

COLABORACIÓN ESPECIAL**LA CLASIFICACIÓN INTERNACIONAL DEL FUNCIONAMIENTO DE LA DISCAPACIDAD Y DE LA SALUD (CIF) 2001**

M.ª Teresa Jiménez Buñuales (1), Paulino González Diego (2) y José M.ª Martín Moreno (3).

(1) Escuela Nacional de Sanidad. Centro Nacional de Epidemiología. Instituto de Salud Carlos III. Madrid.

(2) Área de Epidemiología Ambiental y Cáncer. Centro Nacional de Epidemiología. Instituto de Salud Carlos III. Madrid.

(3) Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias. Instituto de Salud Carlos III. Madrid.

RESUMEN

La aproximación que hasta ahora se seguía para considerar y clasificar las dimensiones relacionadas con la salud y la discapacidad se ha visto modificada y actualizada gracias a la elaboración por parte de la Organización Mundial de la Salud (OMS) de la *Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la Discapacidad y de la Salud (CIF)*. Esta clasificación ha sido ya aceptada por 191 países, tras replantear el modelo anterior y acordar un nuevo modelo internacional de descripción y medición de la salud y la discapacidad.

Como antecedentes hay que recordar que la *Clasificación de Deficiencias, Discapacidades y Minusvalías (CIDDM)* anteriormente vigente fue publicada por la OMS por primera vez en 1980. El proceso de revisión de dicha clasificación ha tenido como resultado modificaciones trascendentes. Con el cambio del nombre se ha intentado reflejar el deseo de sustituir la perspectiva negativa de las deficiencias, discapacidades y minusvalías por una visión más neutral de la estructura y de la función, considerando las perspectivas positivas de las actividades y de la participación. Otro aspecto novedoso ha sido la inclusión de una sección de factores ambientales, como reconocimiento a su importancia, ya que interactuando con el estado de salud pueden llegar a generar una discapacidad o, en el otro extremo, a restablecer el funcionamiento. La información disponible ha permitido estimar a la OMS, entre otras cosas, que cada año se pierden unos 500 millones de años de vida a causa de discapacidades asociadas a problemas de salud, lo que representa más de la mitad de los años perdidos anualmente por muertes prematuras.

El objetivo principal de la nueva clasificación es proporcionar el marco conceptual mediante un lenguaje unificado y estandarizado ante los retos subyacentes, constituyendo un valioso instrumento de utilidad práctica en salud pública.

Palabras clave: Clasificación. Evaluación de la Discapacidad. Organización Mundial de la Salud. Salud Pública.

Correspondencia:
M.ª Teresa Jiménez Buñuales
Avda. Pamplona 7, 2.º C
Pamplona 31009
Correo electrónico: paulino.gonzalez@unavarra.es

ABSTRACT**International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF) 2001**

The approach which has been being employed to date for dealing with and classifying those aspects related to health and disability have been revised and updated thanks to the World Health Organization (WHO) having drafted the *International Classification of Functioning, Disability and Health*, which has now been accepted 191 countries after re-vamping the prior model and reaching a consensus regarding a new international model for describing and measuring health and disability.

As background information, it must be recalled that the *Classification of Impairments, Disabilities and Handicaps (CIDH)* previously in effect was first published by the WHO in 1980. The process of revising this classification has resulted in some changes of far-reaching importance. The change in the name has been aimed at reflecting the wish to replace the negative perspective of impairments, disabilities and handicaps for a more neutral view of structure and function, considering the positive perspectives of activities and of participation. Another new aspect has been that of including a section related to environmental factors in recognition of their importance, given that by interacting with the health condition they may give rise to a disability, or, at the opposite end of the scale, may restore functioning. The data available has enabled the WHO make estimates including that of some 500 million years of life being lost annually due to disabilities related to health problems, which totals over one half of the years lost annually due to premature deaths.

The main objective of this new classification is that of providing the conceptual framework by means of unified, standardized language with a view to of the underlying challenges, setting out a valuable instrument of practical use in public health.

Key words: Classification. Disability Evaluation. World Health Organization. Public Health.

Cada enfermedad ha sido denominada en muchos casos con tres o cuatro términos y cada término ha sido aplicado a muy diferentes enfermedades; se han empleado nombres imprecisos, inadecuados o se han registrado complicaciones en lugar de enfermedades primarias. La terminología es de tal importancia en este ámbito de investigación como son los pesos y las medidas en las ciencias físicas y debería ser resuelto sin demora.

William Farr¹,
Primer Informe Anual del Registro General,
Londres, 1839

INTRODUCCIÓN

En el ámbito de la información sanitaria necesaria para la importante misión de conocer el estado de salud de las poblaciones, contamos con herramientas tales como las clasificaciones, los sistemas operativos de recogida de datos y los indicadores sintéticos de salud.

La Clasificación del Funcionamiento, de la Discapacidad y de la Salud pertenece a la «familia» de clasificaciones internacionales² desarrolladas por la Organización Mundial de la Salud (OMS), que pueden ser aplicadas a varios aspectos de salud. Esta familia proporciona el marco conceptual para clasificar un amplio rango de información relacionada con la salud y emplea un lenguaje estandarizado y unificado, que posibilita la comunicación sobre la salud y la atención entre diferentes disciplinas y ciencias en todo el mundo.

Los estados de salud se codifican principalmente mediante la Clasificación Internacional de Enfermedades y Problemas Relacionados con la Salud (CIE), que se ha venido adaptando periódicamente a lo largo de las últimas décadas. Pues bien, el funcionamiento y la discapacidad asociados a las condiciones de salud se codifican actualmente mediante la Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la Discapacidad y de la Salud (CIF).

La Clasificación resulta un instrumento útil para describir y comparar el estado de salud de las poblaciones. El estado de salud de una población viene definido por la carga de enfermedad³⁻⁴, medida de las pérdidas de salud atribuibles a diferentes enfermedades y lesiones —o a los factores de riesgo y determinantes asociados—, que incluye las consecuencias mortales y discapacitantes.

El aumento continuado de la esperanza de vida debido a la disminución de la mortalidad en los últimos decenios, principalmente en los países más desarrollados tiene importantes consecuencias socio-sanitarias, entre ellas el aumento relativo de personas en edades más avanzadas y la modificación del patrón de enfermedad con un predominio de enfermedades crónicas y de discapacidad (fenómeno de la transición epidemiológica).

Los indicadores de salud clásicos, basados en mortalidad son poco sensibles para describir la evolución del estado de salud de la población en los países desarrollados. De ahí el planteamiento alternativo a las medidas habituales de morbilidad (incidencia y prevalencia) que incorpora estas otras dimensiones (grado de discapacidad y duración), que consiste en medir las consecuencias no mortales. Así, en el Informe de Salud del año 2000 (referente a 191 países) publicado por la Organización Mundial de la Salud⁵ se propuso como indicador sintético el *DALE* (*Disability-Adjusted-Life-Expectancy*), indicador que mide de forma conjunta las consecuencias mortales y discapacitantes. Su cálculo a partir de datos de incidencia, duración y discapacidad asociada está basado en estimaciones epidemiológicas, no en datos empíricos⁶.

Dada la relevancia de conocer mejor la información a partir de la cual podemos examinar la evolución de las discapacidades, a continuación repasaremos cuál ha sido el devenir de las clasificaciones más importantes en este campo.

Clasificación Internacional de Deficiencias, Discapacidades y Minusvalías (CIDDM)

La XXIX Asamblea Mundial de la Salud, celebrada en mayo de 1976 adoptó la Resolución 29.35 mediante la cual se acordó la publicación con propósito experimental de la «*International Classification of Impairments, Disabilities, and Handicaps*» (ICIDH). La gestión para obtener la autorización de su publicación al castellano la inició el Instituto Nacional de Servicios Sociales en 1981, publicándose en 1983 (CIDDM).

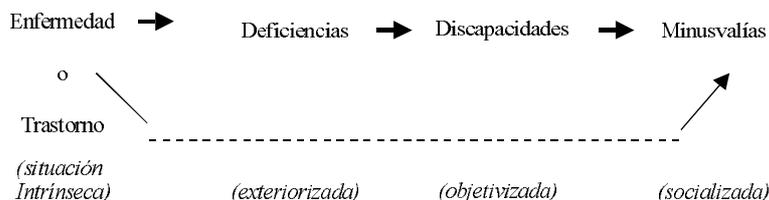
Conceptualmente, el empleo de la CIDDM transformó la manera de considerar las personas con discapacidades. En el modelo de las consecuencias de las enfermedades la secuencia de conceptos es (figura 1): deficiencias, discapacidades y minusvalías⁸. De acuerdo con este marco conceptual, las *deficiencias* hacen referencia a las anomalías de la estructura corporal y de la apariencia y a la función de un órgano o sistema, cualquiera que sea su causa; es decir, representan trastornos a nivel de órgano. Las *discapacidades* reflejan las consecuencias de la deficiencia desde el punto de vista del rendimiento funcional y de la actividad del individuo; por lo tanto, representan trastornos a nivel de la persona. Las *minusvalías* hacen referencia a las desventajas que experimenta el individuo como consecuencia de las deficiencias y discapacidades; es decir, reflejan la adaptación del individuo al entorno.

En esta representación gráfica se esquematizan los tres niveles de la Clasificación: deficiencia, discapacidad y minusvalía, pero no se muestra suficientemente la relación entre estos conceptos. Con respecto al modelo, se criticó su naturaleza unidimensional, el predominio de la perspectiva negativa centrada en las deficiencias, el punto de vista de la discapacidad como hecho individual y el escaso enfoque de los aspectos sociales y contextuales.

Mediante la Resolución 37/52 de la Asamblea General de Naciones Unidas, se aprueba en 1982 el «*World Programme of Action Concerning Disabled Persons*». En este programa se desarrollan las medidas de acción en relación con la prevención, la rehabilitación y la equiparación de oportunidades⁹. La intervención preventiva primaria debe producirse antes de que la deficiencia aparezca y está encaminada a proteger a las poblaciones vulnerables frente a aquellos factores que pueden generar la enfermedad. La intervención primaria más importante es la de mejorar las condiciones económicas y sociales de la población. La intervención preventiva secundaria va encaminada a intervenir en la fase presintomática o silenciosa de la discapacidad y a frenar su desarrollo en los momentos iniciales, por ejemplo, el screening. La intervención preventiva terciaria es la que se produce cuando ya la persona presenta la deficiencia y se interviene para reducir el daño, curarlo, rehabilitarlo y atender las necesidades de reintegración al entorno del cual procede¹⁰.

Figura 1

Modelo de las consecuencias de las enfermedades. Secuencia de conceptos



En 1984 la OMS consideró prioritario el mejorar las oportunidades para las personas con discapacidad asignando la tercera posición, dentro de los 38 Objetivos de la Política de Salud para Todos en el año 2000. En la Estrategia de Política de Salud para Todos en el siglo XXI¹¹ de la Región Europea de la OMS en el Objetivo 2, Equidad en Salud, se considera la necesidad de mejorar la salud de los grupos más desfavorecidos, entre ellos, las personas con discapacidad.

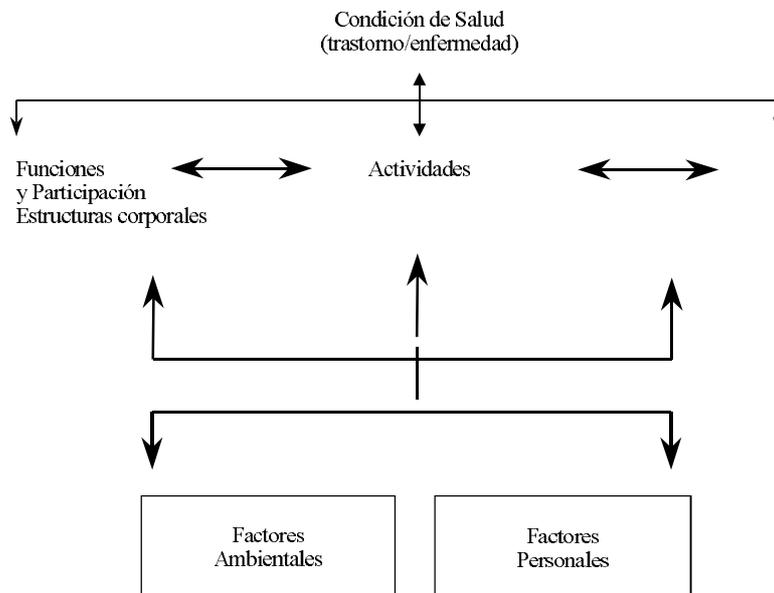
El proceso de revisión de la Clasificación

En 1987 se constituye la red de centros colaboradores de la OMS para el desarrollo y aplicación de la CIDDM y un Comité de Expertos por parte del Consejo de Europa¹². En 1993 comenzó el proceso de revisión de la Clasificación. Hay una evolución de la secuencia de conceptos de la Clasificación de 1980 a la interacción de conceptos (figura 2),

teniendo en cuenta las consideraciones existentes. En 1996 se publicó el Borrador Alfa de la CIDDM-2 que incorporaba el nuevo Modelo. En 1997 fue finalizado el Borrador Beta-1 para los trabajos de campo. En 1998 quedó constituida la Red de Habla/Cultura Hispana en Discapacidad (RHHD) integrada por los siguientes países: Argentina, Chile, Colombia, Cuba, Ecuador, El Salvador, España, Estados Unidos de América, Guatemala, México, Nicaragua, Perú, Puerto Rico, Uruguay, y Venezuela. Los trabajos de campo permitieron la participación multidisciplinaria constituyendo un proceso continuo de desarrollo, retroalimentación y actualización. El objetivo era alcanzar el consenso mediante definiciones claras y operativas.

En 1999 se publicó una nueva versión de la *Clasificación Internacional del Funcionamiento y de la Discapacidad* (Borrador Beta2 de la CIDDM-2) y los materiales para los trabajos de campo. Se trataba de la primera vez que una Clasificación Internacional estaba

Figura 2
Modelo de las consecuencias de la salud. Interacción de conceptos



abierta a las sugerencias y posibles correcciones a través de la Red. La Clasificación presentaba dos versiones, una abreviada y otra detallada. Ese mismo año se constituyó la Red Española para la Verificación y Difusión de la CIDDM-2 (REVEDIC). En el año 2000 se llevaron a cabo los trabajos de campo del Borrador Beta2.

La Organización Mundial de la Salud promovió y organizó la Reunión Internacional que se celebró en Madrid del 15 al 18 de noviembre de 2000, en colaboración con el Instituto de Migraciones y Asuntos Sociales y un Centro Colaborador de la OMS en España, la Unidad de Investigación en Psiquiatría Clínica y Social del Hospital Universitario Marqués de Valdecilla. Esta reunión fue presidida por los doctores Berdirhan Üstün, Coordinador de la clasificación, evaluación de encuestas y terminología de la OMS y José Luis Vázquez-Barquero, Coordinador de la Red de Habla Hispana en Discapacidad. El propósito de esta reunión era revisar los resultados de los trabajos de campo de la versión Beta-2 de la CIDDM-2, repasar la versión pre-final y proponer nuevas estrategias para la diseminación y aplicación de la CIDDM-2.

El 14 de noviembre se reunió la Red de Habla/Cultura Hispana en Discapacidad (RHHD) en la que se presentaron los trabajos de campo de los centros de Argentina, Colombia, Cuba, Chile, Ecuador, El Salvador, México, Nicaragua, Perú y Venezuela. El 15 de noviembre tuvo lugar la Reunión de la Red Española para la Verificación y Difusión de la CIDDM-2 (REVEDIC). Fueron presentadas las experiencias de los trabajos de campo de los grupos de Galicia, Madrid, Sevilla, Barcelona, Oviedo, Salamanca, Valencia y Cantabria; ambas reuniones bajo la dirección del Dr. José Luis Vázquez-Barquero.

El 16 de noviembre estuvieron presentes 49 delegaciones oficiales de países representantes de las seis Regiones de la Organización Mundial de la Salud, cinco grupos

oficiales de los grupos de trabajo de la CIDDM-2, organizaciones no gubernamentales, así como 26 observadores y 12 expertos de las Oficinas Centrales y Regionales de la Organización Mundial de la Salud¹³.

Posterior a la Reunión Internacional de Madrid se publicó en diciembre de 2001 la versión pre-final de la *ICIDH-2: International Classification of Functioning, Disability and Health*¹⁴. A pesar del cambio de nombre, el acrónimo ICIDH se mantuvo por motivos históricos.

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

La LIV Asamblea Mundial de la Salud aprobó la nueva clasificación, con el título Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la Discapacidad y de la Salud, en la Resolución WHA54.21 del 22 de mayo de 2001 con el nuevo acrónimo: CIF, distanciándose de la anterior clasificación (CIDDM) y aproximándose al otro componente de la «familia» de clasificaciones internacionales (CIE).

La OMS además de utilizar indicadores sintéticos que incorporan la discapacidad, como se ha comentado anteriormente, aprueba la Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la Discapacidad y de la Salud. Ha sido aceptada como una de las clasificaciones sociales de las Naciones Unidas que incorpora parcialmente «*The Standard Rules on the Equalization of Opportunities for Persons with Disabilities*»¹⁵. El 15 de noviembre de 2001 se presentó la Clasificación. Por primera vez se había preparado y publicado una clasificación en varios idiomas¹⁶ (inglés, español, francés, árabe, chino y ruso). La versión oficial en lengua española de la CIF ha sido publicada de manera conjunta por la OMS/OPS/IMSERSO.

Mediante esta herramienta, la OMS estima que cada año se pierden unos 500 millo-

nes de años de vida por causa de discapacidades asociadas a problemas de salud, constituyendo más de la mitad de los años perdidos anualmente por muertes prematuras. A diferencia de los indicadores tradicionales de salud, basados en mortalidad, la CIF tiene en cuenta las consecuencias de la salud. La clasificación considera la discapacidad no como un problema minoritario y sitúa a todas las enfermedades y los problemas de salud en pie de igualdad con independencia de su causa¹⁷.

Una persona puede verse imposibilitada para acudir al trabajo por un resfriado o una angina de pecho, pero también a causa de una depresión. Este enfoque neutral sitúa a los trastornos mentales al mismo nivel que las enfermedades físicas y ha contribuido al reconocimiento y documentación de la carga mundial de trastornos depresivos¹⁸, que es hoy la causa principal de los años de vida perdidos por discapacidad en todo el mundo.

La información sobre la mortalidad proporcionada por la CIE y sobre las consecuencias de la salud (aportada por la CIF) se pueden combinar en una única medida de la salud de la población. Esta medida puede servir para conocer en todo momento cuál es el estado de salud así como para valorar las contribuciones de las diferentes causas de morbi-mortalidad en la misma.

La Clasificación está impregnada de la nueva filosofía de la OMS. La visión de conjunto de la CIF se muestra en la *Tabla 1*. La CIF¹⁹ tiene dos componentes, la parte 1: Funcionamiento y Discapacidad y la parte 2: Factores Contextuales. La parte 1 se subdivide en: a) Funciones y Estructuras Corporales y b) Actividades y Participación. A su vez la parte 2 se subdivide en: a) Factores Ambientales y b) Factores Personales.

Cada componente puede ser expresado tanto en términos positivos como negativos. Cada componente contiene varios dominios y en cada dominio hay categorías que son las unidades de clasificación. La salud y los estados «relacionados con la salud» de una persona pueden registrarse seleccionando el código o códigos de la categoría apropiada y añadiendo los calificadores (*tabla 2*) que son códigos numéricos que determinan la extensión o magnitud del funcionamiento o la discapacidad en esa categoría, o la extensión por la que un factor contextual es un elemento facilitador o inhibidor.

Las funciones y estructuras corporales se clasifican en dos secciones diferentes. Las funciones corporales son las funciones fisiológicas de los sistemas corporales, que incluye las funciones psicológicas. Las estructuras corporales son las partes anatómicas del cuerpo: órganos, extremidades y componentes. Las deficiencias constituyen problemas en las funciones o estructuras corporales (por ejemplo: una pérdida).

Se define actividad la realización de una tarea o acción por una persona; participación, el acto de implicarse en una situación vital. Las limitaciones en la actividad son las dificultades que una persona puede tener en el desempeño o en la realización de las actividades; las restricciones en la participación son los problemas que una persona puede experimentar al implicarse en situaciones vitales.

Los factores contextuales incluyen los factores ambientales y los factores personales. Los factores ambientales constituyen el entorno inmediato y social. Los factores personales incluyen las características de la persona y estilos de vida. Acerca de la nueva clasificación, se pueden consultar las siguientes publicaciones²⁰⁻²¹.

Tabla 1
Visión de conjunto de la CIF

	<i>Parte 1: Funcionamiento y Discapacidad</i>		<i>Parte 2: Factores Contextuales</i>	
Componentes	Funciones y Estructuras Corporales	Actividades y Participación	Factores Ambientales	Factores Personales
Dominios	Funciones Corporales Estructuras Corporales	Áreas vitales (tareas, acciones)	Influencias externas sobre el funcionamiento y la discapacidad	Influencias internas sobre el funcionamiento y la discapacidad
Constructos	Cambios en las funciones corporales (fisiológicos) Cambios en las Estructuras del cuerpo (anatómicos)	Capacidad Realización de tareas en un entorno uniforme Desempeño/realización 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 Participación	Facilitadores	no aplicable
	Funcionamiento			
Aspectos negativos	Deficiencia	Limitación en la Actividad Restricción en la Participación	Barreras/obstáculos	no aplicable
	Discapacidad			

Tabla 2
Actividades y Participación: matriz de información

	<i>Dominios</i>	<i>Calificadores</i>	
		<i>Desempeño/ Realización</i>	<i>Capacidad</i>
D1	Aprendizaje y aplicación		
D2	Tareas y demandas generales		
D3	Comunicación		
D4	Movilidad		
D5	Autocuidado		
D6	Vida doméstica		
D7	Interacciones y relaciones interpersonales		
D8	Áreas principales de la vida		
D9	Vida comunitaria, cívica y social		

A modo de conclusión

La Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la Discapacidad y de la Salud supone una herramienta que permitirá la estandarización de los procesos de obtención de información en un campo prioritario en nuestra sociedad. Disciplinas tales como la Epidemiología (que tiene como objeto de estudio la frecuencia y distribución de los fenómenos relacionados con la salud poblacional, así como la descripción de procesos que explican y determinan dichos fenómenos) ofrecen instrumentos que tienen el propósito no sólo de aportar conocimiento, sino, sobre todo, de fundamentar las respuestas sociales en salud. Una vez que conocemos la situación de salud, se implementan políticas sanitarias a fin de lograr que la asignación de recursos sea racional desde la perspectiva de la ética y de la eficiencia social. Es por ello que desde instituciones tales como el Real Patronato sobre Discapacidad y el Instituto de Salud Carlos III existe una decidida voluntad de poner los medios a su alcance para aplicar el rigor metodológico aportado por la epidemiología y otras disciplinas afines al estudio de las discapacidades, sus determinantes y estrategias de intervención en este campo²².

AGRADECIMIENTOS

Este trabajo ha sido posible gracias al apoyo del Instituto de Salud Carlos III y del Real Patronato sobre Discapacidad en el marco del Proyecto de Investigación SEVI 1003/00. En particular, agradecemos las sugerencias aportadas al manuscrito por D. Demetrio Casado Pérez, Director Técnico del Real Patronato sobre Discapacidad.

BIBLIOGRAFÍA

1. Patrick DL, Peach H, eds. *Disablement in the Community*. New York: Oxford University Press; 1989.
2. Vázquez-Barquero, JL, Ramos Martín-Vegue, y col. *La Familia Internacional de Clasificaciones de la OMS (FIC-OMS): Una nueva visión*. *Pap Med* 2001; 10(4).
3. Murray CJL, López AD. *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, MA, Harvard School of Public Health on behalf of the World Health Organization and the World Bank; 1996.
4. Mathers CD. *Gains in health expectancy from the elimination of disease: a useful measure of the burden of disease?* In: 10th meeting of the International Network on Health Expectancy (REVES-10); Tokyo (Japan); 1997.
5. World Health Organization (WHO). *World Health Report 2000. Health Systems: Improving Performance*. Geneva: World Health Organization; 2000. [Citado 1 septiembre de 2000]. Disponible en URL: <http://www.who.int/whr/2000>.
6. Pereira J, Lozano R, Génova R. *La medida de las consecuencias mortales y discapacitantes de las enfermedades y lesiones*. Curso para alumnos del Master de Salud Internacional, Programa Aplicada de Campo y alumnos externos. Madrid: Departamento de Salud Internacional. Escuela Nacional de Sanidad; 6-9 de abril de 1999.
7. World Health Organization (WHO). *International Classification of Impairments, Disabilities, and Handicaps. A manual of classification relating to the consequences of disease*. Geneva: WHO; 1980.
8. Organización Mundial de la Salud. *Clasificación Internacional de Deficiencias, Discapacidades y Minusvalías. Manual de clasificación de las consecuencias de la enfermedad*. Madrid: Instituto Nacional de Servicios Sociales; 1983.
9. Naciones Unidas. *Programa de Acción Mundial para las Personas con Discapacidad*. Madrid: Real Patronato de Prevención y de Atención a Personas con Minusvalía; 1988.
10. Casado D. *Introducción a la prevención de deficiencias*. En: *Curso sobre Prevención de Deficiencias*. Madrid: Real Patronato de Prevención y de Atención a Personas con Minusvalía; 2000. Documento núm 33.
11. World Health Organization Regional Office for Europe. *Health21: The Health for All. Policy Framework for the WHO European Region*. Copenhagen: WHO; 1998.

12. Egea C, Sarabia A. Experiencias de aplicación en España de la Clasificación Internacional de Deficiencias, Discapacidades y Minusvalías.. Madrid: Real Patronato sobre Discapacidad; 2001. Documento núm 58.
13. Üstün TB, Kostanjsek N. «International Classification of Impairments, Disabilities, and Handicaps Revision meeting in Madrid». Classification, Assessment Surveys and Terminology, World Health Organization. Brotes 2001; 2 (1): 59-62. Boletín de la Asociación de Alumnos y Amigos de la Escuela Nacional de Sanidad. [Citado: 3 diciembre de 2001]. Disponible en URL: <http://www.isciii.es/unidad/Sgpcd/ens/ccens.html>.
14. World Health Organization Prefinal draft. *ICIDH-2: International Classification of Functioning, Disability and Health*. Confidential Draft for Madrid Meeting Participants only. December, 2000.
15. Naciones Unidas. Normas Uniformes sobre la Igualdad de Oportunidades para las Personas con Discapacidad. Madrid: Real Patronato de Prevención y de Atención a Personas con Minusvalía; 1988.
16. World Health Organization. International Classification of Functioning, Disability and Health. [Citado 3 diciembre de 2001]. Disponible en URL: <http://www.who.org/icidh>.
17. Comunicado de prensa de la Organización Mundial de la Salud de 15 de noviembre de 2001 (OMS/48). [Citado: 3 de diciembre de 2001]. Disponible en URL: <http://www.who.int/inf-pr-2001/en/pr2001-48.html>.
18. World Health Organization (WHO). The World Health Report 2001. Mental Health: New Understanding, New Hope. Geneva: WHO; 2001. [Citado 7 octubre de 2001]. Disponible en URL: <http://www.who.int/whr/2001>.
19. Organización Mundial de la Salud. Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la Discapacidad y de la Salud «CIF». Madrid: Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales. Secretaría General de Asuntos Sociales. Instituto de Migraciones y Servicios Sociales (IMSERSO); 2001.
20. Vázquez-Barquero y col. La discapacidad: Modelos interpretativos y su influencia en el Nuevo Sistema de Clasificación de Discapacidades de la OMS. Arch Psiquiatr 2000; 63 (1): 203-14.
21. Egea C, Sarabia A. Clasificaciones de la OMS sobre discapacidad. Boletín del Real Patronato sobre Discapacidad.. Madrid: Real Patronato sobre Discapacidad; 2001. Documento núm 50.
22. Jiménez Buñuales MT, González Diego P, Martín Moreno JM. Ponencia: Proyecto de investigación: Análisis epidemiológico de la Encuesta sobre discapacidades, deficiencias y estado de salud. Clasificación y Epidemiología de las Discapacidades. XXVII Sesión Científica del Real Patronato sobre Discapacidad en colaboración con el Instituto de Salud Carlos III. Madrid, 27 de marzo de 2001. [Citado: 1 de mayo de 2001]. Disponible en URL: <http://rppapm.es/bol48/clasificacion.htm>.