



Universidad Nacional de La Plata

Especialización en Docencia Universitaria

Trabajo Final Integrador

“Bioética situada para el humanismo en la formación médica”

Ayelén Moreno

Directora: Esp. Ungaro Ana María

Año 2024

Índice

1. Resumen	Pág. 3
2. Caracterización del tema y problema, contextualización y justificación	Pág. 4
3. Objetivos - Objetivo General – Objetivos Específicos	Pág. 10
4. Perspectivas conceptuales	Pág. 11
- 4.1 Concepciones del currículo	Pág. 11
- 4.2 Innovación curricular	Pág. 15
- 4.3 Modelo médico Hegemónico	Pág. 17
- 4.4 Modelo médico Humanista	Pág. 18
- 4.5 Paradigmas bioéticos	Pág. 19
- 4.6 Transdisciplinariedad	Pág. 23
- 4.7 Comunicación médica	Pág. 24
5. Diseño de la innovación	Pág. 26
6. Consideraciones finales	Pág. 41
7. Referencias bibliográficas	Pág. 42
8. Anexos	Pág. 45

“Ser maestro significa estar en posesión de los medios conducentes a la transmisión de una civilización y una cultura [...] Doble tarea, pues: la de instruir, educar, y la de dar alas a los anhelos que existen, embrionarios, en toda conciencia naciente. El maestro tiende hasta la inteligencia, hacia el espíritu y finalmente, hacia la esencia moral que reposa en el ser humano...”

Julio Cortázar. Esencia y misión del maestro (1939)

1. Resumen

A lo largo de su historia como disciplina, la medicina se ha identificado a sí misma como generadora de un conocimiento políticamente neutro y ha sido accesible a unas pocas personas. Con el tiempo y los cambios en los paradigmas sociales, como la Declaración Universal de los Derechos Humanos, su saber se popularizó y atravesó las formas de vida de todas las personas en la sociedad. Su enseñanza frecuentemente ha sido llevada a cabo acompañada de una teoría curricular tradicional y centralmente positivista, que perpetuó una mirada tecnicista desde los/as profesionales hacia los/las pacientes y entre colegas, condicionada como parte del *modelo médico hegemónico*. El presente trabajo propone una innovación curricular para aquellas personas que están aprendiendo el *arte de curar* en la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad Nacional de La Plata, en la asignatura Bioética, para contribuir a una formación médica guiada por el humanismo médico, basada en el trabajo transdisciplinario, sustentada en la teoría curricular poscrítica y en la enseñanza basada en casos-problema, tomando como escenario los Centros de Atención Primaria de la Salud.

2. Caracterización del tema y problema, contextualización y justificación

Este trabajo se inscribe en una línea de reflexión y propuesta de intervención en el campo de la formación universitaria de futuros/as médicos/as.

Históricamente la enseñanza de la medicina se ejerció de maestro a discípulo en núcleos sociales privilegiados y selectivos. Con el tiempo, su enseñanza se estandarizó y amplió su llegada a una mayor cantidad de estratos sociales.

Desde fines de siglo XVIII, en gran medida gracias a los avances en el método científico, el modelo médico hegemónico se ha constituido como la forma dominante de diagnosticar, explicar, atender y solucionar los problemas ligados a las enfermedades, siendo legitimada tanto por criterios científicos como políticos (Menéndez E, Dia Pardo R. 1996).

El Modelo Médico Hegemónico es un paradigma de funcionamiento de la medicina que presenta su singularidad a la hora de entender los procesos salud-enfermedad y de analizar cómo esta disciplina interactúa con la sociedad. En la Facultad de Ciencias Médicas de La Plata, con base en la formación tradicional, la enseñanza de la práctica médica acerca de las enfermedades que poseen los/las pacientes (hoy en día se prefiere el término *consultantes*) suele responder a una lógica en donde frecuentemente es inobservada la perspectiva en derechos humanos, quedando las prácticas médicas y comunicativas sujetas a la moral de los/las profesionales, sin una formación ética académica obligatoria. Este modelo médico es perpetuado mediante la conservación de un proceso de aprendizaje basado en la teoría curricular tradicional, que puede entenderse desde la modernidad bajo el paradigma positivista, con base en la psicología conductivista, con el ideal de formación de generar individuos eficientes.

La Facultad de Ciencias médicas de la Universidad Nacional de La Plata centra la formación de sus estudiantes en esta teoría curricular, introduciendo aquellos aspectos críticos y poscríticos solo en algunas de las asignaturas que son ofrecidas como *optativas* (Tabla 1 en anexos), por lo que depende del propio interés de los/as estudiantes la incorporación de esas perspectivas. (Medicina plan 2004)

Como alternativa a esta forma de enseñanza-aprendizaje, existe un paradigma médico más integrador llamado Modelo Médico Humanista. En los últimos años,

el humanismo en la medicina ha logrado un papel central en los debates. Se ha planteado un regreso al humanismo médico como una manera de responder a la transformación corporativa del sistema de cuidado de la salud, centrando la atención en el/la paciente y en su proceso salud-enfermedad (Nizama-Valladolid, 2002).

Desde la asignatura Bioética de la Facultad de Medicina de la Universidad Nacional de La Plata, en la cual me desempeño como ayudante diplomada, nos proponemos contribuir a la formación de médicos con una mirada humanista de la medicina, atravesada por la perspectiva en Derechos Humanos. Bioética es una disciplina bastante nueva como tal, y un tanto disruptiva con respecto al resto de las asignaturas de la carrera de grado porque propone un marco teórico que proviene de la filosofía y articula teorías éticas con dilemas que surgen de la práctica médica (en nuestro caso), pero también involucra los dilemas de la misma interacción del humano con el ambiente que lo rodea. Esta forma de construir el marco teórico difiere en gran escala con el método científico o estadístico predominante en nuestra Facultad y aporta al modelo poscrítico de enseñanza del currículo.

La propuesta de la cátedra se basa en incorporar un análisis crítico en relación con el quehacer médico, desde un paradigma interpretativo y sociocrítico; brindando herramientas para una práctica médica más autónoma y humanista, basada en la capacidad de deliberación, el consenso y el aprendizaje de trabajar lo más transdisciplinariamente posible. Un aspecto transversal de la materia es la capacidad de diálogo, entendida como un proceso en el que se genere comunicación efectiva y asertiva. Por ejemplo, la anamnesis se constituye como un pilar fundamental de la medicina asistencial y, aún hoy, se encuentra atravesada por sesgos que surgen de la reproducción del modelo médico hegemónico.

En nuestra cátedra centramos el proceso de enseñanza de la bioética poniendo central atención en la Teoría Principialista, cuyo origen es anglosajón y se basa en que todos los dilemas bioéticos pueden ser abordados y resueltos teniendo en cuenta cuatro principios básicos: Beneficencia, No maleficencia, Autonomía y Justicia; y tres reglas: Consentimiento informado, Veracidad y Confidencialidad. Actualmente esta línea de análisis es considerada insuficiente

y reduccionista para resolver dilemas bioéticos regionales. Por esta razón, resulta necesario incorporar escenarios en donde se ponga en práctica la Bioética Deliberativa, que presenta una metodología de análisis más abarcativa, en donde se ponen en tensión los Principios Bioéticos, pero también se incorpora una mirada históricamente situada y basada en Derechos Humanos. Esta perspectiva nos acerca a resolver conflictos éticos en la clínica asistencial y nos ayuda a alcanzar decisiones prudentes, responsables, de auténtica reflexión, desde una perspectiva plural. Si bien los saberes configurados como contenido provienen de los comienzos de la disciplina (donde la raíz era fuertemente anglosajona), incorporamos al proceso de enseñanza-aprendizaje la apropiación de textos académicos de autores regionales y abordamos dilemas éticos que tengan relación con las preocupaciones de los/las estudiantes, así como actualizamos los contenidos en relación con miradas locales surgentes y contemporáneas de la disciplina.

Actualmente esta asignatura integra el Plan de Estudios en el quinto año de la carrera, formando parte de la propuesta de asignaturas optativas de la Facultad. El Plan de Estudio actual de la carrera considera asignaturas obligatorias y una carga horaria mínima de 270 horas dedicada a aquellas optativas, las cuales pueden ser elegidas por los/as estudiantes según su preferencia.

Se llevan a cabo encuentros semanales teóricos de cuatro horas de duración en los cuáles se expone una temática de las unidades propuestas por la asignatura. Con posterioridad los/as estudiantes resuelven un trabajo práctico que queda habilitado en el entorno virtual de la cátedra y que suele estar constituido por diez preguntas con respuestas a desarrollar; estos trabajos son corregidos semanalmente por quienes conformamos el equipo docente. Al final de la cursada se lleva a cabo una instancia evaluativa que llamamos Parcial. Para promocionar la asignatura los/as estudiantes deben haber aprobado todos los trabajos prácticos subidos al entorno virtual y el parcial con nota 7 (siete) o más, si la nota se encuentra entre cuatro y seis (4-6) deben rendir examen final y si la nota es menor de 4 (cuatro) deben recurrar la asignatura.

Hasta el año 2021 era posible cursar la asignatura solo desde quinto año, pero desde el año 2022 se incorporó la posibilidad de cursarla desde segundo año de la carrera. Este aspecto resultó en un cambio fundamental porque los y las estudiantes de segundo año que eligieron cursarla, todavía no habían transitado aquellas asignaturas que involucran el contacto con el paciente, con su familia o con colegas, y no habían frecuentado el ámbito hospitalario o de atención primaria de la salud como son las salitas sanitarias regionales, incluso algunos de ellos aún se encontraban en *proceso de afiliación académica* (Coulon, 1998). Esta situación generó convivencia en el transcurso de la cursada entre estudiantes que presenciaban a diario los dilemas éticos derivados de la atención de personas con sus singularidades, es decir vivenciaban dilemas éticos surgidos por diferencias (en creencias, religión, oportunidades sociales, coerciones, etc.) entre el/la paciente y el personal de salud, el paciente y su familia, o entre colegas del equipo tratante; con estudiantes que han ingresado a la carrera durante la pandemia (es decir, que no habían vivenciado la vida universitaria en su sentido espacial) y con aquellos que, si bien habían transitado el espacio áulico, no habían transcurrido demasiado tiempo en las asignaturas relacionadas con la clínica médica.

Si bien la pluralidad de miradas enriquece ciertos análisis realizados en clase, resulta difícil abordar tanta diversidad de trayectorias universitarias. Se presenta como un desafío para la cátedra el hecho de poder lograr objetivos en común o discernir sus necesidades por ser un grupo muy heterogéneo. Esta situación afecta a ambos roles, tanto al equipo docente, como a los/as estudiantes, ya que dificulta el proceso de conocimiento sus individualidades, cuáles son sus necesidades específicas y cuáles son los intereses que tenemos en común. Asimismo, resulta una cuestión fundamental para abordar este escenario, poder problematizar nuestro rol docente durante el recorrido de formación, basándonos en comprender y realizar un análisis de la docencia como práctica social, intencional e históricamente situada, en donde es necesario reconocer y construir nuestra intencionalidad y, a su vez, transformarnos a través de las experiencias áulicas, las construcciones sociales, los avances en nuestros campos de estudio y nuestra relación con el conocimiento (Ros M, Morandi G, 2014).

En este caso la propuesta parte desde la reflexión acerca de nuestras prácticas: ¿cuál/ cuáles son los puntos clave que les permitirá a ellos/as desempeñarse como futuros médicos históricamente situados? ¿Cómo fortalecer la formación de un *habitus profesional* situado en el humanismo médico? (Davini, 2008). En este contexto pienso que sería beneficioso intervenir proponiendo una innovación en el contenido práctico de la materia, articulando diversas herramientas de enseñanza que nos permitan responder a las necesidades generadas en la heterogeneidad de trayectorias universitarias que poseen los/as estudiantes; y así, fortalecer la práctica el método deliberativo, centrando el análisis en Derechos Humanos. Un lugar clave de aprendizaje de estos aspectos lo constituyen los Centros de Atención Primaria de la Salud (CAPS) que materializan estrategias para lograr una población saludable a través de la atención, la promoción de la salud y la prevención de enfermedades, favoreciendo el acceso a otros niveles de complejidad y dispositivos de salud de modo que resulten accesibles y eficaces para toda la comunidad. Desde esta perspectiva de salud comunitaria se puede dar lugar a un proceso de construcción de demanda, ofreciendo la oportunidad de trabajar los vínculos y lazos sociales, entendiéndolos como parte de una salud integral y formando redes de contención. Los equipos que forman parte de los Centros de Atención Primaria son interdisciplinarios y pueden estar integrados por trabajadores sociales, psicólogos/as, médicos/as, enfermeros/as, odontólogos/as, docentes, y profesionales pertenecientes a las Residencias de la Provincia de Buenos Aires (Ministerio de Salud de la Nación, 2007).

El objetivo se basa en proponer un modelo educativo que permita a los/as estudiantes incorporar conocimientos relevantes y significativos, mediante una actividad que promueva la colaboración, la autogestión y la orientación hacia la toma de decisiones fundamentados en la ética. La propuesta también abarca el crecimiento docente a través de la autocrítica y de la experiencia de los/as estudiantes que participen en la propuesta educativa. Dicha propuesta incorpora una actividad centrada en el aprendizaje basado en problemas (ABP) que favorecerá la incorporación de esta dinámica de trabajo y de relación entre pares para adquirir nuevas herramientas que sirvan para su futuro como médicos/as.

Si bien es necesario evaluar el impacto a largo plazo de esta innovación, hay estudios que demuestran que algunas competencias percibidas son mejores con respecto al plan de enseñanza tradicional de la medicina. Adquirir conocimientos básicos del ABP y poner énfasis en la autodirección cambia la percepción de los graduados sobre la preparación en la práctica. Según un estudio llevado a cabo en 2012 en la Universidad de Medicina de Liverpool, los graduados del plan de estudios que fue reformado con ABP se sintieron significativamente mejor preparados para realizar procedimientos prácticos y trabajar en equipo, entendiendo la medicina basada en evidencia, pero refirieron sentirse más inseguros con respecto a la enseñanza en anatomía. En contraposición, los graduados del plan de estudios de medicina tradicional se sintieron mejor en relación con las variables relativas a ciencias básicas como comprender los procesos patológicos (Watmough S, et al. 2012).

En nuestra Facultad se han llevado a cabo proyectos de extensión universitaria en donde se propuso la interacción estudiante-sociedad, pero ninguno de ellos desde una perspectiva de análisis y solución de dilemas éticos, sino desde la educación bioética teórica hacia la sociedad, con una propuesta educativa tradicional en donde el docente es el poseedor del conocimiento y el/la estudiante un sujeto pasivo que recibe la información que es *necesario* saber.

3. Objetivos

Este proyecto se basa en aportar a un modelo de equilibrio, un modelo pedagógico integrador, que se oriente a mejorar el vínculo docente-estudiante, el trabajo colaborativo y el proceso pedagógico en la asignatura Bioética, ofreciendo así al/la estudiante las herramientas para construir un proceso propio de aprendizaje.

Objetivo general:

Diseñar un plan de innovación educativa que promueva la formación médica humanística a través de la enseñanza de la bioética deliberativa, a partir de casos reales recabados en Centros de Atención Primaria locales.

Objetivos específicos:

- Desarrollar una propuesta de enseñanza para los/as estudiantes de medicina que favorezca la valoración del trabajo transdisciplinario, como elemento para la reflexión crítica y el aprendizaje colaborativo.
- Proponer experiencias de aprendizaje del modelo Bioético Deliberativo a través de una metodología de resolución caso-problema.
- Favorecer la articulación teoría-práctica a través de la mirada crítica y compleja del caso.
- Formular una mejora de la dimensión comunicativa y vincular de los/as estudiantes de Ciencias Médicas para favorecer la formación de médicos/as con perfil humanístico.

4. Perspectivas conceptuales

4.1 Concepciones del currículo

Nos interesan en este caso dos teorías curriculares que se encuentran en tensión constante en la formación médica: la teoría curricular tradicional y la teoría poscrítica. En esta última nos centraremos para proponer la innovación curricular. Por un lado, la teoría curricular tradicional, entendida desde la modernidad bajo el paradigma positivista, con base en la psicología conductivista, con el ideal de formación de generar individuos eficientes. Esta teoría se basa en la creencia de la existencia de un conocimiento “objetivo” que se encuentra albergado en una sociedad de características homogéneas, representando y manteniendo estándares dominantes, que reproducen un modelo de enseñanza en el cual el conocimiento que debe ser enseñado es el científico tecnicista, políticamente “neutro” y cuya inspiración es la organización del saber, centrando el interés pedagógico en “¿cómo enseñar el conocimiento?”. Por otro lado, en la posmodernidad, surge la teoría proscritica del curriculum como alternativa a otros modelos de enseñanza, con base en las teorías del giro lingüístico y que propone una mirada centrada en los individuos representados desde una perspectiva multicultural y plural. Esta teoría se inspira en la identidad de las personas, en su subjetividad y en su significación, incorporando políticas didácticas y centrado el proceso educativo en la relación *poder-saber*. (Da Silva, T. 1999). Asimismo, es necesario retomar de la discusión sobre el método en el debate didáctico contemporáneo al análisis retrospectivo sobre la consideración de lo metodológico en la enseñanza como algo constructivo, destacando que no hay metodología sin tratamiento del contenido y sin entender la problemática del sujeto que aprende (Edelstein, G. 1996).

En la siguiente tabla se pueden visualizar las características principales de cada teoría curricular, según algunos elementos de análisis específicos:

Teorías Elementos de análisis	TRADICIONALES	CRÍTICAS	POSCRÍTICAS
PERIODO HISTÓRICO	Modernidad	Modernidad	Posmodernidad
BASES	Psicología conductivista.	Adecuación del conocimiento según los grupos y sus necesidades. Economía.	Pluralidad. Voluntad de poder.
CARACTERÍSTICAS PRINCIPALES	Conocimiento objetivo. Sociedad homogénea.	Ideología. Sociedad heterogénea. Determinación económica.	Identidad y representación histórica-social.
INSPIRACIÓN	Organización del saber. ¿Cómo enseñar el conocimiento?	Conexión entre saber e identidad. Poder de las instituciones.	Identidad, subjetividad y significación.
VÍNCULO EDUCACIÓN-SOCIEDAD	Representa y mantiene los estándares dominantes.	Tensiones sociales. Grupos de clase. Interés de representación curricular.	Representatividad . Importancia de cultura, género, raza, etnia, sexualidad.

QUÉ CONOCIMIENTO DEBE SER ENSEÑADO	Científico. Tecnicista. “Neutro”	Teoría y práctica con perspectiva socio-histórica. Curriculum oculto.	Discurso. Relación poder-saber. “Políticas didácticas”
IDEAL DE FORMACIÓN	Individuo eficiente.	Individuo consciente y emancipado.	Individuo identificado y representado desde una perspectiva multicultural y plural.
PARADIGMA	Positivismo. Conductivismo.	Teorías de dominación de clase.	Teorías del giro lingüístico.

Tabla 2. Referencia en Da Silva T. (2001) Documentos de identidad. Una introducción a las teorías del curriculum.

Situándome en esta lógica, entiendo a la enseñanza como un proceso y una práctica activa y participativa, de la que se esperan resultados que van más allá de la asimilación de conocimientos académicos y del desarrollo conceptual, por eso elegimos como eje para interpretar el currículo a la teoría poscrítica, que metodológicamente colabora con desarrollar capacidad crítica, inventiva, sentido práctico y juicio profesional del estudiante partiendo de problemas y situaciones de las prácticas mismas (Davini, M. 2009).

Una forma acertada de poner en práctica las propuestas de la teoría curricular poscrítica es la implementación del modelo de enseñanza basado en problemas. Dentro de la oferta académica argentina en formación médica, nos encontramos

con la Universidad Nacional de Río (sede San Carlos de Bariloche) y la Universidad Nacional del Sur (sede Bahía Blanca) que implementan este tipo de currícula. Son llamadas currículas innovadas y organizan la totalidad de las asignaturas y el modelo de aprendizaje en ABP. Ambas tomaron como referencia para implementar la evaluación de habilidades el modelo surgido en la década de los 70s en la Universidad de Mc Máster, Canadá, que fue también implementado con posterioridad en varias universidades de Latinoamérica, que buscaron innovar sus currículas en formación para la salud (Restrepo Gómez, B. 2005). Su propuesta se basa en una pedagogía del descubrimiento y la construcción para formar individuos capaces de trabajar interdisciplinariamente y generen conocimiento histórica y regionalmente situado. En este aspecto fue el constructivista Jerónimo Bruner quien colaboró con la sistematización de este tipo de aprendizaje. Para él, fue fundamental llevar el aprendizaje humano más allá de la transmisión vertical de información, hacia los objetivos de *aprender a aprender* y a resolver problemas. Para esto, sugiere una serie de eventos pedagógicos, que permiten desarrollar la estrategia del descubrimiento y la construcción (Bruner, J. 1973), entre ellos describe:

- Dejar expresar los modelos que cada aprendiz tiene en su mente.
- Correlacionar el nuevo aprendizaje con el conocimiento ya dominado o construir puentes de mediación cognitiva.
- Categorizar.
- Comunicarse con claridad.
- Contrastar, comparar.
- Formular hipótesis y tratar de probarlas, para hallar nuevo conocimiento o confirmar lo conocido.

Esta sistematización para colaborar con el aprendizaje en ABP sirve de base para guiar nuestras prácticas articulando la teoría curricular tradicional con la que convivimos y nuestra propuesta de incorporar espacios de expresión de la teoría curricular poscrítica.

4.2 Innovación curricular

Teniendo en cuenta la complejidad de la enseñanza médica, debido a la cantidad de actores que entran en juego: estudiante – docente – consultate – familia – sociedad, considero beneficioso intervenir proponiendo una innovación curricular de la materia, articulando diferentes herramientas de enseñanza que nos permitan construir un conocimiento crítico y situado, y que contribuya a una dialéctica no compartimentalizada (Davini, 2008).

La propuesta de enseñanza tradicional de la bioética, al igual que la mayoría de las disciplinas relacionadas con las Ciencias de la Salud, clásicamente ofrece una propuesta meramente teórica y principista que no resulta adecuada cuando se quiere proponer una mirada de la asignatura incorporando aspectos de una currícula innovada. En este tipo de currículas, el recorrido pedagógico de la formación médica está ordenado en función de competencias que el/la egresado/a debería alcanzar una vez culminada su carrera de grado (Buedo, P. Silberman, P. 2024). Dentro de estas competencias, resultan importantes el trabajo interdisciplinario y colaborativo y las habilidades en comunicación asertiva.

Como exponíamos en el apartado anterior, una herramienta fundamental en este contexto es incorporar el enfoque didáctico que nos brinda el Aprendizaje Basado en Problemas (ABP). Dentro de este ámbito, de enseñanza de la Bioética en un marco de currícula innovada, resultan importantes seis competencias definidas por el Consejo de Acreditación para la Educación Médica (ACGME, 2024) y consensuadas en diferentes países de América y Europa que describen:

- Profesionalismo
- Conocimiento médico
- Aprendizaje basado en la práctica
- Aprendizaje basado en servicios
- Cuidado del paciente y
- Habilidades comunicacionales e interculturales.

ACGME resulta un estándar de referencia internacional para las instituciones de otros países que utilizan modelos de competencias. Por ejemplo, la Asociación Mexicana de Escuelas y Facultades de Medicina elaboró sus competencias considerando el marco de ACGME como punto de partida. Para que sea posible llevar a cabo las competencias, ACGME definió lo que ellos denominan *hitos*. Estos son el resultado del desarrollo de comportamientos observables a lo largo del proceso de aprendizaje, dentro de un conjunto de competencias básicas que deben ser previamente descritas. Los hitos son útiles para que los programas pedagógicos de las currículas innovadoras proporcionen devolución de forma específica a estudiantes, focalizando en la retroalimentación, para que los/as estudiantes adquieran los conocimientos, habilidades y actitudes necesarias para el progreso dentro de los diferentes programas (Buedo, P. Silberman, P. 2024). Se describen cinco aspectos fundamentales del corpus disciplinar bioético que deben ser incorporados en el marco de la formación médica y que, desagregados de esta forma, permiten un correcto seguimiento y evaluación de estos:

- ética profesional
- autonomía y toma de decisiones informadas
- justicia y uso racional de recursos
- ética clínica
- ética de la investigación.

Sabemos que no es posible llevar a cabo el dictado de la asignatura de forma totalmente acorde a la propuesta de las currículas innovadas, dado que perdería coherencia con el resto del currículo de la carrera de grado y, además, no podrían cumplirse los tiempos y prácticas necesarios para la adquisición de las aptitudes propuestas. Aun así, teniendo en cuenta nuestra intención de incorporar la mayor parte que fuera posible de estos aspectos didácticos innovados a la currícula tradicional con la que venimos trabajando, pensamos como un lugar oportuno de aprendizaje a los Centros de Atención Primaria de la Salud, dado que nos permiten incorporar la perspectiva de salud comunitaria. Resulta necesario elaborar una propuesta de enseñanza centrada en el aprendizaje basado en problemas que permita aprender por descubrimiento y

construcción, articulando saberes previos y resignificándolos hacia la construcción de nuevo conocimiento teórico práctico adquirido a partir de la circulación de la palabra, el conocimiento de quiénes son las personas que habitan la comunidad, quiénes son nuestros estudiantes, cuáles son sus necesidades específicas y cuáles son los intereses que tenemos en común, entendiendo el rol del docente como un orientador, todo esto apoyándonos en las necesidades de los/as consultantes que concurren a los CAPS locales.

4.3 Modelo médico hegemónico

El modelo médico hegemónico presenta su singularidad a la hora de entender los procesos salud-enfermedad y de analizar cómo la medicina interactúa con la sociedad. Para poder comprenderlo se pueden describir sus principales características, entre las cuales destacan las siguientes (Beltramino S, 1988):

- *Concepción de la salud y la medicina desde una perspectiva individual y biologicista*: se entiende a la enfermedad como un hecho puntual que afecta un órgano o un grupo de órganos, y cuyas causas son totalmente cognoscibles. De esta concepción surge la excesiva especialización, la fragmentación de la disciplina y la negación de los factores sociales que influyen en el proceso salud-enfermedad.

- *Tecnocracia*: este concepto hace referencia a que los saberes conquistados o las propuestas científicas o técnicas se condicen, inexorablemente, en el bienestar de los humanos; es decir, su voluntad es neutra y sin conflictos de intereses. A su vez, se estructura en un lenguaje, que es definido previamente como científico, estableciendo una asimetría entre el médico que *sabe* y el paciente que *no sabe*, simbolizando al paciente como alguien dependiente y al médico como poseedor de la verdad para resolver el problema de salud.

- *Medicalización de la vida*: posee esta singularidad dado que invade la totalidad de las prácticas sociales. Se presenta como aquella disciplina que es capaz de definir qué es sano y qué es enfermo en una sociedad, otorgándosele la posibilidad de definir desviación como enfermedad y a partir de ello ejercer control social.

- *Desigualdad*: su excelencia depende de la especialización y el uso de nuevas tecnologías, generando una relación de dependencia con el desarrollo tecnológico y aumentando la desigualdad de oportunidades para la formación entre colegas.

Este modelo médico se perpetúa bajo una formación médica que se reproduce a través de la teoría curricular tradicional. Como es posible observar en su currícula, la Facultad de Ciencias médicas de la Universidad Nacional de La Plata centra la formación de sus estudiantes en esta teoría curricular, introduciendo aquellos aspectos críticos y poscríticos en una menor cantidad de asignaturas (Medicina plan 2004).

4.4 Modelo médico humanista

Con el devenir de nuevos paradigmas sociales, avances tecnológicos y mala distribución de recursos, el modelo médico hegemónico comenzó a sufrir grandes críticas. José Alberto Mainetti (1988) denominó a este proceso *crisis de la razón médica*, el cual generó una transformación en el paradigma médico. Este cambio de paradigma condujo a uno más integrador conformado por el modelo médico humanista, el cual ha ido tomando relevancia en ámbito académico médico, con mayor firmeza en el plano teórico y un poco más resistido en el ámbito práctico. Hoy en día conviven ambos modelos.

El humanismo proviene de la literatura griega y latina, con base en la palabra *paideia*, que hace referencia a la educación y formación del hombre; los griegos consideraban necesaria la formación humanista para “hacer que el hombre sea aquello que debe ser, de acuerdo con su naturaleza espiritual específica” (Reale y Antiseri, 2001. Pág 27). En occidente el humanismo fue heredado del renacimiento y se configuró como una corriente del pensamiento que considera a la dignidad humana como criterio último de valoraciones y normas y como el horizonte al que deben orientarse las acciones (Oseguera Rodríguez, 2006). Dentro de este paradigma, es posible enumerar características deseables para aquellas personas que ejerzan el cuidado de la salud (Rogers J, Coutts L. 2000):

- Respeto de los puntos de vista del paciente y la consideración de cada una de sus opiniones en la toma de decisiones respecto a su salud.
- Atender el bienestar psicológico del paciente.
- Recordar que el paciente es único e individual.
- Tratar al paciente en su contexto familiar y ambiente social y físico.
- Poseer buenas cualidades de comunicación y para escuchar.
- Proporcionar confidencialidad y confianza.
- Demostrar calidez y compasión.
- Empatía.

Como es posible observar, estas características implican una atención médica centrada en el paciente (y en su historia) y no centrada en el profesional o en la patología. Es decir, que el modelo médico humanista convive con los fundamentos de la Bioética, nacida a partir del reconocimiento de la autonomía de los/as pacientes. También es así que hablamos de una “medicina deshumanizada” cuando no existe una relación médico- paciente real (Traini, J. 2019)

4.5 Paradigmas bioéticos

La Bioética es una disciplina bastante reciente a nivel histórico, lleva poco más de cincuenta años desde que se organizó de forma independiente a otras disciplinas, como la ética o la medicina. Una de las definiciones de la bioética es “el estudio sistemático de las dimensiones morales, incluyendo visiones, decisiones, conductas y políticas morales de las ciencias de la vida y atención de la salud, empleando una variedad de metodologías éticas en un contexto interdisciplinario” (*Encyclopedia of Bioethics*. Pág. xi. Vol 1. 2004). Los tópicos vigentes a lo largo de su historia han ido variando acorde a los avances en el conocimiento y a los valores sociales surgentes. A lo largo de la historia, el estudio de la filosofía, el conocimiento a través del método científico y el funcionamiento del mercado, se han ido construyendo diferentes tópicos sobre

los cuales la disciplina se transforma. Diego Gracia Guillén (2002) describe el desarrollo de la bioética, teatralmente, de la siguiente manera:

- Primero, el escenario sobre el que hay que situar este movimiento y desde el que adquiere sentido. Resultando principalmente del análisis del modo en el cual la cultura occidental ha gestionado sus deberes morales para con la vida.
- Segundo, los problemas propios de la década de los setenta, el movimiento de autogestión del cuerpo y el principio de autonomía.
- En tercer lugar, los problemas bioéticos de segunda generación, aquellos de la década de los ochenta: las cuestiones relacionadas con la economía, la distribución de recursos y el principio de justicia.
- Y finalmente, la tercera generación de problemas bioéticos (década de los noventa), relacionados con el fenómeno de la globalización, la protección del medio ambiente y los derechos de futuras generaciones.

En América Latina y el Caribe la enseñanza de la Bioética surgió alrededor de las décadas de los ochenta y los noventa, y aún hoy su modalidad de enseñanza es muy diversa. Existen trabajos que explicitan la forma de enseñanza y publican sus resultados sobre la experiencia en diferentes países de la región, pero aún no se ha logrado un acuerdo sobre qué modelo obtendría mejores resultados (Peralta Cornielle, A. 2012).

La escuela más influyente en la enseñanza de la Bioética es la Principialista, surgida en el comienzo de la disciplina, basada en cuatro principios fundamentales que pueden aplicarse a cualquier caso o dilema ético que una persona o equipo interdisciplinario busque resolver. Esta forma de análisis resultó de mucha utilidad en el momento de conformación de la Bioética porque permitía responder a la necesidad de encontrar guías valorativas que fuesen fácilmente comprendidas por profesionales educados en tradiciones intelectuales muy diversas. Recordemos que este campo de estudios incorporó las inquietudes y las aportaciones de interlocutores/as provenientes de diversas disciplinas académicas: medicina clínica, investigación biomédica, ciencias sociales, abogacía y filosofía; dado que los problemas bioéticos son de tal naturaleza que requieren un abordaje interdisciplinario (Ferrer J. y Álvarez J. 2005). Los principios pueden entenderse como formulaciones condensadas de los valores morales fundamentales idóneos para guiar la reflexión ética y los

cursos de acción para resolver los dilemas surgidos en la práctica de todo el campo de las ciencias biomédicas, tanto en la investigación como en la práctica asistencial clínica. Estos principios no presentan una organización jerárquica entre ellos, sino que se aplican y cobran mayor o menor relevancia de acuerdo con el dilema ético que se estuviera analizando.

Beneficencia: comprendida como el deber moral de obrar para beneficiar a otras personas, según su propio interés, obrando positivamente para prevenir posibles daños.

No maleficencia: abstenerse de realizar intencionalmente acciones que dañen a otras personas, en ausencia de una justificación proporcionada.

Autonomía: otorgar la posibilidad de obrar libremente, de acuerdo con el curso de acción que ella misma ha elegido voluntariamente

Justicia: que a cada persona le sea dado lo que es suyo, lo que le pertenece, en conformidad con los criterios específicos de justicia que sean relevantes a la situación en la que se encuentra dentro del marco de una sociedad determinada.

A su vez, la Bioética entendida desde el Principialismo cuenta con Reglas que ayudan a realizar un análisis más específico. Ellas son:

Veracidad: es una propiedad de las personas y se encuentra relacionada con el discurso. Resulta una condición necesaria para la confianza entre las personas y para favorecer la toma de decisiones autónomas.

Confidencialidad: entendida como el derecho que poseen todas las personas a que se mantenga en privado su información y su intimidad. Favorece el autogobierno y acompaña a la medicina desde el surgimiento del Juramento Hipocrático.

Consentimiento informado: proceso por el cual se toman decisiones luego de la deliberación y análisis de las posibilidades con sus riesgos y beneficios. Actualmente se constituye además como una obligación legal en la relación médico-paciente.

Es decir, que de acuerdo con la teoría Principialista, ante un dilema ético surgido en la práctica médica (asistencial o de investigación) debo apoyarme como

herramienta de análisis las Reglas, de ser insuficientes utilizo los Principios bioéticos y, de ser insuficientes estos últimos, recorro a las Teorías filosóficas que fundamentan a la Bioética.

Posteriormente se desarrollaron otras teorías que brindaron la posibilidad de realizar análisis más plurales, profundos y complejos, en donde se tuvieron en cuenta la historia social de la persona y factores regionales que modifican los intereses y las posibilidades de resolución de los dilemas. Entre estas nuevas formas de análisis se encuentran la bioética deliberativa, la bioética narrativa y la bioética de intervención (Pfeiffer, M. y Belli, L. 2012)

Considero necesario incorporar escenarios en donde se ponga en práctica la Bioética deliberativa ya que, además de proponer una reflexión más allá de los Principios bioéticos, colabora con el análisis de miradas regionales y de perspectiva en Derechos Humanos, favoreciendo las resoluciones de los conflictos basados en decisiones prudentes, responsables, de auténtica reflexión, desde una perspectiva plural. Diego Gracia Guillén (2011), catedrático de la historia de la medicina de la Universidad Complutense de Madrid, es el principal referente de esta metodología. Él propone una serie de pasos para reflexionar sobre un dilema ético y así optar por la mejor opción existente:

- 1) Identificar de los cursos de acción posibles.
- 2) Elección de curso de acción óptimo. Que surge de la deliberación, sin ser una decisión precipitada.
- 3) Publicidad: ¿Se estaría dispuesto a defenderlo públicamente?
- 4) Legalidad. ¿Es legal el curso recomendado? Se contrasta la decisión con el marco legal para garantizar su corrección.

4.6 Transdisciplinariedad

La posibilidad de unir varios puntos de vista para analizar un objeto de estudio en común no implica necesariamente la instauración de “un diálogo” de las disciplinas que se encuentren involucradas en dicho proceso. Es decir, que

puede ocurrir que cada disciplina cree su versión del objeto, sin que afecte o inflencie la versión de las otras en tal sentido (Morin, E. 1997).

El diálogo entre disciplinas, es decir la interdisciplinariedad, surge principalmente luego de la II Guerra Mundial, a través de relaciones de cooperación en las áreas económica, política y científico-cultural; y fundamentalmente a fines de los años sesenta, cuando la Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura (UNESCO) propuso trabajar desde una perspectiva interdisciplinaria en la búsqueda de soluciones comunes a los problemas contemporáneos desde el punto de vista científico y tecnológico (Tendencias de investigación en las ciencias sociales y humanas. 1970). Trabajando juntas sobre un mismo objeto, estas áreas del saber comenzaron a influenciarse mutuamente, posibilitando la emergencia de nuevos conceptos, teorías, lenguajes y metodologías, con una independencia y autonomía tales, que pueden instaurarse como nuevas disciplinas, con métodos y objetos de estudio distintos a aquellas que le dieron origen.

Una de las formas en la que puede ser entendida la transdisciplinariedad, es como una trasgresión de paradigmas dominantes, resultado del diálogo interdisciplinario. Construir con esta visión el quehacer educativo e investigativo aporta al desarrollo de una personalidad más integral y versátil, que se encuentre preparada para dar soluciones más integrales a problemas de la realidad. La transdisciplinariedad en la Universidad puede ser considerada como una práctica mediante la cual se configuran formas de enseñar y de aprender, identificando problemas vigentes y relevantes para la sociedad y la ciencia, se constituyan objetos de estudio como puente entre las disciplinas y se desarrollen planes y programas que propicien el aprendizaje permanente. En este aspecto, resultan importantes la función de investigación y la extensión académica que permitan el intercambio de los roles de docente-investigador y en la implementación de talleres y cursos que cubran expectativas y necesidades de la población en general (Gedeón Zerpa, I. y García Yamín, N. 2009).

4.7 Comunicación médica

La comunicación se constituye como una de las características de los aspectos psicosociales básicos de los seres humanos, dado que se produce entre un emisor y un receptor y tiene que ver con la transmisión de información e instrucciones, pero también sentimientos y emociones. El acto de la comunicación se completa cuando el destinatario recibe la señal y la decodifica apropiadamente, generando lo que se conoce como comunicación efectiva (Watzlawick, P. 1991). Es una habilidad que todo agente sanitario debe adquirir para intentar dar una respuesta adecuada a la pluralidad de necesidades de los paciente o consultantes. Se ha señalado que la forma en que el mensaje se transmite ayuda o dificulta el proceso de cada paciente; este fenómeno ha sido estudiado por la Comisión Nacional de Arbitraje Médico (CONAMED), en donde la falta de una comunicación efectiva es una de causas de las quejas más frecuentes que se reciben (Fernández, H. 2000).

En medicina, la mayor cantidad de estudios sobre comunicación médico-paciente se realizan en torno a aquellos con enfermedades terminales o graves, estudiado en la cotidianidad como “cómo decir malas noticias”. Sin embargo, considero necesaria la práctica argumentativa y comunicacional como herramienta básica de los/as médicos/as para lograr comunicación efectiva cualquiera sea el ámbito en el que se genere la consulta (internación, consultorio, virtualidad, domicilio del paciente) y para asegurar el cumplimiento de los derechos del paciente en relación con el consentimiento informado. De esta forma la práctica comunicativa podrá generar crecimiento y mayor comprensión de la realidad tanto en el/la paciente como en el/la médico/a.

Dentro del proceso comunicativo la habilidad más importante es la escucha y se debe tener presente aquello que buscamos como resultado de nuestra acción: obtener información para un diagnóstico y tratamiento adecuados, reconocer necesidades y experiencias previas, generar alivio a través de la escucha activa y la empatía, ofrecer información veraz y acorde a la necesidad del/a paciente (Astudillo, W. y Mendinueta, C. 2002).

Cuando proponemos una enseñanza activa sobre comunicación médica buscamos que los/as estudiantes logren una adecuada capacidad de intercambiar conocimientos, ideas propias y emociones, en forma clara y concisa

con el fin de que le sirva de base para establecer una relación médico-paciente apropiada, para mejorar la comunicación con sus pares, con el equipo de salud, con los familiares y con la comunidad en donde se desarrolle. Deberá aprender a sentirse cómodo, tanto en su expresión oral como la escrita, y congruente con la no verbal, siendo asertivo y abierto a los comentarios que retroalimentarán la información que brinda (Petra-Micu, I. 2012).

5. Diseño de la Innovación

La propuesta de innovación se basa en promover la formación médica humanística basada en la enseñanza de la bioética deliberativa, a través de la incorporación de un taller en el cual se traten casos clínicos provenientes de Centros de Atención Primaria de la Salud regionales en donde los/las estudiantes, el personal sanitario y la comunidad se relacionan, construyendo una experiencia propia de aprendizaje basado en problemas, coordinados por el equipo docente de la cátedra de Bioética. Entendiendo la enseñanza como un proceso y una práctica activa y participativa, de la que se esperan resultados que van más allá de la asimilación de conocimientos académicos y del desarrollo conceptual, metodológicamente conlleva desarrollar la capacidad crítica, la inventiva, el sentido práctico y el juicio profesional del estudiante *partiendo de problemas y situaciones de las prácticas mismas* (Aprendizaje Basado en Problemas- Davini-2009). El aprendizaje a partir de problemas no solo refiere a la formación en sentido práctico, sino que además facilita la interacción entre pares y el aprendizaje del trabajo en equipo. Se ha elegido esta propuesta pedagógica porque fomenta la práctica comunicacional y permite el trabajo en conjunto, generando nuevos conocimientos a partir de la problematización de la realidad y la propuesta de cursos de acción posibles, buscando favorecer un enfoque sistémico e interdisciplinario, resultado de esta colaboración colectiva (Ander-Egg, E. 1991). La propuesta de intervención educativa es una estrategia de planeación y actuación profesional que permite a los agentes educativos tomar el control de su propia práctica profesional. (Barraza Macías, A. 2010)

El presente proyecto de intervención académica intenta generar una transformación desde un enfoque basado en los principios metodológicos del modelo crítico-progresista (Barraza Macías, A. 2013), generado a partir problematizar nuestra práctica profesional y pretendiendo resolverlo con autonomía, colaboración y diálogo permanente entre los actores intervinientes; orientado *desde y hacia la acción*, en beneficio del vínculo pedagógico con los/las estudiantes.

El ABP, nuestra herramienta central para desarrollar el taller, parte de un problema complejo, que sirve de disparador para discutir alternativas de solución

posibles, verificar la información y replantear hipótesis. Poder construir y plantear un problema que sea relevante, situado y complejo es de las principales acciones en la estrategia ABP, ya que la solución de la mayoría de los problemas debería tomar un tiempo relativamente largo. Wasserman (1994) se refiere a los casos como instrumentos educativos complejos que aparecen en forma de narrativa, y realiza una distinción: los casos, propiamente dichos, incluyen información y datos, así como otros recursos y materiales técnicos; éstos pueden ser abordados tanto desde lo disciplinar como desde lo interdisciplinar. Sin embargo, existen los *buenos* casos, que se construyen en torno a problemas o “grandes ideas”, es decir, aspectos significativos de una asignatura o conocimiento específico que garantizan un examen serio y a profundidad. Las narrativas se estructuran por lo general a partir de problemas y personas de la vida real. Acorde a esta idea, es mejor optar por problemas de la vida cotidiana y construirse con la mira siempre puesta en cómo solucionarlos. Si en la enseñanza tradicional, el docente que expone la clase es el gran protagonista del proceso enseñanza-aprendizaje, en el de aprendizaje por descubrimiento y construcción, es el estudiante quien se apropia del proceso, busca la información, la selecciona, organiza e intenta resolver con ella los problemas propuestos por el personal docente. El problema debe mantener la motivación de los/las estudiantes e introducirlos en la curiosidad para indagar áreas básicas de la profesión que eligieron (Chemeng-McMaster, 2000). Quizá la principal bondad del modelo de resolución de problemas sea precisamente su enfoque participativo y su interés en que las innovaciones respondan a las necesidades reales de los pacientes o consultantes y sean generadas por éstos.

Dentro de las opciones metodológicas que nos brinda el ABP nos encontramos con las siguientes estrategias como alternativas a seguir:

- El seminario investigativo.
- El método de proyectos.
- El método tutorial.
- El estudio de casos.
- La enseñanza personalizada.

- Simulación y juegos.

El propósito no es que se descarten las hipótesis débiles y se llegue a la explicación verdadera. Es más importante que los/as estudiantes aprendan a manejar el método y hagan transferencia metodológica a la discusión de futuros problemas; por esto es por lo que se dice que el ABP enseña a aprender. No existe una única teoría científica que sustente un conocimiento demasada cantidad de años. Hoy en día la información y los nuevos conocimientos crecen exponencialmente, es por eso por lo que se necesitan profesionales entrenados en actualizar la información necesaria para resolver problemas eficaz y humanamente. Esto se relaciona con que entendemos que la docencia universitaria se debe encaminar a proporcionar un marco de conocimientos y argumentos que capaciten a los/as estudiantes para desarrollar ideas propias y participen en el debate social informado, de una forma crítica y a través de la elaboración del pensamiento propio, contribuyendo en formación de calidad para una democracia como la que deseáramos tener (Casado M., López Baroni M. 2018).

En congruencia con el ABP nos encontramos, en el recorrido que la didáctica nos ofrece, con el modelo de aprendizaje experiencial, en el cual es posible conjugar y complementar el valor de la actividad directa, es decir, de la práctica, y el valor de la reflexión (vital en el aprendizaje de cualquier disciplina, pero particularmente indispensable en la Bioética). El punto de partida de este modelo es una experiencia real y concreta en la cual el/la estudiante se incorpora, en la que participa activamente y en la que toma notas de lo que va pasando. La experiencia está configurada, por tanto, como un proceso de acción al que acompaña y sigue otro de reflexión, y que se continúa por un periodo de extracción de generalizaciones y de preparación para experimentar la siguiente experiencia. Si bien en la Cátedra de Bioética no es posible realizar una experiencia seguida de la otra (y proponemos solo un momento durante la cursada); influirá en las experiencias hospitalarias y asistenciales que el/la estudiante vivenciará a lo largo de la carrera de grado, pudiendo retomar lo aprendido en esta instancia. El aprendizaje experiencial se produce a través de círculos progresivos: la práctica inicial va seguida de una reflexión sobre la misma, lo que permite progresar hacia una práctica más elaborada sobre la que

también se reflexiona para así poder progresar de nuevo a una práctica cada vez mejor fundamentada y adaptada al contexto en el que se lleva a cabo. La riqueza del aprendizaje experiencial depende del valor formativo de la experiencia en sí misma y de los procedimientos y dispositivos puestos en marcha para propiciar la reflexión (grupos de discusión, tutorías, diarios de prácticas, grabaciones, informes, portafolios, etc.). Esta innovación propone generar, a través del aprendizaje experiencial, una perspectiva holística e integrativa del aprendizaje que combina experiencia, percepción, cognición y conducta. (Zabalza Beraza, M. 2011).

Con la intención de adaptar esta organización de enseñanza a nuestro plan de trabajo, comenzaremos por utilizar el tiempo de una de las clases de la cursada para realizar un taller en el cual se resuelva uno o más casos problema que haya surgido de consultantes de los Centros de Atención Primaria de la Salud. Esto servirá para relacionar, comparar y establecer nexos, partir de un conocimiento experiencial, para recuperar lo sabido y establecer puentes con el nuevo conocimiento, constituyendo el punto de partida de cualquier propuesta didáctica (Litwin, E. 1997).

El primer momento del Plan está orientado para el comienzo del ciclo lectivo 2025, en donde se define la fecha del taller. La sugerencia es elegir la anteúltima clase de cada ciclo para llevarlo a cabo, de tal forma de tener la última clase de la cursada para realizar una evaluación y puesta en común sobre la experiencia de aprendizaje. Al considerar las prácticas de enseñanza, no deberíamos tener en cuenta solo lo que sucede en el aula o *espacio áulico* (enseñanza interactiva), sino también lo que sucede en la fase previa (enseñanza pre-activa) y la fase posterior (enseñanza post-activa). La complejidad de la práctica docente se encuentra relacionada en uno de sus aspectos con comprender que en cada uno de los momentos aparecen condicionantes de un plano “micro”, relacionados con los procesos interactivos que se dan entre docentes y estudiantes dentro del microespacio del aula, otro plano considerado “meso”, que pone atención en las relaciones institucionales, y otro plano “macro”, referido a las subordinaciones sociales, culturales, históricas y/o políticas que acompañan a cualquier hecho social como pueden ser los presupuestos asignados, las calificaciones, las características edilicias, entre otras. (Jackson, P. 1991). El/la docente organiza

su clase a partir de sus conocimientos, experiencias, historia y vocación y, por lo tanto, es completamente diferente a otra e irrepetible; evalúa sus actos para conocer de manera deliberada qué, cómo y para qué hacen lo que hacen. En la docencia es necesario partir de la reflexión sobre las propias prácticas. En esta práctica reflexiva se revisa el desempeño, los objetivos, las evidencias y los saberes del docente, lo cual denota una postura crítica y mejoradora (Edelstein, G. 1996).

Luego se seleccionarán aquellos Centros de Salud que formarán parte del proyecto, según se adecuen a la propuesta. Serán considerados aquellos CAPS que pertenecen al área de la Ciudad de La Plata, que normalmente trabajan en conjunto con la UNLP en diferentes asignaturas. Se elegirán ocho de ellos, dos por cada cursada, para dividir la cantidad de estudiantes en dos grupos cada vez. De esta forma los grupos estarán conformados por 20 estudiantes, 2 docentes, las personas de la comunidad que deseen presenciar el taller y el personal sanitario perteneciente a cada CAP que desee formar parte del proyecto de innovación. A cada CAP le corresponde un área programática con la cual trabajan. Esta área presenta necesidades específicas estudiadas y abordadas por los profesionales del Centro de Salud. El conocimiento de estas necesidades por parte del personal sanitario del centro nos guiará en la selección de cada Unidad, con la intención de que nuestro aporte sea significativo en esa comunidad específica. Dependiendo del CAP elegido, nos pondremos en contacto con el Coordinador del Centro y, a partir de él/ella se continuará la organización siguiendo el protocolo de cada institución (normalmente algunos coordinadores prefieren comunicación telefónica, otros vía mail y otros de forma presencial).

Se dispondrá de un tiempo para diseñar los panfletos y el material de divulgación con el que se contará, teniendo en cuenta el presupuesto de la cátedra para imprimirlos. De ser posible se realizarán ocho impresiones A3, una por cada CAP elegido. La presentación de este material escrito será un primer contacto directo con la comunidad, para acercar nuestra propuesta y dar a conocer nuestra presencia, ya que dispondrán de información sobre dónde y cómo acercar sus inquietudes bioéticas, la fecha de realización del taller y la posibilidad de formar parte de él.

Si bien no existe una única definición sobre aquello que es un Comité de ética, existen características comunes a todos ellos. Los comités de ética médica son organismos interdisciplinarios que, necesariamente, cuentan con miembros provenientes de diferentes disciplinas. Lo ideal es contar con un especialista en Bioética, médicos, enfermeros, abogados, trabajadores sociales, representantes del clero y representantes de los pacientes procedentes de la comunidad local (Guía nro. 1 Creación de Comités de Bioética de UNESCO. 2005). Por esta razón, resulta factible y beneficioso que la comunidad participe de la propuesta educativa.

Finalmente, se dispondrá de un tiempo finalizado el taller para esclarecer dudas de las personas que asistieron y dar un cierre a la propuesta que oriente a la comunidad local sobre dónde realizar otras solicitudes que se presenten en su día a día. Asimismo, se diseñarán encuestas para estudiantes y docentes sobre debilidades y fortalezas del plan de intervención para evaluar la experiencia de la innovación, esta instancia que se llevará a cabo una vez concluido el taller.

Las etapas de trabajo serán las siguientes:

1. Si bien el presente trabajo es una propuesta de producción individual*, si pensáramos en su socialización e implementación, sería útil conformar un equipo innovador. Esto podría llevarse a cabo programando una reunión al comienzo del ciclo lectivo, con el equipo docente para delimitar responsabilidades sobre las actividades que realizará cada una de nosotras. Siguiendo a Arturo Barraza Macías, con un enfoque crítico progresista, en su libro *¿Cómo elaborar proyectos de innovación educativa?* (México 2013), la innovación no debería ser un proceso de expertos sino de personas interesadas en realizar reformas o cambios en su trabajo para mejorar sus prácticas profesionales. Así como también agrega que la realización de proyectos de innovación debe estar mediada por un estilo democrático y una dirección participativa que favorezca las relaciones horizontales con aspiración de crecimiento y apoyo interpersonal.

* Acorde a normativa vigente sobre Reglamento de Trabajo Final Integrador.

2. Realizar una convocatoria en el Centro de salud para reunir a aquellos trabajadores de la salud que deseen participar, poniéndonos en contacto vía e-mail o vía telefónica, según preferencias establecidas al conversar con el/la Coordinador/a institucional. Serán seleccionados aquellos que más se adecuen a nuestra propuesta y a las necesidades de su área programática, con una mayor cantidad de actores sociales involucrados, siguiendo el principio que propone Bazarra Macías como *cooperación*: “La innovación no se emprende nunca desde el aislamiento y la soledad sino desde el intercambio y la cooperación permanente como fuente de contraste y enriquecimiento” (Barraza Macías, A. 2013. Pág. 16).

3. Diseñar los panfletos y material de divulgación, anteriormente descrito. Realizar una convocatoria en la comunidad de influencia del Centro de Salud a través de material impreso expuesto en el Centro de Atención y de la invitación por parte de los/las promotores de salud y de los/las trabajadores de la salud del lugar.

- Proponer un box en el centro de salud con consultas anónimas (de cualquiera de los actores involucrados, es decir, pacientes o trabajadores) para que luego sean seleccionadas y clasificadas por tema por el equipo docente. Muchas veces, los miembros de la comunidad presentan mayor afinidad y más confianza con algunos de los trabajadores del CAP, por lo cual resulta interesante dar la posibilidad de que aquel consultante que desea presentar un dilema pueda ser ayudado por algún trabajador del CAP que él elija, quien asimismo mantendrá la confidencialidad (se colocará en el cartel qué profesionales participan de la innovación).

- Las consultas se agendan completando el siguiente formulario:

Fecha de presentación en sesión del Comité de Ética asistencial:

Número de identificación (expediente o folio): _____

Motivos por los que se solicita su revisión:

- a) Requieren recomendaciones, para un caso específico.
- b) Requieren asesoría para la reestructuración o implementación de protocolos con implicación ética.
- c) Requieren asesoría para la intervención de otras Instancias (Derechos Humanos, Dpto. jurídico, etc.)
- d) Otros (especifique)

**ELEMENTOS MÉDICOS ÉTICOS LEGALES COMPLEMENTARIOS:
PSICOLÓGICOS INFRAESTRUCTURA. LABORALES**

1. _____	1. _____	1. _____	1. _____
2. _____	2. _____	2. _____	2. _____
3. _____	3. _____	3. _____	3. _____
4. _____	4. _____	4. _____	4. _____

DICTAMEN FINAL:

RECOMENDACIONES:

INTEGRANTES DEL COMITÉ PRESENTES DURANTE EL ANÁLISIS:

FECHA PARA REVISIÓN (SEGUIMIENTO): _____

- Acordar día y horario del encuentro, en donde se expondrán de forma anónima (usando pseudónimos y utilizando la información estrictamente relevante) una consulta de cada temática (en total tres casos por cada taller) y se llevará a cabo el ejercicio de deliberación y propuesta siguiendo la dinámica de un comité de ética hospitalario.

- Como se detalla con anterioridad, cuando una persona (trabajador de la salud, familiar, paciente, consultante) solicita la intervención de un Comité de ética con respecto a un dilema específico, debería contar con un representante para formar parte de la sesión que discute su dilema. En este caso, para mantener el anonimato, podrá formar parte de la sesión cualquier persona que viva en el área programática del CAP en cuestión, de esa forma no es posible saber quién consultó cada dilema.

4. Planificación del taller con el equipo docente, seleccionando aquellos nudos o problemas relevantes de los casos clínicos recibidos para clasificarlos acorde a lo siguiente:

- Aquellos dilemas en donde se pongan en conflicto **Principios Bioéticos**: Beneficencia, No maleficencia, Autonomía y Justicia.
- Aquellos dilemas en donde se pongan en conflicto **Reglas Bioéticas**: Veracidad, Confidencialidad y Consentimiento Informado.
- Aquellos dilemas en donde se genere tensión en relación con **Derechos Humanos**: Acceso a la salud, Intimidad, Dignidad, Comunicación, etc.

Los dilemas bioéticos más frecuentemente presentes en los CAPs suelen ser aquellos relacionados con conflictos en Principios Bioéticos. Principalmente se pueden observar consultas relacionadas con la Autonomía y la planificación familiar en las mujeres; y aquellos relacionados con la Justicia y los Derechos Humanos, mayormente en relación con el acceso a los recursos de salud y a condiciones salubres de vivienda.

Se dará prioridad a aquellos dilemas que presenten un conflicto relacionado con la Autonomía del paciente, dado que este tema es uno de los ejes de la Bioética y no suele ser frecuentemente abordado en otras asignaturas de la carrera.

A continuación, adjunto ejemplo de dilema bioético y su abordaje:

Caso clínico relacionado a Autonomía, adaptado de la Revista de Bioética Complutense (2016).

Caso clínico:

Juan tiene 17 años, presenta un cuadro clínico de fiebre y agrandamiento de los ganglios linfáticos compatible linfoma de Hodgking. Sus padres los llevan al hospital donde confirman el diagnóstico. Los médicos le explican que Juan tiene entre un 80-95% de probabilidades de que el cáncer remita con quimioterapia y que, sin ella, las probabilidades de supervivencia en 5 años son muy pocas. Inicialmente Juan se sintió muy desanimado, pero ha aceptado comenzar con un primer ciclo de quimioterapia, con el que ha experimentado muchos efectos adversos, especialmente vómitos y caída del pelo. Se siente muy mal y no tiene ánimos de nada. Solo tiene ganas de hablar con uno de sus amigos, Pedro, que le está ayudando mucho y con quien tiene largas conversaciones.

Cuando ha de comenzar el segundo ciclo de quimioterapia, Juan le dice a sus padres que no quiere continuar. Al parecer, Pedro pertenece a un grupo pseudorreligioso donde creen que los seres humanos son criaturas de la naturaleza que no deben oponerse a los ciclos naturales de la vida y la muerte y, por tanto, deben aceptar la enfermedad y la muerte sin luchar contra ella. Ha convencido a Juan de que debe asimilar la muerte y que ésta es una forma de encuentro con la naturaleza. Parece que Juan se encuentra más tranquilo con esta idea y que encuentra paz al no tener que enfrentarse nuevamente con la quimioterapia. Está más sosegado y expresa esta convicción con firmeza y serenidad.

Sus padres, muy alarmados, se lo comentan al hematólogo-oncólogo, quien habla con Juan y observa que está muy tranquilo, con una enorme seguridad de haber tomado la decisión correcta y argumentando que entiende el sufrimiento de sus padres pero que, seguramente, si ellos aceptaran esta creencia, también entenderían que su paso por la vida ha sido un don de la naturaleza que ahora debe terminar para dejar paso a otros. Al médico le impresiona la seriedad con la que Juan se expresa. Como si hubiera madurado en cuestión de días. Pero piensa que es un niño y que debe intentar salvar su vida. Lleno de preocupación le consulta al Comité de ética del centro.

COMENTARIO

Deliberación sobre los hechos (aclaración y análisis)

Juan, hijo único, padece linfoma de Hodgkin clásico, es un tipo de linfoma frecuente en niños y adolescentes. Por sus síntomas aparenta un estadio I, de riesgo bajo o intermedio, donde el tratamiento indicado es la quimioterapia, que podría combinarse con la radioterapia en las zonas de cáncer. La supervivencia esperada con este tratamiento es muy alta, por lo que está claramente indicado. Los efectos adversos experimentados por Juan son esperables y difícilmente evitables con medicación específica.

La conversación del oncólogo con Juan le ha dado la impresión de madurez, aunque se trate de un menor de edad, su capacidad de razonar coherentemente y de manejar sus emociones, le hace pensar que su decisión no es fruto del malestar, ni tampoco una salida fácil para su angustia, sino una convicción bien fundamentada. A pesar de su preocupación, su estado de ansiedad ha disminuido.

Los padres se encuentran tremendamente angustiados, completamente convencidos de que Juan debe seguir con la quimioterapia. No plantean la posibilidad de que esto no sea así, y están dispuestos a obligar a su hijo a recibir el tratamiento, el evento de su muerte es inaceptable.

Deliberación sobre los valores

LISTADO DE PROBLEMAS ÉTICOS

- ¿Debe ser Juan quien decida su tratamiento?
- ¿Es capaz el paciente de tomar esta decisión? ¿Se le puede considerar un menor maduro?
- ¿Deben los médicos tener en cuenta la oposición de un menor de edad?
- ¿Deben los médicos buscar otro tratamiento menos eficaz ante la negativa? ¿o esto sería una mala práctica?
- ¿Debería Juan tener una consulta con un psiquiatra?
- ¿Deben aceptar el rechazo del tratamiento?
- ¿Deben obligar a Juan a realizar el tratamiento?
- ¿Es aceptable un rechazo que proviene de una idea pseudoreligiosa?

PROBLEMA ÉTICO PRINCIPAL

- ¿Debe ser Juan quien decida su tratamiento?

IDENTIFICACIÓN DE LOS VALORES EN CONFLICTO

Vida de Juan (si no recibe quimioterapia probablemente morirá).

Autonomía del paciente (si es una decisión madura, habría que respetar sus convicciones).

Deliberación sobre los deberes

CURSOS DE ACCIÓN EXTREMOS

- Continuar con el tratamiento con un segundo ciclo de quimioterapia, siendo los padres quienes dan el consentimiento para el mismo, sin tener en cuenta el rechazo de Juan y, por tanto, obligándolo contra su voluntad a recibirlo.
- Aceptar el rechazo de Juan, asumiendo que su decisión es reflexiva y madura y que no se le puede obligar a recibir un tratamiento en contra de su voluntad. El hecho de estar cerca de la mayoría de edad ayudaría a aceptar su decisión en contra de sus padres.

CURSOS DE ACCIÓN INTERMEDIOS

- El psiquiatra puede hablar con Juan para explorar con mayor profundidad el grado de madurez del paciente (capacidad), así como la convicción que defiende y sus razones para defenderla.
- El equipo puede valorar el tipo de quimioterapia que tenga los menores efectos adversos, y elegir la opción de tratamiento que mejor se adapte a las preferencias de Juan, ofreciendo un máximo cuidado para tratar de disminuir el malestar que le ha producido.
- El profesor/director del colegio donde concurren Juan y Pedro podría hablar con ellos para valorar esas creencias pseudo-religiosas y la

influencia que está ejerciendo sobre ellos. Les podría ayudar a cuestionar y relativizar las ideas poco justificadas y también poner en conocimiento del colegio lo que está sucediendo, por si pudiera estar afectando a más estudiantes.

- El trabajador social también puede participar de esta conversación con los dos chicos, para valorar si la influencia de esta creencia tiene tintes sectarios que pudieran exigir una intervención, y puede ofrecer su mediación para contactar con asociaciones o grupos que trabajan con adolescentes en riesgo de adherir a sectas.
- El psicólogo del centro puede hablar con los padres de Juan para hacerles comprender lo importante que es su apoyo en estos momentos, para que no se enfrenten con su hijo, sino, escuchar sus razones, darle su comprensión e intentar convencerlo de que siga su tratamiento sin coaccionarlo o amenazarlo.
- El psicólogo y el psiquiatra puede intentar hablar con Juan para convencerlo de que siga su quimioterapia.
- El oncólogo puede pactar con Juan un segundo ciclo de quimioterapia, haciéndole saber que intentará controlar al máximo los efectos secundarios de la misma, para después valorar si seguir adelante o rotar el tratamiento.
- Asegurarles a Juan y a sus padres que tendrán todo el seguimiento y apoyo psicológico que necesiten.

CURSO DE ACCIÓN ÓPTIMO PROPUESTO

Seguramente habría que realizar una acción combinada cuyo objetivo principal es convencer a Juan de que acepte el tratamiento con quimioterapia (dado que es lo que puede salvar su vida), controlando al máximo los efectos secundarios. Juan debe ser considerado como una persona madura, a quien hay que convencer con razones, no con imposiciones, comprendiendo su perspectiva, pero proponiendo un curso de acción alternativo. Hay que minimizar la influencia de Pedro y sustituirla por el apoyo de los padres, quienes deben estar asesorados por el psicólogo, quien también puede ayudarlos a comprender que

su hijo ya no es un niño y que posee criterio propio, por lo que deben buscar una colaboración voluntaria de Juan, no un enfrentamiento ni una imposición.

Deliberación sobre las responsabilidades finales

PRUEBAS DE CONSISTENCIA

- Tiempo: La decisión no es precipitada.
- Publicidad: La decisión se puede defender con transparencia.
- Legalidad: La decisión está dentro del marco legal vigente.

5. Tiempos de ejecución del taller: se llevará a cabo adaptando un método clásico en el ABP llamado “Siete Saltos” (Dolmans D. 1994). En él se simbolizan los pasos a través de los cuales una propuesta organiza la secuencia didáctica.

He elegido una instancia de taller para articular los objetivos de la propuesta, porque lo considero un espacio que permite la horizontalidad, la circulación de la palabra y una disposición áulica facilitadora. Los objetivos de este taller son:

a) desde el equipo docente:

- promover la reflexión y el intercambio de experiencias y saberes puestos en juego al afrontar nuestro rol en la enseñanza;

b) desde los/as estudiantes:

- articular los saberes obtenidos a lo largo de la cursada de la asignatura,
- vivenciar la posibilidad de un nuevo espacio áulico,
- favorecer la expresión de pensamientos, el intercambio entre pares y con la comunidad;

c) desde la comunidad:

- promover el trabajo empático y colaborativo desde el equipo de salud, a fin de una búsqueda conjunta para la resolución al dilema ético que plantearon.

Coincidentemente con Elena Achilli (2008), el taller puede caracterizarse como una estrategia de investigación socioeducativa, que nos acerque a la comunidad, con la particularidad dada por la habilitación de un espacio recursivo/dialéctico de construcción de conocimientos basados en la coparticipación y la co-investigación.

La metodología del taller, basada en la propuesta de los *Siete Saltos* (Dolmans D. 1994) refleja el esquema trabajado en la Universidad de Lindburg, muy similar al esquema de McMaster. Los protagonistas serán los/as estudiantes y las docentes llevaremos a cabo un rol coordinador para promover su participación. Los momentos serán los siguientes:

- Planteamiento del problema: realizado por el profesor, que lo obtiene del banco de problemas clasificados por el equipo docente. En este punto sería interesante realizar una introducción al taller y a sus objetivos.
- Clarificación de términos: se deja establecido que todos los estudiantes tengan una comprensión igual de los términos del problema. Así como retomar aquellos aspectos teóricos vistos durante la cursada que resulta relevantes para abordar el problema elegido en ese taller.
- Análisis del problema: se examina este para ver si se trata de un solo problema o si puede dividirse en varios subproblemas, para facilitar su solución.
- Explicaciones tentativas: momento en el que los participantes lanzan hipótesis explicativas del problema y las someten a discusión, a partir de la preparación teórica que tienen, de los dilemas dilucidados y del conocimiento construido hasta ese momento.
- Planteamiento de objetivos de aprendizaje adicional: se determina qué temáticas es preciso consultar y profundizar para dar una mejor solución al problema.
- Se expondrán contenidos clave para el análisis del caso en particular, con el fin de sustituir el paso de "Autoestudio individual" en los Siete Pasos, que consta de un tiempo de consultas a expertos o en biblioteca, para sustentar las hipótesis lanzadas. De esta forma podría llevarse a cabo la actividad en un solo encuentro entre comunidad, docentes y estudiantes.

- Discusión y reflexión final. Descarte de hipótesis o explicaciones tentativas, producto del cuarto salto.

Los recursos didácticos del taller están conformados por los casos problema seleccionados y bibliografía brindada por la cátedra: “Manual de Fundamentos de Bioética”, Delia Outomuro (2004), “Compendio Bioético” José Alberto Mainetti (2000), “Bioética” Fernando Lolas Stepke (2013), “Bioética Clínica” Juan Pablo Beca y Carmen Astete (2012), “De una bioética de principios a una bioética interventiva” Garrafa, Vonei Bioética (2005), “Bioética. Fundamentos y Dimensión práctica” Ana Escribar, Manuel Pérez y Raúl Villarroel (2004), “Principios de ética biomédica” Beauchamp y Childress (1999), “Introducción a la Bioética del Siglo XXI” Roberto Cataldi Amatriain (2017), “Fundamentos de Bioética” Gracia, D (1989), “Temas de Bioética” Fernández Lolas (2003).

La propuesta busca trabajar siempre con los pasos del ABP, a partir de problemas de la vida real, situados regionalmente y que surgen de la misma práctica compleja que implica a la atención médico-paciente-familia con la que conviven nuestros/as estudiantes.

6. Tiempo de cierre con la comunidad, dar lugar al esclarecimiento de dudas y dar a conocer dónde pueden realizar consultas con los Comités de bioética locales. Es posible que en esta instancia surjan otras necesidades bioéticas a las planteadas en el proyecto. También es posible que dichas necesidades varíen de un CAP a otro. Esa nueva información puede servir de base para plantear nuevas propuestas educativas en el futuro.

7. Finalizado el encuentro se ofrecerá a los estudiantes, docentes y trabajadores del centro una encuesta realizada con anticipación, para adecuar la propuesta en función de mejorar la experiencia educativa.

Preguntas	Conforme, ¿por qué?	Disconforme, ¿por qué?	¿Cómo podría mejorarse?
¿La bibliografía propuesta fue clara y completa?			
¿El encuentro me permitió integrar conocimientos teóricos y prácticos?			
¿La comunicación fue asertiva y me permitió expresar dudas?			
¿Presentó valor relacionado con el trabajo transdisciplinario?			
¿Adquirí nuevas herramientas comunicativas?			

6. Consideraciones finales

Si bien el aprendizaje basado en problemas y el aprendizaje experiencial ofrecen múltiples beneficios en la adquisición de herramientas comunicativas entre pares y con los/as consultantes, en nuestra Cátedra no es posible aplicarlo en el cien por ciento del programa debido a que la organización curricular y de los espacios áulicos se realiza siguiendo una lógica de enseñanza tradicional de la medicina. Sin embargo, encuentro positivo poder incorporar el ABP como una herramienta transformadora y generadora de una nueva dinámica disponible para que los/as estudiantes dialoguen con el saber médico y con sus vivencias futuras. Pienso que esta experiencia de innovación curricular en el aprendizaje de Bioética *situada* puede despertar una nueva mirada que los/as transforme y que, con gran posibilidad, implementen en su futuro como profesionales.

Asimismo, afianzar nuestro rol docente en cuanto a las instancias de acompañamiento y motivación con los/as estudiantes, nos interpela para continuar trabajando en pos de mejorar la calidad académica. Como educadores debemos seleccionar aquellas cuestiones dentro del rango de las experiencias existentes que sean promisorias y ofrezcan nuevos problemas potenciales por medio de los cuales se estimulen nuevas formas de observación y juicio, que a su vez lleven a los/as sujetos a ampliar su ámbito de experiencia ulterior. (Díaz Barriga, F. 2006).

Coincido con los/as autores que he citado en este trabajo en que el fin último de nuestro aporte en educación es fomentar la autonomía y la responsabilidad para que las decisiones bioéticas redunden en la construcción de una sociedad más transparente y democrática, capacitando a los/as estudiantes para habitar el humanismo médico y modificar la realidad en la que viven.

7. Referencias bibliográficas

Achili, E. (2008). Investigación y Formación Docente. Rosario.

Accreditation Council for Graduate Medical Education. <https://www.acgme.org>. Estados Unidos de Norteamérica.

Ander-Egg E. (1991) El taller. Una alternativa de renovación pedagógica. Buenos Aires.

Barraza Macías, A (2010) “El diseño del proyecto de intervención educativa” En: Elaboración de propuestas de intervención educativa. México.

Barraza Macías, A (2013) “Cómo elaborar proyectos de innovación educativa”. México.

Beltramino S. (1988) Modelo médico hegemónico (ponencia). Rosario.

Bruner, J. (1973). The Relevance of Education. New York.

Casado M., López Baroni M. (2018) Manual de Bioética Laica (I). Universitat de Barcelona.

Coulon A. (1998) El Arte de ser Estudiante. Entrevista con Valérie Becquet. París

Da Silva, T. (1999) Documentos de identidad. Una introducción a las teorías del curriculum. Belo Horizonte.

Da Silva, T. (2001) Documentos de identidad. Una introducción a las teorías del curriculum (introducción, pp.11-20; capítulo III, pp.135-152 y 163-171; capítulo IV, pp.179-187). Barcelona.

Davini, M. (2008) Métodos de enseñanza: didáctica general para maestros y profesores. Buenos Aires.

- Davini, M. (2009) "Métodos para la acción práctica en distintos contextos". En: *Métodos de enseñanza. Didáctica general para maestros y profesores*. Cap.5. Buenos Aires.
- Díaz Barriga, F. (2006). Enseñanza situada: vínculo entre la escuela y la vida. México.
- Dolmans, D. (1994) How students learn in a problem-based curriculum, Ph.D. thesis, University of Limburg.
- Edelstein, G. (1996). Un capítulo pendiente: el método en el debate didáctico contemporáneo. En A. Camilloni et al. *Corrientes didácticas contemporáneas* (pp. 75-90). Buenos Aires.
- Ferrer J. y Álvarez J. (2005) Para fundamentar la Bioética. España.
- Gracia Guillén, D (2002). De la Bioética clínica a la Bioética global. España.
- Gracia Guillén, D. (2011) Teoría y práctica de la deliberación moral. España.
- Guía nro 1 Creación de Comités de Bioética de UNESCO. (2005). Francia.
- Jackson, P. (1991). La vida en las aulas. Madrid.
- Litwin, E. (1997). La tecnología y sus desafíos en las nuevas propuestas para el aula. En E. Litwin et al. *Enseñanza e innovaciones en las aulas para el nuevo siglo* (pp. 4-11). Buenos Aires.
- Mainetti J. (1988) La Crisis de la Razón Médica. Introducción a la filosofía de la medicina. La Plata.
- Medicina plan 2004. <http://www.med.unlp.edu.ar/index.php/grado2/medicina-1/plan-2004>. La Plata.
- Menéndez E, Dia Pardo R. (1996) De algunos alcoholismos y algunos saberes. Ciudad de México.
- Ministerio de Salud de la Nación (2007). REMEDIAR. Fundamentos de las APS. Buenos Aires.
- Nizama-Valladolid, M. (2002). Humanismo Médico. Perú.

Oseguera Rodríguez, J. (2006) El humanismo en la educación médica. Costa Rica.

Peralta Cornielle, A (2012) La educación en Bioética en Centroamérica y el Caribe hispanoparlante. UNESCO Uruguay.

Pfeiffer, M. y Belli, L. (2012) Antecedentes y realidad de la Educación en Bioética en Argentina. UNESCO Uruguay.

Restrepo Gómez, B. (2005). Aprendizaje basado en problemas (ABP): una innovación didáctica para la enseñanza universitaria Educación y Educadores, vol. 8, 2005, pp. 9-19. Colombia.

Revista de Bioética Complutense. Marzo 2018. ISSN 2445-0812.

Rogers J, Coutts L. (2000). "Do Students' Attitudes during Preclinical Years Predict Their Humanism as Clerkship Students?". Estados Unidos.

Ros M., Morandi G. (2014) Prácticas docentes y prácticas de la enseñanza en la Universidad. Documento de trabajo. Especialización en Docencia Universitaria. La Plata.

Steiman; J (2008) "Los proyectos de cátedra" En: Más didáctica (en la educación superior), Buenos Aires.

Stephen G. (2004) Encyclopedia of Bioethics, 3rd edition. Estados Unidos de Norteamérica.

Trainini JC. Humanización en la práctica médica. Educación Médica. 2020;21(2):65-6. DOI:10.1016/j.edumed.2019.12.002. Madrid.

Wasserman Selma (1994). Capítulo 2. El estudio de casos como método de enseñanza. Buenos Aires.

Watmough S, et al. (2012). A comparison of self-perceived competencies of traditional and reformed curriculum graduates 6 years after graduation. Medical Teacher 34: 562–568. Liverpool.

Zabalza Beraza, M.A. (2011). El Practicum en la formación universitaria: estado de la cuestión. Revista de Educación, 354, 21-43. La Rioja.

8. Anexos

Tabla 1. Asignaturas optativas según Plan de estudios 2004.

MATERIAS OPTATIVAS	RÉGIMEN	CARGA HORARIA (en horas)
Biología	Cuatrimestral	40
Ciencias Exactas	Cuatrimestral	60
Ecología humana y promoción de la salud	Bimestral	50
Historia de la medicina	Bimestral	60
Genética	Bimestral	50
Inmunología	Bimestral	50
Salud ambiental	Bimestral	50
La informática aplicada al análisis y presentación de trabajos científicos en Ciencias de la Salud	Bimestral	50

Filosofía médica	Bimestral	50
Bioquímica clínica I	Bimestral	50
Introducción a la epistemología de la salud	Cuatrimestral	50
Bioética	Bimestral	50
Bioquímica clínica II	Bimestral	50
Trasplante de órganos y tejidos	Semestral	100
Educación para la salud	Cuatrimestral	50