

LA BIOÉTICA EN LA REHABILITACIÓN GERIÁTRICA

Autores: Beatriz Carmona Ferrer,¹ Doris Yisell Rubio Olivares,² Dianelys Hernández Chisholm,³

¹Doctora en Medicina. Especialista en Medicina General Integral y Medicina Física y Rehabilitación. Profesora Instructor Investigador Agregado. Hospital Julio Díaz. La Habana. Cuba.

²Doctora en Medicina. Bioestadística Especialista de 1er y 2do grado. Máster en Estudios de Población. Doctor en Ciencias Pedagógicas. Profesora e Investigadora Titular. Facultad de Medicina Calixto García. La Habana. Cuba.

³Licenciada en Tecnología de la Salud perfil Rehabilitación. Doctor en Ciencias de la Educación Médica. Profesora Auxiliar. Facultad de Tecnología de la Salud. Habana. Cuba.

Correspondencia: beatrizcf@infomed.sld.cu.

RESUMEN

Introducción: El incremento del envejecimiento poblacional es un fenómeno inevitable y constituye un reto para el sistema de salud mundial. Por ello, es necesario que los licenciados en Rehabilitación en Salud para la atención geriátrica dominen y pongan en práctica los conocimientos relacionados con la bioética para la toma de decisiones ante las diferentes situaciones que se les pudieran presentar y en esto juega un papel importante la Educación Médica. Objetivo: Reflexionar acerca de la aplicación correcta de la bioética en rehabilitación geriátrica. Desarrollo: Bioética es ante todo un método de reflexión, encaminada a dar respuestas a problemas éticos que se han suscitado en profesiones relacionadas con la ciencia de la vida, la salud y el medio ambiente. Por ello, es imprescindible que la formación en bioética de los profesionales de salud forme parte de su competencia profesional y humana que los prepara para tomar decisiones durante su labor profesional y este es uno de los retos que hoy se plantea la Educación Médica. Conclusiones: Con la aplicación correcta de los principios bioéticos en rehabilitación geriátrica por parte de los profesionales de salud se contribuye a elevar la calidad de vida y de la asistencia médica de este grupo poblacional.

Palabras Claves: Bioética; Rehabilitación Geriátrica; Educación Médica

ABSTRACT

Introduction: The increment of the population aging is an inevitable phenomenon and constitutes a challenge for the system of worldwide health. For it, it is necessary that the graduates in Rehabilitation in health for the geriatric attention dominate and put into practice the knowledge related with the bioethics for the decision making before the different situations that they can encounter and in this an important paper plays the Medical Education. Objective: Reflecting on about the correct application of the bioethics geriatric rehabilitation. Development: Bioethics is before every a method of reflection, led to give answers to ethical problems that have taken place in professions related with the life science, the health and the environment. For it, it is indispensable that the formation in bioethics of the professionals of health is a part of its professional competence and human that prepares them to take decisions during its professional work and this is one of the challenges that today proposes the Medical Education. Conclusions: With the correct application of the principles bioethics in geriatric rehabilitation on behalf of the professionals of health contributes to raise the quality of life and of the medical attendance of this population group.

Keywords: Bioethics; Geriatric Rehabilitation; Medical Education

INTRODUCCIÓN

El incremento del envejecimiento poblacional es un fenómeno inevitable y constituye un reto económico, cultural, educacional, social y para el sistema de salud de la comunidad mundial. Se espera que el número de personas mayores de 60 años aumente más del doble en 2050 y del triple en 2100, pasando de 962 millones en todo el mundo en 2017 a 2.100 millones en 2050 y 3.100 millones en 2100.¹⁻⁵

El envejecimiento se traduce en una disminución de la capacidad funcional del individuo que produce discapacidad y/o dependencia. Es evidente que mientras avanza la edad, aumenta prevalencia de discapacidad, según el informe mundial de discapacidad de la Organización Mundial de Salud (OMS) el riesgo de discapacidad es más alto a mayor edad. La prevalencia mundial para esta población se estimó en 38.1%.⁶⁻¹¹

La rehabilitación geriátrica se encarga del tratamiento de los procesos relacionados con el envejecimiento, promoción, prevención, diagnóstico y tratamiento rehabilitador para prevenir o corregir las limitaciones funcionales y discapacidades con el objetivo de que el anciano mantenga la máxima movilidad y conserve la independencia básica para el desarrollo de las actividades de la vida diaria y para lograr esto se apoya en el trabajo de un equipo multidisciplinario.¹²⁻¹⁷

En ese sentido, todo el personal de salud y entre ellos, los licenciados en Rehabilitación en Salud para la atención geriátrica necesitan una educación en bioética, que incluye la responsabilidad profesional por todas las formas de vida y las normas de conducta que debe prevalecer en las

formas modernas de la medicina social e institucionalizada, interdisciplinaria, intercultural, e intensifica el sentido de la humanidad. 18-22

La Educación Médica es la responsable de formar profesionales competentes tanto en los conocimientos y habilidades propias de las ciencias específicas, como en los valores y las actitudes. Por tal razón, la bioética en el proceso educativo tiene que lograr la unidad de lo instructivo y lo educativo; de lo racional y lo afectivo y de lo individual y lo social.²³⁻²⁵

Además, la Educación Médica posibilita la preparación permanente y continuada de los profesionales del sector, cuya preparación está encaminada a resolver los problemas de salud de la sociedad ya que constituye el conjunto de procesos de enseñanza-aprendizaje con el propósito de alcanzar un mayor nivel de ejercicio profesional de los graduados en correspondencia con los avances científico-técnicos y al encargo social de la universidad.²⁴⁻²⁸

El objetivo de esta investigación es reflexionar acerca de la aplicación correcta de la bioética en rehabilitación geriátrica.

DESARROLLO

Desde tiempos remotos, la sociedad y los médicos se han preocupado por los aspectos morales de la práctica médica; destacan el código de Hammurabi y el Juramento Hipocrático como documentos que regulaban la actividad del personal de salud con la intención de realizar una buena práctica, como se indica en el libro hipocrático Epidemias: "Declara el pasado, diagnostica el presente y augura el futuro".^{29, 30}

En Grecia, surge Hipócrates quien insistió en la necesidad de mantener una conducta profesional de alto contenido ético, nos legó su Juramento, vigente y referencia obligada en el terreno deontológico. El documento recoge principios aún valederos en nuestro ejercicio profesional, reflexiona y considera aspectos relacionados a la conducta profesional del médico; constituye uno de los escritos más influyentes y punto de partida en el análisis ético del ejercicio de las actividades de las ciencias de salud.³¹⁻³³

La ética como ciencia filosófica atañe directa o indirectamente a la práctica vital del hombre. Ética médica como manifestación particular de la ética atiende los principios y normas que rigen entre los profesionales, técnicos y demás trabajadores del sector de salud y muy especialmente la relación del médico con sus pacientes, con otros profesionales, con todos los trabajadores de los servicios de salud entre sí, con sus familiares, además de abarcar otros aspectos como el secreto profesional y el error médico.³⁴⁻³⁶

Surge la bioética en la segunda mitad del siglo xx y constituye una nueva dimensión de ética, que extiende su campo de acción, se trata de solucionar problemas nacidos como resultado del desarrollo científico (relacionados con la ciencia de la vida, de la salud y con el medio ambiente) y de redimensionar aquellos ya abordados por la ética que requieren un tratamiento que se ajuste

al contexto contemporáneo. Este análisis se realiza con un enfoque interdisciplinario, proponiendo una nueva forma de encontrar solución, que englobe todas las ramas del saber humano.³⁴

Bioética, palabra que deriva de los vocablos griegos bios y ethos, vendrían a significar una ética de la vida; según el diccionario de la real academia de la lengua española, bioética se define como "disciplina científica que estudia los aspectos éticos de la medicina y la biología en general, así como las relaciones del hombre con los restantes seres vivientes". Sus orígenes pueden remontarse a los resultados de algunas prácticas fascistas en seres humanos durante la Segunda Guerra Mundial y como consecuencia de esto fue dictado el Código de Núremberg, en 1947, el cual resaltaba la necesidad del "consentimiento voluntario" del paciente en la realización de cualquier tipo de investigación o práctica con seres humanos. A los principios de beneficencia y no maleficencia contenidos en el juramento hipocrático, se le añadía ahora autonomía del paciente (consentimiento voluntario), como principio irrecusable de la práctica médica.³⁷⁻⁴⁰

Se considera a Aldo Leopold como precursor de la bioética, el primero en vislumbrar las bases de una nueva moral para la conducta humana, a través del desarrollo de una ética ecológica. Inspirado en el escrito de Leopold, Van Rensselaer Potter, médico oncólogo y profesor de la escuela de medicina de la Universidad de Wisconsin, elaboró su teoría acerca de una nueva disciplina, la bioética. Buscaba estudiar los problemas morales surgidos al calor del desarrollo científico que no solo abarca al sano o al enfermo, sino a todos los seres vivos que tienen relación con la calidad de vida del hombre.⁴¹⁻⁴⁴

En 1971, Van Potter en su Bioética: un puente al futuro define tal concepto: "Es el estudio sistemático de la conducta humana en el área de las ciencias y la salud, en cuanto esa conducta sea examinada a la luz de los valores y principios morales". En 1979, Beauchamp y Childress, la definen como "la aplicación de teorías éticas generales, principios y reglas a problemas de las prácticas terapéuticas, la asistencia de la salud y la investigación médica y biológica". En el año 1995 Luna define la bioética como "una ayuda para la toma de decisiones en los dilemas éticos que se plantean en medicina y biología, entre muchos otros bioeticistas como: André Hellegers, Warren Reich, Albert Jonsen, Hans Jonas, Daniel Callahan.^{40-42,45-48}

Principios de la bioética

Contribuyeron a desarrollar esta doctrina dos filósofos americanos Tom Beauchamp (utilitarista) y James Childress (deontologista), quienes en 1979, publicaron el libro "Principios de Ética Biomédica", en el cual establecieron el sistema de los cuatro principios, alrededor de los cuales se puede ordenar todas las cuestiones de valor.⁴⁰

Estos principios se los conoce como "Prima facie" (a primera vista) y se los considera del mismo nivel, lo cual quiere decir que:⁴⁰

1. No son absolutos ni vinculantes en todas las ocasiones ni circunstancias
2. Pueden tener excepciones y por tanto pueden quedar en suspenso ya que son relativos

3. Pueden entrar y de hecho entran muchas veces en conflicto pudiendo ceder ante otro en una situación concreta.

4. Son procedimentales y se adaptan a la ética deontológica y a la consecuencialista

Autonomía: deriva del griego autos (propio) y nomas (regla, autoridad, o ley). Además, adquiere en la actualidad significado como autogobierno, libre voluntad, elección individual y ser dueño de uno mismo. Existe un principio moral de autonomía que deben seguir los que se encargan del cuidado de las personas mayores: no hagas a otros lo que ellos no harían a sí mismos, y has por ellos lo que te has comprometido a hacer. No respetar la autonomía de un individuo es tratarlo como un simple medio. En medicina existe la tentación de utilizar la autoridad del médico para favorecer o perpetuar la dependencia de los pacientes, en lugar de promover su autonomía lo cual puede restringir derechos humanos de las personas adultas mayores tales como su derecho a la no discriminación por motivo de edad, su derecho a la igualdad ante la ley y su derecho a la salud, entre otros. Lo más importante para defender el principio de autonomía es exponer la información de forma adecuada y conversar sobre los aspectos positivos y negativos de las intervenciones o procedimientos a realizar en el adulto mayor.^{34,35,44,45,49,50}

Beneficencia: "poner el máximo empeño en atender al paciente y hacer cuanto pueda para mejorar la salud de la forma más adecuada". Debe existir un equilibrio entre los riesgos y beneficios. El personal de salud tiene la obligación de hacer el bien al paciente cuando se dan las siguientes condiciones: El paciente sufre una pérdida o daño grande; La actuación del profesional es necesaria para subsanar ese daño; Esa actuación no representa un peligro grande para el profesional de salud; El beneficio recibido por el paciente supera con creces los eventuales perjuicios que pueden originarse en el personal de salud y este tiene la obligación de atender al enfermo sin distinción de raza, religión, credo político o clase social. Esta actitud es el ideal de perfección al que puede aspirar el profesional de la medicina.^{34,35,40,44-46, 51}

No maleficencia: este principio obliga a no hacer daño intencionalmente. Exige al personal de salud que se abstenga de proponer tratamientos que, en su opinión, resulten perjudiciales o causen daño al paciente, a menos que esto quede ampliamente compensado por los beneficios que se esperan conseguir. Con respecto al adulto mayor debe existir una valoración integral de la parte médica, psíquica, funcional y social, para definir el beneficio para el paciente si le aplicamos o no un determinado tratamiento o procedimiento. Define el derecho de toda persona a no ser discriminada por consideraciones biológicas, tales como raza, sexo, edad, situación de salud, etc. y determina el correspondiente deber de no hacer daño, aun cuando el interesado lo solicitara expresamente.^{34,39,45,47}

Justicia: "dar a cada uno su derecho", dar a cada quien lo suyo, lo merecido, lo propio, lo necesario, pretende que la distribución de los beneficios, los riesgos y los costos en la atención sanitaria, se realicen en forma justa. Es decir, que se distribuyan equitativamente entre todos los

grupos de la sociedad. Se refiere, asimismo, a que todos los pacientes en situaciones parecidas deban tratarse de manera similar y con las mismas oportunidades de acceso a los mejores métodos diagnósticos y terapéuticos. La edad no debe ser un impedimento para ofrecerle al adulto mayor todas las posibilidades que la medicina moderna puede ofrecer y gozar de su derecho a beneficiarse de los progresos científicos y tecnológicos y de su derecho a la salud.
34,39,43-45,48,52-54

Diego Gracia, realizó una corrección crítica al principialismo basándose en la falta de orden o priorización de los cuatro principios anteriores. Y, para ello, propone un "principialismo jerarquizado" que se fundamenta, por un lado, en un sistema de referencia o canon moral previo a los principios y, por otro lado, "jerarquizando" los principios según su distinto grado de fuerza u obligación moral. Sintetizando mucho las cosas, el planteamiento es como sigue: ⁵⁵⁻⁵⁷

1º) Canon moral o sistema de referencia: el ser humano es persona y, en cuanto tal, tiene dignidad y no precio. Tiene valor en sí mismo, es fin en sí mismo; todos los seres humanos son iguales y deben ser tratados con igual consideración y respeto; actúa con los demás como quieras que ellos actúen contigo o no hagas a los demás lo que no quieras que hagan contigo (Regla de Oro).⁵⁷

2º) Jerarquización de los principios: Partiendo de la diferencia entre éticas de mínimos y éticas de máximos, es necesario establecer dos niveles de principios éticos: ⁵⁷

- El nivel 1: lo componen los principios de no-maleficencia y justicia, propios de una "ética de mínimos". Tienen carácter público y, por tanto, determinan nuestros deberes para con todos y cada uno de los seres humanos, tanto en el orden de su vida biológica (no-maleficencia) como en el de su vida social (justicia). Son deberes universalizables y exigibles a todos por igual, incluso coactivamente.
- El nivel 2: lo componen los principios de autonomía y beneficencia, propios de una "ética de máximos". Marcan el espacio de la vida privada de cada persona, que sólo ella debe gestionar de acuerdo con sus propias creencias e ideales de vida. Son deberes particulares porque obligan a hacer el bien a la persona individual (beneficencia) contando con su libre decisión informada (autonomía).

Los deberes de la ética de mínimos son más limitados o restringidos que los de la ética de máximos, pero tienen por lo general una mayor exigencia. Así pues, en caso de conflicto entre ambos niveles, los mínimos suelen tener prioridad sobre los máximos.⁵⁷

Luego con las diferentes transformaciones en el mundo y principalmente en el sector de la salud se han añadido otros principios éticos como: ⁵⁸

Principio de confidencialidad: "Derecho del paciente de que se respete el secreto en la información proporcionada al médico, durante la relación profesional médico-paciente".

Principio de dignidad: "Otorgar atención médica al paciente en forma congruente con su condición humana, en cuanto a su organismo, su conciencia, su voluntad y su libertad"

Principio de respeto: "Compromiso del médico de otorgar atención a sus pacientes, con la consideración y cortesía que su condición de humano enfermo requiere".

Principio de solidaridad: "Compromiso del médico de compartir sus bienes y conocimientos, con las personas que requieren de sus servicios o apoyo, y de promover la donación de órganos para trasplantes".

Principio de honestidad: "Valor del ser humano que lo conduce a expresarse y obrar con apego a la ley, a las normas vigentes y a los principios éticos y religiosos"

Principio de lealtad: "Compromiso del médico de corresponder a la confianza depositada en él".

Para resolver los problemas éticos existen varias teorías que no son rivales sino que se complementan entre sí: ^{53,58}

- El principialismo comentada anteriormente de Beauchamp y Childress
- El casuismo de Albert Jonsen y Stephen Toulmin. Es un método para llegar a decisiones justificables en los casos concretos. Para ello se atiende a las circunstancias y a las máximas (normas particulares aplicables a los casos), en vez de partir de teorías y principios. El razonamiento casuístico comienza por describir el caso-problema y sus circunstancias. Tras ello se tipifica el caso: se busca el caso paradigmático que más se le parezca, es decir, se busca un caso modelo similar al que se analiza. Finalmente se resuelve el caso-problema actual aplicándole las máximas recomendadas para su paradigma.
- Las éticas de la virtud por E. Anscombe y A. MacIntyre han sido aplicadas a la medicina por Edmund Pellegrino y James Drane: se centran en las virtudes del carácter, antes que en los actos aislados. Suponen que los buenos comportamientos no proceden de aplicar principios o de calcular consecuencias, sino del buen juicio de alguien que tiene ciertas virtudes. Por eso las éticas de la virtud han sido contrapuestas a las éticas de la obligación, porque no dicen lo que hay que hacer sino la clase de persona que hay que ser. Y ello se logra cuando se incorporan ciertas virtudes en el carácter, las cuales, en el caso de la medicina, son precisamente las virtudes profesionales.
- Éticas del cuidado de Nel Noddings o Sara Ruddick: no dependen de principios abstractos, que serían más bien "masculinos". Se centran preferentemente en las relaciones interpersonales y establecen como prioritaria la obligación de cuidar, de la que la disposición a cuidar es una inclinación a dar acogida a otros y atender sus necesidades. Estas éticas han tenido repercusión en la forma de concebir toda la asistencia sanitaria e incitan a reconocer que no solo hay que curar, también hay que cuidar y aliviar el

sufrimiento, además promueve hábitos de compasión, afecto y compromiso con el enfermo.

Podemos concluir que para orientar la toma de decisiones y elaborar protocolos de actuación, ningún método parece completo y autosuficiente. No obstante, todos los métodos pueden ser útiles para señalar elementos que deben ser tenidos en cuenta, y cada uno de ellos tiene sus propias fortalezas, que son complementarios y que debemos aprovechar las ventajas de cada uno.⁵³

En la actualidad nos encontramos en un entorno complejo, donde la transición demográfica y epidemiológica, el dinamismo social, el desarrollo económico y tecnológico, así como el financiamiento y la prestación de servicios se hacen verdaderamente difíciles. Esto nos ubica en un ambiente donde el perfil de salud presenta grandes desigualdades sociales y regionales, el desempeño de los servicios es heterogéneo y el trato a veces inadecuado con la posibilidad siempre inminente de sufrir riesgos graves o muerte prematura. De ahí que habremos de buscar una mayor profesionalización del personal de salud que proporcione un trato más equitativo y de calidad.⁵⁹

La calidad asistencial solo puede alcanzarse a través del desarrollo de cuatro tipos de competencias: cognitivas, "saber" (los conocimientos); técnicas, "saber hacer" (las habilidades prácticas); sociales, "saber ser" (relación con los demás) y éticas, "saber ser profesional"^{39,60,61}

Como en todos los servicios médicos, en la atención a los adultos mayores que requieren de rehabilitación, es obligatorio el cumplimiento de los principios de beneficencia, autonomía y justicia, que según la escuela pragmático utilitarista, constituyen la "trinidad de la bioética médica", actuando en el mejor interés de los adultos mayores, evitando los daños y mostrando empatía con todos los pacientes por igual.^{44,47,62}

La responsabilidad ética exige de los licenciados en Rehabilitación en Salud un comportamiento responsable que respete los principios, pero también exige el velar por el cumplimiento de estos principios éticos profesionales, en su entorno de trabajo. Esta actitud responsable y comprometida favorece el desarrollo de una profesión valorada y respetada por la sociedad.^{21-23, 39,60,63}

Los profesionales vinculados a la atención del adulto mayor deben conocer 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 es este grupo etario el que más requiere de servicios de salud y sociales, por presentar mayor fragilidad, comorbilidad y discapacidad.^{46,59,61,63,64}

En el presente siglo, es en el campo de la bioética donde se encuentran amenazas a los derechos de las personas adultas mayores con discapacidad y para protegerlos, las autoras consideran, que es necesario que los profesionales de salud principalmente los licenciados en Rehabilitación en Salud para la atención geriátrica dominen y pongan en práctica los conocimientos relacionados

con la bioética para una mejor toma de decisiones ante diferentes situaciones éticas que se les pudieran presentar durante su labor profesional, que involucran al enfermo y familiares.

Diferentes situaciones éticas: ^{39,65}

- Problemas éticos: es cuando está presente un valor o principio importante, y este se ve desafiado. La acción correcta es buscar la manera de que este valor o principio pueda cumplirse, aunque en ocasiones no resulte ser una tarea fácil debido a las repercusiones que esto pudiera tener sobre las partes implicadas en el problema.
- Dilemas éticos: es cuando confluyen dos principios o valores y se debe decidir una de las dos situaciones que se plantean, siendo ambas correctas. Se trata de una decisión de "lo correcto frente a lo correcto".
- Situación de distrés moral: en esta situación, el licenciado sabe cuál es la solución correcta del problema o dilema ocasionado, pero hay barreras que le impiden llevar a cabo una acción.

- barreras externas, por ejemplo por parte de la institución donde se trabaja: falta de tiempo, política institucional, excesiva burocracia, normas internas, etc.

- barreras internas, que se originan en el propio licenciado: falta de concienciación, inseguridad, miedo, etc.

Cuando se desencadena una situación de distrés moral, se actúa de manera contraria a los valores personales y profesionales, lo cual atenta contra la integridad y autenticidad.

- Tentación moral: En ella, se debe elegir lo "correcto frente a lo incorrecto", aunque puedes salir personalmente beneficiado si eliges hacer lo incorrecto, y sufres la tentación de hacerlo.
- Situación de silencio: en esta, a pesar de que los valores éticos son desafiados, el licenciado elige ignorar el problema y no tomar parte.

Reconocer y definir el tipo de situación ética (problema, dilema, distrés, tentación o silencio), es imprescindible para la toma de decisiones éticas.³⁹

Actuar con responsabilidad ética, implica adquirir el compromiso de enfrentarse a los conflictos éticos que aparecen en la práctica diaria profesional, evitando las situaciones de silencio moral, tratando de buscar la solución más adecuada en cada momento y no permaneciendo pasivos ante

su presencia, a la espera de que otros profesionales implicados en el tratamiento del paciente, se ocupen de ello.^{39,65}

Existen conflictos relacionados con la toma de decisiones éticas, pues no siempre la solución más obvia es la mejor, lo que representa un desafío para los licenciados en Rehabilitación en Salud quienes, se enfrentan a un número cada vez mayor de situaciones complicadas a las cuales no siempre sabe hacer frente. Para ello, los licenciados deben conocer los principios éticos y ser capaces de aplicarlos de manera efectiva a las diferentes situaciones y analizar sus resultados.^{39,59,65}

Por lo tanto, el licenciado, además de mostrar un alto nivel de conocimientos y destrezas específicas de su área y desarrollar habilidades sociales en su entorno de trabajo, debe también manifestar un comportamiento éticamente responsable que le permita decidir qué es "lo correcto" o lo más justo en cada situación. Y es que en la práctica diaria de la profesión, los licenciados en Rehabilitación en Salud para la atención geriátrica han de tomar frecuentes decisiones ante cuestiones relacionadas con su interacción con el paciente, con sus compañeros de trabajo, con el médico, con la institución para la que trabajan e incluso cuestiones que pueden tener una trascendencia social.^{39,65}

Hoy día las universidades cubanas tienen un gran reto para garantizar la integralidad en el desarrollo de la labor educativa, pues no se debe ubicar en un primer plano la formación y desarrollo de conocimientos, hábitos y habilidades en los estudiantes, sino también los valores como componente clave de la personalidad; siendo vital para el logro que permitan preparar un profesional revolucionario de estos tiempos: instruido, educado, desarrollado de forma armónica y acorde a su nivel científico y técnico.^{18,24-26}

La inminente reforma del sistema nacional de salud, en su empeño por alcanzar la elevación del nivel científico y eficiencia en sus acciones, tiene necesariamente que poner énfasis en el hombre y su integralidad, en la formación de aquellos valores éticos que harán más humana y solidaria a la salud pública cubana. Esto sólo es posible con un enfoque interdisciplinario de los problemas de salud, con el perfeccionamiento de la formación de los recursos humanos y con el diseño de un modelo profesional más logrado hoy, en términos de formación de habilidades y conocimientos, que, de valores ideológicos, ético-sociales y estéticos.^{18,20,25}

La educación universitaria tiene que expresar su compromiso con la realidad del país y buscar solución a los problemas de la sociedad.²³

CONCLUSIONES

En este trabajo se ha tratado la problemática bioética en el contexto de la rehabilitación geriátrica y se evidencia que en la medida que los profesionales de salud sean capaces de comprender y aplicar los conocimientos bioéticos, además de los científicos en el proceso de atención al adulto

mayor se puede contribuir a elevar la calidad de vida y de la asistencia médica de este grupo poblacional.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Martínez I, Chaves P, Peláez M. Capítulo 5 Envejecimiento activo y participación social. En: Tratado de Medicina Geriátrica. Fundamentos de la atención sanitaria a los mayores. España: Elsevier; 2015 pág. 36-39
2. García García F. J. Capítulo 1 Demografía y epidemiología del envejecimiento En: Tratado de Medicina Geriátrica. Fundamentos de la atención sanitaria a los mayores. España: Elsevier; 2015 pág. 2-8
3. Bódalo Lozano E. Envejecimiento y discapacidad. Una aproximación al caso español desde la perspectiva del bienestar social. Universidad de Murcia
4. Perspectivas de la población mundial: la revisión de 2017 World Population Ageing 2017
5. Cantera Martín C, Figuerola Batista M, Wilke Trinxant MA. Capítulo 38 El paciente con multimorbilidad. En: Atención al enfermo anciano. Atención primaria. Problemas de salud en la consulta de medicina de familia. 7ma edic. España: Elsevier; 2014. p. 946-967. Disponible en: https://www.clinicalkey.es/service/content/pdf/watermarked/3-s2.0-B9788490221105000385.pdf?locale=es_ES
6. Mejía M, Rivera P, Urbina M, Alger J, Maradiaga E, Flores S. Discapacidad en el adulto mayor: características y factores relevantes. Revisión Bibliográfica. Rev. Fac. Cienc. Méd. 2014
7. Organización Mundial de la Salud, Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la Discapacidad y de la Salud, IMSERSO, OMS y OPS, Madrid, 2011.
8. Vásquez Barrios AJ, Cáceres N. El abordaje de la discapacidad desde la atención primaria de salud. O.P.S. Argentina. 2010.
9. Organización Mundial de la Salud. Plan de acción sobre la salud de las personas mayores, incluido el envejecimiento activo y saludable.144 Sesión del Comité Ejecutivo OPS, OMS, Washington, D.C, EUA, 2010.
10. Garrison S.J. Manual de medicina física y rehabilitación. 2da Edición, 2009.
11. Organización Mundial de la Salud. Programas y Proyectos de Enfermedades crónicas y promoción de la salud. [En internet] 2010
12. González Sandoval S. Padecimientos más frecuentes que condicionan discapacidad en pacientes adultos mayores que acuden al centro de rehabilitación e integración social de Cuautitlán Izcalli en el año 2011. Tesis que para obtener el título de licenciado en Terapia Física. México, 2013

13. Amate EA, Vásquez AJ. Discapacidad, lo que todos debemos aprender. Washington, D.C: OPS, 2010
14. Vásquez Barrios AJ, Cáceres N. El abordaje de la discapacidad desde la atención primaria de salud. O.P.S. Argentina. Septiembre, 2010.
15. Organización Mundial de la Salud. Plan de acción sobre la salud de las personas mayores, incluido el envejecimiento activo y saludable.144 Sesión del Comité Ejecutivo OPS, OMS, Washington, D.C, EUA, 2010.
16. Rodríguez Díaz O. Rehabilitación funcional del anciano. MEDISAN 2009 13(5): 9
17. Colectivo de autores. Guía clínica para la atención primaria de las personas adultas mayores: en el contexto de los derechos humanos. Washington, D.C.: OPS, © 2013
18. Salas RS. Principios y enfoque bioéticos en la Educación Médica Cubana. Educ Med Super; 1996 dic. 10(1), [11páginas]; [en línea]. Disponible en: <http://scielo.sld.cu/scielo>. (Consultado 29 mayo, 2020).
19. Acosta S. Los árboles y el bosque. Texto y contexto bioético cubano. Publicaciones Acuario. Centro Félix Varela. La Habana, Cuba; 2009. pp.119-188.
20. Salas RS. Principios y enfoque bioéticos en la Educación Médica Cubana. EducMedSuper 1996 , [aprox 8p]; 10(1): 7-8; [en línea]. Disponible en: <http://scielo.sld.cu/scielo>. (Consultado 29 mayo, 2020).
21. Girela López E. Ética en la educación médica. FEM [Internet]. 2013 [citado 22/05/2020]; 16(4): [aprox. 5 pantallas] 191-195. Disponible en: <http://scielo.isciii.es/pdf/fem/v16n4/colaboracion.pdf>
22. Corrêa L, Martins A C, Fachin E. Código de ética para fisioterapeutas y terapeutas ocupacionales revela contenidos relacionados a la autonomía del profesional. Fisioter Pesqui [Internet]. 2013 [citado 22/05/2020];20(4):394-400. Disponible en: http://www.scielo.br/pdf/fp/v20n4/en_v20n4a15.pdf
23. Amaro Cano MC. Ética social, profesional, profesoral y de la ciencia. 2015. Medisur vol.13(6)
24. Salas Perea RS y Salas Mainegra A. Educación Médica Contemporánea. Retos, Procesos y Metodologías. Bucaramanga: Universidad de Santander, Colombia; 2014. ISBN 978-958-8118-96-3.
25. Salas Perea RS y Salas Mainegra A. Modelo formativo del médico cubano. Bases teóricas y metodológicas. [Versión digital]. La Habana: ECIMED; 2017 [Citado 28 mayo 2020]. Disponible en: http://www.bvs.sld.cu/libros_texto/modelo_formativo_medico_cubano/indice_p.htm
26. Horruitiner, P. La Universidad Cubana: el modelo de formación. Editorial Félix Varela. La Habana. Cuba; 2006.

27. Bringas, A. Propuesta de Modelo de planificación estratégica universitaria. [Tesis]. Instituto Superior Pedagógico Enrique José Varona. La Habana; 1999.
28. Gutiérrez A. Nacimiento de las universidades. En: La Universidad desde el Renacimiento hasta el Siglo XIX. En Reflexiones Universitarias. Universidad: Historia e Investigación. Publicaciones Universidad Central, Bogotá 1986, pp. 65-92.
29. Lara Painado F. Código de Hammurabi. 4ª ed. España: Editorial Tecnos; 2008
30. Hipócrates D. Tratados hipocráticos I. España: Editorial Gredos; 1983.
31. Hipócrates D. Tratados hipocráticos V. España: Editorial Gredos; 1983.
32. Remis JA. Pasado y presente del juramento hipocrático. Análisis de su vigencia. Rev. Argent Radiol. 2009; 73(2):139-141.
33. Lemarchand GA. Ciencia para la paz y el desarrollo: el caso del juramento hipocrático para científicos. Uruguay: UNESCO; 2010.
34. Acosta Sariego, JR y col. Bioética desde una perspectiva cubana, 1ra Edición, Centro Félix Valera, Ciudad de La Habana, 1997
35. Ferrer Negron J. Identidad y estatuto epistemológico de la Bioética. Revista Latinoamericana de Bioética. 2015[citado 28 mayo 2020];8(15). <https://revistas.unimilitar.edu.co/index.php/rlbi/article/view/1106/842>
36. Castro Chávez NC, García Estupiñán S. Principios éticos rectores de las investigaciones de tercer nivel o grado académico en Ciencias Médicas. Rev. Educ Med Sup. 2018. vol. 32, No 2.
37. Diccionario de la Lengua Española. España: Real Academia Española; 1981.
38. Araujo González R. Bioética. Desde una perspectiva cubana, hacia una bioética latinoamericana. Centro "Félix Varela" .Segunda edición, 1998
39. Aguilar Rodríguez M, Marqués Sulé E. Ética profesional en fisioterapia.2012. Disponible en: <https://core.ac.uk/download/pdf/84748134.pdf>
40. Garcia Banderas A, Estévez M E. Capítulo 1. Introducción a la Bioética: Fundamentación y Principios. Disponible en: https://www.bioetica.org.ec/articulos/articulo_bioetica.pdf
41. Goldim, JR. A evolucao da definicao de Bioética na visao de Van Rensselaer Potter 1970 a 1998. En: <http://www.bioetica.ufrgs.br/bioet78.htm>.
42. Van Rensselaer Potter, L. Bioethics, bridge to the future. Universidad de Wisconsin, Estados Unidos de Norte América, 1971
43. Potter VR. Global Bioethics: New Jersey: Prentice-Hall Pub; 1988. http://bioetica.pri.sld.cu/index.php?option=com_content&view=article&id=49&Itemid=59
44. Noa Pelier BY, Vila García JM. La bioética en Medicina Física y Rehabilitación. Rev. Cub. Med Fis y Reha. 2018. Vol. 10, No. 2. Disponible en: <http://www.revrehabilitacion.sld.cu/index.php/reh/article/view/318/429>

45. Torres Narváez M. Bioética y fisioterapia. Colombia: Editorial Universidad de Rosario; 2007.
46. Maglio F. Ética médica y bioética. Aspectos conceptuales. Rev Argent de Cardiol, 2001, vol. 69, nº 4. Disponible en: <https://www.sac.org.ar/wp-content/uploads/2014/07/1445.pdf>
47. Organización Panamericana de la Salud. Bioética. Temas y perspectivas. Publicación científica N° 527. Washington DC, 1990.
48. Luna F, Salles A. Decisiones de vida y muerte. Buenos Aires, sudamericana; 1995.
49. Girela E, Avellanet M, Ruiz A, Mayordomo F. El consentimiento informado en rehabilitación. Rehabilitación [Internet]. 2014 [citado 30/04/2020]; 48(4):201-3. Disponible en: <http://www.elsevier.es/es-revista-rehabilitacion-120-pdf-S0048712014000917-S300>
50. Naranjo ML, García AE. Consentimiento informado en fisioterapia. 1 ed. Lima: Guzlop editoras [Internet]. 2013 [citado 30/04/2020]; [aprox. 4 pantallas]. Disponible en: <http://www.bioeticaunbosque.edu.co/memoriastercercongresoredbioetica.pdf>
51. Coelho MEM, Ferreira AC. Cuidados paliativos: narrativas do sofrimento na escuta do outro. Rev. Bioét [Internet]. 2015 [acceso 30/04/2020]; 23(2):340-8. Disponible en: <http://www.scielo.br/pdf/bioet/v23n2/1983-8034-bioet-23-2-0340.pdf>
52. Pérez Suárez Ferry RL, García Sierra JC. Bioética en el adulto mayor. GERONINFO. 2007. Vol. 2 No. 2. Disponible en: http://www.sld.cu/galerias/pdf/sitios/gericuba/bioetica_en_el_adulto_mayor.pdf
53. Sánchez-González M, Herreros B. La bioética en la práctica clínica. Rev Med Inst Mex Seguro Soc. 2015; 53(1):66-73. Disponible en: <https://www.medigraphic.com/pdfs/imss/im-2015/im151n.pdf>
54. Amaro Cano MC, Marrero Lemus A. Principios básicos de la bioética. La Habana. 1996
55. Gracia D. Fundamentos de bioética, Triacastela, 3ª ed., Madrid, 2008. Disponible en: <http://www.bioeticadesdeasturias.com/2013/02/dgracia-fundamentos-de-bioetica.html>
56. Gracia D. "La deliberación moral: el método de la ética clínica", en Gracia D. y Júdez J. (eds.), Ética en la práctica clínica, Triacastela, Madrid, 2004, 30.
57. González Quintana C. Bioética. Historia y Fundamentación. Comisión Asesora de Bioética. Principado de Asturias Disponible en: http://udocente.sespa.princast.es/documentos/BIOETICA/Historia_y_Fundamentacion.pdf
58. Aguirre-Gas HG. Principios éticos de la práctica médica. Cir Ciruj 2004; 72(6): 503-510. Disponible en: <https://books.google.com/cu/books?id=3EBE5hGCuygC&pg=PA503&lpg=PA503&dq=Principios+eticos+de+la+practica+medica.+Hector+aguirre+gas&source=bl&ots=8RgTf-8Jie&sig=ACfU3U2xR39NZ3vX4vRAWOYROIruHTfcig&hl=en&sa=X&ved=2ahUKEwjx6K-CqZrpAhXkmuAKHSwzD5oQ6AEwDnoECACQAQ#v=onepage&q=Principios%20eticos%20de%20la%20practica%20medica.%20Hector%20aguirre%20gas&f=false>

59. Ruiz, L. La ética en el manejo del anciano y el discapacitado. El Seminario Ejercicio Actual de la Medicina. Facultad de Medicina UNAM. Disponible en: www.facmed.unam.mx/eventos/seam2k1/2004/ponencia_jun_2k4.htm
60. Ricci M, San Martín V. Dilemas éticos en el quehacer kinésico. Revista Ciencias de la Actividad Física UCM [Internet]. 2013 [citado 22/05/2020]; 14(2):65-72. Disponible en: <http://www.faced.ucm.cl/revief/wp-content/uploads/2013/12/07-dilemas.pdf>
61. Hardy Pérez AE. Moral, ética y bioética. Un punto de vista práctico. Rev Med Inv [Internet]. 2015 [citado 22/05/2020]; 3:79-84. Disponible en: <http://www.elsevier.es/es-revista-revista-medicina-e-investigacion-353-articulo-moraletica-bioetica-un-punto-S2214310615000084>
62. Herrera A, Guzmán A. Reflexiones sobre calidad de vida, dignidad y envejecimiento. Rev.Méd.Clinica Las Condes.2012. vol. 23(1). 65-76. Disponible en: https://www.clinicalascondes.cl/Dev_CLC/media/Imagenes/PDF_revista_médica/2012/1_enero/Reflexiones-CalidadV-11.pdf
63. Almeida Silva LF, da Glória Lima M, Fleury Seidl EM. Conflictos bioéticos: atención fisioterapéutica domiciliaria a pacientes en condiciones terminales. Rev. Bioét [Internet]. 2017 [citado 22/03/2018]; 25(1):148-57. Disponible en: http://www.scielo.br/pdf/bioet/v25n1/es_1983-8042-bioet-25-01-0148.pdf
64. Martínez Abreu J, Laucirica Hernández C, Llanes Llanes E. La ética, la bioética y la investigación científica en salud, complementos de un único proceso. Rev.Med.Electrón. [Internet]. 2015 Ago [citado 06 mayo 2020] ; 37(4): 310-312. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1684-18242015000400001&lng=es.
65. Abad Querol J, Morales Jiménez MM, Rodríguez Pérez M, Sánchez Labraca N, Sánchez Joya MM. Fisioterapia, usuarios e instituciones desde la Bioética. Almería, [Internet]. 2014 [citado 22/05/2020]; [aprox. 3 pantallas]. Disponible en: <http://www.diegomarin.net/ual/es/destrezas-y-tecnicas-de-ensenanza/805-jornadasinternacionales-de-investigacion-en-educacion-y-salud-9788416027811.html>