
LAS REPRESENTACIONES SOCIALES: HERRAMIENTAS PARA EL DIAGNÓSTICO DE NECESIDADES DE SALUD

María Cristina Triguero Veloz Guimarães*

RESUMEN

Uno de los problemas más frecuentes de la planificación de programas de salud es la falta de correspondencia entre los objetivos de los servicios de salud y las necesidades reales de la población que se pretende evaluar. El presente estudio trabajará sobre la concepción del proceso salud-enfermedad. Nuestro objetivo es reflexionar sobre la utilidad del concepto de representaciones sociales (RS) Moscovici (1981) como herramienta para la comprensión de la salud. El hecho de que en este trabajo se estudie el papel de las RS está justificado por lo siguiente: las representaciones sociales pueden ser un reflejo de creencias y de preconceitos existentes en relación a la definición de salud en la ancianidad. Como consecuencia de esto la incidencia sobre estos contenidos representacionales puede ser el momento inicial de la toma de conciencia de la desviación que existe entre las necesidades normativas y, las necesidades¹ deseadas de salud.

Palabras claves: representaciones sociales, necesidades de salud, salud, anciano.

Introducción

Actualmente los programas de salud dirigidos para la población anciana exigen, además de la detección tradicional de necesida-

des a través de métodos epidemiológicos, de un abordaje individual que permita explorar cuales son las necesidades de salud que esas personas tienen a partir de sus propios autoinformes. Para identificar necesidades de salud deben ser seguidos algunos procedimientos básicos, uno de los cuales es la identificación de problemas de salud que, consecuentemente, permite definir las necesidades de salud.

* Profesora Asistente de la Universidad del Sur de Santa Catarina Tubarão, Santa Catarina, Brasil. Mestre en Psicología Social y Doctoranda en Filosofía y Salud de la Universidad Federal de Santa Catarina, Brasil.

Dirección para correspondencia: Av. Lédio João Martins Nro. 584, Apto. 03, Edifício Samanta Kobrasol, São José. Florianópolis, Santa Catarina. CEP-88101-100, Brasil. E-Mail: <triguero@rapensul.UFSC. Br> Teléfono: 55 048 259 34 21.

1. Necesidades Normativas: son las que define el experto, el profesional, el administrador en relación a una determinada norma deseable óptima (Bradshaw, 1989).

En realidad, uno de los problemas más frecuentes de la planificación de programas de salud es la falta de correspondencia entre los objetivos de los servicios de salud y las necesidades reales de la población que se pretende evaluar. En el año 1992, expertos de la Organización Panamericana de la Salud (OPS), se reunieron para reflexionar sobre algunas cuestiones de la crisis de la salud pública (Serie Desarrollo de Recursos Humanos, 1992). En el documento resumen de este encuentro aparecen dos descriptores de la crisis:

- incapacidad de la salud pública para atender las necesidades sociales de salud y,
- ignorancia de la salud pública en relación a las concepciones y prácticas de la población respecto de la configuración del concepto de salud. Otro problema se relaciona con el hecho de que las prácticas sanitarias de los trabajadores de la salud están centradas fundamentalmente en una atención médica individualizada destinada al tratamiento de enfermedades. Estas prácticas se sustentan en las tradicionales creencias de la relación médico-paciente que no tiene en cuenta el hecho de la producción social de la salud.

De esta forma, el paso de la representación del estado de salud del anciano en términos de morbilidad para su representación en términos de funcionalidad todavía constituye un problema y una necesidad de salud. Estos problemas pueden ser inscritos³ en un contexto social más amplio que data desde la década de los años 60 del presente siglo. En esta década comenzó a ser comprobada la ineficacia de los sistemas tradicionales de salud provocando un fenómeno conocido con el nombre de "crisis de la salud". Según algunos autores, para la solución de esta crisis es necesario realizar cambios en la construcción social de un nuevo sistema de salud. De acuerdo con Mendez (1996) estos cambios deberán incidir sobre los factores siguientes:

- una nueva concepción del proceso salud-enfermedad basado en la calidad de vida;
- enfoque del paradigma sanitario en términos de producción social de la salud² y no en el sentido medicalizador flexneriano;
- una nueva práctica sanitaria en relación con la vigilancia de la salud y no en relación a lo que tradicionalmente se ha ejecutado: atención médica individual.

El presente trabajo está orientado sobre el primer factor: en relación con la concepción del proceso salud-enfermedad. Nuestro objetivo es reflexionar sobre la utilidad del concepto de representaciones sociales (RS) Moscovici (1981) como herramienta para la comprensión de la salud, ya que la investigación de la salud pública debe incorporar nuevas categorías de análisis de la Psicología Social y de la Antropología por citar solamente dos de las ciencias que pueden contribuir con la misma. El hecho de que en este trabajo se estudie el papel de las RS está justificado por lo siguiente: las representaciones sociales pueden ser un reflejo de creencias y de preconceitos existentes en relación a la definición de salud en la ancianidad. Como consecuencia de esto la incidencia sobre estos contenidos representacionales puede ser el momento inicial de la toma de conciencia de la desviación que existe entre las necesidades normativas³ y, las necesidades deseadas de salud.

Desde otro punto de vista la representación social puede actuar como una envoltura ma-

-
2. El autor (Mendez, 1996) utiliza el concepto de paradigma en el sentido sociológico de Kuhn o sea como conjunto de elementos culturales, de conocimientos y códigos teóricos, técnicos y metodológicos compartidos por los miembros de una comunidad científica.
 3. Idem. nota 1, p. 114.

terial de necesidades expresadas⁴. A través de las RS pueden ser exploradas las relaciones que existen entre las creencias y las prácticas sanitarias en los servicios de la red básica de los sistemas comunitarios de salud.

En cualquier planificación sanitaria es necesario que sean evaluadas en una primera fase los aspectos relacionados con los problemas de salud. Un problema de salud se define como aquella desviación que puede existir en un servicio entre la situación actual de salud y la situación deseada (Pineault y Daveluy, 1989). En una segunda fase esta determinación de necesidades exige la identificación propiamente dicha de estas necesidades. Una necesidad de salud expresa aquella desviación entre el estado óptimo de salud (Necesidad normativa) y, el estado actual o real de salud (Expresión de la Necesidad Sentida) (Pineault e Daveluy, 1989).

Una de las determinantes del aislamiento de la salud pública ha sido su insuficiencia científico-técnica para actuar sobre los procesos que ella enfrenta. En la base de esta problemática se encuentra el distanciamiento que la misma presenta en relación a las ciencias sociales. Se necesita una producción de conocimientos relacionados con formas y con contenidos de participación popular, entendiendo aquí población como aquel conjunto de grupos sociales que debe determinar de manera mayoritaria el rumbo de las políticas de salud.

La Teoría de las Representaciones Sociales puede ofrecer a las prácticas de la salud dos contribuciones: abandonar la visión del proceso educativo en la salud como un simple proceso de transmisión de informaciones y retomar este fenómeno como un proceso complejo de transformaciones producidas en la cotidianeidad del encuentro entre el

trabajador de la salud y el enfermo; en el encuentro de la ciencia y el sentido común.

Retomando nuestra colocación inicial al respecto de la crisis mundial de la salud podemos comentar que este fenómeno ha sido profundamente estudiado por varios autores. Es de gran relevancia aquí el análisis hecho por San Martín (1989). Según él, el mecanismo causal de la crisis está determinado por los factores siguientes:

- insatisfacción de la población frente a los sistemas tradicionales de salud que se presentan ineficaces para solucionar los problemas actuales de salud;
- alta medicalización de los servicios de salud dirigidos a la cura de enfermedades sin preocuparse por el campo de la prevención;
- aumento considerable del costo de la atención influenciado por la medicina clínica especializada que hace un uso indiscriminado de la hospitalización y
- desconocimiento de los trabajadores de la salud sobre el origen social integral del proceso salud-enfermedad en la población, entre otros.

Este cuadro conduce a dos contradicciones en la planificación sanitaria de los servicios de salud:

- manipulación casi exclusivamente individual de los problemas de salud y de la enfermedad, cuando en la realidad ellos tienen un origen social común e,
- ineficacia social de las ciencias de la salud y de los servicios sanitarios.

De acuerdo con San Martín (1989), la falta de participación popular en el control de su propia salud, por una parte y la concentración de esa responsabilidad en los profesionales de la salud, por la otra, constituyen dos de las condicionantes más importantes del distanciamiento que existe entre los problemas de salud de la población y los servicios

4. Necesidades Expresadas: son equivalentes a las demandas de cuidados y de servicios. La necesidad sentida finaliza en la búsqueda de los servicios (Bradshaw, 1989).

que son ofrecidos a través de las diferentes prácticas sanitarias.

Este fenómeno adquiere un carácter más problemático en los individuos de la tercera edad. Justamente es la vejez una de las etapas de la vida que con más claridad exige que la comprensión de la salud sea evaluada en función del grado de desempeño funcional con que se puede realizar la actividad individual y la vida social. El alcance de esta meta depende de lo siguiente:

“Alcanzar este nivel de salud para todos nos parece posible; la condición de cambiar la orientación y la estructura de los malos llamados servicios actuales de salud exige, también, cambiar la orientación y el contenido de la formación de los profesionales de salud en relación al concepto social de salud-enfermedad [...]” San Martín (1989, p. 31).

Esta frase demuestra que, lo que hoy llamamos servicios de salud son en la realidad servicios de enfermedad. Los trabajadores de esos servicios no conceptualizan la salud-enfermedad como un proceso histórico, social y ecológico. En consecuencia, lo que se hace es una epidemiología biológica que no permite identificar las diferencias cualitativas que experimenta la salud-enfermedad de una estructura social para otras, de una clase social para otra, de un grupo social para otro y fundamentalmente de una edad para otra, temática que ocupa este trabajo.

Para San Martín (1989), el proceso salud-enfermedad es un producto de las relaciones sociales o del riesgo que el hombre corre viviendo en sociedades historicamente estructuradas sin tener en cuenta las necesidades y las limitaciones de la especie. Los seres humanos, por lo tanto no se están accionando, enfermando, invalidando o hasta muriendo en forma natural y sí por determinantes sociales que actúan sobre ellos directa e indirectamente.

El fenómeno salud-enfermedad se produce en un contexto simultáneo por los niveles

individuales y colectivos de expresión. De ahí que la definición salud-enfermedad no sea ni estática ni absoluta. Ella depende del contexto de relaciones y de comunicaciones que se establece entre los individuos; contexto que, a la vez, determina un desarrollo de las RS de la salud y de la enfermedad históricamente fundamentado.

La salud y la enfermedad se constituyen en un proceso durante todo el curso de vida del ser humano. Las teorías sociales de la salud defienden esa concepción de la salud y de la enfermedad en el sentido de ser procesos que tienen un origen y una distribución social.

Las colocaciones anteriores se sitúan en un contexto más amplio relacionado con las múltiples definiciones de salud y de enfermedad. Una vez expuestos estos elementos generales nos proponemos a continuación valorar algunos aspectos teóricos relacionados con la comprensión histórica del concepto salud-enfermedad y con los modelos sanitarios que están implicados en esas conceptualizaciones. Posteriormente reflexionaremos sobre el uso de las RS como herramientas para explorar la comprensión de la salud del anciano tanto en trabajadores de servicios comunitarios como en los mismos individuos de la tercera edad como constructores de su propia salud. Nuestro objetivo de querer utilizar la RS de manera instrumental coincide con la opinión de Quevedo y Hernández (1994, p. 26), cuando dice:

“De otra parte, en el terreno de la Psicología Social se ha colocado el concepto de representación social como la articulación histórica de los conceptos construidos en las relaciones culturales cotidianas acerca de los problemas de la vida. Son especies de marañas de imágenes y de definiciones que constituirían lo que habitualmente llamamos de sentido común. En ese sentido, no habría sujeto sin representaciones sociales de sí mismo, de la salud, de la enfermedad, etc y tendríamos que aceptar que todo hombre enferma o se siente sano siempre en relación y desde sus representaciones sociales en constante transformación”.

La salud evaluada según criterios de equilibrio fue estudiada por primera vez por Galeno (Citado por Moura, 1989). Para Galeno la salud era el equilibrio integral de la naturaleza y de los humores que existen en el hombre en la forma de una cómoda armonía de sus elementos. En esta definición no existe una concepción relacional o sea predomina una visión parcializada de equilibrio que no presupone la actividad del sujeto. Es una definición estática que demuestra una pasividad en el individuo.

En esta misma óptica del equilibrio, Perkins (Citado por Kawamoto, 1995) dice que la salud es un estado de relativo equilibrio de la forma y de la función del organismo que tiene como finalidad el ajuste dinámico de las fuerzas que tienden a perturbarlo. Para este autor el concepto de salud está centrado en el organismo siendo que, para él lo satisfactorio es lo normal biológico, la ausencia de enfermedades. Desde esta perspectiva la salud se reduce a la ausencia de enfermedad y en consecuencia se defiende el modelo flexneriano tradicional de entender salud en el cual no tiene cabida hablar de salud en el anciano, por ejemplo. En la misma línea equilibrista Porn (En Caponi, 1997) conceptualiza salud como el estado que la persona obtiene exactamente en el momento en que su repertorio de acciones es relativamente adecuado a los objetivos por él establecidos. Es óbvio que una de las críticas más evidentes a este concepto es que el mismo reduce la salud a un estado dejando fuera el concepto procesal de salud-enfermedad. Por otro lado tenemos el hecho de que aunque los objetivos de los individuos no puedan ser cumplidos eso no implica un estado no saludable. En este contexto Porniano los fracasos hacen pensar enfermedad.

Nordenfelt (1984), critica esa comprensión de la salud de Porn argumentando que en ella la definición está estrechamente ligada al concepto de casualidad ya que cualquier azar en el no cumplimiento de un objetivo podría ser pensado en términos de enfermedad.

La asociación de la salud con el concepto de bienestar fue colocada por primera vez en la Organización Mundial de la Salud (OMS, 1946). En la misma aparece salud como el completo estado de bienestar físico, mental y social y no apenas la ausencia de enfermedades. Evidentemente este es un concepto no operacional que no refleja la compleja realidad del proceso social humano que, por demás no es un proceso perfecto. Por lo contrario es inestable y en él se están produciendo constantemente riesgos biológicos y sociales. Este concepto de la OMS (1946) también responde al modelo Flexneriano de entender la salud como la ausencia de enfermedades. A partir de él toda la organización de los servicios y el fundamento de las prácticas sanitarias fueron definidos medicamente según los criterios curativos. Es pertinente comentar aquí que el auge de este modelo se contextualizó en una época en que las enfermedades transmisibles tenían gran importancia.

Ya después de la primera mitad de los años 70 cuando la expectativa de vida comenzó a aumentar y las enfermedades crónicas substituyeron las enfermedades transmisibles se desarrollaron otras concepciones del proceso salud-enfermedad que intentaron articular cuatro dimensiones del proceso: biología humana, estilos de vida, medio ambiente y servicios de salud. Citamos aquí el modelo de Blum, de Dever y de Lalonde (Lalonde, 1974).

La explosión de las enfermedades crónicas no transmisibles produjo una valorización importante del ambiente social en la comprensión del proceso salud-enfermedad. Según Mendez (1996), esta valorización alcanzó su punto máximo durante la I Conferencia Internacional de Promoción de Salud realizada en 1986 en Canadá. En la misma fue elaborado uno de los documentos más importantes de la Salud Pública Moderna: la Carta de Ottawa para la promoción de salud dirigida para la consecución del objetivo de salud para todos en el año 2000 y suscrita por 38 países. La carta establecía lo siguiente:

“la promoción de la salud consiste en proporcionar a los pueblos los medios necesarios de control para mejorar su salud y ejercer un mayor control sobre la misma. Para alcanzar un estado adecuado de bienestar físico, mental y social un individuo debe ser capaz de identificar y realizar sus aspiraciones, satisfacer sus necesidades y cambiar y adaptarse al medio ambiente. La salud se percibe entonces no como un objetivo y sí como la fuente de riqueza de la vida cotidiana” (OPS, 1996, p. 367).

Esta comprensión reduce el fenómeno salud-enfermedad a entidades superestructurales que actúan como un reflejo pasivo de la base socio-económica. Según Nascimento (1992), esta definición puede llevar al riesgo de pensar que solamente se podrá alcanzar una salud total instituyendo una nueva sociedad.

Por último, sometemos a juicio uno de los conceptos del proceso salud-enfermedad que más se acerca a nuestra comprensión del fenómeno. Nos referimos a las contribuciones de Canguilhem (1990) y de Dejours (1986).

Canguilhem (1990) coincide con Lerich (Citado por Caponi, 1997) en que la salud no es solamente la vida en el silencio de los órganos, también es la vida en la discreción de las relaciones sociales. El concepto de salud está definido por la capacidad de tolerancia que el individuo tiene con las infidelidades del medio. Según Caponi (1997), para que esta discreción pueda ser efectiva y para que no se transforme en omisión los márgenes de seguridad y de tolerancia deben ser ampliados al máximo límite posible. Por lo tanto, se puede hablar de salud cuando se tienen los medios para enfrentar las dificultades y los compromisos. La conquista y la ampliación de esos medios son tareas individuales y colectivas.

La gran mayoría de los conceptos de salud anteriormente presentados excepto algunas excepciones como lo es la definición de Canguilhem, han dejado fuera la condición humana de elegir y tener la libertad de decisión en relación a su propio proceso de

salud-enfermedad; fenómeno que se concretiza todavía más en las prácticas sanitarias de los servicios de salud.

En este sentido nos parece que uno de los conceptos de salud que más trabaja la libertad de la condición humana es el que ofrece Dejours (1986, p.8), cuando dice:

“la salud es un asunto ligado a las propias personas [...]; no se pueden sustituir los actores de la salud por elementos exteriores”.

El autor es más explícito cuando define el proceso salud-enfermedad:

“La salud es la libertad de dar a ese cuerpo la posibilidad de reposar; es la libertad de darle de comer cuando él tiene hambre, de hacerlo dormir cuando él tiene sueño, de ofrecerle azúcar cuando baja la glicemia. Es por lo tanto la libertad de adaptación. No es anormal estar cansado, estar con sueño. No es, tal vez, anormal tener una gripe, y ahí se ve que eso va lejos. Puede ser hasta que sea normal tener algunas enfermedades. Lo que no es normal es no poder cuidar de esa enfermedad, no poder ir para la cama, dejarse llevar por la enfermedad [...] (Dejours, 1986, p.11).

En esta definición se explicita con nitidez la valorización que el autor ofrece a los conceptos de libertad individual y de libertad social en la toma de decisiones en relación al proceso salud-enfermedad. En ella se concretiza la aplicación y respeto al concepto de ciudadanía dejando en el sujeto una libertad de selección para enjuiciar aquello que puede ser normal o patológico en su propia salud o en la enfermedad.

Las conceptualizaciones de Canguilhem (1990) y de Dejours (1986) se sitúan en el contexto del desarrollo de la Teoría Social de la Salud-Enfermedad. Esta teoría se opone a las interpretaciones tecnócratas y reduccionistas de la salud a un fenómeno biológico individual, resaltando la importancia de la condición humana como única productora y generadora de decisiones individuales y colectivas en relación a la salud.

Los aspectos teóricos anteriormente presentados en relación a como ha sido definida la salud introdujeron nuestro propósito de querer reflexionar sobre el uso de la RS como herramienta para explorar la imagen y la comprensión del proceso salud-enfermedad del anciano. A continuación exponemos nuestras observaciones en relación a la Teoría de las Representaciones Sociales de Moscovici (1981).

Las RS de cualquier asunto se implican en la construcción de objetos que a su vez son la expresión de un sujeto que está en interacción social con otros sujetos. Ellas no son simples reproducciones pasivas y si verdaderas construcciones activas de formas sociales de pensamiento. Moscovici (1981, p. 181) conceptualiza la RS de la siguiente forma:

“Por representación social nosotros queremos decir un conjunto de conceptos, afirmaciones y explicaciones originadas en el curso de lo cotidiano, en el curso de las comunicaciones inter-individuales. Ellas son equivalentes en nuestra sociedad, a los mitos y sistemas de creencias de las sociedades tradicionales, ellas pueden ser vistas como una versión contemporánea de sentido común”.

Si para Moscovici, las RS terminan por constituir el pensamiento social en el ambiente donde la vida diaria se desarrolla, ellas tendrían por lo tanto un poder convencional y prescriptivo sobre la realidad. Se incluye en esa realidad el objeto social que nos ocupa: la salud del anciano.

Esta teoría presupone que en el momento de explorar las RS ellas están íntimamente interrelacionadas con las condiciones sociales que les dieron origen. Sólo en ese contexto es que tiene sentido hablar de RS. Lo anterior nos permite colocar que una RS no es una simple descripción de respuestas acerca de contenidos de interés social comunicacional. También las RS sobre un objeto no exigen el consenso absoluto. Ellas son compartidas sin

embargo son diversificadas. Como señalan Rose y colaboradores (1995, p. 153):

“Contrario a la noción de campo monolítico y homogéneo de RS, ellas son un campo susceptible para la contradicción, fragmentación, negociación y debate”.

Ellas actúan en forma de estructuras significantes socio-cognitivas que pueden ser producidas en diferentes niveles de producción simbólica en función de las dinámicas sociales. Carugati y colaboradores (1994, p. 148) al criticar las falsas interpretaciones de las RS como estructuras rígidas las definen como:

“Las representaciones sociales pueden ser vistas como un punto de equilibrio entre el flujo de experiencias individuales de los selves individuales y la rigidez de las organizaciones sociales: un punto de encuentro donde las personas toman partido entre la ciencia y el sentido común construyendo edificios de concepciones comunes sobre tópicos interesantes”.

La Teoría de las Representaciones Sociales ha enriquecido considerablemente a la Psicología Social colocándola en relación con otras ciencias sociales como es el caso de las ciencias de la salud. En este sentido Farr (1993, p. 137) señala:

“Yo pienso que ahora la necesidad es de identificar cómo las representaciones sociales se relacionan con otros conceptos teóricos en las ciencias sociales como las actitudes, opinión pública, ideología, etc.”.

Retomando nuestra discusión acerca de la comprensión del proceso salud-enfermedad en las prácticas sanitarias podemos comentar lo siguiente: una de las necesidades de salud más acuciantes implícita en el cambio del paradigma sanitario según es colocado por Mendez (1996) es que para conocer el verdadero estado de salud de la población tiene que ser tenida en cuenta la evaluación que esa población hace de su propia salud y en consecuencia, que ella participe libremente en las tomas de decisiones.

Creo que en este contexto, las RS de la salud daran cuenta de las diferencias que existen entre los modos de pensar de los trabajadores de la salud y de los usuarios ancianos en relación al fenómeno salud. Compartimos aquí el punto de vista de Moscovici (1993) cuando dice que la Teoría de las Representaciones Sociales explica las diferencias entre diversos modos de pensar a partir de obligaciones impuestas en los sistemas cognitivos. Es probable que uno de los sistemas dominantes de creencias en relación a la salud del anciano sea aquel en el cual la salud aparece en términos de ausencia de enfermedad siguiendo un modelo flexneriano.

En el contexto de las prácticas sanitarias uno de los dilemas mayores de la Economía de la Salud es hacer coincidir los siguientes elementos de un proceso de planificación de servicios de salud:

- las necesidades sentidas (aunque ellas no sean reales),
- el diagnóstico de salud hecho por los epidemiólogos (al identificar problemas y riesgos de salud),
- las prioridades y decisiones tomadas por los economistas de la salud,
- los objetivos políticos del sistema social desarrollados por los que deciden en última instancia las políticas de salud.

Frente a esta compleja situación cuestionamos si los objetivos finales de las prácticas sanitarias de salud coinciden con las verdaderas necesidades de salud de la población anciana y todavía más, si ellas coinciden con las representaciones de salud que esa población tiene en este período histórico. Lo anterior constituye un grave problema de salud que por lo general no es expresado por uno de los actores del proceso: el individuo de la tercera edad que recibe el servicio.

Explorar y definir una RS significa explicar por qué algunas creencias cognitivas some-

tidas a la discusión y a la reflexión cambian su naturaleza. Cada palabra, cada texto gana en si mismo un significado en el diálogo social y en las negociaciones de la comunidad y el problema consiste en por qué no se tienen en cuenta las representaciones de la salud de esa comunidad.

¿Por qué queremos demostrar la utilidad de la Teoría de las Representaciones Sociales en el diagnóstico del concepto de salud y de necesidades de salud? Veamos algunos principios epistémicos ofrecidos por De Rosa (1993) que pueden justificar nuestro objetivo. Para la autora, (De Rosa, 1993) la teoría representa una integración entre perspectivas interaccionistas y constructivistas de la psicología social. Por lo tanto dicha teoría simplemente no es una perspectiva constructivista de aproximación cognitiva y social. Ella permite contextualizar el concepto de RS en el escenario de las prácticas sociales comunicacionales historicamente determinadas. Así se comparte la idea de que la representación social del propio concepto de salud es producida tanto en el nivel individual como en el grupal. La comprensión del fenómeno salud está dentro del nivel grupal y dentro de las prácticas de los discursos. Es por esta razón que al representar salud no debemos pensar que el único contexto es el individuo (sea el individuo representado por los gestadores de las prácticas sanitarias: el trabajador o aquel individuo materializado en los gestadores de su propia salud: los usuarios ancianos). Debemos pensar en los dos.

Esta concepción interaccionista de la Teoría de las Representaciones Sociales está fundamentada en las dinámicas de los intercambios sociales e interpersonales. La teoría se contrapone a las perspectivas individualistas en las que aparece una explicación de la conducta social a partir de procesos individuales. La representación social trabaja explícitamente con la metáfora del sujeto como actor de su vida diaria.

Estas consideraciones epistemológicas de la teoría permiten asumir que la misma puede ofrecernos una estrategia para el abordaje del concepto salud en la vejez. En este sentido asumimos que ella sea una categoría explicativa del fenómeno que nos ocupa: salud y necesidades de salud de la vejez. Compartimos aquí el criterio de Testa (en Schramm, 1996, p. 84), cuando dice:

“la cuestión no es de incorporar las ciencias sociales al pensamiento sobre la salud y si de pensar salud como una cuestión social”.

El concepto RS permite pensar la salud como una cuestión social generada en las prácticas sanitarias, culturales y comunicacionales. Las representaciones que las personas puedan tener de las necesidades de salud en la tercera edad constituyen en general una valiosa herramienta para reflexionar y mejorar la disparidad que existe en esa área entre los dos gestores y actores de la salud pública: los trabajadores y la población anciana.

Referencias bibliográficas

- BRADSHAW, J: *The concept of Social Need*. En: PINEAULT, R. M.D e DAVELUY, C.M.Sc: *La Planificación Sanitaria: Conceptos, métodos, estrategias*. Ed Masson, S.A. Barcelona, 1989.
- CANGUILHEM, G: *O normal e o patológico*. Ed Forense Universitária. Rio de Janeiro, 1990.
- CARRUGATI, F e cols: *Are social on Architecture of cognitions? A tentative model for extending the dialog*. Papers on Social Representations. Threads of discussion 3 (2): 134-151, 1994.
- DEJOURS, C: *Por um novo conceito de saúde*. Rev Brasileira de Saúde Ocupacional 14 (54): 7-11, 1986.
- DE ROSA, A.S: *Social Representations and attitudes: problems of coherence between the theoretical definition and procedure of research*. Papers on Social Representations. Threads of discussion 2 (3): 178-192, 1993.
- FARR, R.M: *The theory of Social Representations. Whence and Whither?* Papers on Social Representations. Threads of discussion 2 (3): 130-138, 1993.
- KAWAMOTO, E: *Enfermagem comunitária*. Ed EPU. São Paulo, 1995.
- LALONDE, M: *A new perspective on the health of Canadians*. Ottawa. Government of Canada, 1974.
- MENDEZ, E.V: *Uma agenda para a saúde*. Ed Hucitec. São Paulo, 1996.
- MOSCOVICI, S: *On social Representations*. Em FORGAS, J.P (Ed): *Social Cognitions. Perspectives on Everyday Understanding*. New York: Academic Press, 1981.
- _____: *Introductory Address*. Papers on Social Representations. Threads of discussion 2 (3): 160-172, 1993.
- MOURA, D: *Saúde não se dá, conquista-se*. Ed Hucitec. São Paulo, 1989.
- NASCIMENTO, P. C: *Democracia e saúde: uma perspectiva Arendtiana*. Ed Relume. Rio de Janeiro, 1992.
- NORDENFELT, L: *Health, disease and causal explanations in Medicina*. Ed Reidel Publishing Company. Boston, 1984.
- OMS: *Organización Mundial de la Salud: Conferencia Internacional de la Salud*. New York, Julio, 1946.
- OPS: *Organización Panamericana de la Salud. Promoción de la Salud: una antología*. Nro 557. OPS. Washington, D.C, 1996.
- PINEAULT, R. M.D e DAVELUY, C.M.Sc: *La Planificación Sanitaria: Conceptos, métodos, estrategias*. Ed Masson, S.A. Barcelona, 1989.
- PORN, I: *Na equilibrium Model of health*. Em CAPONI, S: *George Canguilhem y el estatuto epistemológico del concepto de salud*. Rev História, Ciência, Saúde. Manguinhos- Fio-Cruz. Nro 2. Outubro, 1997.
- QUEVEDO, V.E e HERNANDEZ, M.A: *La articulación del conocimiento básico biológico y social en la formación del profesional de la salud: una mirada desde la historia*. Serie Desarrollo de Recursos Humanos Nro 1: Lo biológico y lo Social: su articulación en la

formación del personal de la salud. OPS, Washington, D.C, 1994.

ROSE, D y cols: *Questioning consensus in Social Representations Theory. Papers on Social Representations. Threads of discussion* 4 (2): 150-155, 1995.

SAN MARTIN y PASTOR, V: *Economía de la Salud. Teoría Social de la Salud*. Ed McGraw-Hill-Interamericana de España. Madrid, 1989.

SERIE DESARROLLO DE RECURSOS HUMANOS: *Sobre la teoría y la práctica de la Salud Pública: un debate, múltiples perspectivas. La crisis de la Salud Pública. Reflexiones para el debate*. OPS, 1992.

TESTA, M: *Saúde Pública: acerca de seu sentido e significado*. Em: SCHRAMM, F.R: *A Terceira Margem da Saúde. Ética Natural, complexidade, crise e responsabilidade no saber-fazer sanitário*. Ed UnB. Universidade de Brasília. Brasília, DF, 1996.