

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., biológico-

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.