

## Investigación en salud: reflexiones en torno a los trabajos de Testa y Navarro

*Carmen de la Cuesta Benjumea*  
Profesora, Facultad Nacional de Salud Pública  
Universidad de Antioquia, Medellín, Colombia

### Resumen

*Este artículo parte de dos trabajos que tratan cuestiones sobre la investigación en salud. Testa<sup>1</sup> plantea lo inadecuado del modelo positivista para hacer «ciencia» sobre ciertos hechos sociales, y Navarro<sup>15</sup>, muestra las consecuencias de usar este modelo en el campo de la salud. Mientras Testa proporciona argumentos que ponen de manifiesto la construcción social de la realidad; Navarro enseña claramente el célebre aforismo de Thomas «Si los hombres definen las situaciones como reales, ellas son reales en sus consecuencias». Así estos dos trabajos abordan las dos caras de una misma moneda: la realidad social. Seguidamente, este artículo comenta los puntos principales de los escritos de Testa y Navarro y expone cuestiones adicionales sobre los aspectos sociales de la salud y el enfermar. Por último, se aborda el uso del enfoque cualitativo, este enfoque también se le denomina fenomenológico, naturista, constructivista y etnográfico, en la investigación en el área de la salud.*

*Palabras clave: investigación cualitativa, investigación en salud, positivismo.*

### 1. Modelos y métodos en el desarrollo del conocimiento social

Testa<sup>1</sup> inicia su artículo señalando que el modelo hegemónico de desarrollo científico ha sido el de las ciencias naturales o «duras» y que éste es un modelo inadecuado para el estudio del mundo social. Argumenta que, mientras en el estudio del mundo natural puede ser necesario que el investigador se separe del objeto del estudio para no «perturbarle» y lo aisle de otros factores, esto en el mundo social además de ser problemático invalida el propio estudio. Testa considera que el mundo social no cumple la condición de *separabilidad* de sus elementos y por tanto, mientras que en las llamadas ciencias «duras» se puede descontextualizar el objeto de trabajo, esto en las ciencias sociales acarrea consecuencias de incluso índole político. Así, destaca dos posiciones para el conocimiento del mundo social: a) el reduccionismo o fragmentación de los problemas sociales y b) la integralidad o la comprensión de lo social como una totalidad de significado. Respecto al investigador, señala que en el estudio de los hechos sociales es inevitable su participación en el fenómeno mismo. No sólo esto es inevitable, sino que también se favorece ya que se considera esencial su participación para poder comprender o capturar la naturaleza del mundo social<sup>2,3</sup>. Paradójicamente como se señala más adelante, la correcta implica-

ción del investigador en el mundo social contribuye a la validez del estudio.

Lo que subyace en la discusión de Testa es la posición de las ciencias naturales y la sociales frente a la «objetividad» del conocimiento. Para las ciencias naturales y físicas, basadas en el paradigma positivista, la objetividad consiste básicamente en dos cosas: 1) la neutralidad entre las posiciones que promueve la idea de que el investigador ha de estar libre de valores y 2) la independencia o separación de la mente que fomenta que el investigador se desprenda del área de estudio. Los positivistas mantienen la idea de que el mundo existe «ahí fuera», separado de las personas y que tiene sus propias reglas independientemente de lo que la gente pueda pensar.

Desde el otro paradigma, que se puede denominar naturista o constructivista, se han hecho dos objeciones a la noción de neutralidad. Por un lado se argumenta que la objetividad de la ciencia se logra a un nivel colectivo, es el resultado de la mutua crítica y la eliminación por tanto del sesgo individual. Por otro lado, los pensadores inscritos en la corriente sociológica Marxista, argumentan al igual que Testa, que el enfoque positivista puede ser apropiado para comprender la naturaleza pero no se lo puede aplicar a la vida social por que la verdad no se logra por la imparcialidad.

Respecto a la «independencia de la mente», se señala que esto es una presunción ya que la capacidad de observar algo depende de la teoría que el individuo tenga sobre ello. Mas aún, desde el enfoque *comprensivo* o corriente de significado y acción se señala que las personas interactúan guiadas por la comprensión que tienen de los eventos y por tanto la realidad social no es independiente de las personas<sup>4</sup>.

### 1.1. Los enfoques metodológicos

Consecuentemente con esta visión de como se produce o construye la ciencia se hallan dos grandes tendencias metodológicas que se apoyan en el paradigma positivista y en el naturismo. Testa en su artículo, describe algunos de los rasgos de la metodología cuantitativa (sustentada en el positivismo) y la cualitativa (apoyada en el naturismo), en la investigación. Así, de la metodología cuantitativa destaca la separación del proceso de investigación del objeto del estudio e indica que este se inicia con la formulación de la hipótesis para por medio del proceso científico demostrar su validez o refutarlas.

Es importante señalar que se ha venido considerando ciencia a lo que se deriva de este proceso científico y otro tipo de aproximación, el cualitativo, ha tendido a etiquetarse como *acientífico*. Esto Testa lo atribuye a la subordinación de las ciencias sociales

a las naturales. En la exposición que hace de la metodología cualitativa destaca como, durante el análisis se deconstruye primero para reconstruir después el objeto inicial del estudio.

Efectivamente, una de las principales diferencias entre la metodología cualitativa y la cuantitativa es su fin o propósito. De manera general, se asocia la investigación cuantitativa con la modificación y comprobación de teorías, y a la cualitativa con el desarrollo de teoría y la generación de hipótesis<sup>5</sup>.

Los métodos cualitativos de investigación son aquellos métodos no cuantitativos que intentan capturar el fenómeno de una manera holística, comprenderlo en su contexto o que enfatizan la inmersión y *comprensión del significado* humano atribuido a unas circunstancias o fenómenos. Son los métodos de elección para cualquier tipo de investigación que enfatice la comprensión amplia y la visión profunda<sup>6</sup>. Así, la metodología cualitativa no pone su énfasis en predecir el comportamiento humano, como la hace la cuantitativa, si no en comprenderlo de la manera descrita por Max Weber<sup>7</sup> como *Verstehen*.

Aquí la idea central es que, para entender el comportamiento humano, es esencial comprender su significado. Esta comprensión tiene un matiz psicológico que la diferencia de la ex-

plicación, término usado en el positivismo. Aquí se trata de una comprensión conectada con la empatía y la intencionalidad, por tanto uno de los elementos cruciales de la metodología cualitativa es el de «ver las cosas desde dentro» o adoptar un enfoque *Emic*<sup>8</sup>.

Para que el investigador capture los significados, ha de tomar el rol del otro<sup>9</sup>. Consecuentemente, en este enfoque metodológico, el investigador está implicado con las personas y los grupos sociales que estudia<sup>2,3</sup>. La recolección de datos, al contrario que la metodología cuantitativa, se realiza en el medio natural, sin manipular ni seleccionar variables. El investigador hace todo lo posible para facilitar la *visibilidad* y la *revelación* de los hechos sociales<sup>3</sup>.

A diferencia de los métodos cuantitativos que en el muestreo buscan la representatividad, el muestreo cualitativo se realiza para obtener una descripción rica o densa del fenómeno que se estudia. Un tipo muy usado de muestreo es el teórico que se realiza con base en los conceptos y categorías que van emergiendo durante el análisis, y esto exige que los datos se recojan de forma concomitante con el análisis<sup>10</sup>.

Una de las diferencias más destacadas entre la investigación cualitativa y la cuantitativa es la manera de analizar los datos. Esta es cualitativa cuando se deriva de

procedimientos no matemáticos si no interpretativos. El objetivo del análisis cualitativo es el de generar conceptos o categorías<sup>11</sup>, estas son los elementos más importantes de este análisis pues muestran la relación que hay entre los datos y la teoría. Las categorías se identifican y se relacionan por medio de la codificación.

El análisis cualitativo es inductivo y abierto, finalizando cuando la categoría se satura<sup>10</sup>, esto es, cuando no hay más información nueva sobre ella. Se puede decir que, mientras que la metodología cuantitativa ofrece una representación matemática del mundo, la cualitativa es comprensiva y narrativa.

Estas diferencias metodológicas, sustentadas en diferentes paradigmas, exigen diferentes criterios a la hora de juzgar la validez de los estudios. Así, Testa señala en su trabajo como extrapolaciones indebidas de leyes conducen a errores. Evidentemente, cada paradigma requiere de unos modos de evaluación distintos. Las cuestiones de validez y confiabilidad propias del paradigma positivista, en el naturista se abordan como cuestiones de *veracidad* de los datos y *credibilidad* del análisis<sup>12</sup>. Esto en los estudios cualitativos se logra por medio de mecanismos tales como el muestreo teórico, la implicación prolongada del investigador en el estudio, las descripciones densas y las transcripciones totales de los datos.

Una vez que Testa señala la necesidad de adecuar el enfoque metodológico al estudio del mundo social, en la parte final de su trabajo aborda, sin manifestarlo explícitamente, el tema de la construcción social del conocimiento. Argumenta como definiciones, y conceptos tales como «Estado, Hegemonía, Ideología, y Democracia» se han de contextualizar y temporalizar, pues su significado varía entre quien lo use y cuando se esté utilizando.

En la argumentación de Testa se puede identificar la teoría del Interaccionismo Simbólico<sup>13</sup> que parte de tres premisas: la primera es que los individuos actúan con base en el significado que las cosas tiene para ellos; la segunda es que el significado de estas cosas se deriva de la interacción que uno tiene con otros; y la tercera es que los significados se manejan y modifican a través de un proceso interpretativo que la persona emplea a medida que se enfrenta a estas cosas.

El interaccionismo muestra como el individuo construye significado, aprende de la sociedad y al mismo tiempo la modifica<sup>4</sup>. Esta posición teórica ha contribuido significativamente al estudio del mundo social. Concretamente, sustenta el tipo de investigación denominado «Teoría Fundamentada»<sup>14</sup> que añade la perspectiva de variación temporal en los estudios cualitativos y está siendo muy usada en el campo de la investigación cualitativa en salud.

## 2. La investigación en salud

Navarro<sup>15</sup> pone de manifiesto la hegemonía del paradigma positivista en la investigación en salud y presenta las consecuencias de esta hegemonía. Para ello examina críticamente la Antología de Investigaciones de Servicios Sanitarios de la Organización Panamericana de la Salud (OPS). En la selección de los artículos Navarro<sup>15</sup> señala el sesgo tan evidente hacia las producciones de Estados Unidos y el Reino Unido, ignorando trabajos críticos producidos en América Latina.

Una de las críticas más importantes que Navarro hace a esta Antología es la de presentar el tema de los Servicios de Salud, descontextualizados sobretodo de una realidad política. Indica que para: «Entender ese sector [atención médica] deben comprenderse las macro fuerzas políticas, sociales y económicas que condicionan y configuran la financiación, la organización, el gobierno, la eficiencia y la efectividad de los servicios sanitarios»<sup>15</sup>.

Al descontextualizar, Navarro señala que se elude el contexto político y por tanto una cuestión grave en la salud: las desigualdades. El estudio aislado del sector de atención médica es una característica del pensamiento hegemónico de las investigaciones sobre servicios de salud en Estados Unidos. Una de las consecuencias de esto es que se per-

petúa el punto de vista dominante por financiarse preferentemente este modelo de investigación.

Navarro explica que se llega al extremo de la eliminación de la crítica por no encontrar los investigadores críticos fondos para sus estudios. No obstante hay que señalar que, al menos en otros sectores de la salud, las cosas están cambiando. Así, en un reciente editorial de la revista *Qualitative Health Research*<sup>16</sup> se indica que el Instituto de Investigación (NHI) en los Estados Unidos y otras fundaciones para la investigación están «pidiendo o requiriendo» que en las propuestas de solicitud de fondos para la investigación se incluya el componente cualitativo.

Relacionada con la característica de la descontextualización, Navarro señala la «estrechez del espectro ideológico». Lo que trae como consecuencia la exclusión de la antología de trabajos que podrían resultar incómodos para las clases dirigentes, pues ponen en cuestión el pensamiento dominante y desafían el «status quo». Al comentar el rechazo de un trabajo suyo se comprueba que la explicación biológica, la que afirma que «la biología determina lo social», sirve de coartada al pensamiento dominante para excluir trabajos críticos.

Por la información que Navarro proporciona, se entrevé además que las investigaciones

seleccionadas en la Antología reflejan el modelo bio-médico, centrado en la enfermedad y en el profesional de la medicina, modelo característico de los sistemas de salud en todo el mundo. Esto es consistente, ya que el positivismo ha sido la metodología dominante en el desarrollo de la medicina; todo parece indicar que en la práctica investigativa ambos modelos se refuerzan.

Es significativo destacar el doble lenguaje que la OPS utiliza en esta antología. Por un lado, en la introducción al trabajo, el Director Regional hace una adecuada referencia a los factores contextuales que condicionan la salud de las personas pero en la selección de trabajos se refleja una realidad científica descontextualizada y por tanto separada de las personas. Esto no es nuevo en la OPS, así un libro publicado por Day<sup>17</sup>, hace exclusiva referencia a trabajos de corte positivista o cuantitativos. Si tomamos la propuesta de Testa de analizar las instituciones como medio para conectar lo concreto con lo contextual, la OPS y su antología son un buen ejemplo: la institución se encuentra entre dos fuerzas y opta por una posición ambivalente ya que es un organismo que, como bien señala Navarro, acoge a todo el continente y no sólo el Norte.

Por último, Navarro proporciona varios ejemplos de artí-

culos que deberían haberse incluido en la antología pero que por la «estrechez ideológica» se excluyeron. Además muestra que en la antología se incluye la versión censurada de un artículo y que se selecciona otro de dudosa calidad científica pero de gran utilidad ideológica pues favorece intereses prevalentes. También llama la atención sobre la ausencia del punto de vista *Emic* en las investigaciones, esto es de las opiniones de los usuarios del sistema. Evidentemente, al ser el positivismo el modelo de investigación seleccionado, se refleja solo el punto de vista *Etic* o de afuera.

Como conclusión, se puede decir que en la Antología la OPS se construye la «realidad» de la investigación en salud, y las consecuencias, por lo que Navarro describe, se sienten muy reales: la marginación de científicos, la exclusión y censura de trabajos, la perpetuación de un modelo de investigación insuficiente para abordar los temas de servicios de salud, y lo que es más grave, el desprecio por las cuestiones político-sociales que tanta desigualdad están generando tanto en América, como en Europa<sup>18</sup>.

### 3. La salud como asunto social

Del escrito de Navarro, se desprende que los acontecimientos en la salud de las personas no son sólo hechos biológicos si no también sociales. Mas aún, la corrien-

te de medicina social considera que la salud y la enfermedad son expresiones de procesos sociales y se sugiere que se analicen en el contexto del acontecer económico, político e ideológico<sup>19</sup>. La metodología cualitativa indaga el tema de estudio de manera integral y contextualizada.

Además de lo expresado, la literatura sociológica ha mostrado que la salud emerge y se interpreta en un contexto cultural y social. Varios estudios han concluido que las personas definen la salud de tres maneras diferentes: por la ausencia de un síntoma, por sentir bienestar y por poder realizar un rol social<sup>20,21</sup>. Esto muestra que sufrir un padecimiento va más allá de un estado físico objetivable por la medicina. Para las personas implica también perder capacidad de funcionar socialmente. Así se diferencia el concepto cultural y el patológico de la enfermedad; por un lado está el deterioro de la función biológica, y por otro la incapacidad de cumplir roles sociales<sup>22</sup>.

#### 3.1. Definición de salud: dolencia versus enfermedad

La sociología médica distingue entre enfermedad y el padecimiento o dolencia. Enfermedad corresponde a la visión «objetiva» del enfermar; está definida por los médicos y basada en un modelo biológico de patología. El padecimiento o dolencia

se refiere a la experiencia subjetiva del malestar y afecta el bienestar personal y el funcionamiento social de la persona<sup>23</sup>. El médico traduce la subjetividad en una categoría apropiada de enfermedad y así juega un papel crucial al legitimar la enfermedad de la persona<sup>24</sup>. A pesar de que el inicio del diagnóstico médico es el relato verbal del enfermo, este debe de estar sostenido por otra evidencia más objetiva; si esto no ocurre así, se ignora el padecimiento subjetivo<sup>23</sup>. Así, se explica que pueda haber enfermedades subjetivas que no se reconocen como tales por no «objetivarse» o reconocerse por el médico.

No obstante, al adquirir la enfermedad un estatuto científico, se separa más de lo que experimenta la persona<sup>25</sup> y así se da «la enfermedad del enfermo y la enfermedad del médico». Se ha documentado que esto lleva con frecuencia a discrepancias o desajuste entre los enfermos y los médicos que pueden afectar sus relaciones<sup>26,22</sup>. Más explícitamente, se ha señalado que la formación médica remite permanentemente a la objetividad y ello oscurece el peso subjetivo, así la experiencia médica se desencuentra con la experiencia humana subjetiva<sup>27</sup>. Esto tiene una consecuencia práctica muy importante: se obstaculiza el desarrollo de la relación terapéutica, pues un requisito necesario para que se de es que el profesional de la salud

y la persona que consulta se pongan de acuerdo sobre la dolencia<sup>28</sup>.

### 3.2. *El proceso de convertirse en enfermo*

La experiencia de la enfermedad incluye un proceso de toma de decisiones y la respuesta a la enfermedad comprende una serie de etapas, de las cuales una de ellas es el contacto con la asistencia médica. En la sociología médica se ha prestado interés al proceso de *volverse uno enfermo*. Tuckett<sup>29</sup> ha señalado que primero uno mismo se ha de reconocer como enfermo, luego definirse como enfermo y por último actuar buscando ayuda; este proceso está influido por las personas cercanas. Concretamente se ha descrito el *sistema lego de derivación* donde la cultura lego, y no los valores profesionales, es la que define el significado de la enfermedad en un contexto<sup>30</sup>.

El tener síntomas no significa que se acuda al médico, hay muchos factores que intervienen en esta decisión. Zola<sup>31</sup> en su estudio de «Rutas hacia el médico» identificó cinco elementos que determinan la decisión de ir al médico: 1) una crisis interpersonal; 2) una interferencia percibida con las actividades de trabajo; 3) una interferencia percibida con las actividades sociales; 4) otros que insisten en que se busque ayuda; y 5) los síntomas persisten más allá del tiempo esperado. Esto

muestra que se interpreta y da significado a las dolencias, así, investigaciones han mostrado que incluso condiciones muy serias no se consultan con el médico general, y que por cada dolencia sería que se trata en el sistema de salud hay muchas otras en la comunidad<sup>23</sup>.

Se puede concluir diciendo que *la conducta ante la enfermedad* es la manera como los síntomas se perciben, se evalúan y se actúa, implicándose por tanto la existencia de un *proceso social*<sup>32</sup>. Este proceso explica por qué las enfermedades que se reportan al médico, ocupan sólo una pequeña proporción, la punta del iceberg, del total de la experiencia de enfermar de la población<sup>29</sup>. En la adopción de un rol de enfermo<sup>32,26</sup>, intervienen factores sociales que tienen efectos en el uso de los servicios médicos siendo el sistema de derivación legítima un elemento muy importante.

#### 4. La metodología cualitativa en salud

La mayoría de los aspectos de la salud son de naturaleza social que merecen un modelo de indagación que considere los múltiples significados que los individuos pueden adjudicar a su cuidado, conducta y prácticas de salud. Tanto el comportamiento complejo, como los patrones sociales deben investigarse usando modelos de búsqueda que permi-

tan la exposición y consideración de complejas interacciones<sup>6</sup>. Los estudios cualitativos en el área de la salud van a contextualizar los procesos de salud-enfermedad, contribuir a desvelar los procesos que intervienen en el sentirse y definirse como sano o como enfermo, y van a profundizar en los factores que intervienen en buscar y seleccionar la ayuda para resolver necesidades y problemas de salud.

La metodología cualitativa en investigación se desarrolla en las ciencias sociales a finales de los años 50 siendo la Escuela de Chicago una de las más prominentes. Desde sus inicios se realizan estudios en el área de la salud. En la actualidad este campo está adquiriendo gran importancia y, desde 1991 se edita una revista especializada.

La revisión de estudios cualitativos en el área de salud en los últimos cuatro años<sup>33</sup> muestra que estos han contribuido a: 1) Comprender cómo entienden y perciben las personas la salud, la enfermedad y la promoción de la salud. 2) Describir y analizar experiencias de enfermedades agudas, crónicas, minusvalías, así como situaciones relacionadas con la salud y la prestación de servicios. 3) Identificar las estrategias y mecanismos que las personas desarrollan para hacer frente a situaciones de crisis relacionadas con la salud. 4) Identificar y describir los procesos implicados en situaciones de enfermedad,

incapacidad. 5) Describir y comprender el uso y como se utilizan los servicios de salud. 6) Identificar y analizar los sistemas de autocuidados, la función del apoyo social, los cuidados legos y el voluntariado. 7) Describir y analizar las relaciones de los profesionales de la salud con los usuarios; y las relaciones entre los profesionales. 8) Identificar y describir las diferentes *culturas* de los usuarios y profesionales de la salud. 9) Explorar y analizar las políticas sociales y de salud.

Cabe señalar por último, el tema del incumplimiento de los tratamientos médicos también es un área que necesita ser explorada de manera cualitativa. Recientemente Homedes y Ugalde<sup>34</sup> examinaron 37 estudios empíricos sobre este tema, señalaron que todos ellos se hicieron bajo el punto de vista médico y que ninguno de ellos se realizó considerando el punto de vista de los enfermos. Concluyen que es necesario dar a las investigaciones un enfoque *Emic* y que no se deben adoptar políticas «sin antes evaluar las prácticas de prescripción y las razones por las cuales los pacientes no cumplen el tratamiento». Esto se logra con el enfoque cualitativo en la investigación en salud.

La irrupción de la metodología cualitativa en el campo de

la salud no significa que se abandone o se sustituya la metodología convencional o cuantitativa, si no que se expande el repertorio metodológico del que disponemos; para permitir por ejemplo, comprender a niveles más profundos los significados contextuales de la investigación convencional<sup>6</sup>. La pregunta o el objetivo de la indagación van a determinar el enfoque que se utilice, pero se ha de tener en cuenta que: «Si se quiere estudiar la salud o la promoción de la salud donde la gente vive, entonces virtualmente la única manera significativa de lograrlo es trasladarse a los métodos cualitativos, y preferiblemente trasladarse hacia aquellos métodos que dentro del paradigma acepten que la vida social es una entidad construida y practicada»<sup>6</sup>.

Parece así necesario que se incorporen a los programas de las facultades de las distintas áreas de salud, la enseñanza de metodología cualitativa y la ejecución de proyectos de investigación cualitativos. Esta enseñanza promoverá la sensibilidad social de los profesionales de la salud y permitirá la contextualización de su labor. Además, el desarrollo de proyectos cualitativos proporcionarán el acceso a acciones eficaces y en sintonía con la comunidad.

## Referencias

1. Testa M. Pensar en salud. Buenos Aires: Lugar Editorial, 1993:245.
2. Schatzman L, Strauss AL. Field research: strategies for a natural sociology. Englewood Cliffs: Prentice Hall, 1973.
3. Lofland J, Lofland HL. Analyzing social settings. Belmont CA: Wadsworth, 1984.
4. Cuff EC, Sharrock WW, Francis DW. Perspectives in sociology. 3rd ed. London: Unwin Hyman, 1990.
5. Field PA, Morse JM. Nursing research: the application of qualitative approaches. London: Croom Helm, 1985.
6. Lincoln IS. Sympathetic connections between qualitative methods and health research. *Qualitative Health Research* 1992; 2:375-391.
7. Weber M. The theory of social and economic organization. New York: The Free Press, 1947.
8. Wright GH, von. Two traditions. In: Hammersley M, eds. *Social research*. Newbury Park CA: Sage, 1993:9-13.
9. Mead GH. Mind, self and society. Chicago: University of Chicago Press, 1934. In: Denzin. *The Research Act*. New York: MacGraw-Hill, 1978.
10. Strauss A. Qualitative analysis for social scientists. Cambridge: Cambridge University Press, 1987.
11. Bryman A, Burgess RG. Developments in qualitative data analysis. In: Brynan A, Burgess R, eds. *Analyzing qualitative data* London: Routledge, 1994:1-17.
12. Lincoln IA, Guba EG. *Naturalistic inquiry*. Newbury Park CA: Sage, 1985.
13. Blumer H. *Symbolic interactionism: perspective and method*. Englewood Cliffs: Prentice Hall, 1969.
14. Glaser BA, Strauss AL. *The discovery of grounded theory: strategies for qualitative research*. Chicago: Aldine Press, 1967.
15. Navarro V. ¿Qué es la investigación sobre servicios de salud? *Cuad Méd Soc (Rosario)* 1992;62:59-71.
16. On the crest of a wave? (Editorial) *Qualit Health Res* 1994;4:139-141.
17. Day R. Cómo escribir y publicar trabajos científicos. Washington, DC: OPS, 1990. *Publicación Científica* 526.
18. Whitehead M. *The concepts and principles of equity and health*. Geneva: WHO, 1990.
19. Laurell AC. El estudio social del proceso salud-enfermedad en América Latina. *Cuad Méd Soc (Rosario)* 1986;37:3-18.
20. Baumann B. Diversities in conceptions of health and physical fitness. In: Freidson E, ed. *La profesión Médica*. Barcelona: Península, 1978:284.
21. Herzlich C. Quelques aspects de la representation sociales de la santé et la maladie. In: Freidson, eds. *La profesión Médica*. Barcelona: Península, 1978:284.
22. Gutiérrez de P. V, Vila de P. P. *Medicina tradicional de Colombia -el triple legado*. Bogotá: Universidad Nacional de Colombia, 1985. Vol I.
23. Taylor SJ, Field D, eds. *Sociology of health and health care*. Oxford: Blackwell, 1993.

24. Field D. The social definition of illness. In: Tuckett D, ed. An introduction to medical sociology. London: Tavistock, 1976:334-366.
25. Clavreul J. El orden médico. Barcelona: Argot, 1993.
26. Coe RM. Sociología de la medicina. Madrid: Alianza, 1979.
27. Schapira M. Representaciones del proceso de salud-enfermedad y la valoración de la atención médica desde la perspectiva de la mujer. *Cuad Méd Soc (Rosario)* 1993;65-66:41-54.
28. Szasz T, Hollender M. The basic models of the doctor-patient relationship. *AMA Arch Internal Med*;1956;97:585-592.
29. Tuckett D. Becoming a patient. In: Tuckett D, ed. An introduction to medical sociology. London: Tavistock.1976: 169-189.
30. Friedson E. The profession of medicine. New York: Dodd, Mead, 1970.
31. Zola IK. Pathways to the doctor-from person to patient. *Soc Sci Med* 1993;7:677-89.
32. Mechanic D. Medical sociology: a selective view. New York: Free Press, 1968.
33. De la Cuesta. Curso de investigación cualitativa. Notas del curso sin publicar. Medellín: Universidad de Antioquia. Facultad de Enfermería, 1994.
34. Homedes N, Ugalde A. ¿Qué sabemos del cumplimiento de los tratamientos médicos en los países del tercer mundo? *Bol Of Sanit Panam* 1994;116:491-517.
35. Berger L, Luckmann. The social construction of reality. Middlesex: Penguin, 1967
36. Thomas WI (1928) In: Taylor SJ, Bogdam R. Introducción a los métodos cualitativos de investigación. Barcelona: Paidós, 1992.
37. Taylor SJ, Bogdam R. Introducción a los métodos cualitativos de investigación. Barcelona: Paidós, 1992.
38. Hammersley M. What's wrong with ethnography? London: Routledge, 1993.