

# COMITE REGIONAL ASESOR EN CLASIFICACION INTERNACIONAL DE ENFERMEDADES

## PRIMER INFORME\*

### 1. INTRODUCCION

La primera reunión del Comité Regional Asesor en Clasificación se celebró en la Oficina Sanitaria Panamericana, del 20 al 24 de febrero de 1961. En la sesión inaugural, el Dr. John C. Cutler, Subdirector de la Oficina Sanitaria Panamericana, dio la bienvenida a los asistentes a la reunión y señaló las funciones que incumben a la Organización Mundial de la Salud en este campo. Asimismo enumeró los principales objetivos de la primera reunión, a saber, establecer un método de trabajo conjunto en la Región para que la *Clasificación Internacional de Enfermedades*† se ajuste a las necesidades del personal sanitario y médico de todos los países, fomentar una mayor comprensión de la Clasificación y mejorar los datos básicos. El Dr. Cutler formuló algunas observaciones sobre las actividades y orientación ofrecida por el Centro Latinoamericano de la Clasificación de Enfermedades y sobre la contribución del Gobierno de Venezuela a este programa. El desarrollo de un programa de actividades regionales de esta naturaleza es una nueva empresa que ha de poner a prueba a los que participen en él.

### 2. FUNCIONES DE LA OMS Y METODO PARA LA REVISION DE 1965

El Dr. W. P. D. Logan, Director de la División de Servicios de Estadística Sanitaria, Organización Mundial de la Salud (OMS), hizo un breve resumen de la historia de la *Lista Internacional de Causas de Defun-*

\* Serie de *Publicaciones Científicas* No. 53 de la Oficina Sanitaria Panamericana, Oficina Regional de la Organización Mundial de la Salud, Washington, D. C., marzo de 1961.

† *Manual de la Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades, Traumatismos y Causas de Defunción*, OMS, Ginebra, 1957.

*ción*, que se inició en la década de 1890, patrocinada por el Instituto Internacional de Estadística. Las Conferencias de Revisión de 1900, 1909, 1920, 1929, 1938 y 1948 fueron convocadas en París por el Gobierno Francés.

En la época en que se hizo la Revisión de 1948, la OMS, que acababa de crearse, asumió las funciones que le correspondían a este respecto. El nombre anterior se substituyó por el de *Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades, Traumatismos y Causas de Defunción*, y esta Revisión se preparó tomando en cuenta, no sólo la mortalidad, sino también la morbilidad. Sin embargo, hay que recordar que, durante 50 años, la finalidad principal de la lista había sido su utilización en las estadísticas de mortalidad, es decir, en la tabulación de los datos nacionales sobre mortalidad. Aunque cada vez van adquiriendo mayor importancia los diversos aspectos de la morbilidad y la Clasificación ha de tenerlos en cuenta, sigue siendo todavía esencial que ésta resulte adecuada para la tabulación de datos de mortalidad.

Una de las funciones de la OMS, de acuerdo con lo estipulado en su Constitución, es la de "establecer y revisar, según sea necesario, la nomenclatura internacional de las enfermedades, de causas de muerte . . .".

Con anterioridad al establecimiento de la OMS, las revisiones se efectuaban en reuniones de unos cuantos representantes nacionales con el objeto de proceder a los cambios necesarios. Pero habiéndose observado que una revisión es una tarea demasiado larga para realizarse únicamente en una conferencia, la División de Servicios de Estadística Sanitaria, de la Sede de la OMS estableció una sección dedicada al estudio constante de los problemas relacionados con la Clasificación y a la publicación de ésta en inglés, francés y español. La sede de la OMS

recoge las sugerencias y propuestas que se le formulan y estimula las actividades nacionales y regionales. El Centro de Clasificación de Enfermedades, en Londres, colabora con la OMS a este respecto. La próxima conferencia sobre la Revisión se celebrará a principios de 1965, posiblemente en Ginebra. Los trabajos preliminares y la solución de los problemas relacionados con la Revisión son función que incumbe a la sede de la OMS. En todo el mundo, las condiciones sanitarias, incluido el campo de la estadística sanitaria, van progresando rápidamente, y al cabo de otros diez años las regiones estarán más igualadas en este aspecto. Así pues, cabe esperar que, a su debido tiempo, todas las regiones de la OMS contribuirán activamente a la Revisión de la Clasificación. Pero, mientras tanto, la Región de las Américas puede aportar una de las contribuciones regionales más importantes. En el pasado, la labor que se realizaba, era principalmente de carácter nacional y sólo había tres países—Inglaterra y Gales, Canadá y Estados Unidos—que trabajaban en grupo para formular recomendaciones conjuntas. La coordinación regional en la América Latina es un nuevo modo de elaborar un plan común de sugerencias que tendrán valor, no sólo para la América Latina, sino también para otras regiones y para la Sede de la OMS.

Aunque la adopción de la Clasificación sigue siendo de la incumbencia de cada nación, hay más probabilidades de que se acepten las propuestas que ya se hayan ensayado y cuenten con el apoyo de un grupo de países. La organización regional ofrece una oportunidad para coordinar las propuestas nacionales y, a su vez, el Centro Latinoamericano de la Clasificación de Enfermedades presta una importante colaboración.

### 3. PLAN DE TRABAJO DE LA OMS

La Sede de la OMS ha preparado un plan de trabajo que deje un margen de tiempo para ensayar las modificaciones sugeridas. La Revisión de 1965 será la primera revisión importante que realizará la OMS, pues la

labor fundamental para la Revisión de 1948, se llevó a cabo antes de la existencia de la OMS y, por otra parte, en la Revisión de 1955 sólo se introdujeron ligeros cambios. Los trabajos preliminares son indispensables, y es preciso disponer de los recursos necesarios.

A continuación se presenta el plan de trabajo:

- 1960—En diciembre de 1960, se discutió el programa en la reunión del Comité de Expertos en Estadística Sanitaria
- 1961—En noviembre se celebrará, durante dos semanas, una reunión de un Subcomité de Clasificación, en la que se estudiarán los aspectos generales de la revisión de la Clasificación. También se realizarán reuniones especiales, de dos días, de estadísticos y clínicos, sobre los tres campos siguientes:
1. Enfermedades cardiovasculares
  2. Enfermedades mentales
  3. Estados patológicos perinatales

Posiblemente, en la reunión general se examinarán también las modificaciones propuestas en otros campos.

- 1962—Se celebrarán reuniones especiales cuando sea necesario. El Comité de Expertos en Estadística Sanitaria, que se reunirá en diciembre, será informado sobre los progresos realizados con respecto a la Revisión y recomendará otras actividades.
- 1963—Hacia fines de año, se reunirá el Subcomité de Clasificación para preparar el proyecto de Revisión que se distribuirá a todos los Países Miembros para que formulen observaciones de carácter nacional y regional.
- 1964—Hacia el mes de octubre, el Comité de Expertos en Estadística Sanitaria tratará, como tema principal, la Revisión de la Clasificación. Inmediatamente después, se preparará un proyecto definitivo de Revisión que se distribuirá a los países para que lo examinen antes de la Conferencia sobre la Revisión de 1965.

- 1965—La Conferencia sobre la Revisión se podría celebrar a principios de año (según la fecha en que se reúna la Asamblea) a fin de que la Revisión se pueda someter a la aprobación de la Asamblea.

Las actividades regionales deben planearse de acuerdo con este plan de trabajo.

#### 4. PROGRESOS REALIZADOS EN MATERIA DE CLASIFICACION EN ESTADOS UNIDOS

Se informó acerca de las actividades preliminares de cinco subcomités de clasificación del Comité Nacional de Estadísticas Vitales y Sanitarias relacionadas con la Octava Revisión de la *Clasificación Internacional de Enfermedades*.

##### a. *Clasificación de enfermedades mentales*

La clasificación actualmente en uso en Estados Unidos es la de la Asociación Americana de Psiquiatría. Esta clasificación difiere en algunos importantes aspectos de la correspondiente a la *Clasificación Internacional de Enfermedades*. El Subcomité se enfrenta con el problema de preparar una clasificación que sea aceptable para los psiquiatras de Estados Unidos y de otros países. Hasta la fecha, la labor desarrollada por el Subcomité ha sido en gran parte de carácter exploratorio. Se espera que se celebrarán consultas con el correspondiente Subcomité del Reino Unido para la preparación de una clasificación de enfermedades mentales.

##### b. *Clasificación de la morbilidad y mortalidad perinatales*

Se ha preparado un proyecto de clasificación de "Ciertas causas de morbilidad y mortalidad peculiares de los períodos fetal y de la primera infancia". Esta clasificación ya se ha ensayado, y ahora se distribuirá a organismos, organizaciones nacionales y especialistas de Estados Unidos para que formulen las observaciones y críticas que estimen pertinentes, antes de que sea sometida a la consideración internacional.

##### c. *Enfermedades cardiovasculares renales*

De la reunión conjunta de los Subcomités de clasificación de enfermedades cardiovasculares, Estados Unidos-Reino Unido resultó un proyecto de clasificación. Este comprende las enfermedades cerebrovasculares y ofrece una clasificación combinada de enfermedades cardíacas y cerebrovasculares, así como ciertos otros estados patológi-

cos relacionados con ellas. Esta clasificación ha sido ensayada en datos sobre mortalidad y morbilidad en Inglaterra y en Estados Unidos.

##### d. *Accidentes, envenenamientos y otras violencias (causas externas)*

En breve aparecerá un proyecto de clasificación de esta naturaleza.

##### e. *Malformaciones congénitas*

Se ha establecido un subcomité para que se dedique a esta clasificación.

Se examinó también el problema de determinar la clasificación más conveniente. Uno de los criterios es que permita la codificación y que sus reglas puedan comprenderse con facilidad. Otro criterio, más importante, es el de la utilidad de la clasificación y la medida en que los datos resultantes satisfagan las necesidades del que la utilice.

Se explicó el procedimiento que se seguirá con estas propuestas del Subcomité en Estados Unidos: después de su tramitación en los correspondientes organismos del país, se recomendará al Cirujano General del Servicio de Salud Pública que envíe las propuestas de revisión a la OMS para su consideración en escala internacional.

#### 5. CLASIFICACION DE ENFERMEDADES POR DEFICIENCIAS NUTRICIONALES

Se presentó una propuesta para mejorar la clasificación de trastornos nutricionales a los efectos de poder medir más satisfactoriamente la magnitud del problema que revelan las causas de defunción, las historias clínicas en los hospitales y las encuestas de morbilidad. El Comité examinó los tres grupos siguientes: a) Malnutrición proteínica, calórica y sin especificar; b) anemias por deficiencia nutricional y c) avitaminosis.

##### a) *Malnutrición proteínica, calórica y sin especificar (280-282)*

Se propusieron las tres divisiones siguientes:

280—Síndrome pluricarenal infantil (malnutrición proteínica)

- 281—Marasmo o inanición (deficiencia calórica)  
282—Malnutrición, de otro tipo y sin especificar

Los especialistas consultados en el campo de la nutrición se mostraron de acuerdo en que cada uno de estos tres estados patológicos debería clasificarse en una categoría aparte. El Comité Asesor consideró que este agrupamiento podría ser útil y que, por consiguiente, se debería someter a la consideración del Comité Mixto OMS/FAO de Expertos en Nutrición. Sería conveniente que este Comité de Expertos estableciera normas internacionales uniformes de diagnóstico para estas categorías, especialmente para obtener definiciones exactas de las mismas y de la terminología que se usa para designarlas.

En Venezuela, el Centro Latinoamericano de la Clasificación de Enfermedades preparó tabulaciones pasando defunciones comprendidas en los números 772 y 286 de la Lista actual a estas categorías propuestas. Estos datos indicaron que, en español, se usan términos muy distintos, y que una gran proporción de defunciones por malnutrición, que probablemente pertenecen a la misma categoría si bien actualmente se encuentran dispersas en varias categorías de la Clasificación, fueron incluidas en las tres categorías. De las 890 defunciones estudiadas, 854 se colocaron en estas tres categorías clasificándose 223 como síndrome pluricausal infantil, 328 como marasmo y 303 como malnutrición de otros tipos y no especificada. El grupo consideró que sería conveniente que en varios países hubiera tabulaciones de muestra similares. No obstante, para clasificar debidamente los términos usados, las interpretaciones de los médicos se deberían determinar mediante cambios de impresiones con especialistas en pediatría y en nutrición. Otro método para determinar la exacta interpretación de los términos utilizados en datos de morbilidad y mortalidad, consiste en formular preguntas en cuestionarios o entrevistas personales. Teniendo en cuenta que las enfermedades de la nutrición constituyen un problema principalmente en

las zonas tropicales y subtropicales de la América Latina, hay que procurar que se lleven a cabo investigaciones de esta naturaleza en países como Panamá, Costa Rica, El Salvador, Guatemala, Colombia y Venezuela. Es conveniente emprender inmediatamente los trabajos a fin de poder someter las recomendaciones a la OMS antes de la reunión de noviembre de 1961. Para fomentar el interés y la contribución de los países, el Director del Centro Latinoamericano visitará algunos de esos países.

b) *Anemias por deficiencia nutricional (291-292)*

Al presente, las únicas anemias por deficiencia nutricional que figuran en la Clasificación son las debidas a deficiencia férrica, comprendidas en la sección de Enfermedades de la Sangre y de los Organos Hematopoyéticos. Se examinó la conveniencia de transferir esta categoría a las enfermedades por deficiencias nutricionales. Fundándose en opiniones expresadas por especialistas consultados por el Comité, éste consideró que, por ahora, es mejor que las anemias por deficiencia férrica permanezcan en el grupo de enfermedades de la sangre.

En zonas en que prevalece la anquilostomiasis, muchos casos de anemias por deficiencia férrica se describirán solamente como casos de aquella enfermedad y serán asignados a esa categoría. El Comité aceptó provisionalmente el motivo en que se apoya esta relación, pero consideró que para aclarar este punto es necesario investigar más a fondo la etiología de esta anemia.

Los especialistas consultados no estuvieron de acuerdo acerca de la etiología de otras anemias por deficiencia nutricional. No obstante, el Comité acordó que las anemias podían incorporarse al grupo de Enfermedades de la Sangre con el título general de Anemias Nutricionales. Es posible que en los próximos años se realicen nuevas investigaciones que indiquen el origen específico de esas anemias y demuestren que deben incluirse entre las enfermedades por deficiencia nutricional.

Con carácter provisional, se ha sugerido que se incorpore al grupo de Enfermedades de la Sangre y de los Organos Hematopoyéticos la siguiente clasificación de anemias por deficiencia nutricional:

- 291—Anemias por deficiencia férrica (microcíticas, hipocrómicas)
- 292—Otras anemias por deficiencia nutricional
  - 292.1—Anemia por deficiencia de ácido fólico (megaloblástica)
  - 292.2—Anemia por deficiencia de vitamina B<sub>12</sub> (megaloblástica)
  - 292.3—Anemia por deficiencia de vitamina B<sub>6</sub> (microcítica, hipocrómica)
  - 292.4—Anemia específica por deficiencia proteínica (normocítica-normocrómica)\*
  - 292.5—Anemias por otras deficiencias

### c) *Avitaminosis*

El Comité estima que es necesario simplificar la presente clasificación. Sugirió que se suprimieran las categorías “deficiencia de vitamina C, excepto el escorbuto” y “deficiencia de vitamina D, excepto el raquitismo y la osteomalacia”, y propuso la siguiente clasificación:

- 283—Deficiencia de vitamina A
- 284—Deficiencia de tiamina (incluido el beriberi)
- 285—Deficiencia de ácido nicotínico (incluida la pelagra)
- 286—Otras deficiencias de vitaminas del complejo B
- 287—Deficiencia de ácido ascórbico (incluido el escorbuto)
- 288—Deficiencia de vitamina D
  - 288.1—Raquitismo activo
  - 288.2—Efectos tardíos del raquitismo
  - 288.3—Osteomalacia
- 289—Otros estados de deficiencia vitamínica

El Comité no trató de la clasificación de las enfermedades derivadas de malabsorción y otros síndromes afines, pero sugiere que el Comité de Expertos en Nutrición estudie el lugar que les corresponde en la Clasificación.

Se consideró que, como ocurre con muchas otras enfermedades, la mortalidad directamente atribuible a enfermedades nutricionales no refleja debidamente la influencia de la malnutrición en la defunción. Se señaló el problema de la relación entre la nutrición y las infecciones. En algunos países, el estado nutricional puede constituir un factor de gran importancia en una considerable proporción de la elevada mortalidad atribuida a enfermedades infecciosas, tales como diarreas, sarampión, tos ferina, bronconeumonía y otras enfermedades. Se sugirió que, al tomar las decisiones para la próxima Revisión, convendría estudiar los resultados de las investigaciones sobre el papel que desempeña la malnutrición en la mortalidad atribuida a procesos infecciosos. Hay que tener en consideración la posibilidad de establecer subcategorías para indicar la relación de la malnutrición con ciertas enfermedades infecciosas.

El Comité se ocupó principalmente de las enfermedades por deficiencias nutricionales, pero se refirió de paso a algunos aspectos de la nutrición excesiva, que en ciertos países constituye, con frecuencia, una causa indirecta de defunción y, a veces, una causa directa. En la próxima Revisión se podría estudiar más detenidamente el problema de la nutrición excesiva. La importancia de este aspecto en la Clasificación para los fines de morbilidad no deja lugar a dudas. En la actual Revisión, hay asignada una categoría a la “Obesidad no especificada como de origen endocrino” (287).

El Comité llama también la atención sobre el hecho de que, si bien las enfermedades por deficiencia nutricional ocurren principalmente en los niños, la Clasificación debería poder adaptarse a los problemas que afectan a otros grupos de población, por ejemplo: las mujeres embarazadas y las personas de edad.

\* El Comité, fundándose en informes de varios especialistas, considera que esta categoría es discutible.

## 6. CLASIFICACION DE ENFERMEDADES ATRIBUIBLES A VIRUS

Los rápidos progresos logrados en la identificación de virus causantes de enfermedades exigen que la Clasificación se revise a fondo para que pueda ampliarse con la identificación de nuevos virus. Según la situación actual de los conocimientos no siempre es posible asociar a síndromes clínicos definidos todos los agentes virales conocidos (como puede decirse, muy especialmente, de los virus descubiertos en estos últimos años). Y también ocurre que ciertas cepas de virus que en el laboratorio son muy similares, pueden dar lugar a síndromes clínicos muy fáciles de distinguir. Es conveniente que, al preparar la clasificación, se tengan en cuenta el cuadro clínico, las relaciones del vector y el agente etiológico. Una clasificación de las enfermedades víricas basada exclusivamente en la taxonomía de los agentes etiológicos, no resulta práctica, por lo menos dados el actual estado de los conocimientos y los medios de laboratorio disponibles.

El Comité examinó el proyecto de clasificación de enfermedades atribuibles a virus, en el que se sugiere la agrupación de estas enfermedades en cinco categorías principales, a saber:

- A—Enfermedades víricas que atacan principalmente el sistema nervioso
- B—Enfermedades víricas transmitidas por artrópodos con ataque nulo o moderado al sistema nervioso
- C—Enfermedades víricas que atacan principalmente el aparato respiratorio
- D—Enfermedades víricas acompañadas de exantema
- E—Enfermedades víricas que afectan a otros órganos o sistemas

El Comité consideró que se podía aceptar este método de clasificación. Como resultado de las discusiones, se introdujeron ligeras modificaciones en la clasificación propuesta. Los tres números dígitos asignados a estas

categorías son provisionales, sólo para los fines de discusión.

### A. *Enfermedades por virus que atacan principalmente el sistema nervioso*

Bajo este título se incluyen las diez categorías siguientes:

- 075—Poliomielitis aguda parálitica
- 076—Poliomielitis aguda no parálitica
- 077—Poliomielitis aguda, sin especificar en lo que respecta a parálitica o no parálitica
- 078—Efectos tardíos de la poliomielitis aguda
- 079—Meningitis aséptica
- 080—Rabia
- 081—Encefalitis letárgica
- 082—Encefalitis víricas transmitidas por artrópodos
- 083—Otras encefalitis infecciosas y las no especificadas
- 084—Efectos tardíos de la encefalitis infecciosa aguda

Se consideró que la división de la poliomiélitis en cuatro categorías de 3 dígitos era conveniente para separar, en la medida de lo posible, las formas parálitica y no parálitica de la enfermedad. La conveniencia de que la encefalitis letárgica continúe ocupando una categoría aparte, 081, se deberá determinar mediante indagaciones. Que se sepa, no han ocurrido brotes de la clásica encefalitis letárgica desde 1926. Se sugirió que se debería tratar con los neurólogos si los efectos tardíos de la encefalitis aguda deberían incluirse en esta sección 084, o bien en la sección VI (Enfermedades del sistema nervioso). Lo mismo habría que hacer con los subgrupos incluidos en la categoría de efectos tardíos de la encefalitis aguda.

### B. *Enfermedades víricas transmitidas por artrópodos con ataque nulo o moderado al sistema nervioso*

Las enfermedades que figuran a continuación pueden en algún caso afectar el sistema nervioso central, pero se acordó que sería mejor constituir un grupo aparte:

- 085—Fiebre amarilla
- 086—Dengue

\* V. Anexo I, *Publicaciones Científicas* No. 53 de la Oficina Sanitaria Panamericana.

- 087—Fiebres hemorrágicas transmitidas por artrópodos  
 088—Otras enfermedades víricas transmitidas por artrópodos

C. *Enfermedades víricas que atacan principalmente el sistema respiratorio*

Se analizó la situación de las enfermedades víricas que muestran tendencia a afectar el sistema respiratorio. El descubrimiento de nuevos agentes virales y la comprobación de su relación etiológica con estos "síndromes" agudos de las vías respiratorias superiores, sugieren la conveniencia de colocarlas en la Sección I (Enfermedades infecciosas y parasitarias) en lugar de clasificarlas en la Sección VIII (Enfermedades del aparato respiratorio) como en la Séptima Revisión. Aunque en una gran proporción de casos con síntomas agudos de las vías respiratorias superiores no hay pruebas de una relación etiológica inequívoca con ningún virus específico, es general en la actualidad la opinión de que estas infecciones son de carácter viral. No obstante, es necesario adoptar una actitud de precaución respecto a esta posición. Si estas categorías se sacan de la sección VIII, lógicamente habrá que cambiar de lugar varias otras categorías de enfermedades tales como la amigdalitis aguda, la influenza y la neumonía; después de eso, puede resultar muy difícil decidir si hay que cambiar otras. El Comité reconoce las posibles consecuencias de los cambios propuestos y espera que los grupos de expertos procedan a una minuciosa evaluación.

En esta sección se han incluido las siguientes categorías de tres dígitos:

- 089—Resfrío común  
 090—Herpangina  
 091—Laringitis y laringotraqueítis vírica aguda  
 092—Infección vírica aguda de las vías respiratorias superiores, con localización múltiple o no especificada  
 093—Influenza  
 094—Neumonía atípica primaria  
 095—Psitacosis y ornitosis

No parecen aconsejables las subdivisiones de las categorías 089 y 092 mencionadas, según los agentes etiológicos. Estas subdivisiones podrían ser de utilidad para grupos especiales de estudio, pero se consideró que, para los fines de la morbilidad general o de hospitales, estas categorías estarían desprovistas de realidad. No obstante, en el caso de la categoría 094, neumonía atípica, el carácter grave de esta enfermedad y los futuros progresos que se esperan en la metodología del diagnóstico de laboratorio, podrían justificar el establecimiento de subcategorías etiológicas.

En cuanto a la categoría 093, influenza, se consideró innecesario mantener categorías aparte para las manifestaciones de carácter digestivo y nervioso, pero sin síntomas respiratorios, como las enumeradas en las categorías 482 y 483 de la Clasificación de 1955.

D. *Enfermedades por virus acompañadas de exantema*

Se propone el establecimiento de las ocho categorías siguientes:

- 096—Viruela  
 097—Vacuna  
 098—Varicela  
 099—Herpes zóster  
 100—Herpes febril  
 101—Sarampión  
 102—Rubéola  
 103—Otros exantemas por virus

Se pensó en la posibilidad de incluir en una sola categoría de tres dígitos (con una subcategoría de cuatro dígitos para cada una) la varicela y el herpes zóster (098 y 099), puesto que en general se acepta que tienen la misma etiología. Sin embargo, para ajustarse al criterio adoptado en otro lugar en esta propuesta, se consideró aconsejable darles a cada una su correspondiente categoría de tres dígitos.

E. *Enfermedades víricas que afectan otros órganos o sistemas*

A este grupo de enfermedades, se le asignan siete categorías de tres dígitos:

- 104—Parotiditis infecciosa
- 105—Hepatitis por virus
- 106—Mononucleosis infecciosa
- 107—Tracoma
- 108—Blenorrea de inclusión
- 109—Queratoconjuntivitis infecciosa
- 110—Otras enfermedades por virus

Se dedicó especial atención a la clasificación de hepatitis por virus (categoría 105). La impresión general fue que a la hepatitis infecciosa y a la ictericia sérica homóloga se les debían asignar cuartos dígitos aparte en la categoría para hepatitis por virus, 105. También deben recibir minuciosa atención las afecciones hepáticas relacionadas con el embarazo (642.5, 686), puesto que hay dudas de que deban clasificarse en diferentes partes de la Clasificación.

Se convino en que al tracoma, a la blenorrea de inclusión y a la queratoconjuntivitis infecciosa se les debía asignar categorías separadas de tres dígitos. La inclusión de la subcategoría gastroenteritis epidémica vírica (110.4), dependerá de lo que se decida respecto a la clasificación de todo el grupo de enfermedades diarreicas.

7. CLASIFICACION DE LAS ENFERMEDADES DIARREICAS

Se utilizó como base para la discusión, la sección del Informe del Grupo de Estudio sobre Enfermedades Diarreicas, 1958, WHO/D.D./25. En la Región de las Américas se ha realizado una labor considerable que ha puesto de manifiesto la importancia de las enfermedades diarreicas y las dificultades de la clasificación de los términos. El Grupo de Estudio de la OMS recomendó que se estudiara la posibilidad, en la Octava Revisión, de reunir en un grupo los numerosos términos utilizados para las enfermedades diarreicas. En la Séptima Revisión, la dia-

rrrea no específica está repartida en las siguientes categorías de la Clasificación:

- 048—Formas no especificadas de disentería
- 571—Gastroenteritis y colitis, excepto la colitis ulcerosa, en las edades de cuatro semanas y más
- 572—Enteritis crónica y colitis ulcerativa
- 578—Otras enfermedades de los intestinos y del peritoneo
- 764—Diarrea del recién nacido
- 773—Enfermedades mal definidas propias de la primera infancia. (Se ha incluido en esta categoría la toxicosis en niños de menos de un año de edad.)
- 785.6—Diarrea (a los dos años de edad o más)
- 795.0—Otras afecciones mal definidas. (Se ha incluido en esta categoría la toxicosis en niños de un año de edad o más.)

Se plantean dos problemas principales. Uno que se refiere a la agrupación de estas categorías y colocación del grupo en la Clasificación, y otro relativo a la terminología en uso para estas enfermedades, especialmente en los países de habla española de la América Latina. Si bien hay algunas diferencias de opinión, en parte debidas a la diversidad de instrucción ofrecida en las escuelas de medicina de los distintos países, parece general la opinión de que, en la mayoría de los países latinoamericanos, la infección desempeña un papel importante en la etiología de las enfermedades diarreicas.

Se presentaron datos que mostraban la distribución estacional y por edades de las enfermedades diarreicas, semejantes a los de la distribución, también estacional y por edades, de defunciones atribuidas a las disenterías. Se convino en que no se debía hacer una distinción por edad, y en que las enfermedades diarreicas debían figurar reunidas en una sección de la Clasificación.

Se señaló el hecho de que, para describir enfermedades diarreicas, se emplean actualmente en los países latinoamericanos varios términos que no aparecen en el Índice (Volumen 2 de la Clasificación). Así pues, el problema de la terminología revela la con-

veniencia de recopilar términos en uso para su debida incorporación al Índice Alfabético o a la Clasificación.

El Comité recomendó que estas diversas categorías se combinaran en una sola que se añadiría a la sección (040-049), "Enfermedades infecciosas que se originan por lo común en el tracto intestinal". Se incluirían en esta categoría la actual 048, "Formas no especificadas de disentería", probablemente las 571, 572, 764 785.6 y los términos de la 578, 773 y 795.0. Se reconoció que esta transferencia tendría repercusiones en las secciones de la Clasificación que se refieren al aparato digestivo y a las enfermedades del recién nacido. En cuanto a las enfermedades diarreicas que no son de origen infeccioso, debería haber una categoría residual contenida en Enfermedades del aparato digestivo, en la que se podrían incluir estas enfermedades diarreicas.

Se desarrolló un animado debate acerca de la relación entre las enfermedades diarreicas y las enfermedades por deficiencia nutricional, y se expresó cierto interés por categorías que combinaran las enfermedades diarreicas y los estados nutricionales asociados a ellas. A través de la discusión se puso de manifiesto la conveniencia de realizar investigaciones para determinar hasta qué punto las enfermedades diarreicas son de origen infeccioso, y sus relaciones con la nutrición.

#### 8. CLASIFICACION DE OTRAS ENFERMEDADES INFECCIOSAS Y PARASITARIAS

La sección dedicada a la tuberculosis 001-019 se examinó con cierto detalle. Se acordó que se podían introducir algunos cambios, aunque el Comité no formuló recomendaciones en firme. Se señalaron los puntos que se enumeran a continuación como asuntos a examinar en el futuro:

- (1) Propuesta de eliminación de la categoría 001 (Tuberculosis del aparato respiratorio con mención de enfermedad profesional del pulmón).

El Comité consideró que esta categoría debe mantenerse.

- (2) Eliminación de la categoría 017 (Tuberculosis de las glándulas suprarrenales) como categoría independiente. Considerando que es una enfermedad rara, tal vez sería preferible clasificar la tuberculosis de las glándulas suprarrenales en la categoría 018, Tuberculosis de otros órganos.
- (3) Transferencia de la tuberculosis de los intestinos (incluida en 011) a la categoría 018 (Tuberculosis de otros órganos). Esta forma de la enfermedad es casi siempre una complicación de la tuberculosis pulmonar, y la forma primaria es rara.
- (4) Cambio en la prioridad que ahora se concede a la tuberculosis pulmonar cuando se menciona también la tuberculosis diseminada.
- (5) Combinación de la tuberculosis y la diabetes en una sola categoría, cuando se presentan juntas.
- (6) Cada vez es más frecuente la notificación de tuberculosis pulmonar inactiva como causa fundamental de defunción y el enfisema y cor pulmonal son los acontecimientos finales en estos casos. Cabría establecer una categoría aparte de "Efectos tardíos de la tuberculosis pulmonar" (para los "Efectos tardíos de la tuberculosis de los huesos y de las articulaciones" ya hay una categoría, la 013).
- (7) La pleuresía con derrame, pero sin mención de causa, ahora asignada a la tuberculosis pleural (003) requiere mayor estudio, puesto que, actualmente, muchos de estos casos no son de origen tuberculoso, especialmente en personas de edad.

Los restantes grupos de enfermedades contenidas en la Sección I, Enfermedades Infecciosas y Parasitarias, que necesitan ser estudiadas, son los siguientes:

Sífilis y sus secuelas (020-029)

Infección gonocócica y otras enfermedades venéreas (030-039)

Otras enfermedades bacterianas (050-064)

Enfermedades espiroquetósicas, excepto la sífilis (070-074)

Paludismo, malaria (110-117)

Otras enfermedades infecciosas y parasitarias (120-138)

El Comité recomendó que la Oficina Sanitaria Panamericana examinara la clasificación de estas enfermedades y obtuviera el asesoramiento del Centro Latinoamericano y de otros especialistas. El Centro Latinoamericano continuará con los necesarios ensayos y estudios de la terminología.

#### 9. ADAPTACION DE LA CLASIFICACION PARA UTILIZARLA COMO INDICE DE DIAGNOSTICOS EN LOS REGISTROS DE HOSPITALES

El Centro Latinoamericano de la Clasificación de Enfermedades está terminando una edición española de la Adaptación de la Clasificación para índices de diagnósticos, basada en una Adaptación\* similar recientemente introducida en Estados Unidos. Mientras la Adaptación de Estados Unidos se aparta de la Clasificación Internacional de Enfermedades en unos cuantos aspectos importantes, la versión española se ajusta a dicha Clasificación, salvo en relación con ciertas modificaciones de cuartos dígitos.

Dos miembros† del Grupo que preparó la Adaptación de Estados Unidos, participaron en la reunión para el examen de problemas específicos que supone el empleo de la Clasificación para índices de diagnóstico.

Se informó de que, en la Adaptación de Estados Unidos, se había decidido apartarse de la Clasificación Internacional en la sección relativa a enfermedades mentales, porque la mayoría de los hospitales mentales de aquel país utilizan la Clasificación de la Asociación Americana de Psiquiatría. La otra modificación importante fue la inclusión de las reacciones a las drogas en la sección de envenenamientos, para ajustarla a las recomendaciones de la Sociedad Americana de

Farmacéuticos de Hospitales. Se omitieron las categorías para términos vagos, y los cuartos dígitos 8 y 9 se utilizaron sistemáticamente para "Otras afecciones y las no diagnosticadas". La codificación de las operaciones incluida en esta clasificación, se basó en el plan británico.\*

En la preparación de índices para los hospitales, se procura agrupar los casos de una misma clase. Los diagnósticos múltiples no están contenidos en una sola categoría (como en la codificación de las causas de defunción); cada diagnóstico se coloca aparte en el índice.

En Estados Unidos, el índice de diagnósticos se utiliza principalmente para localizar los datos de casos de hospitales, para estudiar los resultados del tratamiento u otros factores, pero no para preparar estadísticas de estas instituciones. El "Columbia Presbyterian Hospital" no utiliza la información para fines estadísticos, y dedica especial atención a los archivos de diagnósticos especificados.

En Chile se utilizó hasta 1953 la *Nomenclatura Estándar de Enfermedades y Operaciones* de la Asociación Médica Americana, pero desde aquella fecha se ha venido empleando la Clasificación Internacional de Enfermedades para fines estadísticos y para índices de archivos hospitalarios.

En la última parte de la Introducción de la Revisión de 1955 de la Clasificación, que lleva el título de "Empleo de la Clasificación Internacional como Índice de Diagnósticos", se expresa la opinión de la OMS. En ella se afirma que la Clasificación es conveniente como índice de diagnósticos en las historias clínicas de los hospitales, y se recomienda que, para evitar confusiones en la numeración, se conserven sin modificación los tres o cuatro dígitos que existan en la Clasificación. Puede resultar útil, aunque no es necesario, que los índices de diagnósticos sean comparables. No obstante, para las estadísticas de hospitales, conviene mucho que lo sean y, en

\* *International Classification of Diseases Adapted for Indexing of Hospital Records and Operations Classification*, Secretaría de Salud, Educación y Bienestar de Estados Unidos, diciembre, 1959.

† Srta. Dorothy Kurtz, Bibliotecaria Jefe del Registro Médico, Columbia Presbyterian Medical Center, Nueva York, N.Y.; y Srta. Lillian Erickson, Jefe del Servicio de Registros Médicos, División de Hospitales, Servicio de Salud Pública, Washington, D. C.

\* *Code of Surgical Operation with Classification of Radiotherapy and Anaesthetic Procedure*, General Register Office, Londres, 1956.

consecuencia, es indispensable utilizar una numeración y contenido idénticos.

Se suscitó una cuestión con respecto a los problemas que plantean las revisiones decenales de la Clasificación y sus consecuencias en los índices de hospitales. Se informó de que estas modificaciones no crean dificultades, puesto que el índice puede cerrarse el último día del año y comenzar otro nuevo al primer día del año en que se introdujo la Revisión.

Al examinar el número de dígitos requeridos para un índice de diagnósticos se consideró que tres dígitos no eran suficientes (menos de 1.000 categorías) y que cinco dígitos eran demasiados. Un índice con categorías de cuatro dígitos (como en la Adaptación de la Clasificación Internacional) proporciona detalles suficientes.

Se espera que la Adaptación de la Clasificación para índices de diagnósticos, después de haberse publicado su versión española, se ensayará considerablemente en los países de habla española. En estos países puede utilizarse para índices de diagnósticos, y al mismo tiempo permitir a los hospitales que se familiaricen mejor con el empleo de la *Clasificación Internacional de Enfermedades* para las estadísticas de hospitales. En la Adaptación se mantienen las primeras categorías de tres dígitos de la Clasificación; en consecuencia, los números de código asignados de acuerdo con la Adaptación servirán para el índice de diagnósticos y para las estadísticas de hospitales. La experiencia que se obtenga en los próximos años será muy útil para la elaboración de planes a este respecto para la Revisión de 1965. Se deberían recoger notas médicas sobre los términos que hay que añadir y sobre las categorías que hay que ampliar, a fin de poder utilizarlas para planear la Revisión en estos campos.

Para facilitar la introducción de la Adaptación en español, el Comité solicitó que se obtuviera y enviara a los miembros del Comité informes relativos a la experiencia de hospitales de Estados Unidos. El Comité recomendó que dichos informes, así como la Introducción a la Adaptación en

español, sean utilizados para la preparación de trabajos relativos al valor de esta Adaptación, para su publicación en revistas de los países de habla española.

La participación de las bibliotecarias de historias clínicas en la discusión de la Adaptación para el índice de diagnósticos resultó muy útil, y es conveniente intensificar la colaboración en este campo para preparar una Adaptación satisfactoria que sirva para todos los países.

#### 10. LISTAS ESPECIALES PARA TABULACION

La Revisión de 1948 introdujo tres listas especiales para la tabulación, a saber:

Lista A—Lista intermedia de 150 rúbricas para la tabulación de las causas de morbilidad y de mortalidad.

Lista B—Lista abreviada de 50 rúbricas para la tabulación de las causas de mortalidad.

Lista C—Lista especial de 50 rúbricas para la tabulación de las causas de morbilidad a efectos de seguro social.

La Lista B ha sido considerablemente utilizada por las Naciones Unidas y por la Organización Mundial de la Salud. Aunque no proporciona detalles suficientes para las tabulaciones de ningún país determinado, ha servido bastante bien para el objetivo propuesto: la publicación de datos de todas los países del mundo en el *Demographic Yearbook* de las Naciones Unidas y en los *Annual Epidemiological and Vital Statistics* de la OMS.

El Comité recomendó que la Oficina, valiéndose de la experiencia obtenida en varios países de la Región, proyecte una lista mínima que satisfaga las necesidades en las Américas. Esta lista podría ser una ampliación, para esta Región, de una lista mínima ideada para las publicaciones internacionales. Para esta Región, es conveniente la ampliación de la lista a fin de que ofrezca información sobre determinadas enfermedades infecciosas y otras debidas a deficiencias nutricionales.

El Comité recomendó también que, además de una revisión de la Lista B para las estadísticas de mortalidad, se preparara una lista apropiada para estadísticas de hospitales. El Comité de Expertos en Estadísticas Sanitarias, en su próxima reunión, tratará del tema de las estadísticas de hospitales; este es el momento oportuno de empezar a estudiar el problema de formar una lista adecuada de estadística de hospitales.

#### 11. DESENVOLVIMIENTO DE LAS INVESTIGACIONES SOBRE CLASIFICACION

El Comité examinó el aspecto de las investigaciones en relación con la Clasificación. Se estudiaron tres principales campos de investigación: el primero se refiere a la exactitud de la información médica; el segundo, a los procedimientos para obtener y elaborar datos y el efecto resultante sobre la comparabilidad, y el tercero, al empleo de la Clasificación Internacional en las investigaciones epidemiológicas y de otra naturaleza.

Para juzgar si un certificado médico es fidedigno, se debe saber la proporción de defunciones certificadas por los médicos que asistieron a los pacientes, por los que los examinaron y por los examinadores médico-legales. Sirve de ayuda el conocimiento de las bases para la determinación del diagnóstico: juicio clínico, hallazgos de laboratorio, investigaciones en hospitales, resultados bioscópicos o de autopsias. Se mencionó, asimismo, la necesidad de llevar a cabo nuevas investigaciones sobre la relación entre los diagnósticos hechos a base de un juicio clínico y de exámenes antemortem y los diagnósticos determinados por hallazgos de la autopsia. Con estos estudios se vería mejor si son seguras las estadísticas basadas en una información limitada.

Para juzgar si son comparables los datos médicos de los distintos países, hay que investigar las diferencias nacionales de concepción de las enfermedades, criterios de diagnóstico y actitudes nosológicas entre los médicos. Uno de los ejemplos que se citaron

del último aspecto, fue el problema de la terminología médica referente a la clasificación de enfermedades diarreicas en los países de las Américas. Otro ejemplo es el relativo a los estudios que se han iniciado para investigar si realmente existe tanta diferencia en la mortalidad por bronquitis en Estados Unidos e Inglaterra, o bien si esta diferencia se debe a las actitudes nosológicas con respecto a la misma afección. Asimismo, es posible que diferencias análogas observadas entre Inglaterra y Francia en la mortalidad por enfermedades cardiovasculares, sean reflejo de diferentes ideas nosológicas y criterios de diagnóstico en los dos países.

El segundo campo principal de investigaciones se refiere al efecto de los diversos procedimientos en la comparabilidad de las estadísticas médicas. Este campo de investigaciones podría comprender el estudio del efecto de formulario de certificado médico de defunción utilizado y de las cuestiones secundarias enlazadas con él, como los hallazgos de laboratorio o de la autopsia. Las reglas de codificación afectan a la comparabilidad, y por lo tanto, es importante saber cuáles son y la medida en que realmente se aplican. Las investigaciones deberían referirse a los métodos de efectuar programas de indagación, su finalidad y efectos. Entre otros factores importantes que hay que tener en cuenta, figuran el tipo de codificadores, el nivel administrativo en que se efectúa la codificación y las medidas tomadas para conseguir la uniformidad cuando la codificación no se lleva a cabo en un solo centro.

El tercer campo principal de investigación se refiere al empleo de la Clasificación Internacional de Enfermedades en investigaciones epidemiológicas y de otra naturaleza. Puede dividirse en dos partes: la relación de las investigaciones con la Clasificación y la utilización de la Clasificación para las investigaciones. En algunas secciones de la Clasificación se han introducido y se introducirán cambios a base de los progresos logrados mediante investigaciones en el conocimiento médico de las enfermedades. Los

que participen en las Revisiones de la Clasificación deben estar al corriente de estos avances y tener en cuenta las posibles mejoras que se puedan introducir en la Clasificación a fin de que resulte más eficaz. La Clasificación es un instrumento útil, que se emplea considerablemente en las investigaciones epidemiológicas sobre morbilidad y mortalidad, por ejemplo, en los estudios interpaíses sobre la patología geográfica del cáncer.

En las investigaciones sobre la Clasificación se ha dedicado preferente atención a su empleo en estudios sobre la mortalidad. Sin embargo, hay que emprender ciertos tipos de investigaciones especiales sobre el empleo de la Clasificación respecto de la morbilidad y los servicios de hospitales. Se señaló, en la reunión, la necesidad de ciertas reglas de codificación y adaptaciones especiales de la Clasificación para los índices de diagnósticos en los hospitales. Asimismo, la Clasificación de los datos de morbilidad que no procedan de hospitales sino de los consultorios de médicos particulares o de sistemas de seguro social, requiere también estudio especial.

Se distribuyó un trabajo preparado para esta reunión por la OMS, titulado "Role of the International Classification of Diseases in Epidemiological Research".

## 12. FOMENTO DE LA COMPRESION DE LA CLASIFICACION INTERNACIONAL DE ENFERMEDADES

Uno de los objetivos de la presente reunión fue la preparación de un programa regional para una mayor comprensión de la Clasificación. La publicación de la *Clasificación Internacional de Enfermedades Adaptada para Índice de Diagnósticos de Hospitales y Clasificación de Operaciones*, en 1961, ofrecerá una oportunidad de distribuir estos volúmenes a los hospitales y, al mismo tiempo, enviar trabajos destinados a revistas locales sobre la utilidad de esta adaptación para el índice de diagnósticos. Igualmente, una mayor comprensión de la utilidad de esta Clasificación en los hospitales, especialmente en los hospitales de enseñanza, re-

percutirá favorablemente en la calidad de las estadísticas de mortalidad.

Un programa de estadísticas vitales bien realizado sirve para fomentar la comprensión de la Clasificación. La publicación de estadísticas de mortalidad y el empleo de estos datos en los planes de salud pública constituyen importantes métodos de fomento. Como parte importante de estas actividades, las Oficinas de Zona deberían fomentar, mediante sus consultores de estadística, el desarrollo y fortalecimiento de la organización de estadísticas vitales y sanitarias en sus respectivas Zonas y utilizar ampliamente los servicios del Centro Latinoamericano de la Clasificación de Enfermedades como parte integrante de sus programas—para fines tanto educativos como administrativos—en relación con la Clasificación, sobre todo en el campo de las estadísticas de mortalidad.

En el desenvolvimiento de un programa de estadísticas vitales, es útil incluir actividades educativas en que se empleen medios visuales. Se presentó en la Reunión una serie de diapositivas de certificados médicos utilizadas en la Provincia de Buenos Aires, Argentina. El empleo de estos medios visuales ha resultado de utilidad en la Argentina, y por consiguiente, existe interés en mejorarlos. Hace mucho tiempo que, en cursos y en la distribución de material a los países, el Centro Latinoamericano de la Clasificación de Enfermedades viene utilizando una adaptación de las diapositivas seriadas de la Oficina Nacional de Estadísticas Vitales de Estados Unidos sobre "El certificado médico de la causa de defunción". El Centro emplea también otros varios métodos educativos, como ilustraciones en tableros giratorios, folletos, carteles, etc., que distribuye a los interesados. En Argentina se prepararán, asimismo, una serie de diapositivas para fomentar el interés por los registros y estadísticas de hospitales y para mejorarlos.

Si se establecen estándares de diagnóstico en enfermedades nutricionales y diarreas,

la utilización de diapositivas en estos campos puede ser una buena ayuda.

Entre otros medios educativos que pueden mejorar la comprensión de la Clasificación, figuran las indagaciones para completar y aclarar las causas de defunción. En las clases de medicina, resulta útil el empleo de gráficas en las que se destaquen los puntos importantes relativos a la Clasificación Internacional.

Los cursos ofrecidos por el Centro Latinoamericano de la Clasificación de Enfermedades, no sólo han servido para adiestrar codificadores, sino también para fomentar la aplicación exacta y la comprensión de la utilidad de la Clasificación en muchos países de la Región. Los servicios consultivos facilitados por el Centro Latinoamericano de la Clasificación de Enfermedades y el intercambio de muestras de certificados de defunción entre los países y el Centro, han resultado útiles, no sólo para fomentar el uso de la Clasificación, sino para contribuir a la uniformidad y asimismo a la difusión del material de enseñanza y educación, actividad que desarrolla también el Centro. Si los países, estimulados por las Oficinas de Zona, usaran ampliamente los servicios del Centro, se fomentaría y mejoraría el uso de la Clasificación en los países latinoamericanos.

El Grupo de Trabajo sobre Educación y Adiestramiento en Certificación Médica,\* que se reunió en 1959, formuló recomendaciones específicas sobre la enseñanza en materia de certificación médica en las escuelas de medicina y también para el personal de hospitales. Se ocupó también del alcance de la enseñanza, de la metodología y de los aspectos administrativos. El Comité recomendó que este informe se divulgara y utilizara ampliamente en la Región.

El Comité consideró que sería conveniente fomentar una mejor comprensión de la Clasificación en relación con fines específicos, tales como la codificación de las causas de de-

función. Es igualmente necesario distribuir información sobre los diversos usos de la Clasificación para diferentes fines, por ejemplo, la formación de índices de registros de hospitales y la elaboración de datos para investigaciones epidemiológicas y para estadísticas de morbilidad.

El personal de la OPS/OMS asignado a los países, Oficinas de Zona y Oficina Regional, puede prestar valiosos servicios en lo que se refiere a fomentar el uso de la Clasificación en estos campos.

### 13. SISTEMA DE TRABAJO EMPLEADO EN LA REGION PARA LA REVISION

La Conferencia de la Sexta Revisión recomendó el establecimiento de comités nacionales de estadísticas vitales y sanitarias a fin de coordinar las actividades estadísticas dentro de los países y servir de enlace entre las instituciones nacionales médico-estadísticas y la Organización Mundial de la Salud. Estos Comités han sido creados en casi todos los países de las Américas, pero su funcionamiento ha tropezado con dificultades. No obstante, el Comité recomienda ahora la creación de subcomités nacionales sobre Clasificación con un programa específico encaminado a la Revisión. Estos subcomités deberían estar constituidos de manera que pudieran formular propuestas de revisión, con especial atención a las enfermedades infecciosas, nutricionales y diarreicas. Debería incluirse también en los subcomités alguna persona dedicada activamente a un programa sobre estadísticas vitales.

La Oficina Sanitaria Panamericana, en colaboración con el Centro Latinoamericano, debería trazar un plan de acción concreto, con indicación de sus objetivos y procedimiento. Asimismo, la Oficina debería prestar servicios de consulta, por medio de los consultores de Zona, el personal de Washington y el Centro Latinoamericano, a los efectos de lograr uniformidad en los resultados. La Oficina se encargaría de la coordinación del programa.

El Director del Centro Latinoamericano asumiría la dirección general de los estudios

\* La enseñanza de la Certificación Médica en las Escuelas de Medicina, *Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana*, junio 1960, págs. 487-499.

sobre terminología y de los ensayos, trabajando directamente con los interesados de los distintos países. La selección de los países participantes, se haría a base de la disponibilidad de personas interesadas en investigar los términos en uso o en ensayar propuestas. Estos ensayos se planearían minuciosamente con tabulaciones y listas especificadas por el Centro Latinoamericano.

La OMS distribuirá información relativa a los planes de la Revisión, para que se puedan conocer debidamente en todas las Américas. Esa distribución podría llevarse a cabo cuando se reparta el Séptimo Informe del Comité de Expertos en Estadística Sanitaria.

El Comité hizo hincapié en la importancia del intercambio de experiencias por medio de reuniones nacionales y regionales. Teniendo en cuenta que se pueden proyectar otras reuniones del Comité Asesor, así como un seminario sobre Clasificación que incluiría un grupo de trabajo, se ha preparado un programa de actividades para la Región (Sección 16).

#### 14. PROBLEMAS ESPECIALES RELATIVOS AL MEJORAMIENTO DE LA EDICION ESPAÑOLA

En relación con la edición española de la Clasificación Internacional de Enfermedades se plantean problemas especiales: 1) deter-

minación de los términos equivalentes a los del texto inglés, 2) inclusión en el índice de sinónimos en español de términos que no tengan equivalente en inglés, 3) explicación de la diferencia de significado de determinados términos españoles, y 4) inclusión de los distintos términos de uso local. Todos los países latinoamericanos deberían contribuir a este perfeccionamiento del índice alfabético. Se sugirió que, para mejor comprensión, se hiciera una traducción menos literal de la Introducción del Manual. Asimismo, muchas veces es preferible, en vez de una traducción literal, adaptar al español ciertos folletos, con ejemplos de términos españoles que necesitan señalarse especialmente.

#### 15. PREPARACION DE LA EDICION PORTUGUESA

La OMS se encarga de las ediciones inglesa, francesa y española de la Clasificación. Además, es posible que en 1965, prepare también la edición rusa. Se consideró que la traducción a otras lenguas pueden hacerla los países interesados si lo creen necesario. No obstante, el Comité expresó su convencimiento de que la Oficina Sanitaria Panamericana y el Centro Latinoamericano de la Clasificación de Enfermedades prestarán toda la colaboración posible para preparar la edición portuguesa de la Revisión de 1965, que debería introducirse en el Brasil en 1968.

16. PLAN DE TRABAJO DE LA OMS Y DE LA REGION DE LAS AMERICAS  
SOBRE CLASIFICACION, 1960-1965

Organización Mundial de la Salud	Región de las Américas
1960 Diciembre—Comité de Expertos en Estadística Sanitaria	1960 Junio—Comité Regional Asesor en Estadística
1961 Abril-junio—Anuncio de los planes para la Revisión de 1965 Abril—Comité de Expertos en Nutrición Noviembre—Subcomité de Clasificación	1961 Febrero—Primera Reunión del Comité Regional Asesor en Clasificación Abril—Creación de subcomités nacionales de clasificación Informe de la OSP sobre la Primera Reunión del Comité Regional Asesor en Clasificación Planificación de ensayos e iniciación de la recopilación de datos sobre enfermedades nutricionales, diarreicas e infecciosas Visitas del Director del Centro Latinoamericano Introducción de la Adaptación en español a hospitales clínicos y a grandes hospitales por medio de trabajos artículos y medios audiovisuales
1962 Diciembre—Comité de Expertos en Estadística Sanitaria Reuniones especiales cuando sea necesario en el curso del año	1962 Mediados de año—Segunda Reunión del Comité Regional Asesor en Clasificación Informes sobre ensayos, términos y listas de tabulación Segunda Reunión del Comité Regional Asesor en Estadística
1963 Diciembre—Subcomité de Clasificación Proyecto de Revisión	1963 Junio—Seminario sobre Estadísticas Vitales y Sanitarias Tercera Reunión del Comité Regional Asesor en Clasificación (2 días después del Seminario)
1964 Hacia octubre—Comité de Expertos en Estadística Sanitaria Proyecto de Revisión	1964 Intensificación de los trabajos sobre el Proyecto de Revisión Fines de 1964—Tercera Reunión del Comité Regional Asesor en Estadística
1965 A comienzos de año—Conferencia sobre la Revisión	

COMITE REGIONAL ASESOR EN CLASIFICACION INTERNACIONAL  
DE ENFERMEDADES

Washington, D.C., febrero 20-24 de 1961

*Miembros*

Dr. Carlos Ferrero, Coordinador del Programa de Estadísticas Vitales y Sanitarias, Provincia de Buenos Aires, Argentina

\* Dr. Lincoln de Freitas, Director de Cursos, Departamento Nacional de Salud, Río de Janeiro, Brasil

Dr. Adolfo Morales, Jefe, Oficina de Estadísticas Vitales, Ministerio de Salud Pública, Montevideo, Uruguay (*Vicepresidente*)

Dr. Iwao Moriyama, Jefe, Análisis de Mortalidad, Oficina Nacional de Estadísticas Vitales, Servicio de Salud Pública de Estados Unidos de América, Washington, D.C. (*Relator*)

Dr. Enrique Pereda, ex-Jefe del Departamento de Bioestadística, Servicio Nacional de Salud, Santiago, Chile (*Presidente*)

Sra. Esperanza de Perigault, Jefe, Sección Social, Dirección de Estadísticas y Censos, Ciudad de Panamá, Panamá

*Secretaría*

Dr. J. M. Bengoa, Asesor en Nutrición,

\* No pudo asistir.

Departamento de Fomento de la Salud, Oficina Sanitaria Panamericana, Washington, D.C.

Srta. Mary H. Burke, Estadístico, Sección de Epidemiología y Estadística, Oficina Sanitaria Panamericana, Washington, D.C.

Dr. Darío Curiel, Director, Centro Latinoamericano de la Clasificación de Enfermedades, Caracas, Venezuela

Dr. Edward Kupka, Asesor en Tuberculosis, Departamento de Enfermedades Transmisibles, Oficina Sanitaria Panamericana, Washington, D.C.

Dr. W. P. D. Logan, Director, División de Servicios de Estadística Sanitaria, Organización Mundial de la Salud, Ginebra, Suiza

Sr. Louis Munan, Estadístico, Sección de Epidemiología y Estadística, Oficina Sanitaria Panamericana, Washington, D.C.

Dra. Ruth R. Puffer, Jefe, Sección de Epidemiología y Estadística, Oficina Sanitaria Panamericana, Washington, D.C.

Dr. Antonio Vilches, Oficial Médico, Departamento de Enfermedades Transmisibles, Oficina Sanitaria Panamericana, Washington, D.C.