La enseñanza de la ética moderna

José Manuel Vidal Gual, Facultad de Medicina, UNAM.

En los últimos años y en diversas partes del mundo, se ha observado un resurgimiento del interés en el componente ético de la profesión médica, después de un periodo en que parecía tener escasa importancia. Las publicaciones al respecto son cada vez más numerosas, sobre todo a partir de 1971, y en ellas predomina el interés por problemas asistenciales y de investigación más que por cuestiones relacionadas con la enseñanza de la ética. Esta inquietud, que apenas comienza a observarse en nuestro país, está condicionada por diversos factores que la explican.

En este trabajo se señalan, en primer término, los principales factores que han influido en este resurgimiento; y en segundo término, se analizan los aspectos básicos de la enseñanza de la ética en la actualidad.

I. Condicionantes del resurgimiento de la ética médica

Las posturas que se adoptan ante los problemas éticos de la profesión son resultantes de un sinnúmero de influencias. De entre todas ellas hay algunas que por su importancia merecen ser destacadas. Para fines analíticos se ha considerado útil la agrupación de las influencias más importantes en áreas específicas.

Las seis áreas fundamentales a considerar son: filosófica; socioeconómica; educativa; de la práctica y conocimiento médicos; de la relación médico-paciente y de la comunicación masiva.

Area filosófica

—El enfoque filosófico positivista y neopositivista ha influido durante muchos años en la estructuración de planes y programas de estudio de medicina. Estos enfoques tienden a eliminar todo aquel saber que no llene los postulados del “hecho positivo” (verificable, observable, reproducible, cuantificable) por considerarlo anticientífico. Típica de esta postura es la afirmación de Wittgenstein, quien considera a “las cuestiones filosóficas como pseudocuestiones que hay que disolver, y es precisamente tarea de la filosofía hacer desaparecer esos pseudoproblemas y descartarse a sí misma, como pretensión de decir algo distinto del discurso científico”. Esta actitud totalizadora y monopólica del conocimiento que pervive en algunos ambientes académicos, ha sido ya criticada, y gráficamente descrita por Ortega y Gasset como el *terrorismo de los laboratorios*, porque así se privilegian los contenidos curriculares de “hechos positivos”, pero se

* Tomado de: Rev. Mex. Educ. Med. Vol. 1, No. 3: 183-191; 1990.

marginan los humanísticos y éticos, que no pueden sujetarse a dichos postulados.

—El auge de la ética utilitarista, predominante en la filosofía académica de los EE.UU., y que resalta la importancia de la productividad sobre otros valores, ha sido cuestionada más recientemente, dando lugar al resurgimiento de la ética neokantiana y a la de la fenomenología de Husserl.

—La postura filosófica relativista llevada a su extremo, *el relativismo moral*, conduce necesariamente al cuestionamiento de todos los valores impidiendo ya en principio, cualquier análisis que redunde en la integración de una plataforma ética común para la atención profesional de los pacientes, quienes resultan así perjudicados.

—El surgimiento de un concepto más amplio de la ética, la *bioética*, acuñado por Van Renselaer Potter en 1971, como “campo interdisciplinario de estudio, que involucra un sinfín de problemas creados por el progreso, su repercusión en la sociedad y en su sistema de valores; un nuevo mecanismo de coordinación e instrumento de reflexión para orientar el saber biomédico y tecnológico, en función de una protección cada vez más responsable de la vida humana”.

—La creación y extraordinario desarrollo de los centros internacionales de investigación en bioética, los dos primeros de los cuales fueron el “Hastings Center” de New York, fundado en 1969 por el filósofo Daniel Callahan y el psiquiatra Willard Gayling; y el “Kennedy Institute” de Washington fundado en 1971 por el Dr. André Hellegers, contando con la ayuda económica de la Joseph Kennedy Jr. Foundation.

—El resurgimiento de la religiosidad en EE.UU. y en América Latina, cuya participación en la interpretación de los procesos de salud-enfermedad comienza nuevamente a considerarse.

—Más recientemente, y como producto de experiencias insatisfactorias, se ha desplazado el centro del análisis ético médico de la ética abstracta (que puede originar discusiones y agrias discrepancias) para ubicarse preferentemente en la discusión de casos concretos, *la casuística*, con la intención de concretar acciones que repercutan de inmediato en el beneficio de los pacientes.

Area socioeconómica

—La entrada de la salud al campo de la macroeconomía (para algunos, con el plan Beveridge) cambió el concepto de *individuo en buena salud, para el Estado* por el de *Estado para el individuo en buena salud*, la salud se convierte en un desembolso de gran cuantía, nivel de

grandes partidas del presupuesto estatal. Así, el Estado decidirá sobre el destino de su utilización, mismo que repercutirá en la atención a la salud, conforme a sus criterios políticos de prioridad, originando la *ética de Estado*, vgr.: ¿Hasta que edad se aceptarán pacientes como candidatos a trasplante renal? Esto lo define el Estado con base en criterios de probable productividad del beneficiario del trasplante.

—El papel del *Estado benefactor*, en la atención a la salud, fuertemente cuestionado en las sociedades capitalistas y cuya solidez económica se ha deteriorado en muchos sitios debido a la denominada *crisis fiscal del Estado*. Esta ha obligado a reducir gastos sociales y a acudir a estrategias de menor costo, a la participación del usuario de los servicios en algunas de las decisiones, a la promoción del autocuidado.

—La enorme desigualdad en el desarrollo de los países capitalistas en la década de los 50 y 60, que finalmente desembocó en la necesidad de analizar las relaciones sociales de producción; de revisar los fines del desarrollo económico y de cuestionar la desigual distribución de la riqueza y de los beneficios de la ciencia médica. Las críticas del *cientificismo* y de una concepción positiva de la ciencia como un saber universal, empírico, atemporal y libre de valores.

—La consolidación de la atención médica dependiente de la seguridad social, en algunos países indudablemente ha beneficiado a grandes segmentos de la población, pero no está exenta de que la masificación y en ocasiones el eficientismo, acarreen problemas ético-médicos: la deshumanización, la pérdida del secreto profesional, el burocratismo.

Area educativa

—El predominio del enfoque económico sobre el humanista en la educación, reafirmando la importancia de lo real sobre lo ideal. En consonancia con este enfoque se asigna una rentabilidad al sistema de enseñanza, se analizan cuidadosamente las relaciones entre la oferta y demanda en el mercado de trabajo del profesionista médico y se racionalizan los recursos disponibles, para así cubrir todos los niveles de atención en forma equilibrada. Así, el valor rentabilidad de la enseñanza es prioritario, y los otros se le subordinan.

—La importancia que comienza a cobrar, a partir de la década de los 70, el concepto de *perfil profesional*, como elemento básico en la planeación curricular de la carrera de medicina. Este perfil incluye múltiples características que puede agruparse en tres áreas fundamentales. La del

ser (en la que se ubican los valores que el médico debe poseer, entre ellos los éticos); el *saber* (la suma de conocimientos actualizados que utilizará en la atención a los pacientes a su cargo); y las del *saber hacer* (las destrezas que deberá demostrar en su práctica profesional).

—Se ha redescubierto así que los pacientes, los médicos y los estudiantes de medicina reconocen, como fundamentales en la caracterización de los profesionales médicos, a los valores éticos.

—El auge del conductismo en la enseñanza médica, que sin rebasar demasiado lo observable, en especial lo biológico, no concede mayor interés al estudio del valor ético de los actos médicos.

Area del conocimiento médico y la práctica profesional en general

—El avance extraordinario de la ciencia y la tecnología al servicio de la atención médica, plantean situaciones que involucran aspectos éticos antes inexistentes: los trasplantes, la manipulación genética, el momento de la muerte, la prolongación de la vida, etc. Tales avances también condicionan aumento en la iatrogenia clínica, y para Illich de la social y cultural.

—El cambio del objeto de la *medicina para el hombre* como ente individual, al de la *medicina para conjunto de hombres*, grupos sociales o comunidades; que puede facilitar la dilución de responsabilidades, la deshumanización o el ocultamiento de fallas. Cuando esta medicina es administrada por el Estado, plantea también la reflexión sobre la *ética del Estado* y sus limitaciones.

—La experimentación en seres humanos, de gran auge en las últimas décadas, ha sido llevada en ocasiones a límites violatorios de la dignidad del hombre, traspasando las fronteras de lo éticamente correcto. Son interesantes las críticas que Beecher hizo de la eticidad de algunas investigaciones realizadas en EE.UU. antes de 1966. Para nadie ha pasado desapercibida la serie de atrocidades que bajo el pretexto de “avance científico”, se hicieron durante la segunda guerra mundial, tomando como sujetos de experimentación a seres humanos. Un médico alemán, juzgado y condenado al terminar la guerra, consideraba injusta su sentencia, dado que su proceder había sido “dictado por los intereses supremos de una ciencia sin ataduras” Esto propició la necesidad de leyes y normas para la investigación en humanos, dentro de un marco ético: el código de Nuremberg, la declaración de Helsinki (ya revisada en Tokio, Venecia y Hong Kong) y la propuesta de normas internacionales de la OMS para la investigación biomédica en sujetos humanos.

El surgimiento de los *comités hospitalarios de ética*, propuestos inicialmente por una Pediatra (K. Teel en 1976) y utilizando un año más tarde en el famoso caso de Karen Quinlan, quien permaneció en coma un año como consecuencia de un exceso de drogas y cuyos padres solicitaron la suspensión de la terapéutica que la mantenía con vida artificial. Los comités se consolidaron gracias a las peticiones de la Asociación Médica Americana y la Asociación Americana de Hospitales, en 1984.

Area de la relación médico-paciente

Algunos de los cambios conceptuales de mayor trascendencia, son los siguientes:

—La mayor participación de la población en el bienestar de la comunidad.

—El surgimiento del concepto de *autonomía de los pacientes*, que conlleva una mayor participación en las decisiones que involucran a su propia salud, dejando atrás a la actitud de sumisión absoluta e incuestionable a las decisiones de su médico.

—La expresión abierta de la inconformidad de los pacientes a la calidad de la atención recibida, que se expresa mediante demandas legales, y que se intenta amortiguar económicamente mediante *seguros por “mal-practice”* adquiridos desde el inicio de la práctica profesional en los países industrializados. Estas demandas legales comienzan ya a observarse en nuestro país y en nuestras instituciones del sector salud, y aunque tratan de resolverse con la discreción que los intereses políticos requieren, no será difícil que conduzcan a la aparición de seguros similares a los descritos.

Esto ha conducido a acciones de los colegios médicos oficiales de algunos países, dando lugar a suspensiones de licencia para ejercer o sanciones de diversos tipos.

—El cambio del papel del médico, del *paternalismo* del profesionista que todo lo sabe y decide, al de *corresponsable* de la atención a la salud, conjuntamente con el propio paciente.

Area de la comunicación masiva

El auge de los medios masivos de comunicación ha permitido al público enterarse de una multitud de hechos relativos a la salud y a la enfermedad, así como a los problemas derivados de éstos. En algunos países la televisión y la prensa han convertido en “noticias” de gran interés, aquellos hechos criticables de la práctica médica, alentando así las actitudes de inconformidad y desconfianza. No hace mucho el *New York Times* abordaba el problema de las intervenciones quirúrgicas innecesarias:

el auge de las cesáreas, histerectomías, injertos coronarios, implantación de marcapasos, etc., cuestionables en un 20 a 50% de las veces, y la importancia de la segunda opinión, que consiste en recurrir al punto de vista de otro médico, antes de practicar un acto quirúrgico aparentemente necesario, y que por lo demás, ha sido ya enfatizada por los propios profesionales.

II. La Enseñanza de la Bioética

Necesidad de enseñanza sistemática de la ética médica

De todos los cambios consignados, se plantean varias interrogantes:

1. ¿Es preciso revalorar la necesidad de la enseñanza de la bioética en escuelas y facultades de medicina del país?
2. ¿Cómo deberá considerarse a esta área del conocimiento dentro del currículo de la carrera; como materia en sí, o como contenidos temáticos a distribuir entre las materias correspondientes?
3. ¿Cuáles deben ser los objetivos básicos de aprendizaje de esta área?
4. ¿Cuáles podrían ser los métodos y estrategias didácticas idóneas para lograr que los alumnos alcancen los objetivos propuestos?

La formación profesional debe asegurar la obtención de médicos capaces de enfrentar los retos presentes y futuros de la bioética. Souza y Machorro se pregunta con razón "si sólo bastará con reconocer a la ética como un camino sinuoso, de difícil abordaje e impráctico (y continuar así con el status-quo), concluir que no se requiere de enseñanza cabal, que se aprenderá con el ejemplo y sin esfuerzo" (y podría añadirse, sin sistematización alguna). Esto implicaría aceptar que los problemas suscitados por negligencia, impericia o imprudencia temeraria, citados por Cruz Coke, se resolverán sólo con sentido común, una buena legislación y códigos de ética bien intencionados; o por el contrario, como creemos nosotros, que los problemas éticos cada vez más acuciantes y numerosos y la carencia de conocimientos sólidos de muchos de los que actuamos como docentes, amerita pensar en otras alternativas más efectivas.

Aquí me parece pertinente recordar el pensamiento de Jaime Bernal Villegas, cuando dice con toda razón:

El reto actual como médicos es un reto que tiene dos caras: por un lado hacer una medicina acorde a los avances científicos del momento; por otra, recuperar la autoridad moral ante la sociedad, lo primero hace necesario comprender mejor las ciencias

básicas, tener una preparación más científica, lo que implicará estar en condiciones de escoger del mundo biomédico aquello aplicable y de importancia en el manejo de nuestros pacientes, una preparación de esta naturaleza seguramente nos llevará a entender que no todo lo científico es bueno, ni todo lo bueno tiene que ser científico. Hay que cuidarse igualmente para no entrar en el frecuente proceso del saber más y más, dentro de un campo más restringido, para terminar sabiéndolo todo acerca de nada. El segundo de nuestros retos, recuperar nuestra autoridad ante la sociedad, es aún más difícil dado lo avanzado del retroceso. Lograrlo requiere, el que volvamos a la vida como nuestro único objeto y que dejemos de manejarla como un objeto que se presta a toda suerte de manipulaciones. El médico tiene que convertirse en el abogado, el abanderado de la vida de sus pacientes, cualquier transigencia en ella nos puede llevar, como ya lo ha hecho, a la pérdida de la credibilidad a que hoy en día nos enfrentamos.

El paciente ha de ver en nosotros agentes suyos y de sus intereses, a individuos compasivos, que estemos en capacidad de confortarlo y de ser depositarios benevolentes de sus angustias y temores. Por encima de todo, debemos entonces demostrar que la ciencia como tal no es nuestro objetivo, sino un medio que utilizamos para prestar un mejor servicio, y para obtener en últimas la preservación y mejoría de la calidad de vida de aquellos a quienes servimos.

No creemos que este cambio de actitud se produzca espontáneamente, sino que tiene que ser provocado mediante la enseñanza sistematizada, al igual que hacemos con los objetivos educacionales pertenecientes al área cognoscitiva y psicomotora.

Experiencias en la enseñanza de la bioética

Vale la pena recordar aquí algunos antecedentes de la enseñanza de la ética médica en nuestro país.

Según Alcántara Herrera, citado por Julio Roldán la primera cátedra de ética médica en América se dio en la Escuela Nacional de Medicina, en 1858. Esta tuvo como primer docente al Dr. Luis Hidalgo y Carpio.

La intención de contribuir a aclarar deberes y derechos de los médicos, especificados en códigos éticos, se ha hecho presente en varias épocas. Por citar sólo algunos, recordaremos el código de ética médica, que el Dr.

Alfredo Montaña publicó en 1919 en la Revista Militar; al de López Esnaurrizar y Octavio Rojas de 1934; al de Gonzalo Castañeda de 1940, y al de Alfonso Guillermo Alarcón de 1951.

Eventos de enseñanza continua dirigidos a personal graduado, también se ha realizado en distintas fechas. Entre tales eventos cabe mencionar a la "Semana Quirúrgica de León", realizada por la Academia Mexicana de Cirugía en 1974, el Simposio Syntex de "Deontología Médica en México", en 1980 y el Simposio de la Facultad de Medicina de la UNAM en 1986.

En diciembre de 1985, la Universidad La Salle fundó la "Academia Mexicana de Bioética", con la intención de servir de centro de investigación, consulta y orientación al respecto. Sin embargo, en nuestro país aún son escasas las escuelas o facultades de medicina que cuentan con programas sistematizados de ética médica, (ya no de bioética): La Salle, Anáhuac, U. de Guadalajara, San Luis Potosí y Yucatán, en esta última, a iniciativa de los propios alumnos.

En la revisión y actualización del programa del curso de Posgrado de Pediatría Médica de la UNAM, realizada en 1990, se incluyó por primera vez, un módulo de problemas éticos en pediatría.

En otros países se han producido cambios notables: Veatch mencionaba que en EE.UU., en 1968 había pocas facultades en las que se dieran cursos de ética médica. "La mayor parte de los conocimientos se obtenían en sesiones a la cabecera del enfermo, en las que el médico de más edad transmitía los elementos tradicionales al estudiante". Para 1972, 37 facultades tenían cursos optativos, y dos años después 47 facultades ya tenían cursos regulares.

Desde entonces se ha desarrollado la institucionalización y sistematización de diversos programas. Así se aumentó el número de profesores universitarios que dedican al menos la mitad de su tiempo a la ética médica; se han creado programas formales, ya sea interdepartamentales e interfacultades; se han desarrollado *Departamentos de Humanidades Médicas*. En 1978 habían ya 40 programas de Humanidades y estaban en fase de organización otros 40 más; se daban más de 1000 cursos de ética médica para pregraduados de medicina, estudiantes de filosofía, religión, biología, sociología y leyes.

En 1988 ya existían 20 centros de ética biomédica en Europa y se estaban organizando otros más en Japón, otros países asiáticos y algunos países en desarrollo.

La bibliografía especializada en esta área va constantemente en aumento desde alrededor de 100 artículos anua-

les en 1960, a 600 en 1980, según Ben Gershom. En la actualidad hay también ya más de 8 revistas periódicas dedicadas a la ética médica, sobre todo europeas y de habla inglesa.

Objetivos y estrategias para la enseñanza de la bioética

Llama la atención ante este resurgimiento "explosivo", el escaso interés de prestigiados educadores médicos en la formación ética. Se siguen privilegiando los aspectos eficientistas de su formación: la eficiencia, la eficacia, la formación científica básica, la investigación biomédica, clínica y epidemiológica, con escasa o nula mención a los contenidos éticos de la formación del profesional.

Siendo así, es de esperar que la discusión sobre las mejores estrategias y el método didáctico idóneo para esta enseñanza, aún no nazca en algunos países de habla hispana.

La docencia de la ética médica o mejor dicho aún de la bioética, hace referencia a: los objetivos educacionales que el alumno debe alcanzar, al proceso de cómo alcanzarlos, y a la forma de cómo asegurarnos de que realmente los alcanzó.

Los objetivos de la enseñanza de la ética médica pueden enlistarse de varias formas, a continuación se presentan tres de ellos:

El Pond Report (1987),

- 1) Impulsar a los estudiantes para pensar ellos mismos acerca de los problemas médico-morales.
- 2) Ayudarles a objetivar que estos problemas no son materia de opinión personal.

• Comité de universidades americanas,

Un comité de profesores de 9 universidades americanas, en conjunto con un representante de los Institutos Nacionales de Salud de EE.UU., consideraron en 1985, que el currículum básico mínimo de ética médica debería lograr que el alumno tuviera habilidad para:

- 1) Identificar los aspectos morales de la práctica médica considerados como vigentes en nuestra cultura.
- 2) Obtener un consentimiento válido o un rechazo válido del paciente, al tratamiento que se le propone.
- 3) Identificar el procedimiento a seguir si un paciente es parcialmente competente o incompetente para aceptar o rehusar un tratamiento.

4) Forma de proceder si un paciente rehusa un tratamiento.

5) Decidir cuándo está moralmente justificado no dar información a un paciente.

6) Decidir cuándo está moralmente justificado romper la confidencialidad.

7) Identificar los aspectos morales del cuidado de los pacientes con pronósticos de gravedad, incluyendo los que se encuentren en estado terminal.

Alan G. Johnson, propuso en 1983, cinco objetivos básicos, que el alumno debería conocer:

1. La naturaleza de la ética médica

2. Conciencia de los problemas. Enfatizando la importancia de los principios básicos tales como: decir la verdad, mantener las promesas y respetar la dignidad del individuo, la autonomía del paciente, el beneficio, no hacer daño y el principio de justicia.

3. Los mecanismos de toma de decisiones, tales como distinguir entre problemas técnicos y problemas morales.

4. Tener información sobre guías y códigos médicos y las precauciones a seguir.

5. Las bases subyacentes de la ética, convicciones de lo que es recto y erróneo, sistemas de valores, y la responsabilidad.

A estos objetivos generales quizás se podrían añadir algunos más, obedeciendo a necesidades que también consideramos básicas:

1) Identificar las fuentes existentes de información y consulta sobre problemas ético-médicos y dónde se pueden localizar.

2) Identificar el origen, organización y objetivos de un comité de ética de un centro de atención médica.

Por lo que se refiere a las estrategias para la enseñanza de la Ética médica éstas han sido diversas.

Cuando se trata de su aplicación en el área asistencial, se han usado fundamentalmente, la discusión grupal sobre el caso clínico concreto y los cursos cortos. Cada uno de ellos tiene ventajas y limitaciones; así los cursos cortos tienen los inconvenientes de caer con facilidad en el adoc-trinamiento y de sentirse a veces alejados de la práctica diaria, y como ventaja, la de poder revisar en corto tiempo varios tópicos esenciales. La discusión al lado del paciente puede perturbar emocionalmente tanto a los pacientes como al estudiante de medicina, y la discusión

abierta de las decisiones puede ocasionar malestar cuando ésta se lleva a cabo imprudentemente.

En el Hospital de Evanston de Illinois, se comenzó a explorar una estrategia didáctica en 1982: los seminarios conducidos por un grupo constituido por un editor experimentado, un experto en ética, un filósofo y un clínico. Posteriormente se le añadieron cirujanos, un neurólogo, enfermeras, trabajadoras sociales y ministros de culto religioso. Al iniciarse el año se proporciona a los inscritos un enlistado de libros de ficción, drama, poesía o ensayos, en los que de uno u otro modo se plantean dilemas ético-médicos. Mensualmente se reúnen para analizarlos, comentarlos y relacionarlos con sus experiencias cotidianas. Esta lista incluye escritos de Solzhenitsyn, Simone de Beauvoir, Camus, Kafka, Chejov, Graham Greene, Moliere, Pomeranz, etc. Las ventajas que han encontrado a este método son varias: el análisis de un autor predispone al análisis de problemas complejos en la medicina; los hechos representados en las obra permiten reconocer perspectivas difíciles de obtener de otra manera; se exponen situaciones médicas y extramédicas en interacción, y la inclusión de médicos practicantes y residentes permite reunir juicios de personas experimentadas y opiniones de la juventud. Sus limitantes son el tiempo requerido para leer los textos, del cual carecen a veces los participantes en el seminario, y que los núcleos de problemas éticos a veces pueden pasar inadvertidos y que es difícil intentar una evaluación rigurosa del aprendizaje.

En la enseñanza de la ética para psiquiatras, se han utilizado tres tipos de estrategias didácticas: a) el modelo, b) el método de casos y c) el seminario sistematizado. En el modelo, los estudiantes observan, y después imitan los procedimientos establecidos por los médicos más experimentados; en el método de casos se examinan las circunstancias clínicas particulares del caso que requieren de una decisión ética; en el seminario se expone a los asistentes a un cuerpo de conocimientos teóricos y se analiza su importancia en la práctica clínica de la psiquiatría. El Depto. de Psiquiatría de la Universidad de Oxford desarrolla un curso de seis sesiones, cada una de 1 1/2 hrs., en el cual los estudiantes presentan problemas éticos diversos, surgidos de su práctica clínica; a continuación los filósofos explican cómo contemplarían las diferentes escuelas de filosofía el problema expuesto, y finalmente los profesores experimentados seleccionan los problemas éticos relevantes para la práctica profesional, para finalizar con una discusión general.

Más recientemente en 1984, los epidemiólogos se han interesado en tratar de definir cuáles serían las guías éticas y el código de conducta a seguir dentro de esta especialidad, y de los que ha carecido hasta la fecha. Se creó un comité de ética en 1985 y se diseñó un formato para detectar necesidades de guías éticas destinadas a epidemiólogos. Este intento es especialmente importante, dada la trascendencia de sus decisiones sobre la salud pública y el bien común, y que no habían sido analizados antes, desde el enfoque de la ética.

El proceso de cómo se realiza un juicio ético ya se ha analizado en varios centros con bastante acuciosidad. A la fecha hay tres escuelas, que proponen modelos de desarrollo de un juicio ético, y que aportan elementos valiosos para la enseñanza presente y futura.

Finalmente es preciso analizar cuáles serían las formas más adecuadas para evaluar el aprendizaje de la ética. Howe y Jones consideran que el problema puede centrarse en dos aspectos: a) la evaluación del aprendizaje de los contenidos del curso, que se aborda mediante reactivos,

o *ítems* similares a los que usamos a diario en la evaluación de los objetivos cognoscitivos; y b) la evaluación de la habilidad para resolver problemas, en este caso éticos, mediante el planteamiento de un caso ético-médico, no discutido durante el curso, y que debe contestarse en un tiempo fijo (35 min.).

De hecho, la evaluación del aprendizaje de la ética involucra aspectos cognoscitivos y afectivos de distintos niveles de complejidad (memorización, interpretación o solución de problemas; recepción, respuesta o internalización), siendo los del área afectiva los más difíciles de evaluar, y para los que se sugiere el uso de la entrevista, el cuestionario y el sociodrama.

Seguramente que la experiencia adquirida en los procesos de enseñanza-aprendizaje de la ética, tan vieja como la humanidad y tan nueva como los retos que nos plantea el presente, servirá para que los médicos sirvamos mejor a la sociedad, ennoblezcamos cada día a nuestra profesión y estemos más satisfechos de haberla elegido como objetivo de nuestra vida.