

Clasificaciones de la OMS sobre discapacidad

Carlos Egea García y Alicia Sarabia Sánchez (*)

«Puesto que la experiencia de la discapacidad es única para cada individuo, no sólo porque la manifestación concreta de la enfermedad, desorden o lesión es única, sino porque esa condición de salud estará influida por una compleja combinación de factores (desde las diferencias personales de experiencias, antecedentes y bases emocionales, construcciones psicológicas e intelectuales, hasta el contexto físico, social y cultural en el que la persona vive), ello da pie para sugerir la imposibilidad de crear un lenguaje transcultural común para las tres dimensiones de la discapacidad. Y ello también porque no sólo las experiencias individuales de discapacidad son únicas, sino porque las percepciones y actitudes hacia la discapacidad son muy relativas, ya que están sujetas a interpretaciones culturales que dependen de valores, contexto, lugar y tiempo sociohistórico, así como de la perspectiva del estatus social del observador. La discapacidad y su construcción social varían de una sociedad a otra y de una a otra época, y van evolucionando con el tiempo.

Las Clasificaciones de la OMS se basan en el principio de que la discapacidad es un rango de aplicación universal de los seres humanos y no un identificador único de un grupo social. El principio del universalismo implica que los seres humanos tienen de hecho o en potencia alguna limitación en su funcionamiento corporal, personal o social asociado a una condición de salud. De hecho, hay un continuo de niveles y grados de funcionalidad. La discapacidad, en todas sus dimensiones, es siempre relativa a las expectativas colocadas sobre el funcionamiento de las personas (qué se espera o no que hagan). Una clara consecuencia del universalismo es que, subyaciendo a la diversidad de manifestaciones de la discapacidad, tiene que haber un conjunto de estados funcionales que son susceptibles de identificar científicamente. Este grupo conjunto, subyacente, es el que trata de mostrar la OMS en estas Clasificaciones.

El universalismo no significa necesariamente que las deficiencias siempre y en cualquier sociedad conducirán a una limitación de la actividad o restricción de la participación. Puede no ser posible, antropológicamente, generalizar desde una deficiencia física a una única identidad social.

La ciencia, la burocracia y la religión han jugado un importante papel en la construcción de la discapacidad: como un yo roto, imperfecto o incompleto, como un caso en el que es preciso intervenir y como objeto de lástima y caridad. Ello ha conducido a reclamar un concepto del yo más integrado, basado no sólo en una visión del mundo empírica, mecanizada y burocrática, sino sobre una visión del yo y de la sociedad integrada, interpretable y holística. De esta forma, puede ser posible una comprensión más universal de la discapacidad. Al mismo tiempo, cuando vemos el aspecto de las actitudes sociales hacia la discapacidad y las personas con discapacidad, incluyendo el modo en que la gente informa sobre la discapacidad y su severidad, nos encontramos con lo que parece ser una enorme variación según las culturas.

Algunos estudios parecen estar en contra de la posibilidad de una clasificación de la discapacidad universal y transcultural, tal y como pretenden ser las Clasificaciones de la OMS. Algunos autores argumentan que la suposición de que son posibles definiciones y clasificaciones universales de la discapacidad es en sí misma un punto de vista cultural determinado, asociado con las sociedades norteamericana y europea, con una fuerte vinculación a las ciencias biomédicas universalistas, por un lado, y a las concepciones individualistas de la personalidad, por otro. Hay evidencias antropológicas y de la sociología médica de que las creencias culturales afectan a cómo los profesionales de la salud y las personas con discapacidad interpretan la salud, la enfermedad y la discapacidad. Las creencias culturales hacen a la gente aprender caminos aceptados de estar enfermo, influyen en la atribución de etiologías a la enfermedad o la discapacidad y determinan las expectativas respecto al tratamiento y los profesionales de la salud. Por lo tanto, los profesio-

(*) Carlos Egea García, Pedagogo. Alicia Sarabia Sánchez, Trabajadora Social (carloalyalicia@ono.com)

nales de la salud necesitan ser conscientes de las diferencias culturales que pueden afectar a los resultados del tratamiento.

La pregunta es ¿cómo identificar los aspectos comunes sin perder de vista las diferencias culturales y lingüísticas, integrándolas en el desarrollo de los instrumentos?» (1).

Sirva el párrafo anterior para introducir el dilema de la necesidad de una clasificación internacional que nos sirva a todos y en todos los lugares para compartir y comparar la información sobre la discapacidad. Esta pretensión se encuentra detrás de cada estudio epidemiológico, sociológico o estadístico que sobre la discapacidad se realiza. A ello ha tratado de dar respuesta la Organización Mundial de la Salud (OMS) con sus Clasificaciones, que analizamos en este artículo.

La Organización Mundial de la Salud cuenta entre sus grupos de trabajo con uno dedicado a la «Clasificación, evaluación, encuestas y terminología» aplicables al campo de la salud. En el marco de las actividades de este grupo se ha gestado la revisión de la Clasificación Internacional de Deficiencias, Discapacidades y Minusvalías (CIDDDM) publicada por la OMS, para ensayo, en 1980.

Para encuadrar la perspectiva actual que sobre el campo de la discapacidad y su relación con la salud tiene este Organismo internacional, vamos a hacer un breve repaso a los conceptos y terminología empleados en la primera versión de la citada Clasificación. Además, haremos un somero relato de los acontecimientos acaecidos durante su periodo de implantación y revisión. Mostraremos un particular interés en los relacionados con España.

La CIDDDM de 1980

El objetivo planteado en la versión de 1980 de la CIDDDM (2) se centra en traspasar las barreras de la enfermedad, entendida en su concepción clásica. Se trata de ir más allá del proceso mismo de la enfermedad y clasificar las consecuencias que ésta deja en el individuo tanto en su propio cuerpo, como en su persona y en su relación con la sociedad. De este modo, se va más allá del esquema de la enfermedad como:

¹ Todo el párrafo entrecorillado y en letra cursiva está extraído, traducido y adaptado por los autores, de las páginas 8 y siguientes del libro editado por Üstün, T.B. et al., *Disability and Culture: Universalism and Diversity*, publicado por la Organización Mundial de la Salud y Hogrefe & Huber Publishers. 2001.

² Utilizamos, como texto de referencia, la edición de 1997 del libro *Clasificación Internacional de Deficiencias Discapacidades y Minusvalías* editado por el IMSERSO.

Etiología → Patología → Manifestación

Así, la OMS propone con la CIDDDM un esquema nuevo:

Enfermedad → Deficiencia → Discapacidad → Minusvalía

Conceptos y terminología de la CIDDDM

En este nuevo esquema ha de entenderse que:

- La **enfermedad** es una *situación intrínseca* que abarca cualquier tipo de enfermedad, trastorno o accidente. La enfermedad está clasificada por la OMS en su Clasificación Internacional de Enfermedades y Problemas de Salud Relacionados (CIE).
- La **deficiencia** es la *exteriorización* directa de las consecuencias de la enfermedad y se manifiesta tanto en los órganos del cuerpo como en sus funciones (incluidas las psicológicas).
- La **discapacidad** es la *objetivación* de la deficiencia en el sujeto y con una repercusión directa en su capacidad de realizar actividades en los términos considerados normales para cualquier sujeto de sus características (edad, género,...).
- La **minusvalía** es la *socialización* de la problemática causada en un sujeto por las consecuencias de una enfermedad, manifestada a través de la deficiencia y/o la discapacidad, y que afecta al desempeño del rol social que le es propio.

Cada uno de los tres ámbitos de las consecuencias de la enfermedad, que antes hemos descrito, fue definido de forma operativa por parte de la OMS en la CIDDDM. Así pues, siempre dentro de la «experiencia de la salud»:

- Una **deficiencia** es toda pérdida o anomalía de una estructura o función psicológica, fisiológica o anatómica.
- Una **discapacidad** es toda restricción o ausencia (debida a una deficiencia) de la capacidad de realizar una actividad en la forma o dentro del margen que se considera normal para un ser humano.
- Una **minusvalía** es una situación desventajosa para un individuo determinado,

consecuencia de una deficiencia o una discapacidad, que limita o impide el desempeño de un rol que es normal en su caso (en función de su edad, sexo o factores sociales y culturales).

La relación causal entre dichos niveles de las consecuencias de la enfermedad es evidente en las propias definiciones de los mismos. Una deficiencia puede producir una discapacidad y la minusvalía puede ser causada por cualquiera de las dos anteriores. Dicha causalidad y linealidad en el planteamiento de la CIDDM ha sido uno de los extremos más criticados de la misma. Así, se ha planteado la posibilidad de que existieran minusvalías derivadas directamente de una enfermedad, que no causando deficiencia (pérdida o anomalía), ni produciendo una discapacidad (restricción o ausencia de capacidad), pudiera producir una minusvalía (un niño portador de VIH que se encuentra en situación desventajosa en actos sociales donde no puede participar en igualdad de condiciones). En sentido inverso, también se puede plantear la situación de que determinadas minusvalías (por ejemplo, la situación de desventaja social que tiene una persona con ciertos trastornos mentales) puedan llegar a causar discapacidades (como sería el caso de la limitación en su capacidad para desarrollar un trabajo remunerado motivado por la prolongada situación de ostracismo a la que se ha sometido al individuo).

Términos en positivo

Desde las visiones animistas de la discapacidad (la discapacidad era un castigo divino o la persona con discapacidad estaba endemoniada) hasta la actual perspectiva que se vive en los países de nuestro entorno de considerarla dentro de los conceptos de salud, han pasado años y un duro devenir con continuas reconducciones hacia lo que debería ser una visión «neutra» o, mejor aún, «positiva» de los conceptos utilizados en el campo de la discapacidad (3).

³ Para ampliar información sobre los paradigmas de la discapacidad, recomendamos la lectura de las primeras páginas del libro de Ramón Puig de la Bellacasa *La discapacidad y la rehabilitación en Juan Luis Vives. Homo homini par*, editado por el Real Patronato de Prevención y de Atención a Personas con Minusvalía dentro de su Colección Documentos con el número 37/93. Madrid, 1993.

En esa trayectoria han ido quedando obsoletos términos que surgieron desde el mundo de la ciencia (idiota, imbecil, cretino, subnormal, etc.). La incorrecta utilización de los mismos, su vulgarización y el desencuentro conceptual entre las personas que los manejaban, han obligado a ir cambiando cíclicamente la terminología aplicada a quienes padecían menoscabo.

A esta realidad no fue ajena la propia CIDDM, que tuvo que consensuar, en los años 1975-76, como paso previo a la elaboración de la Clasificación, un marco de referencia conceptual. Así mismo, durante los años subsiguientes a la aprobación de la Clasificación, la OMS tuvo que llegar a un acuerdo sobre la utilización de los términos más importantes con una serie de organizaciones internacionales. Pese a todo ello, no se ha podido evitar el uso de términos y conceptos promulgados por la OMS como sinónimos, no sólo en la lengua común sino, incluso, en mucha de la literatura especializada.

Podríamos decir que dos eran las pretensiones básicas en el campo de la terminología aplicada a la discapacidad:

1. La intención de *evitar la sustantivación de situaciones adjetivas*. Se trataba de mostrar al individuo antes como persona que como sujeto de una determinada situación limitante. La manera de lograrlo era anteponer siempre el «persona con...», haciendo de esta manera más relevante la integridad individual que la situación adjetiva (por descriptiva) de una circunstancia personal concreta.
2. Por otro lado, se trataba de *evitar la distinta interpretación que sobre los diferentes marcos de las consecuencias de la enfermedad tenga cada persona, según la perspectiva que uno tenga de las mismas*. Así, a las cualidades de la deficiencia se les asigna un adjetivo derivado de un sustantivo (en el texto de la traducción del IMSERSO aparece como ejemplo: deficiencia del órgano de la visión), mientras que para las discapacidades se recomienda la utilización de una palabra de origen verbal (como ejemplo en el texto citado aparece: discapacidad para ver). En el caso de las minusvalías, la cualidad vuelve a ser designada por un adjetivo derivado de un sustantivo (el ejemplo en el texto editado por el IMSERSO es: minusvalía para la orientación), pero en este caso el sustantivo hace referencia a un rol de supervivencia y nunca a un órgano o su

función (4). Aunque no se consiguió una coherencia total en este sentido, sí quedó clara la voluntad de lograrlo.

Pese al indudable empeño puesto por la OMS en la CIDDM para que los términos de la misma fueran positivos, han sido muchas las voces que se han alzado en contra de una Clasificación (5) que enumeraba las situaciones limitantes, restrictivas y de desventaja. Esta perspectiva condujo a una nueva revisión de la terminología empleada.

El proceso de revisión

Sin tratar de ser exhaustivos, exponemos a continuación los hitos principales del largo proceso de revisión que han conducido a la aparición de una nueva Clasificación dentro de la familia de clasificaciones de la OMS (6).

1976. La Organización Mundial de la Salud aprueba, para ensayo, la Clasificación Internacional de Deficiencias, Discapacidades y Minusvalías, como «manual de las consecuencias de la enfermedad».

1980. Se publica la versión oficial, en inglés, de la CIDDM.

1983. El, entonces, Instituto Nacional de Servicios Sociales (INSERSO) publica la versión en castellano de la CIDDM, que merece la aprobación por la OMS como versión oficial en nuestro idioma. Este mismo año, Naciones Unidas publica su Programa de Acción Mundial para Personas con Discapacidad, cuya terminología en la versión en castellano no coincide con la propuesta por el INSERSO en la traducción de la CIDDM (en 1988 el, entonces, Real Patronato de Prevención y de Atención a Personas con Minusvalía publicará una traducción armonizada).

⁴ OMS. *Clasificación Internacional de Deficiencias, Discapacidades y Minusvalías*. IMSERSO. Madrid, 1997, pág. 71.

⁵ Una referencia a las críticas más destacadas se puede encontrar en Üstün, T.B. et al., *Op. cit.*, pp. 6 y ss.

⁶ Un relato más exhaustivo de los hitos y hechos fundamentales de este proceso de revisión se puede encontrar en la publicación de Egea García, C. y Sarabia Sánchez, A. *Experiencias de aplicación en España de la Clasificación Internacional de Deficiencias, Discapacidades y Minusvalías*, publicado por el Real Patronato sobre Discapacidad dentro de su Colección Documentos con el número 58/2001. Madrid, 2001.

1986. El Instituto Nacional de Estadística (INE) de España realiza una encuesta de ámbito nacional sobre Discapacidades, Deficiencias y Minusvalías, tomando como base los conceptos y terminología empleados por la OMS en la CIDDM. Se trata del trabajo de campo de más amplio espectro realizado en todo el mundo hasta este momento.

1987. Se establece la red de centros colaboradores de la OMS en materia de aplicación y desarrollo de la CIDDM (ninguno de estos centros se ubica en un país de habla hispana). También este año, el Consejo de Europa crea un Comité de Expertos para la aplicación de la CIDDM.

1989. El Consejo de Europa publica un documento sobre la utilización de la CIDDM.

1991. La Dra. Jesusa Pertejo, al frente del equipo RACIM (Revisión y Actualización de la Clasificación Internacional de Minusvalías), por encargo del Real Patronato, realiza un estudio sobre la aplicación de la CIDDM en España y los países de habla hispana.

1992. En la reunión anual sobre CIDDM celebrada en Zoetermeer (Holanda), se revisan algunos ítem de la Clasificación y se redacta una nueva introducción. Se acuerda impulsar el proceso de revisión, asignando responsabilidades a los distintos centros colaboradores. En España, este año, el Real Patronato redacta y hace llegar a los órganos pertinentes de la OMS una «nota de situación y propuesta sobre la CIDDM», elaborada por un grupo de expertos de habla hispana.

1993. En la reunión anual sobre CIDDM celebrada Washington, se programa el proceso de revisión y se distribuyen tareas y responsabilidades entre los centros colaboradores. La OMS publica una reimpresión de la CIDDM donde desaparece la mención «para ensayo» y añade un nuevo prólogo, donde se reconocen las aportaciones realizadas desde España por el Real Patronato. Este mismo año, las Naciones Unidas publican las Normas Uniformes sobre la Igualdad de Oportunidades de las Personas con Discapacidad, en las que vuelve a apreciarse un incorrecto uso del término aplicado en lengua hispana para la «deficiencia», según la versión en castellano de la CIDDM.

1996. Aparece el borrador «alfa» de la nueva versión de la CIDDM, que utilizará, de momento, las siglas CIDDM-2, por razones históricas (no se conoce traducción al castellano de este documento). El Consejo de Europa lleva a cabo un Taller Internacional

sobre «El uso y la utilidad de la CIDDM», cuyos materiales no serán publicados hasta marzo del año 1999.

- 1997.** Aparece el segundo borrador, «beta 1», de la CIDDM-2, con el nombre de «Clasificación Internacional de las Deficiencias, Actividades y Participación» (con versión en castellano).
- 1998.** Se constituye la Red de Habla/Cultura Hispana en Discapacidad (RHHD) como interlocutora de la OMS para la versión en castellano de la revisión.
- 1999.** Aparece un nuevo borrador, «beta 2», de la CIDDM-2, con el nombre de «Clasificación Internacional del Funcionamiento y la Discapacidad» (con versión en castellano). Este mismo año se constituye la REVEDIC (Red Española de Verificación y Difusión de la CIDDM-2), que se encarga de llevar a cabo en nuestro país los trabajos de campo diseñados por la OMS para el proceso de revisión de la CIDDM y como representación oficial de España en el marco de la RHHD.
- 2000.** Aparecen dos borradores «pre-finales» (en octubre y diciembre, respectivamente) de la CIDDM-2, con el nombre de «Clasificación Internacional del Funcionamiento, la Discapacidad y la Salud» (ambos contaron con traducción al castellano). En noviembre (en el periodo comprendido entre ambas publicaciones) se celebra en Madrid la Reunión anual de la CIDDM, donde se decide elevar al Comité Ejecutivo de la OMS un borrador de la nueva Clasificación para que pueda ser aprobado en la siguiente Asamblea Mundial.
- 2001.** En enero, el Comité Ejecutivo de la OMS acuerda elevar, para su aprobación en la 54.^a Asamblea Mundial de la Salud, el borrador pre-final de diciembre de la CIDDM-2. En abril aparece el borrador «final» de la CIDDM-2 (con su correspondiente versión en castellano). El 22 de mayo se aprueba la nueva versión de esta Clasificación con el nombre definitivo de «Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la Discapacidad y de la Salud», con las siglas CIF. En el mes de junio, aparece una nueva traducción al castellano de esta Clasificación, que recoge las nuevas siglas (CIF) y en la que se rectifican algunos errores de la traducción de abril. En octubre se da noticia a través de Internet de la publicación oficial de la nueva Clasificación, cuya versión en castellano es editada por el

IMSERSO y se presenta el 15 de noviembre en Madrid (7).

La CIF de 2001

Como hemos podido ver en el apartado anterior, el periodo de aplicación de la CIDDM supera de largo los veinte años y su periodo de revisión se ha prolongado por casi una década. Como ya habíamos dicho, ha sido un largo proceso, con una amplia participación internacional (todos los centros colaboradores, grupos de trabajo específicos para algunos apartados, instituciones internacionales representativas del colectivo y redes internacionales como la de habla hispana), con el uso de las nuevas tecnologías de la información y la comunicación (la OMS, dentro de su sitio en la Web, viene manteniendo un apartado dedicado a la revisión de la CIDDM) y no carente de giros sorprendentes en su elaboración (términos que aparecen y desaparecen, incluso del propio nombre; desdoblamiento o agrupación de las distintas escalas que componen la Clasificación; y hasta un cambio final en las siglas que van a regir desde el momento de su aprobación por la Asamblea Mundial de la Salud del 2001).

Objetivo y la finalidad

En el propio título de la nueva Clasificación encontramos una declaración de intenciones. Ya no se enuncian tres niveles de consecuencias de la enfermedad, sino que se habla de **funcionamiento** (como término genérico para designar todas las funciones y estructuras corporales, la capacidad de desarrollar actividades y la posibilidad de participación social del ser humano), **discapacidad** (de igual manera, como término genérico que recoge las deficiencias en las funciones y estructuras corporales, las limitaciones en la capacidad de llevar a cabo actividades y las restricciones en la participación social del ser humano) y **salud** (como el elemento clave que relaciona a los dos anteriores).

En sus primeras líneas, la CIF enuncia su objetivo principal: «*proporcionar un lenguaje unificado y estandarizado que sirva como punto de referencia para la descripción de la salud y los estados relacionados con la salud*». La

⁷ Organización Mundial de la Salud. *Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la Discapacidad y de la Salud*. IMSERSO. Madrid, 2001.

OMS abandona el enfoque primitivo de «consecuencias de la enfermedad» para enfocar el objetivo hacia «la salud y los estados relacionados con la salud». Trata, por lo tanto, de poner en positivo su terminología desde el primer momento (el término «enfermedad» ya no es empleado y a cambio aparece el nuevo término «estado de salud»).

También describe su finalidad en las primeras líneas del documento que manejamos: «*La clasificación revisada define los componentes de la salud y algunos componentes del bienestar relacionados con la salud (como educación, trabajo, etc.) para su descripción y valoración*». Bajo esta perspectiva, se trata de ir más allá del campo «médico-sanitario» e incluir, de forma expresa, ámbitos sociales más amplios.

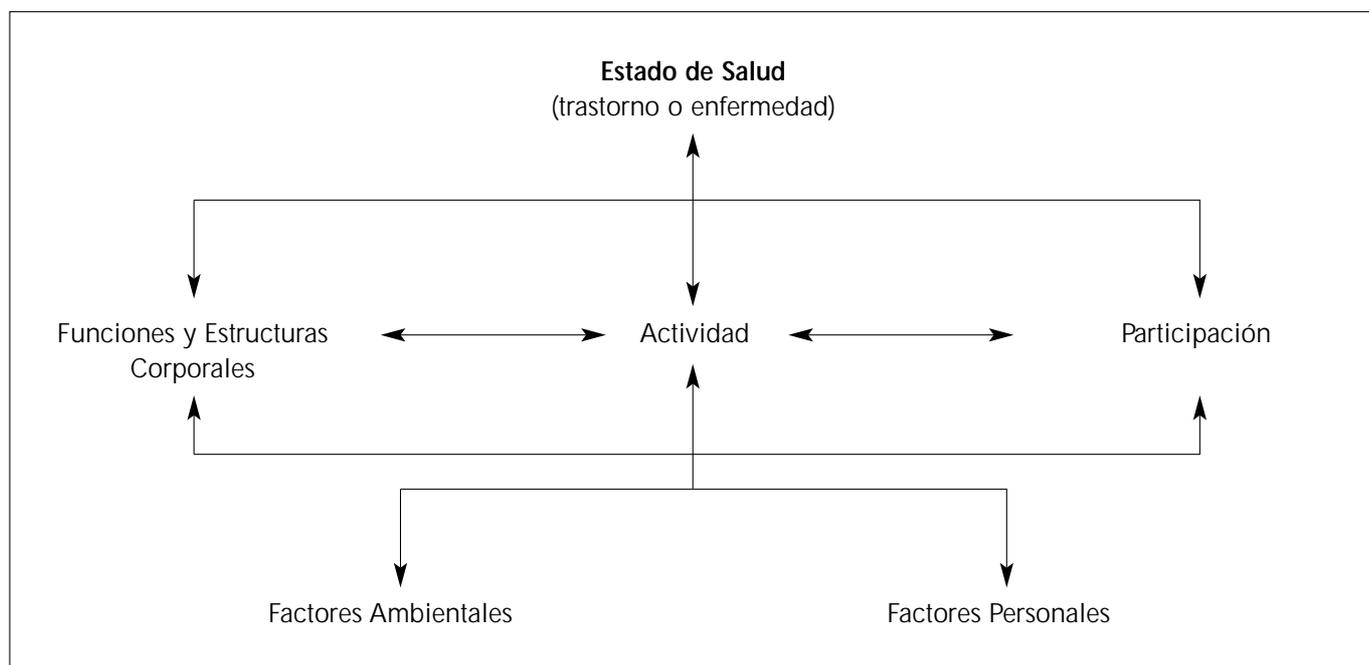
La CIF, desde los comienzos de su elaboración, se pronuncia por un enfoque bio-psico-social y ecológico, superando la perspectiva bio-médica imperante hasta el momento. Particularmente, este dato queda evidente con la inclusión de un apartado (segunda parte) dedicado a los factores contextuales (si bien no podemos considerar que hayan alcanzado todos sus objetivos ya que una de las escalas previstas, la de factores personales, no ha llegado a desarrollarse y la otra, la de factores ambientales, habrá de ser sometida a un proceso de verificación que puede derivar en modificaciones sustanciales).

Como aportación personal de los autores de este artículo, opinamos que el cambio de última hora en las siglas por las que se conocerá esta Clasificación puede responder, básicamente, a dos premisas:

1. Un acercamiento con la que se considera una Clasificación «hermana» y complementaria: la CIE, Clasificación Internacional de Enfermedades. Las siglas CIF (en inglés ICF, International Classification of Functioning) recuerdan y se asemejan bastante a CIE (en inglés ICD, International Classification of Diseases).
2. Una intencionalidad de dejar claro que se trata de una «nueva Clasificación», rompiendo con las siglas CIDDM que se venían manteniendo en los distintos borradores «por razones históricas». Si bien se hace una mención expresa en el documento manejado a que se trata de un «*texto que representa una revisión de la CIDDM*», en la práctica poco queda de la misma ni en los conceptos, ni en la terminología empleada. Sólo parece guardar relación con su antecesora en los campos para su posible aplicación (herramienta estadística, de investigación, clínica, de política social y educativa).

El nuevo esquema

Al esquema causal y lineal de la CIDDM de 1980, la CIF responde con un esquema de múltiples interacciones entre sus dimensiones y áreas. Aunque, según se declara en el texto de esta Clasificación, la CIF «*no establece un "proceso" del funcionamiento y la discapacidad*», se intentan aclarar dichas interacciones mediante el siguiente esquema:



De este nuevo esquema (clarificador de las interacciones entre las dimensiones y áreas) podemos hacer las siguientes lecturas:

- Los estados de salud tienen consecuencias en todos los componentes del funcionamiento (corporal, actividad y participación). A su vez, los componentes del funcionamiento tienen directa repercusión sobre los estados de salud, en tanto que condicionan la posible aparición de nuevas alteraciones (trastornos o enfermedades).
- Los componentes del funcionamiento se relacionan, por pares, todos entre sí (cuerpo y actividad; cuerpo y participación; actividad y participación) y en ambos sentidos.
- Los componentes del funcionamiento (todos y cada uno de ellos) se ven influidos por los factores contextuales, tanto ambientales como personales. Al mismo tiempo, los factores contextuales pueden ser determinados por las circunstancias que acontezcan en los tres componentes del funcionamiento.

Hacemos notar que en el nuevo esquema (clarificador) se emplea la terminología positiva que trata de impregnar esta nueva Clasificación, sin hacer mención de los términos negati-

vos que corresponden a cada uno de ellos, con excepción de la aclaración, entre paréntesis, que se hace de los «estados de salud».

La nueva estructura

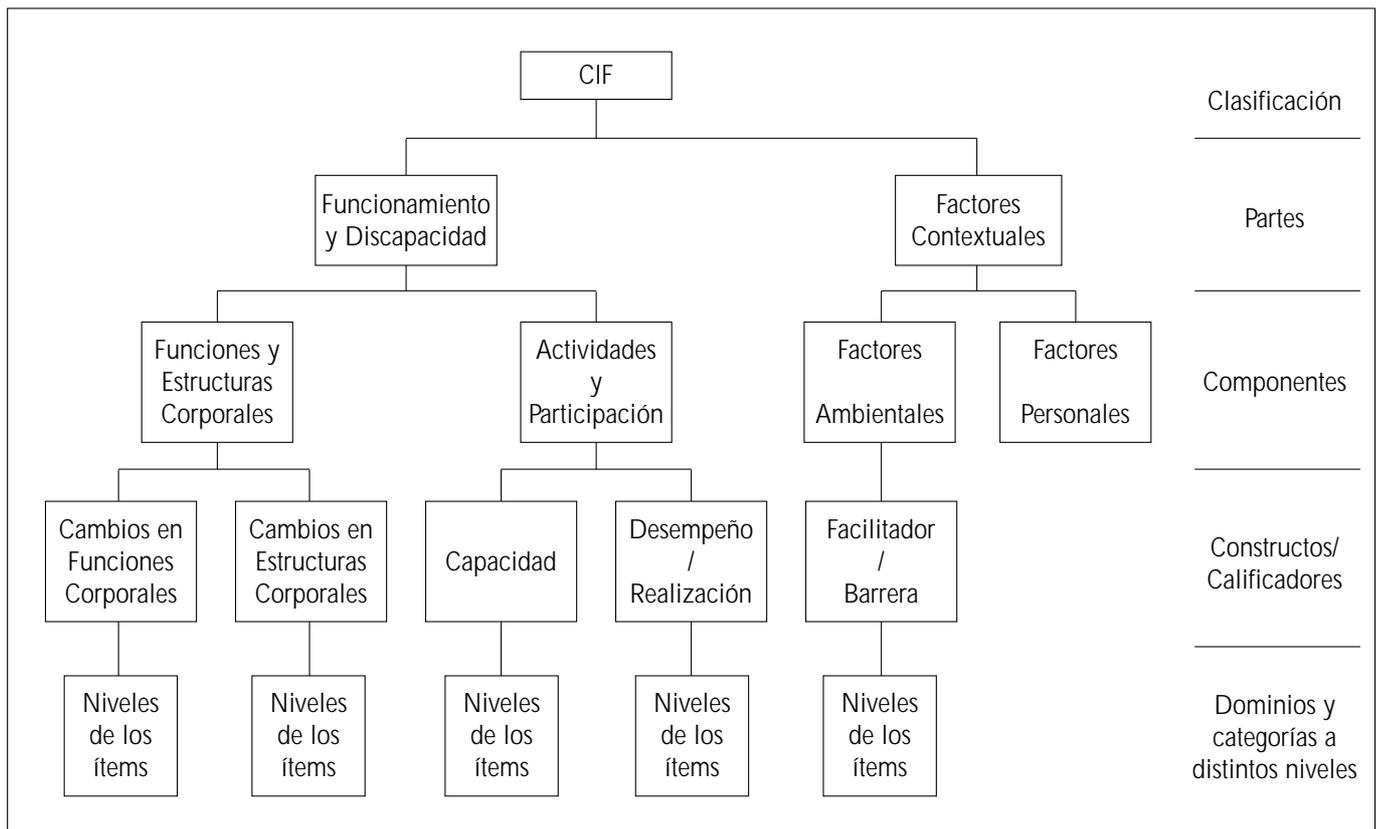
Antes de entrar de lleno en los conceptos y terminología empleados en la CIF, recogemos a continuación, de forma gráfica, la estructura que tiene esta nueva Clasificación.

Vemos en el gráfico cómo la Clasificación (CIF) está dividida en dos partes:

1. **Funcionamiento y discapacidad.**
2. **Factores contextuales.**

La primera parte (**Funcionamiento y Discapacidad**), a su vez, se subdivide en dos componentes:

- a. **Funciones y estructuras corporales.** Con dos constructos (como conjunto de calificadores):
 - i. **Cambios en las funciones corporales** (fisiológico), con sus distintos niveles de dominios y categorías.
 - ii. **Cambios en las estructuras corporales** (anatómico), con sus distintos niveles de dominios y categorías.



b. Actividades y participación. Con dos constructos:

- i. **Capacidad**, como la ejecución de tareas en un entorno uniforme, con sus distintos niveles de dominios y categorías.
- ii. **Desempeño/realización** (8), como la ejecución de tareas en el entorno real, con sus distintos niveles de dominios y categorías.

La segunda parte (**Factores contextuales**) también cuenta con dos componentes:

- a. **Factores ambientales**, entendidos como la influencia externa sobre el funcionamiento y la discapacidad, cuyo constructo es el efecto **facilitador** o **barrera** de las características del mundo físico, social y actitudi-

nal (9), y que tiene distintos niveles de dominios y categorías.

- b. **Factores personales**, entendidos como la influencia interna sobre el funcionamiento y la discapacidad, cuyo constructo es el impacto de los atributos de la persona. En esta versión de la CIF no se ha desarrollado una escala de niveles para este componente.

Para tratar de proporcionar una visión de conjunto de los conceptos que contiene esta estructura, en los documentos manejados (borrador final de abril de 2001 y versión castellana de junio de 2001) aparece una tabla explicativa de los conceptos que entran en juego en esta nueva clasificación (ver tabla 1), que puede servir para hacerse una cierta composición global.

Tabla 1*. Visión de conjunto de la CIF

Componentes	Parte 1: Funcionamiento y Discapacidad		Parte 2: Factores Contextuales	
	Funciones y Estructuras Corporales	Actividades y Participación	Factores Ambientales	Factores Personales
Dominios	Funciones corporales. Estructuras Corporales.	Áreas vitales (tareas, acciones).	Influencias externas sobre el funcionamiento y la discapacidad.	Influencias internas sobre el funcionamiento y la discapacidad.
Constructos	Cambios en las funciones corporales (fisiológicos). Cambios en las estructuras del cuerpo (anatómicos).	Capacidad. Realización de tareas en un entorno uniforme. Desempeño/realización Realización de tareas en el entorno real.	El efecto facilitador o de barrera de las características del mundo físico, social y actitudinal.	El efecto de los atributos de la persona.
Aspectos positivos	Integridad funcional, estructural. Funcionamiento	Actividad. Participación	Facilitadores.	No aplicable.
Aspectos negativos	Deficiencia. Discapacidad	Limitación a la actividad. Restricción en la participación.	Barreras/obstáculos.	No aplicable.

(*) Esta tabla ha sido tomada del texto publicado por IMSERSO de la versión en castellano de la CIF. Página 12.

⁸ En el original en inglés de la CIF, el término empleado es «performance». En opinión de los autores de este artículo, la utilización de un término doble (desempeño/realización) se debe a las dificultades de encuadrar toda la extensión conceptual que supone el término original en inglés, así como su distinta aplicación en los países de habla hispana. De ahí que se necesite la aplicación de este doble término en castellano.

⁹ El término «actitudinal», inexistente en el vocabulario castellano, se aplica al conjunto de actitudes o posturas que son aceptadas en los grupos sociales y que implican un cierto grado de encasillamiento o etiquetamiento de personas o grupos de personas en función de sus características comunes. En el caso de la discapacidad existen gran número de estas etiquetas y estereotipos que, posiblemente, varían entre países y estratos sociales.

Como podemos apreciar, la complejidad de la Clasificación ha aumentado con respecto a la versión original de 1980. Se incorporan nuevos términos y conceptos, que vamos a tratar de ir aclarando y situando, en lo posible. En cualquier caso, destacamos los siguientes hechos relevantes de esta nueva estructura:

- La CIF está compuesta por cuatro escalas, frente a las tres que componían la CIDDM.
- La escala de deficiencias de la CIDDM se ha convertido en dos escalas (funciones corporales y estructuras corporales) en la CIF, si bien el conjunto de las dos es considerado un solo componente en la nueva Clasificación.
- La escala de Actividades y Participación de la CIF es derivada de dos escalas en la CIDDM (Discapacidades y Minusvalías), si bien en su implementación puede hacerse de una forma diferenciada para las limitaciones en la actividad o la restricción en la participación.
- Aparece una nueva escala en la CIF que no aparecía en la CIDDM, la escala de Factores Ambientales, quedando, además, a la expectativa de la posible aparición de la escala de Factores Personales, que se anuncia pero no se desarrolla en la CIF.
- En la CIF aparecen unos elementos estructurales inéditos en la CIDDM: los dominios (como conjuntos de ítems relacionados entre sí) y los constructos (como conjuntos de calificadores o elementos que vendrán a determinar la gravedad o consecuencia en un determinado ítem según su aparición y en función de su grado o intensidad).

Los nuevos conceptos y la terminología

Veamos ahora la definición de los componentes de la CIF. Antes de nada, habría que destacar que en las definiciones de la CIDDM se comenzaba en cada una de ellas con la frase «dentro de la experiencia de la salud», mientras que en la CIF, como marco genérico, se define «en el contexto de la salud». La salud puede presentarse de forma negativa o positiva (el individuo padece o no una enfermedad o trastorno), pero está claro que, a efectos prácticos, la CIF es fundamentalmente útil para la valoración y descripción de «estados de salud» y, por lo tanto, de la forma negativa de salud.

Por lo tanto, y como ya se ha dicho, en el contexto de la salud:

- **Funciones corporales** son las funciones fisiológicas de los sistemas corporales (incluyendo las funciones psicológicas).
- **Estructuras corporales** son las partes anatómicas del cuerpo, tales como los órganos, las extremidades y sus componentes.
- **Deficiencias** son los problemas en las funciones o estructuras corporales, tales como una desviación o una pérdida.
- **Actividad** es el desempeño/realización de una tarea o acción por parte de un individuo.
- **Limitaciones en la Actividad** son dificultades que un individuo puede tener en el desempeño/realización de actividades.
- **Participación** es el acto de involucrarse en una situación vital.
- **Restricciones en la Participación** son problemas que el individuo puede experimentar al involucrarse en situaciones vitales.
- **Factores Ambientales** constituyen el ambiente físico, social y actitudinal en el que una persona vive y conduce su vida.

La salud en forma positiva vendrá descrita por las funciones y estructuras corporales, la actividad y la participación. La salud en forma negativa lo será por las deficiencias, las limitaciones en la actividad y las restricciones en la participación. Mientras tanto, los factores ambientales actuarán de forma positiva si su presencia supone un facilitador para superar la deficiencia, las limitaciones en la actividad o las restricciones en la participación y será negativo en tanto que suponga una barrera u obstáculo que entorpezca o agrave cualquiera de los componentes anteriores.

Los autores de este artículo opinamos que estas definiciones son menos operativas que las contenidas en la CIDDM para los tres niveles de consecuencias de la salud (deficiencia, discapacidad y minusvalía). Además, como antes mencionábamos, consideramos que, en un plano práctico, la utilidad de este tipo de clasificaciones es cuando se presentan situaciones negativas. Esto quizá se enfrenta al enfoque positivo que trata de dar la nueva clasificación, pero, de forma pragmática, pensamos que en la práctica profesional (venga del campo sanitario, social, educativo, laboral, etc.) el dato útil siempre será el negativo, que marca la diferencia, mientras que el positivo marca la línea base. Este hecho queda claro en el propio documento manejado cuando se habla de la «utiliza-

ción de la CIF». A la hora de aplicar la Clasificación para describir la situación de un individuo en cuanto a su salud, se parte de una clasificación en «terminología positiva» que marca la línea base que se modifica mediante «calificadores» que, de usarse, denotan un grado de pérdida, gravedad, limitación o restricción. No existen calificadores positivos para mostrar, por ejemplo, un coeficiente intelectual superior a la media, una agudeza visual mayor que la considerada normal o un desarrollo muscular por encima del habitual (si bien no se niega la posibilidad de que, a iniciativa del codificador que maneje cada escala, se puedan generar estos calificadores positivos). La única escala que presenta un calificador claramente positivo es la de factores ambientales que, como ya se ha dicho, en sus ítems permite la catalogación graduada positiva (facilitador) o negativa (barrera).

Otros términos novedosos

Comenzamos este apartado por el término al que se ha querido dar mayor relevancia en esta nueva Clasificación: el funcionamiento (no olvidemos que las siglas se han quedado en CIF, con lo que podríamos quedarnos en un desarrollo de las mismas como Clasificación Internacional del Funcionamiento, olvidando los otros dos sustantivos del título: discapacidad y salud).

El **Funcionamiento** es aplicado en la CIF como «un término global que hace referencia a todas las funciones corporales, actividades y participación». Es, por tanto, el término genérico para las condiciones de salud positivas (o, quizá, cabría mejor decir «no negativas»).

La segunda novedad la encontramos en la utilización de un término ya empleado en la anterior Clasificación: la discapacidad.

En la CIF, la **Discapacidad** «engloba las deficiencias, las limitaciones en la actividad y las restricciones en la participación» y, así, deja de emplearse como una parte de las consecuencias de la enfermedad y se eleva a término «paraguas» para todas las condiciones de salud negativas.

Así describen T.B. Üstün y colaboradores el proceso por el que se llega a adoptar el uso de «discapacidad» como término globalizador de los factores negativos del funcionamiento humano (10):

«Si bien “discapacidad” (“disability”) es un término utilizado universalmente, tanto en el lenguaje cotidiano como en la literatura profesional y científica, resulta ambiguo. El término podría referirse a una anomalía funcional o estructural en el ámbito corporal (por ejemplo, un problema en el metabolismo de las proteínas o la pérdida de una pierna); un problema de actuación o comportamiento en el ámbito de la persona (por ejemplo, ser incapaz de vestirse o de conducir un coche); o, incluso, en el ámbito social al estar socialmente en desventaja a causa de los problemas funcionales en el ámbito corporal o personal (por ejemplo, perder el trabajo o que te denieguen el permiso de conducir). Para evitar la confusión entre estas tres nociones, muy diferentes entre sí, la CIDDM de 1980 utilizó los términos “deficiencia” (“impairment”), “discapacidad” (“disability”) y “minusvalía” (“handicap”) para distinguir estas tres dimensiones, con el término paraguas “disablement” (que no tiene paridad en castellano, pero podríamos traducir como “discapacitación” o “discapacitamiento”) cubriendo a las tres.

En el proceso de revisión, se decidió que la CIF no debía ser una clasificación de los problemas funcionales que las personas pueden experimentar, sino una clasificación universal del funcionamiento humano en sí mismo, tanto positivo como negativo. Por esta causa, y por la importancia de expresar la clasificación en un lenguaje neutral y flexible, los tres ámbitos fueron renombrados “estructuras y funciones corporales” (por “deficiencias”), “actividad” (por “discapacidad”) y “participación” (por “minusvalía”). Puesto que el término “disablement” resultó difícil de traducir (como sucedía en castellano) y ahora “discapacidad” estaba liberada de su asociación con el ámbito personal de los problemas funcionales, se decidió volver a “discapacidad” como término comprensivo de los tres ámbitos de dificultad funcional. El término “disablement” se mantuvo como un término acordado para nombrar el proceso interactivo por el cual los ámbitos de la discapacidad suceden (lo que podríamos denominar en castellano “discapacitación” o “discapacitamiento”)».

La utilización de un término anterior con un contenido diferente puede causar ciertos problemas operativos, sobre todo si pensamos que dentro de unos años, al hacer revisiones históricas de ciertos textos, nos veremos obligados a pensar si éstos hacen referencia a conceptos manejados antes o después de la aparición de la CIF.

¹⁰ Üstün, T.B. et al., *Op. cit.* Página 6. Extraído, traducido y adaptado por los autores de este artículo.

Anteriormente hemos mencionado el empleo de un nuevo término para sustituir a la enfermedad: estado de salud.

En la CIF, se utiliza **Estado de Salud** para referirse a la enfermedad o trastorno que padece un individuo y es la llave de paso entre el funcionamiento y la discapacidad. Debemos diferenciar este concepto del de «salud», que, en la CIF, hace referencia tanto a aspectos negativos como positivos.

Otra novedad es la aparición de ciertos conceptos relacionados con la estructura de la nueva Clasificación. Estos son:

- **Dominio** (11), usado como «*un conjunto relevante y práctico de acciones, funciones fisiológicas, estructuras anatómicas, tareas o áreas de la vida relacionadas entre sí*». Podríamos decir que dominio es el conjunto de ítems que podemos agrupar bajo un mismo enunciado en cada una de las escalas que componen la CIF y que se pueden encontrar a distintos niveles de desarrollo.
- **Constructo**, se trata de un neologismo (no hemos podido encontrar su definición en ninguno de los diccionarios de la lengua española consultados) que se deriva del término inglés «construct» (que significa, literalmente, construcción o ensamblaje). Aunque no aparece reflejada una definición explícita para este término en los documentos manejados (12), pode-

¹¹ En una nota a pie de página de los traductores de la versión en castellano se aclara: «*El término inglés "domain" ha sido traducido como "dominio", en función de su significado de: "orden determinado de ideas, materias o conocimientos". Las alternativas "área" o "campo" más comunes en ciertos países de habla hispana han sido desechadas dada la relevancia que dicho término ocupa en la CIF, y la conveniencia de evitar confusiones derivadas del uso de términos que como esos son utilizados en la clasificación con un significado más general*». (OMS. *Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la Discapacidad y de la Salud*. IMSERSO 2001. Pág. 3, nota al pie a).

¹² En una nota a pie de página de los traductores de la versión al castellano se aclara: «*Aún cuando el sustantivo inglés "construct" posee en el presente contexto el significado de "concepto teórico" o "idea", hemos preferido emplear para su traducción en la CIF el término "constructo" (entrecomillado). La razón ha sido la especial relevancia que el término tiene en esta clasificación, puesto que en ella se emplea para designar unas entidades teóricas que ocupan un lugar específico dentro de su estructura jerárquica, y que por lo tanto, precisan diferenciarse de términos que como "concepto" o "idea" se utilizan también en ella con un significado general*». (OMS. *Op. cit.*, Pág. 3, nota al pie b).

mos definirlo como «el conjunto de calificadores empleados para describir y/o modificar cada uno de los componentes de esta Clasificación (Funciones y Estructuras Corporales, Actividad y Participación y Factores Ambientales y Personales)». Así, se recogen como constructos: los cambios en el funcionamiento y estructuras corporales, la capacidad y el desempeño/realización, los efectos de las características del mundo físico, social y actitudinal y el impacto de los atributos de la persona (aunque éstos últimos no tendrán su correspondiente desarrollo en calificadores al no presentarse la escala de factores personales en la versión aprobada).

- **Calificador**, que, como ya ha quedado expresado en el párrafo anterior, sería cada uno de los elementos que forman parte de un determinado constructo para cada uno de los componentes de la CIF y que describe y/o modifica un determinado ítem de la escala, habitualmente en una escala creciente de carácter negativo, excepto para el caso de los factores ambientales que también lo puede hacer en sentido positivo.

Codificación de las escalas

La CIF utiliza un sistema de codificación alfanumérico. A cada ítem de cada una de las escalas le corresponde un código que puede ser ubicado en función de la letra y números que aparezcan en él. Así, a cada una de las escalas o componentes de la CIF le corresponde una letra que encabeza el código. Éstas son:

- b** para la escala de **funciones corporales** (corresponde al término inglés «body»).
- s** para la escala de **estructuras corporales** (corresponde al término inglés «structure»).
- d** para la escala de **actividad y participación** (corresponde al término inglés «disability»). Esta letra puede ser sustituida, según el interés del codificador, por la letra **a** (del inglés «activity») o **p** (del inglés «participation») si interesa destacar que nos referimos a la utilización del ítem como una actividad (o limitación en la actividad) o participación (o restricción en la participación).

e para la escala de **factores ambientales** (corresponde al término inglés «environment»).

Tras la letra, que nos indica a cuál de las escalas de la CIF pertenece el código, pueden aparecer de tres a cinco números, según el nivel de detalle que queramos alcanzar. Los dígitos numéricos que siguen a la letra de la escala indican:

1er dígito: Nos indica el capítulo (primer nivel) de escala que estamos empleando. Así, por ejemplo, si el código fuera **b2** sabríamos que estamos hablando de un ítem de la escala de funciones corporales (b), concretamente de su capítulo 2, **funciones sensoriales y dolor**. Se recomienda no utilizar ese nivel de codificación de la CIF y emplear, como mínimo, hasta el segundo nivel de desagregación para codificar los ítems.

2.º y 3er dígito: Los dos juntos nos indican que nos encontramos ante un segundo nivel de desagregación de la escala que estemos empleando. Así, por ejemplo, si utilizamos el código **b210** podemos saber que se trata de un código de la escala de funciones corporales (b), perteneciente al capítulo de funciones sensoriales y dolor (b2), en el apartado correspondiente a las **«funciones visuales»** (indicado por el «10» final). Como ya hemos dicho, éste es el nivel mínimo de codificación recomendado en esta Clasificación.

4.º dígito: Nos indica que se trata del tercer nivel de desagregación que corresponde, siempre, a una subcategoría de un ítem de segundo nivel. Así, por ejemplo, si el código fuera **b2100** se localizaría en la escala de funciones corporales (b), dentro del capítulo de funciones sensoriales y dolor (b2), en la categoría de funciones visuales (b210) y correspondería al ítem de **«funciones de la agudeza visual»** (indicado por el «0» final).

5.º dígito: De momento, sólo dos escalas emplean apartados a este cuarto nivel de desagregación: funciones y estructuras corporales. Corresponde a la codificación de ítems que desarrollan, siempre, subcategorías de tercer nivel. Así, por ejemplo, ante el código **b21002** podemos decir que corresponde a la escala de funciones corporales (b), dentro del capítulo de funciones sensoriales y dolor (b2), en la categoría de funciones visuales (b210), en la subcategoría de funciones de la agudeza visual (b2100) y, concretamente, nos señala que se trata de la

«agudeza binocular a corta distancia» (que nos indica el «2» final).

Salvo en el primer nivel, en el resto de niveles se reservan los dígitos 8 y 9 para indicar que:

8 Sirve para especificar un ítem conocido dentro un dominio, pero que no aparece en la lista que ofrece la escala correspondiente de la CIF. En ese caso deberemos acompañar al código con el enunciado que consideramos oportuno para este ítem.

9 Sirve para designar un ítem que ni está recogido ni es especificable dentro del dominio de la escala CIF que estemos empleando, pero que quedaría poco explícito de utilizar una codificación de menor nivel.

Cada uno de los ítems de las escalas (o componentes) de la CIF viene descrito por un título (por ejemplo, «funciones de la agudeza visual») y que, si no se considera suficientemente descriptivo, va acompañado de una breve explicación (por ejemplo, «funciones visuales, tanto monoculares como binoculares, que permiten percibir la forma y el contorno a corta y a larga distancia»). Para una mejor comprensión, puede ir acompañado de una explicación sobre lo que se considera incluido en dicho ítem. En algunos casos, para evitar codificaciones incorrectas, se señalan las exclusiones que son aplicables, cada una de ellas seguida por el código del ítem correcto que sí la incluye.

Utilización de los calificadores

Lo descrito en el apartado anterior refleja la codificación que podemos encontrar en las escalas de la CIF, tal y como se presentan listadas. Es decir, la codificación del funcionamiento humano, línea base sobre la que, como antes hemos dicho, se ha generado una terminología considerada «positiva» para describir la salud.

Pero la verdadera utilidad de la CIF la encontramos en la utilización de los «calificadores» que proporciona para describir los «estados relacionados con la salud», o lo que, en terminología de CIDDM, antes conocíamos como «consecuencias de la enfermedad». En el ejemplo que hemos utilizado en el apartado anterior, sabemos que el código b21002 hace referencia a la «agudeza binocular a corta distancia», pero si este ítem lo aplicamos a un individuo concreto nos debe informar sobre el estado de salud en

que se encuentra dicha «agudeza». Para ello se utilizan los «calificadores» de la CIF.

Como quedó dicho anteriormente, un calificador describe y/o modifica un ítem determinado, indicando, habitualmente, la pérdida o agravamiento del funcionamiento que recoge dicho ítem. Es decir, los calificadores son el elemento descriptivo de la discapacidad.

Sólo en el caso de los factores ambientales, los calificadores empleados nos pueden dar información sobre una aportación positiva, en el sentido de que la existencia del ítem puede «facilitar» la mejoría de una deficiencia funcional o estructural, la realización de una actividad o el desempeño de un rol social. También, por supuesto, nos puede informar sobre un aspecto negativo, en tanto que la existencia del ítem pueda suponer una «barrera u obstáculo» en la evolución favorable de una deficiencia, la ejecución de una tarea o el desempeño de un rol.

Todos los calificadores se expresan junto al código correspondiente y separados del mismo por un punto (por ejemplo, b21002.3) En la escala de factores ambientales, cuando expresamos que el calificador actúa como «facilitador» sustituiremos el punto por el símbolo «+» (por ejemplo, e1250+3) A continuación abordamos el uso de los calificadores en cada escala de la CIF.

Al conjunto de calificadores que se aplican a cada una de las escalas (o componentes) de la CIF se les denomina «constructo». Así pues, tendremos un constructo por cada una de las escalas que componen la CIF y cada uno de ellos es diferente.

Calificador del constructo de funciones corporales.

El constructo de funciones corporales posee un único calificador (primer calificador) Se trata de un «calificador genérico con escala negativa utilizado para indicar la extensión o magnitud de una deficiencia» funcional.

Este calificador se indica mediante un dígito numérico, separado por un punto del ítem al que describe y/o modifica, que significa:

- 0 **No hay deficiencia** (ninguna, ausencia, insignificante...) 0 a 4%.
- 1 **Deficiencia LIGERA** (poca, escasa...) 5 a 24%.
- 2 **Deficiencia MODERADA** (media, regular...) 25 a 49%.
- 3 **Deficiencia GRAVE** (mucho, extrema...) 50 a 95%.

- 4 **Deficiencia COMPLETA** (total...) 96 a 100%.
- 8 **Sin especificar.**
- 9 **No aplicable.**

Por ejemplo, **b21002.3** significa **deficiencia grave en la agudeza binocular a corta distancia** con una magnitud en la pérdida de agudeza entre el 50 y el 95%.

Calificadores del constructo de estructuras corporales.

El constructo de estructuras corporales lo componen tres grupos de calificadores: primer calificador, segundo calificador y tercer calificador (este tercer calificador se encuentra en desarrollo y aún no se recomienda su uso generalizado). Todos y cada uno de ellos viene representado por un dígito numérico, separado por un punto del código del ítem al que describe y/o modifica.

El primer calificador es «genérico con escala negativa utilizado para indicar la extensión o magnitud de una deficiencia» estructural (similar al descrito en el caso de las funciones corporales). Se representa por:

- 0 **No hay deficiencia** (ninguna, ausencia, insignificante...) 0 a 4%.
- 1 **Deficiencia LIGERA** (poca, escasa...) 5 a 24%.
- 2 **Deficiencia MODERADA** (media, regular...) 25 a 49%.
- 3 **Deficiencia GRAVE** (mucho, extrema...) 50 a 95%.
- 4 **Deficiencia COMPLETA** (total...) 96 a 100%.
- 8 **Sin especificar.**
- 9 **No aplicable.**

Por ejemplo, **s73022.2** significa **deficiencia moderada en los músculos de la mano** con una magnitud de pérdida entre un 25 y un 49%.

El segundo calificador del constructo de estructuras corporales es «utilizado para indicar la naturaleza del cambio en la respectiva estructura corporal». Se representa por un segundo dígito (complementario al primero) que significa:

- 0 **No hay cambio en la estructura.**
- 1 **Ausencia total.**
- 2 **Ausencia parcial.**
- 3 **Parte adicional.**
- 4 **Dimensiones aberrantes.**
- 5 **Discontinuidad.**
- 6 **Posición desviada.**
- 7 **Cambios cualitativos en la estructura, incluyendo la acumulación de fluido.**

- 8 Sin especificar.
- 9 No aplicable.

Por ejemplo, **s73022.22** significa **deficiencia moderada por ausencia parcial de los músculos de la mano**.

El tercer calificador, que se encuentra en desarrollo y aún no se recomienda su uso generalizado, se utiliza para «indicar localización» de la deficiencia estructural. Se trata de un tercer dígito que debe acompañar a los dos anteriores y significa:

- 0 Más de una región.
- 1 Derecha.
- 2 Izquierda.
- 3 Ambos lados.
- 4 Delante.
- 5 Detrás.
- 6 Proximal.
- 7 Distal.
- 8 No especificada.
- 9 No aplicable.

Aunque de momento no se recomienda su uso generalizado, por ejemplo, nos podríamos encontrar con **s73022.221** que significaría **deficiencia moderada por ausencia parcial de los músculos de la mano derecha**.

Calificadores del constructo de actividad y participación.

El constructo de actividad y participación lo componen dos grupos de calificadores: primer calificador y segundo calificador. Todos y cada uno de ellos viene representado por un dígito numérico, separado por un punto del código del ítem al que describe y/o modifica.

El primer calificador es el de desempeño/realización y «describe lo que una persona hace en su contexto/entorno actual (real)». El segundo calificador es el de capacidad y «describe la aptitud de un individuo para realizar una tarea o acción» y «se mide en un contexto/entorno uniforme o normalizado». Como ambos calificadores hacen referencia a un contexto/entorno, es recomendable que su codificación venga acompañada del o de los códigos oportunos de la escala de factores ambientales.

Ambos calificadores deben emplearse juntos y son representados, cada uno de ellos, por un número que significa:

- 0 No hay dificultad (ninguna, ausencia, insignificante...) 0 a 4%.

- 1 Dificultad LIGERA (poca, escasa...) 5 a 24%.
- 2 Dificultad MODERADA (media, regular...) 25 a 49%.
- 3 Dificultad GRAVE (mucha, extrema...) 50 a 95%.
- 4 Dificultad COMPLETA (total...) 96 a 100%.
- 8 Sin especificar.
- 9 No aplicable.

Por ejemplo, **d4600.23** significa que el individuo tiene una **dificultad moderada para desplazarse dentro de la casa, utilizando los recursos disponibles actualmente, pero grave en un entorno uniforme, que no garantice dichos dispositivos**.

La utilización de los calificadores del constructo de actividad y participación es algo compleja, por lo que recomendamos al lector interesado amplíe la información que proporcionamos en este apartado con la lectura del apartado 4.3 del apéndice 2 y el apéndice 3 de la CIF (13).

Calificadores del constructo de factores ambientales.

El constructo de factores ambientales utiliza un solo grupo de calificadores: primer calificador. Se representa por un dígito numérico que está separado del ítem al que describe y/o modifica por un punto cuando se trata de una barrera u obstáculo y por el símbolo «+» cuando se trata de un facilitador.

Cada uno de estos dígitos numéricos significa que:

- .0 No hay barrera (ninguna, ausencia, insignificante...) 0 a 4%.
- .1 Barrera LIGERA (poca, escasa...) 5 a 24%.
- .2 Barrera MODERADA (media, regular...) 25 a 49%.
- .3 Barrera GRAVE (mucha, extrema...) 50 a 95%.
- .4 Barrera COMPLETA (total...) 96 a 100%.
- .8 Barrera sin especificar.
- .9 No aplicable.
- +0 No hay facilitador (ninguna, ausencia, insignificante...) 0 a 4%.
- +1 Facilitador LIGERO (poca, escasa...) 5 a 24%.
- +2 Facilitador MODERADO (media, regular...) 25 a 49%.
- +3 Facilitador GRAVE (mucha, extrema...) 50 a 95%.

¹³ OMS. *Op. cit.* pp. 249 a 252 y 254 a 257.

+4 Facilitador COMPLETO (total...) 96 a 100%.
+8 Facilitador sin especificar.

Por ejemplo, **e1250.2** significa que los **productos y tecnologías generales de la comunicación son una barrera moderada**, o, por el contrario, **e1250+2** los **productos y tecnologías generales de la comunicación son un facilitador moderado**.

La escala de factores ambientales debe ser siempre usada junto a las escalas anteriores, a las que ubica en cuanto al contexto/entorno. Por su complejidad, recomendamos, para una ampliación sobre la aplicación de los calificadores de este constructo, la lectura de los apartados 3 y 4.4 del apéndice 2 de la CIF (14).

Consideraciones sobre la codificación de la CIF

Ya ha quedado reflejado anteriormente que la utilidad práctica de la codificación de la CIF viene determinada por la posibilidad de describir y valorar los factores negativos de la salud y los estados relacionados con la salud. La mera relación de un listado del «funcionamiento humano» no va más allá de ser una enumeración de la línea base de lo que podríamos definir como «normalidad», lo que carece de un interés práctico y por ende siempre será incompleto. Por ello, en tanto que esta nueva clasificación, en su primera parte, hace un listado de ítems sobre el «funcionamiento», lo que tiene un interés práctico es la posibilidad de descripción de las situaciones de desventaja que se nos proporciona a través de los calificadores de todos y cada uno de los constructos.

Dejamos a un lado la novedosa segunda parte, que relata los factores ambientales (quedando a la espera de los factores personales), ya que en ella sí se da la posibilidad de hacer una valoración en sentido positivo o negativo de un mismo ítem e, indudablemente, aporta una información hasta ahora no recogida con la CIDDM.

A continuación realizamos una serie de consideraciones personales sobre los componentes de esta nueva Clasificación y sobre su codificación. Quede claro que se trata de opiniones personales de los autores de este artículo y, por lo tanto, sujetas a las reglas del campo de la opinión.

- a. La CIDDM hacía un listado de las situaciones de desventaja (como consecuencia de la enfermedad). Por lo tanto, suponía

una relación de aspectos negativos (lo ausente o problemático), que se enfrenta al nuevo enfoque de relatar todas las posibilidades del funcionamiento humano desde una perspectiva positiva. En la CIDDM se daba la posibilidad a la persona que aplicara esta Clasificación a un individuo, de elegir entre los ítems de dicho listado los que podían ser de aplicación al mismo. En la CIF el listado es del «funcionamiento humano» y por lo tanto la totalidad de las escalas es aplicable a cualquier individuo. Así, nos obliga a un trabajo adicional, que es elegir un ítem de funcionamiento y calificarlo según la norma establecida para cada escala. De partida, hay una mayor complejidad en la aplicación.

- b. La CIDDM recogía en una sola escala (de nueve clases) todo el repertorio de deficiencias, sin hacer una distinción entre las estructurales y las funcionales. En la CIF se presentan de forma separada las funciones y las estructuras corporales en dos escalas (con ocho clases cada una). Además, estas dos escalas se relacionan entre sí, ya que a cada uno de los capítulos (o clases) de funciones corporales corresponde (en el mismo orden) un capítulo de las estructuras corporales. Evidentemente, esto aporta una mayor riqueza de información, ya que hay 16 clases en lugar de las 9 primitivas y se puede establecer un paralelismo entre las situaciones de salud de una y otra escala. Ello supone una mayor complejidad en su aplicación, si bien aporta una información más completa.
- c. La escala de deficiencias de la CIDDM no venía acompañada de ningún sistema de codificación que nos aportara información sobre la magnitud, la naturaleza o la localización de la deficiencia. En la CIF sí encontramos la posibilidad de aportar esta información mediante los calificadores. Así, podemos describir la magnitud de la deficiencia en las funciones corporales, mientras para las estructuras corporales nos proporciona la posibilidad de describir no sólo la magnitud, sino también la naturaleza de la deficiencia (o cambio producido en la estructura) y su localización (si bien esta última posibilidad aún se encuentra en desarrollo). Si bien es más compleja y supone una mayor cantidad de trabajo, la información que nos puede suministrar la CIF es más completa.

¹⁴ OMS. *Op. cit.* pp. 245, 252 y 253.

- d. La CIDDM separaba los ámbitos personal y social de las consecuencias de la enfermedad en las escalas de discapacidad y minusvalía, respectivamente. La CIF venía manteniendo separados estos dos ámbitos (en una escala para las actividades y otra para la participación) hasta el borrador pre-final de diciembre de 2000, cuando, no sin cierta sorpresa para los que veníamos siguiendo el proceso de revisión, aparecieron fundidos en una sola escala de «actividad y participación». Es cierto que podían detectarse ciertos solapamientos entre ambas escalas, pero, a nuestro entender, esto no era más que un reflejo de una realidad objetiva: ciertas actividades suponen participación y viceversa. Pero el enfoque e interpretación que se diera a un mismo ítem según estuviera en una u otra escala era completamente diferente. Ahora nos encontramos con un listado único para actividades y participación, que puede ser codificado con una letra neutra (d) o puede ser codificado con una letra definitoria («a» si queremos describir el ítem como actividad, «p» si queremos significar una participación). Cuatro son las opciones que nos da el borrador final de la CIF en su apéndice 3 para usar la codificación de esta escala. El problema estriba en qué sucederá cuando lo que queramos sea compartir o comparar información extraída por dos codificadores que se hayan decantado por distinta opción.
- e. La CIDDM proporcionaba la posibilidad de aplicar calificadores a su escala de discapacidades, en cuanto al «diagnóstico» y el «pronóstico» que se hacía de las mismas en función del mayor o menor grado de dependencia que podía producir en el individuo. En la CIF la aplicación de calificadores de independencia se da en dos posibles entornos o contextos: el real o actual y el uniforme o normalizado. Sin entrar en la valoración de cómo se puede llegar a establecer para algunos ítems ese «entorno uniforme», sí reseñamos la posibilidad que ofrece la CIF de que el codificador aplique estos calificadores con o sin ayudas o apoyos. Este hecho vuelve a suponer un problema a la hora de compartir o comparar la información.
- f. Por último, deseamos reseñar que, con respecto a la utilización conjunta de las

escalas de la primera parte de la CIF (funciones y estructuras corporales y actividad y participación) con la escala de factores ambientales de la segunda parte, tampoco se ofrece una única forma de codificación. En el apartado 3 del apéndice 2 de la CIF, se proporciona la posibilidad de utilizar la escala de factores ambientales de forma independiente, de forma conjunta con cada una de las otras tres escalas o utilizarla conjuntamente con los calificadores de «desempeño/realización» y «capacidad» de la escala de actividad y participación. Volvemos a encontrar el mismo problema de estandarización que apuntábamos en los dos puntos anteriores, con vistas a compartir o comparar información.

Resumiendo todo lo anterior, podemos decir que, para la codificación con la nueva Clasificación, nos encontramos que:

- a. Se trata de una clasificación más compleja que requiere, por parte del codificador, un mayor trabajo. Los propios redactores de la CIF «recomiendan» que los posibles usuarios (codificadores) reciban entrenamiento. También recomiendan que esta Clasificación se utilice de forma conjunta con la CIE-10 (clasificación de enfermedades de uso casi exclusivo por personal sanitario).
- b. La codificación de las escalas (o componentes) de las funciones y estructuras corporales resulta relativamente sencilla y práctica. No sucede lo mismo con las escalas de actividades y participación y de factores contextuales, donde no se dan unas normas estandarizadas de aplicación, quedando a criterio del codificador elegir entre una serie de posibles usos de los constructos y calificadores en su aplicación. Por lo tanto, encontramos, de nuevo, que la información «clínica» sí tendrá una fácil aplicabilidad, mientras que no sucede lo mismo con la social (ambiental, educativa, etc.), que deberá esperar a futuros trabajos de campo para ir delimitando su forma de uso con vistas a poder compartir y comparar, de forma adecuada, la información que suministra.

Murcia, noviembre de 2001