

Aproximación al proceso salud-enfermedad desde enfoques de salud colectiva y vulnerabilidad social. Desarrollo de una Historia Clínica Familiar y Comunitaria (HCFC)¹

Rojas, Maria Del Carmen²;
Ciuffolini, Maria Beatriz³;
Didoni, Marisa⁴;
Meichtry, Norma Cristina⁴;
Jure, Humberto⁴;

Resumen

La historia clínica familiar y comunitaria (HCFC) y software asociado procura un modelo de abordaje integral del proceso salud-enfermedad-atención considerando las determinaciones sociales desde las nociones de procesos críticos, activos sociales y estructura de oportunidades. 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.

¹ Trabajo presentado en el IV Congreso de la Asociación Latinoamericana de Población, realizado en La Habana, Cuba, del 16 al 19 de noviembre de 2010.

² Rojas, M; Meichtry, N: IIGHI-CONICET. E mail: rojas_herrera@arnet.com.ar

³ Ciuffolini, M; Didoni, M; Jure, H.: Dpto de Medicina Familiar de la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad Nacional de Córdoba. E mail: mbciuffolini@hotmail.com

⁴ Universidad Nacional de Córdoba-IIGHI-CONICET, Argentina

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 las propuestas de soluciones.

En este contexto, tanto el enfoque desde la salud colectiva y familiar como el de vulnerabilidad social buscan superar el énfasis en modelos biológicos y profundizar en la relación inherente entre las determinaciones 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, se plantea reconsiderar los sistemas de registro de la consulta médica. Con este fin se propone un nuevo instrumento, diseñado como una historia clínica familiar y comunitaria (HCFC) y software asociado, que procura un modelo de abordaje integral considerando las determinaciones sociales desde las nociones de procesos críticos, activos sociales y estructura de oportunidades. 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.

Cabe destacar, que la HCFC se está aplicando en los Consultorios de Medicina Familiar del Hospital Nacional de Clínicas de la FCM-UNC y posee número de registro 814574 denominada: HCFC v1.00 -Historia Clínica Familiar y Comunitaria versión 1.0-.

II. Los fundamentos de la HCFC

Poner énfasis en la construcción de abordajes más amplios e integrales del proceso salud-enfermedad-atención requiere dar cuenta de la acción social y de las estructuras y compromisos con los derechos y las consecuencias en salud. Esto supone el desarrollo de sistemas de información colectiva que sean parte de un proceso de fortalecimiento y construcción de espacios democráticos en los órganos de planeación estratégica del aparato estatal y la sociedad civil: información del individuo y la familia conectada a la información comunitaria para el individuo, la familia y las comunidades basadas en el decir de Breilh (2000), que la información *es teoría en acto y fundamentalmente política en acto*.

Ahora bien, desde la convicción que el conocimiento de la necesidad humana comienza por el de sus componentes fenotípicos básicos (necesidades fisiológicas y psicológicas) determinado por procesos biológicos y psicológicos que se desarrollan en espacios sociales concretos se plantea una HCFC fundada en:

- a) La Medicina Colectiva y Familiar que postula una perspectiva de abordaje que desplaza el objeto de cuidado desde la enfermedad, hacia la persona en su contexto familiar y comunitario. Este modelo se sustenta en la propuesta de Ian Mc Whinney (2000) denominada Proceso Clínico Centrado en el Paciente que 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.

Asimismo, se analiza la salud-enfermedad considerando que los procesos en los que se desenvuelve la sociedad y los modos de vida grupales e individuales adquieren propiedades protectoras/benéficas (saludables) o propiedades destructivas/deteriorantes (insalubres). Cuando un proceso se torna beneficioso, se convierte en un favorecedor de las defensas y soportes y estimula una direccionalidad favorable a la vida humana, individual y/o colectiva, y en ese caso se llama proceso protector o benéfico; mientras que cuando ese proceso se torna en un elemento destructivo, provoca privación o deterioro de la vida humana individual o colectiva, se denomina proceso destructivo (Breilh, 2003). Se comprende que un proceso puede corresponder a diferentes dimensiones y dominios de la reproducción social, y además puede tornarse protector o destructivo según las condiciones históricas en que se desenvuelve el individuo y la colectividad correspondiente. Los procesos activos se desarrollan en el seno de una formación social enmarcada por las posibilidades reales de cada modo de vida y sus relaciones, pero se concretan en el movimiento preciso de un estilo de vida. No se trata de que haya procesos protectores y destructivos separadamente, sino de que en su desarrollo específico los procesos de la reproducción social adquieren facetas o formas protectoras o facetas y formas destructivas, según que su operación desencadene mecanismos de uno o de otro tipo en los genotipos o fenotipos humanos del grupo involucrado. La operación en uno u otro sentido puede tener, asimismo, carácter permanente y no modificarse hasta que el modo de vida no sufra una transformación de fondo, o puede tener un carácter contingente o incluso intermitente, cuando haya momentos en que su proyección sea de una o de otra naturaleza.

- b) el enfoque de Vulnerabilidad Social, que 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 según las estructuras de oportunidades.

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. (Rojas et al, 2008)

El análisis de vulnerabilidad social se realiza desde los factores que la originan: exposición/imposición⁵, fragilidad social y nivel de resiliencia de la población (capacidad para resistir y recuperarse). Estas causas que dan origen a la vulnerabilidad son procesos económicos, políticos y demográficos que afectan la partición de los recursos entre los diferentes grupos de personas y reflejan la distribución del poder (Rojas, 2006).

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.

La información sobre la necesidad epidemiológica se concreta en una matriz de procesos críticos que establece la concreción espacio-territorial; las dimensiones del perfil epidemiológico puestas de relieve – procesos determinantes, expresiones de salud

⁵ Exposición: los procesos no solo se exponen como contingencia sino que se imponen. Es decir, si bien existen procesos destructivos que uno se arriesga a sufrir como problema contingente, existen modos de devenir (formas de determinación) que no se exponen como eventualidad sino que se imponen como permanencia, por ej: la pobreza. De ahí resulta la necesidad de distinguir la exposición como un proceso eventual, la exposición como un proceso crónico o diario y la imposición como un proceso permanente continuo o inherente al modo de devenir. (Breilh, 2003)

(genofenotípicas) y ambientales (ecológicas) –; y los grupos humanos clave, definidos según su condición de vulnerabilidad social. (Breilh, 2000)

Cabe aclarar, que proceso crítico es un objeto dinámico de transformación de una gestión de salud, que se define o concreta en la confluencia de un territorio o espacio social; donde se destacan con fines de gestión ciertas dimensiones del perfil epidemiológico; aplicados a grupos sociales claves en el proceso participativo; todo lo cual implica enfocar con preeminencia ciertos efectos o procesos terminales. Dichos elementos convergen para estructurar una matriz de procesos críticos, que es un instrumento de análisis estratégico y que aunque no envuelve todos los aspectos de la gestión, otorga énfasis a aquellos de mayor peso en la determinación de las condiciones de vida y salud y que permiten acciones participativas para resolver problemas, elevando al mismo tiempo la conciencia colectiva, la organización y el fortalecimiento de los grupos y sus órganos de acción. (Breilh, 2000)

III. Estructura de la HCFC

La HCFC comprende los siguientes apartados:

- a) Datos básicos de la persona: numero de historia clínica, tipo y número de documento, domicilio de la persona, fecha de nacimiento, información antropométrica.

Figura 1
Pantalla de Ingresos de Datos Básicos de la Persona

The screenshot displays a software window titled "Historia Clínica". The main area is a form for "Datos Personales" (Personal Data) for a patient named David Marcelo Montenegro. The form includes fields for name, surname, sex (Femenino selected), document type (DU), document number (22796377), birth date (07/11/1972), and address (Barrio: Villa Martinez, Provincia: Cordoba, Localidad: <<Seleccione>>, Pais de Procedencia: <<Seleccione>>, Pais de Residencia: Argentina, Teléfono 1: 4841593). Anthropometric data includes height (1.70 Mts.), weight (81.90 Kg.), BMI (28.3391), and abdominal circumference (0.00 Cm.). To the right, there is a "Número de HC" field with the value 56793, a "Datos Complementarios" section with indicators for Capital Social, Capital Físico, Capital Humano, and Control de Salud, and a "Obra Social" dropdown menu. The bottom of the window features a toolbar with buttons for "Historico de consultas anteriores", "Nueva Consulta", "Aceptar", "Cancelar", and "Exportar a PDF...".

Elaboración: Dpto de Medicina Familiar-UNC; IIGHI-CONICET; UTN-FRC

- b) Datos de capital humano, social y físico: 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 (Bourdieu, 1985). Entonces, “capital”, puede definirse como: “Conjunto de bienes acumulados que se producen, se distribuyen, se consumen, se invierten, se pierden.

El 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. (Rojas, 2006)

El 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. (Rojas, 2006)

El 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, 2006)

Por otra parte, los datos que se toman de cada capital 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):

- Capital humano: nivel educativo y situación laboral de la persona y su grupo familiar
- Capital social⁶: redes técnicas y servicios comunales⁷ y servicios culturales y otro género⁸
- Capital Físico: se consideran los distintos componentes de la vivienda: microlocalización, habitabilidad, situación dominial, materialidad,

⁶ 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) (Katzman, 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.

⁷ 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 evacúan 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)

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

abastecimiento de agua, saneamiento básico y combustión para cocinar en la vivienda⁹

A modo de ejemplo se muestra en la Figura 2 Pantalla de Ingreso de datos de Capital Humano

⁹ A continuación se definen los distintos componentes:

- 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), siconaturales (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)

Figura 2
Pantalla de Ingresos de Datos de capital humano

The screenshot shows a software window titled 'Capital Humano'. It is divided into two main sections: 'Datos del Consultante' and 'Datos del Grupo de Familiar'.
Under 'Datos del Consultante', there are three dropdown menus: 'Estado Civil' set to 'Casado/a', 'Escolaridad' set to 'Secundaria Completa', and 'Trabajo' set to 'Permanente-Jefe/a de Hogar'.
Under 'Datos del Grupo de Familiar', there is a sub-section 'Datos del Integrante' with four dropdown menus: 'Nombre' (empty), 'Vinculo' set to '<<Seleccione una Opción>>', 'Relación' set to 'Conviviente', and 'Estado' set to 'Vivo'. To the right of this sub-section are five buttons: 'Familigrama', 'Agregar al Grupo', 'Modificar Datos', 'Quitar del Grupo', and 'Ver HC'.
At the bottom, there is a table with the following data:

	Nombre	Vinculo	Relacion	Estado
▶	Claudia Lucrecia...	Cónyugue/Pareja	Conviviente	Vivo

Elaboración: Dpto de Medicina Familiar-UNC; IIGHI-CONICET; UTN-FRC

- c) 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 familiar.

Figura 3
Pantalla de Ingresos de Datos de Prácticas Preventivas

The screenshot shows a software window titled "Control de Salud". At the top, there are input fields for "Edad" (38 años), "Fecha de Nacimiento" (07/11/1972), and "Fecha Actual" (23/09/2010). Below these are three columns of checkboxes for preventive practices:

Prevenición	Inmunización	Rastreo
<input type="checkbox"/> Alimentación	<input type="checkbox"/> IMC	<input type="checkbox"/> PAP
<input checked="" type="checkbox"/> Actividad Física	<input type="checkbox"/> TA	<input checked="" type="checkbox"/> Colesterol
<input type="checkbox"/> Recreación	<input checked="" type="checkbox"/> Agudeza Visual	
<input type="checkbox"/> Adicciones	<input type="checkbox"/> Inmunización	
<input checked="" type="checkbox"/> Red Social		
<input type="checkbox"/> Planificación Fliar.		
<input checked="" type="checkbox"/> Accidentes		
<input type="checkbox"/> Prevención ITS		

At the bottom of the window, there are three buttons: "Histórico" (with a folder icon), "Aceptar" (with a green checkmark icon), and "Cancelar" (with a red X icon).

Elaboración: Dpto de Medicina Familiar-UNC; IIGHI-CONICET; UTN-FRC

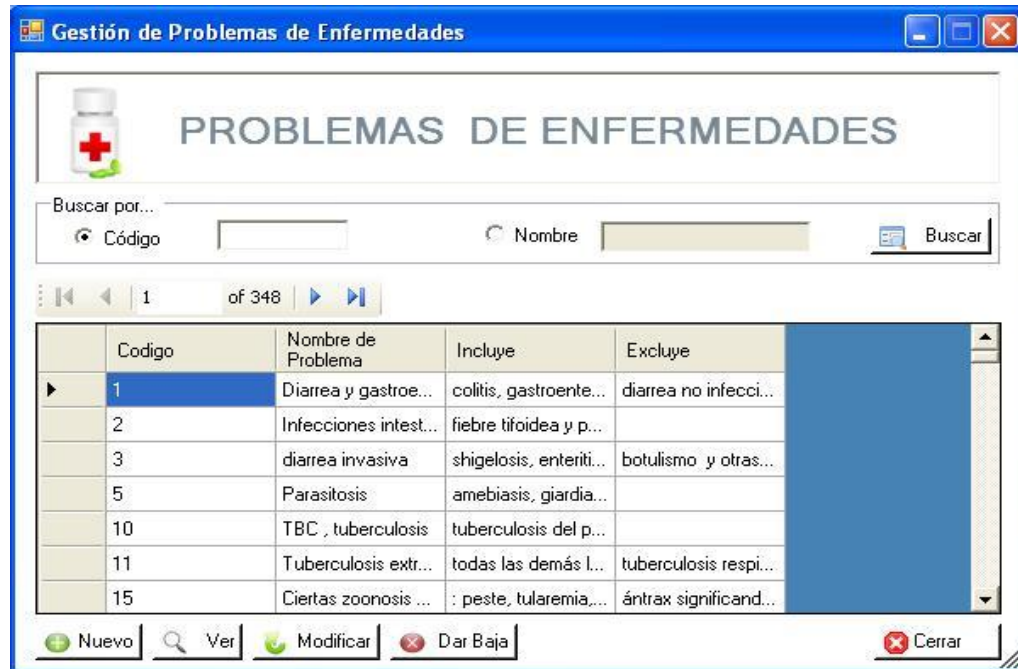
d) Listado de problemas:

Consta de cinco columnas, donde se registran:

- el problema: entendiéndose 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 psicosociales como determinaciones de salud
- 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.

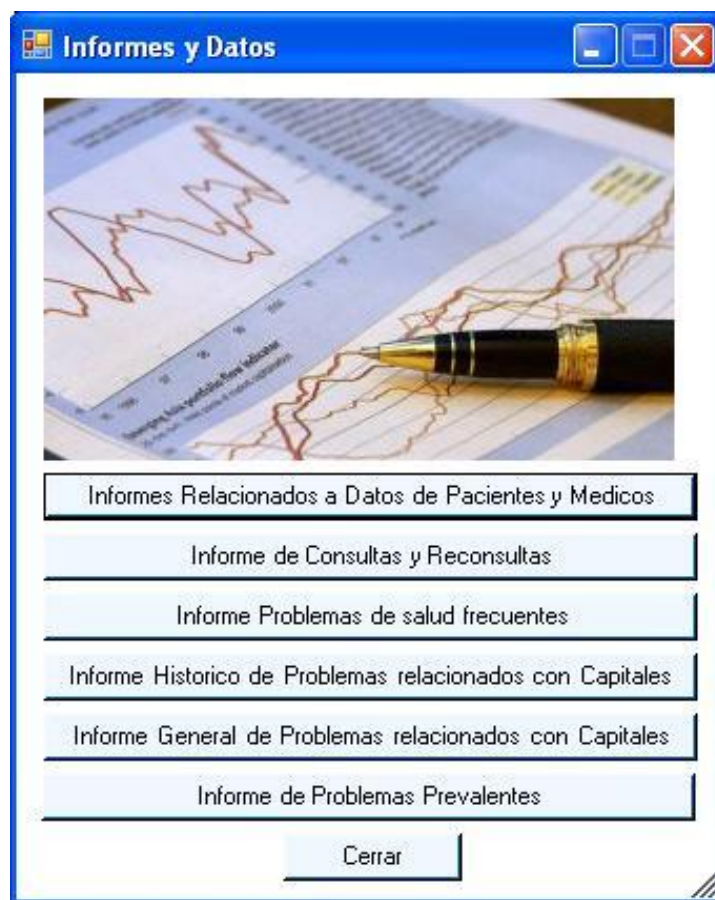
Figura 4
Pantalla de Ingresos de Datos de problemas de salud



Elaboración: Dpto de Medicina Familiar-UNC; IIGHI-CONICET; UTN-FRC

- e) 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.
- f) Informes sumarizados de los datos de HCFC: permite confeccionar desde la fecha de inicio de la atención hasta la fecha que se examina la información, el perfil epidemiológico de la población consultante en base a los recursos vinculados a los capitales humano, social y físico de los pacientes y los procesos contradictorios que se expresan en las personas (procesos fisiológicos, sensaciones de bienestar y decisión positiva, por un lado, y su negación que son los procesos fisiopatológicos, las sensaciones de malestar y fracaso que ocurren en las personas). 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 MSeXel que permite exportarlo para su posterior análisis.

Figura 5
Pantalla de Informes sumariados



Elaboración: Dpto de Medicina Familiar-UNC; IIGHI-CONICET; UTN-FRC

g) 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.

IV. A modo de cierre

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)

En consecuencia, 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)

V. Bibliografía

1. Breilh, J. (2003) *Epidemiología Crítica. Ciencia Emancipadora e Interculturalidad*. Buenos Aires, Editorial Lugar.
2. Breilh, Jaime. (2000) Derrota del conocimiento por la información: una reflexión necesaria para pensar en el desarrollo humano y la calidad de vida desde una perspectiva emancipadora. *Ciênc. saúde coletiva* [online]. Vol.5, n.1, pp. 99-114. ISSN 1413-8123. doi: 10.1590/S1413-81232000000100009
3. McWinney, I. (2000). *Medicina de Familia*. Barcelona, Ed. Doyma
4. Moser, C. (1998) *The Asset Vulnerability Framework: Reassessing Urban Poverty Reduction*

5. Rojas, M del C, Meichtry, N. C, Ciuffolini, M B, Vazquez, J C, Castillo, J. (2008) 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
6. Rojas MC. (2006) *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.
7. Bourdieu P. 1985. Espacio social y génesis de las clases. *Espacios de crítica y producción*. (2):24-35.
8. Kaztman, Ruben. (2000) 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.
9. Organización Mundial de la Salud. Organización Panamericana de la Salud.(1999) *Documento de posición OPS sobre políticas de Salud en la vivienda*. La Habana: OPS/OMS.
10. Granda, E. (2000). Globalización de los riesgos en salud. *VIII Congreso Latinoamericano de Medicina Social-ALAMES*. La Habana.