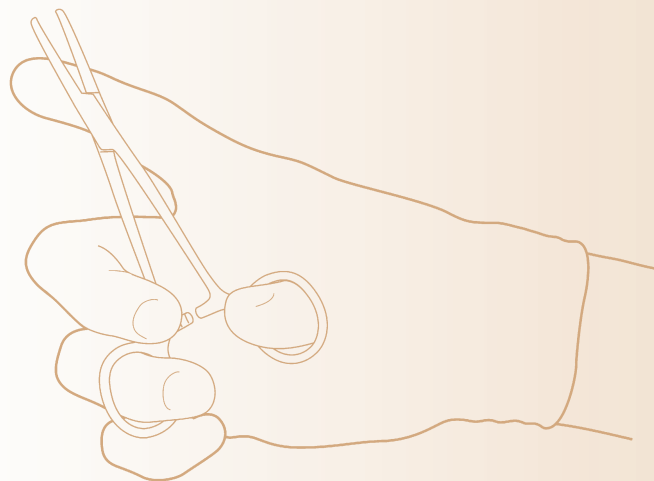


# ÉTICA Y PROFESIONALIDAD EN LA CIRUGÍA

CHERYL E. VAIANI Y HOWARD BRODY



IMPORTANCIA DE LA ÉTICA EN LA CIRUGÍA  
 ASISTENCIA AL FINAL DE LA VIDA  
 SENSIBILIDAD CULTURAL  
 TOMA DE DECISIONES COMPARTIDA  
 PROFESIONALIDAD  
 CONCLUSIÓN

## IMPORTANCIA DE LA ÉTICA EN LA CIRUGÍA

Aunque los preceptos éticos de respeto a las personas, beneficencia, ausencia de maledicencia y justicia han sido fundamentales para la práctica de la medicina desde tiempos inmemoriales, la ética ha asumido una posición cada vez más visible y codificada en el cuidado de la salud en los últimos 50 años. La Joint Commission, los tribunales, las comisiones presidenciales, los planificadores de las facultades de medicina y del programa de residencia, las organizaciones profesionales, los medios de comunicación y el público han luchado para dirigir la acción en asuntos de asistencia sanitaria. La explosión de tecnología y conocimientos médicos, los cambios en la disposición organizativa y la financiación de los sistemas sanitarios y los desafíos a los preceptos tradicionales inherentes al corporativismo de la medicina han creado nuevas cuestiones éticas.

La práctica de la medicina o la cirugía es, en su eje, una actividad de carácter moral. Aunque la aptitud y la habilidad quirúrgica son cruciales, también lo son las dimensiones morales de la práctica del cirujano. Según el sociólogo Charles Bosk, las acciones del cirujano y el resultado del paciente están más estrechamente ligados en la cirugía que en la medicina, y ese nexo cambia de forma notable la relación entre el cirujano y el paciente.<sup>1</sup> El cirujano y humanista Miles Little ha señalado que hay un dominio moral diferenciado dentro de la relación cirujano-paciente. Según Little, «estudiar y negociar la realidad de la categoría de la recuperación, negociar la proximidad inherente de la relación, revelar la naturaleza de la dureza de la prueba, ofrecer y proporcionar apoyo a lo largo de su curso y posicionarse en favor del otro en el amplio contexto del encuentro quirúrgico, son ideales sobre los que construir una ética quirúrgica especial».<sup>2</sup> Como la intervención quirúrgica es una experiencia extrema para el paciente, los cirujanos tienen una oportunidad única de comprender las historias de sus pacientes y de apoyarles en este contexto. La virtud y el deber de la presencia comprometida, como describe Little, se extienden más allá de una personalidad cálida y amistosa y pueden enseñarse mediante preceptos y el ejemplo. Aunque Little no identifica específicamente la confianza como un componente de la presencia del cirujano, parece

inherente a la profunda moral de la relación cirujano-paciente. Durante la intervención quirúrgica el paciente está en una situación totalmente vulnerable y es necesario un alto nivel de confianza para que ponga su vida directamente en las manos del cirujano. Tal confianza, a su vez, requiere que el cirujano luche por actuar siempre de forma que sea digna de confianza.

Desde el Juramento Hipocrático hasta la declaración de 1847 de la American Medical Association de principios médicos y hasta el presente, en los preceptos éticos tradicionales de la profesión médica ha primado el bienestar del paciente. El American College of Surgeons se fundó en 1913 sobre los principios de la asistencia de alta calidad del paciente quirúrgico y la práctica ética y competente de la cirugía. El preámbulo de su declaración de principios determina lo siguiente:<sup>3</sup>

El American College of Surgeons se ha implicado de forma profunda y eficaz en la mejora de la asistencia del paciente y de la práctica ética de la medicina. La práctica ética de la medicina establece y asegura un ambiente en el cual se trata a todos los sujetos con respeto y tolerancia; la discriminación u hostigamiento en función de la edad, la preferencia sexual, el sexo, la raza, la enfermedad, la incapacidad o la religión, están proscritos como incompatibles con los ideales y principios del American College of Surgeons.

El Código de conducta profesional continúa así:<sup>4</sup>

Como miembros del American College of Surgeons, apreciamos la confianza que nuestros pacientes han depositado en nosotros, porque esta confianza es parte integral de la práctica de la cirugía. Durante el proceso continuo del pretratamiento, intratratamiento y tratamiento postoperatorio, aceptamos las responsabilidades en:

- Servir como partidarios eficaces de las necesidades de nuestros pacientes.
- Revelar las opciones terapéuticas, incluidos sus riesgos y beneficios.
- Revelar y resolver cualquier conflicto de intereses que pueda influir en las decisiones respecto a la asistencia.
- Mostrarse sensible y respetuoso con los pacientes, comprendiendo su vulnerabilidad durante el período perioperatorio.
- Revelar todos los acontecimientos adversos y errores médicos.
- Reconocer las necesidades psicológicas, sociales, culturales y espirituales de los pacientes.
- Englobar dentro de nuestra asistencia quirúrgica las necesidades especiales de los pacientes terminales.
- Reconocer y apoyar las necesidades de las familias de los pacientes.
- Respetar el conocimiento, la dignidad y la perspectiva de otros profesionales sanitarios.

Estas mismas expectativas se repiten en las competencias básicas del Accreditation Council for Graduate Medical Education que los programas de formación médico-quirúrgicos esperan conseguir: compasión, integridad, respeto y respuesta que superen el interés propio, la responsabilidad y la respuesta a una población diversa de pacientes.<sup>5</sup>

En el pasado las decisiones de los cirujanos eran a menudo unilaterales. Los cirujanos tomaban esas decisiones referidas al beneficio médico con escaso o ningún conocimiento de que el beneficio del paciente podía ser un asunto distinto. La práctica quirúrgica actual reconoce la implicación creciente del paciente en la decisión asistencial y garantiza que el derecho a elegir lo compartan cirujano y paciente. Centrarse en el consentimiento informado, la confidencialidad y las voluntades anticipadas reconoce esta relación modificada entre el cirujano y el paciente. Sin embargo, las dimensiones morales de la práctica de un cirujano se extienden más allá de estos aspectos y abordan los modos en los que el cirujano consciente, competente y ético debe revelar los errores que resultaron en daño a una familia cuando se han producido, equilibrar el papel de defensor del paciente con el de guardián, dialogar con un colega que es demasiado mayor o está demasiado afectado como para operar con seguridad o pensar sobre una innovación quirúrgica. Jones et al.,<sup>6</sup> en un libro de referencia sobre ética quirúrgica, han observado que incluso un asunto tan mundano como el orden de los pacientes en un esquema quirúrgico puede encubrir importantes decisiones éticas.

### ASISTENCIA AL FINAL DE LA VIDA

La asistencia de los pacientes al final de su vida ha acaparado una creciente atención en los últimos años. La década de los noventa se caracterizó por la expansión de los esfuerzos por educar a los médicos e inculcar las prácticas paliativas en las instituciones médicas. Los cirujanos que son conocidos a menudo mejor por ser decididos —para hacer algo— empiezan a reconocer su participación en la asistencia adecuada al final de la vida y a elaborar criterios estándar para la asistencia quirúrgica paliativa. En febrero de 1998, el American College of Surgeons aprobó «The Statement of Principles of Care at the End of Life» (la declaración de principios de asistencia al final de la vida), que incluye aspectos relacionados con la responsabilidad de proporcionar asistencia paliativa y destinada a enfermos terminales adecuada y respetar el derecho del paciente de rechazar el tratamiento y la responsabilidad del médico en abstenerse de usar intervenciones inútiles.<sup>7</sup> En 2000 se creó un grupo de trabajo quirúrgico sobre cuidados paliativos destinado a fomentar la conciencia, la educación y la investigación en cuidados paliativos. En el primero de una serie de artículos respecto a los cuidados paliativos escrita por cirujanos en el *Journal of the American College of Surgeons*, Dunn y Milch<sup>8</sup> han explicado que la cuidados paliativos proporcionan al cirujano una «nueva oportunidad de volver a equilibrar la determinación con la introspección, el desapego con la empatía». También señalan que aunque los cirujanos podrían apreciar de forma cognitiva la necesidad de prestar cuidados paliativos, también presentan a los cirujanos desafíos emocionales difíciles y ambigüedades. En el reconocimiento de este liderazgo en las áreas de los cuidados terminales y paliativos, Robert A. Milch recibió el primer Hastings Center Cunniff-Dixon Medical Award en 2010 por su liderazgo en la asistencia al final de la vida. El Dr. Milch dijo, al aceptar el premio, que «en la medida en que somos capaces de formar parte de esa maravilla, ayudar a curar incluso cuando no podemos curar, atendiendo las heridas del cuerpo y del espíritu, nos vemos elevados y transformados».<sup>9</sup>

### Reanimación en el quirófano

Uno de los aspectos más comprometidos de la asistencia al final de la vida en el paciente quirúrgico tiene que ver con la reanimación.

Las decisiones informadas sobre la reanimación cardiopulmonar (RCP) exigen que los pacientes comprendan de forma precisa su diagnóstico, su pronóstico, la probabilidad de éxito de la RCP en su situación y los riesgos implicados. Los cirujanos rechazan a veces aceptar la solicitud del paciente de no ser reanimado cuando el paciente considera una intervención quirúrgica. Los pacientes con enfermedades terminales pueden desear una intervención quirúrgica por motivos paliativos, alivio del dolor o accesos vasculares aunque no deseen la reanimación si sufren una parada cardíaca. El American College of Surgeons y la American Society of Anesthesiologists han rechazado la suspensión unilateral de las órdenes de no reanimar (NR) en la intervención quirúrgica sin discutirlo con el paciente, pero algunos médicos creen que los pacientes no pueden someterse a una intervención quirúrgica sin ser reanimados y ven la orden de NR como «una petición no razonable que menoscaba el modelo asistencial».<sup>10</sup> Los profesionales sanitarios pueden estar preocupados porque una orden para seguir una RCP pueda extenderse inadecuadamente junto a otras intervenciones críticas, como medidas necesarias para controlar la hemorragia y mantener la presión arterial. También pueden temer no reanimar a pacientes cuya parada sea el resultado de un error médico.

Las discusiones con el paciente o con una persona que lo represente sobre su objetivo asistencial y deseos en diversos escenarios pueden ayudar a guiar la toma de decisiones. Tales conversaciones permiten tomar una decisión mutua que respete la autonomía del paciente y las obligaciones profesionales del médico. Un paciente que rechace la reanimación debido a un estado de salud grave puede verse claramente perjudicado por interponerse en la reanimación mientras esté en el quirófano. Por otra parte, un paciente que la rechace por una (presunta) baja probabilidad de éxito puede cambiar su decisión una vez que entienda los resultados más favorables de la reanimación intraoperatoria.<sup>11</sup> Un médico puede elegir ciertamente transferir la asistencia del paciente a otro médico si no se siente cómodo con la decisión del paciente sobre las intervenciones, pero no debe imponerle su decisión. La RCP no es adecuada en todos los pacientes que sufran una parada cardíaca o pulmonar, aunque ese paciente esté en el quirófano. Los médicos deben desarrollar sus habilidades para transmitir información precisa sobre los riesgos y beneficios de la reanimación a los pacientes y familiares a la luz del estado y pronóstico del paciente, convirtiendo esta discusión en parte habitual del plan de asistencia, y elaborar una relación de equipo adecuada entre el cirujano y el anestesiólogo con el fin de poner en práctica la decisión.

### SENSIBILIDAD CULTURAL

Se ha dicho mucho sobre la cultura de la cirugía y el tipo de personalidad de los cirujanos. El eslogan «cuando dude, corte» es representativo del impulso del cirujano a actuar. Las duras generalizaciones sobre los cirujanos como egoístas, «endiosados» y que actúan como matones son frecuentes. Como una especialidad a menudo estereotipada, los cirujanos deben apreciar con inteligencia la repercusión de la cultura en el encuentro clínico. La interacción entre el cirujano que recomienda un tratamiento quirúrgico y el paciente que cree que el dolor tiene un origen espiritual y no puede tratarse con una operación, es improbable que discurra bien a no ser que el cirujano disponga de las herramientas para comprender y respetar las creencias culturales, los valores y la forma de hacer las cosas del paciente.

La formación en competencia cultural dentro de la asistencia sanitaria es una habilidad clínica esencial en la población estadounidense cada vez más diversa y se ha reconocido e integrado en la educación actual de la profesionalidad médica. Las fuertes pruebas sobre las disparidades raciales y étnicas en la asistencia sanitaria

apoyan la necesidad importante de ofrecer tal tipo de formación. La asistencia centrada en el paciente debe reconocer la cultura como una fuerza importante en el modelado de las expectativas que un sujeto tiene de un médico, las percepciones de la buena y mala salud, la comprensión de la causa de la enfermedad, los métodos de asistencia preventiva, la interpretación de los síntomas y el reconocimiento del tratamiento adecuado. Ser un cirujano con competencia cultural es más que saber sobre culturas específicas; de hecho, el conocimiento cultural debe manejarse con atención para evitar estereotipar o simplificar en exceso. En lugar de ello, la competencia cultural implica la «exploración, empatía y respuesta a las necesidades, valores y preferencias de los pacientes». <sup>12</sup> La autoevaluación es a menudo el primer paso para desarrollar la actitud y habilidad de la competencia cultural. Una interrogación sobre los sentimientos, las creencias y los valores propios, incluidos las suposiciones, los sesgos y los estereotipos, es esencial para ser conscientes de la repercusión de la cultura en la asistencia.

La declaración de la Association of American Medical Colleges sobre competencia cultural considera esenciales las siguientes habilidades clínicas para los estudiantes de medicina: <sup>13</sup>

1. Conocimiento, respeto y validación de valores, culturas y creencias diferentes, incluidos la orientación sexual, el sexo, la edad, la raza, la etnia y la clase.
2. Manejo de la hostilidad y el enfado resultantes de discordancias culturales.
3. Obtención de una anamnesis social y médica válida.
4. Comunicación, interacción y habilidades para la entrevista.
5. Comprensión de las barreras del lenguaje y trabajo con intérpretes.
6. Negociación y habilidades para la resolución de problemas.
7. Diagnóstico, tratamiento y habilidades para fomentar el cumplimiento del paciente.

Hay diversos modelos para una comunicación y negociación eficaz entre culturas <sup>14-21</sup> que ayudan al médico a descubrir y comprender el esquema cultural de referencia del paciente. El instrumento BELIEF de Dobbie et al. <sup>22</sup> es uno de estos modelos:

Creencias (*Beliefs*) sobre la salud: ¿qué causó su enfermedad o problema?

Explicación: ¿por qué sucedió en este momento?

Aprendizaje (*Learn*): ayúdeme a entender su creencia u opinión.

Repercusión (*Impact*): ¿cómo repercute esta enfermedad o problema en su vida?

Empatía: esto debe de ser muy difícil para usted.

Sentimientos (*Feelings*): ¿cómo se siente respecto a esto?

Estos modelos exigen las habilidades de escucha atenta, observación astuta y comunicación diestra dentro del marco del respeto y la flexibilidad por parte del médico. El cruce de la división cultural utiliza las mismas habilidades y rasgos que engendran confianza y satisfacción en el paciente y mejoran la calidad de la asistencia. Como Kleinman et al. <sup>16</sup> han explicado en un artículo clásico, los tipos de preguntas de BELIEF son excelentes para plantearlas en todos los encuentros con los pacientes, y no solo con los pacientes procedentes de culturas muy diferentes. Subrayan la utilidad de considerar cada interacción con el paciente como un tipo de experiencia de cruce de culturas.

### TOMA DE DECISIONES COMPARTIDA

Desde una perspectiva ética y legal, el consentimiento informado está en el corazón de la relación entre el cirujano y el paciente. El término *consentimiento informado* procede de la esfera legal y aún transmite una sensación de legalismo y burocracia a muchos médicos. El término *toma de decisiones compartida* ha adquirido popularidad recientemente.

Es, en todos los sentidos, prácticamente sinónimo de la idea del consentimiento informado, pero indica un contexto clínico y educativo que la mayoría de los médicos encuentra más agradable.

La toma de decisiones compartida es el proceso de educación del paciente y de evaluación de lo que ha entendido, y da el permiso para las intervenciones diagnósticas o terapéuticas. El principio ético subyacente es el respeto por las personas, o autonomía. El consentimiento informado refleja los derechos legales y éticos que las personas tienen para elegir sobre lo que le sucede a su cuerpo de acuerdo con sus valores y objetivos y el deber ético del médico de potenciar el bienestar del paciente.

No hay ninguna fórmula absoluta para obtener el consentimiento informado para una intervención, plan de tratamiento o tratamiento. Un error frecuente es confundir la firma de un formulario de consentimiento con el proceso del consentimiento informado. En el mejor de los casos, el formulario es la documentación de que el proceso de toma de decisiones compartida ha tenido lugar, no un sustituto de tal proceso. El proceso debe incluir explicaciones del médico en un lenguaje que el paciente pueda entender y que le dé la oportunidad de que pregunte y consulte con otros, si es necesario. La aclaración de la comprensión del paciente es una parte importante del proceso de toma de decisiones. Pedir a los pacientes que expliquen con sus propias palabras lo que esperan que suceda y los posibles resultados es mucho más indicativo de su comprensión que su mera capacidad de repetir lo que el médico ha dicho (¿qué entiende sobre la intervención quirúrgica que se le ha recomendado?). Lo ideal es que el proceso permita al médico y al paciente trabajar juntos para elegir un ciclo de tratamiento usando la experiencia del médico y los valores y objetivos del paciente.

Determinar la capacidad de un paciente de participar en la toma de decisiones es una función importante del médico e inherente al proceso del consentimiento informado. Aunque generalmente se supone la capacidad en los pacientes adultos, hay numerosas ocasiones en que la capacidad de tomar decisiones es cuestionable o falta. La enfermedad, los medicamentos y la alteración del estado mental pueden dar lugar a una incapacidad para participar de forma independiente en la toma de decisiones médicas. La capacidad para tomar decisiones tiene lugar a lo largo de un espectro continuo, y cuantos mayores sean las consecuencias de la decisión, es prudente exigir mayor nivel de capacidad. La capacidad de decidir también puede cambiar con el tiempo; un sujeto puede tomar decisiones médicas un día o incluso en un momento particular del día, pero no otro. Probablemente la razón más frecuente para poner en duda la capacidad de un paciente es su rechazo de un tratamiento, procedimiento o plan que el médico considere indicado. El rechazo del paciente es ciertamente un aviso y puede ser un indicador adecuado para evaluar la capacidad, pero no debe ser el único. La determinación de la capacidad debe ser una parte esencial del proceso del consentimiento informado para cualquier decisión.

¿Cómo evalúa mejor el médico la capacidad del paciente? No hay ninguna herramienta de evaluación definitiva de la capacidad. Aunque hay muchas guías y modelos para evaluar la capacidad, suele hacerse con el sentido común a partir de la interacción del médico con el paciente. Las pruebas del estado mental que evalúan la orientación respecto a personas, lugar y tiempo son menos útiles que la evaluación directa de la capacidad del paciente de tomar una decisión médica particular. Preguntas sencillas como estas evalúan la capacidad en el marco clínico de forma más directa. <sup>23,24</sup>

- ¿Qué entiende sobre lo que le está pasando ahora mismo a su salud?
- ¿Qué tratamiento, prueba diagnóstica o procedimiento se le ha propuesto?

## 22 SECCIÓN I PRINCIPIOS BÁSICOS EN CIRUGÍA

- ¿Cuáles son los beneficios y los riesgos?
- ¿Por qué ha decidido usted...?

### PROFESIONALIDAD

Dentro de la ética médica, el tema de la profesionalidad ha recibido una atención creciente en el último decenio más o menos. Aunque los abordajes éticos más habituales se centran en qué decisiones uno debería tomar en una situación particular, la profesionalidad aborda sin embargo cuestiones de fortalecimiento del carácter moral: qué tipo de médico somos, en lugar de qué hacemos o no.

Una forma frecuente de abordar la profesionalidad es enumerar una serie de rasgos de carácter deseable.<sup>25</sup> Casi todas las discusiones sobre la profesionalidad, sin embargo, caen finalmente en dos puntos sencillos. Primero, se piensa que los médicos, en virtud de su práctica, tienen el compromiso moral de colocar los intereses de sus pacientes por encima de los suyos, al menos en un grado considerable. Segundo, enfocar la medicina como una profesión se contrasta con frecuencia con la visión de la práctica médica como un simple negocio.

Los desafíos frecuentes contra la profesionalidad de los cirujanos surgen durante las interacciones con las industrias farmacéuticas y proveedoras de material médico, en los que se puede ganar una recompensa monetaria sustancial por actividades que promuevan los intereses de *marketing* de las compañías, incluso aunque esas actividades no promuevan mejor la salud de sus pacientes. Si queremos que la mayoría de los pacientes reciban asistencia, la necesidad de controlar los costes sanitarios estadounidenses es otro importante desafío de la profesionalidad. ¿Podrán los médicos y sus sociedades profesionales actuar como grupos de presión con intereses especiales, sobre todo volcados en mantener reembolsos generosos para sus procedimientos preferidos, independientemente de las pruebas sobre su eficacia? O, ¿asumirán los médicos el desafío de apoyar la medicina basada en pruebas y tomar el liderazgo en la identificación de procedimientos con escasa eficacia cuyo uso restringido conserve los escasos recursos sanitarios?<sup>26</sup>

### CONCLUSIÓN

Los desafíos de la práctica quirúrgica actual precisan prestar atención no solo a las lecciones del pasado sino a la contemplación del futuro. Los códigos y juramentos tradicionales proporcionan una guía pero son esenciales la reflexión, la autoevaluación y la deliberación sobre lo que significa ser un buen cirujano y cómo debe actuar un buen cirujano. Las actividades educativas deben inculcar las actitudes, los valores y las conductas profesionales que reconozcan y apoyen una cultura de integridad y responsabilidad ética.

### BIBLIOGRAFÍA SELECCIONADA

Brody H: *Hooked: Ethics, the Medical Profession, and the Pharmaceutical Industry*, Lanham, Md, 2007, Rowman & Littlefield.

Examina las relaciones entre los médicos y la industria farmacéutica y cómo se ve amenazada la integridad del profesional de la medicina en esas relaciones.

Cassell EJ: *The Nature of Suffering and the Goals of Medicine*, New York, 1991, Oxford University Press.

Reflexiones de internista con experiencia sobre el sufrimiento y la relación entre el paciente y el médico.

Chen PW: *Final Exam: A Surgeon's Reflections on Mortality*, New York, 2007, Alfred A. Knopf.

Narración de una cirujana del trasplante sobre sus propios miedos y dudas al enfrentarse a la muerte y sobre cómo ayuda a sus pacientes a enfrentarse a ellos.

Gawande A: *Complications: A Surgeon's Notes on an Imperfect Science*, New York, 2002, Metropolitan Books.

Pensamientos de un joven cirujano sobre la falibilidad, el misterio y la incertidumbre en la práctica quirúrgica.

Jonsen AR, Siegler M, Winslade WJ: *Clinical Ethics: A Practical Approach to Ethical Decisions in Clinical Medicine*, ed 7, New York, 2010, McGraw-Hill.

Guía médica de bolsillo estándar sobre la toma de decisiones clínicas y éticas.

May WF: *The Physician's Covenant: Images of the Healer in Medical Ethics*, Philadelphia, 1983, Westminster John Knox Press.

Reflexiones sobre el médico como progenitor, luchador, técnico y educador.

McCullough LB, Jones JW, Brody BA: *Surgical Ethics*, New York, 1998, Oxford University Press.

Diecinueve capítulos sobre ética quirúrgica, que varían desde principios y práctica a investigación e innovación con relaciones económicas e institucionales.

Nuland SB: *How We Die: Reflections on Life's Final Chapter*, New York, 1994, Vintage Books.

Un libro de éxito nacional de un cirujano mayor, escritor e historiador de la medicina.

Selzer R: *Letters to a Young Doctor*, New York, 1982, Simon & Schuster.

Consejo sabio para cirujanos jóvenes de un cirujano y escritor veterano.

### BIBLIOGRAFÍA

1. Bosk CL: *Forgive and remember: managing medical failure*, ed 2, Chicago, 2003, University of Chicago Press.
2. Little M: *Invited commentary: Is there a distinctively surgical ethics?* *Surgery* 129:668-671, 2001.
3. American College of Surgeons: *Statements on principles*, 2004. ([http://www.facs.org/fellows\\_info/statements/stonprin.html](http://www.facs.org/fellows_info/statements/stonprin.html)).
4. American College of Surgeons: *Code of professional conduct*, 2003 (<http://www.facs.org/memberservices/codeofconduct.html>).
5. Accreditation Council for Graduate Medical Education (ACGME): *Common program requirements: General competencies*, 2007. (<http://www.acgme.org/outcome/comp/GeneralCompetenciesStandards21307.pdf>).
6. Jones JW, McCullough LB, Richman BW: *The Ethics of Surgical Practice: Cases, Dilemmas, and Resolutions*, New York, 2008, Oxford University Press.
7. American College of Surgeons' Committee on Ethics: *Statement on principles guiding care at the end of life*. *Bull Am Coll Surg* 83:46, 1998.

8. Dunn GP, Milch RA: Introduction and historical background of palliative care: Where does the surgeon fit in? *J Am Coll Surg* 193:325-328, 2001.
9. Hastings Center: Surgeon and hospice founder accepts Hastings Center Cunniff-Dixon Physician Award, 2011(<http://www.thehastingscenter.org/News/Detail.aspx?id=4422>).
10. Youngner SJ, Cascorbi HF, Shuck JM: DNR in the operating room. Not really a paradox. *JAMA* 266:2433-2434, 1991.
11. Girardi LN, Barie PS: Improved survival after intraoperative cardiac arrest in noncardiac surgical patients. *Arch Surg* 130:15-18, 1995.
12. Betancourt JR: Cultural competence—marginal or mainstream movement? *N Engl J Med* 351:953-955, 2004.
13. Association of American Medical Colleges: Cultural competence education, 2005(<https://www.aamc.org/download/54338/data/culturalcomped.pdf>).
14. Stuart MR, Lieberman JA, III: *The Fifteen-Minute Hour: Applied Psychotherapy for the Primary Care Physician*, New York, 1993, Praeger.
15. Levin SJ, Like RC, Gottlieb JE: ETHNIC: A framework for culturally competent ethical practice. *Patient Care* 34:188-189, 2000.
16. Kleinman A, Eisenberg L, Good B: Culture, illness, and care: clinical lessons from anthropologic and cross-cultural research. *Ann Intern Med* 88:251-258, 1978.
17. Green AR, Betancourt JR, Carrillo JE: Integrating social factors into cross-cultural medical education. *Acad Med* 77:193-197, 2002.
18. Flores G: Culture and the patient-physician relationship: Achieving cultural competency in health care. *J Pediatr* 136:14-23, 2000.
19. Carrillo JE, Green AR, Betancourt JR: Cross-cultural primary care: A patient-based approach. *Ann Intern Med* 130:829-834, 1999.
20. Betancourt JR, Carrillo JE, Green AR: Hypertension in multicultural and minority populations: Linking communication to compliance. *Curr Hypertens Rep* 1:482-488, 1999.
21. Berlin EA, Fowkes WC, Jr: A teaching framework for cross-cultural health care. Application in family practice. *West J Med* 139:934-938, 1983.
22. Dobbie AE, Medrano M, Tysinger J, et al: The BELIEF Instrument: A preclinical teaching tool to elicit patients' health beliefs. *Fam Med* 35:316-319, 2003.
23. Boyle RJ: The process of informed consent. In Fletcher JC, Lombardo PA, Marshall MF, et al, editors: *Introduction to Clinical Ethics*, ed 2, Hagerstown, Md, 1997, University Publishing Group, pp 89-105.
24. Lo B: *Resolving Ethical Dilemmas: A Guide for Clinicians*, ed 3, New York, 2005, Lippincott Williams & Wilkins.
25. Medical Professionalism Project: Medical professionalism in the new millennium: A physician's charter. *Lancet* 359:520-522, 2002.
26. Brody H: Medicine's ethical responsibility for health care reform—the Top Five list. *N Engl J Med* 362:283-285, 2010.