

PARTE I

**UNIDAD 1. LA FAMILIA DE CLASIFICACIONES
INTERNACIONALES DE LA OMS.
INTRODUCCIÓN**

OBJETIVOS.

- 1.- Conocer el concepto de “Familia de Clasificaciones Internacionales de la OMS” (OMS-FIC). Analizar la evolución que se ha seguido desde su estructura inicial hasta la actual con la incorporación de la CIF.
- 2.- Hacer un breve recorrido por el proceso de elaboración de la actual Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la Discapacidad y de la Salud-CIF y sus aportaciones
- 3.- Conocer los objetivos y aplicaciones de la Familia de Clasificaciones Internacionales de la OMS y diferenciar las Clasificaciones de Referencia, Clasificaciones Derivadas y Clasificaciones Relacionadas.

1.1. DISCAPACIDAD Y DIAGNÓSTICO.

1.1.1. El diagnóstico de la enfermedad y la Familia de clasificaciones internacionales de la OMS (OMS-FIC).

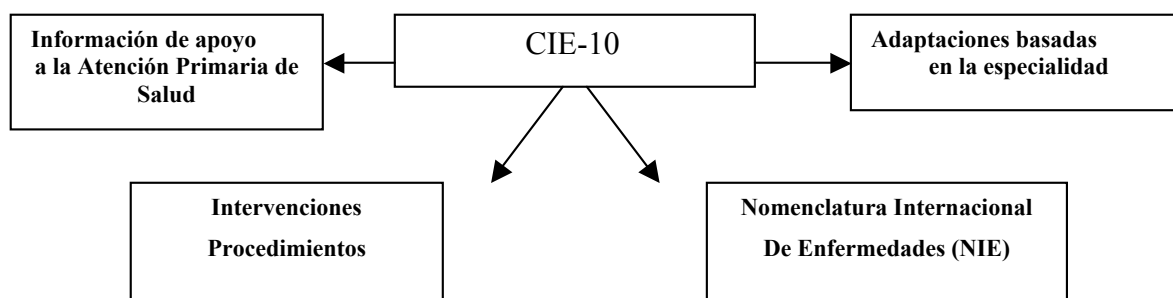
La salud de las poblaciones ha sido tradicionalmente medida basándose en las estadísticas de mortalidad y en la incidencia y prevalencia de las enfermedades y de otros problemas de salud. Para ello, además de múltiples herramientas diagnósticas que permiten a los profesionales de la salud identificar las distintas enfermedades o síndromes (ej. historia clínica, tecnología, etc.), dichos profesionales cuentan con un sistema de clasificación de dichos diagnósticos denominado “*Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y Problemas Relacionados con la Salud –CIE-*” .

A partir de dicha Clasificación de Enfermedades, a lo largo de los años, se han ido desarrollando una serie de aplicaciones así como de sub-clasificaciones (Atención Primaria, etc), las cuales pasaron a integrar el amplio “constructo” de la Familia de Clasificaciones Internacionales de la OMS (OMS-FIC). Dicho “constructo” se enmarcó

dentro del concepto más amplio de Familia de Clasificaciones de las Naciones Unidas, la cual, junto con las clasificaciones de la salud incluía otras que tenían que ver con aspectos sociales y económicos que, aunque relevantes para la salud, no se contemplaban sin embargo como parte de ella.

Los antecedentes más remotos de la OMS-FIC se remontan a la primera adaptación de la CIE en 1959. Sin embargo, la primera formulación explícita de este concepto aparece en el año 1989 cuando la “Conferencia para la 10ª Revisión de la CIE recomendó que la OMS promoviera el concepto de “familia de clasificaciones de la enfermedad y estados relacionados con la salud”. De acuerdo con ello, el informe de la Conferencia incluyó, en su ítem 6, el nuevo concepto de “*Familia de Clasificaciones*”. Con ella se formulaba una estructura conceptual (Figura 1) en la que la CIE, con tres caracteres, aparecía como núcleo central, y enlazando con ella de manera directa o indirecta se situaban otras clasificaciones y desarrollos, entre los cuales podemos mencionar, por ejemplo, las “Adaptaciones por Especialidades”; las “Clasificaciones para Procedimientos Médicos”; etc.

Figura 1. Estructura Inicial del “constructo” de Familia de clasificaciones internacionales de la OMS (OMS-FIC).



1.1.2. Objetivos de la Familia de clasificaciones internacionales.

Tal como se especifica en el reciente trabajo de Ashley (2000), así como en recientes documentos de la OMS, la OMS-FIC tiene como objetivos fundamentales:

- i) aportar bases científicas precisas, fiables y aplicables transculturalmente, para la definición y manejo de los “estados de salud” y sus consecuencias;
- ii) establecer un lenguaje común internacional en los aspectos relacionados con la salud y las actuaciones en salud;
- iii) permitir la transferencia y la comparación de información en temas de salud a través del tiempo, en las distintas disciplinas y naciones;
- iv) aportar sistemas de codificación y registro para el desarrollo de sistemas de información en la salud;
- v) promover la investigación y en última instancia el conocimiento, en los temas de salud y en las actuaciones en salud.

Para satisfacer dichos objetivos la OMS ha promovido, y todavía continua haciéndolo, la adopción de estrategias capaces de garantizar que la FIC cumpla el múltiple requisito de:

- i) fundamentarse en unas sólidas bases científicas y taxonómicas, para lo que se han incorporado los aspectos esenciales del estado actual del conocimiento;
- ii) ser aplicable en las distintas culturas para lo que ha promovido en su desarrollo la realización de estudios cualitativos y cuantitativos de verificación trans-cultural;
- iii) entender la salud, y por lo tanto las actuaciones en salud, como un concepto multidimensional, incorporando los distintos aspectos del modelo bio-psico-social de salud y enfermedad;
- iv) satisfacer las necesidades de las múltiples disciplinas que operan en el campo de la salud, pero también de los distintos grupos de afectados, lo cual

ha quedado reflejado en los grupos de trabajo que han participado en los procesos de desarrollo de las distintas clasificaciones.

- v) garantizar que a partir de ella se puedan satisfacer las necesidades de información en salud y elaborar todo tipo de medidas y estadísticas relevantes sobre los estados y las actuaciones en el ámbito de la salud.

1.1.3. Insuficiencia del Diagnóstico y la Mortalidad para establecer el Nivel de Salud del Individuo y las poblaciones.

Ahora bien, aún cuando la consideración del diagnóstico y la mortalidad es importante para el desarrollo y la evaluación de las actuaciones en el campo de la salud, lo cierto es que ambos aspectos por sí solos se muestran insuficientes para abarcar en toda su amplitud los elementos esenciales del concepto de salud, resultando por lo tanto inadecuados para predecir las necesidades que, en términos de políticas, programas y servicios, presentan los estados relacionados con la salud.

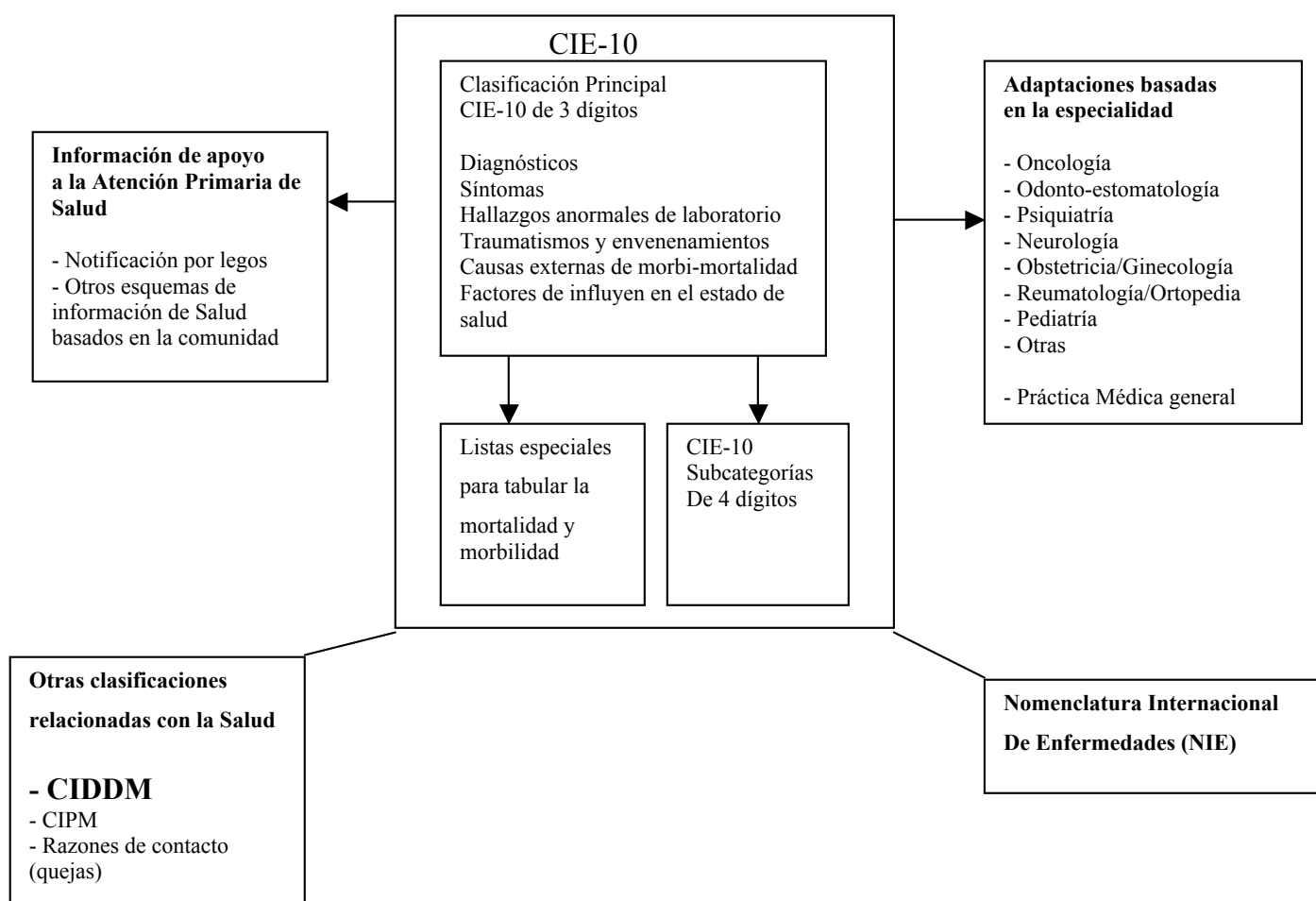
Está claro, por lo tanto, que el diagnóstico de las enfermedades no puede responder en sí mismo a muchas de las cuestiones relacionadas con las necesidades en servicios de salud planteadas por las agencias gubernamentales, los clínicos, los pacientes e incluso sus familias. Así por ejemplo, el diagnóstico de una determinada patología, no predice en sí mismo las necesidades, en cuanto a servicios sanitarios, que dicha enfermedad requiere, las necesidades de hospitalización, el nivel de cuidado precisado o la evolución de la hospitalización. Tampoco el diagnóstico *per se* informa sobre los posibles beneficios que obtendría el paciente debido a su discapacidad, sobre su rendimiento laboral o sobre su grado de integración social. En contraste con todo esto, los datos sobre el estado funcional o la discapacidad de los pacientes afectados de una determinada enfermedad, aparecen como muy útiles a la hora de realizar estimaciones sobre la utilización de los servicios de salud, los progresos tras un periodo de hospitalización e incluso sobre su ulterior rendimiento laboral.

Se hizo por lo tanto evidente que, junto con las medidas de salud basadas en la CIE, era preciso tener en cuenta otras que recogieran los aspectos relacionados con las repercusiones de las enfermedades y el funcionamiento humano. Dichos aspectos constituían la esencia del concepto de Discapacidad, que empezó a formularse como la repercusión a medio y largo plazo del estado de salud del individuo sobre su funcionamiento tanto a nivel individual como social.

Así, en un intento de subsanar dichas deficiencias y de contar con un sistema para la evaluación de las repercusiones de la enfermedad y la discapacidad, la OMS puso en marcha en los años setenta, el desarrollo de la Clasificación Internacional de Deficiencias, Discapacidades y Minusvalías (CIDDDM). Dicha Clasificación fue publicada en 1980 por la OMS como un instrumento para la clasificación de las consecuencias de las enfermedades y sus repercusiones en la vida del individuo. Se tradujo a más de 14 idiomas, y su versión española fue publicada en 1983 por el INSERSO.

Los conceptos utilizados en la CIDDDM suscitaron gran interés y sus aplicaciones se extendieron a muy diversos ámbitos. Desde le punto de vista conceptual, el empleo de la CIDDDM modificó la manera de considerar las discapacidades, las personas discapacitadas y el papel que desempeñan el entorno físico y social en el proceso discapacitante. Así mismo, también se modificaron las orientaciones de la política social, la planificación y la gestión, tanto a nivel de gobiernos como de organizaciones. A su vez, la CIDDDM fue incorporada a la Familia de Clasificaciones, ocupando no obstante un lugar secundario y por lo tanto subordinado a la CIE, que constituía el núcleo central centrado en el diagnóstico de la enfermedad y en la mortalidad (Figura 2).

Figura 2. Estructura Inicial del “constructo” de Familia de clasificaciones internacionales de la OMS (OMS-FIC) con la incorporación de la CIDDM.



A partir de la incorporación de la CIDDM a la OMS-FIC, y como ya veremos estimulado por el proceso de revisión de la CIDDM, las redes de expertos en clasificación y en instrumentos de registro de información de salud y de las actuaciones en salud, de la OMS, han continuado revisando el concepto, filosofía y estructura de la “Familia de clasificaciones internacionales de la OMS (OMS-FIC)” dando lugar a una visión actualizada de dicho concepto.

1.2. LA FAMILIA DE CLASIFICACIONES INTERNACIONALES DE LA OMS: UNA NUEVA CONCEPTUALIZACION.

A pesar del amplio uso que se hizo de la CIDDDM en todo el mundo y en nuestro país, y precisamente debido a esta utilización durante casi dos décadas, se encontraron una serie de limitaciones a la hora de su aplicación, las cuales tendremos ocasión de analizar en una Unidad Didáctica posterior de este curso. Sin embargo, y como un pequeño adelanto, podemos decir que a principal crítica dirigida hacia la clasificación fue la del modelo en el que se basaba, ya que su formulación era demasiado lineal, implicaba una causalidad de la deficiencia y se echaba en falta en él una formulación algo más compleja, que abarcase otros elementos relevantes para la discapacidad, como por ejemplo aspectos sociales y contextuales. Así mismo, las críticas destacaban el predominio del abordaje negativo del estado de salud de la persona; el enfoque que tenía de la discapacidad como algo individual y no universal; y una inadecuada verificación transcultural.

Con el objeto de intentar subsanar dichas críticas la OMS inició en 1993 el proceso de revisión de la CIDDDM, para lo cual se pusieron en marcha múltiples equipos de trabajo a nivel internacional, entre los que podemos destacar la participación en los mismos de la Red Española para la Clasificación y Evaluación de la Discapacidad (RECEDIS), la cual está siendo coordinada por la Unidad de Investigación en Psiquiatría de Cantabria (UIPC) y promovida a través de convenios de colaboración con el Instituto de Migraciones y Servicios Sociales (IMSERSO), la Fundación Pública Marqués de Valdecilla y la Consejería de Sanidad y Consumo del Gobierno de Cantabria.

Tras la elaboración de los borradores _1 y _2 y la verificación de su estructura, contenidos y los estudios de aplicabilidad transcultural (CAR), se llegó a la elaboración del borrador final de la CIDDDM-2 (Diciembre de 2000), el cual fue presentado al Comité Ejecutivo de la OMS en Enero de 2001 y finalmente a la Quincuagésima Cuarta Asamblea Mundial de la Salud en Mayo de 2001, la cual aprobó la nueva clasificación, con el título Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la Discapacidad y de la

Salud, en la resolución WHW54.21 del 22 de Mayo del 2001. En esta resolución se puede leer lo siguiente:

“La Quincuagésimo Cuarta Asamblea Mundial de la Salud,

1. HACE SUYA la segunda edición de la Clasificación Internacional de Deficiencias, Discapacidades y Minusvalías (CIDDDM), con el título “Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la Discapacidad y de la Salud”, que en adelante se abreviará CIF;
2. INSTA a los Estados Miembros a usar cuando proceda la CIF en sus actividades de investigación, vigilancia y notificación, teniendo en cuenta situaciones específicas en los Estados Miembros y, en particular, en vista de las posibles revisiones en el futuro;
3. PIDE a la Directora General que preste apoyo a los Estados Miembros que lo pidan para hacer uso de la CIF.”

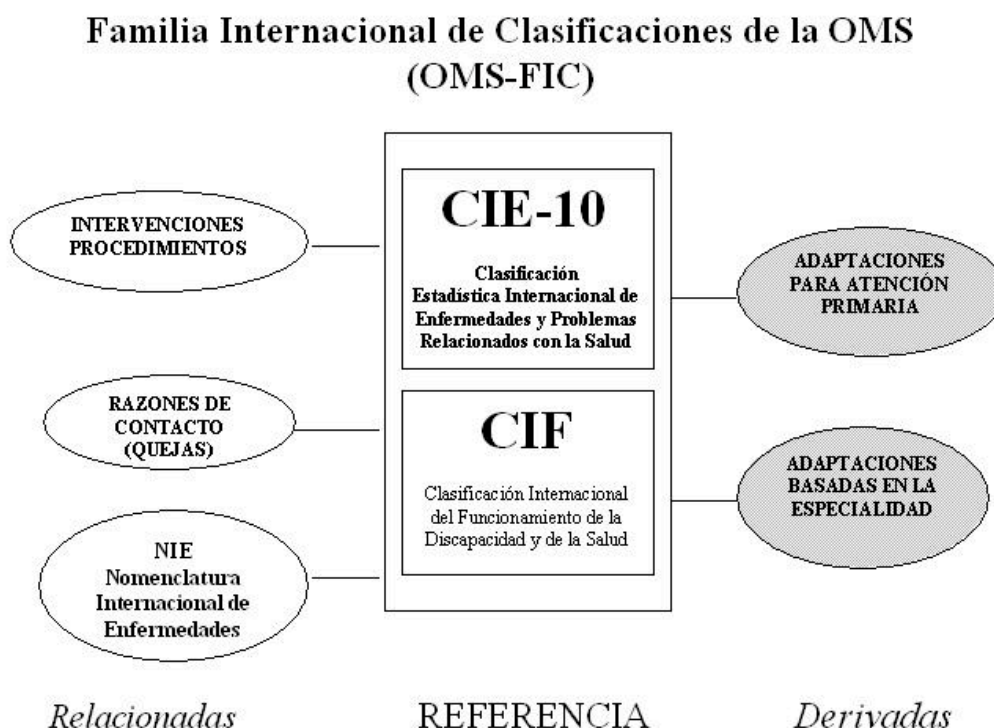
Esta nueva clasificación trae consigo, tal y como veremos más adelante, diversas aportaciones al mundo de la discapacidad, como pueden ser: la aplicación del modelo bio-psico-social; la introducción del concepto de universalidad; el énfasis realizado en los elementos positivos de la discapacidad; y el establecimiento de un lenguaje común de aplicación universal.

Así mismo, la aprobación de la “*Clasificación Internacional del Funcionamiento de la Discapacidad y de la Salud (CIF)*”, en la 54 Asamblea Mundial de la Salud (Mayo del 2001), con su énfasis en las repercusiones de la enfermedad y de los “estados de salud” en el funcionamiento humano, ha permitido expandir el concepto de salud mas allá del modelo basado en la enfermedad y la mortalidad, que representa la CIE. Desde esta perspectiva ambas clasificaciones, CIE y CIF, se nos muestran como complementarias y en combinación posibilitan el analizar, evaluar y clasificar la salud de la población y las actuaciones y políticas sanitarias, de una manera más completa. Y es justamente esta nueva visión la que ha hecho que la OMS-FIC, haya cambiado de estructura

incorporando el binomio CIE/CIF como núcleo central, con el cual enlazan desarrollos y aplicaciones específicas.

En su formato actual la FIC está concebida como una estructura compleja que incorpora no sólo clasificaciones, sino también una serie de desarrollos y aplicaciones relacionados con definiciones de conceptos, estándares y métodos, los cuales, aunque en sí mismos no puedan ser considerados como clasificaciones, han sido elaborados a partir de ellas y para su aplicación. En la estructura actual, propuesta por Ashley y col. (2000) y que se presenta en la Figura 3, la CIE y la CIF se sitúan como elementos centrales (denominados *Clasificaciones de Referencia*).

Figura 3. Estructura y Contenidos de la Familia de clasificaciones internacionales de la OMS (OMS-FIC).



Con ellas enlazan, de manera directa o indirecta, una serie de desarrollos que se catalogan como: i) *Clasificaciones Derivadas*; ii) *Clasificaciones Relacionadas*. A los aspectos conceptuales que definen cada una de estas tres categorías nos referiremos brevemente a continuación:

Clasificaciones de Referencia

Se trata de las clasificaciones nucleares surgidas como resultado de la consecución de un consenso internacional; el cual ha sido promovido y refrendado por la propia OMS y que, por lo tanto pasa a ser formulado por la Asamblea Mundial de la Salud (AMS) como “Recomendación de Cumplimiento” para los Estados Miembros bajo la fórmula “*La AMS INSTA a los Estados Miembros a usar cuando proceda la*”. Las definiciones, estructura y contenidos que incorporan, han sido verificados internacionalmente, en estudios de aplicabilidad cross-cultural, y se consideran de tal relevancia como para justificar que a partir de ellas se pueden elaborar aplicaciones, pudiendo ser también utilizadas como modelo para el desarrollo, o la revisión, de otras clasificaciones. En su estado actual la FIC incorpora como Clasificaciones de Referencia la CIE y la CIF, sobre la base de que el conjunto de ambas posibilita una recogida de información que permite describir con precisión los elementos esenciales de la salud y las actuaciones en salud.

Clasificaciones Derivadas

Son clasificaciones que han podido ser desarrolladas basándose en las Clasificaciones de Referencia, bien seleccionando algunos de sus elementos o elaborando otros en más detalle. La experiencia nos confirma que dichas clasificaciones surgen de necesidades de grupos o especialidades concretas (por ejemplo, Atención Primaria), o derivadas de iniciativas nacionales o multinacionales. Ejemplo de ellas es la adaptación de la CIE a la Atención Primaria. Es de esperar que la CIF desarrolle clasificaciones de esta naturaleza en un inmediato futuro.

Clasificaciones Relacionadas

Se trata de clasificaciones que mantienen una relación más tangencial con las Clasificaciones de Referencia, pudiendo por ejemplo estar tan solo asociadas a determinados aspectos de su estructura o de sus contenidos. Ejemplos típicos son las clasificaciones de procedimientos e intervenciones.

Así todos estos elementos descritos integran la Familia de clasificaciones internacionales de la OMS. Gracias al nuevo modelo que aporta, basado en el binomio CIE/CIF, será posible en un futuro describir con mayor exactitud, y en un lenguaje uniforme y aplicable internacionalmente, un rango más completo de información sobre la salud de los individuos y las naciones.

AUTOEVALUACIÓN UNIDAD 1.

1.- La primera formulación explícita del concepto de “Familia de Clasificaciones de la Enfermedad y Estados Relacionados con la Salud”:

- a) Surgió simultáneamente a la aparición de la CIDDM, publicada en 1980 por la OMS.
- b) Situaba a la CIE como núcleo central, y enlazado con ella directa o indirectamente otras clasificaciones o desarrollos.
- c) Apareció en 1989, a raíz de la Conferencia para la 10ª Revisión de la CIE, incorporando el binomio CIE/CIF como núcleo central de su estructura.

2.- Señala cuál de las siguientes afirmaciones NO es uno de los objetivos de la OMS-FIC:

- a) Aportar bases científicas precisas, fiables y aplicables trans-culturalmente para la definición de los “estados de salud”, estableciendo un lenguaje común internacional en los aspectos relacionados con la salud, y en las actuaciones en salud.
- b) Aportar sistemas de codificación y registro para el desarrollo de sistemas de información en la salud, así como promover la investigación en temas de salud.
- c) Aportar una formulación compleja que implique un enfoque de la salud y la discapacidad centrado en el individuo, que promueva el desarrollo de sistemas de información en salud.

3.- La OMS promueve la adopción de estrategias para garantizar que la FIC:

- a) Conceptualice la salud y las actuaciones en salud, como un concepto multidimensional, incorporando los aspectos del modelo bio-psico-social.
- b) Satisfacer principalmente las necesidades de las múltiples disciplinas de la salud, siendo las necesidades de los distintos grupos afectados un objetivo no prioritario ya que para este fin se utilizarán otras clasificaciones.
- c) Sea una herramienta fiable diseñada específicamente para ser aplicada en nuestra cultura, por lo que se han realizado numerosos estudios cualitativos y cuantitativos.

4.- El diagnóstico de una determinada patología:

- a) Responde a las cuestiones relacionadas con las necesidades en servicios de salud planteadas por agencias gubernamentales, los clínicos, los pacientes y sus familias.
- b) Informa sobre los posibles beneficios que puede obtener el paciente debido a su discapacidad, sobre su rendimiento laboral, o sobre su grado de integración social.
- c) Resulta insuficiente para realizar estimaciones sobre la utilización de los servicios de salud, los progresos del paciente o su posterior rendimiento laboral.

5.- La Clasificación Internacional de Deficiencias, Discapacidades y Minusvalías (CIDDM):

- a) Fue un intento de subsanar las deficiencias que tenía la CIE, y contar con un sistema para evaluar las repercusiones de la enfermedad y la discapacidad.
- b) Se constituyó en núcleo central de la Familia de Clasificaciones Internacionales, pasando la CIE a ocupar un lugar subordinado a ella.
- c) Suscitó un gran interés, extendiéndose sus aplicaciones a distintos ámbitos, cambiando la manera de considerar las discapacidades etc., aunque queda pendiente su traducción a distintos idiomas.

6.- Señala cuál de las siguientes afirmaciones NO es correcta:

- a) Tras la revisión de la CIDDM por equipos de expertos, la elaboración de borradores, verificación de su estructura y estudios de aplicabilidad transcultural, la 54 Asamblea Mundial de la Salud aprobó la nueva clasificación (CIF) en Mayo de 2001.
- b) La CIF trajo consigo la introducción del concepto de universalidad, la aplicación del modelo médico-biológico y el establecimiento de un lenguaje común a nivel universal.
- c) Una de las principales aportaciones de la nueva “Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la Discapacidad y de la Salud” es el énfasis realizado en los elementos positivos de la discapacidad.

7.- En su formato actual la FIC está concebida como una estructura compleja que:

- a) Incorpora exclusivamente clasificaciones que sirven para analizar, evaluar y clasificar la salud de la población y las actuaciones y políticas sanitarias, excluyendo otros desarrollos y aplicaciones sin relación directa.
- b) Incorpora no solo clasificaciones, sino también desarrollos y aplicaciones relacionados con definiciones de conceptos, estándares y métodos, aunque no sean clasificaciones.
- c) Incorpora el binomio CIE/CIF como núcleo central, excluyendo de la misma a otras clasificaciones relacionadas y derivadas, que son de interés secundario.

8.- Los elementos que integran la Familia de Clasificaciones Internacionales se denominan:

- a) Clasificaciones de Referencia, Clasificaciones Derivadas, Clasificaciones Relacionadas.
- b) CIE, CIF, Adaptaciones para Atención Primaria y Adaptaciones Basadas en la Especialidad.
- c) Intervenciones, Procedimientos, Nomenclatura Internacional de Enfermedades (NIE), Adaptaciones para Atención Primaria, Adaptaciones Basadas en la Especialidad.

9.- Las Clasificaciones Derivadas son :

- a) Clasificaciones con una relación tangencial con la CIE y la CIF, y asociadas a determinados aspectos de su estructura o de sus contenidos.
- b) Clasificaciones surgidas como resultado de un consenso internacional promovido por la OMS, verificadas transculturalmente y que pueden ser utilizadas como modelo para el desarrollo, o la revisión de otras clasificaciones.
- c) Clasificaciones que han podido ser desarrolladas basándose en las Clasificaciones de Referencia, seleccionando algunos de sus elementos o elaborando otros en más detalle.

10.- Las clasificaciones de procedimientos e intervenciones son un ejemplo típico de:

- a) Clasificaciones Derivadas.
- b) Clasificaciones Relacionadas.
- c) Clasificaciones de Referencia.

AUTOEVALUACIÓN UNIDAD 1 (Solución).

1.- La primera formulación explícita del concepto de “Familia de Clasificaciones de la Enfermedad y Estados Relacionados con la Salud”:

- a) Surgió simultáneamente a la aparición de la CIDDM, publicada en 1980 por la OMS.
- b) Situaba a la CIE como núcleo central, y enlazado con ella directa o indirectamente otras clasificaciones o desarrollos.**
- c) Apareció en 1989, a raíz de la Conferencia para la 10ª Revisión de la CIE, incorporando el binomio CIE/CIF como núcleo central de su estructura.

2.- Señala cuál de las siguientes afirmaciones NO es uno de los objetivos de la OMS-FIC:

- a) Aportar bases científicas precisas, fiables y aplicables trans-culturalmente para la definición de los “estados de salud”, estableciendo un lenguaje común internacional en los aspectos relacionados con la salud, y en las actuaciones en salud.
- b) Aportar sistemas de codificación y registro para el desarrollo de sistemas de información en la salud, así como promover la investigación en temas de salud.
- c) Aportar una formulación compleja que implique un enfoque de la salud y la discapacidad centrado en el individuo, que promueva el desarrollo de sistemas de información en salud.**

3.- La OMS promueve la adopción de estrategias para garantizar que la FIC:

- a) Conceptualice la salud y las actuaciones en salud, como un concepto multidimensional, incorporando los aspectos del modelo bio-psico-social.**
- b) Satisfacer principalmente las necesidades de las múltiples disciplinas de la salud, siendo las necesidades de los distintos grupos afectados un objetivo no prioritario ya que para este fin se utilizarán otras clasificaciones.
- c) Sea una herramienta fiable diseñada específicamente para ser aplicada en nuestra cultura, por lo que se han realizado numerosos estudios cualitativos y cuantitativos.

4.- El diagnóstico de una determinada patología:

- a) Responde a las cuestiones relacionadas con las necesidades en servicios de salud planteadas por agencias gubernamentales, los clínicos, los pacientes y sus familias.
- b) Informa sobre los posibles beneficios que puede obtener el paciente debido a su discapacidad, sobre su rendimiento laboral, o sobre su grado de integración social.
- c) **Resulta insuficiente para realizar estimaciones sobre la utilización de los servicios de salud, los progresos del paciente o su posterior rendimiento laboral.**

5.- La Clasificación Internacional de Deficiencias, Discapacidades y Minusvalías (CIDDM):

- a) **Fue un intento de subsanar las deficiencias que tenía la CIE, y contar con un sistema para evaluar las repercusiones de la enfermedad y la discapacidad.**
- b) Se constituyó en núcleo central de la Familia de Clasificaciones Internacionales, pasando la CIE a ocupar un lugar subordinado a ella.
- c) Suscitó un gran interés, extendiéndose sus aplicaciones a distintos ámbitos, cambiando la manera de considerar las discapacidades etc., aunque queda pendiente su traducción a distintos idiomas.

6.- Señala cuál de las siguientes afirmaciones NO es correcta:

- a) Tras la revisión de la CIDDM por equipos de expertos, la elaboración de borradores, verificación de su estructura y estudios de aplicabilidad transcultural, la 54 Asamblea Mundial de la Salud aprobó la nueva clasificación (CIF) en Mayo de 2001.
- b) **La CIF trajo consigo la introducción del concepto de universalidad, la aplicación del modelo médico-biológico y el establecimiento de un lenguaje común a nivel universal.**
- c) Una de las principales aportaciones de la nueva “Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la Discapacidad y de la Salud” es el énfasis realizado en los elementos positivos de la discapacidad.

7.- En su formato actual la FIC está concebida como una estructura compleja que:

- a) Incorpora exclusivamente clasificaciones que sirven para analizar, evaluar y clasificar la salud de la población y las actuaciones y políticas sanitarias, excluyendo otros desarrollos y aplicaciones sin relación directa.
- b) Incorpora no solo clasificaciones, sino también desarrollos y aplicaciones relacionados con definiciones de conceptos, estándares y métodos, aunque no sean clasificaciones.**
- c) Incorpora el binomio CIE/CIF como núcleo central, excluyendo de la misma a otras clasificaciones relacionadas y derivadas, que son de interés secundario.

8.- Los elementos que integran la Familia de Clasificaciones Internacionales se denominan:

- a) Clasificaciones de Referencia, Clasificaciones Derivadas, Clasificaciones Relacionadas.**
- b) CIE, CIF, Adaptaciones para Atención Primaria y Adaptaciones Basadas en la Especialidad.
- c) Intervenciones, Procedimientos, Nomenclatura Internacional de Enfermedades (NIE), Adaptaciones para Atención Primaria, Adaptaciones Basadas en la Especialidad.

9.- Las Clasificaciones Derivadas son :

- a) Clasificaciones con una relación tangencial con la CIE y la CIF, y asociadas a determinados aspectos de su estructura o de sus contenidos.
- b) Clasificaciones surgidas como resultado de un consenso internacional promovido por la OMS, verificadas transculturalmente y que pueden ser utilizadas como modelo para el desarrollo, o la revisión de otras clasificaciones.
- c) **Clasificaciones que han podido ser desarrolladas basándose en las Clasificaciones de Referencia, seleccionando algunos de sus elementos o elaborando otros en más detalle.**

10.- Las clasificaciones de procedimientos e intervenciones son un ejemplo típico de:

- a) Clasificaciones Derivadas.
- b) **Clasificaciones Relacionadas.**
- c) Clasificaciones de Referencia.