
6. Historia del desarrollo de la CIE¹

6.1 Origen

Sir George H. Knibbs, el eminente estadístico australiano, concede el mérito del primer ensayo de clasificación sistemática de enfermedades a François Bossier de Lacroix (1706–1777), mejor conocido por el nombre de Sauvages (10). El extenso trabajo de Sauvages se publicó con el título de *Nosologia Methodica*. Contemporáneo de Sauvages fue el gran metodólogo Linneo (1707–1778), una de cuyas obras fue titulada *Genera Morborum*. A comienzos del siglo XIX la clasificación más corriente de enfermedades era la de William Cullen (1710–1790), de Edimburgo, publicada en 1785 con el título de *Synopsis Nosologiae Methodicae*.

Pero el estudio estadístico de las enfermedades se había iniciado un siglo antes, con el tratado de John Graunt sobre las tablas de mortalidad de Londres. En un intento por calcular la proporción de niños nacidos vivos que fallecieron antes de llegar a la edad de seis años —entonces no se registraba la edad de los fallecidos— Graunt tomó todas las muertes que habían sido clasificadas bajo las rúbricas muguét, convulsiones, raquitismo, trastornos de la dentición y gusanos, prematuros, recién nacidos sin bautizar (*chryosomes*), lactantes, hígado grande y niños asfixiados (sofocados), y les sumó la mitad de las defunciones atribuidas a viruela, varicela, sarampión y parasitados por gusanos sin convulsiones. A pesar de que su clasificación era elemental e imperfecta, su cálculo de que un 36% de la mortalidad ocurría antes de los seis años parece haber sido correcto a la luz de conocimientos posteriores. Si bien tres siglos han contribuido algo a la exactitud científica de la clasificación de enfermedades, muchos todavía dudan de la utilidad de las tentativas y los ensayos hechos para recopilar estadísticas de enfermedades o aun de causas de defunción, debido a las dificultades inherentes a la clasificación. A ellos se les podría citar la frase de Major Greenwood: “El purista científico que piense esperar hasta que las estadísticas médicas sean exactas desde el punto de vista nosológico no es más razonable que aquel campesino de Horacio que aguardaba a que el río acabara de fluir” (11).

Afortunadamente para el progreso de la medicina preventiva, la Oficina del Registro General de Inglaterra y Gales, desde su fundación en 1837, encontró en la persona de William Farr (1807–1883), su primer estadístico médico, un

¹La mayor parte del material presentado en las secciones 6.1–6.3 se reproduce de la Introducción de la Séptima Revisión de la CIE, que ofrece una excelente descripción del origen de la Clasificación.

hombre que no solo aprovechó al máximo las imperfectas clasificaciones de enfermedades disponibles en ese tiempo, sino que se dedicó a mejorarlas y a lograr que su uso y aplicación fueran uniformes desde el punto de vista internacional.

Farr encontró que los servicios públicos de su época usaban la clasificación de Cullen, la cual no se había actualizado en el sentido de incluir los avances de la ciencia médica, y no la consideró satisfactoria para usarla con fines estadísticos. En consecuencia, en el primer Informe Anual del Registrador General (12), Farr describió los principios que deben regir una clasificación estadística de enfermedades, e insistió en la adopción urgente de una clasificación uniforme, en los siguientes términos:

Las ventajas de una nomenclatura estadística uniforme, por imperfecta que sea, son tan obvias, que sorprende que no se le haya dado importancia a su aplicación en las Leyes de Mortalidad. Cada enfermedad tiene con frecuencia tres o cuatro términos y cada término ha sido aplicado a varias enfermedades diferentes; se han usado nombres vagos e inconvenientes y en vez de las enfermedades primarias se han registrado las complicaciones. La nomenclatura es tan importante para este dominio de investigación, como lo son los pesos y medidas en las ciencias físicas, y debe establecerse de inmediato.

Tanto la nomenclatura como la clasificación estadística fueron objeto de estudio y observaciones constantes por parte de Farr en sus “Cartas” anuales al Registrador General, y fueron publicadas en los Informes Anuales de este último. La utilidad de una clasificación uniforme de causas de defunción fue ampliamente reconocida por el primer Congreso Internacional de Estadística reunido en Bruselas en 1853, el cual encomendó a William Farr y a Marc d’Espine, de Ginebra, que prepararan una clasificación uniforme de causas de defunción aplicable a nivel internacional. En el siguiente Congreso, realizado en París en 1885, Farr y d’Espine presentaron dos listas separadas, basadas en principios totalmente diferentes. La clasificación de Farr estaba dividida en cinco grupos: enfermedades epidémicas, enfermedades constitucionales (generales), enfermedades localizadas clasificadas conforme al sitio anatómico, enfermedades del desarrollo, y enfermedades que son consecuencia directa de un traumatismo. D’Espine, por su parte, clasificó las enfermedades según su naturaleza (gotosa, herpética, hemática, etc.). El Congreso adoptó, como una solución conciliatoria, una lista de 139 rúbricas. En 1864 esta clasificación fue revisada en París, siguiendo el modelo de la de W. Farr, y fue objeto de otras revisiones en 1874, 1880 y 1886. Aunque esta clasificación nunca recibió aprobación universal, la disposición general, incluyendo el principio propuesto por Farr de clasificar las enfermedades según su localización anatómica, ha perdurado como la base de la Lista Internacional de Causas de Defunción.

6.2 Adopción de la Lista Internacional de Causas de Defunción

En una reunión celebrada en Viena en 1891, el Instituto Internacional de Estadística, sucesor del Congreso Internacional de Estadística, encargó a un

comité dirigido por Jacques Bertillon (1851–1922), Jefe de los Servicios de Estadística de la Ciudad de París, la preparación de una clasificación de causas de defunción. Cabe señalar que Bertillon era nieto de Achille Guillard, distinguido botánico y estadístico que había presentado la resolución en la que se solicitaba que Farr y d'Espine prepararan una clasificación uniforme en el primer Congreso Internacional de Estadística en 1853. El informe de este comité fue presentado por Bertillon en la reunión del Instituto Internacional de Estadística celebrada en Chicago en 1893, donde se decidió adoptarlo. La clasificación preparada por Bertillon se basaba en la clasificación de causas de defunción utilizada por la ciudad de París, la cual, después de la revisión de 1885, representaba una síntesis de las clasificaciones inglesa, alemana y suiza, y se regía por el principio adoptado por Farr de hacer una distinción entre las enfermedades generales y las que se localizaban en un órgano o sitio anatómico específico. Según las instrucciones del Congreso de Viena, originadas en una sugerencia de L. Guillaume, Director de la Oficina Federal de Estadística de Suiza, Bertillon incluyó tres clasificaciones: la primera, una clasificación abreviada de 44 rúbricas, la segunda una clasificación de 99 rúbricas, y la tercera de 161 rúbricas.

La Clasificación de Causas de Defunción de Bertillon, como fue denominada al principio, recibió aprobación general y fue acogida por varios países y por numerosas ciudades. Encontró su primera aplicación en América del Norte por el Dr. Jesús E. Monjarás en las estadísticas de San Luis Potosí, México (13). En 1898, en una reunión celebrada en Ottawa, Canadá, la Asociación Estadounidense de Salud Pública (American Public Health Association, APHA) recomendó que los registros civiles de Canadá, México y los Estados Unidos adoptaran la clasificación de Bertillon y sugirió además que fuera revisada cada 10 años.

En una reunión que celebró en Cristianía el Instituto Internacional de Estadística, en 1899, Bertillon presentó un informe sobre los progresos de la clasificación, que incluía las recomendaciones de la APHA acerca de las revisiones decenales. El Instituto adoptó entonces una resolución redactada en los siguientes términos (14):

El Instituto Internacional de Estadística, convencido de la necesidad de que los diferentes países usen nomenclaturas comparables entre sí:

Toma nota con satisfacción de que el sistema de nomenclatura de causas de defunción que le fue presentado en 1893, ha sido adoptado por todas las oficinas de estadística de América del Norte y por algunas de América del Sur y de Europa;

Insiste enérgicamente en que este sistema de nomenclatura sea adoptado en principio y sin revisión por todas las instituciones europeas de estadística;

Aprueba, cuando menos en términos generales, el sistema de revisión decenal propuesto por la APHA en su sesión de Ottawa (1898);

Insta a las oficinas de estadística que aún no lo hayan hecho a que se adhieran sin demora y que contribuyan de este modo a la comparabilidad de las nomenclaturas de causas de defunción.

En consecuencia, el Gobierno de Francia convocó en París, en agosto de 1900, la Primera Conferencia Internacional para la Revisión de la Lista de Bertillon o Lista Internacional de Causas de Defunción. Asistieron a la Conferencia delegados de 26 países, y el 21 de agosto de 1900 se adoptó una clasificación detallada de las causas de defunción, que comprendía 179 grupos, y una clasificación abreviada, de 35 grupos. Se reconoció la ventaja de las revisiones decenales, y se encargó al Gobierno de Francia que convocara la siguiente reunión en 1910. En realidad la reunión proyectada tuvo lugar en 1909. El Gobierno francés convocó también las conferencias de 1920, 1929 y 1938.

Bertillon continuó promoviendo el uso de la Lista Internacional de Causas de Defunción, y las revisiones de 1900, 1910 y 1920 se efectuaron bajo su dirección. En su cargo de Secretario General de la Conferencia Internacional remitió la revisión provisional de 1920 a más de 500 personas, solicitándoles sus opiniones. Su fallecimiento en 1922 privó a la Conferencia Internacional de su verdadero líder.

En la sesión que el Instituto Internacional de Estadística celebró en 1923, Michel Huber, el sucesor de Bertillon en Francia, reconoció esta falta de liderazgo y presentó una resolución pidiendo al Instituto que reafirmara la decisión de 1893 relativa a la clasificación internacional de las causas de defunción y que colaborara con otras organizaciones internacionales en la preparación de las revisiones subsiguientes. La Organización de Higiene de la Sociedad de las Naciones también había demostrado un activo interés en las estadísticas vitales y nombró una Comisión de Expertos Estadísticos para estudiar la clasificación de enfermedades y de causas de defunción, así como otros problemas en el campo de las estadísticas médicas. E. Roesle, Jefe del Servicio de Estadísticas Médicas de la Oficina de Sanidad de Alemania y miembro de la citada Comisión, preparó una monografía detallando la ampliación que sería necesaria en las rúbricas de la Lista Internacional de Causas de Defunción de 1920, en el caso de que se fuese a utilizar para tabular las estadísticas de morbilidad. Este minucioso estudio fue publicado por la Organización de Higiene de la Sociedad de las Naciones en 1928 (15). Con objeto de coordinar la labor de ambos organismos, se acordó la creación de una “Comisión Mixta”, compuesta en igual proporción por representantes del Instituto Internacional de Estadística y de la Organización de Higiene de la Sociedad de las Naciones; la Comisión preparó las propuestas para la Cuarta (1929) y la Quinta (1938) Revisiones de la Lista Internacional de Causas de Defunción.

6.3 La Quinta Conferencia de Revisión Decenal

La Quinta Conferencia Internacional para la Revisión de la Lista Internacional de Causas de Defunción, al igual que las conferencias precedentes, fue

convocada por el Gobierno de Francia en París en octubre de 1938. La Conferencia aprobó tres listas: una lista detallada de 200 rúbricas, una lista intermedia de 87 rúbricas y una lista resumida de 44 rúbricas. Además, puso al día las listas con los progresos científicos, particularmente en el capítulo de las enfermedades infecciosas y parasitarias, y realizó cambios en los capítulos relativos a las afecciones puerperales y a los accidentes. La conferencia hizo un mínimo de cambios en el contenido, cantidad y aun en la numeración de los rubros. Se diseñó también una lista de causas de nacimientos muertos, que fue aprobada por la Conferencia.

En relación con la clasificación de enfermedades para estadísticas de morbilidad, la Conferencia reconoció la creciente necesidad de una lista de enfermedades para satisfacer los requerimientos estadísticos de organizaciones muy diferentes, tales como seguros de salud, hospitales, servicios médico-militares, administraciones sanitarias y entidades similares. En consecuencia, se adoptó la siguiente resolución (16):

2. Lista Internacional de Enfermedades

En vista de la importancia que tiene la recopilación de listas internacionales de enfermedades que se correspondan con la lista internacional de causas de muerte:

La Conferencia recomienda que el Comité conjunto nombrado por el Instituto Internacional de Estadísticas y la Organización de Higiene de la Sociedad de las Naciones asuma, tal como en 1929, la preparación de listas internacionales de enfermedades, conjuntamente con expertos y representantes de las organizaciones especialmente competentes en la materia.

La Conferencia recomienda que mientras se esté en el proceso de recopilar las listas internacionales de enfermedades, las diversas listas nacionales en uso deberían, tanto como fuera posible, ajustarse a los mismos lineamientos de la Lista Internacional Detallada de Causas de Defunción (indicando los números de los capítulos, títulos y subtítulos de dicha Lista entre paréntesis).

La Conferencia recomendó además, que el Gobierno de los Estados Unidos continuara sus estudios sobre el tratamiento estadístico de las causas conjuntas de muerte en la siguiente resolución (16):

3. Certificado de defunción y selección de causas de muerte cuando se registra más de una causa (causas conjuntas)

La Conferencia,

Considerando que en 1929 el Gobierno de los Estados Unidos fue muy generoso al realizar el estudio de los medios para unificar los métodos de selección de la causa principal de muerte para ser tabulada en aquellos casos en que se mencionan dos o más causas en el certificado de defunción,

Considerando que los numerosos estudios realizados o en preparación en varios países revelan la importancia de este problema, el cual no ha sido aún resuelto,

Considerando que, de acuerdo con estos estudios, la comparabilidad internacional de las tasas de mortalidad de las diferentes enfermedades requiere no sólo la solución del problema de la selección de la causa principal de muerte, sino también la solución de varios otros problemas:

- 1) Especialmente agradece al Gobierno de los Estados Unidos por el trabajo que ha realizado o promovido en esta dirección;
- 2) Solicita del Gobierno de los Estados Unidos la continuación de sus investigaciones en los próximos 10 años, en cooperación con otros países y organizaciones sobre una base un poco más amplia, y
- 3) Sugiere que, para estas investigaciones futuras, el Gobierno de los Estados Unidos establezca un subcomité compuesto de representantes de los países y organizaciones que participen en las investigaciones realizadas en este respecto.

6.4 Las primeras clasificaciones de enfermedades para estadísticas de morbilidad

Hasta entonces, la clasificación de enfermedades había sido presentada casi exclusivamente en relación con estadísticas de causa de muerte. Farr, sin embargo, reconoció que era deseable “extender el mismo sistema de nomenclatura a las enfermedades que, aunque no sean mortales, causan discapacidades en la población, y que ahora figuran en los cuadros estadísticos de enfermedades de los ejércitos, navíos, hospitales, prisiones, manicomios, instituciones públicas de toda clase, y sociedades de enfermedades, así como en los censos de países como Irlanda, donde las enfermedades de toda la población son enumeradas” (9). En su Informe sobre la nomenclatura y clasificación estadística de enfermedades presentado al Segundo Congreso Internacional de Estadística, Farr incluyó en la lista general de enfermedades la mayoría de aquellas que afectan la salud, además de las enfermedades que causan la muerte. En el Cuarto Congreso Estadístico Internacional, celebrado en Londres en 1860, Florence Nightingale insistió en que se adoptara la clasificación de enfermedades de Farr para la tabulación de la morbilidad hospitalaria en el artículo Propuestas para un plan uniforme de estadísticas hospitalarias.

En la Primera Conferencia Internacional para revisar la Clasificación de Causas de Defunción de Bertillon, que se llevó a cabo en París en 1900, se adoptó paralelamente una clasificación para las estadísticas de morbilidad. En la segunda conferencia, realizada en 1909, se adoptó también una lista paralela. Las categorías adicionales para enfermedades no mortales se formaron mediante la subdivisión de algunas rúbricas de la clasificación de causas de defunción en dos o tres grupos de enfermedades identificados cada uno por una letra. La traducción en inglés de la Segunda Revisión Decenal publicada por el Departamento de Comercio y Trabajo de los Estados Unidos en 1910, fue denominada *International Classification of Causes of Sickness and Death* (Clasificación

Internacional de Causas de Enfermedad y Muerte). Las revisiones posteriores incorporaron algunos de los grupos dentro de la Lista Internacional Detallada de Causas de Defunción. La Cuarta Conferencia Internacional adoptó una clasificación de enfermedades que se diferenció de la Lista Internacional Detallada de Causas de Defunción solo por la adición de 12 subdivisiones. Estas clasificaciones internacionales de enfermedades fracasaron al no recibir aceptación general, ya que tuvieron solamente una expansión limitada de la lista básica de causas de defunción.

En ausencia de una clasificación uniforme de enfermedades que pudiera utilizarse satisfactoriamente para estadísticas de morbilidad, muchos países consideraron necesario preparar sus propias listas. El Consejo de Salud del Dominio del Canadá preparó un código estándar de morbilidad que se publicó en 1936. Las principales subdivisiones de esta lista representaban los 18 capítulos de la revisión de la Lista Internacional de Causas de Defunción de 1929 y estas estaban subdivididas a su vez en unas 380 categorías específicas de enfermedades. Durante la Quinta Conferencia Internacional de 1938, el delegado canadiense introdujo una modificación de esta lista para que fuera considerada como la base para una lista internacional de causas de enfermedades. Aunque no se tomó ninguna decisión en relación con esta propuesta, la Conferencia adoptó la resolución mencionada anteriormente (ver pág. 147).

En 1944 se publicaron clasificaciones provisionales de enfermedades y traumatismos para la tabulación de las estadísticas de morbilidad tanto en los Estados Unidos como en el Reino Unido. Ambas clasificaciones eran más extensas que la lista canadiense, pero al igual que ella, siguieron el orden general de enfermedades de la Lista Internacional de Causas de Defunción. La clasificación británica fue preparada por el Comité de Estadísticas de Morbilidad Hospitalaria del Consejo de Investigación Médica creado en enero de 1942. Su título fue *A provisional classification of diseases and injuries for use in compiling morbidity statistics* (Una clasificación provisional de enfermedades y traumatismos para la tabulación de estadísticas de morbilidad) (17) y se preparó con el propósito de ofrecer un esquema para la recolección y el registro estadístico de los pacientes admitidos en los hospitales del Reino Unido, mediante la utilización de una clasificación estándar de enfermedades y traumatismos, que fue utilizada en todo el país por organismos gubernamentales y otros usuarios.

Unos pocos años antes, en agosto de 1940, el Cirujano General del Servicio de Salud Pública de los Estados Unidos y el Director de la Oficina del Censo del mismo país, publicaron una lista de enfermedades y traumatismos para la tabulación de estadísticas de morbilidad (18). Esta lista fue elaborada por la División de Métodos de Salud Pública del Servicio de Salud Pública con la cooperación de un comité de consultores escogido por el Cirujano General. En 1944 se publicó el *Manual for coding cause of illness according to a diagnosis code for tabulating morbidity statistics* (Manual para la codificación

de las causas de enfermedad de acuerdo con los diagnósticos para tabulación de las estadísticas de morbilidad), que incluía los códigos diagnósticos, una lista tabular de inclusiones y un índice alfabético. Esta lista fue utilizada en varios hospitales, en un gran número de planes de seguro hospitalario voluntario y en programas de atención médica así como también en estudios especiales de otros organismos en los Estados Unidos.

6.5 Comité de los Estados Unidos para las Causas Conjuntas de Defunción

De acuerdo con la resolución de la Quinta Conferencia Internacional, el Secretario de Estado procedió en 1945 al nombramiento del Comité de los Estados Unidos para las Causas Conjuntas de Defunción, bajo la dirección de Lowell J. Reed, Profesor de Bioestadísticas en la Universidad de Johns Hopkins. Entre los miembros y consultores de este comité se incluyeron representantes de los gobiernos del Canadá y del Reino Unido y de la Sección de Higiene de la Sociedad de las Naciones. El Comité reconoció la tendencia general del pensamiento en relación con las listas de estadísticas de morbilidad y mortalidad y decidió que, antes de discutir el asunto de las causas conjuntas, sería ventajoso considerar las clasificaciones desde el punto de vista de la morbilidad y mortalidad, ya que el problema de las causas conjuntas estaba relacionado con ambos tipos de estadísticas.

El Comité tomó también en cuenta la parte de la resolución sobre las listas internacionales de enfermedades de la última Conferencia Internacional que recomendaba que “las diversas listas nacionales deberían, tanto como fuera posible, ajustarse a los lineamientos de la Lista Internacional de Causas de Defunción”. También reconoció que la clasificación de enfermedades y traumatismos estaba estrechamente asociada con la clasificación de causas de defunción. La percepción de que tales listas eran fundamentalmente diferentes, surgía de la creencia equivocada de que la Lista Internacional era una clasificación de causas terminales, cuando en realidad estaba basada en la condición morbosa que iniciaba la cadena de eventos causantes de la muerte. El Comité consideró que, para utilizar plenamente tanto las estadísticas de morbilidad como las de mortalidad, las clasificaciones de enfermedades para ambos propósitos no solamente deberían ser comparables sino que dentro de lo posible deberían constituir una lista única.

Además, un número cada vez mayor de organizaciones estadísticas estaban utilizando registros médicos que incluían tanto la enfermedad como la muerte. Se consideró también que aún aquellas organizaciones que recopilaban solamente estadísticas de morbilidad debían codificar tanto los casos mortales como los no mortales. Una lista única, por lo tanto, facilitaría mucho el trabajo de codificación. Tal lista también serviría de base común para la comparación de las estadísticas de morbilidad y mortalidad.

En vista de lo expuesto se nombró un subcomité que preparó el borrador de una Propuesta de Clasificación Estadística de Enfermedades, Traumatismos y Causas de Defunción. El Comité adoptó un borrador final después que fuera modificado en base a ensayos realizados por varias organizaciones en Canadá, Estados Unidos y el Reino Unido.

6.6 Sexta Revisión de las Listas Internacionales

La Conferencia Internacional de la Salud reunida en la ciudad de Nueva York en junio y julio de 1946 (19), encargó a una Comisión Interina de la Organización Mundial de la Salud la responsabilidad de:

revisar los recursos existentes y asumir la responsabilidad del trabajo preparatorio que fuese necesario realizar en relación con:

- (i) la siguiente revisión decenal de las “Listas Internacionales de Causas de Defunción” (incluyendo las listas adoptadas mediante el Acuerdo Internacional de 1934, en relación con las Estadísticas de Causas de Defunción); y
- (ii) el establecimiento de las Listas Internacionales de Causas de Morbilidad.

Para cumplir con esta responsabilidad, la Comisión Interina nombró un Comité de Expertos para la Preparación de la Sexta Revisión Decenal de las Listas Internacionales de Enfermedades y Causas de Defunción.

Este Comité, tomando en cuenta plenamente el conjunto de opiniones prevalecientes en relación con la clasificación de morbilidad y mortalidad, estudió y revisó la clasificación que había sido elaborada por el Comité de los Estados Unidos para las Causas Conjuntas de Defunción.

La clasificación resultante del estudio de la Comisión Interina fue sometida con el título de *Clasificación Internacional de Enfermedades, Traumatismos y Causas de Defunción* a los gobiernos de los países que realizaban estudios de morbilidad y mortalidad, para que hicieran los comentarios y sugerencias que consideraran necesarios al respecto. Una vez recibidas las respuestas, el Comité de Expertos elaboró una versión revisada que incorporó las sugerencias que mejoraban la utilidad y la aceptabilidad de la clasificación y recopiló una lista de términos diagnósticos que debían aparecer debajo de cada título de la clasificación. Al mismo tiempo se nombró un subcomité para elaborar un índice alfabético de los términos diagnósticos asignados a las categorías apropiadas de la clasificación.

El Comité consideró también la estructura y usos de las listas especiales para la tabulación y publicación de las estadísticas de morbilidad y mortalidad y estudió otros problemas en relación con la comparabilidad internacional de las estadísticas de mortalidad, tales como el modelo del certificado médico y las reglas para la clasificación.

La Conferencia Internacional para la Sexta Revisión de las Listas Internacionales de Enfermedades y Causas de Defunción se reunió en París del 26 al 30 de abril de 1948, con el patrocinio del Gobierno de Francia, siguiendo los términos del convenio firmado al final de la Quinta Conferencia de Revisión en 1938. Su conducción estuvo a cargo de un secretariado integrado conjuntamente por las autoridades francesas competentes y la Organización Mundial de la Salud, la cual había realizado el trabajo preparatorio según los términos de un acuerdo entre los gobiernos representados en la Conferencia Internacional de la Salud de 1946 (19).

La Conferencia adoptó la clasificación elaborada por el Comité de Expertos de la Sexta Revisión de las Listas Internacionales (20); estudió también las otras propuestas del Comité en relación con la recopilación, tabulación y publicación de las estadísticas de morbilidad y mortalidad y aprobó el Modelo Internacional del Certificado Médico de Causa de Defunción. Aceptó asimismo la causa básica de defunción como la causa principal para las tabulaciones, así como las reglas de selección de la causa básica de defunción y las listas especiales para la tabulación de los datos de morbilidad y mortalidad. Recomendó también que la Asamblea Mundial de la Salud adoptara las regulaciones establecidas en el artículo 21(b) de la Constitución de la OMS para orientar a los Estados Miembros en lo que se refiere a la recopilación de las estadísticas de morbilidad y mortalidad de acuerdo con la Clasificación Estadística Internacional.

En 1948 la Primera Asamblea Mundial de la Salud aprobó el informe de la Conferencia para la Sexta Revisión y adoptó el Reglamento No. 1 de la Organización Mundial de la Salud, elaborado en base a las recomendaciones de la misma Conferencia. De acuerdo con esa decisión se procedió a la edición del *Manual de la Clasificación Internacional de Enfermedades, Traumatismos y Causas de Defunción* (21). El Manual consistió en dos volúmenes. En el Volumen 1 se incluyeron la Clasificación Internacional con la Lista Tabular de Inclusiones que definía el contenido de las categorías, el modelo del certificado médico de causa de defunción, las reglas de selección y las listas especiales de tabulación. El Volumen 2 era el Índice alfabético para ubicar los términos diagnósticos en las categorías apropiadas.

La Conferencia para la Sexta Revisión Decenal constituyó el comienzo de una nueva era en las estadísticas vitales y de salud internacionales. Además de haber aprobado una lista completa para la codificación de la mortalidad y morbilidad y convenido en la aplicación de las reglas internacionales para la selección de la causa básica de defunción, la Conferencia recomendó la adopción de un amplio programa de cooperación internacional en el campo de las estadísticas vitales y de salud. Un punto importante de este programa fue la recomendación de que los gobiernos establecieran comités nacionales de estadísticas vitales y de salud para coordinar las actividades estadísticas en el país y servir de enlace entre las instituciones estadísticas nacionales y la

Organización Mundial de la Salud. Se sugirió además que tales comités nacionales podrían por sí mismos o en cooperación con otros comités nacionales, estudiar problemas estadísticos de importancia para la salud pública e informar de sus resultados a la OMS.

6.7 La Séptima y Octava Revisiones

La Conferencia Internacional para la Séptima Revisión de la Clasificación Internacional de Enfermedades se reunió en París en febrero de 1955 bajo los auspicios de la OMS (22). De acuerdo con una recomendación del Comité de Expertos en Estadísticas Sanitarias de la OMS, esta revisión se limitó a efectuar cambios esenciales y a corregir los errores y las inconsistencias (23).

La Conferencia para la Octava Revisión, convocada por la OMS, se reunió en Ginebra del 6 al 12 de julio de 1965 (24). Esta revisión fue más radical que la Séptima, pero dejó inalteradas la estructura básica de la Clasificación y la filosofía general para clasificar las enfermedades, siempre que fuera posible, según su etiología y no una manifestación en particular.

Durante los años de vigencia de la Séptima y Octava Revisiones de la CIE, su utilización para la indización de las historias médicas en los hospitales aumentó rápidamente y algunos países prepararon adaptaciones nacionales con los detalles adicionales necesarios para la aplicación de la CIE en ese campo.

6.8 La Novena Revisión

La Conferencia Internacional para la Novena Revisión de la Clasificación Internacional de Enfermedades, convocada por la OMS, se reunió en Ginebra del 30 de septiembre al 6 de octubre de 1975 (25). En los debates previos a la Conferencia se llegó originalmente al acuerdo de que los cambios en relación con la Octava Revisión deberían ser muy pequeños, casi exclusivamente limitados a la actualización de la clasificación, más que todo por los elevados costos que se generan al adaptar los sistemas de procesamiento de datos cada vez que se revisa la clasificación. Sin embargo, en el lapso entre la Octava y la Novena Revisión había aumentado enormemente el interés por la CIE y se hacía necesario encontrar la manera de enfrentar esta situación, por una parte modificando la clasificación misma y por otra introduciendo posibilidades especiales de codificación. En este sentido, varias asociaciones de especialistas habían manifestado interés en la utilización de la CIE para sus propias estadísticas. Con ese fin solicitaron la introducción de modificaciones que permitieran una clasificación más completa para cada especialidad, ya que se consideraba que varias partes de la clasificación no estaban organizadas adecuadamente. Asimismo, hubo presión para aumentar el detalle y para permitir un uso más pertinente a la evaluación de la atención médica, clasificando las afecciones en los capítulos correspondientes a los sistemas orgánicos

afectados en vez de clasificarlas por la causa básica de la enfermedad generalizada. Por otra parte, hubo también sugerencias en sentido contrario de algunos países y áreas donde una clasificación detallada y sofisticada era considerada innecesaria, ya que les bastaba con una clasificación simple, basada en la CIE, que les permitiera hacer el seguimiento de sus avances en cuanto a los servicios de salud y al control de las enfermedades.

Las propuestas finales presentadas y aceptadas por la Conferencia mantuvieron la estructura básica de la CIE, aunque con mucho detalle adicional en las subcategorías de cuatro caracteres y algunos casos con subcategorías opcionales de quinto carácter. Para el beneficio de los usuarios que no requerían tanto detalle se tuvo especial cuidado para que las categorías de tres caracteres fueran adecuadas.

Para favorecer a los usuarios que deseaban producir estadísticas e índices orientados a la atención médica, la Novena Revisión incluyó un método opcional para la clasificación de información diagnóstica, que permitía establecer cuándo un término determinado podía ser utilizado como enfermedad básica general y cuándo para identificar el órgano o sitio afectado. A este método se le dio el nombre de sistema de cruz y asterisco o daga y asterisco, el cual se mantuvo en la Décima Revisión. En la Novena Revisión se incluyeron otras innovaciones técnicas con el propósito de aumentar su flexibilidad y aplicabilidad en diversas situaciones.

La 29ª Asamblea Mundial de la Salud, con base en las recomendaciones de la Conferencia para la Novena Revisión de la Clasificación Internacional de Enfermedades, aprobó la publicación, a título de ensayo, de dos clasificaciones suplementarias: la de Deficiencias, Discapacidades y Minusvalías y la de Procedimientos en Medicina, ambas como suplementos, pero no partes integrantes de la CIE. La Conferencia formuló también recomendaciones sobre varios aspectos técnicos de la clasificación, ya que se hicieron algunos cambios en las reglas de selección de la mortalidad y se introdujeron por primera vez reglas para la selección de una causa única para la tabulación de la morbilidad; se enmendaron y ampliaron las definiciones y recomendaciones para las estadísticas de mortalidad perinatal y se recomendó un certificado de mortalidad perinatal; se estimuló a los países a profundizar el trabajo y el análisis de la codificación por causa múltiple, aunque no se recomendó ningún método formal en particular. Se produjo también una nueva lista básica de tabulación.

6.9 Preparaciones para la Décima Revisión

Incluso antes de la Conferencia para la Novena Revisión, la OMS había comenzado los preparativos para la Décima Revisión. Ya se había aceptado que la gran expansión en la utilización de la CIE obligaba a hacer un análisis cuidadoso de su estructura y a realizar un esfuerzo para diseñar una clasificación flexible y estable, que no necesitara cambios fundamentales por muchos años.

En consecuencia, se solicitó a los Centros Colaboradores para la Clasificación de Enfermedades de la OMS (ver Volumen 1, pág. 7) que experimentaran con nuevos modelos de estructuras para la Décima Revisión.

Se vio también que el período de 10 años entre una y otra revisión era demasiado corto. El trabajo para la revisión tenía que comenzar antes de que la revisión vigente de la CIE se hubiera utilizado lo suficiente como para permitir su evaluación en profundidad, especialmente porque la necesidad de consultar a muchos países y organizaciones extiende mucho el proceso. Por esa razón el Director General de la OMS solicitó a los Estados Miembros y obtuvo su consentimiento para postergar hasta 1989 la Conferencia para la Novena Revisión, que originalmente se había programado para 1985. La postergación permitió experimentar con diversos modelos de estructura de la CIE y evaluar la CIE-9 por medio de reuniones organizadas por algunas oficinas regionales de la OMS y de una encuesta realizada por la Sede.

A continuación se llevó a cabo un extenso programa de trabajo que culminó en la Décima Revisión de la CIE. Este proceso se describe en el Informe de la Conferencia Internacional para la Décima Revisión de la Clasificación Internacional de Enfermedades, reproducido en el Volumen 1.