

REVISION BIBLIOGRAFICA**Un acercamiento a los dilemas éticos de la medicina geriátrica****An approach to ethic dilemmas of geriatric medicine**

Dr. Alain Francisco Morejón Giraltoni¹, Lic. Jirlén Moreno Torres², Esteban Hernández Barrio³, Dr. Yoel Padrón Vega⁴, Dr. Carlos Daniel Mayor Igarza⁵, Lic. Aimee Seife Echevarria⁶.

¹Especialista de I Grado en Medicina Interna. Profesor Instructor. ²Licenciada en Enfermería. ³Especialista de I Grado en Ginecología y Obstetricia. Profesor Asistente. Hospital Universitario "Dr. Gustavo Aldereguía Lima". Cienfuegos. ⁴Especialista de I Grado en Higiene y Epidemiología. Profesor Instructor. Centro Provincial de Higiene y Epidemiología. Pinar del Río. ⁵Especialista en Medicina General Integral. Centro Provincial de Promoción de Salud. Santiago de Cuba. ⁶Licenciada en Información Científica. Centro Provincial de Información de Ciencias Médicas. Facultad de Ciencias Médicas "Dr. Raúl Dórticos Torrado".

RESUMEN

La formulación bioética está basada en la definición de tres (o cuatro) principios: beneficencia (y no maleficencia según algunos autores), justicia y autonomía. A pesar de las múltiples críticas recibidas, dicha propuesta no ha hecho sino enriquecerse y consolidarse. De ahí que la actividad sanitaria, y, dentro de ella, la práctica médica, puedan ser consideradas como actividades con una clara inserción social, susceptible, por tanto, de un análisis ético que vaya más allá de los estrechos márgenes de la ética profesional. El envejecimiento poblacional como fenómeno mundial, traerá consigo una mayor demanda de los servicios asistenciales y sociales. Nuevos dilemas éticos se producen a la luz de los cambios demográficos, sobre todos los relacionados con la relación intergeneracional, la familia y los servicios de salud en general. Los médicos generales y los gerontólogos en particular deben estar preparados para enfrentar estos desafíos médicos y éticos en general.

Palabras clave: Geriátrica; Ética médica

ABSTRACT

The bioethical formulation is based on three (or four) principles: beneficence (and no maleficence, after some authors), justice and autonomy. In spite of multiple received criticisms this proposal have been enriched and strengthened. From this point, sanitary activity and the

medical practice as well, can be considered as activities with a clear social insertion, thus susceptible of an ethical analysis which goes beyond of the narrow margins of the professional ethics. Population aging as a worldwide phenomenon will bring about a major demand of the assistance and social services. New ethic dilemmas could emerge from the demographic changes, related to the intergenerational, family and health services relationship overall. General practitioners and particularly gerontologist should be prepared to face this medical an ethical challenges.

Key words: Geriatrics; medical Ethics

INTRODUCCIÓN

La Organización Mundial de la Salud alerta sobre lo que será un fenómeno sin precedentes en las últimas décadas, la cantidad de personas de 60 años y más llegará a mil doscientos millones en el 2025. Estos cambios demográficos impondrán grandes retos, especialmente en aquellos países de recursos económicos más limitados y suscitarán además, dilemas de tipo social, económico, médico y ético que no pueden ser ignorados. El aumento de la población anciana repercutirá sobre el sector productivo de forma significativa. Esta situación es de especial importancia para los encargados de diseñar políticas sociales, laborales, culturales y éticas que permitan el continuo aprovechamiento y la participación de los ancianos, con la dignidad y el respeto que ellos merecen.

Recibido: 2 de abril de 2008

Aprobado: 23 de junio de 2008

Correspondencia:

Dr. Alain Francisco Morejón Giraltoni.

Hospital Universitario "Dr. Gustavo Aldereguía Lima"

Calle 51y Avenida 5 de Septiembre. Cienfuegos, Cuba. CP: 55 100

Según últimos datos, en el 2025 la población cubana que superará los 60 años es de un 15, 8 %. Otros indicadores demográficos importantes son: la esperanza de vida al nacer es de 77,2 años, y a los 60 años es 21 años. Por otra parte la esperanza de vida a los 80 años es de 8 años, por lo que la proyección demográfica para el 2025 es de un 25 % de envejecimiento poblacional. (1,2)

Todo lo anteriormente descrito merece un análisis desde distintos puntos de vista, entre los cuales puede estar el económico, social, biológico, y además el ético.

La ética es el estudio de la moral como forma de conciencia social. La conciencia social se manifiesta de distintas formas, pero siempre es el reflejo real del hombre, de su existencia social, que surge de su actividad histórico-social y de la práctica. (3,4)

Aunque existen algunos principios éticos en medicina, perfectamente establecidos y que aclaran algunas situaciones médicas, lo cierto es que nuestros médicos no están preparados para estos retos y debido a ello, en ocasiones se vulneran estos principios. Los profesionales vinculados a la atención al adulto mayor deben conocer y manejar estos temas y mantenerse actualizados en materia de ética social y legal por la alta frecuencia con que se presentan problemas en este grupo poblacional. Al mismo tiempo son los adultos mayores los que con mayor frecuencia utilizan los servicios de salud y los servicios sociales. (5-7) Por todo lo anterior, nuestro país ha desarrollado un programa encaminado a dar atención médica y social a los adultos mayores, sobre una base ética y guiada por los principios de nuestra sociedad socialista.

Al confeccionar este trabajo estudiamos la bioética y la gerontología, especialidad muy sensible porque se ocupa del estudio de la vejez. Los dilemas bioéticos surgen diariamente en la práctica y es necesario poseer un bagaje teórico importante para poder darle solución lo más adecuadamente posible.

Se realizó una revisión bibliográfica selectiva sobre el tema objeto de estudio. La consulta se realizó en dos niveles: primero, desde la perspectiva de la ética y segundo, dirigida particularmente al tema de los dilemas éticos del adulto mayor. Así, se obtuvo una gran cantidad de documentos generales y específicos que permitieron ubicar y comprender mejor al objeto de estudio particular: la ética, la gerontología y los dilemas éticos del anciano.

La búsqueda se ejecutó con los términos: "bioética", dilemas éticos, gerontología y adulto mayor", en idioma español e inglés en las bases de datos disponibles en la Biblioteca Virtual de Salud: <http://www.bvs.sld.cu>, así como en los buscadores Google, Yahoo, Altavista, entre otros. Se tomaron como referencia aquellos que dentro de sus descriptores de asunto estaban incluidos los términos de referencia antes señalados.

DESARROLLO

En 1948, la ONU promulgó la Declaración Universal de los Derechos Humanos que fue como una declaración ecuménica de la declaración de los Derechos del Hombre y el Ciudadano, aprobada en las postrimerías del siglo XVIII por la Asamblea Nacional francesa, ambos documentos, sin dudas, incidieron en la ética médica. Cuando la ciencia en su afán inquisitivo y transformador se convirtió en amenaza para el individuo, la sociedad y la especie toda, vio la necesidad de ponerle freno a ese afán, dándole un nuevo rostro a la ética científica; surgió así la Bioética en la mitad final del siglo XX; Van Rensselar Potter, médico oncólogo y profesor de la escuela de medicina de la Universidad de Wiscosin, EUA, publicó en 1971 un libro que bautizó como: "Bioethics, bridge to the future", ocupándose de la relación del hombre con su entorno, es decir, una ética ecológica que por lo mismo habría de considerarse interdisciplinaria pues incluye tanto las ciencias biológicas como las humanidades. Bioética, de Bio (vida) y Ethos (ethicak) moral, ética de la vida, considerada como un nuevo paradigma cultural en proceso de formación de carácter humanista y proyección global orientado al redimensionamiento ético de la actividad y las correspondientes relaciones sociales que afectan la vida del planeta y consecuentemente la vida y el bienestar del hombre. (8-11)

Principios de la bioética:

1. La autonomía (respetar los deseos y necesidades del enfermo).
2. La beneficencia (hacer bien al enfermo).
3. La no-maleficencia (el no causar ningún mal con el tratamiento).
4. La justicia (no beneficiar a unos enfermos en detrimento de otros).

Principio de beneficencia:

En el ámbito médico este principio obliga al profesional de la salud a poner el máximo empeño en atender al paciente y a hacer cuanto pueda para mejorar la salud. Es un principio ético básico que se aplica primariamente no solo al enfermo sino también a la humanidad, generaciones futuras que puedan beneficiarse de un avance médico particular. El sentido de la palabra beneficencia no es el de una caridad ineficaz y paternalista, sino que es muy complejo, depende de valores e intereses de personas afectadas, de jerarquización de valores implicados y de su evaluación y de la ponderación de las consecuencias individuales y sociales.

Principio de no maleficencia:

La práctica médica ha estado asociada con la máxima latina *primum non nocere* (sobre todo no hacer daño), que hoy es calificada como el principio de no maleficencia. El daño que se hace a una persona es más rechazable que el no haber promovido su bien en ciertas

circunstancias. De este principio se derivan normas concretas para el médico: no matar, no causar dolor y no incapacitar física o mentalmente

Principio de autonomía:

Se basa en la convicción de que el ser humano debe ser libre de todo control exterior y ser respetado en sus decisiones vitales básicas. Está enraizado en el conjunto de la conducta occidental, aunque ha tardado en tener repercusión en el ámbito médico. Significa que el enfermo es un sujeto y no un objeto, y que debe ser correctamente informado de su situación y alternativas de tratamiento, respetando las decisiones de los pacientes competentes después de una información adecuada. Pueden surgir conflictos entre los principios de beneficencia y autonomía, pues el médico puede pensar que la decisión tomada por el enfermo no es lo que más le conviene para su salud o su vida. En este caso la función humana del médico le impone que debe primar el de beneficencia.

Principio de justicia:

Esta justicia o equidad no significa que se deba tratar a todos los pacientes de la misma forma, pero sí que cada uno tenga acceso a los servicios médicos adecuados, dignos y básicos, o sea que se considera que un cierto nivel de servicios sanitarios debe estar a disposición de todos. La existencia de una atención primaria que funcione adecuadamente, es decir, que cada enfermo tenga acceso a los cuidados primarios o de emergencia, constituye el gran reto de los sistemas sanitarios que han entrado en importante crisis, incluso en los modelos más perfectos de Europa Occidental.⁽⁹⁻¹³⁾

El conflicto sube de grado y se profundiza si se toma en consideración que en la relación sanitaria pueden intervenir además del médico y el paciente, la enfermera, la dirección de la unidad asistencial de que se trate, la seguridad social, la familia, autoridades competentes, entre otros factores. Todos estos agentes de la relación médico-paciente pueden reducirse al final a tres:

- El médico.
- El enfermo.
- La sociedad.

Cada uno de ellos con una significación moral específica. Así, el enfermo actúa guiado por el principio moral de autonomía, el médico por el de beneficencia y la sociedad por el de justicia.

Nuestro país tiene una cultura caracterizada por una diversidad multiétnica, que va desde la cultura ibérica, la africana y más recientemente la cultura criolla o nacional. Nuestra economía, vida científica, académica, artística, intelectual y social cada día es más abierta al intercambio y la integración latinoamericana, por tanto estamos inmersos en el contexto general de relaciones y problemas globales comentados.

El envejecimiento es un proceso que se produce por el paso del tiempo en todos los seres vivos. En el hombre

en particular, este proceso se desarrolla en un medio social donde él, como ser social, tiene que interrelacionarse con la familia, los vecinos, el medio donde vive y toda la sociedad en su conjunto. Del resultado de esta importante relación depende la calidad del envejecimiento y la calidad de vida de todos.

La relación adulto mayor, sociedad y familia, hay que verla como una relación en la que se da y se recibe. Si bien es cierto que los tiempos cambian, lo que puede ser normal y ético para una generación, no necesariamente lo es para otra. Si debemos brindarles seguridad y bienestar a nuestros ancianos, es necesario que se sientan útiles para hacerles una vejez más feliz y levantar su autoestima. La medicina como ciencia ligada a los problemas humanos en su condición biosocial ha estado premiada en su devenir histórico por la moral imperante.^(14, 15, 16) Sólo el socialismo, con su nueva moral, libera a la profesión médica de vicios provenientes de la cultura burguesa, haciendo coincidir los intereses personales con los de la sociedad.

Los dilemas bioéticos en el adulto mayor serán abordados en este trabajo desde dos puntos de vista, la relación del adulto mayor con la sociedad y la toma de decisiones y la relación adulto mayor y los problemas de la relación médico-paciente-enfermedad.

La relación generacional: En este aspecto se pueden generar conflictos dependientes de la rigidez que caracteriza a esta etapa de la vida así como de la experiencia previa acumulada y el grado de desarrollo intelectual y espiritual que haya alcanzado cada uno en particular, en resumen, en dependencia del grado de autoestima del anciano este reaccionará ante el medio que lo rodea, esta cualidad, como veremos más adelante, va a ser determinante en todas las esferas de la vida.⁽¹⁷⁾

La relación intergeneracional: A través de la historia, la relación del anciano con la sociedad ha variado, esta se ha movido desde la franca veneración, en algunas culturas, hasta la visión de ser no productivo y consumidor. El anciano soporta constantemente la presión de la sociedad sobre sí mismo, en los momentos actuales en que se rinde culto a la velocidad, la tecnología, la eficiencia y la juventud, se olvidan con frecuencia la sabiduría y la experiencia, se establecen así conflictos en cuanto al papel social de individuo de la tercera edad.^(17, 18)

La familia: Los conflictos se generan a partir de las diferencias generacionales, entremezclados con aspectos afectivos que matizan este tipo de relación, pueden tener un espectro característico muy amplio que puede ir desde la sobreprotección hasta el maltrato.⁽¹⁸⁻²⁰⁾

El sistema de salud: El adulto mayor es un ser con grandes necesidades insatisfechas y trastornos por pérdida del validismo, lo que abre las puertas a situaciones legales y éticas, esto puede llegar a colocar al trabajador de salud en situaciones de conflicto que rara vez pueden ser solucionadas solo con los

conocimientos técnicos, fundamentalmente si tenemos en cuenta que la salud es el pleno disfrute biológico, psicológico y social de la existencia. El médico, movido por los principios de beneficencia-no maleficencia, y casi siempre desde una posición paternalista, rara vez, aunque se lo proponga, conseguirá alcanzar una relación dialógica. El anciano enfermo que actúa bajo el impulso de su autonomía, tomará en ocasiones una decisión precipitada, conservadora en exceso o errónea, atendiendo a criterios de salud adquiridos durante una larga existencia y que generalmente son de muy difícil modificación. Se generan conflictos que atentan contra la autoestima, la percepción de la propia salud y la satisfacción de los servicios recibidos; cuestiones que plantean al médico nuevas interrogantes al dar origen a depresiones reactivas de difícil manejo.⁽¹⁸⁾

La edad, sus limitantes y los dilemas de la decisión médica.

Como consecuencia del rápido crecimiento de la población de más de 60 años, la limitación de la atención médica en función de la edad, es un aspecto muy importante y de debate diario entre los profesionales de la salud. Por ejemplo se debate con frecuencia acerca de si un anciano, con una bronconeumonía complicada o un infarto de miocardio debe o no ingresar en una sala de cuidados intensivos, si se le debe realizar o no un trasplante de riñón, por la misma razón si se le quiere privar de determinada modalidad terapéutica por el solo hecho de ser un adulto mayor.

Actualmente, cuando la expectativa de vida a los 60 años es de 19,9 años (la tercera parte de los años vividos), son inadmisibles estas limitaciones. Algo similar sucede con los exámenes complementarios, cuando se duda para realizar o no una prueba ergo métrica; o en el caso de los procedimientos terapéuticos cuando renunciamos a hacer una angioplastia y analizamos las limitaciones de otras terapéuticas. Lo que sí queda claro a los geriatras, es valorar siempre el riesgo-beneficio de los procedimientos en cada caso. Si el riesgo médico o quirúrgico es similar o ligeramente mayor al riesgo establecido para personas más jóvenes entonces la siguiente pregunta es de tipo ético. ¿Hasta qué punto merece la pena prolongar la vida del anciano?. La opinión del paciente en estos casos cobra una importancia fundamental, la mayoría está dispuesta a continuar el tratamiento y seguir el consejo médico si mantiene el mismo nivel de función, lo que no desea es sufrir el dolor ni la discapacidad.⁽¹⁹⁾

Pacientes mentalmente competentes. Dilemas éticos.

El rechazo a un tratamiento razonable, en una persona competente plantea problemas difíciles de entender en la práctica médica; sin embargo el principio de autonomía obliga a respetar el derecho de cada individuo a responsabilizarse con la toma de decisiones y controlar los actos de su propia persona.

El médico está en la obligación de informar debidamente al paciente para que este pueda otorgar su

consentimiento libre: es el llamado **consentimiento informado**; además debe explicar todas las pruebas a que va a ser sometido, sus resultados y posibles complicaciones; los tratamientos y el riesgo/beneficio que se pueda obtener del mismo. El médico debe responder a cuanta duda tenga el paciente sobre su enfermedad; el paciente no debe ser en absoluto objeto de coerción por parte del galeno ni de la familia. Si después de todo lo anterior persiste la negativa, el facultativo debe asegurarse de la adecuada capacidad mental del paciente, si este lo entendió correctamente y, de ser así: respetar su decisión.

Las situaciones de emergencia donde no se conocen las preferencias del paciente, o no se pueden recoger a su debido tiempo, constituyen la excepción, hay que preservar en todo momento la vida del enfermo. Posteriormente si se conocieran los deseos del enfermo, y el familiar responsable, puede retirarse el tratamiento.

Debido a que la atención de los adultos mayores se realiza por un equipo multidisciplinario, estas situaciones de negación al tratamiento y a las investigaciones, son poco frecuentes si todo el equipo trabaja en la misma dirección y con el mismo nivel de ética.⁽²⁰⁾

La demencia. Dilemas éticos en torno a los enfermos y cuidadores.

Cuando se tenga la certeza de que un enfermo carece de la capacidad mental para tomar una decisión médica, debe consultarse con el familiar/cuidador más cercano, que tome las decisiones por él; en otros casos puede ser con un amigo íntimo u otra persona nombrada con anterioridad como cuidador principal, cuando se encontraba en estado competente. El representante legal del paciente debe recibir toda la información necesaria para tomar la decisión más adecuada y que se ajuste a los deseos del enfermo, el médico debe obtener el consentimiento informado de esta persona.

¿Son obligatorios los tratamientos en estos pacientes?

La mayoría de los expertos en bioética prefieren discutir si los tratamientos son obligatorios u optativos desde el punto de vista moral. El tratamiento básico como la ropa y el alimento es obligatorio. La alimentación no es un problema fácil, la mayoría de los médicos no dudan en pasar una sonda Levine, para el tratamiento a corto plazo de problemas potencialmente reversibles, y evitar así la desnutrición en el paciente hasta que recupere la deglución. Esta misma decisión se torna compleja ante un paciente con una alteración mental progresiva e irreversible en la cual la nutrición asistida, sólo prolonga una vida sin sentido. La administración de líquidos intravenosos es una decisión individual, siempre que el paciente no esté alerta, si está alerta puede sentirse más cómodo sin sufrir las consecuencias de la deshidratación. Cuando la prolongación de la vida deja de ser el objetivo terapéutico es posible retirar el tratamiento a solicitud del familiar responsable.⁽²¹⁾

Enfermos en estado terminal. ¿Cómo enfrentar el dolor?

Los profesionales debemos desarrollar las competencias necesarias para identificar aquellos pacientes en quienes se justifique el uso de medidas de soporte vital; y en aquellos en los que se decida usarlas, establecer y determinar hasta cuando mantenerlas.

Este aspecto ético es muy complejo y controversial, pues aunque el equipo pueda estar de acuerdo con limitar el tratamiento dada la situación del caso, esta decisión resulta dura desde el punto de vista psicológico y el médico debe seguir un plan de tratamiento flexible que pueda ajustarse al estado clínico y a los deseos del paciente y la familia.

Si un paciente se encuentra en una fase avanzada de una enfermedad irreversible, su muerte es inminente, independientemente de la terapéutica que se utilice. La ética de la medicina de hoy no permite engañar al enfermo ni a sus familiares ofreciéndoles alternativas terapéuticas que no resolverán su situación; por el contrario prolongarían inútilmente el proceso de morir: es el llamado tratamiento fútil. El tratamiento del dolor no debe suspenderse en los cuidados al final de la vida nunca, ni siquiera cuando éste se asocie a una depresión respiratoria. El pronóstico de la reanimación cardiopulmonar en pacientes con enfermedades crónicas, es muy desfavorable. A veces puede resultar doblemente doloroso pues puede prolongar la hospitalización, y producirse el fallecimiento del paciente a los pocos días. En las escasas ocasiones donde el paciente sobrevive y es dado de alta del hospital, la mayoría de ellos quedan con secuelas funcionales y neurológicas graves, que pueden producir gran discapacidad.

En pacientes con muy poca o ninguna posibilidad de recuperación, una vez agotadas todas las medidas terapéuticas razonables, la suspensión del soporte vital no debe considerarse maleficencia. En estos pacientes, la eutanasia pasiva consiste en dejar de realizar procedimientos que prolonguen inútilmente la vida y orientar la terapéutica hacia el tratamiento paliativo para calmar el sufrimiento y permitir la evolución natural de la enfermedad; los tratamientos extraordinarios y los fútiles los consideramos como parte del ensañamiento terapéutico y no deben ser utilizados.⁽²²⁾

La eutanasia activa es un problema ético muy controvertido, rechazado por la mayoría de los países. En la eutanasia el médico pasa, de ofrecer un medio para su suicidio a ejecutar una intervención que produce la muerte. En Holanda en condiciones muy estrictas, se acepta la eutanasia como una práctica legal de la medicina, recientemente en Bélgica también se aprobó este proceder. Nuestro país no aprueba tales proceder.

¿Podemos decir toda la verdad al paciente, u ocultársela?

La autonomía como uno de los principios básicos de la bioética, supone por parte del paciente, la posibilidad de

disponer de una información veraz y completa acerca de las diferentes condicionales y opciones que se derivan de su enfermedad. Además de la autonomía, cuando el paciente está debidamente informado, es capaz de colaborar mejor con el médico en el cumplimiento de plan terapéutico, puede ordenar mejor su vida futura, resolver problemas de importancia y tomar decisiones adecuadas. En el adulto mayor, no respetar su autonomía constituye un problema ético frecuente. Entendemos por autonomía la capacidad de una persona para elegir por sí misma las reglas de su conducta, la orientación de sus actos y los riesgos que esté dispuesto a correr.^(23,24) En Cuba ha prevalecido hasta ahora, ocultar total o parcialmente la verdad. En estas decisiones generalmente la familia del anciano es la que se opone a que éste conozca la verdad de su padecimiento. Cuando se trata de pacientes no autónomos, como en el caso de las demencias, este principio carece de todo valor.

El médico como ser social. Su misión ante la sociedad y sus pacientes

La actividad del médico constantemente ligada a la salud y a la vida de hombres y mujeres, tiene un gran significado para la sociedad, esto hace que sobre el profesional de la salud recaiga una gran responsabilidad y que se exija de él una ejemplar actitud ante su labor.⁽²⁵⁾ Entre los principios más generalizados e importantes de la ética médica socialista, se encuentra el humanismo, estrechamente ligado con el desarrollo del deber.

El primer principio ético de ese código se mantiene aún vigente: **Primum non nocere**. Primero no hacer daño. Este precepto guía nos refiere que la preocupación primera del médico debe ser la de evitar dañar a su paciente, aun cuando esto no se produzca intencional o conscientemente. Es el principio de no- maleficencia. Si después de este primer principio establecemos una relación médico-paciente-familia adecuada, más allá de la simple comunicación y poniendo en práctica las reglas bioéticas que hemos ido desarrollando, pensamos que llevaríamos a cabo correctamente el ejercicio de la medicina.

CONCLUSIONES

Con el estudio de fenómenos y problemas de salud en el campo de la bioética, se realiza un análisis más profundo y una atención médica más humana y personalizada en una sociedad justa como la nuestra.

El estudio del riesgo y sus factores permite realizar una orientación más adecuada de los servicios médicos hacia los ancianos más susceptibles.

Este trabajo es solo la punta del iceberg en un tema tan sensible, como es ver al anciano en riesgo a la luz de la bioética; se impone profundizar en cada uno de sus elementos en aras de humanizar y personalizar la atención médica en estos casos.

Los principios bioéticos nos ayudan a realizar una valoración del cuidado especial que se presta a los grupos

de riesgo en nuestro país, para modificar estos riesgos y lograr una mejor calidad de vida.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Organización Mundial de la Salud. Salud Bienestar y envejecimiento en Las Américas. [Monografía en Internet] 2003 [citada: 17 septiembre 2007]. Disponible en: http://www.sld.cu/galerias/pdf/sitios/gericuba/salud_bienestar_y_envejecimiento.pdf
2. Comité Estatal de Estadísticas. Anuario Estadístico. Ciudad de La Habana: Ministerio de Salud Pública; 2005.
3. Ruesca Domínguez CM, Malpica Alonso E. Reflexión ética en la práctica de la cirugía ambulatoria. Rev Médica Electrónica. [serie en Internet]. 2007 [citada: 7 septiembre 2007]; 29 (1): [aprox. 9. p]. URL Disponible en: <http://www.cpimtz.sld.cu/revista%20medica/ano%202007/vol1%202007/tema12.htm>
4. Campa F, Bonal P, Moreno B, Muñoz MD. Sobre ética y medicina de familia y comunitaria. Atención Primaria. 1997 ;20:214.
5. Ladríere J. Del Sentido de la bioética. Acta Bioética. 2000; VI (2):197-218.
6. García Delgado G. La universidad médica y los problemas bioéticos actuales. La educación e investigación en bioética. Apuntes para una historia de la enseñanza de la ética en Cuba. Cuadernos de Historia de la Salud Pública. [serie en Internet]. 2001 [citada: 4 septiembre 2007]; (90): [aprox. 8 p]. Disponible en: http://bvs.sld.cu/revistas/his/cua_90/his1590.htm
7. Álvarez Rodríguez A. El envejecimiento como problema. Revista Electrónica Archivo Médico de Camagüey. [serie en Internet]. 1999 [citada: 4 septiembre 2007]; 3(4): [aprox. 6 p.]. Disponible en: <http://www.amc.sld.cu/amc/1999/v3n4/275.htm>
8. Luis Nabzini J. Declaración de Helsinki. Principios éticos para la investigación médica sobre sujetos humanos. Acta Bioética. 2000; VI(2): 321-34.
9. Did Núñez JP. Principios bioéticos en la atención primaria de salud. Rev Cubana Med Gen Integr. [serie en Internet] 2000 [citada: 4 septiembre 2007]; 16(4):[aprox. 5 p.]384-9. Disponible en: http://bvs.sld.cu/revistas/mgi/vol16_4_00/mgi14400.htm
10. Hendrick J. Legal aspects of clinical ethics committees. Journal of Medical Ethics. [serie en Internet] 2001 [citada: 4 septiembre 2007];27 :[aprox. 6 p]. Disponible en: http://jme.bmj.com/cgi/content/abstract/27/suppl_1/i50
11. Altisent Trota R, Delgado Marroquín MT, Jolín Carijó L, Martín Espildora MV, Ruís Moral R, Simón Lorda P, et al. Sobre Bioética y Medicina de Familia. [monografía en Internet] 2007 [fecha de acceso 8 septiembre 2007]. Disponible en: http://chguv.san.gva.es/Descargas/Gerencia/PlaniCalidad/Kiosco/bioetica_y_MFC.pdf
12. Prieto Ramos O, Vega García E. Temas de gerontología. La Habana: Editorial Científico – Técnica; 1996. p. 15-29.
13. Purón Iglesias I. La conducta moral de la salud del senescente. Santiago de Cuba : I.S.C.M; 1997.
14. Schramn FR. Nuevas tendencias en bioética. Cuadernos de Bioética. 1997; (4): 13-23.
15. Valdés Mier MA. Psicogeriatría para Médicos generales integrales. Santiago de Cuba : Editorial Oriente; 1997.
16. Bazo MT. Negligencia y malos tratos a las personas mayores en España. Rev Esp Geriatr Gerontol. 2001; 36: 8-14.
17. Gracia D. La deliberación moral: el método de la ética clínica. Med Clin. 2001; 117: 18-23.
18. Manifiesto de la sociedad andaluza de medicina familiar y comunitaria. Boletín. [serie en Internet] 2008 [citada:16 octubre 2007]; (15): [aprox. 5p]. Disponible en: <http://www.samfyc.es/descargas/boletin/Boletin15.pdf>
19. Moya A, Barbero J. Malos tratos en personas mayores: marco ético. Rev Esp Geriatr Gerontol. 2003; 38(2): 177-85.
20. Rubio Montañés ML, Dalid Villar C, de Castro Vila C. Dilemas éticos en el cuidado de un paciente terminal: una visión desde la asistencia primaria. Atención Primaria. 2003;27:621-2.
21. Fornells Hugo A. Cuidados paliativos en el domicilio. Acta Bioética. 2004; VI: 63-75.
22. Simome Gustavo G de. El final de la vida: situaciones clínicas y cuestionamientos éticos. Acta Bioética. 2002; I (1):46-7.
23. Taboada P. El derecho a morir con dignidad. Acta Bioética. 2004; VI(1):89-101.
24. Twyeross R. Medicina Paliativa: filosofía y consideraciones éticas. Acta Bioética. 2004; VI(1):29-46.
25. García Pérez MA. Los principios de la bioética y la inserción social de la práctica médica. Rev Adm Sanit. 2006; 4 (2):341-56