



Medicina de Familia
SEMERGEN

www.elsevier.es/semergen



EDITORIAL

Hacia una mejor comprensión de los enfermos

Towards a better understanding of patients

Habitualmente los profesionales sanitarios desarrollan su trabajo de forma inercial. Su actividad parcelaria experimenta lentas y ligeras modificaciones como resultado de los avances científicos. El espíritu médico está conformado según una concepción que compartimenta los conocimientos, los aísla unos de otros y privilegia el conocimiento fundado en el cálculo. Esto hace que desprecie e ignore lo no calculable y en gran medida esencial para el enfermo, como el sufrimiento, el amor, el bienestar, el malestar, etc. Como solución se postula una urgente reforma intelectual que desde el pensamiento parcelario regrese a una visión de conjunto y reforme la medicina a la par que las estructuras del pensamiento biomédico, permitiendo articular una política cuyo primer objetivo sea el bienestar y la calidad de vida¹. En la práctica esta reforma consiste en regresar de la hiperespecialización al fomento del médico general, del tratamiento del órgano al del organismo y de este al de la persona. En este contexto, el papel del médico de familia aparece como fundamental para encabezar el necesario cambio de mentalidad en los profesionales sanitarios. Se podría decir que bien aprovechada sería la hora del médico de atención primaria.

El primer paso para tal reforma intelectual consiste en que el médico incorpore a su trabajo diario la metodología derivada de las nociones actuales sobre salud, funcionamiento y discapacidad.

La salud, para el individuo y para la colectividad, es importante no solo en sí misma sino por lo que posibilita; es la precondition necesaria para cualquier plan, aspiración u objetivo vital^{2,3}. Nuestra actitud hacia la salud presenta un aspecto relativo y enigmático. Si la salud está amenazada somos muy exigentes en caracterizar los problemas y limitaciones, pero si la salud es buena desaparecen las preocupaciones y estamos demasiado ocupados en nuestros quehaceres, *funcionando*⁴.

Si la salud de un individuo o de una población entran en compromiso lo que importa es el riesgo que conlleva, especialmente en los casos más severos. Por ejemplo, la salud de un enfermo con lesión medular experimenta cambios tan profundos y de tan largo alcance que amenazan con

minar la totalidad de las dimensiones vitales que constituyen su núcleo personal. Por eso es tan importante que tal disrupción de la vida no destruya lo más importante para la persona y el cómo desea (ella) vivir su vida. Entender, pues, lo mejor posible qué es salud y cuáles son sus determinantes es uno de los principales desafíos de investigadores, clínicos y planificadores sanitarios. Si somos capaces de hacer de la salud algo concreto y operativo nos será posible analizarla o medirla. De lo contrario, por muy interesante que sea la cuestión salud, la ciencia no tiene nada que hacer con ella.

Por primera vez en la historia de la medicina se ha logrado un marco conceptual aceptado universalmente para definir salud, funcionamiento y discapacidad. Y desde este fundamento la OMS ha desarrollado la Clasificación Internacional del Funcionamiento, la Discapacidad y la Salud (CIF)⁵.

Se le denomina habitualmente CIF porque pone el acento en el funcionamiento, entendiendo por *funcionamiento* lo referente a las funciones corporales, las actividades y la participación, y por *discapacidad* lo relativo a déficit, limitación de actividades o restricción de la participación. Es, pues, una perspectiva de la salud corporal, individual y social que considera, además, los factores contextuales (ambientales o externos y personales o internos) que interaccionan con estos componentes⁶. Para esta nueva conceptualización de la salud bastó virar el punto de atención desde la causa hacia el impacto. Con ello, todos los estados de salud se colocaron en un mismo nivel, permitiendo su comparación mediante una métrica común. Al centrarse en la descripción del estado funcional se describe el estado de salud con una neutralidad etiológica, esto es, sin tener en cuenta cuál fue el motivo que originó la discapacidad.

Y el grado de función definido es un mejor indicador de los servicios que precisa el individuo, a la par que ayuda a evaluar los resultados de los tratamientos.

Por todo ello, podemos resumir que a la luz de los conocimientos actuales, el concepto *funcionamiento* –tal como lo define actualmente la OMS a través de la CIF– es la operacionalización de la salud registrando integralmente lo que importa a las personas. De aquí que los estudios que persi-

guen una comprensión global de la salud y del impacto de la enfermedad sobre la vida tomen el funcionamiento como una operacionalización significativa de la salud.

Siguiendo el modelo CIF puede describirse el funcionamiento mediante categorías diferenciadas: memoria, comprensión, capacidad para andar, autocuidado, relaciones interpersonales, etc., y en tales términos puede ser medido. Como se trata de un modelo conceptual integral los investigadores pueden determinar de forma teórica qué medir, sin dejar fuera nada relevante⁷. Evitamos así la mala práctica de seleccionar las variables según otras consideraciones (prácticas), como es habitual siguiendo la tradición métrica. Al mismo tiempo, mejoramos la comparabilidad de los datos entre poblaciones y situaciones varias a la vez que incrementamos el conocimiento sobre cómo cambia el nivel de funcionamiento en las personas a lo largo del tiempo.

Ahora bien, tenemos que asumir, efectivamente, que en cualquier momento de nuestra vida todos vamos a experimentar un deterioro de la salud y, por tanto, un cierto grado de discapacidad. Por eso, salud y discapacidad ya no son las clásicas categorías separadas, sino que se extienden por igual a lo largo de toda nuestra vida. *Discapacidad*, pues, no es la característica de algunos grupos sociales, sino una experiencia humana universal, un concepto dinámico bidireccional fruto de la interacción entre estado de salud y factores contextuales internos y externos (modelo biopsicosocial)^{8,9}. Algo que resulta tan de Perogrullo es la última estación en un largo proceso de evolución conceptual sobre la discapacidad. En el proceso formativo de los médicos se habla del modelo biopsicosocial pero en la práctica pocos operan desde este supuesto, al menos fuera del ámbito de la atención primaria. Desde la perspectiva biopsicosocial la discapacidad no aparece como una realidad intrínseca de la persona, ni como una realidad determinada solo por la enfermedad, sino como una experiencia del individuo determinada e influida por el entorno físico y social. Las consecuencias derivadas de esta perspectiva son muchas a distintos niveles, tanto en el ámbito personal como en el social y el político. Así, reducir la discapacidad no significa mejorar las capacidades del individuo sino también adaptar el entorno físico, cambiar actitudes sociales y las leyes a fin de que todas las personas (con o sin discapacidad) disfruten de los mismos derechos.

Integrar discapacidad y funcionamiento solo es posible desde una nueva concienciación y sensibilidad para con los discapacitados que favorezca la visibilidad social y evite actitudes discriminatorias o cuanto menos un trato desfavorable.

La CIF nos ayuda a describir de una forma individual la experiencia de la discapacidad en relación con el entorno físico y social en el que cada persona vive¹⁰. Al mismo tiempo nos ayuda a comprender que la experiencia de discapacidad puede ser compartida por distintas personas aun teniendo distintas enfermedades o lesiones. Así, una persona con artritis reumática puede tener la misma experiencia de discapacidad en relación con el trabajo que una persona con una lesión medular. Y, por el contrario, la experiencia de discapacidad puede ser muy distinta en personas que han sufrido, por ejemplo, la misma lesión medular. Con la CIF podemos describir las áreas en las que experimenta cada uno dicha discapacidad, el particular proceso de adecuación a la discapacidad y el aprendizaje de una nueva autonomía.

El resultado final es un marco conceptual coherente como área de investigación multifacética donde los investigadores de diversos campos pueden coincidir conectando sus conocimientos y esfuerzos para mejorar el funcionamiento y la calidad de vida de las personas con discapacidad. Y desde este potencial marco conceptual es posible clarificar y organizar un universo interrelacionado de conceptos que tienen que ver con la salud como son bienestar, estado de salud, calidad de vida o calidad de vida relacionada con la salud y que contribuye a la comprensión de la salud humana^{11,12}.

Al mismo tiempo, es una oportunidad especial para científicos de campos relacionados —como la psicología o la sociología—, para involucrarse en un área de la investigación relevante tanto para la vida de las personas como para la sociedad¹³.

En este sentido la investigación del funcionamiento y la discapacidad parte de una perspectiva interdisciplinaria y va hacia un objetivo último transdisciplinario que sitúa sus relaciones en un sistema global más allá de las limitaciones inherentes a las disciplinas particulares¹⁴. Y como el método CIF se basa en una conceptualización integral de las experiencias personales, es el único método que permite al investigador avanzar en el desarrollo de las cuestiones y paradigmas básicos de la salud y alcanzar nuevas vías de comprensión de la misma. Por eso, la operacionalización de la salud mediante la descripción del funcionamiento es el objetivo fundamental en un área emergente de la investigación del siglo XXI como es la ciencia del funcionamiento humano.

Es un reto para el médico de familia integrar estas actualizaciones conceptuales y metodológicas en su trabajo diario siendo consciente que desde esta perspectiva es, ante el paciente, el profesional más aventajado del sistema sanitario. Considerando que el proceso de actualización de la CIF, por parte de la OMS, ya está iniciado, los datos recogidos usando el método basado en la CIF logran una mejor comprensión de los enfermos a la vez que proporcionan evidencias muy relevantes para actualizar nuestras propuestas investigadoras y romper la tendencia inercial de nuestro trabajo.

Bibliografía

1. Morin E. *Para una política de la civilización*. Barcelona: Paidós Ibérica; 2009.
2. Dubos R. *The mirage of health: utopia, progress and biological change*. New Jersey: Rutgers University Press; 1959.
3. Daniels N. *Just health: meeting health needs fairly*. New York: Cambridge University Press; 2008.
4. Gadamer GH. *The enigma of health*. Stanford, California: Stanford University Press; 1996.
5. World Health Organization (WHO). *International Classification of Functioning, Disability and Health: ICF*. Geneva: WHO Library Cataloguing-in-Publication Data; 2001.
6. Fernández-López JA, Fernández-Fidalgo M, Geoffrey R, Stucki G, Cieza A. *Funcionamiento y discapacidad: La Clasificación Internacional del Funcionamiento (CIF)*. *Rev Esp Salud Pública*. 2009;83:775–83.
7. Fernández-López JA, Fernández-Fidalgo M, Cieza A. *La Clasificación Internacional del Funcionamiento (CIF): Un modelo conceptual y metodológico en salud para el siglo XXI*. SIIC, Buenos Aires, 2012 [consultado 13 Jun 2013]. Disponible en: <http://www.siic.salud.com/dato/experto.php/124365>

8. Bickenbach JE, Chatterji S, Badley EM, Ustün TB. Models of disablements, disabilities and handicaps. *Soc Sci Med.* 1999;48:1173–87.
9. Chatterji S, Ustun B, Bickenbach JE. What is disability after all? *Disabil Rehabil.* 1999;21:396–8.
10. Leonardi M, Bickenbach J, Ustun TB, Kostanjsek N, Chatterji S. The definition of disability: what is in a name? *Lancet.* 2006;368:1219–2122.
11. Cieza A, Stucki G. The International of Functioning Disability and Health: its development process and content validity. *Eur J Phys Rehab Med.* 2008;44:303–13.
12. Fernández-López JA, Fernández-Fidalgo M, Cieza A. Los conceptos de calidad de vida, salud y bienestar analizados desde la perspectiva de la Clasificación Internacional del Funcionamiento (CIF). *Rev Esp Salud Pública.* 2010;84:169–84.
13. Stucki G, Reinhardt JD, Grimby G, Melvin J. Developing research capacity in human functioning and rehabilitation research from the comprehensive perspective based on the ICF-model. *Eur J Phys Rehab Med.* 2008;44:343–51.
14. Rosenfield PL. The potencial of transdisciplinary research for sustaining and extending linkages between the health and social sciences. *Soc Sci Med.* 1992;35:1343–57.

J.A. Fernández-López*

Centro de Salud de Riosa, Servicio de Salud del Principado de Asturias (SESPA), La Ara, Riosa, España

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico:

juanantonio.fernandez@sespa.princast.es