

La enseñanza de bioética en medicina: Una propuesta de desarrollo curricular

AZUCENA COUCEIRO V. MD. PHD.* y MARIO MUÑOZ R. MD.**

1. La Bioética, nueva disciplina académica

Una de las características esenciales sobre la que descansa el contrato social de las profesiones es el conocimiento cualificado de los profesionales. La formación adecuada es requisito imprescindible para ser profesional. En el proceso educativo los estudiantes deben adquirir las competencias necesarias para llegar a ser "profesionales".

Las Facultades de Medicina, consecuentes con su responsabilidad social, tienen que formar el tipo de profesional que la sociedad necesita. Sus graduados deben poseer las características esenciales de la profesión, pero también conocer las características específicas de su entorno cultural y social. Todo ello perfila algunos de los problemas de la tipificación de la Bioética como una nueva disciplina del currículum de Medicina.

Por un lado mostraremos que es el propio entorno cultural y social el que introduce graves confusiones sobre lo que es la Bioética y, por otra parte, que su enseñanza se debe insertar en la misma lógica que la del resto de las materias, en el marco de un currículum basado en competencias, y utilizando como metodología principal el aprendizaje basado en problemas. Dicha metodología fue sistematizada, desde finales de los años sesenta, por la facultad de McMaster, en Hamilton, Ontario, Canadá¹, cuyos métodos son consecuentes con lo que la investigación en psicopedagogía conoce sobre el razonamiento y el aprendizaje^{2,3}.

Esta disciplina tiene su origen en la cultura norteamericana, en la que el principio de "libertad moral" rige la vida política desde el siglo XVIII, y se aplica tanto en el orden religioso (principio de libertad religiosa) como en el político (principio de democracia). El punto de partida es que todo ser humano es un agente moral autónomo, y que por ello debe ser respetado por todos los que mantengan posiciones morales distintas. Ninguna moral puede imponerse a las personas

en contra de su conciencia. De aquí que la ética civil y social no se pueda construir sólo por un grupo determinado, sino que debe ser el resultado del consenso deliberativo logrado por todos los ciudadanos, por todos los agentes morales, mediante las reglas propias del sistema democrático. Aplicar todos estos supuestos a la relación clínica es, precisamente, lo que genera la aparición de la Bioética.

Las sociedades en cuya vida civil cotidiana no se tienen tan claros estos supuestos tienden a confundir la Bioética con la Religión, con la Deontología profesional, o con el Derecho. La primera confusión es un error tan grave como frecuente, y que, entre otros, nos conduciría a negar el respeto a un derecho descubierto en la Modernidad y plasmado en las Constituciones de nuestros países: el derecho a la libertad de conciencia.

La segunda confusión deriva de entender que hay un único tipo de valores a tener en cuenta en la relación clínica, los valores que los profesionales han plasmado en sus códigos deontológicos. Esta afirmación se ha podido mantener durante mucho tiempo en el seno de sociedades jerárquicas, en las que la relación médico paciente ha sido paternalista y absolutista, pero con la introducción de los regímenes democráticos las sociedades caminan hacia el pluralismo moral. Sociedad plural es aquella en la que los ciudadanos comparten unos mínimos que les permiten tener una base común para ir construyendo desde ellos el mundo que les circunda. Tales mínimos pueden concretarse en el respeto a los derechos humanos de la primera, segunda y tercera generación, o lo que es lo mismo, en los valores de libertad, igualdad y solidaridad.

Estos mínimos éticos se plasman en las Constituciones de cada país, y en aquellas normas legislativas que desarrollan los derechos constitucionales, de forma que todos los ciudadanos estamos obligados a cumplirlas, porque además creemos

* Médico. Profesora Universidad Autónoma de Madrid, España. Magíster en Bioética. Doctora en Ciencias Sociosanitarias. Profesora de Teoría e Historia de la Medicina. Profesora Visitante, Facultad de Medicina - Universidad de Concepción (Chile).

** Profesor Titular de Psiquiatría. Vicedecano, Facultad de Medicina. Universidad de Concepción (Chile). Miembro del Comité Técnico de Medicina - Comité Nacional de Acreditación del Pregrado (CNAP) (Chile).

que es lo mejor y más justo para nuestra sociedad⁴. Es así que derechos como el de la libertad de conciencia, o el derecho a la asistencia sanitaria, también son vinculantes en la relación clínica, e introducen nuevos valores, como la autonomía del paciente, o la justicia distributiva aplicada a los recursos sanitarios, que deben ser tenidos en cuenta.

Los profesionales, como ciudadanos que somos, estamos obligados a su cumplimiento. No es posible una “moral especial”, de un grupo profesional, que contradiga lo que toda la ciudadanía ha establecido como un mínimo irrenunciable en nuestra sociedad. No tiene sentido, ni ético ni jurídico, que los profesionales estipulen sus propios códigos de valores al margen de la sociedad. Hoy es inadmisibles no respetar en la relación clínica los valores básicos para la ética cívica. Este cambio también ha impregnado y modificado el concepto de “profesión” en el siglo XXI, y para expresarlo se ha acuñado un nuevo concepto, el de “profesionalismo”. Se entiende por tal el conjunto de principios y compromisos para mejorar los resultados en salud del paciente, y maximizar su autonomía, creando relaciones caracterizadas por la integridad, la práctica ética, la justicia social y el trabajo en equipo⁵⁻⁷.

Por tanto, la Bioética no es Deontología profesional sino ética cívica, y como tal presupone la introducción en la medicina de los valores democráticos que fundamentan la vida civil de las sociedades occidentales desde hace siglos⁸. Sin duda, el alumno tiene también que conocer las obligaciones que comporta formar parte de un cuerpo profesional⁹, pero esta parte de la ética debe impartirse al final de la carrera, cuando ya se está finalizando el proceso de formación, y es inminente la incorporación del alumno a la profesión médica.

La Bioética es una nueva disciplina académica que ha sido, de entre todas las Humanidades Médicas, la que más se ha desarrollado, y probablemente la que exigen con mayor urgencia los planes de estudios de Medicina para dotar a sus alumnos de las competencias que les permitan manejar los conflictos de valores de una relación clínica auténticamente democrática¹⁰⁻¹².

2. La enseñanza de la bioética

La profesión médica se puede definir en términos de capacidades para actuar (competencias). Un profesional debe poseer capacidad de reflexión en la acción y tras la acción. Debe ser un sujeto altamente cualificado, capaz de afrontar situaciones con múltiples problemas interrelacionados, y en muchas ocasiones indefinidos, para los que no siempre dispone de suficiente información antes de la actuación, que a menudo debe realizarse en

condiciones de riesgo y con posibles conflictos éticos¹³. En estas condiciones, asumir responsabilidades en beneficio del paciente requiere haber desarrollado una capacidad técnica, un temple caracteriológico y una capacidad reflexiva y evaluativa de las situaciones.

Este complejo aprendizaje no se consigue sólo mediante la adquisición de contenidos, sino mediante la inmersión en contextos concretos. Hay que organizar el aprendizaje de manera que se produzca en las situaciones de trabajo profesional lo más reales posibles, salvaguardando a la vez la integridad y derechos de los pacientes. Esto se logra, a nuestro juicio, en el marco de un currículo basado en competencias, y utilizando preferentemente la metodología educativa que se conoce como aprendizaje basado en problemas¹⁴. Como veremos más adelante, la competencia para identificar y resolver conflictos éticos, una de las competencias esenciales mínimas establecidas por el “Institute for International Medical Education”, se puede adquirir adecuadamente con este modelo¹⁵.

La generación de nuevos profesionales de la Medicina implica convertir a un grupo de jóvenes en individuos que muestren consistentemente conductas coherentes en situaciones que se refieren a la salud. Dicha coherencia se consigue tras la adquisición de conocimientos, desarrollo de las habilidades necesarias para ponerlos en práctica, e internalización de los valores que son el soporte de actitudes profesionales. Conocimientos, habilidades y actitudes son los tres componentes claves de todo proceso de aprendizaje.

En Bioética existe un conjunto amplísimo de *conocimientos* que constituyen el cuerpo de la disciplina, que se pueden enseñar mediante las clases teóricas. Estos conocimientos no son mera especulación sin relevancia práctica, sino que constituyen el andamiaje básico que hace posible la adquisición de habilidades. El alumno logrará así las competencias para actuar sobre los conflictos éticos que laten en la vida diaria de las profesiones sanitarias, y también para analizarlos críticamente y tomar decisiones que sean éticamente consistentes. Es decir, lograr las competencias que le permitan analizar y resolver los conflictos éticos de forma racional y prudencial.

Existe bastante acuerdo en que la adquisición de competencias constituye el objetivo inmediato de todo proceso formativo en esta materia, pero mal se pueden desarrollar las habilidades que le son inherentes si no existe un mínimo de conocimientos. Ahora bien, tampoco sirve de mucho que un alumno conozca la teoría de la bioética si no sabe cómo aplicarla críticamente para analizar un caso clínico.

Vale decir que los dos niveles son complementarios, pero también que presentan sus diferen-

cias, pues no es lo mismo saber en teoría cuáles son los elementos del consentimiento informado, que tener la destreza práctica para llevar a cabo este proceso con cada paciente. Hay, pues, un objetivo de conocimientos y otro de adquisición de habilidades, que deben plantearse conjuntamente en la formación del alumno (Tabla 1).

Por último cabe preguntarse si la Bioética puede o debe inducir un cambio de actitudes. La mayor parte de los autores han venido contestando a esta cuestión negativamente, y no sólo debido al peligro de intentar “adoctrinar” o manipular a las personas, sino también porque las actitudes fundamentales, o el carácter moral de los estudiantes de Medicina, ya está formado cuando entra en la universidad. Así lo destaca, entre otros, un trabajo ya clásico sobre la enseñanza de la Bioética, firmado por nueve de los más representativos bioeticistas norteamericanos¹⁶.

Durante el período de formación en Medicina, los programas de enseñanza de la Bioética tienen que enseñar conocimientos y habilidades, pero no directamente actitudes. A nuestro juicio, y a diferencia de la tesis de los autores norteamericanos, un proceso formativo en Bioética también transforma las actitudes y el carácter moral de las personas. Ahora bien, esa modificación es secundaria al propio proceso de aprendizaje de conocimientos y habilidades, y no directamente inducida. El solo hecho de ser capaz de identificar los conflictos éticos de la práctica clínica, y de poder dar respuestas racionales y prudentes a dichos conflictos, conduce a que el alumno interiorice un procedimiento, una forma de actuación ante los valores implicados en la relación clínica.

A modo de ejemplo, si el alumno conoce la teoría del consentimiento informado –origen, fundamento y elementos-, y se ha formado en la habilidad comunicativa de la entrevista clínica y el apoyo emocional, interiorizará una actitud de receptividad ante este proceso. Sólo de esta manera, capacitado para responder a este derecho del

paciente, superará la “burocratización” del proceso que lo reduce a la firma de un documento, muchas veces con un contenido que nadie le ha explicado al paciente, y que por ello carece tanto de validez ética como jurídica.

Se obtiene así un cambio, ya que la adquisición progresiva de competencias conduce a una mayor responsabilidad. Y es que todo programa docente en Bioética acaba girando en torno al concepto de profesional responsable y capacitado.

Una docencia con esta orientación es el mejor antídoto frente a dos extremos. Uno, el de adoctrinar, manipular o imponer; el otro, el de reducir esta formación a una mera información. Educar las actitudes mediante los conocimientos y las habilidades no sólo es posible, sino que constituye la manera más correcta de orientar el aprendizaje de la Bioética en personas adultas¹⁷. También es la forma de no descuidar el llamado “currículo informal”, que se refiere al proceso de transformación individual que tiene lugar como consecuencia de las situaciones e interacciones humanas no estrictamente académicas, y que es el que parece tener un mayor poder condicionador de las conductas¹⁸.

Es notorio que los alumnos pueden sufrir una importante transformación negativa a su paso por la carrera de Medicina. La experiencia humana y docente puede no sólo potenciar, sino inhibir el desarrollo moral de los estudiantes¹⁹. La razón es que perciben una clara distancia entre lo que se les comunica verbalmente como los “valores adecuados” y los ejemplos profesionales que observan en el campo clínico. Las actitudes, conductas y comentarios que perciben les revelan los valores de fondo que, en realidad, aplican los profesionales en ejercicio. Este currículo informal da lugar a un estilo de trato y a un conjunto de normas grupales que ejercen una imprimación en el carácter del futuro profesional²⁰.

La creación de hábitos reflexivos y la adquisición de competencias en Bioética debería ser la

Tabla 1. Formación en Bioética, Objetivos y Fases

Objetivos	Fases
a) Capacitar a los alumnos para reconocer los aspectos éticos de su práctica asistencial, e identificar los conflictos morales y los valores en juego.	· <i>1ª fase: sensibilización. Receptividad y atención respecto de los aspectos éticos en la práctica clínica.</i>
b) Proporcionar a los alumnos los conocimientos básicos que les permitan analizar crítica y sistemáticamente estos aspectos.	· <i>2ª fase: se pueden dar respuestas razonadas y prudentes a esos mismos aspectos.</i>
c) Desarrollar las habilidades prácticas que les permitan integrar estas dimensiones en el proceso de toma de decisiones, y ser capaces de argumentarlas de manera racional	· <i>3ª fase: incorporación de esta actitud (expectativa de comportamiento) a la propia jerarquía de valores personales.</i>

forma mediante la cual, las instituciones docentes, estimulen un desarrollo moral positivo.

3. Desarrollo curricular: fundamento y niveles

A principios del siglo XX apareció la primera declaración sobre cómo debe estructurarse un modelo curricular para la formación médica²¹. Esta referencia, ya casi centenaria, es importante por ser el origen del programa en dos ciclos, básico y clínico, que ha marcado la formación de los médicos en casi todo el mundo²². También ha sido fuente de tensiones, tanto por la dificultad de integrar coherentemente ambos niveles, como por la incapacidad de asumir la formación en la mayoría de las competencias transversales (actitudes profesionales, aprendizaje a largo plazo, comunicación, etc.).

La búsqueda de alternativas en el intento de mejorar la integración entre los aspectos básicos y clínicos se inicia en los años 50, con el currículo integrado por sistemas de la Case Western Reserve University, en Cleveland. Pero el paradigma de la modernidad lo ostenta la Universidad de McMaster, introduciendo a finales de los sesenta el aprendizaje basado en problemas. Comienza entonces una dualidad en el profesorado de las Facultades de Medicina entre los que defienden el currículo organizado en materias, y los que señalan que así no se consigue un grado de competencia en el desempeño de la profesión que certifica la universidad.

La cuestión que se plantea es tan importante que, durante años, la comparación de resultados entre ambos modelos se ha convertido en un clásico de la publicación en educación médica^{23,24}. No se han conseguido demostrar diferencias significativas entre ambos sistemas, pero sí parece que el aprendizaje basado en problemas presenta ventajas claras cuando se miden competencias transversales de alto valor en la formación médica²⁵. Dichas competencias, como luego veremos, están directamente relacionadas con la consecución de las habilidades (comunicabilidad, aprendizaje continuado, etc.) necesarias, también, para resolver conflictos éticos.

La siguiente innovación se produjo en la Facultad de Medicina de la Universidad Brown (Providence, Rhode Island), a cuyo programa no le interesaban tanto las características del proceso formativo cuanto los resultados. Aparece un nuevo concepto, el de competencia, que determina el grado de capacidad operativa del individuo en un entorno determinado^{26,27}. Presupone una base cognitiva que incluye conocimientos, habilidades y actitudes. Las competencias se pueden definir de modo amplio (p.ej. comunicación efectiva) o concreto (p. ej. manejo del paciente hipertenso no complicado). Si bien estas últimas

son más fáciles de evaluar, lo importante es que la competencia tiene que cumplir tres características: relevancia en el entorno profesional, transferibilidad al estudiante y posibilidad de ser evaluada objetivamente²⁸.

Esta nueva orientación ha impregnado la metodología de formación de los programas de la mayor parte de las universidades norteamericanas, aunque su alcance global está situado más allá de las fronteras de ese país, como se puede ver en el estudio colaborativo internacional del Institute for International Medical Education, en su intento por definir las capacidades de la profesión médica a nivel internacional^{29,30}.

La enseñanza de la Bioética tiene que insertarse en el marco descrito, y no puede ignorar los avances en la metodología del aprendizaje, sino más bien adaptar sus objetivos y contenidos a los paradigmas educativos que han sido progresivamente asumidos por las Facultades de Medicina. Ello nos conduce a realizar las siguientes afirmaciones:

- a. El **aprendizaje basado en problemas** es la base metodológica más adecuada para la enseñanza de la Bioética en las Facultades de Medicina. Los conflictos éticos aparecen en situaciones "reales", y tienen, como todo conflicto de valores, un marcado carácter cultural. De nada vale que el alumno conozca las normas universales de actuación -principios de la Bioética- si no sabe cómo articularlos en la relación clínica. Por otra parte, la historia clínica no es sino un elenco de problemas a resolver, y algunos con más de un componente ético asociado. También la parte más filosófica de la asignatura, a saber, la naturaleza de los juicios morales, o el concepto y fundamentos de la ética cívica, puede beneficiarse de este marco de aprendizaje, tan fecundo para los estudiantes de Medicina.
- b. Como en las demás asignaturas, es importante definir las **competencias** que el alumno debe desarrollar. Dentro del amplio dominio competencial "valores, actitudes, conductas y ética profesional" definido por el Institute for International Medical Education (IME), o del perfil de formación ética definido en Chile por el Comité Técnico de Medicina de la Comisión Nacional de Acreditación del Pregrado³¹, es necesario señalar las competencias esenciales mínimas necesarias para responder a este dominio.

En este sentido hay que priorizar los aspectos

que son más relevantes para el ejercicio profesional de un médico general, que es el “producto” de una Facultad de Medicina, y no los de un especialista, que requerirá otro nivel de formación en Bioética, centrado en los problemas específicos de su especialidad clínica.

Es conveniente huir de competencias amplias, a las que con excesiva frecuencia se suele tender en el ámbito de los valores. Cuanto más concretas, más fáciles son de definir y de evaluar. Siempre deben cumplir las propiedades centrales a las que se aludía con anterioridad: relevancia profesional, ser transferible al estu diante, y posibilidad de ser evaluada objetivamente.

En la Tabla 2 señalamos las seis competencias básicas que, a juicio de los autores, cumplen con estos requisitos, así como los conocimientos y habilidades que se requieren para alcan-

zar cada una de ellas.

- c. Los alumnos requieren una formación científica, previa a la formación clínica, que debe armonizarse e integrarse para obtener un sólido razonamiento científico capaz de ser aplicado a su función profesional en la praxis diaria. Los **dos niveles de enseñanza**, básico y clínico, rigen también para la Bioética. Si un alumno no puede capacitarse en Traumatología sin haber estudiado previamente Anatomía, o si no puede llegar a la Patología Médica sin conocer el funcionamiento del cuerpo sano, la Fisiología, tampoco podrá abordar problemas de valores en Obstetricia, Medicina Interna, o cualquier otra asignatura clínica si previamente no ha adquirido conocimientos básicos en Bioética.

En la etapa preclínica o básica se debe enseñar Ética básica. Se entregarán al alumno las he-

Tabla 2. Formación en Bioética. Competencias

Competencias	Conocimientos (Saber)	Habilidades (Saber hacer)
1. Identificar los aspectos éticos de la relación clínica	<ul style="list-style-type: none"> * Teorías y principios éticos * Los principios de la Bioética * Concepto de ética cívica * Bioética, Deontología profesional y Derecho 	<ul style="list-style-type: none"> - Diferenciar entre conflictos morales, de la conducta y legales - Aplicar los derechos constitucionales a la relación clínica
2. Realizar un proceso de consentimiento (o rechazo) válido con el paciente	<ul style="list-style-type: none"> * Los derechos de los pacientes * Elementos del consentimiento informado * Modelos de relación clínica y participación del enfermo en la toma de decisiones 	<ul style="list-style-type: none"> - Informar adecuadamente a un paciente - Comunicar malas noticias - Utilizar técnicas de <i>counselling</i> soporte emocional - Evaluar la competencia de un paciente
3. Saber cómo proceder ante un paciente incompetente	<ul style="list-style-type: none"> * Las decisiones de representación * Criterios para la toma de decisiones en niños * Criterios para la toma de decisiones en adolescentes * Testamentos vitales y directivas anticipadas 	<ul style="list-style-type: none"> - Informar y hacer participar a un paciente parcialmente incompetente - Identificar al sustituto de un paciente incompetente - Aplicar una directiva anticipada
4. Saber utilizar racionalmente la tecnología médica	<ul style="list-style-type: none"> * El concepto de limitación del esfuerzo terapéutico (LET) * La LET en las enfermedades críticas * La LET en las enfermedades crónicas 	<ul style="list-style-type: none"> - Realizar un juicio clínico que fundamente la indicación de limitar el esfuerzo terapéutico
5. Manejar los aspectos éticos de la enfermedad terminal	<ul style="list-style-type: none"> * Conceptos de terminalidad y enfermedad avanzada * Los cuidados paliativos 	<ul style="list-style-type: none"> - Establecer procesos comunicativos con el enfermo terminal - Fundamentar y aplicar un enfoque paliativo
6. Manejar adecuadamente los datos de la historia clínica	<ul style="list-style-type: none"> * El secreto médico <i>versus</i> la confidencialidad * Los datos clínicos, información sensible * La confidencialidad, derecho del paciente * Legislación 	<ul style="list-style-type: none"> - Identificar los distintos tipos de datos contenidos en la historia clínica - Identificar qué personas pueden acceder a los mismos - Justificar las excepciones a la confidencialidad

herramientas elementales de la disciplina, a saber: en qué consiste; su origen; su relación con la ética cívica; qué es un juicio moral; los principios éticos de la relación clínica y el contenido de cada uno de ellos; así como la metodología o procedimientos en ética.

En el período clínico la ética también debe serlo. Los alumnos deben adquirir los conocimientos y habilidades que les capaciten para resolver problemas específicos de la praxis clínica. El contenido se puede estructurar alrededor de grandes paradigmas clínicos: problemas del origen de la vida, problemas del final de la vida, problemas específicos de algunas patologías, como el SIDA, y problemas de la investigación en seres humanos (Tabla 3).

4. Metodología

La adquisición de habilidades se realiza, como en el resto de las áreas de conocimiento, mediante la práctica, si bien es cierto que cada nivel de formación requiere su propia metodología.

En un programa de formación en Bioética se pueden aplicar diversas metodologías:

Clase magistral. En esta modalidad el docente transmitirá los contenidos teóricos correspondientes al tema que se desarrolla. También deberá aportar las referencias bibliográficas relevantes que permitan al alumno, si así lo desea, profundizar en los contenidos. Sólo deberían aplicarse, como máximo, en el 30% del tiempo de un programa formativo.

Lectura crítica de textos. Los textos pueden ser muy variados: fragmentos de libros, protocolos clínicos, sentencias judiciales sencillas, artículos de opinión aparecidos, la prensa del país, etc. Estos últimos resultan extremadamente útiles para el análisis del tema de la ética cívica.

Lectura de una obra literaria. A modo de ejemplo, “La muerte de Ivan Illich”, de León Tolstoi, un clásico de la literatura, de gran utilidad para analizar tanto la enfermedad como la muerte desde la perspectiva del enfermo. También lo es para analizar el modelo de relación clínica paternalista que narra el autor.

Análisis de casos. Permite aplicar a la realidad clínica aquello que se recibe en las clases teóricas. Deben elegirse casos reales, modificados de tal manera que se garantice la confidencialidad.

Es una buena metodología, pero nada fácil de utilizar. Cuando no se hace bien tan sólo sirve para realizar comentarios superficiales, sin relación con la teoría aprendida, o se convierte en un mero consenso o acuerdo entre los integrantes del grupo.

Su uso adecuado exige que el docente pueda manejar con soltura los aspectos técnicos y éticos del caso. Debe involucrar al alumno en el “diagnóstico ético”, y moderar la discusión en el sentido de ir clarificando los argumentos de los participantes para que se vea la lógica de la discusión racional en ética.

Esta metodología puede hacer uso de casos reales, o bien de casos estandarizados, contruidos por el docente o recogidos de la literatura.

Tabla 3. Niveles y contenidos de la Formación en Bioética

Preclínico [Bioética básica]	Clínico [Bioética clínica]
1. Introducción a la Bioética	<i>*Problemas del origen de la vida</i>
2. Los valores y la relación clínica: principios de la Bioética	1. Sexualidad y reproducción. La anticoncepción
3. Bioética y ética civil	2. La toma de decisiones en menores
4. Los juicios morales	3. Problemas éticos en neonatología y pediatría
5. Los derechos de los pacientes	4. Decisiones y adolescencia
6. El proceso de consentimiento informado	<i>*Problemas del final de la vida</i>
7. La información y comunicación con el paciente	1. La definición de la muerte. Muerte cerebral. Estado vegetativo persistente
8. El uso adecuado de la tecnología médica. Concepto de limitación del esfuerzo terapéutico	2. Enfermos críticos. Toma de decisiones. La limitación del esfuerzo terapéutico en las enfermedades críticas
9. La ficha clínica: datos clínicos y confidencialidad	3. La enfermedad avanzada. Terminalidad. Cuidados paliativos
10. El sistema sanitario y la distribución de recursos escasos	4. El rechazo de tratamiento
11. Metodología para la toma de decisiones	5. Testamentos vitales y directivas previas
12. Bioética, Derecho	<i>*Otros</i>
13. Las profesiones y la Deontología profesional. Profesionalismo	1. Enfermedades con un gran componente sociocultural asociado. El SIDA
	2. La enfermedad mental
	3. La investigación con seres humanos

Si se utilizan casos reales es obligado garantizar la confidencialidad de los datos, tanto de filiación del paciente, como de las instituciones y personas involucradas en el mismo.

Al utilizarla es conveniente dejar cuestiones abiertas, que pongan de manifiesto la complejidad de la realidad moral -distintas opciones de valores y diversas vías de resolución-, y su dosis de incertidumbre. También se aconseja realizar un resumen o esquema final que permita la visualización inmediata de la discusión realizada.

Artículos clínicos Analizar artículos publicados en revistas clínicas, en torno a los temas éticos de la asignatura. Las revistas clínicas de nivel científico, como el *New England Journal of Medicine*, *JAMA*, dedican cada vez más espacios a los temas éticos de la praxis clínica.

La elección de una u otra dependerá de muchos factores, pero siempre se debe trabajar en grupos pequeños, que permitan la interacción,

el intercambio de argumentos y la deliberación. También es importante poner el énfasis en que los alumnos aprendan a elaborar los procesos cotidianos, a identificar y trabajar sus elementos, y a mejorar con ello la práctica clínica cotidiana, más que a resolver dilemas éticos extremos y excepcionales.

CONCLUSIÓN

Pese a sus peculiaridades, la enseñanza de la Bioética en la Medicina debe seguir los mismos planteamientos que el resto de las asignaturas. Definir competencias a desarrollar, hacerlo en los dos niveles - preclínico y clínico-, y dentro del marco del aprendizaje por problemas, es la mejor manera de enseñar al futuro profesional a tomar decisiones en el complejo mundo de los valores.

Si algo se ha querido mostrar en este artículo es que toda propuesta de enseñanza de esta nueva disciplina debe ser rigurosa, tanto en sus contenidos como en su puesta en práctica.

BIBLIOGRAFÍA

- Spaulding W B. Revitalising Medical Education: MacMaster Medical School. The early years 1965-1974. Hamilton (ON) y New Cork: BC Decker Inc., 1991.
- Albanese M A, Mitchell S. Problem-based learning: a review of literature on its outcomes and implementation issues. *Acad Med* 1993; 68: 52-81.
- Vernon D T A, Blake R L. Does problem-based learning work?. A meta-analysis of evaluative research. *Acad Med* 1993; 68: 550-63.
- Cortina A. La ética de la sociedad civil. Madrid: Anaya, 1994.
- Medical Professionalism in the new millennium: a physician charter project of the ABMI Foundation, ACP-ASIM Foundation and European Federation of Internal Medicine. *Ann Inter Med* 2002; 136: 243-246.
- Borrell-Carrió F, Epstein R M, Pardell H. Profesionalidad y profesionalismo: fundamentos, contenidos, praxis y docencia. *Med Clin (Barc)* 2006; 127(9):337-342.
- Pardell H. ¿Tiene sentido hablar de profesionalismo hoy?. *Educación Médica* 2003; 6: 63-80.
- Simón, P. Sobre bioética clínica y deontología médica. En: Couceiro A, editora. *Bioética para clínicos*. Madrid: Triacastela, 1999; p.89-92.
- Cruess S R, Cruess R L. Professionalism must be taught. *BMJ* 1997; 315: 1674-7.
- Gracia, D. La bioética, una nueva disciplina académica. *JANO* 1987; XXXIII (781): 309-313.
- Baylis F, Downie J. Ethics education for Canadian Medical Students. *Acad Med* 1991; 66(7): 413-414.
- Consensus statement by teachers of medical ethics and law in UK medical schools. Teaching medical ethics and law within medical education: a model for the UK core curriculum. *J Med Ethics* 1998; 24: 188-192.
- Schön D A. Educating the Reflective Practitioner. San Francisco: Jossey Bass, 1987 (traducción al castellano: La formación de los profesionales reflexivos. Barcelona: Paidós, 1992).
- Elstein A S, Shulman I S, Sprafka S A. *Medical Problem Solving: An Analysis of Clinical Reasoning*. Cambridge: Harvard University Press, 1978.
- Institute for International Medical Education. *Global Minimum Essential Requirements in Medical Education*. *Educación Médica* 2003; 6 (supl.2).
- Culver C, et al. Basic Curricular Goals in Medical Ethics. *New Engl J Med* 1985;312:253-256.
- Baldwin W C, Steven R D, Self D J. Changes in Moral reasoning during Medical School. *Acad Med* 1991; 66 (supl): 1-3.
- Hundert, E M. Characteristics of the Informal Curriculum and Trainees Ethical Choices. *Acad Med* 1996; 71: 624-628.
- Self D J, Daldwin D C, Wolinsky F D. Further Exploration of the Relationship Between Medical Education and Moral Development. *Cambridge Quarterly of Healthcare Ethics* 1996; 5: 444-449.
- Epstein R M, Hundert E M. Defining and assessing professional competence. *JAMA* 2002; 287: 226-235.
- Flexner A. *Medical education in the United States and Canada*. New York: The Carnegie Foundation for the Advancement of Teaching, 1910, Bulletin 4.
- Asociación de Facultades de Medicina de Chile (ASOFAMECH). *Bases del Plan de Desarrollo de las Facultades de Medicina*, 1997.
- Albanese M A, Mitchell S. Problem-based learning: a review of literature on its outcomes and implementation issues. *Acad Med* 1993; 68:52-81.
- Vernon D T A, Blake R L. Does problem-based learning work?. A meta-analysis of evaluative research. *Acad Med* 1993; 68: 550-563.
- WHO. *Priorities at the interface of health care, medical practice and medical education*. Report of the global conference on the international collaboration on medical education and practice.

- Geneva: World Health Organization, 1995.
26. Smith S R, Dollase R H. Planning, implementing and evaluating a competency-based curriculum. *Med Teach* 1999; 21(1): 5-22.
 27. Smith S R, Dollase R H, Boss J A. Assessing student's performances in a competency-based curriculum. *Acad Med* 2003; 78: 97-107.
 28. Prat Corominas J, Oriol Bosch A. Nuevas orientaciones en los programas universitarios de preparación de profesionales médicos. En: Oriol Bosch A, Pardell H, editores. *La profesión médica. Los retos del milenio*. Barcelona: Fundación Medicina y Humanidades Médicas 2005; p. 85-98.
 29. Core Committee, Institute for International Medical Education. Global minimum essential requirements in medical education. *Med Teach* 2000; 24(2): 130-135.
 30. Wojkzack A, Schwartz M R. Minimum essential requirements and standards in medical education. *Acad Med* 2000; 22(6): 555-559.
 31. Comisión Nacional de Acreditación del Pregrado (Comité Técnico de Medicina). *Estándares para la acreditación de Escuelas de Medicina*. Santiago de Chile. Disponible en: http://www.cnap.cl/materiales/criterios/crit_med.pdf