

¿Cómo citar este artículo?

Apellidos, Nombre (del autor) (2008). "Texto" (del artículo), en Pérez Redondo, R.J.; García Manso, A. y Escribano Castellanos, M. (Coords.) *Sociedad, consumo y sostenibilidad*. Toledo: ACMS, pp. (de inicio y final del artículo).

EL ANÁLISIS DE LAS NECESIDADES DE SALUD PERCIBIDAS POR LAS PERSONAS MAYORES Y DE LA SALUD INTEGRAL DE ESTE COLECTIVO EN ZONAS RURALES MEDIANTE LA UTILIZACIÓN DE UN DISEÑO METODOLÓGICO DE INVESTIGACIÓN CUALITATIVA. EL CASO DE LA COMARCA DE CIUDAD RODRIGO EN LA COMUNIDAD AUTÓNOMA DE CASTILLA Y LEÓN.

Juan Carlos Hernández García.

Iter Investigación S.L.

1-INTRODUCCIÓN: PUNTO DE PARTIDA DE LA INVESTIGACIÓN

Dos han sido los objetivos que han guiado la presente investigación. El primero recomponer el mapa o rompecabezas del estado de salud percibido por la población de personas mayores de la Comarca de Ciudad Rodrigo como vía para identificar y conocer las prácticas sociales y culturales con respecto a los comportamientos en materia de salud de estos colectivos. El segundo, establecer las necesidades más significativas en relación al sistema sanitario, a los recursos e infraestructuras socio sanitarias existentes, queremos decir, con objeto de evitar la propia pérdida de calidad de vida de estas personas en relación a los procesos de dependencia. Es decir, tratamos de valorar en qué medida se puede mejorar o mantener, al menos, la situación socio sanitaria de las personas mayores de una zona, con un alto grado de envejecimiento, evitando al mismo tiempo la degeneración de los estados de salud de estos colectivos. Desde el punto de vista de los objetivos centrales, la presente investigación, entonces, tiene una perspectiva teórico metodológica doble como resultado de la misma: 1. Establecer un enfoque de aproximación (empírica) al estado de salud percibido de las personas mayores que no se encuentran en un situación de dependencia, de una zona rural, fuertemente envejecida, de la comunidad, lo que permite valorar las concepciones de la salud dentro de estos colectivos. 2. Remarcar algunas de las necesidades en materia socio sanitario relativo a estas personas en relación a los recursos e infraestructuras disponibles.

La salud como definición engloba diversos factores que nos permiten comprender y conocer la misma, si bien siempre dentro de colectivos sociales concretos bajo unas determinadas condiciones de desarrollo social y cultural. No cabe duda entonces que las definiciones de salud y las propias pautas de reconocimiento de los estados de salud son cuando menos diferentes, o se deben relativizar, según la posición en la propia escala de desarrollo de la zona de estudio: desde las economías más avanzadas a las menos avanzadas. Estas diferencias sociales, culturales y económicas, que todavía se mantienen, como comprobamos todos los días, a pesar del continuo proceso de homogeneización cultural, se reproducen, igualmente, dentro de las sociedades más avanzadas al calor de las propias dinámicas sociales que generan posiciones sociales, dentro de la propia

estructura, cada vez más desiguales. Las desigualdades y las diferencias sociales, de todo tipo, afectan, y mucho, a los estados de salud de los diversos colectivos sociales.

Dicho así, la salud es una variable social (sociológica, entonces) dominada por factores biológicos o endógenos, por factores relativos al entorno o contexto social, a los hábitos y estilos de vida saludables y, como no, al sistema sanitario. No se puede reducir, por tanto, a una categoría unidimensional asociada a una relación más o menos mecánica entre un sujeto dado y una enfermedad. Sin duda los condicionamientos supra individuales o estructurales forman parte, y de qué manera, del rompecabezas de la salud. Rompecabezas que, desde nuestro punto de vista, vamos a intentar recomponer, colocando algunas de las piezas de la salud en su correspondiente posición. Una de las principales cuestiones que nos podemos plantear es la siguiente: ¿por qué alguna gente está sana y otra no? Algunos datos nos ayudan a comprender tal cuestión. En los países occidentales, aproximadamente, el 40% de los decesos están relacionados con estilos de vida poco saludables. Y los estilos de vida poco saludables comprenden, entre otras prácticas, algunas de las siguientes: escasa actividad física (sedentarismo), unida a una dieta muy inadecuada, es decir, a pautas de nutrición perjudiciales; descanso insuficiente; consumo de tabaco, drogas y de alcohol así como a los propios accidentes de tráfico. Si bien estos estilos de vida no responden, únicamente, a decisiones individuales, sino que están sujetos a factores sociales y culturales. Por otra parte, las muertes a causa de los problemas ambientales (higiene alimenticia, calidad del agua, del aire, etcétera...) y de los accidentes ocurridos en el trabajo representan alrededor del 20% de las muertes en nuestras sociedades. Por último, no debemos olvidarnos, de las propias características del sistema sanitario a la hora de valorar y comprender el estado de salud de la población, en la medida en que la accesibilidad y eficacia del mismo condicionan la salud de las personas.

2-OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN

Los objetivos de la presente investigación, como ya conocemos, han sido identificar y valorar, desde un punto de vista subjetivo, el estado de salud percibido de las personas mayores que no se encuentran en una situación de dependencia de la comarca de Ciudad Rodrigo, valorando, con ello, las diferencias sociales que afectan a la propia salud. Ello nos ha permitido estudiar, también, las necesidades en materia de salud de estos colectivos y la situación estratégica de los servicios sanitarios de la zona como ensayo de “tipologización” dentro de una zona característica del medio rural de la comunidad. Desde un punto de vista más estratégico, el estudio se ha realizado para lograr la consecución de los siguientes objetivos específicos:

- Identificar y analizar las representaciones sociales ante la salud de estas personas.
- Estudiar y analizar los estados de salud percibidos por el presente colectivo.
- Caracterizar las diferentes carencias y necesidades estratégicas en materia socio sanitario de este colectivo.
- Identificar y describir la accesibilidad al sistema sanitario de estas personas.

- Puesta al día de los diversos programas o actividades de carácter socio sanitario dirigidos específicamente a esta población.
- Apuntar y consensuar una serie de medidas o líneas de asesoramiento para mantener y mejorar la salud y calidad de vida de estas personas.

Para ello, se han realizado 9 entrevistas personalizadas junto con dos grupos de discusión. Los perfiles de los participantes se han adaptado a la consecución de los objetivos planteados inicialmente. Además, también se ha llevado a cabo la explotación estadística de un sondeo mediante entrevistas semi-estructuradas a 100 personas mayores de la comarca de Ciudad Rodrigo, que nos ha servido para aproximarnos y describir la realidad y la situación social de este colectivo a través del análisis de distintas variables sociodemográficas.

3-PLANTEAMIENTO METODOLÓGICO DEL PROYECTO: LA INVESTIGACIÓN CUALITATIVA EN EL ÁMBITO DE LA SALUD

El análisis científico de la salud admite, si se nos permite la expresión, diversas variantes, perspectivas y enfoques dado que existe tal cantidad de elementos que comprenden el estudio de la misma que no es posible, pensamos, reducir el contenido de este programa de estudio a una definición más o menos objetiva, o por lo menos única a riesgo de dejar fuera a determinadas perspectivas de investigación. La ciencias de la salud son todas aquellas que, desde un punto de vista u otro, tienen entre su objeto de estudio lo que conocemos como “salud”. Un objeto de conocimiento por construir e identificar, entonces, en cada caso o investigación. En la actualidad desde diferentes disciplinas y áreas, formadas por otros tanto profesionales, se llevan a cabo estudios sobre salud sin la necesidad de que tanto unas como otros pertenezcan, profesionalmente, al ámbito, estricto sumo, de la salud, de lo sanitario. Diferentes disciplinas relacionadas con la salud y con el estudio de la misma que en género conocemos como ciencias de la salud que nos permiten, en todo caso, desplegar programas y enfoques de investigación diversos, diferentes y complementarios en relación a las propias metodologías y líneas de aproximación al fenómeno. Como punto de partida, al igual que existen diversas disciplinas, se deben diferenciar, en consecuencia, distintos niveles de estudio e intervención, como en toda ciencia, que al hilo de lo apuntado por Frenk (1993), en un interesante artículo, podemos recoger en tres. El nivel colectivo, el subindividual y el individual. Cada una de las diferentes disciplinas se centra, en general, en uno de los diferentes niveles, si bien con algunas diferencias.

Así, la que conocemos normalmente como investigación básica se realiza en el laboratorio y en el ámbito subindividual, por tanto, aunque sus resultados se pueden extender a los tres objetos de investigación: el individual, el subindividual y el colectivo. En otro campo, la investigación clínica, más característica, se centra en el individuo, aplicando sus resultados al propio individuo así como a los tengan las mismas características relativas al fenómeno de la salud estudiado, se supone. Por el contrario, la disciplina que hasta ahora, casi de forma general, pensando en la única

que casi estaba aceptada, como patrón o método de trabajo, se ha fijado en la colectividad, en lo colectivo, ha sido la epidemiológica. Esta ciencia se caracteriza por analizar y describir los elementos relativos a la salud y enfermedad en un colectivo, con objeto de identificar los factores que la determinan y producen. Este es, por tanto, el nivel o ámbito de estudio de nuestro trabajo. Si bien los trabajos y aproximaciones realizadas por los epidemiólogos, hasta ahora, se han dedicado, en lo fundamental, a recoger datos de manera estandarizada a través de cuestionarios precodificados y diseñados por ellos mismos. El objeto de este programa de investigación es recoger una serie de datos para aplicar determinados métodos estadísticos de los que obtener las conclusiones correspondientes. Cuál es, entonces, la diferencia entre las aproximaciones que realizan los epidemiólogos y las que, más modestamente, se vienen realizando desde la investigación social, tanto sociológica como antropológica. Esta diferencia estriba, como es lógico, en el enfoque o perspectiva elegida a la hora de considerar a la población, a lo colectivo, en definitiva, como una suma individual de agregados, sin diferencias, o de considerar la sociedad, en cambio, la colectividad, en el caso de la investigación social, como un objeto social, antes que como una mera comunidad de individuos, donde se reproducen diferencias estructurales asociadas a diversos fenómenos sociales, siendo el de la desigualdad el más característico para la investigación de la salud. En la propia sociedad se dan cita diversas estructuras, mediaciones e interrelaciones que nos permiten comprender, en su estudio, las actitudes y discursos sobre la salud y la enfermedad, complementado, en todo caso, los estudios realizados por los epidemiólogos. No en vano, pensamos, que la falta de esta perspectiva de investigación afecta considerablemente a las propias medidas de intervención en materia de salud que se pueden realizar sobre determinados colectivos sociales. En definitiva, como primer apunte, la investigación social de perspectiva cualitativa permite concebir otra vía para estudiar y analizar los factores que afectan a la salud y enfermedad desde un punto de vista colectivo, atendiendo a un concepto o categoría de salud más abierto donde las propias vivencias de la salud experimentadas por los diversos colectivos sociales se pueden comprender y analizar. Pasamos de una concepción estadística de la salud, en su concepción como programa de investigación, a una concepción simbólica y cultura de la salud. Ambas líneas y perspectivas son, como sabemos, perfectamente compatibles, podríamos decir, incluso, que necesariamente compatibles. Dado que la comprensión de un fenómeno social tan característico y significativo como la “salud”, o mejor dicho, la “salud pública” no puede realizarse sin recurrir al estudio de las concepciones simbólicas de este hecho. Pues así los comportamientos en materia socio sanitaria sólo se pueden explicar al calor de la comprensión de las actitudes y discursos de los diferentes colectivos sociales respecto a la salud y a la enfermedad. En otras palabras, las metáforas sobre la salud, en los discursos de las personas, engloban actitudes e imágenes acerca de la enfermedad, de los profesionales de la salud o de los tratamientos, por citar algunos ejemplos, que desbordan, claramente, las acepciones más tradicionales impulsadas desde el ámbito exclusivo de lo sanitario.

La metodología cualitativa, por tanto, nos permite estudiar y comprender, desde el análisis del lenguaje, las visiones y representaciones simbólico – culturales acerca de la salud, de las necesidades en materia de salud, del sistema sanitario, y en definitiva, de los comportamientos en materia de salud de los ciudadanos, a partir de los modos de vivir, pensar y experimentar la salud dentro de un determinado contexto cultural que se inscribe, de manera compleja, en un marco social dado. Y cómo se inscribe, digámoslo así, estas formas de vivir y experimentar las propias vivencias de la salud en la sociedad. O dicho de otro modo, cómo pensamos las relaciones sociales en relación a la salud: como agregación de individuos o como un conjunto de fuerzas históricas, sociales y económicas que dan forma a las estructuras que nos permiten comprender el sentido de los comportamientos de los actores sociales, entre las grandes agencias o estructuras (microsociología) y las redes sociales de los individuos (microsociología). Es así por cuanto, como afirma Callejo (2005, p.117), “se entiende por posición en la estructura social aquella condensación de características de los sujetos que marca de manera fundamental sus relaciones sociales y, por lo tanto, por lo que son socialmente conocidos”. Diferente posición en la estructura social que marca, de entrada, una relación jerárquica, de poder y de distinción, entre las diversas posiciones sociales. Si bien las diferencias no son un producto natural, si se nos permite la expresión, sino fruto de procesos históricos. Estas posiciones admiten, igualmente, movimientos ascendentes y descendentes que se realizan sobre la base de un cierto conflicto social entre los diversos estratos que dan lugar a imágenes y comportamientos de estatus. Si bien existen ciertos elementos o factores que entran en juego en la propia estructura para marcar las diversas posiciones. Factores que no se eligen como el sexo y la edad; factores asociados a capacidades y decisiones, como el nivel de estudios y factores que se interpretan, fundamentalmente, en clave de distinción: cargos en la estructura productiva, posesiones, relaciones sociales, etcétera. En cada sociedad, cada uno de estos factores tiene mayor o menor peso según el nivel de desarrollo de la misma. Por tanto, las concepciones simbólico - culturales se reproducen, como vemos, en una determinada estructura social, donde los sujetos de acuerdo a sus capacidades y redes sociales, en el marco de una sociedad dada, producen sus relaciones vitales y sus formas de experimentar y vivir la salud.

En cambio, la metodología cualitativa no nos permite, en ningún caso, describir la amplitud del fenómeno estudiado, pero sí profundizar en el propio fenómeno a partir, eso sí, de la comprensión del lenguaje de los sujetos, como hemos dicho. Lo que nos va a permitir, por tanto, poner en práctica una concepción de la salud desde una perspectiva sociocultural con sentido propio, para la propia definición como objeto de estudio, antes que como un resultado de diversas actuaciones, tal y como afirma el sociólogo Fernando Conde en un artículo (2002) a este respecto. En este sentido, y siguiendo al propio Fernando Conde, ahora citado, la investigación cualitativa relativa a la salud fija su mirada en la salud no tanto como un resultado de determinadas intervenciones y acciones, sino como un conjunto de experiencias y vivencias que definen los estados de salud y los comportamientos relativos a la

misma que la propia planificación e intervención sanitaria (la salud pública) debe tener en cuenta.

Al igual que otros fenómenos sociales, los comportamientos ante la salud y las vivencias de los mismos se construyen, en la propia investigación, mediante el discurso de los colectivos investigados. Contamos, por tanto, con una primera diferencia de carácter epistemológico y metodológico. Es decir, la propia construcción del sujeto de estudio, su objetivación, se realiza desde otra perspectiva o enfoque. Dicho con otras palabras, en relación a lo apuntado unas líneas más arriba, la metodología cualitativa no trata de cuantificar o de estudiar determinados hechos, en el sentido, por ejemplo, que el propio Durkheim confiere a los mismos, sino discursos o lógicas discursivas, formadas por multitud de significados (lenguaje) que los investigadores deben de construir en el propio análisis. Como certeramente señala Cristina Pérez, en un número dedicado a la investigación cualitativa respecto a la salud (2002), desde la propia Dirección General del Ministerio de Sanidad y Consumo, los discursos que se obtienen tras el proceso de análisis e interpretación nos permiten nombrar, definir, y por ello comprender, las experiencias y actitudes ante la salud de los diversos colectivos sociales. Son las unidades de sentido, a modo de guía, de las propias formas sociales que en el lenguaje toman las representaciones simbólico - culturales acerca de la salud. En su interpretación y construcción analítica acaban siendo inteligibles y comprensibles. La investigación del lenguaje de los sujetos, dentro de unas condiciones sociales, reconocibles en una supuesta posición en la estructura social, nos ofrece los símbolos que identifican las vivencias y comportamientos en materia de salud de cualquier grupo humano. Si bien, para que esto ocurra, es evidente que se deben controlar rigurosamente la aplicación de las diversas prácticas de aproximación a la realidad a través de los cuales recogemos, o producimos, mejor dicho, la información. Del mismo modo que en la propia investigación cuantitativa se controla la aplicación (pre-test del cuestionario, muestras, redacción del cuestionario, etcétera...) de una encuesta, sin ir más lejos, en el caso de la investigación cualitativa la información, en este caso, no son datos (o frecuencias de datos, mejor dicho) sino las representaciones y los discursos (los textos que se transcriben de las entrevistas o grupos de discusión, por citar dos) que se recogen o producen, más bien, bajo determinadas condiciones. Estos discursos o representaciones sobre la salud recogidas mediante las técnicas cualitativas nos permiten construir, a través de la interpretación de los textos, las metáforas sobre la salud, esto es, las actitudes y lógicas que en la vida cotidiana dan sentido a las propias acciones y comportamientos de los sujetos. Es decir partimos del lenguaje de los sujetos investigados para acabar identificando, mediante nuestro lenguaje (el científico), una interpretación coherente del fenómeno estudiado. Este, y no otro, es el sentido de la metodología cualitativa para las ciencias de la salud: comprender los hechos, más que cuantificarlos. Y esto es así porque en la investigación social, irremediadamente, a diferencia de otras disciplinas, el objeto y el instrumento de observación pertenecen al mismo ámbito, son del mismo material: sociales. De manera mucho más precisa lo explica Javier Callejo (2002), experto en el diseño y

aplicación de metodologías cualitativas, “la observación sociológica requiere la construcción de una situación social para, paradójicamente, observar el fenómeno en su funcionamiento normal (en su cotidianidad)”. Para captarlo y definirlo cuando no es observado, dicho con otras palabras, cuando el sociólogo, en este caso, no está en comunicación con el colectivo investigado. La observación de la realidad, por tanto, ya sea mediante una u otra metodología, se origina y reproduce en una determinada situación social, definida por una serie de aspectos y factores normativos: jurídicos, sociales y culturales. En la tensión entre las propias normas generales (los estilos de vida saludables, por ejemplo) y las normas practicadas por los sujetos investigados, la investigación cualitativa encuentra su propio espacio, entre lo que ha sido o no ha sido observado o recogido a través de las diferentes técnicas.

La aplicación de diseños cualitativos por parte de equipos de investigación procedentes del mundo sanitario es, hasta ahora, diferente de la que se realiza, en general, y obviando ciertas diferencias, desde la investigación social, es decir, de la que realizan los sociólogos/as. Entre los investigadores del mundo sanitario existen algunas diferencias que conviene apuntar en relación a nuestra propia posición, como investigadores sociales, respecto al objeto de estudio. Diferencias tanto de aplicación como de interpretación de las técnicas cualitativas. La primera diferencia es estratégica: los investigadores sanitarios que trabajan con metodología cualitativa comprenden esta metodología dentro de lo que podría denominarse, si se nos permite la expresión, “investigación cualitativa en salud”, otorgando esta denominación una serie de criterios o reglas más o menos estandarizadas para la realización de los estudios cualitativos. El primero está relacionado con la necesidad de “comprobar”, ad hoc, los resultados de la investigación con los participantes en las técnicas cualitativas. Se trata, en este sentido, pensamos, de comparar los discursos creados (artificialmente) por el investigador para representar una realidad (no la propia realidad) con la realidad cotidiana de los colectivos investigados sobre cualquier tema relacionado con la salud. No es posible, por tanto, comparar o buscar la propia validez de una investigación, que no deja de ser una representación de otra representación (el lenguaje de los participantes en la investigación en una situación controlada), contrastando los resultados con los propios colectivos investigados, cuando lo que se hace, en la propia interpretación y análisis de la información recogida, es precisamente darle sentido y significación social a los materiales recogidos, en una palabra, crear los discursos o las lógicas discursivas de un grupo social concreto respecto a algún fenómeno relativo a la salud. Por otra parte, la investigación social trata de objetivar los resultados en relación a un grupo social concreto, no a los participantes de la investigación, por lo que los resultados tiene por objeto dar a conocer una realidad social determinada, no un estudio de “caso”, dicho con otras palabras.

Uno de los factores o problemas más significativos a la hora de aplicar prácticas de investigación cualitativas es la del propio análisis de las mismas. En general, los estudios realizados en el ámbito sanitario obvian el análisis, más profundo de las relaciones y contradicción sociales y culturales de los investigados acerca de la salud,

tratando únicamente de clasificar o segmentar la información obtenida de acuerdo a la propia aplicación más sistematizada, o cerrada, de las propias técnicas. Como ya hemos comentado, el análisis también se encuentra en la aplicación dado que el carácter o naturaleza de la información producida depende, fundamentalmente, de la perspectiva utilizada en la propia realización de las técnicas. Aspecto este último que se debe tener muy en cuenta.

Llegado a este punto, volvemos al principio: la metodología cualitativa sirve para estudiar la salud desde un punto de vista cultural y simbólico tan importante, en este caso, como el de la perspectiva epidemiológica basada, en tal caso, en investigaciones cuantitativas. Y tan importante, también, para el ámbito de la salud pública, pensamos. Teniendo en cuenta lo anterior, la perspectiva cualitativa en el estudio de la salud pública puede aportar resultados para mejorar, en todo caso, tanto la accesibilidad como la eficacia y eficiencia de los servicios de salud. Para ello debemos partir, como apunta los citados Fernando Conde y Cristina Pérez (1995), de una definición de salud pública más abierta, más flexible, a la manera que lo hace, sin ir más lejos, el también nombrado, Frenk (1993), “la salud pública no es una categoría particular de servicios, una forma de titularidad o un tipo de problema, sino más bien un nivel específico de análisis a nivel poblacional concreto”. Lugar o espacio de análisis propicio para la investigación cualitativa, o cuantitativa, en su caso, dado que se ocupa de estudiar y analizar la posición ante la salud de colectivos sociales concretos, antes que la medicina clínica o la investigación biomédica que opera en otro tipo de niveles.

4-CONCLUSIONES

En definitiva, qué puede aportar la investigación cualitativa, entonces, en el campo de la salud pública. Primeramente, un programa de investigación diferente que ya comienza a tener una cierta tradición en nuestro país que está siendo utilizado para recuperar y reconstruir el conjunto de acepciones y representaciones (discursivas) acerca de la salud de diferentes colectivos de personas. Diferentes acepciones y actitudes sobre la salud y la enfermedad que nos permite conocer las diversas culturas de la salud que existen en nuestro medio social en relación a la propios estados de salud, a los estilos de vida, a los riesgos, a la relación con los profesionales de la salud, a la accesibilidad del sistema sanitario, a la utilización de los diversos servicios por parte de diferentes poblaciones, etcétera. En este sentido, los estudios cualitativos sobre la salud publica configura un objeto y programa de investigación autónomo y complementario al del resto de investigaciones en este materia y que vienen a transformar los planteamientos centrales de la salud como un elemento biomédico, objetivo, que sólo se puede observar a través de una cierta práctica. Precisamente la investigación cualitativa reconstruye y rehace esta relación entre la forma subjetiva de vivir y experimentar la salud y la enfermedad y la propia práctica o praxis médica, tratando de incluir la primera en la segunda para mejorar, de alguna manera, los resultados o la eficacia del sistema desde un punto de vista

general. Las culturas en torno a la salud se deben incorporar, por tanto, a través de la metodología cualitativa, al estudio y análisis de la salud pública como un programa de investigación abierto y flexible formado por diversas perspectivas y disciplinas. Este hecho nos va a permitir, así está ocurriendo, ya, que planteamientos hasta ahora desconocidos en lo relativo a la salud y a la enfermedad se estén incorporando a la planificación y gestión de la salud, a la promoción de la misma y a las políticas educativas. Ya que este es el fin y no otro de toda investigación social: conocer la realidad para intervenir en la misma, mejorando la calidad de vida de los colectivos investigados.

5-BIBLIOGRAFÍA

- CALLEJO, J. (2002), “Observación, entrevista y grupos de discusión: el silencio de las tres prácticas de investigación”, en Revista de Salud Pública, número 76: página 3
- CALLEJO, J. (2005), “Estrategias temporales: relaciones entre tiempo de trabajo remunerado y tiempo de trabajo doméstico”, en Cuadernos de Relaciones Laborales, Vol. 23, número 1: página 117
- COLECTIVO IOÉ (2004), Salud y estilos de vida en España. Un análisis de los cambios ocurridos durante la última década. www.colectivoioe.org
- CONDE, F. Y PÉREZ C. (1995), “La investigación cualitativa en Salud Pública”, en Revista Española de Salud Pública, número 69: páginas 145-149
- CONDE, F. (1997), Las representaciones sociales sobre la salud de la población activa masculina de la Comunidad de Madrid, Madrid, Comunidad de Madrid
- CONDE, F. Y GABRIEL, C. (2002), “La evolución de las representaciones sociales sobre la salud de las mujeres madrileñas, 1993-2000”, en Revista Española de Salud Pública: páginas 493 – 507
- FRENK, J. (1993), “The new public health”, en Annu Rev Public Health, páginas 469-490
- GARCÍA SANZ, B. (2000), La Sociedad Rural de Castilla y León en el siglo XXI, Valladolid, Junta de Castilla y León
- GIL NEBOT M ET ALIA (2002), “La investigación cualitativa y la promoción de la salud en la Comunidad de Madrid” en Revista Española de Salud Pública, páginas: 451 – 459
- NAVARRO, V (1997), “Las desigualdades sociales en salud en España” en AA.VV., Reformas sanitarias y equidad, Madrid, Fundación Argenteria – Visor, páginas: 31-42
- PÉREZ, C. (2002), “Sobre la metodología cualitativa”, en Revista de Salud Pública, número 76: páginas 1-10