

Clasificación internacional como plataforma esencial para la clarificación de conceptos relacionados con la salud

International classification as a vital platform to clarify health-related concepts

Juan Antonio Fernández López

Doctor en medicina, Centro de Salud de Riosa, Servicio de Salud del Principado de Asturias (SESPA), Riosa, España

María Fernández Fidalgo, Licenciada en psicología, Ayuntamiento de Mieres, España

Alarcos Cieza, Doctor en psicología, Ludwig-Maximilians-University, Munich, Alemania

Acceda a este artículo en siicsalud


Código Respuesta Rápida
(Quick Response Code, QR)



www.siicsalud.com/dato/arsic.php/124365

Edición actualizada por el autor,
www.siicsalud.com: 15/9/2015

Enviar correspondencia a: Juan Antonio Fernández López, Centro de Salud de Riosa, Servicio de Salud del Principado de Asturias (SESPA), 33160, España
juanantonio.fernandez@sespa.princast.es

 Especialidades médicas relacionadas, producción bibliográfica y referencias profesionales de los autores.

Abstract

The World Health Organization's International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF) has provided a new foundation for our understanding of health, functioning, and disability. As a content-valid, comprehensive and universally applicable health classification for the 21st century, it serves as a platform to clarify and specify health-related concepts that are frequently used in the medical literature, and to describe the process of addressing the question of what to measure in studies in which the main focus is a comprehensive understanding of functioning over time, and how its components interact or affect each other.

Key words: ICF, functioning, health, quality of life, research design, epidemiology

Resumen

La Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la Discapacidad y de la Salud (CIF) constituye el marco conceptual de la Organización Mundial de la Salud para una nueva comprensión del funcionamiento, la discapacidad y la salud. Como herramienta del nuevo paradigma en salud del siglo XXI, la CIF, por su validez de contenido, constituye la base para la clarificación de conceptos relacionados con la salud de amplia utilización en la literatura médica, y metodológicamente se ha demostrado útil para definir qué debemos medir al evaluar integralmente el funcionamiento de las personas a lo largo del tiempo y comprender cómo sus componentes interactúan entre sí.

Palabras clave: CIF, funcionamiento, salud, calidad de vida, epidemiología, diseño de investigaciones

Introducción

La Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la Discapacidad y de la Salud, aprobada en 2001, y más comúnmente conocida como CIF, constituye el marco conceptual de la Organización Mundial de la Salud (OMS) para una nueva comprensión del funcionamiento, la discapacidad y la salud.¹ Se trata de una clasificación universal que establece un marco conceptual y un lenguaje estándar para describir la salud y las dimensiones relacionadas con ella, útil para múltiples usos y sectores. Se le denomina habitualmente CIF porque pone el acento más en la salud y el funcionamiento que en la discapacidad, entendiendo por funcionamiento lo referente a las funciones corporales, las actividades y la participación, y por discapacidad lo relativo a deterioros, limitación de actividades o restricción de la participación. Es, pues, una perspectiva de la salud corporal, individual y social. La CIF considera, además, los factores contextuales (ambientales o externos y personales o internos) que interactúan con estos componentes.

Esta perspectiva sobre la salud supone un cambio conceptual radical. Asume que todos podemos experimentar en cualquier momento de nuestra vida un deterioro de la salud y, por tanto, un cierto grado de discapacidad. Así, salud y discapacidad se extienden por igual a lo lar-

go de toda nuestra vida y no son, por tanto, categorías separadas. Discapacidad no es, pues, la característica de algunos grupos sociales sino una experiencia humana universal, un concepto dinámico bidireccional, fruto de la interacción entre estado de salud y factores contextuales (modelo biopsicosocial).²

Para alcanzar este nivel conceptual bastó hacer virar el punto de atención de la salud desde la causa hacia el impacto. Con ello, todos los estados de salud se colocaron en un mismo nivel, permitiendo su comparación mediante una métrica común. Por eso, la CIF es un lenguaje común a todas las personas, a lo largo de toda la vida y extendido por igual a todos los aspectos de la vida misma.³ Desde la visión integral de este modelo, el nivel personal de funcionamiento es algo complejo, con numerosos determinantes e interacciones que ejercen sus efectos a múltiples niveles e incluyen diferentes dimensiones.⁴ Los determinantes del funcionamiento son la condición de salud y los factores contextuales (factores personales [FP] y factores ambientales [FA]). Las condiciones de salud están clasificadas en la Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y Problemas Relacionados con la Salud, y la clasificación de los factores ambientales viene establecida por la CIF. Por eso la CIF pertenece a la familia internacional de clasificaciones de la OMS, y su

información enriquece a su miembro más conocido, la CIE-10 (Clasificación Internacional de Enfermedades).⁵ Por el contrario, los factores personales permanecen, por el momento, sin clasificar.

En la Figura 1 se muestra el modelo integral CIF del funcionamiento, la discapacidad y la salud.

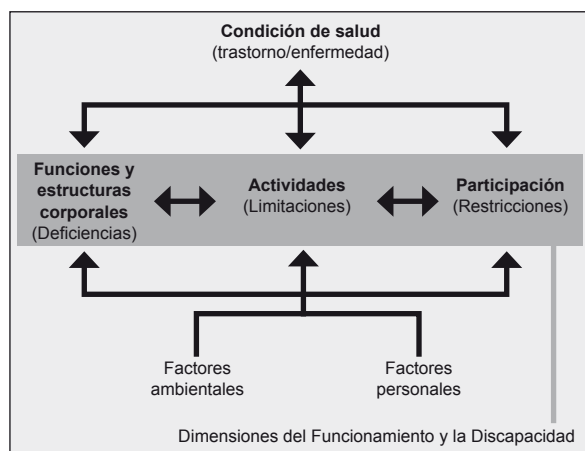


Figura 1. Modelo integral del funcionamiento y la discapacidad que sirve de fundamento a la CIF.

Estructura, desarrollos metodológicos y aplicaciones sanitarias

Los componentes de las funciones/estructuras corporales, las actividades, la participación y los factores ambientales descritos en la Figura 1 están clasificados en la CIF mediante categorías. Una categoría es un simple ítem de la clasificación registrado por un único código alfanumérico. Las categorías son los elementos esenciales de la clasificación CIF; son, por así decirlo, las palabras en el lenguaje de la CIF. Hoy por hoy la CIF consta de 1424 categorías mutuamente excluyentes que, tomadas en conjunto, cubren un espectro exhaustivo e integral de la experiencia humana y están organizadas jerárquicamente en cuatro niveles diferenciados de menor a mayor precisión.

Dado que las categorías CIF están siempre acompañadas de una breve definición —con inclusiones y exclusiones— toda la información acerca del funcionamiento se muestra de forma clara e inequívoca, tanto general como detalladamente, según usemos el segundo, tercero y cuarto nivel de especificidad de las categorías. Un grupo de categorías significativas y con carácter práctico forman un dominio.

Para cuantificar la magnitud de un problema en las diferentes categorías CIF se usan los calificadores CIF. Los calificadores son descriptores de cantidad/calidad ponderados matemáticamente que registran la presencia o gravedad de un problema a nivel corporal, personal o social.

El uso de la clasificación requiere que cada código de categoría (por ejemplo, b210, funciones visuales) sea completado añadiendo el calificador que denota un nivel de funcionamiento (p. ej.: b210.3, dificultad grave en las funciones visuales). El calificador de funciones/estructuras corporales indica extensión o magnitud de un deterioro y tiene cinco opciones de respuesta: 0 (no problema: 0-4%), 1 (problema leve: 5%-24%), 2 (problema moderado: 25%-49%), 3 (problema grave: 50%-95%) hasta 4 (problema total: 96%-100%). Las categorías de actividad y participación requieren dos calificadores. El primero ha-

ce hincapié en el desempeño del individuo en una tarea o acción en su vida real y da información sobre los efectos de barrera o facilitador del medio. El segundo calificador se centra en la capacidad inherente o intrínseca de la persona para hacer una acción o tarea y, en particular, en las limitaciones de esa capacidad. El nivel de capacidad debería juzgarse en relación con lo esperable de esa persona en condiciones normales, o a su capacidad personal antes de tener una determinada condición de salud. Estos dos calificadores usan cinco opciones de respuesta.

Por otra parte, los factores ambientales son cuantificados con una escala negativa o positiva que indica la medida en la cual un factor ambiental actúa como barrera o facilitador.

Con esta estructura operativa, los componentes del modelo CIF —excepto los factores personales— quedan clasificados de modo tal que nos proporcionan una descripción integral y estandarizada de la salud y de los estados relacionados con ella.¹ Ahora bien, un compendio integral de tales características (1424 categorías) resulta poco práctico en la clínica diaria. Esto obligó al desarrollo de grupos de categorías útiles en práctica clínica, en provisión de servicios e investigación y para vincular la CIF con las condiciones de salud codificadas en la CIE. Son los llamados núcleos básicos CIF (*ICF Core Sets*).

Estos núcleos básicos CIF son listas consensuadas de categorías relevantes que cuando son específicas para enfermedades o contextos sanitarios se denominan núcleos básicos abreviados (*Brief ICF Core Sets*). Constan del menor número posible de categorías CIF necesarias para describir un problema prototípico de funcionamiento y salud en pacientes con una condición determinada o específica.⁶ Cuando se necesita realizar una evaluación integral multidisciplinaria y multiprofesional disponemos de listados más extensos de categorías relevantes: son los llamados núcleos básicos extensos (*Comprehensive ICF Core Sets*).⁷

En ambos casos se seleccionan las categorías CIF relevantes que pueden ser medidas (aunque no se indica cómo deben medirse) y la selección está fundamentada en la evidencia y en un proceso de consenso internacional de expertos.⁸

Al contrario de lo que ocurre con las medidas tradicionales del estado de salud (genéricas y específicas) los 22 Núcleos Básicos CIF desarrollados hasta la fecha recogen una visión integral del funcionamiento de los pacientes de una enfermedad específica y la esencia de sus experiencias personales, ya que tiene en cuenta funciones/estructuras corporales, actividades, participación y factores contextuales. Son, pues, el punto de partida para la investigación específica de enfermedades y la documentación clínica.

Desde los primeros días de su desarrollo se vio que las aplicaciones de la CIF serían amplias y variadas: herramienta estadística para estudios poblacionales y manejo de información; herramienta científica para medida de resultados y calidad de vida; herramienta clínica para la planificación de tratamientos, medición y evaluación; herramienta educativa para el diseño curricular y herramienta de política social para todos los aspectos de las políticas de salud y discapacidad, su diseño, implementación y monitorización. Desde entonces la CIF se ha venido usando en todas estas áreas y en muchas otras.⁹

Por nuestra parte, en el presente trabajo haremos hincapié en dos novedosas aplicaciones en las que el modelo CIF ha mostrado un potencial relevante: utilización como

plataforma esencial para la clarificación de conceptos relacionados con la salud, habituales en la literatura médica, y aplicación metodológica en el diseño de estudios evaluativos longitudinales para definir claramente qué debemos medir.

La plataforma clarificadora de conceptos en salud

Para facilitar la aceptación y aplicación de la CIF como clasificación y marco universal del funcionamiento, la discapacidad y la salud es necesario que se pueda explicar su relación con los conceptos relacionados con la salud habituales en la literatura médica, como (estado de) salud, bienestar, calidad de vida o calidad de vida relacionada con la salud. Este análisis de relación conceptual es muy necesario porque, a pesar de la extensa literatura relativa a tales conceptos, existe una sorprendente falta de consistencia en su significado y en su modo de utilización.

La CIF ha mostrado ser un potencial marco conceptual para clarificar y organizar este universo de conceptos interrelacionados que contribuye a la comprensión de la salud humana.¹⁰⁻¹⁴ A continuación describiremos brevemente tales conceptos desde la perspectiva de la CIF.

Como se esbozó en la introducción, desde la perspectiva de la CIF la salud es vista como un fenómeno continuo a lo largo de la vida que didácticamente se podría describir recorriendo tres niveles conceptuales diferenciados, si bien integrados y superpuestos entre sí. El primer nivel y punto de partida de esta conceptualización es la visión corpórea, una noción limitada y referida sólo al cuerpo (dominios de la salud). Es una visión operativa relativa a un grupo de dominios y capacidades bajo la piel, intrínsecos a la persona como entidad biológica. Este primer nivel de experiencia corporal, el clásico término estado de salud, pasa a ser un perfil concreto según las categorías CIF (p. ej.: dolor y fuerza muscular).

El segundo nivel comprende, además de la salud corporal, la experiencia general de salud (dominios relacionados con la salud) que en la CIF está integrada en una noción más global llamada funcionamiento, definida como "término que cubre las estructuras y funciones corporales, las actividades y la participación".¹

Y el tercer nivel abarca, además de los dos niveles previos, la experiencia global de la condición humana (dominios no relacionados con la salud) y que denominamos *bienestar*. El conjunto total de dominios de la salud, dominios relacionados con la salud y dominios no relacionados con la salud es lo que la CIF entiende como bienestar objetivo y es el concepto más amplio de todos los relativos a la salud.¹⁵ Esta distinción por niveles nos permite clarificar los conceptos relacionados con la salud y establecer la variación que en cada nivel experimentan, según la perspectiva que consideremos. Por supuesto, sobre cada nivel operan dos perspectivas distintas, la biológica de la salud (objetiva) y la percibida por el individuo (subjetiva).^{10,16}

La perspectiva objetiva del bienestar y el funcionamiento según la CIF aparece representada en la Figura 2.

Se suele considerar el bienestar de una persona como lo que es bueno para ella; esto es su satisfacción personal.¹⁷ La salud es, por tanto, un componente esencial del bienestar, si bien no es plausible que sea todo lo que interesa al bienestar de la persona, por más que a veces éste se presente como la *facies* de aquella. Según Ortega y Gasset "...el bienestar y no el estar es la necesidad fundamental para el hombre, la necesidad de las necesidades".¹⁸

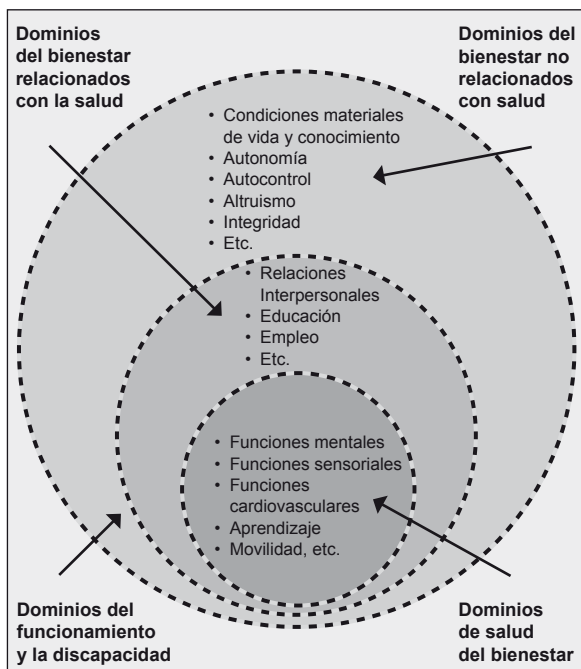


Figura 2. El universo del bienestar y el funcionamiento según la CIF. (Las líneas punteadas reflejan el hecho de que los límites entre los dominios no son rígidos e impermeables, sino dinámicos y fluidos.) El conjunto de los dominios de salud y los relacionados con la salud -que constituyen el funcionamiento según la CIF- y todos los dominios no relacionados con la salud, que están en parte representados en la CIF en los factores ambientales, constituyen el universo completo del bienestar. Todos estos dominios pueden ser percibidos desde una perspectiva objetiva, que es la perspectiva que adquiere la CIF, o desde una perspectiva subjetiva que es la que adquiere la calidad de vida, que es subjetiva por definición. La evaluación de los distintos dominios se lleva a cabo por medio de instrumentos de medida. Si estos miden de una forma objetiva se está midiendo el bienestar. Si por el contrario, miden de una forma subjetiva, entonces se miden aspectos de la calidad de vida. La distinción entre objetivo o subjetivo es independiente de la fuente de información, el propio sujeto o un observador.

Así, pues, bienestar es un concepto totalizador que comprende, además de los dominios propios de la salud, todos aquellos otros relacionados y no relacionados con la ella, como son, por ejemplo, la autonomía y la integridad personal.

En el universo del bienestar, la salud y nuestra actitud hacia ella presenta un aspecto relativo, irónico, enigmático. Si la salud está amenazada somos muy exigentes en caracterizar los problemas y limitaciones pero si es buena nuestras preocupaciones desaparecen y estamos demasiado ocupados en hacer todas las cosas que nos permite.¹⁹ La salud, para el individuo y para la colectividad, es importante no sólo en sí misma sino por lo que posibilita; es la precondition necesaria para cualquier plan, aspiración u objetivo vital.²⁰⁻²²

Se define la calidad de vida (CV) representando la percepción de cómo vive el individuo su vida; esto es, en todo el conjunto de dominios de salud, relacionados con la salud y no relacionados con la salud.^{23,24} Y, a su vez, la calidad de vida relacionada con la salud (CVRS) se define como la percepción individual de cómo se vive la vida reducida a los dominios de la salud y los relacionados con ella.¹⁴ En otras palabras, y recordando las nociones de funcionamiento y bienestar mencionadas más arriba, se podría decir que la calidad de vida relacionada con la salud es a la calidad de vida lo que funcionamiento es a bienestar. Los dominios que componen bienestar son los mismos que componen calidad de vida y los que componen funcionamiento los mismos que componen calidad

de vida relacionada con la salud. La diferencia radica en que parten de perspectivas distintas: objetiva, en el caso del funcionamiento y el bienestar, y subjetiva, en el caso de la calidad de vida y la calidad de vida relacionada con la salud.

Sin embargo, cuando se desarrollan o utilizan instrumentos para medir CV o CVRS no se tiene en cuenta esta diferencia, y la mayoría de los métodos no adoptan la perspectiva subjetiva del concepto.¹¹

Toda esta relación conceptual (representada en la Figura 2) resulta esencial para alcanzar la operacionalización de los conceptos manejados. Como la CIF cubre los aspectos relacionados y no relacionados con la salud, descritos como factores ambientales o personales, la conceptualización global de la CIF está estrechamente relacionada con el concepto de bienestar. Por supuesto, en esta conceptualización las categorías discretas y significativas de la CIF son punto de partida para operacionalizar el bienestar objetivo. La relación de la CIF con el bienestar objetivo es similar a su relación con la calidad de vida. Como la calidad de vida se define como la percepción individual de los dominios del bienestar objetivo, la CIF con su estructura integral puede servir como base para operacionalizar la calidad de vida.¹³ Asimismo, como definimos CVRS como la percepción individual del bienestar limitada a los dominios de la salud y los relacionados con ella, las categorías de la CIF que configuran el constructo funcionamiento pueden servir de base para operacionalizar la CVRS.

Por todo lo anterior, la CIF resulta ser la plataforma potencial para clarificar todos estos conceptos habituales.¹⁰

Una herramienta para definir qué debemos medir en salud

Cuando la salud de un individuo o una población se comprometen, lo que importa es el riesgo que conlleva, especialmente en los casos más graves. Por ejemplo, la salud de un enfermo con lesión medular experimenta cambios tan profundos y de tan largo alcance que amenazan con minar la totalidad de las dimensiones vitales que constituyen su núcleo personal. Por eso, es muy importante el impacto enfermedad-salud y tenemos que asegurarnos de que tal alteración de la vida no destruya lo más importante para la persona y el cómo desea ella vivir su vida.

Entender, pues, lo mejor posible qué es salud y cuáles son sus determinantes es uno de los principales desafíos de investigadores, clínicos y planificadores sanitarios. Si logramos hacer de la salud algo concreto y operativo nos será posible analizarla o medirla. De lo contrario, por muy interesante que sea la cuestión salud, la ciencia no tiene nada que hacer con ella.

A la luz de los conocimientos actuales podemos resumir que el concepto funcionamiento, tal como lo define actualmente la OMS a través de la CIF, es la operacionalización de la salud registrando integralmente lo que les importa a las personas: Por eso los estudios que persiguen una comprensión global de la salud y del impacto de la enfermedad sobre la vida toman el funcionamiento como una operacionalización significativa de la salud.

Vimos cómo el funcionamiento puede describirse mediante categorías diferenciadas: memoria, comprensión, capacidad para andar, autocuidado, relaciones interpersonales, etcétera, y en tales términos puede ser medido. En este sentido, hemos aprendido mucho sobre el funcionamiento y sus limitaciones, aunque nuestro saber es limitado a categorías específicas y aisladas que resultan

directamente afectadas por las condiciones de salud del individuo, como enfermedades, trastornos o accidentes. Por un lado, nuestro conocimiento es fragmentario, ya que desconocemos la interacción de las distintas áreas del funcionamiento entre sí. Por otro lado, sabemos poco acerca de cómo cambia el nivel de funcionamiento en las personas a lo largo del tiempo.

El desafío que supone conocer los cambios en el funcionamiento a lo largo del tiempo se aborda metodológicamente mediante estudios longitudinales. El diseño metodológico ideal en estos casos es el seguimiento de una cohorte. El término cohorte se utiliza para definir un grupo de personas que tienen una característica común seguidas en el tiempo. Puede tratarse de una generación, definida por un mismo período de nacimiento, de una profesión, de personas que han padecido una exposición concreta, portadores de una característica genética o sujetos que residen en una misma zona geográfica.

Pero este tipo de estudios resulta muy caro, en tiempo y recursos, por lo deben ser cuidadosamente planeados tomando en cuenta únicamente las variables de interés pero asegurándose de no dejar fuera ninguna variable relevante. Es precisa la eficiencia a la hora de determinar las variables específicas y concretas relevantes. Si el objetivo principal del estudio es el funcionamiento desde su perspectiva integral, la CIF asegura que sean consideradas todas las variables potencialmente relevantes. Así, evitamos la mala práctica de seleccionar las variables según otras consideraciones (prácticas), como es habitual al utilizar los instrumentos de medida al uso o siguiendo la tradición métrica. Al mismo tiempo, mejoramos la comparabilidad de los datos entre poblaciones y situaciones varias, lo que incrementa el propio valor de los estudios de cohortes.

Dado que la CIF está construida partiendo de un modelo conceptual integral los investigadores pueden determinar de forma teórica qué medir, sin dejar fuera nada relevante. Y como en la clasificación CIF las categorías están jerárquicamente ordenadas según un nivel creciente de especificidad, la definición operacional de cada categoría puede usarse para seleccionar posibles especificaciones de la categoría, ya que tales definiciones fueron designadas para proporcionar a los usuarios de la CIF suficiente orientación para aplicar cada categoría. Usamos el término especificación de categoría para destacar aquellos aspectos de las categorías que son adecuados para la cuestión de determinar exactamente qué medir. Las especificaciones de las categorías son lo que los investigadores necesitan medir, sean tanto variables dependientes como independientes. Por ejemplo, los investigadores deben decidir si medir una categoría como la b152 (Funciones emocionales), o un aspecto o especificación de esa categoría que resulta más relevante para el estudio, como por ejemplo, depresión o ansiedad. Esto es, deben decidir qué nivel de detalle desean alcanzar en la medición.

Para operacionalizar el funcionamiento en los estudios longitudinales, el método que permita la ulterior comparación de sus resultados está guiado por el modelo conceptual que lo fundamenta (véase Figura 1). Fue siguiendo el modelo teórico CIF como se pudo desarrollar un método modular de operacionalización del funcionamiento compuesto por un núcleo común de categorías genéricas al que se añaden los correspondientes módulos específicos que representan los componentes del modelo, sin dejar fuera ninguno. De ahí que el proceso de operacionalización del funcionamiento siga necesariamente los siguientes pasos metodológicos:

- determinación de un conjunto invariable de categorías genéricas, común a todas las situaciones y que pueda ser usado como punto de partida,
- determinación y adición de un conjunto de categorías específico de la situación diana,
- determinación y adición de una representación de los factores personales, y
- determinación y adición de una representación de los factores ambientales.

Con estos cuatro métodos queda conformado el conjunto mínimo de categorías CIF que han de ser tenidas en cuenta para la comprensión global del funcionamiento en la población bajo estudio. A este conjunto modular le llamamos grupo dominante (GD) (*domain set*) y una vez fijado procede determinar las especificaciones de las categorías que necesitamos medir.

A continuación desarrollamos brevemente los citados cuatro pasos metodológicos:

1) Para lograr el primer método fue necesario determinar un grupo de categorías genéricas esenciales lo más reducido posible y capaz de explicar diferencias significativas entre personas con distintos niveles de salud. Se lo denominó Núcleo Genérico Mínimo CIF.²⁵ Su desarrollo estuvo basado en análisis estadísticos de encuestas de población considerando ocho dimensiones del funcionamiento evaluadas con el *World Health Survey* dirigido por la OMS a principios de 2000.

La versión actual del Núcleo Genérico Mínimo comprende las siguientes categorías CIF: b130, Energía y funciones dinámicas; b152, Funciones emocionales; b280, Sensación de dolor; d230, Sacar adelante las tareas diarias; d450, Andar; d455 Desplazarse por el entorno, y d850, Trabajo remunerado.

Aunque se deben incluir todas estas categorías, en el caso de d450 Andar y d455 Desplazarse por el entorno, como ambas tratan aspectos relacionados con la movilidad, es preferible seleccionar únicamente una de ellas.

2) El segundo paso metodológico es complementar el Núcleo Genérico Mínimo con un método que identifique las categorías CIF específicas de la condición de salud o situación de que se trate. Para este fin se pueden utilizar los Núcleos Básicos CIF (*ICF Core Sets*) existentes para las enfermedades y situaciones clínicas más prevalentes.²⁶ La *web* de la *ICF Research Branch*²⁷ proporciona un listado de los Núcleos Básicos CIF disponibles y el investigador puede consultar si está disponible el listado aplicable a su estudio. Las versiones breves son los puntos de partida, dado que el grupo dominante debe incluir únicamente categorías esenciales CIF. Sin embargo, si fuera necesario (para los objetivos del estudio o por las características de la población) pueden considerarse, además, algunas categorías procedentes del Núcleo Básico extenso correspondiente.

3) El tercer paso es determinar y añadir los factores relevantes de la perspectiva psicológica individual. Los factores personales (FP) no están clasificados en la CIF pero deben ser incluidos para lograr la comprensión global del funcionamiento. En tanto no exista una clasificación de los FP se pueden seguir dos métodos para identificar tales factores como candidatos para ser incluidos en el GD. Primero, un análisis secundario de los grupos de datos existentes sobre FP recogidos en el proceso de desarrollo de los núcleos básicos CIF y, segundo, una revisión de la literatura combinando búsquedas sistemáticas de las condiciones de salud en estudios longitudinales y la descripción de factores personales psicológicos que sean

candidatos a ser clasificados como FP de la CIF. El estudio de cohorte *Swiss Spinal Cord Injury Study* (SWISCI)²⁸ afrontó el desafío de elaborar su propia propuesta para registrar la perspectiva psicológica personal sobre el funcionamiento y la discapacidad. Esta propuesta puede servir de orientación futura y se puede consultar en otra parte.²⁹

4) Finalmente, el GD necesita incluir una selección de los factores ambientales (FA) relevantes para el estudio. La evidencia disponible acerca de los factores ambientales y de algunas áreas de actividades y participación es todavía escasa debido al insuficiente desarrollo de la investigación en estos campos. Sin embargo, tenemos disponibles detalles acerca de cómo incorporar tales factores en este tipo de estudios.³⁰

Observando todas estas consideraciones metodológicas previas queda cerrado el proceso de definición de las categorías que componen el GD y procede determinar las especificaciones que han de ser medidas. El método recomendado para determinar estas especificaciones sigue un proceso basado en la evidencia que incluye la búsqueda bibliográfica electrónica exhaustiva (Pubmed, Embase, PsycInfo, CINAHL y *Social Sciences Citation*), la selección de *abstracts*, la extracción y documentación de la información y la decisión final del grupo de variables que serán medidas.

El primer estudio longitudinal que observa todos estos requerimientos metodológicos se está llevando a cabo en Suiza con un grupo de pacientes con lesión medular.²⁸ El trabajo supone un verdadero desafío en relación con la eficiencia en la selección de variables relevantes a medir y puede considerarse como el punto de partida para demostrar la viabilidad de esta metodología.³¹

Limitaciones conceptuales y metodológicas

Si la parte buena de la investigación de la CIF es su creciente reconocimiento y su provechosa aplicación en áreas tan novedosas como la clarificación conceptual en salud o su propuesta operacionalizadora, su parte mala son algunas limitaciones y desafíos que el modelo debe superar.

Por un lado, como plataforma clarificadora de conceptos en salud la CIF es limitada, ya que no cubre algunos aspectos que aunque puedan parecer ajenos a la salud forman parte del bienestar, como los factores económicos³² o los valores como la igualdad. Pero dado que se puede pensar que igualdad, al igual que cualquiera otra cualidad relativa que supone comparación,³³ puede influir o interactuar con la salud, cabe entender la CIF como una clasificación del bienestar objetivo que abarca todos los aspectos de la condición humana. Sin embargo, a fin de mantener abierta una discusión fructífera para la comprensión de estos conceptos es conveniente apuntar dos limitaciones mayores.

La primera se refiere a la simplificación que supone la tradicional separación entre dominios de la salud y no relacionados con la salud. Esta separación resulta discutible ya que distingue entre conjuntos de conceptos que son análogos;³⁴ así, la palabra sano no significa exactamente lo mismo dicho de la persona, del aire, del alimento, etcétera; pero tampoco su significado es enteramente deficiente. La segunda limitación es inherente al hecho de dejar de lado el análisis de la perspectiva filosófica de la calidad de vida o del bienestar que subyace en los distintos modelos expuestos y que, sin duda, ayudaría a facilitar la comprensión del abordaje de la CIF.

Por otro lado, como propuesta operacionalizadora de la salud la CIF presenta, también, dos limitaciones mayores. La primera, que al definir qué medir no tiene en cuenta cómo medirlo. El GD puede contener categorías o especificaciones que no sean fáciles de medir; por ejemplo, categorías sociales complejas como las relaciones interpersonales, la espiritualidad, la vida política o ciudadana. Esto puede limitar la efectividad del estudio o la utilidad de sus conclusiones. Sin embargo, el investigador puede posponer la inclusión de estas variables hasta que estén disponibles nuevos métodos de medida para ellas.

La segunda limitación surge cuando no existe disponible un Núcleo Básico CIF de la enfermedad diana. En este caso puede usarse el método basado en la evidencia del desarrollo de los Núcleos Básicos CIF ya existentes escogiendo sólo las categorías necesarias. Este proceso consume tiempo y esfuerzo pero su metodología está bien establecida y es fácilmente disponible.²⁷

Con todo ello, dado que el método CIF se basa en una conceptualización integral de las experiencias personales, es el único método que permite al investigador avanzar en el desarrollo de las cuestiones y paradigmas básicos de la salud y alcanzar nuevas vías de comprensión de la sa-

lud. De ahí que la operacionalización de la salud mediante la descripción del funcionamiento sea el objetivo fundamental en un área emergente de la investigación del siglo XXI como es la ciencia del funcionamiento humano.

Conclusión

De forma resumida se han descrito dos innovadoras aplicaciones del modelo conceptual y método CIF que sirven tanto para clarificar conceptos habituales relacionados con la salud como para responder la cuestión de qué medir, cuando el objetivo primario de un estudio longitudinal sea describir el funcionamiento como una operacionalización de la salud. Con este método se asegura, además, la comparabilidad de la información recogida, ya que la CIF es un lenguaje internacional estándar y los GD están compuestos enteramente por categorías CIF o especificaciones de ellas. Esta comparabilidad se extiende tanto a lo largo del tiempo como a los medios y situaciones sanitarias.

Considerando que el proceso de actualización de la CIF, por parte de la OMS, ya está iniciado, los datos recogidos usando el método basado en la CIF proporcionarán evidencias altamente relevantes para actualizar nuestras propuestas investigadoras.

Copyright © Sociedad Iberoamericana de Información Científica (SIIC), 2015
www.siicsalud.com

Los autores no manifiestan conflictos de interés.

Bibliografía

1. World Health Organization. The International Classification Functioning, Disability and Health, WHO, Ginebra, 2001.
2. Bickenbach JE, Chatterji S, Badley EM, Ustün TB. Models of disablements, disabilities and handicaps. *Soc Sci Med* 48:1173-87, 1999.
3. Fernández López JA, Fernández-Fidalgo M, Geoffrey R, Stucki G, Cieza A. Funcionamiento y discapacidad: la Clasificación Internacional del Funcionamiento (CIF). *Rev Esp Salud Pública* 83:775-83, 2009.
4. Üstun TB, Chatterji S, Bickenbach J, Kostanjsek N, Schneider M. The international classification of functioning, disability and health: A new tool for understanding disability and health. *Disability and Rehabilitation* 25(11-12):565-7, 2003.
5. Organización Mundial de la Salud. Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades, décima edición (CIE-10). 10ª revisión. Ginebra: Organización Mundial de la Salud, 1992.
6. Weigl M, Cieza A, Andersen C, Kollerits B, Amann E, Stucki G. Identification of relevant ICF categories in patients with chronic health conditions: a Delphi exercise. *J Rehabil Med* 44(Suppl):12-21, 2004.
7. Cieza A, Ewert T, Ustun TB, Chatterji S, Kostanjsek N, Stucki G. Development of ICF Core Sets for patients with chronic conditions. *J Rehabil Med* 44(Suppl.):9-11, 2004.
8. Stucki G, Cieza A, Ewert T, Kostanjsek N, Chatterji S, Ustün TB. Application of the International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF) in clinical practice. *Disabil Rehabil* 20;24(5):281-2, 2002.
9. Bruyere SM, Van Loovy SA, Peterson DB. The International Classification Functioning, Disability and Health: Contemporary literature overview. *Rehabilitation Psychology* 50(2):113-21, 2005.

10. Cieza A, Bickenbach J, Chatterji S. The International Classification of Functioning Disability and Health as a conceptual platform to specify and discuss health-related concepts. *Gesundheitswesen* 70:47-56, 2008.
11. Cieza A, Stucki G. Content comparison of health related quality of life instruments based on the ICF. *Qual Life Res* 14:1225-37, 2005.
12. Geyh S, Cieza A, Kollerits B, Grimby G, Stucki G. Content comparison of health-related quality of life measures used in stroke based on the international classification of functioning, disability and health (ICF): a systematic review. *Qual Life Res* 16:833-5, 2007.
13. Cieza A, Stucki G. The International of Functioning Disability and Health: its development process and content validity. *Eur J Phys Rehab Med* 44:303-13, 2008.
14. Fernández López JA, Fernández-Fidalgo M, Cieza A. Los conceptos de calidad de vida, salud y bienestar analizados desde la perspectiva de la Clasificación Internacional del Funcionamiento (CIF). *Rev Esp Salud Pública* 84:169-84, 2010.
15. Wood-Dauphinee S. Assessing quality of life in clinical research: from where have we come and where are we going? *J Clin Epidemiol* 52:355-63, 1999.
16. Nordenfelt I. On health, ability and activity: comments on some basic notions in the ICF. *Disabil Rehabil* 28:1461-5, 2006.
17. Fuster V, Sanpedro JL. La ciencia y la vida. Plaza y Janés, Barcelona, p. 61, 2008.
18. José Ortega y Gasset. Meditación de la técnica. En: *Obras Completas*. Tomo V. Madrid: Alianza Editorial. Revista de Occidente, 317-330, 1983.
19. Gadamer GH. *The Enigma of Health*. Stanford University Press, Stanford, California, 1996.

20. Dubos R. The mirage of health: utopia, progress and biological change. Rutgers University Press, 1959.
21. Julián Marías: Medicina para personas (I). *Jano* 23:886, 1987.
22. Daniels N. Just health: meeting health needs fairly. Cambridge University Press, New York, 2008.
23. Study protocol for the World Health Organization project to develop a Quality of Life assessment instrument (WHOQOL). *Qual Life Res* 2(2):153-9, 1993.
24. The World Health Organization Quality of Life assessment (WHOQOL): position paper from the World Health Organization. *Soc Sci Med* 41(10):1403-9, 1995.
25. Cieza A, Oberhauser C, Bickenbach J, Chatterji S, Üstün B, Stucki G. Towards a minimal generic set of domains of functioning and health. *Bulletin of the World Health Organization*, 2011 (en prensa).
26. Stucki G, Kostanjsek N, Üstün B, Cieza A. ICF-based classification and measurement of functioning. *Eur J Phys Rehabil Med* 44(3):315-28, 2008.
27. <http://www.icf-research-branch.org/>.
28. Post MWM, Brinkhof MWG, Von Elm E, et al. Swiss Spinal Cord Injury Study (SwiSCI): design of an ICF-based cohort study. *Am J Phys Med Rehabil* 2011.
29. Geyh S, Müller R, Peter C, Bickenbach JE, Post MWM, Stucki G, Cieza A. Capturing the psychological-personal perspective in spinal cord injury. *Am J Phys Med Rehabil*, 2011 (en prensa).
30. Escorpizo R, Graf S, Marti A, et al. Domain sets and measurement instruments on participation and environmental factors in spinal cord injury research. *Am J Phys Med Rehabil*, 2011 (en prensa).
31. Cieza A, Boldt C, Ballert CS, Eriks-Hoogland I, Bickenbach JE, Stucki G. Setting up of a cohort study on functioning: deciding what to measure *Am J Phys Med Rehabil*, 2011 (en prensa).
32. Sen AK. Inequality reexamined. Cambridge: Harvard University Press, 1992.
33. Ortega y Gasset J. Introducción a una estimativa. En: *Obras Completas*. Tomo VI. Madrid: Alianza Editorial. *Revista de Occidente* 315-34, 1983.
34. García Morente, M. La analogía del ser. En: *Estudios y Ensayos*. Editorial Losada, Buenos Aires, pp. 258-61, 2005.

Información relevante

Clasificación internacional como plataforma esencial para la clarificación de conceptos relacionados con la salud

Respecto al autor



Juan Antonio Fernández López. Licenciado en Medicina, Universidad de Oviedo, Asturias, España (1979). Doctorado en Calidad de vida relacionada con la salud, Departamento de Medicina Preventiva y Salud Pública, Universidad de Oviedo, Asturias, España. Premio extraordinario de doctorado en 1993. El interés principal de su investigación se centra en el desarrollo de conceptos e instrumentos de medida orientados hacia el paciente con el objetivo de optimizar los resultados terapéuticos. Autor de diversas publicaciones en el campo de la calidad de vida relacionada con la salud, el estrés laboral y la evaluación del funcionamiento. Profesor asociado de Ciencias de la Salud, Departamento de Medicina Preventiva y Salud Pública, Universidad de Oviedo, España. Actualmente trabaja como médico de Atención Primaria, Centro de Salud de Riosa, Servicio de Salud del Principado de Asturias (SESPA), España.

Respecto al artículo

El presente trabajo resalta dos novedosas aplicaciones en las que el modelo CIF se ha mostrado especialmente relevante: utilización como plataforma esencial para la clarificación de conceptos relacionados con la salud, y aplicación metodológica en el diseño de estudios evaluativos longitudinales para definir claramente qué debemos medir.

El autor pregunta

La Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la Discapacidad y de la Salud aprobada en 2001, y más comúnmente conocida como CIF, constituye el marco conceptual de la OMS para una nueva comprensión del funcionamiento, la discapacidad y la salud.

¿Cuál es el concepto de discapacidad en el marco de la Clasificación Internacional del Funcionamiento de la OMS?

- A) Lo relativo al deterioro en la participación.
- B) Lo relativo a la limitación de actividades.
- C) Lo relacionado con restricción en la participación.
- D) Todas son correctas.
- E) Ninguna es correcta.

Corrobore su respuesta: www.siicsalud.com/dato/evaluaciones.php/124365

Palabras clave

CIF, funcionamiento, salud, calidad de vida, epidemiología, diseño de investigaciones

Key words

ICF, functioning, health, quality of life, research design, epidemiology

Lista de abreviaturas y siglas

CIF, Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la Discapacidad y de la Salud; OMS, Organización Mundial de la Salud; FP, factores personales; FA, factores ambientales; CIE-10, Clasificación Internacional de Enfermedades; CV, calidad de vida; CVRS, calidad de vida relacionada con la salud; GD, grupo dominante; SWISCI, *Swiss Spinal Cord Injury Study*.

Cómo citar

Fernández López JA, Fernández Fidalgo M, Cieza A. Clasificación internacional como plataforma esencial para la clarificación de conceptos relacionados con la salud. *Salud i Ciencia* 21(4):388-95, Jun 2015.

How to cite

Fernández López JA, Fernández Fidalgo M, Cieza A. International Classification Functioning (ICF): A conceptual and methodological model on health for the XXI century. Salud i Ciencia 21(4):388-95, Jun 2015.

Orientación

Epidemiología

Conexiones Temáticas

Educación Médica, Salud Pública, Fisiatría, Geriatría, Medicina Interna, Neurología, Salud Mental