

**LA CLASIFICACION DE LAS ENFERMEDADES EN  
LOS CONTEXTOS URBANOS - MARGINALES**

Hugo E. Delgado Sumar  
Serie: Apuntes de Medicina Tradicional N° 5  
Ayacucho, junio 1984.

HUGO E. DELCADO SÚMAR

## LA CLASIFICACIÓN DE LAS ENFERMEDADES EN LOS CONTEXTOS URBANOS A PARTIR DE LA DEMANDA CURATIVA

### 01. INTRODUCCIÓN

#### La pervivencia de la Medicina Tradicional

Al término de cinco siglos, es evidente que en el Perú actual, coexisten dos sistemas médicos, en una suerte de dualidad, en la que predomina la llamada Medicina Tradicional; coexistencia que no se da al margen del proceso histórico que está lleno de una constante actitud de marginación y de desprecio de lo andino, y que es expresión de las injustas relaciones de producción y distribución de nuestro sistema actual.

Esta coexistencia, consecuentemente, es la confirmación de la pervivencia de un conjunto de prácticas, procedimientos, rituales, fármacos y especialistas, que con mayor o menor grado de deformación y/o enriquecimiento, -lo que algunos llamarían "hibridación"- siguen constituyendo la base de una práctica médica que se sustenta en el conocimiento heredado y transmitido, producto de cientos y miles de años de paciente observación y experimentación; es decir, de paciente diálogo con la naturaleza.

#### Los factores que determinan la pervivencia de la Medicina Tradicional

Creemos, que esta pervivencia, es consecuencia y resultado de tres factores esenciales:

01. La expresión de la capacidad de los pueblos andinos para defender su personalidad en una suerte de "cultura de resistencia";
02. La expresión de la capacidad de los pueblos andinos para reelaborar permanentemente sus propias alternativas de solución a sus problemas de conservación y recuperación de la salud; y
03. La expresión de la incapacidad del Estado en términos de eficiencia de sus servicios de salud, sumado a una escasa cobertura y una permanente incapacidad (económica?) de incrementarlos.

Las "fallas" que determinan la incapacidad del Estado como agente de Salud

## HUGO E. DELCADO SÚMAR

Creemos asimismo, que la incapacidad del Estado, se debe entre otras muchas causas, al hecho innegable de que en nuestro país, los sistemas de salud han sido establecidos bajo patrones culturales ajenos a nuestra realidad; ajenos a esta realidad, transformada por el hombre andino a través de 20 milenios. Y esta incapacidad, se expresa a través de lo que denominamos tres fallas o defectos del sistema:

01. Los servicios de salud, tienen una estructura eminentemente urbana, propia del carácter reparativo que han adoptado, en desmedro de las necesidades preventivas de la sociedad;
02. La estructura de tipo urbano, obliga a su vez a orientar los escasos recursos financieros a la construcción y mantenimiento de una infraestructura costosa (incluyendo su aparato burocrático); negando de esta manera los recursos necesarios para el funcionamiento de un Sistema Rural de Salud que abarque los sectores mayoritarios de la sociedad; y
03. La inversión hospitalaria, así como la estructura urbana sobre la que se asienta, obedece a tendencias propias del sistema: un tradicional centralismo y una permanente litorización de la población.

### La actitud de la población frente o hacia la atención médica

Lo señalado, obliga u origina que en la sociedad peruana, existan tres sectores respecto a la actitud que asumen frente o hacia la atención médica; sectores que innegablemente obran no sólo en función de un patrón cultural, sino fundamentalmente, en función de su ubicación en los estratos socio-económicos:

01. Uno, muy pequeño, orientado al especialista o médico "occidental";
02. Uno, relativamente grande, orientado a los servicios oficiales de salud (Hospitales, Postas Médicas, Centros de Salud y Sanitarias, etc.); y
03. Uno, mayoritario, orientado al especialista o médico "tradicional" o curandero.

Este último, es el que corresponde a los estratos económicos menos pudientes de la sociedad; es decir, comprende a los sectores marginados dentro del sistema.

### Las fuentes a las que la población recurre en busca de salud

Frente a este drama, y dada la precariedad en la que vive el poblador peruano, la búsqueda de la recuperación de la salud, la confronta a diario con tres fuentes<sup>1</sup>:

01. La Medicina Occidental ("científica", "moderna", "oficial" o "alopática"), poco accesible en términos económicos;
02. La Medicina Tradicional ("indígena", "alternativa", "étnica", "folklórica", "marginal" o "no oficial"); y
03. Ante la carencia de recursos y posibilidades para acceder a estas dos fuentes, y la poca credibilidad que le ofrece la primera, la Medicina Casera o Automedicación.

A través de estas tres fuentes, enfrenta a diario los riesgos de enfermar y morir, que en nuestro país, son sumamente altos y que arrojan tasas superiores a los promedios tercermundistas, en muchos casos.

## 02. LA URBANIZACIÓN DEL PAÍS

Normalmente, se reconocen cuatro momentos determinantes en el proceso de urbanización del país, cuyos inicios corresponden a los años 40, 60, 70 y 80, de este siglo; ésta última, para una parte importante del territorio, agravada por la violencia político social que vivimos desde hace un lustro, y que creemos -por sus características-, alterará significativamente en los próximos años, la distribución poblacional del país.

En la década de los años 40, la población estaba mayoritariamente asentada en el medio rural. Sólo una cuarta parte de los habitantes vivían en ciudades de 2,000 o más pobladores. Siendo muchas de éstas, conglomerados prácticamente rurales. Los ejes en torno a los cuales se produce el surgimiento y expansión de asentamientos urbanos lo constituyen las centros de producción y los puertos ligados a la actividad agro-exportadora, en la costa, y la minería en relación a la costa norte y sierra central del país.

Al alterarse el panorama internacional, como consecuencia de la Segunda Guerra Mundial, se contraen las importaciones peruanas, obligando a un mayor consumo de materias primas nacionales que trae consigo una mayor diversificación industrial que propicia una mayor migración hacia la capital y los centros productivos, y como anota Ponce (1975), "se agudiza la desorganización en el campo".

---

<sup>1</sup> Kleinman (1973), sostiene la existencia de tres modelos explicativos: Profesional (Occidental), Folk (Tradicional) y Popular (Medicina Casera o Automedicación), según sean los profesionales, los practicantes de la medicina tradicional, o bien los pacientes o sus familiares los que asuman el proceso curativo de las enfermedades. Una explicación correcta del modelo, tiene que y debe comprender, además de los especialistas, el nivel económico de los usuarios y la posibilidad de acceso físico real a ellos.

## HUGO E. DELCADO SÚMAR

La consecuencia demográfica de este período comporta dos características:

01. Aparte del crecimiento acelerado de Lima y Callao, a nivel nacional el número de ciudades de "mediana dimensión" (20,000-49,999 habitantes) es aún escaso:

En la Costa Norte:	Trujillo, Chiclayo, Piura y Sullana.
En la Costa Sur:	Ica.
En la Sierra Central:	Huancayo.
En la Sierra Sur:	Cuzco.
En el Oriente:	Iquitos.

02. La distribución de la población total del país, es totalmente distinta a la distribución de la población urbana. La costa (que sigue siendo el nexo con el mundo y el mercado internacional), concentra el 28% de la población nacional total y el 67% de la población urbana. En cambio la sierra concentra el 65.3% de la población nacional y el 27.4% de la población urbana.

Veinte años después, en los inicios de la década de los 60, el país muestra una fisonomía urbana mucho más desarrollada: 26 países se ubican en el rango de "mediana dimensión" con poblaciones superiores a 20 mil habitantes (13 en la costa, 11 en la sierra y 2 en la selva). En este período, además de la industria, la agricultura de exportación y la minería, será la pesquería, una actividad generadora del crecimiento urbano. En tanto, una mayor desarticulación de la estructura de la tierra, y su polarización a través del minifundio y el latifundio, intensificará el proceso migratorio sierra-costa.

Para la década del 70, las tendencias de litorización y centralización, se han consolidado, como resultado de un mayor nivel de desarrollo económico relativo de la costa y de los centros urbanos que la conforman; caracterizando el país de la siguiente manera:

01. La costa, no sólo concentra las mayores proporciones de la población urbana, sino también, gran parte de la actividad industrial y de servicios del país.
02. La sierra, continúa siendo una región con vocación y actividad eminentemente agropecuaria y minera.
03. La selva, fundamentalmente por problemas de accesibilidad, continúa siendo un territorio de poblamiento disperso y baja densidad demográfica.

En este contexto, continúa el crecimiento de los centros urbanos de la costa, en número y proporción. De los 35 conglomerados con poblaciones

superiores a 20 mil habitantes, 20 se ubican en la costa, 12 en la sierra y 3 en la selva. De éstas, 8 pasan a ubicarse -después de Lima-, en el rango de 100 mil habitantes y más, como expresión de un más alto grado de concentración urbana, resultado de un mayor flujo migratorio y mejores condiciones de transporte que los posibilita:

En la Costa Norte:	Trujillo, Chiclayo y Piura.
En la Costa Central:	Chimbote.
En la Costa Sur:	Arequipa.
En la Sierra Central:	Huancayo.
En la Sierra Sur:	Cuzco.
En el Oriente:	Iquitos.

En la década de los años 80, y como resultado de las limitaciones del proceso de Reforma Agraria y del conjunto de reformas implementadas por el Gobierno Militar, sumado al agravamiento de la crisis, a partir de 1975, los flujos migratorios campo-ciudad, sierra-costa y centros de producción-costa, asumen un carácter constante y creciente. En este marco, el reingreso del país a la institucionalidad, viene acompañado del surgimiento de una espiral de violencia político-social, que al término de 5 años, ha modificado dramáticamente la distribución poblacional en la sierra centro-sur del país, y ha consolidado una tendencia migratoria de tipo compulsivo, nunca antes vista en esta magnitud.

### 03. LA REPRODUCCIÓN DE LA MEDICINA TRADICIONAL EN LOS CONTEXTOS URBANOS

Producida la desestructuración del mundo andino, es innegable que una parte importante de los conocimientos tecnológicos y científicos manejados por las élites gobernantes, desaparecieron durante el proceso de extirpación de idolatrías; sin embargo, otra parte, no menos importante, logró conservarse en el pueblo transmitido de generación en generación para pervivir en el tiempo hasta nuestros días.

Este conocimiento, sufrió desde entonces una permanente deformación, primero como resultado y como efecto del proceso de aculturación, y luego, como consecuencia del proceso de dominación iniciado en la Colonia, y aún persistente hoy, que obligó a la Medicina Andina, al igual que a la Religión, a un ejercicio "clandestino" y "encubierto".

Este conocimiento médico, al que hoy denominamos Medicina Tradicional, constituye un conjunto de técnicas curativas (en los niveles de prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación) con características rituales que se insertan fundamentalmente en la estructura del pensamiento

## HUGO E. DELCADO SÚMAR

andino, a pesar de los aportes recibidos a lo largo de todo su proceso histórico y, sin por ello dejar de ser sensible a la introducción de elementos de la medicina "académica" (cuyas limitaciones ya hemos anotado), por los procesos de mercantilización económica, movilidad social y "mestizaje" cultural.

El hombre del campo, al ser arrastrado por la corriente migratoria hacia las ciudades (de la cual damos cuenta en el punto anterior), independientemente de las causales, se desarraiga de su terruño, de sus ancestros y sus pacarinas, y cambia la precariedad de los cultivos en secano por la "seguridad", que generalmente se expresa en la miseria y el hacinamiento del pueblo joven.

Ubicado en su nuevo contexto, asimilado a la ciudad, adquiere los patrones de conservación y recuperación de salud del sistema académico; y cuando éste por insuficiencia de cobertura, o por carencia de recursos económicos deja de ser accesible, hace desasimiento de lo adquirido, y se ve obligado a revalorar los patrones de conservación y recuperación de la salud que constituyen parte de su patrimonio. Es decir, vuelve a las raíces de su cultura para buscar las soluciones que el sistema le niega.

En el contexto urbano, al integrarse o al interactuar con migrantes de otras regiones del país, termina por enriquecer la gama de procedimientos, prácticas y elementos curativos que constituyen la base de su conocimiento, y a su vez, enriquece el conocimiento de los otros. Como consecuencia de ello, al fallar el sistema, la Medicina Tradicional se constituye en una práctica constante, a la que recurre por intermedio de los "especialistas", y en ausencia de éstos, a través de los "entendidos" de su propio entorno familiar; unos y otros, migrantes como él.

De esta integración, que trae consigo permanentes reelaboraciones, surgen nuevas maneras de entender y de denominar las enfermedades, nuevas maneras de tratarlas y de clasificarlas; pero nunca "adquiere todo lo nuevo que se le ofrece o desecha o conserva todo lo viejo de su patrimonio, como no perpetúa, inmoviliza o torna inmutable lo nuevo que adquirido, o lo viejo que ha conservado".

## 04. LA CLASIFICACIÓN DE LAS ENFERMEDADES

### 01. La Fuente:

La clasificación que presentamos, ordenada en 11 grupos categoriales, fueron obtenidos de la "demanda curativa" que a diario reciben 3 curanderos, residentes en Lima.



## 02. Los Informantes:

Los informantes, todos ellos de origen provinciano, residen en la ciudad de Lima por más de 17 años; y en ellos podemos hallar las siguientes características comunes:

01. Ninguno de ellos se dedica en forma exclusiva a la curación, siendo ésta una actividad complementaria, a sus propias ocupaciones;
02. Los pacientes que atienden (luego de desarrollar sus propias actividades), generalmente son sus parientes o vecinos muy cercanos (casi siempre codepartamentanos), o personas contactadas a través de familiares;
03. Normalmente, atienden en sus propios domicilios, y en casos excepcionales, en la vivienda de enfermo; consecuentemente, se puede afirmar que ninguno de ellos tiene "consultorio a la calle";
04. Los cobros que realizan por su trabajo, pueden dividirse en dos partes:
  01. La restitución por parte del paciente, o sus familiares, del costo de los medicamentos utilizados; y
  02. La retribución, propiamente dicha, por su trabajo de curación, que no se sustenta en tasas ni tarifas fijas, y que generalmente se establece sobre la base de la "voluntad" del enfermo o sus parientes cercanos;
05. Todos ellos, como resultado de la interacción con (1) los especialistas del sistema formal (médicos, enfermeras y farmacéutico), (2) la publicidad de la industria farmacéutica a través de los medios de comunicación masiva, y (3) principalmente, por la masiva difusión de folletería, han incorporado al conocimiento heredado en sus lugares de origen:
  01. De la Selva: la utilización de recursos terapéuticos propios de los grupos etnolingüísticos amazónicos;
  02. Del sistema "occidental": la utilización de fármacos (especialmente para el tratamiento de infecciones) y la nomenclatura de las enfermedades.

**03. Las características de los informantes:**

La información complementaria que presentamos en el siguiente cuadro, permite apreciar algunos rasgos de nuestros informantes y de las actividades que desarrollan; las mismas, como es evidente, no hacen otra cosa que confirmar características similares propias de los curanderos del medio rural.

**Rasgos de los informantes y las actividades que desarrollan**

Indicadores	Don Gregorio	Doña Rebeca	Don Pascual
Procedencia	Ayacucho	Huaraz	Puno
Edad	74 años (1910)	63 años (1921)	58 años (1926)
Instrucción	Primaria	Secundaria	Secundaria
Ocupación principal	Zapatero	Cocinera	Comerciante
Ocupación secundaria	Curandero	Curandero	Curandero
Residencia actual	S.J. de Miraflores	Comas	S. M. de Porres
Tiempo de residencia: 01. en Lima 02. en el distrito	21 años (1963) 11 años (1952)	17 años (1967) 17 años (1957)	29 años (1955) 29 años (1955)
Forma/medio de iniciación como curandero	Aprendizaje (su abuela)	Aprendizaje (sus padres)	Aprendizaje (un curandero)
Tiempo de experiencia	42 años (1942)	34 años (1950)	39 años (1945)
Dedicación a la curación	Parcial	Parcial	Parcial
No. Pacientes promedio atendidos/día	03	10	05
Tipo de pacientes 01. Adultos en general 02. Mujeres 03. Niños	03 -- --	02 -- 08	03 01 01
Tipo de enfermedades que trata	Naturales Sobrenaturales	Naturales Susto y Ojeo	Naturales Sobrenaturales Accidentes
No. etiologías informadas	60	49	72

**04. Las enfermedades:**

**Grupo 1: Enfermedades expresadas por síntomas aislados, con o sin expresión de causa o diferenciación del agente etiológico:**

01. Abscesos/Chupos
02. Alergias
03. Cólicos
  01. Cólico estomacal
  02. Cólico intestinal
  03. Cólico renal
04. Diarreas:
  01. Diarreas, en general
  02. Diarreas, por frío

03. Diarreas, por alimentos contaminados
04. Disentería
05. Dolores:
  01. Dolor de Cabeza, en general
  02. Dolor de Cabeza, por preocupación
  03. Dolor de Cabeza, por empacho
  04. Dolor de Cerebro, por cansancio mental
  05. Dolor de Cintura, en general
  06. Dolor de Corazón, por pena
  07. Dolor de Costado
  08. Dolor de Espalda, en general
  09. Dolor de espalda, por cargar bultos pesados
  10. Dolor de Estómago, en general
  11. Dolor de Estómago, por ingerir alimentos fríos
  12. Dolor de Estómago, por ingerir alimentos guardados
  13. Dolor de Estómago, por ingerir alimentos pesados
  14. Dolor de Estómago, por frío
  15. Dolor de Garganta
  16. Dolor de huesos
  17. Dolor de Muelas, por caries
  18. Dolor de Muelas, por haberse "destemplado"
  19. Dolor de Oídos, por aire
  20. Dolor de Oídos, por golpe
  21. Dolor de Oídos, por suciedad
  22. Dolor de Ojos, por mal presentimiento
  23. Dolor de Pecho, por pena
  24. Dolor de Pecho, por mal presentimiento
  25. Dolor de Vientre, en general
  26. Dolor de Vientre, por mal presentimiento
06. Calenturas/Fiebres
07. Empachos/Estreñimiento
  01. Empacho
08. Envenenamientos
  01. Envenenamiento de la sangre, por cólera
09. Falta de apetito/Inapetencia
10. Hemorragias
  01. Hemorragias nasales, en general
  02. Hemorragias nasales, por calor
  03. Hemorragias vaginales, en general
  04. Hemorragias vaginales, por caída o golpe
11. Hinchazones
  01. Hinchazón de la cara, en general
  02. Hinchazón de la cara, por caries dental
  03. Hinchazón del estómago
  04. Hinchazón de las manos
  05. Hinchazón de los pies
12. Inflamaciones
  01. Inflamación de las amígdalas (Amigdalitis)

## HUGO E. DELCADO SÚMAR

02. Inflamación del bazo
03. Inflamación de las encías
04. Inflamación del intestino (Enteritis)
05. Inflamación del estómago
06. Inflamación de la garganta
07. Inflamación del hígado (Hepatitis)
08. Inflamación de los oídos (Otitis)
09. Inflamación de los ojos
10. Inflamación de los ovarios
11. Inflamación de los riñones
12. Inflamación de la vagina
13. Intoxicaciones
  01. Intoxicación, en general
  02. Intoxicación alcohólica
  03. Intoxicación, por ingerir alimentos malogrados
  04. Intoxicación, por alimentos contamina- dos
14. Llagas/Ulceras
  01. Fístulas
  02. Granos dulce
  03. Ulceras de la boca (Aftas)
  04. Ulceras del estómago
  05. Ulceras del útero
15. Mareos
  01. Mareo, por debilidad
  02. Mareo, provocado por temores o fobias
16. Vómitos
  01. Vómitos, por aire o mal aire
  02. Vómitos, por alteración de la posición del estómago / Estómago volteado
  03. Vómitos, por ingerir alimentos en exceso

**Grupo 02: Enfermedades expresadas por el órgano afectado, sin diferenciación de la sintomatología que presentan:**

01. De naturaleza psíquica o emotiva
  01. Mal de la cabeza
  02. Mal de los nervios
02. De naturaleza orgánica
  01. Mal del corazón
  02. Mal de las encías
  03. Mal de la espalda
  04. Mal del estómago
  05. Mal de la garganta
  06. Mal del hígado
  07. Mal de los nervios
  08. Mal de los oídos

- 09. Mal de los ojos<sup>2</sup>
- 10. Mal de la orina
- 11. Mal de los pulmones
- 12. Mal de los riñones
- 13. Mal de la sangre
- 14. Mal del vientre

**Grupo 03: Enfermedades expresadas por la presencia de agentes biológicos causales:**

- 01. De las vías digestivas
  - 01. "Lombrices" o "bichos", en general<sup>3</sup>
- 02. De la piel
  - 01. Hongos/Pie de atleta
  - 02. Sarna
  - 03. Piojera

**Grupo 04: Enfermedades que expresan carencias de distinto orden:**

- 01. Anemia
- 02. Caída del pelo
- 03. Ceguera
- 04. Debilidad
- 05. Deshidratación
- 06. Esterilidad
- 07. Impotencia
- 08. Sordera
- 09. Tiña

**Grupo 05: Enfermedades que expresan estados de ánimo:**

- 01. Angustia
- 02. Cólera/Colerina/Ira/Bilis
- 03. Depresión
- 04. Envidia
- 05. Nostalgia
- 06. Pálpito/Palpitaciones
- 07. Pataleta
- 08. Pena
- 09. Tristeza

**Grupo 06: Enfermedades que expresan agotamiento:**

- 01. Cansancio/Desgano en general
- 02. Cansancio o fatiga del cerebro
- 03. Fatiga

---

<sup>2</sup> Distinta al "Mal de Ojos" u "Ojeo"

<sup>3</sup> Incluye: Amebas, lombrices, solitarias, tenias, etc.

## HUGO E. DELCADO SÚMAR

04. Vista cansada

### Grupo 07: Enfermedades expresadas en términos de "suciedad":

01. Estómago sucio
02. Oídos sucios
03. Sangre "movida" o sucia
04. Vista (u ojos) sucios

### Grupo 08: Enfermedades que expresan el cambio de posición de los órganos:

01. Estómago volteado

### Grupo 09: Síndromes culturales:

01. Mal aire
02. Mala suerte
03. Mal de Ojo/Ojeo
  01. Por "mirada fuerte"
  02. Por "mirada dañina"
04. Susto
  01. Susto por encuentro sorpresivo con animales
  02. Susto por encuentro sorpresivo con cadáveres
  03. Susto por encuentro sorpresivo con fantasmas
  04. Susto por encuentro sorpresivo con personas
  05. Susto por encuentro sorpresivo con "sombras"
  06. Susto por miedo a la oscuridad
  07. Susto por caída violenta
  08. Susto por ruido sorpresivo
  09. Susto por gritos que "atontan"

### Grupo 10: Brujería/daño:

### Grupo 11: Enfermedades como conjunto de síntomas asociados bajo una sola nomenclatura:

01. Almorranas
02. Amigdalitis
03. Angina
04. Artritis
05. Asma
06. Bocio (Hipertrofia)
07. Bronquitis
08. Cáncer
09. Catarata
10. Colitis
11. Conjuntivitis

12. Coqueluche
13. Diabetes
14. Epilepsia
15. Erisipela
16. Escarlatina
17. Escorbuto (Carencia de vitamina C)
18. Faringitis
19. Gastritis
20. Gastroenteritis
21. Gonorrea/Blenorragia
22. Gota
23. Hepatitis
24. Histeria (neurosis)
25. Ictericia
26. Impétigo (erupción cutánea=pústulas)
27. Laringitis
28. Leucemia
29. Neumonía/Pulmonía
30. Mastitis
31. Orzuelo
32. Paludismo
33. Pleuresía
34. Poliomiелitis
35. Reumatismo
36. Sarampión
37. Sífilis
38. Sinusitis
39. Tétanos
40. Tifus exantemático
41. Tos
42. Tos ferina
43. Tos convulsiva
44. Tuberculosis pulmonar/Tisis
45. Varicela
46. Viruela

HUGO E. DELCADO SÚMAR



Contenido

01. Introducción
  - La pervivencia de la Medicina Tradicional
  - Los factores que determinan la pervivencia de la Medicina Tradicional
  - Las "fallas" que determinan la incapacidad del Estado como agente de Salud
  - La actitud de la población frente o hacia la atención médica
  - Las fuentes a las que la población recurre en busca de salud
02. La Urbanización del país
03. La Reproducción de la Medicina Tradicional en los contextos urbanos
04. La clasificación de las enfermedades
  01. La Fuente:
  02. Los Informantes:
  03. Las características de los informantes:
  04. Las enfermedades:
    - Grupo 1: Enfermedades expresadas por síntomas aislados, con o sin expresión de causa o diferenciación del agente etiológico
    - Grupo 02: Enfermedades expresadas por el órgano afectado, sin diferenciación de la sintomatología que presentan
    - Grupo 03: Enfermedades expresadas por la presencia de agentes biológicos causales
    - Grupo 04: Enfermedades que expresan carencias de distinto orden
    - Grupo 05: Enfermedades que expresan estados de ánimo
    - Grupo 06: Enfermedades que expresan agotamiento
    - Grupo 07: Enfermedades expresadas en términos de "suciedad"
    - Grupo 08: Enfermedades que expresan el cambio de posición de los órganos
    - Grupo 09: Síndromes culturales
    - Grupo 10: Brujería/daño
    - Grupo 11: Enfermedades como conjunto de síntomas asociados bajo una sola nomenclatura