd y BackEnd, generando un prototipo para ser publicado como producto final y se realiza la documentación de los manuales de usuario.

Seguidamente, se desarrolla una plataforma de un buscador online, desde la programación FrontEnd se tiene un desarrollo con lenguaje de programación Ruby, desde la programación del BackEnd conectándonos a la API oficial de la OMS, para obtener el acceso programático a la Clasificación Internacional de Enfermedades, también se construyen un diccionario en la plataforma para conocer cómo se comunican los diferentes módulos y para lograr identificar las fuentes de datos, por otro lado desarrollan el montaje de un servidor Amazon y dentro del servidor Glide se construye una aplicación que recopile el buscador online y por último dejan un apartado para el soporte de la aplicación, un chat donde se puedan comunicar para ayudas con la plataforma.

Como resultados de esta investigación, se obtuvo que el repositorio de manejo de versiones es GitHub y el IDE que se utilizó fue Microsoft Visual Studio Code, utilizando un 20.4% del código en HTML, un 73.8% en Ruby, un 3.7% de JavaScript y un 2.1% en CSS y Bootstrap 4. Además se construyó el diccionario de datos con 92 campos descritos en la estructura final, seguido de esto se instalaron varios plugins para el manejo de un chat que permite conectar entre sus usuarios, realizar videollamadas y construir conocimiento colectivo y finalmente se analizaron los datos obtenidos en las diferentes plataformas de las fuentes oficiales de la CIE,

se hizo una recopilación de información, se categoriza, se saca un resumen por cada tema para obtener los enlaces de los archivos multimedia.

Como conclusión, se encontró que se realizó una prueba piloto para la aplicación de la CIE11, con la intención de hacer pruebas de usabilidad de la aplicación y poder obtener información del conocimiento de la CIE de las personas que la respondieron, las cuales dieron como resultados de las 35 personas que participaron que el rango de edad estuvo entre 16 y 62 años cumplidos, el 80% son Mujeres, el 100% de los participantes indican conocer que es la CIE-7 y la versión 9, 34 la versión 10 y solo 9 ya conocían la nueva versión CIE-11, asimismo 28 de las personas indicaron alguna vez haber usado alguna app de la CIE.

Se obtuvieron 33 respuestas del propósito que creerían que tendría la app que se les estaba presentando, 35 respuestas de lo que esperarían de una app de la CIE. Dentro de las preguntas de usabilidad nos respondieron de manera positiva con 34 respuestas de lo que más les gusto de la aplicación, tuvimos 12 de las 30 respuestas donde encontraron alguna complicación con la app, los demás indican no tener ninguna dificultad. Tuvimos 22 respuestas donde nos dejaron ideas de que le cambiarían a la aplicación, de los cuales 17 nos indican mejoras que podría tener. El 100% de los participantes estarían dispuestos a seguir usando la aplicación presentada (p.5-15).

Por lo anteriormente expuesto, se vincula este trabajo con la investigación en curso, ya que es importante la actualización de los sistemas de información dentro de la instituciones de salud, ya que la undécima revisión de la CIE es digitalizada en su totalidad, siendo este sistema beneficioso para minimizar los errores de términos diagnóstico, asimismo, deben ser unificados el sistema de codificación a nivel mundial, ya que esto mejorara la estadísticas de salud, estandarizando los datos cuantitativos y cualitativos en un sistema único en las instituciones sanitarias. Por otra parte, se vincula la importancia del manejo de la app de la CIE-11 ya que es una herramienta para clínicos, investigadores, administradores y técnicos en su trabajo para comprender e informarse en materia de enfermedades, así como para planificar, financiar y evaluar la atención sanitaria.

Cabe considerar, por otra parte la investigación de carácter internacional, publicada por Robledo et al. (2021), titulada *“Estudio comparativo de codificación y selección de la causa*

básica de defunción entre la CIE-10 y la CIE-11”, investigación que tiene por objetivo general realizar un estudio de codificación doble con la CIE-10 y la CIE-11 de una muestra representativa de 1,252 certificados de defunciones de México ocurridas en el año 2018, siendo una investigación descriptiva con enfoque cuantitativo y diseño no experimental, con una población de 687,865 certificados de defunciones, así mismo la selección de la muestra se realizó con un nivel de confianza de 95% y un margen de error de 03%, total de casos con la fórmula para obtener la muestra fue de 1,066 certificados de defunción.

Sin embargo, para considerar todos los tipos de defunción, se consideró un muestreo polietápico, con la finalidad de tomar muestras de todos los casos y hacer el proceso más práctico de acuerdo a la importancia del estudio, con lo cual la muestra a analizar llegó a 1,252 certificados de defunción de México del año 2018, posterior a la codificación de los 1,252 casos, se revisó la base unificada, comparando por causa básica de defunción entre la CIE-10 y la CIE-11 y se obtuvieron los siguientes hallazgos, coincidencia 684, diferencia por M1 354, diferencia por codificación de términos médicos 175, diferencia por SP6, SP7 y SP8 38, dando como conclusión que el estudio permitió identificar posibles discrepancias en la codificación de las causas de muerte entre CIE-10 y CIE-11, lo que genera implicaciones para la vigilancia epidemiológica y la salud pública (p.1-4).

Asimismo, podemos vincular entre el antecedente mencionado y la investigación en curso, ya que es importante la transición de la CIE-10 a la CIE-11, siendo esta última la revisión utilizada en la actualidad, esto dentro de la ciudad hospitalaria Dr. Enrique Tejera, crearía mayor impacto, generando estadísticas actualizadas, que aportarían mayor precisión para la toma de decisiones a nivel epidemiológico, gerencia y de salud pública.

Dentro de los antecedentes internacionales, también tenemos la investigación de Evans et al., (2015), titulada *“Metodología basada en viñetas para el estudio de toma de decisiones clínicas: validez, utilidad y aplicación en los estudios de campo de la CIE-11”*, el cual tuvo como objetivo principal, revisar y clarificar los aspectos metodológicos relacionados con los diseños basados en viñetas para estudiar el proceso de toma de decisiones y comportamiento de los clínicos, así mismo fue una revisión exhaustiva de la literatura y análisis de estudios de casos y controles para la Clasificación Internacional de Enfermedades, 11ª Revisión,

concluyendo los autores que las metodologías basadas en viñetas representan una herramienta valiosa para investigar la toma de decisiones clínicas.

Estas metodologías ofrecen diversas ventajas sobre otros métodos de investigación, permitiendo estudiar una amplia gama de comportamientos clínicos y adaptándose a diferentes poblaciones y contextos. Además, las viñetas pueden ser utilizadas para evaluar la validez de otras medidas de la toma de decisiones clínicas y en el marco de los estudios de campo de la CIE-11, las metodologías basadas en viñetas han demostrado ser útiles para evaluar la forma en que los clínicos codifican las enfermedades y trastornos de salud en la nueva clasificación (p.161-169).

Cabe destacar, la estrecha vinculación con la investigación en curso, ya que esta metodología podría utilizarse para evaluar la aplicabilidad de la CIE-11 en el Hospital Dr. Enrique Tejera (CHET). Específicamente, los estudios de viñetas podrían utilizarse para, evaluar la precisión de los diagnósticos de los clínicos cuando utilizan la CIE-11 en comparación con la CIE-10, así mismo, evaluar la confianza de los clínicos en sus diagnósticos utilizando la CIE-11 y explorar las percepciones de los clínicos sobre la utilidad de la CIE-11 para la toma de decisiones clínicas.

Por otro lado, está la investigación de origen nacional, que se encuentra realizado por Alvarado, et al., (2023), titulado *“Importancia de la capacitación del personal técnico en el departamento en registro y estadística de salud de la ciudad hospitalaria Dr. Enrique Tejera”*, para optar al título de TSU en Registro y Estadísticas de Salud en la Universidad de Carabobo, el cual como objetivo general evaluó la importancia de la capacitación del personal que labora en el hospital, dentro el departamento de registro y estadísticas de salud, asimismo, se trata de una investigación de tipo observacional – descriptiva; con un diseño no experimental, de campo y transversal; con una población de 135 trabajadores y una muestra utilizada que fue de tipo no probabilística deliberada y de voluntarios, conformada por treinta (30) funcionarios que cumplieron con los criterios de inclusión.

Para la recolección de los datos se aplicó la técnica de la encuesta y como instrumento se utilizó un cuestionario, con los datos personales de los encuestados y 25 preguntas con respuesta cerrada tipo escala de Lickert con 3 opciones de respuesta totalmente de acuerdo (TA), indiferente (IN), en desacuerdo (ED). En los resultados se evidencio que el 100% de

los encuestados coincidieron que las necesidades de capacitación más urgentes son: la Historia clínica, el certificado de nacimiento y certificado de defunción, los EPI y su llenado; el sistema de codificación actual; manejo del CIE 11 y la manipulación de la historia.

Cabe considerar, que se observa la estrecha relación existente entre el antecedente mencionado y la investigación en curso, ya que predomina un 96,67% que manifiesta que la capacitación y formación representan oportunidades de profundizar en el puesto de trabajo desempeñado, y más cuando hay actualizaciones pendientes para la realización de actividades diarias como lo son la codificación basada en la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE-11).

2.3 Antecedentes Legales

Marco legal aplicable

El marco legal aplicable, es aquel soporte jurídico, o conjunto de documentos de naturaleza normativa, que sirven de testimonio referencial, dando apoyo legal a la investigación realizada. Este marco suele presentarse siguiendo el orden piramidal propuesto por Hans Kelsen en su obra *Teoría Pura del Derecho* (1934). Osteicoechea (2023), señala que: “La pirámide de Kelsen es un sistema jurídico graficado en forma de pirámide, el cual es usado para representar la jerarquía de las leyes, unas sobre otras” (p.1). Está dividida en tres niveles: el nivel fundamental (La Constitución), el legal (leyes orgánicas y especiales, leyes ordinarias y decretos de ley) y el nivel base (reglamentos, ordenanzas y sentencias). A medida que se acerca a la base de la pirámide, se va haciendo más ancha, lo que quiere decir que hay un mayor número de normas jurídicas (p.2).

A continuación, se presentan las bases legales de este estudio iniciando con la norma suprema que encabeza y determina todo el ordenamiento jurídico venezolano, es decir, *La Constitución Nacional de la República Bolivariana de Venezuela* (CNRBV), publicada en la Gaceta Oficial Nro. 36.860 del 30 de diciembre de 1999.

Artículo 84° reza que:

Para garantizar el derecho a la salud, el Estado creará, ejercerá la rectoría y gestionará un sistema público nacional de salud, de carácter intersectorial, descentralizado y participativo, integrado al sistema de seguridad social, regido por los principios de gratuidad, universalidad, integralidad, equidad, integración social y solidaridad (p.29).

El espíritu de este artículo se refiere a la garantía del derecho a la salud y los principios que lo rigen así como la prioridad a la promoción de la salud y a la prevención de las enfermedades, garantizando tratamiento oportuno y rehabilitación de calidad. El cual debe estar regido por los principios de gratuidad, universalidad, integralidad, equidad, integración social y solidaridad. Dónde, su prioridad será la promoción y prevención de enfermedades. Lo que se relaciona estrechamente a la aplicación de la Clasificación Internacional de Enfermedades CIE-11, dado que gracias a su codificación podrán ser suministrados a nivel municipal, regional y nacional, todos los datos requeridos para mejorar y facilitar la gestión del Sistema de Público de Salud en el país, sirviendo como herramienta en la toma de decisiones para la creación de las políticas públicas que permitan el cumplimiento de sus principios.

Artículo 85° dice:

El financiamiento del sistema público nacional de salud es obligación del Estado, que integrará los recursos fiscales, las cotizaciones obligatorias de la seguridad social y cualquier otra fuente de financiamiento que determine la ley. El Estado garantizará un presupuesto para la salud que permita cumplir con los objetivos de la política sanitaria. En coordinación con las universidades y los centros de investigación, se promoverá y desarrollará una política nacional de formación de profesionales, técnicos y técnicas y una industria nacional de producción de insumos para la salud. El Estado regulará las instituciones públicas y privadas de salud (p.29).

En el caso del artículo 85, se relaciona a este proyecto en curso, ya que el financiamiento del sistema de salud es una obligación del Estado, es decir el gobierno tiene la responsabilidad de garantizar los recursos necesarios para mantener y mejorar el sistema de salud en beneficio de todos los ciudadanos y usarlos de manera eficiente para lograr los objetivos de las políticas sanitarias. Así mismo, el Estado debe articularse activamente con universidades y centros de investigación, esta colaboración tiene como objetivo impulsar y crear una política nacional eficaz en el ámbito de la salud. Además, se busca formar profesionales y fomentar la producción nacional de insumos para la salud. En resumen, este artículo destaca la importancia de asegurar un presupuesto adecuado para el sistema de salud y promover la colaboración entre diferentes actores para lograr una atención sanitaria efectiva y equitativa.

Ley Orgánica de la Salud

Así mismo, la *Ley Orgánica de Salud (LOS)*, es un instrumento normativo anterior a la CNRBV, promulgada por el extinto Congreso Nacional, publicada en la Gaceta Oficial Nro. 36.579, de fecha 11 de noviembre de 1998.

En cuyo **artículo 1°**, consagra que:

A los fines de esta Ley se entenderá por Sistema Nacional de Salud, la integración de todos los servicios destinados a la defensa de la salud en el Territorio Nacional, así como la función normativa que regulará las actividades del subsector privado de la salud (p.1).

Se hace mención específicamente a este artículo, dado que explica las directrices y bases de la salud como proceso integral, la adaptación que este debe tener a nivel científico-tecnológico, lo cual permite los avances introducidos a nivel mundial en mejora de la recepción y captación de tabulaciones estadísticas, mediante la aplicabilidad que debe darse de la CIE-11 en las instituciones de salud, a su vez, las garantías en la prestación de los servicios sanitarios por parte de las actividades de los profesionales y la relación que debe darse entre instituciones.

El **artículo 9°** dice:

El Sistema Nacional de Salud funcionará sobre la base de un personal técnicamente capacitado y debidamente organizado. Establecerá mecanismos efectivos y permanentes de coordinación y cooperación con las universidades, institutos universitarios y tecnológicos y demás entes del sistema educativo, así como con las asociaciones profesionales para la formulación y desarrollo de las políticas y programas de capacitación de personal, en todos los niveles técnicos de las ciencias de la salud, según las necesidades actuales y futuras de los servicios de salud. (p.7).

En relación al artículo antes mencionado, le da importancia y relación a la investigación, ya que relaciona la capacitación del personal que labora en las instituciones sanitarias con las universidades que realizan proyectos de investigación en búsqueda de la factibilidad y mejora, para beneficio tanto de la población, como del personal administrativo y asistencial que laboran dentro de la institución.

En dicho **artículo 27°** reza:

El Subsistema de Asesoría Técnica y Científica comprenderá las funciones requeridas para la organización de datos y conceptos, con homologación de los

códigos generales de catastro y servicios en sistemas de información de salud pública y privada, a fin de optimizar la promoción, ejecución y evaluación de conocimientos y técnicas necesarias en la búsqueda, orientación y factibilidad de aplicación de las posibles soluciones a los problemas de salud, a la administración de los recursos técnicos a usar en los servicios de atención de la salud y a la investigación metodológica sanitaria (p.7).

Este artículo menciona la coordinación de acciones para garantizar una atención integral y eficiente de la población atendida, es decir que esto implica trabajar en conjunto para planificar, ejecutar y evaluar las políticas y programas de salud, que sean factibles para las mejoras de los sistemas de información de salud. Además, se menciona la participación activa de la comunidad en la gestión y control del sistema de salud, y la colaboración entre los órganos, entes y la sociedad civil es fundamental para lograr una atención equitativa y de calidad.

Ley del Estatuto de la Función Pública

Por otra parte, *La Ley del Estatuto de la Función Pública (LEFP)* en Venezuela es un marco legal que regula las relaciones de empleo público entre los funcionarios y funcionarias públicos y las administraciones públicas nacionales, esta ley establece los deberes, incompatibilidades, prohibiciones, régimen disciplinario y de responsabilidades de los funcionarios públicos, así como las normas que rigen su desempeño en el sector público, publicada en Gaceta Oficial N° 37.522 el 06 de septiembre de 2002.

En cuyo **Artículo 63°** dice:

El desarrollo del personal se logrará mediante su formación y capacitación y comprende el mejoramiento técnico, profesional y moral de los funcionarios o funcionarias públicos; su preparación para el desempeño de funciones más complejas, incorporar nuevas tecnologías y corregir deficiencias detectadas en la evaluación; habilitarlo para que asuma nuevas responsabilidades, se adapte a los cambios culturales y de las organizaciones, y progresar en la carrera como funcionario o funcionaria público (p.19)

En tal sentido, la formación académica del personal se logrará con la ayuda del gobierno mediante la educación y la capacitación, incluido el desarrollo técnico, profesional y ético de los funcionarios; prepararlos para desempeñar funciones más complejas, como lo es la plataforma online de la Clasificación internacional de Enfermedades, para el manejo de la nueva tecnología y para la eliminación de deficiencias identificadas en los procedimientos,

y que permita asumir nuevas tareas, responsabilidades, adaptarse a los cambios culturales y organizativos y progresar en la carrera dentro de la institución sanitaria.

Por otro lado el **Artículo 64°** consagra:

El Ministerio de Planificación y Desarrollo diseñará, impulsará, evaluará y efectuará el seguimiento de las políticas de formación, capacitación y desarrollo del personal al servicio de la Administración Pública Nacional y será responsable de la coordinación, vigilancia y control de los programas de los distintos órganos y entes con el fin de garantizar el cumplimiento de dichas políticas (p.19).

En el caso del artículo antes mencionado, habla de que el Ministerio de Planificación y Desarrollo formulará, promoverá, evaluará y supervisará la política de capacitación, educación y desarrollo del personal que presta servicios en la administración del Estado y será responsable de coordinar, monitorear y controlar los programas de las diversas instituciones de salud para garantizar el cumplimiento de las políticas anteriores, y así poder contribuir eficientemente en el estudio de los problemas de la salud de un centro de salud, de la comunidad a la que pertenece y, sobre todo, las acciones para su mejoramiento. De estas consideraciones, surge el compromiso de formar un profesional capaz de contribuir con tan delicada e importante tarea y de allí que el técnico de registro y estadística de salud debe obtener un nivel académico que responda a las expectativas de la realidad nacional y sus intereses.

Seguido del **Artículo 65°** que reza:

Los programas de formación, capacitación y desarrollo podrán ser ejecutados directamente por los órganos o entes de la Administración Pública Nacional, o podrá recurrirse a la contratación de profesionales o instituciones acreditadas. El Ministerio de Planificación y Desarrollo velará por la calidad de los programas y propondrá los correctivos o mejoras que sean necesarios (p.19).

En este caso, este artículo acredita a instituciones conocidas en el medio a ejecutar los programas de educación, formación y desarrollo, estos pueden ser implementados directamente por autoridades u organismos públicos, o pueden emplear profesionales colegiados con formación dentro del área, sin embargo el Departamento de Planificación y Desarrollo garantizará la calidad del plan y recomendará las correcciones o mejoras necesarias.

Plan de la Patria

En referencia al *Plan de la Patria (PP)* es una serie de programas de gobierno y leyes venezolanas, oficialmente llamado Plan de Desarrollo Económico y Social, que se basa en un enfoque humanístico, integral, holístico y ecológico, presentada en la Gaceta Oficial N° 6.118 Extraordinario, 4 de diciembre de 2013.

Donde en el **Objetivo 1.6.2.5.** consagra que:

“Desarrollar aplicaciones informáticas que permitan aumentar la eficacia en la atención de las necesidades sociales”. (p.82).

En resumen, el artículo aboga por el desarrollo de aplicaciones informáticas como una herramienta para mejorar la eficacia en la atención de las necesidades sociales. Estas aplicaciones pueden contribuir a optimizar procesos, agilizar la toma de decisiones, aumentar la accesibilidad a los servicios y mejorar la calidad de vida de la población en general. Destacando, que en la actualidad la tecnología desempeña un papel cada vez más relevante en la sociedad, el uso de aplicaciones informáticas puede ser fundamentales para impulsar el desarrollo social y mejorar la respuesta a las demandas de la comunidad.

Con referencia al **Objetivo 1.6.2.5.3.** dice:

“Generar tecnologías y aplicaciones libres para los sistemas de registro y funcionamiento del Sistema Nacional de Salud y educación a todos los niveles”. (p.82).

Con respecto, al objetivo citado, destaca la necesidad de desarrollar tecnologías y aplicaciones de software que sean de códigos abiertos y accesibles para todos. Lo que implica promover la transparencia, la colaboración y la innovación en el ámbito de la salud y la educación. Además, se observa la importancia de contar con sistemas eficientes y efectivos para gestionar la información relacionada con la salud a nivel nacional. Esto incluye registros médicos, seguimiento de pacientes, gestión de recursos, entre otros aspectos.

Y Posteriormente el **Objetivo 2.3.6.1.2.** reza lo siguiente:

“Fortalecer y sostener una política de mantenimiento y expansión de la infraestructura y equipamiento de los distintos componentes del Sistema Público de Salud, así como de los espacios de atención de la seguridad social”. (p.132).

En base, al artículo mencionado, es evidente que sustenta la política de expansión del equipamiento en las distintas áreas, con el fin de actualizar los sistemas públicos de salud, en el caso del Hospital Dr. Enrique Tejera (CHET) y así poder brindar una mejor calidad de atención y vigilancia epidemiológica, administrativa y asistencial, ya que de esta forma se podría cumplir con los lineamientos de aplicación de la CIE-11.

2.4 Bases teóricas referenciales.

Las bases teóricas referenciales de una investigación según Vara (2010) citado por Santa Cruz (2015) “son el análisis sistemático y sintético de las principales teorías que explican el tema que se está estudiando” (p.1). Asimismo, estas se refieren a las teorías que brindan al investigador el apoyo inicial dentro del conocimiento del objeto de estudio. Por otro lado, Santa Cruz (2015) dice:

Que las bases teóricas tienen la función de introducirnos al mundo científico, primero a través de los conceptos teóricos y luego a través de la teoría misma. En la actualidad, la teoría debe ser ubicada en un enfoque teórico determinado, relacionada con el objeto de estudio, y debe considerarse la posición de distintos autores sobre el tema o problema de investigación (p.3).

Del mismo modo, la adopción de una postura teórica debe ser justificada y se recomienda realizar un análisis o comentario explicativo después de citar textualmente a un autor, así mismo, tienen la función de desarrollar la perspectiva teórica, ayudar a prevenir errores que se han cometido en otras investigaciones, orientar sobre cómo habrá de realizarse el estudio, ampliar el horizonte del estudio o guiar al investigador para que se centre en su problema y evite desviaciones del mismo, documentar la necesidad de realizar el estudio, y proporcionar una estructura lógica, completa, profunda y coherente para el marco teórico (*Ibidem*). Dicho esto, se presentan las bases teóricas referenciales de la presente investigación relacionadas al tema que se está estudiando, entre las cuales están:

Aplicabilidad

La aplicabilidad se define como la condición de aplicable recibe el nombre de aplicabilidad. Lo aplicable, en tanto, es aquello que debe o puede aplicarse (ponerse, colocarse, usarse). Pérez y Gardey, (2022: p.1)

Capacitación

Es un proceso integrado por diferentes actividades que realiza la empresa para aumentar el conocimiento de sus trabajadores sobre su puesto de trabajo, de manera que es una herramienta laboral para mejorar las capacidades del personal y que puedan así lograr el desempeño óptimo de sus tareas. Hernández, (s/f: p.1)

Clasificación Internacional de Enfermedades

La Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE), según la OPS (2010), manifiesta que es un sistema de clasificación de eje variable utilizado para clasificar enfermedades y otros problemas de salud en registros vitales y de salud. Para su uso la clasificación implica el establecimiento de categorías de conceptos pertinentes que sirvan a fines de registro o análisis sistemáticos, en el área de la salud los fines de una clasificación son diversos (p.1).

Codificación de diagnósticos

La codificación de diagnósticos es una herramienta utilizada en la gestión clínica de las unidades de salud, ya que permite la recopilación, análisis e interpretación de datos de mortalidad y morbilidad. Gutiérrez et al. (2015). Y que es de acotar, la incorporación de reglas de codificación dentro de la clasificación para lograr la coherencia de la codificación y la comparabilidad de los datos codificados en distintos momentos y lugares (p.4).

Conocimiento

Conjunto de información almacenada mediante la experiencia o el aprendizaje (a posteriori), o a través de la introspección (a priori). En el sentido más amplio del término, se trata de la posesión de múltiples datos interrelacionados que, al ser tomados por sí solos, poseen un menor valor cualitativo. Pérez y Gardey, (2021: p.1)

Estrategias

Es el patrón o plan que integra las principales metas y políticas de una organización y a su vez, establece la secuencia coherente de las acciones a realizar. Quinn, (2015: p.5).

Factibilidad

Según Varela citado por Duvergel y Argota (2017), Se entiende por Factibilidad “Las posibilidades que tiene de lograrse un determinado proyecto”. El estudio de factibilidad es el análisis que realiza una empresa para determinar si el negocio que se propone será bueno o malo, y cuáles serán las estrategias que se deben desarrollar para que sea exitoso. (p.50)

Índice Alfabético

Refleja las disposiciones de la Lista tabular con respecto a las notas que cambian la asignación de un término diagnóstico cuando el mismo se informa con otras afecciones o en circunstancias especiales. Así mismo, es un complemento esencial de la Lista tabular, puesto que contiene un gran número de términos diagnósticos que no aparecen en el Volumen 1. OPS, (2013: p.1).

Sistemas de Información de Salud

Los Sistemas de Información en Salud (SIS) constituyen el núcleo principal de soporte para la toma de decisiones en las instituciones sanitarias. Dentro de los SIS, los indicadores de salud (IS), así mismo, el sistema integrado de información en salud tiene por objetivo normalizar, integrar y organizar toda la información en salud disponible en sus sistemas de información, en un repositorio accesible y seguro, así como la distribución de la información de la forma más conveniente, para facilitar la toma de decisiones. Soler, et al. (2010: p.1)

Usos de la CIE

Según la OMS (2022), dice que es utilizada para traducir diagnósticos de enfermedades y otros problemas de salud en códigos alfanuméricos, lo cual permite el almacenamiento, la recuperación y el análisis de los datos. Esta se ha convertido en la clasificación internacional estándar de diagnósticos para todos los fines epidemiológicos generales y muchos propósitos de gestión de la salud. Entre ellos, podemos mencionar el análisis de situaciones de salud general de grupos poblacionales; el monitoreo de la incidencia y la prevalencia de enfermedades; y el examen de otros problemas de salud en relación con otras variables, como las características y circunstancias de las personas afectadas. A su vez, es adecuada para estudios de aspectos financieros de un sistema de salud, como la facturación o la asignación de recursos (p.1)

A continuación se mencionan varias definiciones que según CIE-11 (2019) dice que:

Código Combinado

Una combinación está formada por entidades poscoordinadas que se agrupan con el empleo de una barra inclinada (/) o un símbolo (&) (p.44)

Código Base

Los códigos de base son códigos que se pueden usar solos. Se encuentran en la lista tabular de la CIE-11 para estadísticas de mortalidad y morbilidad. Los códigos de base pueden ser entidades o agrupaciones de especial interés o afecciones clínicas que siempre deben describirse como una sola categoría. El diseño de los códigos de base garantiza que en los casos de uso que requieren solo un código por caso, se recopile un mínimo de información significativa (p.45)

Código de Extensión

Los códigos de extensión son listas de información adicional que pueden agregarse a un código de base cuando los usuarios y los entornos están interesados en informar de más detalles. Los códigos de extensión no son mutuamente excluyentes. No constituyen una clasificación y no se pueden usar nunca sin un código de base. Los códigos de extensión no pueden aparecer nunca en la primera posición en un grupo (p.45).

Convenciones en la CIE-11

Tiene formas estandarizadas de presentar su contenido. Las convenciones describen el contenido textual y también se aplican a la estructura de codificación, entre estas esta:

- ✓ **La inclusión y exclusión:** Pueden referirse a afecciones diferentes o ser sinónimos, ayudando a delimitar los límites de una categoría (p.40).
- ✓ **NCOP:** significa "no clasificada en otra parte" (p.41)
- ✓ **SAI:** Son una abreviatura de "sin alter indicatio" o "no especificado de otra manera" (p.41).
- ✓ **La letra 'y' y la letra 'o':** En la CIE-11 se usan en su significado en lógica formal. Un término que incluye una declaración del tipo "A y B" significa que ambos, A y B, tienen que estar presentes para poder usar esa categoría (p.43).






Lista Tabular

Es donde se encuentran organizados y estructurados todos los códigos y descripciones de enfermedades y problemas de salud. En la Lista Tabular, cada código numérico o alfanumérico corresponde a una enfermedad específica o condición de salud, y se presenta de manera jerarquizada y sistemática para facilitar la búsqueda y la codificación precisa de diagnósticos. La lista tabular es una lista alfanumérica de enfermedades y grupos de

enfermedades, notas de inclusión y exclusión y algunas reglas de codificación. Los capítulos 1 a 25 de la CIE contienen aproximadamente 15 000 entidades a nivel de cuatro, cinco o seis caracteres (p.38).

Nomenclaturas de la CIE-11

Conjuntos de símbolos destinados a guiar al codificador cuando navega mediante la plataforma digitalizada de la CIE-11, entre estos están:

- ✓  Indica que hay una poscoordinación disponible
- ✓  Indica que hay una poscoordinación obligatoria
- ✓  Indica que hay una nota
- ✓  Indica que es Capitulo de causas externas
- ✓  Indica que es Capitulo de Perinatal
- ✓ Asterisco (*) acompañado de la patología, signo o síntoma que se esté buscando, significa COINCIDENCIA PERFECTA. Vargas y Colmenarez, (2023: p. 17)

Precoordinación

Los códigos de base pueden contener toda la información pertinente sobre un concepto clínico en una forma pre-combinada (p.47).

Poscoordinación

El uso de múltiples códigos (es decir, códigos de base y/o códigos de extensión) juntos, para describir completamente un concepto clínico documentado (p.47).

Percepción

La percepción puede entonces definirse como el resultado del procesamiento de información que consta de estimulaciones a receptores en condiciones que en cada caso se deben parcialmente a la propia actividad del sujeto. Arias, (2006: p.9).

2.5 Operacionalización de Variables.

Tipo de Variable	Variables	Definición Conceptual	Dimensiones	Indicadores	Ítems	Instrumento
Dependiente	Aplicabilidad de la CIE-11	La aplicabilidad se define como la condición de aplicable recibe el nombre de aplicabilidad. Lo aplicable, en tanto, es aquello que debe o puede aplicarse (ponerse, colocarse, usarse). Pérez y Gardey, (2022, p.1)	Facilidad de uso. - Eficacia para la codificación de diagnósticos. - Utilidad para la toma de decisiones. - Compatibilidad con los sistemas existentes.	SI	5	Cuestionario
				NO		
Independiente	Conocimiento de los trabajadores, sobre la (CIE-11).	Conjunto de información almacenada mediante la experiencia o el aprendizaje (a posteriori), o a través de la introspección (a priori). En el sentido más amplio del término, se trata de la posesión de múltiples datos interrelacionados que, al ser tomados por sí solos, poseen un menor valor cualitativo. Pérez y Gardey, (2021, p.1)	-Conceptos básicos de la CIE-11. - Estructura y códigos de la CIE-11. - Aplicación de la CIE-11 en la práctica.	Bueno (16pts – 20pts)	1 al 20	Test de conocimiento
				Regular (10pts al 15pts)		
				Deficiente (01pts - 09pts)		
Independiente	Percepción de los trabajadores en cuanto la aplicabilidad de la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE-11).	La percepción puede entonces definirse como el resultado del procesamiento de información que consta de estimulaciones a receptores en condiciones que en cada caso se deben parcialmente a la propia actividad del sujeto. Arias, (2006, p.9).	- Utilidad para la mejora de la calidad de los datos. - Facilidad de implementación. - Impacto en el trabajo diario. - Percepción de los beneficios de la CIE-11.	De acuerdo	1 al 10	Escala de Likert
				Indeciso		
				En desacuerdo		
Independiente	Factibilidad en cuanto a la aplicación de la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE-11), dentro del Departamento de Registro y Estadísticas de Salud.	Según Varela citado por Duvergel y Argota (2017), Se entiende por Factibilidad “Las posibilidades que tiene de lograrse un determinado proyecto”. El estudio de factibilidad es el análisis que realiza una empresa para determinar si el negocio que se propone será bueno o malo, y cuáles serán las estrategias que se deben desarrollar para que sea exitoso. (p.50)	- Disponibilidad de personal capacitado. - Adecuación del software y hardware. - Suficiencia de presupuesto. - Compatibilidad con las regulaciones vigentes.	SI	1 al 5	Cuestionario
NO						

CAPITULO III

MARCO METODOLOGICO

En este apartado se presenta la postura del investigador con respecto al paradigma, diseño, tipo y los instrumentos, lo cual constituirá una serie de técnicas y procedimientos para procesar y sistematizar la información. Al respecto, Arias (2012), señala que el marco metodológico, es el "conjunto de pasos, técnicas y procedimientos que se emplean para formular y resolver problemas" (p.16). Este elemento funciona como una brújula que guía al investigador en el proceso de recolección, análisis e interpretación de datos, garantizando la rigurosidad y validez de la investigación, a continuación se presentara el desglose de este trabajo de investigación.

3.1 Descripción del Modelo (paradigma/enfoque)

3.1.1 Paradigmas de Investigación

Toda investigación en salud posee una amplia variedad de singularidades y cada una se encuentra amparada teóricamente por una concepción epistemológica, estos conocimientos son los denominados paradigmas, que en esta oportunidad nuestra investigación está enmarcada bajo el paradigma positivista lógico, y es que según Herrera (2018), dice que es "También llamado cuantitativo, empírico-analítico, racionalista, busca explicar, predecir, controlar los fenómenos, verificar teorías y leyes para regular los fenómenos; identificar causas reales, temporalmente precedentes o simultáneas" (p.1).

3.1.2 Enfoque de la investigación

De acuerdo con el problema que se plantea en el presente estudio con los objetivos que de él se derivan y las bases teóricas acerca del mismo, la presente investigación se enmarcó dentro del enfoque cuantitativo, el cual es considerado de este tipo cuando se somete a calcular variables en función de una magnitud o cantidad determinada. Según Valdés (2006), "Los aspectos que caracterizan a una investigación cuantitativa es la medición sometidas a criterio matemático y reproduce numéricamente las relaciones entre los sujetos y los fenómenos" (p.3). En este mismo orden de ideas, los elementos de la investigación cuantitativa se encuentran en la corriente filosófica del positivismo que se dedica a extraer datos sin introducir conocimientos más allá del campo de la observación (*Ibidem*).

3.2 Tipo de investigación

La presente investigación es de tipo descriptiva, y según Hurtado (2012), la define como “La descripción precisa del objeto de estudio, y es por esto que este tipo de investigación se relacionan con el diagnóstico, y el propósito es exponer el evento estudiado haciendo una descripción detallada de sus características” (p.109). En este sentido la intención del presente estudio se centra en comprobar la calidad de los conocimientos adquiridos sobre la CIE-11 por el personal que trabaja en el Departamento de Registro y Estadísticas de Salud y su aplicabilidad en el desempeño laboral en el hospital Dr. Enrique Tejera, en el estado Carabobo.

3.3 Diseño de la investigación

En toda investigación científica es fundamental que los hechos estudiados presenten una secuencia lógica, coherente y sistemática, tanto en la etapa de recolección como en la del análisis de los datos, lo que permite que el estudio sea confiable y tenga validez interna, por lo cual, se delimitan los procesos en orden metodológico, en la búsqueda de respuestas a las interrogantes de estudio. Es por esto, que el diseño de investigación del presente estudio es de campo no experimental, con una temporalidad trasversal, desde la perspectiva de Dzul (2010), “Es aquel que se realiza sin manipular deliberadamente variables. Se basa fundamentalmente en la observación de fenómenos tal y como se dan en su contexto natural para después analizarlos” (p.2). Por otra parte, según Hernández et al (2010) dice que un diseño trasversal es cuando, “Recolectan datos en un solo momento, en un tiempo único. Su propósito es describir variables y analizar su incidencia e interrelación en un momento dado.” (p.151).

3.4 Población y muestra

3.4.1 Población

Para esta investigación, se tomará en cuenta los 167 trabajadores del Departamento de Registro y Estadísticas de Salud de la Ciudad Hospitalaria Dr. Enrique Tejera del estado Carabobo. Así mismo, Hernández et al (2010) nos dicen que son un “Conjunto de todos los casos que concuerdan con determinadas especificaciones” (p.174).

3.4.2 Muestra

La muestra para Hernández et al (2010), (ob.cit), “es un subgrupo de la población de interés sobre el cual se recolectarán datos, y que tiene que definirse o delimitarse de antemano con precisión, éste deberá ser representativo de dicha población” (p.173), Asimismo, la muestra de esta investigación fue de tipo voluntario, es decir los participantes no fueron seleccionados de ninguna manera por el investigador, sino que obedece de manera voluntaria de los sujetos en participar en la investigación, previo consentimiento informado, los cuales participaron 45 voluntarios.

3.5 Técnicas e instrumentos de recolección de datos

En esta investigación, se utilizó la técnica de la encuesta que se hace efectiva a través de un instrumento denominado test de conocimiento y según Rives, (2018), “Es una opción que permite un análisis preciso y objetivo de los conocimientos adquiridos en un momento dado a raíz de una experiencia de aprendizaje” (p.1), en esta investigación se utilizó una ponderación máxima de 20 puntos por trabajador, lo que permite construir una escala de conocimiento, formado por los siguientes estratos: Bueno (20pts–16pts), Regular (15pts–10Pts) y Deficiente (09pts–01pts), lo que facilito evaluar las respuestas de los trabajadores como correcto e incorrecto por items.

Por otra parte, para dar respuesta al segundo objetivo se manejó un instrumento tipo cuestionario donde se utilizó la escala Likert, Da Silva (2023), “siendo este un método de investigación el cual se utiliza una escala de calificación para conocer el nivel de acuerdo o desacuerdo de las personas sobre un tema” (p.1), siendo esta una escala de estimación integrada por tres opciones y respuesta: De acuerdo (DA), Indeciso (IN) y En Desacuerdo (ED), así mismo tendremos un cuestionario de 5 preguntas la cuales las respuestas serán dicotómicas abiertas y cerradas y que según Hernández et al (2010), “consiste en un conjunto de preguntas respecto de una o más variables a medir” (p.217), y que permitirá dar respuesta al último objetivo de la investigación.

3.6 Técnicas de análisis de datos

Cerrada la fase de recolección de datos y seguida de la aplicación del instrumento, se procedió a organizar y analizar la información recopilada, a fin de dar respuesta a los objetivos planteados. En este sentido, según Hernández et al (2010) refiere que, "El análisis de datos

es el proceso de organizar, sistematizar e interpretar la información recolectada en una investigación cuantitativa, con el fin de extraer conclusiones y responder a las preguntas de investigación." (p. 439). Por ello, se derivará la codificación de la información contenida en los instrumentos aplicados, para su correspondiente análisis e interpretación. El análisis de resultados se realizó a partir de la estadística descriptiva (frecuencia y porcentaje) de cada variable, por medio de representaciones de cuadros, todo esto facilitará la visualización e interpretación de datos, obteniéndose así las conclusiones de la investigación.

3.7 Confiabilidad y Validez de los instrumentos

3.7.1 Confiabilidad

En lo que respecta a la Confiabilidad de esta investigación, Hernández en su obra citada (2010) indican que “La confiabilidad se refiere al grado en el que la aplicación repetida de un instrumento de medición al mismo sujeto u objeto produce iguales resultados consistentes y coherentes” (p.200). Para el cálculo de la confiabilidad del instrumento de recolección de datos, en la parte inicial donde se ejecutó la prueba de conocimiento; al existir una sola opción correcta se procedió al cálculo de la misma a partir de los coeficientes Kuder y Richardson (Kr20).

Posterior a la aplicación de la fórmula propuesta por Kuder y Richardson donde se evidenció un coeficiente de 0,80, lo que indica que al aplicar el instrumento varias veces a un mismo grupo en condiciones similares se observarán resultados parecidos en la primera y segunda vez en grado Muy Alto. También se puede decir que cada vez que se aplique el instrumento a un mismo grupo en condiciones similares, se observarán resultados parecidos en el 80% de los casos.

$$Kr_{20} = \frac{k}{k-1} \left(1 - \frac{\sum p * q}{S^2 T} \right) = \frac{20}{19} \left(1 - \frac{2,13}{8,85} \right) = 1,05 * 0,76 = 0,80$$

Para la segunda parte del instrumento se utilizó el coeficiente Alfa de Crombach, de acuerdo con la naturaleza de las preguntas del instrumento (respuestas tipo escala de Likert), donde se contrastarán las varianzas de respuestas de todos los ítems de manera individual y por persona, conforme a la siguiente fórmula:

$$\alpha = \frac{k}{k-1} \left(1 - \frac{S^2i}{S^2T} \right) = \frac{10}{9} \left[1 - \frac{2,75}{8,71} \right] = 1,11 * 0,68 = 0,71$$

A partir de la aplicación de la fórmula se obtuvo un coeficiente de 0,71, lo que indica que el instrumento tiene una confiabilidad muy alta, es decir, que cada vez que se aplique el instrumento en condiciones se obtendrán resultados similares en un 71%.

3.7.2 Validez de los instrumentos

Asimismo, Ruiz (2013), cita a la validez como un “Grado en que un instrumento realmente mide la variable que pretende medir” (p.104). En el caso particular de la investigación presentada, se recurrió a la validez de contenido a partir de la opinión de tres investigadores del área de salud, esta validación se hizo a través de una petición formal, realizándose las correcciones necesarias atendiendo a las opiniones emitidas por parte de los expertos para su aplicación a la muestra de estudio.

En este sentido, para obtener la validez del instrumento, hay que remitirse a la operacionalización de los objetivos, los cuales debe tener por lo menos uno o dos ítems dentro del instrumento, para verificar la información sobre el indicador en estudio, posteriormente se escriben los ítems de forma clara, precisa, sin ambigüedades, de manera que el encuestado conteste de manera rápida y eficaz.

CAPITULO IV

RESULTADOS Y DISCUSIÓN

4.1 Análisis de datos

El análisis e interpretación de los resultados simboliza la acumulación de la fase diagnóstica de la investigación, aquí se consiguen la opinión de los implicados en función a las variables de estudio, y según Westreicher, (2020) menciona el análisis de datos como “el estudio exhaustivo de un conjunto de información cuyo objetivo es obtener conclusiones que permitan a una empresa o entidad tomar una decisión” (p.1).

Asimismo, en este apartado, se dan a conocer los resultados obtenidos, producto de la aplicación de los instrumentos, de acuerdo a los objetivos formulados en esta investigación, y se presentan las respuestas a los ítems, los cuales se analizaron, tomando como base la estadística, por ser ésta una técnica específica, apta para el estudio cuantitativo, es decir, vinculada a procedimientos desarrollados para analizar datos numéricos.

Seguidamente, aplicando el instrumento se procedió a la elaboración de la matriz donde se tabularon los datos, de la misma forma siguieron los lineamientos de la estadística descriptiva, a tal efecto, se realizaron tablas de doble entrada, es decir, representando la frecuencia y el porcentaje, mostrando la respectiva leyenda y descripción de cada ítem, para luego realizar los análisis correspondiente.

4.2 Resultados

Una vez recolectada y procesada la información en la primera parte del instrumento que se buscó diagnosticar que conocimientos tenían los trabajadores de la Ciudad Hospitalaria Dr. Enrique Tejera, en el estado Carabobo, sobre la (CIE-11), y luego de recopilada la información se presentó en cuadros con frecuencia y porcentaje que se analizaron a continuación:

Tabla 1

Distribución de las frecuencias y porcentajes, sobre la opinión de la definición sobre la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE-11).

Correcto		Incorrecto	
f	%	f	%
11	24,44	34	75,56

Fuente: Arismendi, R. Mendoza, Z. (2024).

Análisis: En la tabla 1, se evidencia el desconocimiento de la definición de la Clasificación Internacional de Enfermedades undécima revisión (CIE-11), con un 75,56 % como opción incorrecta y un 24,44 % correcta, llegando al análisis de que hay un alto porcentaje de los participantes que desconocen la conceptualización de dicho sistema.

Tabla 2

Distribución de las frecuencias y porcentajes, en cuanto a la percepción de los trabajadores del formato de presentación de la CIE-11.

Correcto		Incorrecto	
f	%	f	%
13	28,89	32	71,11

Fuente: Arismendi, R. Mendoza, Z. (2024).

Análisis: En la tabla 2, se evidencia el poco conocimiento de cuál es la versión o formato en la cual se presenta la CIE-11, representada por 71,11% de respuesta incorrecta y el 28,89% de respuesta acertada, dejándonos como análisis de este ítem que la mayoría de los participantes desconocen que la versión actual de la CIE-11 es completamente digital.

Tabla 3

Distribución de las frecuencias y porcentajes, con relación al inicio del proceso para la codificación de la CIE-11.

Correcto		Incorrecto	
f	%	f	%
3	6,67	42	93,33

Fuente: Arismendi, R. Mendoza, Z. (2024).

Análisis: En la tabla 3, los resultados arrojados en el conocimiento de como se inicia el proceso para iniciar la codificación bajo la versión de la CIE-11, fue un porcentaje del 93,33% de respuestas incorrecta, y un 6,67% de preguntas correctas, dejándonos como análisis que un alto porcentaje de participantes desconoce que deben tener una computadora conectada a internet para iniciar el proceso ya que esta versión se encuentra solamente digital en la plataforma de la Organización Panamericana de la Salud (OPS).

Tabla 4

Distribución de las frecuencias y porcentajes, sobre la opinión de los trabajadores de cuántos caracteres tienen los códigos de la CIE-11.

Correcto		Incorrecto	
f	%	f	%
24	53,33	21	46,67

Fuente: Arismendi, R. Mendoza, Z. (2024)

Análisis: En la tabla 4, los resultados de esta pregunta arrojaron que un 53,33% respondió de manera correcta y el 46,67% de manera incorrecta, llegando al análisis de que mas del 50% conoce que el número de caracteres va a variar dependiendo del diagnóstico clínico que se esté codificando, de su lateralidad, de la localización y extensión.

Tabla 5

Distribución de las frecuencias y porcentajes, en relación a las respuestas de los trabajadores sobre el conocimiento de la definición de nomenclatura en la CIE-11.

Correcto		Incorrecto	
f	%	f	%
12	26,67	33	73,33

Fuente: Arismendi, R. Mendoza, Z. (2024).

Análisis: En la tabla 5, se evidencio el alto porcentaje de respuestas incorrectas con un 73,33% y un 26,67% de respuestas correctas, arrojando como análisis que 33 participantes conocen que las nomenclaturas son iconos que te dan información específica sobre las entidades en la interfaz de la plataforma de la CIE-11 y que 12 participantes desconocen esta información.

Tabla 6

Distribución de las frecuencias y porcentajes, sobre el conocimiento de los participantes, de cuántas nomenclaturas hay en la CIE-11.

Correcto		Incorrecto	
f	%	f	%
16	35,56	29	64,44

Fuente: Arismendi, R. Mendoza, Z. (2024).

Análisis: En la tabla 6, los resultados de esta pregunta se evidenciaron que un 64,44% respondió de manera incorrecta y un 35,56% aserto la respuesta, llevándonos a analizar que 29 participante, a pesar de no saber que es una nomenclatura suponen que son 7 las nomenclaturas presente dentro del interfaz de la plataforma de la CIE-11 y 16 por desconocimiento de la definición y de saber que son también desconocen cuantas son las nomenclaturas presentes en dicha plataforma.

Tabla 7

Distribución de las frecuencias y porcentajes, del conocimiento de los trabajadores sobre la conceptualización del código base.

Correcto		Incorrecto	
f	%	f	%
14	31,11	31	68,89

Fuente: Arismendi, R. Mendoza, Z. (2024).

Análisis: En la tabla 7, en el total de los participantes un 68,89% respondió de manera incorrecta y un 31,11% aserto de manera correcta a la pregunta, dándonos como análisis que 31 participantes desconocen la definición del código base y que 14 participantes saben que el código base son entidades o agrupaciones de gran relevancia, y que deben describirse siempre como una sola categoría.

Tabla 8

Distribución de las frecuencias y porcentajes, en relación a la definición del código de pre-coordinación que tienen los participantes.

Correcto		Incorrecto	
f	%	f	%
7	15,56	38	84,44

Fuente: Arismendi, R. Mendoza, Z. (2024).

Análisis: En la tabla 8, se evidencio que 38 participantes respondieron de manera incorrecta y 7 de manera correcta, resultando como análisis que es una de las preguntas con mayor porcentaje de respuesta incorrecta con un 84,44% y que solo un 15,56% conoce que un código de pre-coordinación son códigos bases que se pueden combinar para contener mayor información clínica.

Tabla 9

Distribución de las frecuencias y porcentajes, en cuanto al discernimiento de los trabajadores en relación a la definición del código de extensión.

Correcto		Incorrecto	
f	%	f	%
12	26,67	33	73,33

Fuente: Arismendi, R. Mendoza, Z. (2024).

Análisis: En la tabla 9, de los 45 participantes, 33 respondieron de manera incorrecta y 12 de manera correcta, lo cual nos indica que el 73,33% desconoce que es un código de extensión siendo un porcentaje alto, que por el contrario el 26,67% conoce que un código de extensión son listas de información adicional que se le pueden añadir a un código base, dando más detalles informativos del diagnóstico clínico.

Tabla 10

Distribución de las frecuencias y porcentajes, del conocimiento de los trabajadores en correlación al uso la CIE-11.

Correcto		Incorrecto	
f	%	f	%
32	71,11	13	28,89

Fuente: Arismendi, R. Mendoza, Z. (2024)

Análisis: En la tabla 10, en este ítem como resultado se obtuvo que 32 participantes respondieron de manera correcta y 13 de forma incorrecta, dando como análisis que el 71,11% conoce que la CIE-11 se usa para codificar diagnósticos médicos y que el 28,89% desconoce ese uso.

Tabla 11

Distribución de las frecuencias y porcentajes, dando a conocer las respuestas de los trabajadores en cuanto a donde se aplica la CIE-11.

Correcto		Incorrecto	
f	%	f	%
32	71,11	13	28,89

Fuente: Arismendi, R. Mendoza, Z. (2024)

Análisis: En la tabla 11, se evidencio que el 71,11% respondieron de forma correcta y que el 28,89% de forma incorrecta, llegando a la conclusión que 32 participantes saben que la CIE-11 se aplica para codificar historias clínicas, certificados de defunción, certificados de nacimientos vivos entre otros, y 13 participantes desconocen esta información.

Tabla 12

Distribución de las frecuencias y porcentajes, correlacionando los conocimientos de los trabajadores sobre la conceptualización de las convenciones de la CIE-11.

Correcto		Incorrecto	
f	%	f	%
19	42,22	26	57,78

Fuente: Arismendi, R. Mendoza, Z. (2024)

Análisis: En la tabla 12, en el total de la muestra de los trabajadores el 57,78% respondió incorrectamente y el 42,22% de forma correcta, evidenciando que 26 participantes desconoce que son las convenciones de la CIE-11 y los 19 restantes conocen que las convenciones son descripciones del contenido textual, ya que especifican la definición de las siglas que pueden ser algún indicativo o instrucción dentro de la codificación.

Tabla 13

Distribución de las frecuencias y porcentajes, sobre la percepción que tienen los trabajadores del departamento sobre la definición del código de pos-coordinación.

Correcto		Incorrecto	
f	%	f	%
7	15,56	38	84,44

Fuente: Arismendi, R. Mendoza, Z. (2024)

Análisis: En la tabla 13, se evidencio que un alto porcentaje de un 84,44% es decir 38 trabajadores, desconoce que es un código de pos-coordinación y un 15,56% que representa a los 7 trabajadores restantes, tiene el conocimiento de que este código es la unificación de los códigos base y de extensión dando como resultado mayor información sobre el diagnóstico clínico.

Tabla 14

Distribución de las frecuencias y porcentajes, en relación el nivel de conocimiento de los participantes en cuanto a la definición de qué es un clúster.

Correcto		Incorrecto	
f	%	f	%
21	46,67	24	53,33

Fuente: Arismendi, R. Mendoza, Z. (2024)

Análisis: En la tabla 14, refleja que está casi dividida los conocimientos en esta pregunta ya que el 53,33% desconoce la respuesta y el 46,67% que son representados por 21 trabajadores conocen que un clúster es la unificación de entidades pre y poscoordinadas que se reflejan mediante una barra diagonal / o un símbolo de & ampersand.

Tabla 15

Distribución de las frecuencias y porcentajes, que se obtuvo de la participación de los trabajadores, de cuál es el conocimiento que tienen en relación a la codificación en la mortalidad.

Correcto		Incorrecto	
f	%	f	%
28	62,22	17	37,78

Fuente: Arismendi, R. Mendoza, Z. (2024)

Análisis: En la tabla 15, en una mayoría con un 62,22% representada por 28 participantes conocen que cuando se codifica la mortalidad estamos hablando de los certificados de defunción en el cual se le debe asignar un código a cada diagnostico que llevo a la muerte al individuo, y el 37,78% representado por 17 trabajadores desconocen que se codifica en la mortalidad.

Tabla 16

Distribución de las frecuencias y porcentajes, que se obtuvo de la participación de los trabajadores, de cuál es el conocimiento que tienen en relación a la codificación en la morbilidad.

Correcto		Incorrecto	
f	%	f	%
13	28,89	32	71,11

Fuente: Arismendi, R. Mendoza, Z. (2024)

Análisis: En la tabla 16, se evidencio que hay un alto porcentaje de 71,11% que desconoce que se codifica en la morbilidad y un 28,89% que contesto de manera correcta, en un análisis final, podemos decir que 32 trabajadores conocen que en la morbilidad podemos codificar las historias clínicas, los egresos, los certificados de nacimientos vivos entre otros.

Tabla 17

Distribución de las frecuencias y porcentajes, en relación al nivel de conocimiento de los trabajadores en relación a la definición de una secuencia informada.

Correcto		Incorrecto	
f	%	f	%
16	35,56	29	64,44

Fuente: Arismendi, R. Mendoza, Z. (2024)

Análisis: En la tabla 17, refleja que un 64,44% respondió de manera incorrecta y un 35,56% de manera correcta, llegando a la conclusión que 29 trabajadores desconocen que es una secuencia informada y 16 trabajadores conocen que una secuencia informada es una cadena de acontecimientos médicos que se reflejan en el certificado de defunción que conllevan a la muerte a un individuo.

Tabla 18

Distribución de las frecuencias y porcentajes, sobre la opinión de los participantes de la conceptualización de un punto de inicio, en la CIE-11.

Correcto		Incorrecto	
f	%	f	%
7	15,56	38	84,44

Fuente: Arismendi, R. Mendoza, Z. (2024)

Análisis: En la tabla 18, es evidente que el 84,44% es uno de los porcentajes más altos de respuestas incorrecta y que el 15,56% representa la respuesta correcta, es decir que este último porcentaje representado por 7 trabajadores conoce que el punto de inicio es la afección lesión o acontecimiento que comienza la relación causal y que se encuentra en la última línea del certificado de defunción el cual desencadena la secuencia informada como diagnostico que genera la muerte de un individuo.

Tabla 19

Distribución de las frecuencias y porcentajes, después del discernimiento de los trabajadores en cuanto a la definición de la causa básica de la naturaleza de la lesión.

Correcto		Incorrecto	
f	%	f	%
12	26,67	33	73,33

Fuente: Arismendi, R. Mendoza, Z. (2024)

Análisis: En la tabla 19, se evidencia que 33 participantes respondieron de manera correcta y 12 de manera incorrecta, dejándonos como análisis que el 73,33% desconoce la respuesta correcta y el 26,67% conoce que la causa básica de la naturaleza de la lesión es la contusión o enfermedad causada por un acontecimiento ubicada en cualquier parte del cuerpo.

Tabla 20

Distribución de las frecuencias y porcentajes, de la percepción de los participantes sobre la definición la causa externa de la lesión en la CIE-11.

Correcto		Incorrecto	
f	%	f	%
8	17,78	37	82,22

Fuente: Arismendi, R. Mendoza, Z. (2024)

Análisis: En la tabla 20, en el total de la muestra de los participantes se evidencio que nuevamente existe un alto porcentaje de respuestas incorrectas representadas con 37 trabajadores y correctas con 8 trabajadores, dejando como análisis que el 82,22% respondió de forma no acertada y que solo el 17,78% conoce que la causa externa de la lesión hace referencia al sitio o actividad que este haciendo un individuo cuando le sucede una lesión.

Seguidamente para los siguiente análisis de los resultados se tomó en cuenta el segundo objetivo el cual se buscaba analizar la percepción en cuanto la aplicabilidad de la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE-11), la cual se presentan los resultados a continuación:

Tabla 21

Distribución de las frecuencias y porcentajes, de conocimiento de la versión de la CIE-11.

DA		IN		ED	
f	%	f	%	f	%
25	55,56	5	11,11	15	33,33

Fuente: Arismendi, R. Mendoza, Z. (2024)

Análisis: En la tabla 21, se evidencia que de los 45 participantes, 25 estuvieron de acuerdo, en conocer la versión de la CIE-11 con un porcentaje de 55,56%, 5 participantes se mostraron indecisos respecto a si conocían la versión de la CIE-11 arrojando un 11,11%, mientras que 15 de los participantes manifestaron estar en desacuerdo en cuanto a conocer la versión de la CIE-11, dando un 33,33%.

Tabla 22

Distribución de las frecuencias y porcentajes, sobre la percepción de la amigabilidad en la codificación de la morbilidad diaria (EPI-10), con CIE-11.

DA		IN		ED	
f	%	f	%	f	%
19	42,22	8	17,78	18	40,00

Fuente: Arismendi, R. Mendoza, Z. (2024)

Análisis: En la tabla 22, el porcentaje más significativo arrojó un 42,22%, seguido de un 40,00% y por último un 17,78%, lo que corresponde a que de 45 participantes, 19 de ellos estuvieron de acuerdo en que la codificación con la CIE-11 es más amigable, mientras que 18 participantes manifestaron estar en desacuerdo en que la codificación con la CIE-11 sea más amigable, y por último 8 participantes se mostraron indecisos respecto a si la codificación con la CIE-11 es más amigable.

Tabla 23

Distribución de las frecuencias y porcentajes, en relación a la confianza en la codificación de historias clínicas bajo la versión de la CIE-11.

DA		IN		ED	
f	%	f	%	f	%
22	48,89	6	13,33	17	37,78

Fuente: Arismendi, R. Mendoza, Z. (2024)

Análisis: En la tabla 23, un 48,89% que corresponde a 22 de 45 participantes, estuvieron de acuerdo en que la codificación de la historia clínica bajo la versión de la CIE-11 puede ser más confiable, sin embargo, un 37,78% correspondiente a 17 participantes consideró estar en desacuerdo, teniendo un 13,33% de 6 participantes los cuales se mostraron indecisos en cuanto a que la codificación de la historia clínica bajo la versión de la CIE-11 puede ser más confiable.

Tabla 24

Distribución de las frecuencias y porcentajes, conforme a la opinión de los participantes de la precisión en la codificación de certificados de defunción (EV-14) con la CIE-11.

DA		IN		ED	
f	%	f	%	f	%
12	26,67	15	33,33	18	40

Fuente: Arismendi, R. Mendoza, Z. (2024)

Análisis: En la tabla 24, quedó demostrado que de 45 participantes 18 de ellos estuvieron en desacuerdo, en considerar que la codificación de los certificados de defunción (EV-14) con la CIE-11 puede ser más precisa arrojando el porcentaje más alto con un 40%, a su vez, 15 de los participantes se mostraron indecisos, respecto a si consideraban que la codificación de los certificados de defunción (EV-14) con la CIE-11 puede ser más precisa dando un 33,33%, y el 12 de los participantes restantes manifestaron estar de acuerdo arrojando un 26,67%.

Tabla 25

Distribución de las frecuencias y porcentajes, de la apreciación en cuanto a la rapidez en la codificación de certificados de nacimientos vivos (EV-25) con la CIE-11.

DA		IN		ED	
f	%	f	%	f	%
28	62,22	6	13,33	11	24,44

Fuente: Arismendi, R. Mendoza, Z. (2024)

Análisis: En la tabla 25, nos indica que la mayoría de los participantes 28 para ser exactos, están de acuerdo en que la codificación de los certificados de nacimientos vivos con la CIE-11 puede ser más rápida, arrojando un 62,22%, aunque hay 11 personas que están en desacuerdo con un 24,44%, por su parte 6 de los participantes un 13,33%, se mostraron indecisos respecto a si la codificación con la CIE-11 puede ser más rápida. Esto sugiere una percepción positiva hacia la eficiencia de la codificación en este contexto específico.

Tabla 26

Distribución de las frecuencias y porcentajes, sobre la confianza en la codificación del diagnóstico final de egreso bajo la CIE-11.

DA		IN		ED	
f	%	f	%	f	%
24	53,33	3	6,67	18	40,00

Fuente: Arismendi, R. Mendoza, Z. (2024)

Análisis: En la tabla 26, se demuestra que hay una división de opiniones entre los participantes en cuanto a si codificar el diagnóstico final de egreso bajo la CIE-11 resulta confiable. Aunque un 53,33% que corresponde a 24 de 45 participantes está de acuerdo en la confiabilidad de esta codificación, también hay una proporción significativa que se encuentra en desacuerdo con un 40,00% perteneciente a 18 participantes, donde la presencia de participantes indecisos con un 6,67% de 3 participantes también indica que existen diferentes percepciones y niveles de confianza en la codificación bajo la CIE-11 en este contexto específico.

Tabla 27

Distribución de las frecuencias y porcentajes, sobre la codificación de los diagnósticos finales de la tarjeta del Kardex con la CIE-11.

DA		IN		ED	
f	%	f	%	f	%
8	17,78	5	11,11	32	71,11

Fuente: Arismendi, R. Mendoza, Z. (2024)

Análisis: En la tabla 27, nos indica que 32 de 45 participantes, siendo una mayoría abrumadora está en desacuerdo en que los diagnósticos finales de la tarjeta del Kardex deberían ser codificados bajo la CIE-11, arrojando un 71,11%, mientras que la proporción de participantes que están de acuerdo con esta idea es bastante baja siendo solo 8 participantes para un 17,78%, y solo 5 de los participantes el 11,11% se mostraron indecisos respecto a si los diagnósticos finales deberían ser codificados bajo la CIE-11. Este resultado sugiere una clara preferencia por no codificar los diagnósticos finales bajo la CIE-11 en este contexto específico.

Tabla 28

Distribución de las frecuencias y porcentajes, respecto a la precisión de las codificaciones con CIE-11 antes de realizar las estadísticas.

DA		IN		ED	
f	%	f	%	f	%
28	62,22	6	13,33	11	24,44

Fuente: Arismendi, R. Mendoza, Z. (2024)

Análisis: En la tabla 28, se evidenció que la mayoría de los 45 participantes, 28 correspondientes al 62,22%, consideran que las codificaciones antes de realizar las estadísticas son precisas con la CIE-11. Sin embargo, hay un porcentaje significativo de 11 participantes, el 24,44%, que no está de acuerdo con la precisión de estas codificaciones. A su vez, un grupo menor de 6 participantes se muestra indeciso al respecto arrojando un 13,33%. Esto sugiere que hay opiniones variadas sobre la precisión de las codificaciones con la CIE-11 antes de realizar las estadísticas en este contexto.

Tabla 29

Distribución de las frecuencias y porcentajes, de la percepción de la simplicidad en las reglas de codificación de certificados de defunción (EV-14) con CIE-11.

DA		IN		ED	
f	%	f	%	f	%
9	20,20	8	17,78	28	62,22

Fuente: Arismendi, R. Mendoza, Z. (2024)

Análisis: En la tabla 29, demuestra que 28 de 45 de los participantes, el 62,22%, en este caso, están en desacuerdo con la afirmación de que la CIE-11 estructura de forma sencilla las reglas básicas y de modificación en la codificación de los certificados de defunción (EV-14). Mientras que un porcentaje menor de 9 participantes, el 20,20%, están de acuerdo con la afirmación, y 8 de los participantes un 17,78% se encuentra indeciso al respecto. Esto indica que la percepción dominante en este grupo es que la CIE-11 no estructura de forma sencilla estas reglas en la codificación de los certificados de defunción.

Tabla 30

Distribución de las frecuencias y porcentajes, sobre la facilidad de codificación topográfica y morfológica con la CIE-11 en la naturaleza de la lesión y en las causas externas.

DA		IN		ED	
f	%	f	%	f	%
5	11,11	7	15,56	33	73,33

Fuente: Arismendi, R. Mendoza, Z. (2024)

Análisis: En la tabla 30, los resultados revelaron que la mayoría equivale a un 73,33%, que corresponden a 33 de 45 participantes quienes están en desacuerdo con la afirmación de que la CIE-11 facilita la codificación topográfica y morfológica en la naturaleza de la lesión y en las causas externas. Mientras que un porcentaje muy bajo corresponde a 5 participantes, el 11,11%, los cuales están de acuerdo con la afirmación, y 7 participantes que dan un 15,56% se encuentran indecisos al respecto. Esto sugiere que la mayoría de los participantes perciben que la CIE-11 no facilita esta codificación de forma efectiva en estos aspectos específicos.

Ahora bien, para el análisis de estos resultados se tomó en cuenta el tercer objetivo donde se buscaba analizar la factibilidad en cuanto a la aplicación de la Clasificación Internacional de Enfermedades CIE-11, dentro del Departamento de Registro y Estadísticas de Salud. A continuación, se presentan los resultados obtenidos:

Tabla 31

Distribución de las frecuencias y porcentajes, de equipos de computadoras en el área de trabajo.

SI		NO	
f	%	f	%
32	71,11	13	28,89

Fuente: Arismendi, R. Mendoza, Z. (2024)

Análisis: En la tabla 31, los resultados nos indican que la mayoría de los participantes, 32 de 45 para un 71,11%, cuentan con equipos de computadoras dentro del área donde laboran, mientras que una minoría de 13 participantes arrojaron 28,89%, que no dispone de estos equipos en su área de trabajo. Lo que sugiere que la presencia de equipos de computadoras es más común que su ausencia en las áreas laborales de los participantes encuestados.

Tabla 32

Distribución de las frecuencias y porcentajes, de disponibilidad del servicio de internet en el área o departamento de Registro y Estadística de Salud.

SI		NO	
f	%	f	%
24	53,33	21	46,67

Fuente: Arismendi, R. Mendoza, Z. (2024)

Análisis: En la tabla 32, se evidenció que aproximadamente la mitad de los participantes, el 53,33%, que corresponden a 24 de 45 participantes, cuentan con disponibilidad del servicio de internet en el área o departamento de Registro y Estadística de Salud, mientras que el resto, 21 participantes que arrojan un 46,67%, no tienen acceso a este servicio en dicha área.

Esto apunta que la disponibilidad de internet en este contexto es relevante, pero aún hay una proporción considerable de participantes que no cuentan con este recurso en su área de trabajo.

Tabla 33

Distribución de las frecuencias y porcentajes, de capacitación sobre la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE11).

SI		NO	
f	%	f	%
5	11,11	40	88,89

Fuente: Arismendi, R. Mendoza, Z. (2024)

Análisis: En la tabla 33, se muestra que una cantidad muy pequeña de los participantes, el 11,11%, que corresponde a 5 de 45 participantes han recibido capacitación sobre la Clasificación Internacional de Enfermedades CIE-11, mientras que la gran mayoría, 40 participantes que arrojan un 88,89%, no ha recibido esta formación. Lo que nos indica que hay una falta de capacitación en relación con la CIE-11 entre los participantes encuestados, lo que podría afectar su conocimiento y habilidades en esta área específica.

Tabla 34

Distribución de las frecuencias y porcentajes, de personal capacitado en codificación de términos diagnósticos con CIE-11.

SI		NO	
f	%	f	%
9	20	36	80

Fuente: Arismendi, R. Mendoza, Z. (2024)

Análisis: En la tabla 34, los resultados demuestran que una minoría de los participantes, el 20%, tiene personal capacitado para la codificación de términos diagnósticos bajo la undécima revisión CIE-11, lo que corresponde a 9 participantes, mientras que la mayoría, el 80%, carece de este personal capacitado, para un total de 36 de 45 participantes. Esta brecha en la capacitación del personal para la codificación según la CIE-11 puede tener

implicaciones en la precisión y uniformidad de la codificación de diagnósticos en el contexto de salud de los participantes encuestados.

Tabla 35

Distribución de las frecuencias y porcentajes, de aplicación de la CIE-11 en la actualidad.

SI		NO	
f	%	f	%
0	0	45	100

Fuente: Arismendi, R. Mendoza, Z. (2024)

Análisis: En la tabla 35, los resultados muestran que ninguno de los participantes encuestados está aplicando la Clasificación Internacional de Enfermedades en su undécima revisión CIE-11, en la actualidad. Donde los 45 participantes correspondientes al 100% indicaron que en sus prácticas no se utiliza la CIE-11.

4.3 Discusión de los Resultados

En este apartado se llegó a la discusión de los resultados basándonos en los objetivos de la investigación para poder ser interpretado, iniciando con el diagnóstico sobre los conocimientos sobre la (CIE-11) entre los trabajadores de la Ciudad Hospitalaria Dr. Enrique Tejera, el cual entre los elementos con mayor proporción de respuestas incorrectas se tiene: el inicio del proceso para la codificación de la CIE-11 (93,33%); en segundo lugar, existe debilidad en cuanto al significado del código de pre-coordinación, del código de pos-coordinación y el punto de inicio (84,44% cada pregunta); en tercer lugar, un 75,56% de los encuestados desconocen qué es la CIE-11 (34 casos). Un 73,33% de los encuestados respondieron de forma incorrecta lo que es una nomenclatura en la CIE-11, lo que es un código de extensión y qué significa la causa básica de la naturaleza de la lesión. Un 71,11% por igual (32 casos) respondieron de forma incorrecta cuál es el formato de presentación de la CIE-11 y qué se codifica en la morbilidad. En lo que respecta al nivel de conocimiento se tiene que predominó el conocimiento deficiente con un 88,89% (40 casos), seguidos de aquellos con conocimiento regular (11,11%= 5 casos).

Asimismo, como discusión del segundo objetivo que se refiere al análisis de la percepción de los trabajadores en cuanto a la aplicabilidad de la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE-11), de la Ciudad Hospitalaria Dr. Enrique Tejera del estado Carabobo, se evidenció que los encuestados estuvieron *de acuerdo* en: Conocer la versión de la CIE-11 (55,56%); La codificación de la historia clínica bajo la versión de la CIE-11 puede ser más confiable (48,89%); Codificar el diagnóstico final de egreso bajo la CIE-11 resulta confiable (53,33%); Con la CIE-11 La codificación de los certificados de nacimientos vivos (EV-25) con la CIE-11 puede ser más rápida (62,22%) y las codificaciones antes de realizar las estadísticas son precisas (62,22%) siendo estos últimos los mayores porcentaje registrados. Por otra parte, los encuestados estuvieron *en desacuerdo* en: Los diagnósticos finales de la tarjeta del Kardex deberían ser codificados bajo la CIE-11 (71,11%); La CIE-11 estructura de forma sencilla las reglas básicas y de modificación en la codificación de los certificados de defunción (EV-14) (62,22%) y con la CIE-11 se facilita la codificación topográfica y morfológica en la naturaleza de la lesión y en las causas externas (73,33%). La percepción entre los trabajadores del departamento de registro y estadísticas de salud fue mayormente

indecisa (48,88%) seguidos de aquellos con una percepción negativa o en desacuerdo (33,33%).

Y para finalizar dicha discusión se tomó el tercer objetivo que nos llevó al análisis de la factibilidad en cuanto a la aplicación de la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE-11), dentro del Departamento de Registro y Estadísticas de Salud. Ciudad Hospitalaria Dr. Enrique Tejera del estado Carabobo, dando como resultados que para dicha factibilidad, se tiene que un 71,11% de los encuestados afirmó que cuentan con equipos de computadoras dentro del área donde laboran; un 53,33% afirmó que tienen disponibilidad del servicio de internet en el área o departamento de Registro y Estadística de Salud; Un 88,89% de los encuestados negó que hayan recibido alguna capacitación sobre la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE11); un 80% negó que cuentan con personal capacitado para la codificación de términos diagnósticos bajo la undécima revisión (CIE11) y todos negaron que se aplica la CIE 11 en la actualidad.

CAPITULO V
LA PROPUESTA
PLAN DE ESTRATEGIAS DE CAPACITACIÓN VINCULADAS CON LA
APLICABILIDAD DE LA CLASIFICACIÓN INTERNACIONAL DE
ENFERMEDADES (CIE-11), EN LA CIUDAD HOSPITALARIA DR. ENRIQUE
TEJERA DEL ESTADO CARABOBO.

5.1 Presentación de la Propuesta

El presente plan de estrategias de capacitación se enfoca en la implementación de la Clasificación Internacional de Enfermedades en su undécima revisión (CIE-11) en la reconocida Ciudad Hospitalaria Dr. Enrique Tejera del Estado Carabobo. La importancia de la correcta clasificación de enfermedades en el ámbito hospitalario radica en la necesidad de estandarizar y homogeneizar los criterios utilizados para registrar y reportar las enfermedades, permitiendo una comunicación más efectiva entre los profesionales de la salud, facilitando la investigación clínica y garantizando la calidad y seguridad en la atención médica brindada a los pacientes.

La CIE-11 es la última versión de la Clasificación Internacional de Enfermedades desarrollada por la Organización Mundial de la Salud (OMS), y representa un avance significativo en la categorización y codificación de enfermedades, síntomas, factores de riesgo y causas externas, OMS. (2022, p.1). Su implementación en el Hospital Dr. Enrique Tejera supone una oportunidad única para mejorar la precisión diagnóstica, la eficiencia en la gestión de la información clínica y la comparabilidad de los datos epidemiológicos a nivel internacional.

5.2 Justificación de la Propuesta

La presente propuesta busca establecer un plan de capacitación integral que prepare al personal de salud de la Ciudad Hospitalaria Dr. Enrique Tejera (CHET), para la aplicación exitosa de la Clasificación Internacional de Enfermedades en su undécima revisión CIE-11, esta idea se presenta como una necesidad imperante en el contexto actual de la prestación de servicios de salud, cuyo fin es garantizar que los profesionales de salud estén familiarizados con los nuevos códigos y terminologías, así como capacitados para aplicarlos de manera adecuada en su práctica diaria.

Cabe destacar, que la implementación de la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE-11) en el Hospital, no solo es una exigencia normativa, sino que también se traduce en beneficios significativos para los pacientes, los profesionales de la salud y la institución hospitalaria en general. La propuesta no solo busca la mejora de la calidad de la atención médica, mediante la adecuada implementación de la CIE-11 en el hospital se garantizará una documentación clínica más precisa y detallada, permitiendo una mejor comprensión de la enfermedad que presenta cada paciente. Esta precisión en la codificación de los diagnósticos y procedimientos contribuirá a una atención médica más efectiva y segura, optimizando la toma de decisiones clínicas y la planificación de tratamientos personalizados.

Por otra parte, bajo la estandarización de los códigos y terminologías de la CIE-11 facilitará la comunicación entre los diferentes profesionales de la salud que intervienen en la atención de un paciente. Esto garantizará una mayor cohesión en los equipos médicos, una coordinación más eficiente de los cuidados y una integración más fluida de los diferentes servicios hospitalarios. A su vez, la adopción de la CIE-11 en CHET, mejora en la gestión de la información clínica, dado que permitirá una gestión más eficiente y estructurada de la información clínica de los pacientes. La codificación uniforme de las enfermedades y procedimientos facilitará el análisis epidemiológico, la generación de informes de calidad y la planificación estratégica de los servicios de salud, contribuyendo a una gestión más efectiva de los recursos hospitalarios.

Actualmente la CIE-11 es la clasificación más actualizada y completa en el ámbito de la salud a nivel mundial, y su implementación en esta institución asegurará la alineación de la institución con los estándares internacionales de calidad en la atención médica. Esto no solo fortalecerá la reputación y credibilidad del hospital, sino que también garantizará una mayor interoperabilidad y comparabilidad de datos a nivel nacional e internacional, OMS. (2022, p.2).

En conclusión, la propuesta de implementación de la CIE-11 en el mencionado Hospital se justifica en base a los beneficios tangibles que aportará a la calidad de la atención médica, la comunicación interdisciplinaria, la gestión de la información clínica y la alineación con estándares internacionales de calidad en salud. Esta iniciativa representa una oportunidad única para avanzar hacia una atención médica más segura, eficiente y centrada en el paciente,

consolidando al hospital como un referente en la prestación de servicios de salud en el Estado Carabobo.

5.3 Factibilidad de la Propuesta

La factibilidad de un proyecto es la evaluación sistemática y objetiva de la viabilidad técnica, económica, social y ambiental de una propuesta, considerando los recursos disponibles, las condiciones del entorno y los potenciales riesgos. Manero. (2022, p.1). En este mismo orden de ideas a continuación se desglosará la factibilidad de la propuesta de esta investigación:

5.3.1 Factibilidad Social:

En este aspecto se identifican las necesidades que dan origen a la propuesta como alternativa de solución a la problemática diagnosticada, y es importante evaluar la disposición del personal del hospital a adoptar la nueva clasificación. Se debe realizar una campaña de sensibilización para explicar los beneficios de la CIE-11 y abordar las posibles preocupaciones del personal. Así mismo, se debe asegurar la participación activa del personal en el diseño, implementación y evaluación del plan de capacitación. Se pueden crear comités de trabajo y fomentar la retroalimentación constante. Por otro lado, la implementación de la CIE-11 puede tener un impacto positivo en la comunidad al mejorar la calidad de los datos de salud y facilitar el intercambio de información con otras instituciones. (*Ibidem*).

5.3.2 Factibilidad Técnica:

Cuando se habla de la factibilidad técnica, Maneiro. (2022), menciona que evalúa los requisitos técnicos de un proyecto en función de encontrar los recursos necesarios, centrándose en el hardware y el software que podría requerir el proyecto, (p.2). Generalmente se refiere a elementos tangibles y es que se debe verificar la disponibilidad de infraestructura tecnológica adecuada para el desarrollo de las actividades de capacitación, como salas de reuniones, equipos audiovisuales y acceso a internet. Al mismo tiempo, se deben utilizar herramientas de capacitación efectivas, como plataformas de e-learning, videos tutoriales, simulaciones y materiales impresos. Y por último se identificar y contratar expertos en CIE-11 para diseñar e impartir las capacitaciones.

5.3.3 Factibilidad Operativa:

En esta factibilidad, se determina hasta qué punto la implementación del proyecto encaja en la estructura organizacional de la institución, considerando el tiempo disponible del personal para participar en las actividades de capacitación, inclusive se pueden ofrecer diferentes horarios y modalidades de capacitación para adaptarse a las necesidades del personal, de igual forma, se debe coordinar la implementación del plan de capacitación con las actividades diarias del hospital para minimizar el impacto en el trabajo del personal y establecer un sistema de monitoreo y evaluación para evaluar la efectividad del plan de capacitación y realizar los ajustes necesarios, Manero. (2022, p.3).

5.3.4 Factibilidad Económica:

En la factibilidad económica hay que tomar en consideración la estimación de los costos de la capacitación, incluyendo honorarios de expertos, materiales, viáticos y alquiler de espacios, para poder identificar algunas fuentes de financiamiento y poder cubrir los costos de la capacitación. Asimismo, se pueden explorar opciones como el presupuesto del hospital, becas, subvenciones o donaciones. Por otro lado, evaluar el retorno de la inversión en la capacitación en términos de la mejora en la calidad de los datos de salud, la eficiencia de los procesos y la satisfacción del personal. (*Ibidem*).

La factibilidad de esta propuesta es un factor crucial para el éxito de esta investigación, así que un análisis de factibilidad nos va a permitir identificar los riesgos y oportunidades asociados a la iniciativa, y poder optimizar el uso de recursos y aumentar las probabilidades de éxito, para la implementación de la CIE-11 en el Hospital Dr. Enrique Tejera, siendo esta una iniciativa viable que puede traer consigo múltiples beneficios, para la población que frecuenta la institución y para sus trabajadores.

5.4 Objetivos de la Propuesta

5.4.1 Objetivo General

Promover un plan de estrategias de capacitación vinculadas con la aplicabilidad de la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE-11), en la Ciudad Hospitalaria Dr. Enrique Tejera del estado Carabobo.

5.4.2 Objetivos Específicos

- Sensibilizar a los trabajadores de la Ciudad Hospitalaria Dr. Enrique Tejera del estado Carabobo, para establecer un plan de estrategias dirigidas al mejoramiento de la aplicabilidad de la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE-11).
- Diseñar un plan de estrategias de capacitación para los trabajadores de la Ciudad Hospitalaria Dr. Enrique Tejera del estado Carabobo, para la correcta aplicabilidad de la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE-11).
- Capacitar y formar a los trabajadores de la Ciudad Hospitalaria Dr. Enrique Tejera del estado Carabobo, para la correcta aplicabilidad de la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE-11).

5.5 Fases

5.5.1 Fase I

Sensibilización: La finalidad de las actividades realizadas en esta fase es informar al personal de la Ciudad Hospitalaria Dr. Enrique Tejera (CHET) del estado Carabobo, acerca de la propuesta a implementarse sobre promover un plan de estrategias de capacitación vinculadas con la aplicabilidad de la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE-11), reflejando así cómo se dará inicio al acercamiento con los trabajadores de la institución, esta actividad se desarrollará a través de campañas publicitarias, carteleras, trípticos, carteles llamativos referidos al tema con el fin de despertar en ellos el interés y el deseo de participación para lograr los cambios propuestos o significativos que beneficien su labor de manera efectiva.

Tabla de la Fase I: Sensibilizar a los trabajadores de la Ciudad Hospitalaria Dr. Enrique Tejera del estado Carabobo, para establecer un plan de estrategias dirigidas al mejoramiento de la aplicabilidad de la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE-11).

ACTIVIDADES	ESTRATEGIAS	RECURSOS	RESPONSABLES	EVALUACION
1. Ejecutar una serie de dinámicas para la integración del personal. 2. Reconocer las ventajas que posee el manejo de la plataforma de la CIE-11 y como optimizará el clima laboral en el hospital, y el desarrollo de competencias y habilidades técnicas, asociadas al manejo de dicha plataforma. 3. Propiciar el reconocimiento al esfuerzo de los trabajadores, y la importancia que conlleva la actualización de conocimientos vinculadas a la CIE-11.	Talleres y conversatorios. Mesas de trabajo para discutir las estrategias a utilizar. Jornadas semanales.	Equipos de PC. Papel Bond, bolígrafos, lápices. Folletos, volantes.	Investigadores del Proyecto.	Fotos, informes.

Fuente: Investigadoras del proyecto (2024).

5.5.2 Fase II

Diseño: El objetivo de esta fase es diseñar las estrategias adecuadas y pertinente para la posterior capacitación y formación del personal que labora dentro del departamento de Registro y Estadísticas de Salud, para el manejo de la plataforma de la CIE-11, para actualizar y aportar conocimientos sobre la CIE-11, dando herramientas en el desarrollo de los talleres y actividades con una visión de calidad total y valorar el trabajo compartido y el servicio prestado dentro del departamento, desde esta línea de acción, se establece que para la ejecución del plan estratégico dirigido a los trabajadores.

Tabla de la fase II: Diseñar un plan de estrategias de capacitación para los trabajadores de la Ciudad Hospitalaria Dr. Enrique Tejera del estado Carabobo, para la correcta aplicabilidad de la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE-11).

ACTIVIDADES	ESTRATEGIAS	RECURSOS	RESPONSABLES	EVALUACION
<p>1. Diseñar actividades de trabajo individuales y en grupos para el desempeño profesional del personal adscrito al instituto.</p> <p>2. Realizar formaciones según responsabilidades, nivel jerárquico y años de servicio en la institución.</p> <p>3. Estimular al personal a que se integre a la actualizaciones futuras de la plataforma para mantenerse actualizado en pro de la calidad del servicio prestado al paciente.</p>	<p>Jornadas semanales de información teórica para el manejo y comprensión de la plataforma.</p> <p>Talleres y Conversatorios.</p> <p>Actividades practicas con los equipos de PC individuales y grupales.</p>	<p>Folletos, volantes.</p> <p>Equipos de PC.</p> <p>Papel Bond.</p> <p>Lápices, bolígrafos, marcadores acrílicos, pizarra, video beam.</p> <p>Presentaciones, guías, manuales y documentos informativos.</p>	<p>Investigadores del Proyecto</p>	<p>Fotos, informes, actividades prácticas y de teoría.</p>

Fuente: Investigadoras del proyecto (2024).

5.5.3 Fase III

Capacitación y Formación: El objetivo fundamental de esta fase es lograr la interrelación entre el personal directivo, administrativo y obrero, a través del conocimiento, debilidades, percepciones y fortalezas en los talleres y actividades a la hora de conformar equipos de trabajo, la tabla de la fase III, contiene la organización con la cual se dará cumplimiento al objetivo específico de la propuesta relacionadas con la descripción de las estrategias participativas, organizacionales y administrativos del personal, vinculadas a las actividades apropiadas para la capacitación y formación del personal que labora en la Ciudad Hospitalaria Dr. Enrique tejera del estado Carabobo.

Tabla de la fase III: Capacitar y formar a los trabajadores de la Ciudad Hospitalaria Dr. Enrique Tejera del estado Carabobo, para la correcta aplicabilidad de la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE-11).

ACTIVIDADES	ESTRATEGIAS	RECURSOS	RESPONSABLES	EVALUACION
1. Organizar y coordinar las sesiones teóricas y prácticas de formación, con la participación de expertos y especialistas en la CIE-11. 2. Preparar material educativo y recursos necesarios para las sesiones de capacitación. 3. Realizar un seguimiento regular de la aplicación de los conocimientos adquiridos en la práctica clínica. 4.- Mantener la flexibilidad y adaptabilidad del plan de capacitación según las necesidades y sugerencias del personal del hospital.	-Establecer un enfoque participativo y colaborativo en el proceso de capacitación, fomentando la interacción entre los trabajadores del hospital y los formadores. -Proporcionar retroalimentación constructiva y motivadora a los participantes para estimular su compromiso y mejorar su desempeño. -Establecer mecanismos de seguimiento y evaluación continuos para asegurar la efectividad y relevancia de las actividades de capacitación. -Priorizar la adaptabilidad y flexibilidad en la ejecución del plan de capacitación, considerando las necesidades individuales de los trabajadores.	-Material actualizado sobre la CIE-11 y la codificación de enfermedades. -Computadoras. - Expertos y especialistas. - Cuestionarios, casos prácticos. -Podcasts y videos educativos relacionados con la CIE-11	Investigadores del Proyecto.	Fotos, informes y actividades prácticas.

Fuente: Investigadoras del proyecto (2024).

5.6 Plan de Acción

Promover un plan de estrategias de capacitación vinculadas con la aplicabilidad de la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE-11), en la Ciudad Hospitalaria Dr. Enrique Tejera del estado Carabobo.

OBJETIVOS PROPUESTA	ACTIVIDADES	ESTRATEGIAS	RECURSOS NECESARIOS	RESPONSABLES
1.- Sensibilizar a los trabajadores de la Ciudad Hospitalaria Dr. Enrique Tejera del estado Carabobo, para establecer un plan de estrategias dirigidas al mejoramiento de la aplicabilidad de la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE-11).	<ol style="list-style-type: none"> 1. Ejecutar una serie de dinámicas para la integración del personal. 2. Reconocer las ventajas que posee el manejo de la plataforma de la CIE-11 y como optimizará el clima laboral en el hospital, y el desarrollo de competencias y habilidades técnicas, asociadas al manejo de dicha plataforma. 3. Propiciar el reconocimiento al esfuerzo de los trabajadores, y la importancia que conlleva la actualización de conocimientos vinculadas a la CIE-11. 	Talleres y conversatorios. Mesas de trabajo para discutir las estrategias a utilizar.	Equipos de PC. Papel Bond, bolígrafos, lápices. Folletos, volantes.	Investigadores del Proyecto.
2.- Diseñar un plan de estrategias de capacitación para los trabajadores de la Ciudad Hospitalaria Dr. Enrique Tejera del estado Carabobo, para la correcta aplicabilidad de la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE-11).	<ol style="list-style-type: none"> 1. Diseñar actividades de trabajo individuales y en grupos para el desempeño profesional del personal adscrito al instituto. 2. Realizar formaciones según responsabilidades, nivel jerárquico y años de servicio en la institución. 3. Estimular al personal a que se integre a la actualizaciones futuras de la plataforma para mantenerse actualizado en pro de la calidad del servicio prestado al paciente. 	Jornadas semanales de información teórica para el manejo y comprensión de la plataforma. Talleres y Conversatorios. Actividades prácticas con los equipos de PC individuales y grupales.	Folletos, volantes. Equipos de PC. Papel Bond. Lápices, bolígrafos, marcadores acrílicos, pizarra, video beam. Presentaciones, guías, manuales y documentos informativos.	Investigadores del Proyecto.
3.- Capacitar y formar a los trabajadores de la Ciudad Hospitalaria Dr. Enrique Tejera del estado Carabobo, para la correcta aplicabilidad de la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE-11).	<ol style="list-style-type: none"> 1. Organizar y coordinar las sesiones teóricas y prácticas de formación, con la participación de expertos y especialistas en la CIE-11. 2. Preparar material educativo y recursos necesarios para las sesiones de capacitación. 3. Realizar un seguimiento regular de la aplicación de los conocimientos adquiridos en la práctica clínica. 	Establecer un enfoque participativo y colaborativo en el proceso de capacitación, fomentando la interacción entre los trabajadores del hospital y los formadores.	Material actualizado sobre la CIE-11 y la codificación de enfermedades. Computadoras.	Investigadores del Proyecto.

Fuente: Investigadoras del proyecto (2024).

Conclusiones

La Clasificación Internacional de Enfermedades 11 (CIE-11) se perfila como una herramienta fundamental para optimizar la atención médica, la gestión de información y la planificación de servicios de salud en la Ciudad Hospitalaria Dr. Enrique Tejera (CHET) de Carabobo, Venezuela. Sin embargo, para una implementación exitosa, es necesario abordar algunas necesidades latentes.

Un diagnóstico inicial reveló un panorama desalentador en cuanto al conocimiento del personal sobre la CIE-11. Un preocupante 93,33% de los encuestados desconoce el proceso de codificación bajo esta nueva versión, mientras que un 84,44% presenta deficiencias en la comprensión de elementos clave como el código de pre-coordinación, el código de pos-coordinación y el punto de inicio. Más alarmante aún, un 75,56% del personal ignora totalmente qué es la CIE-11, lo que se refleja en las respuestas incorrectas sobre nomenclatura, códigos de extensión y la causa básica de la naturaleza de la lesión con un (73,33%), y la falta de familiaridad con el formato de presentación de la CIE-11 y qué se codifica en la morbilidad también es evidente, con un 71,11% de respuestas erróneas.

En cuanto a la percepción del personal sobre la aplicabilidad de la CIE-11, las opiniones son mixtas. Si bien la mayoría (55,56%) está de acuerdo en la necesidad de conocer la versión actual, solo un 48,89% confía en la codificación de la historia clínica bajo la CIE-11 y un (53,33%) en la codificación del diagnóstico final de egreso. La percepción sobre la rapidez en la codificación de certificados de nacimientos vivos (EV-25) y la precisión de las codificaciones antes de las estadísticas es más positiva, con un 62,22% de acuerdo en ambos aspectos. Sin embargo, las opiniones se tornan negativas en cuanto a la codificación de los diagnósticos finales de la tarjeta del Kardex (71,11%) y la estructuración sencilla de las reglas básicas y de modificación en la codificación de certificados de defunción (EV-14) con un (62,22%).

La percepción sobre la facilitación de la codificación topográfica y morfológica en la naturaleza de la lesión y en las causas externas es aún más negativa, con un 73,33% de desacuerdo. En cuanto a la factibilidad de implementar la CIE-11 en la CHET, los resultados son desalentadores. Si bien el 71,11% del personal cuenta con equipos de computación en su área de trabajo, solo un 53,33% tiene acceso a internet. Seguidamente, el 88,89% no ha

recibido capacitación sobre la CIE-11 y el 80% carece de personal capacitado para la codificación de términos diagnósticos bajo la undécima revisión. Actualmente, la CIE-11 no se aplica en la CHET.

A pesar de estos desafíos, la CIE-11 presenta un potencial significativo para mejorar la calidad de la atención médica en la CHET. La codificación precisa de enfermedades facilita un mejor seguimiento y diagnóstico, lo que conduce a una atención médica más efectiva. La estandarización de la codificación mejora la confiabilidad de los datos clínicos y epidemiológicos para la toma de decisiones. La identificación de patrones de salud permite una mejor planificación de políticas públicas y prevención de enfermedades. La estandarización facilita el intercambio de información con otros centros de salud a nivel nacional e internacional, promoviendo la colaboración y la investigación.

Para aprovechar estos beneficios, es fundamental abordar las brechas identificadas, donde se requieren programas de capacitación exhaustivos para familiarizar al personal con la CIE-11 y sus procedimientos de codificación. La actualización de los sistemas informáticos y tecnológicos es esencial para respaldar la implementación. El compromiso y apoyo de la gerencia son cruciales para garantizar la adopción exitosa de la CIE-11 en toda la institución. Un plan de monitoreo y evaluación permitirá medir el impacto de la implementación en la calidad de la atención, la precisión de la información y la eficiencia de los procesos.

En conclusión, la implementación de la CIE-11 en la CHET representa una oportunidad para mejorar la calidad de la atención médica, la gestión de la información y la planificación de servicios de salud. Abordar las barreras identificadas y aprovechar los beneficios potenciales requiere un esfuerzo conjunto y sostenido por parte de la gerencia, el personal y las autoridades sanitarias. La Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE-11), es considerada una herramienta que se utiliza a nivel mundial para estandarizar la codificación de enfermedades, trastornos, signos, síntomas, causas externas de lesiones y factores de riesgo para la salud. Su aplicación en la CHET del estado Carabobo será esencial para garantizar una adecuada gestión de la información clínica y epidemiológica.

Recomendaciones

Las autoras de este proyecto proponen las siguientes recomendaciones:

1. Continuar con la capacitación: Es fundamental que el Hospital mantenga programas de formación y actualización en la aplicación de la Clasificación Internacional de Enfermedades CIE-11 para todo su personal de salud. La formación continua garantiza que el personal esté al tanto de los cambios y actualizaciones en la Clasificación de Enfermedades, lo que contribuirá a mantener altos estándares de calidad en la gestión de la información clínica. Se recomienda implementar sesiones de capacitación periódicas, talleres prácticos y cursos especializados para asegurar que el personal esté debidamente preparado para aplicar la CIE-11 de manera efectiva en su práctica diaria.
2. Involucrar a todo el personal: Es importante que la capacitación en la aplicación de la CIE-11 no se limite únicamente al personal médico y de estadísticas de salud, sino que se extienda a todos los profesionales de la salud que interactúan con la información clínica, como enfermeras, personal administrativo. La colaboración interdisciplinaria es clave para garantizar una implementación integral y coherente de la CIE-11 en todas las áreas del hospital. Se recomienda involucrar a representantes de cada departamento en el diseño y ejecución de los programas de capacitación, fomentando así un enfoque multidisciplinario que promueva la integración y el trabajo en equipo.
3. Establecer mecanismos de seguimiento y evaluación: Para medir el impacto de la capacitación en la aplicación de la CIE-11, es recomendable implementar sistemas de seguimiento y evaluación. Estos mecanismos permitirán identificar áreas de mejora, corregir posibles desviaciones y asegurar que los objetivos del proyecto se estén cumpliendo de manera efectiva. Se sugiere establecer indicadores de desempeño, realizar evaluaciones periódicas del conocimiento y competencias adquiridas por el personal, y recopilar retroalimentación tanto de los colaboradores como de los usuarios para ajustar y mejorar continuamente los programas de capacitación.
4. Fomentar la colaboración interdisciplinaria: Se recomienda promover la colaboración entre diferentes áreas del hospital para garantizar una implementación efectiva y

coherente de la CIE-11. La colaboración interdisciplinaria facilitará la estandarización de los procesos, la comunicación efectiva entre los equipos de trabajo y una atención más coordinada y centrada en el paciente. Se sugiere establecer reuniones periódicas entre los diferentes departamentos para compartir experiencias, identificar desafíos comunes y buscar soluciones conjuntas que mejoren la aplicación de la CIE-11 en todas las áreas del hospital.

5. Establecer alianzas estratégicas: Buscar alianzas con instituciones académicas, organizaciones especializadas en salud y otros hospitales que hayan implementado con éxito la CIE-11 puede brindar nuevas perspectivas, recursos y buenas prácticas que enriquezcan el proceso de capacitación y aplicación de la clasificación de enfermedades. Se recomienda establecer convenios de colaboración, participar en redes de intercambio de conocimientos y experiencias, para fortalecer los programas de capacitación y mejorar la aplicación de la CIE-11 en la Ciudad Hospitalaria Dr. Enrique Tejera (CHET).

En resumen, la implementación de estas recomendaciones permitirá en la CHET, fortalecer la calidad de la atención médica, la eficiencia en la gestión de la información clínica y el desarrollo profesional del personal de salud, consolidando su posición como un referente en la aplicación de la Clasificación Internacional de Enfermedades CIE-11. La formación continua, la colaboración interdisciplinaria, la evaluación constante y las alianzas estratégicas son pilares fundamentales para garantizar el éxito y la sostenibilidad de los programas de capacitación en la aplicación de la CIE-11 en el ámbito hospitalario.

Referencias Bibliográficas

- Alvarado, et al., (2023). Importancia de la capacitación del personal técnico en el departamento en registro y estadística de salud de la ciudad hospitalaria Dr. Enrique Tejera. Valencia. Carabobo. p.14-24. Documento en PDF. [Consultado: Octubre 13, 2023].
- Arias, C. (2006). Enfoques teóricos sobre la percepción que tienen las personas. Bogota. Colombia. Documento en línea. [Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/4907017.pdf>] [Consulta: Junio 04, 2024].
- Arias, F. (2012). El Proyecto de Investigación. Introducción a la metodología científica. 6ta Edición. Caracas. Venezuela. ISBN: 980-07-8529-9. Editorial Episteme, C.A. pág.24. Documento en línea. [Disponible en: <https://abacoenred.com/wp-content/uploads/2019/02/El-proyecto-de-investigaci%C3%B3n-F.G.-Arias-2012-pdf-1.pdf?authuser=0>] [Consultado: Diciembre 14, 2023].
- Artigas, W. y Robles M. (2010). Metodología de la investigación: Una discusión necesaria en Universidades Zulianas. Documento en línea. [Disponible en: <http://www.revista.unam.mx/vol.11/num11/art107/art107.pdf>] [Consulta: Abril 21, 2024].
- CIE-11. (2019). Guía de Referencia. Volumen II. Documento en línea. [Disponible en: [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)] [Consultado: Abril 16, 2024]
- Constitución Nacional de la República Bolivariana de Venezuela. Gaceta Oficial de la República Bolivariana de Venezuela N° 36.860. Caracas. Diciembre, 30. [Documento en línea] [Disponible en: https://www.oas.org/dil/esp/constitucion_venezuela.pdf] [Consultado: Marzo 12, 2024].
- Da Silva, D. (2023). Qué es escala de Likert y cómo aplicarla. Documento en línea. [Disponible en: <https://www.zendesk.com.mx/blog/que-es-escala-de-likert/>] [Consultado: Noviembre 24, 2023].
- Duvergel, Y., y Argota, L. (2017). Estudio de factibilidad económica del producto sistema automatizado cubano para el control de equipos médicos. Vol. 6 N-44. ISSN: 2254 – 4143. Documento en línea. [Disponible en: <https://3ciencias.com/wp-content/uploads/2017/12/Art4-1.pdf>] [Consulta: Junio 04, 2024].
- Dzul, M. (2010). Aplicación básica de los métodos científicos. Unidad.3. Hidalgo. México. Documento en línea. [Disponible en: https://www.uaeh.edu.mx/docencia/VI_Presentaciones/licenciatura_en_mercadotecnia/fundamentos_de_metodologia_investigacion/PRES38.pdf] [Consultado: Octubre 23, 2023].
- Gómez, A. (2015). Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE): Descifrando la CIE-10 y esperando la CIE-11. Superintendencia Nacional de Salud. Colombia. Documento en línea. [Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/IA/SSA/cie10-cie11.pdf>] [Consultado: Septiembre 4, 2023].
- Gutiérrez, A. et al. (2015). La codificación como instrumento en la gestión clínica de las unidades del dolor. Revista de la Sociedad Española del Dolor. versión impresa ISSN 1134-8046. vol.22 no.4 Madrid. Documento en línea. [Disponible en:

- https://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S1134-80462015000400002&script=sci_arttext] [Consulta: Abril 21, 2024].
- Heredia, M. (2014). Sistema de Información para la Salud en Venezuela: Avances y Desafíos. Maracay: Instituto de Altos Estudios “Dr. Arnoldo Gabaldón”.
- Hernández, R., Fernández, C. y Baptista, M. (2010). Metodología de la Investigación. Quinta edición. México. ISBN: 978-607-15-0291-9. MCGRAW-HILL / Interamericana Editores, S.A. Documento en línea. [Disponible en: <http://biblioteca.udgvirtual.udg.mx/jspui/handle/123456789/2707>] [Consultado: Noviembre 21, 2023].
- Hernández, L. (s/f). Qué es la Capacitación y cómo usarla estratégicamente. Documento en línea. [Disponible en: https://metaconsultec.com/blog/que-es-la-capacitacion-y-como-usarla-estrategicamente#tem_1] [Consulta: Junio 08, 2024].
- Herrera, J. (2018). Las prácticas investigativas contemporáneas. Los retos de sus nuevos planteamientos epistemológicos. Universidad Nacional de Educación, UNAE. Revista vol. 3 numero 7. ISSN.2542-2987.2018.3.7.0.6-15. Documento en línea. [Disponible en: https://www.indteca.com/ojs/index.php/Revista_Scientific/article/view/173] [Consultado: Octubre 23, 2023].
- Hualparuca, L., y Betalleluz, E. (2023). Expandiendo el conocimiento, la práctica y las políticas públicas con la CIE-11 para psicólogos y profesionales de la salud mental: una revisión de la literatura y análisis crítico. vol.29 no.1. versión impresa ISSN 1729-4827. p.1-29 Documento en línea. [Disponible en: http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1729-48272023000100007] [Consultado: Octubre 13, 2023].
- Hurtado, J. (2012). El proyecto de Investigación. Comprensión holística de la metodología y la investigación. Caracas. Venezuela. Editorial Quirón. ISBN N° 978-95844-3440-1. Documento en línea. [Disponible en: <https://www.calameo.com/read/006205653257b9f45c09d>] [Consultado: Octubre 23, 2023].
- Ley del Estatuto de la Función Pública. (2002). Gaceta Oficial de la República Bolivariana de Venezuela. N° 5556. Caracas. Venezuela. Documento en línea. [Disponible en: <http://www.onapre.gob.ve/index.php/publicaciones/descargas/finish/39-ley-del-estatuto-de-la-funcion-publica/205-ley-del-estatuto-de-la-funcion-publica>] [Consultado: Marzo 12, 2024].
- Ley orgánica de la salud, (1998). Gaceta oficial de la República Bolivariana de Venezuela. Documento en línea. [Disponible en: <https://docs.venezuela.justia.com/estatales/miranda/leyes/ley-organica-del-sistema-nacional-de-salud-1987.pdf>] [Consultado: Marzo 10, 2024].
- Manero, P. (2022). Estudios de factibilidad de un proyecto 2022: qué son y cuál es su objetivo. Guadalajara. México. Documento en línea. [Disponible en: <https://blog.estudiocontar.com/2022/05/31/estudios-de-factibilidad-que-son/#:~:text=La%20factibilidad%20temporal%20permite%20saber,requerido%20para%20continuar%20el%20mismo.>] [Consultado: Junio 03, 2024].
- Marihno, F. (2003). Propósito y Aplicabilidad de la CIE. Unidad de Análisis de Salud y Estadísticas (HA). Washington. D.C. Documento en línea. [Disponible en:

- <https://ais.paho.org/cie/index.asp?xml=purpose.htm>] [Consultado: Septiembre 4, 2023].
- Martínez, M (2006). La investigación cualitativa (síntesis conceptual) Documento en línea. [Disponible en: https://sisbib.unmsm.edu.pe/bvrevistas/investigacion_psicologia/v09_n1/pdf/a09v9n1.pdf] [Consulta: Abril 21, 2024].
- OMS. (2022). La CIE-11 ya está oficialmente en vigor para el registro y notificación nacional e internacional de las causas de enfermedad, muerte y otras más. Documento en línea. [Disponible en: <https://www.who.int/es/news/item/11-02-2022-icd-11-2022-release#:~:text=La%20Clasificaci%C3%B3n%20Internacional%20de%20Enfermedades,y%20es%20ahora%20totalmente%20digital.>] [Consultado: Abril 16, 2024].
- OMS. (2022). Entra en vigor la nueva Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE-11) de la OMS. Documento en línea. [Disponible en: <https://www.paho.org/es/noticias/11-2-2022-entra-vigor-nueva-clasificacion-internacional-enfermedades-cie-11-oms#:~:text=La%20CIE%2D11%20fue%20adoptada,y%20la%20morbilidad%20en%202022.>] [Consultado: Junio 03, 2024].
- OPS. (2003). Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y Problemas Relacionados con la Salud. Decima revisión. Manual de Instrucciones, Volumen 2. Washington, D.C. ISBN 92 75 31554 X. Documento en línea. [Disponible en: <https://ais.paho.org/classifications/chapters/pdf/volume2.pdf>] [Consultado: Agosto 31, 2023].
- OPS. (2010). Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE). Documento en línea. [Disponible en: https://www3.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=3561:2010-clasificacion-internacional-enfermedades-cie&Itemid=2560&lang=en#gsc.tab=0] [Consulta: Abril 21, 2024].
- OPS. (2013). Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y Problemas Relacionados con la Salud. Décima Revisión. Volumen 3. Índice alfabético. ISBN-92 75 31554 X. Documento en línea. [Disponible en: <https://iris.paho.org/handle/10665.2/6284>] [Consultado: Abril 16, 2024]
- OPS. (2022). Entra en vigor la nueva Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE-11) de la OMS. Washington, D.C. Documento en línea. [Disponible en: <https://www.paho.org/es/noticias/11-2-2022-entra-vigor-nueva-clasificacion-internacional-enfermedades-cie-11-oms>] [Consultado: Septiembre 4, 2023].
- Pérez, J., y Gardey, A. (2021). Definición de Conocimiento. Documento en línea. [Disponible en: <https://definicion.de/conocimiento/>] [Consulta: Junio 08, 2024].
- Pérez, J., y Gardey, A. (2022). Aplicabilidad - Qué es, definición y concepto. Documento en línea. [Disponible en: <https://definicion.de/aplicabilidad/#:~:text=En%20un%20sentido%20amplio%2C%20puede,mundo%20real%2C%20no%20tiene%20aplicabilidad.>] [Consulta: Junio 08, 2024].
- Plan de la Patria, (2019-2025). Caracas. Venezuela. Documento en línea. [Disponible en: <https://residuoselectronicosal.org/wp-content/uploads/2020/04/Plan-Patria-2019-2025.pdf>] [Consultado: Marzo 11, 2024].

- Potter, Van R. (1971). Bioethics bridge to the future. Prebtis Hall. New York. Documento en línea. [Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/3961004.pdf>] [Consulta: Abril 21, 2024].
- Quinn, J. (2015). El proceso estratégico, conceptos, contextos y casos. Editorial Prentice Hall Hispanoamericana, S.A. ISBN- 968-880-322-7. México. Documento en línea. [Disponible en: https://isabelportoperez.wordpress.com/wp-content/uploads/2012/08/proceso_estrategico_mintzberg.pdf] [Consulta: Junio 08, 2024].
- Rives, V. (2018). Validar resultados de aprendizaje con tests de conocimiento. Documento en línea. [Disponible en: <https://www.planesdeformacion.es/validar-resultados-de-aprendizaje-con-tests-de-conocimiento/>] [Consultado: Noviembre 24, 2023].
- Ruiz, C. (2013). Instrumentos y Técnicas de Investigación Educativa. Un Enfoque Cuantitativo y Cualitativo para la Recolección y Análisis de Datos. Documento en línea. [Disponible en: https://www.academia.edu/37886948/Instrumentos_y_Tecnicas_de_Investigaci%C3%B3n_Educativa_Carlos_Ruiz_Bolivar_pdf] [Consultado: Noviembre 24, 2023].
- Robledo, Z. et al. (2021). Estudio comparativo de codificación y selección de la causa básica de defunción entre la CIE-10 y la CIE-11. Coordinación de Vigilancia Epidemiológica de México. p.1-4. Documento en línea. [Disponible en: http://www.dgis.salud.gob.mx/descargas/comece/Estudio_comparativo_CIE-10vsCIE-11.pdf] [Consulta: Abril 30, 2024].
- Santa Cruz, F. (2015). Marco teórico. Bases teóricas. Documento en línea. [Disponible en: <http://florfanyasantacruz.blogspot.pe/2015/09/marco-teorico-bases-teoricas.html>] [Consulta: Abril 23, 2024].
- Soler, et al. (2010). Sistemas y tecnologías de la información en salud. Vol. 134. Núm. S1. DOI: 10.1016/S0025-7753(10)70002-6. Documento en línea. [Disponible en: <https://www.elsevier.es/es-revista-medicina-clinica-2-articulo-sistemas-informacion-salud-e-indicadores-S0025775310700026#:~:text=Los%20Sistemas%20de%20Informaci%C3%B3n%20en%20el%20continuum%20salud%2Denfermedad.>] [Consultado: Abril 16, 2024]
- Tipula M. (2011). Principios bioéticos y su aplicación en la atención según opinión del paciente adulto hospitalizado. Perú: UNAS. Documento en línea. [Disponible en: <http://www.monografias.com/trabajos85/principios-bioeticosatencionenfermeria/principios-bioeticos-atencion-enfermeria2.shtml>] [Consultado: Abril 11, 2024]
- UNELLEZ, (2020). Líneas de Creación Intelectual Período 2020-2025. Aprobado según Resolución N° CD 2020/045. Acta Nro. 1263, de fecha 19/02/2020, punto Nro. 12. Barinas, Venezuela. Documento en línea. [Disponible en: <https://es.scribd.com/doc/57916780/Lineas-de-Investigacion-de-La-Unellez>] [Consulta: Abril 21, 2024].
- Valdés, P. (2006). Paradigmas de la Investigación en Salud. Centro de Capacitación Investigación y Gestión en Salud para la Medicina Basada en Evidencias CIGES. Documento en línea. [Disponible en:

- https://www.insp.mx/resources/images/stories/Centros/nucleo/docs/dip_lsp/paradigmas.pdf] [Consultado: Octubre 23, 2023].
- Vara, A. (2010). Desde la idea hasta la sustentación: 7 pasos para una tesis exitosa: Un método efectivo para las ciencias empresariales. Instituto de Investigación de la Facultad de Ciencias Administrativas y Recursos Humanos. Universidad de San Martín de Porres. Lima Documento en Línea. [Disponible en: https://www.academia.edu/18635649/Siete_pasos_para_una_tesis_exitosa_Desde_la_idea_inicial_hasta_la_sustentaci%C3%B3n] [Consulta: Abril 21,2024].
- Vargas, E., Colmenarez, O. (2023). Clasificación Internacional De Enfermedades Para Estadísticas De Mortalidad Y Morbilidad, En Su Onceava Revisión. Documento en PDF. [Consultado: Abril 16, 2024].
- Villa, Duván. (2022). Ayudas tecnológicas para el uso de la Clasificación Internacional de enfermedades (CIE-11). Medellín. Colombia. Universidad de Antioquia. p.5-15. Documento en línea. [Disponible en: https://bibliotecadigital.udea.edu.co/bitstream/10495/32107/2/VillaDuvan_2022_AyudasTecnologicasCIE11.pdf] [Consultado: Octubre 13, 2023].
- Westreicher, G. (2020). Análisis de datos. Economipedia.com. Documento en línea. [Disponible en: <https://economipedia.com/definiciones/analisis-de-datos.html>] [Consultado: Junio 27, 2024].
- WHO. (2020). Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y Problemas de Salud Relacionados (CIE). Washington, D.C. Documento en línea. [Disponible en: <https://www.who.int/standards/classifications/classification-of-diseases>] [Consultado: Septiembre 20, 2023].

ANEXOS

Memoria Fotográfica



Foto 1: Diagnostico



Foto 2: Diagnostico

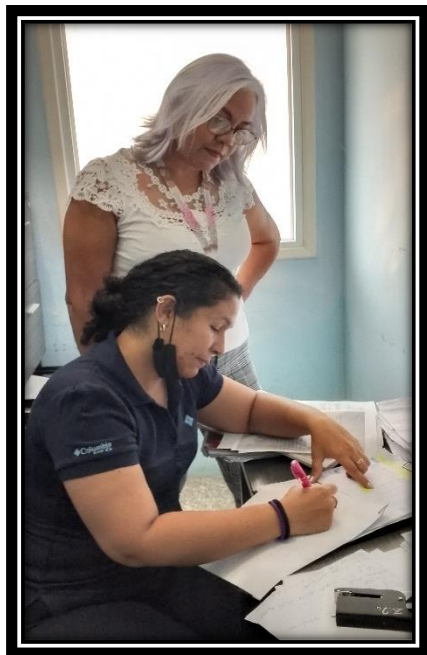


Foto 3: Aplicando inst.



Foto 4: Aplicando inst.



Foto 5: Contestando Encuesta



Foto 6: Contestando Encuesta

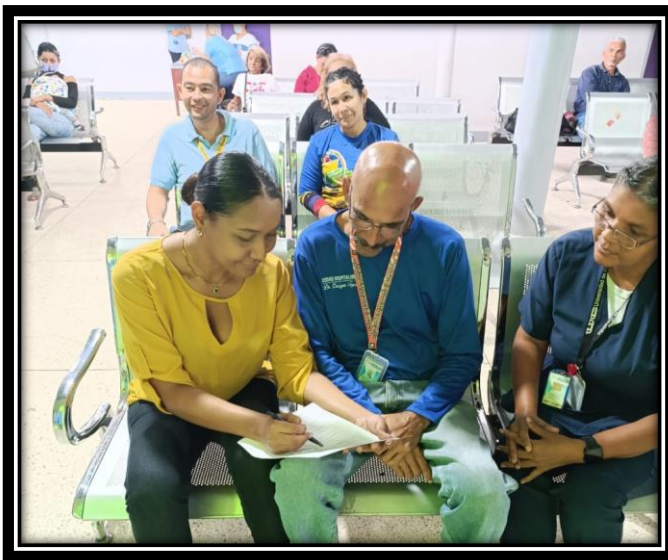


Foto 7: Explicando instrumento



Foto 8: Arismendi y Mendoza

Instrumento de Recolección de Datos Utilizado

UNIVERSIDAD NACIONAL EXPERIMENTAL

DE LOS LLANOS OCCIDENTALES



“EZEQUIEL ZAMORA”

Vicerrectorado
de Infraestructura y Procesos Industriales
Programa de Ciencias de la Salud
Licenciatura en Estadística de la Salud

Cuestionario aplicado a: Trabajadores del Departamento de Registro y Estadísticas de Salud de la Ciudad hospitalaria Dr. Enrique Tejera, Valencia Edo Carabobo.

Presente. -

Reciba un cordial saludo, sirva la presente para hacer de su conocimiento que para optar al título de Licenciada en estadísticas de Salud, debo presentar un Trabajo de Grado, es por ello que, acudo ante usted con finalidad de aplicar este instrumento para recabar información sobre: **APLICABILIDAD DE LA CLASIFICACIÓN INTERNACIONAL DE ENFERMEDADES (CIE-11), EN LA CIUDAD HOSPITALARIA DR. ENRIQUE TEJERA (CHET) DEL ESTADO CARABOBO.** En este sentido solicito la colaboración, la cual consiste en responder el cuestionario anexo, por favor marque con una letra equis (x) la respuesta que considere pertinente.

De su sinceridad depende el éxito de la investigación. Los resultados serán utilizados con fines estrictamente científicos y confidenciales.

Gracias
Las Investigadoras

TSU Arismendi Rosleidy
TSU Mendoza Zaireth

**UNIVERSIDAD NACIONAL EXPERIMENTAL
DE LOS LLANOS OCCIDENTALES**



“EZEQUIEL ZAMORA”

Vicerrectorado
de Infraestructura y Procesos Industriales
Programa de Ciencias de la Salud
Licenciatura en Estadística de la Salud

**APLICABILIDAD DE LA CLASIFICACIÓN INTERNACIONAL DE
ENFERMEDADES (CIE-11), EN LA CIUDAD HOSPITALARIA DR.
ENRIQUE TEJERA (CHET) DEL ESTADO CARABOBO.**

TEST DE CONOCIMIENTO, ESCALA DE LIKERT Y CUESTIONARIO

Orientaciones:

- Por favor lea cuidadosamente cada ítem antes de responder.
- El instrumento consta de veinticinco (20) ítems.
- Marque con una X la respuesta más acertada a su opinión.
- No deje ningún ítem sin contestar.
- Por cada respuesta marque solo una afirmación.
- En la segunda parte (escala Likert) marque con una X la opción que considere responder.
- Y en la tercera parte un cuestionario de preguntas dicotómicas abiertas y cerradas donde deberá responder una sola opción (si o no) según su apreciación.

TEST DE CONOCIMIENTO

Nº	Preguntas	Opciones
1	¿Qué es la CIE-11?	a. Un Sistema de codificación b. Una Plataforma c. Norma internacional de registro, análisis e interpretación de datos de morbimortalidad. d. Todas las anteriores.
2	¿Cuál es el formato de presentación de la CIE-11?	a. Manual b. Digital c. Mixto d. Todas las anteriores
3	¿Con que se inicia el proceso para la codificación de la CIE-11?	a. Con los libros b. Con una computadora con internet c. Con el código alfanumérico d. Con el diagnostico
4	¿Cuántos caracteres tienen los códigos de la CIE-11?	a. 5 b. 10

		<ul style="list-style-type: none"> c. 20 d. Varía según sea el diagnóstico clínico
5	¿Qué es una nomenclatura en la CIE-11?	<ul style="list-style-type: none"> a. Son íconos que dan información específica sobre las entidades en la interfaz de la plataforma. b. Son lista de palabras c. Son listas de números d. Todas las anteriores
6	¿Cuántas nomenclaturas hay en la CIE-11?	<ul style="list-style-type: none"> a. 2 b. 4 c. 5 d. 7
7	¿Qué significado tiene el código base?	<ul style="list-style-type: none"> a. Entidades o agrupaciones de gran relevancia b. Relacionados con la etiología c. Son mencionados con el sistema orgánico d. Todos los anteriores
8	¿Qué significado tiene el código de pre-coordinación?	<ul style="list-style-type: none"> a. Son códigos base b. Se pueden precombinar c. Contiene la información clínica d. Todas las anteriores
9	¿Qué se entiende por código de extensión?	<ul style="list-style-type: none"> a. Listas de información adicional b. Dan información a más detalles c. Muestran jerarquía d. Todas las anteriores
10	¿Para qué se usa la CIE-11?	<ul style="list-style-type: none"> a. Para buscar palabras b. Para buscar conceptos c. Para codificar diagnósticos clínicos d. Todas las anteriores
11	¿Dónde se aplica la CIE-11?	<ul style="list-style-type: none"> a. En las historias clínicas b. En los certificados de defunción c. En los certificados de nacimiento vivo d. Todas las anteriores
12	¿Qué son las convenciones de la CIE-11?	<ul style="list-style-type: none"> a. Describen el contenido textual de las siglas b. Describen los números c. Informan de algún problema d. Todas las anteriores
13	¿Qué es el código de pos-coordinación?	<ul style="list-style-type: none"> a. Son códigos múltiples b. Describen un concepto clínico documentado c. Se utilizan con los códigos bases d. Todas las anteriores
14	¿Qué es un cluster?	<ul style="list-style-type: none"> a. Es una letra b. Es un número c. Es la unión de entidades pre y pos- coordinadas d. Todas las anteriores
15	¿Que se codifica en la mortalidad?	<ul style="list-style-type: none"> a. Palabras b. Certificado de defunción c. Números d. Todas las anteriores
16	¿Qué se codifica en la morbilidad?	<ul style="list-style-type: none"> a. Historia clínica b. Egresos c. Certificados de nacimiento vivo d. Todas las anteriores
17	¿Qué es una secuencia informada?	<ul style="list-style-type: none"> a. Una cadena o serie de acontecimientos médicos b. Conjunto de afecciones reportadas línea tras línea

		<ul style="list-style-type: none"> c. Relación causal entre cada elemento d. Todas las anteriores
18	¿Qué es un punto de inicio?	<ul style="list-style-type: none"> a. Afección o acontecimiento que comienza la relación causal b. Afección anotada en la última línea baja del certificado de defunción c. Acontecimiento que desencadena la secuencia informada d. Todas las anteriores
19	¿Qué significa la causa básica de la naturaleza de la lesión?	<ul style="list-style-type: none"> a. Acción o lesión causada por un acontecimiento ubicada en cualquier parte del cuerpo b. Es el punto de inicio de traumatismo c. Es la lesión en un punto en específico d. Todas las anteriores
20	¿Qué significado tiene la causa externa de la lesión?	<ul style="list-style-type: none"> a. Es la lesión causada por un objeto externo b. Es el sitio o actividad que se hace cuando sucede una lesión c. Es el agente externo no vinculado a la lesión d. Todas las anteriores

ESCALA TIPO LIKERT

De las siguientes aseveraciones debe seleccionar una sola opción de respuesta

Según su experiencia	De Acuerdo	Indeciso	En Desacuerdo
1.- ¿Conoce la versión de la CIE-11?			
2.- Cree que la codificación de la morbilidad diaria (EPI-10), con la CIE-11 es más amigable			
3.- La codificación de la historia clínica bajo la versión de la CIE-11 puede ser más confiable			
4.- Considera que la codificación de los certificados de defunción (EV-14) con la CIE-11 puede ser más precisa			
5.- La codificación de los certificados de nacimientos vivos (EV-25) con la CIE-11 puede ser más rápida.			
6.- Codificar el diagnóstico final de egreso bajo la CIE-11 resulta confiable			
7.- Los diagnósticos finales de la tarjeta del Kardex deberían ser codificados bajo la CIE-11			
8.- Cree que con la CIE-11 las codificaciones antes de realizar las estadísticas son precisas			
9.- La CIE-11 estructura de forma sencilla las reglas básicas y de modificación en la codificación de los certificados de defunción (EV-14)			
10.- Con la CIE-11 se facilita la codificación topográfica y morfológica en la naturaleza de la lesión y en las causas externas.			

CUESTIONARIO

De las siguientes aseveraciones seleccione una sola opción de respuesta según su Criterio.

Preguntas	Respuestas	
	SI	NO
1.- ¿Cuentas con equipos de computadoras dentro del área donde laboras?		
2.- ¿Tienen disponibilidad del servicio de internet en el área o departamento de Registro y Estadística de Salud?		
3.- ¿Han recibido alguna capacitación sobre la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE-11)?		
4.- ¿Cuentan con personal capacitado para la codificación de términos diagnósticos bajo la undécima revisión (CIE-11)?		
5.- ¿Aplica la CIE-11?		

Formato con la validación firmada por los expertos

Validación Prof. Miguel Martino

FORMATO DE VALIDACION DE LOS EXPERTOS

Ítems (1 Parte) Conocimientos	Criterios para evaluar						Observaciones		
	Pertinencia		Claridad		Coherencia		Mantenerse (M) Eliminarse (E) Modificarse (Mo)		
	SI	NO	SI	NO	SI	NO	M	E	Mo
1	✓		✓		✓		✓		
2	✓		✓		✓		✓		
3	✓		✓		✓		✓		
4	✓		✓		✓		✓		
5	✓		✓		✓		✓		
6	✓		✓		✓		✓		
7	✓		✓		✓		✓		
8	✓		✓		✓		✓		
9	✓		✓		✓		✓		
10	✓		✓		✓		✓		
11	✓		✓		✓		✓		
12	✓		✓		✓		✓		
13	✓		✓		✓		✓		
14	✓		✓		✓		✓		
15	✓		✓		✓		✓		
16	✓		✓		✓		✓		
17	✓		✓		✓		✓		
18	✓		✓		✓		✓		
19	✓		✓		✓		✓		
20	✓		✓		✓		✓		

Ítems (II Parte) Percepción	Criterios para evaluar						Observaciones		
	Pertinencia		Claridad		Coherencia		Mantenerse (M) Eliminarse (E) Modificarse (Mo)		
	SI	NO	SI	NO	SI	NO	M	E	Mo
1	✓		✓		✓		✓		
2	✓		✓		✓		✓		
3	✓		✓		✓		✓		
4	✓		✓		✓		✓		
5	✓		✓		✓		✓		
6	✓		✓		✓		✓		
7	✓		✓		✓		✓		
8	✓		✓		✓		✓		
9	✓		✓		✓		✓		
10	✓		✓		✓		✓		
Ítems III Parte Factibilidad	SI	NO	SI	NO	SI	NO	M	E	Mo
1	✓		✓		✓		✓		
2	✓		✓		✓		✓		
3	✓		✓		✓		✓		
4	✓		✓		✓		✓		
5	✓		✓		✓		✓		


Aspectos Generales	SI	NO	Observaciones
1- El instrumento contiene instrucciones para las respuestas.	✓		
2- Los ítems permiten el logro del objetivo de la investigación.	✓		
3- El número de ítems es suficiente para recoger la información. En caso de ser negativa su respuesta, sugiera el ítem que falta	✓		

Observaciones:

Debe considerarse junto al tutor, convertir en proyecto factible.

Se sugiere incorporar un objetivo -

VALIDEZ	
Aplicable	<input checked="" type="checkbox"/> No Aplicable
Aplicable atendiendo a las observaciones	

Validado por: MIGUEL MARTINEZ C.I: 10970531
Grado Académico: Médico Cirujano, Exp. Psiquiatría, MSc Docencia, Dr. Educador
Institución: UNELLEZ
Firma: 
Fecha: 02 JUNIO 2021

Validación Prof. Amílcar Perez

FORMATO DE VALIDACIÓN DE LOS EXPERTOS

Items (I Parte)	Criterios para evaluar						Observaciones		
	Pertinencia		Claridad		Coherencia		Mantenerse (M)	Eliminar (E)	Modificar (Mo)
	SI	NO	SI	NO	SI	NO	M	E	Mo
1	✓		✓		✓		✓		
2	✓		✓		✓		✓		
3	✓		✓		✓		✓		
4	✓		✓		✓		✓		
5	✓		✓		✓		✓		
6	✓		✓		✓		✓		
7	✓		✓		✓		✓		
8	✓		✓		✓		✓		
9	✓		✓		✓		✓		
10	✓		✓		✓		✓		
11	✓		✓		✓		✓		
12	✓		✓		✓		✓		
13	✓		✓		✓		✓		
14	✓		✓		✓		✓		
15	✓		✓		✓		✓		
16	✓		✓		✓		✓		
17	✓		✓		✓		✓		
18	✓		✓		✓		✓		
19	✓		✓		✓		✓		
20	✓		✓		✓		✓		

Items (II Parte) Percepción	Criterios para evaluar						Observaciones		
	Pertinencia		Claridad		Coherencia		Mantenerse (M) Eliminarse (E) Modificarse (Mo)		
	SI	NO	SI	NO	SI	NO	M	E	Mo
1	✓		✓		✓		✓		
2	✓		✓		✓		✓		
3	✓		✓		✓		✓		
4	✓		✓		✓		✓		
5	✓		✓		✓		✓		
6	✓		✓		✓		✓		
7	✓		✓		✓		✓		
8	✓		✓		✓		✓		
9	✓		✓		✓		✓		
10	✓		✓		✓		✓		
Items III Parte Factibilidad	SI	NO	SI	NO	SI	NO	M	E	Mo
1	✓		✓		✓		✓		
2	✓		✓		✓		✓		
3	✓		✓		✓		✓		
4	✓		✓		✓		✓		
5	✓		✓		✓		✓		

Aspectos Generales	SI	NO	Observaciones
1- El instrumento contiene instrucciones para las respuestas.	✓		
2- Los ítems permiten el logro del objetivo de la investigación.	✓		
3- El número de ítems es suficiente para recoger la información. En caso de ser negativa su respuesta, sugiera el ítem que falta	✓		

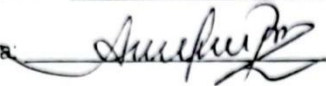
Observaciones:

VALIDEZ	
Aplicable	<input checked="" type="checkbox"/> NoAplicable
Aplicableatendiendoalas observaciones	

Validado por Amilcar Perez c.i. 12523701

Grado Académico: Doctor en Ciencias Sociales

Institución: Universidad de Carabobo - FCS - EDSyDS

Firma: 

Fecha: _____

Validación Prof. Ernesto Diaz

FORMATO DE VALIDACION DE LOS EXPERTOS

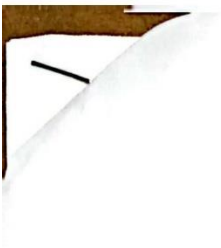
Ítems (1 Parte) Conocimientos	Criterios para evaluar						Observaciones		
	Pertinencia		Claridad		Coherencia		Mantenerse (M) Eliminarse (E) Modificarse (Mo)		
	SI	NO	SI	NO	SI	NO	M	E	Mo
1	✓		✓		✓		✓		
2	✓		✓		✓		✓		
3	✓		✓		✓		✓		
4	✓		✓		✓		✓		
5	✓		✓		✓		✓		
6	✓		✓		✓		✓		
7	✓		✓		✓		✓		
8	✓		✓		✓		✓		
9	✓		✓		✓		✓		
10	✓		✓		✓		✓		
11	✓		✓		✓		✓		
12	✓		✓		✓		✓		
13	✓		✓		✓		✓		
14	✓		✓		✓		✓		
15	✓		✓		✓		✓		
16	✓		✓		✓		✓		
17	✓		✓		✓		✓		
18	✓		✓		✓		✓		
19	✓		✓		✓		✓		
20	✓		✓		✓		✓		



Items (II Parte) Percepción	Criterios para evaluar						Observaciones		
	Pertinencia		Claridad		Coherencia		Mantenerse (M) Eliminarse (E) Modificarse (Mo)		
	SI	NO	SI	NO	SI	NO	M	E	Mo
1	✓		✓		✓		✓		
2	✓		✓		✓		✓		
3	✓		✓		✓		✓		
4	✓		✓		✓		✓		
5	✓		✓		✓		✓		
6	✓		✓		✓		✓		
7	✓		✓		✓		✓		
8	✓		✓		✓		✓		
9	✓		✓		✓		✓		
10	✓		✓		✓		✓		
Items III Parte Factibilidad	SI	NO	SI	NO	SI	NO	M	E	Mo
1	✓		✓		✓		✓		
2	✓		✓		✓		✓		
3	✓		✓		✓		✓		
4	✓		✓		✓		✓		
5	✓		✓		✓		✓		

Aspectos Generales	SI	NO	Observaciones
1- El instrumento contiene instrucciones para las respuestas.	✓		
2- Los ítems permiten el logro del objetivo de la investigación.	✓		
3- El número de ítems es suficiente para recoger la información. En caso de ser negativa su respuesta, sugiera el ítem que falta	✓		

Observaciones:



VALIDEZ	
Aplicable	SI
Aplicable atendiendo a las observaciones	

Validado por: Ernesto J. Diaz G C.I.: 7568208

Grado Académico: Magister

Institución: Universidad de Caceres

Firma: [Signature]

Fecha: 06/06/2024.

Formato con la Confiabilidad

MATRIZ DE CONFIABILIDAD PRUEBA DE CONOCIMIENTO

Sujeto/Item	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	Xi
1	0	1	1	1	0	1	1	1	0	1	1	0	1	1	1	1	1	0	1	1	15
2	1	0	0	1	1	1	1	1	1	1	0	1	0	1	1	1	1	1	1	1	16
3	1	1	1	1	0	1	1	0	0	1	0	1	1	1	0	1	1	1	1	0	14
4	0	1	1	0	0	1	1	1	1	1	1	0	1	1	0	1	1	1	1	1	15
5	1	0	1	0	0	1	1	0	0	1	1	1	1	0	0	0	0	1	1	0	10
6	0	1	1	1	0	1	1	0	0	1	0	1	1	1	0	1	1	1	1	0	13
7	1	1	0	1	1	0	1	1	1	1	1	1	0	1	1	1	1	0	1	1	16
8	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	1	1	1	1	0	1	1	1	1	18
9	0	1	0	0	1	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	1	1	0	0	0	5
10	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	1	1	1	19
11	0	1	1	1	0	1	0	0	1	1	1	1	1	1	0	0	1	1	1	0	13
12	1	1	1	1	0	1	1	0	0	1	0	0	1	1	0	1	0	1	1	0	12
13	0	1	0	1	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	1	1	1	16
14	1	1	1	1	1	1	1	1	0	0	1	1	1	0	1	0	1	1	1	1	16
15	1	1	1	1	0	1	1	0	0	1	1	1	1	1	0	1	0	1	1	0	14
Sumatoria	9	13	11	12	7	12	13	8	8	13	9	11	12	12	7	11	10	12	14	8	212
P	0,60	0,87	0,73	0,80	0,47	0,80	0,87	0,53	0,53	0,87	0,60	0,73	0,80	0,80	0,47	0,73	0,67	0,80	0,93	0,53	14,13
Q	0,40	0,13	0,27	0,20	0,53	0,20	0,13	0,47	0,47	0,13	0,40	0,27	0,20	0,20	0,53	0,27	0,33	0,20	0,07	0,47	11,55
P*Q	0,24	0,12	0,20	0,16	0,25	0,16	0,12	0,25	0,25	0,12	0,24	0,20	0,16	0,16	0,25	0,20	0,22	0,16	0,06	0,25	2,13
k/k-1=	1,05																				
$\sum p*q$ =	2,13																				
S ² =	8,85																				
	0,76																				
K _r =	0,80																				

$$K_{r_{20}} = \frac{k}{k-1} \left(1 - \frac{\sum p*q}{S^2 T} \right) = \frac{20}{19} \left(1 - \frac{2,13}{8,85} \right) = 1,05 * 0,76 = 0,80$$

MATRIZ DE CONFIABILIDAD DE LA PERCEPCIÓN EN CUANTO LA APLICABILIDAD DE LA CLASIFICACIÓN INTERNACIONAL DE ENFERMEDADES (CIE-11)

SUJETO	PREG 1	PREG 2	PREG 3	PREG 4	PREG 5	PREG 6	PREG 7	PREG 8	PREG 9	PREG 10	TOTAL
1	3	3	3	3	3	3	3	3	2	3	29
2	3	3	2	3	2	3	2	2	2	2	24
3	3	3	3	3	3	3	3	2	1	2	26
4	3	2	1	2	2	2	3	2	1	1	19
5	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	30
6	3	3	3	3	3	3	3	3	2	3	29
7	3	3	3	3	3	3	3	3	1	3	28
8	3	3	3	3	3	3	3	3	2	2	28
9	2	2	3	3	3	3	3	3	2	3	27
10	2	3	2	3	3	3	3	2	2	1	24
11	3	3	3	3	3	3	3	2	2	1	26
12	2	3	3	3	3	3	3	3	2	2	27
13	3	3	2	2	3	2	3	2	1	3	24
14	3	3	3	3	3	3	3	3	2	1	27
15	1	3	2	2	3	3	3	2	2	1	22
TOTAL	40	43	39	42	43	43	44	38	27	31	390
VARIANZA	0,38	0,12	0,40	0,17	0,12	0,12	0,07	0,27	0,31	0,78	8,71

k/k-1 1,11

VAR INT 2,75

VAR EXT 8,71

CORCHETE 0,68

ALPHA= 0,71

$$\alpha = \frac{k}{k-1} \left(1 - \frac{S^2i}{S^2T} \right) = \frac{10}{9} \left[1 - \frac{2,75}{8,71} \right] = 1,11 * 0,68 = 0,71$$