

# Enseñanza de la Bioética: una síntesis

## Teaching bioethics: an overview

Miguel Hugo Kottow<sup>1</sup>

### RESUMEN

La bioética se viene consolidando como una disciplina estructurada desde la década de los 1970, y desde un comienzo hubo una creciente preocupación por la mejor forma de enseñarla en los niveles de pregrado. Muchos docentes han debido adaptarse a las disponibilidades de profesores y recursos, en tanto otros han podido elaborar programas más extensos. Una revisión de la literatura muestra que los programas varían entre 5-10 sesiones y un máximo de 200 horas, desarrolladas en semestres básicos o clínicos, con preferencia por el nivel en que los estudiantes comienzan su práctica clínica. Los métodos de enseñanza son muy diversos, casi todos utilizando en alguna medida la clase magistral complementada con discusión en pequeño grupo. Hay una clara preferencia por la docencia interactiva, pero no siempre hay suficientes profesores para realizarla. Los textos de bioética son escasos y los artículos publicados suelen ser demasiado especializados, por lo que muchos docentes recomiendan preparar apuntes *ad hoc* que cubran sistemáticamente las materias esenciales. En cuanto a evaluación de los alumnos, la mayoría utiliza el ensayo breve y el análisis de viñetas: los casos esquemáticos.

### ABSTRACT

Bioethics became an academic discipline in its own right in the 1970s, and its debut was soon followed by increasing concern over the best way to teach the subject at the graduate level. Many authors reported making the best of the available personnel and course time, whereas others were able to develop more extensive programs. The time devoted to the teaching of bioethics varies from a minimum of 5-10 classroom sessions to a maximum of more than 200 hours. Bioethical topics have been presented in the initial years of medical school and/or integrated with clinical teaching. Short courses have tended to gravitate towards the period when students begin their clinical training. There has also been a wide range of teaching methods, with most medical schools relying to some extent on lectures and adding short group discussions on issues and cases. Additional methods like seminars, role-playing, and video or literature analysis have occurred less frequently. Reports often stress that interactive teaching methods require additional faculty that are not always available. Since basic textbooks in bioethics are scarce, it seems reasonable to prepare and discuss hand-outs in order to systematically cover all essential topics. Evaluation tends to rely on short essays or the analysis of vignettes.

### PALAVRAS-CHAVE

- Bioética
- Enseñanz
- Métodos didácticos

### KEY WORDS

- Bioethics
- Teaching
- Didactic methods

Recebido em: 15/01/2009

Recebido em: 16/03/2009

Aprovado em: 07/04/2009

<sup>1</sup> Universidad de Chile, Santiago, Chile.

La enseñanza de la bioética ha sido motivo de polémica desde sus inicios. Por una parte, la multidisciplinariedad hace que los problemas bioéticos sean abordados, desde diversas perspectivas y con diversas inclinaciones o aptitudes pedagógicas, por profesionales de la salud, científicos y humanistas. Por otro lado, se discute si es recomendable enseñar bioética en la escuela<sup>1,2</sup>, en los estudios de pregrado o en la formación profesional de postgrado. Igualmente variadas son las opiniones sobre los contenidos que han de impartirse, si debe darse prioridad a la entrega de conocimientos éticos, desarrollar aptitudes para buscar compromisos en situaciones dilemáticas, o fomentar las habilidades para debatir sobre temas bioéticos. Algunos programas enfatizan la formación de médicos "humanistas", entendiendo por tales a quienes aprenden a cultivar un conjunto de creencias que inspiran sus actos y su comportamiento<sup>3</sup>. Otros enmarcan la bioética en una visión denominada "profesionalismo", definido como "un sentido del deber, ciertamente hacia otros profesionales del ámbito [sanitario] (el elemento gremial) y en muchas ocasiones hacia el público en general (el elemento del contrato social)<sup>4</sup>. Todas estas variables llevan a proponer diversas formas de dar continuidad y fluidez al pensamiento bioético, así como a variadas propuestas para integrarlo en las prácticas sociales pertinentes.

Persiste sobre todo el interés por darle a la bioética un lugar más sólido en la malla curricular de formación de profesionales de la salud, y de ofrecer la asignatura en programas de magister y doctorado en ciencias biomédicas, que están proponiendo la obligatoriedad de un módulo de bioética. Es, por ende, de interés revisar lo que en la materia se realiza y observar las tendencias de objetivos, método, contenido, extensión, ubicación curricular y evaluación de la enseñanza bioética. Esta síntesis se basa en la revisión de 35 publicaciones y la experiencia del autor en diversas instituciones docentes. El material analizado es demasiado heterogéneo para permitir conclusiones cuantitativas, pero fue posible identificar tendencias en los aspectos más importantes de la asignatura: objetivos, contenidos, estrategia docente, ubicación curricular, extensión de los programas, modos de evaluación, y material bibliográfico.

Es importante continuar recogiendo e intercambiando experiencias docentes porque persisten voces discrepantes que rechazan una educación ético-médica formal<sup>5</sup>, mientras que quienes la aprueban no han logrado acuerdos sobre los objetivos de la enseñanza ni sobre un currículo nuclear mínimo de bioética a requerir en cualquier escuela de medicina<sup>6</sup>. Al respecto es interesante señalar que UNESCO está elaborando un curriculum básico en bioética (CBB) actualmente en desarrollo como plan piloto en tres universidades de la región<sup>7</sup>, cuyo objetivo final es ela-

borar una oferta didáctica que presente las bases bioéticas aconsejables de ser incorporadas en los estudios de medicina.

## OBJETIVOS DE LA ENSEÑANZA DE BIOÉTICA

Se ha sugerido que hay tres modos de entender la educación ético-médica: la transmisión cultural, el desarrollo afectivo y el desarrollo cognitivo, que idealmente deberían amalgamarse en la formación de los profesionales de la salud. El elemento más frágil de esta tríada es la transmisión cultural, donde valores tradicionales pueden dificultar la adopción de una ética racional y crítica<sup>8</sup>. Tal como la enseñanza se ha desplazado desde la antigua deontología médica hacia la ética médica, existen ahora tendencias por continuar con esta reorientación hacia la bioética clínica e ir enriqueciendo los objetivos de enseñanza con nuevos ámbitos como la bioética en investigación, la interfaz de bioética y salud pública, la bioética ecológica. Cuando es posible, se diseña una malla de objetivos que contiene al menos tres puntos centrales: 1) entregar conocimientos humanistas y de ciencias sociales; 2) capacitar al estudiante para utilizar esos conocimientos en su actividad clínica; 3) habilitarlo para deliberar, argumentar y proponer decisiones en las diversas situaciones y dilemas de su profesión<sup>9</sup>.

## CONTENIDOS

Ya no sólo desde la teoría es posible desentrañar al menos cuatro objetivos que con diversos énfasis aparecen formando parte del discurso bioético y se reflejan, a veces sólo implícitamente, en los esfuerzos docentes de la asignatura. El primero de estos objetivos o ejes temáticos muestra tres facetas:

1. Los temas de bioética más regularmente enfrentados corresponden a la ética médica cotidiana, por ejemplo, el consentimiento informado.
2. Los temas médicos de excepción, como los relacionados con reproducción asistida o la investigación en situaciones clínicas de emergencia.
3. El complejo temático social: ética medioambiental, políticas de atención médica, salud pública. Se distingue el cultivo de la dimensión bioética referida a la medicina científico-natural (investigación biomédica, medicina basada en evidencia) que debe entender a los pacientes no como cuerpos aquejados de patografía, sino como personas provistas de biografía.

## ESTRATEGIA DOCENTE

Las éticas aplicadas, fuertemente influidas por la filosofía, comenzaron a enseñarse del mismo modo como se impartía las hu-

manidades, es decir, mediante clases expositivas muchas veces leídas, en que la monotonía se exacerbaba por la falta de medios audiovisuales frente a un auditorio de alumnos menos interesados en disquisiciones morales que en los contenidos sustanciales de la profesión elegida. Esto dio lugar al desprestigio de la clase magistral y a una preferencia por la enseñanza práctica, en pequeños grupos, con la participación activa de los alumnos a través del diálogo, en ocasiones caracterizado como socrático, entre estudiantes y docentes.

Cuando la extensión del curso de bioética es reducida y se acompaña de escasez de docentes, se ha recurrido a la estrategia docente del grupo grande, en que se divide el curso en 2-3 grupos, a cada uno asignándosele una tarea expositiva, ya sea para desarrollar un seminario o preparar un debate intergrupar. El material que se trabaja puede ser bibliográfico, audiovisual o provenir de los medios de comunicación. De este modo se logra una masa crítica para presentaciones teóricas sin perder la posibilidad de la interlocución activa entre docentes y alumnos<sup>10</sup>.

El marcado entusiasmo por la enseñanza en pequeños grupos ha tocado también las puertas de la bioética, donde se ha aceptado la metódica del análisis de casos como se emplea en la clínica médica. Se ha destacado que el contacto directo y dialógico entre docente y alumno presentaría ventajas pedagógicas indudables, que el método comparte con otros similares como el análisis basado en problemas: permite la discusión de problemas simulados, propicia el encuentro personal entre docentes y alumnos, fomenta la actitud autodidacta, y propicia la interdisciplinariedad y la integración de materias.<sup>11</sup>

No obstante, la enseñanza en pequeños grupos fácilmente pierde el orden sistemático, deja temas sin tratar o expende excesivo tiempo en otros. El contacto estrecho entre docente y alumno, tan útil para un buen clima de enseñanza, pone en riesgo el pluralismo a menos que el grupo cambie frecuentemente de docente. Ha habido críticas de fondo al análisis de casos por cuanto exagera los dilemas morales o plantea situaciones que no son moralmente dilemáticas,<sup>12</sup> y porque el análisis de un caso permite plantear conclusiones y alternativas que en la vida real serían inaceptables. La construcción ficticia de un caso fácilmente caería en el sesgo de ser representativa de la posición del docente,<sup>13</sup> con mayor razón si se considera que las diversas formas narrativas de presentar el caso pudiesen llevar a equívocos.<sup>14</sup> Un estilo metafórico o aún poético de relatar un caso clínico puede alejar al estudiante de una valoración esclarecida de la situación a dirimir, lo cual le resultaría más fácil mediante una narrativa más prosaica y descriptiva. La enseñanza en pequeños grupos se propone propiciar la habilidad discursiva y la capacidad de ar-

gumentar hacia la solución de un problema moral, que podría transformar la bioética en un algoritmo, como si fuese una técnica de toma de decisiones.

La insistencia en el uso de grupos pequeños debe atemperarse frente a todas estas críticas y recordar que la resolución de problemas es una capacidad útil, pero anclar a un criterio bioético ponderado y ese difícilmente se logra en el ritmo rápido de la interacción grupal. La combinación de clases teóricas con actividades prácticas se considera ser la mejor para la transmisión teórica de la bioética enriquecida por el ejercicio práctico y es, asimismo, la que prefieren los estudiantes.<sup>15</sup> Ello explica que muy pocos programas hayan abandonado del todo la clase magistral, siendo frecuente que en un buen número de centros formativos sea la estrategia predominante o incluso la única.<sup>16,17</sup>

## UBICACIÓN CURRICULAR

Si se mantuviera una posición kohlbergiana ortodoxa, pensando que la maduración moral se alcanza en la adolescencia, no cabría esperar de la enseñanza universitaria un aumento de la sensibilidad ética en el estudiantado, puesto que los estudios de Kohlberg indican que la maduración moral llega a término en la adolescencia. Sin embargo, la docencia superior se propone desarrollar la formación ética profesional, no mediante un ascenso de nivel moral, sino con una ampliación de la competencia ética en el estadio de maduración alcanzado. En otras palabras, el nivel convencional de desarrollo moral no sería superado, pero sí se ampliaría la diversidad de perspectivas morales, lo cual es deseable por cuanto es más importante contar con médicos premunidos de una moral convencional abierta a la diversidad, que no propulsados a disfrutar de una moral post-convencional que podría hacerlos impredecibles en sus decisiones<sup>18,19</sup>. Desde otra perspectiva, se señala que las profesiones de la salud, y por tanto también la bioética, comparten ciertos valores nucleares que son perennes, como los derechos básicos, la no maleficencia, la protección de la vida, a los que se agregan valores sometidos a modificaciones, como la genética o la medicina productiva. Esta taxonomía de valores debiera reflejarse en la educación, orientando al estudiante a respetar los valores nucleares y mantenerse flexible y tolerante para deliberar sobre lo cambiante<sup>20</sup>.

En analogía con la descripción aristotélica de virtud como una combinación de constitución y adquisición, la bioética también busca fortalecer predisposiciones morales, a tiempo que cultiva conocimientos y ejercita habilidades y actitudes morales en el trato profesional civil. Eso significa explorar las etapas en que los estudiantes están más receptivos a fortalecer su eticidad

de fondo, y flexibles para adaptarse a las propuestas de la bioética que los orienta a reflexionar sobre la cultura moral vigente y sobre los problemas emergentes.

Solo en algunas universidades se ha generado el espacio curricular para la asignatura a todo lo largo de los estudios<sup>21</sup>. Tanto si se valora la sistemática teórica como si se busca desarrollar sensibilidad ética, habilidades discursivas y capacidad de argumentación y decisión, es conveniente que la enseñanza sea en bloque y no discontinua a lo largo del tiempo y diluida entre otras materias. El currículo continuo tiene la ventaja de impartir conocimientos fundamentales al estudiante durante sus estudios básicos, y acompañarlo en la parte práctica a medida que se incorpora a la clínica. Hay quienes prefieren enseñar en los primeros años, cuando creen contar con la flexibilidad moral del estudiante que aún no se ha endurecido por las deficiencias del sistema de atención, la influencia de los currículos ocultos, y las presiones del trabajo urgente y excesivo. Según otros docentes, es preferible esperar hasta que el alumno enfrenta los dilemas clínicos de su práctica y logre identificar actitudes éticas en el desempeño profesional de sus docentes<sup>22</sup>. Diversas publicaciones confirman el deterioro de la sensibilidad moral de los estudiantes de medicina a lo largo de sus estudios y más aún después de graduados<sup>23</sup>. El punto de inflexión parece situarse en el período en que se inician las actividades clínicas<sup>24</sup>, lo cual coincide con una cierta gravitación natural a situar los cursos de tiempo restringido en el 4º año de enseñanza<sup>25,26</sup>, al iniciarse el contacto con pacientes y cercano a la interfaz entre preclínica y clínica.

## EXTENSIÓN DE LOS PROGRAMAS

Hace casi 20 años, todas las escuelas de medicina de Londres enseñaban bioética, pero en ninguna se sobrepasaba una extensión total de 24 horas<sup>27</sup>. Un estudio más reciente indica que en Brasil las escuelas de medicina tienen un tiempo lectivo que no excede las 45 horas<sup>3</sup>. Muy excepcionalmente se da a conocer currículos de 150 o más horas<sup>11</sup>. No existe una extensión óptima, los cursos de bioética generalmente ocupan los espacios curriculares que logran conquistar. Cuando el tiempo es escaso, se enseña lo nuclear de la bioética clínica, en tanto que la mayor holgura posibilita introducir materias afines como antropología y sociología médicas, elementos de historia y filosofía de la medicina, bioética ecológica, entendiéndose que el futuro profesional es más que un técnico ilustrado, puesto que ha de ocupar una posición de liderazgo en su comunidad y convertirse en multiplicador del pensamiento bioético que a todos atañe.

## MODOS DE EVALUACIÓN

Hay programas que ofrecen la asignatura como optativa y no evalúan a los alumnos, pero es cada vez más usual que la bioética se integre al plan obligatorio de estudios y requiera evaluaciones tanto parciales como finales. Una de las formas de evaluación más utilizadas es la disertación breve, en que al alumno se le asigna un tema para que lo desarrolle por escrito en una extensión limitada<sup>3</sup>. En centros docentes que adoptan el ABP—análisis basado en problemas—se da preferencia a la evaluación mediante pruebas de selección múltiple ya sea como único método o combinado con el uso de ensayos<sup>12</sup>. Escuelas que han adoptado la evaluación por medio del *objective structured clinical examination* (OSCE) lo aplican también para evaluar el comportamiento ético del estudiante en situaciones clínicas<sup>28</sup>. Un método que ha encontrado adeptos es el uso de viñetas (breves relatos de casos) en que se evalúa la sensibilidad del alumno para identificar los problemas éticos insinuados en el texto<sup>29,30</sup>. La evaluación no es contra un patrón absoluto, sino que es comparativa con los demás examinados<sup>8</sup>.

## MATERIAL BIBLIOGRÁFICO

Las publicaciones en bioética rara vez tienen el carácter didáctico de un texto, más bien utilizan un lenguaje discursivo para presentar y argumentar temas, requiriendo tiempo de lectura y discusión que exceden las disponibilidades de la asignatura. También las publicaciones periódicas están dirigidas a los especialistas y son de escaso provecho para quien se inicia en la disciplina. Son estas razones adicionales por las cuales es conveniente preparar material teórico basado en clases y apuntes, que sirvan igualmente de base para el trabajo grupal posterior.

## DISCUSIÓN

La mayor parte de las publicaciones que se ocupan de docencia en bioética, son más de orden descriptivo que analítico. Los autores tienden a relatar sus experiencias y a explicar sus métodos de enseñanza en base al espacio curricular, la cantidad de docentes y los recursos materiales disponibles. Muchos programas de enseñanza se adaptan al escaso espacio curricular que la asignatura recibe, y a la falta de suficientes docentes. Algunos intentos por evaluar la satisfacción de los alumnos con estos programas han comparado la sensibilidad ética de quienes siguen un curso facultativo frente a quienes se abstienen, pero estas encuestas suelen ser poco informativas por el elemento subjetivo que contienen<sup>15</sup>.

Debido a la preferencia, frecuentemente intuitiva e infundada, por una u otra estrategia, conviene indagar las raíces de

aquello que se ha de enseñar. La visión teórica de la bioética es valiosa para entender que la medicina no es una ciencia natural dura sino que tiene componentes humanísticos de importancia y que, en lenguaje platónico, cabalga entre la *episteme* y la *doxa*. El conocimiento médico se basa en investigaciones científico-naturales que en el terreno de la biología aportan probabilidades pero no certezas. En consecuencia, la práctica médica es también incierta, con elementos de riesgo y efectos indeseados, correspondiéndole ser dialógica, deliberativa y participativa, y no impositiva o autoritaria<sup>31,32</sup>.

Tan anacrónico como es fundamentar procesos pedagógicos exclusivamente en la pasiva recepción del alumno frente a la exposición teórica del docente, resulta también extemporáneo celebrar el ABP como el nuevo paradigma de la docencia. A medida que la bioética aspira al rigor disciplinario y a diseñar detallados programas de enseñanza, corre el riesgo de convertirse en un área más de experticia médica. Este riesgo acecha especialmente a los programas docentes basados exclusivamente en ABP, o que enfatizan la interacción como el Método Socrático<sup>33</sup>, entendiendo el conocimiento como la habilidad de solucionar problemas<sup>34</sup>. El método del ABP, que en bioética equivale al análisis de casos, desarrolla una capacidad de inducción que carece, sin embargo, del elemento generalizador de la ética, lo que Hare llamó la "universalizabilidad" de los postulados éticos que, nunca siendo universales, buscan extender su validez para permitir la elaboración de precedentes de casos paradigmáticos, o de una jurisprudencia orientadora.

La clase magistral, por su parte, es la entrega de un patrón de normas y verdades que fundamentan algún principialismo o la presentación de paradigmas y máximas capaces de sustentar la aplicación el casuismo que se aplican a situaciones concretas en forma de una reflexión deductiva<sup>35</sup>.

La importancia de la bioética para el ejercicio profesional se ve reducida si la asignatura es facultativa. Al ser obligatoria, se hace necesario cumplir con las reglamentaciones de evaluación, lo cual en ética tiene sus dificultades. Las pruebas que miden conocimientos objetivamente, como la selección múltiple, daría la falsa impresión de que en ética existen respuestas correctas. La elaboración de ensayos se dificulta por la generalizada incompetencia en el manejo del lenguaje que impide la adecuada presentación de ideas. El empleo de viñetas parece ser un método objetivo, de fácil uso y de aplicación ecuaníme<sup>36</sup>.

## REFERENCIAS

1. Miller G. Students learn how, not what, to think about difficult issues. *Science* 2008; 322:186-187.

2. Escobar TJ, Sarmiento Y, Gordillo M. del P. La enseñanza de la bioética general como aporte en la construcción de un pensamiento bioético en los maestros. *Rev. Colombiana de Bioética* 2008; 3(N. Esp.)
3. Stern DT, Cohen JJ, Bruder A, Packer B & Sole A. Teaching humanism. *Perspec Biol Med* 2008;51:495-507.
4. Shah N, Anderson J, Humphrey HJ. Teaching professionalism. *Perspec Biol Med* 2008;51:535-546.
5. Cowley C. The dangers of medical ethics. *J Med Ethics*. 2005;31:739-742
6. Musick DW. Teaching medical ethics: A review of the literature from North American medical schools with emphasis on education. *Medicine, Health Care and Philosophy* 1999;2:239-254.
7. Ten Have H. Unesco's Ethics Education Programme. *J Med Ethics*. 2008;34:57-59.
8. Self DJ. The educational philosophies behind the medical humanities programs in the US: An empirical assessment of three different approaches. *Theoretical medicine* 1993;14:221-229.
9. Tysinger JW, Klonis LK, Sadler JZ, Wagner JM. Teaching ethics using small-group problem-based learning. *J Med Ethics*. 1997;23:315-318.
10. Grant VJ. Advanced medical ethics symposia for fifth-year students. *J Med Ethics*. 1989; 15:200-202
11. Parker M. Autonomy, problem-based learning, and the teaching of medical ethics. *J Med Ethics*. 1995;21:305-310.
12. Coope CM. Does teaching by cases mislead us about morality? *J Med Ethics*. 1996; 22:46-52
13. Pattison S, Dickenson D, Parker M, Heller T. Do case studies mislead about the nature of reality? *J Med Ethics*. 1999; 25:42-46.
14. Higgs R. Do studies of the nature of cases mislead about the reality of cases? A response to Pattison et al. *J Med Ethics*. 1999; 25:47-50.
15. Johnston C, Haughton P. Medical students' perceptions of their ethical teaching. *J Med Ethics* 2007;33:418-422.
16. Mattick K, Bligh J. Teaching and assessing medical ethics: where are we now? *J Med Ethics* 2006; 32:182-285.
17. Muñoz D., Muñoz DR. O ensino da ética nas facultades de medicina do Brasil. *Rev Bras Educ Med*. 2003;27:114-124.
18. Milnitsky-Sapiro C. Teorias de desenvolvimento sociomoral: Piaget, Kohlberg e Turiel – Possíveis implicações para a educação moral na educação médica. *Rev Bras Educ Med*. 2000; 24:7-15.

19. Kottow M, Schramm FR. Desarrollo moral en bioética: ¿Etapas, esquemas o ámbitos morales? *Rev Bras Educ Med.* 2001;25(2):25-31
20. Calman KC. Evolutionary ethics: can values change? *J Med Ethics* 2004;30:366-370.
21. Meneses de Amorim Gomez A., Ferreira Moura ER, Amorim RF. *Rev Bras Educ Med.* 2006; 30: 56-65
22. Lynoe N, Löfmark R, Thulesius HO. Theachign medical ethics: what is the impact of role models? Some experiences from Swedish medical schools. *J Med Ethics.* 2008;34:315-316.
23. Lind G. Moral regression in medical students and heir learning environment. *Rev Bras Educ Med.* 2000; 24: 24-33.
24. Satterwhite RC, Satterwhite III WM, Enarson C. An ethical paradox: the effect of unethical conduct on medical students? values. *J Med Ethics.* 2000; 26: 462-465.
25. Myser C, Kerridge IH, Mitchell KR. Teaching clinical ethics as a professional skill: bridging the gap between knowledge about ethics and its use in clinical practice. *J Med Ethics.* 1995; 21: 97-103
26. London L, McCarthy G. Teaching medical students on the ethical dimensions of human rights: meeting the challenge in South Africa. *J Med Ethics.* 1998; 24:257-262.
27. Burling SJ et al. Review of the teaching of medical ethics in London medical schools. *J Med Ethics.* 1990; 16:206-209.
28. Mitchell KR, Mysner C & Kerridge IH. Assessing the clinical ethical competence of undergraduate medical students. *J Med Ethics.* 1993;19:230-236.
29. Hébert P. et al Evaluating ethical sensitivity in medical students: using vignettes as an instrument. *J Med Ethics.* 1990; 16:141-145.
30. Hébert P., Meslin EM, Dunn EV. Measuring the ethical sensitivity of medical students: a study at the University of Toronto. *J Med Ethics.* 1992; 18: 142-147.
31. Ribeiro MS. Medicina, ciencia e ética: filosofar é preciso? *Rev Bras Educ Méd.* 2004;28:156-163.
32. Schramm FR. Contribuções da biética e da comunicação à educação médica. *Rev Bras Educ Méd.* 2001; 25:15-31
33. Birnbacher D. The Socratic method in teaching medical ethics: Potentials and limitations. *Medicine, Health Care and Philosophy* 1999; 2:219-224.
34. Molewijk AC, Abma T, Stolper M & Widdershoven G. Teaching ethics in the clinic. The theory and practice of moral case deliberation. *J Med Ethics* 2008, 34:120-124.
35. Thornton T. Judgement and the role of the metaphysics of values in medical ethics. *J Med Ethics* 2006;32:365-370.
36. Savulesco J, Crisp R, Fulford KWM, Hope T. Evaluating ethics competence in medical education. *J Med Ethics.* 1999; 25:367-374.

### CONFLICTO DE INTERESES

No implica conflicto de interés alguno.

### CORRESPONDENCIA

Casilla 16168 Correo 9

Santiago, Chile

E-mail: mkottow@gmail.com

### RESUMO

A bioética vem se consolidando como uma disciplina estruturada desde a década de 1970, e desde o início teve uma crescente preocupação pela melhor maneira de ser ministrada nos níveis de pré-graduação. Muitos docentes tiveram de se adaptar às disponibilidades de professores e de recursos, enquanto que outros conseguiram elaborar programas mais extensos. Uma revisão da literatura mostra que os programas variam entre 5-10 sessões e um máximo de 200 horas, desenvolvidas em semestres básicos ou clínicos, de preferência pelo nível em que os estudantes começam a sua prática clínica. Os métodos de ensino são muito diversos, quase todos utilizando em alguma medida a aula magistral complementada com discussão em pequenos grupos. Há uma clara preferência pela docência interativa, mas nem sempre há suficientes professores para desenvolvê-la. Os textos de bioética são escassos e os artigos publicados costumam ser demasiado especializados, pelo qual muitos docentes recomendam preparar anotações *ad hoc* que abranjam sistematicamente as matérias essenciais. Quanto a avaliação dos alunos, a maioria utiliza o ensaio breve e a análise de vinhetas –casos esquemáticos.