



Diciembre 2008

EL PROBLEMA DEL ENVEJECIMIENTO EN CUBA

MSc. Juan Francisco Tejera Concepción.
Profesor Auxiliar. Carrera de Medicina.

Jtejera@ucf.edu.cu°

Para citar este artículo puede utilizar el siguiente formato:

Tejera Concepción, J.F.: *El problema del envejecimiento en Cuba*, en Contribuciones a las Ciencias Sociales, diciembre 2008. www.eumed.net/rev/cccss/02/jftc7.htm

Síntesis.

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.

Introducción

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 alrededor de 78 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.

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.

DESARROLLO.

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.

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.

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). 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.

Política de salud y asistencia geriátrica multidimensional desde un prisma ético.

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 reprochable**.

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 antidepresivo. 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.

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. 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.

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.

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.

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.

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.

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.

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.

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.

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 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. 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.

CONCLUSIONES.

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 salud y en definitiva a toda la sociedad, con vistas a asegurar la superación profesional, humanística y ética.

Referencias bibliográficas

1. Atención del anciano en Cuba desarrollo y perspectiva. (1996) Centro Iberoamericano para la Tercera Edad (CITED) 2da.edición, La Habana.
2. Prieto Ramos O, Vega García E. (2006) Atención del anciano en Cuba. Desarrollo y perspectiva. 2da ed. La Habana: Editado por PALCO.
3. ONU. (1999) Carta de Juan Pablo II a la II Asamblea mundial sobre Envejecimiento (8 al 12 de abril) Madrid: ONU.
4. El envejecimiento de la población en Cuba y sus territorios. (2005) La Habana: Oficina Nacional de Estadísticas (ONE). Centro de Estudios de Población y Desarrollo.
5. Bahr RT. En: Mildred O. Hogstel, editora. Enfermería Geriátrica. Cuidado de personas ancianas. Editorial PARANINFO; 2007.

6. OMS. La salud de todos los ciudadanos en su concepción de estado completo de bienestar físico, mental y social. Washington: OMS; 2008.
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; 2005.
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; 2006.
10. Schramm FR. Nuevas tendencias en Bioética en: OPS-OMS: Cuadernos del programa regional de Bioética OPS-OMS, No. 4, julio 2007:13-23.
11. López Bombino L. (1986) Estudios éticos. En: Selección de Lecturas I. Facultad de Filosofía e Historia. Universidad de La Habana; p.13-36.
12. Fernández Guerra Natalia. (2006) Ética de la actuación geriátrica y envejecimiento poblacional cubano. La Habana: Editorial de Ciencias Médicas.
13. Factores determinantes y consecuencias de las tendencias demográficas.(1978) New York: Naciones Unidas.
14. Anuario Demográfico de Cuba. (2004) La Habana: Oficina Nacional de Estadísticas. Centro de Estudios de Población y Desarrollo.
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. 2007; 14: 57-68.
17. Bioética. Desde una perspectiva cubana. Colectivo de autores. La Habana: Publicaciones Acuario; 2005.
18. Gorri Goñi A. Bioética. Elementos para una intervención psicosocial en la relación médico-enfermo. Cuad. Bio.1993; 15: 5-8.

19. Haring B. (1985) Ética de la manipulación en medicina, en control de la conducta y en genética. Barcelona: Herder.
20. Programa Integral del Adulto Mayor.(2005) La Habana: Ministerio de Salud Pública.
21. El envejecimiento en Cuba. Cifras e indicadores para su estudio (2005) La Habana: Centro de Estudios de Población y Desarrollo (CEPDE)-Oficina Nacional de Estadísticas.
22. Ministerio de Educación Superior (MES) (2005) Reglamento de la Educación de Postgrado de la República de Cuba. La Habana: MES.
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.