

CLASIFICACIÓN INTERNACIONAL DEL FUNCIONAMIENTO DE LA DISCAPACIDAD Y DE LA SALUD (CIF): ALGUNAS EXPERIENCIAS DE SU APLICACIÓN Y USOS EN AMÉRICA LATINA

Mg. Magali M. Díaz Aguirre
Profesora de la Universidad de Panamá y Coordinadora Técnica de PENDIS

Dra. Sonia Flores
Instituto Hondureño de Seguro Social. Tegucigalpa, Honduras

Eva M. Gavillan Ed. D.
Consultora en Educación y Recursos Humanos, USA

Dra. Grisel Olivera Roulet
Directora del Servicio Nacional de Rehabilitación,
Ministerio de Salud de la Nación. República Argentina

Dra. Patricia Nilda Soliz Sánchez
Subdirección de Proyectos Especiales de Medición en Salud
Dirección General de Información en Salud de la Secretaría de Salud de México

Dr. Armando J. Yásquez Barrios
Asesor Regional de Rehabilitación de OPS/OMS, Chile

Mauricio Zepeda S.
Psicólogo de la Universidad Central de Chile

Introducción

Este artículo tiene como objetivo dar a conocer cómo la implementación de la Clasificación Internacional de Deficiencias, Discapacidades y Minusvalías CIDDM-2 o Clasificación Internacional de Funcionamiento (CIF) está siendo implementada en la América Latina. Por medio de descripciones breves de cómo los países de la región (Argentina, Chile, Honduras, México, Panamá) adoptan esa clasificación, podemos aprender más sobre cómo las personas con discapacidad pueden ser beneficiadas en su capacidad de acceso a servicios de salud y rehabilitación.

La CIF nos permite categorizar las funciones corporales, actividades y la participación de un

individuo. Además, la clasificación abarca deficiencias, limitaciones y restricciones en la participación. Por medio de esa clasificación podemos evaluar los estados de salud dentro de un contexto de funcionalidad y describir los efectos de la condición física en la vida diaria de los individuos (CEMECE-CIF, 2004).

La CIF es un ejemplo de "*Knowledge Translation*". *Knowledge Translation*, en forma simple, puede ser descrito como el proceso de tornar los resultados de estudios e investigaciones para aplicar esta información en las comunidades que lo necesitan. La definición oficial de este término nos viene de los institutos de salud canadienses: *Knowledge Translation* que es el intercarn-

bio, síntesis y aplicación ética del conocimiento, dentro de un sistema complejo de interacciones entre investigadores y usuarios, que acelera el proceso de cómo implementar la información obtenida en estudios científicos en un sistema de calidad de salud y productos de salud (<http://www.cihir-irsc.ca/e/29418.html>).

Knowledge Translation es un proceso que trata de acelerar el intercambio de información con fines de mayor aplicación y disminuir su poca utilización. Por ejemplo, podemos tener mucha información sobre una condición física que crea una discapacidad y de la tecnología que podría hacer que un individuo con limitaciones físicas estuviese más integrado a su comunidad. Por lo cual se hace necesario tener un proceso

que nos permita reconocer el vínculo entre esta información y la que un individuo podría utilizar para movilizarse. etc. La CIF es ejemplo de esta transición ya que nos permite examinar no sólo la capacidad del individuo para movilizarse, sino también la de integrarse a su comunidad por medio de la rehabilitación.

Aunque la clasificación tiene aplicación dentro de un modelo médico su objetivo es crear mayor conocimiento sobre su funcionalidad. El proceso de diagnosticar con énfasis en cómo funcionar e integrarse en la sociedad hace de la CIF una herramienta de *Knowledge Translation*. La CIF intersecta con legislación reciente en el área de derechos humanos, reconociendo las necesidades de aproximadamente 650 millones de personas discapacitadas en el mundo. este pasado agosto 2006 las Naciones Unidas adoptaron un acuerdo en el que denuncian las condiciones de marginalidad y la desigualdad de los individuos con discapacidad. Con la Convención sobre los derechos de las personas con discapacidad, 20 países alrededor del mundo entrarían en un compromiso con sus ciudadanos discapacitados de respetar y mantener sus derechos civiles y de acceso, participación e inclusión, educación, salud, empleo y protección social (<http://www.un.org/esa/socdev/enable/rights/convtexts.htm>). Panamá está dentro de los países que se han unido a la Convención.

Una de las áreas más críticas en el proceso de igualdad es la de acceder a información sobre rehabilitación. La rehabilitación es el proceso más importante en la inclusión e integración de los

individuos discapacitados. Las personas discapacitadas en América Latina enfrentan muchas dificultades en identificar y tener acceso a los servicios relacionados con salud, educación, empleo e integración a la comunidad. Se estima que en los países de América Latina y el Caribe hay más de cincuenta millones de personas con discapacidad. La inmensa mayoría vive en pobreza extrema y son sujetos de exclusión social. Desafortunadamente, la rehabilitación es un recurso en el cual no se invierte consistentemente. Este recurso es necesario no sólo para los individuos discapacitados sino para todo ciudadano que en algún punto de su vida va a afrontar problemas de salud relacionados con el envejecimiento.

Las personas de edad avanzada presentan, al igual que los individuos discapacitados, un reto demográfico que hace urgente la necesidad de evaluar los recursos con los que cuentan los países en desarrollo para hacerle frente a las condiciones de vida que afectan a esta población. Ambos grupos requieren el fortalecimiento de la capacidad del individuo en términos de información y acceso a servicios de salud que retardan las pérdidas que surgen como resultado del proceso de envejecer y/o de tener una discapacidad. También se interesa fomentar la prevención y limitar el progreso del deterioro funcional mediante servicios de rehabilitación (<http://www.gerontologia.org/portal/information/informations.php?idtema=11>).

La Organización Mundial de la Salud (OMS) ha creado una iniciativa para fortalecer el inter-

cambio de información sobre salud basado en "*Knowledge Translation*" (WHO, Knowledge Management for Public Health. <http://www.who.int/km4ph/en/>, Geneva Switzerland). Este esfuerzo está dirigido a las naciones en desarrollo, con un énfasis en la disseminación de avances tecnológicos y productos que pueden ser adaptados fácilmente en países que no tienen un alto nivel de tecnología a su alcance. La aplicación exitosa de estos productos depende de diseños que tomen en cuenta los recursos ambientales y culturales, creando de esta forma tecnologías que puedan ser utilizadas en cualquier medio ambiente.

Un ejemplo de esta transferencia de información proviene del Rehabilitation Engineering Research Center (RERC) Prosthetics and Orthotics, Northwestern University, Illinois. Este centro de bio-ingeniería produce prótesis y aparatos ortopédicos que pueden ser replicados fácilmente. El *Shape&Roll Foot* es una prótesis que se puede adaptar a la estatura, peso y pie del individuo por medio de tecnologías de bajo costo, como lo son la compresión y moldes de plástico de co-polymer. Estas tecnologías son fáciles de aplicar en laboratorios locales o talleres, permiten que un individuo con amputaciones en las extremidades obtenga una prótesis hecha con materiales locales. Además de haber creado la prótesis, el RERC ha desarrollado un manual bilingüe en francés, español e inglés sobre cómo fabricar los moldes para crear esta prótesis. www.medschool.northwestern.edu/depts/repro/sections/research/projects/ambulate/srfoot_lowincome.html

Otro ejemplo de Estados Unidos es el Center for International Rehabilitation Research Information & Exchange (CIRRIE). Este centro facilita intercambios de información entre investigadores de rehabilitación de los Estados Unidos y el mundo. [Este] ha creado una base de datos (<http://cirrie.buffalo.edu/search>) que incluye investigación en rehabilitación a través del mundo. Entre otros datos, este sitio tiene directorios de centros de rehabilitación internacional. El tesoro de CIRRIE permite la búsqueda de términos o la clasificación de la CIF. Este proyecto también está desarrollando una enciclopedia de rehabilitación en tres idiomas en colaboración con el Laboratoire d'informatique et de terminologie de la réadaptation de l'intégration sociale (LITRIS), del Institut de Réadaptation en Déficience Physique de Québec (IRDPO).

Otros modelos para los procesos de divulgación y adaptación de la investigación en rehabilitación provienen de Canadá y su Institute of Health Research (<http://www.CIHR-irsc.gc.ca/e/29529.html>). En Canadá se enfatiza la investigación con el propósito de su divulgación y de crear más oportunidades de intercambios de esta información por medio de enlaces con los que potencialmente podrían utilizarla. Otro ejemplo proviene de Australia y el Health Info Net (<http://www.healthinfonet.ecu.edu.au/>, Indigenous Health Info Net Health). Este sitio en la red hace disponible la información de salud a comunidades indígenas en Australia. La información incluye datos específicos sobre estas comunidades, contribuyendo al desarrollo de la política pública y

manteniendo informado a los diferentes sectores de servicios salud.

Más que cifras... rostros con dignidad (Panamá, Campos 2006)

En América Latina, a medida que los países adoptan el uso de la CIF se observa un mayor entusiasmo sobre cómo se puede ayudar al individuo discapacitado en el área de salud, priorizando el fortalecimiento del funcionamiento del individuo hacia una vida lo más independiente posible que lo integre al entorno de su comunidad y le dé oportunidad a servicios de rehabilitación.

Los ejemplos, a continuación, muestran los cambios que se han logrado por medio de la CIF. Esos cambios no son unificados, pues la legislación sobre igualdad de cada país y su implementación son diferentes. Pero de los ejemplos citados se extrae que la CIF contribuye a la aplicación de la legislación de derechos civiles y humanos de un individuo. No cabe duda, que al implementarse la CIF las personas con discapacidad comienzan a visualizar sus derechos como ciudadanos. También los proveedores de servicios de salud y otros recursos empiezan a verlos como ciudadanos con derechos.

La aplicación de la CIF ayuda a entender mejor una discapacidad y a examinar cómo se puede integrar el individuo en la sociedad produciendo beneficios en varias áreas:

- Mejor entendimiento a las personas con discapacidad y a las interacciones de funcionamiento e integración.

- Más conocimiento de los beneficios de nuevos tratamientos y nueva información sobre cómo se puede tener más calidad de vida con ciertas condiciones de discapacidad.
- Cómo documentar lo que los clientes y sus proveedores de servicio aprenden al tratar diferentes tratamientos, retroalimentando la información de esas experiencias hacia mejorar la práctica de los servicios de salud.
- Creación de instrumentos de medición clínica y social más completos, basados en una perspectiva amplia de conocimiento sobre la relación entre salud, eficiencia del funcionamiento y sensibilidad al individuo y su entorno.
- Más progreso en la aplicación de los procesos de igualdad y menos discriminación ya que se enfatiza funcionalidad e integración.

La aplicación en América Latina demuestra cómo gradualmente los que adoptan esta clasificación empiezan a brindar servicios más favorables al discapacitado. La existencia de clasificaciones con sensibilidad hacia el discapacitado permite el desarrollo de programas y actividades para el discapacitado que ponen más énfasis en su entorno y la valoración de sus derechos. Es decir, que la clasificación sirve como punto de apoyo hacia mejorar las condiciones de todo ciudadano y especialmente los ciudadanos discapacitados. Las reseñas a continuación ilustran cómo Argentina, Chile, Honduras y Panamá dan pasos hacia un mayor entendimiento de los beneficios de integración, nuevos tratamientos y el mejoramiento de los servi-

cios de salud.

Ejemplos de implementación en América Latina

La mayoría de los países de América Latina han estado involucrados en el proceso de desarrollo de la CIF y han asumido el reto de su implementación y uso, como primer paso hacia una clasificación oficial, parte de la familia de clasificaciones de la OMS. El sector salud ha tenido una activa participación en este proceso, pero también ha habido importante participación de otros sectores, por ejemplo, la Seguridad Social, cuando la usa para el desarrollo de instrumentos de evaluación y certificación de discapacidad con la finalidad de mejorar la protección social de las personas con discapacidad, en este campo hay buenos ejemplos en Colombia, Honduras, República Dominicana, Chile, Perú y Argentina.

El uso más difundido que ha tenido la CIF en Latinoamérica ha sido la aplicación de encuestas de prevalencia de discapacidad y actuales instrumentos disponibles estudios en Nicaragua, Ecuador, Chile, Panamá y Uruguay. Es importante mencionar a Colombia que ha desarrollado un Sistema de Registro de Personas con Discapacidad basado en CIF y el uso de un módulo de discapacidad utilizado en el Censo Nacional de Población 2006.

En relación al sistema de ingreso se debe mencionar los avances de Nicaragua, México (Seguro Social) y Venezuela. Actualmente, Chile avanza en el desarrollo de la estandarización del registro de información, en salud, sobre discapacidad.

Este en la región, grupos de tareas que actualmente están trabajando en la propuesta de indicadores para uso nacional y regional y en la propuesta de un sistema de vigilancia epidemiológica de la discapacidad. Esperamos poder contar a mediano plazo con avances en este campo.

El Centro Mexicano de Clasificación (CIMCE) es un importante referente técnico, junto al Centro Colaborador OPS/OMS para la Familia de Clasificaciones de la Universidad de Sao Paulo, que ha estado muy activo en la cooperación técnica a los países de América Latina, para el desarrollo de material didáctico y diseño de cursos de capacitación en el uso y aplicaciones de la CIF. Igualmente, ha desarrollado en México líneas de investigación epidemiológica en el estudio de situación de la salud de la población.

Son variados los campos de aplicación de la CIF, pero los países han asumido el nuevo reto dando, en primer lugar, continuación al trabajo de la Red de Habla Española de la Discapacidad, que fue constituida durante el proceso de revisión, traducción (español) y validación de la nueva Clasificación y ahora con el intercambio de experiencias que han desarrollado los países en áreas específicas de trabajo.

La aplicación de la CIF trae como resultado, entre otros, el diseño de diferentes programas y servicios públicos dirigidos a las personas con discapacidad, además un profundo cambio cultural con respecto a la imagen y condición de la persona discapacitada. Se produce un cambio en la evaluación de las limitaciones en su

actividad y en cómo éstas restringen su participación. Las herramientas de recolección se rediseñan para enfatizar estos nuevos conceptos de medición.

Referencias

- Canadian Institute of Health Research. *Implementation in Action. Knowledge Translation 2005-2009*. Ottawa, Canadá. Retrieved from the website. <http://www.ehr-rsc.gc.ca/e/29529.html>
- CUVILLI: <http://sinais.salud.gob.mx/ce/mece/cif/cif.html>. México, 2007.
- HealthInfoNet (2004, December). *Knowledge Translation*. Australia. Retrieved December 11, 2006 from the HealthInfoNet website: (<http://www.healthinfonet.edu.au/html/home/home.html>).
- Naciones Unidas (2006). *Convención sobre los derechos de las personas con discapacidad*
- Red Latinoamericana de Gerontología. <http://www.gerontologia.org/portal/informacion/informations.php?idtema=33>, Chile, 2007.
- World Health Organization (2005, December). *Geneva Switzerland*. Retrieved from the KM4PI Activities website (<http://www.who.int/km4pi/en/index.html>)

DIFUSIÓN Y APLICACIONES DE LA CIF EN CHILE

Mauricio Zepeda S.

El Gobierno de Chile, a través de sus autoridades y equipos profesionales, junto a destacados académicos, participaron en el proceso de discusión conceptual, diseño y aplicación de las pruebas de campo -Borradores Beta I y 2, por ejemplo- desarrollados por la red de profesionales de la Organización Mundial de la Salud (OMS) y de la Organización Panamericana de la Salud (OPS). El aprendizaje de este riguroso proceso de revisión de la CIDDM y otros instrumentos de la familia de clasificaciones de la OMS ha permitido conocer, difundir y aplicar la actual Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la Discapacidad y de la Salud (OPS/OMS, 2001) en diversas áreas y usos.

A partir de la aprobación de la CIF en la Asamblea General de la OMS, el Gobierno de Chile inició un proceso de revisión y actualización de sus diferentes normas, sistemas e instrumentos referidos tanto a la certificación de la discapacidad, como a la definición y tratamiento de la misma en áreas tales como: salud, educación, trabajo, protección social, censos y estudios estadísticos, entre otras.

Uno de los hitos importantes en ese proceso constituyó la Primera Jornada de Actualización en Discapacidad organizada por el Ministerio de Salud (MINSAL) y el Fondo Nacional de la Discapacidad (FONADIS) realizada en abril de 2002. Ahí se presentaron principales conceptos y

orientaciones metodológicas trabajadas por la Red de Habla Hispana para la Difusión de la CIF, en la reunión previa realizada en ciudad de México durante el mes de febrero de ese mismo año. Al mismo tiempo, se contó con la presencia del Asesor Regional en Rehabilitación de la OPS, Sr. Armando Vásquez, con el cual se tuvo la oportunidad de compartir los diferentes trabajos presentados en dicha jornada. A saber:

- Panorama Estadístico Nacional e Instrumentos de Medición, presentado por la Unidad de Estudios de FONADIS.
- Resultados de la Encuesta de Calidad de Vida, presentada por el Departamento de Epidemiología del Ministerio de Salud.
- Evaluación del Plan Nacional de Salud Mental y Psiquiatría, presentado por la Unidad de Salud Mental del Ministerio de Salud.
- Análisis crítico de la Situación del Sistema Nacional de Diagnóstico y Certificación de la Discapacidad, a cargo de la Comisión de Medicina Preventiva e Invalidez (COMPIN).
- Beneficios Sociales y Pensiones, a cargo de la Subsecretaría de Seguridad Social.
- Política y Plan de Acción en favor de la Integración Social de las Personas con Discapacidad, a cargo de la División Social del Ministerio de Planificación (MIDEPLAN).

A su vez, durante esta jornada, se contó con la participación de profesionales, funcionarios municipales, representantes de organizaciones de personas con discapacidad de nuestro país e invitados de Argentina y Japón, quienes tuvieron a su cargo la presentación de los diferentes proyectos de intervención en curso y un rico intercambio de experiencias en relación a sus respectivos sistemas de rehabilitación. En este sentido, destacó la participación del Servicio Nacional de Rehabilitación de Argentina y el Instituto Nacional de Rehabilitación - Hospital "Pedro Aguirre Cerda" (INR-PAC) de Chile, quienes, junto a la Agencia de Cooperación Japonesa (JICA), han liderado un proceso de mejoramiento del modelo tradicional de intervención tanto a nivel primario, comunitario, nacional e internacional. Con todo esto, en el marco de la reforma de salud impulsada por el Gobierno de Chile, el MINSAL reorientó sus esfuerzos para el diseño de políticas nacionales de rehabilitación a nivel comunitario, reorganizando su estructura y revitalizando la Unidad de Rehabilitación (URh), hasta ese momento concentrada en la coordinación de los Servicios de Medicina Física y Rehabilitación existentes en los principales centros hospitalarios del país. En la actualidad, esta URh desempeña un rol clave y estratégico al interior del MINSAL, tanto en la articulación con los diferentes equipos, programas y proyectos en ejecución, como en el desarrollo de nuevos instrumentos y normativas de aplicación general al interior de la red pública y privada del sistema nacional de salud. Un claro ejemplo de aquello son las comisiones técnicas de trabajo consti-

tuidas por esta unidad con dile-
rentes profesionales de organis-
11los públicos y privados. nacion-
ales e internacionales, que en la
actualidad 111antienen un perma-
nente intercambio de experien-
cias y aprendizajes en torno a los
usos de la CIF. En este punto, es
i111portante destacar la revisión de
instrumentos diseñados tanto para
el uso clínico co1110 social de la
CIF y sus derivaciones. Cierta-
111entc, se ha revisado diferentes
clocu111entos y 111aterialcs de capa-
citación en el uso de la CIF (uso
del ICF Browser y revisión de
sitio Web de la CIF. listas de
chequeo, diferentes versiones de
WHO-DAS, CD con curso de
autocapacitación, folletos. estu-
dios. etc.). A su vez, a partir de
las propias orientaciones de la
CIF, se trabajó en el clisei"ío de
nuevos instrumentos de evalua-
ción - EVADEC 2. por e jemplo
identificación de algoritmos para
subsidijs, estudios sobre el efecto
de la discapacidad en terceras
personas (princi pa1111ente ..cu ida-
doras""), y el impacto en la cali-
dad de vicia de las personas en si-
tuación de dependencia. Este
proceso también ha estado acom-
pañado de apoyos y equipa-
mientos específicos en proyectos
y/o centros comunitarios ele
integración y/o rehabilitación. En
este proceso ha exigido también
un permanente intercambio de
información y coordinación terri-
torial entre los equipos de la red
de salud, educación, trabajo, pro-
tección social, adulto mayor,
salud mental, turismo y recrea-
ción, deporte, justicia, transporte,
vivienda, etc.

En esta nueva etapa, el trabajo ha
estado cada vez más enmarcado
en el nuevo modelo conceptual y
operativo que ofrece la CIF. Es
decir, se han retomado con fuerza

los planteamientos en relación a
la influencia de los factores con-
textuales en la salud de las per-
sonas, así como la importancia de
la evaluación final de las capaci-
dades para la realización de sus
actividades de la vida diaria o de
las restricciones para la plena
participación social de una perso-
na con discapacidad.

En este contexto, FONADIS
encabezó durante el año 2004 la
realización del **Primer Estudio
Nacional de la Discapacidad
basado en la CIF**, para lo cual,
en conjunto con el Instituto
Nacional de Estadística (INE),
diseñó una encuesta destinada a
obtener información con respecto
a la condición de salud general de
la población, dificultades de
funcionamiento y para realización
de actividades, deficiencias y
causas asociadas, variables socio-
demográficas: así como también
una caracterización general de las
principales restricciones en el
ámbito educativo, laboral, parti-
cipación social-comunitaria, ac-
ceso a servicios de apoyo en salud,
barreras físicas y actitudinales,
entre las principales
variables definidas. Es impor-
tante mencionar también, que el
proceso de construcción de esta
encuesta estuvo basado en el
Cuestionario para la Evaluación
de Discapacidades de la OMS,
conocido bajo la sigla de WHO-
DAS 11.

Este estudio, de representación
nacional (urbana y rural), se apli-
có a una muestra probabilística-
trietap,ca de 16.000 hogares,
obteniéndose, a través de la
construcción de un **Índice de
Prevalencia de Discapacidad**, un
12,8% de prevalencia, equi-
valente a 2.068.072 personas _co n
discapacidad. Es decir, 1 de cada

8 personas en Chile puede pre-
sentar una o más discapacidades a
lo largo de su ciclo vital. Este
índice estuvo basado en una
*defInición de discapllidad con-
cebida como un concepto gené-
rico c;ue incluye deflciencias de
lllsjunciónes y estructuras corpo-
rales, limitaciones en la actividad
y restricciones en la participll-
ción*. Es decir, una definición
que incluye los aspectos negati-
vos de la interacción entre la
persona (con una condición de
salud) y el ambiente (tanto físico
como actitudinal).

Ciertamente, los resultados de
este estudio constituyeron una
base diagnóstica para el rediseño
de diferentes programas y servi-
cios públicos dirigidos a las
personas con discapacidad en las
diversas áreas antes mencionadas,
así como también el inicio de un
profundo cambio cultural con
respecto a la imagen y condición
de *persona con discapacidad* en
nuestro país. En este sentido,
FONADIS realizó una difusión
del marco conceptual del estudio
y los principales resultados desa-
gregados por región, en cada una
de las principales capitales del
país, convocando a diferentes
actores del sector público, repre-
sentantes de las organizaciones
de personas con discapacidad,
profesionales, académicos y auto-
ridades políticas de cada región.
Esta acción estuvo estrechamente
ligada al trabajo desarrollado por
las Secretarías Regionales de
Planificación del MIDEPLAN, en
el marco de los compromisos de
programación establecidos en el
*Pion de Acción en favor de las
Integrocián Social de las Per-
sonas con Discapacidad*, para el
período 2004-2010. Posteriormente,
a nivel legislativo, MIDEPLAN y FONADIS enea-

bezaron el proceso de reformulación de la ley 19284 de Integración Social de las Personas con Discapacidad. promulgada el año 1994, cuyos principales cambios se ajustan a la incorporación del nuevo marco conceptual propuesto por la CIF otorgando una nueva definición de la "discapacidad". más allá de las deficiencias y modelo médico de intervención. ampliándose a la provisión de servicios de apoyo y estableciendo mayores sanciones para quienes no respeten los derechos de las personas con discapacidad. entre otros importantes cambios.

En este marco. MIDEPLAN también realizó una revisión de la pregunta referida a discapacidad contenida en la Encuesta de Caracterización Socioeconómica (CASEN). Dicho análisis estuvo orientado en superar el enfoque centrado exclusivamente a registrar las deficiencias graves. severas o totales, como se consideraban también en los Censos Nacionales. El análisis de este tipo de preguntas indicaba la subvaloración y subestimación de la complejidad del fenómeno en su más amplio sentido. Ciertamente, MIDEPLAN perfeccionó también otro instrumento de medición de la situación social de las personas que reciben los beneficios sociales y asistenciales del Estado denominado Ficha CAS. En la actualidad. la nueva *Ficha de Protección Social* pondera con mayor peso la condición de persona con discapacidad y sus implicancias socioeconómicas y familiares. en favor de la obtención de los beneficios y derechos sociales. Todos estos avances han sido debidamente sistematizados y documentados en rigurosas investigaciones y

publicaciones que contienen el análisis en profundidad de los diferentes cambios. aplicaciones y estudios evaluativos.

Paralelamente. en el marco de la implementación y ampliación de las patologías cubiertas por el Plan AUGE (acceso universal al sistema de salud con garantías explícitas). la URh del MINSAL realizaba el análisis de los datos de una encuesta de oferta y demanda de los servicios de rehabilitación existentes en la red de salud e iniciaba. junto al MIDEPLAN. uno de los desafíos político-técnico más ambiciosos de los gobiernos de la Concertación. a saber. la construcción de un *Sistema Nacional de Protección Social*. denominado *Chile Solidario*. Este sistema. fundado en una perspectiva universal de derechos sociales. culturales y económicos. y directamente asociado a los exitosos programas y estrategias para la superación de la pobreza desarrollados por el Fondo de Solidaridad e Inversión Social (FOSIS). constituye uno de los pilares fundamentales de la acción intersectorial en nuestro país.

En la actualidad. programas como: salud materno-infantil. prevención y pesquisa temprana de discapacidades. acceso a prestaciones garantizadas para la rehabilitación y entrega de ayudas técnicas y/o servicios de apoyo para personas en situación de dependencia y/o discapacidad. determinantes sociales de la salud. atención a la diversidad. inclusión y atención de las necesidades educativas especiales de los niños y jóvenes con discapacidad en la educación regular. proyectos de integración. acceso a las nuevas tecnologías

de la información y de la comunicación. accesibilidad y diseño universal de los espacios de uso público. derechos humanos, tolerancia y no discriminación, desarrollo inclusivo. etc.. constituyen los énfasis para las acciones concretas impulsadas en favor de las personas con discapacidad en este último tiempo.

Ciertamente, en este recorrido. la OPS, junto a otros organismos internacionales - tales como el BID. PNUD. JICA. IMSERSO- ha sido un aliado estratégico para el avance en estas y otras materias tanto a nivel nacional como regional.

Nota

Evaluación del Desempeño en Comunidades. Este reciente instrumento pretende recoger información de primera mano. por parte de los equipos de salud primaria (consultorios y centros de salud). con respecto a la condición de salud. desempeño de actividades y restricciones de participación. en las personas que consultan y se atienden.

USO Y APLICACIÓN DE LA CIF EN LA PRIMERA ENCUESTA NACIONAL DE DISCAPACIDAD DE PANAMÁ

Mg. Magali M. Díaz Aguirre

Introducción

En la República de Panamá, los grupos humanos vulnerables. entre ellos las personas con discapacidad. siguen excluidos del desarrollo y de la productividad. Estos grupos, presentan un con-

junto de factores de riesgo directamente ligados a condiciones de marginación social y económica. Integran la población más pobre, en su gran mayoría con altos niveles de desempleo, elevada tasa de deserción escolar y una muy limitada accesibilidad a los servicios de educación, salud y oportunidades de trabajo. Por historia, la Contraloría Nacional de la República, dentro de las preguntas del Censo de Población y Vivienda, ha incluido el tema de la discapacidad, resultando cifras para el país por debajo del 2% de prevalencia. Los grupos de las Personas con Discapacidad y sus familiares y múltiples profesionales y expertos de organismos internacionales y nacionales coincidíamos en que no era compatible con nuestra realidad y además era necesario caracterizarlos para obtener una verdadera fotografía de este grupo poblacional. Este análisis nos llevó a realizar un estudio que definiera y conceptualizara, desde una perspectiva más amplia, la discapacidad, y es así, gracias a la oportuna asesoría de expertos de la OPS, que se logra realizar por primera vez en nuestro país una encuesta que no sólo caracteriza la discapacidad, sino que mide la cifra real a través de una nueva conceptualización. La Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la Discapacidad y de la Salud (CIF), cuyo objetivo principal es brindar un lenguaje unificado y estandarizado, y un marco conceptual para la descripción de la salud y los estados "relacionados con la salud".

Un poco de la CIF

La Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la Discapa-

cidad y de la Salud define los componentes de la salud y algunos componentes "relacionados con la salud" y el "bienestar" (tales como educación, trabajo, etc.). Por lo tanto, los dominios incluidos en la CIF pueden ser considerados como dominios "relacionados con la salud" y dominios "relacionados con el bienestar". Estos dominios se describen desde la perspectiva corporal, individual y mediante dos listados básicos: Funciones-Estructuras Corporales y Actividades-Participación.

La CIF pertenece a la familia de clasificaciones internacionales desarrolladas por la Organización Mundial de la Salud (OMS), que pueden ser aplicadas a varios aspectos de la salud. Esta familia de clasificaciones de la OMS proporciona el marco conceptual para codificar un amplio rango de información relacionada con la salud (por ejemplo, el diagnóstico, el funcionamiento y la discapacidad, los motivos para contactar con los servicios de salud) y emplea un lenguaje estandarizado y unificado, que posibilita la comunicación sobre la salud y la atención sanitaria entre diferentes disciplinas y ciencias en todo el mundo.

Para el grupo de investigadores de PENDIS, la decisión de utilizar la CIF, significó marcar un hito en relación a la conceptualización y manejo del tema de la discapacidad, pero hubo que replantearse algunos aspectos metodológicos del estudio. Ejemplo de esta "reingeniería" fue el hecho de modificar el instrumento de tal suerte que se incluyeran no sólo los aspectos socio-demográficos, epidemiológicos, educativos, ocupacionales de las personas con discapacidad, sino

enmarcados dentro de los dominios, considerando las Funciones-Estructuras Corporales y Actividades-Participación. Otro aspecto importante que nos dio la CIF fue una fotografía no sólo de la visión de los investigadores sobre la población con discapacidad, sino que nos da la visión de las mismas personas con discapacidad hacia ellos mismos, a través de la utilización de la Regleta donde las personas con algún tipo de limitación autocalificaban el Grado de Seriedad, lo cual hace que entre el paradigma de lo Cuantitativo. Esto, sin lugar a dudas, hizo el estudio más completo, ya que las últimas tendencias en investigación nos señalan que no sólo es importante saber las cifras, sino las características cualitativas de las mismas (Sampieri, 2006). En Panamá, tal como lo manifiesta el Director de la Secretaría Nacional para la Integración Social de las Personas con Discapacidad (SENADIS), Ledo. Manuel Campos, son "más que cifras... rostros con dignidad".

Una asesoría pertinente y oportuna

... y el que va delante nunca mira atrás para ayudar ... (Rubén Blades. *Muévete*).

La experiencia sobre el uso de la CIF la poseen muy pocos investigadores y personal de salud de nuestro país, por tanto, dentro del equipo de investigadores de PENDIS, no había experiencia en el tema; se habían hecho varios borradores de instrumento a utilizar, con una definición más amplia de discapacidad: sin embargo, aun era muy limitada o restringida. Realidad de la que nos percatamos al escuchar las

atinadas aportaciones del Dr. Armando Vásquez de la OPS, quien de manera respetuosa, pero muy profesional nos brindó asesoría y además facilitó la consultoría de personal del INE de Nicaragua y de FONADIS - Chile, lo cual fue crucial para que PENDIS diera un giro metodológico, en cuanto a la conceptualización e instrumentos de recolección de la información y análisis de los resultados.

Las jornadas de trabajo con los consultores fueron arduas, pero muy productivas. El grupo de investigadores elaboró un nuevo borrador de instrumento, ya basado en la CIF. Esta decisión metodológica del grupo, junto con la dirección de SENADIS se tomó básicamente por los siguientes argumentos:

- La CIF nos daba una construcción del término de discapacidad más amplia, lo cual era uno de los objetivos de PENDIS. Significaría que todas aquellas discapacidades leves, moderadas y transitorias se tomarían en cuenta para el cálculo de la prevalencia, en otras palabras aumentaría la sensibilidad y especificidad del instrumento.
- La homologación de nuestro estudio con los internacionales, basados en nuevas clasificaciones creadas por los organismos rectores de la salud del mundo OPS/OMS, lo cual permitiría comparaciones ulteriores.
- La óptica de discapacidad se miraría bajo un prisma más amplio, más completo y no sólo desde la perspectiva de la condición de la salud y deficiencia en la función o estructura corporal.

- Las mismas personas con discapacidad determinan el grado de severidad de su discapacidad para la realización de las actividades de la vida diaria, concepto que ubicaba la investigación en un paradigma cuantitativo.

El "sazón panameño" ...

El grupo de investigadores de PENDIS, luego de analizar en detalle los argumentos y las ventajas del uso de la CIF, acoge las sugerencias, pero pone el "sazón" panameño (Wilma Médica, demógrafa). Es así como en la primera parte de nuestro instrumento, en los capítulos A y B (localización, condición y características de las viviendas y residentes de la familia) se logra recabar información muy completa sobre estos dos aspectos: demográfico y socioeconómico, lo que nos llevó a poder luego calcular un índice llamado CAPECO (Capacidad Económica de los Hogares), el cual se desarrolla a partir de una propuesta de INDEC-Argentina, avalado por la CEPAL. Además, se incluyeron aspectos como: Intenciones y derechos de las personas con discapacidad. Se creó un instrumento basado en la CIF, pero se agregaron elementos generados por el equipo de investigadores que dio como resultado una rica información y el primer ATLAS de Discapacidad.

El tema de la validación

La realización del estudio bajo esta nueva propuesta, debía tener una validación exigente, que de manera objetiva hicieran observaciones de forma y fondo de los aspectos metodológicos y conceptuales del estudio. Para esto, usamos la figura de "parees

externos... la cual es utilizada en la Universidad de Panamá dentro de su proceso de evaluación y acreditación. Es así como se confeccionó un perfil del "par externo" y se procedió al proceso de validación. Expertos panameños e internacionales en diferentes temas (investigación, discapacidad, la CIF, muestreo, género, indígenas, salud) validaron y dieron importantes recomendaciones al estudio y al instrumento de recolección de la información. Esto, sin lugar a dudas, le dio más confiabilidad y validez a la investigación.

Resultados

PENDIS, gracias al valioso aporte de los profesionales panameños que lo hicieron a la voluntad de un gobierno que cree en el tema y a la valiosa colaboración técnica recibida de organismos nacionales e internacionales, fue un éxito.

Por primera vez, podemos decir con un margen de certeza de 95%, después de haber encuestado a más de 20,500 viviendas a lo largo y ancho de nuestro país, que la prevalencia, bajo una conceptualización más amplia de discapacidad, basada en la CIF es:

- 11.3% de la población.
- Una de cada tres viviendas panameñas tiene una persona con discapacidad y que la situación es más severa en áreas rurales (13.6%) y urbanas (13.5%).
- Que la discapacidad se da más en mujeres que hombres, y tiene un ascenso importante a partir de los 40 años.
- Que la capacidad económica de los hogares con algún miembro con discapacidad es

- baja o muy baja (90.730 hogares).
- La autonomía y la independencia es una condición altamente valorada por la población con discapacidad, pues ello le significa respeto, dignidad y un sentido de utilidad. Esto queda evidenciado con la gran demanda de ayudas técnicas y accesos al entorno físico.
- Los niveles de participación de rechazo o **no aceptación** de la discapacidad por parte de la comunidad es más fuerte y marcada hacia las poblaciones con discapacidad **múltiple e intelectual**, la cual demanda la ejecución de estrategias efectivas dirigidas a propiciar cambios de actitudes en este sentido.
- El grado de percepción de rechazo hacia la discapacidad se hace muy notorio entre los vecinos, los amigos de la familia, el propio seno familiar.
- La prevalencia de las personas con discapacidades múltiples es del 4.7%, (152,782), cifra importante por el hecho de que poseer una discapacidad es un factor predisponente que limita en muchas ocasiones la participación en la vida diaria, más aún con dos o más discapacidades.
- Al tomar en cuenta el tipo específico de discapacidad (se desgregó la múltiple) se obtuvo que la discapacidad física tiene la prevalencia más alta (5.4%) de todas las discapacidades, seguido de la visual (5.3%) y la intelectual (2.7%).
- A medida que aumenta el nivel de instrucción disminuye el porcentaje de personas con discapacidad que

alcanzan dicha educación.

- Casi una de cada cuatro personas con discapacidad mayor de 25 años alcanza la primaria (23,4%): casi el 15% (14%) el nivel medio y la universidad apenas un 7.2%.

Impacto del uso de la CIF

Sin lugar a dudas que PENDIS es un aporte significativo en la búsqueda del conocimiento sobre la realidad nacional en cuanto al tema de la discapacidad. Por primera vez se presentó a la faz de nuestro país y del mundo, la prevalencia real de la discapacidad y la caracterización de este grupo de panameños, basados en la Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la Discapacidad y de la Salud.

La utilización de la CIF logró un impacto positivo de la encuesta puesto que se aumentó la sensibilidad del cuestionario para detectar la discapacidad leve, moderada y transitoria, captándose así a los 'falsos negativos', resultando una prevalencia consona con la realidad panameña de la Discapacidad.

Referencias

Álvarez, G. (2002). *Capacidad económica de los hogares. Una aproximación a la insuficiencia de ingresos*. En - Notas de población, N° 74, Santiago de Chile.

CONADIS (2005). *Plan estratégico nacional para la inclusión social de las personas con discapacidad y sus familias*, 2005-2009. Panamá.

Contraloría General de la República (2000). *Estimaciones y*

proyecciones de la población en la República de Panamá, por provincia, comarcas indígenas y distrito, según sexo y edad: años 2000-2015 y 2020. Dirección de Estadística y Censo.

Contraloría General de la República (2005). *Panamá en cifras /1999-2004*. Panamá: Dirección de Estadística y Censo.

FENAPAPEDI (2005). *Primer Congreso Interamericano y Tercer 5º Seminario Nacional sobre Discapacidad y Derechos Humanos: desafío, para el desarrollo social inclusivo*". Panamá: ATLAPA.

FONADIS (2006). *Abriendo oportunidades*. Gestión 2000 - 2006. Fondo Nacional de la Discapacidad, Gobierno de Chile.

FONADIS (2006). *Discapacidad en Chile*. Pasos hacia un modelo integral del funcionamiento humano.

Gestión 2000 - 2006. Fondo Nacional de la Discapacidad, Gobierno de Chile. OPS/OMS IMSERSO. Junio de 2001. Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la Discapacidad y de la Salud (CIF).

APLICACIÓN Y USO DE LA CIF EN HONDURAS

Dra. Sonia Flores

En Honduras se inició el uso de la Clasificación Internacional de Deficiencia, Discapacidades y

Minusvalías (CIDDM) a partir de 1999, con la implementación del sistema de información en la atención de las personas con discapacidad tornando el modelo presentado en Lima-Perú en abril de 1999, en el Taller de Vigilancia Epidemiológica de la Discapacidad.

Gracias a esta experiencia presentada en Perú y el compartir de este país con el nuestro de su sistema de información en discapacidad (SIEDIS), por primera vez en Honduras se logra obtener estadísticas específicas de discapacidad elaborándose un folleto informativo acerca de las patologías más frecuentes y el impacto de éstas en el funcionamiento de las personas. Se logró preparar un análisis comparativo entre diferentes instituciones de rehabilitación, entre ellas: Instituto Hondureño de Seguridad Social, Hospital San Felipe, Centro de Rehabilitación Integral Teletón Tegucigalpa.

A través de todos estos años, se ha continuado recolectando información sobre discapacidad en la Unidad de Rehabilitación del Instituto Hondureño de Seguridad Social y podemos obtenerla hasta la actualidad. Se ha realizado trámites en conjunto con la Secretaría de Salud para sustituir la CIDDM por la Clasificación Internacional del Funcionamiento de la Discapacidad y de la Salud (CIF) en el Sistema de Información en discapacidad y se ha logrado incorporar los catálogos en el Software para poder obtener datos mediante cruces de variables usando los componentes de la CIF.

Por problemas de tipo administrativo, no hemos logrado aún

digitalizar la información con los datos de la CIF, pero esto es un proyecto que ya está en marcha.

Además de lo antes mencionado, se incorporó la CIF en el Sistema para calificar la Pérdida de Capacidad Funcional del Trabajador, instrumento que se creó para llenar el vacío legal existente en lo que respecta a la calificación objetiva de la pérdida de la función como consecuencia del daño sufrido por enfermedades y accidentes.

Para la realización de este instrumento, se tomó en cuenta la experiencia tenida en Colombia en su sistema de calificación (Manual Único de Calificación de Invalidez) como base para calificar discapacidad y minusvalía de la Clasificación Internacional de Deficiencia, Discapacidad y Minusvalía de la OMS (CIDDM).

El instrumento tiene dos apartados de 50% cada uno. Ellos son: Deficiencia y Actividad y Participación.

En el año 2002 se iniciaron los ensayos en base a CIDDM y en el 2003 se hizo un análisis comparativo de los resultados de la calificación de invalidez con CIF en el 50% de la calificación de Actividad y Participación, obteniéndose resultados similares con ambos instrumentos, pero con la ventaja de que CIF tiene la parte de Factores Contextuales y el componente de factores ambientales que agregan facilitadores o barreras que nos permiten dar puntos para poder alcanzar los estados de invalidez en los casos necesarios.

La CIF nos ha sido de gran utilidad para poder medir la

invalidez o bien la pérdida de la capacidad funcional del trabajador y esto ha venido a objetivar estas mediciones. Sabemos que podemos mejorar mucho más el instrumento usando los componentes de función y estructura corporal, pero estamos en ese proceso para darle mayor utilidad a este instrumento tan valioso de la familia de la clasificación de la OMS.

En el año 2005 tuvimos la oportunidad de abrir el Programa de Postgrado de Medicina de Rehabilitación, el cual tiene dentro de su plan el conocimiento obligatorio de la CIF con el objetivo de darle uso en los diferentes ámbitos donde puede ser útil, lo que nos ha permitido emplearla para medir el impacto de la intervención de Rehabilitación en la Función de la Persona con discapacidad.

Hemos logrado obtener un solo instrumento de evaluación tomando los componentes y dominios de la CIF, sobre todo, los referentes a Actividad y Participación para evaluar la evolución de los pacientes en el proceso de Rehabilitación, desde un paciente que acude por lumbalgia hasta pacientes con grandes discapacidades secundarias a enfermedades neurológicas como esclerosis múltiple, secuelas de traumatismo encefalocraneano, evento cerebrovascular, etc.

Este año se graduará la primera promoción de médicos rehabilitadores, cinco en total, y para esto presentarán trabajos de investigación. El instrumento de medición que se usó en estos trabajos fue basado en los componentes y dominios de la CIF.

Nosotros, en Honduras, estamos muy entusiasmados de poder tener esta Clasificación ya que nos ha venido a llenar vacíos que existían en nuestras instituciones para poder tener una información objetiva, medición de la intervención que realizamos en Rehabilitación y la unificación de un lenguaje que puede ser comparado entre instituciones.

Estamos con toda la disposición de poder seguir utilizando la CIF, para así obtener el máximo provecho de esta herramienta tan valiosa.

LA APLICACIÓN DE LA CIF EN LA ARGENTINA, desde el año 2003

Dra. Grisel Olivera Roulet

La **Clasificación Internacional del Funcionamiento de la Discapacidad y de la Salud (CIF)** es el instrumento vigente a nivel internacional mediante el cual se estudia los estados de salud y los estados relacionados con el mismo.

En el año 2003, el Ministerio de Salud de la Nación designa al Servicio Nacional de Rehabilitación como representante de la CIF ante la red de Habla Hispana. Su historia de más de 51 años de trabajo en la temática de la discapacidad lo hace acreedor, por su labor y trayectoria, de un amplio reconocimiento tanto a nivel nacional como internacional.

Así, su finalidad sustantiva consiste en la proyección, implementación y ejecución de políticas y acciones destinadas a la promo-

ción de la salud: la prevención de daños discapacitantes y la optimización de los servicios de rehabilitación (una vez producido el daño), propiciando la integración plena y rehabilitación de las personas con discapacidad.

En el año 2003, un equipo interdisciplinario de profesionales del Organismo comienza a implementar una prueba piloto mediante la cual se comparó a la Clasificación Internacional de Deficiencias, Discapacidad y Minusvalías (CIDDM) con la Clasificación Internacional de la Discapacidad y de la Salud (CIF).

La prueba piloto denominada "**Implementación de la CIF en una población evaluada con el protocolo de la Ley N° 24.901**". fue de corte retrospectivo y maneja como fuente de datos, información de naturaleza secundaria². La muestra fue construida al azar con un total de 100 protocolos de evaluación de la discapacidad, seleccionados de 489 certificados otorgados durante el año 2000, en el Servicio Nacional de Rehabilitación.

Los mismos fueron evaluados con la nueva herramienta de medición (CIF), comparando las fortalezas y debilidades de las dos clasificaciones mencionadas en el párrafo anterior. Cabe aclarar que si bien la clasificación consta de una estructura jerárquica, dividida en partes, capítulos y categorías, que se desagregan hasta el cuarto nivel acorde a la especificidad que pudiera llegarse a lograr en el problema que se está describiendo: En esta investigación, en particular, dada la naturaleza de su objetivo principal, se utilizaron categorías de primer y segundo nivel, sin avanzar a

una mayor desagregación de la Clasificación.

Asimismo, en el marco de la **Red de Habla Hispana de la Discapacidad**, nos encontramos desarrollando investigaciones y acciones de sociabilización sobre la aplicación de la CIF.

Socialización de la CIF a nivel nacional

Dentro de la estructura geopolítica de nuestro país y apoyándonos en las relaciones institucionales generadas por la labor en el tema de la discapacidad, desde el año 2006 se elaboró una estrategia de difusión de los principales conceptos de la CIF.

Se estructuró conforme dos etapas: en la primera se implementarían las jornadas de sensibilización regional, que sentarían las bases y condiciones para la realización de la segunda etapa, que consiste en la práctica de jornadas más específicas sobre la profundización de la clasificación. Las primeras jornadas de sensibilización se realizaron estratégicamente en cinco puntos del país, donde se congregaron durante tres días, todas las provincias de la región. El resultado de todo este proceso es un importante nivel de aceptación y de posicionamiento de la CIF a nivel nacional.

Desarrollo de investigación

Siguiendo en la misma línea de trabajo y decididos a profundizar en la aplicación de la nueva clasificación; se llevó adelante un proyecto de investigación de corte exploratorio-descriptivo, con un objetivo general claramente delimitado: "medir las limitaciones

en la actividad y las restricciones en la participación, evaluando seis dominios de salud. a través de la aplicación de la Encuesta sobre Discapacidad de la Organización Mundial de la Salud (OMS). WHODAS 11 (World Health Organization Disability Assessment Schedule 11).

Detrás de este objetivo general. se encontraba presente el primer desafío de investigación. utilizando como marco conceptual la C I F y como herramienta de recolección de trabajo un protocolo con el mismo marco conceptual y. por ende. la posibilidad de consolidar grupos de trabajo que

profundizaran el manejo de la nueva clasificación dentro del mismo Organismo.

Se construyó una muestra de 1.100 casos. a través de la cual se pudo caracterizar la percepción de la población con discapacidad en seis dominios de salud.

Caracterización de la muestra

Motora 50 %	Intelectual 23 %	Visceral 9%	Auditiva 6%	Visual 4%	Otros 8%
0-14 años 20%	15-34 años 23%	35-54 años 25%	55-64 años 17%	65 años y+ 15%	
Femenino 41 %			Masculino 59 %		

Los resultados obtenidos. nos mostraron una mayor percepción de la carga que representa la discapacidad en los familiares o grupos más cercanos que en las propias personas con discapacidad.

Valoración de la discapacidad y sistemas de información

En cuanto a la C I F y los sistemas de información, podemos decir que en el año 2005 se elaboró un nuevo protocolo de valoración de la discapacidad basado en la CIE-10 y la CIF, con la colaboración técnica del Instituto Nacional de Estadística y Censos (INDEC) y el consenso de cada una de las jurisdicciones intervinientes en el proceso de valoración de la discapacidad a nivel nacional.-1

El mencionado Protocolo fue creado con dos objetivos: evaluar los estados de salud y estados relacionados con la salud, para

poder valorar la discapacidad y constituir al mismo tiempo una herramienta estadística que nos permita tener un registro continuo cuantitativo a nivel nacional de la población con discapacidad.

El país cuenta con tres fuentes de información a nivel nacional: los Censos. que on el recuento o la enumeración simultánea de todas las personas. hogares y viviendas del país en un momento determinado; las Encuestas. que reúnen información de una muestra probabilística de personas u hogares seleccionados y representativos de una población o subpoblación mayor. en este caso lapoblación con discapacidad⁵ y los Registros de Información. que nos permite un análisis específico de la población con discapacidad, así como un seguimiento en el tiempo de la evolución de su realidad, lo cual nos permite una mejor adecuación entre la demanda y la generación de políticas y

programas públicos.

Del desarrollo de las tres fuentes de información vigentes en el país. se desprende la importancia de la construcción de un protocolo de recolección de información de abordaje integral que nos permita generar estadísticas intercambiables internacionalmente. y el único marco conceptual adecuado para eso. es la CIF.

También, desde el año 1998. se encuentra en ejecución un programa de natación para lesionados medulares dentro del área de Recreación y Deportes del Organismo. El programa posee un abordaje integral, reconociendo un concepto dinámico de la discapacidad. basándose en el individuo y su interacción con el ambiente inmediato. como sostén de la actividad.

A partir de la incursión cada ve7 mayor del Organismo en la nueva

clasificación, se comenzó a trabajar en la elaboración del marco conceptual de este programa con la CIF o mejor aún de traducir en su lenguaje la actividad que se venía desarrollando en dicho programa. cuyo concepto se encontraba sustancialmente homologado a la Clasificación.

Las principales actividades desarrolladas en este marco son la sistematización de la información proveniente de la evaluación de las personas al inicio del programa. el seguimiento de las mismas y su evolución en el transcurso de la actividad.

Las principales categorías seleccionadas se encuentran en los dominios de Actividad y Participación, y Factores Ambientales.

Desde esta perspectiva y analizando todo lo recorrido estos años, sentimos que hemos avanzado mucho desde nuestra primera aproximación a ese famoso LIBRO ROJO (CIF), y que aún nos queda mucho por recorrer. Se presentan desafíos aún mayores, que alimentamos con los últimos encuentros internacionales a los que hemos concurrido, los cuales son de valioso aporte a nuestros futuros avances: nos permite mostrar las actividades desarrolladas y conocer las acciones del resto de los países en la temática, pero sobre todo alimentando la pasión por esas actividades que todos compartimos.

Referencias

Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la Discapacidad y de la Salud. CIF.

Organización Mundial de la Salud. OMS.2001.

Notas

1. El protocolo se encuentra construido en base a la CIE-10 y la CIDDM.
2. Entendiendo por fuente secundaria, archivos no construidos con los objetivos de la investigación principal.
3. Para los fines de esta conclusión se utilizaron dos versiones del WHODAS II, la Proxy de 36 ítems y la de 12 +24 ítems aplicada a la persona.
4. La Argentina es un país federal que cuenta con una división geo-política de 24 jurisdicciones provinciales, a las que se hace mención en este párrafo.
5. En el caso de Argentina contamos con la información sobre personas con discapacidad proveniente de la ENDI, la encuesta nacional de discapacidad, realizada en el año 2002-2003 por el INDEC, en poblaciones de 5.000 habitantes y más.

IMPLEMENTACIÓN DE LA CLASIFICACIÓN INTERNACIONAL DE FUNCIONAMIENTO, DE LA DISCAPACIDAD Y SALUD EN MÉXICO

Dra. Patricia Nilda Soliz Sánchez

Antecedentes

La Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la Discapacidad y de la Salud (CIF) perte-

nece, junto con la Clasificación Internacional de Enfermedades y problemas relacionados con la Salud (CIE-10), a la familia de clasificaciones internacionales de la Organización Mundial de la Salud (OMS). ambas forman parte del grupo de clasificaciones principales o nucleares.

México es uno de los países que emplea la CIE-10 para la clasificación y codificación de las estadísticas de mortalidad y morbilidad. A pesar de que aún existen problemas en la calidad de la información recogida, se continúan implementando acciones con el objetivo de mejorar la cobertura, oportunidad y la calidad de la clasificación, con el fin último de proporcionar evidencia para la toma de decisiones y formulación de políticas.

El Centro Mexicano de Clasificación de Enfermedades (CEMECE) tiene entre sus objetivos el de supervisar el uso adecuado de clasificaciones en el territorio nacional: sus actividades se centran en difusión, capacitación, investigación y asesoría a distintos usuarios de diferentes áreas y niveles.

A partir de la aprobación de la CIF con la resolución WHW 54.21 de la 54ª Asamblea Mundial de la Salud integrada por los países miembros de la OMS en mayo de 2001, empieza la "carrera" para la implementación de esta nueva clasificación. México al igual que otros países, inicia en octubre de 2001 las actividades, fecha en que el CEMECE tiene su primer contacto con esta clasificación. en la reunión de Bethesda, Estados Unidos, organizada por el Centro Colaborador de Norteamérica.

Cuadro 1

Instituciones integrantes del Grupo Promotor de la CIF

Nº	INSTITUCIÓN
	Institutos Nacionales de Salud
1	Instituto Nacional de Rehabilitación
2	Instituto Nacional de Psiquiatría Dr. Ramón de la Fuente Muñiz
3	Instituto Nacional de Neurología
4	Instituto Nacional de Cardiología
5	Instituto Nacional de Pediatría
6	Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición
7	Instituto Nacional de Salud Pública
	Instituciones de Seguridad Social
8	Instituto Mexicano del Seguro Social
9	Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado
10	Instituto de Salud del Estado de México
	Secretarías de Salud
11	Dirección General de Epidemiología
12	Servicios de Salud Mental
13	Dirección General de Información en Salud - CEMECE

Debido a experiencias y recomendaciones de diferentes Centros de Clasificaciones de otros países, el CEMECE decidió crear un "Grupo Promotor que trabajara con la CIF en México. Adicionalmente, otra razón fue que no se contaba con personal que conociera y asesorara en el uso de la CIF.

Grupo promotor de la CIF en México

La CIF fue diseñada con un propósito múltiple para ser aplicada en diferentes áreas y por diferentes disciplinas, por esta razón, el Grupo promotor se integró con diferentes instituciones del sector salud.

Las primeras actividades consistieron en la revisión de la clasificación, posibles opciones de capacitación y reflexión sobre las

actividades necesarias para su implementación. Se decidió realizar una primera prueba en la que participaron equipos multidisciplinarios de las distintas instituciones, con el objetivo de aplicar uno de los instrumentos de la CIF, la "checklist" (lista de cotejo), instrumento que presenta las categorías más importantes de los componentes de la clasificación: función, estructura, actividades/participación y factores ambientales, a pacientes de las instituciones participantes. Se impartió una sesión de capacitación que incluyó los principales aspectos de la CIF (antecedentes, marco conceptual, fundamentos, componentes, aplicaciones e instrumentos). El estudio duró cinco meses, participaron 60 profesionales y se aplicaron listas de cotejo a 1200 pacientes. Entre los principales resultados destacan:

Es factible el empleo de la lista de cotejo en hospitales de tercer nivel.

Es evidente la utilidad del uso conjunto de la clasificación y la lista para áreas específicas. El uso de la clasificación y la lista no está limitado sólo a los médicos, también pueden ser utilizadas y aplicadas por otro tipo de personal, como ser: enfermeras, psicólogos y trabajadores sociales.

Los componentes reconocidos con mayor dificultad fueron: factores ambientales, actividad y participación.

El tiempo de aplicación de la lista se reduce a medida que el personal participante adquiere mayor práctica.

Se debe mejorar la capacitación para la población responsable de aplicar las listas.

En base a estos resultados y consideraciones, resultado de la re-

flexión y análisis de fortalezas y debilidades para el uso de la CIF. se elaboró un plan de actividades diferenciando tres etapas:

1. Primera etapa: introducción de la CIF y pruebas
 - Formación del Grupo Promotor.
 - Pruebas piloto.
2. Segunda etapa: lanzamiento
 - Difusión de la CIF.
 - Capacitación.
 - Investigación y aplicación.
3. Tercera etapa: Implementación en los registros regulares.

El plan se ha modificado en los tiempos de cumplimiento: sin embargo, continúa siendo la guía para las actividades. Actualmente se trabaja en la segunda etapa.

Un aspecto fundamental que fortaleció las actividades iniciales del Grupo mexicano fue sin duda la Reunión de la Red Iberoamericana de la CIF que tuvo como sede a la ciudad de México en 2003. Durante tres días representantes de países de la región, entre ellos, Argentina, Chile, Colombia, Perú, Nicaragua y Cuba; de la Organización Panamericana de la Salud (OPS), de la OMS, del Instituto Nacional de Salud Mental de Estados Unidos y la Unidad de Investigación en Psiquiatría Clínica y Social de España analizaron, discutieron y reflexionaron las implicaciones de la implementación de la CIF, tomando en cuenta los recursos necesarios, las posibles dificultades y la falta de material de capacitación. Como principales acuerdos derivaron: fortalecer las actividades de difusión y

capacitación, gestionar recursos y formar una red de colaboración entre países que comparten sus distintas experiencias y avancen progresivamente en la implementación de la CIF en la región. En ese momento se estaba convencido del potencial uso de la clasificación, de la ventaja de emplear un lenguaje común y estandarizado. Actualmente, tras cuatro años, se puede afirmar que el convencimiento es mayor y se basa en evidencias reales de utilidad de la CIF con distintos ejemplos de aplicación de la clasificación en países de América Latina.

Actividades en torno a la implementación de la CIF en México

Difusión

La difusión es una estrategia que se realiza en diferentes áreas de distintas instituciones con el objetivo de presentar la clasificación, su marco conceptual y sus aplicaciones. Generalmente constituye el primer paso para la demanda de capacitación, debido a que los participantes en los distintos foros identifican la necesidad de empleo de la CIF y las ventajas de contar con ella en sus servicios.

Se cuenta con un sitio electrónico específico de la CIF en el sitio oficial del CEMECE.

Capacitación

Inicialmente se elaboró material con el fin de ser desarrollado por el grupo español de Cantabria por encargo del Instituto de Migraciones y Servicios Sociales, el cual contempló un nivel básico. Actualmente, se tiene un modelo

que contempla dos niveles adicionando al anterior el nivel intermedio. Debido a las experiencias de capacitación en México y en otros países, sumado a las mayores demandas, se iniciará la revisión del material y se modificará para que sea de mayor utilidad y satisfaga las necesidades de distintos usuarios.

Se cuenta con material de difusión y capacitación que sirve para diferentes ámbitos, disciplinas y para sesiones breves y largas acorde a los requerimientos de los usuarios.

Se ha participado en el desarrollo de la versión en español de la librería virtual de la CIF con el grupo japonés, disponible en Internet, empleado para actividades de capacitación. La librería virtual contiene ilustraciones para cada una de las categorías del primer y segundo nivel de los cuatro componentes.

Investigación y aplicación

En México se tienen ejemplos de utilización de la CIF en distintas áreas.

El uso en encuestas poblacionales para la medición del funcionamiento y discapacidad es uno de ellos, empleando el marco conceptual e instrumentos como el WHODAS. Se cuenta con resultados del estado de salud de la población.

El área de salud en el trabajo es otra en la cual se está empleando la clasificación con el objetivo de medir y clasificar adecuadamente a la población que acude para solicitar los

dictámenes de invalidez y la asignación de pensiones estipuladas por Ley.

La elaboración y aplicación de listas cortas de la CIF. instrumentos que forman parte del estudio Multicéntrico Internacional liderado por la Universidad de Munich 'ICF Core Sets' es otro campo en el cual se está trabajando.

El CEMECE junto con el apoyo de la Oficina Regional de Discapacidad y Rehabilitación de la OPS ha participado en cursos de capacitación sobre manejo de la CIF. en Guatemala, Cuba, Panamá. Argentina

y Uruguay. Los cursos también han incluido sesiones de análisis de ejemplos de aplicación de la CIF en la región, identificación de áreas de oportunidad y reflexiones sobre la necesidad de implementarla de manera rutinaria. Se trata de compartir experiencias de y entre los países con la finalidad de avanzar juntos en este proceso.

Han pasado seis años del lanzamiento mundial de la CIF. cada vez son más los ejemplos de aplicación en diferentes campos, las demandas de asesoría y capacitación son también mayores y se cuenta con mayor evidencia que cuando se inició.

Se está conciente de las dificultades, de los requerimientos y las implicaciones de emplear la CIF, pero se tiene el convencimiento crítico y objetivo sobre la necesidad de utilizarla en diferentes áreas.

El fin de la CIF no es sólo para medir o clasificar estados de salud de la población, es un paso más. es un cambio de paradigma que incluye la visión de la salud de manera integral con un lenguaje neutro y positivo, sumando el funcionamiento y la discapacidad a la mortalidad y morbilidad para completar el panorama de salud de la población.

Cuadro 2

Principales consideraciones que guían las actividades de implementación

Nº	CONSIDERACIÓN
1	La Cir presenta múltiples usos y campos de aplicación, los cuales deben ser siempre tomados en cuenta.
2	Es necesario aprender de experiencias de otros países.
3	Es importante vincularse al impulso internacional que se le está dando a la CIF.
4	Es relativamente fácil que la CIF se concentre en áreas específicas como rehabilitación o discapacidad, pero es mejor mantener una visión amplia y multidisciplinaria.