

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.

Antecedentes y roles de la perspectiva cualitativa en salud.

Anderson Rocha Buelvas.

Cita:

Anderson Rocha Buelvas (2009). *Antecedentes y roles de la perspectiva cualitativa en salud. 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/000-062/1180>

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>.

Antecedentes y roles de la perspectiva cualitativa en salud

Anderson Rocha Buelvas

Odontólogo, Universidad Nacional de Colombia

Docente-Investigador de la Facultad de Odontología Universidad Cooperativa de Colombia Pasto

Integrante del Grupo de investigación de Odontología GIOD –UCC

Coordinador Línea de Humanidades y Odontología, GIOD –UCC

Miembro del Grupo de Investigación de Violencia y Salud del Doctorado Interfacultades en Salud Pública, Universidad Nacional de Colombia.

Miembro de la Asociación Latinoamericana de Medicina Social ALAMES

rochabuelvas@gmail.com

Antecedentes y roles históricos de la investigación cualitativa en salud

En el pensamiento occidental han existido según *Fernando Conde* “tres momentos claves de la historia de la Medicina” en las que se ha evidenciado esta dualidad entre la perspectiva cualitativa y cuantitativa.

El primer momento cuando *Hygeia* y *Panacea* las hijas de *Esculapio* el padre de la Medicina personalizaban la perspectiva blanda y dura de la salud, es decir, lo cualitativo que lo representaba *Hygeia* y lo cuantitativo que lo representaba *Panacea* a través de lo social y lo biológico respectivamente (Conde, 2002: 397).

El segundo momento se refiere al de las enseñanzas escolásticas que organizaban los estudios en dos ramas: *trivium* y *cuadrivium*¹, cuya dualidad escapaba de los saberes y las enseñanzas clasificables suscitada por la creación de las universidades (Ibíd.).

¹ En la antigüedad clásica las siete artes liberales comprendían dos grupos de estudio: el *trivium* que agrupaba las disciplinas literarias (relacionadas con la elocuencia) y el *cuadrivium* que agrupaba las disciplinas científicas relacionadas con las matemáticas.

El tercer momento se refiere a *Descartes* en la edad moderna, quién no pudo organizar la Medicina en la *res cogitans* y la *res extensa*². Igualmente ha sido un dilema denominarla como *ars medica* o *ciencia médica*³. Esta dicotomía pone de manifiesto la necesidad de reconocer el pluralismo metodológico (Ibíd.).

Según *Conde* la ambivalencia de la investigación cuantitativa y de la cualitativa es inoperante, dado que en ciencias de la salud existe la semiología por ejemplo que articula los signos y síntomas, es decir, por un lado una perspectiva cualitativa configurada a partir de la escucha, el análisis y la interpretación de los llamados síntomas y por otro lado una perspectiva cuantitativa configurada a partir de la observación y el análisis de los signos. Las ciencias de la salud se dividen en un universo objetivo y uno subjetivo; lo objetivo es lo que se observa, cuantifica y controla a partir de la comprensión de la naturaleza, mientras que lo subjetivo se refiere a lo que manifiesta la sociedad como punto de partida para la comprensión del problema a investigar (Ibíd., p. 398.).

Otros autores consideran que lo cuantitativo se asocia a una corriente filosófica llamada positivismo lógico⁴ y la perspectiva cualitativa a la fenomenología⁵ porque los aspectos que marcan la diferencia entre ambos son: objetividad versus subjetividad, medición controlada versus incontrolada y lo generalizable se enfrenta a lo no generalizable respectivamente, de modo que indiferentemente de que la ciencias de la salud sean una ciencia impositiva en su terapéutica debe convivir con ambas perspectivas.

Hay que reconocer que la Medicina en sus comienzos reposaba en la observación de los grupos de enfermos, esta comprendía la Medicina hipocrática⁶ e inmediatamente la Medicina analógica⁷. Es esta la razón por la que las analogías fundamentan la práctica médica en Grecia, esta época estuvo trazada por la oposición de los filósofos como Aristóteles y Platón quienes insistían en la importancia de los signos "*semeia*" pero con el agravante de que la observación exterior y objetiva debían partir de un diálogo con el enfermo.

La edad Media no es la excepción en cuanto a la división de la Medicina, pero esta vez se centra más en una discusión acerca de si es un saber teórico o si es un saber práctico, esto trae como consecuencia que se relegue a los barberos y cirujanos un status social inferior al de los teóricos que hacían parte de las universidades recién creadas (Ring, M., 1993: 90.).

Posteriormente en el renacimiento, con la Anatomía se da un giro a la relación de la palabra del enfermo o el componente subjetivo en la Medicina con la experimentación directa sobre el cuerpo humano o el componente objetivo, el cual da lugar a un discurso médico abstracto y técnico donde la perspectiva teórica-escolástica que esta desprovista de todo contacto con la realidad del enfermo va a ocupar una posición socialmente subordinada por el surgimiento de <la práctica médica> (Aldereguía, J., 1985: 16). Esta práctica médica se desarrolla paralelamente al nacimiento de la

² Hace referencia al dualismo entre el espíritu (*res cogitans*) y la materia (*res extensa*).

³ Hace referencia a la medicina vista desde el arte (*ars medica*) o la ciencia (*ciencia medica*).

⁴ Denominado también empirismo lógico, este sostiene que un enunciado es cognitivamente significativo sólo si, o posee un método de verificación empírica o si es analítico.

⁵ Es un método filosófico que procede a partir del análisis intuitivo de los objetos tal como son dados a la conciencia cognoscente, a partir de lo cual busca inferir los rasgos esenciales de la experiencia y lo experimentado. Sin embargo, no fue hasta que Immanuel Kant introdujera la distinción idealista entre lo fenoménico y lo nouménico en la teoría epistemológica cuando la noción alcanzó su lugar en la filosofía.

⁶ Ya en la Grecia Antigua destacan los textos hipocráticos, en los que se abordan enfermedades desde perspectivas naturalistas. Prácticamente ya no se admitían las intervenciones de fuerzas divinas en la producción de enfermedades.

⁷ La Medicina que de una forma inductiva argumenta que si dos o más entidades son semejantes en uno o más aspectos, entonces es probable que existan entre ellos más semejanzas en otras facetas. Este fue el fundamento en la Grecia antigua para diagnosticar.

clínica y al abandono de la medicina por parte de los filósofos. El rol del filósofo por tanto será sustituido por el de los cirujanos y barberos⁸. Será la práctica médica la que desarrolle una serie de instrumentos y tecnologías para adentrarse al interior del cuerpo humano (Ring, M. *Op. cit.*, p. 90.).

Con la incorporación a la medicina de los intrusistas de la edad media y el renacimiento, subrayan otros autores sobreviene el interés por los signos como aquellas manifestaciones que los médicos aprenden a leer, interpretar y descifrar del cuerpo, es decir, según estos autores en el diagnóstico la palabra del paciente será reemplazada por la percepción del médico a través de los sentidos cuando ausculta, palpa, huele y observa (Ibíd.).

Es así como la Medicina Moderna y el nacimiento de la clínica se consolidan simultáneamente en los albores de la revolución francesa que es cuando se institucionaliza, cuando la enseñanza de la misma “deja de ser en universidades para llevarse a cabo en hospitales [...]” y cuando triunfan las ciencias médicas herederas de la revolución anatómica, especialmente por la aportación esencial de la patología del siglo XIX que construye la explicación de las enfermedades a partir de la interpretación de los signos bajo una perspectiva objetiva (Conde, F. *Op. cit.*, p. 402-3.), fragmentada de la realidad e insensible y anti-comunicativa de la oralidad y el saber del enfermo como sujeto. Los fenómenos objetivos como los signos anatomopatológicos producen diagnósticos sin las palabras del enfermo.

La Patología sin duda alguna fomentó esta perspectiva cuantitativa por no decir absolutamente positivista de la salud y la enfermedad, ya que en base a los saberes biológicos, físicos y químicos junto con la necesaria experimentación en laboratorios se creó el santuario de la Medicina científica basada en hallazgos verificables.

En pocas palabras el laboratorio y la experimentación distancia aún más en la relación médico-paciente al síntoma o la palabra, lo cual no está lejos de las tendencias actuales como la Telemedicina, donde el paciente persistentemente es objeto y no sujeto. Además la individualidad o la subjetividad pasa a un segundo plano con el uso de la Estadística donde la conceptualización de algunos fenómenos en salud pasarán a ser de tipo poblacional y no individual, no obstante hoy en día se requiere de una aplicación singular en cada sujeto, es decir, desde una óptica cualitativa se da origen a la Epidemiología e Higiene Pública (Marcet, P y Sáez J, 1998: 1-24.).

A lo largo del siglo XIX se desarrollaron dos perspectivas dominantes según Conde: la clásica de curar la enfermedad (Panacea) y la de la higiene y la prevención (hygeia), la cual introducirá la importancia del abordaje colectivo, poblacional y social en combinación con métodos estadísticos y de control. La higiene pública nace entonces a raíz de las epidemias y el crecimiento demográfico de las ciudades modernas en Europa junto con el surgimiento del Estado que regulará la salud socialmente (Ibíd.).

Con respecto a la situación actual, dada la transición epidemiológica⁹ las demandas en salud en el terreno social e institucional han obligado a las sociedades occidentales democráticas la elaboración de medidas y discursos sociales que son parte del campo de la salud pública y los sujetos. Por ejemplo, para la implementación de políticas que prevengan la enfermedad y promuevan la salud

⁸ También eran denominados los sacamuelas, tomaron de los charlatanes el estilo desenvuelto, la palabrería, los trucos y los recursos para atraer al auditorio, hasta que llegó a llamárselos charlatanes-sacamuelas. Siendo nómadas y errantes, recorrían la Europa de la Edad Media y el Renacimiento en carromatos a caballo, visitando la periferia de las ciudades, los mercados y todo lugar adonde lograran reunir gente dispuesta a dejarse engatusar.

⁹ Hace referencia a la variación conjunta de tres indicadores: la tasa bruta de mortalidad, la tasa de fecundidad y la esperanza de vida. Este fenómeno se explica por dos hipótesis, una que atribuye la disminución de la mortalidad a la salud pública y la otra que se lo atribuye al mejoramiento de los recursos socioeconómicos especialmente alimentarios.

mediante campañas educativas sobre estilos de vida saludables es necesario que se entremezclen diferentes intereses extrateóricos¹⁰ que involucran a la investigación (Terris, M., 1992: 10.). Estos intereses se manifiestan a través de la financiación de empresas fabricantes, el apoyo logístico de administraciones públicas, los discursos sanitarios de los políticos y profesionales y el uso indiscriminado de los medios de comunicación para difundir soluciones sanitarias por parte de los grandes productores y publicistas, los cuales curiosamente en el ámbito de la opinión pública necesitan cada vez más de una aproximación cualitativa que analice los discursos sociales.

Por consecuencia no se puede olvidar que el rol pasivo del “paciente” cambia en nuestros días por el rol activo del “actor social”¹¹, el cual se apropia del conocimiento y los paradigmas médico-sociales para comprender su realidad y para inducir un cambio dada la desprotección del estado, la aparición de nuevas enfermedades y la oferta de tratamientos a partir de la innovación tecnológica.

Este cambio de perspectiva está asociado en primer lugar “al desplazamiento del hospital al domicilio como centro prioritario”; y en segundo lugar a la necesidad de conocer los discursos, comportamientos y demandas de estos nuevos actores sociales que permiten entender los hallazgos matemáticos producidos por estudios epidemiológicos (Briceño-León, R., 2003: 36.).

A su vez otros teóricos creen que este cambio de perspectiva se debe a que la calidad de vida se encuentra fuertemente ligada a los valores de los individuos y grupos sociales y sobretodo condicionada por el medio cultural, entendiéndose la cultura no solamente desde un punto de vista racional sino emparentada con los afectos, cuyo “engranaje interviene de alguna manera en las creencias, valores, esperanzas y miedos de los sujetos y la sociedad [...]” como tal (Ibíd.). Por ello las metodologías cualitativas aportadas por las ciencias sociales a las ciencias de la salud se asocian con una socialidad más blanda, dionisiaca y femenina que emergen de las raíces de la vida en comunidad.

Contradictoriamente en salud aún investigar sobre las relaciones sociales parece algo complejo, impensable, impenetrable y no-racional. Un ejemplo tácito del cambio de paradigma en salud desde una noción polisémica, es decir, como práctica, como saber y como conocimiento es el hecho de que el agenciamiento de las mujeres¹² este dando mejores resultados en la problemática de la violencia intrafamiliar, la educación y la pobreza (OPS, 2003:5-7), este tipo de investigación ha sido introducida por la Psicología social opacando las tradicionales intervenciones psicoanalíticas en salud.

En la historia de la ciencia la introducción de las ciencias sociales en ciencias de la salud es reciente, más específicamente después de la segunda guerra mundial, ya que a principios del siglo XX no se habían formalizado las ciencias sociales en las universidades, con excepción de unas pocas en Europa y los Estados Unidos.

También hay evidencia de que a principios del siglo XX habían médicos que preocupados por las condiciones sociales y ambientales construían informes médicos con sus propias experiencias y de

¹⁰ Quiero decir un interés no científico motivado por aspectos económicos, culturales, políticos, ideológicos y afectivos

¹¹ Son todos aquellos grupos, sectores, clases, organizaciones o movimientos que intervienen en la vida social en aras de conseguir determinados objetivos propios sin que ello suponga precisamente una continuidad de su actividad como actor social. Existe una relación estrecha entre actores y sujetos sociales: todo sujeto es un actor social, pero no todos los actores llegarán a ser sujetos. Los actores tienden a constituirse en sujetos en la medida que inician un proceso de reiteradas y continuas inserciones en la vida social que implica, a la vez que el desarrollo de sus luchas y sus niveles y formas de organización, el desarrollo de su conciencia.

¹² Se refiere a la tendencia de los actores sociales a convertirse en agentes activos de cambio o dicho de otra manera en promotores dinámicos de transformaciones sociales que pueden alterar la vida de las mujeres como la de los hombres

las comunidades como si realizarán diarios de campo o bitácoras. Sin embargo se consideraba que la sensibilidad social de estos médicos estaba asociada a la compasión por el sufrimiento de los demás. Con el auge de los antibióticos la asombrosa tecnología médica tiende a delegar esta función social a los salubristas, separando abruptamente la epidemiología en clínica y social (Segura del Pozo J, 2006: 154-5); por ejemplo hoy en día existen serios obstáculos para la función social de la Epidemiología y por ende de la salud pública por la predominancia de una orientación positivista condicionada por la Estadística¹³.

Vale la pena resaltar que existen textos sobre sociología médica escritos incluso antes del surgimiento de la Sociología como disciplina. “En Francia en 1848 fue publicado uno por Jules Guérin y en los Estados Unidos en 1893 por Charles McIntire”. Posteriormente también en Norteamérica se publican dos libros con el mismo título “*Medical Sociology*”, uno escrito en 1902 por la primera médico graduada en USA la Dra. Elizabeth Blackwell y en 1905 por el Dr. James Warbase (Briceño-León, R., *Op. cit.*, p. 35).

En Latinoamérica hubo un esfuerzo por descubrir la situación social a través de la Medicina. En Brasil los estudios de Emmanuel Díaz sobre las condiciones sociales en Minas Gerais. “En Argentina, los trabajos de Mazza sobre la enfermedad de chagas resultaron convirtiéndose en un asunto subversivo para la estructura latifundista dominante de la época”, mientras que en Venezuela Torrealba y Gabaldón analizaban las condiciones sociales de la vivienda y la transmisión de la enfermedad (Ibíd., p. 40.).

El trabajo de Parsons en los años cincuenta es el trabajo más importante de las ciencias sociales en salud plasmado en el libro “el sistema social” (1951) que muestra la falta de reconocimiento social y la falta de legitimidad del rol del enfermo en la sociedad. El anterior acontecimiento es paralelo a la “incorporación de los Sociólogos, Antropólogos, Psicólogos y Geógrafos en los Estados Unidos y el Reino Unido, esto a raíz de la expansión del empleo como resultado del avance del capitalismo [...]” (Ibíd.). En Latinoamérica en esa época no existían tantos profesionales graduados dada la ausencia de facultades de Ciencias Humanas, no es hasta los años 60’s que se funda la primera en la Universidad Nacional de Colombia.

Posteriormente a inicios de los años 60’s estudiosos como Howard Becker, B. Geer, E. Hughes y A. Strauss desarrollan una investigación denominada *Boys in white* (1961) acerca de los mecanismos de socialización de los estudiantes de Medicina, mediante “la utilización de técnicas cualitativas como la observación participante en un contexto teórico desde el interaccionismo simbólico [...]”¹⁴. Otro estudio que explica lo médico desde lo social es el estudio de A. Kleinman (1980) sobre “el contexto cultural de los sanadores chinos y como esto permite tener una visión distinta del sistema de salud”. Existen investigaciones que poseen un enfoque médico social como las realizadas por Good y Good (1993) sobre la forma como se aprendía Medicina en la Universidad de Harvard o los importantes estudios de Castés y colaboradores (1992) sobre la rápida muerte social de los enfermos de *leishmaniasis* y de *hansen muco-cutanea* a causa del estigma social que genera la deformación y la gravedad de las lesiones (Ibíd.).

¹³ Esta discusión es parte de las reflexiones hechas en la X Conferencia Anual del Programa de Epidemiología Aplicada de Campo (PEAC) de la Escuela Nacional de Sanidad en España y de las innumerables publicaciones que desarrollan este tema, especialmente el trabajo del Investigador Javier Segura del Pozo de la dirección General de Salud Pública y Alimentación de España.

¹⁴ Es una corriente de pensamiento microsociológica, relacionada con la antropología y la psicología social que basa la comprensión de la sociedad en la comunicación. Se sitúa dentro del paradigma de la transmisión de la información: emisor-mensaje-receptor junto a otras teorías.

Existen críticas muy frontales que permiten “comprender las limitaciones del sistema de salud y la terapéutica médica desde las ciencias sociales, entre estas se encuentran el libro del *Nacimiento de la clínica* (1973) de Michel Foucault o el trabajo de Ivan Illich en su *Némesis médica*”.

Entre los estudios que explicaban la enfermedad a través del comportamiento individual, los más conocidos fueron los KAP (*Knowledge, attitudes and practices*)¹⁵, los cuales tiene una visión cognitivista. A causa de que se ha creído que estos estudios no ofrecen resultados favorables para conducir acciones en salud se han desarrollado estudios culturales y de representación social de la enfermedad o de “compliance”, tales como los de: Lépine (1992), Méndez (1995), Rozemberg (1994) y Alvez y Rabelo (1998). Este tipo de estudios cualitativos han sido un aporte de la Psicología y el Trabajo Social, su agravante es que se ha creído que solo debe ser utilizado en el contexto de una cultura específica dado el carácter singular que tienen, por ello en aras de obtener aspectos más relevantes de la individualidad se crearon los estudios sobre “estilos de vida” Knowles (1997) (Ibíd., p. 38.)

Otra forma en que la perspectiva cualitativa se ha introducido en la salud ha sido mediante la explicación de la enfermedad por medio de las condiciones sociales. Debido a que la variable explicativa no puede ser individual sino por el contrario colectiva o estructural. Estos aportes se han dado desde el campo de la Sociología, Antropología, Geografía y Politología, por ejemplo “el estudio de la vivienda como un factor social que determina la transmisión de ciertas enfermedades de Chagas o Leishmaniasis [...]” en Velásquez y Pérez (1994) (Ibíd., p. 39.).

También existen explicaciones macrosociales que se tejen en torno a como han reemergido algunas enfermedades a raíz de los “procesos de reforma neoliberal producto del Consenso de Washington al eliminar los programas sociales y de atención médica antes ofrecidos [...]”, como lo demuestra el trabajo de Kim y colaboradores (2000) y Heggenhougen (1999). Otros estudios como el de Silva (1999) que trata la evolución de la enfermedad de Chagas en el Estado de São Paulo en Brasil demuestran la relación de la enfermedad con las relaciones sociales de trabajo en la caficultora (Ibíd.).

Los hallazgos de la perspectiva cualitativa han sido grandiosos en los últimos 20 años, a tal punto que han contribuido, apoyado y criticado las ideas de participación comunitaria en los programas de salud evidenciados por ejemplo en Briceño- León (1994) y Valla y Stotz (1993). A nivel macrosocial en el análisis económico de la carga de la enfermedad “*burden of disease*” que establece los años de vida saludables perdidos por cada enfermedad (DALYs) se pueden encontrar indicadores de salud desde la perspectiva cualitativa como en Akhavan (2000) y en Murray y López (1996) (Ibíd., p. 42.).

El gran aporte de la perspectiva cualitativa hoy en día se puede evidenciar al poder distinguir entre **salud** como valor, concepto, praxis social y política, una preocupación de la cultura en todas las épocas de la historia o como imperativo de calidad de vida y **noción de salud** como el arraigo normativo cultural de la comunidad que lo ha asimilado y lo vivencia, como expresión de dignidad humana, como signo o síntoma. Las ciencias sociales han podido demostrar que la salud es un producto cultural y que la noción de salud es un conocimiento elemental de la comunidad frente a la salud. Esto demuestra como se puede trascender la limitación de marcos interpretativos propios de la perspectiva cuantitativa y positivista que en salud posee un enfoque biologicista; esto muy a pesar de que se ha interpretado la salud y la enfermedad en otras dimensiones implicadas en el proceso vital humano (García, *Op. cit.*, p. 23-4).

¹⁵ Traduce: Conocimiento, Actitudes y Prácticas.

Conclusiones

La perspectiva cualitativa ha convivido con la historia de la medicina y ha ganado precisión por el desarrollo de las ciencias sociales.

Los dos grandes aspectos que constituyen esta perspectiva cualitativa en salud son su carácter descriptivo y normativo; el primero porque investiga las condiciones sociales y médicas en grupos humanos específicos, lo cual establece relaciones causales entre condiciones, modos y estilos de vida y el segundo porque establece estándares en los diversos grupos estudiados con el fin de tomar medidas que mejoren la calidad de vida.

Es así como la salud desde la perspectiva cualitativa se encuentra delimitada en primer lugar por la relación con la comunidad, la preocupación por la salud y la enfermedad en estrecha relación con la instituciones comunitarias, normas raciales y étnicas, estándares de vida, niveles sociales y económicos y movimientos de grandes comunidades. En segundo lugar se encuentra delimitada por la salud como valor social cuando indaga acerca de los intereses de los diversos grupos humanos, es decir respecto a los deseos y esperanzas en salud y el logro o frustración de estos fines. Y en tercer lugar se encuentra delimitada por la salud y la política cuando investiga sobre los atrasos u obstáculos en la legislación en salud, es decir, cuando desarrolla conceptos de responsabilidad pública para diversos grupos socioeconómicos y cuando esclarece relaciones de poder entre los actores sociales y los cuerpos legislativos.

De manera que la perspectiva cualitativa en salud tiene el propósito de estudiar el estado de la salud de los grupos sociales íntimamente ligado al contexto socioeconómico, sociocultural y sociopolítico, en fin a todos los condicionantes y determinantes del proceso salud enfermedad. Esto propone desafíos médicos, sanitarios y sobretodo sociales.

Por esta razón la riqueza de este campo teórico es motivo de discusión en la última década en el Foro Internacional de Ciencias Sociales y Salud, esta relación interdisciplinaria ha dado lugar a un nuevo campo llamado *Health Social Sciences* (Higginbotham et al., 2001) y ha generado cambios como la ubicación de la investigación social, económica y del comportamiento en la división de la investigación básica y no aplicada en la OMS a raíz de que el pluralismo metodológico que impulsa la perspectiva cualitativa “permite reconocer que los fenómenos de salud son complejos y que la historia de la medicina ha sido fecunda por la variedad cambiante de lo social, lo subjetivo, lo cualitativo en la investigación y la intervención [...]” (Briceño-León, R., *Op. cit.*, p. 36-8).

Referencias Bibliográficas

- o Aldereguía Henríquez, Jorge. "consideraciones sobre salud y enfermedad", en: Maria Elena Zulueta ed., *Problemas de higiene social y organización de salud pública*, La Habana, Editorial Técnico-científica, pp. 238.
- o Amezcua, Manuel y Gálvez, Alberto. "Los modos de análisis en investigación cualitativa en salud: perspectiva crítica y reflexiones en voz alta", en: *Revista Española de Salud Pública*, 76 (5), Madrid, Septiembre –Octubre, 2002, p. 425-7.
- o Baum, F. "Investigaciones en salud pública: el debate sobre las metodologías cuantitativas y cualitativas", en: *Revisiones en salud pública*, 5, Barcelona, 1997, p. 175-93
- o Bower, Elizabeth y Scambler Sasha. "The contributions of qualitative research towards dental public health practice", en: *Community Dental oral Epidemiology*, 35, Londres, 2007, p. 161-9.
- o Briceño León, Roberto. "Las ciencias sociales y la salud: un diverso y mutante campo teórico", en: *Ciência y Saúde Coletiva*, 8 (1), Brasília, 2003, p. 33-45.
- o Conde Gutiérrez, Fernando. "Encuentros y desencuentros entre la perspectiva cualitativa y cuantitativa en la historia de la medicina", en: *Revista Española de Salud Pública*, 76 (5), Madrid, Septiembre-Octubre, 2002, p. 395-408.
- o Franco, Saúl. "Proceso vital humano y proceso salud y enfermedad: una nueva perspectiva", en: Saúl Franco, ed., *Ética, universidad y salud*, Bogotá, Universidad Nacional de Colombia-Ministerio de Protección Social, 1993, pp. 63-71.
- o García Cardona, Gustavo. "Referentes básicos para la construcción de un ethos sanitario", en: Emilio Quevedo y otros ed., *Cuadernos del Doctorado # 2 ética, salud y vida*, Bogotá, Doctorado Interfacultades en Salud Pública Universidad Nacional de Colombia, 2005, pp. 10-27.
- o Maset, Pedro y Sáez, José Miguel. "La evolución histórica de la salud pública", en: Martínez Navarro F. et al (eds), *Salud pública*, McGraw Hill Interamericana, Madrid, 1998, pp. 1-24.
- o OPS. "La violencia basada en el género: un problema de salud pública y de derechos humanos", en OPS ed., *La violencia contra las mujeres: responde el sector salud*, Washington, PATH-CDC-OMS, 2003, pp.131.
- o Ramon Torrell, José Maria. "Observación y experimentación. Clasificación general de los estudios epidemiológicos", en: Emili Cuenca Sala y otros ed., *Métodos de investigación en Odontología. Bases científicas y aplicaciones del diseño de la investigación clínica en las enfermedades dentales*, Barcelona, Masson editorial, 2000, pp. 248.
- o Ring, Malvin. "La baja edad media en Europa occidental: siglos XIII-XVI", en: Derek Springham ed., *Historia ilustrada de la Odontología*, Traducción y revisión de versión española de Francesc Casas Botella, Madrid, Mosby/Doyma Libros, 1992, pp. 319.
- o Segura del Pozo, Javier. "Epidemiología de campo y epidemiología social", en: *Gaceta Sanitaria*, 20 (2), Madrid, 2006, p. 153-8.
- o Terris, Milton. "Tendencias actuales de la salud pública en las américas", en: *Crisis de la salud pública OPS*, 540, Washington, 1992, p. 4-7.
- o Torres Carrillo, Alfonso. "Los enfoques cualitativos de la investigación", en: Carlos Castellanos Castillo ed., *Aprender a investigar en comunidad II. Enfoques cualitativos y participativos en investigación social*, Facultad de Ciencias Sociales y Humanas de Unisur, Bogotá, Arfin ediciones, 1995, pp. 245.