

Salud colectiva: fundamentos conceptuales



MARIA RITA **BERTOLOZZI***
MÓNICA CECILIA **DE-LA-TORRE-UGARTE-GUANILO****

Resumen

Este artículo presenta aspectos que fundamentan el concepto de Salud colectiva. También, se discurre sobre su surgimiento en el contexto de América Latina y sobre algunos aspectos de su constitución, el marco referencial y teórico en la investigación en salud y en enfermería, los cuales contribuyen para prácticas que pretenden transformar la realidad.

Palabras clave:

Salud Colectiva, Enfermería, Investigación, Salud Pública.

* Licenciada en Enfermería y Obstetricia de la Universidad de São Paulo, Master en Salud Pública de la Universidad de São Paulo y Doctora en Salud Pública por la Universidad de São Paulo. Profesor Doctor de la Universidad de São Paulo. Profesora Asociada del Departamento de Enfermería en Salud Colectiva EEUSP.

** Licenciada en Enfermería y Obstetricia de la Universidad de São Paulo, Especialista en Salud colectiva con enfoque en el programa Salud Familiar de la Universidad de São Paulo, Master en Enfermería de la Universidad de São Paulo y Doctora en Ciencias de la Salud por la Universidad de São Paulo.

Collective Health: Conceptual Fundamentals

Abstract

This paper introduces aspects that constitute the collective health concept. The emergence of that concept in Latin America context and the theoretical and reference frame, in nursing and in health research, that contribute to practices that aim to transform the reality, also, are presented.

Key words:

Collective Health, Nursing, Research, Public Health

1. Introducción

El enfoque de esta reflexión es la investigación en Salud colectiva. La Salud colectiva aborda la salud-enfermedad de los sujetos a partir de una perspectiva histórica. Por lo tanto, considera los sujetos en grupos sociales y cómo esos son determinados por las formas particulares de inserción social de sus miembros, es decir, según su participación en procesos de producción y reproducción social.

La producción y reproducción social determinarán el acceso al trabajo y el curso que tome la vida de las personas, manifestada de modos específicos, lo que se traduce en grupos con especificidades en el trabajo y en la vida, con consecuencias en el proceso salud-enfermedad. Por lo tanto, para la Salud colectiva, la definición del “colectivo” es más amplia que la referida a conjuntos masificados de personas.

2. Surgimiento de la Salud colectiva

Nunes (2006) (1), con base en Foucault, afirma que las bases para construir la medicina social se establecieron en la segunda mitad del siglo XIX, época en que por primera vez se consideró el cuerpo del trabajador como un problema social y fecha en que se fijaron sus principios básicos, que se tornaron parte integrante del discurso salubrista:

a. La salud de las personas como tema de interés social y la sociedad como

responsable de proteger y asegurar la salud de sus miembros.

- b. Las condiciones sociales y económicas tienen impacto definitivo sobre la salud y enfermedad, por tal motivo deben ser objeto de cuidado científico.
- c. Las medidas para proteger la salud deben tener carácter médico y social.

Con la era bacteriológica, época de apogeo e importante desarrollo del enfoque clínico y biomédico, todo el impulso que la vertiente social dio a la explicación del proceso salud-enfermedad fue dislocado para segundo plano. Sin embargo, en la segunda mitad de los años cincuenta del siglo XX, el proyecto preventivista fue ampliamente debatido, con apoyo de la Organización Panamericana de la Salud, recolocando la salud pública y, principalmente, la atención primaria, como frente para mejorar las condiciones de salud de las poblaciones. Tal proceso fue robustecido al asociarse al período de crisis por la que atravesaba el modelo biomédico, con relación a la teoría y a la práctica (2).

De esta forma, en la década de los setenta, la salud como problema social es retomada en las Américas, época en que la mayor parte de los países latinoamericanos pasaron por procesos dictatoriales, dándose el deterioro progresivo de las condiciones sociales y de salud. Ese contexto determinó el surgimiento de la Salud colectiva, principalmente en Brasil, además de

Ecuador (con las importantes contribuciones de Jaime Breilh y Edmundo Granda a respecto de la epidemiología) y en México (con Asa Cristina Laurel, específicamente, sobre las cargas de trabajo). La Salud colectiva emerge como campo de conocimientos y de prácticas en salud, y también surge como forma de lucha, como proyecto para defender las igualdades sociales y de salud, y como forma de contestar las profundas desigualdades sociales en curso en América Latina (3).

Everardo Duarte Nunes registra que el término Salud colectiva es introducido en Brasil, en 1979, cuando un grupo de profesionales, salubristas y docentes del área de medicina preventiva y social buscaron crear un campo científico con orientación teórica, metodológica y política que privilegiase lo social como categoría analítica (1). De este modo, la Salud colectiva surge como término vinculado a un esfuerzo de transformación, como “(...) *vehículo de una construcción alternativa de la realidad, que es el objeto de la acción, de métodos para estudiarla y de formas de praxis que se requieren*” (4).

3. Campo y objeto de la salud colectiva

No hay un consenso sobre la definición del campo de la Salud colectiva. Se considera que es un campo enmarcado por tensiones epistemológicas y no hay una teoría unificadora que explique el conjunto de los objetos de estudio que derivan del colectivo (3).

Nunes (1994) (5), al reafirmar que la Salud colectiva presenta triple dimensión: como corriente de pensamiento, como movimiento social y como práctica teórica, y apoyado en Donnangelo (1983) (6), enfatiza su multiplicidad en términos de objetos y de áreas de saber, una vez que se asocia a aspectos económicos, políticos e ideológicos. Además, Nunes (1994) (5) afirma que la Salud colectiva trae una visión filosófica: “... una actividad constituida por una dimensión teórica, un movimiento y un pensamiento”.

Así, la Salud colectiva puede ser interpretada como un mosaico: como un conjunto formado por partes separadas, que se aproximan cuando la comprensión de los problemas o de las prácticas propuestas van más allá de los límites de cada campo disciplinar, lo que exige asociaciones interdisciplinarias (1).

De hecho, la Salud colectiva es una práctica social y un campo de conocimientos. Como práctica, es decir, en cuanto proceso de trabajo, está constituida por componentes básicos: objeto, instrumentos, medios, actividades y relaciones sociales. Y esto es particularmente importante, puesto que los objetos de las investigaciones emergen de las prácticas sociales (2, 7, 8).

¿A cuál objeto se refiere la Salud colectiva?

El objeto de la Salud colectiva son las necesidades sociales de salud de los grupos sociales y no apenas los problemas de

salud, que se limitan a riesgos, agravios, enfermedades y muertes (2). También la organización de los servicios de salud, la planificación y la gestión de la salud, componen el objeto de la Salud colectiva, una vez que sólo tienen sentido en el sustento de las necesidades de salud.

Así, los instrumentos y los medios de trabajo, que se utilizan para la transformación del objeto, deben ser coherentes a ese, es decir, es necesario que sean coherentes con el carácter colectivo del objeto, desde su aprehensión hasta la perspectiva de su transformación (2). A partir de ese entendimiento, se considera que las necesidades de salud no se agotan en la demanda de los servicios, en las necesidades médicas, en las enfermedades, en los carecimientos, en los riesgos, en los sufrimientos, en el concreto de los indicadores de salud y de producción de los servicios. La consideración de que el proceso salud-enfermedad es socialmente determinado permite ampliar el concepto de necesidades de salud a todas las cuestiones que se refieren al desarrollo de la vida y que deben conducir al disfrute de la vida digna.

Para tanto, se requieren todos los saberes que se conjugan para la comprensión de la salud-enfermedad desde la perspectiva social, además del saber epidemiológico y clínico (2). Si las necesidades no se limitan a los problemas de salud y envuelven las condiciones fundamentales para la vida, los instrumentos de trabajo para la aprehensión del objeto deben ser provenientes

de otros saberes: la antropología, la sociología, la economía, la política, la ecología, además de otras ciencias. El carácter amplio del objeto y la comprensión amplia de los determinantes sociales indican que los servicios de salud no son suficientes para la transformación de tal objeto. Las tecnologías adoptadas en los servicios para el diagnóstico, prevención y tratamiento de las enfermedades, aunque pueden ser eficaces a nivel individual, pueden ser ineficaces cuando se trata de las necesidades de salud. En ese sentido, es importante que las herramientas del trabajador en salud colectiva sean orgánicas con el carácter colectivo y socialmente determinado del objeto (2).

Bajo esa perspectiva, se trata de comprender las necesidades como proyectos que ponen en evidencia las necesidades radicales, como las que se requieren para que la persona continúe siendo un ser, conforme destaca Mendes-Gonçalves (1992) (8), o las que se requieren para que la persona viva la vida con dignidad, conforme defienden las autoras del presente artículo. De ser así, la defensa del territorio, de la ecología, de la producción para la vida, del trabajo, de la libertad, deben integrar los proyectos de investigación en Salud colectiva. En consecuencia, la reconceptualización de las necesidades sociales de salud, impuesta sobre todo por la realidad, requiere de estructuras de conocimientos y habilidades bajo esta óptica (2).

La Salud colectiva plantea la determinación social del proceso colectivo de pro-

tección de la salud, es decir, articula la salud-enfermedad a los procesos generales/estructurales de la sociedad y a los procesos particulares y singulares. De esta manera, se entiende que el vivir, el enfermar, el recuperarse y el morir se constituyen como producto de la organización de la sociedad, de la estructura de los grupos sociales y, por consiguiente, de la inserción de los sujetos en la sociedad, de la accesibilidad a la salud y a la vida de calidad. En la pauta de la Salud colectiva se considera la vida como un proceso colectivo, histórico y contradictorio, que se caracteriza por su constante movimiento y constantes tensiones en función de las relaciones sociales. Además, se considera que la vida se realiza como parte de un proceso jerarquizado, donde hay procesos con distintos pesos en el proceso salud-enfermedad (4).

La naturaleza del campo de la Salud colectiva puede expresarse en un triedro compuesto por los componentes: ideología, saber y práctica (10). Por lo tanto, la Salud colectiva no es sólo un movimiento ideológico, ni sólo práctica política. Es práctica técnica, científica y tecnológica. La conjunción de esos componentes puede fundamentar la formulación e implantación de una totalidad de cambios, como el ejemplo concreto de la Reforma Sanitaria Brasileña, que originó, en 1988, el Sistema Único de Salud. Ese sistema se originó a partir de: conocimientos basados en referenciales teóricos; coexistencia de movimientos ideológicos y enfoques doctrinarios que defendieron el espacio social

de la salud; visiones de mundo y valores; trabajadores que se constituyeron como actores para los cambios sociales, en diferentes esferas de la actuación profesional y política; y, prácticas (políticas, institucionales, técnicas, económicas, culturales, entre otras), que tomaron la salud, la calidad de la vida, la libertad y la felicidad, en cuanto referenciales centrales (2).

Así es que, a diferencia de lo que ha sucedido en los otros países de Latinoamérica, la Salud colectiva en Brasil ha se institucionalizado de forma consistente, en función de la producción científica, de la formulación de política pública, de la organización corporativa de profesionales de salud (3), además de la incorporación del contenido en las carreras de pregrado y cursos de posgrado, y también en la promoción de variados cursos de especialización sobre el tema.

De esta forma, la Salud colectiva no se limita al conocimiento de orden técnico, por el contrario, se amplía para buscar comprender cómo viven y cómo se enferman los sujetos, que a su vez tienen sentido en hogares concretos, donde establecen relaciones sociales y donde se concretiza la vida y el trabajo. Es decir, se trata de comprender el proceso salud-enfermedad en el concreto de la vida, no reduciendo la colectividad a la suma de personas, sino trascendiendo para comprender las relaciones entre sus integrantes, incluyendo relaciones de poder, de afectividad, de competencia y de vínculo.

Eso quiere decir que se trata de procesos sociales y políticos y de sujetos cuyas vidas se expresan en la contrariedad.

El contexto histórico y político de Latinoamérica, que por ocasión de la emergencia de la Salud colectiva en los setenta, evidenciaba crisis político-institucionales, económicas y sociales, paralelamente a la insuficiencia de la explicación de las diferencias en términos de morbilidad y mortalidad con relación a los distintos grupos sociales, fueron terreno fértil para la emergencia de la Salud colectiva.

Este escenario, al lado de la necesidad de cambios en la enseñanza médica, en el marco de la Medicina preventiva y de la retomada de la corriente de pensamiento de la Medicina social, que orientaban los cambios de las prácticas hacia las necesidades de salud, impulsaron las interpretaciones de la salud-enfermedad bajo la perspectiva materialista-histórica (11). Eso justifica por qué la Salud colectiva se vale de la perspectiva materialista e histórica (o del paradigma histórico-estructural), conforme llama la atención Stotz (1997) (3), con base en la producción de Cordeiro et al (1976) (12), tomando como categorías analíticas centrales el trabajo y los grupos sociales.

El materialismo histórico, en el campo de la salud, ha permitido el desarrollo de modelos explicativos sobre los determinantes y condicionantes de la salud-enfermedad y de la organización de las prácticas de

salud. Éste también ha sido fundamental para el crecimiento de la Epidemiología social, que relaciona la producción de la enfermedad al modo de producción y de reproducción social, a la estructura social y al sistema de atención a la salud (11).

Sin embargo, según Pasche (2006) (11), esta perspectiva de interpretación determinó un papel secundario a los sujetos, dejando de lado la aprehensión de las dimensiones relativas a lo simbólico y a los significados, excluyéndolos del campo de la Salud colectiva en su origen.

Así, las primeras investigaciones se presentaron puestas en los marcos teóricos, muy enmarcados en los procesos generales, referentes a la dimensión de la producción social y del aparato jurídico-político-ideológico y determinaron cierta pérdida del rescate de lo subjetivo. Hoy las prácticas y el desarrollo del campo de conocimientos de la Salud colectiva han buscado también articular a los procesos generales los procesos particulares, referentes a la inserción de clase de los grupos sociales (4) y los singulares, que ocurren en la cotidianidad de sujetos y familias. Recientemente, el movimiento ha incorporado la necesidad de estudiar los aspectos que dicen respecto a la subjetividad de los sujetos sociales, incluyendo las representaciones sociales.

Coherentemente a esta perspectiva y a la naturaleza del objeto de la Salud colectiva, los estudios cualitativos han tenido

fuerza en la investigación en Salud colectiva, al mismo tiempo en que se ha desarrollado la Epidemiología social.

4. Importancia de la Epidemiología social como disciplina que instrumentaliza la comprensión del objeto de la Salud colectiva

En cuanto a la producción del conocimiento, la Salud Colectiva ha propiciado la reflexión teórica-epistemológica sobre el campo y sus disciplinas nucleares, la investigación científica y el desarrollo conceptual y tecnológico. Los estudios críticos, realizados a partir de los años setenta del siglo XX, permitieron la conformación de una corriente teórica: la Epidemiología social, que ha estimulado nuevas investigaciones sobre enfermedades y agravios en las sociedades, replanteando asuntos para la política y para la planificación en salud, así como para el desarrollo de prácticas de salud (12). Por el hecho de tomar la categoría “trabajo” como uno de los elementos centrales para el estudio de la salud, la Epidemiología social ofrece indicaciones relevantes para analizar la producción y la distribución de enfermedades y de agravios en la sociedad de forma articulada a los procesos de producción y de reproducción social, así como para el estudio del proceso de trabajo en salud (12).

Para Breilh (1994) (12), la estructuración de la Epidemiología social latinoamericana

na ha contribuido para:

1. Establecer el carácter histórico y social de la salud-enfermedad;
2. Definir el objeto de estudio, que permite comprender de manera profunda el proceso salud-enfermedad como proceso social;
3. Conceptualizar la causalidad, o mejor dicho, la determinación, que requiere la jerarquización entre procesos mediadores y condicionantes de la salud-enfermedad.

En el marco de la Salud colectiva, la Epidemiología social requiere del aporte de las ciencias sociales, dada la complejidad que aborda, pues estamos hablando de personas en constantes y contradictorias relaciones en espacios sociales, que no se restringen al espacio físico, sino que se refieren a territorios, plenos de tensiones y de relaciones sociales y de diferencias entre los sujetos.

5. La investigación en Salud colectiva

Los primeros aportes significativos en Salud colectiva, en el ámbito de América Latina, conforme a lo destacado por Paim (2006)⁽²⁾, fueron de Juan César García, al seguir a otros investigadores, entre ellos, Asa Cristina Laurell, con las importantes contribuciones respecto a los mecanismos particulares de determinación social de la salud-enfermedad: la *caja negra* (3) y Jai-

me Breilh, con las fundamentales construcciones en la Epidemiología crítica. En Brasil, fueron los de Maria Cecilia Donangelo, Sergio Arouca e Guilherme Rodrigues da Silva, entre otros. También en Brasil, la creación del Centro Brasileño de Estudios en Salud (CEBES) y la Asociación Brasileña de Posgrado en Salud Colectiva (ABRASCO), en 1979, fueron los marcos fundamentales para impulsar la investigación en Salud colectiva.

Con relación a los estudios en enfermería, resaltan los del grupo de investigadoras de las Escuelas de Enfermería de la Universidad de São Paulo, Brasil (campus universitarios de São Paulo y de Ribeirao Preto, localizados en el Estado de São Paulo). La enfermería ha contribuido sobremedida para la producción del conocimiento y para las prácticas en Salud colectiva, incluyendo tecnologías para la captación de necesidades de salud y para el establecimiento de proyectos de intervención.

Es importante señalar, también, que la enfermería, por intermedio de la Asociación Brasileña de Enfermería, ha elaborado una sistemática de clasificación de las prácticas de enfermería en Salud colectiva que permiten diálogo con otras clasificaciones mundiales de enfermería (13).

Según Nunes (2006) (1), la Salud colectiva ha incorporado los siguientes aspectos en su campo de investigación: la producción y la distribución de enfermedades y agravios a la salud, las condiciones que

los determinan, los aspectos relacionados a los estilos y a la calidad de vida, así como los significados de enfermarse y del cuidado, además de la organización de los servicios de salud.

Para Paim (2006) (2), los estudios corrientes de la investigación en Salud colectiva han privilegiado:

- El estudio de las políticas: en cuanto formas de distribución de poder, y perspectivas de inclusión social;
- El estudio de las prácticas: en cuanto acciones institucionales, profesionales y relacionales;
- El estudio de las técnicas: en cuanto la organización y la regulación de los recursos y de los procesos productivos;
- El estudio de los instrumentos, como medios para intervenir en la Salud colectiva.

El autor (Paim, 2006) (2) destaca tres dimensiones en la Salud colectiva:

- La dimensión epidemiológica y social de los medios de trabajo: que incide sobre la aprehensión de las necesidades de salud y sobre la selección de tecnologías para atender tales necesidades.
- La dimensión organizacional y gerencial: con enfoque para la aprehensión de los problemas de los servicios de salud y de las organizaciones, así como la adopción de procedimientos que inter-

fieren en la factibilidad y en la viabilidad del trabajo colectivo en salud.

- Y a la dimensión ética, que es propuesta por el autor, las autoras del presente artículo acoplan el carácter político de la Salud colectiva, para confluir con la perspectiva ético-política de la Salud Colectiva, de la cual tuvo origen. Ese carácter requiere la reflexión crítica, de forma que se planifiquen acciones dirigidas a generar cambios en las sociedades, teniendo como horizonte la igualdad social. Eso apunta para el compromiso de la Salud colectiva, referente a la emancipación de las personas hacia la dignidad en el desarrollo de la vida.

Según Breilh (1994) (12), la investigación en Salud colectiva al estar implicada con el colectivo, en sus distintas presentaciones y necesidades, debe incorporar las prácticas de cuidado, que se constituyen como prácticas de afirmación de la vida. Dichas prácticas se refieren a todas las formas para mantener la salud: prácticas de responsabilidad para mejorar la salud individual y colectiva; prácticas de desarrollo y de realización de los sistemas de salud, y prácticas de participación y solidaridad por medio de proyectos de democracia, ciudadanía y derechos sociales. Como se ha afirmado anteriormente, el eje de las acciones son las necesidades de salud y, por lo tanto, la Salud colectiva fomenta la participación social.

La investigación en Salud colectiva incorpora la perspectiva de la promoción de la salud, de la prevención, las acciones de rehabilitación, la protección de la ciudadanía, la identificación y monitorización de los contextos vulnerables. Requiere, por lo tanto, la integralidad, y propone la superación del biologicismo y del modelo clínico, centrado en la práctica médica, en la enfermedad, en los procedimientos, en la especialidad y en la orientación hospitalaria.

La investigación en Salud colectiva requiere, fundamentalmente, la valorización de lo social, de las subjetividades, del cuidado, del estímulo a la convivencia, el establecimiento de articulaciones con la comunidad que van más allá de la dimensión técnica y se amplían para la dimensión afectiva, de solidaridad (2) y se acrecienta de relaciones de simetría, de autonomía y de tolerancia entre los sujetos. Este proceso de construcción incorpora la subjetividad, la intersubjetividad, la valorización de la alteridad, con énfasis en la dimensión del cuidado (14).

33

6. La investigación en Salud colectiva: área estratégica para transformar las desigualdades sociales

La investigación en Salud colectiva es una de las áreas estratégicas de investigación, pues está orientada para la emancipación de los grupos sociales y para la superación de las desigualdades sociales.

En Brasil, la investigación en Salud colectiva presenta relevancia y crecimiento. El número de grupos de investigación en esta área ha crecido aceleradamente. Hasta el mes de marzo de 2011, el Directorio de Grupos de Investigación del Consejo Nacional de Investigación, denominado CNPq (Conselho Nacional de Pesquisa), registró 429 grupos de investigación en Salud colectiva, siendo 343 en áreas específicas de ciencias de la salud-enfermería, farmacia, medicina, odontología, medicina veterinaria, psicología, fonoaudiología, fisioterapia, inmunología y nutrición, y 86 a otras áreas como educación, sociología, educación física, antropología, demografía, ecología, geografía, botánica, arquitectura, geociencias, comunicación, ciencias políticas, zootecnia, agronomía y planeamiento urbano. Todos esos grupos involucran 9.252 investigadores, comprometidos con la producción del conocimiento en Salud colectiva.

Cabe resaltar también que hasta la fecha se han formado 59 programas de Posgrado en Salud Colectiva, lo que ha generado crecimiento del número de magísteres y doctores, formados en esta área, así como el rápido aumento de la producción científica, bajo la forma de artículos, tesis y trabajos presentados en eventos. También cada vez más se amplía el debate científico: no es casualidad que el número de participantes en cada nuevo encuentro científico del área sorprende siempre a los organizadores. Hay, además, evidencias del aumento de la calidad teórica-meto-

dológica de la investigación y mayor participación de la producción científica nacional en Salud colectiva en el escenario internacional. La producción científica en el área ha presentado demanda y credibilidad creciente también por los responsables de formular e implementar las políticas y acciones en salud en el país (15).

En síntesis, según Barreto (15), Brasil presenta, en Salud colectiva, una comunidad científica activa, competente, productiva y atenta a los asuntos nacionales e internacionales de salud, que en los últimos años se posiciona en la comunidad científica y consolida su influencia en los potenciales usuarios de la investigación.

7. Consideraciones finales

Aunque la trayectoria de la Salud colectiva demuestra que mucho se ha hecho, hay que tener en cuenta que, todavía, es un campo en construcción, así como es la salud, como es la vida, como son los procesos sociales. Por lo tanto, no se está hablando de marcos teóricos que se autoclaustran, por lo contrario, se remite a la necesidad de experimentar modelos teóricos y metodológicos que permitan:

- Entender el proceso de investigación como proyecto político-ético-pedagógico;
- Capturar las necesidades de salud, que pueden no manifestarse exclusivamente como biológicas y clínicas;

- Ejecutar proyectos que asocian la organización del trabajo de los servicios de salud y las necesidades de los grupos sociales que conviven en su territorio de jurisdicción, según el eje de la integralidad. Tales proyectos deben pausarse en el compromiso político y ético para buscar el cambio de las prácticas vigentes, construyendo saberes que operan a partir del conocimiento y de acciones que se realizan en la atención a los sujetos, a las familias, a los grupos y a las comunidades. Estas prácticas demandan procesos de trabajo que busquen identificar contextos vulnerables y que incorporen la monitorización de las condiciones de vida y salud de los grupos sociales, potencializando los procesos constructivos para el enfrentamiento de la vida y buscando superar las fragilidades.
- La alquimia entre varios saberes que articulen los ámbitos afectivo, cognitivo y clínico.

Esa pauta está orientada a la reconstrucción ética, política y técnica del cuidado, que no más se restringe al conocimiento parcelado y a procedimientos que dividen el cuerpo biopsíquico y que jerarquizan las áreas del conocimiento (3, 8). La complejidad de la salud necesita de la integración e interdependencia entre sujetos, prácticas y saberes. De esta manera, es fundamental reconocer que las necesidades de salud parten de los espacios sociales y trascienden los aspectos biológicos,

incorporando la cultura, la interrelación entre las personas y los espacios a donde operan las contradicciones sociales. En esos espacios, las necesidades deben ser captadas también considerándose la singularidad, los sentimientos y los proyectos de vida.

Por lo tanto, a partir de la síntesis de los autores que iluminan esta reflexión, se destacan como desafíos de la investigación en Salud Colectiva:

- Avanzar en la reflexión teórico-epistemológica y en el desarrollo conceptual y metodológico;
- Desarrollar abordajes que trasciendan las dicotomías individual-colectivo, afectivo-racional y cualitativo-cuantitativo, así como consideren la subjetividad de los sujetos;
- Estimular la aplicación práctica de sus resultados siempre orientados a mejorar el cuidado en salud y a promover acciones que superen los contextos de vulnerabilidad, ultrapasando los tradicionales diagnósticos de salud que se limitan a esos mismos.

América Latina representa hoy una de las fronteras del mundo donde la superación de la lógica neoliberal evoluciona de forma nítida, ágil y veloz, en favor de la superación de las desigualdades sociales. El avance de fuerzas democráticas, populares y progresistas pone en evidencia la necesidad de evolucionar para que el

acceso a la vida con dignidad para todos sea la imagen-horizonte, el compromiso a seguir en Salud colectiva.

Referencias bibliográficas

1. **Nunes E.** Saúde Coletiva: uma história recente de um passado remoto. En: Campos GWS, Minayo MCS, Akerman M, Drumond Jr M, Carvalho YM, organizadores. Tratado de Saúde Coletiva. 2ª ed. São Paulo: Hucitec; 2006. pp. 295-315.
2. **Paim JS.** Desafios para a saúde coletiva no Século XXI. Salvador: EDUFBA; 2006.
3. **Stotz EN.** A Saúde coletiva como projeto científico: teorias, problemas e valores na crise da modernidade. En: Canesqui AM, organizador. Ciências sociais e saúde. São Paulo: Hucitec; 1997. pp. 273-84.
4. **Breilh J.** Nuevos conceptos y técnicas de investigación. Ecuador: CEAS; 1995.
5. **Nunes ED.** Saúde Coletiva: história de uma idéia e de um conceito. Saude Sociedade. 1994;3(2): 5-21.
6. **Donnangelo MCF.** A pesquisa na área da saúde coletiva no Brasil- década de 70. En: Ensino de saúde pública, medicina preventiva e social no Brasil. Rio de Janeiro: Abrasco; 1983. pp. 17-35.
7. **Schraiber LB, organizador.** Programação em saúde hoje. Sao Paulo: Hucitec; 1990.
8. **Mendes-Gonçalves RB.** Tecnologia e organização das práticas de saúde. Características tecnológicas do processo de trabalho da rede estadual de Centros de Saúde de São Paulo. São Paulo: Hucitec/ Abrasco; 1994.
9. **Mendes-Gonçalves RB.** Práticas de saúde: processos de trabalho e necessidades. São Paulo: CEFOR; 1992. (Cadernos CEFOR 1- Serie Textos).
10. **Escorel S.** Reviravolta na saúde: origem e articulação do movimento sanitário. Rio de Janeiro: Fiocruz; 1998.
11. **Pasche DF.** A Saúde Coletiva: novo campo de reflexão crítica da saúde. In: A Saúde Coletiva: Diálogos Contemporâneos. Ljuí, Ijuí; 2006. pp. 21-40.
12. **Cordeiro HA, Arouca AT, Fiori JLC, Guimarães RFN, Nogueira RP.** Produção e distribuição da doença (doença e sociedade). IMS-UERJ/OPAS. Reunião de Ciências Sociais Aplicadas à Saúde (17 a 22 de maio de 1976).
13. **Breilh J.** Dialéctica de lo colectivo en epidemiologia. En: Costa MFL, Souza RP, organizadores. Qualidade de vida: compromisso histórico da epidemiologia. Belo Horizonte: Coopmed; 1994. pp.135-45.
14. **Egry EY, Antunes MJM, Sena-Chompré RR, Almeida MCP, Silva IA.** Classificação das práticas de enfermagem em Saúde Coletiva: a experiência brasileira. En: Chianca TCM, Antunes MJM. A Classificação Internacional de Práticas de Enfermagem em Saúde Coletiva – CIPESC. Brasília: ABEN (Série Didática Enfermagem no SUS); 1999. pp. 34-45.
15. **Ayres JRCM.** Cuidado e reconstrução das práticas de saúde. Interface, Comun Saude Educ. 2004; 8(14): 73-91.
16. **Barreto ML.** A pesquisa em Saúde Coletiva no Brasil. Cad Saude Publica. 2003;19(2): 354-355.