

**UNIVERSIDAD DE CIENCIAS MÉDICAS  
DEPARTAMENTO DE HISTORIA Y FILOSOFÍA  
GUANTÁNAMO**

**DILEMAS ÉTICOS EN LA CIRUGÍA CUBANA ACTUAL**

Dr. Jacinto Robinson Jay<sup>1</sup>, Lic. Fidel Robinson Jay<sup>2</sup>, Dra. Abrahana Cisneros Depestre<sup>3</sup>, Lic. Leovigildo Díaz González<sup>2</sup>, Lic. Niovis Medina Sánchez.<sup>5</sup>

<sup>1</sup> *Especialista de II Grado de Cirugía. Profesor Auxiliar.*

<sup>2</sup> *Licenciado en Filosofía. Profesor Auxiliar.*

<sup>3</sup> *Especialista de II Grado en Coloproctología. Profesor Auxiliar.*

<sup>4</sup> *Máster en Estudios Sociales. Licenciada en Filosofía. Profesor Auxiliar.*

---

**RESUMEN**

Se realiza una revisión bibliográfica con el objetivo de valorar con todo el personal interesado así como lectores en general, algunos de los problemas éticos más recurrentes que se presentan en la práctica de la cirugía cubana contemporánea. De manera tal que sirvan para sus reflexiones en torno a lo que, desde la ética, se debe hacer para proteger integralmente a los pacientes quirúrgicos. Se parte de las más actuales consideraciones de especialistas dedicados al tema, se analizan algunos de los problemas éticos que más se presentan en la práctica de la cirugía cubana actual y las correspondientes reflexiones sobre los mismos, con la intención de que sirvan como punto de partida para hacer todo lo que se debe, en aras del bienestar íntegro de todos.

**Palabras clave:** cirugía, dilemas éticos, bioética, bienestar.

---

**INTRODUCCIÓN**

Dentro de las Ciencias Médicas actuales hay dos temas de insoslayable presencia: uno de los temas de más inusitada actualidad es el de la ética, en su más amplia acepción como ciencia de las relaciones morales entre los hombres, y el otro es el de la bioética como nuevo paradigma

de pensamiento en el ejercicio de la profesión médica. Las interrogantes que a diario deben responderse médicos y pacientes son: ¿Se hizo todo lo que se debía hacer?, ¿Se logró todo el bienestar posible a alcanzar? ¿Se cuidó y salvaguardó integralmente la vida y salud de las personas necesitadas de cuidados? ¿Se respetaron estrictamente los derechos de los pacientes como seres biopsicosociales?

Las dimensiones de estos asuntos son de tal magnitud que cobran invaluable dimensión en la práctica médica contemporánea. La ética en los actos de los profesionales de la cirugía en su relación con los pacientes que, por la función que cumplen en la sociedad, se constituyen en motivos de opinión, de rechazo o de aprehensión.

Si se trata el tema de dilemas éticos de la cirugía cubana actual es con el objetivo de valorar con estudiantes así como lectores en general, que mañana pudiesen resultar profesionales y/o pacientes, algunos de los más recurrentes problemas éticos que se presentan en la práctica de la cirugía cubana contemporánea de manera tal que le sirvan para sus reflexiones en torno a lo que, desde la ética, se debe hacer para proteger integralmente a los pacientes quirúrgicos.

Los recurrentes dilemas que se abordan en este trabajo se relacionan con el cirujano y la práctica profesional, la relación cirujano – paciente, y la atención al paciente quirúrgico y dan cabida a las más disímiles valoraciones de pacientes y profesionales a partir de las decisiones que deben adoptar estos últimos y en breve tiempo posible en beneficio de los primeros.

Se parte de las más actuales consideraciones de especialistas dedicados al tema, se analizan algunos de los más recurrentes problemas éticos que se presentan en la práctica de la cirugía cubana actual y se hacen las correspondientes reflexiones sobre los mismos, con la intención de que sirvan como punto de partida para las respuestas a las interrogantes primeramente planteadas y hacer todo lo que se deba en aras del bienestar íntegro de todos.

## **DESARROLLO**

### **CONTEXTO HISTÓRICO ACTUAL DE LA CIRUGÍA EN EL MUNDO**

La medicina es por esencia una profesión humanística y de servicio. Su definición se encuentra consagrada en la "Declaración sobre la Ética Médica" de la Asociación Médica Mundial, que dice en su artículo 1.1: "La medicina es una profesión que tiene como fin cuidar la salud del hombre y propender por la prevención de las enfermedades, el perfeccionamiento de la especie humana y el mejoramiento de los

patrones de vida de la colectividad, sin distingo de nacionalidad, ni de orden económico, social, racial, político o religioso. El respeto por la vida y los fueros de la persona humana constituyen su esencia espiritual. Por consiguiente, el ejercicio de la medicina tiene implicaciones humanísticas que le son inherentes".

El acto quirúrgico debe ser la manifestación de una ética universal que no admita contradicción; para ello, el paciente debe ser considerado en uso de toda su autonomía, y el cirujano, en ejercicio de plena libertad para obrar con voluntad decidida de hacer el bien y utilizar todos los elementos posibles para lograr el objetivo. Con estas consideraciones se puede afirmar que la especialidad de la cirugía se mueve dentro del precepto hipocrático.

Desde hace mucho tiempo la cirugía dejó de ser un simple arte para convertirse en una ciencia; su práctica es eminentemente intervencionista, ya que afecta profundamente la anatomía y fisiología del organismo, que conlleva a una enorme responsabilidad destacándola entre todas las actividades humanas.

Estos aspectos filosóficos conceptuales que rigen la práctica de esta profesión de pronto se han visto enfrentados a los cambios que surgen a raíz de la llamada crisis financiera de los servicios de salud en el mundo. Entre los factores considerados como causales de este fenómeno, en la literatura internacional aparecen entre otros, la transición demográfica, los cambios en los precios relativos entre los bienes y los servicios, la presencia de seguros o terceros pagadores, y los avances de la tecnología. Aparecen vocablos como mercados, precios, consumidores, productores, contrapuestos al léxico noble del sector salud: salarios, pacientes, profesionales, estando de acuerdo que aquello no va a solucionar el problema.

¿Dónde queda el cirujano en este nuevo contexto?

Definitivamente los años dorados de la práctica quirúrgica ya no volverán, la pérdida del ingreso y de la posición del médico son un hecho; hoy los profesionales de la cirugía en el mundo son un grupo más que lucha valientemente por mantener un ingreso medianamente digno.

Otro factor que contribuye a la proletarización del médico es lo que se ha llamado "empresalización de la medicina", la cual consiste en que, dados los altos costos de los avances tecnológicos de la ciencia médica, cada vez es más difícil para el médico ser el dueño de los medios de producción. A esto se suma el llamado fenómeno de "deshumanización"

de la medicina como consecuencia de la súper especialización que fragmenta al enfermo y atomiza la relación médico – paciente.

## **LA RELACIÓN CIRUJANO-PRÁCTICA PROFESIONAL EN CUBA**

Hoy en día quienes practican la cirugía a nivel nacional se encuentran sujetos a la siguiente contradicción: excelencia del servicio *versus* costos de la práctica. El ejercicio de la profesión médica ha cambiado en una forma dramática en los últimos años y su génesis es multicausal. Dentro de los orígenes de esta situación se considera:

- La crisis económica, que no permite que haya equidad en el acceso a los servicios de salud a nivel mundial y su respectiva repercusión en Cuba pues se encarecen cada vez más los costos por esos servicios que el estado garantiza gratuitamente.
- El impacto de la reforma de la seguridad social de defectuosa implementación, que impide el cumplimiento de los propósitos de la ley.
- La alarmante ausencia de la autoridad del estado y una inadmisibles falla en los mecanismos de control. Hasta ahora, existe la voluntad política para lograr un cambio legislativo verdaderamente significativo. Pero al contrario, las modificaciones que se avizoran en las leyes y decretos reglamentarios se tornan más preocupantes.
- Para quienes laboran en la docencia universitaria y para las sociedades científicas, es preocupante la proliferación de facultades de medicina, cuya autorización de funcionamiento no responde a una política clara en la formación del recurso humano.
- Existencia de programas de postgrado en cirugía general que no cuentan con los requerimientos de docentes, ni de campos de práctica que garanticen la calidad en la formación del especialista.

## **RELACIÓN CIRUJANO-PACIENTE. FUNDAMENTOS HISTÓRICOS Y ÉTICOS**

Los cambios de la tecnología biomédica y de la estructura del sistema de seguridad social, dan como resultado nuevos dilemas éticos que se constituyen en un desafío para los cirujanos y pacientes. Los avances en la tecnología permiten una expansión considerable del tratamiento quirúrgico en situaciones como el trasplante de órganos, sistemas mecánicos de soporte de la vida, técnicas de cirugía endoscópica y el progreso de la imaginología diagnóstica.

La mayoría de los juramentos y códigos que guían la ética médica no provienen de las organizaciones quirúrgicas. El juramento hipocrático excluyó la cirugía; no obstante, en el *corpus hipocrático* se describen numerosos procedimientos quirúrgicos. En las normas éticas establecidas por la Asociación Médica Americana en 1847, tampoco fueron tenidos en cuenta los cirujanos; en este código se criticó a los médicos que reclamaban habilidades especiales y se les rotuló como curanderos.

En el año de 1913 se conformó el Colegio Americano de Cirujanos (ACS), el más grande e influyente colegio médico de esta especialidad en el mundo. Se establecieron los primeros delineamientos éticos para los cirujanos y, desde entonces, los colegiados y becarios confirman la promesa de procurar el bienestar del paciente por encima de todo. En 1994 esta asociación recopiló en un libro de 18 páginas los principios que guían el cuidado de los pacientes y las calidades y privilegios de los cirujanos. Como respuesta al resurgimiento del interés en la bioética que ocasionan las tecnologías nuevas, las presiones económicas y el énfasis en los derechos del paciente, la revista del Colegio Americano de Cirujanos, desde el año de 1998 publica una sección dedicada a temas de bioética.

En Cuba, la asociación de cirujanos viene ganando en autoridad y prestigio tanto internamente como a nivel internacional, tanto por el profesionalismo científico de sus integrantes como por la observancia de las normas éticas que distinguen a los servicios en esta rama de las ciencias médicas a nivel mundial. La celebración en Cuba de eventos internacionales de cirugía ya es frecuente y a ellos acuden, cada vez con mayor asiduidad, prestigiosos colegas del mundo quienes comparten desprejuiciadamente sus conocimientos al tiempo que se nutren con las modestas experiencias que ya acumulan los cirujanos cubanos.

## **PRINCIPIOS Y VALORES DE LA RELACIÓN CIRUJANO-PACIENTE**

Como se menciona anteriormente, los preceptos éticos surgen de una tradición milenaria e incluyen beneficencia, la obligación de ayudar al paciente; la no maleficencia, la obligación de no causar daño por negligencia o intención y la confidencialidad.

Estos conceptos sirven de guía en las relaciones de los médicos con los pacientes a través de 2 500 años. En los códigos de ética derivados del juramento hipocrático se expresa de manera explícita el papel paternalista de la medicina, en el cual, el médico se responsabiliza del acto médico por encima de los derechos del paciente. Como respuesta al paternalismo de la ética médica tradicional y, ante la necesidad de un código de ética que resolviera las dificultades de la vida real en la toma

de decisiones, en la década de los años 60, los eticistas profesionales presentan nuevos métodos de deliberación ética.

Los aportes más prominentes son los de Beauchamp y Childress en su libro "Principles of Biomedical Ethics", en el cual se define qué es un dilema ético- moral, describen sus contenidos y manifestaciones frecuentes argumentando los principios de beneficencia y no maleficencia, los de autonomía y justicia.

Un dilema es un problema que puede resolverse mediante 2 soluciones, ninguna de las cuales es completamente aceptable.

### **¿QUÉ SON LOS DILEMAS MORALES?**

Un dilema moral es una narración breve, a modo de historia, en la que se plantea una situación posible en el ámbito de la realidad pero conflictiva a nivel moral, y se solicita de los oyentes o bien una solución razonada del conflicto o un análisis de la solución elegida por el sujeto protagonista de la historia. por regla general la situación se presenta como una elección disyuntiva: el sujeto protagonista se encuentra ante una situación decisiva ante la cual sólo existen dos, y nada más que dos, opciones (a) ó (b), siendo ambas soluciones igualmente factibles y defendibles. El individuo se encuentra, pues, ante una verdadera e inevitable situación conflictiva.

Un dilema genera cierta duda entre lo que como profesionalmente piensa que debe actuar y lo que moralmente como persona siente que deba actuar, mostrando así una discrepancia de pensamiento. Regularmente un dilema moral se presenta como un caso o relato de alguna situación en especial. Dicha narración es breve, en la que se plantea una situación posible en el ámbito de la realidad pero conflictiva a nivel moral, y se solicita de los oyentes o bien una solución razonada del conflicto o un análisis de la solución elegida por el protagonista de la historia. Por regla general la situación se presenta como una elección disyuntiva: el protagonista se encuentra ante una situación decisiva ante la cual sólo existen dos, y nada más que dos, opciones (a) ó (b), siendo ambas soluciones igualmente factibles y defendibles. El profesional se encuentra, pues, ante una verdadera e inevitable situación de conflicto.

Por otra parte, los principios son tesis esenciales que sirven de punto de partida para la reflexión y el accionar en la realidad, es decir para su conocimiento, interpretación y transformación. En este sentido, los principios de la ética\_médica son los preceptos a partir de los cuales se desenvuelve la ciencia y la práctica en esta rama de las ciencias.

Los principios bioéticos universalmente reconocidos en la ciencia médica en general y en la cirugía en particular son: de beneficencia, no maleficencia, de autonomía y justicia.

Los dos primeros reafirman los preceptos contenidos en los códigos antiguos y velan por los intereses de los pacientes: hacerle el bien y no el mal o al menos el menor daño posible. Los dos últimos principios, de autonomía y justicia, reflejan las teorías modernas de las obligaciones morales no encontradas en la tradición hipocrática.

El principio de la autonomía establece el reconocimiento por parte de los médicos del derecho del paciente para tomar sus propias decisiones con respecto al cuidado de su salud. Esto es contrario al principio de beneficencia contenido en el *corpus hipocraticum*. Por ejemplo, frente a un paciente con una isquemia severa, con gangrena de una pierna, quien rehúsa la amputación, el cirujano se encuentra ante la necesidad de respetar la autonomía del paciente (quien puede rehusar el procedimiento) y riñe con su percepción de médico de velar por lo mejor para el paciente (al asumir que el paciente prefiere continuar con vida).

En este caso, el conflicto de principios no permite al cirujano encontrar con claridad el camino para resolver el dilema; se trata de un conflicto entre dos obligaciones éticas: entre la obligación de curar al paciente por medio de una amputación, y la obligación de respetar el derecho del paciente a rechazar la cirugía.

La naturaleza invasora de la terapia quirúrgica necesariamente determina que la relación entre el cirujano y su paciente requiera de un alto grado de confianza por parte del paciente y de la acción ética por el cirujano. Durante el proceso de evaluación y tratamiento, el poder y el control de la situación clínica son gradualmente transferidos del paciente al cirujano. Idealmente el cirujano y el paciente discuten las opciones terapéuticas y entre los 2 se escoge la mejor elección. Esta transferencia del control sobre los tratamientos difiere sustancialmente en las diversas especialidades de la medicina.

Eticistas destacados como C. H. Emmanuel definen los modelos de relación entre cirujanos y pacientes basados en los principios anteriores, y así proponen los modelos paternalistas, informativos y deliberativos.

En el modelo paternalista el cirujano insiste en la intervención quirúrgica y puede amenazar al paciente con retirar sus servicios, a menos que el paciente los acepte.

En el modelo informativo, el cirujano simplemente se limita a presentarle opciones al paciente para que elija.

Y el tercer modelo, deliberativo, se ubica en una posición intermedia, el cirujano le ayuda al paciente a identificar valores pertinentes con la salud y a elegir entre las diferentes alternativas.

En el caso del paciente con gangrena de la extremidad, al que se hizo referencia con anterioridad, el cirujano, a través de un proceso de educación y discusión, puede ilustrar al paciente acerca de la calidad de vida después de la amputación y así establecer o realzar la confianza en el cirujano y en su juicio quirúrgico.

En las últimas décadas la relación entre los pacientes y los cirujanos ha ido evolucionando de una de carácter paternalista en la cual los cirujanos toman las decisiones por sus pacientes según sus valores profesionales, por una comunicación equitativa de decisión compartida, en la cual el cirujano provee de información al paciente para que tome su propia determinación. El consentimiento informado tiene cuatro componentes claves: transparencia, competencia, comprensión y voluntad.

Otro factor que comienza a influir en el cuidado de los pacientes es el uso de Internet; los cirujanos ya lo utilizan para comunicarse con sus pacientes, pero surgen las siguientes interrogantes:

¿Cómo se garantiza la confidencialidad? ¿Cómo se maneja el seguimiento de los resultados en casos individuales, cómo los índices de recurrencia del cáncer, recidiva de las hernias o los resultados de una cirugía antirreflujo? En este sentido en Cuba, a pesar del desarrollo de las comunicaciones satelitales e inalámbricas y el creciente acceso de la población a estos medios, actualmente se garantiza la adecuada solución de estas interrogantes pues los diagnósticos y resultados conclusivos solo se le dan en entrevista médica presencial con el paciente y/o sus familiares.

Los 3 aspectos éticos centrales en la práctica quirúrgica moderna son:

- La competencia clínica.
- El respeto por las decisiones de los pacientes en cuanto se refiere al cuidado de su salud
- La salvaguarda de las prioridades de las necesidades de los pacientes frente a los cambios sociales, económicos y políticos.

En la práctica clínico-quirúrgica se debe combinar la habilidad técnica y la sensibilidad ética, las que unidas constituyen el arte de la cirugía.

## **ATENCIÓN DEL PACIENTE QUIRÚRGICO**

En la sociedad capitalista actual, el cirujano debe afrontar problemas éticos especiales que se tornan desafiantes, como son: la enseñanza de la cirugía, la innovación quirúrgica y el papel del cirujano en la atención gerenciada. El doctor Francis Moore del Departamento de cirugía de la Universidad de Harvard plantea los siguientes interrogantes:

¿Es apropiado que una compañía aseguradora, apoyada por algunos médicos, determine las reglas de juego para la selección de personas que deben ser matriculadas como pacientes y tomar decisiones para su cuidado?

¿Puede éticamente el cirujano entregar las 2 prerrogativas de selección y decisión a las compañías aseguradoras?

¿Éticamente se puede excluir a los pacientes necesitados de cuidado y dejarlos de su independencia?

El proceso de "atención gerenciada" para controlar los gastos médicos por medio de sistemas alternativos de pagos ha alterado fundamentalmente la relación cirujano-paciente en el mundo globalizado neoliberal de nuestros días. Mechanic y Schlesinger argumentan que esta clase de atención debilita la confianza de los pacientes por 3 mecanismos: los incentivos financieros, forma de utilización y estructura de la atención. La injerencia en las decisiones y la regulación que ejercen las aseguradoras genera trabajo adicional al cirujano y crea dilemas éticos difíciles; como en el caso de dar de alta a un paciente el mismo día en que le practique una colecistectomía laparoscópica.

En Cuba, la atención subsidiada por el estado elimina todas estas violaciones éticas aun en los momentos actuales de gran carencia de recursos financieros por los que atraviesa el país. La voluntad política de salvaguardar la vida y el bienestar de toda la población hace que se tenga en un segundo plano la carestía de las intervenciones quirúrgicas aunque se lucha desde la ética por hacer más racionales y efectivas las relaciones costos- beneficios.

La destreza, la pericia y la experiencia del cirujano le dan seguridad al paciente. El conflicto entre los propósitos del cirujano y la ética profesional en la atención quirúrgica, se hace evidente cuando se trata a pacientes con enfermedades crónicas o sin amparo familiar, así como en la toma de decisiones clínicas que implican procedimientos costosos o innovadores.

Por otra parte, los cirujanos ven enfrentados los análisis de costos que hacen de los servicios de su práctica, con los privilegios institucionales de los hospitales, creándose así un conflicto con sus responsabilidades. La implementación de protocolos y guías de manejo no puede transformarse en una mordaza que impida al cirujano ejercer su actividad profesional a favor del paciente; estas pautas de uso clínico que se utilizan actualmente limitan, de alguna manera, el trabajo profesional del cirujano y la opción de elección por el paciente equivale a una toma de decisiones por fuera del contexto de la relación cirujano - paciente.

Mechanic y Schlesinger argumentan que estos cambios en la estructura del cuidado de la salud debilitan dramáticamente la relación cirujano-paciente; el efecto de estos conflictos éticos se refleja en más cirujanos desanimados, en unos pacientes angustiados y en un juicio clínico ensombrecido por la fuerza económica de terceros pagadores. Se tiene, por consiguiente, una obligación ética con los pacientes y con nosotros mismos de fortalecer y ameritar la confianza que aquellos tienen en nosotros.

En este sentido se considera oportuno recalcar lo decidido por La Sociedad Cubana de Cirugía en su XI Congreso Cubano de Cirugía. Taller internacional de Cirugía Torácica no cardiaca. "Por la calidad de vida y seguridad del paciente quirúrgico", que se celebró del 1º al 4 de Noviembre del 2010, en el Palacio de Convenciones de La Habana, Cuba.

Y en el .Evento Internacional de Cirugía celebrado en Cienfuegos 2010, que recogió la posición de los cirujanos honestos del mundo y que fue acogida por los cirujanos cubanos como su obligación más elemental:

"Buscar honestamente en el ejercicio de nuestra misión, cualquiera que sea la circunstancia en que se nos coloque desde fuera y según nuestro leal saber y entender, el bien del paciente, haciendo caso omiso de las consecuencias que nuestra actitud honrada pueda tener en el campo administrativo o legal".

## **CONSIDERACIONES FINALES**

El ejercicio de la medicina no solo exige la bondad técnica sino también la ética. Además de ser un buen técnico, el médico cirujano tiene que ser un técnico bueno. Es decir, además de correctos, sus actos tienen que ser buenos.

Un acto quirúrgico será correcto cuando esté hecho con pericia y técnica, y será bueno cuando además cumpla con las exigencias de la

ética. El cirujano debe ser un hombre ético. Sus actos técnicos son siempre, en uno u otro sentido, éticos.

Para los cirujanos cubanos es un imperativo la observancia estricta de la ética y el cumplimiento de los códigos que así la establecen como alternativa única de hacer todo el bien posible a los pacientes quirúrgicos ante las graves afectaciones que sufre el servicio de cirugía como consecuencia de la compleja situación económica en que se desenvuelve el país.

## **BIBLIOGRAFÍA**

1. Academia Nacional de Medicina. Pronunciamento frente a la ley 100 de diciembre de 1993. Colombia, 9 de marzo de 2000.
2. Asociación Médica Mundial. Declaración sobre la Ética Médica. Ginebra: OMS; Octubre de 2003.
3. Beauchamp TL, Childress JF. Principles of Biomedical Ethics. 3ªed. New York : Oxford University Press; 2006.
4. Blume E. Hippocratic Oath versus Managed care: physicians caught in ethical squeeze. Nat'l Cancer Inst. 2007; 89: 543-5.
5. Castaño RA, Reyes D, editores. Ética y reformas a la salud. Fundación Creer. Editorial Precolombina; 1999.
6. Chacón Arteaga N. Ética y bioética desde una perspectiva martiana. Honda. 2008; (24).
7. Comitê Nacional de Ética Médica. Sobre ética médica. La Habana: Editorial Ciencias Médicas; 2001.
8. Delgado Díaz C. Hacia un nuevo saber: La bioética en la revolución contemporánea del saber. Revista Colombiana de Bioética. 2008; 3(2).
9. Delgado Díaz C. La revolución contemporánea del saber [internet]. Buenos Aires Argentina: Colección Campus virtual de CLACSO; 2006[citado 22 septiembre 2010]. Disponible en: <http://bibliotecavirtual.FLACSO.org.ar/ar/libros/grupos/soto/soto.pdf>
10. Emanuel EJ, Emanuel LL. Four models of the physician patient relationship Ed. JAMA. 1992 Apr; 267(16):2221-6.

11. Engels F. El origen de la familia, la propiedad privada y el Estado. En: Obras Escogidas. tIII. Moscú: Progreso; 1976.
12. Gracia D. Bioética Clínica. 3ªed. Santa Fe de Bogotá, Colombia: Editorial El Búho; 2008.
13. Hanlon CR. Ethics in surgery. *J Am Ed Coll Surg*. 2008; 186: 41- 9.
14. Mechanic D, Schlesinger M. Impact of managed care on patients trust. *JAMA*. 1996;275:1693-1697.
15. Moore F. Ethical problems special to surgery. *Arch Surg*. 2008; 135: 14 – 6.
16. Núñez Jover J. Relación entre ciencia y bienestar humano. *Honda*. 2008; (24).
17. Núñez Jover J. Reflexiones sobre ciencia, tecnología y sociedad. La Habana: Editorial Ciencias Sociales; 2008.
18. Núñez Jover J. La ciencia y la tecnología como procesos sociales. La Habana: Editorial Félix Varela; 1999.
19. Patterson R H. A code of ethics. *Neuro Surg*. 2006; 65: 271 – 7.
20. Pellegrino ED. The metamorphosis of medical ethics: 30 years retrospective. *JAMA*. 2003; 169: 1158 – 62.
21. Sociedad Cubana de Cirugía. XI Congreso Cubano de Cirugía. Taller internacional de Cirugía Torácica no cardiaca. Por la calidad de vida y seguridad del paciente quirúrgico. 1º al 4 de Noviembre. La Habana: Palacio de Convenciones; 2010.
22. Guevara-López U. El imperativo ético, de ser éticos. *Revista Mexicana de Anestesiología* [internet]. 2011[citado 22 septiembre 2010]; 34(1): 5-8. Disponible en: <http://www.medigraphic.org.mx>