

Clasificación Internacional del Funcionamiento, la Discapacidad y la Salud (CIF): aplicabilidad y utilidad en la práctica clínica



José L. Ayuso-Mateos^a, Marta Nieto-Moreno^b, José Sánchez-Moreno^{b,c} y José L. Vázquez-Barquero^d

^aServicio de Psiquiatría. Hospital Universitario de la Princesa. Universidad Autónoma de Madrid. Madrid.

^bDepartamento de Psiquiatría. Facultad de Medicina. Universidad Autónoma de Madrid. Madrid.

^cHospital Clínico. Universidad de Barcelona. Barcelona.

^dDepartamento de Psiquiatría. Hospital Universitario Marqués de Valdecilla. Universidad de Cantabria. Santander. Cantabria. España.

El modelo de enfermedad que ha predominado, tanto desde el punto de vista profesional como social, desde el siglo XIX hasta prácticamente nuestros días ha sido el modelo biomédico. Sin embargo, las asunciones implícitas de este modelo proporcionan una visión de la salud y de la enfermedad reduccionista y sesgada. Entre otras, asume que las enfermedades surgen a partir de una anomalía biológica subyacente y que, aun habiendo otros factores que pudieran influir en sus consecuencias, su implicación en el desarrollo y en la manifestación de la enfermedad es escasa. Además, el modelo biomédico sostiene que la salud es equivalente a la ausencia de enfermedad, de la que los síntomas son la expresión directa o indicador, mientras que la influencia de otros factores o las consecuencias de la enfermedad son de escasa relevancia. De esta forma, se mantiene un modelo que limita no sólo la comprensión holística de cualquier proceso patológico, sino también las posibilidades de intervención e identificación de factores relacionados con la repercusión, más allá de los síntomas, de una enfermedad determinada sobre el bienestar y el desempeño de los individuos o las poblaciones, así como en el diseño de políticas sanitarias y de intervenciones eficaces¹.

Como disciplina científica, la medicina asume una serie de supuestos implícitos o, parafraseando al filósofo Ryle, un «saber que...» (saber proposicional) sobre el que se asienta el «saber cómo» (saber práctico)². Reflexionar sobre dichos supuestos permite vislumbrar cómo se articula nuestro conocimiento sobre la misma y cómo, en el caso de las intervenciones en salud, repercuten en la práctica clínica. En este sentido, el desarrollo y la aprobación de la Clasificación Internacional del Funcionamiento, la Discapacidad y la Salud (CIF)³ han sido fruto de un largo proceso de reflexión y revisión de las hipótesis causales subyacentes (saber proposicional) que han guiado a los indicadores y a las prácticas de salud al uso (saber práctico) y principalmente se ha fundamentado en las limitaciones del modelo biomédico *per se* como paradigma conceptual, en la insuficiencia de los sistemas diagnósticos para explicar de forma holística y comprensiva los estados de salud de los individuos y de las poblaciones, en la necesidad de incluir el estado funcional de los pacientes en los informes de salud y en la revisión de los modelos de discapacidad existentes.

A las limitaciones del modelo biomédico como paradigma conceptual anteriormente señaladas, se suma la insuficiencia de los sistemas diagnósticos para explicar los estados de salud. Los diagnósticos por sí mismos no son capaces de explicar cuáles son las necesidades del uso de servicios, y tampoco de predecir la duración y evolución de la hospitalización, o el rendimiento laboral de los pacientes, por citar algunos ejemplos. Es más, personas con un mismo diagnóstico, por ejemplo, hipertensión arterial, pueden tener un funcionamiento social y laboral bien distinto, y viceversa: similares niveles de funcionamiento, por ejemplo, dificultades en el área interpersonal, pueden responder a diagnósticos diferentes (como trastorno bipolar y migraña).

Corolario del empleo de los sistemas diagnósticos y de la primacía del modelo biomédico, los indicadores de salud se han basado tradicionalmente en datos de mortalidad y morbilidad. Si bien estos datos son importantes en sí mismos, no captan adecuadamente los estados de salud de los individuos y de las poblaciones⁴; es más, no tienen en cuenta las repercusiones que el envejecimiento y la presencia de enfermedades crónicas no mortales en los países desarrollados (p. ej., el sida) tienen sobre el funcionamiento general, el bienestar y la integración de los individuos⁵, y tampoco su impacto en los sistemas de salud pública en términos de costes económicos⁶. Un buen ejemplo de las limitaciones de estos indicadores de salud y de la necesidad de integrar nuevos parámetros de medida de salud son los resultados de los estudios de la Carga Global de Enfermedad en el Mundo (CGE) por parte de la Organización Mundial de la Salud (OMS), el Banco Mundial y la Universidad de Harvard⁷. En dichos estudios se incluyeron por primera vez datos de la población general procedentes tanto de tasas de mortalidad producidas por distintos procesos de la enfermedad como de la discapacidad ocasionada por la enfermedad, a fin de valorar conjuntamente las consecuencias mortales y no mortales de cada uno de los trastornos y de estimar el impacto real de la enfermedad en la esperanza de vida y en la salud. Los hallazgos revelaron que, al valorar la discapacidad junto a la mortalidad, algunas enfermedades como la depresión, muy discapacitantes pero poco mortales, eran una de las mayores causas de carga de enfermedad en el mundo, indicando así la verdadera magnitud de su impacto sobre el individuo⁸. Este tipo de hallazgos vuelven a poner de relevancia que la salud no es la mera ausencia de enfermedad y que la información sobre el estado funcional es de suma importancia para describir adecuadamente los estados de salud de un individuo o de una población⁹.

Así pues, parece necesario asumir un paradigma conceptual de salud que integre todos los factores (p. ej., biológi-

Trabajo subvencionado por el VI Programa Marco de la Comisión Europea (MHADIE Project; contrato EC n.º: 513708).

Correspondencia: Dr. J.L. Ayuso-Mateos.
Servicio de Psiquiatría. Hospital Universitario de la Princesa.
Diego de León, 62. 28006 Madrid. España.
Correo electrónico: joseluis.ayuso@uam.es

Recibido el 21-9-2005; aceptado para su publicación el 22-11-2005.

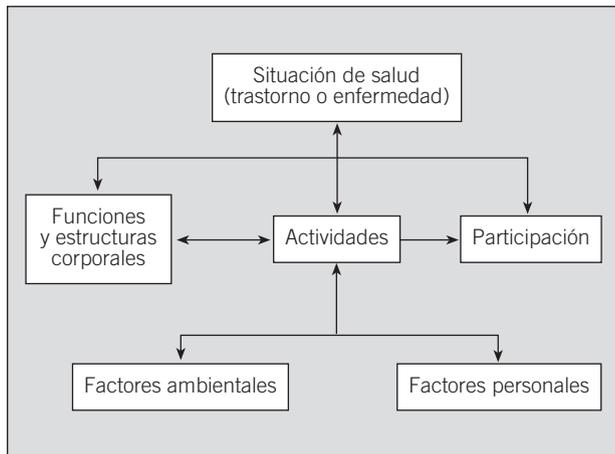


Fig. 1. Interacción entre los componentes de la Clasificación Internacional del Funcionamiento, la Discapacidad y la Salud (CIF).

cos, psicológicos y sociales) y áreas implicadas en los estados de salud y de bienestar y que permita una comprensión más adecuada de las enfermedades. La OMS ha sido consciente de todas las deficiencias y limitaciones señaladas y, tras un largo proceso de revisión, la 54 Asamblea Mundial de la Salud (con la participación de 191 países) aprobó en mayo de 2001, como herramienta de clasificación complementaria a la décima revisión de la Clasificación Internacional de las Enfermedades (CIE-10)¹⁰, la CIF, que pasa así a formar parte esencial de la Familia Internacional de las Clasificaciones. Su aprobación ha supuesto un punto de inflexión en la medicina y en la sociedad¹¹.

La CIF

La CIF integra los modelos biomédico y social de la discapacidad y asume el modelo biopsicosocial como marco conceptual. Además, en la medida en que recoge factores ambientales y personales en su modelo, permite describir cómo éstos pueden ser un elemento clave para comprender la discapacidad y el funcionamiento de los individuos y las poblaciones, y cómo se pueden adoptar cambios y medidas sociales que permitan reducir su impacto cuando éste es negativo¹². Con la CIF, el funcionamiento de los pacientes, que incluye los componentes funciones, estructuras corporales, actividades y participación, se convierte en uno de los puntos más importantes desde la perspectiva médica.

La teoría subyacente de la CIF se basa en 2 importantes principios que afectan directamente las estrategias de medida y el «saber cómo»: el principio de universalidad, esto es, saber que la discapacidad es un fenómeno común, característico de la condición humana, más que una característica social de grupos minoritarios, y el principio de continuidad, que asume que tanto el funcionamiento como la discapacidad son fenómenos que se extienden a lo largo de un continuo en lugar de ser conceptos categoriales (p. ej., ausente frente a presente). Según esta concepción, la discapacidad es un fenómeno dinámico, fruto de la interacción entre los estados de salud y los factores contextuales. Aunque esta perspectiva biopsicosocial no es nueva en muchos campos de la medicina, como la rehabilitación o la prevención, lo que sí es realmente nuevo es que la CIF permite disponer de un marco conceptual global, consensuado y etiológicamente neutro para concebir la salud y los estados relacionados con la salud, lo que permite la adopción de un lenguaje común⁴ y recalcar los elementos positivos no estigmatizantes.

Conceptos incluidos en la CIF: funcionamiento, discapacidad y salud

La CIF asume el concepto de salud en términos del universo del bienestar, que estaría formado por dominios de salud de bienestar, por áreas de funcionamiento que son objetivo de intervención por parte de los profesionales de la salud (p. ej., capacidad para caminar) y por otros dominios del bienestar que tradicionalmente no son objetivo de los sistemas sanitarios, como la educación o el empleo. En el nombre aprobado para esta nueva clasificación se incluyen los términos funcionamiento, discapacidad y salud. «Funcionamiento» es un término heterogéneo que incluye todas las funciones y estructuras corporales, y las actividades y la participación de un individuo en la sociedad. «Discapacidad», término presente en la anterior Clasificación Internacional de las Deficiencias, Discapacidad y Minusvalías (CIDDM)^{13,14}, se refiere a cualquier alteración, limitación en la actividad o restricción en la participación y resultado de la interacción entre el estado de salud de un individuo y factores personales y contextuales presentes en su vida cotidiana. En la CIF, tanto el funcionamiento como la discapacidad son entendidos dentro de una relación dinámica y bidireccional entre las condiciones de salud y los factores contextuales (fig. 1). Por último, el término «salud» se refiere a los componentes de la salud (p. ej., ver, comprender, caminar, etc.) y a los componentes relacionados con ella (p. ej., educación, transporte, etc.).

El principal foco de interés de la CIF es el funcionamiento y la discapacidad de los individuos. No clasifica personas, como hacen los sistemas diagnósticos, sino que describe la situación de un individuo respecto a su estado de salud con distintos dominios de salud y de condiciones relacionadas con ella.

Estructura de la CIF

La CIF se divide en 2 partes: «Funcionamiento y discapacidad» y «Factores contextuales». Cada una de ellas se divide a su vez en dominios. Los dominios dentro de la CIF son conjuntos de funciones fisiológicas y psicológicas, estructuras anatómicas, tareas, actividades y áreas de la vida que se describen desde la perspectiva biológica o corporal, individual y social, y que configuran cada uno de los capítulos de la CIF (tabla 1). Además, dentro de cada uno de los dominios propone la existencia de categorías, que contienen clases y subclases relacionadas con las unidades de clasificación y que se evalúan mediante calificadores.

La parte «Funcionamiento y discapacidad» incluye el componente corporal, en el que se diferencian funciones (entre ellas las psicológicas) y estructuras corporales. El componente «Actividades y participación» es el segundo de esta primera parte y cubre distintos dominios del funcionamiento desde una perspectiva individual y social (tabla 2). Los componentes de funcionamiento se pueden expresar como no problemáticos y como problemáticos (p. ej., alteraciones, limitaciones en la actividad y restricciones en la participación). Esta primera parte de la CIF se califica por separado. Las funciones y estructuras corporales se interpretan como cambios en los sistemas fisiológicos y en las estructuras anatómicas, y en el componente «Actividades y participación» se interpretan a partir de los calificadores desempeño y capacidad.

La segunda parte de la CIF, «Factores contextuales», tiene 2 componentes. El primero son los «Factores ambientales», o factores físicos, sociales o actitudinales presentes en el entorno del individuo. Los factores ambientales se califican en función de si constituyen una barrera en el funcionamiento del individuo o un facilitador. El segundo componen-

TABLA 1

Visión de conjunto de la Clasificación Internacional del Funcionamiento, la Discapacidad y la Salud (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 en el funcionamiento y la discapacidad	Influencias internas en el funcionamiento y la discapacidad
Constructos	Cambios en las funciones corporales (fisiológicos) Cambios en las estructuras del cuerpo (anatómicos)	Capacidad de realización de tareas en un entorno uniforme Desempeño/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 y estructural	Actividades y participación	Facilitadores	No aplicable
	Funcionamiento			
Aspectos negativos	Deficiencia	Limitación en la actividad Restricción en la participación	Barreras/obstáculos	No aplicable
	Discapacidad			

TABLA 2

Componentes de la Clasificación Internacional del Funcionamiento, la Discapacidad y la Salud (CIF)

Corporal		Actividades y participación	Factores ambientales
Funciones	Estructuras		
Funciones mentales Funciones sensoriales y del dolor Funciones de la voz y el habla Funciones de los sistemas cardiovascular, hematológico, inmunológico y respiratorio Funciones de los sistemas digestivo, metabólico y endocrino Funciones genitourinarias y reproductoras Funciones neuromusculosqueléticas y relacionadas con el movimiento Funciones de la piel y de estructuras relacionadas	Estructuras del sistema nervioso El ojo, el oído y estructuras relacionadas Estructuras involucradas en la voz y el habla Estructuras de los sistemas cardiovascular, inmunológico y respiratorio Estructuras relacionadas con los sistemas digestivo, metabólico y endocrino Estructuras relacionadas con el movimiento Piel y estructuras relacionadas	Aprendizaje y aplicación del conocimiento Tareas y demandas generales Comunicación Movilidad Autocuidados Vida doméstica Interacciones y demandas interpersonales Áreas principales de la vida Vida comunitaria, social y cívica	Productos y tecnología Entorno natural y cambios en el entorno derivados de la actividad humana Apoyo y relaciones Actitudes Servicios, sistemas y políticas

te de esta parte son los «Factores personales», que hacen referencia a variables como la raza, la edad o el género. Las categorías y funciones incluidas en la CIF se pueden clasificar en distintos niveles según la precisión requerida. El primer nivel abarca toda la estructura de la CIF antes descrita. Los niveles segundo y tercero son codificados con mayor especificidad. Por ejemplo, la función corporal «sensación de dolor» (b280) puede detallarse con mayor profundidad especificando en un segundo nivel «dolor de una parte del cuerpo» (b2801) y en un tercer nivel «dolor en la espalda» (b28013).

De esta forma, la estructura de la CIF proporciona un sistema de codificación sistemático y global de todos los estados de salud que permite identificar no sólo barreras o limitaciones existentes, sino que hace hincapié en elementos positivos al permitir identificar facilitadores o factores positivos no estigmatizantes en todas las áreas descritas relacionadas con la salud. Por ejemplo, la CIF permite recoger información sobre el funcionamiento de una persona tetrapléjica en distintas áreas de su vida (interpersonal, laboral, etc.), así como describir factores contextuales que puedan limitar el desempeño de dicha persona (p. ej., actitudes estigmatizantes hacia su estado de salud por parte de sus compañeros de trabajo que dificultan su rendimiento e integración laboral) o factores que lo facilitan (p. ej., la presencia de rampas para acceder a su lugar de trabajo). No obstante,

aunque la CIF describe una amplia gama de dominios y áreas relacionadas con la salud, el componente «Factores personales» no se ha desarrollado aún; factores culturales u otros como el género o la raza, que pueden limitar la participación plena de un individuo en la sociedad (p. ej., el hecho de ser mujer en determinadas sociedades puede limitar el acceso a recursos sanitarios), no están descritos, salvedad que constituye uno de los desarrollos futuros de la CIF.

Desarrollo y objetivos de la CIF

Como se ha señalado, uno de los puntos de reflexión que impulsaron el desarrollo de la CIF fue la deficiencia del modelo de discapacidad existente, implícito en la clasificación precedente, la CIDDM. Ésta fue la primera aproximación de la OMS para la valoración del impacto y de las repercusiones de las enfermedades en los individuos. Su desarrollo permitió un cambio en la concepción tradicional de la discapacidad y en la valoración de la influencia del entorno en el funcionamiento de los individuos. Sin embargo, asumía un saber proposicional no exento de limitaciones. Entre otras, planteaba un modelo lineal de discapacidad, se centraba fundamentalmente en las deficiencias y los aspectos negativos de la enfermedad y daba poco peso a factores sociales y contextuales. Además, enfocaba la discapacidad como un hecho individual, en lugar de universal, y su validez transcultural era inadecuada^{12,15}.

Estas limitaciones llevaron a la OMS a iniciar un proceso de revisión internacional que supuso la participación de 18 países (entre ellos, España) durante un período de 7 años. Se inició la validación transcultural para su aplicación en más de 50 países, labor en la que participaron distintos centros de trabajo, organizaciones gubernamentales y no gubernamentales, y más de 1.800 científicos. En los distintos borradores de la CIDDM se valoró su fiabilidad y validez, y se observó que el borrador Beta 2 de la CIDDM era una herramienta de salud pública útil y significativa^{16,17}. Tras su validación en más de 70 países, en la 54 Asamblea Mundial de la Salud se aprobó la CIF, que se estableció oficialmente en 191 países como medida estándar para describir y evaluar la salud y la discapacidad, y cuyos principales objetivos son³:

- Ser una herramienta estadística para los estudios y encuestas de salud poblacionales, así como para el registro de datos y manejo de información ya disponible.
- Ser una herramienta de investigación para la evaluación de resultados, calidad de vida y factores ambientales.
- Ser una herramienta clínica para la valoración de necesidades, para la estandarización y planificación de tratamientos de enfermedades y para la evaluación de resultados.
- Ser una herramienta de política social en la planificación de sistemas de seguridad social, sistemas de compensación y para diseñar e implementar políticas sociales.
- Ser una herramienta educativa para elaboración y diseños curriculares y para la toma de conciencia de la sociedad respecto al fenómeno de la discapacidad.

La CIF proporciona, por lo tanto, un marco idóneo para estudiar y analizar la interacción entre el estado de salud de una persona y el contexto en el que se desenvuelve en todas las áreas de la vida. Es útil para recoger datos del funcionamiento humano en distintos ámbitos (educativo, clínico, población general) y permite diferenciar el grado de discapacidad entre distintos grupos en contextos diferentes. Esta información es esencial no sólo desde el punto de vista clínico, sino también para los responsables de la toma de decisiones en salud pública, ya que permite evaluar medidas de resultados y, en el ámbito institucional, establecer políticas sociales no estigmatizantes e integradoras. Puesto que pertenece a la familia de clasificaciones de la OMS, es un instrumento útil para describir y comparar la salud de la población en el contexto internacional y establecer un lenguaje común entre diversos profesionales de la salud, gestores y políticos.

Aplicación de la CIF en la práctica clínica

Desde su aprobación, el modelo de la CIF y los instrumentos desarrollados a partir de ella han comenzado a utilizarse en diversos ámbitos de la medicina, y su futura aplicación clínica es prometedora. En primer lugar, para garantizar su aplicabilidad clínica es necesario operativizar las categorías de la CIF (no olvidemos que ésta permite la descripción del funcionamiento a través de 1.400 categorías) mediante el desarrollo de instrumentos y herramientas útiles que permitan describir y evaluar el funcionamiento de los pacientes a lo largo de distintas enfermedades¹⁸.

Desarrollo de instrumentos específicos de la CIF

Con el objetivo de facilitar la utilización práctica y efectiva en la actividad clínica, a partir del modelo de la CIF se han desarrollado 3 tipos de herramientas (disponibles en las siguientes direcciones: <http://www.who.int/classifications/icf/en/> y <http://www.who.int/tcidh/whodas/>):

1. El World Health Organization Disability Assessment Schedule II (WHODAS-II)¹⁹, que evalúa de forma multidimensional el funcionamiento y la discapacidad en 6 áreas (comprensión y comunicación, capacidad para moverse en el entorno, cuidado personal, relación con otras personas, actividades de la vida diaria y participación en sociedad). Además, permite obtener una puntuación global del grado de discapacidad.

2. La lista de comprobación breve (*checklist*) de la CIF, formada por una selección de 125 categorías de la CIF, es un cuestionario de fácil uso en el ámbito clínico que permite obtener un perfil de funcionamiento del paciente en las áreas más relevantes. La información necesaria para su cumplimentación puede obtenerse a través de varias fuentes: de la observación clínica del profesional de la salud, de la información proporcionada por el paciente o por otros informantes (p. ej., familiares); de este modo, permite una evaluación multidisciplinaria. En la actualidad se están llevando a cabo diversos estudios para validar y demostrar su aplicabilidad y las ventajas de su empleo en la práctica clínica (p. ej., proyecto del VI Programa Marco de la Unión Europea Measuring Health and Disability in Europe: Supporting Policy Development; MHADIE; www.mhadie.org).

3. Conjuntos básicos (*core sets*). El grupo de investigación de la CIF del centro colaborador de la OMS en la Universidad de Ludwig-Maximilians, de Munich, junto al grupo Clasificación, Evaluación, Encuestas y Terminología (CAS) de la OMS, ha desarrollado conjuntos básicos o *core sets* de la CIF específicos para 12 trastornos médicos responsables de una alta carga global por enfermedad²⁰⁻³⁰ (tabla 3).

Los conjuntos básicos son listas reducidas que contienen las categorías de la CIF más relevantes y significativas en la descripción de todo el espectro de problemas y alteraciones en el funcionamiento de los individuos con una enfermedad específica. Permiten su evaluación en ensayos y grupos clínicos y sirven de guía para la evaluación multidisciplinaria de pacientes con un trastorno médico^{31,32}. En la actualidad, se sigue trabajando en el desarrollo de conjuntos básicos para trastornos neurológicos, enfermedades cardiopulmonares, musculoesqueléticas y geriátricas tanto en atención hospitalizada como en rehabilitación¹⁸, así como para el trastorno bipolar³³.

Concordancia de la CIF con otros instrumentos de evaluación del funcionamiento, la dependencia y la calidad de vida

El éxito de la aplicación en diferentes especialidades médicas de un nuevo instrumento de clasificación, en este caso la CIF, dependerá no sólo de su aceptación por parte de los

TABLA 3

Relación de *core sets* (conjuntos básicos) de la Clasificación Internacional del Funcionamiento, la Discapacidad y la Salud (CIF)

Enfermedades musculoesqueléticas
Lumbalgia
Dolor crónico generalizado
Artrosis
Osteoporosis
Artritis reumatoide
Enfermedades cardiovasculares y generales
Cardiopatía isquémica crónica
Enfermedad pulmonar obstructiva
Diabetes mellitus
Obesidad
Enfermedades mentales y neurológicas
Depresión
Accidentes cerebrovasculares
Enfermedades oncológicas
Cáncer de mama

TABLA 4

Baremo de gradación de la Clasificación Internacional del Funcionamiento, la Discapacidad y la Salud (CIF)

Calificadores de la CIF	Equivalencia cualitativa	Equivalencia cuantitativa
0. No hay problema	Ninguno, ausente, insignificante, etc.	0-4%
1. Problema ligero	Poco, escaso, etc.	5-24%
2. Problema moderado	Medio, regular, etc.	25-49%
3. Problema grave	Mucho, extremo, etc.	50-95%
4. Problema completo	Total, etc.	96-100%
8. Sin especificar		
9. No aplicable		

profesionales de la salud como herramienta que describe, clasifica y evalúa el funcionamiento de los individuos, desde un lenguaje común y consensado, sino también de su compatibilidad con otras medidas de evaluación empleadas³⁴. La evaluación del grado de funcionamiento de los pacientes no es novedosa; existe una gran diversidad de instrumentos para tal fin, en muchos casos heterogéneos, diversidad que puede dificultar la comparación de datos y de resultados dentro de un mismo trastorno y entre diversos procesos médicos. Puesto que la CIF permite graduar la gravedad de la discapacidad en 5 tramos (tabla 4), es posible trasladar la puntuación obtenida en las diferentes escalas al baremo de la CIF, lo que permite recoger información comparable con otras escalas.

En la evaluación de la dependencia, por ejemplo, se dispone de varias escalas e índices, como la Medida de Independencia Funcional (MIF) o el índice de Barthel, cuya utilización es frecuente tanto en la práctica clínica como en estudios estadísticos. En España, el IMSERSO (Instituto de Migraciones y Servicios Sociales)³⁵ ha publicado un informe donde, tras comparar la CIF con 21 escalas comúnmente utilizadas en el ámbito sociosanitario para la evaluación de la dependencia, se señala que el grado de equivalencia entre las diversas escalas y el baremo de la CIF es alto. Además, en dicho informe se estudia la aplicabilidad del índice de Barthel o de Actividades de la Vida Diaria Básicas (índice ampliamente utilizado en rehabilitación, ingresos y geriatría) con la CIF. Las conclusiones de este segundo estudio destacan que la adaptación del índice de Barthel a la CIF es sencilla y que ésta permite una mejor clarificación de las áreas de estudio, además de resaltarse la utilidad de los baremos de gravedad de la CIF para la evaluación de la dependencia. Por otro lado, se han comparado 6 instrumentos comúnmente utilizados en la evaluación del funcionamiento y la calidad de vida (entre ellos, el SF-36) con la CIF. Sus resultados vuelven a confirmar la utilidad y la posibilidad de comparar la información obtenida con la CIF con la aportada por dichos instrumentos³⁶.

Aplicación de la CIF en ámbitos médicos y trastornos específicos

La CIF ha tenido una notable aceptación en algunos campos de la medicina como la rehabilitación³⁴, ámbitos en los que el modelo biopsicosocial no es nuevo. También en la rehabilitación psicosocial el modelo de la CIF es el marco idóneo para la evaluación y descripción de cada una de las áreas y procesos implicados en la rehabilitación de enfermos mentales crónicos³⁷. En campos como los señalados, con frecuencia los objetivos de la intervención clínica están orientados no sólo a «eliminar» o «disminuir» un síntoma específico (p. ej., la debilidad muscular o la presencia de alucinaciones), sino que las intervenciones están dirigidas además a mejorar y potenciar el funcionamiento del paciente en distintas áreas de su vida. En este sentido, la CIF es un instrumento espe-

cialmente útil debido a la inclusión de los calificadores «Desempeño» y «Capacidad», que permiten evaluar las posibles discrepancias existentes entre lo que un paciente realiza en su vida cotidiana y su potencial desempeño en un contexto idóneo³⁸. Además, la CIF recoge información sobre las barreras y facilitadores existentes en su ambiente que se tornan con frecuencia en objetivo de intervención (p. ej., actitudes negativas hacia la enfermedad en la familia).

Respecto a su aplicación en el ámbito clínico, se ha publicado recientemente una amplia revisión de la bibliografía existente en la que señalan distintas áreas en las que la CIF ha mostrado su utilidad (trabajo de enfermería, terapia ocupacional, rehabilitación de trastornos del habla y del lenguaje) y donde se destaca el acuerdo generalizado de los diversos especialistas sobre la utilidad de la CIF en su trabajo clínico diario³⁹. Además, se recoge la experiencia de los profesionales de la salud en la aplicación de la CIF en problemas crónicos de salud, trastornos neuromusculosqueléticos, trastornos cognitivos, trastornos mentales, trastornos sensoriales y rehabilitación pediátrica. Los autores vuelven a destacar el consenso de todos los clínicos sobre la utilidad y potencial utilidad de la aplicación de la CIF en distintas áreas y situaciones médicas, constituyendo así un punto de referencia como herramienta clínica.

Conclusiones

La CIF ha integrado los diversos modelos existentes de salud y discapacidad con un lenguaje internacional consensado y sistematizado para la descripción del funcionamiento de los individuos. Por primera vez se dispone de un marco conceptual común para la evaluación del funcionamiento, la salud y la discapacidad, que recoge, además, la perspectiva del paciente (crucial en la medicina). De esta forma, el conjunto básico de herramientas de la CIF permite hacer operativo el modelo biopsicosocial tanto en la práctica clínica como en la investigación.

Aun siendo una herramienta de clasificación reciente, la CIF ha tenido una buena acogida en diversos campos de la medicina aplicada y los resultados de su utilización han sido muy positivos. El interés por su aplicación en distintos centros y por distintos profesionales de la salud es creciente, por lo que son varios los grupos de trabajo que, con el apoyo de la OMS, están impulsando su implementación en distintos contextos clínicos y desarrollando herramientas útiles a partir del modelo de la CIF que garanticen su aplicabilidad y eficiencia en la práctica médica (p. ej., *core sets*).

También en la investigación la CIF es una herramienta de gran utilidad al permitir la comparación entre datos de salud ya existentes a escala internacional, así como para identificar factores comunes que influyen en el universo del bienestar de individuos con distintas enfermedades. La bibliografía revisada y la agenda de investigación de la CIF hacen pensar que su futuro en la medicina es prometedor.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Wade DT, Halligan P. New wine in old bottles: the WHO ICF as an explanatory model of human behaviour. *Clin Rehabil.* 2003;17:349-54.
2. Vázquez C, Nieto-Moreno M, López-Luengo B. Epistemología de la rehabilitación. en: Verdugo MA, López D, Gómez A, Rodríguez M, editores. *Rehabilitación en salud mental: situación actual y perspectivas.* Salamanca: Amarú Ediciones; 2002. p. 107-28.
3. World Health Organization. *International Classification of Functioning, Disability and Health: ICF.* Geneva: WHO; 2001.
4. Ustun 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. *Disabil Rehabil.* 2003;25:565-71.
5. Fries JF. Aging, acumulative disability and the compression of morbidity. *Comprehensive Therapy.* 2001;27:322-9.

6. National Committee on Vital Health and Statistics. Classifying and reporting functional status. Report of the Subcommittee on Population [consultado 05/08/2005]. Disponible en: www.ncvhs.hhs.gov/010716rp.htm
7. Murray CJL, López A. The Global Burden of Disease. A comprehensive assessment of mortality and disability from diseases, injuries and risk factors in 1990 and projected to 2020. Cambridge: Harvard School of Public Health; 1996.
8. Ayuso-Mateos JL. La depresión: una prioridad abordable en salud pública. *Med Clin (Barc)*. 2004;123:181-6.
9. Ustun TB, Chatterji S, Kostanjsek N, Bickenbach J. WHO's ICF and functional status information in health records. *Health Care Financ Rev*. 2003;24:77-88.
10. Organización Mundial de la Salud. Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades, décima edición (CIE-10). Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 1992.
11. Stucki G, Cieza A, Ewert T, Kostanjsek N, Chatterji S, Ustun TB. Application of the International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF) in clinical practice. *Disabil Rehabil*. 2002;24:281-2.
12. Hurst R. The International Disability Rights Movement and the ICF. *Disabil Rehabil*. 2003;25:572-6.
13. World Health Organization. ICDH: International Classification of Impairments, Disabilities and Handicaps. A manual classification relating to the consequences of disease. Geneva: World Health Organization; 1980.
14. Organización Mundial de la Salud. Clasificación Internacional de las Deficiencias, Discapacidades y Minusvalías (CIDDM). Madrid: IMSERSO; 1983.
15. Bickenbach J, Chatterji S, Badley EM, Ustun B. Models of disablement, universalism and the international classification of impairments, disabilities and handicaps. *Soc Sci Med*. 1999;48:1173-87.
16. Grupo Cantabria en Discapacidades. Desarrollo de estrategias e instrumentos para la clasificación y evaluación de discapacidades: un proyecto multicéntrico de la Organización Mundial de la Salud. *Mapfre Medicina*. 2000;11:48-63.
17. Grupo Cantabria en Discapacidades. La discapacidad: modelos interpretativos y su influencia en el nuevo sistema de Clasificación de Discapacidades de la Organización Mundial de la Salud (CIDDM-2). *Archivos de Psiquiatría*. 2000;63:5-20.
18. Stucki A, Grimby G. Applying the ICF in medicine. *J Rehabil Med*. 2004;44:5-6.
19. Grupo Cantabria en Discapacidades. Versión en lengua española de un nuevo cuestionario de evaluación de discapacidades de la OMS (WHO-DAS-II): fase inicial de desarrollo y estudio piloto. *Actas Esp Psiquiatr*. 2000;28:77-87.
20. Cieza A, Schwarzkopf S, Sigl T, Stucki G, Melvin J, Stoll T, et al. ICF core sets for osteoporosis. *J Rehabil Med*. 2004;44 Suppl:81-6.
21. Stucki G, Cieza A, Geyh S, Battistella L, Lloyd JSD, Kostanjsek N, et al. ICF core sets for rheumatoid arthritis. *J Rehabil Med*. 2004;44 Suppl:87-93.
22. Cieza A, Stucki A, Weigl M, Kullman L, Stoll T, Kamen L, et al. ICF core sets for chronic widespread pain. *J Rehabil Med*. 2004;44 Suppl:63-8.
23. Cieza A, Stucki G, Weigl M, Disler P, Jackel WH, Van der Linden S, et al. ICF core sets for low back pain. *J Rehabil Med*. 2004;44 Suppl:69-74.
24. Dreinhöfer K, Stucki G, Ewert T, Huber E, Ebenbichler G, Gutenbrunner C, et al. ICF core sets for osteoarthritis. *J Rehabil Med*. 2004;44 Suppl:75-80.
25. Cieza A, Stucki A, Geyh S, Berteau M, Quittan M, Simon A, et al. ICF core sets for chronic ischaemic heart disease. *J Rehabil Med*. 2004;44 Suppl:94-9.
26. Ruof J, Cieza A, Wolff B, Angst F, Ergeletzis D, Omar Z, et al. ICF core sets for diabetes mellitus. *J Rehabil Med*. 2004;44 Suppl:100-6.
27. Stucki A, Daansen P, Fuessl M, Cieza A, Huber E, Atkinson R, et al. ICF core sets for obesity. *J Rehabil Med*. 2004;44 Suppl:107-13.
28. Cieza A, Chatterji S, Andersen C, Cantista P, Herceg M, Melvin J, et al. ICF Core sets for depression. *J Rehabil Med*. 2004;44 Suppl:128-34.
29. Stucki A, Stoll T, Cieza A, Weigl M, Giardini A, Wever D, et al. ICF core sets for obstructive pulmonary diseases. *J Rehabil Med*. 2004;44 Suppl:114-20.
30. Brach M, Cieza A, Stucki A, Fuessl M, Cole A, Ellerin B, et al. ICF core set for breast cancer. *J Rehabil Med*. 2004;44 Suppl:121-7.
31. Ustun B, Chatterji S, Kostanjsek N. Comments from WHO for the *Journal of Rehabilitation Medicine* special supplement on ICF core sets. *J Rehabil Med*. 2004;44 Suppl:7-8.
32. Cieza A, Ewert T, Ustun B, Chatterji S, Kostanjsek N, Stucki A. Development of ICF core sets for patients with chronic conditions. *J Rehabil Med*. 2004;44 Suppl:9-11.
33. Vieta E, Cieza A, Stucki A, Chatterji S, Nieto-Moreno M, Sánchez-Moreno J, et al. Developing the International Classification of Functioning core sets to specify the functioning of persons with bipolar disorder. *Bip Disord*. En prensa 2006.
34. Stucki G, Ewert T, Cieza A. Value and application of the ICF in rehabilitation medicine. *Disabil Rehabil*. 2003;25:628-34.
35. Querejeta-González M. Discapacidad/dependencia. Unificación de criterios de valoración y clasificación. Madrid: IMSERSO; 2004.
36. Cieza A, Stucki G. Content comparison of health-related quality of life (HRQOL) instruments based on the international classification of functioning, disability, and health (ICF). *Qual Life Res*. 2005;14:1225-37.
37. Lastra-Martínez I, Martínez-Chamorro M. Funcionamiento, discapacidad y rehabilitación. *Inf Psiquiatr*. 2004;175:19-30.
38. Schneider M, Hurst R, Miller J, Ustun B. The role of environment in the International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF). *Disabil Rehabil*. 2003;25:588-95.
39. Bruyère S, Van Looy S, Peterson D. The International Classification of Functioning, Disability and Health: contemporary literature overview. *Rehab Psychol*. 2005;2:121.