

XXVII Congreso de la Asociación Latinoamericana de Sociología. VIII Jornadas de Sociología de la Universidad de Buenos Aires. Asociación Latinoamericana de Sociología, Buenos Aires, 2009.

# **Historia clínica basada en enfoques de salud colectiva y vulnerabilidad social. Una herramienta para la atención y promoción de la salud-enfermedad en un mundo globalizado.**

Didoni, M, Rojas, Mc, Meichtry, Nc, Ciuffolini, Mb, Jure, H, Cárdenas, M y Castillo, Jj y Vazquez, Jc.

Cita:

Didoni, M, Rojas, Mc, Meichtry, Nc, Ciuffolini, Mb, Jure, H, Cárdenas, M y Castillo, Jj y Vazquez, Jc (2009). *Historia clínica basada en enfoques de salud colectiva y vulnerabilidad social. Una herramienta para la atención y promoción de la salud-enfermedad en un mundo globalizado. XXVII Congreso de la Asociación Latinoamericana de Sociología. VIII Jornadas de Sociología de la Universidad de Buenos Aires. Asociación Latinoamericana de Sociología, Buenos Aires.*

Dirección estable: <https://www.aacademica.org/000-062/1564>

*Acta Académica es un proyecto académico sin fines de lucro enmarcado en la iniciativa de acceso abierto. Acta Académica fue creado para facilitar a investigadores de todo el mundo el compartir su producción académica. Para crear un perfil gratuitamente o acceder a otros trabajos visite: <https://www.aacademica.org>.*

# Historia clínica basada en enfoques de salud colectiva y vulnerabilidad social

Una herramienta para la atención y promoción de la salud-enfermedad en un mundo globalizado

**Didoni, M.<sup>1</sup>; Rojas, MC<sup>2</sup>;  
Meichtry, NC; Ciuffolini, MB;  
Jure, H.; Cárdenas, M.<sup>3</sup>;  
Castillo, JJ y Vazquez, JC**

## I. Introducción

La dinámica social de nuestros tiempos, caracterizada por el ejercicio de modelos económicos excluyentes, puestos en evidencia por la flexibilización laboral, la precariedad de las condiciones de trabajo, la falta de acceso a los servicios de salud, la violencia y la pobreza, se refleja en nuevos perfiles epidemiológicos en la población. Esto hace necesario que surjan abordajes novedosos y diferentes para comprender e interpretar los fenómenos sociales y particularmente todo lo relacionado con el proceso salud-enfermedad-atención, como aporte importante para la propuesta de soluciones.

En este contexto, el enfoque desde la salud colectiva y familiar busca superar el énfasis en modelos biológicos y profundizar en la relación inherente entre los determinantes y condicionantes sociales, y el perfil epidemiológico de los diferentes grupos.

Un primer elemento necesario para la construcción de un pensamiento y una práctica acorde con las necesidades de salud de la población, radica en la necesidad de comprender el fenómeno salud-enfermedad-atención como historia, buscando en el ayer y en el hoy tanto sus potencialidades como sus limitaciones.

Según Breilh (2003):

*“En los momentos actuales, el movimiento latinoamericano de la salud colectiva ha ratificado su compromiso con una praxis para la conquista del desarrollo humano y la calidad de vida en equidad, como fundamentos de la construcción de sociedades saludables, motivo por el cual debemos insertar en ese desafío, nuestra búsqueda de un paradigma nuevo para la información”.*

Conforme a esta perspectiva, si bien es necesario revisar diversos aspectos vinculados al proceso de atención en salud, planteamos particularmente reconsiderar los sistemas de registro de la consulta médica. Proponemos un nuevo instrumento, diseñado como una historia clínica familiar y comunitaria (HCFC) y software asociado, que procura un modelo de abordaje integral

---

<sup>1</sup>Didoni, M, Ciuffolini, MB; Jure, H.: Dpto de Medicina Familiar de la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad Nacional de Córdoba. E mail: didonicooke@hotmail.com

<sup>2</sup> Rojas, MC; Meichtry, NC: IIGHI-CONICET. E mail: rojas\_herrera@arnet.com.ar

<sup>3</sup> Cárdenas, M; Castillo, JJ; Vazquez, JC: UTN-FRC. E mail: angelaesmeralda@gmail.com

considerando los determinantes sociales desde el enfoque de vulnerabilidad social. Los componentes contemplados para su construcción están basados en lo intersectorial, multidisciplinar y la participación ciudadana. Esto permitirá vislumbrar las interrelaciones existentes entre cada uno de los componentes involucrados en el proceso salud-enfermedad, brindando una amplia fuente de información que posibilite la comprensión de los problemas de salud, la toma de decisiones y generación de dispositivos de intervención desde una perspectiva integral.

## II. Globalización, vulnerabilidad social y salud colectiva

Inicialmente se intentará establecer la relación entre la globalización y la salud, El término globalización, acuñado por las ciencias sociales y políticas, ha servido para bosquejar las características del proceso en sus vertientes económica, política, social y cultural. Ahora bien, es conveniente diferenciar, conforme propone Ulrich Beck (1999) los términos **globalidad**, **globalismo** y **globalización**.

**Globalidad** significa que hace ya bastante tiempo vivimos en una sociedad mundial, percibida y reflexiva, donde mundial significa diferencia y pluralidad mientras que sociedad, significa estado de no-integración, razón por la que la globalidad se puede entender como pluralidad sin unidad.

Por **globalismo**, en cambio, Beck entiende la concepción según la cual el mercado mundial desaloja o sustituye el quehacer político; es decir la ideología del dominio del mercado mundial o la ideología del liberalismo. En esta forma, el neoliberalismo reduce la pluridimensionalidad de la globalización a una sola dimensión, la económica, y minimiza las otras dimensiones: ecológica, cultural, política y social.

Por último, Beck define la **globalización** como los procesos en virtud de los cuales los Estados nacionales soberanos se entremezclan e imbrican mediante actores transnacionales y sus respectivas probabilidades de poder, orientaciones, identidades y entramados varios.

Para el autor, esta globalización tendría como un diferenciador esencial, su ser irreductible lo cual significa que existe una afinidad entre las distintas lógicas de las globalizaciones ecológica, cultural, económica, política y social, que no son reducibles, ni explicables las unas a las otras, sino que, antes bien deben entenderse y resolverse en sí mismas y en mutua interdependencia.

La diferenciación entre estos tres términos es de singular importancia para nuestra aproximación, puesto que tratamos de descubrir las potencialidades del obrar ético-político desde el campo de la salud en un ambiente inmensamente complejo de la globalización y totalmente diferente de la nueva simplicidad del globalismo, defendida por el pensamiento neoliberal, el mismo que supuestamente está llevando a cabo una revolución racional totalmente apolítica.

Ahora, si queremos enfrentar las demandas planteadas por el globalismo es necesario enfatizar sobre la necesidad de construir abordajes del proceso salud-enfermedad-atención más amplios e integrales, capaces de dar cuenta de la acción social y de las estructuras y compromisos con los derechos y las consecuencias en salud. Enfoques como el de salud colectiva y vulnerabilidad social posibilitan ampliar las formas de ver, interpretar y actuar en este campo.

La salud colectiva propone el análisis del proceso salud-enfermedad-atención considerando los procesos protectores y deteriorantes a nivel individual y colectivo desde la perspectiva teórica de la complejidad, integrando los niveles micro y macro y las transformaciones de los sistemas de salud.

Asimismo, el enfoque de vulnerabilidad social aporta a la salud colectiva el conocimiento de los hogares en cuanto a las estrategias que desarrollan para enfrentar las situaciones de crisis a través de comprender cómo se adquieren los activos y pasivos en los hogares (procesos protectores y deteriorantes), cómo se acumulan, se protegen, se consumen, se invierten y se articulan unos con otros. Es importante subrayar que el conocimiento de esos procesos es imprescindible para evitar que las intervenciones en la salud-enfermedad-atención entren en colusión con los mecanismos que operan naturalmente en el seno de la trama social, facilitando y potenciando aquellos encadenamientos positivos entre activos que ya forman parte de las estrategias de los hogares para enfrentar situaciones de adversidad.

Entonces, desde el convencimiento de que no es posible lograr la salud únicamente por el descuento de la enfermedad ni por la aproximación positivista y funcionalista, que excluye al sujeto como generador de su propio conocimiento y de la acción, se propone repensar los sistemas de información en salud considerando:

- Presupuestos filosófico-teórico de la salud y la vida, sin descuidar la prevención de la enfermedad.
- Métodos que integren diversas metáforas y proponen variadas hermenéuticas capaces de dar cuenta de la acción social y de las estructuras y compromisos con los derechos y las consecuencias en salud.
- Prácticas sociales que integran diversos actores y poderes además del poder del Estado: el accionar del individuo, de los públicos o movimientos sociales que promueven la salud, controlan socialmente el cumplimiento de los deberes encomendados al Estado, luchan por su democratización y entran en acuerdos-desacuerdos con los poderes supranacionales e infranacionales. (Granda, 2000)

Estas concepciones apuntalan una práctica de la salud pública más comprometida con la interpretación-mediación antes que con la intervención técnico-normativa de la salud pública del anterior siglo, lo que implica nuevas formas de organización y funcionamientos de los servicios sanitarios

### **III. Servicios Sanitarios: de su organización y funcionamiento**

La entrega y utilización de servicios sanitarios se sostiene en una determinada forma de organización y funcionamiento de los mismos.

En esta compleja trama de arreglos organizacionales, los sistemas de registro de atención constituyen el soporte para la asistencia individual y comunitaria, la programación de actividades y evaluación de la calidad de la atención prestada.

Los modos de organización y entrega de servicios de un sistema sanitario entrañan y traducen una determinada conceptualización respecto a los fenómenos de salud y enfermedad, los cuales como señala Sousa Campos (2001) no son obra de la casualidad, sino que son la resultante de una compleja trama de intereses, directrices y valores dominantes en una cierta época y en un contexto dado.

Si analizamos el perfil de gestión de los efectores de primer nivel de atención en algunas provincias argentinas (Martinez M, Fernandez R , et al 2007) se advierte que el mismo está centrado en valores, recursos y modalidades de corte tradicional, los cuales traducen un modelo de organización fuertemente centrado en la atención de la enfermedad.

Si consideramos particularmente los sistemas de registro de atención de pacientes, parecen coexistir diferentes instrumentos, destacándose la existencia dominante de sistemas de registro de atención individual que no posibilitan un seguimiento integral, continuo y contextualizado de los problemas de salud de la población que atienden ( 67,44 % de uso de fichas individuales y 46,55% de uso de historias clínicas individuales, frente a un 30,23% para sistemas de registro integral como las historias clínicas familiares)

Es entonces necesario señalar que desde una perspectiva de comprensión del proceso salud-enfermedad-atención como un proceso social e histórico, en el que confluyen un sinnúmero de variables ambientales, económicas, culturales, etc., vinculadas de manera dinámica y compleja, los dispositivos de organización del sistema sanitario deberían poder dar cuenta de esta complejidad.

Proponemos entonces presentar un nuevo instrumento, diseñado como una historia clínica familiar y comunitaria (HCFC), que consta de un software asociado

#### **IV. Historia Clínica Familiar y Comunitaria (HCFC)**

El proceso de atención en salud genera una amplia y variada gama de datos, cada uno de los cuales adquieren mayor o menor relevancia conforme a la perspectiva de comprensión del proceso salud-enfermedad y los objetivos, características y posibilidades de cada equipo de salud. Pero más allá de las particularidades del abordaje, el hecho de que la recolección de información constituya un insumo para la concreción de diversas acciones, es un requisito imprescindible.

La Medicina Colectiva y Familiar postula una perspectiva de abordaje, en la cual desplaza el objeto de cuidado desde la enfermedad, hacia la persona en su contexto familiar y comunitario. Este modelo sustentado en la propuesta de Ian Mc Whinney (2000) denominada Proceso Clínico Centrado en el Paciente, pretende mediante la incorporación de diferentes componentes ampliar la capacidad comprensiva del método clínico, propiciando el análisis contextual y la incorporación de la subjetividad del paciente y del médico y su significancia e implicancias en el proceso salud-enfermedad. Dar cuenta efectivamente de este modelo de abordaje requiere un soporte de recolección de información que efectivamente posibilite el análisis y comprensión de los siguientes componentes:

- ***La integralidad de la atención:*** entendida como integración e interacción de dimensiones variables y complejas. Parte de una visión integral del hombre e incluye la interacción de este a través del tiempo y el espacio, con su medio físico, biológico y social. Así considerado el fenómeno humano, se comprende que el proceso salud-enfermedad afecta la integridad de la persona y no solamente a uno de sus componentes. Por esto, se incorpora al análisis el enfoque de vulnerabilidad social que permite entender el portafolio de recursos (activos y pasivos) que poseen y controlan los hogares para el aprovechamiento de las estructuras de

oportunidades que brinda el medio en que se desenvuelven.<sup>4</sup> Estos recursos corresponden a distintos capitales: humano, social y físico<sup>5</sup>

- **Investigar la Dolencia y enfermedad del paciente:** Se define la dolencia como el sentimiento personal y único que la situación o problema significa para el paciente y cómo impacta en su vida cotidiana. La enfermedad que es la entidad nosológica identificada por los profesionales según las características clínicas encontradas. En general enfermedad y dolencia no son lo mismo, y por lo tanto si ésta no se identifica, el profesional no dará respuesta al “verdadero” problema por el que consulta el paciente.
- **Oportunidades para la prevención:** el cuidado del paciente no debe reducirse a dar respuesta a los problemas que presenta sino a reconocer procesos protectores y deteriorantes de la salud, a fin de fortalecer los primeros y minimizar los últimos.
- **La continuidad de la atención:** la historia clínica supone el recuento escrito de los anteriores contactos del paciente con el sistema de salud. Esto lo podemos entender dentro de un mismo episodio de enfermedad (consultas de diagnóstico y seguimiento de una

---

<sup>4</sup> Se considera “recursos” a todos los bienes que controla un hogar, tangibles o intangibles. Estos recursos pueden constituirse en activos o pasivos.

La idea de “activo” se ocupa del subconjunto de recursos que permiten elevar o mantener el nivel de bienestar ante situaciones que amenazan la salud. La concepción de activos corresponde al uso dado por el *asset vulnerability approach* (Moser, 1998) que estudia a los pobres y examina especialmente la naturaleza de los recursos que estos movilizan para reducir su vulnerabilidad frente a situaciones de riesgo. La atención se centra en estrategias de adaptación a circunstancias cambiantes, aun cuando dicha adaptación no implique mejoras en la situación de bienestar, ni modifique la capacidad para utilizar las vías existentes de movilidad e integración social.

“Pasivo” se refiere a la presencia de barreras materiales y no materiales, tanto por la falta de recursos como por la utilización de recursos del hogar que impiden el aprovechamiento de oportunidades o la acumulación de activos.

“Estructura de oportunidades” incluye las posibilidades de acceso a bienes, a servicios o al desempeño de actividades. Estas oportunidades inciden sobre el bienestar de los hogares, ya sea porque facilitan a los miembros del hogar el uso de sus propios recursos o porque les proveen recursos nuevos.

Así las cosas, de las diferentes combinaciones entre estructura de oportunidades y capacidades (como resultado de activos/pasivos) de los hogares se derivan los distintos grados de vulnerabilidad.

Se define por “capacidades” a un tipo de recursos que se distingue del resto porque en determinadas circunstancias operan como condiciones necesarias para la movilización eficiente de otros recursos. Las capacidades se identifican por el lugar que ocupa cada recurso dentro y entre cada uno de los capitales que se activan para el logro de la salud, el trabajo, la educación, entre otros, en un momento y lugar determinado. (Rojas, 2006)

<sup>5</sup> Cuando se habla de “capital” se lo hace según el significado que libera a este concepto de la connotación económica y lo extiende a cualquier tipo de bien susceptible de acumulación, en torno al cual puede constituirse un proceso de producción, distribución y consumo, y por tanto, un mercado (Rojas, 2006). Entonces, “capital”, puede definirse como: “Conjunto de bienes acumulados que se producen, se distribuyen, se consumen, se invierten, se pierden (Bourdieu, 1985)

Capital Humano, se vincula con los conocimientos, destrezas y actitudes, así como orientaciones valorativas vinculadas al proceso salud-enfermedad, a la asociación entre esfuerzo y logro y a la disposición a diferir gratificaciones inmediatas en beneficio de inversiones que mejoran las probabilidades de un mayor y más estable bienestar futuro.

Capital Social, es un activo altamente intangible que reside en los vínculos entre personas y no en las personas. Se define como una serie de interacciones materializadas en redes que forman parte de la estructura social, que tienen su propia trayectoria e historia, y que, más allá de sus funciones configuran estructuras de oportunidades proveyendo de recursos a los hogares.

Capital Físico, se relaciona con la vivienda desde la consideración de un bien que permite satisfacer las necesidades habitacionales de los hogares en relación con su salud. (Rojas, et al, 2008)

bronquitis aguda o modificaciones en la evolución y tratamiento de un paciente hipertenso) o desde el cuidado y seguimiento de diferentes problemas que presentan los integrantes de la familia durante las etapas del ciclo vital familiar.

- ***Acceder de manera rápida y actualizada a los problemas de salud de un individuo:*** la historia clínica debe posibilitar la identificación rápida y resumida de los problemas de salud que ha presentado la persona y su familia en otros momentos. Este conocimiento acumulado permite entender los problemas en relación a su historia, como así también recordar problemas no resueltos para continuar su abordaje.
- ***Monitorear de manera permanente de la calidad de atención:*** el análisis de los registros permite acercarnos a los modelos de atención de los profesionales. Por ejemplo, la falta de registro de aspectos familiares, podrían hablar de un abordaje individual, sin tener en cuenta la relación entre aspectos del grupo familiar y los problemas de salud que presentan sus individuos.
- ***Ser una fuente de datos válidos para la investigación***
- ***Ser instrumento único de registro de todo el equipo de salud:*** debe permitir el registro de información para todo el equipo de salud.

#### a) Estructura de la HCFC

El modelo de HCFC comprende los siguientes apartados:

1. ***Datos básicos de la persona:*** numero de historia clínica, tipo y número de documento, domicilio de la persona, fecha de nacimiento, información antropométrica (peso, talla índice de masa corporal y circunferencia abdominal).
2. ***Datos de capital humano, social y físico*** (los datos corresponden a la Metodología Diagnóstica para la determinación del Riesgo de la Vivienda para la Salud basada en vulnerabilidad social, (DRVS) y software asociado Riesgo, Vivienda y Salud (RVS, versión 2.1) de CONICET-UTN patentada el 25/8/2008 por Expediente N° 647178)
  - 2.1 Capital humano: nivel educativo y situación laboral de la persona y su grupo familiar
  - 2.2. Capital social<sup>6</sup>: redes técnicas y servicios comunales<sup>7</sup> y servicios culturales y otro género<sup>8</sup>

---

<sup>6</sup> La vulnerabilidad del capital social se analiza a partir de la existencia de instituciones del Estado que contribuyan al desarrollo de procesos benefactores para la salud, por ser importantes en la conformación de oportunidades que, a través de su impacto en la producción, distribución y uso de activos, facilitan el acceso a canales de movilidad e integración social. Las funciones del Estado en este aspecto se pueden clasificar en dos grandes grupos: las que facilitan un uso más eficiente de los recursos que ya dispone el hogar (redes técnicas y servicios comunales) y las que proveen nuevos activos o regeneran aquellos agotados (servicios sanitarios, sociales, de seguridad y urgencia y culturales y de otro género) (Kaztman, 2000).

Este planteo se realiza desde la consideración de que son las redes familiares, vecinales y comunitarias las que ejercen su influencia para que estas instituciones existan y estén localizadas a distancias adecuadas para trasladarse a pie desde el hogar o en transporte.

<sup>7</sup> Las redes técnicas y los servicios comunales constituyen la interfase de la infraestructura básica de la vivienda con el ambiente físico donde esta localizada. Esta interfase permite el flujo de recursos que a través de la trama de cables, tubos, conectores y utilitarios conducen el agua de consumo, la electricidad, la telefonía, entre otras, en tanto evacuan

2.3 Capital Físico: microlocalización, habitabilidad, situación dominial, materialidad, abastecimiento de agua, saneamiento básico y combustión para cocinar en la vivienda<sup>9</sup>

3. **Prácticas preventivas:** cada consulta debe significar una oportunidad para trabajar con los pacientes y sus familias, diferentes aspectos relacionados a su salud. Este instrumento permite reconocer de manera rápida, la implementación de prácticas preventivas recomendadas según etapa del ciclo vital, en consultas sucesivas.

4. **Listado de problemas:** para lograr una comprensión del proceso salud enfermedad de cada paciente, es necesario conocer su historia, no solo en relación a los problemas padecidos sino también los modos de resolución que cada paciente y su familia poseen. En la práctica ambulatoria, el listado de problema constituye un instrumento de gran utilidad para recoger de manera rápida y sintética, información relacionada a la historia del paciente y su familia, identificando problemas no resueltos que deben ser abordados por el equipo de salud en encuentros sucesivos.

Consta de cinco columnas, donde se registran:

- El problema: entendiendo como tal toda enfermedad, trastorno, síntoma, signo o padecimiento que presenta un paciente y debe ser objeto de atención por parte del equipo de salud. A diferencia del diagnóstico, se entiende que los problemas incluyen aspectos sicosociales como determinantes de salud

---

los residuales líquidos, –aguas negras y grises- y las aguas pluviales. También facilitan el traslado de residuos sólidos y de personas a través de los viales. (Cfr. OMS-OPS, 1999)

<sup>8</sup> Servicios culturales y de otros géneros: espacios comunitarios abiertos o cerrados para actividades de recreación

<sup>9</sup> Se consideran los siguientes componentes de la vivienda:

- Microlocalización: hogares localizados en zonas de amenazas naturales (Por ej: los ríos que ofrecen oportunidades de producción, acceso a agua y medios de transporte y aspectos estéticos de gran valor, además de la refertilización natural de sus zonas de inundación, cíclicamente producen inundaciones de magnitudes anormales que ponen en peligro a la comunidad establecida en sus proximidades), socionaturales (eventos que se gestan en la intersección de la sociedad con los procesos de la naturaleza. Por ej: deslaves por inadecuado manejo del entorno de la ciudad y de su región circundante) y tecnológicas (el uso de tecnologías modernas y artesanales en la producción y el transporte son fuente de posibles amenazas por problemas de control, reglamentación o fallas en los sistemas mecánicos o eléctricos).
- Espacio habitable: hogares que no poseen:
  - hasta dos o menos personas por cuarto;
  - un lugar para cocinar por hogar;
  - una letrina o baño con inodoro instalado por hogar.
- Situación Dominial: hogares que poseen viviendas y terreno en situación de préstamo, comodato y/o alquiler.
- Materialidad: hogares que no poseen:
  - pisos de cerámica, baldosa o mosaico;
  - paredes exteriores de hormigón, ladrillo o bloque con revoque o revestimiento externo;
  - techo de chapa de metal o de fibrocemento con cielorraso o baldosa o losa con o sin cubierta de pizarra o teja o con o sin cielorraso.
- Provisión de agua: hogares sin conexión de agua dentro del domicilio.
- Saneamiento: hogares sin conexión a redes cloacales, cámara séptica y pozo ciego o pozo ciego.
- Combustión para cocinar: hogares sin gas para cocinar.
- Electrodomésticos: viviendas sin heladera con o sin freezer o teléfono o televisión. (Rojas, 2006)



- el código del problema: permite registrar de manera unificada, los problemas atendidos en el primer nivel de atención con el fin de disponer de información apropiada sobre el perfil epidemiológico de la población a cargo, ya sea para establecer prioridades de intervención como para la planificación y evaluación. Se utilizará “Clasificación Estadística Problemas de Salud en Atención Primaria” (CEPS-AP), la cual fue una adaptación realizada por Ministerio de Salud de la Nación y la Organización Panamericana de la Salud, de sistemas de codificación desarrollados (CIP SAP – CIE 10), pero adaptados al primer nivel de atención
- Fecha de inicio del problema
- Fecha de resolución: Hay problemas crónicos que no tendrán fecha de resolución (por ejemplo: Hipertensión Arterial –HTA-, Diabetes –DBT-, SIDA etc.) por lo tanto estos quedarán solo con fecha de inicio. De esta manera el equipo de salud podrá identificar en forma rápida los problemas sin resolución para realizar su seguimiento.
- Observaciones: en este apartado se registrarán los planes diagnósticos y de seguimiento que se acordarán con el paciente.

5. **Problemas prevalentes:** este apartado permite realizar un seguimiento de los pacientes con problemas crónicos prevalentes en la adultez, como son HTA, DBT y problemas nutricionales (obesidad) desde el enfoque de la vulnerabilidad social. Dichos problemas están asociados a las principales causas de enfermedad y muerte en nuestro país, y determinados fuertemente por los estilos y modos de vida.

6. **Informes resumizados de los datos de HCFC:** permite realizar diferentes análisis de la información registrada del perfil epidemiológico de la población consultante y de los recursos vinculados a los capitales humano, social y físico. Además posibilita analizar el perfil prestacional de los profesionales de la salud e identificar algunos indicadores de calidad del servicio de salud. Se genera un archivo en formato MSEXcel que permite exportarlo para su posterior análisis.

7. **Archivos MS Excel** con el contenido de información de los recursos vinculados a los Capitales Sociales, Físico, Humano y el Control de Salud de los pacientes y los familiares vinculados a cada uno ellos, desde la fecha de inicio de la atención de los pacientes hasta la fecha que se examina la información para realizar el análisis.

## b) Software asociado

El software de HCFC ha sido desarrollado utilizando el entorno de desarrollo Visual Studio NET 2005, con el lenguaje de programación C#. El motor de base de datos que da soporte al software es SQL Server 2000, y la base de datos ha sido desarrollada bajo dicho motor.

El servidor de aplicaciones en el que se encuentra funcionando actualmente el sistema es Windows Server 2003, sobre el cual se encuentra montado también el servidor de base de datos.

A continuación se presentan algunas pantallas: (Ver power point)

Fig1: Pantalla de acceso a HCFC

Fig 2: Pantalla de acceso para ver HCFC, registrar nueva HCFC y registrar consultas

## V. A modo de cierre

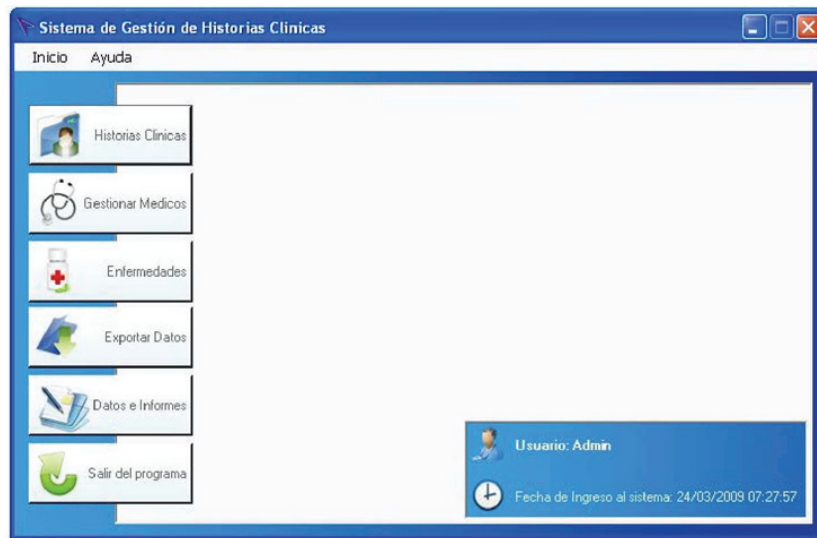
### Se considera que la HCFC propuesta permitirá, parafraseando a Breilh (2003):

- una comprensión del modo de devenir de la salud-enfermedad-atención (determinación, procesos generativos y sus relaciones)
- una concepción de la necesidad colectiva de la salud-enfermedad-atención (necesidad y visión de desarrollo)
- una concepción de la prevención colectiva que se ocupa de anticiparse a contrarrestar todos los procesos destructivos del perfil epidemiológico como así también una prevención clínica etiológica
- una visión de promoción colectiva que se ocupa de fomentar los procesos protectores y favorecedores de todo perfil epidemiológico y de promoción individual ligada a los servicios asistenciales
- una ética de la gestión que compromete un paradigma de gerencia social de formas participativas de administración popular

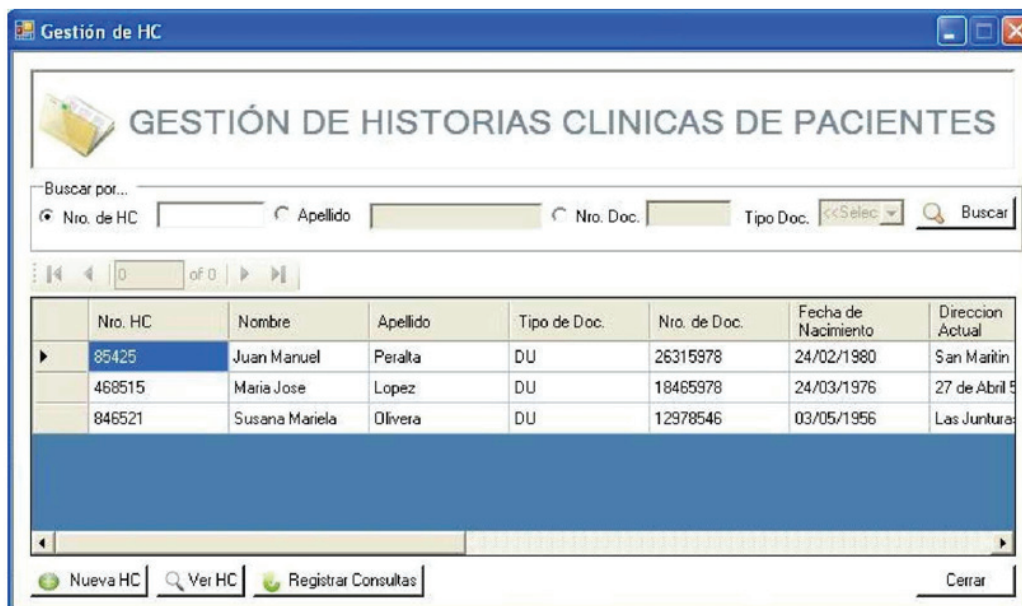
*“Si no ampliamos nuestra forma de ver, interpretar y accionar alrededor de la salud y el poder, la salud pública no podrá comprender y acompañar este acontecimiento global.” (Granda, 2000)*

*“ Un mundo global es un lugar en el que, por una vez, el desiderátum de la responsabilidad moral y los intereses de la supervivencia coinciden y se funden. La globalización es, entre otras cosas (y quizás, mas que ninguna), un desafío ético y político.” (Bauman, 2004)*

**Fig1: Pantalla de acceso a HCFC**



**Fig 2: Pantalla de acceso para ver HCFC, registrar nueva HCFC y registrar consultas**



## VI. Bibliografía

1. Breilh, J. Epidemiología Crítica. Ciencia Emancipadora e Interculturalidad. Buenos Aires. Editorial Lugar, 2003.
2. Beck, U. ¿Qué es la globalización?. Falacias del globalismo, respuestas a la globalización. Barcelona, Paidós, 1999.
3. Granda, E. Globalización de los riesgos en salud. VIII Congreso Latinoamericano de Medicina Social-ALAMES. La Habana, 2000
4. Sousa Campos Gastao. Gestión en Salud, en Defensa de la Vida. Editorial Lugar. Buenos Aires, 2001
5. Martinez M, Fernandez. R, Valle Toledo R, Ciuffolini M, Tefeha L, Didoni M, Perez S, Jure H. Evaluación de APS y de redes de servicios de salud: dos miradas de la situación. Comisión Nacional Salud Investiga. Buenos Aires, 2007.
6. McWinney, I. Medicina de Familia. Ed. Doyma. Barcelona, 2000
7. Moser, C. The Asset Vulnerability Framework: Reassessing Urban Poverty Reduction; 1998
8. Rojas MC. Población, vivienda, salud y vulnerabilidad global. Propuesta teórico-metodológica para la estimación del riesgo de la vivienda urbana para la salud basada en el análisis de la vulnerabilidad sociodemográfica. [Tesis de doctorado]. Córdoba: Facultad de Ciencias Económicas, Universidad Nacional de Córdoba; 2006.
9. Bourdieu P. Espacio social y génesis de las clases. Espacios de crítica y producción. 1985;(2):24-35.
10. Rojas, M del C, Meichtry, N. C, Ciuffolini, M B, Vazquez, J C, Castillo, J. Repensando de manera holística el riesgo de la vivienda urbana precaria para la salud: un análisis del enfoque de la vulnerabilidad sociodemográfica. Revista Salud Colectiva. Buenos Aires, 2008
11. Kaztman, Ruben. Notas sobre la medición de la vulnerabilidad social. Proveniente del 5° Taller Regional. La medición de la pobreza: métodos y aplicaciones (continuación); 6-8 de junio de 2000; Aguascalientes; México.[Ponencia] Santiago de Chile. CEPAL; 2000.
12. Organización Mundial de la Salud. Organización Panamericana de la Salud. Documento de posición OPS sobre políticas de Salud en la vivienda. OPS/OMS. La Habana; 1999
13. Bauman, Z. La sociedad sitiada. Fondo de Cultura Económica, 2005