

Reflexión y debate

Facultad de Ciencias Médicas “Calixto García”. Departamento de Licenciatura en Enfermería. La Habana, Cuba.

Carácter humano y ético de la atención integral al adulto mayor en Cuba

MsC. Caridad Llanes Betancourt¹

RESUMEN

El envejecimiento poblacional no es un fenómeno exclusivo de las sociedades modernas, ha estado presente en todas las etapas del desarrollo social. Cuba es ya un país en desarrollo con un envejecimiento importante de su población, demográficamente este proceso ha tenido diferentes implicaciones, entre ellas de gran importancia el carácter humano y ético que debe estar presente en el cuidar a personas ancianas. El objetivo general del trabajo fue valorar el carácter humano y ético de la atención integral al adulto mayor en Cuba. Para el logro de los objetivos se efectuó un estudio descriptivo valorando la presencia de los aspectos humanos y éticos presentes en los tres subprogramas de atención integral al adulto mayor, el subprograma de atención comunitaria, el subprograma de atención institucional y el subprograma de atención hospitalaria. Se concluye que el carácter humano y ético está presente en todos y cada uno de los programas del adulto mayor, además se añade la participación de la familia y la comunidad. Las organizaciones políticas y de masa garantizan las condiciones de vida y la salud de los ancianos. Se recomienda mantener y reforzar las tareas encaminadas a la preparación de los recursos humanos que brindarán cuidados a las personas de edad y garantizar la preparación científica técnica, profesional, ética y humana que debe estar presente en el arte de cuidar.

Palabras clave: Adulto mayor, anciano, programas, humanidad, ética, demografía, atención integral, envejecimiento, principios.

A finales de la década del setenta cuando ya se comienza a evaluar la necesidad de un enfoque especial para las personas de edad en el país, tanto a nivel social como de salud, y cuando se celebra la Asamblea Mundial del Envejecimiento en Viena, ya estaba concebido un Plan Nacional de Atención al anciano el cual fue enriquecido por los aspectos más relevantes del plan de acción aprobado en la Reunión Regional sobre envejecimiento, convocada por la Comisión Económica para América Latina y celebrada en Costa Rica en marzo de 1982 y del plan Internacional aprobado en Viena en ese mismo año. Dentro de esos principios básicos estaban entre otros, el principio que planteaba: “Los aspectos humanitarios y sus consecuencias para el desarrollo del proceso del envejecimiento de la población íntimamente relacionados entre sí, y que deben ser considerados en el conjunto integrado de los problemas de la sociedad nacional cuando se planifiquen los avances económicos.” La familia, en sus diferentes tipos, constituye la unidad fundamental de la sociedad y debe ser fortalecida y protegida. Su función es contribuir y satisfacer las necesidades de los ancianos y debe ser apoyada por el Estado.

En el primer congreso del Partido Comunista cubano se retomaron los principios relacionados con los aspectos humanísticos del envejecimiento y se adaptaron a la realidad cubana. Posteriormente se ha puesto de manifiesto el carácter humano y ético de la atención al adulto mayor, pues se considera al anciano como un ser biopsicosocial digno, con derecho a una adecuada calidad de vida con el soporte del médico, la enfermera de la familia y la comunidad.^{1,2}

A continuación algunos fragmentos de la Carta de Juan Pablo II a la II Asamblea Mundial sobre envejecimiento, que se celebró del 8 al 12 de abril en Madrid 1999, bajo la égida de las Naciones Unidas:

”Durante las dos últimas décadas, la Organización de las Naciones Unidas se ha hecho promotora de numerosas iniciativas orientadas a comprender y solucionar los problemas planteados por el aumento creciente del número de personas que han entrado en la etapa de la ancianidad.

De estas iniciativas, una de las más laudables ha sido el Año internacional de las Personas Ancianas, celebrado en 1999, una ocasión eficaz para volver a llamar la atención de toda la humanidad sobre la necesidad de afrontar responsablemente el desafío de construir «una sociedad para todas las edades».

Al venir de todas las partes del mundo, dais testimonio de que la cuestión del envejecimiento atañe a la humanidad entera y debe ser afrontada de una manera global y, más en particular, integrada en la compleja problemática del desarrollo.

Hace falta, en primer lugar, que se considere al anciano en su dignidad de persona, dignidad que no merma con el pasar de los años y el deterioro de la salud física y psíquica. Es evidente que esta consideración positiva sólo puede encontrar terreno fecundo en una cultura capaz de superar los estereotipos sociales, que hacen consistir el valor de la persona en la juventud, la eficiencia, la vitalidad física y la plena salud. La experiencia dice que, cuando falta esta visión positiva, es fácil que se margine al anciano y se le relegue a una soledad comparable a una verdadera muerte social. Y la estima que el anciano tiene de sí mismo, ¿no depende acaso en buena parte de la atención que recibe en la familia y en la sociedad?

No sólo pueden dar testimonio de que hay aspectos de la vida, como los valores humanos y culturales, morales y sociales, que no se miden en términos económicos o funcionales, sino ofrecer también una aportación eficaz en el ámbito laboral y en el de la responsabilidad. Se trata, en fin, no sólo de hacer algo por los ancianos, sino de aceptar también a estas personas como colaboradores responsables, con modalidades que lo hagan realmente posible, como agentes de proyectos compartidos, bien en fase de programación, de diálogo o de actuación.

Hace falta también que tales políticas se complementen con programas formativos destinados a educar a las personas para la ancianidad durante toda su existencia, haciéndolas capaces de adaptarse a los cambios, cada vez más rápidos, en el modo de vida y de trabajo. Una formación centrada no sólo en el hacer, sino, y sobre todo en el ser, atenta a los valores que hacen apreciar la vida en todas sus fases y en la aceptación tanto de las posibilidades como de los límites que tiene la vida.

Nuestra civilización tiene que asegurar a los ancianos una asistencia rica en humanidad e impregnada de valores auténticos. A este respecto, pueden tener un papel determinante el desarrollo de la medicina paliativa, la colaboración de los voluntarios, la implicación de las familias – que por ello han de ser ayudadas a afrontar su responsabilidad – y la humanización de las instituciones sociales y sanitarias que acogen a los ancianos."

Vaticano, 3 de abril de 2002
IOANNES PAULUS II ³.

La palabra humanizar, derivada a su vez de la clásica humanar, alude tanto a la encarnación del Verbo Divino (Dios hecho hombre) como a una mayor cercanía, afabilidad y ternura para con nuestros semejantes.

Según el *Breve diccionario etimológico* de Joan Corominas, la voz humano es tomada del latín humanus: "relativo al hombre, humano" (relacionado con el latín humus "tierra" y sólo desde más lejos con homo: "hombre"). Parece haber un evidente parentesco etimológico entre hombre y tierra con la tradición bíblica que hace nacer al primer ser humano de la arcilla.

La palabra **humanizar**, cuyo origen exacto se ignora, tiene una connotación de cercanía, afabilidad, humildad (humus=tierra). Pudiera ser que la palabra se originara entre los siglos III y VI, añadiendo el sufijo latín **-izare** heredado de uno de los múltiples helenismos asimilados a lo largo del Imperio por el latín vulgar, aunque es muy probable que el término **humanizar** parta del siglo XV, en pleno apogeo humanista, desde su doble aspecto de interés por el ser humano y por las letras clásicas, pese a que no se registre todavía en el *Diccionario de Autoridades* de 1726. (Humanizar los cuidados en la relación con el enfermo de Alzheimer. Palencia, 25 de mayo de 1999. Jornadas sobre la ancianidad).^{4,5}

Los diccionarios actuales recogen sobre todo el significado de "hacer a uno humano, familiar y afable", refiriendo los significados de sensibilidad, compasión por las desgracias de los semejantes, benignidad, mansedumbre, afabilidad, abajamiento, caridad, generosidad, nobleza, cortesía, blandura-elasticidad, indulgencia, cordialidad, misericordia, consideración, magnanimidad, bondad, etc. Son sinónimos que van apareciendo en diferentes diccionarios referidos a la palabra *humano*. Como reflexivo, se presenta con el significado de "ablandarse, desenojarse, hacerse benigno". Humanizar, dice otro diccionario, es "hacer una cosa más humana, menos cruel, menos dura para los hombres". (Humanizar los cuidados en la relación con el enfermo de Alzheimer. Palencia, 25 de mayo de 1999. Jornadas sobre la ancianidad).

Trasladando estas referencias que proceden del estudio de la palabra humanizar al mundo socio-sanitario y del sufrimiento, nos damos cuenta de que hay una gran relación entre su significado y los valores más nobles de la relación terapéutica. Lejos de reducirse a adoptar una serie de medidas protocolizadas para eliminar las consecuencias negativas de la masificación y tecnificación de la asistencia, constituye un compromiso ético que impregnará todo el ser y el hacer de los profesionales socio-sanitarios.

Originariamente, podríamos decir que no habrá ningún buen resultado de cualquier iniciativa o de cualquier plan de humanización que no esté inspirado y movido por los valores genuinamente humanos a los que se refiere etimológicamente la palabra.

En el fondo, detrás de todo deseo de humanizar debe haber un compromiso por abandonar el paternalismo que ha caracterizado la práctica sanitaria y socio-sanitaria durante años y una dirección hacia relaciones más horizontales, más humanas, para que se reconozca la dignidad de la persona cuidada, su protagonismo, aunque debilitado, para lo cual el profesional intenta comprender empáticamente el mundo de los significados y necesidades que la experiencia, por la que pasa, tiene para él y su entorno de cara a incidir, con su relación humana y el uso de las técnicas, en la parte sana que, movilizándola, permita hacer experiencia de la mayor salud posible, incluso en medio de la debilidad.

En efecto, hablar de humanización es hablar de relación porque el ser humano es un ser social. Hablar de humanización en el mundo socio-sanitario y de la salud y del sufrimiento es hablar de la persona vulnerable, pero la persona en su globalidad, en su dimensión física, intelectual, emotiva, social y espiritual. No podemos seguir centrados en el concepto de salud de la OMS, que quiso dar un paso adelante en la amplitud de miras, pero que se queda pequeño e inadecuado por definirla como "estado completo de bienestar físico, mental y social".

Todos sabemos que tal estado no existe y que uno puede hacer experiencia de salud conviviendo sanamente con muchos límites físicos o mentales o sociales. La salud pasa, pues, por la calidad percibida por la persona, por la propia historia y el protagonismo sobre ella, por los afectos y los valores que se viven, tanto en medio del buen funcionamiento de los órganos, funciones y relaciones como cuando estos fallan. (Humanizar los cuidados en la relación con el enfermo de Alzheimer. Palencia, 25 de mayo de 1999. Jornadas sobre la ancianidad).^{4,5}

En Cuba, fundamentalmente a partir de la aprobación por la Asamblea Nacional del Poder Popular en 1984, ya se establecieron los niveles de servicios sociales de atención al anciano, pero desde mucho antes el concepto de humanizar los cuidados ya era la visión de nuestro Comandante en Jefe Fidel Castro Ruz, cuando abordaba cuestiones referentes a la ancianidad, por lo que en la actualidad nuestros programas ya están basados en estos pilares básicos y se dominan los conceptos de humanizar los cuidados y servicios. La palabra *humanizar*, derivada a su vez de la clásica *humanar*, alude tanto a la encarnación del Verbo Divino (Dios hecho hombre) como a una mayor cercanía, afabilidad, ternura, bondad. Teniendo como punto de partida estas reflexiones se presenta este tema con el propósito de valorar el carácter humano y ético de la atención al integral al adulto mayor en Cuba.

MÉTODOS

Con vistas a lograr los objetivos planteados se realizó primero un estudio de la literatura relacionada con la demografía del envejecimiento en Cuba y de su proyección futura. Seguidamente se realizó un estudio descriptivo. Se aplicó una encuesta elaborada al respecto y que contenía las variables relacionadas con aspectos éticos y humanos.

Se valoraron los materiales que recogen los programas de atención al adulto mayor en Cuba que contemplan los tres subprogramas: de atención comunitaria, institucional y hospitalaria. Todos estuvieron dirigidos y encaminados a la búsqueda de aspectos relacionados con los componentes humanos y éticos relacionados con la atención al adulto mayor en Cuba, para lo cual se diseñó y aplicó un instrumento tipo encuesta que

diera salida a los objetivos que aparecen en el anexo 1.

Se tomaron como referencia para la operacionalización de las variables los conceptos de ética y bioética así como también el concepto de humanizar según la Organización Mundial de la Salud.

Según la Organización Mundial de la Salud para que se realice un cuidado humanizado debe existir un sistema sanitario integrado que proteja y promueva la salud, corrija las desigualdades sanitarias, elimine las discriminaciones de cualquier tipo, que dé participación al ciudadano en ese sistema, que garantice la salud de todos en su concepción de estado completo de bienestar físico, mental y social.

Variables éticas

Se elaboró una encuesta que se le aplicó a los tres subprogramas con las variables sobre principios éticos:

Justicia.

No maleficencia y asistencia geriátrica.

Autonomía.

Decir la verdad.

Consentimiento informado.

Decisiones sobre tratamientos

Aspectos éticos en el control del dolor.

Comités de ética.

Aspectos éticos al final de la vida.

El cuidado de los cuidadores.

DESARROLLO

Según la bibliografía consultada el envejecimiento es un proceso universal que al parecer afecta a todos los seres vivos aunque la universalidad absoluta del proceso no esté demostrada científicamente en algunos animales salvajes y en algunos peces y anfibios. Se conjetura científicamente que tal proceso se inicia desde el nacimiento o poco después de este, y que está concebido como una sucesión de modificaciones morfológicas, fisiológicas y psicológicas, de carácter irreversible, que se presentan antes de que las manifestaciones externas den al individuo aspecto de anciano. Según la concepción popular de la vejez se asume de forma indiscriminada la relación entre este proceso y la muerte, la enfermedad, la dependencia, la soledad, una menor capacidad adquisitiva y la pérdida de status, todo ello asociado a una situación de vida totalmente negativa y contrapuesta a ciertos valores considerados como positivos: juventud, trabajo, riqueza, etc. Desde esa perspectiva, el envejecer va en contra de la felicidad del hombre.

La alternativa a esa idea debe surgir de la misma sociedad habida cuenta que las fórmulas que pueden ser válidas para los ancianos actuales pueden no serlo para los de otras épocas futuras ya que las condiciones de vida diferirán enormemente en valores culturales, alimentación, ambiente, enfermedades y otros parámetros.⁵

Planteado el envejecimiento como un proceso de transformación progresivo e irreversible, debe considerarse tanto como un acontecimiento individual como un

fenómeno colectivo. La población de personas mayores de 60 a 65 años en adelante, tomada como fenómeno colectivo, se traduce en un envejecimiento poblacional. Este es el acontecimiento demográfico más importante de la etapa final del siglo xx que ha comenzado hace unos 50 años y que constituye una preocupación para los países desarrollados. Según cifras de la ONU, en 1950 había en el mundo alrededor de 200 millones de personas de 60 años en adelante, la cifra aumentó a 350 millones en 1975. Se prevé para el año 2000 alrededor de 590 millones y en el 2025 ascenderá a 1 100 millones, lo que equivaldrá al 20 % de la población total que se calcula para el mundo en esa época.

EL PROBLEMA DEL ENVEJECIMIENTO EN CUBA

El mundo se hace viejo. Es la primera vez en la historia de la humanidad en que un gran número de personas llegan a la ancianidad. Es evidente que todo este proceso ha provocado un determinado impacto en ciertos sectores estratégicos de la estructura social, entre los que se encuentran el sistema educacional y de salud. Cuba no ha sido una excepción en ese sentido. Hasta hace unos pocos años no existía ninguna tradición geriátrica ni de profesionales que se dedicaran específicamente al anciano, los cuales se atendían en los diferentes servicios conjuntamente con los adultos jóvenes a pesar de las particularidades propias del proceso de envejecimiento.^{2,3}

La población cubana va envejeciendo aceleradamente. La definición clásica de envejecimiento de la población establece el aumento de la proporción de personas de edad avanzada con relación al resto de la población, pero también se ve como la inversión de la pirámide de edades, debido a que el fenómeno no es solamente un aumento de la proporción de ancianos, sino también una disminución de la proporción de niños y jóvenes menores de 15 años. En Cuba en 1978 la población de adultos mayores rebasaba ya el 10 % de la total. En la actualidad alcanza el 15,1 % y una esperanza de vida de 76 años. Este crecimiento, sumado al hecho de la reducción de los cohortes de nacidos implica un estrechamiento de la base de la pirámide poblacional y un ensanchamiento de parte de la cúspide. (Humanizar los cuidados en la relación con el enfermo de Alzheimer. Palencia, 25 de mayo de 1999. Jornadas sobre la ancianidad).

La ética y el adulto mayor

En los comienzos de la presente década se introdujo el término "Envejecimiento sociogénico" para expresar la presión ejercida por el grupo social sobre el anciano; hoy, cuando se rinde culto a la velocidad, la técnica, la eficiencia y la juventud, se olvida con frecuencia el valor de la experiencia y la sabiduría de lo vivido presente en los ancianos, que se niegan a reajustar su existencia a normas que no concuerdan con su ritmo biopsicosocial instituido en otras circunstancias socioculturales. Se establecen así conflictos en cuanto al papel social del anciano en el mundo actual.

La aplicación de los principios de la bioética, disciplina que se ha considerado como "conflictiva" y que se desarrolla bajo la premisa de la autonomía del paciente, mientras no se demuestre lo contrario, se hace particularmente interesante si se toma en cuenta que la relación de salud con un anciano debe ser llevada adelante por el profesional de la salud. En tales casos se tiene en cuenta no sólo la intervención propia y la del paciente, sino que además invariablemente intervendrán otros elementos, como la familia, más o menos bien informada y con la mejor intención, los órganos de la

seguridad social, de justicia, y el sistema de salud sin considerar la eventual participación de las redes de apoyo formal e informal, por lo que pueden producirse discrepancias entre las partes interesadas en el manejo del problema, ya sea enfermedad, discapacidad, el cambio de status y roles del anciano posjubilación, o aun por problemas del espacio doméstico y social del anciano que asiste a solicitar atención de salud.

La familia y el grupo social cuyo criterio se rige por el principio de justicia y con motivaciones que pueden ser la más pura búsqueda de lo mejor para solucionar el problema de salud del anciano, hasta el deseo expreso de dar por terminado un "enojoso problema" y pasando por la más absoluta indiferencia, a menudo entorpecen la buena marcha de la relación entre el médico y el anciano. Se pretende violar la confidencialidad al cuestionar la competencia o incompetencia del anciano, ejerciendo así presión sobre las decisiones del médico.⁶⁻⁸

Ética de la atención geriátrica y envejecimiento poblacional cubano

En 1959 comenzaron a efectuarse cambios radicales en la atención médica y social de toda la población en Cuba. En 1978 aparece el primer programa de atención al anciano conocido por "Modelo de Atención Comunitaria".

En la década de los 80, al ponerse en vigor la Ley 24 de Seguridad Social se amplían los servicios de Geriátrica del Sistema Nacional de Salud en hospitales y áreas de salud comunitarias, toma un papel importante el médico y la enfermera de la familia, surgen movimientos como los círculos y las casas de abuelos, que demuestran la importancia priorizada y creciente que muestra el Estado a la tercera edad.

En 1987 comienzan a surgir diferentes servicios de Geriátrica muy especializados, con profesionales de alto nivel científico y con recursos de la más alta tecnología, con el propósito de brindar asistencia médica cualitativamente mejor y con un alcance cuantitativo poco despreciable. Ejemplos de ello son el Hospital Clínico-quirúrgico "Hermanos Ameijeiras", el CIMEQ y otros.

En 1992 se inaugura en La Habana el Centro Iberoamericano de la Tercera Edad, con objetivos de carácter asistencial y evaluativo e investigativo-epidemiológico.⁴

Si bien hemos tenido logros incalculables en el campo de la salud y la seguridad social, quedan por analizar con profundidad un conjunto de aspectos, que pueden conducir a reflexiones para investigar en los campos de la salud pública y la demografía. El propósito sería mejorar nuestra asistencia y por consiguiente la calidad de vida de los mayores.

El estado cubano y las organizaciones gubernamentales, de masas y no gubernamentales trabajan con ese objetivo. Las líneas de estudio estarían encaminadas a conocer: las consecuencias a mediano y largo plazo del proceso de envejecimiento en nuestro país con sus condiciones concretas, las características particulares de las personas de la tercera edad en cuanto a género, inserción socio-clasista, nivel educacional, estado conyugal, lugar de residencia y otras variables como potencialidades productivas, convivencia familiar y sus características, condiciones de vida de los ancianos sin amparo filial, formas de violencia hacia el adulto mayor, utilización del tiempo libre,

recreación, vida cotidiana de los institucionalizados y todo lo inherente al concepto social de las personas mayores.⁴

PROCESO DE ENVEJECIMIENTO POBLACIONAL EN CUBA

En 1899 en Cuba habitaban sólo 72 000 personas mayores de 60 años (1 por cada 22 personas de la totalidad de la población). En 1953, 400,000 (1 por cada 15) y actualmente esa cifra se ha incrementado hasta 1,46 millones (1 por cada 8).² Este incremento ascendente y continuo de la proporción de adultos mayores es producto de la modificación de patrones reproductivos, mejoría en los índices de expectativa de vida, migraciones y descenso de la mortalidad, esto se conoce como transición demográfica. Se inicia con elevados niveles de fecundidad y mortalidad y finaliza con niveles similares pero reducidos de estas variables, luego de pasar por etapas intermedias de descenso, primero de la mortalidad y después de la fecundidad.⁵

POLÍTICA DE SALUD Y ASISTENCIA GERIÁTRICA MULTIDIMENSIONAL DESDE UN PRISMA ÉTICO

El estudio realizado muestra que en el 100 % de los subprogramas de atención integral al adulto mayor se manifiestan los dos principios éticos más importantes en la práctica médica, o sea en la ética clínica: la no maleficencia y la justicia, seguidos de la beneficencia y la autonomía. Para muchos, la beneficencia es diametralmente opuesta a la maleficencia y viceversa.

Los tres subprogramas respetan la **autonomía** del adulto mayor según se recoge en los programas

El hecho de ser mayor no resta derechos a decidir por sí mismo sobre conductas médicas, investigativas o terapéuticas. El anciano es un ser activo, no pasivo. Es ético concebir la relación entre médico y paciente como una interacción entre sujetos activos.

El envejecimiento de la sociedad cubana es un fenómeno actual de significativa connotación que se incrementa progresivamente.

Si aplicamos los principios éticos fundamentales a este tipo de asistencia encontraríamos muchas situaciones interesantes. Es indispensable: respetar su espiritualidad, sus costumbres, cultura, moral, puntos de vista, religiosidad, son derechos inalienables.

La no maleficencia en la asistencia geriátrica aparece reflejado en que: "Lo primero es no hacer daño", frase tan antigua como vigente, frase que en nuestra profesión, en la que estamos autorizados y capacitados para atender e interactuar con otro ser humano en el plano de su salud, sus conductas, su forma de pensar o sentir, deberíamos repetirla cada día por la gran importancia que reviste en nuestra especialidad.

Una de las grandes peculiaridades que tiene la geriatría, por ejemplo en el plano de la terapéutica es que, paradójicamente, siempre que sea posible debemos curar o aliviar con la menor cantidad de fármacos y en la menor dosis. De no ser así, la interacción entre diferentes drogas y la sumatoria de efectos de cada una podrían conducir a situaciones delicadas que incluso pondrían en peligro la vida o el bienestar del anciano. En esta relación peculiar médico-enfermera-paciente se debe ser muy juicioso y

analítico.

No lograr una comunicación adecuada dentro de cánones de respeto y dignidad, se aleja de los principios ético-morales que deben distinguir al profesional de la medicina que atiende al anciano. A este se le debe transmitir siempre, que la relación que establecemos con él es estrecha y debemos tener presente que a veces requiere contacto físico: poner la mano sobre el hombro del paciente o estrechar la de él. Este gesto en geriatría tiene a veces más grandiosidad y beneficio que la actitud diagnóstica más brillante. Lograr la cercanía, la confianza, la seguridad y hace sentir al anciano que el médico estará a su lado "hombro con hombro" en la lucha contra algo común: la enfermedad, el aislamiento, la soledad, la pobreza o contra todas ellas juntas. En pocas palabras: luchar contra el sufrimiento humano.

Saber escuchar minuciosamente el alegato del enfermo da ventajas incalculables para el médico y la enfermera, pues demuestra gran sensación de respeto hacia el anciano. Ello implica **beneficencia**.

No evaluar al anciano como un conjunto humano de varias dimensiones y con serios conflictos, a veces múltiples, **es maleficencia**.

No educar al adulto mayor y a sus familiares acerca de una enfermedad o situación es también **poco ético y reprobable**.

No informar con detalle en qué consisten las investigaciones que se realizarán, que muchas veces es molesto y trabajoso, denota insuficiencia profesional y superficialidad en la relación médico-enfermera-anciano. Sonreír en ocasiones tiene más valor que el mejor antidepressivo. Esto es, hacer el bien y siempre es posible y humanamente virtuoso. La excelencia en la relación enfermera-médico-anciano en nuestro ámbito debe ser la meta de todos y cada uno de nosotros.

Mejorarnos cada día, buscando métodos y vías para brindar nuestros servicios y aplicar los conocimientos científicos del modo más humano posible, es estrategia obligada en nuestra relación con el paciente.

Justicia

Con respecto a la justicia no es ocioso declarar una vez más que todos tienen igual derecho a recibir los servicios de salud.

El MINSAP declaró mediante documento titulado "La atención priorizada al adulto mayor" como una de las metas fundamentales de la política de salud, todo lo relacionado con la atención al anciano en los 3 niveles que posee la llamada tercera edad.⁶⁻⁸

Es política de nuestro gobierno revolucionario en materia de salud de enfermedades y la promoción de salud y esto es justicia social. En geriatría estas directivas se concretan logrando que un mayor número de personas mayores logren el alcance y disfrute de una vejez saludable, con el propósito de mejorar la calidad de vida, la independencia, tanto en el micromundo como en el macromundo del adulto mayor.⁷⁻¹² Asumir las

potencialidades que el individuo lleva consigo mismo al arribar a la séptima década de la vida, es también justicia desde el punto de vista bioético.

Permitir la incorporación de los ancianos válidos en todas las actividades donde pueden, deban y quieran continuar siendo útiles, en el hogar, el barrio, el centro de trabajo y otros, de manera que no se conceptúen como carga.^{13,14}

El desarrollo económico y tecnológico es el elemento estratégico fundamental para solucionar los restos que emanan de estos sucesos. El mejoramiento de la vida de los ancianos y de la asistencia por parte del estado a través del MINSAP es tarea priorizada en Cuba.

Elevar la calidad de los servicios en la atención geriátrica especializada con el propósito de mejorar la calidad de vida del anciano lleva implícito la aplicación más exquisita de los principios esenciales de la bioética. Utilizar la ética clínica como herramienta obligada en la práctica geriátrica brinda a la relación médico-paciente mejoramiento y excelencia.^{15,16}

Carácter humano de la atención al adulto mayor

Cada vez se habla más de la urgencia de humanizar, de humanizarlo todo. Ahora nos centramos en la necesidad de humanizar los cuidados a los adultos mayores.

En principio podríamos decir que humanizar es una cuestión ética. Hoy cada vez se habla más de este término, pero no es infrecuente que detrás de esta palabra, cada uno lea un significado distinto, sin haber explorado el propio, el que recoge el diccionario y algunos estudios sobre el tema.¹⁷

Para que se realice un cuidado humanizado debe existir un sistema sanitario integrado que proteja y promueva la salud, que corrija las desigualdades sanitarias, que elimine las discriminaciones de cualquier tipo, que dé participación al ciudadano y, en definitiva, que garantice la salud de todos los ciudadanos en su concepción de estado completo de bienestar físico, mental y social, tal como declara la Organización Mundial de la Salud.¹⁸

Carácter humano de la atención al adulto mayor en Cuba

Se fundamenta en el programa de atención integral al adulto mayor que se traduce en sus tres subprogramas. **Subprograma de atención comunitaria, Subprograma de atención institucional y Subprograma de atención hospitalaria.**

Los tres subprogramas tienen un carácter ético y de humanización de las infraestructuras, así como de las estructuras materiales y técnicas.

En el aspecto ético se destaca la humanización de las conductas recíprocas en las relaciones entre los enfermos, los médicos y cuantos cooperan en la protección de la salud.

Según se pone de manifiesto en los programas de atención al adulto mayor humanizar es algo cuya necesidad siempre se ha sentido. "La exigencia de acercar lo más posible el

ser de la asistencia sanitaria, en todas sus formas -de la profesional a la voluntaria- a su *deber ser*, viene de lejos. Siempre se sintió a lo largo de la historia esta necesidad, aunque con las diferentes resonancias que, conforme a la concepción del hombre, compartían las personas y los grupos. Quizá se sienta hoy de forma más intensa, gracias a una sensibilidad cultural más acusada y a las mayores posibilidades que ofrecen los recursos sanitarios".

Para conseguir los objetivos de la humanización, no es necesario renunciar al esfuerzo científico y tecnológico, típico de nuestro tiempo. El deseo de volver al pasado pensando que era más humano puede ser romántico, irrealista e incapaz de hacer progresar a la sociedad.

Hoy vivimos en una sociedad realmente más humana que la del pasado, donde la dignidad de la persona se pretende salvaguardar de una serie larga de peligros para la vida misma, y gracias a la disponibilidad de recursos para satisfacer algunas necesidades fundamentales. A pesar de todos los motivos que hay para denunciar los elementos deshumanizadores, una visión realista nos lleva a afirmar que se ha hecho un notable esfuerzo en la sociedad para subrayar la importancia del bien fundamental de la persona, para eliminar el sufrimiento, sus causas, promover un estilo de vida, una salud y una curación a la medida del hombre. Naturalmente esta afirmación es relativa también a los diferentes lugares del mundo. Por eso el primer valor a promover en toda iniciativa de humanización es la justicia.¹⁹

Un plan de humanización será tanto más humano cuanto más a la medida del hombre esté planificado, ejecutado y evaluado.

Por eso, cuando para algunos la palabra *humanizar* tiene resonancias blandengues o de andar por las nubes, quizás no consideran que antes que todo tiene que ver con la ética exigible en toda interacción entre personas, y tanto más cuando una de ellas está en inferioridad de condiciones, como sucede cuando uno está enfermo. En este sentido el abajamiento al que se refiere la etimología y la humildad propia de la persona humanizada requiere un estilo relacional en el que predomine la horizontalidad, la libertad, la autonomía y la responsabilidad o capacidad de dar respuestas personales en la vida.

Humanizar, en fin, es un proceso complejo que comprende todas las dimensiones de la persona y que va desde la política, a la cultura, a la organización sanitaria, a la formación de los profesionales socio-sanitarios, al desarrollo de los planes de cuidados, etc. Si un elemento es central en la humanización, seguro que es la relación porque a través de él se articulan todos los demás, relación directa con el paciente, relación en el trabajo interdisciplinar, relaciones institucionales, relación de la persona con los grupos con los que planifica y decide el presente y se juega el futuro del hombre.

Centrados en el ámbito relacional, hay que tomar conciencia de la particular necesidad de competencia relacional (saber, saber hacer y saber ser), hecha de la adquisición de conocimientos específicos para la relación con el anciano, habilidades relacionales centradas en las necesidades del paciente y la familia, y actitudes interiorizadas para que dichas habilidades sean reflejo de tales disposiciones interiores.

Es necesario también desarrollar la competencia ética, que viene dada por la capacidad de manejar los sentimientos que se producen en nosotros en ocasión de la relación con los destinatarios de nuestra profesión o voluntariado. Se trata de integrar los propios sentimientos y ser dueños de ellos para que no sean ellos dueños de nuestra conducta.²⁰

Tabla 1. Carácter humano en el programa de atención integral al adulto mayor. Cuba 1994-2006

SUB. Programas de atención	Comunitaria	Institucional	Hospitalaria
Aspectos humanos	Sí	Sí	Sí
Sistema sanitario integrado que protege y promueve la salud	Sí	Sí	Sí
Corrige las desigualdades sanitarias,	Sí	Sí	Sí
Elimina las discriminaciones de cualquier tipo,	Sí	Sí	Sí
Participación al ciudadano en el mismo	Sí	Sí	Sí
Garantice la salud concepción de estado completo de bienestar físico, mental y social,	Sí	Sí	Sí

Fuente. Subprogramas de atención comunitaria, institucional y hospitalaria. MINSAP.

Tabla 2. Carácter ético en el programa de atención integral al adulto mayor. Cuba 1994 - 2006

SUB. Programas de atención	Comunitaria	Institucional	Hospitalaria
Aspectos éticos	Sí	Sí	Sí
Beneficencia	Sí	Sí	Sí
Justicia	Sí	Sí	Sí
Autonomía	Sí	Sí	Sí
Consentimiento informado.	Sí	Sí	Sí
No maleficencia y asistencia geriátrica.	Sí	Sí	Sí
Decir la verdad.	Sí	Sí	Sí
Decisiones sobre tratamientos.	Sí	Sí	Sí
Aspectos éticos en el control del dolor.	Sí	Sí	Sí
Aspectos éticos al final de la vida.	Sí	Sí	Sí
Comités de ética	Sí	Sí	Sí
El cuidado de los cuidadores.	Sí	Sí	Sí

Fuente. Subprogramas de atención comunitaria, institucional y hospitalaria. MINSAP.

DISCUSIÓN

Dado que el envejecimiento de la población es un fenómeno progresivo e irreversible los programas y servicios existentes no cubrirían las necesidades de las personas de 60 años y más, por lo que en 1997 sale como propuesta el Programa de Atención Integral al Adulto Mayor, que tiene como propósito producir un cambio en la calidad de vida del anciano cubano actual y de preparar y probar nuevas estrategias que permitan enfrentar los cambios demográficos futuros donde se pone de manifiesto el carácter humano y ético de la atención integral al adulto mayor en Cuba.

Su implementación y desarrollo está concebido en tres subprogramas:

Subprograma de atención comunitaria al adulto mayor, Subprograma de atención al adulto mayor en instituciones y Subprograma de atención al adulto mayor en hospitales.

SUBPROGRAMA DE ATENCIÓN COMUNITARIA AL ADULTO MAYOR

Este subprograma constituye la célula básica en la atención al adulto mayor porque aglutina a la familia y a la comunidad en su trabajo cuyo protagonista es el anciano. La atención al anciano está encaminada esencialmente a:

Dispensarizar a toda la población mayor de 60 años, e incluso realizar una evaluación funcional (expresión máxima de salud en el adulto mayor).

Promover cambios en estilos de vida, hábitos y costumbres que favorezcan la salud.

Prevenir y retardar la aparición de enfermedades y discapacidades.

Garantizar la atención integral, progresiva, oportuna y eficiente a este grupo.

Garantizar la rehabilitación de los adultos mayores a través de la rehabilitación de base comunitaria.

Para brindar atención a los ancianos en su medio ambiente se desarrollan y fortalecen un conjunto de servicios de salud y sociales que ya ponen en evidencia sus bondades:

Equipos multidisciplinarios de atención gerontológica (EMAGs): Servicio de salud destinado al pesquisaje de condiciones o enfermedades que pueden reducir la capacidad del anciano de valerse por sí mismo. Están conformados por un especialista en Medicina General Integral, una enfermera, un psicólogo y la trabajadora social. Brindan su servicio a todos los ancianos que viven en su radio de acción. ²¹

Casas de abuelos: Servicio social que asume el cuidado de los ancianos durante 8-10 horas diarias y constituye un buen vehículo de estimulación y socialización para el anciano. Asumen el cuidado de los ancianos que han perdido la capacidad de realizar actividades instrumentadas (por ejemplo: contar dinero, encender el fogón, apagar las luces). Es un servicio que se ofrece a todos los ancianos pero enfatizando en los de 75 años y más porque es a partir de esta edad cuando con mayor frecuencia se presenta este fenómeno.

Círculos de abuelos: Son agrupaciones de carácter informal en la comunidad que promueven la participación del anciano de modo activo y espontáneo en actividades de prevención de salud. Están destinados a brindar servicio a los ancianos sin impedimento físico, mental o sensorial porque las actividades que desarrollan se relacionan con la práctica de ejercicios físicos y actividades recreativas fundamentalmente. Se desarrollan

bajo la dirección del médico y la enfermera de la familia con la participación de un licenciado en Cultura Física y Deportes.

Ayuda domiciliaria: Servicio social que incluye los servicios de lavado de ropa y limpieza del hogar a ancianos que viven solos. En casos en que los beneficiados presenten una situación económica precaria se asocia a prestaciones materiales (ayuda económica). El lavado de ropa se realiza generalmente en tintorerías aunque, en ocasiones personas de la comunidad asumen la realización de la actividad.

Alimentación: Servicio social que tiene como objetivo cubrir, a bajo costo, la alimentación de los ancianos que viven solos. En caso de ser necesario se asocia al servicio de ayuda económica. Lo asumen, de forma general, los comedores obreros con sus propios recursos.

Reparación de viviendas: Servicio social destinado a mejorar, con escasos recursos materiales, las condiciones habitacionales de los ancianos que no pueden asumir la responsabilidad de reparar su vivienda. Generalmente se brinda a ancianos solos o a los que, aún teniendo familia cuentan con una situación económica desventajosa. El servicio lo asume el Poder Popular local con el apoyo de las empresas enclavadas en el área y la comunidad en su conjunto.

La clave del éxito del Subprograma de atención comunitaria al adulto mayor radica en el trabajo multidisciplinario e intersectorial. (Bermejo José Carlos. Humanizarse para humanizar. España Jornada para ancianidad. Palencia. España 2002).

Soporte social: Es un importante factor determinante de la salud a través de la vida. Influye en la manera de ver el final de la vida. Ayuda a encontrar formas de despedirse. Proporciona una conexión con el pasado y puede ayudar a las personas a encontrar significado a su vida.

Universidad del adulto mayor: Para mejorar el soporte social se anima a la familia y amigos en su función de apoyo reforzando el valor que tienen para el enfermo, facilitar oportunidades de socialización si es deseado, averiguar por qué se retiran miembros de la familia o amigos (miedos, ansiedades). (Bermejo José Carlos. Humanizarse para humanizar. España Jornada para ancianidad. Palencia. España 2002).

CUIDADOS AL CUIDADOR, LA FAMILIA Y EL ADULTO MAYOR

La salud precaria, la dependencia, el aislamiento y la carga sobre el cuidador son factores que pueden llevar a un incremento en la vulnerabilidad al abuso y negligencia en las manos del que cuida. Si el familiar da el cuidado por obligación o coerción, la relación queda negativamente afectada. Puede fomentar resentimiento en ambos: el cuidador y el adulto mayor. El resentimiento puede también ocurrir si el cuidador experimenta pérdida de empleo o disminución de salario debido a sus responsabilidades. Muchos cuidadores son también adultos mayores frágiles, lo cual aumenta la carga. La falta de habilidades puede llevar a un cuidado pobre o abusivo. Muchas instituciones no tienen adecuados recursos para proveer un cuidado efectivo al final. En este aspecto se trabaja sistemáticamente. (Bermejo José Carlos. Humanizarse para humanizar. España Jornada para ancianidad. Palencia. España 2002).

Subprograma de atención al adulto mayor en instituciones

Este subprograma se propone realizar acciones de promoción, prevención, tratamiento y rehabilitación en los ancianos cuya única alternativa es permanecer en una institución, pero con el apoyo de la familia, la comunidad y las organizaciones políticas y de masas, contribuyendo así a elevar su calidad de vida.

Subprograma de atención hospitalaria al adulto mayor

Aunque la mejor alternativa para la atención a los ancianos es la que se desarrolla en la comunidad, en ocasiones resulta estrictamente necesario acudir a la hospitalización, sobre todo cuando un tercio de la población anciana sobrepasa los 75 años con el consiguiente deterioro de las funciones biológicas, psicológicas y de adaptación al medio social directamente proporcionales al incremento de la edad.¹⁹

El Programa pretende enlazar la atención hospitalaria con la comunitaria en aras de mantener internado al anciano durante el tiempo estrictamente necesario y reincorporarlo tempranamente a su medio, desarrollando en ambos niveles de atención labores de promoción, prevención, tratamiento y rehabilitación.

Principios éticos y carácter humano presentes en los programas de atención integral al adulto mayor:

Autonomía: Aceptar el derecho del adulto mayor a tomar decisiones y tratarlo con respeto y dignidad.

No maleficencia: Cuando el adulto mayor está en el proceso de morir este principio puede requerir el no llevar a cabo dolorosas pruebas médicas, ya que no habría beneficio para el paciente.

Beneficencia: El tratamiento que se elija debe tener potencial de ayuda al paciente, los agentes de salud y el servicio social están moralmente obligados a proveer tal cuidado.

Justicia: Los profesionales de la salud tratan igualitariamente y bien al adulto mayor. En nuestro país no es aceptable recibir escasos recursos de acuerdo con características como el género o la raza.

El análisis ético y humano debe hacerse en el mundo real más que basarse en principios abstractos; hay que ver el contexto que cada individuo es único, qué miembros de diferentes clases sociales, raciales y el género razonan de diferente manera.

Decir la verdad: En los programas se recoge que el adulto mayor tiene derecho a recibir información completa sobre su diagnóstico, pronóstico y tratamiento; alternativas de tratamiento, riesgos y beneficios y entender las implicaciones de cada uno, recibir esta información de forma compasiva y no abrupta, recibir esta información, aunque no la haya solicitado.

En ocasiones se debe aplicar la Excepción 'Privilegio terapéutico': no conocer la verdad, pues esta puede causar un daño sustancial al paciente. Cuando la familia pide no informar al adulto mayor, debe estudiarse con cuidado, ya que a veces existen temores

infundados. Procurar, cuando el diagnóstico es grave, informar al adulto, en presencia de alguno de sus familiares, esposa o hijos.

Consentimiento informado: Esto implica que el adulto mayor recibe la suficiente información para entender lo que implica cada decisión tomada de manera libre, basada en sus valores personales y deseos. Se le dé tiempo, se le anime a que formule preguntas, se le provea de soporte emocional y espiritual, y se le respete.

Decisión sustitutiva: Cuando el adulto mayor no es capaz de tomar decisiones, debe buscarse un sustituto. Para que una persona sea capaz de tomar decisiones debe ser capaz de entender la información y las consecuencias de su decisión. El sustituto debe tomar decisiones de acuerdo a los deseos del adulto mayor, si los conoce. Para ello debe haber tenido conversaciones con él o que el adulto mayor haya expresado sus deseos sobre salud en un documento legal. Si no se pueden conocer los deseos del adulto mayor se debe actuar en lo que puede ser considerado el mejor interés para él.

Confidencialidad: Protección del récord de salud del adulto mayor. El agente de salud y los proveedores de servicio social tienen el deber de no revelar información a terceros, que el adulto mayor no lo desee, incluida la familia. Mantener la confidencialidad es una forma de respetar la autonomía del adulto mayor y de promover la confianza y comunicación. Se requiere un lugar privado para discutir temas sensibles y la información debe mantenerse en lugar seguro. En algunas ocasiones es permisible e incluso obligatorio romper la confidencialidad: enfermedades transmisibles, enfermedad mental que puede causar daño a otros, situación de abuso.

Decisiones sobre tratamientos: El adulto mayor tiene el derecho de negarse a tratamientos de sostenimiento vital si no son curativos. La resucitación cardio-pulmonar no es beneficiosa cuando el paciente es terminal o posee problemas médicos múltiples. En algunos casos la carga de hidratar artificialmente o de aportar nutrientes puede ser mayor que los beneficios, en el caso de pacientes terminales.

Aspectos éticos en el control del dolor: Es éticamente aceptable e incluso obligatorio paliar el dolor del paciente aun cuando pueda acortar la vida. Es importante reconocer que algunos adultos mayores pueden elegir aceptar un cierto nivel del dolor para evitar ser sedados.

Comités de ética: El papel de los comités de ética consiste en asistir en la definición y clarificación del dilema, identificar opciones, hacer recomendaciones o sugerencias sobre cómo resolver el dilema. En la mayoría de las organizaciones las recomendaciones de los comités de ética no son obligatorias; la decisión depende en último caso de las personas implicadas.

Aspectos éticos al final de la vida: Unir los conceptos del cuidado al final de la vida con los principios y prácticas de los cuidados paliativos y los proveedores de servicio social puede ofrecer al adulto mayor y su familia un espectro completo de oportunidades y opciones de tratamiento, apoyo y cuidado de la salud, que se extienda al período del duelo. El resultado final puede ser una mejor calidad de vida para el paciente y los cuidadores, libres de dolor innecesario, sufrimiento y discontinuidad en el cuidado.^{9,20} El cuidado al final de la vida requiere una aproximación de compasión activa que trata, conforta y apoya individuos mayores que viven o se encuentran en el proceso de morir

en condiciones progresivas o crónicas. Tal cuidado, como ya decíamos al inicio, es sensible a los valores personales, culturales y espirituales, creencias y prácticas, e incluye el apoyo a la familia y amigos hasta el período del duelo.

El cuidado de los cuidadores

Cuidar al adulto mayor al final de la vida puede causar estrés, pero muchas veces es una experiencia que reconforta. Ofrece oportunidades para demostrar amor y afecto, para potenciar la unidad y mejores relaciones en la familia, para reflexionar sobre el significado de la vida, el crecimiento personal y el autoconocimiento.^{9,20}

LA FORMACIÓN DE RECURSOS HUMANOS EN ENFERMERÍA GERONTOGERIÁTRICA

El crecimiento del número de ancianos en el mundo requiere de formación de personal de enfermería especializado en el tratamiento del adulto mayor en distintas situaciones que se señalan en el arte de cuidar: Las discusiones entre enfermeras geriátricas y enfermeras generales prácticas mejora el cuidado de ancianos hospitalizados (Zubizarreta Estévez Ma M, Vega Saumell B, Bello Fernández N, Fernández Vergel C, Jardines Méndez B. La Formación de los recursos humanos de enfermería en Cuba. Un desafío para el siglo XXI. En: Libro de resúmenes “VIII Congreso de la Sociedad Cubana de Enfermería”. Santiago de Cuba; 1997). El esclarecimiento de lo que constituye verdadero conocimiento en enfermería mejora las intervenciones de enfermería en adultos mayores.²¹⁻²⁴

CONSIDERACIONES FINALES

El carácter humano y ético de la comunicación en el cuidado al adulto mayor se pone de manifiesto en todos y cada uno de los programas del adulto mayor en Cuba. La variabilidad en el valor cultural que se da en decir la verdad al adulto mayor acerca de una enfermedad incurable, puede ser una de las áreas más problemáticas del cuidado.

Cuba es un país en vías de desarrollo con un envejecimiento importante de su población, demográficamente este proceso ha tenido gran repercusión en el sector de la salud, entre ellas de gran importancia el carácter humano y ético que están presentes en cada uno de los subprogramas de atención integral al adulto mayor, al cual se añade la participación de la familia y la comunidad, por otra parte la estructura socio política también asegura la participación activa de la comunidad en un logro alcanzado gracias a los esfuerzos de un sistema de salud altamente justo y humanizado. Recomendamos mantener y reforzar las tareas encaminadas a preparar al personal de enfermería con vistas a asegurar la preparación profesional con un alto nivel científico técnico profesional humano y ético.

SUMMARY

Human and ethical characteristic of integral care to aged people in Cuba

Population aging isn't an exclusive phenomenon of present societies, it has been present in all stage of social development. Cuba is nowadays a developing country whith a significant aging of its population, from the demographic point of view, has been

different implications among them and of a great importance is the human and ethical characteristic that must be present in care of elderlies. Main aim of this paper was to assess the characteristic above mentioned with respect to integral care to aged people in Cuba. To achievement of this aim we made a descriptive study assessing presence of human and ethical features present in the three sub-programs of integral care of aged people: community care, institutional care, and hospital care. We conclude that human and ethical characteristic is present in all and each of programs of aged people, also, the involvement of family and community is added. Political and People organizations guarantee quality life and health of elderlies. It is recommended to maintain and to reinforce tasks devoted to preparation of human resources giving care to aged people, and guarantee technical-scientific, professional, ethical and human training that must be present in care art.

Key words: Aged people, elderly, humanitarian programs, ethics, demography, integral care, aging, principles.

Anexo 1

El objetivo de la siguiente encuesta es valorar el carácter humano presente en el programa de atención integral al adulto mayor que se traduce en sus tres subprogramas. **Subprograma de atención comunitaria, subprograma de atención institucional, subprograma de atención hospitalaria.** Para lo cual se responderá **SÍ** o **NO**.

Subprogramas de atención	Comunitaria	Institucional	Hospitalaria
Aspectos humanos			
Sistema sanitario integrado que protege y promueve la salud.			
Corrige las desigualdades sanitarias.			
Elimina las discriminaciones de cualquier tipo.			
Da participación al ciudadano			
Garantiza la salud, concepción de estado completo de bienestar físico, mental y social.			

Anexo 2

El objetivo de la siguiente encuesta es valorar el carácter y ético presente en el programa de atención integral al adulto mayor que se traduce en sus tres subprogramas. **Subprograma de atención comunitaria. Subprograma de atención institucional. Subprograma de atención hospitalaria.** Se responderá **SÍ**, si se cumplen y **NO**, si no se cumplen:

Subprogramas de atención	Comunitaria	Institucional	Hospitalaria
Aspectos éticos.			

Beneficencia.			
Justicia.			
Autonomía.			
Consentimiento informado.			
No maleficencia y asistencia geriátrica.			
Decir la verdad.			
Decisiones sobre tratamientos.			
Aspectos éticos en el control del dolor.			
Aspectos éticos al final de la vida.			
Comités de ética.			
El cuidado de los cuidadores.			

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Atención del anciano en Cuba desarrollo y perspectiva. Centro Iberoamericano para la Tercera Edad (CITED) 2da.edición, 1996. La Habana.
2. Prieto Ramos O, Vega García E. Atención del anciano en Cuba. Desarrollo y perspectiva. 2da ed. La Habana: Editado por PALCO. 2000.
3. ONU. Carta de Juan Pablo II a la II Asamblea mundial sobre Envejecimiento (8 al 12 de abril) Madrid: ONU; 1999.
4. El envejecimiento de la población en Cuba y sus territorios. La Habana: Oficina Nacional de Estadísticas (ONE). Centro de Estudios de Población y Desarrollo.2000.
5. Bahr RT. En: Mildred O. Hogstel, editora. Enfermería Geriátrica. Cuidado de personas ancianas. Editorial PARANINFO; 2000.
6. OMS. La salud de todos los ciudadanos en su concepción de estado completo de bienestar físico, mental y social. Washington: OMS; 2000.
7. Corso Soanne Clemente, Zamora Anglada Maribel, Piron Iglesias Ileana, del Pino Boyte Aurora. La biótica y los problemas del adulto mayor. Artículo de revisión. Instituto Superior de Ciencias Médicas; 2003.
8. Kottow MH. Introducción a la bioética. Santiago de Cuba: Editorial Universitaria; 1996.
9. Bioética y vejez. El proceso de desvalimiento como constructo biográfico. En: Bioética 2. Santiago de Chile; 2000.
10. Schramm FR. Nuevas tendencias en Bioética en: OPS-OMS: Cuadernos del programa regional de Bioética OPS-OMS, No. 4, julio 2000:13-23.
11. López Bombino L. Estudios éticos. En: Selección de Lecturas I. Facultad de Filosofía e Historia. Universidad de La Habana; 1987:13-36.
12. Fernández Guerra Natalia. Ética de la actuación geriátrica y envejecimiento poblacional cubano. La Habana: Editorial de Ciencias Médicas; 2000.
13. Factores determinantes y consecuencias de las tendencias demográficas. New York: Naciones Unidas; 1978.
14. Anuario Demográfico de Cuba. La Habana: Oficina Nacional de Estadísticas. Centro de Estudios de Población y Desarrollo;1998.
15. Boletín Demográfico xxx. Santiago de Chile: Centro Latinoamericano de Demografía, Número 59; 2002.

16. Duran Gondar A, Chávez Negrín E. Una sociedad que envejece: restos y Perspectivas. TEMAS. 2000; 14: 57-68.
17. Bioética. Desde una perspectiva cubana. Colectivo de autores. La Habana: Publicaciones Acuario; 2003.
18. Gorri Goñi A. Bioética. Elementos para una intervención psicosocial en la relación médico-enfermo. Cuad. Bio.1993;15: 5-8.
19. Haring B. Ética de la manipulación en medicina, en control de la conducta y en genética. Barcelona: Herder; 1985.
20. Programa Integral del Adulto Mayor. La Habana: Ministerio de Salud Pública; 2005.
21. El envejecimiento en Cuba. Cifras e indicadores para su estudio. La Habana: Centro de Estudios de Población y Desarrollo (CEPDE)-Oficina Nacional de Estadísticas; 2005.
22. Ministerio de Educación Superior (MES). Reglamento de la Educación de Postgrado de la República de Cuba. La Habana: MES; 2005.
23. Ministerio de Salud Pública (MINSAP). Proyección para el desarrollo y consolidación de la Educación Posgraduada de Enfermería en Cuba. La Habana: MINSAP, Centro Nacional de Perfeccionamiento Médico; 1997.
24. Ministerio de Salud Pública (MINSAP). Informe para la inspección gubernamental (mimeografiado). La Habana: MINSAP, Docencia e Investigación; 2000.

Recibido: 30 de junio de 2007. Aprobado: 23 de Julio de 2007.

M.Sc. *Caridad Llanes Betancourt*. Departamento de Licenciatura en Enfermería. Facultad de Ciencias Médicas “Calixto García” G y 27 Vedado. Municipio Plaza. CP 10400. Teléfono: 53 7 3i7645 Fax: 53 7 336357. E-mail: carylLANES@infomed.sld.cu

¹MSc en Geriátria Médica y Social. Profesor auxiliar Instituto Superior Ciencias Médicas de La Habana. La Habana, Cuba.