

Papel correctivo de las representaciones sociales y las prácticas de salud al programa nacional de atención integral al adulto mayor

Corrective role of social representations and health practices to the national comprehensive care program for older adults

Papel corretivo das representações sociais e das práticas de saúde ao programa nacional de atenção integral ao adulto maior

Fidel Vázquez Garay, <https://orcid.org/0000-0002-4439-5150>

Glenda de la Caridad Ramírez Barallobre, <https://orcid.org/0000-0002-1965-2151>

Universidad de Ciencias Médicas. Facultad de Medicina No. 2, Santiago de Cuba, Cuba

Autor para correspondencia: fidel.vazquez@infomed.sld.cu

RESUMEN

El envejecimiento poblacional en Cuba constituye un fenómeno demográfico que interpela al sistema de salud en su capacidad de respuesta integral. El Programa Nacional de Atención Integral al Adulto Mayor (PAIAM) representa el principal instrumento de política social para este sector, sin embargo, su implementación en el nivel comunitario evidencia brechas significativas entre el diseño normativo y la realidad asistencial. El presente artículo tiene como objetivo proponer acciones correctoras al PAIAM a partir del diagnóstico de las representaciones sociales y prácticas de salud de los adultos mayores del Consejo Popular Flores, Santiago de Cuba. Se empleó un estudio de caso único con enfoque mixto, que combinó técnicas cualitativas y cuantitativas: observación participante y no participante, entrevistas semiestructuradas a informantes clave, cuestionario a 250 adultos mayores y análisis de documentos. La triangulación teórica y metodológica permitió identificar deficiencias críticas en las dimensiones de estructura, proceso y resultado del subprograma comunitario, evidenciando que menos del 60% de los indicadores evaluados alcanzan el estándar requerido. Se identificó que el 78,2% de los proveedores de salud tienen menos de cinco años de experiencia en Atención Primaria, existe baja cobertura de dispensarización y examen periódico de salud, y ausencia de evaluación multidimensional. El artículo propone un conjunto de acciones correctivas articuladas en tres ejes estratégicos: fortalecimiento de la estructura institucional, optimización de los procesos de atención y mejora de los resultados en salud. Se concluye que la incorporación de las representaciones sociales como insumo permanente para la corrección de la política constituye una herramienta metodológica fundamental para adecuar las intervenciones sanitarias a las lógicas reales de los adultos mayores, superando el enfoque asistencialista y promoviendo un envejecimiento activo, digno y saludable.

Palabras clave: Adulto mayor, representaciones sociales, prácticas de salud, políticas sociales, atención primaria.

ABSTRACT

Population aging in Cuba constitutes a demographic phenomenon that challenges the health system in its capacity for comprehensive response. The National Comprehensive Care Program for Older Adults (PAIAM) represents the main social policy instrument for this sector; however, its implementation at the community level reveals significant gaps between normative design and healthcare reality. This article aims to propose corrective actions to the PAIAM based on the diagnosis of social representations and health practices of older adults in the Flores Popular Council, Santiago de Cuba. A single case study with a mixed approach was employed, combining qualitative and quantitative techniques: participant and non-participant observation, semi-structured interviews with key informants, a questionnaire applied to 250 older adults, and document

analysis. Theoretical and methodological triangulation allowed the identification of critical deficiencies in the dimensions of structure, process, and outcome of the community subprogram, evidencing that less than 60% of the evaluated indicators reach the required standard. It was identified that 78.2% of health providers have less than five years of experience in Primary Care, there is low coverage of dispensarization and periodic health examinations, and an absence of multidimensional evaluation. The article proposes a set of corrective actions articulated in three strategic axes: strengthening the institutional structure, optimizing care processes, and improving health outcomes. It is concluded that the incorporation of social representations as a permanent input for policy correction constitutes a fundamental methodological tool to adapt health interventions to the real logics of older adults, overcoming the assistance-based approach and promoting active, dignified, and healthy aging.

Keywords: Older adult, social representations, health practices, social policies, primary care.

RESUMO

O envelhecimento populacional em Cuba constitui um fenômeno demográfico que desafia o sistema de saúde em sua capacidade de resposta integral. O Programa Nacional de Atenção Integral ao Adulto Maior (PAIAM) representa o principal instrumento de política social para este setor; no entanto, sua implementação no nível comunitário revela lacunas significativas entre o desenho normativo e a realidade assistencial. Este artigo tem como objetivo propor ações corretivas ao PAIAM a partir do diagnóstico das representações sociais e práticas de saúde dos adultos maiores do Conselho Popular Flores, Santiago de Cuba. Empregou-se um estudo de caso único com abordagem mista, combinando técnicas qualitativas e quantitativas: observação participante e não participante, entrevistas semiestruturadas com informantes-chave, questionário aplicado a 250 adultos maiores e análise de documentos. A triangulação teórica e metodológica permitiu identificar deficiências críticas nas dimensões de estrutura, processo e resultado do subprograma comunitário, evidenciando que menos de 60% dos indicadores avaliados alcançam o padrão requerido. Identificou-se que 78,2% dos provedores de saúde têm menos de cinco anos de experiência na Atenção Primária, há baixa cobertura de dispensarização e exame periódico de saúde, e ausência de avaliação multidimensional. O artigo propõe um conjunto de ações corretivas articuladas em três eixos estratégicos: fortalecimento da estrutura institucional, otimização dos processos de atenção e melhoria dos resultados em saúde. Conclui-se que a incorporação das representações sociais como insumo permanente para a correção da política constitui uma ferramenta metodológica fundamental para adequar as intervenções sanitárias às lógicas reais dos adultos maiores, superando a abordagem assistencialista e promovendo um envelhecimento ativo, digno e saudável.

Palavras-chave: Adulto maior, representações sociais, práticas de saúde, políticas sociais, atenção primária.

Recibido 21/07/2026 Aprobado 3/08/2026

Introducción

El envejecimiento poblacional constituye uno de los fenómenos demográficos más significativos del siglo XXI, con profundas implicaciones en los ámbitos económico, social, cultural y sanitario. Cuba, en particular, experimenta un proceso de envejecimiento acelerado que la sitúa como el segundo país más envejecido de América Latina y el Caribe, después de Uruguay (Expósito y Bello, 2025; Fuentes *et al.*, 2024; IPSCuba, 2025; Márquez, 2022; Maya y López, 2025; Quintero *et al.*, 2025). Según proyecciones recientes, se estima que la proporción de adultos mayores pasará del 25,7% al 36,4% en 2050, mientras que la población en edad laboral se reducirá de 5.900.000 a 4.100.000 personas (IPSCuba, 2025). Este cambio demográfico, si bien refleja los logros del Estado cubano en materia de políticas sociales y salud pública, plantea enormes desafíos para la sostenibilidad del modelo de bienestar social y la capacidad de respuesta del sistema de salud.

El Programa Nacional de Atención Integral al Adulto Mayor (PAIAM) constituye el principal instrumento de política social para atender las necesidades de este sector poblacional. Vigente desde 1996, el programa se estructura en tres subprogramas: comunitario, institucional y hospitalario, con un enfoque que trasciende la atención biomédica para abarcar dimensiones biológicas, psicológicas y sociales. El subprograma de atención comunitaria, en particular, representa el corazón del modelo cubano, al reconocer que aproximadamente el 99,5% de la población adulta mayor cubana vive en la comunidad y requiere de servicios de proximidad que garanticen su bienestar y participación social.

Sin embargo, la implementación del PAIAM a nivel local enfrenta tensiones significativas entre los lineamientos programáticos y las condiciones concretas de los territorios. La literatura especializada ha señalado que las políticas de salud dirigidas al adulto mayor adolecen con frecuencia de una perspectiva verticalista que no

considera las representaciones sociales que los propios ancianos construyen sobre su salud, y que estas representaciones condicionan de manera decisiva sus prácticas de cuidado y demanda de servicios (Peralta *et al.*, 2017; Vázquez Garay *et al.*, 2019).

La teoría de las representaciones sociales, desarrollada por Serge Moscovici (2000), ofrece un marco analítico pertinente para comprender cómo los adultos mayores construyen significados sobre su salud en interacción con su entorno social, cultural e institucional. Las representaciones sociales son "un corpus organizado de conocimientos y una de las actividades psíquicas gracias a las cuales los hombres hacen inteligible la realidad física y social, se integran en un grupo o en una relación cotidiana de intercambios, liberan poderes de su imaginación" (Moscovici, 1979, como se citó en Perera, 1999, p. 10). Su estudio permite acceder a los saberes cotidianos que orientan las actitudes y comportamientos de los sujetos, superando la dicotomía entre lo individual y lo social, entre lo subjetivo y lo estructural. Hoy esta teoría presenta un robusto corpus subrayando su perspectiva interdisciplinar (Pérez *et al.*, 2025; Rojas, 2025). No obstante la riqueza teórica y metodológica de este enfoque, la literatura especializada evidencia un vacío significativo en su aplicación para la corrección de políticas sociales a nivel micro. Si bien existen numerosos estudios que describen las representaciones sociales de la salud o la vejez en diversos grupos poblacionales (Ferreira *et al.*, 2017; Peralta *et al.*, 2017; Vázquez Garay *et al.*, 2019), la mayoría se agota en el diagnóstico descriptivo o en la formulación de recomendaciones generales. Existe una carencia de propuestas que sistematicen estos hallazgos y los traduzcan en acciones correctivas concretas y articuladas sobre los programas de atención, en sus dimensiones de estructura, proceso y resultado. Esta limitación impide que el conocimiento generado desde las ciencias sociales y la salud pública trascienda el ámbito académico para incidir efectivamente en la transformación de la práctica asistencial, perpetuando la brecha entre el diseño normativo de los programas y su implementación territorial. El Consejo Popular Flores, ubicado en la zona urbana del municipio Santiago de Cuba, constituye un escenario privilegiado para analizar la interacción entre representaciones sociales, prácticas de salud y políticas públicas. Con una población de 29.320 habitantes y un 23,4% de adultos mayores, este territorio presenta condiciones de vulnerabilidad social que se expresan en deterioro de las condiciones higiénico-sanitarias, infraestructura habitacional precaria, y altos índices de morbilidad por enfermedades crónicas no transmisibles. La investigación desarrollada entre 2019 y 2024 permitió constatar que las representaciones sociales de la salud entre los adultos mayores del Consejo Popular Flores se configuran predominantemente desde una lógica negativa, donde la salud se define por la ausencia de enfermedad más que por la presencia de bienestar, y donde el miedo y la inseguridad constituyen las emociones predominantes ante el deterioro.

Esta situación da lugar al problema científico que guía la presente investigación: ¿cómo corregir el Programa Nacional de Atención Integral al Adulto Mayor, en su implementación a nivel comunitario, a partir del diagnóstico de las representaciones sociales y prácticas de salud de los adultos mayores, para reducir las brechas entre su diseño normativo y la realidad asistencial?

El presente artículo tiene como objetivo proponer acciones correctoras al Programa Nacional de Atención Integral al Adulto Mayor a partir del diagnóstico de las representaciones sociales y prácticas de salud de los adultos mayores del Consejo Popular Flores. Se argumenta que la teoría de las representaciones sociales constituye una herramienta metodológica fundamental para corregir las estrategias, métodos y resultados de implementación del programa, al permitir captar los significados, creencias y valoraciones que los sujetos construyen en su cotidianidad y que a menudo discrepan de los discursos institucionales.

Métodos y Materiales

La presente investigación se inscribe en una perspectiva sociológica crítica y desde esta posición epistemológica, se reconoce que las prácticas de salud y las representaciones sociales constituyen realidades complejas que requieren ser develadas más allá de sus manifestaciones superficiales.

El caso objeto de estudio fue el Consejo Popular "Flores", ubicado en la parte urbana del municipio Santiago de Cuba. Este consejo fue seleccionado por tres criterios fundamentales: es uno de los consejos populares más poblados del municipio; concentra la mayor cantidad de adultos mayores en condiciones socioeconómicas desfavorables; y constituye una de las comunidades más envejecidas de la provincia, donde se observa desde hace una década un aumento progresivo de ancianos en situación de vulnerabilidad social. El consejo está conformado por cuatro repartos (Asunción, Flores, Villalón y Municipal) y cuenta con una población de 29.320 habitantes, de los cuales 1.973 (23,4%) son mayores de 60 años y 1.623 (19,3%) mayores de 65 años.

El estudio se desarrolló durante el período 2019-2024 y transitó por tres fases fundamentales:

Fase exploratoria-diagnóstica: Primer acercamiento a la unidad de observación con el propósito de caracterizar la situación socio-sanitaria y cultural del área de salud. Se empleó la observación participante, que se desarrolló

en condiciones de convivencia e interacción con la población estudiada y con los agentes que intervienen en los servicios de salud. Se realizó el análisis del Programa Integral de Atención al Adulto Mayor y el Análisis de la Situación de Salud (ASIS). Se utilizaron métodos teóricos (analítico-sintético, lógico e histórico) para la sistematización.

Fase de aplicación de métodos, técnicas e instrumentos: Se mantuvo la observación participante y se aplicó un cuestionario a 250 adultos mayores en sus hogares, lo que posibilitó identificar el comportamiento de las principales prácticas de salud comunitarias con mayor incidencia en la salud. La muestra se distribuyó según variables sociodemográficas: sexo (68% femenino, 32% masculino), grupos etarios (40% de 65-70 años, 32% de 71-80 años, 28% de 81 años y más), y nivel escolar (36,4% primario, 52,8% secundario, 2% preuniversitario, 8,8% universitario). Se realizaron entrevistas en profundidad a 4 Jefes de Grupos Básicos de Trabajo y se aplicaron entrevistas semiestructuradas a informantes clave, incluyendo personal de salud, trabajadores sociales, líderes comunitarios y adultos mayores. Se emplearon métodos estadísticos descriptivos expresados en valores de frecuencias y porcentajes para el procesamiento y análisis de los datos cuanti-cualitativos.

Fase de análisis y sistematización de la información: Proporcionó la información y los datos necesarios para la obtención e interpretación de los resultados. Se realizó la triangulación de fuentes y técnicas para garantizar la validez y confiabilidad de los hallazgos.

La evaluación del subprograma de atención comunitaria al adulto mayor se realizó en las dimensiones de estructura, proceso y resultado, considerando los criterios establecidos en el propio programa nacional. Para la dimensión estructura se evaluaron indicadores como disponibilidad de recursos humanos, condiciones de locales de atención, recursos materiales necesarios y capacitación del personal. Para la dimensión proceso se evaluaron indicadores como dispensarización, examen periódico de salud, evaluación multidimensional, interconsulta, incorporación a círculos de abuelos, y capacitación de equipos básicos de salud. Para la dimensión resultado se evaluaron indicadores de morbilidad y mortalidad específicas, así como el control periódico y monitoreo del cumplimiento de las actividades del programa.

Todo el proceso investigativo se fundamentó en los principios ético-profesionales que rigen la labor del investigador sociocultural: responsabilidad con el trabajo, respeto al otro y a las diferencias, acatamiento de los principios de libre expresión y autodeterminación, negociación de la participación de los sujetos a través del consentimiento informado, libre abandono de la investigación sin perjuicio alguno, mantenimiento de la confidencialidad en el manejo de datos, y autorización oficial por las instituciones de salud para desarrollar el trabajo investigativo.

La calidad y credibilidad del estudio se aseguraron mediante: triangulación teórica y metodológica (combinación de enfoques cualitativos y cuantitativos, y contrastación de diferentes perspectivas teóricas); trabajo de campo prolongado (inmersión en el contexto durante el período 2019-2024); riqueza descriptiva (descripciones densas que permiten la transferibilidad de los hallazgos); reflexividad del investigador (reconocimiento de la posición del investigador y su influencia en el proceso); y auditoría de procesos (registro sistemático de las decisiones metodológicas y procedimientos de recogida y análisis de datos).

Resultados y Discusión

Los resultados obtenidos en la investigación revelan una configuración predominantemente negativa de las representaciones sociales de la salud entre los adultos mayores del Consejo Popular Flores, así como deficiencias críticas en la implementación del subprograma comunitario del PAIAM. Estos hallazgos, al ser contrastados con investigaciones previas, permiten identificar patrones recurrentes y especificidades contextuales que enriquecen la comprensión del fenómeno.

Sobre las representaciones sociales de la salud

El hallazgo de que el 40% de los adultos mayores define la salud por "si estoy enfermo o no" y el 23,7% como "no tener ninguna enfermedad" coincide plenamente con los resultados de Vázquez Garay *et al.* (2019), quienes en un estudio previo en el Policlínico "Ramón López Peña" identificaron que el núcleo figurativo de la representación social de la salud en ancianos se estructuraba predominantemente desde la ausencia de enfermedades somáticas, con el miedo y la inseguridad como emociones predominantes ante el deterioro. Esta coincidencia no es anecdótica: ambos estudios, realizados en el mismo territorio con una diferencia de aproximadamente cinco años, sugieren la persistencia de un patrón representacional estable que resiste a los cambios en las políticas sanitarias.

La investigación de Peralta *et al.* (2017) en Santa Clara aporta un contrapunto importante. Estos autores encontraron que los adultos mayores de Villa Clara (provincia con el mayor índice de envejecimiento del país) también construyen representaciones predominantemente negativas sobre los servicios de salud, pero con

un matiz diferencial: la insatisfacción se concentra en la percepción de "falta de calidez y comunicación" por parte del personal sanitario, un aspecto que en nuestro estudio se refleja en la baja influencia atribuida al personal de salud (<50% en todos los grupos etarios) como referente para preservar la salud. Esta similitud en la distancia simbólica entre los ancianos y el sistema sanitario apunta a un problema estructural de la atención primaria cubana que trasciende las particularidades locales.

Un hallazgo distintivo de nuestra investigación es la identificación de la economía como la principal limitación percibida para mantener un estado de salud positivo (76 casos, con tendencia creciente hasta el 95% en el grupo de 81+ años). Este factor no aparece con la misma centralidad en los estudios de Vázquez Garay et al. (2019) ni en los de Peralta Castellón *et al.* (2017), lo que podría explicarse por las condiciones específicas de vulnerabilidad socioeconómica del Consejo Popular Flores o por el agravamiento de las dificultades económicas en el período post-pandemia durante el cual se recogieron los datos de la presente investigación (2022-2024). Este resultado resalta la necesidad de incorporar el análisis de los determinantes sociales de la salud como categoría transversal en la evaluación de las políticas de atención al adulto mayor.

Sobre las prácticas de salud y autocuidado

Los resultados muestran que la automedicación emerge como la principal respuesta ante el malestar (36 casos, 45%), seguida por la asistencia al hospital (14 casos, 17,5%) y la visita al médico de familia (13 casos, 16,25%). Este patrón de conducta, que prioriza la resolución sintomática sobre la consulta institucional, encuentra eco en la investigación de Ferreira *et al.* (2017) sobre representaciones sociales de la calidad de vida en adultos mayores de Río de Janeiro. Estos autores encontraron que las prácticas de cuidado de los ancianos se sustentaban en saberes contruidos en el cotidiano, articulados con conocimientos del campo técnico-profesional, pero evidenciando una brecha entre ambos tipos de saber. Nuestro hallazgo profundiza esta línea al mostrar que el saber experiencial no solo coexiste con el saber médico, sino que tiende a sustituirlo en la práctica cotidiana, en un contexto donde el acceso al médico de familia es nominalmente gratuito y universal. La investigación de Robledo Díaz (2024) en Valencia, España, ofrece un marco interpretativo para comprender este fenómeno. Este autor propone analizar la salud en los adultos mayores desde tres dimensiones: la salud como estado, como estrategia y como institución. Desde esta perspectiva, la automedicación observada en nuestro estudio puede entenderse como una "estrategia" de los ancianos para gestionar su salud de manera autónoma, en un contexto donde la dimensión institucional (el sistema de salud) no logra posicionarse como referente legítimo y confiable. Robledo Díaz (2024) enfatiza que el cuerpo del anciano se convierte en un "constructo tangible que contiene sus experiencias", y que las prácticas de autocuidado se orientan más a la funcionalidad que a la adherencia a estándares estéticos o normativos. Nuestros datos confirman esta interpretación: los adultos mayores actúan sobre su cuerpo a partir de un saber práctico acumulado, buscando resolver el malestar con el menor esfuerzo institucional.

Sobre la influencia de las redes sociales y familiares

Un resultado que merece especial atención es la diferenciación etaria en las influencias para preservar la salud. En el grupo de 65-80 años predominan la pareja (87%) y los vecinos (80%); en el grupo de 81+ años, la influencia de la pareja desciende abruptamente (30%), mientras que aumentan la influencia de los vecinos (95%) y los medios de comunicación (90%). Este hallazgo, que evidencia la reorganización de las redes de apoyo en la llamada "cuarta edad", tiene un correlato en el estudio de Vázquez Garay et al. (2022) sobre percepción de soledad en adultos mayores que viven solos, donde se encontró que el aislamiento social se intensifica en los grupos de mayor edad y se asocia con peores indicadores de salud subjetiva lo que coincide con lo planteado por Pérez y Zaldivar (2026). Sin embargo, a diferencia de lo que podría esperarse, nuestros datos muestran que los adultos de 81+ años no se aíslan, sino que reconfiguran sus redes de apoyo hacia los vecinos y los medios de comunicación, lo que sugiere una adaptación pragmática a las pérdidas del ciclo vital.

Sobre la evaluación del programa de atención

La evaluación del subprograma comunitario reveló que menos del 60% de los indicadores alcanzan el estándar requerido, con deficiencias críticas en la dimensión estructura (inestabilidad del personal, 78,2% con menos de cinco años de experiencia) y en la dimensión proceso (baja cobertura de dispensarización y examen periódico de salud, ausencia de evaluación multidimensional). Estos resultados son consistentes con las observaciones críticas de Peralta *et al.* (2017), quienes señalaron que las representaciones negativas sobre los servicios de salud se alimentan de "la insuficiente comunicación, la demora en las atenciones y la percepción de una atención estandarizada que no considera las particularidades del adulto mayor" (pág. 53).

La ausencia de casa de abuelos en el área del Policlínico Municipal identificada en nuestra investigación constituye una carencia estructural que limita las posibilidades de intervención comunitaria. Este déficit, que contrasta con las recomendaciones del propio PAIAM, refuerza la distancia entre el diseño normativo y la

realidad territorial, y subraya la necesidad de un enfoque intersectorial que involucre a los gobiernos locales en la provisión de infraestructuras de cuidado.

El análisis del subprograma comunitario también ofreció herramientas en el orden prácticos: la generación de evidencias permitieron orientar la formulación e implementación de programas y políticas sociales dirigidas al adulto mayor, así como el diseño de estrategias educativas y de promoción de salud que consideren los saberes y concepciones de este grupo etario. Este acercamiento halla correlatos con las incursiones realizadas (Felip *et al.*, 2021; Aguilera *et al.*, 2023).

Síntesis y aportes diferenciadores

La principal contribución de nuestra investigación respecto a los estudios previos radica en la articulación entre el diagnóstico de representaciones sociales y la evaluación sistemática del programa de atención en sus dimensiones de estructura, proceso y resultado. Mientras que investigaciones como las de Vázquez Garay *et al.* (2019) y Peralta *et al.* (2017) se centraron en caracterizar las representaciones sociales, y Ferreira *et al.* (2017) en analizar las prácticas de cuidado, nuestro estudio establece un puente entre ambos niveles y propone acciones correctivas concretas. Este enfoque integrador permite superar la mera descripción para incidir en la transformación de la política pública.

Asimismo, la incorporación de la variable "economía" como barrera percibida para la salud, con una incidencia que supera el 90% en todos los grupos etarios, constituye un hallazgo que diferencia nuestra investigación de estudios realizados en contextos anteriores o en territorios con menor vulnerabilidad social. Este resultado actualiza el diagnóstico sobre las condiciones de vida de los adultos mayores en Cuba y plantea interrogantes sobre la sostenibilidad del modelo de atención en un contexto de crisis económica (Zaldivar, 2025).

Correcciones para el Programa Integral de Atención al Adulto Mayor

Con base en el diagnóstico realizado en las dimensiones de estructura, proceso y resultado, y en el conocimiento de las representaciones sociales y prácticas de salud de los adultos mayores del Consejo Popular Flores, se proponen las siguientes acciones correctivas para el Programa Nacional de Atención Integral al Adulto Mayor. La propuesta se articula en torno a tres ejes estratégicos que abordan las brechas identificadas, con un enfoque intersectorial y participativo.

Eje 1: Fortalecimiento de la estructura institucional y de recursos

Acción 1.1: Programa de capacitación continuada. Diseñar e implementar un plan de formación en gerontología y geriatría para médicos, enfermeras y personal de los Grupos Básicos de Trabajo, con énfasis en: valoración multidimensional, cuidados paliativos, atención a la demencia y manejo de enfermedades crónicas no transmisibles. Responsables: Dirección del policlínico, Departamento de Docencia e Investigación, Universidad de Ciencias Médicas. Plazo: inmediato (primer trimestre).

Acción 1.2: Creación/remodelación de Casa de Abuelos. Gestionar la habilitación de una Casa de Abuelos en el área del policlínico Municipal, que permita acciones de promoción, prevención y rehabilitación, así como alivio a las familias cuidadoras. Responsables: Gobierno municipal, Dirección de Salud, Trabajo y Seguridad Social, Comunidad. Plazo: mediano plazo (6-12 meses).

Acción 1.3: Mejoramiento de locales e infraestructura. Adecuar los consultorios y áreas de atención con equipamiento básico, mobiliario accesible y condiciones ambientales adecuadas para la atención geriátrica. Responsables: Dirección del policlínico, Administración municipal. Plazo: corto plazo (3-6 meses).

Acción 1.4: Estabilización del personal. Implementar políticas de incentivos y estabilidad laboral que reduzcan la rotación del personal en Atención Primaria, garantizando continuidad en la atención. Responsables: Dirección Provincial de Salud, Sindicato. Plazo: mediano plazo.

Eje 2: Optimización de los procesos de atención

Acción 2.1: Dispensarización activa y sistemática. Realizar actualización trimestral del registro de adultos mayores en los consultorios, clasificándolos por nivel de riesgo y necesidades, con seguimiento personalizado. Responsables: Equipo Básico de Salud (médico y enfermera de la familia). Plazo: permanente.

Acción 2.2: Examen Periódico de Salud (EPS) anual. Garantizar que el 100% de los adultos mayores reciba el EPS anual, incluyendo valoración funcional, cognitiva, nutricional y social, no solo clínica. Responsables: Equipo Básico de Salud. Plazo: anual (con metas trimestrales).

Acción 2.3: Evaluación multidimensional. Incorporar la valoración geriátrica integral (funcional, mental, social y nutricional) como parte del proceso de atención, con participación de los Grupos Básicos de Trabajo. Responsables: Grupo Básico de Trabajo (con apoyo de especialistas). Plazo: semestral.

Acción 2.4: Escuelas de cuidadores formales y no formales. Incrementar la frecuencia y alcance de las escuelas de cuidadores, con contenidos sobre demencia, cuidados al final de la vida, prevención de caídas y estimulación cognitiva. Responsables: Promoción de Salud, Enfermería comunitaria. Plazo: permanente (ciclos trimestrales).

Acción 2.5: Atención estomatológica priorizada. Organizar consultas estomatológicas periódicas para adultos mayores, con énfasis en la detección precoz de lesiones y atención protésica. Responsables: Servicio de Estomatología del policlínico. Plazo: trimestral.

Acción 2.6: Interconsulta y referencia oportuna. Establecer circuitos de interconsulta ágiles con especialidades (geriátrica, neurología, psicología, trabajo social) para los casos de mayor complejidad. Responsables: Coordinación entre niveles de atención. Plazo: permanente.

Eje 3: Mejora de los resultados en salud y calidad de vida

Acción 3.1: Análisis de Situación de Salud (ASIS) ampliado. Incorporar al ASIS indicadores de funcionalidad (autovalidismo), estado nutricional, depresión, red de apoyo social y satisfacción del adulto mayor, no solo mortalidad. Responsables: Grupo Básico de Trabajo, Departamento de Estadística. Plazo: anual (con actualización semestral).

Acción 3.2: Círculos de abuelos y actividades comunitarias. Fortalecer los círculos de abuelos existentes y crear nuevos espacios de participación social, actividades físicas adaptadas, talleres de memoria y arte. Responsables: Promoción de Salud, INDER, Cultura, Comunidad. Plazo: permanente.

Acción 3.3: Seguimiento a indicadores de morbilidad y mortalidad. Monitorear trimestralmente las tasas de mortalidad por diarreas, IRA, suicidio y accidentes, implementando planes de acción correctivos ante desviaciones. Responsables: Dirección del policlínico, Grupo Básico de Trabajo. Plazo: trimestral.

Acción 3.4: Sistema de monitoreo y evaluación participativa. Establecer un sistema de indicadores de proceso y resultado, con revisión mensual por el equipo de salud y rendición de cuentas a la comunidad. Responsables: Dirección del policlínico, Consejo Popular. Plazo: mensual.

Acción 3.5: Promoción de estilos de vida saludables. Desarrollar campañas educativas dirigidas a adultos mayores y sus familias sobre alimentación saludable, actividad física, prevención de accidentes y adherencia terapéutica. Responsables: Promoción de Salud, Comunicadores sociales. Plazo: permanente.

Recomendaciones transversales

1. Enfoque interdisciplinario e intersectorial: La implementación efectiva requiere equipos interdisciplinarios (médicos, enfermeras, psicólogos, trabajadores sociales, educadores) y articulación con organismos como Cultura, Deportes, Trabajo y Seguridad Social, y organizaciones comunitarias.

2. Participación activa del adulto mayor y la comunidad: El programa nacional enfatiza que el protagonista principal debe ser el propio adulto mayor. Se deben crear espacios de consulta y cogestión con los ancianos y sus familias.

3. Sistematización y documentación: Registrar sistemáticamente las acciones realizadas y sus resultados, para alimentar la toma de decisiones y la rendición de cuentas.

4. Capacitación andragógica: Los procesos educativos con adultos mayores deben utilizar enfoques andragógicos, respetando sus saberes y experiencias.

La implementación de esta propuesta de acciones correctivas permitirá revertir las deficiencias estructurales, procesales y de resultado identificadas en el diagnóstico del Consejo Popular Flores. No se trata de ajustes aislados, sino de una transformación integral que coloca al adulto mayor en el centro de la atención, fortalece las capacidades del personal de salud, involucra a la comunidad y garantiza una vejez activa, digna y saludable, en consonancia con los propósitos del Programa Nacional de Atención Integral al Adulto Mayor.

Conclusiones

El análisis de las representaciones sociales y prácticas de salud en los adultos mayores del Consejo Popular Flores revela una configuración predominantemente negativa de la salud, definida por la ausencia de enfermedad más que por la presencia de bienestar. Esta "hermenéutica de la carencia" se intensifica con la edad y condiciona patrones de demanda reactiva y automedicación, evidenciando que las experiencias personales y los medios de comunicación emergen como las principales fuentes de conocimiento, desplazando al personal de salud como referente influyente.

La evaluación del subprograma de atención comunitaria al adulto mayor en los policlínicos que atienden al Consejo Popular Flores evidencia deficiencias críticas en las tres dimensiones analizadas (estructura, proceso y resultado), con menos del 60% de los indicadores evaluados como satisfactorios. La inestabilidad del personal (78,2% con menos de cinco años de experiencia), la insuficiente capacitación en gerontología, la baja cobertura de dispensarización y examen periódico de salud, y la ausencia de evaluación multidimensional configuran un escenario donde predominan las urgencias sobre la prevención y la fragmentación sobre la integralidad.

Las acciones correctivas propuestas (orientadas al fortalecimiento estructural, la optimización de procesos y la mejora de resultados) requieren un enfoque intersectorial y participativo que reconozca a las agencias

comunitarias como aliadas estratégicas y que sitúe al adulto mayor como protagonista activo de su propio cuidado. La implementación de estas acciones permitirá superar el paradigma biomédico para abrazar una perspectiva integral de derechos y equidad en salud, en consonancia con los propósitos del Programa Nacional de Atención Integral al Adulto Mayor.

Referencias bibliográficas

- Aguilera, L. A., Pérez, A. C., Doval, Y. R., & Lorenzo, Y. D. L. C. S. (2023). Personas mayores ocupadas laboralmente: fuerza de trabajo para el desarrollo de municipios envejecidos en Cuba. *Novedades en Población*, 19(38), 450-470. <https://revistas.uh.cu/novpob/article/view/9136>
- Expósito Jorge, O., & Bello Expósito, E. (2025). Envejecimiento poblacional y recursos laborales en Holguín: en busca de nuevas oportunidades. *Novedades en Población*, 21(41), 107–132. <https://revistas.uh.cu/novpob/article/view/11568>
- Felip, M. R. A., Alfonso, L. M., & Sandoval, A. M. (2021). Políticas públicas sobre envejecimiento poblacional promulgadas en el contexto internacional, europeo y español entre 1982-2017. *Revista Cubana de Salud Pública*, 47(1), 1-23. <https://www.medigraphic.com/cgi-bin/new/resumen.cgi?IDARTICULO=105990>
- Ferreira, M. C. G., Tura, L. F. R., Silva, R. C. da, & Ferreira, M. de A. (2017). Social representations of older adults regarding quality of life. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 70(4), 806–813. <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2016-0631>
- Fuentes Rodríguez, E., Vilorio Pérez, C., & Rodríguez Herrera, E. (2024). Trascendencia del envejecimiento poblacional y su impacto en la sociedad cubana. *Revista Científica Estudiantil de Ciencias Médicas de Matanzas*, 4(2), e193. https://revmedest.sld.cu/index.php/medest/article/download/193/pdf_1
- IPSCuba. (2025). 2025: retos y dinámicas del envejecimiento en Cuba. <https://www.ipscuba.net/sociedad/2025-retos-y-dinamicas-del-envejecimiento-en-cuba/>
- Márquez Terrazas, M. (2022). Representaciones sociales en las personas mayores y su influencia en el autocuidado. *Revista Cuidarte*, 13(2). http://www.scielo.org.co/scielo.php?pid=S2216-09732022000200009&script=sci_arttext
- Maya Castro, G., & López Estrada, M. (2025). El adulto mayor y las redes sociales: una oportunidad para la integración. *Revista de Investigación del Departamento de Humanidades y Ciencias Sociales*, 28, 1–12. <https://doi.org/10.54789/rihumso.25.14.28.1>
- Moscovici, S. (2000). Representaciones sociales: exploraciones en psicología social. Paidós.
- Peralta Calderón, L., Ponce López, Y. M., González Peña, E., & Artiles Olivera, I. (2017). Los servicios de salud al adulto mayor: una aproximación desde las representaciones sociales en Santa Clara. *Revista Científica UISRAEL*, 4(3), 35–57. <https://doi.org/10.35290/rcui.v4n3.2017.83>
- Perera, M. de la C. (1999). A propósito de las representaciones sociales: apuntes teóricos, trayectoria y actualidad. CLACSO.
- Pérez Lloret, A. D., & Zaldivar Hernández, M. E. (2026). Vivencia subjetiva del duelo en adultos mayores por migración filial: un estudio de casos múltiples en Bayamo, Cuba. *Santiago*, 17–24, Número Especial. <https://santiago.uo.edu.cu/index.php/stgo/article/view/29303>
- Pérez Restrepo, T., Grisales, N. E. M., Zapata, J. J. C., & Palacio, E. V. G. (2025). Representaciones sociales sobre el cuerpo en estudiantes de Licenciatura en Educación Física de la Universidad de San Buenaventura de Medellín, Colombia. *Retos*, 69, 602-618. <http://revistaretos.org/index.php/retos/article/view/103910>
- Quintero, J. D. C., Benítez, C. N., Villa-Vélez, L., & Muñoz-Duque, L. A. (2025). Representaciones sociales de la apropiación social del conocimiento construidas por investigadores de una universidad pública en Colombia. *Trilogía Ciencia Tecnología Sociedad*, 17(36), 1-20. <https://www.redalyc.org/journal/5343/534382367003/534382367003.pdf>
- Robledo Díaz, L. (2024). Social representations of health in the older people: Care, family and medical advances in perspective. En B. Tejero, C. Dorca, & C. L. Fernández (Eds.), *El factor humano en la salud* (pp. 339–349). Peter Lang Group AG.
- Rojas Martínez, I. M. (2025). Cuerpos y creencias en la zona rural: representaciones sociales en la alimentación y salud pública. *Desarrollo Sustentable, Negocios, Emprendimiento y Educación*, 7(72), 16–24. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=10508284>
- Vázquez Garay, F., Moncada Santos, M. de la C., & Gola Rodríguez, D. (2019). Representación social de la salud en ancianos de un área de salud en Santiago de Cuba. *MEDISAN*, 23(1), 1–12. <https://openurl.ebsco.com/contentitem/gcd:134856253?sid=ebsco:plink:crawler-gcd&id=ebsco:gcd:134856253&crl=c&jrnl=10293019>

Vázquez Garay, F., Nold, K. N., Miranda-Castellanos, M., & Parra-Vázquez, N. (2022). Percepción de la soledad subjetiva en adultos mayores que viven solos. *Revista Información Científica*, 101(4), 1–12. <https://www.medigraphic.com/cgi-bin/new/resumen.cgi?IDARTICULO=120775>

Zaldivar Hernández, M. E. (2025). CONSECUENCIAS PSICOLÓGICAS EN ADULTOS MAYORES POR LA MIGRACIÓN DE SUS FAMILIARES. *Revista Electrónica de Psicología Iztacala*, 28(4). <https://www.iztacala.unam.mx/carreras/psicologia/psiclin/vol28num4/Vol28No4Art1.pdf>

Conflicto de interés: Los autores declaran no tener conflictos de interés.

Declaración de contribución de autoría:

Fidel Vázquez Garay: Conceptualización, investigación, metodología, análisis formal, redacción del borrador original, redacción, revisión y edición.

Glenda de la Caridad Ramírez Barallobre: Supervisión, validación, revisión y edición.

Los autores agradecen a las autoridades del Policlínico "Ramón López Peña" y del Policlínico Municipal de Santiago de Cuba por las facilidades brindadas para la realización de la investigación, así como a los adultos mayores del Consejo Popular Flores por su disposición y colaboración en el estudio.

Declaración de originalidad del manuscrito: Por medio de la presente, los abajo firmantes, certificamos:

Que somos autores del manuscrito titulado: **Representaciones sociales y prácticas de salud de los adultos mayores: propuesta correctora al programa de atención integral**, que se presenta para su posible publicación en la **Revista Santiago. Revista cubana para la divulgación de la ciencia y cultura universales**, plataforma científica de la Facultad de Ciencias Sociales, Universidad de Oriente, Santiago de Cuba, Cuba.

Que este artículo es original e inédito, los contenidos son producto de nuestra contribución directa y el trabajo no está siendo ni será postulado de manera paralela para su posible publicación en otro medio.

Que los textos de otros autores están debidamente citados e incluidos en el apartado de Referencias bibliográficas.

Que se acepta el dictamen inapelable de los expertos revisores, con una práctica de ética científica de imparcialidad a través del arbitraje académico por pares.

Que somos responsables del contenido, información y datos publicados.

Que el material está libre de derechos de autor y, por lo tanto, nos hacemos responsables de cualquier litigio o reclamación relacionada con derechos de propiedad intelectual, exonerando al Equipo Editorial de la Revista y/o a la Universidad de Oriente.