

REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA

La relación médico-paciente en el ámbito de la Imagenología

Doctor-patient relation within the sphere of Radiology

Maylin Peña Fernández,¹ Hiram Tápanes Daumy^{II}

- I. Doctora en Medicina, Especialista de Primer Grado en MGI, Residente de Imagenología, Profesora Instructora, Departamento Imagenología, Hospital Militar Central Carlos Juan Finlay, Avenida 31 y 114 Marianao, La Habana, Cuba.
- II. Doctor en Medicina, Especialista de Primer Grado en MGI y Cardiología, Profesor Instructor, Cardiocentro infantil William Soler, Calle 100 y Perla, Boyeros, La Habana, Cuba. hiramtapanes@infomed.sld.cu

RESUMEN

Con la investigación se constató que la adecuada relación médico-paciente depende en gran medida de la calidad del proceso diagnóstico. La Imagenología como especialidad médica en el marco de la Revolución Científico Técnica ilustra el complejo escenario en que se desenvuelve la relación médico-paciente al evidenciar nuevas expectativas, posibilidades y contradicciones. El trabajo tiene como objetivos destacar los rasgos distintivos de la relación médico-paciente en el ámbito de la Imagenología; contribuir a la formación ética de estos profesionales y significar la responsabilidad social acorde con los principios más humanitarios en la atención de salud.

Palabras clave: ÉTICA MÉDICA; RADIOLOGÍA; BIOÉTICA.

ABSTRACT

The research proved that an adequate doctor-patient relation depends on the quality of the diagnosing process. Radiology, a specialty within the framework of the Scientific Revolution, shows the complex scenery in which takes place doctor-patient relation and offers new expectations, possibilities and contradictions. The paper aims to point out the features of doctor-patient relation within the sphere of Radiology, to contribute to these professionals' ethical formation, and to highlight social responsibility concerning health care principles.

Keywords: ETHICS, MEDICAL RADIOLOGY; BIOETHICS.

INTRODUCCIÓN

La historia de la relación médico-paciente (RMP) es más antigua que la Medicina misma; los sabios de la antigua Grecia estaban conscientes de la importancia de esta, evidenciada en las palabras de Platón: “[...] el mayor error médico consiste en intentar curar el cuerpo sin intentar curar el alma.” Hipócrates señalaba: “[...] el enfermo es amigo del médico a causa del médico mismo.”¹

En la actualidad la RMP se define como una forma particular de relación social en la base de la cual descansa sobre todo una relación emocional, y se le concede gran valor a aspectos psicológicos y deontológicos de la conducta del médico durante el proceso terapéutico y depende de manera directa y particular de las características individuales del enfermo.^{2,3}

Esta compleja relación constituye la piedra angular de la gestión médico-asistencial y se encuentra condicionada socio históricamente por la ideología y las normas éticas dominantes de la formación socioeconómica históricamente determinada en que se enmarca, ya que toda relación interpersonal es social en su esencia y refleja el conjunto de relaciones sociales que la determinan.⁴ Por lo que en el proceso evolutivo de la misma se reconocen diferentes etapas históricas.

La etapa tecnicista, enmarcada y determinada por la Revolución Científico-Técnica, condujo a una acelerada incorporación de las nuevas tecnologías a las ciencias médicas en general. El objetivo médico primordial de esta etapa fue tratar enfermedades y no enfermos, y como tendencia se priorizó lo económico sobre lo vocacional compasivo y humanitario. Se evidenció entonces la primera gran crisis de la profesión médica.

En la multidisciplinariedad se quiso prescindir del médico integrador y la relación médico-paciente despersonalizada y dispersa fue sepultada por toneladas de papeles con gráficas e informes de exploraciones cada vez más complejos, orientados a nivel molecular en detrimento de la integralidad humana. Este médico supertecnificado y despersonalizado se erigió en antítesis del médico de familia clásico.²⁻⁴

La etapa contemporánea se caracteriza por la presencia de macro y microparadigmas reconocibles en el ámbito de la salud. El éxito de la relación médico-paciente depende en parte del grado de conciencia que el prestador de ayuda tenga de los macro y micro paradigmas que lo influyen en cada momento y de su capacidad para planificar sus acciones con el propósito de acercarse lo más posible al polo ético que considere más apropiado.^{1,2}

Ejercer el principio de la beneficencia exige del médico no solo conocimientos, técnica experiencia y maestría, sino también un conjunto de cualidades psicológicas y ético morales. Sin el establecimiento de una adecuada relación médico-paciente ningún examen es satisfactorio ya que en la conversación están unidos inseparablemente el diagnóstico y la terapéutica, la relación médico-paciente es por tanto un medio más de diagnóstico y terapéutica.¹

Este trabajo se realizó con el objetivo de destacar los rasgos distintivos de la relación médico-paciente en el ámbito de la Imagenología, resaltar las situaciones conflictivas que se generan en torno a esta; así como contribuir a la formación ética de sus profesionales.

DESARROLLO

La aparición de novedosas y múltiples tecnologías íntimamente ligadas al desarrollo de las ciencias médicas, han contribuido a que los diagnósticos sean más certeros y se apliquen tratamientos eficaces con un gran impacto social.⁵

La radiología es un fiel ejemplo de la impronta de la Revolución Científico Técnica en el ámbito de la Medicina y la salud; su nacimiento a finales del pasado siglo estuvo marcado por el descubrimiento de la radioactividad y los Rayos X. El desarrollo vertiginoso de esta técnica dio surgimiento a la radiología, se abrió así el camino de las imágenes como medio diagnóstico.

En los últimos 50 años aumentó el caudal de equipos avanzados de gran resolución como la radiología digital, la Ecografía, la Tomografía Axial Computarizada y la Resonancia Magnética. Se han creado nuevos software para la obtención y el análisis de imágenes de diferentes modalidades digitales y analógicas (fluoroscopia, ultrasonido) lo que ha conllevado a la complejización de esta rama de la Medicina que ya cuenta con varias subespecialidades.⁶

Se ha producido un vuelco total de la medicina diagnóstica y terapéutica, pero este desarrollo tecnológico no ha sido acompañado de un consecuente y paralelo desarrollo ético moral y humanístico, lo que ha propiciado la aparición de importantes problemáticas en el campo de la bioética: el "abuso tecnológico", la súper especialización profesional, y la sustitución de la relación médico-paciente por la relación médico-máquina-paciente.⁷ El uso enfático y exagerado de esta tecnología lleva de forma imperceptible a la deshumanización, lo que hace más necesaria la formación humanista de los profesionales de la salud.⁸

La bioética demanda la sustitución de la mentalidad tecnológica por otra más racional, dirigida a mantener una vida de calidad, evitar riesgos al paciente, aliviar el dolor y restaurar su salud⁹. El desafío bioético más crucial es el de lograr una medicina sustentable, consciente de sus límites, que sin renunciar a las exigencias internas de progreso disciplinario, ofrezca equidad de acceso y verosimilitud de promesas para sus practicantes y usuarios. Una Medicina realista en sus aspiraciones y medida en sus logros, es sin duda una práctica social distinta de la tecnociencia.⁷

No es el desarrollo científico técnico quien deshumaniza la relación médico-paciente¹ sino el tipo de sistema social en el cual ella se ejerce y la deficiente formación bioética de los profesionales que se desempeñan en este campo. Los instrumentos, la técnica y la habilidad no deben constituir un fin en sí mismos sino un medio con el cual el médico pueda cumplir con más efectividad su función social y científica, y se eleve la relación médico-paciente a un nivel superior.

Factores de interés en la relación médico-paciente en el ámbito de la imagenología

Estar enfermo es una posición vulnerable, y la realización de un examen complementario un proceso largo y agresivo. Significa pedir turno, aguardar la fecha prevista, prepararse para el mismo (en ocasiones las preparaciones que se requieren son molestas), esperar que lo realicen y luego el resultado, para asistir a consulta y recibir la explicación médica respectiva.⁴ Por otra parte, muchas veces el médico de asistencia no le informa al paciente lo que se le realizará, lo que genera "sorpresa" y el enfrentamiento con la tecnología misma (equipos grandes, "extraños", condiciones de aislamiento) causan un justificado temor.

Además muchos de los estudios requieren de medios de contraste lo que implica maniobras agresivas como abordaje arterial o venoso, o ingestión de sustancias poco agradables, que suman a la sintomatología del paciente los malestares propios de los efectos colaterales de los mismos.

La entrevista médica en imagenología

La entrevista médica constituye un elemento fundamental para el buen desarrollo de una relación médico-paciente, que se logra establecer a partir de aspectos cognitivos y afectivos y está sujeta a normas éticas y sociales. Actualmente, como consecuencia de la tecnificación, la comercialización y la expansión de los servicios médicos, la relación médico-paciente ha experimentado cambios profundos y el lado humano de los actos médicos tiende a diluirse.¹⁰

Los métodos diagnósticos han introducido muchos eslabones adicionales. El volumen creciente de información exige más tiempo para su análisis lo cual suele hacerse a expensas del tiempo de conversación con el paciente; y se olvida que el nivel de satisfacción del paciente estará relacionado más con el tipo de relación humana que con el nivel técnico que tenga con su médico,⁴ por ello el correcto manejo de la entrevista médica se impone. Este ejercicio profesional consta de los siguientes pasos: recepción, identificación, interrogatorio, complementarios, información, medidas terapéuticas, despedida.¹¹

En la recepción se debe llamar al paciente por su nombre, recibirlo de pie, estrechar su mano e indicarle su posición. Cuando se logra una recepción con actitud afable y respetuosa se abre la puerta al éxito de la relación médico-paciente. La siguiente etapa de identificación tiene gran utilidad para relajar tensiones y mostrar interés al paciente como persona en el interrogatorio la utilización de interrogantes claras, concretas y que no induzcan respuestas así como las expresiones verbales y extra-verbales positivas planificadas son recursos muy eficaces, por ejemplo: *su cuerpo parece de 20 años*.

Al analizar los complementarios es necesario explicar siempre su objetivo, no manifestar duda sobre los resultados y controlar comunicaciones verbales y extra-verbales, ser discretos, evitar términos diagnósticos de “mal pronóstico” de conocimiento popular. La transmisión de la información es un elemento capital; estudios internacionales evidencian que limitar la información al enfermo constituye la más significativa deficiencia de la entrevista médica. El médico debe satisfacer la demanda de información de manera adecuada, programar siempre la forma y profundidad de la misma. La ausencia de información constituye iatrogenia por omisión, en contraposición, la exageración de la información con pronósticos desfavorables ocasiona iatrogenia por comisión. Es importante acotar que la escritura es una importante vía de comunicación por lo que se debe cuidar la redacción y caligrafía. Durante la despedida debe preguntarse al paciente cómo se sintió, dar orientaciones sobre qué hacer tras los exámenes, explicar dónde y cómo recogerá sus resultados así como despedirlo con afabilidad y elogiar su cooperación.¹¹

Hay cuestiones muy importantes que pueden perderse en el contexto de una consulta telemédica, primeramente, gran parte de la interacción médico-paciente se hace efectiva por medio de señales visuales y de comportamiento y en este contexto aún pequeñas reducciones de la resolución y el tamaño de la pantalla pueden incrementar la posibilidad de que estas señales y conductas sean inadvertidas. Otro aspecto esencial, lo constituyen el tiempo restringido y la programación del encuentro telemédico. El costo organizacional de la consulta remota puede poner límite a la extensión de la interacción, que conjuntamente con la poca disponibilidad de tiempo y la tensión, implican una ineficiente recolección de la información médica apropiada.

El manejo de la información

Hay una enfermedad de la relación interpersonal que se basa en el desconocimiento del otro como agente autónomo. Parte de la misma deriva de “buenas intenciones” o de lo que se cree que es solidaridad: el paternalismo que es hacer el bien a otro sin dejarle posibilidad de negarse, ha acompañado siempre a los oficios terapéuticos y encuentra ejemplar expresión en la Medicina.⁷ En los últimos años el médico ha llegado a ser consciente de que el primer deber de la beneficencia es la información; relacionado con ello está el derecho del enfermo a la decisión (consentimiento informado) de ahí que el mismo sea el nuevo rostro de la relación médico-paciente.

Tanto radiólogos como analistas se quejan del aumento progresivo de peticiones de análisis y diagnósticos muchos de ellos injustificados, lo que restringe el tiempo que hay que darle al paciente para preguntar lo que desea saber.³

En la actualidad se requiere revelar los diagnósticos médicos, los pronósticos sin tratamiento o con él, los tratamientos propuestos, los riesgos inherentes a ellos y las posibilidades terapéuticas alternativas ya que se ha presenciado un desplazamiento desde un criterio de revelación basado en la beneficiencia al criterio basado en la autonomía. Los pacientes tienen mejor concepto de la relación médico-paciente si el médico administra la información y hace hincapié en la revelación.¹²

Es incorrecto suponer que la efectividad de la comunicación y la calidad de la relación médico-paciente son proporcionales al tiempo de duración, lo importante es optimizar los segmentos de la comunicación y enriquecer emocionalmente el contenido de la relación médico-paciente.¹

En Cuba se practica el principio de la veracidad soportable, se considera un derecho humano básico el respeto a la libertad individual, el derecho a dominar el cuerpo y todo lo referente a la propia vida. Por ello el paciente tiene el derecho que se le informe de la manera más pormenorizada posible sobre las investigaciones que se le realizarán, toda acción médica propuesta le deberá ser comunicada para obtener su consentimiento.²

La mayoría de los pacientes que acuden a las consultas para la realización de estudios imagenológicos son víctimas de la ansiedad por conocer el resultado de los mismos, y es necesario por parte del personal médico informar el resultado de la enfermedad del paciente con lenguaje claro y preciso, y ello conlleva un gran sentido de responsabilidad médica.^{10,13} El problema más difícil de resolver es que los médicos no reciben entrenamiento sobre cómo hacer esto. El hecho de que solo el 28 % de los profesionales comuniquen el diagnóstico contrasta con el hecho de que el 82 % de los pacientes encuestados plantean que de padecer una enfermedad letal les gustaría se les informase todo lo que deseen conocer de la misma.²

El umbral de la tolerabilidad depende de las características personales de cada enfermo (psicología, personalidad y madurez), además de su entorno familiar, la información debe basarse en palabras comprensibles y, si es posible, imaginables por vivencias o experiencias previas de familiares amigos o conocidos.

El respeto de la autonomía de las personas significa reconocer, considerar, respetar y apoyar su derecho a la autodeterminación y a participar activa y protagónicamente en decisiones que puedan beneficiar o afectar su supervivencia, salud o calidad de vida, por lo que la observancia del consentimiento informado expresa que se propicie a las personas información oportuna, verdadera y veraz sobre su enfermedad y de los procedimientos terapéuticos a que serán sometidos, debiendo entonces ellos decidir conscientemente los mismos.⁷

Se puede afirmar que:

1. El volumen de la información brindada incrementa la calidad de la relación médico-paciente.
2. La calidad de la información debe optimizarse, se requiere que ésta sea clara, precisa y en lenguaje asequible al paciente.
3. La comunicación debe ser personalizada y adecuarse a las características individuales del paciente.
4. Se necesitan ciertas condiciones para brindar información lo que incluye privacidad, ausencia de ruido, condiciones físicas e higiénicas en el lugar de consulta.

Situaciones conflictivas

Resulta interesante exponer algunas de las situaciones conflictivas en las que se desenvuelve la relación médico-paciente entre los pacientes que se benefician del servicio y el imagenólogo.

1. Relacionadas con la institución

- **Interferencia del trabajo burocrático y análisis superficial de datos estadísticos:** la burocratización hospitalaria con un sinnúmero de regulaciones oficiales y no oficiales impuestas a veces para comodidad de determinados funcionarios, y el análisis unilateral de la estadística constituyen, en no pocas ocasiones, elementos dañinos a la relación médico-paciente.
- **Condiciones deficientes de infraestructura y abastecimiento:** Situación que en muchas ocasiones escapa de la voluntad de los funcionarios rectores de la institución, pero que resulta en una constante preocupación del estado

revolucionario. Es de señalar que en aquellos lugares en los que hay colectivos con sentido de pertenencia y entusiasmo laboral la repercusión de este aspecto es mucho menor.

- **Cadena de diagnóstico imagenológico incompleta:** No todas las instituciones sanitarias cuentan con los medios diagnósticos necesarios o en ocasiones algunos se encuentran fuera de servicio por rotura, lo que amerita se hagan coordinaciones inter hospitalarias para concluir el estudio de los pacientes, lo que no siempre se logra con la celeridad y eficiencia necesaria y se crea ansiedad en médicos, pacientes y familiares.

2. Relacionadas con los pacientes

- **Tendencia de los pacientes a una relación dependiente con el médico:** existen pacientes que por sus características personales (hipocondriacos, nosofílicos) y a veces motivados por conocimientos incompletos adquiridos por medios de difusión masiva, comunicación oral o experiencias personales acumulan un sinnúmero de preocupaciones por lo que solicitan constantemente “ayuda médica,” por lo que interfieren en la dinámica de la atención hospitalaria.
- **Sobreestimación de la utilidad de los medios diagnósticos, en especial los de última adquisición:** existe un consenso general en la población de que se requiere para establecer un diagnóstico adecuado el empleo de los estudios imagenológicos de última generación, lo cual no siempre es cierto.
- **Desconocimiento de los efectos adversos secundarios del uso injustificado de medios de contraste e indiscriminado de las radiaciones ionizantes.** Elemento muy relacionado con el anterior y que tanto los médicos de asistencia, como los imagenólogos deben contribuir a resolver.

3. Relacionadas con los médicos

- **Tendencia a priorizar habilidad técnica *versus* conocimiento del hombre:** la adquisición de la habilidad técnica necesaria para el dominio de los variados métodos de los que dispone la especialidad lleva a estos profesionales a racionalizar su tiempo de interacción con los pacientes y sus familiares, lo que paradójicamente los priva de obtener información relevante para la realización del diagnóstico.

- **Escasez de tiempo para la adecuada realización y análisis de los estudios como consecuencia de exceso de trabajo y acelerado ritmo de la vida moderna.**
- **Falta de continuidad y privacidad del contacto médico:** La variedad de medios diagnósticos disponibles y la necesidad por parte de los especialistas de dominarlos técnicamente, ha promovido la rotación de los mismos lo que atenta contra el seguimiento individualizado de los pacientes, por otra parte, muchos de los locales en los que se encuentran los equipos de ultrasonidos carecen de las condiciones propicias para la realización de estudios, por ejemplo: transrectales y transvaginales; todo lo que dificulta una RMP exitosa.
- **Ineficiente recolección de la información médica apropiada:** como resultado de indicaciones médicas con datos clínicos incompletos y la insuficiente o no realización de la entrevista médica por parte del imagenólogo, no se recopila la información precisa o necesaria lo que también afecta la relación médico-paciente.
- **Violaciones de la ética médica y principios regulatorios de la bioética como el consentimiento informado:** poner en duda resultados anteriores, hacer comentarios sobre lo pertinente o no de la exploración a realizar en presencia de pacientes o familiares, elaborar informes deficientes o extravíarlos, omitir una información adecuada al paciente sobre los riesgos, complicaciones a los que se expone así como no pedirle su autorización para ejecutar el examen, son, sin dudas, situaciones que deben evitarse a toda costa, pues constituyen violaciones flagrantes de los principios bioéticos fundamentales de beneficencia y autonomía.

CONCLUSIONES

El explosivo desarrollo de la ciencia y la tecnología en las últimas décadas del pasado siglo ha propiciado la aparición de nuevas formas de encarar las relaciones humanas lo cual incide de forma especial en el área de la salud.

El vertiginoso desarrollo de la Imagenología como especialidad médica ilustra el complejo escenario en que se desenvuelve hoy la relación médico-paciente en el marco de la Revolución Científico Técnica que ha creado nuevas expectativas, posibilidades y contradicciones: una creciente especialización, fragmentación y despersonalización de la atención médica, fenómeno matizado por las características ideológicas y socioeconómicas de la sociedad que se analiza.

La relación médico-paciente en el ámbito de la imagenología consta de ciertas peculiaridades que deben ser conocidas por estos profesionales, puesto que del logro de una adecuada relación médico-paciente depende en gran medida la calidad del proceso diagnóstico y la satisfacción del paciente.

La relación médico-paciente está permeada de situaciones conflictivas de diversa expresión, que rebasan la relación interpersonal, y se complejizan con la participación de entes institucionales y sociales.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Colectivo de autores. Problemas filosóficos en la medicina. La Habana, Cuba: 1986.vol. III p. 67-101.
2. Colectivo de autores. Bioética desde una perspectiva cubana. 2nd ed. La Habana, Cuba: Centro Félix Varela; 1998. p. 105-11, 112-23, 168-69.
3. Rodríguez Arce MA. Relación médico-paciente en diferentes situaciones de salud. En: Relación Médico-paciente. La Habana, Cuba: Editorial Ciencias Médicas; 2008.p.62-4.
4. Colectivo de autores. Lecturas de filosofía, salud y sociedad. La Habana, Cuba: Editorial Ciencias Médicas;2000. p. 33-43, 57-78, 128-133.
5. De la fuente R. Psicología médica. Méjico: Fondo cultura económica; 2000.p. 26-27.
6. Pérez Pérez OA manera de epílogo: la medicina de hoy los desafíos del siglo xx. En: De los albores a los albores: un recorrido por la historia. La Habana: Editorial Ciencias Médicas;2010. p.539-41.
7. Henríquez Pérez VB. Bioética para la sustentabilidad. La Habana, Cuba: Publicación Acuario; 2002.
8. Pérez Pérez O. Algunos aspectos de la tecnociencia. En: De los albores a los albores: un recorrido por la historia. La Habana: Editorial Ciencias Médicas;2010. p. 385-95.
9. Tarajano Márquez JM. Algunas consideraciones bioéticas sobre la información a pacientes de los resultados positivos de cáncer de mama en estudios mamográficos. Rev Méd Electrón. [Seriada en línea] 2010;32(6).Disponible en: URL: <http://www.revmatanzas.sld.cu/revista%20medica/ano%202010/vol6%202010/tema09.htm>. [consultado: junio 2011]
10. Gonzalez Fraga MJ, Herrera Rodríguez ON. Bioética y nuevas tecnologías: telemedicina Rev Cubana Enfermer. 2007; 23(1):2.
11. González Menéndez R. Relación equipo de salud-paciente-familia. Aspectos éticos y tácticas. La Habana, Cuba: Editorial Ciencias Médicas; 2005.p.47-71.

12. Beauchamp T, McCullough Laurence B. Ética médica: las responsabilidades morales de los médicos. España: Editorial Labor; 1987.
13. Irving A. Breast cancer. USA: McGraw Hill company; 1987.

BIBLIOGRAFÍA

- Álvaro S. Información al enfermo oncológico: los límites de la verdad tolerable. Valladolid: Hospital de Valladolid; 1998.
- Martínez Carballo M. El desarrollo tecnológico y su impacto en el diagnóstico del glaucoma. Rev. misión milagro [serie en internet]. 2009; 3(2). Disponible en: <http://www.misionmilagro.sld.cu/vol3no2/inv3210.php> [consultado: junio 2011]
- Jover JJ. Ciencia, Tecnología y Sociedad. En: Problemas Sociales de la Ciencia y la Tecnología, GESOCYT La Habana, Cuba: Centro Félix Varela; 1994 p.83-116.
- Gálvez AM. La categoría equidad en salud. En: Bioética desde una perspectiva cubana. La Habana, Cuba: Centro Félix Varela; 1997.
- Prieto Ramírez D, Aguirre del Busto R. La salud como valor social. En: Filosofía, salud y sociedad. Camaguey, Cuba: Proyecto editorial CENDECSA; 1999.
- Barreiro Ramos H, Barreiro Peñaranda A. La responsabilidad profesional del médico. Rev Cub Med Gen Integr. 2005; 21:1-2.
- Bejarano P, De Jaramillo I. Morir con dignidad. En: Fundamentos del cuidado paliativo: atención interdisciplinaria del paciente terminal. Bogotá, Colombia: Laboratorios ITALMEX; 1992.
- Quintana Torres JL, Álvarez Vázquez J, Flores Rodríguez JL. La medicina como tipo específico de la actividad humana. En: Filosofía, salud y sociedad. Camaguey, Cuba: Proyecto editorial CENDECSA; 1999.
- Colectivo de autores. Ponencias al Simposio "El manejo multidisciplinario de la atención al paciente con dolor y con cáncer terminal". Méjico: Universidad de Guadalajara; mayo 1995.
- MINSAP. Objetivos y Directrices para incrementar la salud de la población cubana hasta el año 2000. La Habana, Cuba: Editorial Ciencias Médicas; 1995.
- Zamora Marín R. Ética: el corazón de la Bioética. Conferencia pronunciada en el taller "Cultura, Fe y Solidaridad: alternativas emancipatorias para un mundo globalizado". 25 de Mayo. Memorias en edición.
- Zamora Marín R. Bioética: nuevos valores para una nueva cultura. La Habana: Centro Juan Pablo II; 1997.

Villamizar E. El cuidado ético del paciente terminal. En: Bejarano P, Jaramillo I de eds. Morir con dignidad. Fundamentos del cuidado paliativo: atención interdisciplinaria del paciente terminal. Bogotá: Laboratorios ITALMEX; 1992.p.65-74.

Llano Escobar, A. El morir humano ha cambiado. Boletín de la OPS. Washington. DC. EUA. v. 108 ns.5 - 6. May – Jun 1990.

Serret Rodríguez B. La atención al paciente terminal. En: Bioética desde una perspectiva cubana. Ciudad de La Habana: Revista Centro Félix Varela. 1997.

Fernández Sacasas J.A. Aspectos éticos de la Educación Médica: Apuntes para una discusión de grupo, Tarija, Bolivia, 2001.

Entrada: 16/2/2012

Aprobado: 12/3/ 2012

Maylin Peña Fernández. Doctora en Medicina, Especialista de Primer Grado en MGI, Residente de Imagenología, Profesora Instructora, Departamento Imagenología, Hospital Militar Central Carlos Juan Finlay, Avenida 31 y 114 Marianao, La Habana, Cuba.