

# LA CLASIFICACIÓN DE LA OMS: DIFICULTADES PARA USAR UN LENGUAJE COMÚN

*La OMS adoptó en 1980 una Clasificación Internacional de Deficiencias, Discapacidades y Minusvalías (CIDDM) al objeto de delimitar claramente estos tres conceptos y crear un lenguaje internacional común. Aunque la terminología, a pesar del tiempo transcurrido, no ha sido correctamente asimilada, la OMS prepara ya una nueva clasificación que será publicada este mismo año. El autor del artículo, médico del servicio de valoración y orientación de minusvalías en Gizartekintza, analiza los motivos de la escasa utilización de la antigua terminología, destaca la confusión aún hoy imperante y presenta las principales características de la nueva clasificación.*

## 1. LA TERMINOLOGÍA

Los términos designan conceptos mediante palabras o frases. A medida que los conocimientos evolucionan, ya sea en campos científicos o sociales, parece evidente que existe una mayor necesidad de denominar de forma específica conceptos que antes se englobaban en otros más amplios. A modo de ejemplo, podemos observar cómo de la medicina surge la psiquiatría como campo específico, de ésta la psicología y de ésta a su vez la psicopedagogía o la sociología. Entre la población general, cuando los conceptos de-

signados no están claros, se tiende a simplificar, unificar y confundir la terminología, volviendo al concepto más global o al más sencillo.

En el campo de las personas con deficiencia, discapacidad o minusvalía, existen una serie de conceptos básicos que son y han sido objeto de preocupación desde hace un par de décadas por los organismos internacionales a la hora de acometer cualquier tipo de graduación, ordenación o estudio de estos temas. Desgraciadamente, y a pesar del tiempo transcurrido, la terminología sigue estando un tanto confusa, tanto en el campo administrativo como en el legislativo (y por supuesto en la población general), empleándose la terminología de forma indiscriminada.

Esto ha contribuido a ralentizar y a viiciar desde un principio todos aquellos intentos de planificación o estudio no sustentados en una clara diferenciación de los tres conceptos. Así, escuchar frases como «para mí todos estos términos son sinónimos», «ya perdonarán que confunda la terminología», «no existe un acuerdo definitivo sobre los términos» o «entre nosotros nos entendemos» suele ser lo normal en todo tipo de cursos, reuniones, jornadas o congresos relacionados con estos temas.

Y, desgraciadamente, no es infrecuente que el mal uso de esta terminología

evolucione inevitablemente, en un proceso de continuo deterioro, hacia connotaciones negativas o peyorativas. Así, nos podemos encontrar con términos como inútil, inválido, subnormal o, últimamente, minusválido, que van cayendo en desuso y son sustituidos por otros más de moda, no por una necesidad de mayor especificidad para designar conceptos distintos, sino simplemente por que los primeros acaban «quemados» por esta evolución negativa.

## 2. EL NUEVO PARADIGMA: LAS CONSECUENCIAS DE LA ENFERMEDAD

Los grandes cambios que se han ido produciendo en el campo de la asistencia sanitaria durante este siglo han hecho que, de forma progresiva, vayan tomando cada vez más importancia las enfermedades crónicas frente a las agudas. En el caso de muchas enfermedades agudas transmisibles y de corta duración, bastaba, para dar una respuesta adecuada, con un método sencillo de diagnóstico sumado a una asistencia episódica para su tratamiento curativo. Al ir aumentando de forma progresiva las enfermedades crónicas no transmisibles, la supervivencia de dichos enfermos y el envejecimiento de la población, ha sido cada vez más necesario el concentrarse no ya en el diagnóstico o tratamiento de la enfermedad, sino en las «consecuencias» de la misma y en los estados alterados de salud (entendiendo por tales no sólo enfermedades, trastornos, lesiones o traumatismos, sino también otros estados relacionados con la salud, como embarazo, vejez, estrés o anomalías congénitas).

Surge de esta forma un nuevo paradigma: el de las «consecuencias de la enfermedad»<sup>1</sup>. En los últimos años, además, las políticas sociales de los diferentes gobiernos han hecho un progresivo esfuerzo para atender las necesidades de las personas que sufren estas «consecuencias de la enfermedad», y su participación en la sociedad con igualdad de oportunidades se ha convertido en un objetivo prioritario de estas políticas.

Por tales motivos, se vio la necesidad de ordenar e identificar esta nueva situación mediante la creación de una clasificación internacional que sirviera como mar-

<sup>1</sup> Traducido del inglés, no sé si con mucho éxito: disablement=consecuencias de la enfermedad, cuando lo literal sería discapacidad.

co común para comprender y describir las diferentes dimensiones de las «consecuencias de la enfermedad».

### 2.1. Clasificación y medición del nuevo paradigma

La OMS clasifica las enfermedades, trastornos o lesiones desde un punto de vista biomédico basado en el diagnóstico y el tratamiento en la CIE-10 (abreviatura de Clasificación Internacional de Enfermedades 10ª versión).

Posteriormente, se le propuso hacer una clasificación de las «consecuencias de la enfermedad», lo cual se plasmó en la publicación en el año 1980 de la *Clasificación Internacional de Deficiencias, Discapacidades y Minusvalías. Manual de clasificación de las consecuencias de la enfermedad*<sup>2</sup>. Si bien es cierto que se realizó con carácter experimental, que estaba inacabada y que su aplicación era compleja en unos casos y controvertida en otros, no es menos cierto que dicha clasificación sienta los conceptos básicos de Deficiencia, Discapacidad y Minusvalía de forma, a mi entender, definitiva. Sin duda alguna, su contribución más destacada fue la de establecer esta diferenciación y construir un lenguaje común para los diferentes sectores, disciplinas y estamentos sociales que estudian y trabajan en este campo.

Sin ánimo de ser reiterativo, pero considerando necesario dejar bien sentados estos conceptos, voy a exponer brevemente un resumen de ellos que básicamente son coincidentes con los de la O.M.S. Ya que como a lo largo de la historia se han ido nombrando de distintas formas, para identificarlos más claramente en primer lugar los denominaré según la definición de la O.M.S. y en segundo lugar de otra forma mas o menos aceptada o de moda, primero en castellano, y luego en euskera, inglés y francés.

— Primer concepto: (*deficiencia, menoscabo, disminución, daño, lesión, secuela, parálisis, mutilado, tullido, lisiado, urritasuna, gutxiespena, impairment, déficience*). Se trata de la pérdida o anomalía de una estructura o función psicológica, fisiológica o anatómi-

<sup>2</sup> *Clasificación Internacional de Deficiencias, Discapacidades y Minusvalías. Manual de clasificación de las consecuencias de la enfermedad*, O.M.S. 1980. Instituto Nacional de Servicios Sociales. Colección Rehabilitación, Madrid, 1983. Última edición con nuevo prólogo en 1994.

ca. Nos estamos moviendo en un campo estrictamente médico, descriptivo y fundamentalmente estático (al tratarse de deficiencias permanentes).

- Segundo concepto: {discapacidad, incapacidad, inutilidad, no apto, impedido, ezgaitasuna, ezintasuna, disability, incapacité}. Es la ausencia o restricción de la capacidad para realizar una actividad. Es fundamental fijarse en el término actividad, entendido estas como las tareas que realiza un sujeto para satisfacer sus necesidades personales, sociales o laborales. Nos estamos moviendo en un campo pluriprofesional (ergonómico, rehabilitador, adaptador, socio-laboral, deportivo,...) y básicamente dinámico.
- Tercer concepto: {minusvalía, desventaja, handicap, invalidez, subnormalidad, minusbalotasuna, elbarritasuna, handicap, désavantage}. Es una situación desventajosa para un individuo determinado, que limita o impide la participación en sus relaciones con la sociedad (en función de su edad, sexo, factores sociales y culturales). Nos estamos moviendo en un campo social (trabajadores sociales, organizaciones gubernamentales y no gubernamentales, asociaciones de afectados,...).

Siguiendo esta secuencia tendremos que:

- Del estudio de los problemas de los órganos deduciremos la deficiencia.
- Del estudio de las actividades o tareas deduciremos la discapacidad.
- Del estudio del entorno social deduciremos la minusvalía.

### 3. ACEPTACIÓN Y DIFUSIÓN DE LA NUEVA TERMINOLOGÍA

Han pasado casi 20 años desde que la Clasificación Internacional de Deficiencias, Discapacidades y Minusvalías (CIDDM) fuera publicada por la OMS. Ya entonces hacía referencia a que su objetivo principal era establecer un lenguaje común y normalizado que sirviera como marco de referencia en el que pudieran expresarse todos aquellos profesionales que actúan en el campo de las «consecuencias de la enfermedad».

En el Estado fue el antiguo INSERSO el encargado de publicar la versión traducida<sup>3</sup>. Tras unos tímidos impulsos iniciales para la divulgación de la clasificación,

las medidas administrativas que tendrían que haberse decantado de forma decidida por el adecuado uso de la terminología (documentos, difusión, información), planes de formación y elaboración de procesos facilitadores de la aplicación, no sólo no respondieron de forma adecuada sino que, dando muestra de una dejadez preocupante, se relegaron a un segundo plano.

Durante estos años, sin embargo, se han realizado diversos estudios, jornadas y propuestas en torno al CIDDM, entre los que habría que destacar los realizados por el SUS<sup>4</sup> y el Real Patronato de Prevención y Atención a Personas con Minusvalías<sup>5</sup>, y los del Consejo de Europa<sup>6</sup>.

El balance después de estas dos décadas se puede considerar como negativo, siendo su uso escaso, no ya el de las codificaciones en sí (de uso prácticamente residual), sino incluso en la diferenciación de los tres grandes conceptos de deficiencia, discapacidad y minusvalía, lo cual es realmente decepcionante.

¿A qué puede deberse la escasa utilización de esta terminología?

#### a) El marco legislativo

Ha faltado el impulso para su divulgación y utilización por parte de la administración central, quizás influenciada por el marco normativo vigente desde mediados de los 80, y en concreto por la Ley 13/1982 de Integración Social de Minusválidos (LISMI) y la Orden Ministerial de 8 de marzo de 1984 sobre la determinación del grado de minusvalía<sup>7</sup>.

<sup>3</sup> Usos de la clasificación internacional de Deficiencias, Discapacidades y Minusvalías (CIDDM). Mercedes González Domínguez. Colección Rehabilitación. INSERSO. Madrid 1991.

<sup>4</sup> Mesa redonda sobre Servicios de Diagnóstico para minusválidos. Ramón Saizarbitoria, Luis Sanzo y Julio Díaz. SMS. Viceconsejería de Bienestar y Seguridad Social. Servicio Central de Publicaciones del Gobierno Vasco, Vitoria-Gazteiz. 1985.

<sup>5</sup> Horizontes de la CIDDM. Seminario Iberoamericano sobre aplicación de CIDDM. Manuel Gracia Viso. Real Patronato de Prevención y de Atención a Personas con Minusvalía. Ministerio de Asuntos Sociales. Madrid 1995.

<sup>6</sup> Utilisation et utilité de la CIDIH (CIH) pour le maintien des personnes ayant des incapacités a domicile et dans leur environnement communautaire. Conseil de L'Europe. Groupe de travail ad hoc: Suède-Canada, 1995.

<sup>7</sup> Orden de 8 de Marzo de 1984 (Ministerio de Trabajo y Seguridad Social). Determinación del grado de minusvalía y valoración de las diferentes situaciones exigidas para ser beneficiario de las prestaciones y subsidios previstos en el Real Decreto de 1 de febrero B.O.E. de 16 de Marzo de 1984 (nº 65).

La primera —con una filosofía integradora-rehabilitadora muy interesante en teoría y caracterizada por su complejidad competencial y funcional—, no hacía una clara distinción entre los tres conceptos básicos. Actualmente, y tras su prolongada transitoriedad, parece de imposible desarrollo. La segunda legitimaba oficialmente las Tablas para la Evaluación del Menoscabo Permanente<sup>8</sup> de la Asociación Médica Americana (AMA) para valorar el grado de Minusvalía y daba pie a que el modelo «clásico» de minusválido—representado por los nueve grupos de «subnormalidad» (ciegos, sordos, sordomudos, amputados, hemipléjicos, parapléjicos, tetrapléjicos, oligofrénicos y paralíticos cerebrales)— fuera sustituido por un conjunto mucho más amplio de personas afectadas por las consecuencias de la enfermedad, que incluía prácticamente todo tipo de deficiencias generadas por cualquier enfermedad crónica.

En aquellos textos, la traducción del término inglés *impairment* fue el de *menoscabo* en vez del de *deficiencia*, que era el término empleado por la OMS (empezamos bien).

A partir de esta Orden Ministerial, ya no se certifica la «subnormalidad» sino la condición de «minusválido», sustituyendo una palabra por otra, no tanto por incidir en un significado distinto o más específico, sino para mitigar las connotaciones negativas de la primera y por estar entonces más en boga la segunda (algo similar ha sucedido en la actualidad con la sustitución de minusválido por discapacitado).

Con las tablas de valorar deficiencia de la AMA, según recoge el artículo 3<sup>o</sup> de la Orden Ministerial, se valorará el porcentaje de *discapacidad*, que sumado a unos *factores sociales* concretos nos darán el grado de minusvalía. O sea, que cogemos la deficiencia (a la cual denominamos menoscabo) y la trasformamos directamente en discapacidad y ésta (tras sumar peras con manzanas) en minusvalía.

Este error de denominar discapacidad (segundo concepto) a la deficiencia (primer concepto) hizo que la confusión se extendiera de forma institucional, y que en la totalidad de los informes sobre la deficiencia (menoscabo) global de la persona valorado por médicos se le acabara de-

nominando discapacidad. El lío está así definitivamente montado, y hace falta ser un especialista en el tema para saber qué estamos valorando y poder diferenciar los tres conceptos básicos que unos pocos años antes la OMS había intentado delimitar y el propio INSERSO había traducido y publicado.

Esta desgraciada definición de minusvalía que aparece en la Orden Ministerial fue, a mi entender, uno de los motivos más importantes para que no se pudieran aplicar los criterios de la OMS y, lo que es más grave, provocó la confusión entre los propios técnicos de los equipos de valoración y los Servicios Sociales. Confusión que, en mayor o menor medida, se mantiene hasta hoy en día.

Hacia finales de los ochenta y principios de los noventa, y como consecuencia de las transferencias, las administraciones —tanto central como autonómicas— estaban, como es lógico suponer, más preocupadas por los problemas normativos y de funcionalidad que por los problemas terminológicos, lo cual fue motivo de no dar mayor importancia al tema y, por supuesto, de no tomar la iniciativa y cambiar la terminología de informes y documentos.

Tan sólo en la comunidad autónoma de Cataluña se tomó la resolución de cambiar la terminología, habiendo sustituido el término minusválido por el de *disminuit* (disminuido) y el de calificación de minusvalía por el de *qualificació de la disminució* (disminución). Si bien parecen adecuarse conceptualmente más a lo que se valora (no sé si de casualidad), se resisten a usar el término deficiencia propuesto por la OMS.

#### b) Problemas de traducción

Al traducirse del inglés, los términos empleados no siempre son los más adecuados para su uso habitual en otras lenguas y, en ocasiones, resultan confusos. Así, hemos visto que la palabra *impairment* se ha traducido como deficiencia (y como menoscabo); la palabra *handicap* como minusvalía (y como desventaja); la palabra *disability* como discapacidad; y el término que englobaría a los tres —del inglés *disablement*— como consecuencias de la enfermedad (y como discapacitación, que se parece peligrosamente a discapacidad).

En el ámbito francófono, la palabra *impairment* se tradujo por *déficience* (defi-

<sup>8</sup> *Guías para la evaluación de las Deficiencias Permanentes*. American Medical Association. Última edición 1994. Instituto Nacional de Servicios Sociales. Madrid 1995.

ciencia); la palabra *disability* como *incapacité* (incapacidad); y la palabra *handicap* como *désavantage* (desventaja) en la edición del 88, modificada en el 92 por la de handicap, como en inglés<sup>9</sup>.

En Cataluña, por lo que se desprende de los certificados de valoración de minusvalía que realizan, se han hecho las siguientes traducciones: *disminució* (disminución) por minusvalía; *discapacitat* por discapacidad e *incapacitat* (incapacidad) por menoscabo (deficiencia).

En euskera la traducción que se ha hecho del castellano es: *urritasuna* por deficiencia; *ezgaitasuna* por discapacidad; y *minusbaliotasun* por minusvalía. Aunque también se suele usar *gutxitu* por disminuido (deficiente), *ezintasuna* por incapacidad (discapacidad) y *elbarritasuna* por minusvalía<sup>10</sup>.

#### c) Complejidad del uso de la clasificación

El valor fundamental de la CIDDM, reconocido por todo el mundo, es el de establecer de forma clara y definitiva un marco conceptual en cuanto a la diferenciación entre deficiencia, discapacidad y minusvalía.

Aparte de esto y con un carácter más experimental, enfocado a la investigación y desarrollo progresivo de las mismas, están las distintas clasificaciones y subclasificaciones que, si bien pueden utilizarse como instrumento de enorme precisión para el diagnóstico de la situación en estos campos, en la práctica son de difícil aplicación y poco prácticas para el uso cotidiano".

El rechazo a usar las codificaciones en sí ha podido ser motivo de rechazar indirectamente también el marco conceptual CIDDM.

#### d) Problemas de medicalización de los conceptos

Un primer motivo para la medicalización de los términos deriva de la propia clasificación del CIDDM. Ya desde un prin-

<sup>9</sup> *Les applications du concept de handicap (désavantage) de la CIH et de sa nomenclature*. ISBN 92-871-240-5. Conseil de l'Europe, Strasbourg, 1993.

<sup>10</sup> Mal usada ya que la palabra *elbarri* hace referencia más a tullido, mutilado, impedido, lisiado o paralítico, es decir al concepto de deficiencia y no al de minusvalía (desventaja).

<sup>11</sup> *Diagnóstico y valoración de discapacidades*. Manuel García Viso. Colección Documentos 22/90. Instituto Nacional de Servicios Sociales. Madrid. 1991.

cipio se le achacó una excesiva medicalización, por fijarse principalmente en el plano personal de las consecuencias de la enfermedad y en menor medida en las consecuencias sociales. Esto es cierto en la clasificación de deficiencias (lo que, por otra parte, es lógico) y quizás en la de discapacidades, pero no así en la de minusvalías.

Así, de los seis grupos de minusvalía reconocidos en la clasificación, tan sólo los tres primeros hacen referencia a problemas (desventajas) de tipo «médico» (minusvalías de orientación en su entorno, de independencia física y de movilidad), siendo los tres últimos grupos eminentemente «sociales» (minusvalía de ocupación, de integración, de autosuficiencia económica).

La OMS reconoce que su clasificación esta basada en las «consecuencias de la enfermedad», y por tanto en la secuencia: enfermedad —> deficiencia —> discapacidad —> minusvalía, pero también da pie a que cada clasificación se pueda usar por separado y con otros fines.

Pese a lo anterior, y fundamentalmente por equiparar el concepto de minusválido (desventaja/social) con el de deficiencia (médico), se ha tendido a usar el término minusválido solamente en lo referente a los tres primeros grupos de la clasificación. De esta forma, nos encontramos con que al hablar de minusválidos la gente lo identificará rápidamente con la idea de un ciego o una persona en silla de ruedas (deficiencia/médica) y no con el pobre, parado o marginado (desventaja/social).

Y de lo que hay que darse cuenta es de que la minusvalía no es un atributo de la persona, sino una situación de desventaja con relación al entorno y que, por tanto, puede estar sometida a múltiples cambios.

Como ejemplo, pensemos en un niño con coeficiente intelectual inferior a lo normal que vive en un valle apartado del Goierri, al cual se le encomiendan labores sencillas pero necesarias para el caserío. Es probable que su minusvalía (desventaja) con relación a las personas de su entorno no sea muy importante y que pueda desarrollar funciones importantes en la vida de su comunidad. Otro niño con esa misma deficiencia intelectual pero que viva en un ambiente urbano y sea hijo de padres universitarios, experimentará posiblemente una mayor minusvalía (desventaja) para participar en situaciones sociales sofisticadas y para responder a las

expectativas académicas más habituales en su entorno.

Otro ejemplo: supongamos una persona que se encuentra en situación de minusvalía (desventaja) —por presentar una deficiencia sensorial (perdida de visión en un ojo)— en los grupos de ocupación y de autosuficiencia económica (4 y 6 de la clasificación de la OMS). En caso de que le tocan 200 millones en la lotería dejaría automáticamente de encontrarse en situación de minusvalía/desventaja con relación a lo anterior. Lo que persistirá inviable será su deficiencia.

Otra segunda causa de la medicalización de los términos la podemos encontrar en la ya citada Orden Ministerial de 8 de marzo del 84 sobre la determinación del grado de Minusvalía, ya que ésta exige que se tenga un mínimo de 25% de discapacidad (deficiencia) para poder sumar puntos «sociales» (no pudiendo ser estos nunca más de 15) y obtener oficialmente la «condición de minusválido» (siempre que se alcance un mínimo de 33%). De lo anterior deduciremos que dicha orden impide que sólo con problemática social pueda ser considerada una persona como minusválida oficialmente y exige, además, un importante grado de deficiencia, medicalizando completamente el concepto de minusválido

De esta forma, se acaban clasificando administrativamente los minusválidos por sus deficiencias, pero en vez de hablar de minusválidos (desventaja/social) por deficiencia física, por deficiencia sensorial o por deficiencia mental, se habla directamente de minusválidos físicos, sensoriales o mentales, atribuyendo el atributo del plano personal (deficiencia) al plano social (minusvalía), contribuyendo aún más a la medicalización del término.

#### e) Problemas de competencias con otros colectivos

El campo de las «consecuencias de la enfermedad» es por supuesto mucho más amplio que el estrictamente médico o de los servicios sociales, e influye de forma importante en otros ámbitos sociales, como pueden ser el jurídico, militar, laboral, deportivo o el de los seguros, entre otros<sup>12</sup>.

Cada uno de estos colectivos ha usado y usa una terminología propia para desig-

<sup>12</sup> *Daño Corporal: Fundamentos y métodos de valoración médica.* Rafael Hinojal Fonseca, Arcano Medicina, Oviedo 1996.

nar estos conceptos y, bien sea por corporativísimo y defensa de la propia jerga, bien por desconocimiento, no parecen haber sido receptivos a las propuestas de la OMS para intentar usar un lenguaje común. De esta forma, en el Estado nos podemos encontrar con que a una persona con una deficiencia por pérdida de visión en un ojo, en el Ejército se le cataloga como mutilado y se le declare inútil; en la Seguridad Social se dirá que tiene una enfermedad crónica o incapacidad permanente y se le declarará inválido; en los Juzgados se dirá que tiene un daño, lesión o secuela; en los Servicios Sociales se dirá que es una persona discapacitada y se le declarará minusválido; por último es posible que en el portal de su casa alguien haga referencia al tuerto del 3º B.

Como ejemplo de la no utilización de la terminología propuesta por la OMS, no tenemos más que fijarnos en las otras tablas oficiales que existen en el Estado para valoración (a parte de las de las ya señaladas tablas de valoración del menoscabo permanente de la Orden del 8 marzo 84) que son las de valoración de secuelas de la ley 30/95 de 8 de noviembre, de ordenación y supervisión de seguros privados<sup>13</sup>. Nos encontramos aquí con la misma problemática de no usar de forma adecuada los conceptos de deficiencia, discapacidad y minusvalía, de mezclarlos y de no dejar desde un principio bien sentado qué es lo que se está valorando, graduando o puntuando. De esta forma, se habla de lesiones permanentes, invalideces concurrentes, incapacidades preexistentes, secuela, perjuicio... pero en ningún momento se aprecia el más mínimo interés en aproximarse a lo propuesto por la OMS.

#### 4. INTENTANDO IDENTIFICAR EL PROBLEMA

Una vez llegados a este punto, y partiendo de que existe un problema, voy a intentar, mediante el estudio de la terminología utilizada oficialmente en los últimos treinta años por la Administración, identificar cuál es de los tres conceptos propuestos por la OMS al que se quieren referir preferentemente, cuando hablan de minusválido, inválido, discapacitado, etc, los diferentes decretos y circulares oficiales.

<sup>13</sup> Ley 30/95 de 8 de Noviembre de ordenación y supervisión de seguros privados. B.O.E. de 9 de Noviembre de 1995.

- Año 1969 Decreto 20 Septiembre: «Subnormalidad se valorara según el porcentaje de incapacidad global de la persona».
- Año 1970 Decreto 2531/1970 sobre empleo de trabajadores minusválidos: «Minusválido es aquel que tiene un porcentaje de incapacidad física o psíquica del 33%».
- Año 1983 Criterios generales de valoración de minusvalía (INSERSO): «La incapacidad de la persona se determina sumando a las minusvalías (o menoscabo) permanente unos factores complementarios (psicológicos, sociales y laborales)».
- Año 1984 Orden 8 de Marzo: « La minusvalía se determina sumando a la discapacidad física, psíquica o sensorial los factores sociales complementarios».
- Año 1991 Real Decreto 357 de pensiones no contributivas: «La minusvalía (o enfermedad crónica) se determina sumando los «factores» físicos, psíquicos o sensoriales a los factores sociales».
- Año 1992 Códigos de discapacidad, diagnóstico y etiología (INSERSO): «Discapacidad son las alteraciones (tanto morfológicas como funcionales) que pueden ser valoradas según su grado de severidad».
- Año 1997 Guía para la aplicación de códigos de deficiencia, diagnóstico y etiología: Se sustituye (¡por fin!) el término discapacidad por el de deficiencia.

Si nos fijamos ahora en los conceptos básicos, podemos observar cómo la idea de estructura o función física, psíquica o sensorial, hace referencia al primer concepto, es decir al de deficiencia.

Sin embargo:

- en el año 70 se habla de incapacidad física o psíquica.
- en el año 84 se habla de discapacidad física, psíquica o sensorial.
- en el año 91 se habla de factores físicos, psíquicos o sensoriales.
- en el año 92 se habla de alteraciones morfológicas y funcionales.

En todos estos casos tendrían que haberse referido a deficiencias físicas, psíquicas o sensoriales.

Y en los otros dos casos: en el año 69 se habla de incapacidad global de la persona, mientras que en el 83 se habla de minusvalía o menoscabo permanente. En ambos casos los términos están mal traducidos de las tablas AMA: menoscabo global de la persona y menoscabo permanente, que bien traducidos tendrían que haberse referido a deficiencia global de la persona y deficiencia permanente.

Parece claro que al concepto que más frecuentemente se refieren todas estas normativas es al primero, es decir, al de la deficiencia, aunque lo nombren de la forma más diversa.

Si a esto sumamos lo dicho en cuanto a la «medicalización» del término minusválido, nos podemos dar fácilmente cuenta de que a lo que realmente se refiere tanto la gente, como los medios de comunicación, como los informes y normativas oficiales al hablar de minusválidos o de discapacitados, es realmente a personas con deficiencia física, psíquica o sensorial.

El problema es fácil, podríamos pensar. Usamos para todo el término deficiencia y solucionado. Tal solución, realmente, sería una de las menos malas (como han hecho los catalanes). A simple vista, se puede pensar, ¿y qué importa?: así es más sencillo y no hay tanto lío de términos.

Pero sí que importa.

## 5 EL PROBLEMA DE CONFUNDIR LOS TÉRMINOS

Voy a valerme de dos ejemplos para clarificar estos conceptos.

Un traumatismo en la columna vertebral (enfermedad) puede producir una lesión irreversible como es la parálisis de las extremidades inferiores (deficiencia); esto a su vez va a producir la imposibilidad para caminar (discapacidad) y los problemas asociados a tener que desplazarse en silla de ruedas (minusvalía). La discapacidad no siempre implica tener una minusvalía. La discapacidad se convierte en minusvalía sólo cuando sus efectos impiden la participación del individuo en diversas tareas o papeles de su entorno social, debido a los obstáculos que se le imponen.

En este caso, es evidente que la supresión de las barreras arquitectónicas, el transporte público adaptado o la configuración ergonómica del puesto de trabajo no van a modificar la discapacidad para caminar, ni la deficiencia de las extremidades inferiores, pero sí pueden hacer que la minusvalía (desventaja) impuesta por el entorno para acceder al transporte público o al trabajo sea mínima.

Pensemos ahora en un joven de 18 años que, como consecuencia de las graves lesiones perineales provocadas por un accidente de moto, sufre la pérdida del pene y los testículos. Independientemente de los trastornos psicológicos que esto podría causarle, quedaría estéril e impotente. Podríamos pensar que se acostumbraría pronto a orinar sentado, que el déficit hormonal podría ser compensado farmacológicamente, que las relaciones sexuales basadas en el coito serían sustituidas por otras y que incluso la esterilidad hoy en día no es un problema significativo, habida cuenta los bajos índices de natalidad. No se vería afectada su integración socio-laboral y, portante, podríamos pensar que no sería «minusválido»; es evidente, sin embargo, que este joven padecería cierta deficiencia y alguna discapacidad.

Para entenderlo, tendríamos que relacionarlo con los tres conceptos básicos.

a) ¿Tiene alguna deficiencia? (primer concepto, relativo a la afectación de órgano)

Habrà que preguntarse: ¿De qué? Está claro que sí existe una pérdida de órganos (pene y testículos), así como de las funciones sexuales, reproductoras y hormonales correspondientes. ¿En qué grado? Dependerá de las tablas que se apliquen:

- Según las tablas A.M.A. y las de la Orden de 8 de marzo de 1984: un 30% por pérdida de pene y un 20% por pérdida de testículos, combinándolos se obtiene una deficiencia global del 44%.
- Según las tablas de valoración de secuelas de la Ley 30/95 de ordenación y supervisión de seguros privados: 35 puntos por destrucción del pene y 35 puntos por pérdida traumática de dos testículos; en total 70 puntos.

¿Quién debe valorarlo? El médico, mediante las pruebas clínicas, informes y exploraciones específicas, debe hacer un diagnóstico sobre la existencia o no de una deficiencia y la gravedad de ésta.

Finalmente, y si existen tablas o clasificaciones al respecto (CIE-10, CIDDM-OMS, AMA, OM 8/84, ley 30/95, etc.), debe encuadrar y graduar dicha deficiencia de la forma más objetiva posible, de forma que tanto el diagnóstico como la gravedad puedan ser reconocidos, aceptados y reproducidos de forma internacional e interdisciplinar. Si bien el hecho de encuadrar una deficiencia en una tabla se puede considerar un acto meramente administrativo, es evidente que el diagnóstico y la graduación de la gravedad de la deficiencia son competencia estrictamente médica.

b) ¿Tiene alguna discapacidad? (segundo concepto relativo a la afectación de tarea)

Habrà que preguntarse: discapacidad ¿para qué? Veamos tres posibilidades:

- Para pilotar un avión: posiblemente, no es motivo de discapacidad.
- Para las actividades de vida diaria: dentro de los nueve grupos de actividades de vida diaria que reconoce las tablas A.M.A. en su glosario de la edición de 1994, se encuentra en octavo lugar la función sexual. Dentro del grupo de discapacidades reconocidas por la O.M.S. y en particular en el capítulo de discapacidades de las relaciones, se incluyen las perturbaciones en las relaciones sexuales. Por todo ello podemos deducir que a efectos de actividades de vida diaria, la pérdida de órganos sexuales sí puede ser causa de discapacidad.
- Para ser artista: pongamos el caso de que el individuo en cuestión era modelo y artista en un espectáculo erótico. Tendría una discapacidad importante para desarrollar su profesión habitual, probablemente causa de una incapacidad laboral.

¿En qué grado? Dependería de la tabla o baremo concreto para la actividad a valorar (baremo para valorar la dificultad de realización de actividades de vida diaria, o de utilización de transporte público, criterios para valorar incapacidades laborales, etc.). Al contrario que en el caso de las tablas de valorar deficiencias, estarían sujetas a un mayor número de factores externos (económicos, culturales, profesionales, técnicos, etc.), a la colaboración y buena voluntad de la persona valorada, y a una mayor subjetividad del valorador (siendo lo ideal para su correcta valoración la reproducción práctica de la actividad a valorar).



¿Quién debe valorarlo? Si bien el médico puede y debe dar su opinión en cuanto a lo capacitada o no que puede estar una persona para realizar una actividad determinada y de las contraindicaciones que pueda tener para su salud el realizarla, no es, ni mucho menos, el único técnico que debería estar implicado en dicho estudio.

Una vez que partimos del diagnóstico y graduación de la deficiencia de forma clara, el precisar si dicha persona en esa situación es capaz o no de realizar una determinada actividad, tendría que estar al cargo de un tribunal pluridisciplinar (técnicos de seguridad e higiene, ergonomistas, técnicos específicos de la actividad en cuestión, etc.), y en último lugar de un presidente de dicho tribunal.

c) ¿Tiene alguna minusvalía? (tercer concepto relacionado con el entorno social-desventaja)

Habría que preguntarse ¿en donde?, para lo cual tendríamos que analizar su entorno social. Veamos tres casos:

- Tiene intención de buscar compañera y formar una familia. La desventaja con relación a sus compañeros-competidores para relacionarse con chicas del sexo contrario es evidente.
- Tiene intención de ingresar en un orden religiosa, en la cual se prima el celibato y se rechazan como pecaminosas las relaciones sexuales. No parece existir desventaja en este caso. No hay minusvalía.
- Tiene intención de ingresar como eunuco en un harén de un rico musulmán. En este caso no solo no existe desventaja, sino lo contrario. No hay minusvalía.

¿En qué grado? Según las tablas específicas para tal fin. Por ejemplo las del apartado de clasificación de minusvalías de la OMS, o el baremo de factores sociales de la OMM de 8 de marzo del 84. Y, finalmente, ¿quién tendría que valorarlo? Un asistente social o equipo en que estuviera integrado.

Con estos ejemplos, en algunos casos exagerados, quiero dejar bien sentado la trascendencia de diferenciar los tres conceptos deficiencia, discapacidad y minusvalía.

Una vez planteados los aspectos terminológicos, conviene también aclarar cómo se pueden medir cada uno de los conceptos básicos y la no menos impor-

tante labor de diferenciar a los profesionales, equipos o tribunales encargados de valorarlos. En caso de no hacerlo así, añadimos al problema fundamental —que es en muchos casos el estar sometidos a criterios subjetivos, ya sea del explorador o del explorado— el de mezclar en una misma medida conceptos distintos.

De todo ello se desprende la necesidad, primero, de separar los conceptos; segundo, de adecuar a los profesionales que los valoran; y tercero, de introducir elementos que permitan objetivar cada una de ellos y que a la vez sean capaces de medir por separado, con sus magnitudes correspondientes, entidades distintas como son la deficiencia, la discapacidad y la minusvalía.

Es por tanto imprescindible que por parte de todos los profesionales relacionados con el campo de las «consecuencias de la enfermedad» (discapacitación) y, más en concreto, desde la administración y los medios de comunicación, se haga una apuesta decidida no ya por el uso correcto de la terminología, sino por la educación y divulgación de la misma a nivel general.

## 6. LA NUEVA CLASIFICACIÓN DE LA OMS: RÉQUIEM POR UNA TERMINOLOGÍA NO ASIMILADA

Después de todo lo dicho anteriormente sobre la dificultad de utilizar la terminología propuesta, y cuando parecía atisbarse una cierta preocupación por parte de diversos organismos oficiales para su correcta utilización, la OMS ha realizado una nueva clasificación cuya versión definitiva tiene previsto publicar en 1999<sup>14</sup>: como se dice popularmente, «éramos pocos y parió la abuela».

En esta nueva clasificación, si bien se mantienen los tres grandes conceptos de deficiencia, discapacidad y minusvalía, cambian la terminología y el esquema general de la clasificación. Su título pasa a ser el de «Clasificación internacional de deficiencias, actividades y participación. Manual de las dimensiones de las consecuencias de la enfermedad y del rendimiento funcional CIDDDM-2».

<sup>14</sup> CIIDDM-2: *Clasificación internacional de deficiencias, actividades y participación. Manual de las dimensiones de las consecuencias de la enfermedad y del rendimiento funcional*. Versión Beta-1 para experimentación. OMS, Ginebra, 1997.

### 6.1. Las razones del cambio

- a) Evitar las connotaciones negativas de algunos términos

Ya la antigua clasificación advertía que su intención no era la de clasificar a las personas, sino sólo ciertas características de «las consecuencias de la enfermedad» y que, por consiguiente, es preferible referirse a *personas con...* (la consecuencia de la enfermedad específica), en lugar de utilizar el adjetivo derivado del nombre de las categorías, para así evitar el estigma y las connotaciones negativas. Las personas no deben reducirse a..., ni caracterizarse por..., (no debe hablarse de deficiente mental, si no de persona con deficiencia mental, como tampoco se debe hablar de un sidoso, sino de una persona con SIDA).

Los términos que utiliza la CIDMM-2 se expresan de una manera neutral para evitar el desprecio, la estigmatización y las connotaciones negativas. Aunque también avisa de que los atributos negativos de las alteraciones de la salud y de cómo las personas reaccionan ante ellas son independientes de los términos utilizados para definir dichas alteraciones. Las consecuencias de la enfermedad seguirán existiendo con independencia del nombre que reciban. Por consiguiente, el problema no es sólo una cuestión de lenguaje, sino también y principalmente, de la actitud de otras personas y de la sociedad hacia las consecuencias de la enfermedad. Lo que se necesita no es un lenguaje políticamente riguroso, sino un contenido y un uso correctos.

- b) Mayor interrelación entre los tres conceptos

La primera clasificación estaba basada en un modelo unidireccional, es decir: enfermedad —» deficiencia —» discapacidad —» minusvalía. En la nueva, sin embargo, se trata de realizar una interrelación más compleja e, incluso, bidireccional entre los distintos conceptos.

- c) Dar más importancia a la interacción con los factores sociales y ambientales

A la primera clasificación se le achacaba estar excesivamente «medicalizada». Por ello, en esta nueva se tiene en cuenta una mucho más compleja interrelación biopsicosocial, incluyendo una larga serie de factores del contexto social y ambiental.

- d) Incluye en cada grupo de clasificación los factores positivos (o neutros) y los factores negativos

El primer concepto, el de deficiencia, (plano de las partes del cuerpo) se define como *la pérdida o anormalidad de una estructura o una función {fisiológica o psicológica} del cuerpo*. Se hacen dos subclasificaciones en este grupo, diferenciando deficiencias estructurales y deficiencias funcionales.

El segundo concepto, el de actividad (plano de la persona en su conjunto) se define como *todo lo que una persona hace, sea cual sea su nivel de complejidad*. Se subdividiría en dos subgrupos: uno clasificando los factores neutros o positivos (clasificación de actividades) y otro los negativos (clasificación de limitaciones de la actividad, lo que en la anterior clasificación se denominaba discapacidad). Estas últimas se definen como *las dificultades que tiene una persona para realizar, lograr o terminar una actividad*.

El tercer concepto, el de participación (plano de las relaciones sociales) se define como *la naturaleza y el grado de intervención en situaciones de la vida con relación a deficiencias, actividades, alteraciones de salud y factores de contexto*. El concepto se subdivide, como los anteriores, en dos partes: una para factores neutros o positivos (clasificación de la participación) y otra para negativos (clasificación de la restricción de la participación, lo que anteriormente se denominaba minusvalía). Esta última se define como *la desventaja para la persona con deficiencia y/o limitaciones de la actividad, que se crea o agrava por las características de los factores de contexto ambientales o personales*.

A partir de este esquema básico se desarrolla todo un complejo sistema de clasificaciones y subclasificaciones, así como una excelente introducción en la que se explica de forma pormenorizada no solo el contenido y finalidad de la clasificación, sino también las definiciones, términos y vocabulario utilizado, así como sus posibles usos y limitaciones.

Todo ello enfocado a ser una herramienta de precisión que ayude al diagnóstico, planificación, investigación, desarrollo y valoración de todos los campos relacionados con las consecuencias de la enfermedad (discapacitación).

MIGUEL QUEREJETA GONZÁLEZ